

UNIVERSITÉ DE NANTES  
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année

N° 3626

# **LA PRISE EN CHARGE PARODONTALE EN OMNIPRATIQUE : ANALYSE DANS LES CABINETS DENTAIRES**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée

et soutenue publiquement par

**LE PORT Julie**

Née le 28 Janvier 1994

Le 5 juin 2020, devant le jury ci-dessous :

Président : Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN

Assesseur : Madame le Docteur Bénédicte ENKEL

Assesseur : Monsieur le Docteur Charles ALLIOT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Fabienne JORDANA

<b>UNIVERSITE DE NANTES</b>	
<u>Président</u>	
<b>Pr LABOUX Olivier</b>	
<b>FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE</b>	
<u>Doyen</u>	
<b>Pr GIUMELLI Bernard</b>	
<u>Assesseurs</u>	
Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre	
<b>PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.</b>	
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte	M. LESCLOUS Philippe
M. AMOURIQ Yves	Mme PEREZ Fabienne
M. BADRAN Zahi	M. SOUEIDAN Assem
M. GIUMELLI Bernard	M. WEISS Pierre
M. LE GUEHENNEC Laurent	
<b>PROFESSEURS DES UNIVERSITES</b>	
M. BOULER Jean-Michel	
<b>MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES</b>	
Mme VINATIER Claire	
<b>PROFESSEURS EMERITES</b>	
M. BOHNE Wolf	M. JEAN Alain
<b>ENSEIGNANTS ASSOCIES</b>	
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)	Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)
<b>MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.</b>	<b>ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES C.S.E.R.D.</b>
M. AMADOR DEL VALLE Gilles M. ARMENGOL Valérie Mme BLERY Pauline M. BODIC François Mme CLOITRE Alexandra Mme DAJEAN-TRUTAUD Sylvie M. DENIS Frédéric Mme ENKEL Bénédicte M. GAUDIN Alexis M. HOORNAERT Alain Mme HOUCHMAND-CUNY Madline Mme JORDANA Fabienne M. KIMAKHE Saïd M. LE BARS Pierre Mme LOPES-CAZAUX Serena M. NIVET Marc-Henri M. PRUD'HOMME Tony Mme RENARD Emmanuelle M. RENAUDIN Stéphane Mme ROY Elisabeth M. STRUILLLOU Xavier M. VERNER Christian	M. ALLIOT Charles M. AUBEUX Davy Mme ARRONDEAU Mathilde Mme BARON Charlotte Mme BEAURAIN-ASQUIER Mathilde M. BOUCHET Xavier M. FREUCHET Erwan M. GUIAS Charles Mme HASCOET Emilie M. HIBON Charles M. HUGUET Grégoire M. KERIBIN Pierre M. OUVRARD Pierre M. RETHORE Gildas M. SARKISSIAN Louis-Emmanuel M. SERISIER Samuel
<b>PRATICIENS HOSPITALIERS</b>	
Mme DUPAS Cécile (Praticien Hospitalier) Mme BRAY Estelle (Praticien Hospitalier Attaché) Mme LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier Attaché)	Mme QUINSAT Victoire (Praticien Hospitalier Attaché) Mme RICHARD Catherine (Praticien Hospitalier Attaché) Mme HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel)

Mise à jour le 12/12/2019

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

**A mon président de thèse,  
Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN,**

Professeur des Universités,  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,  
Docteur de l'Université de Nantes,  
Habilitation à Diriger les Recherches, PEDR  
Chef du Département de Parodontologie  
Référént de l'Unité d'Investigation Clinique Odontologie

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse,*

*Pour les connaissances que vous m'avez transmises en parodontologie,*

*Et pour votre soutien durant mes années cliniques,*

*Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et mes sincères remerciements.*

**Au membre du jury,**

**Madame le Docteur Bénédicte ENKEL,**

Maitre de Conférence des Universités,

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,

Docteur de l'Université de Nantes,

Département d'Odontologie Conservatrice et Endodontique

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse,*

*J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement théorique et de votre encadrement en travaux pratiques au début de mon cursus,*

*Veillez trouver ici l'expression de mon respect et mes sincères remerciements.*

**Au membre du jury,**  
**Monsieur le Docteur Charles ALLIOT,**

Assistant Hospitalo-Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche  
Dentaires, Docteur en Chirurgie Dentaire,  
Département de Parodontologie.

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur de participer à mon jury de thèse,*  
*Veillez trouver ici l'expression de mon respect et mes sincères remerciements.*

**A ma directrice de thèse,  
Madame le Docteur Fabienne JORDANA,**

Maître de Conférences des Universités,  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,

Docteur de l'Université de Bordeaux,  
Département de Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux,  
Biophysique, Radiologie.

- NANTES -

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse,  
Pour votre disponibilité, la qualité de vos conseils et la rapidité de vos corrections,  
Pour vos connaissances et votre encadrement bienveillant en vacation clinique,  
J'ai eu l'honneur de bénéficier tout au long de mes études de votre sympathie, et de toute  
l'humanité dont vous faites preuve,  
Veuillez trouver ici l'expression de mon sincère respect et mes plus grands remerciements.*

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	10
1. RAPPELS SUR LES PARODONTOPATHIES (5).....	11
1.1. Définitions .....	11
1.2. Etiopathogénie de la maladie parodontale.....	11
1.3. Classification .....	12
1.4. Epidémiologie de la maladie parodontale .....	13
2. PRISE EN CHARGE PARODONTALE.....	14
2.1. Diagnostic.....	14
2.2. Thérapeutique non chirurgicale (5) .....	15
2.3. Réévaluation (5) .....	16
2.4. Thérapeutique chirurgicale .....	16
2.5. Maintenance.....	17
3. ENQUÊTE DANS LES CABINETS DENTAIRE SUR LA PRISE EN CHARGE PARODONTALE EN OMNIPRATIQUE.....	18
3.1. Justification de l'étude.....	18
3.2. Objectifs.....	18
3.3. Matériel et méthodes .....	18
3.3.1. Population de l'étude .....	18
3.3.2. Questionnaire et diffusion.....	19
3.3.3. Analyse statistique .....	19
3.4. Résultats.....	20
3.4.1. Données démographiques de l'échantillon .....	20
3.4.2. Diagnostic .....	25
3.4.3. Situation thérapeutique .....	29
3.4.4. Thérapeutique initiale non chirurgicale .....	31
3.4.5. Antibiotiques.....	34
3.4.6. Contentions .....	36
3.4.7. Thérapeutique chirurgicale .....	38
3.4.8. Maintenance.....	41
3.4.9. Raisons de la non prise en charge parodontale .....	42
3.4.10. Formation .....	43
3.5. Discussion.....	45
3.6. Conclusion de l'étude .....	49

CONCLUSION .....	50
BIBLIOGRAPHIE .....	52
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	53
ANNEXES .....	54

## INTRODUCTION

La parodontologie se consacre à l'étude des maladies parodontales. Afin de comprendre l'étiopathogénie de ces maladies, il est nécessaire de maîtriser certaines notions anatomiques.

Les maladies parodontales, également appelées parodontopathies, représentent toutes les maladies concernant les tissus de soutien de la dent, qu'il y ait ou non une perte d'attache. En France, on estime que ces maladies touchent environ une personne sur deux, et qu'elles sont la première cause de la perte de dents. Pour autant, il n'existe pas d'études permettant d'analyser la prise en charge parodontale en France.

Cette thèse s'inscrit donc dans le cadre de cette analyse. A l'aide d'une enquête, elle a pour but d'établir un premier état des lieux concernant les habitudes des omnipraticiens, quant au diagnostic et aux traitements de ces maladies. L'enquête menée permet également d'évaluer les freins dans cette prise en charge parodontale, ainsi que le niveau de formation des praticiens dans cette discipline.

La première partie concerne les généralités sur les maladies parodontales, les mécanismes qui sous-tendent l'apparition de ces pathologies, la classification utilisée au sein du questionnaire ainsi que l'épidémiologie des parodontopathies.

La deuxième partie s'articule autour de la prise en charge parodontale selon les différentes phases, du diagnostic à la maintenance. Cette partie s'appuie sur plusieurs sources bibliographiques, ainsi que sur les recommandations de l'ANAES (2002) afin de poser les bases de la prise en charge parodontale.

Enfin, la troisième partie se consacre aux résultats de l'enquête menée auprès des chirurgiens-dentistes. Les 640 réponses obtenues permettent de dresser un premier état des lieux de la prise en charge parodontale en France à partir de statistiques descriptives.

# 1. RAPPELS SUR LES PARODONTOPATHIES (5)

## 1.1. Définitions

Les maladies parodontales sont des maladies inflammatoires d'origine infectieuse et multifactorielles.

Le parodonte est le tissu de soutien permettant l'ancrage de la dent. On distingue le parodonte profond, constitué de l'os alvéolaire, du ligament alvéolo-dentaire et du cément, et le parodonte superficiel constitué du tissu gingival.

Au sein de ce parodonte superficiel, on trouve l'espace biologique. Il est constitué d'une attache épithéliale et d'une attache conjonctive qui assurent un sertissage hermétique de la dent, permettant la protection du parodonte profond. L'espace biologique permet de délimiter une zone sous-jacente physiologiquement aseptique, d'une zone sus-jacente ouverte sur la cavité buccale et donc septique. Cliniquement, cette zone ouverte correspond à la gencive libre, elle est séparée de la gencive attachée par le sillon marginal.

Dans le cadre des maladies parodontales, on s'intéresse notamment à la hauteur de cet étage de gencive libre. On la mesure à l'aide d'une sonde parodontale, permettant ainsi l'obtention de la profondeur de sondage dont les valeurs sont physiologiquement comprises entre 1 et 3mm. La sonde parodontale nous permet également de mesurer la perte d'attache (jonction émail/cément – fond de la poche).

La gingivite est une inflammation du parodonte superficiel, elle concerne uniquement les tissus gingivaux et n'entraîne pas de perte d'attache.

La parodontite est une inflammation du parodonte superficiel et profond, elle entraîne une dégradation du système d'attache épithéliale et conjonctive ainsi qu'une lyse osseuse. Il en résulte donc une perte d'attache.

L'abcès parodontal est une infection purulente localisée au niveau des tissus parodontaux, qu'il y ait ou non une parodontite. Cette infection peut augmenter la destruction parodontale.

## 1.2. Etiopathogénie de la maladie parodontale

Les parodontopathies sont des maladies infectieuses polymicrobiennes dues à la prolifération de bactéries commensales qui s'organisent en biofilm.

Quelques minutes après le brossage des dents, il se dépose à leur surface une pellicule acquise exogène constituée de protéines d'origine salivaire. Ce film protéique va permettre l'adhésion de bactéries isolées des complexes jaune et vert qui vont produire une matrice extra-cellulaire.

La production de cette matrice permet la colonisation des surfaces dentaires par d'autres espèces qui s'y multiplient. On retrouve ensuite des bactéries des complexes orange et rouge, bactéries strictement anaérobies ou anaérobies facultatives. Au sein du biofilm, on trouve une réelle coopération inter-bactérienne permettant d'assurer la protection et le développement des bactéries qui y sont contenues. A ce stade, on parlera cliniquement de « plaque dentaire » parodonto-pathogène.

Néanmoins, la présence des bactéries n'est pas la seule responsable dans la destruction du parodonte, la réponse immunitaire de l'hôte entre aussi en jeu. Cette réponse immunitaire est propre à chacun.

La présence des bactéries entraîne une réponse inflammatoire au niveau du parodonte. Lors d'une gingivite, la réaction inflammatoire est contenue dans le parodonte superficiel. En cas de parodontite, la réaction immunitaire de l'hôte entraîne une destruction des tissus parodontaux, on la considère alors comme nocive.

Il existe également des facteurs environnementaux dits facteurs de risques qui vont venir influencer sur la réponse de l'hôte. On citera notamment le diabète non équilibré, le tabac, les facteurs hormonaux, le stress, et les pathologies systémiques. (1) (2)

### 1.3. Classification

Une des classifications utilisées pour ranger les différentes maladies parodontales est celle de l'Armitage (1999) établie par l'Académie Américaine de Parodontologie (voir annexe 1).

La simplification de cette classification nous a permis de distinguer différentes catégories de diagnostic au sein de l'enquête : les gingivites, les parodontites chroniques, les parodontites agressives, les maladies parodontales nécrosantes, les abcès parodontaux et les péri-implantites.

Les parodontites chroniques et agressives sont toutes deux subdivisées en deux catégories : les parodontites généralisées et localisées. Dans les parodontites chroniques généralisées, plus de 30% des sites sont atteints par la maladie ; par opposition aux parodontites chroniques localisées où moins de 30% des sites sont atteints (5). On parlera de parodontites agressives localisées lorsque la parodontite touche les premières molaires et les incisives mais pas plus de deux dents autre qu'une incisive ou une molaire. En revanche, s'il y a atteinte de trois dents ou plus, autre que les molaires ou les incisives, on parlera de parodontite agressive généralisée (5).

#### 1.4. Epidémiologie de la maladie parodontale

En France, d'après une étude datant de 2002, la moitié des adultes à partir de 35 ans sont touchés par des maladies parodontales, et 10 % présentent de formes sévères. (3)

Dans une revue systématique (4) parue dans le *Journal of Clinical Periodontology*, les auteurs déclarent que les parodontites sévères représentent la sixième maladie la plus fréquente et touchaient 10,8 % de la population mondiale entre 15 et 99 ans en 2010. Cette revue systématique porte sur l'analyse de 72 études incluant 291 170 sujets, âgés de 15 à 99 ans, dans 37 pays différents.

Ils rapportent que la prévalence standardisée sur l'âge des parodontites sévères dans la population mondiale est restée stable pendant les deux dernières décennies. De même, l'incidence standardisée sur l'âge des parodontites sévères n'a pas changé significativement entre 1990 et 2010 (701 cas pour 100 000 personnes/an en 2010, et 696 cas pour 100 000 personnes/an en 1990). Les prévalences et incidences standardisées par âge sont similaires pour les hommes et les femmes. La prévalence des parodontites sévères augmente avec l'âge, avec une forte augmentation entre 30 et 40 ans, atteignant un pic à l'âge de 40 ans et restant stable ensuite. Le pic d'incidence se situe à 38 ans. A nouveau, on remarque une stabilité de ces chiffres entre 1990 et 2010.

Dans cette revue systématique (4), il est également mis en évidence une variation selon les pays ou les régions du monde. On trouve par exemple la prévalence de parodontites sévères la plus basse en Océanie (4,5% en 2010), et la plus haute prévalence dans le sud de l'Amérique Latine (20,4% en 2010). On retrouve ces mêmes régions pour la plus basse et la plus haute incidence (253 cas pour 100 000 personnes/an en Océanie et 1427 cas pour 100 personnes/an dans le sud de l'Amérique Latine, en 2010). Entre 1990 et 2010, on ne note pas de changement dans la prévalence ou l'incidence des parodontites dans aucune région du monde.

Cette revue systématique (4) démontre donc que la prévalence et l'incidence des parodontites sévères sont hautement dépendantes de l'âge du sujet et qu'il existe des variations géographiques marquées. Il est aussi montré qu'il n'existe pas de différence significative entre les femmes et les hommes, et que la prévalence et l'incidence de cette pathologie sont restées stables pendant les vingt dernières années. (4)

## 2. PRISE EN CHARGE PARODONTALE

### 2.1. Diagnostic

Le diagnostic des parodontopathies se fait essentiellement grâce à un examen clinique complet. Lors de cet examen, il convient de réaliser : (5)

- Un questionnaire médical
- Un examen gingival
- Un relevé de l'indice d'hygiène
- Un relevé des profondeurs de sondage
- Un relevé des sites de saignement
- Un examen des dents (caries, obturations, couronnes et autres prothèses)
- Une analyse occlusale si nécessaire avec évaluation des mobilités

L'examen radiographique est une aide complémentaire à l'examen clinique pour établir le diagnostic. D'après les recommandations de l'ANAES (2002), la technique de choix pour évaluer les pertes osseuses parodontales est le bilan complet en téléradiographie intra-buccale réalisé à l'aide de clichés rétro-alvéolaires. (6)

Le diagnostic de gingivite est établi lorsque l'on constate une inflammation gingivale sans perte d'attache associée (5)(6). On parle d'inflammation gingivale lorsque la gencive est rouge, œdémateuse, hypertrophique ou hyperplasique, ou quand on obtient un saignement lors du sondage.

Le diagnostic de parodontite (chronique ou agressive) est établi lorsqu'on constate une inflammation gingivale associée à une perte d'attache (5)(6). La perte d'attache correspond à la distance entre la jonction émail-cément et le fond de la poche (5). Cliniquement, elle est généralement obtenue par la somme de la récession et de la profondeur de poche de la dent. On considère que le parodonte est sain ou assaini lorsqu'on mesure une profondeur de sondage inférieure ou égale à 3 mm, sans saignement. A l'inverse, on établit le diagnostic de parodontite lorsqu'on mesure des profondeurs de sondage supérieures ou égales à 3mm, qui peuvent être accompagnées d'un saignement au sondage.

L'abcès parodontal est une infection purulente, localisée au niveau des tissus adjacents à la poche parodontale, susceptible d'entraîner une exacerbation de la destruction parodontale (5). Deux origines sont à envisager dans le cas d'un abcès parodontal : la lésion primaire peut être d'origine parodontale ou endodontique. On établit le diagnostic à l'aide du sondage parodontal qui met en évidence la présence d'une ou plusieurs poches autour de la dent concernée et la présence d'une suppuration, on peut objectiver la destruction de l'os alvéolaire à l'aide d'une radiographie.

Les maladies parodontales nécrotiques se présentent sous forme de gingivites et parodontites ulcéro-nécrotiques (GUN et PUN)(5). On les diagnostique essentiellement grâce à l'examen clinique durant lequel on constate : une nécrose gingivale, une douleur intense, des saignements gingivaux spontanés ou lors du contact, ainsi qu'une halitose. Lors d'une parodontite ulcéro-nécrotique on constatera en plus une perte d'attache, une destruction osseuse, mais sans poche profonde.

## 2.2. Thérapeutique non chirurgicale (5)

Après avoir diagnostiqué une parodontopathie, la prise en charge débute par un enseignement de l'hygiène orale au patient. Il est nécessaire de montrer et d'expliquer au patient comment avoir une technique efficace de brossage, à l'aide de sa brosse dent manuelle ou électrique. On conseille un brossage bi quotidien d'une durée d'au moins 2 minutes.

On enseigne également l'hygiène des espaces interdentaires, notamment au niveau des secteurs postérieurs qui sont des zones difficiles à nettoyer et où la maladie parodontale est souvent la plus sévère. On prescrira le matériel le plus adapté, choisi en fonction de la dextérité des patients et de la largeur des espaces interdentaires. On s'orientera vers le fil dentaire seulement en cas d'espaces très étroits et de malpositions dentaires, et vers les brossettes interdentaires dès que leur passage sera permis en adaptant le diamètre aux espaces concernés.

Une fois que le facteur étiologique bactérien supra-gingival est maîtrisé par un brossage efficace du patient et après détartrage, on pourra proposer un traitement des surfaces radiculaires s'il est nécessaire. Il est indispensable que le contrôle de plaque soit obtenu avant de continuer vers les traitements radiculaires afin d'obtenir des résultats pérennes et une stabilisation de la maladie parodontale.

Pour les traitements des surfaces radiculaires, on distinguera les surfaçages consistant en une élimination d'une couche superficielle du ciment radiculaire à l'aide de curettes manuelles (type curettes de Gracey), et les débridements consistant en une décontamination de la surface du ciment radiculaire à l'aide d'une instrumentation mécanisée ultrasonore. Les résultats obtenus par l'une ou l'autre technique sont similaires en terme d'élimination de plaque bactérienne et de tartre (5).

Le traitement des surfaces radiculaires peut être effectué selon une approche conventionnelle par quadrants, ou selon une approche « **full mouth disinfection** » qui consiste à réaliser les traitements en une ou deux séances rapprochées en 24 heures.

Après avoir réalisé les surfaçages ou débridements, on prescrira une cure de bain de bouche antiseptique comme adjuvant au traitement pour réduire la charge bactérienne. La molécule de référence en parodontologie est la chlorhexidine dont on limitera l'utilisation à une période courte (une à deux semaines maximum) pour éviter les colorations secondaires dues à son usage (5).

L'usage d'antibiotiques est également possible en tant qu'adjuvant à la thérapeutique non chirurgicale, jamais seuls.

### 2.3. Réévaluation (5)

Après avoir effectué la thérapeutique non chirurgicale, il est nécessaire de revoir le patient au bout de 6 à 8 semaines (6) pour une séance de réévaluation. Cette séance sera l'occasion de revoir la motivation du patient et la mise en application des techniques d'hygiène enseignées, mais également d'évaluer l'état de la parodontite après le traitement initial. Il conviendra d'évaluer à nouveau l'état inflammatoire et de mesurer la profondeur de poches, ce qui permettra de se prononcer sur la réussite du traitement initial.

En cas d'amélioration, on passera à une phase de maintenance parodontale, également appelée « thérapeutique parodontale de soutien ».

En l'absence d'amélioration, on pourra proposer au patient d'employer une technique chirurgicale afin de traiter la maladie parodontale.

### 2.4. Thérapeutique chirurgicale

Si après thérapeutique non chirurgicale, on constate lors de la réévaluation la persistance de poches supérieures ou égales à 6mm, avec un saignement au sondage, on envisagera la thérapeutique chirurgicale (5).

Cette thérapeutique consiste à réaliser un lambeau d'assainissement. L'objectif est de permettre un accès visuel aux lésions parodontales afin d'éliminer le tissu de granulation et le tartre sous-gingival.

En complément du lambeau d'assainissement il est parfois nécessaire d'avoir recours à des thérapeutiques résectrices afin de corriger la morphologie de la dent pour la conserver ou pour favoriser l'accès afin que le patient puisse maintenir une hygiène. Il s'agira des techniques d'amputation radiculaire, d'hémisection et de tunnelisation.

Après une thérapeutique non chirurgicale ou une chirurgie d'assainissement, le processus de cicatrisation engagé est un processus de réparation, il permet d'obtenir la formation d'un long épithélium de jonction (5).

Pour obtenir une régénération de l'appareil d'attache, il faudra avoir recours à des techniques de régénérations tissulaires guidées ou induites. Dans tous les cas, il convient de préciser qu'une réparation par long épithélium de jonction n'est pas plus vulnérable aux agressions bactériennes qu'une néo-jonction épithélio-conjonctive obtenue par des techniques de régénérations (5).

## 2.5. Maintenance

La maintenance parodontale, ou thérapeutique parodontale de soutien, a pour objectif de prévenir la récurrence ou de ralentir la progression des parodontites chez des patients ayant déjà été traités (5). Elle est aussi l'occasion d'entretenir la motivation du patient vis-à-vis de son hygiène orale.

La maladie parodontale peut être stabilisée, mais elle n'est jamais guérie. Il est donc nécessaire de revoir le patient pour des maintenances fréquentes. Le consensus actuel est de faire une visite tous les 3 mois (5)(6). La fréquence est ensuite à moduler selon la motivation du patient et les facteurs de risques auxquels il est exposé. On pourra ainsi éloigner les séances de maintenance et les effectuer tous les 6 mois pour les patients avec peu de risques, voire une fois par an.

### 3. ENQUÊTE DANS LES CABINETS DENTAIRES SUR LA PRISE EN CHARGE PARODONTALE EN OMNIPRATIQUE

#### 3.1. Justification de l'étude

En France, on estime qu'une personne sur deux à partir de 35 ans est atteinte de maladie parodontale (3). La maladie parodontale constitue même le facteur principal de la perte de dents chez l'adulte. Si les gingivites sont réversibles lorsque des traitements sont effectués, les parodontites entraînent, elles, une destruction irréversible des tissus de soutien de la dent. Cette destruction du parodonte peut être stabilisée lorsque des traitements parodontaux sont effectués sans pour autant permettre de retour à son état initial. En l'absence de traitements adéquats la destruction du support parodontal entraîne donc inéluctablement la perte de l'organe dentaire. Les traitements parodontaux apparaissent donc comme des soins nécessaires, il n'existe cependant aucune étude en France permettant d'analyser la prise en charge parodontale dans les cabinets dentaires. Nous avons donc choisi de réaliser une étude observationnelle et non interventionnelle afin d'analyser les habitudes des omnipraticiens, au niveau du diagnostic de ces maladies, et de leurs traitements non chirurgicaux et chirurgicaux.

L'enquête menée se penche également sur les freins à la prise en charge parodontale par les omnipraticiens, ainsi que leur niveau de formation dans ce domaine.

#### 3.2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les habitudes des praticiens lors de la prise en charge parodontale en omnipratique. Les habitudes sont analysées sur les différentes phases de la prise en charge, du diagnostic à la maintenance.

Secondairement, on cherche aussi à analyser les freins à la prise en charge parodontale par les omnipraticiens et la formation des chirurgiens-dentistes en parodontologie.

#### 3.3. Matériel et méthodes

##### 3.3.1. Population de l'étude

Le type d'étude envisagée ne nécessitait pas de calcul précis du nombre d'inclusions nécessaires, et correspond à tous les chirurgiens-dentistes ayant répondu aux questionnaires dans la période de recrutement de 4 mois. La population étudiée comprend donc 640 chirurgiens-dentistes. Les deux seuls critères d'inclusion à respecter sont : la pratique d'une activité au sein d'un cabinet dentaire et l'accord de participation à l'étude. Les critères d'exclusion sont le refus de remplir le questionnaire et l'absence d'exercice de l'activité de chirurgien-dentiste.

### 3.3.2. Questionnaire et diffusion

L'étude choisie est une étude observationnelle et non interventionnelle. Nous avons donc réalisé un questionnaire de 34 questions fermées portant sur les données démographiques de l'échantillon, les différentes phases de la prise en charge (diagnostic, traitements, maintenance), les freins à la mise en place des thérapeutiques parodontales et la formation des praticiens (voir annexe 2).

Le questionnaire a été distribué de plusieurs façons : lors d'une formation de radioprotection, par mail avec l'aide des Conseils de l'Ordre des départements Allier, Ariège, Aube, Bas-Rhin, Calvados, Côte d'Armor, Côte d'or, Drôme, Ile-et-Vilaine, Seine Maritime, et Vaucluse. Nous avons obtenu au total 640 réponses de praticiens exerçant dans différents départements de France.

Ce questionnaire a obtenu l'approbation du Groupe Nantais d'Ethique dans le Domaine de la Santé (GNEDS).

### 3.3.3. Analyse statistique

S'agissant d'une étude transversale descriptive les analyses statistiques effectuées sont descriptives et concernent l'ensemble des données obtenues des chirurgiens-dentistes. La description comprend les minimums, maximums, moyenne, écart-type, et quartiles pour les variables quantitatives et les effectifs et pourcentages de chaque modalité pour les variables qualitatives. Des analyses exploratoires ont été réalisées pour étudier les associations entre les réponses aux questions 2, 3, 9, 20 et 32.

### 3.4. Résultats

#### 3.4.1. Données démographiques de l'échantillon

- Sexe

Sur les 640 réponses obtenues, 59 % des répondants sont des femmes et 41 % des hommes.

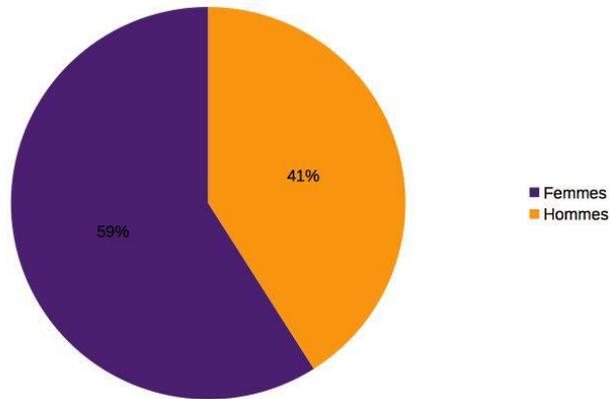


Figure 1: Répartition femme/homme des chirurgiens-dentistes sondés

- Années d'obtention du diplôme

On constate un pic d'obtention du diplôme des praticiens sondés en 2010, et un grand nombre entre 2010 et 2018. On peut également noter que plus de la moitié des sondés ont obtenu leur diplôme après 2005.

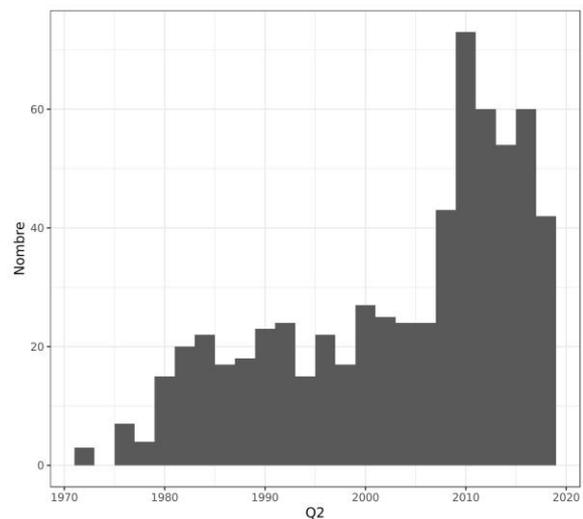
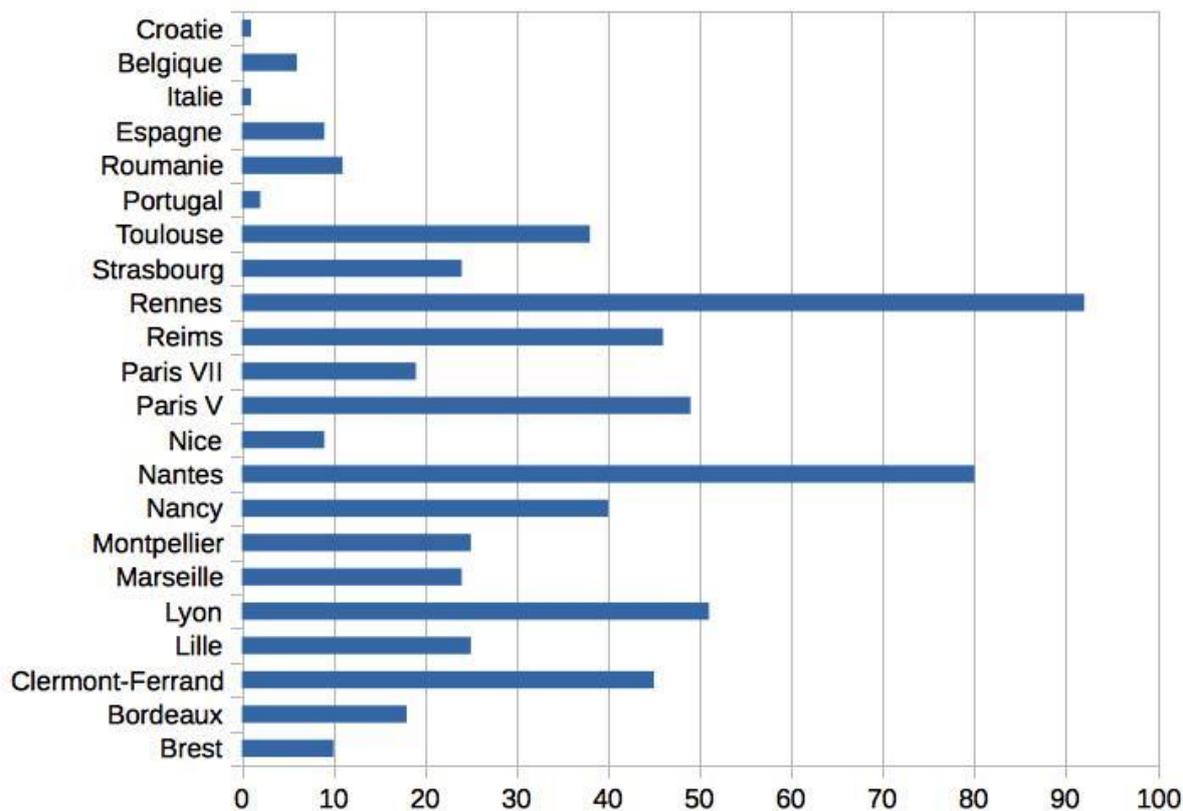


Figure 2: Années d'obtention du diplôme de Docteur en Chirurgie Dentaire des praticiens sondés



*Figure 3: Faculté où les répondants ont effectué leurs études en chirurgie-dentaire*

Nous avons étudié les associations existantes entre les réponses à la question 2 et les questions 9 (recherche systématique de la maladie parodontale), 20 (proportion des traitements parodontaux dans la pratique) et 32 (raisons de la non réalisation de thérapeutique parodontale). Ces analyses révèlent uniquement des différences significatives à l'association des questions 2 et 32.

- Lieu d'exercice

La majorité des praticiens ayant répondu au questionnaire pratique leur activité en milieu urbain, suivi par ceux pratiquant en milieu péri-urbain, puis rural.

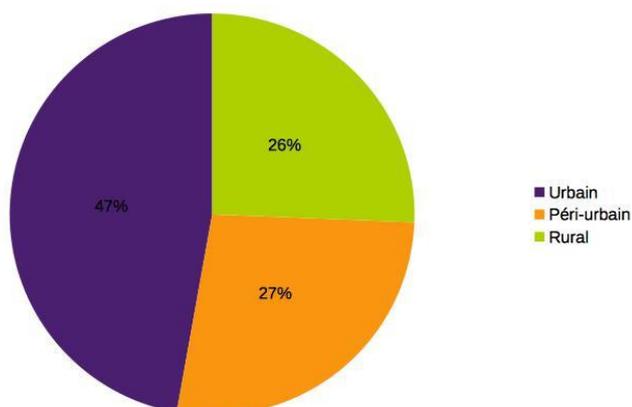


Figure 4: Répartition des lieux d'exercice des praticiens sondés

Nous avons étudié les associations pouvant exister entre la question 3 et les questions 9, 20 et 32. Aucune différence significative n'a été mise en évidence.

- Mode d'exercice

Le mode d'exercice des praticiens sondés est majoritairement un exercice libéral (1) (94%), et une minorité ont un exercice salarié (2) (6%).

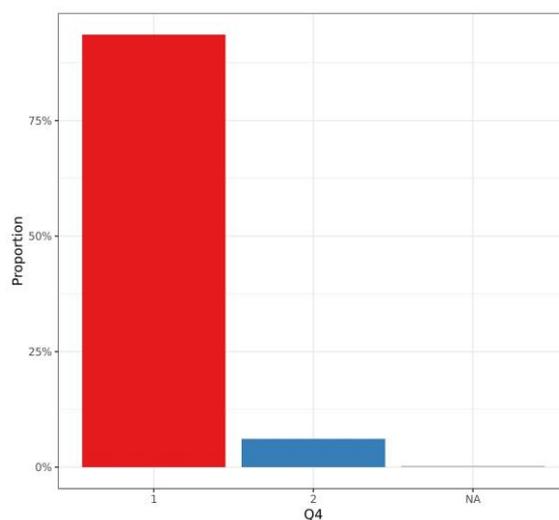


Figure 5: Mode d'exercice des praticiens sondés

- Structure d'exercice de l'activité

Parmi les praticiens ayant répondu, 96.5 % d'entre eux exercent au sein d'un cabinet libéral, et 3.5 % au sein d'un centre mutualiste.

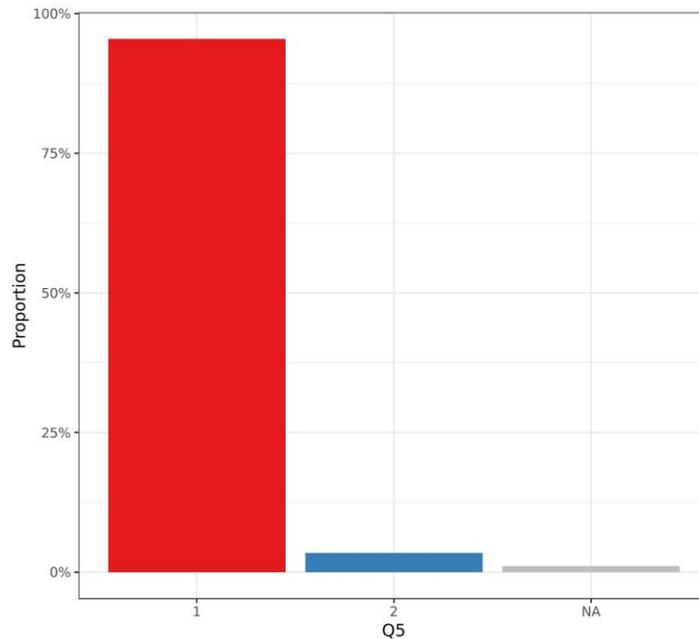


Figure 6: Structure au sein de laquelle est exercée l'activité

- Importance des soins parodontaux dans la prise en charge globale

La majorité des répondants considère que les soins parodontaux sont très importants (65%) ou importants (33%). Seul 2% des répondants considèrent les soins parodontaux comme peu importants et aucun comme inutiles.

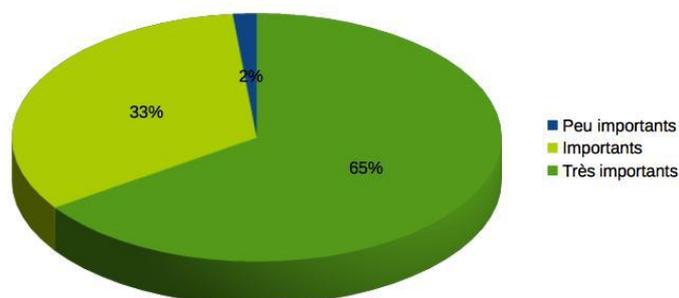


Figure 7: Importance des soins parodontaux dans la prise en charge globale

- Phases de la prise en charge réalisées par l'omnipraticien

D'après les réponses on peut remarquer que plus de 80 % des omnipraticiens réalisent eux-mêmes les trois premières phases de la prise en charge, à savoir le diagnostic, la thérapeutique initiale et la réévaluation ; ainsi que la phase de maintenance (thérapeutique parodontale de soutien). Seulement 31 % des praticiens effectuent eux-mêmes une thérapeutique chirurgicale lorsqu'elle est nécessaire.

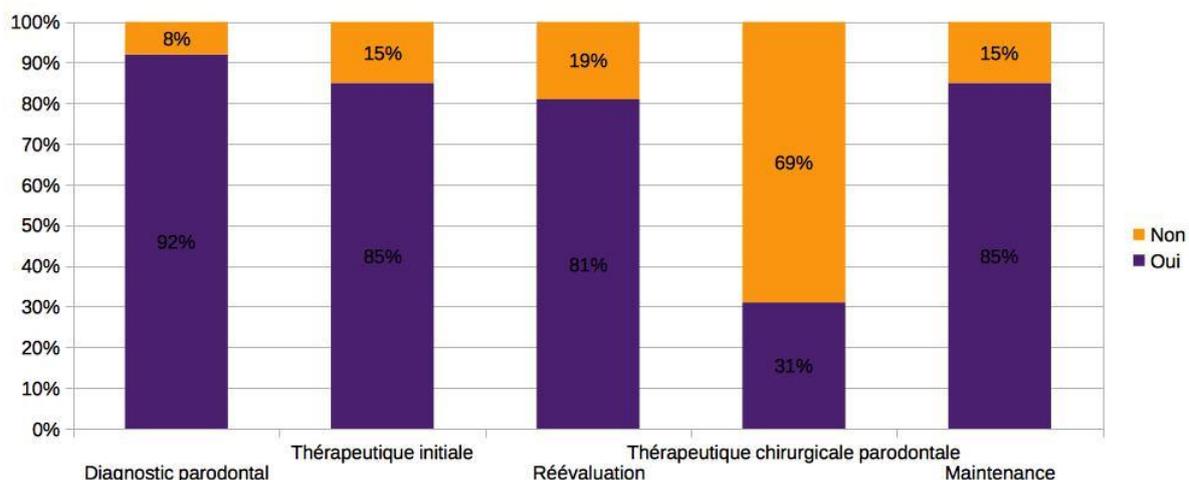


Figure 8: Phases de la prise en charge réalisées par l'omnipraticien

- Phases pour lesquelles l'omnipraticien préfère adresser à un spécialiste

On constate que la tendance est inversée par rapport aux réponses à la question précédente. Moins de 30 % des praticiens enquêtés adressent les patients à un spécialiste pour effectuer le diagnostic, la thérapeutique initiale, la réévaluation et la maintenance. En revanche, 75 % des praticiens adressent à un spécialiste lorsqu'il faut réaliser une thérapeutique chirurgicale parodontale.

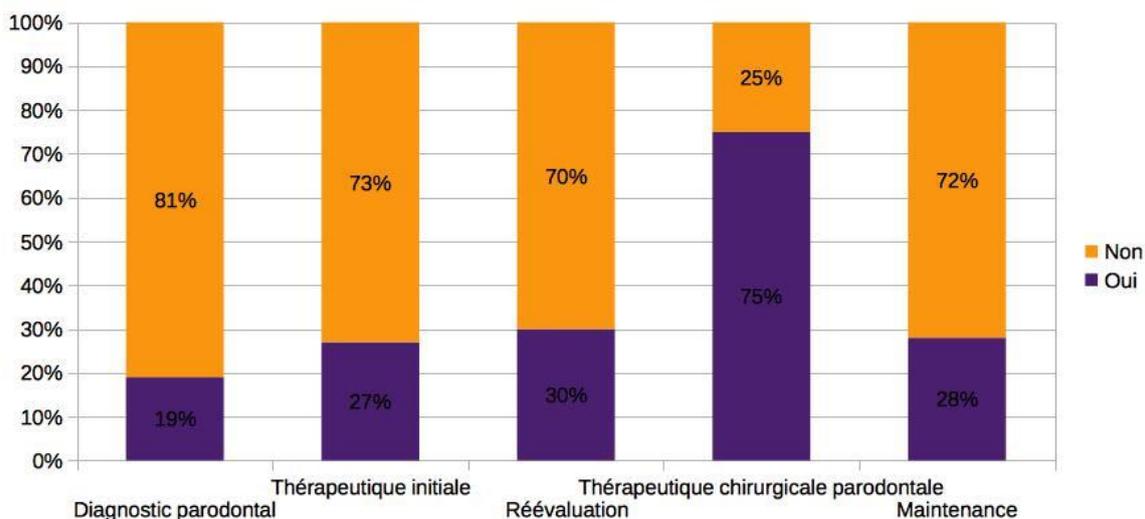


Figure 9: Phases pour lesquelles l'omnipraticien préfère adresser à un spécialiste en parodontologie

### 3.4.2. Diagnostic

- Recherche systématique de la maladie parodontale en cas de nouveaux patients

85 % des praticiens recherchent systématiquement la présence d'une maladie parodontale chez un nouveau patient, contre 15 %.

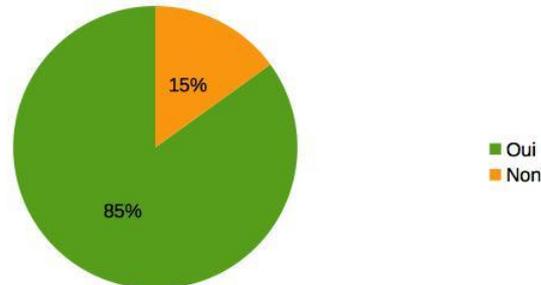


Figure 10: Recherche systématique de la présence d'une maladie parodontale chez les nouveaux patients

- Critères principaux utilisés dans le diagnostic de la maladie parodontale

On peut voir que les trois critères les plus utilisés pour diagnostiquer la maladie parodontale parmi ceux proposés dans le questionnaire sont l'aspect gingival, l'évaluation des mobilités dentaires et les examens radiographiques. On constate même que les examens radiographiques représentent le critère le plus utilisé (93%) alors même qu'il doit être considéré comme un examen complémentaire pour aider au diagnostic. Quant au relevé des profondeurs de sondage, seulement 63 % des répondants le considèrent comme un critère principal ; c'est pourtant ce relevé qui permet de quantifier la perte d'attache et d'établir le diagnostic de parodontite (6).

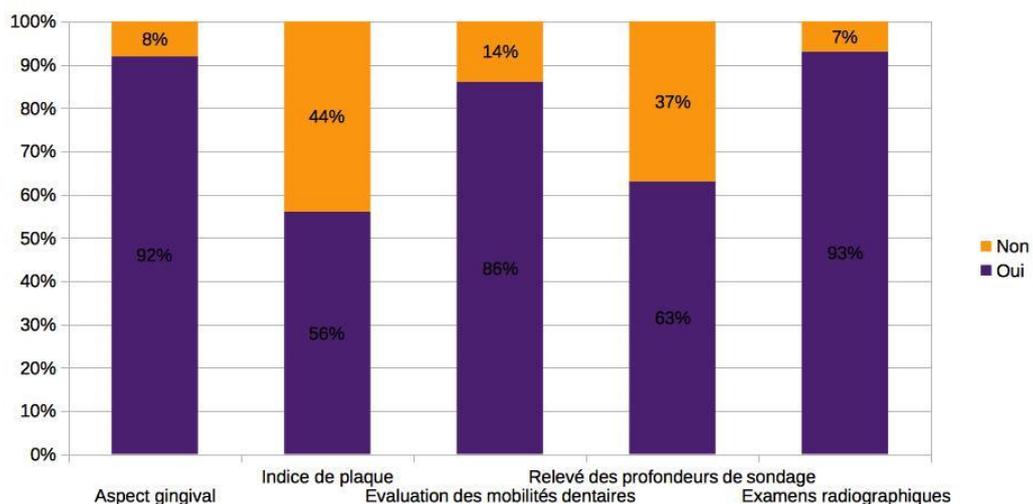


Figure 11: Critères principaux utilisés pour diagnostiquer la maladie parodontale

- Outils et équipements dont disposent les omnipraticiens

Les outils et équipements dont semblent disposer le plus les praticiens répondants sont les sondes parodontales, les curettes, les détartreurs (surtout ultrasonores) et l'aéropolisseur.

L'utilisation de l'aéropolisseur dans la prise en charge parodontale ne fait pas partie des recommandations de l'ANAES datant de 2002. Pour autant, son utilisation en parodontologie semble s'accroître et de nombreux articles existent quant à son intérêt lors de la phase de maintenance. L'utilisation des aéropolisseurs est actuellement considérée comme une alternative aux techniques conventionnelles (curettes et instrumentation ultrasonique), sans risque de dégâts des tissus mous parodontaux et des surfaces radiculaires depuis l'élaboration de poudres peu abrasives. (7) (8)

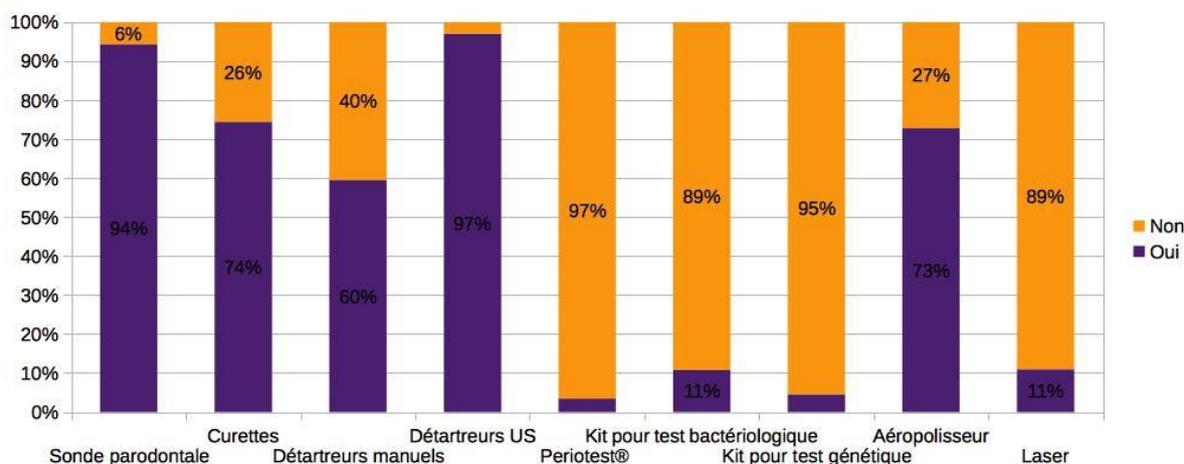


Figure 12: Outils et équipements dont disposent les omnipraticiens

- Aéropolisseur

78 % des praticiens ayant répondu à cette question possèdent un aéropolisseur, contre 22 %.

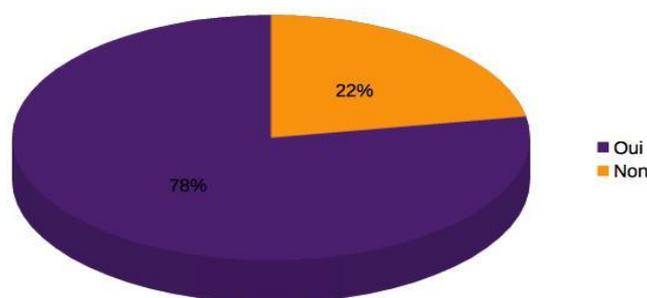


Figure 13: Praticiens possédant un aéropolisseur

D'après les réponses, les praticiens ne possèdent pas d'aéropolisseur par manque d'habitude (42%), en raison de son coût (26%), ou parce qu'ils le trouvent salissant (16%). 17 % n'en possèdent pas pour diverses autres raisons : entretien difficile, peu de fiabilité, parce que l'aéropolisseur se bouche facilement selon eux, trop agressif ou contaminant, par manque de formation ou parce qu'ils y trouvent peu ou pas d'utilité.

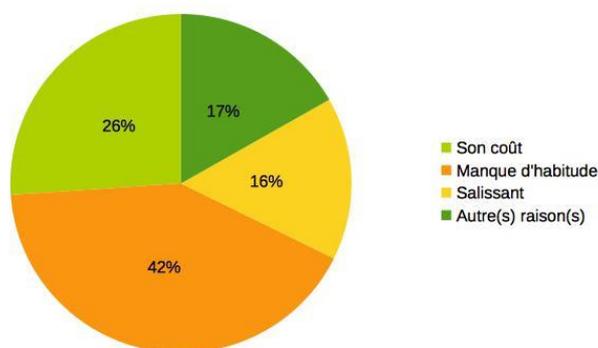


Figure 14: Pourquoi ne possédez-vous pas d'aéropolisseur ?

Les répondants utilisent majoritairement l'aéropolisseur après avoir effectué un détartrage, et 57 % d'entre eux l'utilisent pour effectuer la phase de maintenance.

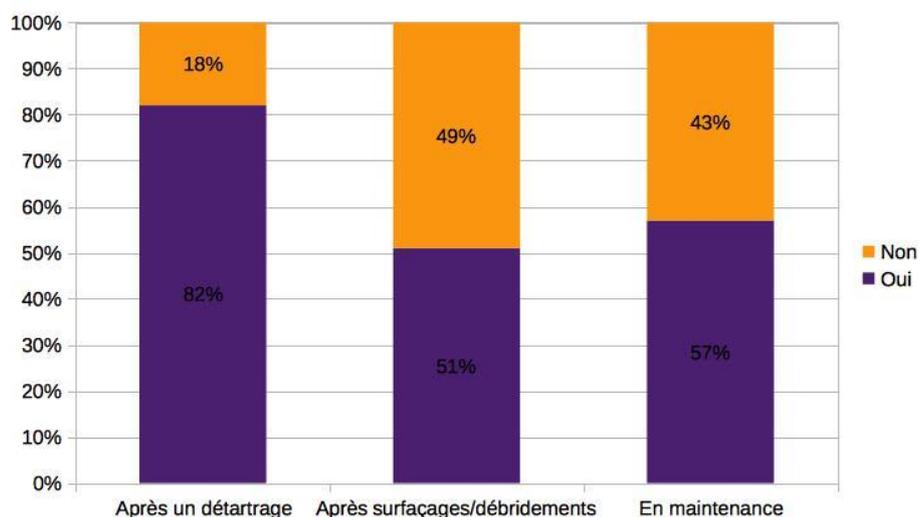


Figure 15: Situations d'utilisation de l'aéropolisseur par les praticiens

Les praticiens ayant répondu jugent majoritairement l'aéropolisseur comme étant un outil utile dans la prise en charge parodontale. 24 % le trouvent très utile, et 16 % indispensable.

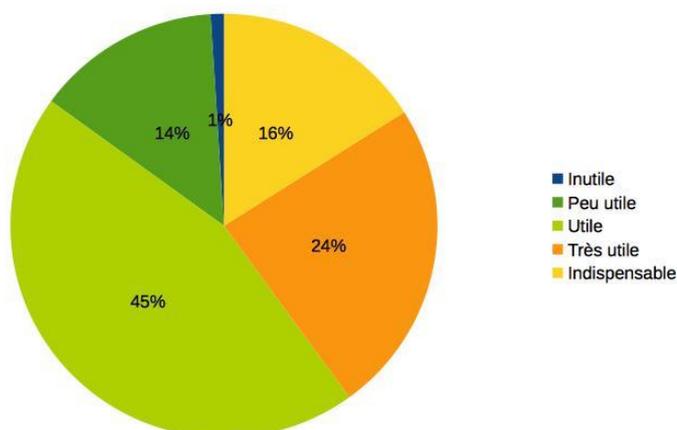


Figure 16: Jugement de l'utilité de l'aéropolisseur par les omnipraticiens

- Evaluation par les omnipraticiens de leur capacité de diagnostic

D'après les réponses, 100 % des praticiens se sentent capables de diagnostiquer une gingivite et 99 % de diagnostiquer les abcès parodontaux.

Entre 93 et 97 % des praticiens se sentent capables de diagnostiquer les maladies parodontales chroniques (localisées ou généralisées). 88 % se sentent capables de diagnostiquer les maladies parodontales agressives (localisées ou généralisées).

82 % des praticiens se sentent capables de diagnostiquer les péri-implantites, et 80 % les maladies parodontales nécrosantes. Ce sont les deux types de parodontopathies que les répondants se sentent les moins capables de diagnostiquer.

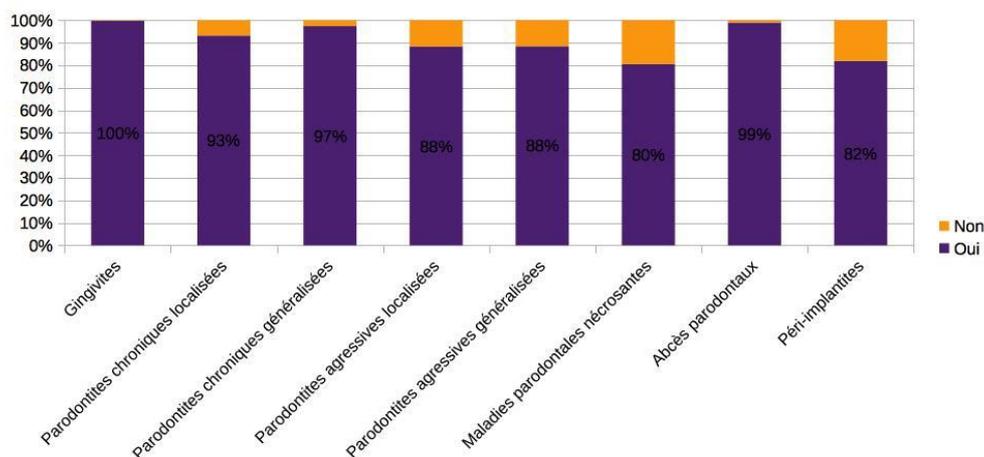


Figure 17: En l'état de vos connaissances, que vous sentez-vous capable de diagnostiquer ?

### 3.4.3. Situation thérapeutique

- Diagnostics face auxquels les praticiens effectuent eux-mêmes la prise en charge

Tout comme pour la capacité de diagnostic, on retrouve les gingivites et les abcès parodontaux en tête : 100 à 97 % des praticiens réalisent eux même le traitement de ces pathologies.

89 % des praticiens traitent eux même les parodontites chroniques localisées, et 77 % les parodontites chroniques généralisées.

64 % traitent eux même les parodontites agressives localisées et les maladies parodontales nécrosantes.

Seul un praticien sur deux traite lui-même les parodontites agressives généralisées. Et moins d'un praticien sur deux traite lui-même les péri-implantites.

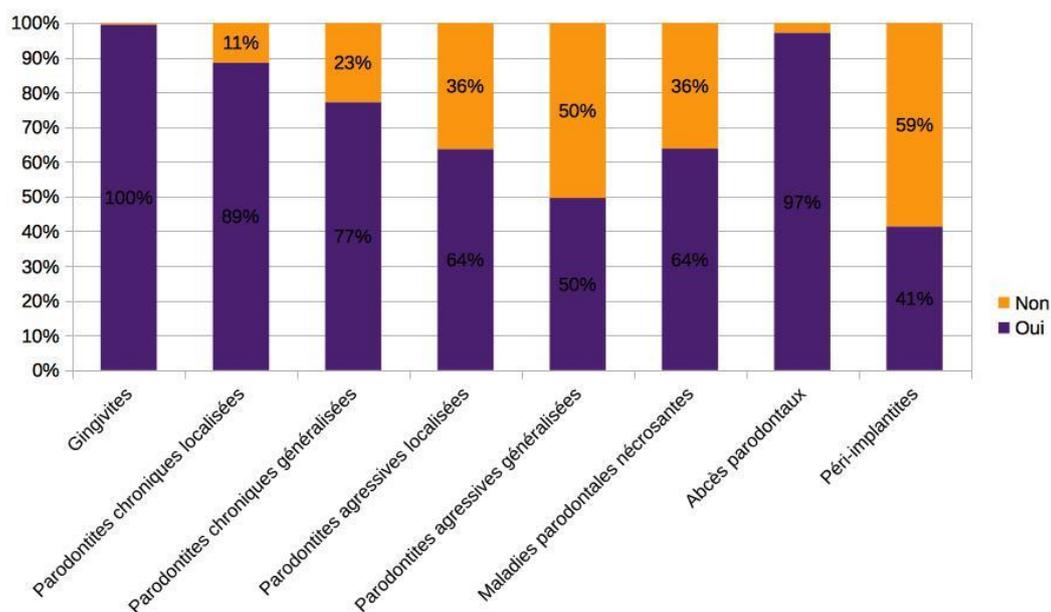


Figure 18: Diagnostics face auxquels les praticiens effectuent eux-mêmes la prise en charge

- Diagnostics face auxquels les praticiens adressent à un spécialiste pour la prise en charge

En cohérence avec les deux questions précédentes, les gingivites (2%) et les abcès parodontaux (10%) représentent les diagnostics face auxquels les praticiens adressent le moins à un spécialiste en parodontologie. De même, les parodontites agressives généralisées (59%) et les péri-implantites (65%) sont les diagnostics face auxquels les praticiens adressent le plus à un spécialiste.

Dans l'ordre croissant, 18 % des praticiens adressent face à une parodontite chronique localisée, 34 % face à une parodontite chronique généralisée, 43 % face à une maladie parodontale nécrosante et 46 % face à une parodontite agressive localisée.

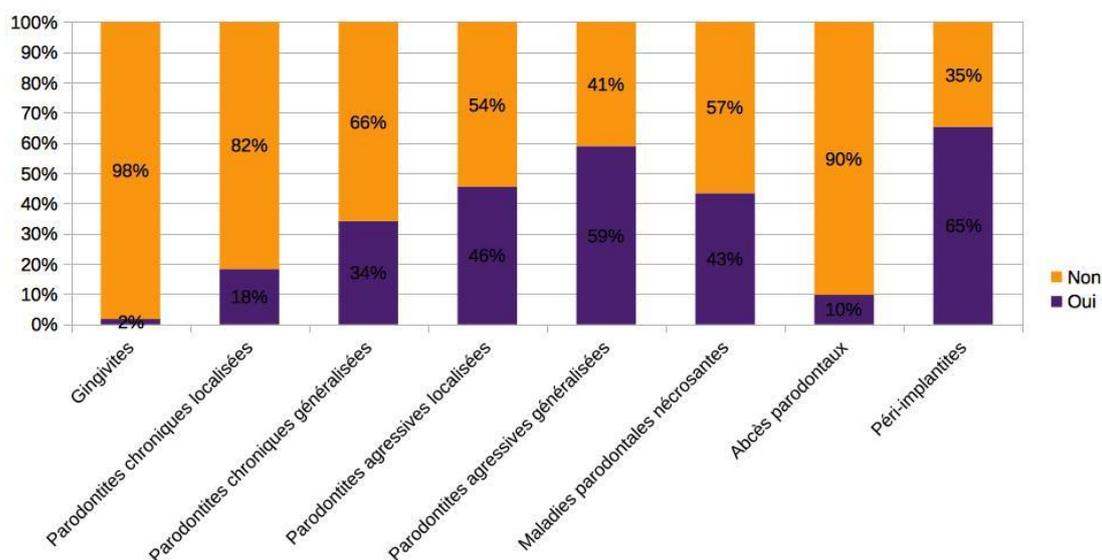


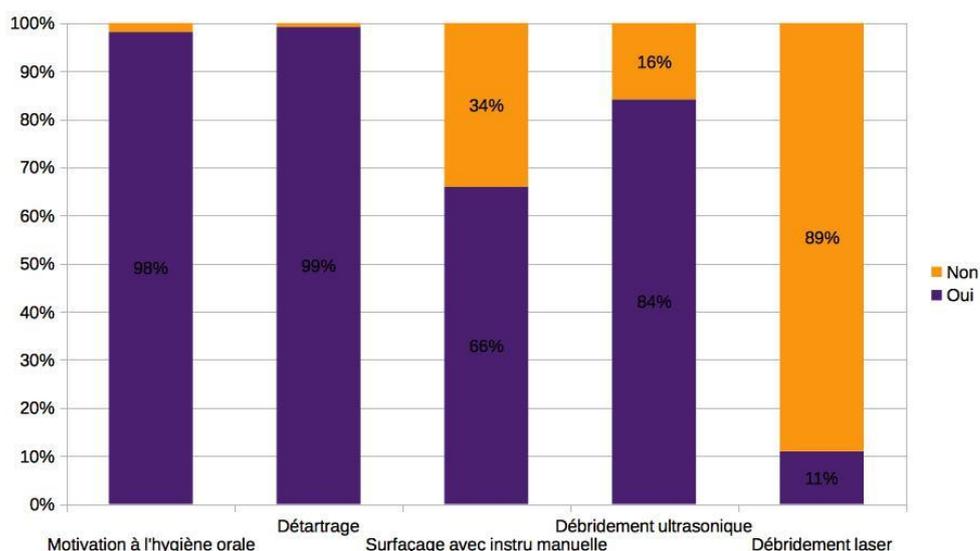
Figure 19: Diagnostics face auxquels les praticiens adressent à un spécialiste pour la prise en charge

### 3.4.4. Thérapeutique initiale non chirurgicale

- Actes que le praticien effectue lui-même

D'après les réponses, les praticiens effectuent majoritairement les deux premières étapes de la thérapeutique initiale non chirurgicale, à savoir : la motivation à l'hygiène orale (98%) et le détartrage (99%). 66 % des praticiens effectuent des surfaçages avec instrumentation manuelle, et 84 % réalisent des débridements ultrasoniques. Seulement 11 % effectuent des débridements au laser.

Figure 20: Actes que le praticien effectue lui-même



- Actes pour lesquels le praticien adresse à un spécialiste

En cohérence avec la question précédente, les actes pour lesquels les praticiens adressent le moins sont la motivation à l'hygiène orale (10%) et les détartrages (4%). 26 à 29 % des praticiens adressent à un spécialiste en parodontologie pour qu'il effectue les surfaçages avec instrumentation manuelle ou les débridements ultrasonique. Et 60 % adressent au spécialiste pour qu'il effectue un débridement laser.

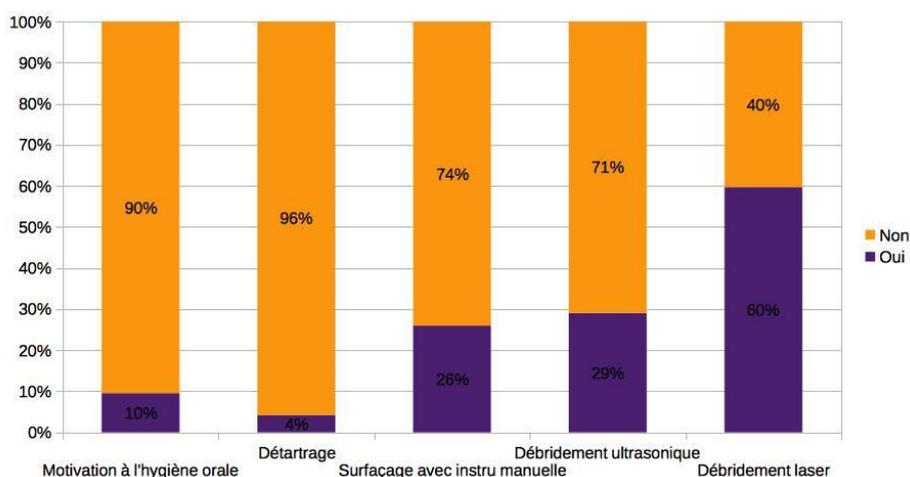


Figure 21: Actes pour lesquels le praticien adresse à un spécialiste

- Proportions des traitements parodontaux dans la pratique (hors détartrages)

D'après les réponses, 7.8% des praticiens n'effectuent aucun traitement parodontal (hors détartrage).

Plus d'un praticien sur deux (66%) estiment que la proportion des soins parodontaux dans sa pratique représente moins de 25 %.

22 % des praticiens estiment que cette proportion se situe entre 25 et 50 %.

3,2 % des praticiens estiment que les traitements parodontaux représentent entre 50 à 75 % de leur pratique.

1 % des praticiens estiment que les traitements parodontaux représentent plus de 75 % de leur pratique ou ont une pratique exclusivement parodontale.

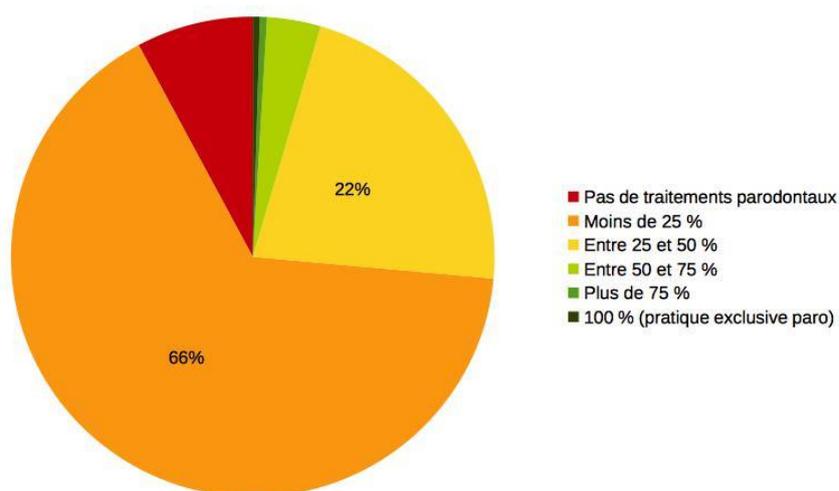


Figure 22: Proportions des traitements parodontaux dans la pratique (hors détartrages)

- Délégation des actes de la thérapeutique initiale à l'assistant(e)

63 % des praticiens pensent qu'il serait intéressant de pouvoir déléguer des actes de la thérapeutique initiale à leur assistant(e), contre 37 %.

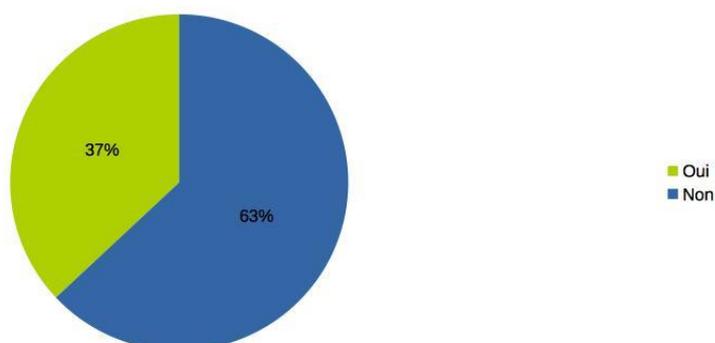


Figure 23: Selon vous, serait-il intéressant de déléguer des actes de la thérapeutique initiale à votre assistant(e)

99 % des praticiens aimeraient pouvoir déléguer la motivation à l'hygiène orale à leur assistant(e). 47 % aimeraient pouvoir déléguer le détartrage et 3 % le surfaçage/débridement.

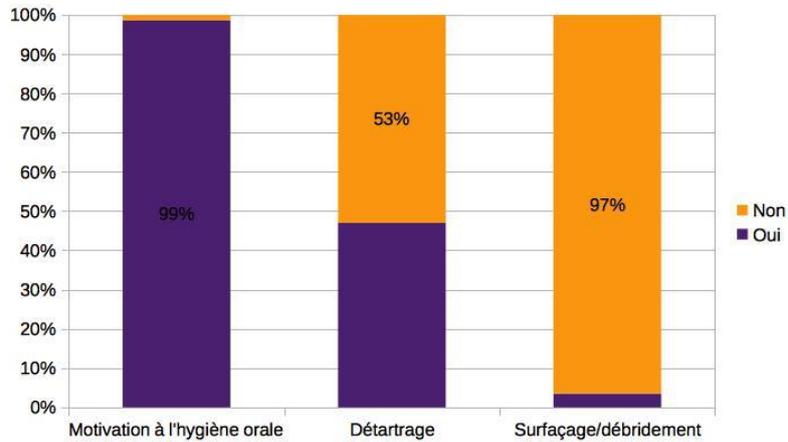


Figure 24: Quels actes aimeriez-vous déléguer à votre assistant(e) ?

13 % des praticiens délèguent déjà des actes de la thérapeutique initiale à leur assistant(e), contre 87 %.

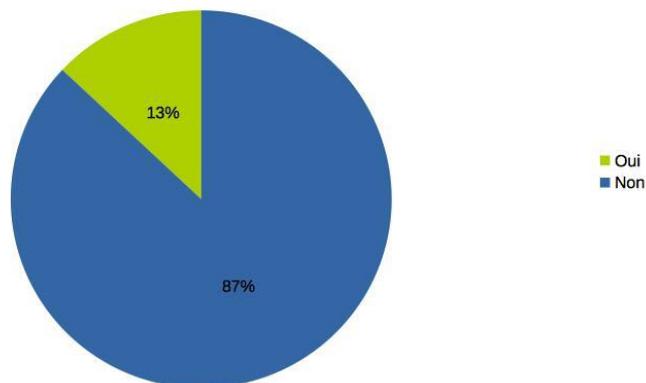
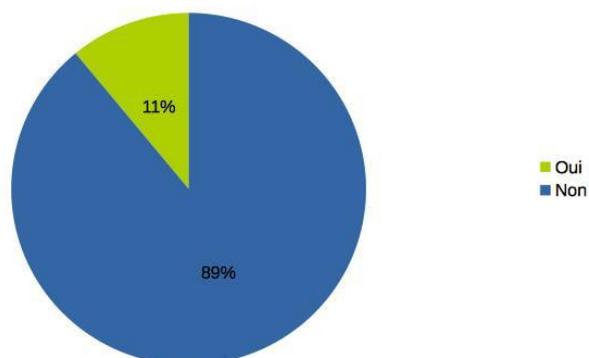


Figure 25: Déléguez-vous déjà des actes de la thérapeutique initiale à votre assistant(e) ?

### 3.4.5. Antibiotiques

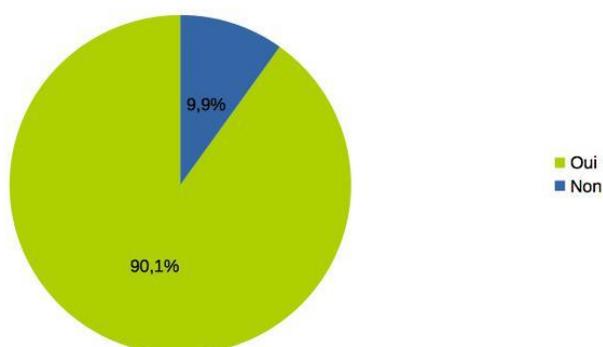
- Prescription des antibiotiques en cas de parodontites

11 % des praticiens prescrivent systématiquement des antibiotiques lorsqu'ils sont confrontés à une parodontite, contre 89 %.



*Figure 26: En cas de parodontites, prescrivez-vous systématiquement des antibiotiques ?*

90,1 % des praticiens associent un traitement mécanique aux antibiotiques lorsqu'ils en prescrivent, contre 9,9 %.



*Figure 27: Lorsque vous prescrivez des antibiotiques, sont-ils associés à un traitement mécanique ?*

27 % des répondants prescrivent des antibiotiques avant de réaliser le traitement mécanique, la majorité des praticiens (34 %) en prescrivent pendant la durée du traitement mécanique et 11 % après uniquement. 11 % prescrivent des antibiotiques avant et pendant le traitement mécanique, et 10 % des praticiens les prescrivent avant, pendant et après la réalisation du traitement mécanique.

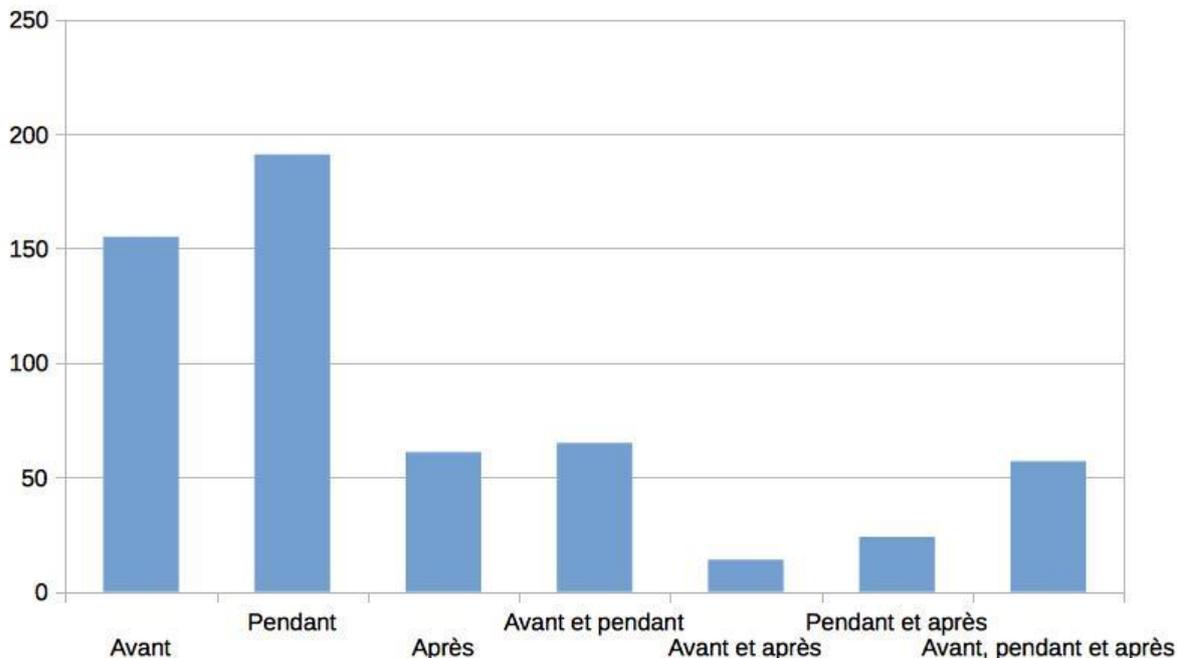


Figure 28: A quel moment de la prise en charge prescrivez-vous les antibiotiques ?

- Prescription des antibiotiques en cas d'abcès parodontaux

50 % des praticiens prescrivent systématiquement des antibiotiques lorsqu'ils sont confrontés à un abcès parodontal, contre 45 % qui n'en prescrivent pas systématiquement, et 5 % qui les prescrivent en fonction du cas.

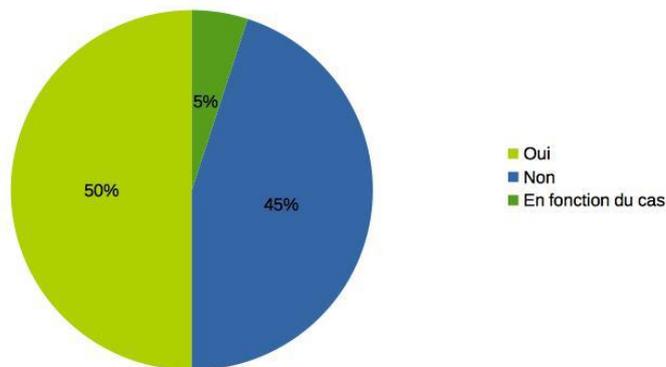


Figure 29: En cas d'abcès parodontaux, prescrivez-vous systématiquement des antibiotiques?

- Prescription des antibiotiques en cas de péri-implantites

37 % des praticiens prescrivent systématiquement des antibiotiques lorsqu'ils sont confrontés à une péri-implantite, contre 63 %.

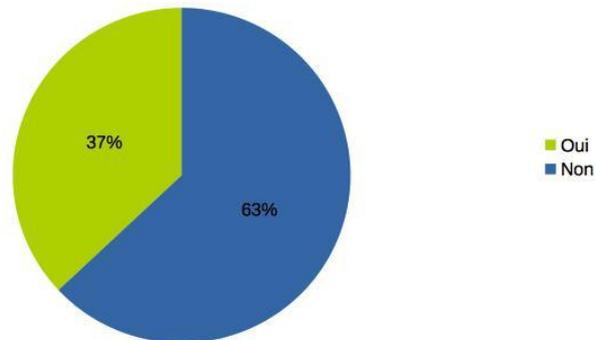


Figure 30: En cas de péri-implantites, prescrivez-vous systématiquement des antibiotiques?

#### 3.4.6. Contentions

70 % des répondants réalisent des contentions dans leur pratique, contre 30 %.

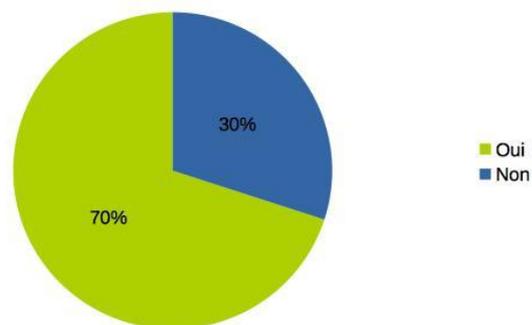


Figure 31: Réalisez-vous des contentions ?

Les praticiens réalisent majoritairement des contentions lorsque le patient présente des gênes fonctionnelles (76%) et en cas d'urgence lorsqu'il y a un risque d'expulsion spontanée (73%). 44 % des dentistes réalisent les contentions quand le patient présente une demande.

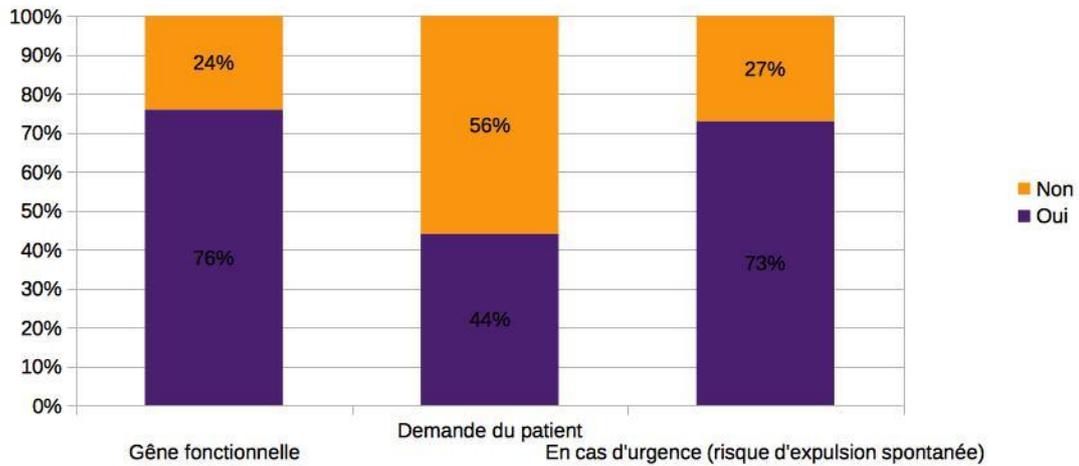


Figure 32: Dans quelle(s) situation(s) réalisez-vous des contentions ?

Le type de contention le plus réalisé est la contention en composite renforcée par fibre de verre (76 %). On trouve ensuite le collage dento-dentaire à l'aide de composite (56%), les attelles coulées-collées (27%), les attelles péri-coronaires (11%), les attelles de Ceria-Cérosi (7%), et les attelles de Berliner (2%).

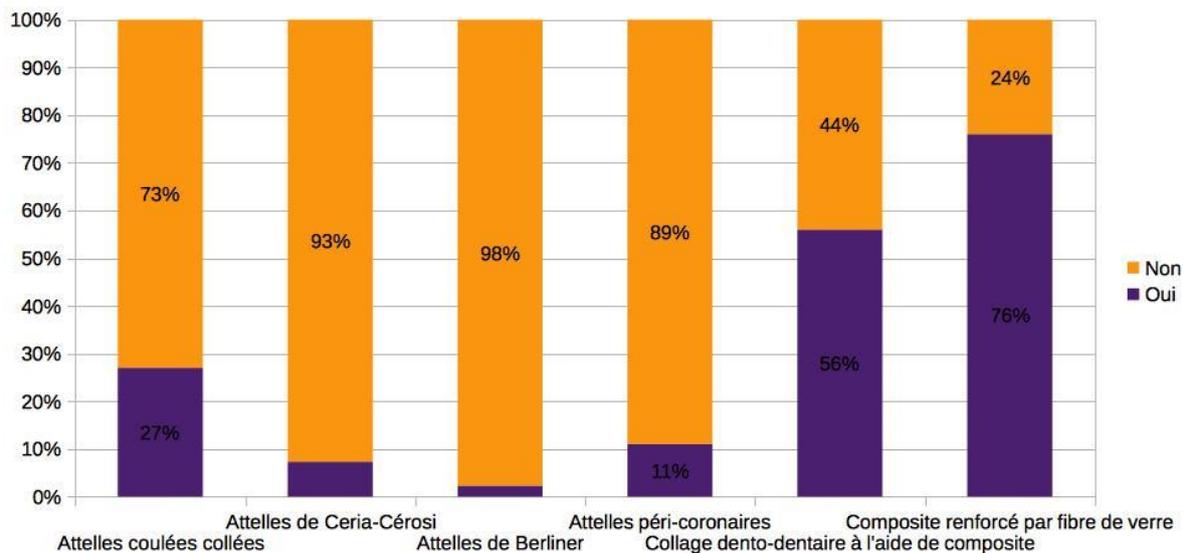


Figure 33: Quel(s) type(s) de contentions réalisez-vous ?

Lors de la question 27.1, nous avons pu constater que 30 % des répondants ne réalisent pas de contention. Ici, nous nous penchons sur les raisons : 38 % n'en réalisent pas à cause de leur mise en place difficile, et 36 % n'en ont pas l'intérêt dans leur pratique. 16 % n'en réalisent pas en raison du peu de rentabilité de l'acte, 8 % en raison du coût du matériel pour réaliser les contentions.

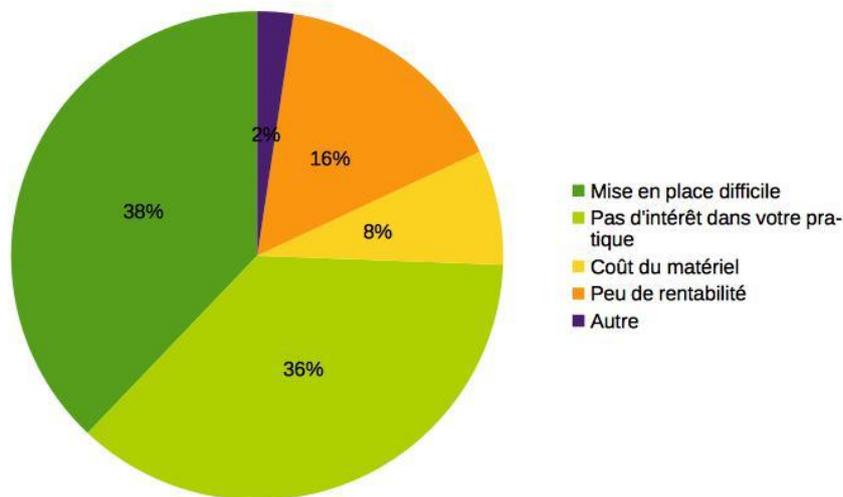


Figure 34: Si vous ne réalisez pas de contention, pourquoi ?

### 3.4.7. Thérapeutique chirurgicale

- Actes de la thérapeutique chirurgicale effectués par les omnipraticiens

Les actes de thérapeutique chirurgicale les plus effectués par les omnipraticiens sont la gingivectomie (75%) et l'élongation coronaire (64%). Les freinectomies sont effectués par 38 % des praticiens, les chirurgies d'assainissement par 36 % et les chirurgies muco-gingivales par 22 % d'entre eux.

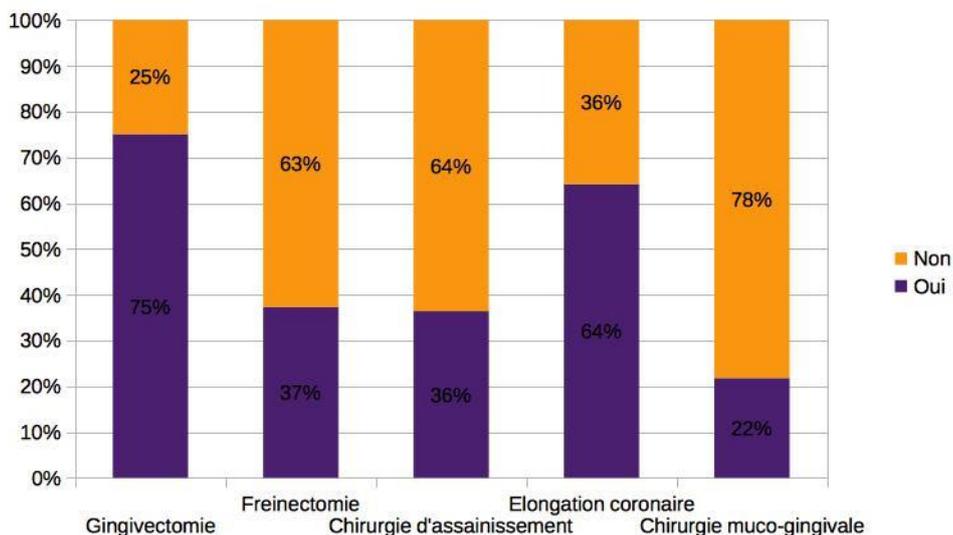


Figure 35: Actes de la thérapeutique chirurgicale effectués par les omnipraticiens

- Actes de la thérapeutique chirurgicale pour lesquels les omnipraticiens adressent à un spécialiste

Inversement à la question précédente, les actes pour lesquels les omnipraticiens adressent le moins à un spécialiste en parodontologie sont la gingivectomie (32%) et l'élongation coronaire (42%). 64 % des praticiens adressent lorsqu'il faut réaliser une freinectomie, et 66 % pour les chirurgies d'assainissement. Les chirurgies muco-gingivales représentent le type d'acte pour lequel les praticiens adressent le plus à un spécialiste (81%).

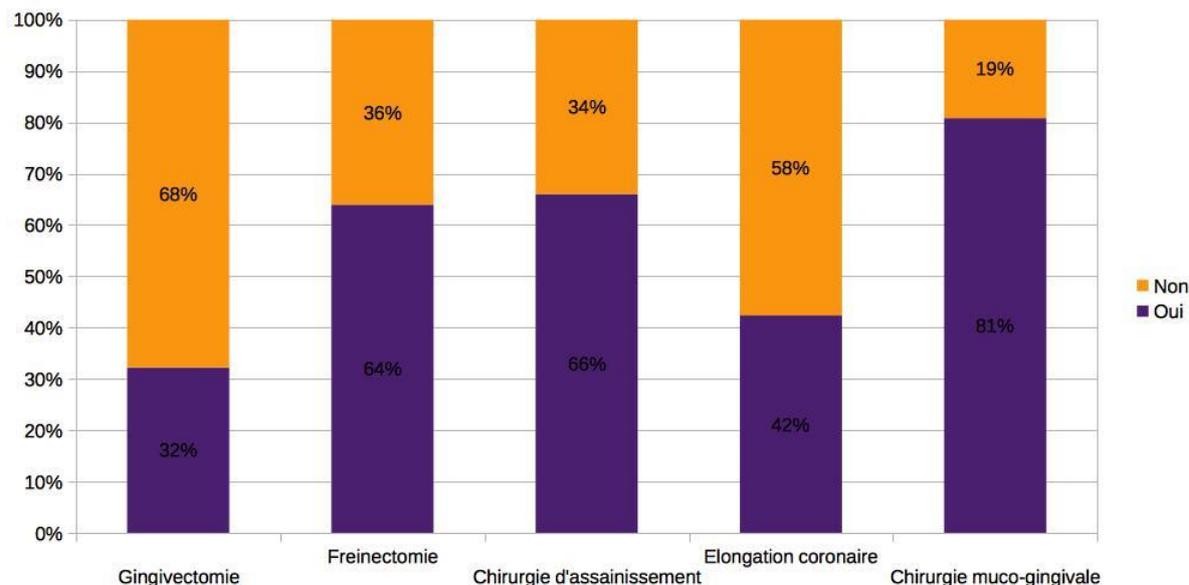


Figure 36: Actes de la thérapeutique chirurgicale pour lesquels les omnipraticiens adressent à un spécialiste

- Biomatériaux

Seulement 355 praticiens ont répondu à cette question, parmi eux 84 % des praticiens disposent de substituts osseux dans leur cabinet, 66 % de membrane, et 22 % de Emdogain.

Or notre échantillon total se porte à 640 praticiens, nous pouvons imaginer que les personnes n'ayant pas répondu à cette question ne possèdent pas ces biomatériaux. Dans ce cas de figure, nous obtenons 12 % de praticiens possédant du Emdogain, 37 % des membranes et 47 % des substituts osseux.

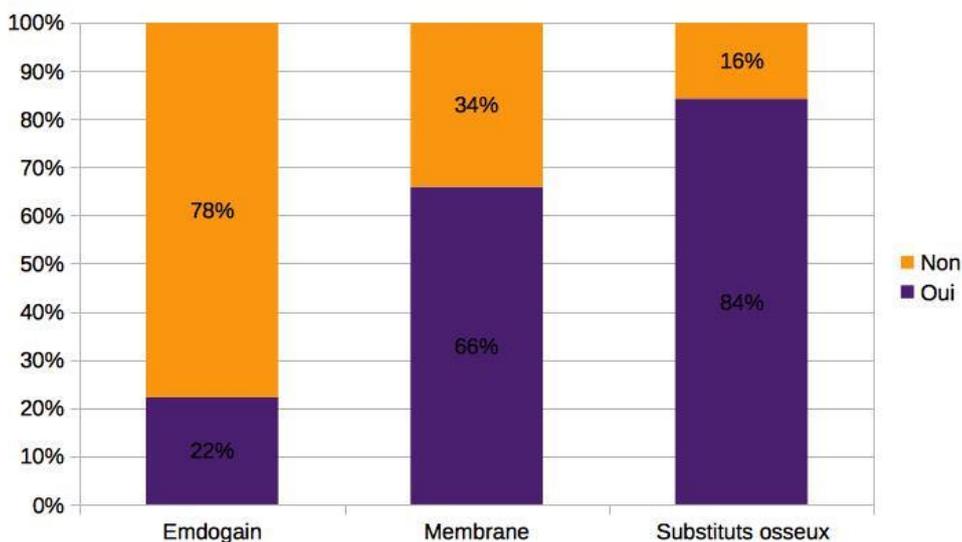


Figure 37: De quels matériaux disposez-vous au cabinet ? (Pourcentages pour 355 réponses)

Pour cette question, nous avons eu 528 réponses. Parmi ces réponses, 45 % des praticiens utilisent eux-mêmes les biomatériaux cités précédemment (Emdogain, membrane, substituts osseux), contre 55 %.

Si nous imaginons également que les praticiens n'ayant pas répondu n'utilisent pas ces biomatériaux, nous obtenons que 37 % des praticiens utilisent eux-mêmes ces biomatériaux, contre 63 %.

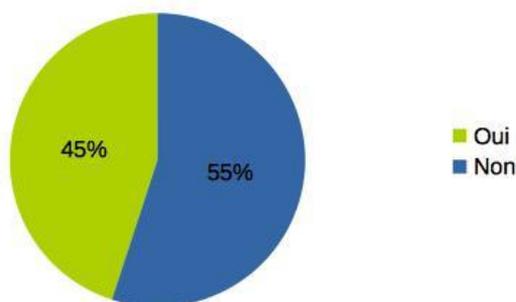
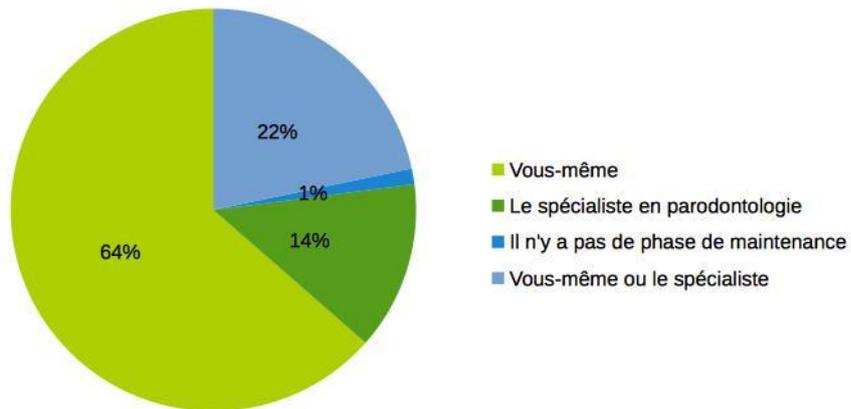


Figure 38: Les utilisez-vous vous-même ? (Pourcentages pour 528 réponses)

### 3.4.8. Maintenance

Plus de la moitié des praticiens (64%) réalisent eux-mêmes la phase de maintenance. 14 % des praticiens ont des patients qui réalisent la phase de maintenance chez le spécialiste en parodontologie. Et 22 % des praticiens ont des patients qui réalisent la phase de maintenance dans leur cabinet ou chez le spécialiste en parodontologie. Seulement 1 % des répondants disent ne pas effectuer ou faire effectuer par un spécialiste la phase de maintenance.



*Figure 39: Après les traitements parodontaux, par qui est effectuée la maintenance ?*

### 3.4.9. Raisons de la non prise en charge parodontale

Les deux raisons principales pour lesquelles les praticiens n'effectuent pas de traitements parodontaux sont le manque de formation (29 %, soit plus d'un praticien sur quatre) et le manque d'implication des patients (24%). On retrouve ensuite l'absence d'équipement dans le cabinet (16%), le manque de temps (13%), le manque de consensus quant au traitement parodontal (10%), et en dernier le peu de rentabilité (8%).

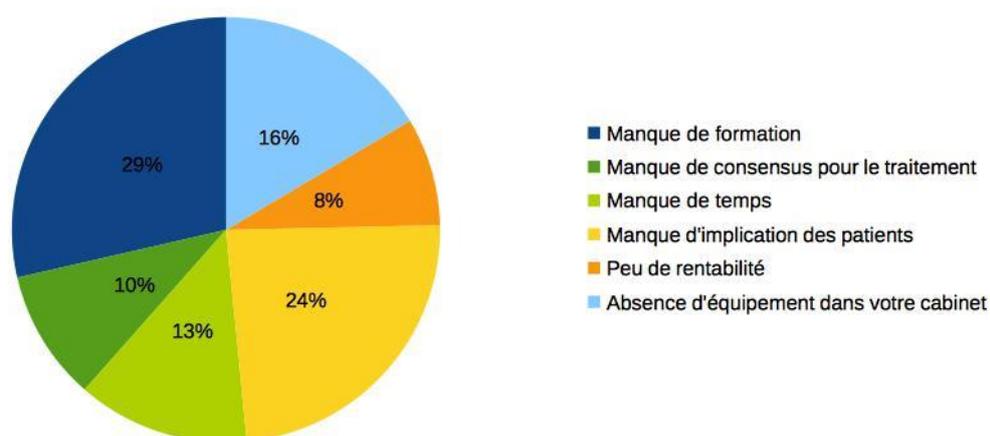


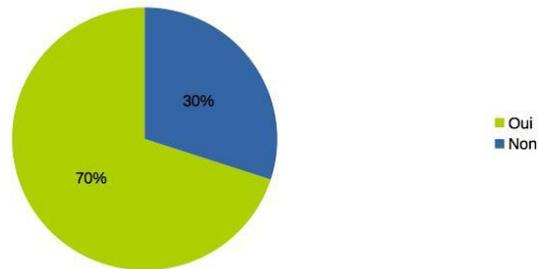
Figure 40: Raisons pour lesquelles les praticiens n'effectuent pas de traitements parodontaux

Nous avons étudié les associations existantes entre les réponses à la question 32 et à celles portant sur le lieu d'exercice (question 3) et l'année d'obtention du diplôme (question 2). Il en ressort des différences significatives uniquement avec la question 2, qui nous permettent de conclure que c'est majoritairement les praticiens ayant un diplôme ancien qui n'effectuent pas les thérapies parodontales par manque de temps, aux vues du peu de rentabilité, et par absence d'équipement dans leur cabinet.

Les associations étudiées entre la question 32 et la question 3 n'ont montré aucune différence significative.

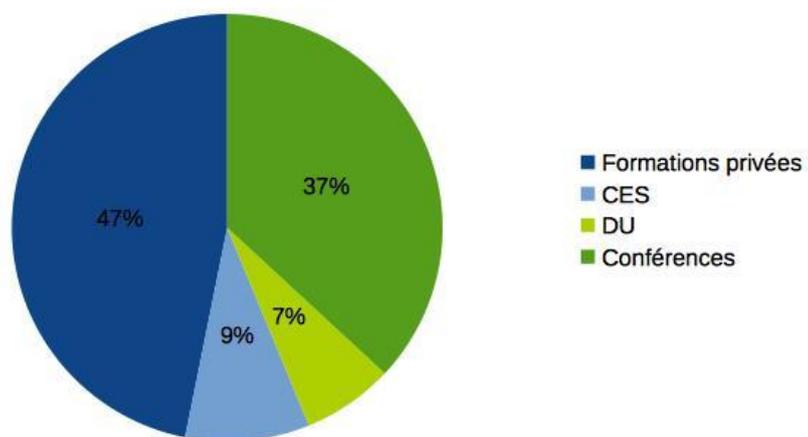
### 3.4.10. Formation

70 % des praticiens ont effectué ou assisté à des formations sur la prise en charge parodontale, contre 30 %.



*Figure 41: Avez-vous déjà effectué ou assisté à des formations sur la prise en charge parodontale ?*

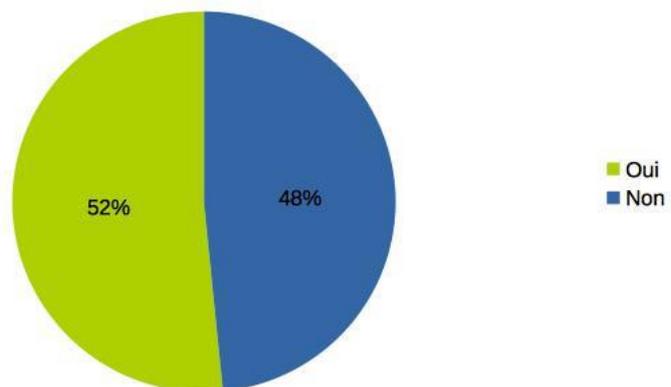
47 % des répondants ont participé à des formations privées, 37 % à des conférences. 7 % ont suivi des formations menant à l'obtention d'un CES, et 9 % à des formations menant à l'obtention d'un DU en parodontologie.



*Figure 42: Si oui, à quel(s) type(s) de formations avez-vous assisté ?*

- Avis des omnipraticiens pour faire de la parodontologie une spécialité

52 % des répondants pensent que la parodontologie doit devenir une spécialité, contre 48 %.



*Figure 43: Pensez-vous que la parodontologie doit devenir une spécialité ?*

### 3.5. Discussion

Au cours des recherches bibliographiques, nous avons trouvé quelques articles mentionnant des enquêtes menées dans le but d'évaluer la prise en charge parodontale en Australie (dans l'État de Tasmanie (9) et l'État de Victoria (10)) et en Ecosse (11). Aucun article mentionnant une étude non interventionnelle sur la prise en charge parodontale en France n'a été trouvé.

Cette enquête avait pour but de rassembler des données descriptives quant à la prise en charge parodontale en France.

Les répondants, travaillent majoritairement en milieu urbain, dans des cabinets libéraux. 65% des répondants considèrent les soins parodontaux comme étant très importants dans la prise en charge globale des patients. La majorité d'entre eux réalisent eux même la totalité des différentes phases de la prise en charge parodontale à l'exception de la thérapeutique chirurgicale pour laquelle ils adressent à des spécialistes en parodontologie.

Dans notre étude, plus de 8 praticiens sur 10 (85%) recherchent systématiquement la présence d'une maladie parodontale chez leurs nouveaux patients.

Dans une étude réalisée en Australie, plus de 85 % des praticiens de l'État de Tasmanie recherchent toujours ou généralement la présence de maladie parodontale chez leurs nouveaux patients : « Plus de quatre cinquièmes (85.3%) des répondants rapportent qu'ils examinent toujours ou habituellement leurs nouveaux patients pour les maladies parodontales. » (9). Dans une autre étude réalisée dans l'État de Victoria (Australie) il s'agit de 79.9 % des praticiens (10), et dans celle réalisée en Ecosse il s'agit de 71.4 % des praticiens (11). Les résultats trouvés dans la littérature internationale sont donc cohérents avec ceux trouvés dans notre étude.

Pour diagnostiquer les maladies parodontales, les praticiens se basent sur les 3 critères principaux suivants : l'aspect gingival, les examens radiographiques et l'évaluation des mobilités dentaires.

Les outils et équipements de parodontologie dont disposent le plus les omnipraticiens sont les sondes parodontales, curettes, détartrageurs manuels et ultrasons et l'aéropolisseur. L'aéropolisseur est utilisé après détartrage par environ 4 praticiens sur 5, et après surfaçages/débridements et en maintenance par plus d'un praticien sur deux. Les raisons principales pour lesquelles les praticiens ne possèdent pas d'aéropolisseur sont le manque d'habitude (42%) et en raison de son coût (26%).

En l'état de leurs connaissances, plus de 8 praticiens sur 10 ayant répondu au questionnaire se sentent capables de diagnostiquer toutes les catégories de diagnostic proposées (gingivites, parodontites chroniques localisées/généralisées, parodontites agressives localisées/généralisées, maladies parodontales nécrosantes, abcès parodontaux, péri-implantites). Dans l'étude de Chestnutt et Kinane, on observe également une majorité de praticiens se sentant capables de diagnostiquer les maladies parodontales (11). Dans l'étude réalisée en Victoria (10), 95.4 % des praticiens se sentent capables de diagnostiquer les gingivites et 61.9 % les parodontites agressives. On observe également une différence dans notre étude mais de façon moins prononcée : 100 % des praticiens se sentent capables de diagnostiquer les gingivites, et 88 % les parodontites agressives. Ainsi, plus les parodontopathies semblent destructrices et moins les praticiens semblent confiants dans leur capacité à les diagnostiquer.

Les parodontopathies pour lesquelles les praticiens effectuent le moins par eux-mêmes la thérapeutique sont les parodontites agressives généralisées et les péri-implantites (un praticien sur deux ou moins effectue lui-même le traitement de ces pathologies). On retrouve ensuite les parodontites agressives localisées et les maladies parodontales nécrosantes avec environ 3 praticiens sur 5 qui effectuent eux-mêmes le traitement. En ce qui concerne toutes les autres parodontopathies, plus des 3/4 des praticiens effectuent eux-mêmes le traitement.

Le corollaire de cette question est que les parodontites agressives généralisées et les péri-implantites sont les pathologies pour lesquelles les omnipraticiens adressent le plus aux spécialistes en parodontologie afin qu'ils effectuent la thérapeutique.

D'après l'étude réalisée en Ecosse (11), seulement 40 % des praticiens ont confiance en leur capacité pour traiter les maladies parodontales. Dans l'étude conduite en Victoria (10), 96.4 % des praticiens se sentent capables de traiter les gingivites, et 19.5 % se sentent capables de traiter les parodontites agressives. Dans l'étude réalisée en Tasmanie, les praticiens se sentent toujours ou généralement confiants en leur capacité pour traiter les gingivites (100%), les parodontites légères (98.7%) ou modérées (73.7%), mais rarement ou jamais confiants pour traiter les parodontites sévères (81.6%) ou agressives (86.8%) (9).

Dans les questions 16 et 17, nous interrogeons la conduite des praticiens face aux différentes parodontopathies (adresser au spécialiste, ou traiter eux-mêmes), et pas la confiance qu'ils ont en leur capacité de traiter ces différentes pathologies. Néanmoins, il se dégage la même tendance que dans la littérature internationale : plus la pathologie parodontale semble destructrice, et moins les praticiens réalisent par eux-mêmes le traitement ou ont confiance en leur capacité pour le réaliser.

Parmi les actes de la thérapeutique initiale, ceux le plus réalisés par les praticiens eux-mêmes sont la motivation à l'hygiène orale, les détartrages et les débridements ultrasoniques. Les débridements lasers représentent l'acte pour lequel les omnipraticiens adressent le plus à un spécialiste en parodontologie (60 % des répondants).

Environ 9 praticiens sur 10 estiment que les traitements parodontaux (hors détartrage) représentent moins de 50 % de leur pratique courante ; dont 6 praticiens sur 10 pour qui ils représentent moins d'un quart de leur pratique, et moins d'1 praticien sur 10 n'en réalisent pas du tout.

Seulement 37 % des praticiens trouveraient intéressant de déléguer des actes de la thérapeutique initiale à leur assistant(e) ; et environ 1 praticien sur 10 en délègue déjà. L'acte que les praticiens souhaiteraient le plus voir réalisé par leur assistant(e) est la motivation à l'hygiène (99% des répondants). Pour ce qui est du détartrage, moins d'un praticien sur deux souhaiterait le déléguer.

En cas de parodontites, 9 praticiens sur 10 n'ont pas recours systématiquement à des antibiotiques. En revanche, lorsqu'ils en prescrivent, 9 praticiens sur 10 associent un traitement mécanique au traitement antibiotique. Un tiers des praticiens prescrivent le traitement antibiotique pendant la durée du traitement mécanique, un praticien sur quatre les prescrivent seulement avant le traitement mécanique, et un praticien sur dix après le traitement mécanique uniquement. De même, 10 % des praticiens prescrivent des antibiotiques avant, pendant et après le traitement mécanique.

En cas d'abcès parodontal, 1 praticien sur 2 prescrit systématiquement des antibiotiques.

En cas de péri-implantites, 63 % des praticiens ne prescrivent pas systématiquement d'antibiotiques.

A propos des contentions, 7 praticiens sur 10 en réalisent, le plus souvent en cas de gêne fonctionnelle (76%) ou en cas d'urgence lorsqu'il y a un risque d'expulsion spontanée d'une dent (73%). Les types de contentions les plus réalisées sont les collages dento-dentaires à l'aide de composite (56%) et les contentions en composite renforcé par de la fibre de verre (76%).

Parmi les praticiens ne réalisant pas de contentions, les raisons les plus avancées sont la mise en place difficile (38%) et le fait que les contentions ne présentent pas d'intérêt dans leur pratique (36%).

Dans la phase de thérapeutique chirurgicale, les actes les plus réalisés par les omnipraticiens sont les gingivectomies (75%) et les élongations coronaires (64%). En revanche, les omnipraticiens adressent davantage à un spécialiste en parodontologie lorsqu'il faut réaliser des chirurgies muco-gingivales (81%), des chirurgies d'assainissement (66%) et des freinectomies (64%).

En Tasmanie (9), la confiance des praticiens en leur capacité de réaliser des traitements chirurgicaux est basse, et les procédures les plus réalisées par les praticiens sont les gingivectomies, les élongations coronaires et les freinectomies. Ces résultats sont cohérents avec ceux trouvés dans notre étude, hormis concernant les freinectomies, d'après nos résultats, en France seulement 37 % des praticiens réalisent eux-mêmes des freinectomies.

Concernant la phase de maintenance, plus de la moitié des praticiens réalisent eux-mêmes cette phase du traitement. Seulement 14 % des dentistes ont des patients qui réalisent la maintenance chez le spécialiste uniquement, et moins d'un quart des praticiens ont des patients qui effectuent les maintenances dans leur cabinet et chez le spécialiste en parodontologie. Seul 1 % des répondants disent qu'aucune phase de maintenance n'est effectuée.

Les raisons pour lesquelles les praticiens n'effectuent pas de thérapeutiques parodontales sont, dans l'ordre : le manque de formation (29%), le manque d'implication des patients (24%), l'absence d'équipement dans le cabinet où ils exercent (16%), le manque de temps (13%), le manque de consensus pour le traitement (10%) et le peu de rentabilité (8%). Par ailleurs, ce sont surtout les praticiens possédant un diplôme ancien qui n'effectuent pas de thérapeutiques parodontales par manque de temps, à cause du peu de rentabilité et par absence d'équipement dans leur cabinet. Nous pouvons également conclure que ce sont surtout les praticiens ayant un diplôme récent qui ressentent le plus un manque de formation en parodontologie.

Dans les études réalisées en Victoria (10) et en Ecosse (11), ce sont les facteurs liés au patient qui sont perçus comme le plus gros frein au contrôle des pathologies parodontales. Le facteur qui a le plus d'influence est la capacité à motiver le patient à améliorer son hygiène orale (85.8 % en Ecosse, et 74.4 % en Victoria). En Ecosse, le facteur temps et le faible niveau d'honoraires sont également perçus par la moitié des répondants comme des freins majeurs.

Dans notre échantillon, 7 praticiens sur 10 ont déjà effectué des formations sur la prise en charge parodontale. Parmi eux, 47 % ont suivi des formations privées, 37 % ont suivi des conférences, 9 % ont obtenu un CES, et 7 % un DU.

Concernant la dernière question, 52 % des praticiens pensent que la parodontologie doit devenir une spécialité.

De par la nature observationnelle de notre étude, nous nous heurtons à certains biais que l'on ne peut ignorer.

Premièrement, il existe un biais de sélection dans la constitution de notre échantillon puisque nous obtenons nos réponses grâce aux seuls praticiens qui ont consenti à répondre au questionnaire. De plus, lors de la distribution du questionnaire pendant la formation de radioprotection, de nombreux praticiens ont dit qu'ils ne prodiguaient pas de soins parodontaux et se considéraient de fait non concernés par l'enquête, dans ce cas nous devions insister sur le fait que l'enquête concernait également les praticiens ne réalisant pas de soins parodontaux. Par la suite, le questionnaire a été diffusé sur internet par le biais de réseaux sociaux, ainsi que par mails auprès de différents Conseils Départementaux de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes. Malgré les explications accompagnant les questionnaires sur le fait que l'enquête concernait tous les dentistes, il persiste la possibilité que de nombreux praticiens ne se soient pas sentis concernés par le sujet de l'étude.

Deuxièmement, la majorité des réponses ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne, lui-même diffusé par le biais de réseaux sociaux et par mail. L'utilisation des réseaux sociaux pour la diffusion du questionnaire, peut avoir favorisé un échantillon de jeunes praticiens, ce qui peut expliquer le peu de répondants ayant un diplôme antérieur à 2005.

### 3.6. Conclusion de l'étude

Nos résultats ont montré qu'en France les soins parodontaux sont considérés comme très importants et qu'une majorité des dentistes recherchent systématiquement la présence de maladie parodontale chez leurs nouveaux patients, ce qui est en accord avec la littérature internationale à ce sujet. Pour le diagnostic les dentistes se basent sur 3 critères principaux : l'aspect gingival, les examens radiographiques et l'évaluation des mobilités dentaires. La majorité des praticiens considère que les traitements parodontaux (hors détartrage) représentent moins d'un quart de leur pratique.

Les omnipraticiens se sentent majoritairement capables de diagnostiquer tous les types de parodontopathies présentés dans le questionnaire. La majorité des praticiens réalisent eux-mêmes les thérapeutiques lorsqu'ils sont confrontés aux gingivites, aux parodontites chroniques, aux parodontites agressives localisées, aux maladies parodontales nécrosantes et aux abcès parodontaux. En revanche, lorsqu'ils sont confrontés à des parodontites agressives généralisées ou à des péri-implantites, plus de la moitié d'entre eux préfèrent adresser le patient à un spécialiste en parodontologie. On observe une tendance qui se retrouve également dans les études réalisées en Australie (9) (10) et en Ecosse (11), à savoir : plus les pathologies parodontales sont destructrices ou complexes et moins les praticiens ont confiance en leurs capacités pour diagnostiquer et traiter ces maladies.

Les praticiens ont plutôt tendance à réaliser eux-mêmes les différents actes de la thérapeutique initiale non chirurgicale, surtout les motivations à l'hygiène, les détartrages et les débridements ultrasoniques. Ils préfèrent néanmoins adresser vers un spécialiste en parodontologie pour effectuer des débridements lasers.

En revanche, si une phase de thérapeutique chirurgicale s'avère nécessaire, les omnipraticiens ont tendance à seulement réaliser les gingivectomies et les élongations coronaires par eux-mêmes. En ce qui concerne les actes de freinectomie, de chirurgie d'assainissement et de chirurgie muco-gingivale, la majorité des omnipraticiens adresse vers les spécialistes en parodontologie.

La majorité des praticiens ne trouveraient pas intéressant de déléguer des actes de la thérapeutique initiale à leur assistant(e). Néanmoins, s'ils devaient choisir la motivation à l'hygiène est une partie de la thérapeutique qu'ils aimeraient déléguer à leur assistant(e).

La plupart des dentistes ne prescrivent pas systématiquement des antibiotiques lorsqu'ils sont confrontés à des parodontites, en cas d'abcès parodontaux ou en cas de péri-implantites.

Plus d'un praticien sur deux réalise des contentions lorsqu'il y a un risque d'expulsion spontanée de la dent ou une gêne fonctionnelle.

Les deux raisons principales pour lesquelles les omnipraticiens ne réalisent pas des soins parodontaux sont leur manque de formation, bien que 7 praticiens sur 10 aient déjà suivi des formations sur la prise en charge parodontale, et le manque d'implication des patients. D'après la littérature internationale, la capacité à motiver le patient à améliorer son hygiène orale est identifiée comme le facteur ayant le plus d'influence sur le contrôle de la maladie parodontale.

## CONCLUSION

Cette étude nous a permis de dresser un premier état des lieux de la prise en charge parodontale dans les cabinets dentaires en France.

La majorité des omnipraticiens considèrent les soins parodontaux comme étant importants ou très importants et recherchent systématiquement la présence d'une maladie parodontale chez leurs nouveaux patients.

Bien que la majorité des praticiens possèdent une sonde parodontale, ils se basent principalement sur l'aspect gingival, l'évaluation des mobilités dentaires et les examens radiographiques pour diagnostiquer les maladies parodontales. Il convient donc de rappeler que le diagnostic de parodontite est posé en objectivant la perte d'attache, et que l'examen radiographique doit être considéré comme un examen complémentaire au diagnostic permettant de confirmer et préciser le diagnostic. De même, se référer aux mobilités dentaires comme un facteur principal de diagnostic empêche de déceler précocement des maladies parodontales puisque les mobilités apparaissent dans les stades plus avancés, il est cependant nécessaire de les rechercher afin d'évaluer le niveau d'atteinte.

L'utilisation de l'aéropolisseur semble s'accroître et plus des trois-quarts des praticiens en possèdent. L'aéropolisseur est considéré comme une alternative tout aussi efficace aux techniques conventionnelles (curettes et instruments ultrasoniques), sans risque de dégâts sur les tissus mous et les racines lorsqu'il est utilisé avec des poudres peu abrasives et une buse adaptée. L'utilisation en sous-gingival de l'aéropolisseur ne permet cependant pas l'ablation du tartre, ce qui le rend surtout utilisable lors de la maintenance parodontale (7)(8). L'utilisation de l'aéropolisseur durant la phase de maintenance semble donc être une alternative de choix, même si actuellement seul 57 % des praticiens l'utilisent pendant cette phase du traitement. Les dernières recommandations de l'ANAES datant de 2002, ne mentionnent pas cet outil.

La majorité des praticiens se sentent capables de diagnostiquer toutes les parodontopathies mentionnées dans notre questionnaire (gingivites, parodontites chroniques et agressives, maladies parodontales nécrosantes, abcès parodontaux et péri-implantites). On remarque tout de même une tendance, également retrouvée dans la littérature internationale : plus les maladies parodontales semblent destructrices ou complexes, et moins les praticiens se sentent capables de les diagnostiquer. Nous remarquons la même tendance lorsqu'il est question de les traiter, ainsi la majorité des praticiens réaliseront eux-mêmes la prise en charge parodontale lorsqu'ils sont confrontés à des gingivites ou des abcès parodontaux, ainsi que des formes simples de parodontites, alors qu'ils préféreront adresser à des spécialistes en parodontologie lorsqu'il s'agit de parodontites agressives, de formes nécrosantes ou de péri-implantites.

Lors de la thérapeutique initiale non chirurgicale, la plupart des praticiens réalisent eux-mêmes les motivations à l'hygiène, les détartrages et les débridements ultrasoniques. A l'inverse, lorsqu'une thérapeutique chirurgicale est nécessaire, la plupart des praticiens adressent à des spécialistes en parodontologie, notamment pour les freinectomies, les chirurgies d'assainissement, et les chirurgies muco-gingivales. Les actes chirurgicaux parodontaux les plus réalisés par les omnipraticiens sont les gingivectomies et les élongations coronaires.

La majorité des praticiens ne prescrivent pas systématiquement d'antibiotiques en cas de parodontites, d'abcès parodontaux ou de péri-implantites. Parmi ceux prescrivant systématiquement des antibiotiques en cas de parodontites, seuls 90 % y associent un traitement mécanique. Il convient donc de rappeler que les antibiotiques ne doivent jamais être utilisés seuls lors du traitement d'une maladie parodontale, mais qu'ils peuvent être utilisés concomitamment au traitement mécanique dans certains cas.

La plupart des praticiens réalisent eux-mêmes la phase de maintenance parodontale. 1 % des praticiens ont répondu qu'aucune phase de maintenance n'était réalisée chez leurs patients. La maladie parodontale pouvant seulement être stabilisée, il est important de rappeler qu'une phase de maintenance est nécessaire, et qu'elle suivra le patient jusqu'à la fin de sa vie.

Bien que 70 % des praticiens aient déjà effectué des formations complémentaires à leur formation initiale, le manque de formation reste une des raisons principales à la non réalisation de traitements parodontaux. Ce manque de formation est surtout ressenti par les praticiens ayant un diplôme récent. L'autre raison mise en évidence est le manque d'implication des patients. Dans la littérature internationale la capacité à motiver le patient à l'amélioration de son hygiène orale est le facteur ayant le plus d'influence sur la réussite du contrôle des maladies parodontales. Il est effectivement primordial que le facteur étiologique bactérien soit maîtrisé pour effectuer la suite des thérapeutiques parodontales si l'on ne veut pas obtenir un échec des traitements. Il est à noter que la plupart des praticiens ne trouveraient pas intéressant de déléguer des actes de la thérapeutique initiale à leur assistant(e), mais s'ils le pouvaient 99 % des praticiens souhaiteraient déléguer la motivation à l'hygiène.

Il est à noter que 10 % des praticiens ont identifié le manque de consensus pour le traitement comme un frein à la réalisation des thérapeutiques parodontales. Il existe pourtant des recommandations publiées par l'ANAES, néanmoins ces recommandations datent de 2002 et s'appuient sur la classification de l'Armitage (1999). En 2018, une nouvelle classification des maladies parodontales a été publiée dans le Journal of Periodontology et le Journal of Clinical Periodontology, regroupant en une seule les catégories de parodontites agressives et chroniques, et préférant distinguer les parodontites selon leurs stades et leurs grades. Cette classification étant amenée à être majoritairement utilisée dans un futur proche, il semblerait intéressant de développer de nouvelles recommandations incluant les dernières données acquises au sujet du traitement des maladies parodontales.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Pierrard L, Braux J, Chatté F, Jourdain M-L, Svoboda J-M. Étiopathogénie des maladies parodontales. EMC Odontologie. Oct 2015;10(4):1-8
2. Moglia M. La modulation de la réponse de l'hôte en parodontologie. [Thèse d'exercice].[France]. Université de Nantes. Unité de formation et de Recherche d'Odontologie; 2011
3. Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002–2003. J Periodont Res. Juin 2007;42(3):219-27
4. Frencken JE, Sharma P, Stenhouse L, Green D, Lavery D, Dietrich T. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis – a comprehensive review. J Clin Periodontol. Mars 2017;44:S94-105
5. Ouhayoun J-P. Le traitement parodontal : en omnipratique. Collection Les Essentiels. Paris: Quintessence International; 2011
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Parodontopathies: diagnostic et traitement. Mai 2002. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies_recos.pdf)
7. Ng E, Byun R, Spahr A, Divnic-Resnik T. The efficacy of air polishing devices in supportive periodontal therapy: A systematic review and meta-analysis. Quintessence Int Berlin. 2018;49(6):453-67
8. Moëne R, Décaillet F, Mombelli A. Subgingival air-polishing: New perspectives for periodontal maintenance?. Schweiz Monatsschr Zahnmed. Janv 2010;120:891-911
9. Kraatz J, Hoang H, Ivanovski S, Ware RS, Crocombe LA. Periodontal diagnosis, treatment, and referral patterns of general dental practitioners. J Investig Clin Dent. Août 2019;10(3) :e12411
10. Darby IB, Angkasa F, Duong C, Ho D, Legudi S, Pham K, et al. Factors influencing the diagnosis and treatment of periodontal disease by dental practitioners in Victoria. Aust Dent J. Mars 2005;50(1):37-41
11. Chestnutt IG, Kinane DF. Factors influencing the diagnosis and management of periodontal disease by general dental practitioners. Br Dent J. Nov 1997;183(9):319-24

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Répartition femme/homme des chirurgiens-dentistes sondés.....	20
Figure 2: Années d'obtention du diplôme de Docteur en Chirurgie Dentaire des praticiens sondés.....	20
Figure 3: Faculté où les répondants ont effectué leurs études en chirurgie-dentaire.....	21
Figure 4: Répartition des lieux d'exercice des praticiens sondés.....	22
Figure 5: Mode d'exercice des praticiens sondés .....	22
Figure 6: Structure au sein de laquelle est exercée l'activité.....	23
Figure 7: Importance des soins parodontaux dans la prise en charge globale.....	23
Figure 8: Phases de la prise en charge réalisées par l'omnipraticien .....	24
Figure 9: Phases pour lesquelles l'omnipraticien préfère adresser à un spécialiste en parodontologie .	24
Figure 10: Recherche systématique de la présence d'une maladie parodontale chez les nouveaux patients .....	25
Figure 11: Critères principaux utilisés pour diagnostiquer la maladie parodontale .....	25
Figure 12: Outils et équipements dont disposent les omnipraticiens .....	26
Figure 13: Praticiens possédant un aéropolisseur.....	26
Figure 14: Pourquoi ne possédez-vous pas d'aéropolisseur ?.....	27
Figure 15: Situations d'utilisation de l'aéropolisseur par les praticiens .....	27
Figure 16: Jugement de l'utilité de l'aéropolisseur par les omnipraticiens .....	28
Figure 17: En l'état de vos connaissances, que vous sentez-vous capable de diagnostiquer ?.....	28
Figure 18: Diagnostics face auxquels les praticiens effectuent eux-mêmes la prise en charge.....	29
Figure 19: Diagnostics face auxquels les praticiens adressent à un spécialiste pour la prise en charge	30
Figure 20: Actes que le praticien effectue lui-même.....	31
Figure 21: Actes pour lesquels le praticien adresse à un spécialiste .....	31
Figure 22: Proportions des traitements parodontaux dans la pratique (hors détartrages).....	32
Figure 23: Selon vous, serait-il intéressant de déléguer des actes de la thérapeutique initiale à votre assistant(e).....	32
Figure 24: Quels actes aimeriez-vous déléguer à votre assistant(e) ? .....	33
Figure 25: Déléguez-vous déjà des actes de la thérapeutique initiale à votre assistant(e) ?.....	33
Figure 26: En cas de parodontites, prescrivez-vous systématiquement des antibiotiques ?.....	34
Figure 27: Lorsque vous prescrivez des antibiotiques, sont-ils associés à un traitement mécanique ? .	34
Figure 28: A quel moment de la prise en charge prescrivez-vous les antibiotiques ?.....	35
Figure 29: En cas d'abcès parodontaux, prescrivez-vous systématiquement des antibiotiques?.....	35
Figure 30: En cas de péri-implantites, prescrivez-vous systématiquement des antibiotiques? .....	36
Figure 31: Réalisez-vous des contentions ?.....	36
Figure 32: Dans quelle(s) situation(s) réalisez-vous des contentions ?.....	37
Figure 33: Quel(s) type(s) de contentions réalisez-vous ? .....	37
Figure 34: Si vous ne réalisez pas de contention, pourquoi ?.....	38
Figure 35: Actes de la thérapeutique chirurgicale effectués par les omnipraticiens .....	38
Figure 36: Actes de la thérapeutique chirurgicale pour lesquels les omnipraticiens adressent à un spécialiste .....	39
Figure 37: De quels matériaux disposez-vous au cabinet ? (Pourcentages pour 355 réponses).....	40
Figure 38: Les utilisez-vous vous-même ? (Pourcentages pour 528 réponses).....	40
Figure 39: Après les traitements parodontaux, par qui est effectuée la maintenance ?.....	41
Figure 40: Raisons pour lesquelles les praticiens n'effectuent pas de traitements parodontaux.....	42
Figure 41: Avez-vous déjà effectué ou assisté à des formations sur la prise en charge parodontale ? .	43
Figure 42: Si oui, à quel(s) type(s) de formations avez-vous assisté ?.....	43
Figure 43: Pensez-vous que la parodontologie doit devenir une spécialité ?.....	44

## ANNEXES

### Annexe 1 : Classification des maladies parodontales selon l'Armitage (1999)

<b>CLASSIFICATION DES MALADIES PARODONTALES (ARMITAGE 1999)</b> MISE À JOUR PAR L'ACADEMIE AMERICAINE DE PARODONTOLOGIE (2002)
---

<b>I - Maladies gingivales</b> A - Maladies gingivales induites par la plaque dentaire 1- Gingivites associées avec la plaque dentaire uniquement a- Sans facteurs locaux contributifs b- Avec facteurs locaux contributifs (cf. VIII.A) 2- Maladies gingivales associées à des facteurs systémiques a- Associées à des modifications endocriniennes 1- Gingivite de la puberté 2- Gingivite associée aux cycles menstruels 3- Gingivite au cours de la grossesse a) Gingivite b) Granulome pyogénique 4- Gingivite associée au diabète sucré b- Associées aux dyscrasies hématologiques 1- Gingivite associée à la leucémie 2- Autres troubles 3- Maladies gingivales liées à des médicaments 1- Hypertrophie gingivale induite par les médicaments 2- Gingivites induites par les médicaments a- Gingivites liées aux contraceptifs oraux b- Autres médicaments 4- Gingivites et malnutrition a- Gingivite et carence en vitamine C b- Autres B- Lésions gingivales non induites par la plaque dentaire 1- Maladies gingivales d'origine bactérienne spécifique 2- Maladies gingivales d'origine virale a- Infection à Herpes virus 1- Gingivostomatite herpétique primitive 2- Herpès buccal récidivant 3- Infections à varicelle- zona b- Autres 3- Maladies gingivales d'origine fongique a- Infections à Candida 1- Candidose gingivale généralisée b- Erythème gingival linéaire c- Histoplasmosse d- Autres 4- Lésions gingivales d'origine génétique a- Fibromatose gingivale héréditaire b- Autres 5- Gingivites au cours de maladies systémiques a- Atteintes cutané-muqueuses b- Réactions allergiques 6- Lésions traumatiques (factices, iatrogéniques, accidentelles) a) Lésion chimique b) Lésion physique c) Lésion thermique 7- Réactions auto-immunes 8- Non spécifiques	<b>IV – Parodontites en tant que manifestations de maladies systémiques</b> A- Associées à une hémopathie B- Associées à des anomalies génétiques C- Non spécifiées <b>V- Maladies parodontales ulcéro-nécrotiques</b> A- Gingivite ulcéro-nécrotique (GUN) B- Parodontite ulcéro-nécrotique (PUN) <b>VI- Abscès parodontaux</b> A- Abscès gingival B- Abscès parodontal C- Abscès péri-coronaire <b>VII- Parodontites associées à des lésions endodontiques</b> A- Lésions combinées endo-parodontales <b>VIII- Déformations et affections acquises ou du développement</b> A- Facteurs locaux liés à la dent, modifiant ou prédisposant aux gingivites ou aux parodontites induites par la plaque 1- Facteurs liés à l'anatomie dentaire 2- Obturation et restauration dentaire 3- Fractures radiculaires 4- Résorptions de la racine cervicale et fissurations du cément B- Malformations mucogingivales au voisinage des dents 1- Récessions gingivales et des tissus mous a- Surfaces linguales ou vestibulaires b- Interproximales (papillaires) 2- Défaut de kératinisation de la gencive 3- Réduction de la profondeur vestibulaire 4- Frein aberrant/anomalie de l'insertion musculaire 5- Excès de gencive a- Pseudo-poche b- Gencive marginale inconsistante c- Excès de gencive visible d- Hypertrophie gingivale (cf. I.A.3 et I.B.4) 6- Anomalie de la coloration C- Malformations mucogingivales et affections des berges édentées 1- Déficit vertical ou horizontal de la crête alvéolaire 2- Déficit de kératinisation de la gencive 3- Hypertrophie gingivale ou des tissus mous 4- Frein aberrant/anomalie de l'insertion musculaire 5- Réduction de la profondeur vestibulaire 6- Anomalie de la coloration D- Traumatisme occlusal 1- Traumatisme occlusal primaire 2- Traumatisme occlusal secondaire
<b>II- Parodontites chroniques</b> A- Localisées B- Généralisées	
<b>III- Parodontites agressives</b> A- Localisées B- Généralisées	

Annexe 2 : Questionnaire de recherche clinique non interventionnelle sur « La prise en charge parodontale en omnipratique : analyse dans les cabinets dentaires »

QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE CLINIQUE NON INTERVENTIONNELLE

N° Praticien |\_|\_|\_|\_|

1/5

**La prise en charge parodontale en omnipratique : analyse dans les cabinets dentaires**

- 1) Sexe :  homme (1)  femme (2)
- 2) Année du diplôme : .....  
 Dans quelle faculté avez-vous fait vos études d'odontologie ? .....
- 3) Lieu d'exercice :  urbain (1)  péri-urbain (2)  rural (3)
- 4) Mode d'exercice :  libéral (1)  salarié (2)
- 5) Cabinet :  libéral (1)  centre mutualiste (2)
- 6) Pour vous, dans la prise en charge globale des patients, les soins parodontaux sont :  
 Inutiles (0)  Peu importants (1)  Importants (2)  Très importants (3)

Selon la phase de la prise en charge, cochez la case correspondante :

	7- Je réalise moi-même cette phase de la prise en charge	8- J'adresse à un spécialiste en parodontologie pour cette phase de la prise en charge
a- Diagnostic parodontal	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)
b- Thérapeutique initial	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)
c- Réévaluation	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)
d- Thérapeutique chirurgicale parodontale	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)
e- Maintenance	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0)

**DIAGNOSTIC**

- 9) Recherchez-vous systématiquement la présence d'une maladie parodontale chez vos nouveaux patients ?  
 Oui (1)  Non (0)
- 10) Pour diagnostiquer la maladie parodontale vous vous basez principalement sur :
- 10.1) Aspect gingival :  Oui (1)  Non (0)
- 10.2) Indice de plaque :  Oui (1)  Non (0)
- 10.3) Évaluation des mobilités dentaires :  Oui (1)  Non (0)
- 10.4) Relevé des profondeurs de sondage:  Oui (1)  Non (0)
- 10.5) Examens radiographiques :  Oui (1)  Non (0)
- 10.6) Autres : .....
- 11) De quel(s) **outil(s)** et équipement(s) disposez-vous ?
- 11.1) Sonde parodontale : Préciser le type : .....  Oui (1)  Non (0)
- 11.2) Curettes  Oui (1)  Non (0)
- 11.3) Détartreurs manuels  Oui (1)  Non (0)
- 11.4) Détartreurs ultrasons  Oui (1)  Non (0)
- 11.5) Periotest®  Oui (1)  Non (0)
- 11.6) Kit pour test bactériologique  Oui (1)  Non (0)
- 11.7) Kit pour test génétique (de type PST (Periodontal Susceptibility Test))  Oui (1)  Non (0)
- 11.8) Aéropolisseur  Oui (1)  Non (0)
- 11.9) Laser : Préciser le type : .....  Oui (1)  Non (0)

- 12.1) Au sujet de l'aéropolisseur, pouvez-vous préciser si vous en possédez un :  Oui (1)  Non (0)
- 12.2) Si non, pourquoi :  
 Son coût (1)  Manque d'habitude (2)  Salissant (3)  Autre : préciser :.....(4)
- 13) Si vous l'utilisez dans votre prise en charge parodontale, pour quelle(s) situation(s) ? (plusieurs réponses possibles)
- 13.1) Après un détartrage :  Oui (1)  Non (0)
- 13.2) Après surfaçages/débridements :  Oui (1)  Non (0)
- 13.3) En maintenance :  Oui (1)  Non (0)
- 13.4) Autre usage : préciser :.....  Oui (1)  Non (0)
- 14) Comment jugez-vous l'utilisation d'un aéropolisseur ?  
 Inutile (0)  Peu utile (1)  Utile (2)  Très utile (3)  Indispensable (4)
- 15) En l'état de vos connaissances, vous vous sentez capable de **diagnostiquer** ? (plusieurs réponses possibles)
- 15.1) Les gingivites :  Oui (1)  Non (0)
- 15.2) Les parodontites chroniques localisées :  Oui (1)  Non (0)
- 15.3) Les parodontites chroniques généralisées :  Oui (1)  Non (0)
- 15.4) Les parodontites agressives localisées :  Oui (1)  Non (0)
- 15.5) Les parodontites agressives généralisées :  Oui (1)  Non (0)
- 15.6) Les maladies parodontales nécrosantes :  Oui (1)  Non (0)
- 15.7) Les abcès parodontaux :  Oui (1)  Non (0)
- 15.8) Les péri-implantites :  Oui (1)  Non (0)

**SITUATION THERAPEUTIQUE**

Lorsque vous êtes face aux diagnostics suivants, quelle est votre conduite vis-à-vis de la situation ? (Plusieurs réponses possibles)

		16- Je réalise moi-même la thérapeutique lorsque je me trouve face à ce diagnostic	17- J'adresse à un spécialiste en parodontologie pour qu'il effectue la thérapeutique adéquate lorsque je me trouve face à ce diagnostic
a- Gingivite		oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
Parodontite chronique	b- Localisée	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
	c- Généralisée	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
Parodontite agressive	d- Localisée	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
	e- Généralisée	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
f- Maladie parodontale nécrosante		oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
g- Abcès parodontal		oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
h- Péri-implantite		oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)

**THERAPEUTIQUE INITIALE NON CHIRURGICALE**Lorsque vous êtes face aux situations suivantes, comment procédez-vous ? : *(Plusieurs réponses possibles)*

	18- Je réalise moi-même cet acte	19- J'adresse à un spécialiste en parodontologie pour qu'il effectue cet acte
a- Motivation à l'hygiène orale	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
b- Détartrage	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
c- Surfaçage avec une instrumentation manuelle	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
d- Débridement ultrasonique	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
e- Débridement laser	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)

20) Dans votre pratique, quelle proportion représente les traitements parodontaux (hors détartrages) :

- Vous ne faites pas de traitements parodontaux (0)  
 Moins de 25% (1)     25 à 50% (2)     50 à 75% (3)     Plus de 75% (4)     100%(5) (pratique exclusive paro)

21) Selon vous, serait-il intéressant de déléguer des actes de la thérapeutique initiale à votre assistant(e) ?

- Oui (1)     Non (0)

22) Quels actes aimeriez-vous déléguer à votre assistant(e) ?

- 22.1) Motivation à l'hygiène :     Oui (1)     Non (0)  
22.2) Détartrage :     Oui (1)     Non (0)  
22.3) Surfaçage/débridement :     Oui (1)     Non (0)

23) Déléguez-vous déjà des actes de thérapeutique initiale à votre assistant(e) ?

- Oui (1)     Non (0)

**A PROPOS DES ANTIBIOTIQUES (ATB)**24) En cas de parodontites, prescrivez vous systématiquement des ATB ?     Oui (1)     Non (0)

24.1) Lorsque vous prescrivez des ATB, sont-ils associés à un traitement mécanique ?

- Oui (1)     Non (0)

24.2) Si oui, à quel moment de la prise en charge prescrivez vous les ATB ?

- Avant (1)     Pendant (2)     Après (3)

25) En cas d'abcès parodontaux, prescrivez vous systématiquement des ATB ?

- Oui (1)     Non (0)     En fonction du cas (2)

26) En cas de péri-implantites, prescrivez vous systématiquement des ATB ?     Oui (1)     Non (0)**A PROPOS DES CONTENTIONS**27.1) Réalisez-vous des contentions ?     Oui (1)     Non (0) [Passez directement à la question 27.4]

27.2) Si oui, dans quelle(s) situation(s) réalisez-vous des contentions ?

- a- Gêné fonctionnelle :     Oui (1)     Non (0)  
b- Demande du patient :     Oui (1)     Non (0)  
c- En cas d'urgence (risque d'expulsion spontanée) :     Oui (1)     Non (0)  
d- Autre : préciser :.....     Oui (1)     Non (0)

27.3) Quel(s) type(s) de contentions réalisez-vous ?

- a- Attelles coulées collées :  Oui (1)  Non (0)
- b- Attelles de Ceria-Cérosi :  Oui (1)  Non (0)
- c- Attelles de Berliner :  Oui (1)  Non (0)
- d- Attelles péri-coronaires :  Oui (1)  Non (0)
- e- Collage dento-dentaire à l'aide de composite :  Oui (1)  Non (0)
- f- Composite renforcé par de la fibre de verre :  Oui (1)  Non (0)

27.4) Si vous ne réalisez pas de contention, pourquoi ?

NA

- a- Mise en place difficile :  Oui (1)  Non (0)
- b- Pas d'intérêt dans votre pratique :  Oui (1)  Non (0)
- c- Coût du matériel :  Oui (1)  Non (0)
- d- Peu de rentabilité :  Oui (1)  Non (0)
- e- Autre raison : préciser :.....  Oui (1)  Non (0)

**THERAPEUTIQUES CHIRURGICALES**

Lorsque vous êtes face aux actes suivants, comment procédez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

	28- Je réalise moi-même cet acte	29- J'adresse à un spécialiste en parodontologie pour qu'il effectue cet acte
a- Gingivectomie	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
b- Freinectomie	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
c- Chirurgie d'assainissement	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
d- Elongation coronaire	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)
e- Chirurgie muco-gingivale	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)	oui <input type="checkbox"/> (1) non <input type="checkbox"/> (0) Non concerné <input type="checkbox"/> (9)

30) De quel matériau disposez-vous au cabinet ?

- a- Emdogain :  Oui (1)  Non (0)
- b- Membrane :  Oui (1)  Non (0)
- c- Substituts osseux :  Oui (1)  Non (0)

30.1) Les utilisez-vous vous-même ?  Oui (1)  Non (0)

**MAINTENANCE**

31) Après les traitements parodontaux, par qui est effectuée la maintenance ?

- vous-même (1)  le spécialiste en parodontologie (2)  il n'y a pas de phase de maintenance (3)

**32) QUESTION pour les praticiens n'effectuant pas de thérapeutiques parodontales, la/les raison(s) :**

- 32.1) Manque de formation :  Oui (1)  Non (0)
- 32.2) Manque de consensus pour le traitement :  Oui (1)  Non (0)
- 32.3) Manque de temps :  Oui (1)  Non (0)
- 32.4) Manque d'implication des patients :  Oui (1)  Non (0)
- 32.5) Peu de rentabilité :  Oui (1)  Non (0)
- 32.6) Absence d'équipement dans votre cabinet :  Oui (1)  Non (0)
- 32.7) Autre : .....  Oui (1)  Non (0)

**FORMATION**

33) Avez-vous déjà effectué ou assisté à des formations sur la prise en charge parodontale ?

Oui (1)       Non (0)

33.1) Si oui :

a- Formation privée :       Oui (1)       Non (0)

b- CES :       Oui (1)       Non (0)

c- DU :       Oui (1)       Non (0)

d- Conférences :       Oui (1)       Non (0)

e- Autres : Préciser : .....  Oui (1)       Non (0)

34) Pensez-vous que la parodontologie doit devenir une spécialité ?       Oui (1)       Non (0)

**LE PORT (Julie)** – La prise en charge parodontale en omnipratique : analyse dans les cabinets dentaires. 60 f.; ill. ; tabl. ; 11 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2020)

**RÉSUMÉ :**

En France, on estime que les maladies parodontales touchent environ une personne sur deux, et qu'elles sont la première cause de la perte de dents. Pour autant, il n'existe pas d'études permettant d'analyser la prise en charge parodontale en France.

Cette thèse s'inscrit donc dans le cadre de cette analyse. A l'aide d'une enquête, elle a pour but d'établir un premier état des lieux concernant les habitudes des omnipraticiens, quant au diagnostic et aux traitements de ces maladies. L'enquête menée permet également d'évaluer les freins dans cette prise en charge parodontale, ainsi que le niveau de formation des praticiens dans cette discipline.

Dans un premier temps nous exposerons les généralités sur les maladies parodontales, les mécanismes qui sous-tendent l'apparition de ces pathologies, la classification utilisée au sein du questionnaire ainsi que l'épidémiologie des parodontopathies.

Dans un second temps nous nous intéresserons à la prise en charge parodontale selon les différentes phases, du diagnostic à la maintenance.

Enfin, la troisième partie se consacre aux résultats de l'enquête menée auprès des chirurgiens-dentistes. Les 640 réponses obtenues permettent de dresser un premier état des lieux de la prise en charge parodontale en France à partir de statistiques descriptives.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT :**

Parodontologie  
Santé publique

**MOTS CLES MESH :**

Maladies parodontales – Periodontal diseases  
Diagnostic – Diagnosis  
Thérapeutiques – Therapeutics  
Enquêtes et questionnaires – Surveys and questionnaires  
Dentistes – Dentists  
Cabinets dentaire – Dental offices

**JURY :**

Président : Professeur Assem SOUEIDAN  
Assesseur : Docteur Bénédicte ENKEL  
Assesseur : Docteur Charles ALLIOT  
Directeur de thèse : Docteur Fabienne JORDANA

**ADRESSE DE L'AUTEUR :**

2 impasse Saint Jacques de Compostelle 44260 SAVENAY  
[julie.leport01@laposte.net](mailto:julie.leport01@laposte.net)