



A g e n c e **N** a t i o n a l e
d' **A** c c r é d i t a t i o n e t
d' **É** v a l u a t i o n e n **S** a n t é

LE DOSSIER DU PATIENT EN ODONTOLOGIE

MAI 2000

Service des recommandations et références professionnelles

Dans la collection des références médicales :

Dysmorphoses dento-maxillaires – janvier 1995

Indications et non-indications de l'avulsion des troisièmes molaires mandibulaires – septembre 1997

Dans la collection des références dentaires 1996 :

Radiodiagnostic portant sur l'ensemble des deux arcades : statuts, radiographie panoramique

Retraitement endodontique des dents permanentes matures

Prescription d'antibiotiques en odontologie et stomatologie

L'acte chirurgical dans le traitement de la parodontite de l'adulte

Pour recevoir la liste des publications de l'ANAES il vous suffit d'envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous ou consulter notre site <http://www.anaes.fr> ou <http://www.sante.fr>

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANAES est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en mai 2000. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

Service Communication et Diffusion

159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax: 01 42 16 73 73

© 2000. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)

I.B.S.N. : 2-910653-77-3

Prix net : F

AVANT-PROPOS

La médecine est marquée par l'accroissement constant des données publiées et le développement rapide de nouvelles techniques qui modifient constamment les stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique des malades. Dès lors, il est très difficile pour chaque professionnel de santé d'assimiler toutes les informations nouvelles apportées par la littérature scientifique, d'en faire la synthèse critique et de l'incorporer dans sa pratique quotidienne.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a succédé à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM), a notamment pour mission de promouvoir la démarche d'évaluation dans le domaine des techniques et des stratégies de prise en charge des malades, en particulier en élaborant des recommandations professionnelles.

Les recommandations professionnelles sont définies comme «des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données». Leur objectif principal est de fournir aux professionnels de santé une synthèse du niveau de preuve scientifique des données actuelles de la science et de l'opinion d'experts sur un thème de pratique clinique, et d'être ainsi une aide à la décision en définissant ce qui est approprié, ce qui ne l'est pas ou ne l'est plus, et ce qui reste incertain ou controversé.

Les recommandations professionnelles contenues dans ce document ont été élaborées par un groupe multidisciplinaire de professionnels de santé, selon une méthodologie explicite, publiée par l'ANAES dans le document intitulé : «Les Recommandations pour la Pratique Clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 ».

Le développement des recommandations professionnelles et leur mise en application doivent contribuer à une amélioration de la qualité des soins et à une meilleure utilisation des ressources. Loin d'avoir une démarche normative, l'ANAES souhaite, par cette démarche, répondre aux préoccupations de tout professionnel de santé soucieux de fonder ses décisions cliniques sur les bases les plus rigoureuses et objectives possible.

Professeur Yves MATILLON

Directeur général

Ces recommandations ont été réalisées à la demande de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de la CNAMTS. Elles ont été établies dans le cadre d'un partenariat entre l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé et :

- Le Collège National des Enseignants ;
- La Société Française d'Endodontie ;
- La Société Française d'Odontologie Pédiatrique ;
- Le Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice ;
- L'Association Dentaire Française.

La méthode utilisée a été celle décrite dans le guide d'élaboration des « Recommandations pour la Pratique Clinique – Base méthodologique pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'ANAES.

L'ensemble du travail a été coordonné par le Dr Marie-José MOQUET sous la responsabilité de M. le P^r Alain DUROCHER.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Mme Nathalie HASLIN, sous la direction de Mme Hélène CORDIER, responsable du service documentation de l'ANAES.

Le secrétariat a été réalisé par Mlle Vanessa ALIOUANE.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil scientifique dont les noms suivent.

COMITE D'ORGANISATION

P^f Pierre CARPENTIER, chirurgien-dentiste,
PARIS

D^f Jean-Yves COCHET, chirurgien-dentiste,
PARIS

D^f Jean-Patrick DRUO, chirurgien-dentiste/
odontologie pédiatrique, PARIS

P^f Jean-Marie VULCAIN, endodontie,
RENNES

P^f Germain ZEILIG, chirurgien-dentiste,
PARIS

GROUPE DE TRAVAIL

P^f Jean GEOFFRION, chirurgien-dentiste,
président, BORDEAUX

D^f Anne-Marie OBRY-MUSSET, chirurgien-
dentiste, chargée de projet, STRASBOURG

D^f Jean-François ANDRÉANI, chirurgie
maxillo-faciale, CLAMART

D^f Michel BARDAINNE, pédiatre,
FOUGÈRES

D^f Dominique BETTINELLI, chirurgien-
dentiste/ODF, PONT-À-MOUSSON

D^f Éric-Nicolas BORY, chirurgien-
dentiste/omnipraticien, BRON

D^f Martine CHOTARD-MÉDIONI,
chirurgien-dentiste/odontologie pédiatrique,
NICE

P^f Jean-Pierre DELATTRE, chirurgien-
dentiste, RENNES

D^f Étienne DEVEAUX, chirurgien-
dentiste/dentisterie restauratrice-endodontie,
LILLE

D^f Cathy GUIVANTE-NABET, chirurgien-
dentiste/santé publique, PARIS

D^f Brigitte HÉRITIER-FASSEUR, pédiatre,
LA ROCHELLE

P^f Benoît LEFEVRE, chirurgien-dentiste /
chirurgie buccale, REIMS

D^f Jean-Daniel ORTHLIEB, chirurgien-
dentiste, MARSEILLE

D^f Marc SABEK, chirurgien-dentiste, TOURS

D^f Dominique SEGURA, chirurgien-
dentiste/prothèses, NARBONNE

D^f Marie-José MOQUET, responsable de
projet ANAES, PARIS

GROUPE DE LECTURE

D^f Claude ARCHIEN, chirurgien-
dentiste/prothèses, NANCY

M^f Vincent BACCIALONE, orthoprothésiste,
MULHOUSE

D^f François BAUMANN, généraliste, PARIS

M^f Jean-Pierre BERTHELIN, masseur-
kinésithérapeute, SAINT-SATURNIN LE
MANS

D^f Noël BONARDO, généraliste, NICE

D^f Jean-Pierre BOULOGNE, chirurgien-
dentiste, PARIS

P^f Marie-Laure BOY-LEFEVRE, conseil
scientifique ANAES, PARIS

P^f Christian BREGEON, rhumatologue,
ANGERS

D^f Monique BRION, chirurgien-
dentiste/parodontologie, CRÉTEIL

D^f Lucien BRISSET, chirurgien-dentiste/santé
publique, REIMS

P^f Danielle BUCH, chirurgien-
dentiste/prothèses, PARIS

D^f Jacques CHARMASSON, pneumologue,
PONT D'HERY

D^f Jean-Marc CHARPENTIER, généraliste,
MONTBERT

M. Yves CHATRENET, masseur-
kinésithérapeute, PLATEAU-D'ASSY

D^r Pascal CLERC, généraliste, ISSY-LES-MOULINEAUX
D^r Guy COLLET, chirurgien-dentiste, ORLÉANS
D^r Laure CORBELLE, chirurgien-dentiste, NIEUL-SUR-MER
D^r Liliane CRET, pédiatre, BAGNOLS-SUR-CÈZE
P^r Victor CRINETZ, chirurgien-dentiste, PARIS
D^r Catherine DARGENT-PARE, chirurgien-dentiste/santé publique, MONTROUGE
D^r Marie Joseph DAUTEL, chirurgien-dentiste/odontologie conservatrice, REDON
M^{me} Monique DE LENGAIGNE, chargée de communication, PARIS
P^r Gilbert DE MELLO, chirurgien-dentiste/chirurgie buccale, RENNES
D^r François DELABAERE, pédiatre, CROLLES
D^r Damien DURAN, chirurgie buccale, TOULOUSE
D^r Nicole ESTRADÉ, pédiatre, SÈVRES
P^r Ahmed FEKI, chirurgie et pathologie buccale, STRASBOURG
P^r Jean-Pierre FUSARI, chirurgien-dentiste/stomatologue, LYON
D^r Bernard GAY, conseil scientifique ANAES, PARIS
D^r Jacques GLENAT, chirurgien-dentiste/stomatologue, FEYZIN
D^r Bernard GUILLAUME, chirurgien-dentiste/stomatologue, PARIS
P^r Francis GUILLEMIN, méthodologiste, VANDŒUVRE-LÈS-NANCY
P^r Jean-Jacques GUYONNET, chirurgien-dentiste/prothèses odontologiques, TOULOUSE
D^r Pierre HILDEBERT, chirurgien-dentiste/odontologie conservatrice, LILLE
M. Philippe HUGEROT, masseur-kinésithérapeute, FIRMINY
P^r Claude HUGLY, chirurgien-dentiste, PARIS
D^r Daniel HUGUES, généraliste, BROONS
P^r Jacques JEANDOT, chirurgien-dentiste/odontologie chirurgicale, BORDEAUX
D^r Éric JOUAN, radiologue, CROSNE
D^r Richard KALEKA, chirurgien-dentiste, PARIS
M. Jean-Michel LARDRY, masseur-kinésithérapeute, DIJON

D^r Paul LAZARO, chirurgien-dentiste/parodontie, SAINT-JEAN-DE-LUZ
D^r Marie-Dominique LÉCOLIER, pharmacienne, REIMS
D^r Maurice LEIZE, chirurgien-dentiste/prothèses, STRASBOURG
M^{me} Marie-Hélène LEMONNIER, psychologue, GARCHES
P^r Jean-Philippe LODTER, odontologiste, TOULOUSE
P^r Carlos MADRID, chirurgien-dentiste/chirurgie buccale TOULOUSE
D^r Michel MAILLAND, radiologue dentaire, PARIS
D^r Armelle MANIÈRE-EZVAN, orthopédiste, RENNES
M^{me} Françoise NOURDIN-BIZOUARD, masseur-kinésithérapeute, PARIS
P^r Jean-Pierre OUHAYOUN, chirurgien-dentiste/parodontologie, PARIS
P^r Gérard PALOUDIER, chirurgien-dentiste/santé publique, TOULOUSE
M. Philippe PAUMARD, masseur-kinésithérapeute, PARIS
D^r Jean-François PELI, chirurgien-dentiste/odontologie conservatrice/endodontie, BORDEAUX
D^r Philippe POMAR, chirurgien-dentiste/odontologie prothétique, TOULOUSE
D^r Richard PORTIER, chirurgien-dentiste/odontologie pédiatrique, MARSEILLE
D^r Robert REGARD, chirurgien-dentiste, PARIS
D^r Pierre RENARD, pédiatre, SISTERON
D^r Philippe ROCHE-POGGI, chirurgien-dentiste/stomatologue, MARSEILLE
P^r Emmanuel ROUBERTIE, généraliste, VENDÔME,
D^r François ROUSSEL, pédiatre, BLAMONT
D^r Bernard SALA, chirurgien-dentiste, PARIS
M^{me} Odile SÉRAPHIN, ergothérapeute, LYON
D^r Robert STEINSCHNEIDER, pédiatre, MEAUX
P^r Michel STRICKER, chirurgien-dentiste/chirurgie maxillo-faciale, PARIS
D^r Jacques TANGUY, chirurgien-dentiste, THOUARS
D^r Stéphane VOLET, chirurgien-dentiste/odontologie pédiatrique, TREMBLAY

SOMMAIRE

MÉTHODE GÉNÉRALE.....	9
STRATÉGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	11
RECOMMANDATIONS ET RÉFÉRENCES	12
ARGUMENTAIRE	15
I. INTRODUCTION	15
II. LE CADRE LÉGAL.....	15
II.1. Obligations du chirurgien-dentiste	15
II.2. Documents à conserver.....	17
III. LE DOSSIER DU PATIENT EN ODONTOLOGIE.....	18
III.1. Sélection de la littérature	18
III.2. État de la question	18
IV. RECOMMANDATIONS POUR LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT EN ODONTOLOGIE..	39
IV.1. Objectifs	39
IV.2. Données administratives	40
IV.3. Motif de la consultation	43
IV.4. Anamnèse médicale	43
IV.5. Anamnèse odontologique	44
IV.6. Examen clinique	44
IV.7. Examens complémentaires.....	44
IV.8. Diagnostic	45
IV.9. Relations avec les autres professionnels de la santé	45
IV.10. Plans de traitement	45
IV.11. Traitements	46
IV.12. Suivi thérapeutique	46
IV.13. Prévention.....	47
IV.14. Pièces à conserver, traçabilité	47
IV.15. Urgence	47
IV.16. Forme ou structure du dossier : le dossier doit pouvoir évoluer sans problème	47
IV.17. Dossier et informatisation.....	48
IV.18. Mise à jour du dossier : modalités et fréquence	49
IV.19. Dossier et qualité des soins	49

IV.20.	Sécurité et conservation des dossiers	49
V.	CONCLUSION ET PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES	50
ANNEXE 1.	QUESTIONNAIRE MÉDICAL PROPOSÉ PAR MC CARTHY	51
ANNEXE 2.	QUESTIONNAIRE MÉDICAL ÉLABORÉ AU CHU DE REIMS	52
ANNEXE 3.	QUESTIONNAIRE MÉDICAL PROPOSÉ PAR DE JONG	54
ANNEXE 4.	CLASSIFICATION ASA	57
ANNEXE 5.	QUESTIONNAIRE MÉDICAL PROPOSÉ PAR PENNE ET GIRARD	58
ANNEXE 6.	QUESTIONNAIRE MÉDICAL ÉLABORÉ AU CHU DE RENNES	61
RÉFÉRENCES	63

METHODE GENERALE

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées selon la méthode des recommandations pour la pratique clinique, publiée par l'ANAES. Les sociétés savantes concernées par le thème, réunies au sein du comité d'organisation, ont été consultées pour délimiter le thème de travail, connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et proposer des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Les recommandations ont été rédigées par le groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels consultés.

L'ANAES a constitué un groupe de travail en réunissant des professionnels multidisciplinaires, ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine géographique variée. Ce groupe de travail comprenait un président, qui en a coordonné les travaux, et un chargé de projet, qui a identifié, sélectionné, analysé et synthétisé la littérature scientifique utilisée pour rédiger l'argumentaire et les recommandations, discutées et élaborées avec le groupe de travail.

Un groupe de lecture, composé selon les mêmes critères que le groupe de travail, a été consulté par courrier et a donné un avis sur le fond et la forme des recommandations, en particulier sur leur lisibilité et leur applicabilité. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail et pris en compte chaque fois que possible dans la rédaction des recommandations.

Les recommandations ont été discutées par le Conseil scientifique, section évaluation, de l'ANAES, et finalisées par le groupe de travail.

Un chef de projet de l'ANAES a coordonné l'ensemble du travail et en a assuré l'encadrement méthodologique.

Une recherche bibliographique automatisée a été effectuée par interrogation systématique des banques de données MEDLINE, HealthSTAR, EMBASE, PASCAL et *Cochrane Library*. En fonction du thème traité, elle a été complétée par l'interrogation d'autres bases de données si besoin. Dans un premier temps, elle a identifié sur une période de 10 ans les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les articles de décision médicale, les revues systématiques et les méta-analyses concernant le thème étudié. Elle a ensuite été complétée par une recherche d'études cliniques, publiées en langue française ou anglaise, pouvant éclairer les différents aspects du thème pris en compte. La littérature « grise » (c'est-à-dire les documents non indexés dans les catalogues officiels d'édition ou dans les circuits conventionnels de diffusion de l'information) a été systématiquement recherchée (par contacts directs auprès de sociétés savantes, par Internet ou par tout autre moyen).

La bibliographie obtenue par voie automatisée a été complétée par une recherche manuelle. Les sommaires de revues générales et de revues concernées par le thème étudié ont été dépouillés sur une période de 6 mois pour actualiser l'interrogation en ligne des banques de données. De plus, les listes de références citées dans les articles sélectionnés ont été consultées. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture ont transmis des articles de

leur propre fonds bibliographique. Par ailleurs, les décrets, arrêtés et circulaires du ministère de la Santé pouvant avoir un rapport avec le thème ont été consultés.

La stratégie de recherche propre à chaque thème de recommandations est précisée dans le chapitre « Stratégie de recherche documentaire ».

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui a permis d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'ANAES (voir *tableau*). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel.

Tableau . Grade des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de forte puissance- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés- Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 <ul style="list-style-type: none">- Essais comparatifs randomisés de faible puissance- Études comparatives non randomisées bien menées- Études de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 <ul style="list-style-type: none">- Études cas-témoins	C
Niveau 4 <ul style="list-style-type: none">- Études comparatives comportant des biais importants- Études rétrospectives- Séries de cas	Faible niveau de preuve

Des propositions d'études et d'actions futures ont été formulées par le groupe de travail.

STRATEGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Recherche automatisée

La recherche documentaire a été réalisée par interrogation des banques de données MEDLINE, HealthSTAR, EMBASE, PASCAL, BIBLIODENT et de la *Cochrane Library*. Elle a été limitée aux publications de langues française et anglaise.

Les mots clés utilisés ont été :

Dental record OU *Dentistry* OU *Dental care* OU *Pediatric dentistry*

associés à :

*Medical record** OU *Data collection* OU *Medical history taking* OU *Charting* (en texte libre).

181 références ont été obtenues sur MEDLINE, 1 sur HealthSTAR et 6 sur EMBASE (publications parues de 1993 à février 1999).

La littérature française a été recherchée spécifiquement sur les banques de données BIBLIODENT et PASCAL (sans restriction de date).

5 références ont été obtenues sur BIBLIODENT.

Aucune revue systématique de la littérature sur le sujet n'a été identifiée sur la *Cochrane Library*.

Recherche manuelle

Les sommaires des revues suivantes ont été dépouillés de janvier à juin 1999.

Revues générales : *Annals of Internal Medicine, Archives of Internal Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, Concours Médical, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Presse Médicale, Revue du Praticien, Revue du Praticien Médecine Générale, Revue Prescrire.*

Revues spécialisées : *British Dental Journal, Community Dental Health, European Journal of Dental Education, General Dentistry, Information Dentaire, Journal of the American Dental Association, Journal of Dental Education.*

169 articles ont été sélectionnés et analysés dont 96 références utilisées pour l'élaboration du texte de recommandations.

RECOMMANDATIONS ET REFERENCES

L'établissement de recommandations pour la tenue du dossier du patient en odontologie a amené le groupe de travail à formuler un cadre général avec la description et les possibilités d'organisation des données qu'il recommande de recueillir.

Malgré une demande d'établissement de modèles de dossiers et de questionnaires médicaux, il a été décidé de ne pas élaborer de standard pour les raisons suivantes : l'exercice de l'odontologie présente des spécificités variées en fonction du mode d'exercice et de son orientation plus ou moins spécialisée. Des recommandations applicables à tous les exercices et qui servent de référence pour l'élaboration de dossiers types semblent préférables. Ces dossiers pourront alors être construits par les représentants de chaque spécificité, afin de mieux correspondre à leur exercice.

- **La tenue d'un dossier complet et actualisé permet une approche globale du patient. Établir un bon dossier du patient favorise un exercice de qualité plus rationnel. Les objectifs de la bonne tenue des dossiers, retenus par le groupe, sont :**

au niveau clinique :

- **permettre une prise en charge globale du patient ;**
- **améliorer la démarche du praticien pour optimiser son exercice ;**
- **utiliser au mieux les données diverses recueillies dans le dossier pour se remémorer :**
 - **l'anamnèse médicale et surtout les alertes médicales,**
 - **les traitements effectués,**
 - **le plan de traitement ;**
- **planifier les traitements et donc agir avec logique et sans perte de temps ;**
- **expliquer et discuter des traitements avec le patient à partir d'éléments du dossier ;**
- **avoir une trace des traitements effectués et pourquoi ;**
- **avoir un élément de référence pour les identifications.**

au niveau de la gestion :

- **favoriser la gestion administrative ;**
- **retrouver rapidement et sans risque d'erreur le dossier du patient ;**
- **favoriser la transmission des informations du dossier à un autre professionnel de la santé.**

- **Il est recommandé qu'un dossier soit élaboré pour chaque patient se présentant à la consultation. En cas d'utilisation d'un dossier informatique, une déclaration de fichier de gestion des patients doit être faite à la Commission nationale de l'informatique et des libertés.**

- **Il est recommandé que le dossier du patient contienne au minimum les données suivantes :**

les données administratives (détaillées dans le *tableau* ci-après) :

Tableau. Liste des données administratives retenues par le groupe (accord professionnel, norme DSIO).

Numéro de consultant	Indispensable
Nom	Indispensable
Prénom	Indispensable
Symbole pour signaler les homonymes	Préférable
Titre civil : Madame, Mademoiselle, Monsieur	Préférable
Sexe	Indispensable
Date de naissance	Indispensable
Lieu de naissance	Indispensable
Adresse complète	Indispensable
Téléphone domicile	Indispensable
Téléphone professionnel	Préférable
Numéro de Sécurité sociale	Indispensable
Code du chef de famille	Préférable
Profession	Préférable
Date 1 ^{er} soin ou rendez-vous	Indispensable
Date dernier soin ou rendez-vous	Préférable
Codification de l'organisme de remboursement pour la part obligatoire	Préférable
Nom et prénom de l'assuré	Préférable
Codification de l'assurance complémentaire	Préférable
Tuteur, curateur, tiers payeur	Indispensable
Correspondants	Indispensable

les données cliniques suivantes :

- **les motifs de la consultation ;**
- **l'anamnèse médicale ;**
- **l'anamnèse odontologique ;**
- **les données de l'examen clinique qui comprend un examen exobuccal, un examen endobuccal ;**
- **un schéma bucco-dentaire clair avant traitement et un après ;**
- **les résultats des examens complémentaires (examens radiographiques, modèles d'études, etc.) ;**
- **les diagnostics ;**
- **les échanges avec les autres professionnels de santé ;**
- **les plans de traitement ;**
- **les traitements ;**
- **le suivi thérapeutique dont les modalités doivent être précisées dans le contrat avec le patient (fréquence du suivi, examens de contrôle) ;**
- **la prévention (calendrier des actes de prévention) ;**
- **les pièces à conserver dans le dossier (fiches de consentement aux soins le cas échéant, double des prescriptions et des certificats, fiches d'incidents de toutes sortes, radiographies ou reçu de remise au**

patient et détail des radiographies remises, nature des matériaux mis en bouche, etc).

- Il est recommandé que l'anamnèse médicale ne se limite pas à un simple auto-questionnaire écrit. Si un autoquestionnaire écrit est utilisé lors de l'anamnèse médicale, ce questionnaire doit impérativement être complété par un interrogatoire médical oral, mené par le praticien lui-même. Cet interrogatoire permet de vérifier les réponses au questionnaire et de préciser sans ambiguïté les interférences ou relations possibles entre l'état de santé actuel ou une maladie ancienne et les pathologies bucco-dentaires diagnostiquées ainsi que les soins ou traitements pouvant être entrepris.
- Pour des soins réalisés en urgence, pour un patient non suivi par le praticien, il est recommandé qu'au minimum une anamnèse médicale soit réalisée.
- Une présentation unique et standardisée du dossier du patient n'a pas été formalisée, laissant à la profession le soin d'élaborer un dossier « standard » disponible pour tous les chirurgiens-dentistes sous une forme papier ou informatique. Les recommandations concernant la tenue et la structuration du dossier sont les suivantes :
 - un dossier doit être clair, lisible, actualisé ;
 - la personne qui remplit le dossier doit être identifiée ;
 - le dossier papier doit être écrit de façon indélébile ;
 - les corrections doivent être identifiables quel que soit le support ;
 - la présentation du dossier doit être évolutive ;
 - une fiche de garde confidentielle doit mettre en évidence les données d'alerte médicale et les informations importantes ;
 - les commentaires personnels doivent être consignés sur une fiche à part ;
 - les données comptables doivent être séparées des données médicales ;
 - le dossier informatisé doit permettre l'échange d'information entre les professionnels de santé.
- Le dossier du patient est amené dans l'avenir à s'intégrer dans un dossier partagé comportant non seulement les données du dossier odontologique, mais aussi du dossier médical et des différents acteurs de santé. La tenue d'un dossier informatique permettra la réalisation d'un tel dossier.
- Quel que soit le support de dossier (papier ou informatique), la sécurité des données doit être assurée (local non accessible au public ou meuble fermant à clef, sécurisation des données informatiques).
- Il est nécessaire de conserver les dossiers pendant une durée égale à trente ans à compter de la date du dernier épisode de soins ou rendez-vous. Pour un patient mineur au moment des soins, ce délai doit être augmenté du nombre d'années séparant la date du dernier épisode de soins ou rendez-vous de celle de sa majorité.

ARGUMENTAIRE

I. INTRODUCTION

Un dossier de patient en odontologie a plusieurs fonctions importantes. C'est une documentation sur l'état du patient et des traitements prodigués, les pronostics et les contrôles, elle contient tous les identifiants du patient.

Les informations contenues dans le dossier constituent une base de travail pour le praticien et permettent d'aider un confrère ou un autre acteur de santé impliqué dans le traitement du patient ou dans sa reconnaissance. Un dossier de patient doit contenir l'information nécessaire à des soins de bonne qualité exécutés en toute sécurité. Il doit contenir une anamnèse, des informations sur le diagnostic, les raisons du traitement, et des informations sur les traitements effectués ou prévus. Le dossier devrait aussi permettre d'être une base pour la recherche scientifique ou pour un autre type de suivi tel que la qualité des soins.

Le chirurgien-dentiste devrait être capable de produire cette documentation au patient et aux instances officielles qui pourraient être en droit de la demander (par exemple en justice). Le dossier du patient est un des éléments pour l'établissement de la responsabilité lors d'un litige.

Enfin, le dossier permet de recueillir des données *ante mortem*, utiles pour une éventuelle procédure d'identification.

Ces recommandations ont été élaborées pour l'odontologie. Elles définissent un cadre de dossier applicable que que soit le type d'exercice. Chaque pratique pourra développer son propre modèle.

II. LE CADRE LEGAL

II.1. Obligations du chirurgien-dentiste

II.1.1. Obligations vis-à-vis de la législation générale

Il n'existe pas de règle imposant aux chirurgiens-dentistes de tenir un dossier médical. Aucune règle ne décrit le contenu du dossier.

Toutefois, la responsabilité médicale peut être engagée durant 30 ans (article 2262 du Code civil) un praticien devrait donc conserver ses dossiers durant 30 ans. S'il s'agit d'un patient mineur, le délai peut être augmenté du nombre d'années séparant les faits de la majorité du patient. Ce délai peut donc atteindre au maximum 48 ans. En cas de décès du praticien, les héritiers, en acceptant la succession, sont tenus de réparer les conséquences dommageables des actes du praticien dans les limites de la prescription trentenaire. Il est donc recommandé de conserver les dossiers durant toute cette période.

Les praticiens de santé doivent veiller à assurer la confidentialité des dossiers médicaux, selon l'article 29 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés qui prévoit que le responsable du fichier s'engage « *vis-à-vis de toutes les personnes concernées, à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations, et notamment d'empêcher*

qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés ». En général, les dossiers devraient être situés dans un local non accessible au public et dans des meubles fermant à clef. Pour un fichier informatique la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) recommande de veiller à assurer la confidentialité des données par des dispositifs de sécurité. Tout fichier informatique nominatif doit être déclaré au préalable à la CNIL (article 16 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978).

Le patient, ou ses ayants droit, a un droit d'accès aux informations contenues dans son dossier (article 45 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978). Ce droit d'accès se fera par l'intermédiaire d'un praticien que le patient aura mandaté (article 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978). Le praticien peut ne communiquer au patient que les informations qu'il juge pertinentes. Il n'y a pas d'interdiction de communiquer au patient sur sa demande les informations le concernant.

II.1.2. Obligations du chirurgien-dentiste exerçant dans un établissement de santé public ou privé

Lorsque le chirurgien-dentiste exerce dans un établissement de santé public ou privé, il relève des règles légales régissant ces établissements.

D'après le Code de la santé publique (Code de la santé publique : livre 7, sous-section 2, art. R. 710-2-1 à R. 710-2-10) «*un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé... Ce dossier comprend au moins les documents suivants :*

- *Les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour, à savoir :*
 - *la fiche d'identification du malade,*
 - *le motif de l'hospitalisation,*
 - *les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs,*
 - *les comptes rendus des explorations paracliniques et des examens complémentaires significatifs notamment le résultat des examens d'anatomie et de cytologie pathologiques,*
 - *la fiche de consultation pré-anesthésique, avec ses conclusions et les résultats des examens demandés, et la feuille de surveillance anesthésique,*
 - *le ou les comptes rendus opératoires...*
 - *les prescriptions d'ordre thérapeutique... ».*

Concernant la communication du dossier au patient, l'article R. 710-2-2 du Code de la santé publique précise qu'elle se fait à la demande du patient, de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès, «*... par l'intermédiaire d'un praticien qu'ils désignent à cet effet* ». Le dossier de l'établissement de santé peut être consulté sur place ou une reproduction du dossier peut être envoyée aux frais de la personne qui sollicite la communication du dossier.

Ce même article précise que «*... Les établissements de santé ne sont pas tenus de satisfaire les demandes de communication manifestement abusives par leur nombre ou leur caractère systématique* ».

Lorsque des documents du dossier sont transmis à un praticien désigné par le patient pour assurer le suivi de ses soins, en fin de séjour hospitalier par exemple, les doubles de ces documents doivent demeurer dans le dossier du patient (article R. 710-2-6 du Code de la santé publique).

II.1.3. Obligations vis-à-vis des instances ordinales

Le code de déontologie des chirurgiens-dentistes ne mentionne pas l'obligation de tenir un dossier du patient. Le chapitre des devoirs généraux des chirurgiens-dentistes, à propos du secret professionnel, évoque seulement la protection des dossiers, papier ou informatique :

art. 5-2 « ... tout chirurgien-dentiste doit veiller à la protection contre toute indiscrétion des fiches cliniques, des documents et des supports informatiques qu'il peut détenir ou utiliser concernant des patients. »

La seule obligation écrite que l'on retrouve dans le code de déontologie est celle d'établir un devis en cas de traitement d'un coût élevé :

art. 33 « ... Lorsque le chirurgien-dentiste est conduit à proposer un traitement d'un coût élevé, il établit au préalable un devis écrit qu'il remet à son patient. »

Pourtant, en cas de changement de praticien, nous devons remettre au patient les informations nécessaires :

art. 57 « ... Si le patient fait connaître son intention de changer de chirurgien-dentiste, celui-ci doit lui remettre les informations nécessaires pour assurer la continuité et la qualité des soins. »

Chaque chirurgien-dentiste est libre de constituer ou non un dossier patient, pourvu qu'il le protège de toute indiscrétion, qu'il ait établi des devis et qu'il puisse donner des informations nécessaires au suivi des soins.

II.1.4. Obligations vis-à-vis de la Sécurité sociale

Les chirurgiens-dentistes conventionnés sont tenus de dater et identifier les radiographies des patients. Lorsque le praticien utilise un système de radiographie numérique, il doit imprimer au moins un cliché correspondant à la facturation de radiographie de la séance (nomenclature des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux).

À notre connaissance, il n'y a pas en 1999 de texte officiel affirmant que les radiographies sont la propriété du patient.

II.2. Documents à conserver

Un certain nombre de documents sont à conserver avec le dossier de soins. Ils peuvent être conservés dans la même pochette que le dossier ou être archivés à part (en particulier les moulages). Il s'agit :

- des résultats des examens de biologie ;
- du consentement éclairé aux soins (le cas échéant) daté et signé par le praticien et le patient ;
- du consentement éclairé aux soins des parents ou du responsable légal, s'il s'agit d'un mineur ou d'une personne sous tutelle ;
- des devis établis conformément à l'usage et/ou à la réglementation ;
- les radiographies sont partie intégrante du dossier, elles peuvent pour des raisons pratiques être archivées à part. Elles doivent dans ce cas avoir le même numéro d'identification que celui du dossier du patient. Si le patient a réclamé ses radiographies, il convient soit de conserver un double de ces radiographies, soit de faire signer au patient un reçu en décrivant les radiographies restituées et la date de restitution ;

- les doubles des certificats médicaux initiaux établis à la demande des patients ou sur proposition du praticien, dans le cadre des coups et blessures ;
- les moulages et modèles d'étude. Ils doivent être identifiés et numérotés ;
- les photographies, identifiées et numérotées.

III. LE DOSSIER DU PATIENT EN ODONTOLOGIE

III.1. Sélection de la littérature

La littérature scientifique disponible pour l'élaboration des recommandations n'a pas toujours permis d'établir des évidences basées sur de forts niveaux de preuves scientifiques. En effet, le sujet de ces recommandations n'a pas toujours donné lieu à des publications scientifiques dont le niveau de preuve est établi. Aussi avons-nous retenu également les publications rendant compte d'expériences cliniques dans le domaine du dossier médical quand elles sont largement utilisées soit dans des universités, soit dans un pays qui a uniformisé le système d'établissement d'un dossier médical. Enfin, nous avons aussi retenu les informations résultant d'un consensus professionnel, c'est-à-dire des concepts décrits unanimement dans l'ensemble de la littérature que nous avons analysée.

Les données citées dans le chapitre III sont celles des auteurs des ouvrages et des articles scientifiques consultés et référencés en fin de chaque paragraphe. Elles ont servi de base de travail aux recommandations élaborées dans le chapitre IV.

III.2. État de la question

Ce chapitre représente l'analyse de la littérature qui a été retenue comme base de travail pour la rédaction des recommandations par le groupe.

On ne dispose pas de données sur la façon dont les chirurgiens-dentistes tiennent leurs dossiers patients en France. La revue de la littérature n'a pas permis de répondre à cette question.

Il est vraisemblable que les chirurgiens-dentistes tiennent des dossiers. Ils en ont besoin pour conserver les documents nécessaires à la facturation de leurs actes. Ils notent au moins les coordonnées du patient.

La pratique de l'odontologie repose sur un système de facturation de l'acte terminé, on peut donc supposer que, au minimum, les actes terminés sont datés et notés dans le dossier sous la forme de la lettre clé et du coefficient multiplicateur de la nomenclature des actes professionnels de la Sécurité sociale. Cette seule notation des actes est un élément strictement comptable et très réducteur. Elle ne peut pas être utilisée de façon satisfaisante dans la partie médico-technique du dossier.

Les radiographies, les devis établis selon l'usage sont en général conservés.

III.2.1. Tenue du dossier

Aux États-Unis, le développement des évaluations et l'augmentation des litiges qui aboutissent en justice ont soulevé le problème de la tenue du dossier. L'ensemble de la littérature consultée a mis en évidence la nécessité de bien tenir un dossier.

En Floride, une enquête menée en 1993 par Minden et Fast (1) auprès de 250 chirurgiens-dentistes libéraux a montré que 61 % d'entre eux utilisaient des fiches de patients standard, c'est-à-dire que l'on trouve communément dans le commerce. Plus

de 90 % des praticiens notaient les coordonnées du patient, l'historique médical et l'état bucco-dentaire (restaurations existantes, dents manquantes et pathologie), 82 % notaient le plan de traitement, 75 % maintenaient à jour une fiche d'évaluation de l'état parodontal, 64 % un historique dentaire et 57 % une évaluation de l'état général du patient. Peu de praticiens, 20 % seulement, notaient le diagnostic radiographique. 96 % des historiques médicaux n'étaient pas suffisamment complets pour répondre à la plupart des questions concernant les maladies générales ou les conditions et complications nécessaires à connaître pour le traitement dentaire. Ainsi, malgré des standards établis par *l'American Dental Association*, le contenu des dossiers et la forme physique de ces dossiers n'étaient pas standardisés (2).

Oliver et Heuer (3) ont étudié 600 dossiers provenant de 40 chirurgiens-dentistes du Minnesota et 25 de l'Arizona. 40 % des dossiers ne donnaient aucune information sur l'état parodontal ou les restaurations dentaires existantes. Les dossiers des praticiens plus jeunes étaient légèrement mieux renseignés que ceux des praticiens plus âgés, il n'y avait pas de différence selon l'endroit où les praticiens avaient fait leurs études (étude de niveau 4).

Le comité d'experts de la société dentaire du district d'Indianapolis (IDDS) (4), composé de 16 dentistes généralistes et d'un membre profane, a élaboré des recommandations pour la tenue du dossier du patient, à partir d'une analyse mensuelle des cas litigieux qui lui sont soumis. Le comité examine 40 à 60 cas par an. Ces experts ont un rôle de médiation lors de litiges entre les patients et les praticiens. La plus grande difficulté rencontrée est le manque de dossiers complets leur permettant de statuer.

En Suède, une étude menée en 1992 par René et coll. (5) sur un échantillon représentatif de 118 chirurgiens-dentistes a montré que les règles juridiques concernant ce que doit contenir un dossier étaient bien connues des praticiens. Une loi et des « instructions et conseils généraux » ont été élaborés en 1985 et 1989. Les spécialistes ont une meilleure connaissance des règles que les praticiens généralistes, ils ont recours plus fréquemment à une secrétaire pour tenir les dossiers. La date de l'obtention du diplôme et l'âge du praticien n'intervenaient pas (étude de niveau 4).

Si les praticiens connaissaient en général la réglementation, une seconde étude menée également en Suède par les mêmes auteurs (6) a montré que les praticiens n'appliquaient pas toujours les règles légales qu'ils connaissaient pourtant bien. En effet, pour presque 40 % des variables recherchées pour évaluer la tenue des dossiers dans un échantillon représentatif de ces praticiens, la documentation ne suivait pas les obligations légales. L'histoire du patient, son état, le diagnostic, le plan de traitement étaient souvent manquants dans les dossiers tenus par des chirurgiens-dentistes généralistes. Les dossiers des chirurgiens-dentistes spécialistes étaient en général tout à fait adéquats. La qualité des dossiers était liée à l'âge du praticien alors que l'étude précédente avait montré que la connaissance des règles légales de la tenue des dossiers n'était pas liée à l'âge : les praticiens âgés de 34 à 44 ans remplissaient mieux leurs dossiers que les plus âgés (étude de niveau 4).

III.2.2. Contenu du dossier

De nombreuses études, américaines notamment, ont donné des conseils sur le contenu du dossier du patient.

Pour Rhodus et Smith (7), une évaluation détaillée de l'état du patient avant tout traitement est importante et le sera de plus en plus dans l'avenir. Les chirurgiens-

dentistes ont une approche plus globale du patient, les progrès médicaux prolongent la vie des patients qui nécessiteront des soins bucco-dentaires, malgré des pathologies et des traitements médicaux complexes. Les progrès réalisés en odontologie et le développement de la prévention permettent de garder les dents plus longtemps. La demande de soins pour des raisons esthétiques ou fonctionnelles a augmenté, avec la notion de droit à la santé. Un système de diagnostic organisé, précis, fiable et reproductible est nécessaire.

— *Recommandations sur la façon de tenir les dossiers*

Bernoni (8) a proposé un guide de l'établissement du dossier médical basé sur les standards de l'ADA (*American Dental Association*) (2), assorti de conseils relatifs à la législation américaine (étude de niveau 4). Elle conseille de tenir chaque dossier comme un document légal potentiel. Elle insiste sur le fait qu'il faut tout inscrire dans le dossier de façon objective sans le surcharger de commentaires personnels sur le patient ou sur sa vie privée. Si ces informations sont nécessaires au praticien, il est conseillé de les noter sur une feuille séparée. Lawney (9) a repris également les standards de l'ADA (étude de niveau 4). Un dossier doit être clair, concis, exact et actualisé. Un autre praticien doit être capable de prendre le dossier et connaître ainsi exactement ce qui a été fait, quand et pourquoi. Chaque dossier devrait contenir une anamnèse médicale et dentaire, les radiographies, les moulages d'étude (ou du moins le numéro de ces moulages), les prescriptions de médicaments et de laboratoire, la correspondance avec ou en rapport avec le patient, les rapports des confrères ou des autres professionnels de santé, les informations administratives, l'examen clinique, le(s) diagnostic(s), les traitements entrepris à chaque rendez-vous.

Au Royaume-Uni, Eaton (10) a proposé un plan « aide-mémoire » qui permet de ne rien oublier lors de l'élaboration d'un diagnostic et du plan de traitement (étude de niveau 4). Ces recommandations sont largement suivies au sein du système de santé anglais (*National Health Service* : NHS) et sont indispensables à connaître et à mettre en œuvre pour obtenir un diplôme de spécialité en chirurgie. Comme dans l'ensemble de la littérature, l'accent est mis sur la nécessité de justifier son plan de traitement et de mettre en évidence le motif principal de la consultation. Eaton a souligné que dans la pratique quotidienne, l'élaboration détaillée du plan de traitement était souvent limitée par des facteurs incluant notamment le temps passé et les coûts.

— *Contenu minimum du dossier*

Nystrom et coll. (11), rendent compte des travaux du *Minnesota State Board of Dentistry* qui a élaboré en 1997 des nouvelles règles, ayant valeur de loi. Elles définissent les standards minimums pour la tenue des dossiers (étude de niveau 1). Des règles avaient été déjà décrites en 1996 par Collins (12). Les chirurgiens-dentistes ont l'obligation de tenir un dossier contenant au minimum les rubriques suivantes :

- données personnelles : nom, prénom, adresse, date de naissance, nom du parent ou de la personne investie de l'autorité parentale si le patient est mineur, nom et numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence et nom de la compagnie d'assurance du patient et numéro d'identification le cas échéant ;
- motif de la consultation ;

- anamnèse bucco-dentaire et médicale. Elle doit être suffisante pour permettre l'élaboration du plan de traitement ;
- examen clinique : état bucco-dentaire existant, radiographies, résultats des autres aides au diagnostic utilisées ;
- diagnostic ;
- plan de traitement ;
- consentement éclairé : il faut noter ce qui a été discuté, c'est-à-dire les différentes options possibles avec leur pronostic, leurs avantages et leurs risques. Le consentement du patient pour l'option de traitement choisie ;
- notes de progression : c'est le compte rendu chronologique des traitements effectués, avec les produits médicamenteux utilisés et les matériaux placés en bouche.

Le contenu minimum du dossier diffère peu d'un État à l'autre aux États-Unis. On retrouve les mêmes règles dans le Wisconsin (13) ou dans le Colorado où Trombly (14) (étude de niveau 1) a précisé en outre le cadre juridique de la tenue du dossier. Un devis doit être signé par le patient. Il ne faut pas corriger sans cesse les dossiers, ni omettre de noter des données dites essentielles. Le dossier doit être lisible et rempli à l'aide d'encre indélébile. Chaque page, modèle d'étude ou radiographie doit être identifiée. Il faut éviter d'écrire dans le dossier des constatations subjectives concernant le patient. Le questionnaire médical doit être daté et signé par le patient. Il conseille également de rédiger une note de fin de traitement sur ce qui a été réalisé. Si le patient quitte le cabinet dentaire, il faut en noter la raison avec les conseils prodigués pour la poursuite des soins ou d'un programme de maintenance. Dans l'ensemble des documents retenus, il est conseillé de séparer les données comptables du dossier de soins.

— *Législation et tenue du dossier*

Le compte rendu détaillé des traitements prodigués au patient permet d'assurer la continuité du suivi du patient quand il est amené à changer de praticien. Eckstein (15) a décrit les standards minimums appliqués aux États-Unis : un praticien qui tient des dossiers en dessous de ces standards est coupable de pratique médicale négligente. C'est une violation des principes d'éthique et de pratique professionnelle de l'ADA, elle est susceptible de mesures disciplinaires. Au regard de la législation les dossiers doivent comporter au minimum :

- le nom et l'adresse du patient, le nom du parent ou du responsable légal s'il s'agit d'un mineur ;
- la date de chaque rendez-vous ;
- la description du traitement ou du « service » effectué à chaque visite avec le nom du praticien ou de l'hygiéniste qui l'a fait ;
- la date et la description de toutes les radiographies prises et des moulages d'étude.

Avoir des dossiers bien tenus doit être une priorité dans une consultation dite de qualité. Pour Ray (16), cette pratique peut prévenir la survenue d'un conflit judiciaire dû à une « mésaventure » ou à une incompréhension. Il permet au praticien d'avoir une trace écrite qu'il pourra produire pour sa défense en cas de litige. Sa description de la tenue du dossier correspond aux standards de l'ADA (2).

En Allemagne, depuis 1984 (17), la tenue de dossiers précis est une obligation légale, un patient a le droit de prendre possession des informations objectives contenues dans son dossier. La production de dossiers incomplets ou inadéquats aboutit à une inversion de la charge de la preuve.

— *Anamnèse médicale et odontologique*

L'anamnèse médicale et odontologique représente une partie importante du dossier. Il existe deux principales méthodes d'anamnèse médicale : l'interrogatoire oral et le questionnaire écrit. Les autoquestionnaires ou questionnaires auto-administrés, c'est-à-dire remplis par le patient, sont fréquemment utilisés en odontologie, plusieurs modèles sont présentés en annexe (à titre d'exemple) (questionnaire de Mc Carthy en *annexe 1* (18) ; questionnaire de Reims en *annexe 2* ; questionnaire de De Jong en *annexe 3* (19) ; questionnaire de Penne en *annexe 5* (20) ; questionnaire du CHU de Rennes en *annexe 6*). Si l'avantage des autoquestionnaires est de limiter les oublis possibles, il faut cependant préciser les études d'évaluation de la qualité de ces questionnaires ont montré qu'en général leur fiabilité est limitée aux réponses négatives et que les réponses positives sont beaucoup moins certaines. Pour Gremy (21), cet aspect est très important dans la mesure où un autoquestionnaire ne doit être que la préparation à un interrogatoire médical. De Jong (19) a montré que la combinaison des deux permet d'éviter une mauvaise compréhension du questionnaire écrit (étude de niveau 4). L'interrogatoire oral permet aussi de préciser plus sûrement l'état de santé exact du patient. Le fait d'écouter et de noter les réponses du patient permet d'évaluer son niveau intellectuel, ses connaissances et son degré de compréhension (4, 22). De Jong et coll. (23) ont élaboré et amélioré un questionnaire médical en 27 points permettant d'évaluer l'état de santé du patient en se basant sur la classification ASA (*American Society of Anaesthesiologists*). Cette classification est utilisée depuis 1941 et a été adaptée en 1979-1980 à l'usage de la chirurgie dentaire (24, 25). La classification ASA (*annexe 4*) est utilisée à la suite de l'anamnèse en raison de sa simplicité apparente et de son universalité (26-28) (étude de niveau 4). Elle est bien connue, utilisée au niveau international et pour Mc Carthy et coll., elle permet un dialogue clair avec le médecin (18).

La validité des questionnaires écrits et remplis par le patient se révèle suffisamment satisfaisante, mais les réponses doivent être personnellement vérifiées par le chirurgien-dentiste (29).

Une étude américaine portant sur 11 500 patients fréquentant des cliniques de New York a montré que seulement 288 patients avaient signalé un problème médical. En effet, Picozzi et Neidle (30) ont observé que les patients omettaient de signaler leurs problèmes médicaux au chirurgien-dentiste. Une des explications serait que les patients craignaient de ne pas être soignés s'ils signalaient un éventuel problème. Les auteurs ont suggéré également qu'il était possible que les chirurgiens-dentistes ne posaient pas les bonnes questions, n'écoutaient pas les réponses ou n'avaient pas une expérience suffisante en médecine et en pharmacologie pour identifier l'information pertinente révélatrice de l'état du patient.

Une étude sur le personnel militaire américain menée par Lutka et Threadgill (31) a montré 86 % de différences entre les réponses enregistrées sur le questionnaire de

santé du chirurgien-dentiste et l'état de santé réel du patient. Les auteurs ont proposé de modifier le questionnaire (étude de niveau 4).

Les patients ont tendance à consommer un nombre grandissant de médicaments différents. Il est important de connaître les médicaments que prennent les patients car ils peuvent avoir une importance dans la conduite du traitement : soit ils interfèrent avec les médications de l'odontologiste, soit ils révèlent une pathologie que le patient n'a pas mentionnée. Ainsi, Cottone et Kafrawy (32), dans une étude portant sur 4 365 patients américains, ont montré que l'usage de médicaments augmentait avec l'âge des patients : la proportion de patients prenant des médicaments était de 1 sur 4 chez les adolescents, 1 sur 3 chez les adultes jeunes, 1 sur 2 dans le groupe des quarante ans et 2 sur 3 chez les patients de plus de cinquante ans (étude de niveau 4).

Dans une étude de 581 dossiers de patients américains, provenant de trois sources différentes (cabinets privés, universités et centres hospitaliers) et suivis pour des problèmes parodontaux, Nery et coll. (33) ont mis en évidence que 27,6 % des patients des cabinets privés avaient des problèmes médicaux contre 46,3 % dans le centre universitaire et 74,1 % dans le centre hospitalier. Les problèmes cardiovasculaires représentaient 26 % des problèmes de santé répertoriés. Les problèmes d'ordre orthopédique (arthrite, interventions de la hanche, fractures) arrivaient en second avec 10,8 % de patients concernés. Les problèmes augmentaient significativement avec l'âge, ils n'étaient pas significativement liés au sexe (étude de niveau 4).

Une étude menée par Siano et coll. (34) à l'hôpital de Reims sur 619 interrogatoires médicaux a mis en évidence que 35 % des patients nécessitaient des mesures préventives spécifiques et des précautions lors de leur traitement en raison de pathologies ou de prises de médicaments pouvant poser des problèmes lors du traitement dentaire. Ce questionnaire permet en théorie de déterminer le risque de complications opératoires selon la classification ASA (35). Les pathologies cardio-circulatoires étaient la première cause de morbidité et les antécédents d'allergie étaient présents dans 20 % de l'échantillon (34). Ces résultats ont confirmé l'utilité d'une bonne anamnèse médicale pour la prise en charge optimale du patient.

Une étude rétrospective sur 13 ans a été entreprise au Royaume-Uni par Martin et coll. (36). Il s'agissait de rechercher les causes d'endocardites infectieuses. Ces 53 endocardites ont été causées par une intervention dentaire. Pour 10 patients, aucune anamnèse médicale n'avait été effectuée. 31 dossiers avaient un compte rendu inadéquat ou trop ancien. 48 chirurgiens-dentistes n'avaient pas prescrit d'antibiothérapie, 2 avaient prescrit des antibiotiques inadéquats et 2 les avaient prescrits au mauvais moment. Un seul cas d'échec a été constaté malgré une antibiothérapie adéquate. Cette étude a montré l'importance de constituer, mais aussi de mettre régulièrement à jour les historiques médicaux.

Une étude américaine menée en 1992 par Malamed (37) chez 1 588 chirurgiens-dentistes originaires de 40 États américains a montré que 97,6 % indiquaient utiliser un questionnaire médical pour tous les nouveaux patients. Pour 67,1 % d'entre eux, un questionnaire sous sa forme longue était préféré à la forme courte. Le questionnaire était revu avec le patient dans 91,4 % des cas. La mesure de la tension artérielle et du rythme cardiaque (pouls) était rare : 76,6 % des praticiens prenaient la tension et 40,1 % prenaient le pouls des patients quand ils présentaient un risque

cardio-vasculaire uniquement. Beaucoup de patients présentant un risque médical peuvent se trouver avec un risque augmenté lorsqu'un stress supplémentaire leur est ajouté (douleur, peur, anxiété). Un peu de temps investi pour la mesure de la tension et du pouls peut souvent permettre d'éviter un problème au cabinet dentaire. La prise de ces « signes vitaux » est enseignée et pratiquée régulièrement dans les universités américaines (étude de niveau 4).

La coordination entre médecin et chirurgien-dentiste évite les différences d'information et les informations incomplètes dans les dossiers médicaux. Deux études anglaises (38, 39) ont montré une nette amélioration de la prise en charge des patients en coordonnant les activités d'un cabinet médical avec celles d'un cabinet dentaire (études de niveau 3). Une consultation médicale préalable à la prise en charge bucco-dentaire est indiquée pour les patients dont l'anamnèse présente des incertitudes ou quand l'examen du patient fait suspecter un problème médical non traité. Une étude menée par Jainkittivong et coll. (40) dans une clinique universitaire américaine de juillet 1989 à octobre 1992 a montré que sur 1 800 patients, 147 (8,2 %) nécessitaient un examen médical complet. La raison de la consultation était pour 51,5 % un bilan cardio-vasculaire et pour 12,6 % un bilan diabétique. Le problème du chirurgien-dentiste était la prescription d'antibiotiques et l'utilisation d'anesthésiques avec vaso-constricteurs. Pour 32,1 % des consultations médicales, le plan de traitement bucco-dentaire du patient a été modifié et 8 % des patients adressés au médecin ont entrepris un traitement médical. La consultation médicale, en cas de doute, réduit les risques médicaux associés aux traitements dentaires (étude de niveau 4).

Pour Robb (22), il faudrait noter l'existence d'allergies, les médicaments pris, les problèmes d'ordre sanguin, les problèmes cardiaques, la présence de diabète, de maladie rénale, d'hépatite, d'infection par le HIV ou d'une maladie sexuellement transmissible, l'épilepsie et la grossesse. Un historique complet nécessite la date et les résultats du dernier examen médical et les détails concernant la dernière hospitalisation. Il faudrait aussi noter le nom exact, la fréquence et le dosage des médicaments pris par le patient. Il est indispensable de savoir depuis quand le patient consomme ses médicaments et tout éventuel effet secondaire ressenti. Un contact écrit avec le médecin traitant semble préférable en cas de doute.

Pour Dridi et coll. (41) comme pour Girard et Penne (20), seule l'anamnèse permettra d'établir l'attitude de l'odontologiste. Elle permettra : 1) de décider si le patient peut être traité dans un cabinet ou à l'hôpital, 2) de décider si on peut utiliser des anesthésiques locaux avec ou sans vaso-constricteur, 3) d'évaluer si on peut contrôler l'hémostase, 4) d'évaluer et gérer l'anxiété et le stress du patient, 5) de prévenir et traiter l'infection et 6) d'orienter la prescription en fonction du contexte pathologique du patient.

Pour Robb (22), l'anamnèse dentaire devrait comprendre les traitements parodontaux, endodontiques, orthodontiques. La date du dernier contrôle dentaire, des dernières radiographies et tout ce qui concerne la santé bucco-dentaire et les symptômes doivent être consignés. Un bon historique rend compte des habitudes d'hygiène et liste des habitudes telles que fumer, boire de l'alcool et l'usage de drogues qui pourraient affecter la santé orale bucco-dentaire ou générale. Un examen

dentaire initial fournit une description de l'état bucco-dentaire existant, avec les dents présentes, non restaurées, absentes et les pathologies existantes. L'ADA (*American Dental Association*) a préconisé d'établir pour chaque patient adulte un bilan parodontal complet (PSR : *periodontal screening*). Les tissus mous doivent être également examinés. Les données devraient être actualisées chaque année. Il est également recommandé d'évaluer l'occlusion et de noter les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (4, 7).

En général, les auteurs recommandent de mettre en évidence les résultats importants (en les surlignant par exemple). Ces informations doivent être ensuite transférées sur les autres documents du dossier et figurer également à l'avant du dossier.

Mehta (42), un orthodontiste américain, a proposé des modèles de questionnaires médicaux et dentaires adaptés aux enfants et d'autres pour les adultes. Il a conseillé de les adapter à son usage personnel, il a souligné qu'en orthodontie, le point important était d'obtenir une histoire complète du patient. Un examen consciencieux du patient est nécessaire pour arriver à la bonne décision qui permettra de traiter le patient selon ses propres besoins. Certains orthodontistes délèguent complètement la responsabilité de recueillir les données du dossier à leurs assistants, ainsi ils ne voient pas le patient avant le plan de traitement. Pour l'auteur, il s'agit d'une faute car contraire à l'intérêt du patient.

Certains questionnaires sont très détaillés et conviennent mieux en seconde intention pour un diagnostic spécialisé en vue d'un traitement particulier. C'est le cas du *Mc Gill Pain Questionnaire* qui est conseillé lors de douleurs faciales en relation avec les articulations temporo-mandibulaires (43).

Une étude menée sur 2 280 dossiers de 38 cabinets dentaires australiens (44) a montré que les données relatives à la parodontologie étaient peu notées dans les cabinets d'omnipraticque. Les cabinets employant des hygiénistes avaient des dossiers significativement plus complets, surtout en ce qui concerne les rubriques de prévention. Les notes de diagnostic étaient rares dans tous les cabinets, alors que les notes de traitement étaient en général bien tenues (étude de niveau 4).

Une mise à jour régulière de l'anamnèse médicale et odontologique doit être effectuée, elle peut être rapide, il suffit de demander si le patient a quelque chose à signaler concernant ses dents, s'il prend toujours les mêmes médicaments ou s'il en a changé, s'il a vu son médecin traitant ou s'il a été malade depuis la dernière visite. Enfin, il est préférable de refaire un questionnaire complet si on s'aperçoit que les changements sont importants et de faire dater et signer le nouvel interrogatoire (22, 45). Pour Shoup, il faut reprendre le questionnaire médical tous les ans (4,46). Minden et coll. (47) ont comparé les questionnaires établis par 33 chirurgiens-dentistes libéraux avec ceux établis dans 33 écoles dentaires américaines. En général, ceux établis dans les écoles étaient significativement plus complets, les questionnaires préimprimés semblaient être préférables à ceux mis au point par le praticien.

— *L'urgence*

La nécessité de constituer un dossier complet est indispensable en cas d'urgence médicale. Pour de Saef (48), le dossier permet de présenter très rapidement le patient au médecin correspondant de l'hôpital. Il faut noter :

- un bref historique de l'événement ;
- les premiers symptômes ;
- les symptômes de l'examen de seconde intention (plus approfondi) ;
- les traitements donnés et la réponse au traitement ;
- l'heure des événements ;
- les dispositions prises (urgence résolue ou patient transféré dans un service d'urgences).

Il est préférable de noter les circonstances exactes de la survenue de l'urgence, car le praticien peut être amené à expliquer ses gestes. Pour Piecuch et Lieblich (49), les urgences neurologiques sont rares et surviennent chez des patients aisément identifiables, à condition d'avoir obtenu au préalable une anamnèse médicale consciencieuse.

Face à un traumatisme oro-facial, Backland et Andreasen (50) ont préconisé de systématiser le recueil d'informations, ceci permet de réaliser un meilleur diagnostic et un meilleur plan de traitement. Outre les coordonnées du patient et de ses parents ou responsables légaux, on notera l'heure et la date de l'accident, la nature du traumatisme, s'il y a eu un traitement d'urgence ailleurs, l'historique des traumatismes dentaires (s'ils sont répétés) et des informations médicales spécifiques (qui peuvent interférer sur le traitement). Des radiographies permettront le suivi thérapeutique, on peut aussi prendre des photographies. Le dossier sera obligatoirement accompagné du consentement au traitement. Les notes de suivi décrivent les traitements entrepris, la réponse du patient aux traitements et les résultats obtenus. Comme pour tout dossier, les médicaments prescrits, les anesthésiques utilisés, les matériaux utilisés seront notés. Des visites de contrôle doivent être effectuées et il est bon de noter leurs dates.

Davis (51) décrit une fiche de traitement des traumatismes à inclure dans le dossier, mise au point à l'université de Columbia. Elle permet une approche systématique du traumatisme et sert d'élément de preuve en cas de problème ultérieur. En effet, l'urgence résultant d'un traumatisme oro-facial est souvent prise en charge sans rendez-vous, ce qui complique toujours l'organisation du cabinet dentaire. L'auteur pense que si traiter les traumatismes dentaires ne pose pas de problème au chirurgien-dentiste, la systématisation de l'examen permet d'éviter au chirurgien-dentiste de passer à côté d'une lésion, crânienne par exemple, qui pourrait être grave.

— *L'odontologie médico-légale*

L'odontologie médico-légale repose de plus en plus fréquemment sur l'identification basée sur l'état bucco-dentaire, en particulier en cas de catastrophe aérienne. Les odontologistes comparent l'état dentaire *post mortem* avec les fiches *ante mortem*. Les praticiens spécialisés en odontologie médico-légale insistent particulièrement sur la nécessité de tenir des fiches bucco-dentaires bien renseignées et actualisées (52).

Prinz (53) a analysé 150 dossiers (50 remplis par des étudiants et 100 provenant de cabinets d'omnipratique anglais). Au moins une erreur a été détectée sur les dossiers remplis par les étudiants (45 % des dossiers), peu d'erreurs identifiables ont été

relevées sur les dossiers des praticiens. L'auteur a proposé un modèle informatique destiné à corriger ces erreurs aisément identifiables.

En Suède, Borrmann et coll. (54) ont réalisé une étude, destinée à évaluer la qualité des dossiers *ante mortem*, sur tous les cas d'identification du département de police de Göteborg survenus entre 1983 et 1992. Sur les 80 dossiers, 43 (68 %) contenaient une description de l'état dentaire complète, 17 étaient incomplets (27 %) et 3 dossiers (5 %) n'avaient pas de description. Les traitements entrepris manquaient dans 75 dossiers (94 %). Il a été possible d'identifier les radiographies dans 16 dossiers sur 40 en comportant. Toutefois, les inexactitudes des dossiers n'ont pas gêné le processus d'identification en raison des cas étudiés et de la mise à disposition d'autres informations (médicales en particulier) (étude de niveau 4). Les radiographies rétrocoronaires permettent une grande précision dans l'identification dentaire. La sensibilité et la précision de cette méthode diminuent notablement quand il s'agit d'identifier des enfants ou quand un long laps de temps s'est écoulé entre la radiographie *ante mortem* et *post mortem* (55).

Pour Robinson et coll. (56), les praticiens qui tiennent bien leurs dossiers sont d'une aide précieuse lors de l'identification. Les problèmes rencontrés par les praticiens en odontologie médico-légale sont :

- le manque de description précise et datée de l'état bucco-dentaire ;
- le manque d'uniformisation de la notation des données ;
- des radiographies « inadéquates » ;
- des dossiers illisibles ;
- le caractère dynamique de l'état bucco-dentaire ;
- l'erreur humaine.

Des notes détaillées de progression des traitements sont d'un apport incontestable. Lors de l'opération « Tempête du désert » en 1991 dans le golfe Persique, 244 individus sur un total de 251 ont été positivement identifiés grâce à des comparaisons dentaires *ante mortem* et *post mortem* (57). De nombreux problèmes d'identification sont survenus lors d'un accident d'avion en Malaisie en 1995. L'équipe a rencontré des difficultés pour obtenir et déchiffrer les informations provenant des dossiers dentaires (58).

En Suède, un registre informatique (59) recueille les données bucco-dentaires *ante mortem* des citoyens disparus. Ce registre joue un grand rôle dans l'identification.

Les Norvégiens (60) disposent depuis 15 ans d'un système de codage informatisé pour le registre des personnes disparues. Ce système permet une identification assistée par ordinateur.

III.2.3. Dossier et qualité des soins

La bonne tenue des dossiers est-elle révélatrice de la qualité des soins prodigués ?

L'audit permet d'évaluer la pratique odontologique dans le but d'améliorer la qualité des soins. Un des outils de cette évaluation est le dossier du patient.

Schoen et Marcus (61) ont retenu les critères suivants pour évaluer la qualité des dossiers lors des audits dentaires. Ils évaluent la présence et la qualité des éléments suivants :

- l'anamnèse médicale et dentaire ;
- la description de l'examen oral ;
- les radiographies ;
- le diagnostic et le plan de traitement ;

- la quantité et la répartition des soins ;
- le suivi général du patient.

Se rajoute une évaluation de la qualité technique des soins. Une étude menée par ces auteurs aux États-Unis a montré les difficultés d'établir un seuil d'acceptabilité de la pratique. Les profils de dossiers non conformes aux critères n'impliquent pas nécessairement que la prise en charge des patients est mauvaise. Il s'agit uniquement d'un indicateur qui doit être complété par une visite détaillée du cabinet dentaire et d'un entretien avec le praticien. Ceci permettra de confirmer ou d'infirmer la suspicion de mauvaise qualité de prise en charge des patient.

Pour Chasteen (62) les dossiers, s'ils sont bien tenus, sont un outil valable de la gestion des risques et de la qualité.

Pour Marshall (63), il n'est pas nécessaire d'impliquer les patients dans un processus d'audit. Des dossiers bien structurés et des radiographies de bonne qualité suffisent à mener un audit sur les procédures de soins. Le dossier est le seul élément qui permet de se renseigner sur tous les aspects de la prise en charge du patient. Un bon dossier n'est cependant pas une assurance de la bonne qualité des soins.

III.2.4. Gestion informatique du dossier

L'outil informatique connaît depuis une quinzaine d'années une évolution spectaculaire. En constante amélioration, l'informatique trouve de nombreuses applications dans le cabinet dentaire.

L'analyse de la littérature a montré que de nombreux praticiens utilisent l'ordinateur dans certains domaines (comme le secrétariat, la comptabilité ou l'imagerie), mais sont encore loin d'un exercice « sans papier ». Pour Rhodes (64), l'expérience a montré qu'il est possible de travailler sans papier avec de nombreux avantages. En effet l'exercice informatisé permet, outre les tâches classiques de bureautique, d'augmenter les performances du praticien en termes de qualité des soins tout en diminuant son stress, d'améliorer la communication avec le patient et enfin d'optimiser la gestion du temps du praticien et de son personnel ainsi que la saisie et l'archivage des documents médicaux. Rhodes a mené une étude portant sur 50 cabinets d'omnipraticque. Il a montré qu'en moyenne 600 à 800 heures par an sont passées à ranger, remplir et rechercher les dossiers, 200 à 300 heures par an à noter les plans de traitement, 100 à 150 heures par an à taper et copier journallement les factures et 200 à 300 heures par an à remplir et envoyer les formulaires d'assurance. Le total annuel d'heures équivaut au temps d'un employé travaillant 3 à 4 jours par semaine. Avec l'informatisation, 90 % du temps consacré à ces travaux de routine administrative pouvait être éliminé. Le temps libéré peut être une économie en embauchant 1 employé à mi-temps seulement (sachant qu'il faut tout de même investir une somme d'argent pour s'informatiser) ou bien, l'employé peut prendre le temps d'améliorer la communication avec les patients et l'organisation des soins.

La création de la télétransmission en France devrait permettre d'envoyer électroniquement les feuilles de soins par le biais de la carte de professionnel de santé et la carte Vitale. Ce système devrait permettre la réduction des opérations de remplissage des feuilles de sécurité sociale et faciliterait le remboursement aux assurés (ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins).

La gestion des documents médicaux du cabinet dentaire est sans doute l'un des avantages les plus significatifs procurés par l'informatique. Récemment Hamula et

coll. (65) ont proposé par exemple une organisation totalement informatisée du cabinet d'orthodontie. Un tel système permet, en plus de la gestion optimisée des dossiers, de gérer le flux des patients. Pour Ayoub et coll. (66), les avantages immédiats de l'informatisation se traduisent en termes d'économie. En effet, les cabinets utilisant des dossiers papier allouent une place considérable et des moyens financiers conséquents pour le stockage des dossiers. Par manque de place, les praticiens éliminent les anciens dossiers ou les stockent dans des endroits difficiles d'accès, d'où il leur est ensuite difficile d'extraire rapidement un dossier, sans parler de leur détérioration. Les dossiers informatiques au contraire ne prennent pas de place. Il est même possible de numériser des moulages d'étude et de les stocker électroniquement. Abelson (67) a préconisé de transférer journallement ou mensuellement toutes ces données informatisées sur des copies de sauvegarde de façon à les archiver en toute sécurité sur site ou de les confier à une société d'archivage. Très rapidement et avec une très grande fiabilité les dossiers archivés peuvent être reconstitués sans problème même s'il y a eu un incendie dans le cabinet. Rhodes (64) a mis en avant l'amélioration de l'efficacité de la gestion du cabinet dentaire. En effet, la gestion informatique permet un accès très aisé aux informations qu'il suffit de saisir une seule fois, alors qu'il est nécessaire de recopier certaines informations à plusieurs endroits du dossier papier (alertes médicales, rendez-vous de rappel, etc.).

En ce qui concerne la communication, l'ordinateur permet au chirurgien-dentiste de montrer au patient son état dentaire et lui démontrer visuellement la nécessité d'entreprendre des soins et une meilleure adhésion aux traitements tout en diminuant les incompréhensions et en réduisant les risques. Les études (64, 68) ont montré une plus grande proportion de décisions de traitements après une explication détaillée et imagée au patient de son état et les possibilités de soins existantes.

Un autre avantage constaté est une réduction notable du stress du praticien, après, il est vrai, une augmentation considérable de celui-ci lors de la période de transition vers l'informatisation. Il n'y a plus de recherches de dossiers qui irritent et retardent le praticien. Les praticiens ont une meilleure disponibilité qui leur permet de consacrer plus de temps à leurs patients (64, 69).

Pour Lackey (70), les dossiers informatiques contribuent à améliorer la qualité des soins, les procédures d'audit et les résultats (71). La possibilité de collecter et d'évaluer l'information à partir d'historiques de prise en charge des patients procurera une base valable pour l'analyse d'assurance qualité et de coûts-bénéfices. Celle-ci après compilation permettra d'élaborer des supports d'aide à la décision permettant d'améliorer le diagnostic et le plan de traitement (64).

La constitution et l'utilisation d'un dossier informatique nécessitent le respect de dix critères, selon Waigeman (72). Ces critères résument l'ensemble des exigences retrouvées dans l'ensemble de la littérature étudiée.

1. Saisie facile des données

L'utilisation du clavier peut rebuter un certain nombre de praticiens. Des systèmes d'écrans tactiles, de menus déroulants, de reconnaissance de mots et de stylos permettant d'écrire à la main sur un support électronique facilitent l'utilisation de l'ordinateur. La mise au point de systèmes de reconnaissance vocale est la technologie la plus prometteuse.

2. Équilibre entre le texte libre et les codages

Des systèmes de codage des données ont été mis au point, mais un grand nombre de praticiens préfèrent une certaine liberté d'expression, les systèmes doivent donner cette possibilité.

3. Fiabilité des données : intégrité et protection contre l'effacement

Ce qui est enregistré doit être exact et le praticien doit prendre la responsabilité d'adjoindre une signature informatique aux enregistrements. Le système doit avoir un mode d'identification, par exemple celui de la carte professionnelle de santé de la Sécurité sociale. Une fois signée, l'information doit être enregistrée intégralement et de façon à ne plus pouvoir être changée.

4. Protection des données

Les ordinateurs constituent une meilleure protection que les dossiers papier, à condition de mettre des mots de passe appropriés.

5. Moteur de recherche

L'utilisateur doit être capable de retrouver un dossier dans un temps raisonnable. Même si la recherche d'un dossier papier peut être longue, un temps de recherche informatique ne doit pas durer plusieurs minutes.

6. Saisie complète des données du patient

Toutes les informations disponibles doivent être enregistrées, pour éviter ou minimiser la tenue d'un dossier papier complémentaire.

7. Système d'indexation qui doit permettre de mettre au premier plan les informations les plus importantes et les plus pertinentes

8. Mise en œuvre d'un consensus de codage des informations

Dans l'optique d'une extension des systèmes informatiques avec des communications directes entre différents acteurs de santé, il faudrait penser dès maintenant à un consensus pour le codage des données. La création du *Unified Medical Language Systems* (UMLS) est une aide.

9. Mise en œuvre d'un consensus sur la nature des données

Au niveau national ou international, l'enregistrement des données des professions médicales doit être pensé dans le but de créer des bases de données minimales et maximales pour chaque application médicale.

10. Coût raisonnable

La question est de savoir ce qui est efficace à un coût raisonnable. La réponse est laissée à chaque utilisateur.

Pour les praticiens qui ont l'expérience de l'informatisation, coordonner le processus d'informatisation est difficile car il implique un changement plus que la création de quelque chose de nouveau. Ces changements signifient que chaque praticien accepte de rendre son travail plus transparent vis-à-vis de ses collègues, du public et des contrôles des systèmes d'assurance et des organismes payeurs (72, 73).

Le choix d'un logiciel professionnel est sans aucun doute le problème majeur du praticien désireux de s'informatiser. Une étude comparative (74) de logiciels disponibles en France a été réalisée en 1998. Elle a permis de résumer les fonctions de ces logiciels et constitue une aide significative pour le praticien lors de son investissement en fonction de ses besoins.

Suddick (69) a souligné qu'une formation initiale du praticien était indispensable avant d'envisager l'acquisition d'un système de gestion. Si le praticien a peu d'intérêt pour les ordinateurs et la haute technologie et si son budget est peu élevé, il s'équipera en première intention d'un système basique et peu coûteux incluant la facturation et la télétransmission. Après avoir acquis de l'expérience et une certaine confiance, il pourra ensuite s'équiper progressivement d'un système multitâche plus performant intégrant la gestion, l'aide à la décision ou l'imagerie. Il sera alors impératif de s'assurer que les équipements nouveaux sont compatibles avec les équipements déjà en place. Cette opinion n'est pas toujours partagée, en effet, un système basique sera vite limité, le praticien ne pourra pas dans ce cas éviter de tenir un dossier papier important à côté du dossier informatisé. Les avantages de l'informatique seront alors peu évidents et à la moindre difficulté, le praticien sera tenté de reprendre sa gestion de dossier papier.

Pour Farr (68, 75), le praticien devra pouvoir mettre en œuvre et exploiter seul son logiciel professionnel qu'il devra faire évoluer par des mises à jour proposées par le concepteur afin d'optimiser continuellement l'utilisation du dossier de ses patients. Des dossiers plus complets seront ainsi réalisés, ce qui permettra d'améliorer les processus de diagnostic et de plan de traitement.

D'une façon générale le praticien aura intérêt lors de l'acquisition d'un système informatique de qualité, notamment d'un logiciel professionnel, à s'adresser à une entreprise bien implantée proposant un produit développé depuis un certain temps.

Un système informatique est d'autant plus performant qu'il est ouvert vers l'extérieur et qu'il peut communiquer, notamment dans le domaine dentaire, avec des bases de données externes (hôpital, laboratoires, banques de données, etc.) grâce à un standard de données et de transmission uniformes (69).

C'est dans cette optique que le dossier informatique dénommé *computer-based oral health record* (COHR) a été conçu par l'ADA et l'association des écoles dentaires américaines (76). Ce modèle a été développé par un groupe de travail sous l'égide de l'ADA. Il s'agit d'établir une base d'information sur les procédures cliniques afin de définir les standards de spécification d'un dossier informatique (77). Le COHR fournit une trame pour la collecte, l'analyse et l'utilisation de l'information provenant d'autres procédés, tels que les radiographies numérisées et les images vidéo qui aident au diagnostic et se rajoutent au dossier du patient.

Le dossier informatique COHR contient trois sections principales :

1. diagnostic ;
2. traitements ;
3. notes de progression et résultats.

On retrouve ceci dans le dossier papier. Pour le dossier informatisé, il y a essentiellement trois façons d'afficher les données :

1. graphique ;
2. thématique : construite par sélection de mots clés et organisée en menus ;
3. radiographies numérisées ou images vidéo décrivant l'état ou le traitement.

Le dossier COHR avec texte et images peut être envoyé par courrier électronique et permet aux chirurgiens-dentistes de créer des liens d'information avec leurs confrères, les assureurs, les associations dentaires, les académies, les librairies biomédicales et les fournisseurs dentaires, ceci sur une immense zone géographique. Actuellement, l'ADA et les organisations professionnelles américaines travaillent à la standardisation d'une nomenclature de l'état bucco-dentaire et du diagnostic (76). L'avenir semble être la constitution de dossiers électroniques auxquels pourront accéder plusieurs praticiens, ce qui leur fournit théoriquement une meilleure communication : on parle de « groupe virtuel » (78, 79).

Dans cette optique il est indispensable d'assurer la confidentialité des données et la légalité d'un dossier électronique, établir la légalité des différentes façons d'archiver les dossiers et la légalité d'une signature électronique (80, 81). De ce point de vue l'authentification des dossiers électroniques en matière de fiabilité et de précision est essentielle notamment dans les litiges opposant praticiens et patients. De même des systèmes de sécurité doivent être prévus pour limiter l'accès aux dossiers et fournir des systèmes de sauvegarde indiscutables (82).

L'utilisation de l'informatique a très vite fait naître le besoin de pérenniser des données enregistrées. Les utilisateurs exigent, à juste titre, que leurs données soient préservées quand ils changent de matériel ou de logiciel. Il faut pouvoir transférer facilement les données d'un logiciel à l'autre. Pour cela, il faut normaliser un ensemble minimal de données ainsi que leur format et la structure du fichier.

En France, l'Association Nationale d'Échange et de Recherche Informatique en Odontologie (ANERIO) et l'Association Dentaire Française (ADF) ont défini les « données standard pour l'informatique odontologique » (DSIO). Le besoin de sauvegarder des données étant le même pour d'autres professionnels de santé, l'ADF a proposé à l'AFNOR de normaliser le DSIO (83). La norme DSIO spécifie les données et la structure du fichier des données de gestion informatisées des cabinets dentaires en vue d'une migration de données entre deux logiciels. Elle ne s'applique pas à l'échange d'information entre systèmes de gestion de cabinets dentaires. Cette norme, destinée aux données de gestion des cabinets dentaires, peut s'adapter à d'autres professionnels de santé. Il n'existe actuellement pas de travaux européens ou internationaux de ce type. Les sociétés éditrices de logiciels de gestion peuvent adhérer à cette norme qui offre aux praticiens la véritable liberté de disposer de leurs données professionnelles. Les logiciels agréés DSIO portent un numéro d'agrément pour la version testée du logiciel. Une extension comptabilité permet de transférer les données comptables directement à son association de gestion agréée à condition que le programme informatique de l'AGA ait aussi reçu l'agrément DSIO comptabilité. Cette norme n'est pas sans inconvénients : les logiciels agréés sont plus coûteux en raison du surcoût généré par l'agrément. En raison de la complexité de la norme et des différents modes de stockage des données suivant les programmes, la conversion et la transcription des données sont loin d'être évidentes. L'étude des données définies dans la DSIO est certainement révélatrice de la façon dont les chirurgiens-dentistes français tiennent leurs dossiers. Les données administratives semblent exhaustives. Les données relatives au patient ont une entrée par pathologies qui correspond aux alertes médicales. Les données sur les soins se traduisent essentiellement en termes de facturation, des données nécessaires à l'édition de la feuille de Sécurité sociale, et de l'existence ou non d'une ordonnance. Les données

sur les paiements, soldes dus, comptables et immobilisation/amortissement sont prévues en vue d'un archivage ou d'un transfert. En revanche, il n'est pas prévu de format pour conserver les autres données du dossier : c'est-à-dire examen, diagnostic, plan de traitement et traitements réalisés.

Les avantages que peut retirer de l'informatisation un professionnel de santé sont variés : pour les uns ce sera une meilleure gestion de leur cabinet ou de leurs dossiers patients, pour les autres ce sera de plus la possibilité d'accéder à des bases de données, de bénéficier d'aides à la décision ou encore de profiter de la mise en réseau avec d'autres confrères (télétransmission des résultats d'examen radiologique numérisé, examens de biologie, schémas pour le prothésiste...). Les perspectives offertes en terme de formation continue (CD Rom, réseau, bases de données...) sont d'ores et déjà très intéressantes.

La nécessité de garder la confidentialité des données fait obligation au chirurgien-dentiste de déclarer à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ses fichiers de gestion de patients. La CNIL interdit l'indexation du numéro de Sécurité sociale des patients, en conséquence aucun classement de dossier ne pourra se faire à l'aide de ce numéro. Le problème de la conservation des dossiers informatisés et de leur confidentialité ne semble pas encore réglé, alors que les cabinets dentaires sont actuellement en plein processus d'informatisation.

III.2.5. Organisation du dossier du patient

Les données à recueillir et à conserver dans le dossier du patient sont nombreuses, il s'agit de retrouver à tout moment et rapidement les informations nécessaires au traitement et au suivi du patient. Si la littérature abonde en ce qui concerne les données à recueillir et à garder dans un dossier médical, peu de méthodes sont proposées pour structurer les informations afin d'optimiser leur utilisation.

— *Le dossier orienté par problèmes (« problem oriented record ») ou POR*

Ce système d'organisation du dossier a été présenté pour la première fois par Weed en 1964 (84) à l'attention des médecins. Il est justifié par le développement des audits qui ne peuvent évaluer la qualité des pratiques médicales sans disposer d'un dossier clair et organisé. De plus, d'après l'auteur, un dossier médical devrait occuper une position centrale dans le suivi des patients et l'enseignement de la médecine. Il est difficile de juger de la qualité d'un traitement si on ne dispose pas de renseignements sur le suivi des soins. *« Personne ne devrait avoir la liberté d'être désorganisé et incomplet dans le recueil des données et de ce fait les enfouir pour toujours. La liberté consisterait dans le niveau d'interprétation ; et dans ce cas, le raisonnement devrait être noté... »* (84).

C'est seulement en 1975 que nous trouvons une description de l'application du POR en odontologie à l'Université de Pennsylvanie (85). Cette méthode a été ensuite décrite en détails par Tryon et coll. et mise en application à l'Université du Mississippi (86-88).

Un dossier bien construit devrait donner les réponses aux questions suivantes :

- quelles sont les informations données par le patient ?
- qu'est-ce qui était vrai (ou faux) dans ces informations ?
- quel plan de traitement a-t-il été mis en œuvre pour résoudre les problèmes du patient, à quel coût, avec quelle durée de traitement ?

- les plans de traitement ont-ils été suivis ?

Les dossiers examinés donnent en général l'impression que les chirurgiens-dentistes collectent le minimum de données possible. Ils semblent concernés par des problèmes d'étendue limitée et prodiguent des soins sans planification apparente. On sait que ce n'est pas réellement le cas, mais on ne peut pas le prouver en consultant les dossiers.

Un dossier idéal n'existe pas, mais on peut en décrire les caractéristiques, il doit :

- être simple à utiliser ;
- contenir un large recueil de données de base collectées de façon constante et systématique ;
- contenir une liste des problèmes du patient qui soit facile à localiser rapidement lors de la consultation du dossier ;
- être clairement écrit et organisé en fonction des activités de soins dans un ordre naturel ;
- être facile à lire et à comprendre de façon à garder la logique des décisions en vue d'un audit aisé.

Un tel dossier rempli doit avoir une présentation qui facilite la communication des informations dans le cabinet dentaire pour aider l'équipe à donner des soins plus efficaces.

Le POR contient quatre composantes : la base de données, la liste des problèmes, les plans de traitement, les notes de progression des traitements.

1. La base de données

Il s'agit des données recueillies en routine systématiquement pour chaque patient. S'y rajoutent les données supplémentaires qui varient selon les patients. Elle devrait contenir les rubriques suivantes :

- les informations administratives, personnelles et financières ;
- l'interrogatoire médical du patient écrit et accompagné des résultats de l'interrogatoire oral du praticien au patient ;
- des renseignements d'ordre médical (d'importance « raisonnable ») et un examen complet de la tête et du cou ;
- le bilan d'hygiène orale ;
- l'examen bucco-dentaire, bilan parodontal, analyse occlusale ;
- les radiographies appropriées avec au minimum un orthopantomogramme ;
- les informations complémentaires qui varient selon les problèmes du patient : par exemple, des investigations radiographiques complémentaires, des résultats d'analyses de laboratoire ou des informations provenant de confrères (médecin traitant, chirurgien-dentiste).

La notion de prendre au moins un cliché panoramique est retrouvée dans la plus grande partie de la littérature relative au dossier du patient. En France, l'ANDEM a publié en 1996 des recommandations et références dentaires (89). Le groupe de travail chargé des recommandations portant sur le radiodiagnostic a recommandé de réaliser des radiographies panoramiques en fonction des circonstances cliniques. L'ANDEM recommande la prise d'une radiographie panoramique lors de la première

visite pour « ... tous les nouveaux patients afin de constater le stade de développement et les affections ». Ensuite, la prise de cliché panoramique est recommandée si une interruption trop longue a eu lieu dans le suivi du patient et/ou si l'examen clinique le justifie.

2. La liste des problèmes

C'est la partie la plus importante du POR. Elle sert de table des matières et sera toujours positionnée à l'avant du dossier, de façon à être toujours visible. Chaque problème doit être nommé, numéroté et daté (*tableau 1*). Les problèmes sont notés dans l'ordre chronologique, pas nécessairement dans l'ordre où ils seront résolus. Quand un problème est résolu, la date de sa solution est notée dans le dossier. Un nouveau numéro sera attribué à tout nouveau problème ajouté à la liste.

Tableau 1. Exemple de liste des problèmes notés dans un dossier patient, d'après Tryon, 1981 (87).

Liste des problèmes			
N°	Problème	Entrée	Fin
1	Mauvaise hygiène	21/7/75	12/9/75
2	Problèmes parodontaux, * 16, 36, 46	29/7/75	
3	Bruxisme	29/7/75	
4	Caries, * 14, 15, 27, 32, 43	29/7/75	
5	Diabète possible	29/7/75	
6	Dents manquantes, * 22, 23, 38, 48	21/7/75	
7	Pulpite, * 15	21/7/75	16/8/75

* : identifie le n° de la dent.

Le praticien notera immédiatement que les problèmes décrivent des processus pathologiques plutôt que des descriptions individuelles de l'état des dents. La raison d'utiliser une telle méthode est que les chirurgiens-dentistes sont concernés par des problèmes qui sont pris en charge pendant un temps plus ou moins long. Les alternatives de traitements peuvent être diverses, il s'agit d'organiser les problèmes pour établir un plan de traitement et non de réaliser des restaurations dentaires individuelles.

Des listes numérotées de catégories de problèmes sont proposées, en relation avec des codes de traitements proposés par *l'American Dental Association*.

3. Les plans de traitement

Les patients sont suivis longtemps jusqu'à la résolution de leurs problèmes. L'évolution de la profession vers une approche préventive et la nécessité de suivre les traitements effectués justifient largement l'élaboration écrite d'un plan de traitement (*tableau 2*).

Les recommandations suivantes ont été établies :

- utiliser le même titre et numéro que sur la liste des problèmes. Chaque problème de la liste doit être abordé séparément ;
- décrire les données complémentaires nécessaires pour résoudre ou diagnostiquer correctement le problème, ou pour adresser le patient à un confrère (**D**) ;
- écrire un plan de traitement général après avoir collecté les données (**T**) ;
- esquisser un plan d'éducation et de motivation du patient en fonction du problème (**ED**).

Tableau 2. Exemple de plans de traitement selon le POR, d'après Tryon, 1981 (87).

	Problèmes	Plans
1	Mauvaise hygiène	D* : diagnostic de prévention, alimentation, POHI, GI PI T[†] : motivation, conseils de brossage, nettoyage professionnel et détartrage, conseils de nutrition ED[‡] : implication dans le contrôle de la plaque, relation entre alimentation et maladies bucco-dentaires
4	Caries, **14, 15, 27, 32, 43	D : POHI, test de Snyder T : amalgames par quadrants ED : relation entre plaque dentaire et nouvelles caries. Plan à long terme pour la prévention des récurrences

* : **D** correspond à la description des données complémentaires nécessaires pour résoudre ou diagnostiquer correctement le problème, ou pour adresser le patient à un confrère ; [†] : **T** correspond à l'écriture d'un plan de traitement général après avoir collecté les données ; [‡] : **ED** correspond à l'esquisse d'un plan d'éducation et de motivation du patient en fonction du problème ; ** : identifie le n° de la dent.

Ces plans sont uniquement une esquisse du plan de traitement global. Ils ne donnent pas une progression chronologique de la conduite du plan de traitement. La durée du traitement, les dates de réalisation des soins, les coûts des traitements et l'identité du praticien (en cas d'exercice en association ou en faisant appel à des remplaçants) sont contenus dans le plan de traitement « intégré » ou global (*tableau 3*).

Tableau 3. Exemple de plans de traitement global établi selon le POR, d'après Tryon, 1981 (87).

Visite	Problème	Plan	Date de fin	Durée	Coût
1	Données	Recueil des données	29/02/75	4 unités	
2	*1 POH	Données, nettoyage, détartrage	05/08/75	3 unités	
3	*1 POH	Renforcement	12/08/75	2 unités	
4	*3 Bruxisme	Données		2 unités	
5	*3 Bruxisme	Entraînement « biofeedback »		3 unités	
6	*3 Bruxisme	Empreintes		4 unités	
	*4 Caries	Amalgame MOD #14 Amalgame MOD #15		3 unités	
	etc.				

* : identifie le n° de la dent ; unités : a priori l'unité de base est de 10 minutes, mais les unités ne sont pas clairement définies dans l'article.

4. Les notes de progression des traitements

Il s'agit d'un compte rendu des soins prodigués à chaque visite du patient. Dans le format proposé par Weed (84) (*tableau 4*), elles contiennent tous les éléments portant sur les problèmes traités y compris les nouvelles données provenant du patient ou d'une autre source d'information, l'état du problème à un temps donné, le traitement et les honoraires perçus. Weed a suggéré d'utiliser le format (SOAP) suivant :

- S : éléments subjectifs, le patient donne une information concernant son problème ;
- O : éléments objectifs, nouvelles données collectées ;
- A : appréciation (*assessment*), quand l'état du problème a changé ;
- P : plan, quand un traitement a été effectué ou est programmé.

Cette façon d'organiser l'information peut ne pas être applicable dans la pratique courante. Elle est enseignée dans un grand nombre d'universités américaines et canadiennes, son intérêt pédagogique a été largement démontré. Pour Tryon (87), le fait de recueillir les données sous la forme SOAP est moins important que le fait de les noter de façon complète et logique. Il faut disposer de place suffisante sur la fiche. Chaque note de progression varie en fonction de l'information à noter. Toutes les notes ne contiennent pas obligatoirement les quatre rubriques SOAP. Il vaut mieux considérer le «SOAPing» comme une façon de faire autant que possible (87).

Tableau 4. Notes de progression des traitements selon le format SOAP, d'après Tryon, 1981 (87).

Date	Numéro du problème et notes de progression / SOAP
xx/xx/xx	*1 POH S – Interrogatoire : alimentation très sucrée. Rythme de vie accéléré ne contribue pas à de bonnes habitudes O – POHI 3.6 ; GI 2.1 ; PI 2.2, tartre visible cliniquement et à la radiographie A – Problème d'hygiène à prendre en charge en priorité P – Diagnostic de prévention, détartrage. Revoir pour le POH la prochaine fois
xx/xx/xx	*1 POH O – POHI 2.9 ; GI 1.4 ; PI 1.3 P – Détartrage sus et sous-gingival. Prochain RV : bruxisme

* : identifie le n° de la dent ; S : subjectifs ; O : objectifs ; A : appréciation ; P : plan.

Le POR a été également adapté à la pratique de l'odontologie pédiatrique. Le même principe a été développé en rajoutant systématiquement dans le plan une formule concernant le consentement éclairé des parents au traitement (88).

Les avantages du POR ont été décrits, il permet une approche systématique du patient et une structuration globale du plan de traitement. Il semble particulièrement utilisé pour des traitements de prévention. Pour le praticien, il permet de définir clairement les problèmes et leurs facteurs contributifs donc un diagnostic le plus précis possible (7). Il apporte une approche rigoureuse de la conduite du traitement ou dans certains cas de la décision de non-traitement. C'est une excellente base de discussion avec le patient et de son information, lors de l'élaboration de son plan de traitement. Il permet une bonne coordination de l'équipe traitante (90-92). Pour Valenza (93), cette façon d'organiser les dossiers permet une meilleure approche des patients présentant un risque médical car le traitement bucco-dentaire nécessite souvent une approche pluridisciplinaire. De nombreux auteurs insistent sur l'importance des notes prises concernant la progression du traitement. Pour Spahl (94) il est relativement aisé en orthodontie de tenir cette partie du dossier. Il recommande de noter la satisfaction du patient devant les progrès de son traitement. Il est également important de noter si le patient suit correctement les instructions données. Les rendez-vous manqués doivent également être notés. Si de prime abord la tenue détaillée de ces notes peut sembler encombrante et longue, Spahl affirme qu'avec un peu de pratique il est surprenant de constater combien cette façon de procéder est agréable et efficace.

Peu de critiques ont été émises sur le POR. Le recueil des données peut s'avérer laborieux dans le cas de l'utilisation de supports de dossiers papier. L'usage d'un logiciel informatique permet de faciliter la tenue d'un tel dossier. Le temps passé à remplir le dossier semble être regagné par la suite dans l'organisation des rendez-vous successifs et par la facilité à retrouver rapidement les informations que l'on recherche. La question principale est plutôt : un dossier bien tenu améliore-t-il la pratique dentaire ?

En France, nous n'avons pas trouvé de document relatant l'utilisation du système POR.

— *Autres modèles*

La plupart des dossiers disponibles dans le commerce en France sont constitués :

- d'une partie administrative avec les coordonnées du patient ;
- d'un schéma dentaire ;
- parfois d'une case pour les remarques ou les alertes médicales ;
- de lignes avec la date, le soin effectué, le codage de la NGAP et le paiement des honoraires.

Au vu de notre analyse, ce modèle n'est pas conforme à la bonne tenue d'un dossier. Nous n'avons pas identifié de description de modèle complet de dossier en dehors du POR.

Suite à un audit mené dans le Norfolk, (Royaume-Uni), Holt (95) a proposé une fiche résumé (*tableau 5*) de santé bucco-dentaire à mettre en avant du dossier. Cette fiche a été validée et est utilisée régulièrement au Royaume-Uni. Elle permet de se remémorer les informations contenues dans le dossier d'un coup d'œil et sous une forme abrégée permettant de garder la confidentialité des informations.

Tableau 5. Fiche d'information résumée de santé bucco-dentaire, d'après Holt, 1998 (95).

Informations
Préférences du patient (amalgame ou composite ; rendez-vous le matin ; etc.)
Fréquence des rendez-vous de rappel
Fréquence des détartrages si elle est différente de celle des rendez-vous de contrôle
Alertes médicales (si nécessaire)
Existence ou non d'une anamnèse médicale
Prise de médicaments
Habitudes tabagiques
Date du dernier rendez-vous
Date de la dernière mise à jour de l'anamnèse médicale
Date des dernières radiographies rétro-alvéolaires et délai prévu pour les refaire
Interprétation des radiographies et besoins de traitements
Date du dernier bilan parodontal
Le cas échéant, date du dernier bilan de mesure des poches parodontales
Alerte de surveillance des tissus mous
Instructions d'hygiène orale données et techniques conseillées

IV. RECOMMANDATIONS POUR LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT EN ODONTOLOGIE

IV.1. Objectifs

La bonne tenue des dossiers permet :

- une prise en charge globale du patient ;
- d'améliorer la démarche du praticien pour optimiser son exercice ;
- d'utiliser au mieux les données diverses recueillies dans le dossier pour se remémorer :

- l'anamnèse médicale et surtout les alertes médicales,
- les traitements effectués,
- le plan de traitement ;
- de planifier les traitements et donc d'agir avec logique et sans perte de temps ;
- d'expliquer et discuter des traitements avec le patient à partir d'éléments du dossier ;
- de favoriser la gestion administrative ;
- de retrouver rapidement et sans risque d'erreur le dossier du patient ;
- de favoriser la transmission des informations du dossier à un autre professionnel de la santé ;
- d'avoir une trace des traitements effectués et pourquoi ;
- d'avoir un élément de référence pour les identifications.

IV.2. Données administratives

Tout dossier doit contenir des données administratives nécessaires au bon fonctionnement du cabinet dentaire (*tableau 6*). Un certain nombre de données sont indispensables, d'autres seront recueillies selon les pratiques et la volonté du praticien. Il serait cependant préférable de les recueillir. Nous avons pris comme base, d'une part la liste définie par la norme DSIO publiée par l'AFNOR en 1998 (83) décrivant les données standard pour l'informatique odontologique et, d'autre part, les recommandations pour la tenue du dossier médical en médecine générale, élaborées par l'ANDEM (96). L'ordre dans lequel seront recueillies ces données est laissé à l'appréciation du praticien, notamment en ce qui concerne les dossiers papier. Il est en revanche indispensable de pouvoir identifier la ou les personnes qui ont rempli le dossier.

Tableau 6. Liste des données administratives retenues par le groupe (accord professionnel, norme DSIO).

Numéro de consultant	Indispensable
Nom	Indispensable
Prénom	Indispensable
Symbole pour signaler les homonymes	Préférable
Titre civil : Madame, Mademoiselle, Monsieur	Préférable
Sexe	Indispensable
Date de naissance	Indispensable
Lieu de naissance	Préférable
Adresse complète	Indispensable
Téléphone domicile	Indispensable
Téléphone professionnel	Préférable
Numéro de Sécurité sociale	Indispensable
Code du chef de famille	Préférable
Profession	Préférable
Date 1 ^{er} soin ou rendez-vous	Indispensable
Date dernier soin ou rendez-vous	Préférable
Codification de l'organisme de remboursement pour la part obligatoire	Préférable
Nom et prénom de l'assuré	Préférable
Codification de l'assurance complémentaire	Préférable
Tuteur, curateur, tiers payeur	Indispensable
Correspondants	Indispensable

Numéro de consultant : le classement des dossiers peut se faire par ordre alphabétique ou numérique. Le classement des dossiers par ordre numérique est plus facile, plus rapide et plus sûr. Quand il s'agit de dossiers papier, on évite de redistribuer périodiquement les dossiers dans les classeurs en cas de saturation. Il faut tenir une liste de correspondance entre les noms et les numéros de consultant. Cette liste est organisée par ordre alphabétique. Pour les dossiers informatisés, les dossiers sont numérotés automatiquement, le classement ne pose pas de problème. La recherche du dossier se fait en général d'abord avec les premières lettres du nom du patient. En cas d'homonymes, on peut alors préciser la date de naissance ou un autre élément d'identification.

Nom : pour les femmes, il faut noter le nom de jeune fille, le nom marital ou le nom usuel. Il faut veiller à modifier le nom lors des changements d'état civil.

Prénom : le prénom permet de différencier les membres d'une même famille

Symbole pour signaler les homonymes : il est rare que deux patients aient les mêmes nom et prénom. Cependant, il faut clairement signaler l'homonymie en tête de dossier papier ou informatique.

Sexe : les prénoms ne permettent pas toujours de déterminer le sexe du patient.

Date de naissance : l'âge du patient est un élément indispensable à la conduite des soins.

Lieu de naissance : il peut nous donner des indications sur les origines du patient, peut aider au diagnostic de certaines manifestations pathologiques (fluorose dentaire par exemple).

Adresse complète : penser à actualiser la rubrique.

Téléphones : outil de communication indispensable à la gestion du cabinet. Quand le numéro est sur liste rouge, il faut le noter sur le dossier et assurer le patient de la confidentialité de l'information.

Numéro de Sécurité sociale : pour la communication avec la caisse de Sécurité sociale du patient.

Code du chef de famille : ce code permet de rattacher un patient à une famille. En cas de dossier informatique, le logiciel gère souvent automatiquement les familles. En cas de dossier papier ou si le logiciel ne gère pas les familles on peut mettre le numéro de consultant du chef de famille.

Profession : il est bon de connaître l'histoire professionnelle du patient. On recueillera la profession actuelle, les professions passées et le statut actuel (actif, chômeur, étudiant, retraité, etc.). Il est important de réactualiser régulièrement cette rubrique.

Date 1^{er} soin ou rendez-vous, date dernier soin ou rendez-vous : pour des recherches sélectives de dossiers. Cette donnée est surtout utilisable en cas de dossier informatique.

Codification de l'organisme de remboursement pour la part obligatoire : cette rubrique est indispensable en cas de dossier informatique. Elle permet d'établir les feuilles de remboursement adéquates ou la télétransmission avec l'organisme de remboursement.

Codification de l'assurance complémentaire : cette donnée n'est pas encore indispensable, mais de nombreux organismes d'assurance complémentaire gèrent également la part obligatoire de l'assurance maladie (par exemple : MGEN). Les organismes d'assurances complémentaires préparent également le passage à la télétransmission des honoraires pour les remboursements.

Tuteur, curateur, tiers payeur : permet d'adresser la note d'honoraires à la bonne personne. Si le patient est un enfant, cette information est indispensable car il faudra recueillir le consentement aux soins de la personne responsable. Il en va de même pour un adulte sous tutelle.

Correspondant : nom du médecin traitant ou de tout autre correspondant.

IV.3. Motif de la consultation

Le motif de la consultation est un élément :

- indispensable à noter ;
- qui permet d'apprécier l'attente du patient ;
- qui doit être pris en compte dans l'établissement du plan de traitement.

Il faut indiquer le nom du praticien qui a vu le patient. En cas de dossier papier, on peut reconnaître l'écriture du praticien, excepté s'il dicte les éléments du dossier à la secrétaire. Si le praticien emploie régulièrement des remplaçants, il est recommandé de noter le nom du remplaçant. Pour la gestion informatique, une identification du praticien est indispensable.

IV.4. Anamnèse médicale

L'anamnèse médicale conditionne toute la prise en charge du patient. Elle permet de diminuer les risques médicaux lors des traitements.

Il existe deux principales méthodes d'anamnèse médicale : l'interrogatoire oral et le questionnaire écrit. Les autoquestionnaires ou questionnaires auto-administrés, c'est-à-dire remplis par le patient, sont fréquemment utilisés en odontologie.

Il convient de faire remplir au patient un questionnaire médical écrit, détaillé, et qui permette de déterminer le risque thérapeutique sans ambiguïté. Si le patient a des difficultés de lecture ou de compréhension, il faut l'aider à le remplir. L'avantage des auto-questionnaires est de limiter les oublis possibles. Si un auto questionnaire est utilisé, un interrogatoire oral complémentaire mené par le praticien est indispensable, il permet de préciser plus sûrement l'état de santé du patient et de déterminer les risques médicaux sans ambiguïté. Six modèles de questionnaires sont présentés en annexe à titre d'exemple.

L'anamnèse médicale doit permettre d'évaluer les risques allergiques, infectieux ou hémorragiques et les risques de complications possibles dues au stress, aux pathologies existantes actuelles ou anciennes et aux interactions médicamenteuses. Un historique médical complet contient la date et les résultats du dernier examen médical et les détails concernant la dernière hospitalisation. Il faut noter le nom exact, la fréquence et le dosage des médicaments pris par le patient. Il est indispensable de savoir depuis quand le patient consomme ses médicaments et tout éventuel effet secondaire ressenti. En cas de doute ou de besoin d'informations complémentaires, un contact écrit auprès du médecin traitant est indispensable. Une anamnèse complète permet d'établir une liste des habitudes telles que fumer, boire de l'alcool et l'usage de drogues qui pourraient affecter la santé orale ou générale du patient.

Le questionnaire médical doit être daté et signé par le patient. Il est conseillé que le praticien date et signe aussi ce questionnaire une fois qu'il a réalisé l'interrogatoire oral complémentaire et évalué le risque médical.

Les données d'alerte, c'est-à-dire les facteurs de risque, relevées lors de l'établissement du questionnaire médical doivent être notées en début de dossier et à la même place pour tous les dossiers, de façon à les voir inévitablement à chaque rendez-vous. Si nécessaire, il faut inscrire ces données d'alerte sur les fiches de progression de traitement. Dans le cas d'un dossier informatisé, pour un grand

nombre de logiciels, la fenêtre d'alerte s'affiche à chaque ouverture du dossier. En cas de prescription en contradiction avec les données médicales recueillies, une fenêtre d'alerte s'affiche lors de la rédaction de l'ordonnance.

L'anamnèse médicale doit être actualisée régulièrement. Il suffit à chaque rendez-vous de demander si le patient prend toujours les mêmes médicaments ou s'il en a changé, s'il a vu son médecin traitant ou s'il a été malade depuis la dernière visite. Enfin, il est préférable de refaire une anamnèse complète si on s'aperçoit que les changements survenus sont importants et de faire dater et signer le nouveau questionnaire.

IV.5. Anamnèse odontologique

L'anamnèse odontologique est le point de départ de la prise en charge du patient. Elle relate l'ensemble des traitements qui ont été effectués chez le patient avant sa venue. La date du dernier contrôle dentaire, des dernières radiographies et tout ce qui concerne la santé bucco-dentaire et les symptômes doivent être consignés. Un bon historique rend compte des habitudes d'hygiène bucco-dentaire et des parafunctions.

IV.6. Examen clinique

L'examen clinique complet doit être relaté de façon extensive.

Il comprend l'examen extra-oral et intra-oral :

Examen extra-oral :

- téguments ;
- morphologie ;
- examen fonctionnel de l'appareil manducateur ;
- présence d'adénopathies cervico-faciales.

Examen intra-oral :

- état dentaire existant détaillé : dents présentes, absentes, traitements existants, dyschromies ;
- relations inter-arcades ;
- liste des pathologies bucco-dentaires existantes ;
- évaluation de la qualité de l'hygiène bucco-dentaire ;
- examen parodontal : l'établissement d'un bilan parodontal complet est recommandé chez les adultes ;
- muqueuse buccale.

IV.7. Examens complémentaires

L'examen clinique est complété par des examens qui vont permettre d'établir un diagnostic et un plan de traitement.

IV.7.1. Examens radiographiques

Une radiographie panoramique réalisée au début de la prise en charge du patient permet :

- un bilan général de l'état bucco-dentaire avec la visualisation de dents incluses ou en désinclusion, de dents surnuméraires ou absentes ;
- la détection de foyers infectieux et des pathologies osseuses ;
- d'avoir une idée générale de la présence et de l'aspect des poches parodontales éventuelles ;

- d'avoir un élément de preuve légale de l'état du patient au début de sa prise en charge.

Des radiographies rétrocoronaires :

- pour détecter les caries proximales ;
- effectuées régulièrement lors d'examens de contrôle.

Des radiographies rétroalvéolaires :

pour les diagnostics spécifiques et les besoins thérapeutiques : odontologie conservatrice, endodontie, parodontologie, prothèses, chirurgie.

Autres examens d'imagerie : indiqués en fonction des besoins diagnostiques et thérapeutiques.

Il est recommandé de prendre autant de clichés qu'il est nécessaire à l'établissement du diagnostic, aux soins et au suivi du patient. Les clichés doivent être identifiés par le numéro de consultant et datés. Le manque de documentation appropriée pourrait être une faute professionnelle.

IV.7.2. Modèles d'étude - Moulages

Les moulages font partie intégrante du dossier. Il faut les identifier, à l'aide du numéro de consultant, et les dater. Il faut les archiver de façon à pouvoir les retrouver. Il existe des systèmes informatiques de numérisation qui permettent d'archiver en trois dimensions les moulages. Cette méthode est récente, et l'exploitation à long terme de ces images pose le problème de leur archivage dans un format qui pourrait être lu, même de nombreuses années plus tard.

IV.7.3. Autres examens

Les résultats des examens complémentaires tels que des analyses biologiques et tout autre examen, la correspondance avec les confrères ou les médecins, etc. , doivent être résumés dans le dossier. On gardera les rapports originaux dans le dossier.

IV.8. Diagnostic

Le diagnostic précis des pathologies bucco-dentaires devrait être libellé en détail dans le dossier. Quelle que soit l'organisation des données dans le dossier, il faut noter les diagnostics concernant tous les aspects des soins.

IV.9. Relations avec les autres professionnels de la santé

Il est recommandé de garder toute correspondance avec un confrère ou un autre professionnel de la santé. Il est préférable de résumer dans le dossier les conclusions ou les informations essentielles de cette correspondance. Une conversation téléphonique doit être transcrite par écrit avec la date et l'heure du contact. En général, il est préférable de demander au confrère d'écrire une lettre confirmant ce qui a été dit au téléphone.

IV.10. Plans de traitement

Le code de déontologie précise que «*le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux*

données acquises de la science... » (art. 27 du code de déontologie des chirurgiens-dentistes).

C'est seulement quand le praticien est en possession de tous les éléments nécessaires qu'il pourra établir un projet de traitement chronologique en tenant compte de l'ensemble des problèmes et des désirs du patient.

Il est recommandé d'établir un plan de traitement global pour chaque problème à résoudre. Il est important de noter les données complémentaires nécessaires à recueillir avant la finalisation du plan de traitement.

Un plan de traitement détaillé doit être écrit dans le dossier. Un plan de traitement doit être motivé : il est conseillé de noter la raison du traitement ou du non-traitement.

Le plan de traitement est bien sûr sujet à modifications en fonction des difficultés ou d'éléments nouveaux intervenant dans la progression des soins. Il est préférable de noter au fur et à mesure les modifications du plan de traitement. Il est important de noter la motivation du patient, car c'est un élément qui déterminera les objectifs des traitements.

Un devis descriptif des soins à entreprendre peut être alors rédigé rapidement à partir du plan de traitement.

IV.11. Traitements

Une fois le plan de traitement établi, il est recommandé de noter les soins et prescriptions effectués à chaque rendez-vous et les conseils donnés au patient. Il est recommandé de consigner le type et les doses d'anesthésique utilisées, les produits médicamenteux utilisés, les matériaux d'obturation mis en bouche. À chaque séance, il est recommandé de demander au patient s'il a eu des réactions aux produits utilisés lors du rendez-vous précédent. Toute réaction signalée devrait être notée sur la fiche de traitement.

IV.12. Suivi thérapeutique

Il y a plusieurs aspects :

- les traitements qui nécessitent un suivi périodique (hygiène, parodontologie, surveillance des travaux prothétiques, etc.). Il faut mettre en avant du dossier un système de rappel périodique avec la fréquence à laquelle on souhaite revoir le patient et le type de contrôle ou d'acte à faire ;
- les examens de contrôle de routine. On en détermine la fréquence en fonction du patient et de son état bucco-dentaire. De même un système de rappel périodique peut être mis en place.

Pour un dossier papier, c'est difficile. On peut mettre sur le carnet de rendez-vous le numéro de consultant du patient en début de semaine ou de mois. Pour ne pas oublier de revoir le patient, on peut lui donner un rendez-vous de rappel, même à une date éloignée, quitte à la modifier selon son emploi du temps. Pour un dossier informatisé, les logiciels peuvent gérer le suivi des patients par des systèmes d'alerte au niveau des dossiers ou du carnet de rendez-vous.

Les modalités du suivi thérapeutique doivent être mises en place avec le consentement éclairé du patient. Il convient soit d'indiquer au patient la fréquence à laquelle il est souhaitable qu'il prenne rendez-vous, soit de lui proposer de lui fixer des rendez-vous périodiques.

IV.13. Prévention

La prévention bucco-dentaire ayant fait la preuve de son efficacité, il est recommandé d'établir un calendrier des actes de prévention en fonction des besoins spécifiques du patient.

IV.14. Pièces à conserver, traçabilité

Pour des raisons de responsabilité médicale, il faut en principe conserver l'ensemble du dossier. Il faut, en particulier, conserver les fiches de consentement aux soins, les fiches d'incidents de toutes sortes, les devis, les doubles des ordonnances et des certificats. En tout cas, il faut conserver les radiographies. Si le patient réclame ses radiographies, il faut les lui remettre contre un reçu ou conserver un double des radiographies dans le dossier.

Lors de réhabilitations prothétiques utilisant des dispositifs médicaux fabriqués ou usinés, il est indispensable de noter la nature des matériaux mis en bouche. Il est recommandé de conserver la fiche de laboratoire de prothèse avec l'identification de la nature des matériaux utilisés (avec, s'il existe, le numéro du lot). On peut être amené à fournir cette information au patient.

D'une façon générale, il faut conserver les informations relatives à la traçabilité et se conformer aux textes en vigueur.

IV.15. Urgence

La consultation en urgence est caractérisée par un problème de temps disponible, le patient s'insérant en plus du programme de travail du praticien. L'état psychologique du patient est à prendre en considération.

S'il s'agit d'un patient traité par le praticien :

avec un dossier complet, le praticien pourra traiter l'urgence efficacement et sans risque.

S'il s'agit d'un patient inconnu :

il est dangereux de ne pas procéder à un interrogatoire médical. Le problème de la constitution du dossier se pose d'autant plus que le patient souffre et n'est en conséquence pas réceptif à la constitution d'un dossier. On peut donc avoir du mal à effectuer un questionnaire médical complet. Mais, si l'on peut minimiser le recueil des données administratives, il ne faut absolument pas omettre de procéder à une anamnèse médicale et odontologique complète, faire remplir par écrit l'interrogatoire médical et le compléter ensuite avec le patient.

S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne sous tutelle :

on devrait tout de même faire signer une autorisation par le parent ou le gardien. Cependant, l'article 29-1 du code de déontologie précise que : « *Lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal d'un mineur ou autre incapable, le chirurgien-dentiste doit néanmoins, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires.* »

IV.16. Forme ou structure du dossier : le dossier doit pouvoir évoluer sans problème

Un dossier doit être clair et lisible. Il faut identifier formellement la personne qui a inscrit les informations. Il doit être écrit de façon indélébile. Si une correction est

nécessaire, il faut rayer la ligne erronée de façon qu'on puisse quand même la lire, mettre la correction avec une autre couleur, dater et signer cette correction.

Que le dossier soit sous forme papier ou informatisée, il doit être systématisé.

Le dossier peut être présenté de différentes façons. On peut s'inspirer du système de Weed (84) pour ordonner les informations provenant du patient, le diagnostic, le plan de traitement et les notes de progression.

On peut concevoir des fiches différentes pour chaque rubrique, cela implique de recopier certaines informations à différents endroits.

Il importe de réaliser un schéma bucco-dentaire clair (sous forme de dessin ou de codes) contenant l'état initial du patient. À chaque fin de phase de traitement, avant de libérer le patient pour quelques mois, il faudrait réaliser un nouveau schéma actualisé et daté et conserver ces schémas.

La même démarche est conseillée pour l'état du parodonte.

Dans tous les cas, il importe de constituer une fiche confidentielle à mettre à l'avant du dossier avec les alertes médicales et les informations importantes qu'il faut toujours avoir en mémoire.

Les résumés écrits des examens annexes et des diagnostics successifs évitent d'avoir à compiler continuellement les lettres des correspondants, au risque qu'une information importante échappe à l'attention du praticien.

Il n'est pas conseillé de mettre des commentaires personnels sur les patients au milieu des informations médicales. Il est préférable de les consigner sur une fiche à part.

Il est recommandé de séparer les données comptables des traitements.

Dans le cas d'un dossier informatisé, la structure du dossier ne se pose pas car on peut afficher les données significatives à la demande à partir de n'importe quel endroit du dossier. Certains logiciels mettent à jour automatiquement le schéma dentaire à mesure que les soins sont réalisés. Il faut s'assurer de sauvegarder le schéma dentaire initial avant de commencer les traitements.

IV.17. Dossier et informatisation

L'évolution des techniques de bureautique a donné depuis une quinzaine d'années une large place à l'informatique. Au cabinet dentaire, l'informatique trouve de nombreuses applications.

L'informatique permet aux cliniques dentistes de gérer un grand nombre de données de nature différente. Il en résulte un meilleur rapport coût-bénéfice de leur activité.

Les dossiers informatiques contribuent à l'amélioration de la conduite des soins et donc de leur qualité.

L'utilisation de l'informatique nécessite de pérenniser les données enregistrées. Les utilisateurs exigent, à juste titre, que leurs données soient préservées quand ils changent de matériel ou de logiciel. Pour cela, il faut normaliser un ensemble minimal de données ainsi que leur format et la structure du fichier. La norme DSIO : « données standard pour l'informatique odontologique » spécifie les données et la structure du fichier des données de gestion informatisées des cabinets dentaires en vue d'une migration de données entre deux logiciels. Elle ne s'applique pas à l'échange d'information entre systèmes de gestion de cabinets dentaires. (83).

La création de la télétransmission en France devrait permettre d'envoyer électroniquement les feuilles de soins par le biais de la carte de professionnel de santé et la carte Vitale. Ce système devrait permettre la réduction des opérations de remplissage des feuilles de Sécurité sociale et faciliterait le remboursement aux

assurés (ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins).

La nécessité de garder la confidentialité des données fait obligation au chirurgien-dentiste de déclarer à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ses fichiers de gestion de patients. La CNIL interdit l'indexation du numéro de Sécurité sociale des patients, en conséquence aucun classement de dossier ne pourra se faire à l'aide de ce numéro.

L'avenir du dossier du patient évolue vers la constitution d'un dossier unique partagé comprenant non seulement les données du dossier du patient en odontologie, mais aussi du dossier médical et des différents acteurs de santé (infirmières, kinésithérapeutes...). Dans ce but, seule la tenue d'un dossier informatisé permettra cette évolution. Un certain nombre de données devront être structurées de façon commune pour que chaque professionnel de santé puisse les utiliser et les mettre à jour.

IV.18. Mise à jour du dossier : modalités et fréquence

Les patients sont, en général, suivis de longues années par leur praticien. Il est recommandé de mettre à jour systématiquement le dossier chaque fois qu'un long laps de temps s'est écoulé depuis la dernière consultation.

L'état général du patient peut changer rapidement, il est recommandé de prévoir quelques questions de routine destinées à déterminer si aucun changement n'est intervenu dans l'état de santé général du patient depuis le dernier rendez-vous. Il est préférable de noter dans le dossier que le patient n'a rien signalé.

IV.19. Dossier et qualité des soins

Le fait de bien tenir des dossiers n'implique pas nécessairement un bon exercice. À l'inverse, une pratique satisfaisante peut exister sans pour autant que le dossier soit bien tenu. Tenir un bon dossier nécessite d'y passer du temps.

L'analyse de la littérature montre que dans les pays où des systèmes d'évaluation des pratiques médicales ont été mis en place, le dossier médical est un des éléments qui permet d'évaluer la qualité des soins. Les études montrent en général, qu'un dossier bien tenu correspond à un exercice satisfaisant, tant pour le praticien que pour le patient. Un dossier médical bien tenu permet d'évaluer les pratiques professionnelles et contribue à améliorer l'exercice de la chirurgie dentaire. Un dossier clair, où les informations sont facilement et rapidement accessibles, permet d'optimiser son exercice. Il permet d'organiser au mieux ses journées de travail, il évite ainsi des pertes de temps génératrices de stress.

IV.20. Sécurité et conservation des dossiers

Les dossiers papier doivent être classés dans un local non accessible au public ou dans des meubles fermant à clef. Pour les dossiers informatiques, il faut mettre en place un dispositif de sécurité performant, directement en prise avec le système informatique, conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

La sauvegarde régulière des fichiers informatiques est indispensable. Les documents papier originaux importants et qui ne peuvent être transférés dans le dossier informatique doivent être conservés.

Il est conseillé de conserver les dossiers pendant une durée égale à trente ans à compter de la date du dernier épisode de soins ou rendez-vous. Pour un patient

mineur au moment des soins, ce délai doit être augmenté du nombre d'années séparant la date du dernier épisode de soins ou rendez-vous de celle de sa majorité.

V. CONCLUSION ET PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Bien des échecs, des insatisfactions et des conflits pourraient être évités avec un dossier du patient conçu et tenu dans l'esprit qui a été défini.

Un dossier doit être concis et actualisé, il permet une approche globale du patient.

Au-delà de l'aspect médico-légal, la tenue du dossier du patient est un bon préalable à un exercice de qualité. Établir un bon dossier du patient favorise un exercice de qualité plus rationnel. L'informatisation du dossier du patient est une démarche qui permet d'améliorer la qualité de sa tenue. Les sociétés éditrices devraient adapter la conception des logiciels à ces recommandations en privilégiant l'approche médicale, et pas seulement comptable.

La confidentialité du dossier du patient et sa non-divulgateion est un élément essentiel.

La tenue du dossier médical est directement en rapport avec le temps qui lui est consacré. La tenue du dossier et son actualisation impliquent un coût qu'il serait utile d'évaluer pour le prendre en compte.

La formation des étudiants à une approche globale du patient et à la tenue de son dossier est fondamentale. La tenue du dossier sera améliorée et facilitée si elle est enseignée en formation initiale. Il serait souhaitable que la formation à la tenue du dossier fasse partie des thèmes prioritaires de la formation continue.

Il serait important d'entreprendre en France une enquête sur la tenue du dossier médical en odontologie. Un modèle de dossier pourrait être élaboré et validé. À partir de ces recommandations applicables en général, des sous-dossiers spécifiques par discipline pourraient être élaborés par des sociétés savantes.

ANNEXE 1. QUESTIONNAIRE MEDICAL PROPOSE PAR MC CARTHY

Ce questionnaire a été extrait de l'article de Mc Carthy, 1989 (18).

For your health's sake, you must be accurate.

MEDICAL HISTORY

MD Name _____

Phone _____

CIRCLE

1. Are you having pain or discomfort at this time? YES NO
2. Do you feel very nervous about having dentistry treatment? YES NO
3. Have you ever had a bad experience in the dentistry office? YES NO
4. Have you been a patient in the hospital during the past two years? YES NO
5. Have you been under the care of a medical doctor during the past two years? YES NO
6. Have you taken any medicine or drugs during the past two years? YES NO
7. Are you allergic to (i.e., itching, rash, swelling of hands, feet or eyes) or made sick by penicillin, aspirin, codeine, or any drugs or medications? YES NO
8. Have you ever had any excessive bleeding requiring special treatment? YES NO
9. Circle any of the following which you have had or have at present.

Heart Failure	Emphysema	AIDS
Heart Disease or Attack	Chronic Bronchitis	Hepatitis A (infectious)
Angina Pectoris	Cough	Hepatitis B (serum)
High Blood Pressure	Tuberculosis (TB)	Liver Disease
Heart Murmur	Asthma	Yellow Jaundice
Rheumatic Fever	Hay Fever	Blood Transfusion
Congenital Heart Lesions	Sinus Trouble	Drug or Alcohol Abuse
Scarlet Fever	Allergies or Hives	Hemophilia
Artificial Heart Valve	Diabetes	Veneral Disease (Syphilis, Gonorrhea)
Mitral Valve Prolapse	Thyroid Disease	Cold Sores
Heart Pacemaker	X-ray or Cobalt Treatment	Genital Herpes
Heart Surgery	Chemotherapy (Cancer, Leukemia)	Epilepsy or Seizures
Artificial Joint	Arthritis	Fainting or Dizzy Spells
Anemia	Rheumatism	Nervousness
Stroke	Cortisone Medicine	Psychiatric Treatment
Kidney Trouble	Glaucoma	Sickle Cell Disease
Ulcers	Pain in Jaw Joints	Bruise Easily

10. When you walk up stairs or take a walk, do you ever have to stop because of pain in your chest, or shortness of breath, or because you are very tired? YES NO
11. Do your ankles swell during the day? YES NO
12. Do you use more than 2 pillows to sleep? YES NO
13. Have you lost or gained more than 10 pounds in the past year? YES NO
14. Do you ever wake up from sleep short of breath? YES NO
15. Are you on a special diet? YES NO
16. Has your medical doctor ever said you have a cancer or tumor? YES NO
17. Do you have any disease, condition or problem not listed? YES NO
18. WOMEN: Are you pregnant now? YES NO
- Are you practicing birth control? YES NO
- Do you anticipate becoming pregnant? YES NO

To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. If I ever have any change in my health, or if my medicines change, I will inform the doctor of dentistry at the next appointment without fail.

Date _____ Student Doctor Signature _____ Faculty Signature _____ Signature of Patient, Parent or Guardian _____

TREATMENT MODIFICATION ADVISED YES NO

Faculty Signature _____

ASA	CURRENT MEDICAL PROBLEMS	CURRENT MEDICATIONS		
I	1	1	BP	HT
II	2	2	PULSE	WT
III	3	3	RESP	TEMP
IV	4	4		

ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE MEDICAL ELABORE AU CHU DE REIMS

Ce questionnaire est celui élaboré par le CHU de Reims.

CHU de Reims
Service d'odontologie

Dossier n°

Questionnaire médical confidentiel

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements pouvant être entrepris peuvent interférer avec votre état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Aussi, nous vous demandons de remplir ce questionnaire médical avec précision. Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation

Nom : Prénom : Profession :
Date de naissance : Age : Sexe : M - F Poids : Taille :

1 - A quand remonte votre dernier examen médical ? votre dernier examen dentaire ?

2 - Avez-vous actuellement des problèmes de santé ?
NON OUI → Si oui, précisez lesquels ci-contre :

3 - Avez-vous maigri ou grossi récemment de façon importante ?
NON OUI

4 - Etes-vous actuellement suivi par un médecin ou un service hospitalier ?
NON OUI → Nom et adresse du médecin traitant ou du service :

5 - Prenez-vous actuellement des médicaments ?
NON OUI Précisez lesquels dans le cadre en bas à gauche

6 - Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?
NON OUI → Si oui, précisez lesquelles :

7 - Avez-vous été hospitalisé au cours des deux dernières années ?
NON OUI → Si oui, précisez pour quel(s) motif(s) :

8 - Avez-vous, ou avez-vous eu une ou plusieurs affections de la liste suivante ? (Cochez la case correspondante)

Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Maladie du sang	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	Ulcère, gastrite	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	Maladie du foie, hépatite	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>
Affection valvulaire	<input type="checkbox"/>	Infection grave	<input type="checkbox"/>	Maladie de la thyroïde	<input type="checkbox"/>
Malformation cardiaque	<input type="checkbox"/>	Epilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	Crises de tétanie	<input type="checkbox"/>	Maladie de la peau	<input type="checkbox"/>
Endocardite	<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>
Troubles circulatoires	<input type="checkbox"/>	Dépression	<input type="checkbox"/>	Pathologie oculaire	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	Troubles psychiatriques	<input type="checkbox"/>	Pathologie ORL	<input type="checkbox"/>
Autres maladies non répertoriées	<input type="checkbox"/>				

9 - Avez-vous, ou avez-vous eu un traitement ou un examen de la liste suivante ? (Cochez la case correspondante)

Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>	Traitement aux rayons X	<input type="checkbox"/>	Régime particulier	<input type="checkbox"/>
Pace-maker	<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	Cure	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>	Corticothérapie	<input type="checkbox"/>	Examen sanguin récent	<input type="checkbox"/>
Transfusion	<input type="checkbox"/>	Prothèse de hanche	<input type="checkbox"/>	Sérologie VIH positive	<input type="checkbox"/>

10 - Connaissez-vous votre tension artérielle ?
NON OUI → Indiquez les valeurs :

11 - Etes-vous allergique ou avez-vous déjà eu des allergies ?
NON OUI → Si oui, précisez à quel(s) produit(s) :

12 - Avez-vous eu des complications à la suite d'anesthésies locales ou au cours de soins dentaires ?
NON OUI → Si oui, précisez lesquelles :

13 - Avez-vous eu des saignements allongés à la suite d'interventions chirurgicales, d'extractions dentaires ou de blessures ?
NON OUI

14 - Pour les femmes : êtes-vous ou supposez-vous être enceinte ?
NON OUI → Si oui, date prévue de l'accouchement :

Médicaments actuellement prescrits :

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations.
En cas de modification(s) de mon état de santé et/ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :

Signature :

Im. CHU - 12865 - Ref. 415

Bilan médical

Informations complémentaires :

Contact avec le médecin traitant - Date : Motif :

Réponse :

(joindre les documents au dossier)

Examens complémentaires :

Résultats :

(joindre les documents au dossier)

PaSYS :

PaDIA :

IC :

Commentaires et résumé de l'état de santé :

Evaluation - Classification ASA : 1 2 3 4

Mesures préventives et précautions particulières à prendre :

Date :

Nom du stagiaire :

Nom du praticien :

Signature :

Modifications et réévaluations

Date

Modification

Visa praticien

ANNEXE 3. QUESTIONNAIRE MEDICAL PROPOSE PAR DE JONG

Ce questionnaire a été extrait de l'article de De Jong, 1991 (19).

Table I. Medical questionnaire

1. Do you experience chest pain on exertion (angina pectoris)?
If so,
Do you have to reduce your activities?
Do you have complaints at rest?
Have the complaints increased in the past few months?
2. Have you ever had a heart attack?
If so,
Do you still have complaints?
Did complications arise?
Have you had a heart attack in the last 6 months?
3. a. Have you had rheumatic fever?
b. Do you have a heart murmur or a dysfunction of a heart valve?
If so,
Do you need antibiotic prophylaxis before dental treatment?
Do you still have symptoms?
c. Do you have an artificial heart valve or artificial joint?
If so, do you need antibiotic prophylaxis before dental treatment?
4. Have you ever had heart surgery?
If so,
Was this a "bypass" operation?
Do you still have complaints?
Do you still have angina pectoris?
Have you had heart valve surgery?
Do you have an artificial heart valve?
Do you still have complaints?
5. Do you have high blood pressure?
If so,
Do you know what your blood pressure is?
Is the upper pressure 200 or higher?
Is the lower pressure 95 or higher?
Is the lower pressure 115 or higher?
6. a. Do you have an irregular heartbeat?
b. Do you have heart palpitations without exertion?
If so,
Do you have to reduce your activities, sit down, or lie down during the palpitations?
Are you short of breath, pale, or dizzy at these times?
7. Do you suffer from heart weakness?
If so,
Do your ankles swell during the day?
Do you have to get up more than twice during the night to go to the toilet?
Do you use more than two pillows to sleep?
Do you ever wake up during the night due to shortness of breath?
Do you have to rest after walking up 20 steps due to shortness of breath?
8. Have you ever had a paralysis or a speech defect?
If so,
Did the complaints disappear within 24 hours?
Have you ever had a stroke?
Have you had a stroke in the last 6 months?
9. Are you taking medication for epilepsy?
If so,
Does your doctor have to change medication frequently?
Do you continue to have attacks?
10. Do you have chronic bronchitis or emphysema, or do you smoke more than 25 cigarettes a day?
If so,
Do you cough up mucus, more than 1 cup a day?
Are you short of breath when walking up 20 steps?
Are you short of breath when getting dressed?

11. Do you have asthma?
If so,
Do you have complaints at this moment?
Do your medicines fail to help?
12. a. Do you have hay fever?
b. Have you ever reacted adversely to medications or medical materials (iodine, rubber)?
If so,
Are you taking medicine for this allergy?
Have you reacted adversely to local anesthesia?
Have you reacted adversely in the dental office?
Are you allergic to antibiotics or penicillin?
13. Do you have tuberculosis?
If so, do you have complaints now?
14. Do you have serum hepatitis?
If so,
Was this documented by laboratory examination?
Are you still having treatment or check-ups?
15. Do you have a chronic liver disease (longer than 6 months)?
If so, have you been hospitalized for the liver disease?
16. Do you suffer from frequent infections and fever?
If so,
Have you taken your temperature recently?
Was it below 38° C?
Was it between 38° and 39° C?
Was it above 39° C?
17. Do you have gastroenteritis accompanied by diarrhea?
If so,
Are you on a special diet in connection with this disease?
Are you taking medicine for kidney disease?
Are you on hemodialysis?
18. Do you have a chronic kidney disease?
If so,
Do you have diarrhea during the night?
Do you have diarrhea lasting longer than 6 months?
Are you running a fever now?
19. Do you have diabetes?
If so,
Are you taking insulin?
Are you frequently disordered?
Are you receiving treatment for heart or vascular disorders in connection with diabetes?
20. a. Do you suffer from hyperthyroidism?
If so,
Are you having treatment or check-ups?
Do you have any symptoms now?
b. Have you lost more than 12 pounds in the past 6 months, without a special diet?
If so,
Are you more sensitive to heat than other people?
Is your skin always clammy?
21. a. Do you suffer from hypothyroidism?
If so,
Are you having treatment or check-ups?
Do you have any symptoms now?
b. Have you gained more than 12 pounds in the past 6 months, without eating more than usual?
If so,
Are your reactions excessively slow?
Are you more sensitive to cold than other people?
22. Do you have anemia?
If so,
Do you have symptoms such as tiredness, dizziness, headache, blackouts, shortness of breath?
Does hereditary anemia run in your family?
23. Do you have a disease of the lymph nodes or the blood?
If so,
Do you still have symptoms despite treatment?
Do you have oral ulcers or inflammations?
Do you have attacks of fever?
Do you perspire at night?

24. Have you ever had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth, or other condition of the head and neck?
25. Have you ever experienced abnormal bleeding?
- If so,
- Are you taking anticoagulants?
- Do you take aspirin more than twice a week?
- Do you bleed more than 1 hour after trauma or surgery?
- Do you bruise easily?
- Do bleeding disorders run in your family?
26. Do you take narcotic drugs every day?
27. Are you on medication at present?
- If so,
- Drugs for heart trouble?
- Anticoagulants?
- Medication for high blood pressure?
- Medication for rheuma or pain in the joints?
- Medication for diabetes?
- Cortisone or other steroids?
- Cytostatics?
- Antibiotics?
- Tranquilizers or sleeping pills?
- Other drugs?

ANNEXE 4. CLASSIFICATION ASA

Cette classification a été extraite de l'article de Mc Carthy, 1989 (18).

ASA physical status classification	Dentistry considerations
I. A normal healthy patient	None (stress reduction as indicated)
II. A patient with mild-to-moderate systemic disease	Possible stress reduction and specific modification as indicated
III. A patient with severe systemic disease that limits activity (is disabling) but is not incapacitating	Possible strict modifications: stress reduction, specific modifications, and medical consultation prioritized
IV. A patient with severe systemic disease that limits activity (incapacitation) and is a constant threat to life	Strict modifications; office versus hospital and therapy levels depend upon thorough evaluation; medical consultation urged
V. A moribund (dying) patient not expected to survive 24 hours with or without an operation	Treatment in the hospital is limited to life support only, for example, airway and hemorrhage management

An emergency operation (dentistry) is preceded by an E, such as EI or EIV, which is an admission that the treating practitioner does not have the necessary facts to make an accurate estimate of the patient's physical status. The use of the "E" for dentistry emergencies is urged because in the event of legal action the time constraints of an emergency make for standard of care flexibility.

Fig 1 ■ Physical status classification system of the American Society of Anesthesiologists.

ANNEXE 5. QUESTIONNAIRE MEDICAL PROPOSE PAR PENNE ET GIRARD

Ce questionnaire a été établi par Penne et Girard, 1988 (20).

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____
Profession : _____
Situation de famille : _____

ENQUÊTE MÉDICALE

Êtes-vous en bonne santé ?
Quel est votre poids ? Votre taille ?
Avez-vous récemment grossi ou maigri ?
Avez-vous eu des maladies importantes ou graves ?
Si oui, lesquelles ?
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?
Si oui, lesquelles ?
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?
Ces médicaments vous ont été prescrits par qui ?
Êtes-vous actuellement suivi par un médecin ?
Un spécialiste ? Un service hospitalier ? Si oui, pourquoi ?
Nom, adresse du médecin traitant ou du service hospitalier ?

HABITUDES DE VIE

Mangez-vous peu, modérément, beaucoup ?
Aimez-vous particulièrement certains aliments ou avez-vous une aversion particulière pour certains d'entre eux ?
Buvez-vous peu, modérément, beaucoup ?
Que buvez-vous de préférence (vin, bière, apéritif, alcool, thé, eau...) ? Buvez-vous de l'alcool ?
Fumez-vous ? Si oui, quelle est votre consommation quotidienne de tabac ?
Avez-vous déjà utilisé de la drogue ?

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

Avez-vous des problèmes ou des maladies cardiaques ? Vasculaires ?
Avez-vous (ou avez-vous eu) une angine de poitrine ?
Avez-vous fait un infarctus du myocarde ? Quand ?
Si oui, prenez-vous des médicaments ?
Quelle est votre tension habituelle ? Êtes-vous soigné pour celle-ci ?
Avez-vous de l'athérosclérose ?
Avez-vous des douleurs thoraciques à l'effort ? au repos ?
Êtes-vous essoufflé lorsque vous faites un exercice modéré ? Lorsque vous montez un escalier ?
Avez-vous besoin de plusieurs oreillers pour dormir ?
Avez-vous des œdèmes des chevilles ? Si oui, ces œdèmes existent-ils, le matin ou le soir seulement ?
Avez-vous des varices importantes ?
Avez-vous des crampes dans les jambes après avoir marché ? Si oui, ces crampes vous obligent-elles à vous arrêter ?
Avez-vous présenté dans votre enfance des crises de rhumatisme articulaire aigu ? Si oui avez-vous été traité à l'hôpital ?
Quels médicaments avez-vous pris ? Pendant combien de temps ?
Vous savez-vous porteur d'une malformation cardiaque congénitale ?
Avez-vous subi une intervention de chirurgie cardiaque ?

AFFECTIONS PULMONAIRES

- Avez-vous des problèmes pulmonaires ou respiratoires ?*
- Avez-vous ou avez-vous eu une tuberculose, une pleurésie, un œdème pulmonaire, un abcès du poumon ?*
- Êtes-vous asthmatique ?*
- Êtes-vous insuffisant respiratoire (bronchite chronique) ?*

AFFECTIONS NÉPHROLOGIQUES ET UROLOGIQUES

- Avez-vous des problèmes rénaux ?*
- Avez-vous ou avez-vous eu une albuminurie ?*
- Avez-vous ou avez-vous eu une néphrite ? Une insuffisance rénale ?*
- Vous a-t-on déjà trouvé un taux d'urée sanguine trop élevé ?*
- Avez-vous des problèmes prostatiques (Homme de plus de 50 ans) ?*

AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES

- Êtes-vous enceinte actuellement ?*
- Si oui, quelle est la date prévue de l'accouchement ?*
- Combien avez-vous eu de grossesses ?*
- Combien avez-vous eu d'enfants ?*
- Quel était leur poids à la naissance ?*
- Vos règles vous posent-elles des problèmes particuliers ?*
- Utilisez-vous un moyen de contraception ? Si oui, lequel ?*

AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES ET DIGESTIVES

- Avez-vous des problèmes digestifs ou intestinaux ?*
- Avez-vous des brûlures d'estomac ?*
- Avez-vous eu ou avez-vous un ulcère ? Quel médicament prenez-vous ?*
- Avez-vous des nausées ?*
- Vous arrive-t-il de vomir ?*
- Êtes-vous constipé ? Avez-vous des diarrhées fréquentes ?*
- Avez-vous ou avez-vous eu des troubles hépatiques, des troubles vésiculaires ? Avez-vous eu une hépatite ?*
- Avez-vous l'impression d'avoir la bouche sèche ?*
- Avez-vous l'impression d'avoir trop de salive ?*
- Avez-vous des hémorroïdes ?*

AFFECTIONS ENDOCRINIENNES ET MÉTABOLIQUES

- Avez-vous des problèmes hormonaux ?*
- Avez-vous des problèmes de nutrition ?*
- Êtes-vous diabétique ? Êtes-vous actuellement soigné ? Comment ?*
- Existe-t-il des diabétiques dans votre famille ?*
- Vous a-t-on déjà trouvé trop de sucre dans le sang ?*
- Vous a-t-on déjà trouvé du sucre dans les urines ?*
- Avez-vous des problèmes thyroïdiens ? Êtes-vous traité ? Quels médicaments prenez-vous ?*
- Êtes-vous traité pour d'autres problèmes hormonaux ? Lesquels ?*

AFFECTIONS HÉMATOLOGIQUES

Avez-vous déjà eu des troubles des globules rouges ou des globules blancs ?

Avez-vous été traité ? Si oui, où, quand et comment ?

Avez-vous remarqué la présence de ganglions ? Si oui, à quel niveau ? Avez-vous été traité ?

Avez-vous eu des saignements anormaux à la suite d'une intervention chirurgicale, d'une extraction dentaire ou d'une coupure ?

Avez-vous des bleus très importants pour le moindre choc ?

Avez-vous dans votre famille de proches parents qui ont une anomalie de la coagulation du sang ? Si oui, laquelle ?

AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES

Avez-vous déjà été traité pour une affection cutanée ? Si oui, laquelle ?

AFFECTIONS ALLERGIQUES

Êtes-vous allergique ?

Avez-vous ou avez-vous eu de l'urticaire, de l'éczéma, de l'asthme, du rhume des foins ?

Existe-t-il des allergiques dans votre famille ?

Avez-vous déjà présenté une réaction allergique à des aliments, des tissus, des produits de beauté, des teintures ?

Avez-vous déjà présenté une réaction allergique à des médicaments ? Lors d'une anesthésie locale ?

Si oui, quels accidents avez-vous eu ? Où et comment avez-vous été traité ?

AFFECTIONS OPHTALMOLOGIQUES ET O.R.L

Avez-vous eu ou avez-vous une affection des yeux, des oreilles, de la gorge, du nez ?

Si oui, laquelle ? Êtes-vous soigné ?

Êtes-vous traité en particulier pour un glaucome, une surdité, des douleurs d'oreilles ? Une sinusite ?

Votre voix s'est-elle modifiée récemment ?

Avez-vous du mal à déglutir ?

AFFECTIONS NEUROLOGIQUES ET NEURO-PSYCHIATRIQUES -

Avez-vous des affections neurologiques ? Si oui, lesquelles ?

 tes-vous traité ? Si oui, où ? Par qui ? Quels médicaments prenez-vous ?

Avez-vous eu des malaises, des vertiges, des pertes de connaissance ?  tes-vous traité pour cela ? Comment ?

Avez-vous eu des convulsions ?  tes-vous encore traité ? Si oui, par quels médicaments ?

Avez-vous eu des paralysies ? Si oui, quelle était la partie du corps atteinte ? Quand ? Où et par qui avez-vous été traité ?

Avez-vous des maux de tête fréquents ?

Avez-vous eu des crises de tétanie ?

Avez-vous été ou êtes-vous traité pour des  tats dépressifs ou d'autres troubles analogues ? Si oui, quand ? Où et par qui avez-vous été traité ?

POUR CONCLURE

Avez-vous eu une maladie, un problème de santé, autre que ceux pour lesquels nous vous avons interrogé ?

Avez-vous subi une intervention ou un traitement pour une tumeur ?

Avez-vous subi un traitement par des rayons ?

Avez-vous été hospitalisé pour un accident ? Si oui, lequel ?

Quand, durant combien de temps avez-vous été hospitalisé ? Vous reste-t-il des séquelles ?

ANNEXE 6. QUESTIONNAIRE MEDICAL ELABORE AU CHU DE RENNES

CENTRE HOSPITALIER REGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE RENNES
CENTRE DE SOINS DENTAIRES
SERVICE ACCUEIL-URGENCES ODONTOLOGIQUES

QUESTIONNAIRE DE SANTE

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse : Tél :
Profession :

Ce questionnaire a pour but d'éviter une prescription de médicaments pouvant vous être dangereux, et de connaître d'éventuelles contre-indications aux anesthésies locales.

Nom du médecin traitant :
Adresse : Tél :

Nom du spécialiste (le cas échéant) :

- Date du dernier contrôle dentaire :
- Date du dernier examen médical :
- Votre tension artérielle :
- Quels sont les derniers examens de laboratoire que vous avez subis ?
 - Quand ?
 - Pourquoi ?
- Avez vous eu :
 - Une intervention chirurgicale ? oui non
Si oui, laquelle ?
 - Un traitement par hormone de croissance ? oui non
 - Une greffe de Dure-mère ou de cornée ? oui non
 - Une maladie grave ? oui non
Si oui, est-ce
 - . Une affection cardiaque ? oui non
 - . Une affection rénale ? oui non
 - . Une affection pulmonaire ? oui non
 - . Autre maladie ? oui non
 - . Une infection virale (hépatite, SIDA) ? oui non

- Etes-vous diabétique ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Avez-vous des problèmes sanguins ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Avez-vous des problèmes nerveux ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà eu une hémorragie nécessitant un traitement ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Dans votre famille, y a-t-il eu des cas d'hémorragies ayant nécessité un traitement ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Etes-vous sujet à avoir des ecchymoses ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Etes-vous sujet :		
- à des malaises ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- à des nausées ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- à des vertiges ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Êtes vous allergique (aliments, médicaments, ...) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Faites-vous de l'asthme ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Avez-vous fait un rhumatisme articulaire aigu ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Avez-vous subi des radiations ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- Quels médicaments prenez-vous ?		
- Existe-t-il des médicaments mal supportés, interdits ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- lesquels ?		
- pourquoi ?		
- Madame, êtes-vous enceinte ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
- depuis combien de temps ?		
- Avez-vous déjà eu des problèmes particuliers avec vos soins dentaires ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?		
.....		
.....		

Date : _____

Signature : _____

REFERENCES

1. Minden NJ, Fast TB. Selection and use of dental records among general practitioners. *Gen Dent* 1993;41:410-4.
2. American Dental Association. Standard 17 : patient records. In: American Dental Association, editor. Accreditation standards for dental education programs. ADA; 1999. Available from: <http://www.ada.org/ed.cda/standards/as-gpr19.html>.
3. Oliver RC, Heuer SB. Dental practice patterns. I: Determining oral health status. *Gen Dent* 1995;43:64-70.
4. Shoup RK. Risk management recommendations. Indianapolis District Dental Society Peer Review Committee. *J Indiana Dent Assoc* 1993;72:12-6.
5. Rene N, Rasmusson L, Dahlbom U, Borrman H. Knowledge among Swedish dentists about rules for patient records. *Swed Dent J* 1994;18:221-32.
6. Rasmusson L, Rene N, Dahlbom U, Borrman H. Quality evaluation of patient records in Swedish dental care. *Swed Dent J* 1994; 18:233-41.
7. Rhodus NL, Smith TJ. A systematic problem-oriented approach to the comprehensive diagnosis. *Northwest Dent* 1988;67:11-5.
8. Bernoni L. Dental records. *Dent Assist* 1998;67:28-32.
9. Lawney M. For the record. Understanding patient recordkeeping. *N Y State Dent J* 1998;64:34-43.
10. Eaton K, Nathan K. The MGDS examination: a systematic approach. 3. Part II of the examination: diagnosis, treatment planning, execution of treatment, maintenance and appraisal, writing-up log diaries. *Prim Dent Care* 1998;5:113-8.
11. Nystrom GP, Rhodus NL, Taybos GM. The dental record: Minnesota State Board of Dentistry sets new rule. *Northwest Dent* 1997;76:37-44.
12. Collins D. What a dentist should know about the oral health record. *Northwest Dent* 1996;75:35-9, 57.
13. Oberbreckling PJ. The components of quality dental records. *Dent Econ* 1993;83:29-34.
14. Trombly RM. Taming the paper tiger. Recordkeeping and documentation in the dental office. *Dent Teamwork* 1996;9:18-21.
15. Eckstein EC. Dental office record keeping and its impact on anticipated litigation. *Compendium* 1993;14:590, 593-8.
16. Ray AE, Staffa J. The importance of maintaining adequate dental records. *N Y State Dent J* 1993;59:55-60.
17. Figgener L. The duty of the dentist to keep records-significance and relevance according to German law. *J Forensic Odontostomatol* 1994;12:19-20.
18. McCarthy FM, Pallasch TJ, Gates R. Documenting safe treatment of the medical risk patient. *J Am Dent Assoc* 1989;119:383-9.
19. de Jong KJ. Validity of a risk-related patient-administered medical questionnaire for dental patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:527-33.
20. Penne G, Girard P. L'examen clinique du patient. In: Girard P, Penne G, Missika P, éditeurs. Médecine et chirurgie dentaire. Problèmes médicaux en pratique quotidienne. Paris: Éditions CDP; 1988. p.1-22.
21. Gremy F. Systèmes d'auto-questionnaires. Informatique médicale. Introduction à la méthodologie en médecine et santé publique. Paris: Médecine-Science Flammarion; 1987. p.105-2.
22. Robb KM. Recordkeeping review. Tips for collecting medical and dental updates. *Dent Teamwork* 1994;7:24-5.
23. de Jong KJ, Abraham-Inpijn L. A risk-related patient-administered medical

- questionnaire for dental practice. *Int Dent J* 1994;44:471-9.
24. McCarthy FM, Malamed SF. Physical evaluation system to determine medical risk and indicated dental therapy modifications. *J Am Dent Ass* 1979;99:181-4.
25. Brady WF, Martinoff JT. Validity of health history data collected from dental patients and patient perception of health status. *J Am Dent Ass* 1980;101:642-5.
26. Malamed SF. Sedation. A guide to patient management. Mosby Year Book; 1995. p.55-62
27. Abraham-Inpijn L, Parleviet KJ, Vinckier F, Declerck D. L'anamnèse au travers d'une liste des risques médicaux. Utilité pratique en médecine dentaire. *Rev Belge Méd Dent* 1995;50:9-18.
28. McCarthy FM. Recognition, assessment and safe management of the medically compromised patient in dentistry. *Anesth Prog* 1990;37:217-22.
29. de Jong KJ, Abraham-Inpijn L, Vinckier F, Declerck D. The validity of a medical risk-related history for dental patients in Belgium. *Int Dent J* 1997;47:16-20.
30. Picozzi A, Neidle EA. Medical status of adult dental patients: implications for the dental curriculum. *J Am Dent Ass* 1973;86:858-62.
31. Lutka RW, Threadgill JM. Correlation of dental-record medical histories with outpatient medical records. *Gen Dent* 1995;43:342-5.
32. Cottone JA, Kafrawy AH. Medications and health histories: a survey of 4,365 dental patients. *J Am Dent Ass* 1979;98:713-8.
33. Nery EB, Meister F, Ellinger RF, Eslami A, McNamara TJ. Prevalence of medical problems in periodontal patients obtained from three different populations. *J Periodontol* 1987;58:564-7.
34. Siano H, François C, Brisset L, Lefevre B. Medical profile of 591 consulting patients in the dental hospital in Reims. A retrospective and transversal study. [In Press].
35. Malamed S. Physical and psychological evaluation. In : Handbook of local anesthesia. Mosby Year Book; 1990. p.115-29.
36. Martin MV, Butterworth ML, Longman LP. Infective endocarditis and the dental practitioner: a review of 53 cases involving litigation. *Br Dent J* 1997;182:465-8.
37. Malamed SF. Physical evaluation and the prevention of medical emergencies: vital signs. *Anesth Pain Control Dent* 1993;2:107-13.
38. Haughney MG, Devennie JC, Macpherson LM, Mason DK. Integration of primary care dental and medical services: a three-year study. *Br Dent J* 1998;184:343-7.
39. Mason DK, Gibson J, Devennie JC, Haughney MG, Macpherson LM. Integration of primary care dental and medical services: a pilot investigation. *Br Dent J* 1994;177:283-6.
40. Jankittivong A, Yeh CK, Guest GF, Cottone JA. Evaluation of medical consultations in a predoctoral dental clinic. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1995;80:409-13.
41. Dridi SM, Barbey T, Danan M, Wierzba CB. Importance du questionnaire médical en chirurgie buccale et en parodontie. *Act Odonto-Stomatol* 1998;201:15-27.
42. Mehta J. Orthodontic records: why? What? When? & how? *Funct Orthod* 1993;10:44-51.
43. Heir GM. History taking of the facial pain patient with the assistance of a comprehensive questionnaire. *Cranio* 1993;11:76-9.
44. Brown LF, Keily PA, Spencer AJ. Hygienist employment and the presence of periodontal notations in general dental practice patient records. *Aust Dent J* 1994;39:45-9.
45. Beller DE. Updating your medical history. *J Tenn Dent Assoc* 1996;76:18-9.
46. Judd P. Treating the medically compromised patient. Is the record current? *Ont Dent* 1994; 71:21-2.

47. Minden NJ, Fast TB. The patient's health history form: how healthy is it? *J Am Dent Assoc* 1993;124:95-101.
48. Saef SH. Assessment of the medical emergency. *Dent Clin North Am* 1995;39:487-99.
49. Piecuch JF, Liebllich SE. Neurologic emergencies. *Dent Clin North Am* 1995;39:567-75.
50. Bakland LK, Andreasen JO. Examination of the dentally traumatized patient. *J Calif Dent Assoc* 1996;24:35-4.
51. Davis MJ. Orofacial trauma management. Patient assessment and documentation. *N Y State Dent J* 1995;61:42-6.
52. Collet G, Dessalle JL, Laborier C. Nous sommes tous des identificateurs. *Bulletin Officiel de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes Conseil National* 1997;4:27-8.
53. Prinz JF. A forensic dental identification system with error tolerant algorithms and a review of the prevalence of errors occurring in dental records. *Med Sci Law* 1993;33:4-10.
54. Borrman H, Dahlbom U, Loyola E, Rene N. Quality evaluation of 10 years patient records in forensic odontology. *Int J Legal Med* 1995;108:100-4.
55. Kogon SL. A review of validation studies of dental bitewing radiographs for forensic identification. *J Can Soc Forensic Sci* 1996;29:113-7.
56. Robinson FG, Haywood VB, David TJ. Dental practices that aid the general practitioner and forensic dentist. *Gen Dent* 1998;46:203-5.
57. Kessler HP, Pemble CW. Forensic dental identification of casualties during Operation Desert Storm. *Mil Med* 1993;158:359-62.
58. Nambiar P, Jalil N, Singh B. The dental identification of victims of an aircraft accident in Malaysia. *Int Dent J* 1997;47:9-15.
59. Kullman L, Solheim T, Grundin R, Teivens A. Computer registration of missing persons. A case of Scandinavian cooperation in identification of an unknown male skeleton. *Forensic Sci Int* 1993;60:15-22.
60. Solheim T. A hierarchical system for the coding of dental information in reports and computer-assisted identifications. *J Forensic Odontostomatol* 1997;15:5-8.
61. Schoen MH, Marcus M. Quality assurance in medicine: a dental audit system. *Ann Acad Med Singapore* 1993;22:215-9.
62. Chasteen JE, Cameron CA, Phillips SL. An audit system for assessing dental record keeping. *J Dent Educ* 1996;60:978-86.
63. Marshall KF. Evaluating quality through records and radiographs-a rationale for general dental practice. *Br Dent J* 1995;179:234-5.
64. Rhodes PR. Dentistry in the information age. *J Calif Dent Assoc* 1997;25:702-14.
65. Hamula W, Hamula DW. Orthodontic office design. The paperless practice. *J Clin Orthod* 1998;32:35-43.
66. Ayoub AF, Wray D, Moos KF, Jin J, Niblett TB, Urquhart C, et al. A three-dimensional imaging system for archiving dental study casts: a preliminary report. *Int J Adult Orthodon Orthognath Surg* 1997;12:79-84.
67. Abelson MN. Computerized archiving of records. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1995;108:562-4.
68. Farr C. Million-dollar files: adding up the benefits of computerized patient records. *Dent Today* 1995;14:72-9.
69. Suddick RP. The dental clinical workstation and the computer-based patient record. *N Y State Dent J* 1995;61:36-41.
70. Lackey AD. Treatment room computers: enhanced scheduling, examination and recordkeeping. *Mo Dent J* 1995;75:37-9.
71. Schleyer T, Eisner J. The computer-based oral health record: an essential tool for cross-provider quality management. *J Calif Dent Assoc* 1994;22:57-1, 63.
72. Waigemann P. What is an electronic patient record? *Tex Dent J* 1993;110:21-6.

73. Bader JD, Shugars DA. A case for diagnoses. *J Am Coll Dent* 1997;64:44-6.
74. Wollbrett, G. La gestion informatique au cabinet dentaire : de la théorie à la pratique. Strasbourg : Université Strabourg 1; 1998.
75. Farr C. Hard technology for soft tissue. *Dent Today* 1994;13:86-89.
76. Rhodes PR. The computer-based oral health record. *J Dent Educ* 1996;60:14-8.
77. Diehl M. Developing the American Dental Association concept model for the standard computer-based oral health record. *J Am Coll Dent* 1995;62:30-2.
78. Berning RK. Coming soon: the virtual group. *J Calif Dent Assoc* 1997;25:715-9.
79. Rada RE. Document imaging and the patient chart: envisioning the future for your practice. *Ill Dent News* 1995;64:127-32.
80. Rose ST, Rhodes PR. Organized dentistry in the information age. *J Calif Dent Assoc* 1997;25:720-2.
81. Green SR. Electronic vs. traditional recordkeeping. *Dent Econ* 1996;86:60-5.
82. Szekely DG, Milam S, Khademi JA. Legal issues of the electronic dental record: security and confidentiality. *J Dent Educ* 1996;60:19-23.
83. Association Française de Normalisation. Informatique de santé. Données standard pour l'informatique odontologique. Paris La Défense: AFNOR, 1998; XP S 97-542.
84. Weed LL. Medical records, patient care and medical education. *Ir J Med Sci* 1964;6 :271-82.
85. Ingber JS, Rose LF. The problem-oriented record : clinical application in a teaching hospital. *J Dent Educ* 1975;39:472-82.
86. Tryon AF, Mann WV, DeJong N. Use of the problem-oriented dental record in undergraduate dental education. *J Dent Educ* 1976;40:601-8.
87. Tryon AF. The problem oriented dental record. In: Crandell CE, editor. *Comprehensive care in dentistry*. PSG Publishing; 1979. p.91-104.
88. Tryon AF. Use of a problem-oriented dental record in pediatric dental practice. In: Forrester D, editor. *Pediatric dental medicine*. 1981. p.646-53.
89. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. *Recommandations et références dentaires*. Paris: ANDEM; 1996.
90. Keselyak N, Maschak L. The problem-oriented dental record: a key to dental hygiene treatment planning and the problem-solving model for dental hygiene practice. *Probe* 1993;27:15-7.
91. Nunn PJ, Chaney SC. The SOAP system. *RDH* 1994;14:22-4, 54.
92. Rethman J. Clean up your records with SOAP. S (subjective findings), O (objective findings), A (assessment), P (plan). *Dent Today* 1995;14:80.
93. Valenza JA. Medical risk report: improving patient management and record keeping through a problem-oriented approach. *J Gt Houst Dent Soc* 1994;65:46-8.
94. Spahl TJ. The pen: the clinician's most powerful « handpiece ». *Funct Orthod* 1997;14:26-8.
95. Holt V. A clinical audit project. Record-keeping of patient status and monitoring. *Prim Dent Care* 1998;5:96-9.
96. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. *La tenue du dossier médical en médecine générale. États des lieux et recommandations*. Paris: ANAES; 1996.