



HAL
open science

Description des pratiques des chirurgiens-dentistes de Bordeaux Métropole dans la prise en charge des maladies parodontales

Meryem Mesfioui

► **To cite this version:**

Meryem Mesfioui. Description des pratiques des chirurgiens-dentistes de Bordeaux Métropole dans la prise en charge des maladies parodontales. Chirurgie. 2015. dumas-01227252

HAL Id: dumas-01227252

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01227252>

Submitted on 10 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques

Année 2015

N°73

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement
Par Meryem MESFIOUI
Née le 22 Février 1988 à Rabat (MAROC)
Le 28 octobre 2015

**Description des pratiques des chirurgiens-dentistes de
Bordeaux Métropole dans la prise en charge des
maladies parodontales**

Directeur de thèse
Docteur Mathieu PITZ

Membres du Jury

Présidente	Mme M.J. BOILEAU	Professeur des Universités
Directeur	M. M. PITZ	Assistant Hospitalo-Universitaire
Rapporteur	M. F. VIGOUROUX	Assistant Hospitalo-Universitaire
Assesseur	M. J.M. MARTEAU	Maître de Conférences des Universités
Assesseur	M. J.SAMOT	Maître de Conférences des Universités
Invitée	Mme V. PANNEREC	Assistante Hospitalo-Universitaire

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Président M. Manuel TUNON de LARA

Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. Jean-Luc PELLEGRIN

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice Mme Caroline BERTRAND 58-02

Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale Mme Dominique ORIEZ 58-01

Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche M. Jean-Christophe FRICAIN 57-02

Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales M. Jean-François LASSERRE 58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M. Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M. Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M. Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Jean-Pierre	BLANCHARD	Prothèse dentaire	58-02
M. Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Reynald	DA COSTA NOBLE	Parodontologie	57-01
M. François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01

M.	Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences biologiques	57-03
M.	Terence	BARSBY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Aurélie	BARSBY-EL-KHODER	Prothèse dentaire	58-02
M.	Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	CLINKEMAILLIE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Guillaume	CRESTE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Hélène	DENOST	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Nicolas	GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-02
Mme	Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

M.	Matthieu	MEYER	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
Mme	Virginie	PANNEREC	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Candice	PEYRAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire	58-02
M.	Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01

17/02/2015

REMERCIEMENTS

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Marie-José BOILEAU

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Orthopédie dento-faciale 56-02

Vous me faites le grand honneur de présider le jury de cette thèse. Je tiens à vous remercier pour votre accueil chaleureux au service d'Odontologie de l'Hôpital Pellegrin.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et mes sentiments les plus respectueux.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Mathieu PITZ

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section Parodontologie 57-01

Je vous remercie d'avoir accepté la direction de cette thèse.

Un grand merci pour votre enseignement clinique et vos conseils avisés.

Travailler à vos côtés a été un grand plaisir.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A notre rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur François VIGOUROUX

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section Parodontologie 57-01

Je vous remercie d'avoir accepté de corriger ce travail. Je vous remercie également pour les précieux enseignements que vous m'avez délivrés tout au long de mon internat ainsi que pour votre disponibilité à mes nombreuses sollicitations.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Jean-marie MARTEAU

Maître de Conférences des Universités

Sous-section Chirurgie buccale - Pathologie et thérapeutique 57-02

Je vous remercie pour vos enseignements tout au long de mon parcours ainsi que pour votre implication dans la transmission du savoir.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Johan SAMOT

Maître de Conférences des Universités

Sous-section Sciences biologiques 57-03

Je vous remercie d'avoir spontanément accepté de siéger à ce jury de thèse.

Un grand merci pour vos conseils et enseignements ainsi que pour votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression des nos plus vifs remerciements.

A notre invitée

Madame le Docteur Virginie PANNEREC

Assistante Hospitalo-Universitaire

Sous-section Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02

Vous nous faites l'amitié d'accepter de juger cette thèse.

Nous vous remercions pour vos enseignements ainsi que pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre bonne humeur en toutes circonstances.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

*Nous tenons également à remercier les **Docteurs Elise ARRIVE et Christophe BOU** pour leurs conseils dans la réalisation de ce travail ainsi que notre confrère toulousain, le **Docteur Gabriel FERNANDEZ DE GRADO** pour tout ce qui concerne la partie statistique et sans qui nous n'aurions pas pu réaliser cette thèse.*

Un grand merci à l'ensemble des enseignants des services d'Odontologie de Pellegrin et Xavier Arnozan ainsi qu'à tout ceux de l'Hôpital Maison Blanche de Reims.

Aux équipes de secrétaires, infirmières, cadres de santé, aides-soignantes, prothésistes et agents de services hospitaliers. Vous êtes trop nombreux pour tous être cités mais nous vous remercions pour votre accueil, votre travail, votre écoute dans les bons et mauvais moments. Travailler en collaboration avec vous tous a été un réel plaisir.

A mes parents,

Merci de m'avoir donné l'envie d'exercer un métier médical. Merci également pour votre amour, votre soutien et votre confiance durant toutes ces années d'études.

A ma petite grande-sœur chérie,

Merci pour ton amour inconditionnel. Pour la petite dernière que je suis tu reste un modèle. Merci pour tout et pour toujours.

A Tarik,

*Mon chouchou, mon meilleur ami et l'amour de ma vie.
Merci pour ta présence, ta patience et ton écoute.*

A ma grand-mère Christiane,

*Même si l'on ne se voit pas beaucoup tu es toujours présente dans mon cœur.
Merci pour ta sollicitude et ton amour infailible.*

A mon beau-frère Alexandre,

Merci de prendre soin de ma sœur adorée ainsi que de vos magnifiques enfants Elias et Yanis.

A Abdelkader, Ghislaine, Laïla et Mouanis,

*Pour votre gentillesse et votre affection.
Merci de m'avoir intégrée à votre attachante famille.*

A mes oncles, tantes, cousins et cousines,

Notamment Nawel et Christophe sans qui mon PCEM1 n'aurait pas été pareil.

A Imène,

A notre amitié qui perdure au fil de toutes ces années..

A Anne-Chacha,

Ma binôme avec qui j'ai fait mes premières armes en clinique !

A nos fous rires lorsque quelque chose (et c'était souvent le cas) tournait mal.

A ma minivic,

Une amie très chère, pour tous les moments passés ensemble.

Aux voyages passés et à venir ;)

A mes amis rémois, entre autres Alban, Aliénor, Camille, Claire, Karim, Pascaline, Pauline, Perrine, Philippe, Julien, Romain et Samuel.

Aux externes, notamment Alexandre et Nhat-Minh que je félicite pour leur motivation et que je remercie pour leur aide précieuse.

A mes co-internes, l'inoubliable Coline, Erwan, Floriane, Rawen, Rozenn, mais aussi, Camille, Marie-pierre, Véronique, Mathieu, Alexandra, Anaïs, Marion, Laurie, Mélodie, Charlotte, Valentine, Aurélie, Cynthia (pote de soirée en force avec David ☺), Margaux, Michael, Laurène, Gabriella et Laïla, sans oublier Claire ma co-interne toulousaine que je remercie chaleureusement pour son hospitalité et sa bonne humeur.

A la mémoire de tous ceux qui ne sont pas là aujourd'hui,

Mama Malika, Marraine, Vincenette et Hbib,

Votre souvenir restera à jamais gravé dans mon cœur.

TABLE DES MATIERES

I- INTRODUCTION	12
II- MATERIEL ET METHODES	14
1- OBJECTIFS DE L'ETUDE	14
2- POPULATION DE L'ETUDE.....	14
2-1 Critères d'inclusion.....	14
2-2 Critères d'exclusion	14
2-3 Echantillon.....	15
3- ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	16
4- RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES	17
5- ANALYSE STATISTIQUE	17
III- RESULTATS	18
1- SCHEMA DE L'ETUDE.....	18
2- PROFIL DES PRATICIENS	19
2-1 Sexe des praticiens.....	19
2-2 Age des praticiens.....	19
2-3 Faculté d'origine.....	20
2-4 Type d'exercice.....	21
2-5 Formation des praticiens.....	21
3- CONDITIONS D'EXERCICE	22
4- PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.....	24
5- BILAN DES PRATIQUES GENERALES DES CHIRURGIENS-DENTISTES	25
5-1 Détartrage.....	25
5-2 Surfaçage non-chirurgical.....	26
5-3 Prise en charge des parodontites.....	28
5-4 Sondage.....	30
5-5 Hygiène bucco-dentaire	31
5-6 Maintenance parodontale.....	31
5-7 Antibiotiques locaux.....	33
5-8 Attitude vis à vis du tabac.....	34
6- ACTES CHIRURGICAUX REALISES.....	35
6-1 Lambeau d'assainissement.....	36
6-2 Gingivectomie.....	37
6-3 Allongement coronaire.....	38
6-4 Régénération tissulaire guidée	39
6-5 Frénectomies.....	41
6-6 Greffes gingivales	42
6-7 Pose d'implants.....	44
6-8 Analyses complémentaires.....	46
IV- DISCUSSION :.....	50
1- RESUME DES RESULTATS ET COMPARAISON AVEC D'AUTRES ETUDES :	50
2- LIMITES DE L'ETUDE	56
V- CONCLUSION.....	59
VI- BIBLIOGRAPHIE.....	60
VII- TABLE DES ILLUSTRATIONS	64
VIII- ANNEXES	66
1- QUESTIONNAIRE EN LIGNE.....	66
2- RECAPITULATIF : PRISE EN CHARGE DES PARODONTITES (ANAES)	72
3- RECAPITULATIF DES RESULTATS DE NOS ANALYSES CROISEES.....	73

I- Introduction

Les maladies parodontales regroupent un ensemble de pathologies qui affectent les tissus de soutien de la dent : le parodonte. Ce sont des lésions à composante inflammatoire résultant d'une agression bactérienne de l'espace gingivo-dentaire, modulées par les facteurs immunologiques de l'hôte qui en déterminent l'évolution (1)

La plus commune des maladies parodontales est la gingivite. Dans la majorité des cas elle est d'origine bactérienne et disparaît après assainissement de la gencive et enseignement des manœuvres d'hygiène. En l'absence de prise en charge, la gingivite peut évoluer en parodontite. Il existe également des formes agressives qui apparaissent chez l'adulte jeune et qui, si elles ne sont pas prises en charge rapidement, entraînent la perte des dents (2).

Au cours des dernières décennies, la prévalence des maladies parodontales tend à diminuer (3). Cependant, elle reste assez élevée : en France elle est de 90% et les maladies parodontales sont à l'origine de la perte de 30 à 40% des dents. Il s'agit de la première cause de perte dentaire chez l'adulte (4). Une étude menée par Hujoel en 2000, a mis en évidence un lien entre une prise en charge parodontale incluant une maintenance et une prolongation de la longévité des dents sur l'arcade (5).

Les études épidémiologiques associent aujourd'hui la maladie parodontale à de nombreuses pathologies (cardiaques, respiratoires, maladies systémiques, naissances prématurées) et elle constitue un élément important de la prise en charge médicale (6)(7)(8). La parodontite peut même être considérée comme la « sixième complication du diabète » (9)(10)(11). Une revue de littérature menée par Taylor (12), a mis en évidence non seulement une augmentation de la prévalence des maladies parodontales mais également une atteinte par des formes plus agressives et une évolution plus rapide. Ceci est d'autant plus inquiétant que l'incidence du diabète devrait augmenter de 20% en Europe dans les prochaines décennies, en raison notamment de l'augmentation de l'obésité (8)(13).

La santé bucco-dentaire est un facteur déterminant de qualité de vie. Le patient atteint d'une maladie parodontale est en souffrance, tant physique que psychique. D'une part, la perte des dents induit une diminution du coefficient

masticatoire d'où un risque de dénutrition dont les conséquences peuvent être dramatiques notamment chez les personnes âgées (14). D'autre part, les patients n'osent plus sourire ni parler en public. Il en résulte une perte de confiance et de l'estime de soi et ils peuvent se retrouver socialement marginalisés (6).

Le traitement « classique » est un traitement coûteux qui n'est pas accessible aux personnes à faibles revenus. Sauf que, de même que pour toutes les maladies, les maladies parodontales touchent principalement les personnes à faible niveau socio-économique (15). De fait, elles constituent un problème de santé publique majeur (13).

Par ailleurs, l'exposition de la racine dentaire peut être associée à des hypersensibilités et à des lésions cervicales carieuses ou non carieuses, causant également un préjudice esthétique. De même, face à l'essor de la chirurgie implantaire, il est important de pouvoir en prévenir les complications potentielles. Durant les dernières décennies, les praticiens se focalisaient davantage sur la quantité d'os avant une pose d'implant, que sur la quantité et la qualité des tissus mous. Aujourd'hui, il est reconnu qu'il est nécessaire de poser un implant dans des conditions favorables à un bon contrôle de plaque favorisant sa pérennité (16).

Nous ne connaissons pas le niveau d'implication des chirurgiens-dentistes dans la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies parodontales en France. L'assurance maladie ne prend en charge que les détartrages, le diagnostic et le traitement des maladies parodontales étant à la charge exclusive du patient avec l'aide éventuelle de complémentaires santé. Or, le diagnostic et la gestion des maladies parodontales sont essentiels dans la prise en charge globale du patient (17). Des études réalisées dans différents pays ont montré que le manque de confiance des chirurgiens-dentistes pourrait provenir d'un manque de formation. Au vu de ces résultats il semble important de préciser le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge des maladies parodontales ainsi que son niveau de formation.

Les résultats de cette étude permettront de faire un état des lieux des besoins en formation des chirurgiens-dentistes exerçant en libéral et de tenter d'avoir une meilleure idée des facilitateurs et des obstacles à la prévention, au diagnostic et au traitement des maladies parodontales en France.

II- Matériel et méthodes

Ce travail est une étude transversale réalisée auprès des chirurgiens-dentistes de Bordeaux métropole inscrits au tableau de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) et exerçant en cabinet libéral.

1- Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des pratiques professionnelles des chirurgiens-dentistes libéraux concernant la prise en charge des maladies parodontales.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'apprécier les besoins éventuels en formation et information dans le but d'améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins ainsi que de tenter d'évaluer les facteurs qui amènent les chirurgiens-dentistes à adresser leurs patients pour les soins relatifs à la parodontologie.

2- Population de l'étude

2-1 Critères d'inclusion

Tous les praticiens exerçant en activité libérale dans Bordeaux métropole et possédant une adresse mail valide ont été inclus.

2-2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Praticien hospitalier à temps plein
- Refus de participer
- Orthodontiste
- Praticien non diplômé
- Directeur de thèse
- Praticien sans activité
- Endodontiste exclusif

2-3 Echantillon

Nous avons recueilli la liste des praticiens de 28 communes constituant Bordeaux métropole inscrits à l'ONCD à la date du 14 mai 2015. Puis, nous avons isolé et éliminé les orthodontistes. Nous avons également exclu les praticiens hospitaliers à temps plein à partir d'une liste établie au secrétariat de la Faculté d'Odontologie de l'Université de Bordeaux ainsi que notre directeur de thèse.

Les praticiens restants ont été contactés par téléphone afin de recueillir leur adresse mail et leur exposer le but de l'étude. Les numéros de téléphone ont été récupérés sur le site du Conseil de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes couplé à celui des pages jaunes. En cas de non réponse, un message sur le répondeur téléphonique exposant le but de l'appel a été laissé. 74 praticiens sont restés injoignables, n'ont jamais rappelé, étaient en arrêt maladie ou en congés de maternité. Un praticien, dentiste conseil, n'ayant pas d'activité libérale, a également été exclu.

A noter que 380 adresses mail ont été recueillies pour 449 praticiens car l'adresse mail communiquée était le plus souvent une adresse professionnelle commune à l'ensemble des praticiens du cabinet. La secrétaire ou le praticien titulaire était chargé de transférer le mail aux autres praticiens.

75 praticiens ont refusé de participer. Les motifs de refus évoqués étaient, entre autres, le manque de temps, d'intérêt ou l'absence d'adresse mail professionnelle ou d'accès à une connexion internet.

Un questionnaire de 36 questions fermées a été envoyé par courriel aux praticiens ayant accepté de communiquer leur adresse mail et donc de participer à l'étude. Il était accompagné d'une présentation de l'étude informant de l'anonymat et des objectifs de cette thèse de fin d'étude.

3- Elaboration du questionnaire

Les bases de données Pubmed et Medline ont été consultées avec les mots clés MeSH suivants : « periodontal disease », « referral and consultation », « periodontics/surgery », « general practice, dental », « dentist's practice patterns ».

Les références contenues dans les articles trouvés ont également été exploitées au travers d'une recherche manuelle.

L'analyse d'études similaires, réalisées dans différents pays, nous a guidé dans le choix des questions.

Nous nous sommes basés sur des recommandations actuelles de prise en charge des maladies parodontales afin d'évaluer certaines pratiques en particulier (2) (18) (19) (20) (21).

Le questionnaire était un document électronique élaboré à l'aide du logiciel Google Drive©. Il s'articulait en trois parties :

La première, contenait des questions générales permettant de caractériser le praticien (âge, sexe, diplômes...) ainsi que ses conditions (présence d'une assistante, nombre de praticiens) et lieu d'exercice (Bordeaux centre ou Métropole).

La seconde permettait l'analyse de pratiques générales en parodontologie du praticien en mettant en évidence notamment le nombre de patients pris en charge.

La dernière était centrée sur les actes chirurgicaux réalisés ou non par le praticien. Une question interrogeant le praticien sur la ou les raison(s) des actes non réalisés concluait le questionnaire.

Ce questionnaire a été testé par 9 praticiens non hospitaliers à temps plein exerçant en dehors de Bordeaux Métropole afin d'y apporter les modifications nécessaires éventuelles avant l'envoi aux participants.

Le questionnaire a été envoyé au début du mois de juin 2015.

Un mail de rappel a été envoyé le 01 juillet 2015. Le questionnaire a été clôturé le 15 juillet 2015. L'envoi du questionnaire n'a volontairement pas été simultané afin de minimiser le laps de temps entre le démarchage téléphonique et l'envoi du mail. Le remplissage du questionnaire pouvait se faire directement dans le corps du mail mais aussi en ligne pour favoriser les réponses.

4- Recueil et traitement des données

Toutes les données issues de Google Drive© ont été transférées dans un fichier Excel. Elles ont été triées et les réponses incohérentes ou incomplètes ont été éliminées.

5- Analyse statistique

Nous avons calculé des fréquences et pourcentages pour les variables qualitatives et des moyennes, écart-type, minimum et maximum pour les variables quantitatives. Les résultats ont été traités anonymement. Les analyses croisées ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA®.

Nous faisons l'hypothèse que les caractéristiques sociodémographiques des praticiens ainsi que leur mode d'exercice influent sur leurs pratiques parodontales. La recherche de liens entre variables qualitatives a été faite avec le test du chi 2 d'indépendance de Pearson (22). Pour la recherche de lien entre variables quantitatives et variables qualitatives, le test T de Student a été utilisé. Les conditions d'application de ces tests (effectifs théoriques >5 pour le test du chi2; distribution normale et homogénéité des variances pour le test de Student) ont été vérifiées pour les analyses effectuées.

Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs pour $p < 0,05$.

III- Résultats

1- Schéma de l'étude

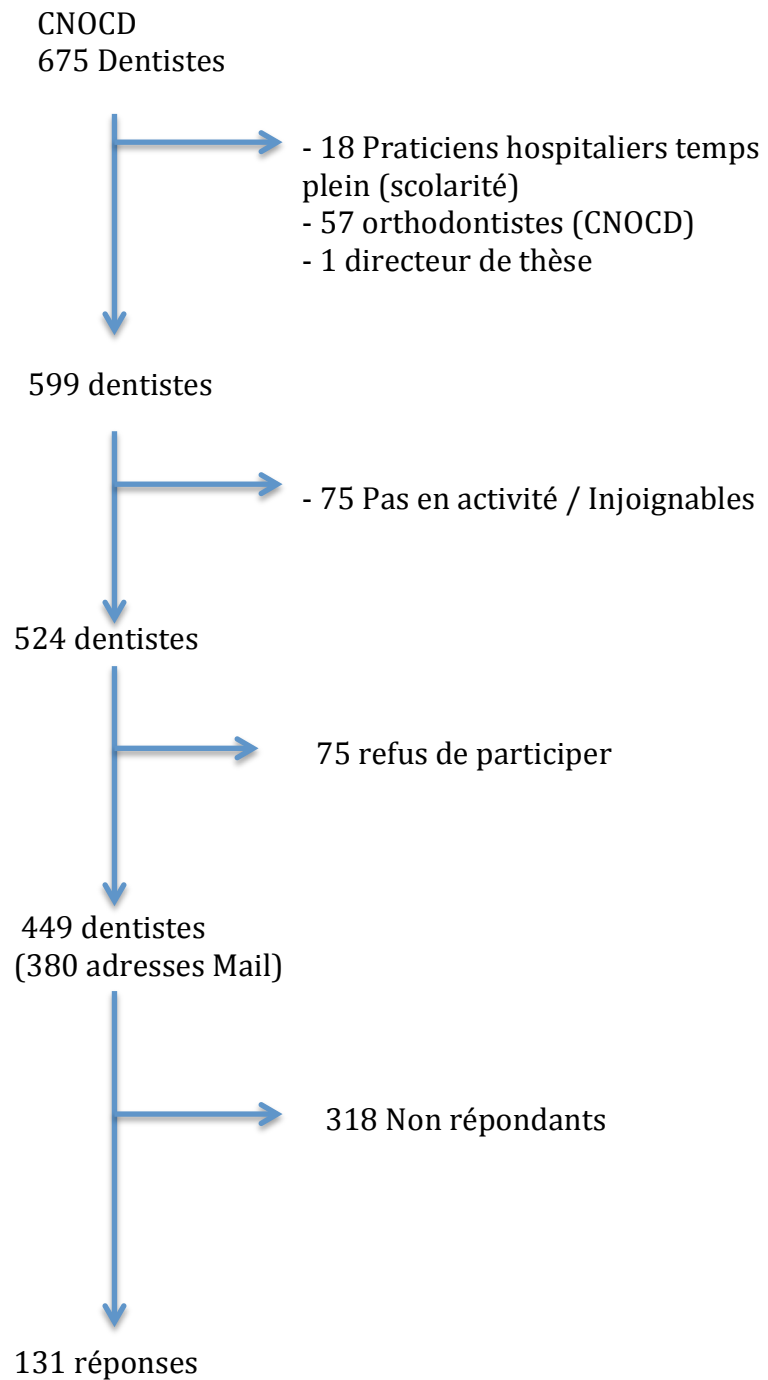


Figure 1 Schéma de l'étude

131 praticiens ont répondu à notre étude soit un taux de réponse de 29%. Parmi eux, deux endodontistes exclusifs dont les réponses n'ont pas été prises en compte. Une réponse envoyée en double de manière évidente a été retirée également. Ce qui nous a ramené à un échantillon de n=128 réponses.

2- Profil des praticiens

2-1 Sexe des praticiens

Les praticiens étaient pour 53% des hommes et pour 47% des femmes. Au 1^{er} janvier 2015, la France comptait 35,8% de chirurgiens-dentistes de sexe féminin. Notre échantillon s'est révélé plus féminin.

2-2 Age des praticiens

Les praticiens étaient âgés de 25 à 69 ans avec une moyenne de 46,6 ans et un écart-type de 10,2. La médiane était de 50 ans. 9,3% des praticiens étaient âgés de moins de 30 ans (n=12), 39,1% ont entre 30 et 50 ans (n=50) et 51,6% ont plus de 50 ans (n=66).

La distribution de notre échantillon par rapport à la distribution nationale au 1^{er} janvier 2015 (23) est résumée dans le tableau ci-dessous :

	- de 30 ans	De 30 à 50 ans	+ de 50 ans	Total
Echantillon	9,3%	39,1%	51,6%	100%
Distribution nationale	8,2%	40,5%	51,3%	100%

Tableau 1 Comparaison de l'âge de notre échantillon avec la moyenne nationale

Notre échantillon était conforme à la répartition observée au niveau national.

Ces résultats sont illustrés au travers de l'histogramme ci-dessous :

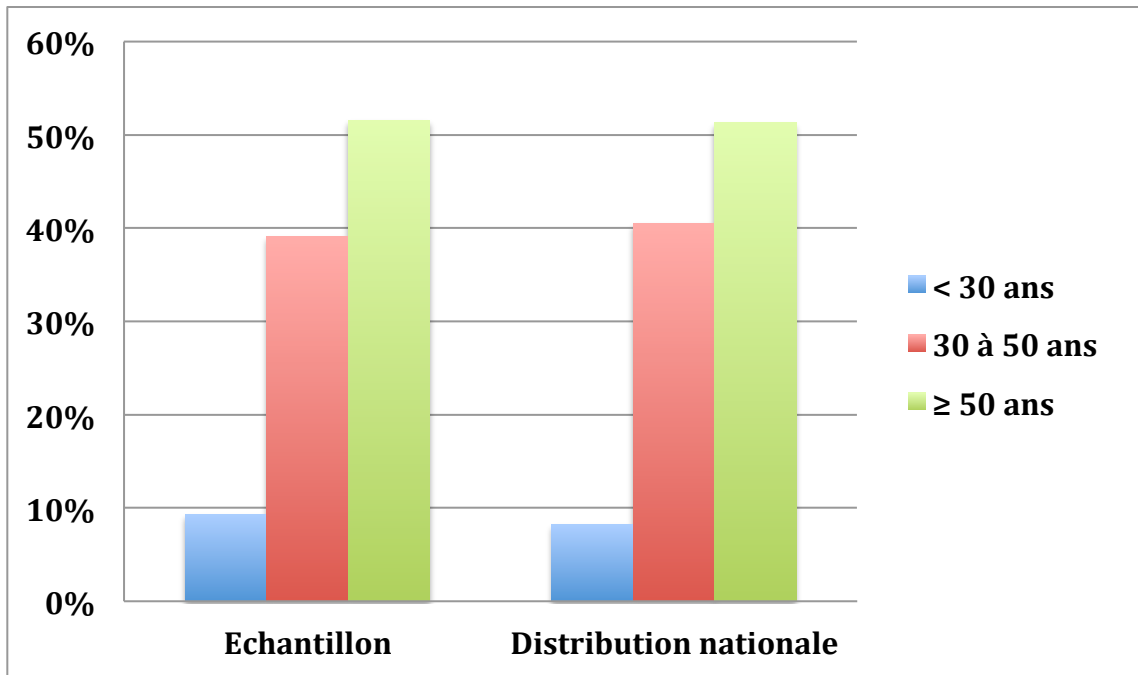


Figure 2 Age des praticiens

2-3 Faculté d'origine

110 praticiens, soit 86% étaient diplômés de la faculté de Bordeaux. 18 praticiens étaient originaires d'autres facultés (3 de Paris VII, 4 de Paris V, 1 de Lyon, 1 de Montpellier, 2 de Toulouse, 2 de Rennes, 1 de Liège, 1 de Grenade, 1 de Clermont-Ferrand, 1 de Brest et 1 de Nantes) soit 14% des participants.

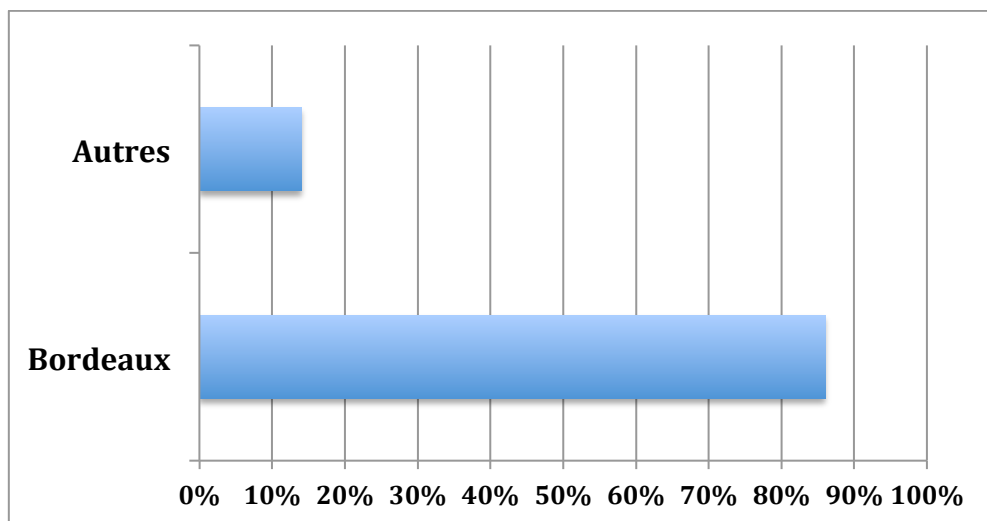


Figure 3 Répartition des praticiens selon leur faculté d'origine

2-4 Type d'exercice

95% des répondants exerçaient en tant qu'omnipraticiens. 6 praticiens parmi notre échantillon de 128 praticiens étaient en exercice exclusif, tous en parodontologie-implantologie.

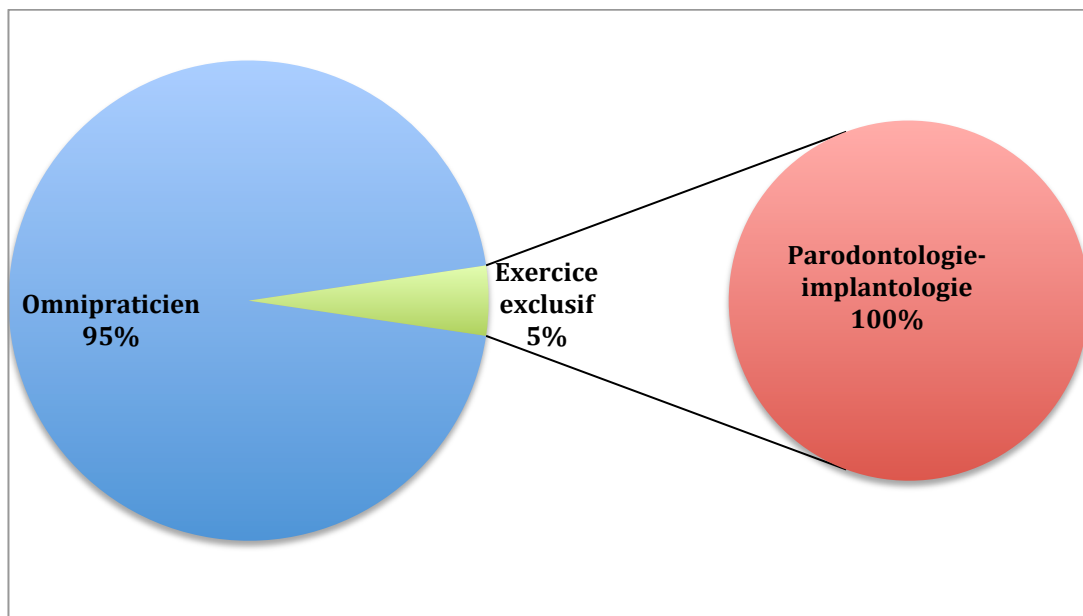


Figure 4 Répartition des praticiens selon leur type d'exercice

2-5 Formation des praticiens

80 praticiens soit 62% avaient suivi une formation complémentaire dans le domaine de la parodontologie. Pour 53 praticiens soit 41% de notre population d'étude, il s'agissait d'une formation continue privée, pour 15 praticiens soit 12% il s'agissait d'une formation universitaire, tandis que 12 praticiens soit 9% avaient suivi les deux types de formation.

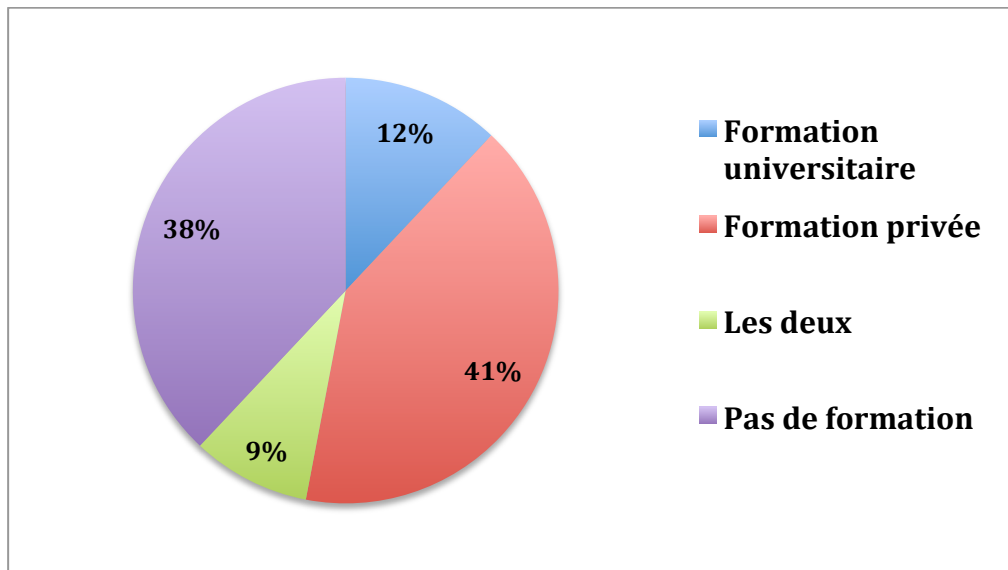


Figure 5 Répartition des praticiens selon leur participation à une formation continue

Les praticiens semblaient privilégier les formations continues privées aux formations universitaires.

3- Conditions d'exercice

86 répondants soit 67% avaient leur cabinet situé au sein des 27 communes qui constituent la métropole de Bordeaux telle qu'elle est définie depuis janvier 2015. 32% soit (n=42) avaient leur cabinet établi à Bordeaux centre.

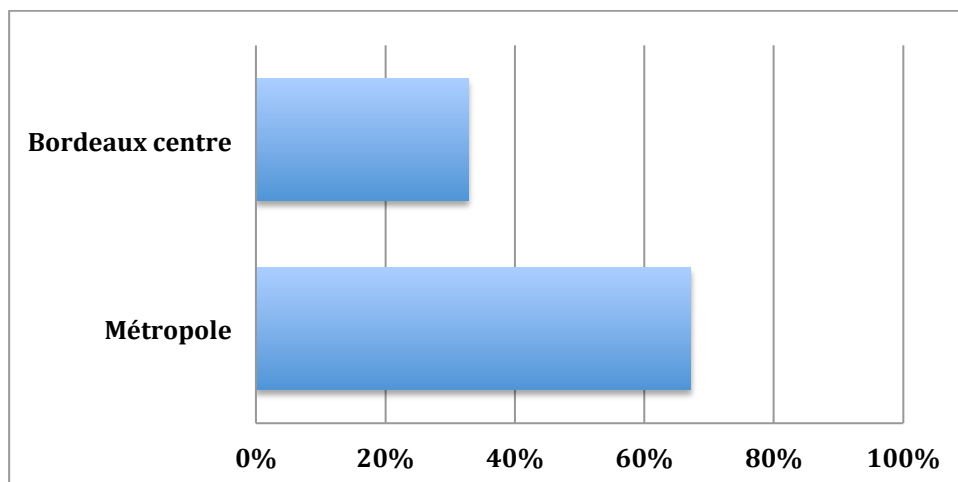


Figure 6 Répartition des praticiens selon leur lieu d'exercice

Notre questionnaire ne concernait que les praticiens libéraux non hospitaliers.

En France, au 1^{er} janvier 2015, 89% des chirurgiens-dentistes ont choisi un exercice de type libéral.

Une majorité de praticiens (n=73) avait choisi un exercice de groupe : en association ou en collaboration. Un nombre équivalent de praticiens avait déclaré être seul (n=54 soit 42%) et en association (n=53 soit 41%). 20 praticiens (soit 16%) avaient déclaré être en collaboration et seul un praticien avait déclaré être en remplacement. Ce dernier a été exclu des analyses portant sur le mode d'exercice.

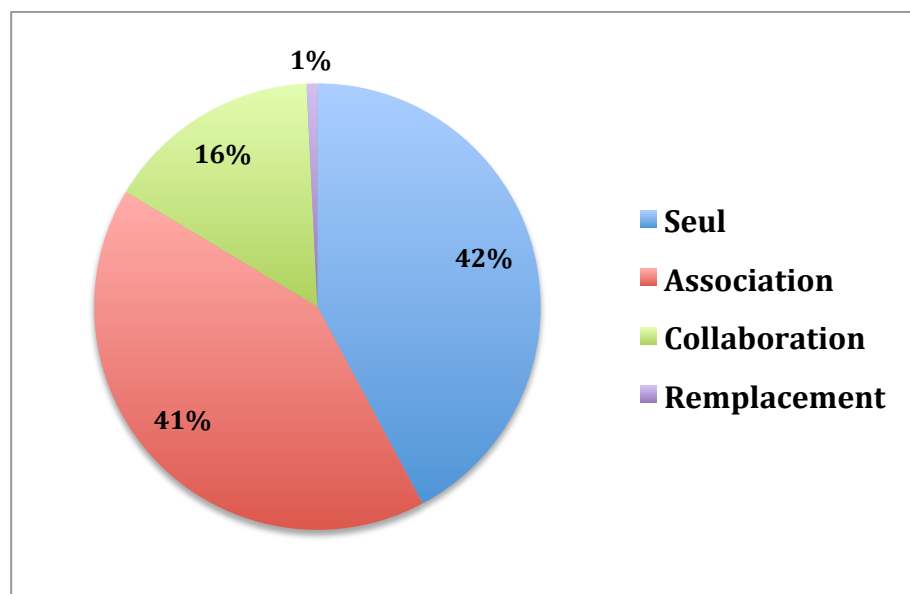


Figure 7 Répartition des praticiens selon leur mode d'exercice

La présence d'une assistante au fauteuil nous a semblé être une donnée intéressante à étudier. Une majorité de praticiens avait déclaré avoir une assistante (n=76 soit 59%) tandis que 41% (n=52) n'en avait pas.

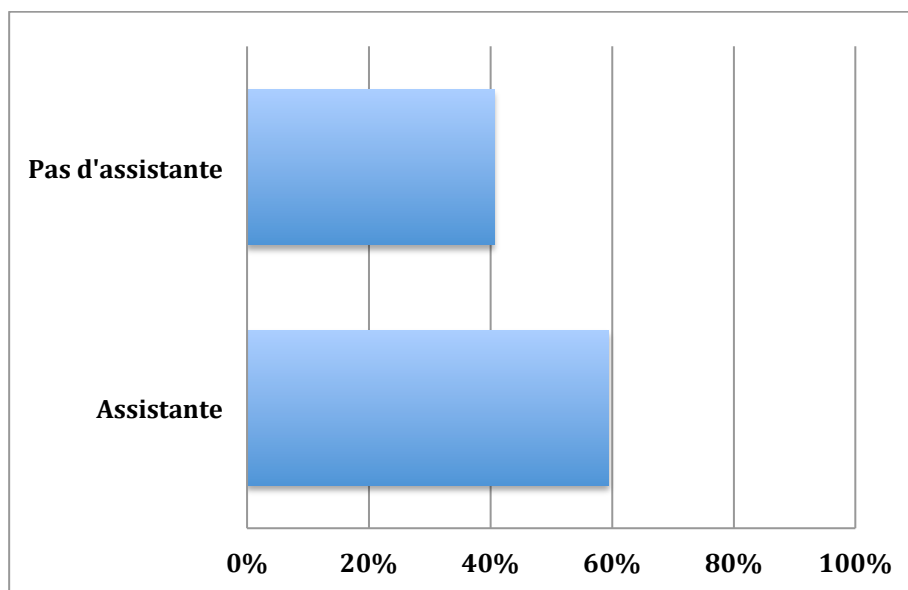


Figure 8 Répartition des praticiens selon la présence d'une assistante

4- Prise en charge des patients

Au travers de notre questionnaire, nous avons tenté d'estimer le nombre moyen de patients diagnostiqués, traités et adressés par chaque praticien sur une période d'un mois. Un nombre estimatif avait volontairement été demandé afin de maximiser les chances de réponses. Malgré tout, les praticiens avaient difficilement répondu à cette question voire même n'avaient souvent rien répondu du tout.

Nous avons exclu les réponses des praticiens en exercice exclusif ainsi que les réponses des praticiens auxquels des patients étaient adressés. En effet, les écarts entre les réponses étaient tels qu'ils avaient fortement impacté nos résultats. Au final, seules 94 réponses étaient exploitables.

Nous avons constaté que la moyenne des patients diagnostiqués était de 13,6, avec un minimum de 1 patient, un maximum de 100 patients et un écart-type de 16,2. Nous avons également noté que la médiane était de 10 patients, le premier quartile de 5 patients et le deuxième quartile de 10 patients.

Concernant les patients traités, ils étaient en moyenne 6,9 à être pris en charge par leur omnipraticien, avec un minimum de 0, un maximum de 80 et écart-type de 10,2. La médiane des patients traités était de 5, le premier quartile était de 2 patients et le deuxième quartile de 5 patients.

En outre, la moyenne des patients adressés était de 3,4, avec un minimum de 0 patient, un maximum de 30 patients et un écart-type de 5,2 patients. La médiane des patients adressés était de 1 patient, le premier quartile de 0,5 et le deuxième quartile de 1.

Enfin, nous avons séparé le nombre de patients diagnostiqués, traités ou adressés par tranches.

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	Diagnostiqués	Traités	Adressés
Aucun patient	0%	8%	26%
1-5 patients	17%	40%	51%
5-10 patients	24%	30%	14%
+ de 10 patients	59%	22%	10%

Tableau 2 Distribution de la prise en charge des patients par les praticiens

Nous avons constaté que 41% des praticiens diagnostiquaient moins de 10 patients en moyenne au cours d'un mois. 26% des praticiens adressaient la totalité de leurs patients.

5- Bilan des pratiques générales des chirurgiens-dentistes

Afin d'essayer de faire le bilan, non exhaustif, des pratiques professionnelles des chirurgiens-dentistes, nous avons, en plus d'une analyse quantitative et qualitative, effectué des analyses croisées. En effet, nous voulions déterminer l'influence de certaines variables telles que : l'âge, le sexe, le lieu, le type ou le mode d'exercice, la participation à une formation continue (universitaire et/ou privée) ou la présence d'une assistante, sur les pratiques générales des chirurgiens-dentistes.

5-1 Détartrage

Le détartrage ultrasonore était pratiqué par 95% des praticiens de notre population d'étude (n=121). Aucune variable n'influe de façon significative sur sa réalisation. Il s'agissait de l'acte le plus communément réalisé.

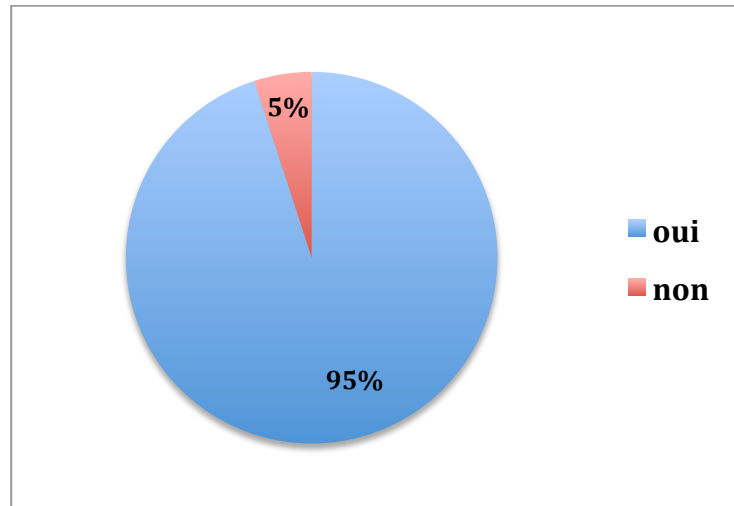


Figure 9 Distribution de la réalisation du détartrage

5-2 Surfaçage non-chirurgical

Le surfaçage de type non chirurgical était effectué par 88% des praticiens soit 112 praticiens.

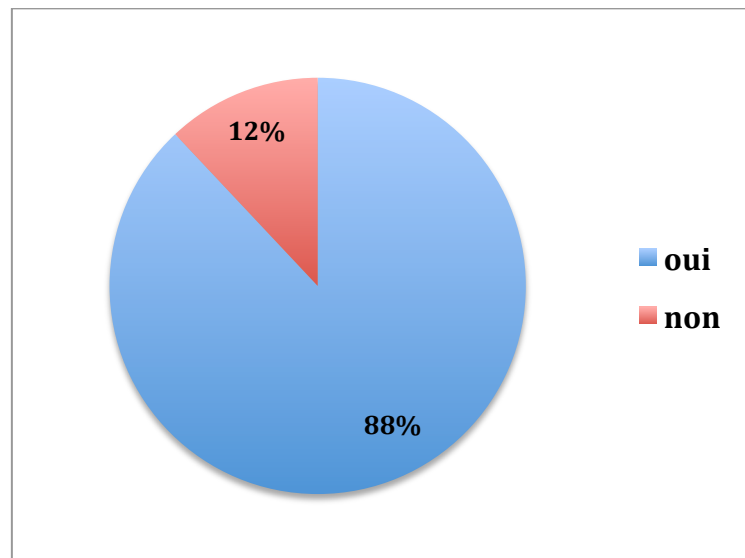


Figure 10 Distribution de la réalisation du surfaçage non-chirurgical

La participation à une formation continue de type universitaire ou privée dans le domaine de la parodontologie semblait augmenter la pratique de cet acte de façon très significative ($p < 0,005$) puisque cette proportion atteignaient 96% de praticiens.

	Surfaçage non chirurgical		
Formation	Non	Oui	Total
Non	27,08%	72,92%	100%
Oui	3,75%	96,25%	100%
Total	12,50%	87,50%	100%

Tableau 3 Distribution de la réalisation du surfaçage non chirurgical en fonction de la formation des praticiens

Deux autres variables semblaient influencer de façon significative sur sa réalisation. D'une part la présence d'une assistante ($p < 0,005$), car 23% des praticiens ne disposant pas d'une assistante ne réalisaient pas de surfaçage non chirurgical contre seulement 5% des praticiens qui en disposaient.

	Surfaçage non chirurgical		
Assistante	Non	Oui	Total
Non	23,08%	76,92%	100%
Oui	5,26%	94,74%	100%
Total	12,50%	87,50%	100%

Tableau 4 Distribution de la réalisation du surfaçage non chirurgical en fonction de la présence d'une assistante

D'autre part, seuls 20% des femmes ne pratiquaient pas de surfaçage non chirurgical, contre seulement 6% des praticiens de sexe masculin. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$).

Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	Surfaçage non chirurgical		
Sexe	Non	Oui	Total
Femme	20%	80%	100%
Homme	5,88%	94,12%	100%
Total	12,50%	87,50%	100%

Tableau 5 Distribution de la réalisation du surfaçage non chirurgical en fonction du sexe des praticiens

Par ailleurs, 85% des praticiens effectuaient un surfaçage non chirurgical de façon conventionnelle contre 14% qui utilisaient la méthode de Jacques Charon (24). Un seul praticien n'a pas répondu à cette question mais nous a indiqué par retour de mail utiliser la méthode Bonner.

5-3 Prise en charge des parodontites

84% des praticiens de notre étude prenaient en charge les patients atteints de parodontites chroniques (n=107) contre seulement 55% lorsqu'il s'agissait de parodontites dites « agressives » (n=70).

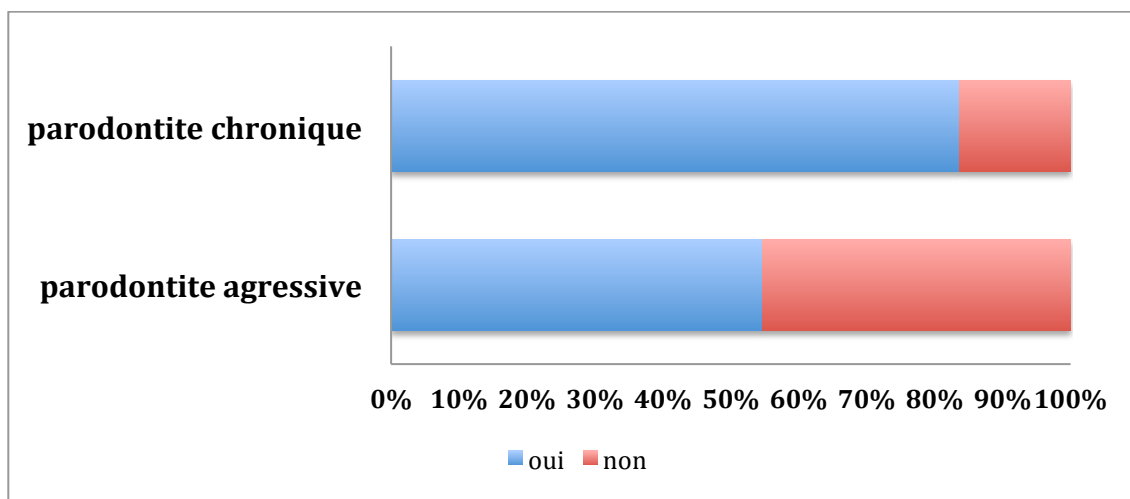


Figure 11 Distribution de la prise en charge selon le type de parodontites

Le test de Student a révélé que la moyenne d'âge des praticiens prenant en charge les parodontites chroniques était de 45 ans contre 52 ans pour ceux qui ne les prenaient pas en charge. Une analyse croisée réalisée par test de chi 2 a mis en évidence le fait que les praticiens âgés de plus de 50 ans prenaient moins en charge les patients atteints de parodontites chroniques. Ces différences étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

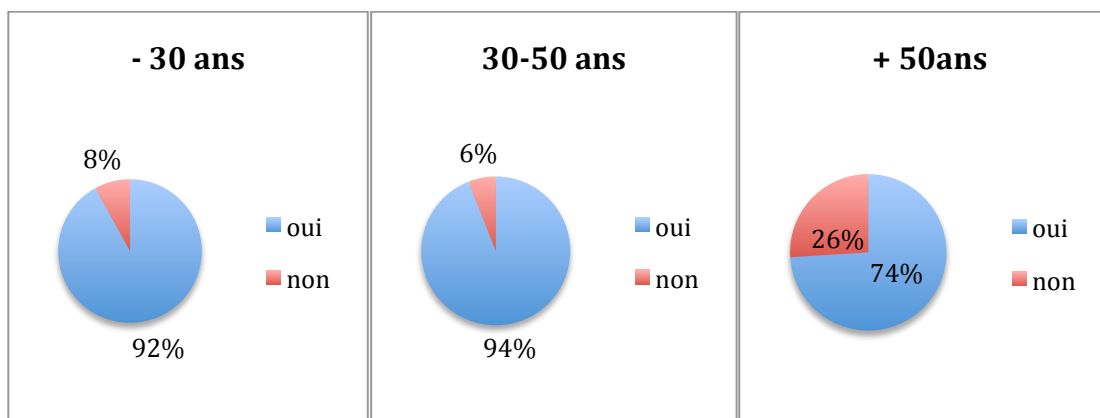


Figure 12 Distribution de la prise charge des parodontites chroniques selon l'âge des praticiens

Aucun impact de l'âge du praticien sur la prise en charge des parodontites agressives n'a été mis en évidence.

Le sexe semblait, en revanche être une variable qui influait de manière très significative sur la prise en charge des parodontites agressives ($p < 0,005$). En effet, seules 38% des femmes prenaient en charge ce type de parodontites contre 69% des hommes.

Sexe	Parodontite agressive		
	Non	Oui	Total
Femme	61,67%	38,33%	100%
Homme	30,88%	69,12%	100%
Total	45,31%	54,69%	100%

Tableau 6 Distribution de la prise en charge des parodontites agressives en fonction du sexe du praticien

La participation à une formation continue de type universitaire et/ou privée semblait également augmenter de façon significative la prise en charge des patients atteints de parodontites, qu'elles soient chroniques ($p < 0,005$) ou agressives ($p < 0,05$).

Formation	Parodontite agressive			Parodontite chronique		
	Non	Oui	Total	Non	Oui	Total
Non	70,83%	29,17%	100%	29,17%	70,83%	100%
Oui	30,00%	70,00%	100%	8,75%	91,25%	100%
Total	45,31%	54,69%	100%	16,41%	83,59%	100%

Tableau 7 Distribution de la prise en charge des parodontites en fonction de la formation des praticiens

Nous nous sommes ensuite intéressés à certaines attitudes cliniques des praticiens en parodontologie au travers de quelques questions. Les résultats de cette analyse sont résumés au travers du tableau suivant :

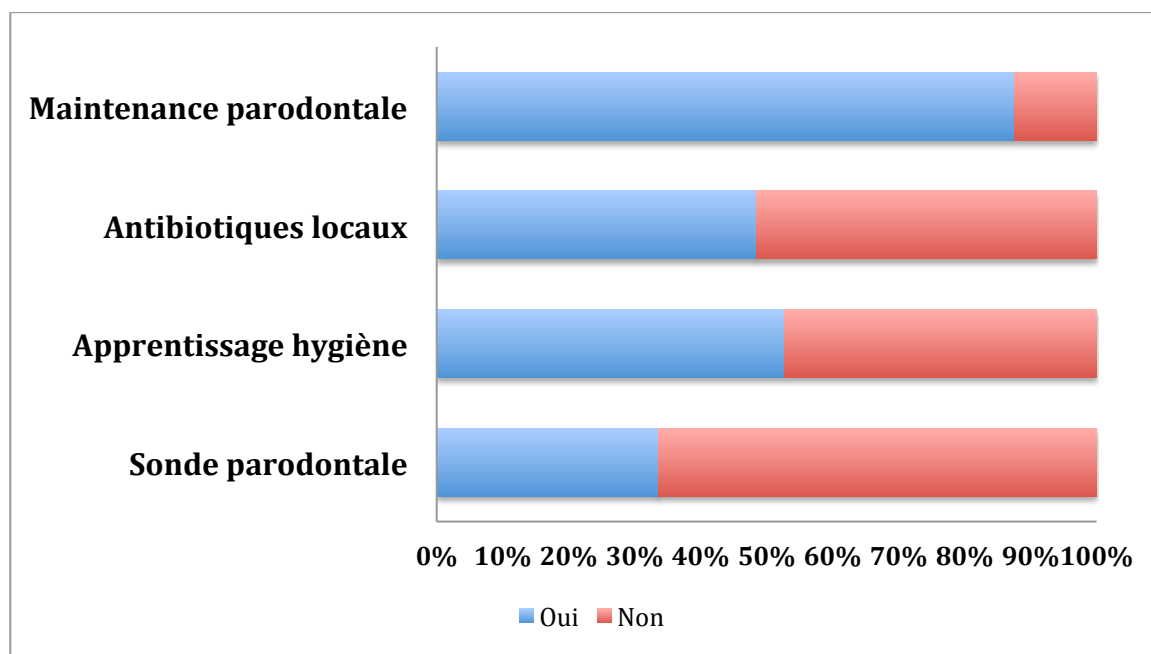


Figure 13 Un exemple d'attitudes cliniques des praticiens

5-4 Sondage

Notre étude a révélé que seuls 34% des praticiens (n=43) réalisaient un bilan parodontal complet à l'aide d'une sonde parodontale pour chaque nouveau patient. Cette proportion semblait augmenter de façon significative ($p < 0,05$) lorsque le praticien participait à des formations continues en parodontologie.

Formation	Evaluation systématique à l'aide d'une sonde parodontale		
	Non	Oui	Total
Non	79,17%	20,83%	100%
Oui	58,75%	41,25%	100%
Total	66,41%	33,59%	100%

Tableau 8 Distribution selon la formation en parodontologie

La totalité des praticiens en exercice exclusif pratiquaient une évaluation parodontale systématique contre 30% des omnipraticiens. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,005$).

5-5 Hygiène bucco-dentaire

Nous avons ensuite souhaité évaluer la proportion de praticiens qui réservaient une séance complète à l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire.

Là encore, les praticiens en exercice exclusif réservaient tous une séance complète à l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire, contre seulement 46% des omnipraticiens. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$).

La formation a été encore fois une variable qui influait de façon positive et statistiquement significative ($p < 0,05$) car la proportion de praticiens ayant suivi une formation complémentaire en parodontologie et qui avaient réservé une séance complète à l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire augmentait.

Les résultats de l'influence de la formation sur cette pratique sont résumés au sein du tableau suivant.

	Séance complète d'hygiène bucco-dentaire		
Formation	Non	Oui	Total
Non	62,50%	37,50%	100%
Oui	45%	55%	100%
Total	51,56%	48,44%	100%

Tableau 9 Distribution de l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire selon la participation à une formation en parodontologie

5-6 Maintenance parodontale

Les rendez-vous de maintenance parodontale sont primordiaux et font partie intégrante de la prise en charge de la maladie parodontale. Selon le dernier rapport de l'ANAES (19), ils doivent avoir lieu tous les 3 mois, voire toutes les trois semaines durant le trois premiers mois après réalisation d'un lambeau d'assainissement.

Dans notre étude, 88% des praticiens ($n=112$) donnaient des rendez-vous de maintenance parodontale aux patients atteints de parodontites.

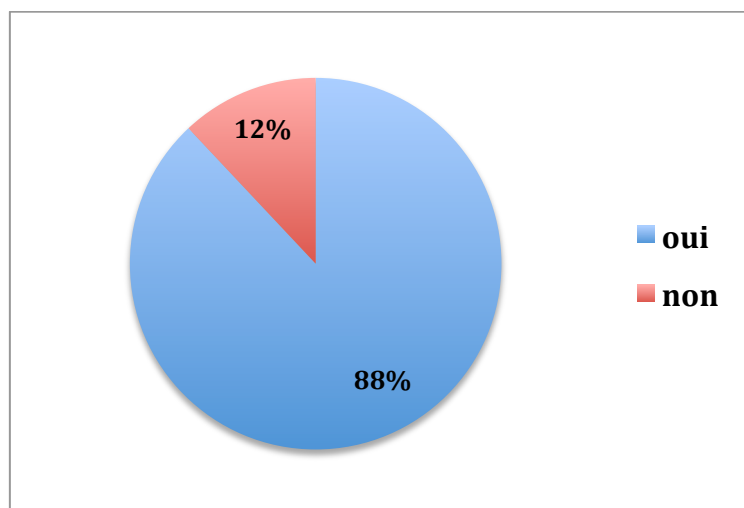


Figure 14 Distribution des praticiens donnant des rendez-vous de maintenance parodontale

Cette proportion augmentait de façon significative lorsque les praticiens participaient à des formations complémentaires en parodontologie puisque ce taux atteignait près de 94% ($p < 0,05$).

Formation	Maintenance parodontale		
	Non	Oui	Total
Non	22,92%	77,08%	100%
Oui	6,25%	93,75%	100%
Total	12,50%	87,50%	100%

Tableau 10 Distribution de la maintenance parodontale selon la participation à une formation en parodontologie

Les praticiens qui donnaient des rendez-vous de maintenance parodontale étaient âgés en moyenne de 46 ans contre 53 ans pour ceux qui n'en donnaient pas. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$).

Le test de chi 2 (Pearson) a confirmé cette observation. Les différences constatées étaient également très significatives ($p < 0,05$).

Les résultats sont illustrés au travers des diagrammes ci-dessous :

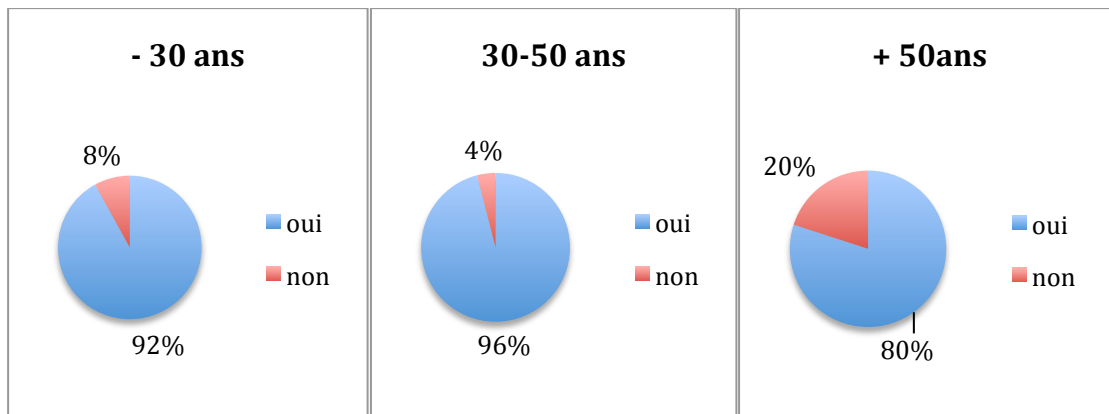


Figure 15 Distribution de la maintenance parodontale selon l'âge des praticiens

5-7 Antibiotiques locaux

Enfin, concernant l'utilisation d'antibiotiques locaux, seuls 33 praticiens sur 128 en prescrivait soit 26% des praticiens.

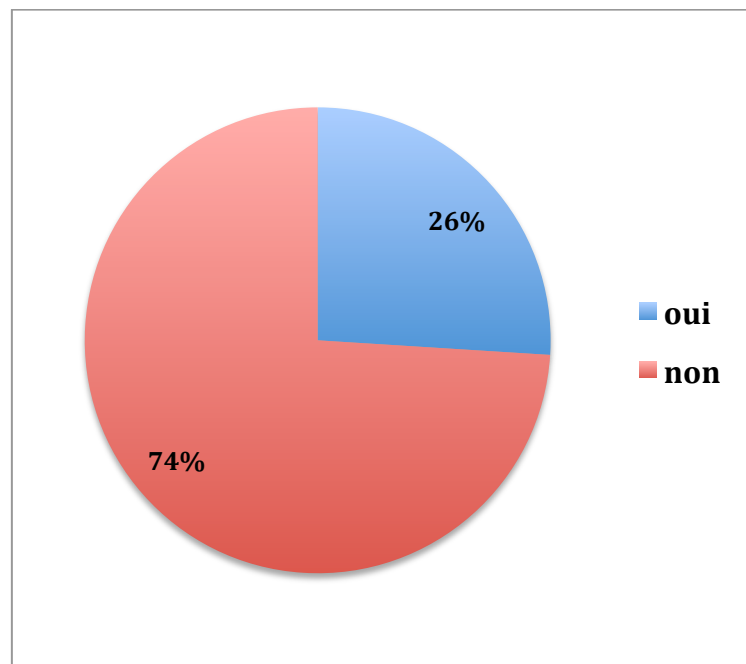


Figure 16 Distribution de l'utilisation des antibiotiques locaux en parodontologie

Les praticiens qui recommandaient la prescription d'antibiotiques locaux dans le traitement des parodontites étaient en moyenne plus âgés que ceux qui n'en prescrivait pas. En effet, la moyenne d'âge du premier groupe était de 52 ans en moyenne contre 46 ans pour le second.

Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$). Les résultats du test chi 2 sont présentés dans le graphique ci-dessous. Ils confirment les résultats du test de Student : les praticiens appartenant à la tranche d'âge « + 50 ans » étaient plus nombreux à prescrire des antibiotiques par voie locale (38%). Les différences constatées étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

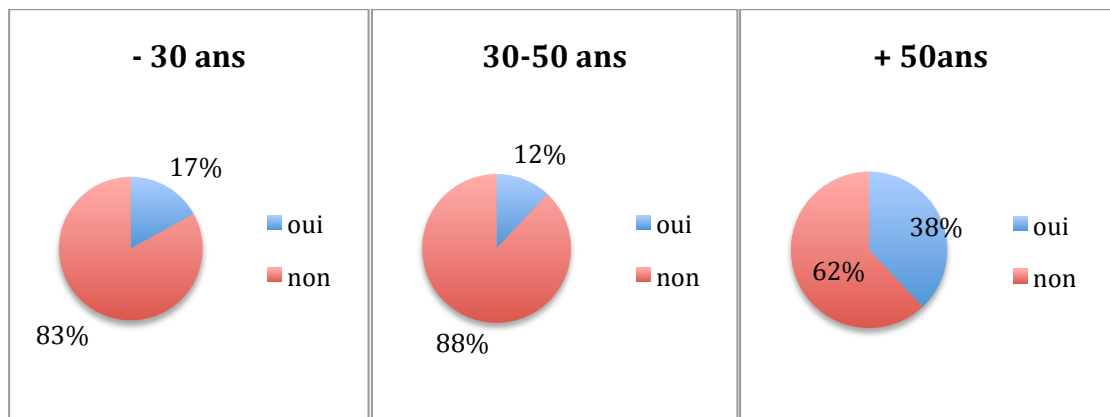


Figure 17 Distribution de l'utilisation d'antibiotiques locaux en fonction de l'âge des praticiens

5-8 Attitude vis à vis du tabac

93% des praticiens ($n=119$) recommandaient à leurs patients d'arrêter leur consommation de tabac. Parmi eux 65% des praticiens ($n=95$) faisaient une démonstration des conséquences du tabac au sein de la cavité buccale.

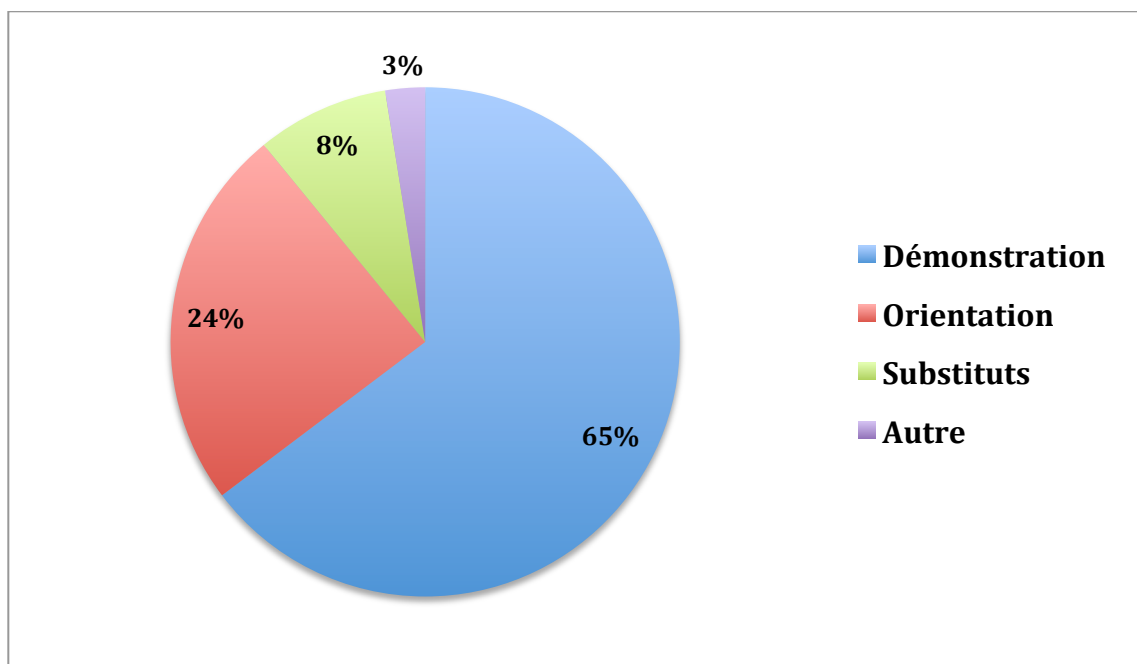


Figure 18 Attitude des praticiens face au tabac

A noter que trois praticiens n'ont pas répondu à la question « comment » alors qu'ils ont déclaré recommander à leur patient d'arrêter leur consommation de tabac. Leurs réponses ont été classées dans la catégorie « autre ».

Aucun facteur parmi ceux qui ont été testés n'influe de façon significative sur la position des chirurgiens-dentistes par rapport au tabac.

6- Actes chirurgicaux réalisés

Nous avons également choisi d'évaluer les types d'actes chirurgicaux réalisés ou non par les praticiens. Le tableau suivant récapitule nos résultats :

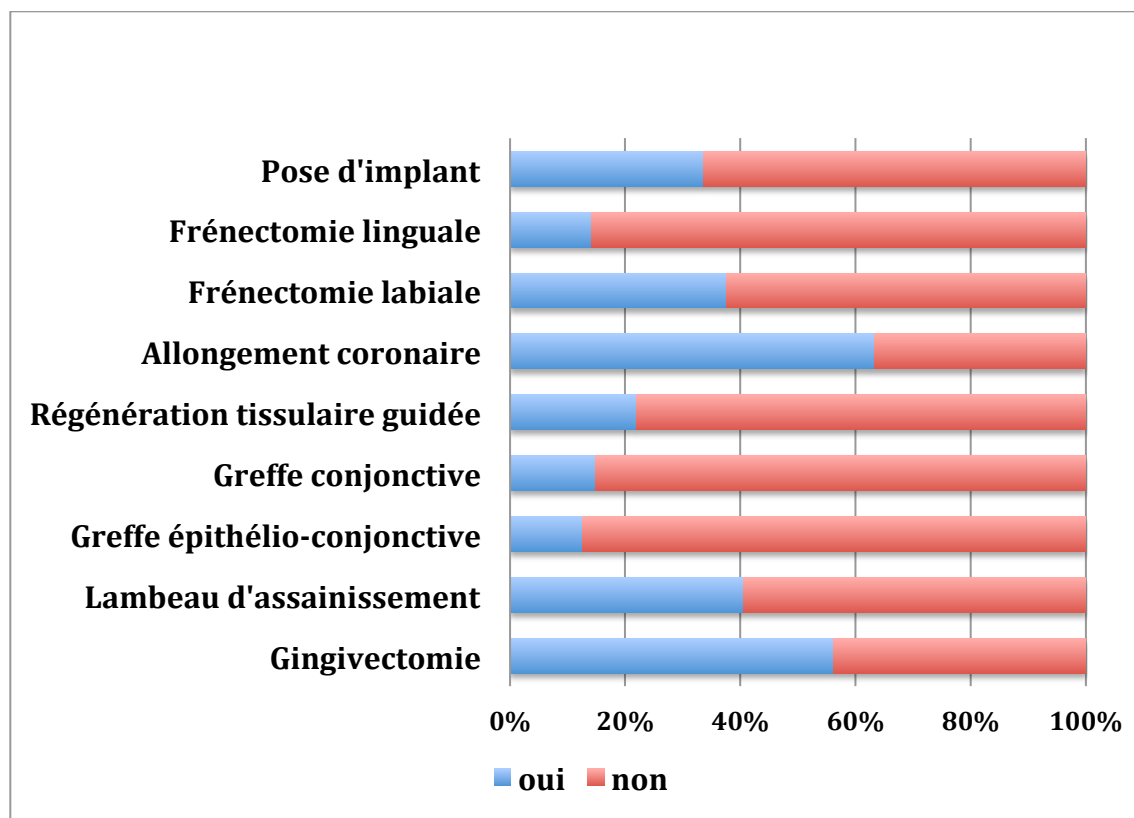


Figure 19 Distribution des actes chirurgicaux réalisés au sein de notre population d'étude

De la même façon que précédemment, nous avons croisé les variables correspondant aux caractéristiques sociodémographiques des praticiens avec la réalisation de chaque acte chirurgical.

6-1 Lambeau d'assainissement

Le lambeau d'assainissement ou surfaçage dit chirurgical, était pratiqué par 41% des praticiens (n=52). Seul l'âge du praticien ne semblait pas influencer les résultats.

Les résultats des tests chi² ayant donné des différences significatives entre les deux groupes testés ($p < 0,05$ voire $p < 0,005$) sont résumés au sein du tableau ci-dessous :

	Surfaçage chirurgical		
Sexe	Non	Oui	Total
Femme	80%	20%	100%
Homme	41,18%	58,82%	100%
Lieu	Non	Oui	Total
Autre	66,28%	33,72%	100%
Bordeaux centre	45,24%	54,76%	100%
Mode d'exercice	Non	Oui	Total
Association	45,28%	54,72%	100%
Collaboration	70%	30%	100%
Seul	68,52%	31,48%	100%
Type d'exercice	Non	Oui	Total
Omnipratique	62,30%	37,70%	100%
Exercice exclusif	0%	100%	100%
Assistante	Non	Oui	Total
Non	88,46%	11,54%	100%
Oui	39,47%	60,53%	100%
Formation	Non	Oui	Total
Non	83,33%	16,67%	100%
Oui	45%	55%	100%

Tableau 11 Distribution de la réalisation du surfaçage chirurgical en fonction des variables significatives

Nous avons constaté que seuls 20% des praticiens de sexe féminin effectuaient cet acte contre 59% des hommes. Cette différence était statistiquement très significative ($p < 0,005$).

Nous avons également noté que 55% des praticiens de Bordeaux centre réalisent ce geste contre 34% des praticiens exerçant au sein des communes alentours. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$).

Par ailleurs, le fait d'exercer au sein d'un cabinet de groupe (en association ou en collaboration), la présence d'une assistante, ainsi que la participation à une formation complémentaire dans le domaine de la parodontologie semblaient influencer de manière significative voire très significative sur la pratique du surfaçage chirurgical.

6-2 Gingivectomie

La gingivectomie était un acte pratiqué par 56% des praticiens de notre étude ($n=72$). Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée selon le lieu ou le mode d'exercice.

Les résultats des analyses croisées ayant mis en évidence des différences significatives entre les groupes testés sont présentés ci-dessous :

	Gingivectomie		
Sexe	Non	Oui	Total
Femme	60%	40%	100%
Homme	29,41%	70,59%	100%
Type d'exercice	Non	Oui	Total
Omnipratique	45,90%	54,10%	100%
Exercice exclusif	0%	100%	100%
Assistante	Non	Oui	Total
Non	69,46%	36,54%	100%
Oui	30,26%	69,74%	100%
Formation	Non	Oui	Total
Non	70,83%	29,17%	100%
Oui	27,50%	72,50%	100%
Age des praticiens	Non	Oui	Total
0-30 ans	67%	33%	100%
30-50 ans	28%	72%	100%
+ de 50 ans	52%	48%	100%

Tableau 12 Distribution de la réalisation de la gingivectomie en fonction des variables significatives

Nous avons observé qu'une proportion moins importante de femmes réalisait des gingivectomies. En effet, elles n'étaient que 40% à l'effectuer contre 71% des praticiens de sexe masculin. Cette différence était statistiquement très significative ($p < 0,005$). Le présence d'une assistante ainsi que le fait d'avoir participé à des formations complémentaires en parodontologie augmentaient de façon très significative cette pratique ($p < 0,005$). Enfin les praticiens âgés de 30 à 50 ans étaient bien plus nombreux (72%) à pratiquer la gingivectomie que leurs confrères. Cette différence était significative ($p < 0,05$).

6-3 Allongement coronaire

L'allongement coronaire était un acte pratiqué par 63% des praticiens ($n=81$). Après analyse par test du χ^2 , nous n'avons pas constaté de différences statistiquement significatives ($p > 0,05$) en fonction du lieu du cabinet, du mode ou du type d'exercice. En revanche, nous avons mis en évidence des différences statistiquement significatives en fonction de la tranche d'âge du praticien ($p < 0,005$), du sexe du praticien ($p < 0,05$), de la présence d'une assistante ($p < 0,005$) ainsi que de la formation du praticien ($p < 0,005$).

Nos résultats sont présentés au sein du tableau ci-dessous :

	Allongement coronaire		
Sexe	Non	Oui	Total
Femme	48,33%	51,67%	100%
Homme	26,47%	73,53%	100%
Assistante	Non	Oui	Total
Non	51,92%	48,08%	100%
Oui	26,32%	73,68%	100%
Formation	Non	Oui	Total
Non	52,08%	47,92%	100%
Oui	27,50%	72,50%	100%
Age des praticiens	Non	Oui	Total
0-30 ans	58%	42%	100%
30-50 ans	14%	86%	100%
+ de 50 ans	50%	50%	100%
Oui	27,50%	72,50%	100%

Tableau 13 Distribution de la réalisation de l'allongement coronaire en fonction des variables significatives

Nous avons constaté que les praticiens de sexe féminin réalisaient moins d'allongements coronaires (52%) que leurs homologues masculins (74%).

Par ailleurs, la présence d'une assistante favorisait la réalisation de ce geste chirurgical. Les formations complémentaires éventuellement réalisées par le praticien dans le domaine de la parodontologie augmentaient également de façon très significative la pratique de ce geste puisque 73% des praticiens ayant participé à ces formations contre seulement 45% de praticiens sans formations complémentaires, effectuaient des allongements coronaires.

Enfin, les praticiens appartenant à la catégorie des 30-50 ans se distinguaient. 86% d'entre eux pratiquaient les allongements coronaires contre seulement 50% des plus de 50 ans et 42% des moins de 30 ans.

6-4 Régénération tissulaire guidée

Nous avons constaté que peu de praticiens réalisaient des régénérations tissulaires guidées puisque seuls 22% des praticiens (n=28) en effectuaient.

Nous n'avons pas observé de différence significative concernant la pratique de ce geste en fonction de l'âge du praticien ou du mode d'exercice. En revanche, un certain nombre de variables semblaient l'influencer de façon très significative.

Ces résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	Régénération tissulaire guidée		
Sexe	Non	Oui	Total
Femme	93,33%	6,67%	100%
Homme	64,71%	35,29%	100%
Lieu	Non	Oui	Total
Autre	84,88%	15,12%	100%
Bordeaux centre	64,29%	35,71%	100%
Type d'exercice	Non	Oui	Total
Omnipratique	81,97%	18,03%	100%
Exercice exclusif	0%	100%	100%
Assistante	Non	Oui	Total
Non	98,08%	1,92%	100%
Oui	64,47%	35,53%	100%
Formation	Non	Oui	Total
Non	93,75%	6,25%	100%
Oui	68,75%	31,25%	100%

Tableau 14 *Distribution de la réalisation de la régénération tissulaire guidée en fonction des variables significatives*

Ces résultats nous ont permis de conclure que le sexe influait de façon très significative ($p < 0,005$) sur la pratique des régénérations tissulaires guidées puisque 93% des praticiens de sexe féminin n'en effectuaient pas. Le lieu d'installation semblait également être un facteur important puisque 35% des personnes exerçant au sein de Bordeaux centre réalisaient ce geste contre seulement 15% des praticiens exerçant aux alentours.

La présence d'une assistante semblait aussi être un facteur important car 98% des praticiens sans assistante ne pratiquaient pas ce geste. Cependant seuls 35% des praticiens avec une assistante le réalisaient.

De même, 94% des praticiens n'ayant pas réalisé de formations complémentaires en parodontologie n'effectuaient pas de régénérations tissulaires guidées mais seuls 31% des praticiens avec cette formation l'effectuaient. Enfin cet acte semblait très peu pratiqué par les omnipraticiens (18% l'effectuaient), mais semblait plutôt réservé aux praticiens en exercice exclusif qui l'effectuaient à 100%. Toutes ces différences entre les groupes étaient statistiquement très significatives ($p < 0,005$).

6-5 Frénectomies

Les frénectomies labiales étaient réalisées par 38% des praticiens ($n=48$) mais seuls 14% des praticiens ($n=18$) effectuaient des frénectomies linguales. Les facteurs qui influent sur la réalisation de ces gestes étaient les mêmes. En effet, les résultats des analyses croisées n'avaient pas mis en évidence de différences statistiquement significatives concernant l'âge des praticiens, le lieu d'installation et le mode d'exercice ($p > 0,05$).

Les résultats des variables à l'origine de différences significatives entre les différents groupes étaient présentés dans le tableau suivant :

	Frénectomie labiale			Frénectomie linguale		
	Non	Oui	Total	Non	Oui	Total
Sexe						
Femme	80%	20%	100%	96,67%	3,33%	100%
Homme	47,06%	52,94%	100%	76,47%	23,53%	100%
Type d'exercice						
Omnipraticien	65,57%	34,43%	100%	89,34%	10,66%	100%
Exercice exclusif	0%	100%	100%	16,67%	83,33%	100%
Assistante						
Non	78,85%	21,15%	100%	96,15%	3,85%	100%
Oui	51,32%	48,68%	100%	78,95%	21,05%	100%
Formation						
Non	83,33%	16,67%	100%	97,92%	2,08%	100%
Oui	50%	50%	100%	78,75%	21,05%	100%

Tableau 15 Distribution de la réalisation des différents types de frénectomies en fonction des variables significatives

Au vu de ces résultats, nous pouvons conclure que le sexe du praticien semblait être une variable importante qui entraînait des différences statistiquement très significatives ($p < 0,005$).

En effet, 80% des femmes ne pratiquaient pas les frénectomies labiales. Cette proportion atteignait 97% lorsqu'il s'agissait de frénectomies linguales. Par ailleurs, la présence d'une assistante semblait jouer un rôle important puisque nous avons observé que 79% des praticiens qui n'avaient pas d'assistante ne pratiquaient pas les frénectomies labiales ($p < 0,005$) et 96% ne pratiquaient pas les frénectomies linguales ($p < 0,05$).

Par ailleurs, la pratique de ces gestes semblait augmenter de façon très significative avec le niveau de formation des praticiens ($p < 0,005$) puisque 83% des praticiens sans formation complémentaire en parodontologie ne réalisaient pas les frénectomies labiales et 98% ne réalisaient pas les frénectomies linguales. De même, tous les praticiens en exercice exclusif effectuaient les frénectomies labiales contre 34% des omnipraticiens. Ce taux diminuait à 11% lorsqu'il s'agissait de frénectomies linguales. Il est à noter que 1 praticien qui s'était déclaré en exercice exclusif parmi les 6 praticiens inclus dans notre étude, ne pratiquait pas les frénectomies linguales. Ces différences étaient statistiquement très significatives ($p < 0,005$).

6-6 Greffes gingivales

Les greffes épithélio-conjonctives étaient pratiquées par 12,5% des praticiens ($n=16$) et les greffes conjonctives par 14,8% des praticiens ($n=19$).

L'âge ainsi que le mode d'exercice du praticien ne semblaient pas influencer de façon significative la pratique de ce geste ($p > 0,05$).

En revanche, les résultats des tests de χ^2 avaient mis en évidence des différences significatives sous l'influence du sexe, du lieu d'exercice, du type d'exercice, de la présence d'une assistante et de la formation du praticien.

Les résultats de ces tests sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Sexe	Grefe épithélio-conjonctive			Grefe conjonctive		
	Non	Oui	Total	Non	Oui	Total
Femme	96,67%	3,33%	100%	95%	5%	100%
Homme	79,41%	20,59%	100%	76,47%	23,53%	100%
Lieu d'exercice	Non	Oui	Total	Non	Oui	Total
Autre	91,86%	8,14%	100%	90,70%	9,30%	100%
Bordeaux centre	78,57%	21,43%	100%	73,81%	26,17%	100%
Type d'exercice	Non	Oui	Total	Non	Oui	Total
Omnipraticien	90,98%	9,02%	100%	89,34%	10,66%	100%
Exercice exclusif	16,67%	83,33%	100%	0%	100%	100%
Assistante	Non	Oui	Total	Non	Oui	Total
Non	98,08%	1,92%	100%	98,08%	1,92%	100%
Oui	80,26%	19,74%	100%	76,32%	23,68%	100%
Formation	Non	Oui	Total	Non	Oui	Total
Non	97,92%	2,08%	100%	97,92%	2,08%	100%
Oui	81,25%	18,75%	100%	77,50%	22,50%	100%

Tableau 16 Distribution de la réalisation des greffes gingivales en fonction des variables significatives

Nous avons constaté une différence notable entre les femmes et les hommes. En effet, elles n'étaient que 3% à pratiquer les greffes épithélio-conjonctives contre 21% des hommes et 5% réalisaient les greffes conjonctives contre 24% des hommes. Cette différence était statistiquement très significative ($p < 0,005$).

Les praticiens de Bordeaux centre semblaient également effectuer de façon plus importante ces actes par rapport à leurs confrères des communes alentours. En effet, 21% des praticiens ayant un exercice urbain réalisaient les greffes épithélio-conjonctives et 26% les greffes conjonctives contre seulement respectivement 8% et 9% pour les autres praticiens. Cette différence était statistiquement significative ($p < 0,05$).

Par ailleurs la présence d'une assistante semblait améliorer de façon statistiquement très significative la pratique de ces chirurgies ($p < 0,005$). En

effet, 98% des praticiens sans assistante ne pratiquaient ni la greffe épithélio-conjonctive ni la greffe conjonctive. Cependant, même en ayant la possibilité d'être assistés, ces proportions n'augmentaient, respectivement, que jusqu'à 20% et 24%.

En outre, les praticiens ayant participé à des formations complémentaires dans le domaine de la parodontologie étaient plus nombreux à pratiquer des greffes (19% pour les greffes épithélio-conjonctives et 23% concernant les greffes conjonctives). Ces différences étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$).

Enfin, ces actes semblaient être réservés à une certaine catégorie de praticiens puisque la totalité des praticiens en exercice exclusif effectuaient des greffes de conjonctif contre seulement 11% des omnipraticiens. Ainsi, 5 des 6 praticiens paro-implantologues exclusifs avaient déclaré pratiquer les greffes épithélio-conjonctives contre 9% des omnipraticiens. Ces différences étaient statistiquement très significatives ($p < 0,005$).

6-7 Pose d'implants

Selon les résultats de notre questionnaire, 34% des praticiens sondés posaient des implants soit $n=43$. Le lieu d'installation des praticiens ainsi que leur mode d'exercice ne semblaient pas influencer de façon significative sur ces résultats ($p > 0,05$).

Les résultats des variables influant de manière significative sur nos résultats sont présentés dans le tableau suivant :

	Pose d'implants		
Sexe	Non	Oui	Total
Femme	91,67%	8,33%	100%
Homme	44,12%	55,88%	100%
Type d'exercice	Non	Oui	Total
Omnipratique	68,85%	31,15%	100%
Exercice exclusif	16,67%	83,33%	100%
Assistante	Non	Oui	Total
Non	90,38%	9,62%	100%
Oui	50%	50%	100%
Formation	Non	Oui	Total
Non	91,67%	8,33%	100%
Oui	51,25%	48,75%	100%
Age des praticiens	Non	Oui	Total
0-30 ans	83%	17%	100%
30-50 ans	76%	50%	100%
+ 50 ans	66%	24%	100%

Tableau 17 Distribution de la pose d'implants en fonction des variables significatives

Nous avons constaté que les praticiens de sexe féminin pratiquaient la chirurgie implantaire de façon beaucoup moins courante par rapport à leurs homologues masculins. En effet, elles n'étaient que 8% à poser des implants contre 56% des hommes. Cette différence était statistiquement très significative ($p < 0,005$).

La présence d'une assistante semblait également influencer de façon très significative ($p < 0,005$). En effet 90% des praticiens sans assistante ne posaient pas d'implants. Pourtant seuls 50% des praticiens avec une assistante pratiquaient cet acte chirurgical.

Par ailleurs, la participation à une formation continue en parodontologie semblait augmenter la proportion de praticiens qui posaient des implants. Cette différence était statistiquement très significative ($p < 0,005$).

En outre, 5 praticiens sur les 6 praticiens en exercice exclusif avaient déclaré poser des implants, alors que seuls 31% des omnipraticiens en posaient. Cette différence était statistiquement très significative ($p < 0,005$).

Enfin, la moitié praticiens appartenant à la catégorie des 30-50 ans posaient des implants contre seulement 17% des moins de 30 ans et 24% des plus de 50 ans.

6-8 Analyses complémentaires

Nous avons également souhaité examiner certaines pratiques en fonction de la réalisation de certains actes.

Nous avons tout d'abord souhaité évaluer la prise en charge des parodontites agressives par rapport à la réalisation de certains actes chirurgicaux tels que la réalisation d'un lambeau d'assainissement ainsi que la pratique d'une régénération tissulaire guidée.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

	Parodontite agressive		
	Non	Oui	Total
Régénération tissulaire guidée			
Non	94,83%	64,29%	78,13%
Oui	5,17%	35,71%	21,88%
Total	100%	100%	100%
Lambeau d'assainissement			
Non	86,21%	37,14%	59,38%
Oui	13,79%	62,86%	40,63%
Total	100%	100%	100%

Tableau 18 Analyse complémentaire : parodontite agressive

Nous avons constaté que 37% des praticiens qui prenaient en charge les patients atteints de parodontites agressives ne faisaient pas de lambeaux d'assainissements et 64% ne faisaient pas de régénérations tissulaires guidées. Ces résultats étaient statistiquement significatifs ($p < 0,005$).

Enfin, nous avons souhaité examiner les pratiques pré-implantaires des chirurgiens-dentistes de Bordeaux Métropole en comparant la proportion de

praticiens qui posaient des implants avec la proportion de praticiens réalisant un certain nombre d'actes de préparation parodontale.

Les résultats de cette analyse sont présentés ci-dessous :

	Pose d'implant		
Frénectomie labiale	Non	Oui	Total
Non	80%	27,91%	62,50%
Oui	20%	72,09%	37,50
Total	100%	100%	100%
Greffe conjonctive	Non	Oui	Total
Non	97,65%%	60,47%	85,16%
Oui	2,35%	39,53%	14,84%
Total	100%	100%	100%
Greffe épithélio-conjonctive	Non	Oui	Total
Non	98,82%	65,12%	87,50%
Oui	1,18%	34,88%	12,50%
Total	100%	100%	100%

Tableau 19 Analyse complémentaire : pose d'implants

Nous avons observé que 28% des praticiens qui avaient déclaré poser des implants ne réalisaient pas de frénectomies labiales, 60% ne réalisaient pas de greffes conjonctives et 65% ne réalisaient pas de greffes épithélio-conjonctives. Ces résultats étaient statistiquement très significatifs ($p < 0,005$).

Enfin, pour clôturer notre questionnaire, nous nous sommes intéressés à la ou les raisons invoquées par les praticiens pour expliquer l'absence de pratique de certains actes chirurgicaux. Cette question n'a pas fait l'objet d'une analyse statistique plus approfondie car les praticiens n'ont pas tous répondu à la question : 6 praticiens n'ont pas répondu alors qu'ils ne réalisaient pas tous les actes.

Cette question est la seule qui a été volontairement laissée à choix multiples. Nos résultats sont présentés ci-dessous. Ils sont le reflet des réponses de 116 praticiens.

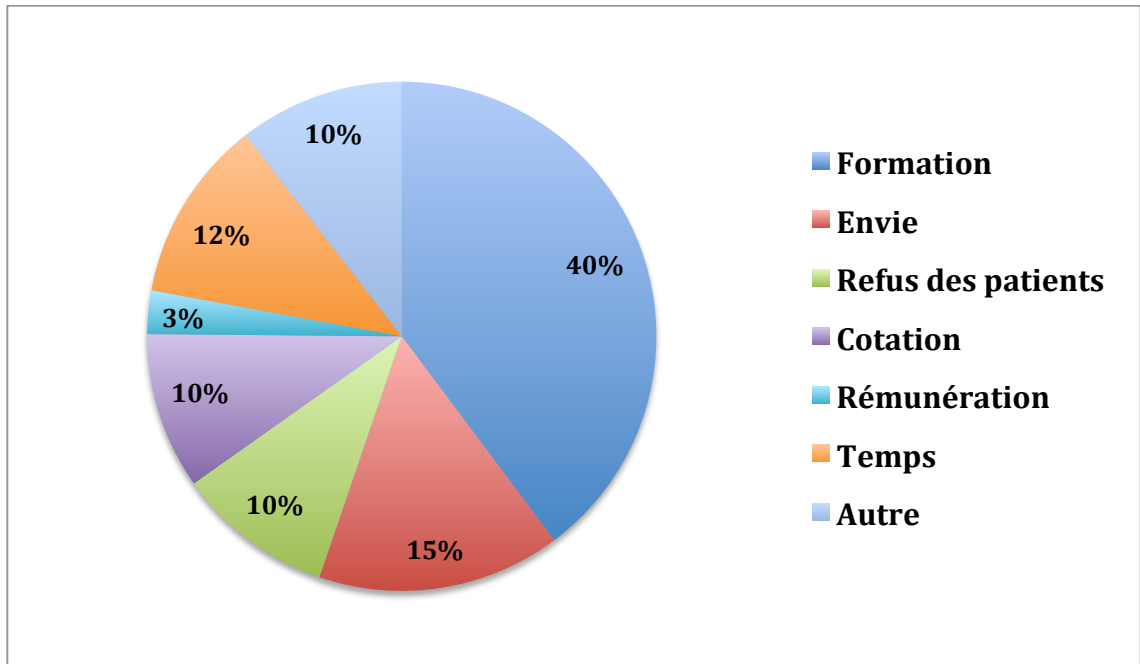


Figure 20 Raisons invoquées par les praticiens pour justifier l'absence de réalisation de certains actes

La raison le plus souvent invoquée par les praticiens pour justifier l'absence de réalisation de certains actes chirurgicaux était le manque de formation. En effet, cette réponse apparaissait dans 40% des cas. Elle était suivie par le manque d'envie, qui apparaissait dans 15% des réponses.

Nous avons également examiné la première réponse donnée par les praticiens. Le manque de formation arrivait une nouvelle fois en tête des réponses pour 45% des praticiens. La proportion des praticiens qui mettaient en avant leur manque d'envie était de 24%.

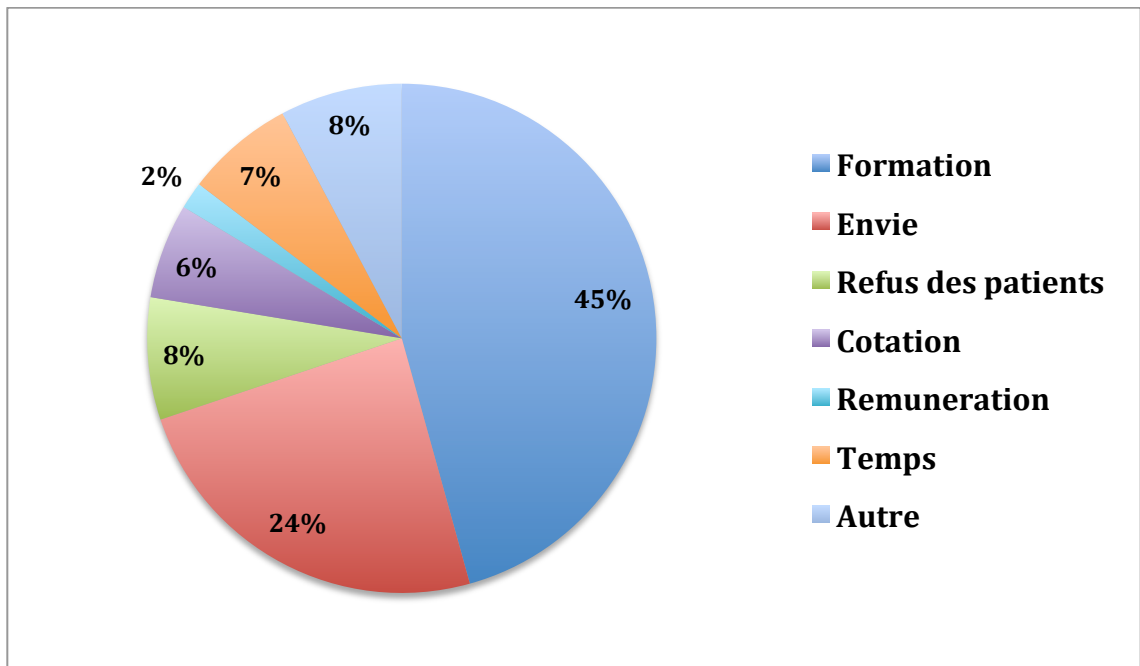


Figure 21 Répartition en tenant compte de la première réponse donnée

D'autres raisons avaient également été invoquées par les praticiens, pour 5 praticiens, il s'agissait du fait d'exercer seul, sans assistante.

Le manque de matériel ainsi que des locaux inadaptés avaient également été cités. Un praticien avait déclaré utiliser d'autres techniques.

Enfin, quelques praticiens considéraient que ces actes étaient à réaliser par un parodontologiste et adressaient leurs patients à un confrère.

IV- Discussion :

1- Résumé des résultats et comparaison avec d'autres études :

Les praticiens participant à notre étude réalisaient plus fréquemment les actes non chirurgicaux (détartrage, surfaçage non-chirurgical, maintenance parodontale). Ils ne semblent pas considérer que ces actes nécessitent un savoir-faire particulier (25). Ces résultats concordent avec ceux obtenus par Ghiabi en 2012, au Canada (26), Halemani en 2014, en Inde (27) et Gadhia en 2010 au Royaume-Uni (28). Selon Ghiabi, les actes chirurgicaux les plus fréquemment réalisés étaient les frénectomies, les allongements coronaaires et les gingivectomies. Pour Lanning et al en 2007 (25), les actes de chirurgie parodontale les plus réalisés étaient respectivement l'allongement coronaire (38%) et la réduction de profondeur de poche (21%). Dans notre étude, l'élongation coronaire et la gingivectomie se distinguaient également. Les actes les moins réalisés étaient les greffes et les frénectomies linguales. Nous constatons que les greffes épithélio-conjonctives étaient légèrement moins réalisées que les greffes conjonctives (14% versus 12%). Les praticiens concernés utilisaient probablement d'autres techniques. Compte tenu du faible taux de réponses nous ne pouvons que constater ces résultats sans en tirer de conclusions. Cependant, nous avons observé que 34% des praticiens posaient des implants. Parmi eux plus de 60% ne réalisaient pas de greffes. Or ces actes sont couramment associés et souvent nécessaires avant une chirurgie implantaire. Selon une étude menée par Linkevicius en 2009, l'alvéolyse péri-implantaire est supérieure en cas de parodonte fin (29). De plus, un parodonte épais est considéré comme essentiel pour assurer le succès des restaurations ultérieures ainsi que la santé buccale du patient dans son ensemble (17). Il semblerait aujourd'hui que le facteur principal soit lié à un bon contrôle de plaque plus facile à obtenir par les patients lorsque la gencive kératinisée est suffisante (>2mm) (30).

Des rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé ont révélé que la prévalence des maladies parodontales a diminué dans les pays où la consommation de tabac a diminué (6) (13). Les praticiens de notre étude semblaient bien conscients de l'influence du tabac sur les parodontites puisqu'ils étaient 93% à recommander aux patients d'arrêter de fumer.

Nous avons également observé de grandes disparités entre les pratiques des hommes et des femmes. Si en terme de pratiques générales, il ne semblait pas y avoir de différences, elles réalisaient beaucoup moins d'actes de parodontologie que leurs homologues masculin et ce, même lorsqu'il s'agissait d'actes non chirurgicaux. Pourtant, notre échantillon était plus féminin en comparaison à la moyenne nationale, ce qui accentue les différences constatées. Cette tendance semble se confirmer. Une étude menée par Zemanovich en 2006 a montré que les femmes adressaient plus de patients à des praticiens spécialisés en parodontologie que les hommes (31).

Par ailleurs, les praticiens étaient beaucoup plus nombreux (84%) à prendre en charge les patients atteints de parodontites chroniques que ceux atteints de parodontites agressives (55%). Darby et al. a montré en 2005, lors d'une étude transversale réalisée auprès de 285 chirurgiens-dentistes omnipraticiens que ceux-ci étaient assez enclins à prendre en charge les patients souffrant de gingivites et de parodontites débutantes. Ils n'étaient en revanche que 61,9% à être confiants dans le diagnostic de parodontites agressives, environ 1/3 (36,3%) dans celui des parodontites sévères et ils étaient 51,9% à ne pas être sûr d'être capable de prendre en charge les patients atteints de parodontites sévères (17).

Nous notons que les praticiens n'étaient que 34% à réaliser un sondage systématique à l'aide d'une sonde parodontale pour chaque nouveau patient. Le diagnostic d'une maladie parodontale se fait sur des critères cliniques. D'une part, l'évaluation parodontale à l'aide d'une sonde parodontale va permettre d'évaluer la perte d'attache et la profondeur de poche (32), d'autre part, le saignement au sondage va mettre en évidence une inflammation gingivale (19).

Par ailleurs, 41% des omnipraticiens diagnostiquaient moins de 10 patients en moyenne sur un mois. Compte tenu de la prévalence de la maladie parodontale en France, nous pouvons supposer qu'elle était sous-diagnostiquée bien que ce pourcentage ne concerne que 95 réponses de praticiens. Une étude menée par Bourgeois en France en 2007, a d'ailleurs mis en évidence des différences significatives entre les prévalences des pertes d'attache et des profondeurs de sondage mesurées par les praticiens en tenant bien évidemment compte de la localisation des poches parodontales (33).

En outre, le même pourcentage de praticiens réalisait les surfaçages non chirurgicaux et donnait des rendez-vous de maintenance parodontale (88%). Les praticiens semblent conscients de l'importance du suivi dans la prise en charge parodontale d'un patient. Il faudrait évaluer s'ils respectent le calendrier des rendez-vous de maintenance parodontale (19) (34).

De plus, nous avons constaté que 37% des praticiens qui prenaient en charge les parodontites agressives n'effectuaient pas de lambeaux d'assainissement et 64% ne réalisaient pas de régénérations tissulaires guidées. Peut-être s'orientaient-ils uniquement vers des techniques non-chirurgicales ? Des investigations complémentaires sont à envisager. Une étude récente menée par Saito, a mis en évidence une efficacité à long terme des dérivés de la matrice amélaire dans le traitement de défauts intra-osseux (35). Une méta-analyse réalisée par Mailoa, a montré que les thérapeutiques chirurgicales sont indiquées dans le traitement des poches parodontales supérieures ou égales à 7mm (36). Ces chirurgies font parties du traitement des parodontopathies selon les recommandations de l'ANAES comme thérapeutique de deuxième intention (cf. Annexe 2).

De même, selon ce même rapport, « l'utilisation de l'antibiothérapie locale à libération contrôlée, seule, n'a pas d'intérêt démontré pour le traitement des parodontites » et « l'irrigation sous-gingivale d'antibiotiques dans le cadre du traitement de la parodontite n'est pas recommandée » (19). Pourtant, 26% des praticiens sondés en utilisaient.

Nous avons constaté que les praticiens appartenant à la catégorie des 30-50 ans étaient plus nombreux à prendre en charge les parodontites chroniques, donnaient plus de rendez-vous de maintenance parodontale et prescrivaient moins d'antibiotiques locaux que leurs aînés. La parodontologie est une spécialité qui a beaucoup évolué ces dernières décennies et les plus jeunes praticiens semblent en être conscients. Nous avons cependant observé que concernant certains actes chirurgicaux tels que : la gingivectomie, l'élongation coronaire et la pose d'implant, la catégorie des 30-50 ans se distinguait selon une courbe gaussienne. Compte tenu de notre faible échantillon nous ne pouvons que constater ces résultats sans en tirer de conclusions. Des analyses complémentaires sont à prévoir.

Les praticiens participant à notre étude semblaient, de manière générale bien diagnostiquer les problèmes parodontaux mais semblaient être moins confiants dans leurs capacités à les traiter. Pour expliquer ces résultats, la formation était le facteur mis en exergue dans la quasi-totalité de nos analyses statistiques. Il s'agissait également de la réponse plébiscitée par les praticiens pour expliquer l'absence de réalisation de certains actes chirurgicaux. Ces résultats confirment ceux de Schaub, cité par Darby (17), dont l'étude révèle que les chirurgiens dentistes ne pensent pas avoir les connaissances adéquates en terme de traitement parodontal (37). Spencer et Lewis cités également par Darby (17) suggèrent également que les variations observées dans la gestion maladies parodontales par les chirurgiens omnipraticiens seraient dues à différents niveaux de compétences et de connaissances (38).

En France, un rapport d'étude réalisé par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), en décembre 2013, souligne le fait que l'augmentation constante du numerus clausus ne peut être absorbée par les facultés dentaires et les services hospitaliers dont les capacités de formation ne sont pas immédiatement flexibles (39). Ce même rapport indiquait qu'au CHU de Bordeaux, on comptait 5,8 étudiants ou internes par fauteuil clinique en 2009 et 5,6 en 2013 (la moyenne nationale était de 2,8 en 2009 et 3 en 2013).

Par ailleurs, les volumes horaires alloués aux enseignements théoriques et pratiques en prothèse et en odontologie conservatrice sont bien supérieurs à ceux de la parodontologie. Dans notre étude, 62% des praticiens avaient participé à une formation complémentaire en parodontologie et selon un rapport publié en 2007 par l'ONDPS, un grand nombre de praticiens ressent le besoin de compléter leur formation initiale (40). Une étude menée par Heasman au Royaume-Uni dans 14 écoles dentaires, n'a pas retrouvé de différences dans les connaissances théoriques enseignées aux étudiants en formation initiale, en revanche, peu avaient la possibilité d'effectuer des actes chirurgicaux ou des poses d'implants (41).

Compte tenu de l'importance de la prévalence des maladies parodontales en France ainsi que du vieillissement de la population, la formation initiale devrait être réévaluée. D'autant plus que, selon l'étude de Lee, les praticiens les mieux formés sont aussi les plus conservateurs et sont ceux qui pratiquent le plus la chirurgie parodontale (42). Les formations continues sont elles aussi à améliorer puisque bien qu'elles influent de façon positive sur les pratiques parodontales des praticiens, un grand nombre de praticiens ne réalisait pas ou peu d'actes chirurgicaux. Elles semblent donc avoir une influence davantage sur leurs capacités théoriques que pratiques.

Le manque d'intérêt pour la parodontologie est la deuxième raison invoquée par les praticiens sondés. Gift, cité par Darby (17), constatait dans son étude, que de nombreux dentistes omnipraticiens n'avaient que peu d'intérêt pour l'étiologie, la prévention et le traitement des maladies parodontales et que seule une faible proportion de leur temps était dévolue à la parodontologie (43).

Selon les résultats d'une revue de littérature réalisée par Konig et Holtfreter concernant la prévalence des maladies parodontales en Europe, il semblerait que dans les pays où le métier d'hygiéniste est reconnu, comme en Suède ou en Suisse, la collaboration entre dentiste et hygiéniste pourrait expliquer la plus faible prévalence de perte dentaire comparée aux autres pays d'Europe (44).

Autre fait à souligner, nous avons constaté que seuls 52 praticiens sur les 128 sondés traitaient ou adressent les patients dont ils avaient diagnostiqué la maladie parodontale. Ce chiffre, alarmant, est à relativiser puisque la question semble de manière générale ne pas avoir été bien comprise par les praticiens mais souligne une tendance dans leurs pratiques. Il faut aussi tenir compte du refus des patients pour qui les soins de parodontologie semblent plus abstraits que les soins carieux ou prothétiques (45). Chestnutt et Kinane, cités par Darby (17) suggèrent, dans une étude réalisée auprès des chirurgiens-dentistes omnipraticiens écossais que la gestion des maladies parodontales a été éclipsée par d'autres aspects, plus « spectaculaires », de l'activité dentaire et que l'apport d'un soin conservateur ou d'une prothèse semble, pour un patient profane, être meilleur que les bénéfices abstraits d'un traitement parodontal (46). Or, toute la difficulté d'une prise en charge parodontale efficace réside dans le fait que le patient fait partie intégrante du traitement. Sa motivation est un élément primordial qui conditionne la réussite et la pérennité du traitement.

Le facteur financier n'est également pas à négliger. D'une part, les soins de parodontologie sont coûteux et non pris en charge par la sécurité sociale, d'autre part, ces soins sont longs et nécessitent une motivation et une participation active du patient pour réussir. Selon le rapport de l'ONDPS 2013, « le renoncement aux soins pour des raisons financières est régulièrement établi par les enquêtes sur la santé la protection sociale de l'IRDES » (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) (39). De plus, bien que les omnipraticiens tentent de leur mieux, de gérer les patients atteints de maladies parodontales, le système de santé publique ne les encourage pas (28) (45).

Il semblerait également que la reconnaissance du métier d'hygiéniste permettrait de diminuer le coût des soins pour les patients et de libérer du temps pour les chirurgiens-dentistes (47). Selon les résultats de notre étude, seuls 46% des omnipraticiens réservaient une séance complète à l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire. L'étude de Luciak, réalisée en 2003, révélait une méconnaissance des moyens d'hygiène bucco-dentaire de la majorité de la population Française et la prise en charge initiale par les

chirurgiens-dentistes consistait le plus souvent en un geste clinique (47). Or la première étape d'un traitement parodontal consiste en une préparation parodontale du patient, qui passe par un enseignement des manœuvres d'hygiène adéquates (48).

Il est important que les praticiens sachent quand et comment traiter et à quel moment adresser. Une étude menée par Dockter et Al en 2006 aux Etats-Unis, a montré que 74 % des patients adressés à des praticiens en exercice exclusif en parodontologie, présentaient une parodontite sévère. Parmi ceux-ci environ un tiers nécessitait au moins l'avulsion de deux dents du fait d'une orientation trop tardive (49). Par ailleurs, une autre étude menée par Cobb et al a montré qu'en 2000 les patients adressés à des parodontologues présentaient une parodontite plus sévère et nécessitaient l'avulsion d'un nombre plus élevé de dents, que ceux adressés en 1980 (50). Une étude menée par Tugnait et al au Royaume Uni a montré que la décision d'adresser les patients à des parodontologues ne dépendait pas uniquement des caractéristiques de la maladie parodontale (51).

La question des facteurs influençant la décision d'adresser le patient à un confrère mérite d'être approfondie et une étude devrait être menée à l'échelle nationale. Elle serait cependant difficile à mener parce que les critères de diagnostic, de pronostic et d'orientation en parodontologie sont praticien-dépendant et les réglementations diffèrent selon les pays (47) (52).

2- Limites de l'étude

Notre étude s'est limitée à Bordeaux et à sa Métropole. La présence d'une faculté d'odontologie ainsi que d'un centre hospitalier universitaire a pu influencer nos résultats car 86% des praticiens de l'étude étaient diplômés de la faculté de Bordeaux. Cela constitue un biais de sélection.

Par ailleurs, nous avons, pour des questions de coût, choisi une distribution par courriel. Ce mode de communication peut cibler une population plus jeune de praticiens et a pu entraîner un biais de sélection. Toutefois, notre échantillon varie relativement peu par rapport à l'âge moyen des chirurgiens-dentistes de France et plus de la moitié de notre échantillon appartient à la catégorie des

plus de 50 ans. De plus, l'adresse mail récupérée était souvent une adresse mail professionnelle commune et il était laissé à la bonne volonté de la secrétaire ou de l'assistante de transférer le questionnaire et de bien informer le praticien de la nécessité de le remplir en ligne.

Un certain nombre de praticiens, nous a aussi indiqué, au cours de notre démarchage téléphonique, accepter de participer par courrier mais pas par mail. Notre taux de réponse qui est de 29%, aurait peut-être été plus élevé si la distribution par courrier avait été choisie mais l'appel téléphonique a permis, lorsqu'il a été possible de s'entretenir directement avec le praticien, de le motiver et lui expliquer le but de notre démarche.

Par ailleurs, la parodontologie est un vaste domaine et un questionnaire réalisé par mail à de omnipraticiens ne peut se permettre de contenir des questions trop longues ou trop spécialisées.

Nous nous sommes probablement également retrouvés face à un biais de volontariat. En effet, nous avons pu observer, au cours de notre démarchage téléphonique que les praticiens exerçant à Bordeaux centre ont été les plus nombreux à nous répondre qu'ils ne pratiquaient d'actes de parodontologie car la proximité immédiate d'un confrère en exercice exclusif leur permettait de lui adresser leurs patients. De plus, ils ont été deux fois moins nombreux à répondre à notre questionnaire par rapport à leurs confrères des communes alentours. Ainsi, nous pouvons supposer que seuls les plus intéressés par le sujet ont répondu au questionnaire. Au vu de nos résultats cette tendance semble se confirmer puisque les praticiens de Bordeaux centre semblent pratiquer plus d'actes dans le domaine de la parodontologie que les autres. Nos résultats ont donc pu être faussés.

Il est important de souligner que l'exercice des praticiens dont le cabinet est situé dans les communes autres que Bordeaux ne peut être considéré comme rural, en opposition avec l'exercice urbain des praticiens de Bordeaux centre. Nous avons là un nouveau biais de sélection et les différences observées entre les praticiens de Bordeaux et leurs confrères des autres communes ne peuvent pas être considérées comme statistiquement significatives.

Par ailleurs, bien que nos questions soient pour la grande majorité fermées, un biais de subjectivité n'a pu être évité notamment pour les questions portant sur le nombre de patients ainsi que celle les interrogeant sur les raisons de l'absence de réalisation de certains actes chirurgicaux.

Ce sont les questions pour lesquelles nous avons d'ailleurs observé le plus grand nombre de non-réponses ou de réponses non exploitables.

Les résultats de notre étude ne mettent pas en évidence une influence significative du mode d'exercice des praticiens (seul, en collaboration ou en association) sur leurs pratiques. D'autres études ont montré que les praticiens exerçant en groupe adressent plus que les autres (31). Une analyse plus approfondie ou une étude ne distinguant que deux modes d'exercice (« seul » ou « en groupe ») permettrait peut-être d'arriver à des conclusions similaires.

Enfin, nos tests statistiques ont été nombreux, leur multiplicité a peut-être augmenté le risque alpha. C'est pourquoi nos résultats n'expriment que des tendances et ne nous permettent pas de conclure avec certitude. Cela dit, la plupart de nos résultats sont très significatifs (p très inférieur à 0,05) et le risque alpha semble donc maîtrisé.

Une analyse multivariée (régression logistique par exemple) permettrait de mettre en évidence les facteurs influençant véritablement la pratique des actes en éliminant les facteurs de confusion potentiels.

V- Conclusion

Compte tenu du faible nombre de réponses et des nombreux biais éventuels, notre étude ne nous permet pas de conclure mais une tendance se confirme : Les chirurgiens-dentistes semblent davantage confiants en leur capacité à diagnostiquer la maladie parodontale qu'à la traiter. En revanche, les praticiens semblent réaliser peu d'actes de chirurgie parodontale comparativement aux actes non chirurgicaux tels que les détartrages, les surfaçages sans lambeaux et la maintenance parodontale. Cela est encore plus marquant chez les praticiens de sexe féminin.

Les méthodes de prise en charge ont changé et les praticiens sont plus « Paro-conscients », notamment ceux appartenant à la catégorie des 30-50 ans. Contrairement à ce que nous affirmait un de nos interlocuteurs, la parodontologie n'est pas inutile !

Une amélioration de la formation initiale ainsi que des formations continues vers des formations plus pratiques pourrait être envisagée. Le métier de dentiste est un art et comme tout art, il nécessite un apprentissage continu.

Il pourrait être également intéressant de développer un outil didactique à disposition des praticiens qui pourrait les accompagner dans la prise en charge des patients.

Nous remercions l'ensemble des praticiens ayant accepté de participer à cette étude

VI- Bibliographie

1. Calas-bennasar I, Jame O, Orti V, Gibert P. Classification des maladies parodontales. EMC-Médecine Buccale. 2013;8(5):1-9.
2. Bouchard P. Parodontologie Dentisterie implantaire. Lavoisier;
3. Hugoson A, Sjödin B, Norderyd O. Trends over 30 years, 1973-2003, in the prevalence and severity of periodontal disease. J Clin Periodontol. 2008 May;35(5):405-14.
4. (Inserm) I national de la santé et de la recherche médicale. Maladies parodontales : Thérapeutiques et prévention [Internet]. Les éditions Inserm; 1999 [cited 2015 Mar 29]. Available from: <http://ipubli-inserm.inist.fr/handle/10608/194>
5. Hujoel PP, Leroux BG, Selipsky H, White BA. Non-surgical periodontal therapy and tooth loss. A cohort study. J Periodontol. 2000 May;71(5):736-42.
6. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. Periodontol 2000. 2012;60(1):15-39.
7. Genco RJ. Commentary: the evolution of periodontology: science always wins. J Periodontol. 2014 Oct;85(10):1308-12.
8. Oral health in America: a report of the Surgeon General. J Calif Dent Assoc. 2000 Sep;28(9):685-95.
9. Soskolne WA, Klinger A. The relationship between periodontal diseases and diabetes: an overview. Ann Periodontol Am Acad Periodontol. 2001 Dec;6(1):91-8.
10. Ogawa H, Damrongrungruang T, Hori S, Nouno K, Minagawa K, Sato M, et al. Effect of periodontal treatment on adipokines in type 2 diabetes. World J Diabetes. 2014 Dec 15;5(6):924-31.
11. Løe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. Diabetes Care. 1993 Jan;16(1):329-34.
12. Taylor GW. Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. Ann Periodontol Am Acad Periodontol. 2001 Dec;6(1):99-112.
13. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003. Poursuivre l'amélioration de la santé bucco-dentaire au XXIe siècle- l'approche du Programme OMS de santé bucco-dentaire [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé; [cited 2015 Apr 12]. Available from: http://wwwlive.who.int/entity/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf
14. Poisson P, Laffond T, Campos S, Dupuis V, Bourdel-Marchasson I. Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. Gerodontology. 2014 Mar 11;
15. Bourgeois D, Hescot P, Doury J. Periodontal conditions in 35-44-yr-old adults in France, 1993. J Periodontal Res. 1997 Oct;32(7):570-4.
16. Tonetti MS, Jepsen S, Working Group 2 of the European Workshop on

Periodontology. Clinical efficacy of periodontal plastic surgery procedures: consensus report of Group 2 of the 10th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2014 Apr;41 Suppl 15:S36–43.

17. Darby I, 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. *Australian Dental Journal*. 2005;50(1):37–41.
18. Matthews DC. Prevention and treatment of periodontal diseases in primary care. *Evid Based Dent*. 2014 Sep;15(3):68–9.
19. Parodontopathies : Diagnostic et traitements. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé (Service des recommandations et références professionnelles); 2002 Mai.
20. Sanz M, Simion M, Working Group 3 of the European Workshop on Periodontology. Surgical techniques on periodontal plastic surgery and soft tissue regeneration: consensus report of Group 3 of the 10th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2014 Apr;41 Suppl 15:S92–7.
21. Hämmerle CHF, Giannobile WV, Working Group 1 of the European Workshop on Periodontology. Biology of soft tissue wound healing and regeneration--consensus report of Group 1 of the 10th European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2014 Apr;41 Suppl 15:S1–5.
22. Salamon R. *Statistique médicale*. Editions Bergeret. 2013.
23. Les chirurgiens-dentistes en chiffres... [Internet]. CNSD.fr. [cited 2015 Jul 23]. Available from: <http://www.cnsd.fr/actualite/news/618-les-chirurgiens-dentistes-en-chiffres>
24. Charon JA. *Parodontie médicale: innovations cliniques*. Rueil-Malmaison (Hauts-de-Seine), France: Éd. CdP; 2009. xix+471 p.
25. Lanning SK, Best AM, Hunt RJ. Periodontal services rendered by general practitioners. *J Periodontol*. 2007 May;78(5):823–32.
26. Ghiabi E, Matthews DC. Periodontal practice and referral profile of general dentists in Nova Scotia, Canada. *J Can Dent Assoc*. 2012;78:c55.
27. Halemani S, Sanikop S, Patil S, Jalli V. Perception regarding factors related to periodontal therapy among general dental practitioners of Belgaum city - a questionnaire survey. *Oral Health Prev Dent*. 2014;12(2):183–9.
28. Gadhia K, Karir N, Milward M. Management of periodontal disease in general dental practice. *Dent Update*. 2010 Jun;37(5):310–2, 314–6, 319–20.
29. Linkevicius T, Apse P, Grybauskas S, Puisys A. Reaction of crestal bone around implants depending on mucosal tissue thickness. A 1-year prospective clinical study. *Stomatol Issued Public Inst Odontol Stud Al*. 2009;11(3):83–91.
30. Canullo L, Peñarrocha-Oltra D, Covani U, Botticelli D, Serino G, Penarrocha M. Clinical and microbiological findings in patients with peri-implantitis: a cross-sectional study. *Clin Oral Implants Res*. 2015 Jan 26;
31. Zemanovich MR, Bogacki RE, Abbott DM, Maynard JG, Lanning SK. Demographic variables affecting patient referrals from general practice dentists to periodontists. *J Periodontol*. 2006 Mar;77(3):341–9.

32. Krebs KA, Clem DS, American Academy of Periodontology. A report from the American Academy of Periodontology. Guidelines for the management of patients with periodontal diseases. *Compend Contin Educ Dent Jamesburg NJ* 1995. 2006 Dec;27(12):654–8.
33. Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *J Periodontal Res.* 2007 Jun;42(3):219–27.
34. Cohen RE, Research, Science and Therapy Committee, American Academy of Periodontology. Position paper: periodontal maintenance. *J Periodontol.* 2003 Sep;74(9):1395–401.
35. Saito A, Nanbu Y, Nagahata T, Yamada S. Treatment of intrabony periodontal defects with enamel matrix derivative in private practice: a long-term retrospective study. *Bull Tokyo Dent Coll.* 2008 May;49(2):89–96.
36. Mailoa J, Lin G-H, Khoshkam V, MacEachern M, Chan H-L, Wang H-L. Long Term Effect of Four Surgical Periodontal Therapies and One Non-surgical Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Periodontol.* 2015 Jun 25;1–16.
37. Schaub RMH. [Dissertations 25 years after date 24. Barriers to effective periodontal care]. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2010 Nov;117(11):573–8.
38. Spencer AJ, Lewis JM. The provision of periodontal services in general dental practice in Australia. *Community Dent Health.* 1989 Dec;6(4):337–47.
39. État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Observatoire national de la démographie des professions de santé; 2013 Décembre.
40. Rigal E, Micheau J. Le métier de chirurgien dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions. Une étude qualitative. Observatoire national de la démographie des professions de santé; 2007 Sep. Report No.: 0700241.
41. Heasman PA, Witter J, Preshaw PM. Periodontology in the undergraduate curriculum in UK dental schools. *Br Dent J.* 2015 Jul 10;219(1):29–33.
42. Lee JH, Bennett DE, Richards PS, Inglehart MR. Periodontal referral patterns of general dentists: lessons for dental education. *J Dent Educ.* 2009 Feb;73(2):199–210.
43. Gift HC. Awareness and assessment of periodontal problems among dentists and the public. *Int Dent J.* 1988 Sep;38(3):147–53.
44. König J, Holtfreter B, Kocher T. Periodontal health in Europe: future trends based on treatment needs and the provision of periodontal services – position paper 1. *Eur J Dent Educ.* 2010 May 1;14:4–24.
45. Sharpe G, Durham JA, Preshaw PM. Attitudes regarding specialist referrals in periodontics. *Br Dent J.* 2007 Feb 24;202(4):E11; discussion 218–9.
46. Chestnutt IG, Kinane DF. Factors influencing the diagnosis and management of periodontal disease by general dental practitioners. *Br Dent J.* 1997 Nov 8;183(9):319–24.
47. Luciak-Donsberger C. Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. *Int J Dent Hyg.* 2003 Feb;1(1):29–42.
48. Vigouroux F. Guide pratique de chirurgie parodontale. Elsevier Masson;

49. Dockter KM, Williams KB, Bray KS, Cobb CM. Relationship between prereferral periodontal care and periodontal status at time of referral. *J Periodontol.* 2006 Oct;77(10):1708–16.
50. Cobb CM, Carrara A, El-Annan E, Youngblood LA, Becker BE, Becker W, et al. Periodontal referral patterns, 1980 versus 2000: a preliminary study. *J Periodontol.* 2003 Oct;74(10):1470–4.
51. Tugnait A, Clerehugh V, Hirschmann PN. Use of the basic periodontal examination and radiographs in the assessment of periodontal diseases in general dental practice. *J Dent.* 2004 Jan;32(1):17–25.
52. Linden GJ. Variation in periodontal referral by general dental practitioners. *J Clin Periodontol.* 1998 Aug;25(8):655–61.

VII- TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux :

TABLEAU 1 COMPARAISON DE L'AGE DE NOTRE ECHANTILLON AVEC LA MOYENNE NATIONALE	19
TABLEAU 2 DISTRIBUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PAR LES PRATICIENS.....	25
TABLEAU 3 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DU SURFAÇAGE NON CHIRURGICAL EN FONCTION DE LA FORMATION DES PRATICIENS	27
TABLEAU 4 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DU SURFAÇAGE NON CHIRURGICAL EN FONCTION DE LA PRESENCE D'UNE ASSISTANTE	27
TABLEAU 5 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DU SURFAÇAGE NON CHIRURGICAL EN FONCTION DU SEXE DES PRATICIENS.....	27
TABLEAU 6 DISTRIBUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PARODONTITES AGRESSIVES EN FONCTION DU SEXE DU PRATICIEN	29
TABLEAU 7 DISTRIBUTION DE LA PRISE EN CHARGE DES PARODONTITES EN FONCTION DE LA FORMATION DES PRATICIENS.....	29
TABLEAU 8 DISTRIBUTION SELON LA FORMATION EN PARODONTOLOGIE	30
TABLEAU 9 DISTRIBUTION DE L'APPRENTISSAGE DE L'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE SELON LA PARTICIPATION A UNE FORMATION EN PARODONTOLOGIE	31
TABLEAU 10 DISTRIBUTION DE LA MAINTENANCE PARODONTALE SELON LA PARTICIPATION A UNE FORMATION EN PARODONTOLOGIE	32
TABLEAU 11 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DU SURFAÇAGE CHIRURGICAL EN FONCTION DES VARIABLES SIGNIFICATIVES.....	36
TABLEAU 12 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DE LA GINGIVECTOMIE EN FONCTION DES VARIABLES SIGNIFICATIVES	37
TABLEAU 13 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DE L'ALLONGEMENT CORONAIRE EN FONCTION DES VARIABLES SIGNIFICATIVES.....	38
TABLEAU 14 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DE LA REGENERATION TISSULAIRE GUIDEE EN FONCTION DES VARIABLES SIGNIFICATIVES.....	40
TABLEAU 15 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DES DIFFERENTS TYPES DE FRENECTOMIES EN FONCTION DES VARIABLES SIGNIFICATIVES	41
TABLEAU 16 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DES GREFFES GINGIVALES EN FONCTION DES VARIABLES SIGNIFICATIVES.....	43
TABLEAU 17 DISTRIBUTION DE LA POSE D'IMPLANTS EN FONCTION DES VARIABLES SIGNIFICATIVES	45
TABLEAU 18 ANALYSE COMPLEMENTAIRE : PARODONTITE AGRESSIVE.....	46
TABLEAU 19 ANALYSE COMPLEMENTAIRE : POSE D'IMPLANTS	47

Liste des figures :

FIGURE 1 SCHEMA DE L'ETUDE	18
FIGURE 2 AGE DES PRATICIENS	20
FIGURE 3 REPARTITION DES PRATICIENS SELON LEUR FACULTE D'ORIGINE.....	20
FIGURE 4 REPARTITION DES PRATICIENS SELON LEUR TYPE D'EXERCICE	21
FIGURE 5 REPARTITION DES PRATICIENS SELON LEUR PARTICIPATION A UNE FORMATION CONTINUE	22
FIGURE 6 REPARTITION DES PRATICIENS SELON LEUR LIEU D'EXERCICE.....	22
FIGURE 7 REPARTITION DES PRATICIENS SELON LEUR MODE D'EXERCICE.....	23
FIGURE 8 REPARTITION DES PRATICIENS SELON LA PRESENCE D'UNE ASSISTANTE.....	24
FIGURE 9 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DU DETARTRAGE.....	26
FIGURE 10 DISTRIBUTION DE LA REALISATION DU SURFAÇAGE NON-CHIRURGICAL	26
FIGURE 11 DISTRIBUTION DE LA PRISE EN CHARGE SELON LE TYPE DE PARODONTITES.....	28
FIGURE 12 DISTRIBUTION DE LA PRISE CHARGE DES PARODONTITES CHRONIQUES SELON L'AGE DES PRATICIENS.....	29
FIGURE 13 UN EXEMPLE D'ATTITUDES CLINIQUES DES PRATICIENS.....	30
FIGURE 14 DISTRIBUTION DES PRATICIENS DONNANT DES RENDEZ-VOUS DE MAINTENANCE PARODONTALE.....	32
FIGURE 15 DISTRIBUTION DE LA MAINTENANCE PARODONTALE SELON L'AGE DES PRATICIENS.....	33
FIGURE 16 DISTRIBUTION DE L'UTILISATION DES ANTIBIOTIQUES LOCAUX EN PARODONTOLOGIE.....	33
FIGURE 17 DISTRIBUTION DE L'UTILISATION D'ANTIBIOTIQUES LOCAUX EN FONCTION DE L'AGE DES PRATICIENS.....	34
FIGURE 18 ATTITUDE DES PRATICIENS FACE AU TABAC.....	34
FIGURE 19 DISTRIBUTION DES ACTES CHIRURGICAUX REALISES AU SEIN DE NOTRE POPULATION D'ETUDE	35
FIGURE 20 RAISONS INVOQUEES PAR LES PRATICIENS POUR JUSTIFIER L'ABSENCE DE REALISATION DE CERTAINS ACTES	48
FIGURE 21 REPARTITION EN TENANT COMPTE DE LA PREMIERE REPONSE DONNEE	49

VIII- ANNEXES

1- Questionnaire en ligne

Etude des pratiques parodontales des chirurgiens-dentistes de Bordeaux Métropole

*Obligatoire

Données personnelles :

Age (réponse au format numérique à deux chiffres) : *

Sexe *

Homme

Femme

Faculté d'origine : *

Promotion (Année d'obtention du Diplôme) : *

Etes-vous : *

Une seule réponse possible

Omnipraticien

En exercice exclusif

Si vous êtes en exercice exclusif, dans quel domaine :

Une seule réponse possible

Endodontie

Parodontologie-implantologie

Pédodontie

Chirurgie-orale

Autre :

Avez-vous suivi une formation continue dans le domaine de la parodontologie ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Si oui à la dernière question, quel type de formation ?

Une seule réponse possible

- Formation continue universitaire en parodontologie (DU, CES...)
 Formation continue privée en parodontologie (laboratoire, organismes de formation, congrès..etc)
 Les deux

Votre cabinet est-il situé dans Bordeaux centre ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Au sein de votre cabinet êtes-vous : *

Une seule réponse possible

- Seul
 En association
 En collaboration
 En remplacement

Avez-vous une assistante dentaire ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Pratiques parodontales :

Combien environ de patients atteints de maladies parodontales avez-vous diagnostiqué en moyenne sur un mois, au cours de la dernière année ? *

Une seule réponse possible

Combien environ de patients atteints de maladies parodontales avez-vous traité en moyenne sur un mois, au cours de la dernière année ? *

Une seule réponse possible

Combien de patients environ avez-vous adressé à un praticien spécialisé en parodontologie en moyenne sur un mois, au cours de la dernière année ? *

Une seule réponse possible

Vous adresse-t-on des patients atteints de maladies parodontales ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Prenez-vous en charge les patients atteints de parodontite dite "agressive" ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Prenez-vous en charge les patients atteints de parodontite dite « chronique » ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Réservez-vous une séance complète à l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Pratiquez-vous une évaluation parodontale systématique à l'aide d'une sonde parodontale ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Recommandez-vous l'utilisation d'antibiotiques par voie locale dans le traitement des poches parodontales ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Donnez-vous des rendez-vous de maintenance parodontale pour les patients atteints de maladies parodontales ? *

Une seule réponse possible

- oui
 non

Encouragez-vous les patients atteints de maladies parodontales à arrêter leur consommation de tabac ? *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Si oui à la dernière question, de quelle façon ?

Une seule réponse possible

- Présentation de moyens de substitution
- Orientation vers un tabacologue
- Démonstration des conséquences du tabac au sein de la cavité buccale

Réalisez-vous le surfaçage non chirurgical ? *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Si oui à la dernière question, de quelle façon ?

Une seule réponse possible

- Thérapeutique non chirurgicale conventionnelle manuelle ou ultrasonore
- Lithotritie (Méthode Charon)

Actes chirurgicaux réalisés :

Lambeau d'assainissement *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Gingivectomie *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Grefe épithélio-conjonctive *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Grefe conjonctive *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Régénération tissulaire guidée *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Détartrage ultrasonore *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Allongement coronaire *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Frénectomie labiale *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Frénectomie linguale *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Pose d'implant *

Une seule réponse possible

- oui
- non

Dans le cas des actes que vous ne réalisez pas. Pourquoi ne les pratiquez-vous pas ?

Plusieurs réponses possibles

- manque d'envie
- manque de formation
- manque de cotation

- manque de temps
- pas assez rémunérateur
- refus des patients

Autre :

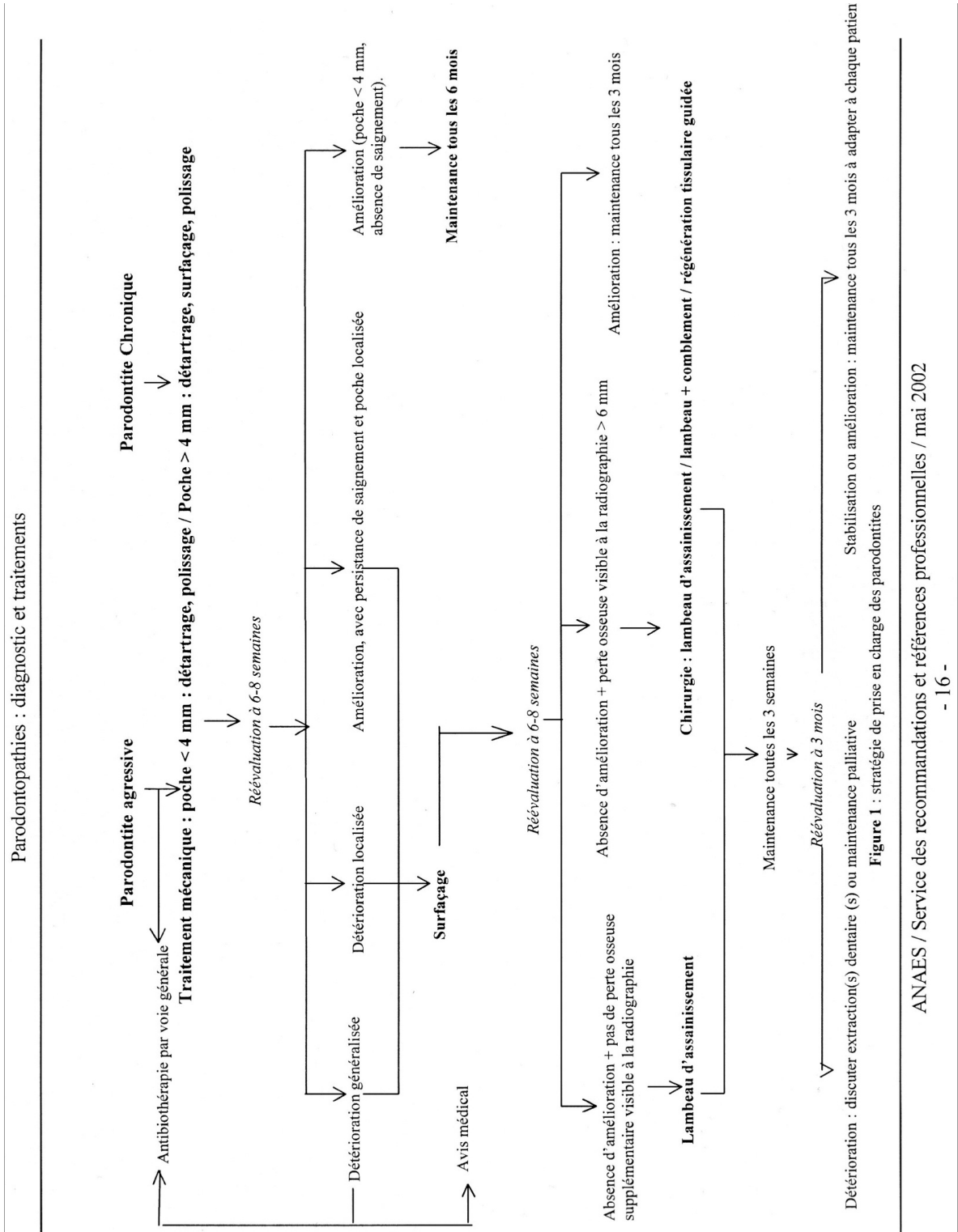
N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses additionnelles](#)

2- Récapitulatif : prise en charge des parodontites (ANAES)



3- Récapitulatif des résultats de nos analyses croisées

Influence de l'âge sur la prescription d'antibiotiques locaux

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
Non	95	44.69474	1.162504	11.33069	42.38656	47.00292
Oui	33	52.27273	1.958989	11.25353	48.2824	56.26306
combined	128	46.64844	1.038363	11.74774	44.5937	48.70317
diff		-7.57799	2.285561		-12.10105	-3.054933
diff = mean(Non) - mean(Oui)				t = -3.3156		
Ho: diff = 0				degrees of freedom = 126		

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.0006 **Pr(|T| > |t|) = 0.0012** Pr(T > t) = 0.9994

Influence de l'âge sur la réalisation des maintenances parodontales

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
Non	16	52.9375	2.66844	10.67376	47.24985	58.62515
Oui	112	45.75	1.10191	11.66152	43.56649	47.93351
combined	128	46.64844	1.038363	11.74774	44.5937	48.70317
diff		7.1875	3.086429		1.079548	13.29545
diff = mean(Non) - mean(Oui)				t = 2.3287		
Ho: diff = 0				degrees of freedom = 126		

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.9893 **Pr(|T| > |t|) = 0.0215** Pr(T > t) = 0.0107

Influence de l'âge sur la gestion des parodontites chroniques

Two-sample t test with equal variances

Group I	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
Non I	21	52.14286	2.257565	10.34546	47.43366	56.85205
Oui I	107	45.57009	1.135667	11.74743	43.31852	47.82166
combined I	128	46.64844	1.038363	11.74774	44.5937	48.70317
diff I		6.572764	2.753399		1.123868	12.02166

diff = mean(Non) - mean(Oui) t = 2.3871
Ho: diff = 0 degrees of freedom = 126

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.9908 **Pr(|T| > |t|) = 0.0185** Pr(T > t) = 0.0092

DETARTRAGE ULTRASONORE

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	8.33	91.67	100.00
homme	2.94	97.06	100.00
Total	5.47	94.53	100.00

Pearson chi2(1) = 1.7927 Pr = **0.181****lieu**

Autre	5.81	94.19	100.00
Bx	4.76	95.24	100.00
Total	5.47	94.53	100.00

Pearson chi2(1) = 0.0604 Pr = **0.806****conditions**

Assoc	5.66	94.34	100.00
Collab	5.00	95.00	100.00
Seul	3.70	96.30	100.00
Total	5.47	94.53	100.00

Pearson chi2(3) = 17.6234 Pr = **0.001****formation**

Non	8.33	91.67	100.00
Oui	3.75	96.25	100.00
Total	5.47	94.53	100.00

Pearson chi2(1) = 1.2190 Pr = **0.270****exercice**

Omni	5.74	94.26	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	5.47	94.53	100.00

Pearson chi2(1) = 0.3642 Pr = **0.546****assistante**

Non	9.62	90.38	100.00
Oui	2.63	97.37	100.00
Total	5.47	94.53	100.00

Pearson chi2(1) = 2.9129 Pr = **0.088****âge**

0-30 ans	8.33	91.67	100.00
30-50 ans	6.00	94.00	100.00
+50 ans	4.55	95,45	100.00
Total	5.47	94.53	100.00

Pearson chi2(1) = **0,327** Pr = 0, 8493**MAINTENANCE PARODONTALE**

	Non(%)	Oui (%)	Total(%)
--	--------	---------	----------

sexe

femme	13.33	86.67	100.00
homme	11.76	88.24	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 0.0717 Pr = **0.789****lieu**

Autre	16.28	83.72	100.00
Bx	4.76	95.24	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 3.4222 Pr = **0.064****conditions**

Assoc	9.43	90.57	100.00
Collab	5.00	95.00	100.00
Seul	16.67	83.33	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(3) = 9.3412 Pr = **0.025****formation**

Non	22.92	77.08	100.00
Oui	6.25	93.75	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 7.6190 Pr = **0.006****exercice**

Omni	13.11	86.89	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 0.8993 Pr = **0.343****assistante**

Non	23.08	76.92	100.00
Oui	5.26	94.74	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 8.9578 Pr = **0.003****âge**

0-30 ans	8.33	91.67	100.00
30-50 ans	4.00	96.00	100.00
+50 ans	19.70	80,30	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1)= 6,619 Pr = **0,0365**

UTILISATION SONDE PARODONTALE

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
Sexe			
femme	66.67	33.33	100.00
homme	66.18	33.82	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 0.0034 **Pr = 0.953**

Lieu

Autre	73.26	26.74	100.00
Bx	52.38	47.62	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 5.5121 **Pr = 0.019**

Conditions

Assoc	64.15	35.85	100.00
Collab	60.00	40.00	100.00
Seul	70.37	29.63	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(3) = 1.3750 **Pr = 0.711**

Formation

Non	79.17	20.83	100.00
Oui	58.75	41.25	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 5.6056 **Pr = 0.018**

Exercice

Omni	69.67	30.33	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 12.4438 **Pr = 0.000**

assistante

Non	69.23	30.77	100.00
Oui	64.47	35.53	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 0.3132 **Pr = 0.576**

âge

0-30 ans	50.00	50.00	100.00
30-50 ans	64.00	36.00	100.00
+50 ans	71.21	28,79	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chir2(1) = 2,261 **Pr = 0, 3229**

SEANCE HYGIENE BUCCO-DENTAIRE

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
sexe			
femme	56.67	43.33	100.00
homme	47.06	52.94	100.00
Total	51.56	48.44	100.00

Pearson chi2(1) = 1.1781 **Pr = 0.278**

lieu

Autre	53.49	46.51	100.00
Bx	47.62	52.38	100.00
Total	51.56	48.44	100.00

Pearson chi2(1) = 0.3892 **Pr = 0.533**

conditions

Assoc	58.49	41.51	100.00
Collab	60.00	40.00	100.00
Seul	40.74	59.26	100.00
Total	51.56	48.44	100.00

Pearson chi2(3) = 5.0601 **Pr = 0.167**

formation

Non	62.50	37.50	100.00
Oui	45.00	55.00	100.00
Total	51.56	48.44	100.00

Pearson chi2(1) = 3.6786 **Pr = 0.055**

Exercice

Omni	54.10	45.90	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	51.56	48.44	100.00

Pearson chi2(1) = 6.7012 **Pr = 0.010**

assistante

Non	53.85	46.15	100.00
Oui	50.00	50.00	100.00
Total	51.56	48.44	100.00

Pearson chi2(1) = 0.1829 **Pr = 0.669**

âge

0-30 ans	58.33	41.67	100.00
30-50 ans	44.00	56.00	100.00
+50 ans	56.06	43,94	100.00
Total	51.56	48,44	100.00

Pearson chi2(1) = 1,900 Pr = 0, 3868

SURFACAGE NON CHIRURGICAL

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
sexe			
femme	20.00	80.00	100.00
homme	5.88	94.12	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 5.8084 Pr = **0.016**

lieu

Autre	15.12	84.88	100.00
Bx	7.14	92.86	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 1.6402 Pr = **0.200**

conditions

Assoc	7.55	92.45	100.00
Collab	10.00	90.00	100.00
Seul	16.67	83.33	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(3) = 9.1601 Pr = **0.027**

formation

Non	27.08	72.92	100.00
Oui	3.75	96.25	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 14.9333 Pr = **0.000**

exercice

Omni	13.11	86.89	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 0.8993 Pr = **0.343**

assistante

Non	23.08	76.92	100.00
Oui	5.26	94.74	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chi2(1) = 8.9578 Pr = **0.003**

âge

0-30 ans	8.33	91.67	100.00
30-50 ans	12.00	88.00	100.00
+50 ans	13.64	86,36	100.00
Total	12.50	87.50	100.00

Pearson chir2(1) = 0,280 Pr = **0, 8694**

ANTIBIOTIQUES LOCAUX

	Non (%)	Oui(%)	Total(%)
sexe			
femme	78.33	21.67	100.00
homme	70.59	29.41	100.00
Total	74.22	25.78	100.00

Pearson chi2(1) = 0.9993 Pr = **0.317**

lieu

Autre	79.07	20.93	100.00
Bx	64.29	35.71	100.00
Total	74.22	25.78	100.00

Pearson chi2(1) = 3.2233 Pr = **0.073**

conditions

Assoc	71.70	28.30	100.00
Collab	95.00	5.00	100.00
Seul	70.37	29.63	100.00
Total	74.22	25.78	100.00

Pearson chi2(3) = 7.9867 Pr = **0.046**

formation

Non	66.67	33.33	100.00
Oui	78.75	21.25	100.00
Total	74.22	25.78	100.00

Pearson chi2(1) = 2.2892 Pr = 0.130

exercice

Omni	74.59	25.41	100.00
Spe	66.67	33.33	100.00
Total	74.22	25.78	100.00

Pearson chi2(1) = 0.1876 Pr = **0.665**

assistante

Non	76.92	23.08	100.00
Oui	72.37	27.63	100.00
Total	74.22	25.78	100.00

Pearson chi2(1) = 0.3347 Pr = **0.563**

âge

0-30 ans	83.33	16.67	100.00
30-50ans	88.00	12.00	100.00
+50 ans	62.12	37,88	100.00
Total	74.22	25.78	100.00

Pearson chir2(1) = 10,532 Pr= 0, 0052

PARODONTITES CHRONIQUES

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
sexe			
femme	18.33	81.67	100.00
homme	14.71	85.29	100.00
Total	16.41	83.59	100.00

Pearson chi2(1) = 0.3058 Pr = **0.580**

lieu

Autre	19.77	80.23	100.00
Bx	9.52	90.48	100.00
Total	16.41	83.59	100.00

Pearson chi2(1) = 2.1590 Pr = **0.142**

conditions

Assoc	9.43	90.57	100.00
Collab	15.00	85.00	100.00
Seul	24.07	75.93	100.00
Total	16.41	83.59	100.00

Pearson chi2(3) = 4.4188 Pr = **0.220**

formation

Non	29.17	70.83	100.00
Oui	8.75	91.25	100.00
Total	16.41	83.59	100.00

Pearson chi2(1) = 9.1182 Pr = **0.003**

exercice

Omni	17.21	82.79	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	16.41	83.59	100.00

Pearson chi2(1) = 1.2355 Pr = **0.266**

assistante

Non	19.23	80.77	100.00
Oui	14.47	85.53	100.00
Total	16.41	83.59	100.00

Pearson chi2(1) = 0.5095 Pr = **0.475**

âge

0-30 ans	8.33	91.67	100.00
30-50 ans	6.00	94.00	100.00
+50 ans	25.76	74,24	100.00
Total	16.41	83.59	100.00

Pearson chir2(1) = 8,727 Pr = **0, 0127**

PARODONTITES AGRESSIVES

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
sexe			
femme	61.67	38.33	100.00
homme	30.88	69.12	100.00
Total	45.31	54.69	100.00

Pearson chi2(1) = 12.1900 Pr = **0.000**

lieu

Autre	48.84	51.16	100.00
Bx	38.10	61.90	100.00
Total	45.31	54.69	100.00

Pearson chi2(1) = 1.3140 Pr = **0.252**

conditions

Assoc	35.85	64.15	100.00
Collab	65.00	35.00	100.00
Seul	46.30	53.70	100.00
Total	45.31	54.69	100.00

Pearson chi2(3) = 6.2717 Pr = **0.099**

formation

Non	70.83	29.17	100.00
Oui	30.00	70.00	100.00
Total	45.31	54.69	100.00

Pearson chi2(1) = 20.1857 Pr = **0.000**

exercice

Omni	47.54	52.46	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	45.31	54.69	100.00

Pearson chi2(1) = 5.2159 Pr = **0.022**

assistante

Non	51.92	48.08	100.00
Oui	40.79	59.21	100.00
Total	45.31	54.69	100.00

Pearson chi2(1) = 1.5444 Pr = **0.214**

âge

0-30 ans	8.33	91.67	100.00
30-50 ans	36.00	64.00	100.00
+50 ans	50.00	50,00	100.00
Total	45.31	54.69	100.00

Pearson chir2(1) = 3,156 Pr = **0, 2064**

TABAC

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	6.67	93.33	100.00
homme	7.35	92.65	100.00
Total	7.03	92.97	100.00

Pearson chi2(1) = 0.0230 Pr = **0.880****lieu**

Autre	5.81	94.19	100.00
Bx	9.52	90.48	100.00
Total	7.03	92.97	100.00

Pearson chi2(1) = 0.5941 Pr = **0.441****conditions**

Assoc	7.55	92.45	100.00
Collab	10.00	90.00	100.00
Seul	5.56	94.44	100.00
Total	7.03	92.97	100.00

Pearson chi2(3) = 0.5468 Pr = **0.909****formation**

Non	12.50	87.50	100.00
Oui	3.75	96.25	100.00
Total	7.03	92.97	100.00

Pearson chi2(1) = 3.5137 Pr = **0.061****exercice**

Omni	7.38	92.62	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	7.03	92.97	100.00

Pearson chi2(1) = 0.4761 Pr = **0.490****assistante**

Non	9.62	90.38	100.00
Oui	5.26	94.74	100.00
Total	7.03	92.97	100.00

Pearson chi2(1) = 0.8947 Pr = **0.344****âge**

0-30 ans	16.67	83.33	100.00
30-50 ans	4.00	96.00	100.00
+50 ans	7.58	92.42	100.00
Total	7.03	92.97	100.00

Pearson chi2 (1) = 2.437 Pr = **0.2957****SURFACAGE CHIRURGICAL**

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	80.00	20.00	100.00
homme	41.18	58.82	100.00
Total	59.38	40.63	100.00

Pearson chi2(1) = 19.9179 Pr = **0.000****lieu**

Autre	66.28	33.72	100.00
Bx	45.24	54.76	100.00
Total	59.38	40.63	100.00

Pearson chi2(1) = 5.1793 Pr = **0.023****conditions**

Assoc	45.28	54.72	100.00
Collab	70.00	30.00	100.00
Seul	68.52	31.48	100.00
Total	59.38	40.63	100.00

Pearson chi2(3) = 7.8553 Pr = **0.049****formation**

Non	83.33	16.67	100.00
Oui	45.00	55.00	100.00
Total	59.38	40.63	100.00

Pearson chi2(1) = 18.2758 Pr = **0.000****exercice**

Omni	62.30	37.70	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	59.38	40.63	100.00

Pearson chi2(1) = 9.2005 Pr = **0.002****assistante**

Non	88.46	11.54	100.00
Oui	39.47	60.53	100.00
Total	59.38	40.63	100.00

Pearson chi2 (1) = 30.7176 Pr = **0.000****âge**

0-30 ans	75.00	25.00	100.00
30-50ans	86.00	14.00	100.00
+50 ans	65.15	34,45	100.00
Total	59.38	40.62	100.00

Pearson chi2 (1) = 4,810 Pr = **0, 0903**

GINGIVECTOMIE

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	60.00	40.00	100.00
homme	29.41	70.59	100.00
Total	43.75	56.25	100.00

Pearson chi2(1) = 12.1188 Pr = **0.000****lieu**

Autre	48.84	51.16	100.00
Bx	33.33	66.67	100.00
Total	43.75	56.25	100.00

Pearson chi2(1) = 2.7562 Pr = **0.097****conditions**

Assoc	35.85	64.15	100.00
Collab	50.00	50.00	100.00
Seul	48.15	51.85	100.00
Total	43.75	56.25	100.00

Pearson chi2(3) = 3.3720 Pr = **0.338****formation**

Non	70.83	29.17	100.00
Oui	27.50	72.50	100.00
Total	43.75	56.25	100.00

Pearson chi2(1) = 22.8910 Pr = **0.000****exercice**

Omni	45.90	54.10	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	43.75	56.25	100.00

Pearson chi2(1) = 4.8962 Pr = **0.027****assistante**

Non	63.46	36.54	100.00
Oui	30.26	69.74	100.00
Total	43.75	56.25	100.00

Pearson chi2(1) = 13.8274 Pr = **0.000****âge**

0-30 ans	66.67	33.33	100.00
30-50 ans	28.00	72.00	100.00
+50 ans	51.52	48,48	100.00
Total	43.75	56.25	100.00

Pearson chir2(1) = 9,218 Pr = **0, 0100****ELONGATION CORONAIRE**

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	48.33	51.67	100.00
homme	26.47	73.53	100.00
Total	36.72	63.28	100.00

Pearson chi2(1) = 6.5569 Pr = **0.010****lieu**

Autre	38.37	61.63	100.00
Bx	33.33	66.67	100.00
Total	36.72	63.28	100.00

Pearson chi2(1) = 0.3083 Pr = **0.579****conditions**

Assoc	26.42	73.58	100.00
Collab	50.00	50.00	100.00
Seul	40.74	59.26	100.00
Total	36.72	63.28	100.00

Pearson chi2(3) = 6.0392 Pr = **0.110****formation**

Non	52.08	47.92	100.00
Oui	27.50	72.50	100.00
Total	36.72	63.28	100.00

Pearson chi2(1) = 7.8026 Pr = **0.005****exercice**

Omni	38.52	61.48	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	36.72	63.28	100.00

Pearson chi2(1) = 3.6527 Pr = **0.056****assistante**

Non	51.92	48.08	100.00
Oui	26.32	73.68	100.00
Total	36.72	63.28	100.00

Pearson chi2(1) = 8.7131 Pr = **0.003****âge**

0-30 ans	58.33	41.67	100.00
30-50 ans	14.00	86.00	100.00
+50 ans	50.00	50,00	100.00
Total	36.72	63.28	100.00

Pearson chir2(1) = 18,529 Pr = **0, 0001**

FRENECTOMIE LABIALE

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	80.00	20.00	100.00
homme	47.06	52.94	100.00
Total	62.50	37.50	100.00

Pearson chi2(1) = 14.7576 Pr = **0.000****lieu**

Autre	63.95	36.05	100.00
Bx	59.52	40.48	100.00
Total	62.50	37.50	100.00

Pearson chi2(1) = 0.2362 Pr = **0.627****conditions**

Assoc	56.60	43.40	100.00
Collab	70.00	30.00	100.00
Seul	64.81	35.19	100.00
Total	62.50	37.50	100.00

Pearson chi2(3) = 1.9896 Pr = **0.575****formation**

Non	83.33	16.67	100.00
Oui	50.00	50.00	100.00
Total	62.50	37.50	100.00

Pearson chi2(1) = 14.2222 Pr = **0.000****exercice**

Omni	65.57	34.43	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	62.50	37.50	100.00

Pearson chi2(1) = 10.4918 Pr = **0.001****assistante**

Non	78.85	21.15	100.00
Oui	51.32	48.68	100.00
Total	62.50	37.50	100.00

Pearson chi2(1) = 9.9843 Pr = **0.002****âge**

0-30 ans	75.00	25.00	100.00
30-50 ans	58.00	42.00	100.00
+50 ans	63.64	36,36	100.00
Total	62.50	37.50	100.00

Pearson chir2(1) = 1,268 Pr = **0, 5304****FRENECTOMIE LINGUALE**

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	96.67	3.33	100.00
homme	76.47	23.53	100.00
Total	85.94	14.06	100.00

Pearson chi2(1) = 10.7582 Pr = **0.001****lieu**

Autre	87.21	12.79	100.00
Bx	83.33	16.67	100.00
Total	85.94	14.06	100.00

Pearson chi2(1) = 0.3508 Pr = **0.554****conditions**

Assoc	81.13	18.87	100.00
Collab	90.00	10.00	100.00
Seul	88.89	11.11	100.00
Total	85.94	14.06	100.00

Pearson chi2(3) = 1.8387 Pr = **0.607****formation**

Non	97.92	2.08	100.00
Oui	78.75	21.25	100.00
Total	85.94	14.06	100.00

Pearson chi2(1) = 9.1195 Pr = **0.003****exercice**

Omni	89.34	10.66	100.00
Spe	16.67	83.33	100.00
Total	85.94	14.06	100.00

Pearson chi2(1) = 24.9952 Pr = **0.000****assistante**

Non	96.15	3.85	100.00
Oui	78.95	21.05	100.00
Total	85.94	14.06	100.00

Pearson chi2(1) = 7.5639 Pr = **0.006****âge**

0-30 ans	91.67	8.33	100.00
30-50 ans	82.00	18.00	100.00
+50 ans	87.88	12,12	100.00
Total	85.94	14.06	100.00

Pearson chir2(1) = 1,173 Pr = **0, 5562**

GREFFE EPITHELIO-CONJONCTIVE

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	96.67	3.33	100.00
homme	79.41	20.59	100.00
Total	87.50	12.50	100.00

Pearson chi2(1) = 8.6768 Pr = **0.003****lieu**

Autre	91.86	8.14	100.00
Bx	78.57	21.43	100.00
Total	87.50	12.50	100.00

Pearson chi2(1) = 4.5562 Pr = **0.033****conditions**

Assoc	83.02	16.98	100.00
Collab	90.00	10.00	100.00
Seul	90.74	9.26	100.00
Total	87.50	12.50	100.00

Pearson chi2(3) = 1.7487 Pr = **0.626****formation**

Non	97.92	2.08	100.00
Oui	81.25	18.75	100.00
Total	87.50	12.50	100.00

Pearson chi2(1) = 7.6190 Pr = **0.006****exercice**

Omni	90.98	9.02	100.00
Spe	16.67	83.33	100.00
Total	87.50	12.50	100.00

Pearson chi2(1) = 28.8774 Pr = **0.000****assistante**

Non	98.08	1.92	100.00
Oui	80.26	19.74	100.00
Total	87.50	12.50	100.00

Pearson chi2(1) = 8.9578 Pr = **0.003****âge**

0-30 ans	91.67	8.33	100.00
30-50 ans	86.00	14.00	100.00
+50 ans	87.88	12,12	100.00
Total	87.50	12.50	100.00

Pearson chir2(1) = 0,302 Pr = **0, 8599****GREFFE CONJONCTIVE**

	Non	Oui	Total
--	-----	-----	-------

sexe

femme	95.00	5.00	100.00
homme	76.47	23.53	100.00
Total	85.16	14.84	100.00

Pearson chi2(1) = 8.6579 Pr = **0.003****lieu**

Autre	90.70	9.30	100.00
Bx	73.81	26.19	100.00
Total	85.16	14.84	100.00

Pearson chi2(1) = 6.3671 Pr = **0.012****conditions**

Assoc	83.02	16.98	100.00
Collab	90.00	10.00	100.00
Seul	85.19	14.81	100.00
Total	85.16	14.84	100.00

Pearson chi2(3) = 0.7371 Pr = **0.864****formation**

Non	97.92	2.08	100.00
Oui	77.50	22.50	100.00
Total	85.16	14.84	100.00

Pearson chi2(1) = 9.8931 Pr = **0.002****exercice**

Omni	89.34	10.66	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	85.16	14.84	100.00

Pearson chi2(1) = 36.1139 Pr = **0.000****assistante**

Non	98.08	1.92	100.00
Oui	76.32	23.68	100.00
Total	85.16	14.84	100.00

Pearson chi2(1) = 11.5667 Pr = **0.001****âge**

0-30 ans	91.67	8.33	100.00
30-50 ans	80.00	20.00	100.00
50 ans	87.88	12,12	100.00
Total	85.15	14.84	100.00

Pearson chir2(1) = 0,280 Pr = **0, 8694**

REGENERATION TISSULAIRE GUIDEE

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	93.33	6.67	100.00
homme	64.71	35.29	100.00
Total	78.13	21.88	100.00

Pearson chi2(1) = 15.2854 Pr = **0.000****lieu**

Autre	84.88	15.12	100.00
Bx	64.29	35.71	100.00
Total	78.13	21.88	100.00

Pearson chi2(1) = 7.0057 Pr = **0.008****conditions**

Assoc	75.47	24.53	100.00
Collab	95.00	5.00	100.00
Seul	74.07	25.93	100.00
Total	78.13	21.88	100.00

Pearson chi2(3) = 4.3494 Pr = **0.226****formation**

Non	93.75	6.25	100.00
Oui	68.75	31.25	100.00
Total	78.13	21.88	100.00

Pearson chi2(1) = 10.9714 Pr = **0.001****exercice**

Omni	81.97	18.03	100.00
Spe	0.00	100.00	100.00
Total	78.13	21.88	100.00

Pearson chi2(1) = 22.4824 Pr = **0.000****assistante**

Non	98.08	1.92	100.00
Oui	64.47	35.53	100.00
Total	78.13	21.88	100.00

Pearson chi2(1) = 20.4000 Pr = **0.000****âge**

0-30 ans	91.67	8.33	100.00
30-50 ans	72.00	28.00	100.00
+ 50 ans	80.30	19.70	100.00
Total	78.13	21.87	100.00

Pearson chir2(1) = 2.568 Pr = **0, 2769****POSE D'IMPLANT**

	Non (%)	Oui (%)	Total(%)
--	---------	---------	----------

sexe

femme	91.67	8.33	100.00
homme	44.12	55.88	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 32.3047 Pr = **0.000****lieu**

Autre	70.93	29.07	100.00
Bx	57.14	42.86	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 2.4045 Pr = **0.121****conditions**

Assoc	58.49	41.51	100.00
Collab	75.00	25.00	100.00
Seul	70.37	29.63	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(3) = 3.0370 Pr = **0.386****formation**

Non	91.67	8.33	100.00
Oui	51.25	48.75	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 21.9672 Pr = **0.000****exercice**

Omni	68.85	31.15	100.00
Spe	16.67	83.33	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 6.9813 Pr = **0.008****assistante**

Non	90.38	9.62	100.00
Oui	50.00	50.00	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chi2(1) = 22.5721 Pr = **0.000****âge**

0-30 ans	83.33	16.67	100.00
30-50 ans	50.00	50.00	100.00
+ 50 ans	75.76	24.24	100.00
Total	66.41	33.59	100.00

Pearson chir2(1) = 10,161 Pr = **0, 0062**

**ANALYSES COMPLEMENTAIRES
IMPLANT**

	Non	Oui	Total
Frénectomie linguale			
Non	97.65	62.79	85.94
Oui	2.35	37.21	14.06
Total	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 28.7076 Pr = **0.000**

Frénectomie labiale

Non	80.00	27.91	62.50
Oui	20.00	72.09	37.50
Total	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 33.0617 Pr = **0.000**

Grefe conjonctive

Non	97.65	60.47	85.16
Oui	2.35	39.53	14.84
Total	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 31.2307 Pr = **0.000**

Grefe épithélio-conjonctive

Non	98.82	65.12	87.50
Oui	1.18	34.88	12.50
Total	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 29.6624 Pr = **0.000**

**ANALYSES COMPLEMENTAIRES :
PARODONTITES AGRESSIVES**

	Non %	Oui %	Total %
Régénération tissulaire guidée			
Non	94.83	64.29	78.13
Oui	5.17	35.71	21.88
Total	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 17.3129 Pr = **0.000**

Surfaçage chirurgical

Non	86.21	37.14	59.38
Oui	13.79	62.86	40.63
Total	100.00	100.00	100.00

Pearson chi2(1) = 31.6552 Pr = **0.000**

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honorée à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, La Présidente du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Meryem MESFIOUI

, Le 28 octobre 2015

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE 2015 – n°73

Discipline : Parodontologie – Santé publique

Description des pratiques des chirurgiens-dentistes de Bordeaux Métropole dans la prise en charge des maladies parodontales

Résumé :

Introduction : Les maladies parodontales sont la première cause de perte dentaire chez l'adulte. En France leur prévalence est estimée à 90%. Elles constituent un problème de santé publique majeur. Le but de cette étude est de faire un état des lieux des pratiques parodontales des chirurgiens-dentistes exerçant en libéral à Bordeaux Métropole. **Matériels et méthodes** : Après un démarchage téléphonique, nous avons adressé un questionnaire de 36 questions fermées à 449 praticiens. Nous avons obtenu 128 réponses. **Résultats** : Nous avons observé que 84% des praticiens prenaient charge les parodontites chroniques contre 55% lorsqu'il s'agissait de parodontites agressives. Nous avons constaté que les praticiens, et notamment ceux de sexe féminin, réalisaient essentiellement les traitements non chirurgicaux (détartrage, surfaçage non chirurgical, maintenance parodontale). Plus de 40% d'entre eux ressentaient un manque de formation. **Discussion** : Comme dans la plupart des autres études, les praticiens semblaient bien diagnostiquer les problèmes parodontaux mais semblaient moins confiants en leurs capacités à les prendre en charge. La formation initiale ne semble pas suffisante pour acquérir toutes les compétences nécessaires et des améliorations sont à prévoir.

Mots clés : Maladie parodontale ; pratiques professionnelles ; parodontites ; chirurgie parodontale ; prévention dentaire

Description of professional practices about the management of periodontal diseases in Bordeaux Métropole

Summary :

Introduction: Periodontal diseases are the main cause of tooth loss among adults. In France, their prevalence is valued at 90%. They are a major public health problem. The purpose of this study was to assess periodontal practices among dental practitioners working in Bordeaux Métropole. **Materials and Methods**: After a phone request, a 36 closed-questions questionnaire was sent by mail to 449 practitioners. 128 answers were obtained. **Results**: 84% of dental practitioners reported treating chronic periodontitis while 55% reported treating aggressive periodontitis. Non-surgical treatments were mostly realised (scaling, root planning, periodontal maintenance), especially among female practitioners. More than 40% of practitioners felt a lack of training. **Discussion**: Dental practitioners seemed good to diagnose periodontal issues however they were less confident in their abilities to manage them. This fact was consistent with findings from other studies. Undergraduate training in periodontics seems to be insufficient to acquire all the necessary skills. Improvements are to be planned.

Key-words : Periodontal disease ; General Practice, Dental ; Periodontics ; periodontal surgery ; Dentist's practice Patterns ; Referral and Consultation ; Preventive dentistry

Université de Bordeaux – Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques
16 – 20 Cours de la Marne
33082 BORDEAUX CEDEX