



HAL
open science

Maladie parodontale et information du patient : étude sur la compréhension et les représentations de la maladie parodontale par des patients atteints de parodontite chronique

David Milhas

► To cite this version:

David Milhas. Maladie parodontale et information du patient : étude sur la compréhension et les représentations de la maladie parodontale par des patients atteints de parodontite chronique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02327984

HAL Id: dumas-02327984

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02327984v1>

Submitted on 23 Oct 2019

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 2019

N°72

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

Présentée et soutenue publiquement

Par **MILHAS David**

Né le 04 juin 1992 à Pau (64)

Le 19 septembre 2019

**Maladie parodontale et information du patient : Étude sur la
compréhension et les représentations de la maladie
parodontale par des patients atteints de parodontite
chronique**

Sous la direction de Cédric FALLA

Membres du Jury

M. CATROS Sylvain	Président
M. FALLA Cédric	Directeur
M. POPELUT Antoine	Rapporteur
Mme KEROUREDAN Olivia	Assesseur
M. BOU Christophe	Assesseur

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/09/2019

Président M. TUNON DE LARA Manuel

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

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

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie	Mr DELBOS Yves	56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. CATROS Sylvain	57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M. LASSERRE Jean-François	58-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUEDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01

M.	Jean-François	PELI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
-----	--------	--------	--	-------

ASSISTANTS

Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mlle	Anaïs	CAVARE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Fonctions/dysfonctions, imagerie, biomatériaux	58-01
Mme	Severine	DESCAZEUX	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale	57-01
M	Mickaël	HYVERNAUD	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mr	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Emmanuel	MASSON REGNAULT	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Antoine	POPELUT	Parodontologie	57-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
Mr	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

Remerciements

A notre Président de thèse

Monsieur le Docteur Sylvain CATROS
Professeur des Universités
Sous-section Chirurgie orale

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse et je souhaite vous témoigner ma profonde reconnaissance.

Veillez trouver ici mes plus sincères remerciements.

A notre Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Cédric FALLA
Assistant Hospitalo-Universitaire
Sous-section Prévention épidémiologie – Économie de la santé – Odontologie légale

Je tiens à vous remercier de m'avoir fait l'honneur d'avoir accepté de diriger ma thèse. Vous avez été un enseignant très présent pendant tout mon cursus et j'ai beaucoup aimé travailler avec vous. Merci pour votre patience, vos conseils, votre enseignement et votre grande disponibilité pendant mes vacances cliniques.

A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur Antoine POPELUT
Assistant Hospitalo-Universitaire
Sous-section Parodontologie

Je vous remercie d'avoir accepté de corriger cette thèse et d'avoir su trouver le temps malgré les impératifs.

Veillez trouver ici l'expression de ma grande reconnaissance.

A notre Assesseur de thèse

Madame le Docteur Olivia KEROUREDAN
Maitre de conférences des universités
Sous-section Odontologie conservatrice et endodontie

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'ai eu la chance de travailler à vos côtés pendant mes vacances à Xavier Arnoz, merci pour votre gentillesse et votre disponibilité, veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

A notre Assesseur de thèse

Monsieur le Docteur Christophe Bou

Maitre de conférences des universités

Sous-section Prévention épidémiologie – Économie de la santé – Odontologie légale

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury même si je n'ai pas eu la chance de vous connaître en clinique. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes parents aimants, attentionnés et disponibles.

A ma Maman, la personne la plus souriante, bavarde et courageuse, si fière d'avoir fait un « si beau bébé ». Exigeante et toujours présente, ce n'est pas un hasard si je peux faire ce métier aujourd'hui, je me souviens des cahiers de vacances de CM2 que tu me forçais à faire dès le CE1.

A mon Papa, mystérieux, dévoué et humble, qui a su m'accompagner dans ma vie et mes loisirs.

A tous mes grands-parents dont je suis le petit-fils favori.

A Papi et Mamie de Bordeaux dont les innombrables aller-retours Bordeaux-Tarbes pour veiller sur moi ont ruiné leur abonnement aux opérettes lorsque j'étais petit mais déjà grand. Aux premières années de médecine à l'étage, à Mamie et tous ses repas préparés pendant les révisions pendant que Papi reliait les cours et nettoyait ma voiture en secret « c'est une Peugeot et pas une poubelle David ».

A Papi d'Andrest, qui n'a jamais su me faire dire lequel des deux papis était le plus gourmand. Et à mamie qui veille sur nous.

A Tatie Denise et Marraine et à tous mes tontons et taties.

A Arnaud, Axel, Cassandra, Jéjé, Laurène et Thibault, le CREW du trou ¹⁰⁰. Je reconnais être une sorte de modèle pour chacun de vous et accepte humblement ce rôle de grand frère que vous me confiez. On sera toujours jeunes et beaux. J'aime ce que vous étiez, êtes et serez et je suis fier d'être votre ami.

A Benoit, à nos talents d'ingénieurs luttant une pelle à la main couverte d'ampoules, sous un tube de crème solaire chacun, tous les étés, face à l'inexorable marée. Merci pour le KFC, les bières après les duels sur le 9 trous de Pessac, et le congélateur. A notre collocation d'ados/cousins, ça va quand même mieux depuis que l'odeur du tabac couvre celle de tes pieds.

A Emilie qui a un esprit de compétition inégalable, en particulier quand il s'agit de savoir qui est plus bête que qui. Désolé pour toutes les raclées, à nos voyages passés et futurs.
P.S : tu auras toujours les jaunes au Risk.

A Chloé.

A Adeline, Axel, Aymeric, Marie et Nadia, ces amis dentistes et étudiants acharnés dont l'abnégation dans les études n'a d'égale que notre mesure dans ces sacrées soirées, week-ends, rallyes, galas...

A Pedo et Guigui parce qu'on n'est pas ces esclaves qui attendent le week-end pour s'enfuir.

- Vous connaissez ma secrétaire ? – Oui chef ! – Elle est belle hein ?

A Laura, parce qu'il y a un temps pour tout et apparemment pour toi. Ce n'est pas simple de te remercier avec des mots. Petite chose collante qui souhaite rivaliser dans tout. C'est l'inexpugnable arrogance de ton sourire qui m'asperge.

A mini-Manon dont la taille du cœur dépasse (elle) les 1,52 m, ce n'est pas une raison pour rester en Bretagne. Ou en Normandie. Enfin là-bas.

Au Docteur Lecru-Chelon pour sa confiance, son accueil et ses conseils ainsi que les tartares de Bernard.

Au Docteur Barthet pour ses enseignements chirurgicaux et rugbystiques, qui a su me valoriser dès le début de l'externat.

A Alexandre Astier parce que tout le monde a besoin de poésie.

A tous les autres, Lisa, Claire, Sophie, Julie, Jeannette et Pierrot et à ceux que je n'ai pas cités mais que j'embrasse.

INTRODUCTION	10
--------------------	----

I. MALADIE PARODONTALE CHRONIQUE, UNE PRISE EN CHARGE COMPLEXE 12

1. <i>Généralités</i>	12
2. <i>Classification</i>	13
3. <i>Diagnostic</i>	16
a. Anamnèse.....	16
b. Examen clinique.....	16
c. Examen radiographique	18
d. Examen biologique.....	18
4. <i>Facteurs de risques</i>	18
a. Facteurs de risques généraux.....	19
i. Modifiables.....	19
ii. Non modifiables.....	20
b. Facteurs de risque locaux	21
5. <i>Prise en charge</i>	22
a. Annonce et explication de la maladie.....	22
b. Traitement.....	23
i. Préparation parodontale.....	23
ii. Thérapeutiques mécaniques	24
c. Maintenance.....	25

II. COMMUNICATION, INFORMATION ET MOTIVATION DU PATIENT : FACTEURS DE REUSSITE THERAPEUTIQUE 27

1. <i>Principes de bases de la communication</i>	27
2. <i>La communication dans la thérapie</i>	28
a. Annonce de la maladie.....	28
b. Explication de la maladie.....	28
c. Écoute.....	30
d. Communication pendant le traitement	30
3. <i>Obligation d'information : aspect juridique</i>	31

III. ENQUETE QUALITATIVE SUR LES CONNAISSANCES DU PATIENT A PROPOS DE SA MALADIE PARODONTALE ET DE SES REPRESENTATIONS..... 33

1. <i>Objectif de l'enquête</i>	33
2. <i>Méthodologie</i>	34
a. L'échantillonnage.....	34
b. Le guide d'entretien.....	35
c. Déroulement des entretiens.....	35
d. Analyse des entretiens	36

3. <i>Résultats</i>	37
a. Cartographie de l'échantillonnage.....	37
b. Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique des connaissances et représentations du patient à propos de la maladie parodontale	38
c. Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique de la compréhension des traitements et du suivi par les patients.....	40
d. Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique de la communication et de l'information des patients concernant leur maladie parodontale.....	41
IV. DISCUSSION	44
1. <i>Méthodologie</i>	44
a. L'échantillon	44
b. Le guide d'entretien.....	46
c. Déroulement des entretiens.....	48
d. L'analyse.....	48
2. <i>Résultats</i>	49
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	58
TABLE DES ILLUSTRATIONS	63
LISTE DES TABLEAUX	64
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ENQUETE QUALITATIVE.....	65
ANNEXE 2 : GRILLE D'ANALYSE DE L'ENQUETE QUALITATIVE.....	66

Introduction

« Madame/Monsieur X, vous êtes atteints d'une maladie parodontale... » Souvent annoncé au patient en phase initiale de traitement ou après une longue pause dans son parcours de soin, ces mots marquent le début de la prise en charge d'une maladie chronique complexe.

La parodontite chronique est une pathologie inflammatoire multifactorielle qui affecte 20 à 50% des adultes et dont la fréquence et la sévérité augmentent avec l'âge. Elle est initiée par l'accumulation du biofilm bactérien sur les surfaces dentaires qui provoque une atteinte des tissus de soutien de la dent pouvant aboutir à terme à la perte de l'organe dentaire.

Le traitement passe par une phase de thérapie initiale permettant notamment d'analyser les facteurs de risques (généraux et locaux) du patient et si possible, de les éliminer. La thérapeutique mécanique inclue selon le degré de l'atteinte des traitements non-chirurgicaux (détartrages, surfaçages) et/ou chirurgicaux. S'ensuit une phase de maintenance, nécessitant un suivi régulier et une observance continue, qui complète la thérapie initiale tout au long de la vie.

L'information médicale débute le plus souvent au cours de la première consultation. Pour les patients, il s'agit d'un entretien lourd d'informations. Celui-ci s'ajoute au choc émotionnel du diagnostic, parfois inattendu, d'une maladie parodontale aux symptômes couramment silencieux. Il faut alors savoir nous adapter à la personnalité du patient, son état de santé psychique et moral, et l'encourager à nous interroger. Le patient doit pouvoir être attentif et perméable à notre discours, le comprendre et l'assimiler. En effet, le rôle du patient dans le traitement de cette pathologie est aussi important que celui du chirurgien-dentiste.

La réussite des traitements parodontaux dépend de la compréhension de la maladie par le patient, des modifications de ses habitudes d'hygiène et de la prise en charge de ses facteurs de risque. Une information claire, loyale et appropriée est donc nécessaire pour s'assurer de la collaboration du patient.

Au service de Médecine et de Chirurgie buccale de Xavier Arnozan (CHU de Bordeaux), il revient le plus souvent, aux étudiants en formation initiale de délivrer cette information. Le manque d'expérience de ces futurs chirurgiens-dentistes peut altérer la transmission d'informations nécessaires au bon déroulement de la prise en charge des patients. Il devient alors pertinent de se demander quelles informations perçoivent les patients atteints de parodontite chronique et suivis dans le service de Médecine et de Chirurgie buccale.

Afin de comprendre l'importance du message à délivrer, nous synthétiserons dans une première partie la prise en charge complexe de la parodontite chronique de l'adulte. Ensuite nous aborderons des notions d'informations et communications indispensables à la présentation d'un message clair pour les patients. Enfin nous recueillerons à travers une enquête qualitative les représentations et les connaissances des patients atteints de cette maladie afin notamment d'évaluer la qualité des informations transmises au service de Xavier Arnozan.

I. Maladie parodontale chronique, une prise en charge complexe

1. Généralités

Les maladies parodontales sont des infections inflammatoires multifactorielles d'origine microbienne qui affectent et/ou détruisent un ou plusieurs éléments du parodonte (gencive, cément, ligament parodontal et os alvéolaire) (1). Les atteintes peuvent être isolées à une seule dent (voire un site d'une dent), à un groupe de dents ou généralisées à toute une denture. Elles se caractérisent par une alvéolyse et une migration de l'attache épithéliale le long de la surface radiculaire (2).

En pratique clinique quotidienne, nous rencontrons deux catégories principales de maladies du parodonte :

- Les gingivites, inflammations réversibles de la gencive ; le plus souvent induites par la présence de plaque dentaire ;
- Les parodontites résultant de l'atteinte de l'ensemble des éléments de soutien de la dent, la forme chronique étant la plus fréquente.

La parodontite chronique est la forme la plus fréquente des parodontites de l'adulte : elle intéresserait 20 à 50% des adultes (3).

Au niveau statistique, on note que la fréquence et la sévérité des parodontites augmentent avec l'âge, avec notamment un pic d'incidence vers 60 ans. Les Français adultes seraient 52% à être atteints de gingivite chronique et 27% à souffrir d'une parodontite chronique sévère (3).

L'étude d'Albandar et coll. réalisée entre 1988 et 1994 sur un échantillon de 9689 américains de 30 à 90 ans montrait: (4)

- 22,5% des sujets présentent une récession ≥ 3 mm
- 50,3% des sujets présentent un saignement gingival
- 91,8% des sujets présentent du tartre et 55,1% du tartre sous gingival
- 35% des sujets présentent une parodontite (21% une parodontite légère et 12,6% une parodontite modérée à sévère)

- La perte d'attache et la prévalence augmentent avec l'âge
- Les hommes sont plus touchés que les femmes
- La prévalence est plus forte chez les Mexicains et les Noirs Américains que chez les caucasiens

Selon une autre étude réalisée entre 2002 et 2003 sur un échantillon de 2144 patients français âgés de 35 à 64 ans (5) :

- 95,4% des patients présentent une perte d'attache
- 82,23% % des patients présentent des poches parodontales
- 46,68 % % des patients présentent une perte d'attache ≥ 5 mm
- 0,21% % des patients présentent des poches parodontales ≥ 5 mm

2. Classification

Une classification des maladies parodontales est adoptée en 1999 dans le cadre de l'International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions sous l'égide de l'IAP (International Association of Periodontology) (6).

Une nouvelle classification a été élaborée conjointement lors de la conférence de Chicago en 2017 par l'American Association of Periodontology (AAP) et l'European Federation of Periodontology (EFP) et publiée en 2018 (Figure 1 et 2) (7). Dans la catégorie des parodontites, cette nouvelle classification ne distingue plus les formes chroniques et agressives, mais les parodontites sont définies selon le niveau de sévérité, l'extension, la localisation et la rapidité d'évolution (7,8).

- I. Gingival Diseases
 - A. Dental plaque-induced gingival diseases*
 - 1. Gingivitis associated with dental plaque only
 - a. without other local contributing factors
 - b. with local contributing factors (See VIII A)
 - 2. Gingival diseases modified by systemic factors
 - a. associated with the endocrine system
 - 1) puberty-associated gingivitis
 - 2) menstrual cycle-associated gingivitis
 - 3) pregnancy-associated
 - a) gingivitis
 - b) pyogenic granuloma
 - 4) diabetes mellitus-associated gingivitis
 - b. associated with blood dyscrasias
 - 1) leukemia-associated gingivitis
 - 2) other
 - 3. Gingival diseases modified by medications
 - a. drug-influenced gingival diseases
 - 1) drug-influenced gingival enlargements
 - 2) drug-influenced gingivitis
 - a) oral contraceptive-associated gingivitis
 - b) other
 - 4. Gingival diseases modified by malnutrition
 - a. ascorbic acid-deficiency gingivitis
 - b. other
 - B. Non-plaque-induced gingival lesions
 - 1. Gingival diseases of specific bacterial origin
 - a. *Neisseria gonorrhoea*-associated lesions
 - b. *Treponema pallidum*-associated lesions
 - c. streptococcal species-associated lesions
 - d. other
 - 2. Gingival diseases of viral origin
 - a. herpesvirus infections
 - 1) primary herpetic gingivostomatitis
 - 2) recurrent oral herpes
 - 3) varicella-zoster infections
 - b. other
- 3. Gingival diseases of fungal origin
 - a. *Candida*-species infections
 - 1) generalized gingival candidosis
 - b. linear gingival erythema
 - c. histoplasmosis
 - d. other
- 4. Gingival lesions of genetic origin
 - a. hereditary gingival fibromatosis
 - b. other
- 5. Gingival manifestations of systemic conditions
 - a. mucocutaneous disorders
 - 1) lichen planus
 - 2) pemphigoid
 - 3) pemphigus vulgaris
 - 4) erythema multiforme
 - 5) lupus erythematosus
 - 6) drug-induced
 - 7) other
 - b. allergic reactions
 - 1) dental restorative materials
 - a) mercury
 - b) nickel
 - c) acrylic
 - d) other
 - 2) reactions attributable to
 - a) toothpastes/dentifrices
 - b) mouthrinses/mouthwashes
 - c) chewing gum additives
 - d) foods and additives
 - 3) other
- 6. Traumatic lesions (factitious, iatrogenic, accidental)
 - a. chemical injury
 - b. physical injury
 - c. thermal injury
- 7. Foreign body reactions
- 8. Not otherwise specified (NOS)

Figure 1: Classification Armitage (1999)

<ul style="list-style-type: none"> II. Chronic Periodontitis[†] <ul style="list-style-type: none"> A. Localized B. Generalized III. Aggressive Periodontitis[†] <ul style="list-style-type: none"> A. Localized B. Generalized IV. Periodontitis as a Manifestation of Systemic Diseases <ul style="list-style-type: none"> A. Associated with hematological disorders <ul style="list-style-type: none"> 1. Acquired neutropenia 2. Leukemias 3. Other B. Associated with genetic disorders <ul style="list-style-type: none"> 1. Familial and cyclic neutropenia 2. Down syndrome 3. Leukocyte adhesion deficiency syndromes 4. Papillon-Lefèvre syndrome 5. Chediak-Higashi syndrome 6. Histiocytosis syndromes 7. Glycogen storage disease 8. Infantile genetic agranulocytosis 9. Cohen syndrome 10. Ehlers-Danlos syndrome (Types IV and VIII) 11. Hypophosphatasia 12. Other C. Not otherwise specified (NOS) V. Necrotizing Periodontal Diseases <ul style="list-style-type: none"> A. Necrotizing ulcerative gingivitis (NUG) B. Necrotizing ulcerative periodontitis (NUP) VI. Abscesses of the Periodontium <ul style="list-style-type: none"> A. Gingival abscess B. Periodontal abscess C. Pericoronal abscess 	<ul style="list-style-type: none"> VII. Periodontitis Associated With Endodontic Lesions <ul style="list-style-type: none"> A. Combined periodontic-endodontic lesions VIII. Developmental or Acquired Deformities and Conditions <ul style="list-style-type: none"> A. Localized tooth-related factors that modify or predispose to plaque-induced gingival diseases/periodontitis <ul style="list-style-type: none"> 1. Tooth anatomic factors 2. Dental restorations/appliances 3. Root fractures 4. Cervical root resorption and cemental tears B. Mucogingival deformities and conditions around teeth <ul style="list-style-type: none"> 1. Gingival/soft tissue recession <ul style="list-style-type: none"> a. facial or lingual surfaces b. interproximal (papillary) 2. Lack of keratinized gingiva 3. Decreased vestibular depth 4. Aberrant frenum/muscle position 5. Gingival excess <ul style="list-style-type: none"> a. pseudopocket b. inconsistent gingival margin c. excessive gingival display d. gingival enlargement (See I.A.3. and I.B.4.) 6. Abnormal color C. Mucogingival deformities and conditions on edentulous ridges <ul style="list-style-type: none"> 1. Vertical and/or horizontal ridge deficiency 2. Lack of gingiva/keratinized tissue 3. Gingival/soft tissue enlargement 4. Aberrant frenum/muscle position 5. Decreased vestibular depth 6. Abnormal color D. Occlusal trauma <ul style="list-style-type: none"> 1. Primary occlusal trauma 2. Secondary occlusal trauma
--	--

Figure 2: Classification Armitage (1999) (suite)

CLASSIFICATION OF PERIODONTAL AND PERI-IMPLANT DISEASES AND CONDITIONS 2017										
Periodontal Diseases and Conditions										
Periodontal Health, Gingival Diseases and Conditions			Periodontitis			Other Conditions Affecting the Periodontium				
Chapple, Mealey, et al. 2018 Consensus Rept link			Papapanou, Sanz et al. 2018 Consensus Rept link			Jepsen, Caton et al. 2018 Consensus Rept link				
Trombelli et al. 2018 Case Definitions link			Tonetti, Greenwell, Kornman. 2018 Case Definitions link			Papapanou, Sanz et al. 2018 Consensus Rept link				
Periodontal Health and Gingival Health	Gingivitis: Dental Biofilm-Induced	Gingival Diseases: Non-Dental Biofilm-Induced	Necrotizing Periodontal Diseases	Periodontitis	Periodontitis as a Manifestation of Systemic Disease	Systemic diseases or conditions affecting the periodontal supporting tissues	Periodontal Abscesses and Endodontic-Periodontal Lesions	Mucogingival Deformities and Conditions	Traumatic Occlusal Forces	Tooth and Prosthesis Related Factors

Figure 3: Classification Caton et al. (2018)

Nous nous concentrerons ici sur la prévalence, l'étiologie, le diagnostic, la prise en charge, et les représentations de la maladie parodontale chronique chez le patient, selon la classification d'Armitage.

3. *Diagnostic*

Certains signes cliniques tels que le saignement, œdème, rougeurs, halitose, poches parodontales sont les premiers éléments du diagnostic. Cependant le diagnostic de la maladie parodontale s'effectue, à la suite de l'entretien avec le patient, grâce à un examen clinique précis, un bilan radiologique et selon les cas des tests biologiques.

a. Anamnèse

Nous recherchons avec le patient à déterminer les facteurs de risques principaux de la parodontite :

- Antécédents familiaux de parodontite
- Tabagisme
- Diabète
- Stress

Nous analyserons aussi son histoire dentaire, ses habitudes d'hygiène et toute autre information que le patient est amené à offrir (2,3).

b. Examen clinique

Il permettra d'apprécier l'aspect de la gencive marginale, papillaire et attachée. Plusieurs paramètres cliniques seront à prendre en compte et permettront de révéler le degré d'inflammation tissulaire.

- Le sondage (vertical)

Il s'agit d'un examen approfondi qui repose sur l'observation et la prise de mesures. Au-delà des premiers signes cliniques de l'inflammation cités ci-dessus, un bilan de sondage ou charting sera réalisé. A l'aide d'une sonde graduée manuelle, la profondeur de sondage sera mesurée, du bord gingival au fond de la poche ; ainsi que le niveau d'attache clinique, de la jonction amélo-cémentaire au fond de la poche (2).

- Examen des furcations (sondage horizontal)

Effectué à l'aide d'une sonde de Nabers, cet examen permet d'évaluer la perte osseuse sur les dents pluriradiculées.

- Le saignement

Le saignement permet d'indiquer une inflammation. Seule l'absence de saignement est significative, un sillon gingival sain ne saignant pas au sondage doux.

- La plaque bactérienne

La présence de plaque bactérienne liée aux autres signes cliniques permet de poser le diagnostic, d'évaluer l'hygiène bucco-dentaire du patient et est significatif du pronostic du traitement (2).

- Facteurs de rétention de plaque

On réalisera un examen approfondi des reconstitutions présentes, obturations ou prothèses débordantes pouvant compliquer le contrôle de plaque.

- Mobilité

On cherchera les dents mobiles, avec une évaluation du degré de mobilité (classification des mobilités : Miller 1950), puis on en cherchera la ou les causes : perte d'attache, traumatisme occlusal, surcharge fonctionnelle, infection périapicale...(2)

c. Examen radiographique

Cet examen seul ne permet pas de poser un diagnostic, on observera au niveau des tissus minéralisés les conséquences de la pathologie : on peut confirmer la perte osseuse et constater sa sévérité et sa localisation (généralisée, inter-radriculaire) (2,3).

Il regroupe radiographie panoramique et radiographies rétro-alvéolaires.

Un bilan long cône (status radiographique) sera réalisé à l'aide d'angulateurs selon la technique des plans parallèles pour une meilleure fiabilité et reproductibilité.

d. Examen biologique

La spécificité des bactéries parodonto-pathogènes permet un diagnostic microbiologique si nécessaire, utilisé principalement en cas de parodontites agressives.

D'autres examens complémentaires pourront être proposés au patient pour mieux identifier les agents paro-pathogènes et ainsi pouvoir mieux cibler les traitements anti-infectieux. La flore pathogène pourra être identifiée à l'aide de prélèvements sous-gingivaux suivis de tests bactériens par mise en culture ou par sonde génomique (3) .

L'ensemble de toutes les informations collectées par le praticien permet de poser un diagnostic différentiel entre des pathologies parodontales dont la symptomatologie clinique peut être proche mais de pronostic très différent (3).

4. *Facteurs de risques*

Les maladies parodontales, et en particulier les parodontites chroniques, sont des maladies multifactorielles et leurs fréquences et leurs sévérités sont donc potentialisées par de nombreux facteurs de risques. Leur identification permet de dépister les individus susceptibles de développer des parodontites, et lorsque celle-ci est diagnostiquée, la prise en charge de ces facteurs de risques permet d'améliorer le traitement et le pronostic.

Certains patients pourront cumuler un ou plusieurs facteurs de risque, provoquant ainsi une destruction plus rapide et plus importante des tissus de soutien (3).

Ces facteurs de risque peuvent être généraux ou locaux, modifiables ou non.

a. Facteurs de risques généraux

i. Modifiables

- Hygiène bucco-dentaire défectueuse

La prévalence et la sévérité de la destruction parodontale sont corrélées à la présence de tartre supra- et sous-gingival.

- Tabac

La prévalence et la sévérité des maladies parodontales est augmentée chez les fumeurs en relation directe et proportionnelle avec le nombre de cigarettes fumées par an et la durée du tabagisme.

Le risque de perte d'attache est 2,5 à 7 fois plus important que chez les non-fumeurs (2). De plus, lors du traitement initial et du suivi, la réponse cicatricielle est de moindre qualité chez les fumeurs (9).

Le plan de traitement de parodontologie doit, autant que faire se peut, intégrer l'arrêt du tabac (3).

- Diabète

Les parodontites sont plus sévères chez les patients souffrant de diabète de type I et II. Nous disposons maintenant de nombreuses études documentant le lien entre diabète et maladies parodontales.

Il s'agit d'une relation à double sens : le diabète favorise et aggrave les lésions parodontales et la présence d'une parodontite influe sur le contrôle de la glycémie et augmente l'insulino-résistance (3,10,11).

Au niveau parodontal, l'hyperglycémie consécutive au diabète provoque des modifications vasculaires et aurait aussi un rôle dans l'entretien du processus inflammatoire. Elle entraîne également une sous-oxygénation des tissus, un retard de la

cicatrisation parodontale et influe sur le métabolisme du collagène et immunologique (10).

Il est important de noter que les patients souffrant d'un diabète équilibré présentent un risque parodontal équivalent à celui des patients sains (2).

- Facteurs psychologiques

Le stress (par le biais de certains traits de caractères), l'état psychologique ou des évènements majeurs négatifs, peuvent favoriser une augmentation de la libération d'hormones immunosuppressives favorisant ainsi le développement de la maladie (3).

Le stress aurait un effet indirect néfaste sur le comportement et l'exposition à d'autres facteurs de risques comme le tabac ou le manque d'hygiène bucco-dentaire (12).

- VIH

L'action immunosuppressive du rétrovirus favorise les infections fongiques, virales et bactériennes, influant sur l'apparition de maladies parodontales. On retrouve notamment une association avec les formes ulcéro-nécrotiques de ces pathologies (2).

ii. Non modifiables

- Facteurs génétiques

On retrouve une association entre parodontites agressives et plusieurs maladies génétiques : syndrome de Papillon-Lefèvre, syndrome de Down, trisomie 21...

Les gènes HLA influencent la progression de la maladie chronique via leur rôle dans la réponse aux pathogènes parodontaux (2).

La génétique est responsable d'une proportion importante de la variance phénotypique des parodontites dans la population, de plus l'héritabilité à tendance à être plus élevée en ce qui concerne les formes sévères à apparition précoce et chez les individus plus jeunes (13).

- Age

La prévalence des parodontites est corrélée avec l'âge. L'incidence plus élevée des maladies parodontales avec l'âge peut être expliquée notamment par la diminution du potentiel de cicatrisation et des mécanismes d'immunodéfiance.

Des facteurs aggravants tels que la sénescence des tissus parodontaux et les effets secondaires des traitements médicamenteux (en augmentation statistique avec l'âge) sont également mis en cause (3).

- Sexe

Les parodontites chroniques touchent plus les hommes que les femmes, ce ne serait en revanche pas le cas pour toutes les maladies parodontales (12).

- Origine ethnique

Les personnes d'origines asiatiques ou maghrébines sont statistiquement plus atteintes par la maladie parodontale (2,12).

- Condition socio-économiques

Le niveau socio-économique, statistiquement corrélé à l'accès aux soins bucco-dentaires, l'éducation, et l'hygiène orale sont des facteurs de risque. La sévérité des maladies parodontales est plus grande dans les pays en voie de développement.

Les carences ou déficiences protéiques, vitaminiques ou minérales influent sur la présence de maladies parodontales. On trouve couramment une association entre carence en vitamine C et gingivite (2,3).

b. Facteurs de risque locaux

La présence et la transmission de bactéries pathogènes spécifiques, notamment les bactéries Gram - anaérobies, influent sur le développement de pathologies parodontales. La présence de soins dentaires défectueux/iatrogènes ou de facteurs fonctionnels (malposition, encombrement, version dentaire, malocclusion, béance, parafonction...) provoquent également un risque de maladies parodontales (2,12).

5. *Prise en charge*

L'objectif principal du traitement est de venir stopper le processus de destruction des tissus parodontaux et prévenir une perte d'attache supplémentaire. Le but sera d'éliminer la réponse inflammatoire, et pour cela, l'obtention de la coopération du patient est indispensable (14). Les gestes d'hygiène individuelle doivent être réalisés au-delà de la phase de traitement (15).

C'est l'action commune du praticien et du patient, informé, motivé et conscient qui permettront d'atteindre ces objectifs.

a. Annonce et explication de la maladie

L'annonce et l'explication de la maladie parodontale sont des phases primordiales du plan de traitement.

Contrairement aux lésions d'origine endodontiques, les lésions parodontales sont souvent peu douloureuses. Le manque de sensibilisation et de connaissances, associé à la nature indolore de la maladie, influence la vision du patient sur l'intérêt d'un traitement parodontal. Sans explications, le traitement peut lui paraître superflu et onéreux et/ou à minima diminuer l'observance (16).

La coopération et la motivation du patient sont des facteurs de réussite du traitement, il est donc nécessaire de l'informer et le sensibiliser. La compréhension de la maladie, de son aspect chronique et de sa prise en charge ainsi que les rôles du patient et du praticien sont les objectifs de cette première phase du plan de traitement.

On cherche à ce que le patient comprenne l'intérêt de l'ensemble du traitement et pas seulement du motif de consultation (17).

Une ébauche du traitement et du plan de traitement sera donnée au patient.

Nous évoquerons ce sujet plus en détail dans la partie 2.

b. Traitement

i. Préparation parodontale

La thérapeutique initiale a pour but de diminuer la charge parodonto-pathogène et de rétablir l'équilibre hôte/bactéries afin de tendre vers la cicatrisation parodontale.

Pour cela on disposera de plusieurs outils :

- Le contrôle individuel de plaque et éducation thérapeutique du patient

La motivation à l'hygiène buccodentaire correspond à l'enseignement des techniques d'élimination de la plaque dentaire par le brossage des arcades et l'utilisation du fil et des brossettes interdentaires (15). A la suite de l'analyse des antécédents médicaux et des habitudes d'hygiène, on recommandera un brossage bi à tri quotidien de 2 minutes selon la technique de Bass (1).

L'enseignement à l'hygiène permet de créer un environnement favorable à la cicatrisation des tissus et la stabilisation des phénomènes inflammatoires en désorganisant le biofilm et prévenant la récurrence (2,17,18).

L'objectif est de maîtriser, avec le patient, des facteurs de risques modifiables comme la consommation de tabac, le stress, et les pathologies susceptibles d'induire et /ou aggraver la pathologie parodontale (comme le diabète).

- Élimination des facteurs de rétention de plaque :

Le praticien éliminera les facteurs de rétention de plaque et les situations limitant l'accès au brossage et tout ce qui s'oppose à la cicatrisation parodontale :

- Polissage des restaurations débordantes
- Avulsions des dents non conservables
- Soins conservateurs
- Traitement des malocclusions
- Rétablissement des points de contact

Les soins iatrogènes seront corrigés avec pour objectif l'obtention de surfaces dentaires supra et sous gingivales lisses (2).

ii. Thérapeutiques mécaniques

- Traitement non-chirurgical

Il s'agit du contrôle professionnel de plaque, ou thérapie mécanique.

Il correspond à l'éviction du tartre, de la plaque et des colorations des surfaces dentaires en supra- ou en sous-gingival lors du détartrage/polissage ; puis à l'élimination du ciment infecté par les toxines bactériennes jusqu'à l'obtention d'une surface radiculaire lisse et saine compatible à la création d'un épithélium de jonction lors du surfaçage/polissage (15).

Il pourra être fait à l'aide d'instrumentations manuelles, soniques ou ultrasoniques et complété à l'aide d'agents antibactériens (antiseptiques et antibiotiques) (19).

- Traitement chirurgical

Il permet d'avoir un accès manuel et visuel direct chez les patients présentant des lésions osseuses sévères associées à des poches parodontales profondes et peut se faire à l'aide de thérapeutiques correctrices soustractives ou additives.

De nos jours, les techniques sont très peu invasives : on pratique des incisions intra-sulculaires et des décollement de lambeaux à minima afin de préserver au maximum les tissus parodontaux (3).

On pourra mieux appréhender la réduction des poches ainsi que le remodelage/comblement osseux et il est également utile pour les lésions touchant les furcations (15).

Ce traitement chirurgical offre l'opportunité de combler des lésions osseuses angulaires à l'aide d'un biomatériau qui, de par son rôle ostéoconducteur, favorisera la colonisation du site par les cellules du patient (3).

- Traitements associés

- Laser

L'utilisation du laser dans le traitement des parodontites est encore assez controversée et peu documentée dans la littérature pour affirmer que l'intégration du laser au plan de traitement permet un effet antimicrobien et une cicatrisation supérieure à celle obtenue lors de thérapie parodontale classique. De plus, le coût selon le type de laser choisi peut être un frein pour certains praticiens (20).

- Antiseptiques

Ils sont utilisés en bain de bouche ou pendant la thérapie mécanique comme agent d'irrigation des poches. L'antiseptique le plus employé est la Chlorhexidine qui présente l'avantage d'avoir un large spectre antibactérien mais qui a quelques effets secondaires (altérations du goût, dépôt colorés...) (15).

- Antibiothérapie locale

Il est décrit dans la littérature que l'application locale d'antibiotiques peut être utilisée comme complément de la thérapie mécanique chez les patients avec des sites présentant une amélioration insuffisante après traitement ou avec des lésions localisées (2,15). Cependant, les organismes professionnels français (HAS et AFSSAPS) ne recommandent pas son utilisation en complément du détartrage/surfaçage radiculaire dans le traitement des parodontites en raison de l'amélioration modeste quelle apporte en matière de gain d'attache et du risque de résistance bactérienne (21).

Les risques de développer des résistantes bactériennes sont moindres comparativement à l'antibiothérapie systémique, mais seule, elle ne présente pas de réel intérêt pour soigner les parodontites (15).

- Antibiothérapie systémique

Les études montrent qu'elle peut être utilisée en adjonction au traitement mécanique, principalement dans le traitement des parodontites agressives et sévères, avec poches profondes ou actives (suppuration) (21). Afin de prévenir l'apparition de résistances bactériennes, l'utilisation des antibiotiques ne doit pas être systématique et demande une réflexion en amont de la part du praticien (2,15).

c. Maintenance

Les objectifs de la maintenance parodontale, ou thérapeutique de soutien, sont de maintenir les résultats de la thérapie initiale, d'éviter l'apparition de la maladie sur les sites non atteints et la récurrence sur les sites déjà traités.

Le patient, acteur à part entière, est responsable du contrôle de plaque supra-gingivale en s'investissant au quotidien via le brossage et le passage de brossettes interdentaires ou fil dentaire (1).

La fréquence du suivi dépend des différents facteurs de risque propre au patient : contrôle de plaque, tabac, stress, état de santé général... La maintenance parodontale s'effectue tous les 3, 4 ou 6 mois en fonction du profil de risque du patient (22).

Il est important lors des séances de contrôle de se tenir informé de l'évolution de l'état de santé du patient, son état d'anxiété et de stress, sa consommation de tabac (23). On évalue le contrôle de plaque afin de vérifier l'observance du patient, et on effectue un examen clinique parodontal classique.

Un charting et un bilan long-cône sont réalisés afin d'évaluer la stabilité de l'ensemble des tissus de soutien parodontaux et l'évolution de la maladie, en comparaison avec ceux effectués dans la thérapie initiale (2,16,17).

Le praticien réalise un détartrage polissage, retouche les obturations débordantes et planifie des séances de surfaçage radiculaire si nécessaire. Des soins peuvent aussi être effectués pour d'éventuelles sensibilités radiculaires (traitement de lésions cervicales d'usures, vernis...).

La réussite à long terme du traitement parodontal dépend de l'observance du patient et la phase de maintenance doit commencer dès la fin de la phase active du traitement (16,17,22).

La motivation du patient est d'autant plus efficace que le patient connaît sa pathologie et son fonctionnement.

II. Communication, information et motivation du patient : facteurs de réussite thérapeutique

1. Principes de bases de la communication

La communication et l'éducation thérapeutique du patient sont indissociables des traitements mécaniques de la maladie parodontale chronique. Le chirurgien-dentiste se doit de maîtriser des connaissances de bases en communication, tout autant qu'il maîtrise son discours explicatif et éducationnel (adaptable aux types de patients) pour annoncer et expliquer la maladie, la prise en charge et les pronostics.

La communication n'est pas un simple don d'information, c'est aussi compassion, écoute et empathie. L'information est la masse principale du message verbal, simple composante du message total.

La composante non verbale (55 à 70% du message reçu selon R. Nossintchouk (24)) enrichit le message auditif avec les gestes, postures, sentiments, expressions faciales, silences... que l'émetteur en soit conscient ou non. La maîtrise de cette communication non verbale est délicate mais importante dans l'établissement d'un dialogue efficace (25). Deux types de communication non verbale existent: le paralangage (le volume, le ton, la fluidité, et tous les bruits autres que les mots) et les signaux libérés du langage (mouvements corporels, comportementaux, environnementaux) (26).

Par exemple, un regard franc, dans les yeux, crée plus facilement un lien de confiance avec l'interlocuteur, en opposition au manque de franchise transmis par un regard « fuyant ». De même, une position corporelle reflétant un repli sur soi (épaules voutées, bras et jambes croisés) s'oppose au message d'ouverture et de bien-être communiqué par une stature droite, membres décroisés, épaules relâchées (26).

Enfin, les deux discours, verbal et non verbal, doivent être cohérents entre eux.

2. La communication dans la thérapie

L'aspect psychologique est très important dans la prise en charge des maladies parodontales.

En effet, le chirurgien-dentiste ne peut traiter seul ces pathologies et la coopération ainsi que l'implication du patient sont nécessaires (16).

Pour se faire, une parfaite compréhension de sa maladie, de ses facteurs de risque et de son traitement semble indispensable. Il est important que le praticien s'implique dans cette phase de dialogue. L'efficacité de l'éducation thérapeutique sera aussi dépendante de la façon dont le praticien amène la chose. Si le dentiste ne pense pas vraiment que l'éducation à l'hygiène qu'il effectue auprès des patient peut changer leurs santé, cela sera moins efficace et effectif (18).

a. Annonce de la maladie

L'annonce de la maladie est une étape clé de la prise en charge de toute maladie, en particulier les maladies chroniques. C'est une information lourde, donnée au patient, qui est parfois dépourvu de toutes connaissances sur le sujet. Elle peut répondre à des symptômes ressentis par le patient, tout comme faire suite à une découverte fortuite.

La gestion de cette annonce fait partie de notre domaine de compétence. C'est parfois un premier face à face avec cette maladie chronique. On cherchera à ne pas créer ou augmenter l'anxiété du patient, créer des représentations erronées de la maladie, risquer de provoquer un refus de prise en charge, ou tout simplement donner une mauvaise représentation du soignant (27).

b. Explication de la maladie

Il est souhaitable, au moment de l'annonce et l'explication, de se trouver dans un endroit calme, à hauteur du patient, si possible éviter la position allongée sur fauteuil qui peut être angoissante et d'avoir suffisamment de temps (27).

On cherchera à vulgariser le fonctionnement de cette maladie chronique. Il est important que le patient puisse comprendre la maladie, pour se faire il faudra :

- Rappeler l'historique de la situation
- Annoncer avec des mots simples, graduellement, et parfois plusieurs fois
- Associer des propositions précises de traitement et de soutien
- Écouter le patient de façon active et l'inciter à poser des questions
- Manifester son empathie par des gestes ou des mots simples
- Expliquer la suite de la maladie et de la prise en charge

Il est important de ne pas surcharger le patient d'informations, en particulier pendant le même rendez-vous que l'annonce de la maladie.

Il faut utiliser des termes simples, avancer graduellement et répéter plusieurs fois. Cette vulgarisation est parfois un des aspects les plus complexes de la communication, le vocabulaire odontologique est très riche et parfois en contradiction avec celui maîtrisé par le patient. Elle s'adresse à un patient dépourvu de connaissances sur le sujet, ou qui se sera informé au moyen des médias à sa disposition (internet, télévision, magazines...) de façon souvent non scientifique et parfois erronée sur sa pathologie (le fameux « patient doctissimo ») (25).

Si le patient souhaite enrichir sa culture médicale, nous pouvons l'orienter vers des sources d'informations fiables et relativement faciles d'accès (par exemple le site de l'UFSBD) qui peuvent l'aider à clarifier certains soins et actes bucco-dentaires déjà réalisés ou à venir.

L'utilisation d'un langage positif est préconisée, tout au long de l'annonce, de l'explication et du traitement. La formulation de la négation, selon Bandler et Grinder (28), n'apporte rien au message. Les tournures négatives pourront provoquer un effet inverse à celui souhaité : le patient peut ne pas entendre cette négation et se créer une vision biaisée du message initial (26). Par exemple, on évite la formulation « vous n'êtes pas condamné à perdre vos dents » puisque la seule évocation de « perdre ses dents » supplante la négation et que l'inconscient du patient ne retiendra que cette idée. Ainsi « la prise en charge parodontale nous permettra de maintenir toutes les dents conservables » est une formulation plus positive.

c. Écoute

On souhaitera connaître la pensée du patient, évaluer son degré de compréhension et effleurer son degré de motivation. Le patient sera incité à s'exprimer, poser des questions, à intervenir dans la discussion pour éviter un monologue éducationnel. Il faut alors manifester son empathie par des gestes et des mots simples en écoutant le patient de façon active.

Cette écoute active peut prendre forme via des marques d'écoute verbale, comme des onomatopées « ha !, hum ?, oui ? » ou des comportements non verbaux : hochements de tête, expressions du visage... et manifester son intérêt pour ce qui est dit (25). Il faut manifester ouvertement son intérêt mais aussi savoir profiter des silences, ne pas couper la parole du patient ou l'aider à trouver ses mots ce qui peut changer le premier sens de son intervention.

Le praticien sait poser des questions fermées mais aussi et surtout ouvertes sans donner de signe d'impatience ou de stress (26).

d. Communication pendant le traitement

Après explication du plan de traitement au patient, il est nécessaire à chaque séance de dialoguer avec lui afin de vérifier qu'il est en possession de toutes les informations nécessaires à la réussite de son traitement et qu'il les a bien assimilées.

L'utilisation du « nous » dans le discours montre au patient qu'il forme un tandem avec le professionnel de santé. Des formules comme « nous allons traiter la pathologie », « notre objectif est » pourront aider à ce qu'il se sente soutenu, à ce qu'il comprenne l'importance de son rôle dans le plan de traitement et pourront ainsi améliorer sa motivation et son observance.

Il est primordial de le motiver régulièrement puisque les traitements parodontaux sont des traitements longs dont le patient peut ne pas voir tout de suite les résultats (contrairement à une pose de facette par exemple) (16).

La responsabilisation du patient est également importante : si des soins sont effectués par le chirurgien-dentiste mais que le patient ne modifie en rien ses habitudes d'hygiène et ses facteurs de risque, le traitement parodontal est destiné à l'échec.

Un contrôle de plaque devra également être effectué à chaque séance afin de vérifier l'implication du patient dans son plan de traitement et sa compréhension des manœuvres d'hygiène.

Il est indispensable que le patient maîtrise les manœuvres d'hygiènes (brossage, passage de brossettes ou de fil dentaire) avant le début des thérapeutiques mécaniques (17,18).

3. Obligation d'information : aspect juridique

Le Code de Santé Publique énonce: « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » (29). Ainsi, le chirurgien-dentiste (comme tout professionnel de santé) se doit de délivrer une information précise et adaptée à chaque patient. Le patient doit avoir suffisamment de connaissances sur son état de santé pour accepter les soins et s'impliquer dans son traitement (30,31).

Cette obligation d'information rentre dans le cadre du contrat de soin, qui est un contrat médical, civil, et par conséquent est donc soumis aux règles du code civil (32). Celui-ci édicte quatre conditions pour qu'un contrat soit valide : « le consentement de la partie qui s'oblige, sa capacité à contracter, un objet certain qui forme la matière de l'engagement, une cause licite dans l'obligation » (33).

Ainsi, le contrat de soin ne peut être établi si le patient n'est pas en mesure de le contracter, s'il ne dispose pas des informations nécessaires.

Le chirurgien-dentiste doit, au cours d'un entretien individuel, donner au patient une information accessible (adaptée à chacun) et intelligible sur sa maladie, les examens complémentaires relatifs, le plan de traitement, le pronostic... (29-31)

L'information à délivrer doit être complète et englober tout ce qui touche à la pathologie du patient : « les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents

ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus » (29).

Le chirurgien-dentiste n'a pas d'obligation dans la forme de l'information à fournir, cependant « En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. » (29).

La responsabilité du chirurgien-dentiste sera donc engagée si celui-ci ne peut prouver qu'il a donné les informations nécessaires, appropriées et complètes à son patient, avec pour conséquence l'impossibilité pour celui-ci de faire un choix éclairé et donc, une perte de chance pour le patient (30,31).

Cette responsabilité dans l'apport de preuve en cas de litige est relativement récente, (depuis 1997 (34)) autrefois il incombait au patient de fournir la preuve qu'il n'avait pas été correctement informé, aujourd'hui : « Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation. Ainsi, il incombe au médecin, tenu d'une obligation particulière d'information vis-à-vis de son patient, de prouver qu'il a exécuté cette obligation. » (25).

III. Enquête qualitative sur les connaissances du patient à propos de sa maladie parodontale et de ses représentations

1. Objectif de l'enquête

Les objectifs de l'enquête sont de recueillir et analyser des témoignages de patients souffrant d'une parodontite chronique suivi au service odontologique de l'hôpital Xavier Arnozan.

L'enquêteur recherche à travers ces témoignages à :

- Identifier les connaissances des patients et leurs lacunes concernant cette maladie
- Comprendre l'origine de ces lacunes
- Appréhender les sentiments et les représentations des patients à propos de leur parodontite chronique
- Appréhender l'importance des façons de communiquer et d'informer pour les patients

Nos hypothèses de départ sont les suivantes :

- Les patients atteints de maladie parodontale vivent mal leur maladie et la perte prématurée de leurs dents.
- Les connaissances du patient sur l'étiologie (origine bactérienne, facteurs de risques) de la maladie parodontale sont lacunaires
- Les facteurs de risques les plus identifiés par les patients sont le tabac et l'étiologie génétique.
- Les patients identifient mal que le traitement d'une maladie parodontale suit le schéma d'une maladie chronique : modifications des habitudes de vie et d'hygiène, suivi du professionnel de santé
- Les connaissances du patient sont celles transmises par le praticien, et peu de recherches annexes sont effectuées pour les compléter.

2. Méthodologie

L'enquête qualitative semble être un outil de choix pour répondre à nos objectifs. Elle offre une richesse d'informations par le recueil de données subjectives comme les opinions et les ressentis. Le but est de laisser le patient s'exprimer sans l'influencer. Les questions posées sont simples et ouvertes afin de ne pas l'orienter et de lui laisser totalement sa liberté de parole. Les entretiens téléphoniques ont été privilégiés.

a. L'échantillonnage

Contrairement aux enquêtes quantitatives, les enquêtes qualitatives ne nécessitent pas un grand échantillonnage. Il a été décidé d'interroger entre cinq et dix patients sélectionnés, selon les critères d'inclusion et d'exclusion, et, d'arrêter les entretiens une fois la saturation des données obtenues (réurrence des mêmes réponses).

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">- Patients souffrants de parodontites chroniques et ayant déjà eu un surfaçage- Patients suivis à l'hôpital Xavier-Arnozan	<ul style="list-style-type: none">- Les proches et patients déjà soignés par l'interrogateur- Les patients suivis en pré ou post-implantaire- Les patients handicapés et les patients sous curatelle- Les patients édentés complets- Les patients ne parlant pas français- Les patients avec une prise en charge trop récente (stade pré-surfaçage).

Tableau 1: Critères d'inclusion et d'exclusion des patients atteints de parodontite chronique sélectionnés dans l'échantillon pour l'enquête qualitative

Tous les dossiers des patients soignés à Xavier Arnozan pour de la parodontologie de début février à fin mai 2019 ont été étudiés par l'enquêteur. Un tirage au sort a été effectué parmi les patients répondant aux critères d'inclusion/exclusion afin d'établir l'ordre des entretiens.

Avant les interviews, les thématiques de la thèse n'ont pas été communiquées aux personnes sélectionnées. Les seules informations en leur possession étaient que l'enquête visait à recueillir leurs connaissances sur l'origine de leur maladie et leurs représentations. Aucune personne n'a refusé de répondre à l'enquête. Les entretiens ont été menés par téléphone, en Gironde, selon les disponibilités des patients, pendant une période de recueil qui s'est étalée du 28 Juin au 03 Juillet 2019.

b. Le guide d'entretien

Les entretiens ont été menés en s'aidant du guide d'entretien (cf. annexe I), qui a été établi au préalable. Ce guide est un outil indispensable lors d'enquêtes de terrain et synthétise les questions et thèmes à aborder lors des entretiens. Il a été réalisé tout d'abord en se basant sur les objectifs de l'enquête, puis testé sur un premier patient. Ce premier entretien, dit « entretien test ou zéro », présente comme intérêt de vérifier le guide et de permettre à l'enquêteur de se familiariser avec celui-ci pour se préparer au déroulement des interviews. L'entretien test n'a pas été retenu dans l'analyse des résultats de l'enquête, mais a permis d'établir que tous les thèmes de l'étude semblaient avoir été abordés et que donc il n'y avait pas de modifications à apporter au guide.

c. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont démarré après l'obtention de l'accord du chef de service, aucune autre demande n'a été faite puisque dans ce type d'étude seul le consentement du patient et son information sur les objectifs sont nécessaires.

Les entretiens téléphoniques ont été privilégiés. Les patients étaient d'accord pour que l'entretien soit enregistré, l'anonymat leur ayant été garanti. Les entretiens ont durés en moyenne une dizaine de minutes, avec des durées allant de 07min30 à 19min40.

Lors des entretiens les seuls documents présents étaient le guide d'entretien ainsi qu'une feuille vierge pour permettre à l'enquêteur de prendre des notes, afin de préparer d'éventuelles questions de relance. A la fin de chaque entretien, il était proposé aux personnes interrogées de poser des questions sur les thèmes abordés par l'enquête ou autres.

d. Analyse des entretiens

Après le septième entretien, la phase de recueil de données a été interrompue. La lecture des entretiens a en effet permis de mettre en exergue une saturation au niveau des réponses.

L'analyse a débuté après la retranscription de tous les entretiens. Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot.

Chaque personne interrogée a été identifiée de façon aléatoire par un numéro allant de 1 à 7 (en chiffre romain).

Chaque entretien retranscrit a été divisé en trois unités thématiques :

- Le thème des connaissances et représentations à propos de la maladie
- Le thème du traitement et du suivi de la maladie
- Le thème de la communication et de l'information sur la maladie

Les extraits ont ensuite été regroupés par unité thématique.

Des sous-thématiques ont été constituées dans chaque unité afin de construire la grille d'analyse (cf. annexe 2). Des relectures attentives ont permis d'isoler les idées qu'elles soient récurrentes ou non dans chaque discours. Ces idées ont ensuite été intégrées aux sous-thématiques de la grille d'analyse.

Chaque sous-thématique a donné lieu à la construction d'un tableau regroupant dans les colonnes les thèmes et dans les lignes le numéro de la personne. Pour chaque idée, les passages des interviews qui s'y réfèrent ont été extraits et regroupés. Les logiciels utilisés pour la gestion des données sont le tableur Excel et le logiciel Word.

La synthèse de l'analyse est présentée dans les résultats.

3. Résultats

a. Cartographie de l'échantillonnage

La cartographie de l'échantillonnage est le premier résultat à présenter dans une enquête qualitative. Elle permet d'apprécier les différents profils des patients interrogés.

	Genre	Age	Début de prise en charge parodontale
I	F	51 ans	Plus de 5 ans
II	H	66 ans	Plus de 5 ans
III	H	68 ans	Plus de 10 ans
IV	H	59 ans	Moins d'un an
V	H	72 ans	Plus de 10 ans
VI	F	38 ans	Moins d'un an
VII	F	71 ans	Moins d'un an

Tableau 2 : Cartographie de l'échantillonnage : données générales

Tous les patients sont pris en charge à l'hôpital Xavier Arnoz pour une parodontite chronique. L'échantillon regroupe des profils variés, on y retrouve des patients suivis depuis plus ou moins longtemps, de différents sexes et de différentes tranches d'âges.

b. Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique des connaissances et représentations du patient à propos de la maladie parodontale

L'analyse des entretiens a montré que les représentations de la maladie parodontale sont négatives, la patiente VII témoigne « *C'était infernal, ça sentait mauvais, c'était, c'était .. J'ouvrais plus la bouche, je voulais plus sourire, j'étais, ça voilà, ça agissait sur le moral et puis physiquement* ». Le patient III nous explique « *A l'époque je fumais aussi et c'est ce qui m'a permis d'arrêter d'ailleurs parce que j'avais peur de perdre mes dents* » et la patiente VI se confie également sur cette crainte « *la perte de mes dents quoi* ».

Certains patients ont compris l'étiologie bactérienne comme le patient III « *C'est-à-dire, je pense que c'est dû à une bactérie non ? Oui c'est ça, c'est une bactérie qui nous ronge un peu l'os, qui s'attaque à l'os* ». Certains ont aussi conscience de la lyse osseuse provoquée par la maladie, comme le patient V « *Si vous voulez elle vient déchausser enfin, oui comment dire, détruire de l'os et par la même déchausser les dents, voilà* ».

Cependant pour une autre partie des interviewés, le fonctionnement de la maladie parodontale reste un mystère, comme pour la patiente I « *Alors comment elle fonctionne, non, pas trop* » où le patient IV « *Alors là c'est vague* ».

Seule la patiente I a évoqué l'aspect chronique de la maladie parodontale « *la seule chose que je sais c'est que déjà je vais toujours l'avoir il paraît* ».

Le premier constat de l'analyse des entretiens est que les patients n'ont pas une idée précise du fonctionnement de la maladie (étiologie bactérienne, réponse inflammatoire, destruction tissulaire) mais citent spontanément un ou plusieurs facteurs de risques. Pour les interviewés, le manque d'implication dans leur hygiène bucco-dentaire à un moment de leur vie est responsable du développement de leur maladie. Le patient V témoigne « *Peut-être un peu d'insuffisance d'hygiène dans les jeunes années et voilà, ensuite* ».

par exemple, le fait, la période professionnelle de travailler à l'extérieur et donc en particulier à midi de manger à l'extérieur au restaurant la plupart du temps et donc par la même ne pas assurer de brossage et de nettoyage quoi ». De même pour le patient III « *Avant je me brossais les dents comme ça et puis c'est tout hein, une fois par jour deux fois des fois et puis voilà, un peu négligent* ».

Dans la même idée, le patient IV explique « *Il faut être vigilant par rapport aux dépôts de tartre qui attaque* » et le patient II « *Moi je suis une fabrique à tartre* ».

Parmi les autres facteurs de risque la patiente I évoque également un aspect héréditaire « *Déjà à la base mon papa a la même problématique que moi* ».

La patiente VI aborde le facteur de risque tabac et témoigne « *Je suppose que c'est dû au tabagisme en fait, en grande partie, si mes dents se sont détériorées de cette façon-là* », tout comme le patient III « *Voilà, à l'époque je fumais aussi et c'est ce qui m'a permis d'arrêter d'ailleurs parce que j'avais peur de perdre mes dents.* ».

La patiente VII connaît les liens diabète/maladie parodontale et nous a expliqué « *Comme je suis diabétique, voilà, je savais que ça allait pas s'arranger* ».

En plus de ces facteurs de risques communs, les patients ont également évoqué une possible implication de l'alimentation et du système digestif comme la patiente I « *Il paraît aussi que ça peut avoir à voir avec tout ce qui est estomac, intestin, ça peut avoir à voir un peu avec l'alimentation aussi* » et la patiente VI « *Après j'essaie de manger plus ou moins sainement, après je ne suis pas bio ni rien mais bon j'essaie de faire attention, je ne mange pas de surgelés, pas de conserves, j'essaie de faire à, manger à la maison* ».

L'analyse des entretiens nous permet de valider en partie l'hypothèse selon laquelle la compréhension de la maladie parodontale par les patients qui en souffrent est lacunaire. Cependant, on note que les patients citent ou plusieurs facteurs de risque auxquels ils ont été exposés, principalement le tabac et l'hérédité comme formulé dans nos hypothèses. Lorsque le fonctionnement de la maladie parodontale est expliqué aux patients par l'interrogateur, ceux-ci concèdent avoir déjà eu des explications de ce type.

c. Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique de la compréhension des traitements et du suivi par les patients

Les interviewés ont compris l'intérêt d'être assidus à une bonne hygiène bucco-dentaire et appliquent les méthodes qui leurs ont été enseignées, comme en témoigne le patient II « *Maintenant matin, midi et soir j'utilise les brossettes pour éviter toutes les bactéries là, ensuite j'ai changé directement la marque de mon dentifrice et puis voilà, je brosse plus souvent mes dents que je pouvais le faire avant* ».

Le rôle du patient dans la thérapie et la maintenance a été bien assimilé par les patients, comme le patient V « *C'est vrai que ce que j'ai appris par contre, je l'ai pas dit mais c'est vrai que j'ai appris par vos collègues là, ils sont collègues depuis le temps, c'est donc d'adopter une hygiène quand même, bucco-dentaire, euh, beaucoup plus sérieuse que ce que je faisais jusqu'à présent* » ou la patiente I « *Je ne me lave que deux fois par jour parce que au travail c'est compliqué mais sinon je me lave bien les dents, je fais mon bain de bouche et j'utilise souvent de l'eau oxygénée avec du bicarbonate* ».

Le patient III nous confie sur son changement d'habitude d'hygiène bucco-dentaire « *Je fais quoi, à l'eau oxygénée et puis du bicarbonate et puis maintenant je me passe des brossettes midi et soir, enfin à chaque fois que je mange, chose que je faisais pas avant, avant je me brossais les dents comme ça et puis c'est tout hein, une fois par jour deux fois des fois et puis voilà, un peu négligent* ».

Les patients ont pu expliquer les traitements qu'ils ont eu dans le cadre de leur maladie parodontale, comme la patient VI qui décrit « *On m'a fait un surfaçage ! et on doit m'en faire un autre au prochain rendez-vous enfin là on va me guérir une dent parce que j'ai une carie, qu'on m'a soigné, et là on doit me refaire un surfaçage parce que le premier était bien on avait gagné 2mm de gencive, du coup il faudra en faire un second* ». Le patient II décrit également plusieurs soins en détail « *D'abord ils m'ont arraché plusieurs dents parce que j'ai les os des mâchoires qui se rongent hein et puis en définitive à partir de là c'est une jeune fille qui m'a incisé les gencives pour faire un curage jusqu'à la racine directement de chaque dent et à partir de là bon ils ont recousu ils ont adapté directement les prothèses, une prothèse en bas et une prothèse en haut* ». Le patient III a décrit une greffe avec ses mots

« Là ils m'ont mis je sais pas une sorte de, c'est pas du corail mais c'est un autre produit, pour l'os »

Concernant la maintenance parodontale, l'échantillon met en évidence deux types de patients. Ceux qui n'ont pas compris l'aspect chronique de la maladie et qui ne voient le suivi que comme une meilleure hygiène à avoir, comme le patient IV *« on a tout fait, là maintenant la balle est dans mes mains pour que je puisse garder le bas »*, ou la patiente VI qui à la question *« Comment vous visualisez le futur de votre maladie ? »* nous a répondu *« Euh ça non tient. Non parce que, non, si à part le dentier après (rire)... »*. Et ceux qui ont plus conscience de cette chronicité, comme le patient III qui témoigne *« Le futur maintenant, on va se revoir au mois d'octobre et puis on verra bien, déjà pour voir si la greffe là ça a pris, l'avancée de leur travail et puis après on verra, disons que maintenant je vais être un peu moins négligent je vais me faire suivre davantage »* ou la patiente I *« Le futur, disons que y'a pas grand-chose qui puisse, y'a des choses à faire pour atténuer mais pas pour guérir alors disons que moi je ne sais pas, je sais que dans l'avenir je vais être obligée d'être suivie de toute façon. »*.

Le patient V, déjà en phase de maintenance a mieux su nous expliquer *« Je suis suivi tous les trimestres je vais faire un détartrage »*.

L'analyse des entretiens a permis de constater que les patients ont relativement conscience de leur rôle dans le traitement. Les patients comprennent les soins qui leurs sont fait, mais la vision à long terme du traitement de leur maladie et de la maintenance reste difficile.

d. Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique de la communication et de l'information des patients concernant leur maladie parodontale

La richesse des données obtenues lors de l'enquête qualitative permet d'aborder ce thème qui n'était visé par aucune de nos questions de recherche. Les patients déclarent ne pas disposer de réelles connaissances ou d'informations concrètes sur leur maladie parodontale avant leur arrivée et leur traitement à l'hôpital Xavier Arnozan, comme en

témoigne la patiente VI « *En fait j'ai découvert cette maladie en allant me faire soigner à Xavier Arnozan* ».

On note pourtant que certains patients ayant été adressés par leur chirurgien-dentiste auraient pu avoir plus d'informations avant leur prise en charge à Xavier Arnozan, comme la patiente I adressée au PQR, où le patient IV qui avait déjà été suivi par plusieurs dentistes.

Notre échantillon de patients souligne l'importance du temps dédié à l'explication et du format de communication utilisé par les étudiants qui les soignent à l'hôpital, comme la patiente I « *Oui c'est ça c'est lui que j'ai eu et que j'ai eu après aussi à Xavier Arnozan, et du coup lui et tous les jeunes qui travaillent là-bas et bah ils m'ont expliqué tout le temps, à chaque fois que j'ai quelque chose à faire, donc déjà on a fait le tour au début, on a fait le parcours, on a essayé de voir ce qu'il fallait faire et puis après à chaque fois que j'y vais ils me disent ce qu'on va faire, voilà quand j'arrive elles me disent voilà aujourd'hui on va faire ça ceci, c'est pour ceci c'est pour cela, tout est bien expliqué et moi j'aime bien ça* ».

La patiente VII s'est confiée « *Le praticien, il doit mettre en confiance, il doit être gentil, les deux étudiants qui m'ont suivi ils m'ont mis en confiance et c'est pas évident au départ parce que j'avais un peu honte de, d'être dans cet état, heu voilà, ils ont été très gentil chaque fois* ».

Certains patients ont noté que la façon d'expliquer avait joué sur leur compréhension de la maladie et l'importance des traitements et de la prise en charge. Par exemple le patient IV indique « *C'est-à-dire, les phrases n'étaient pas les mêmes avec les dentistes que je pouvais voir avant, et là l'équipe que je vois à Xavier Arnozan, vraiment ça a été des gens excellents, on a travaillé ensemble, j'ai vraiment suivi les traitements qu'ils m'ont dit de faire et le reste ça allait, Si vous voulez, j'aurais été sensibilisé de la même sorte plus tôt, on aurait évité des désagréments personnels* ». De même pour la patiente VI « *Voilà c'est-à-dire que tous les dentistes que j'ai eu ne m'ont jamais dit « tiens (prénom) tu as ce problème-là ». J'ai un dentiste une fois dans ma vie, je devais avoir une petite vingtaine qui m'a dit « (prénom) à 40 ans tu n'auras plus tes dents » mis à part ça aucun dentiste, et ça je suis un peu en colère par rapport à ça, ne m'ont dit, « attention voilà ce qu'il se passe ».* »

Les patients sont unanimes sur le fait qu'avant d'arriver au service hospitalier de Xavier Arnozan, leurs connaissances sur la pathologie étaient faibles et que leur chirurgien-

dentiste traitant les ayant orientés (ou non) ne semblent pas leur avoir dédié un temps d'information comme celui réalisé par les étudiants en formation.

Concernant l'origine de l'information, le patient III témoigne « *C'est tout après j'avais regardé un petit peu sur internet ce que c'était exactement, parce que voilà quand il m'avait dit qu'il allait ouvrir, j'ai regardé ça ne m'enchantait pas trop et puis voilà je ne me suis informé que comme ça.* » et la patiente I nous a également expliqué « *j'en ai appris beaucoup depuis que je suis au PQR mais après à la base je suis aide-soignante alors j'apprends aussi, j'adore, je suis là pour connaître les choses, pour savoir comment marchent les choses et du coup je prends du temps pour savoir, je cherche* ». Les autres n'ont eu comme source d'information que les étudiants et les professeurs qui les suivent à l'hôpital Xavier Arnozan.

Ces résultats montrent que la façon de communiquer et l'information sont des facteurs importants dans la réussite de la prise en charge de la maladie parodontale puisque beaucoup de patients se sont montrés satisfaits de la façon de communiquer des étudiants mais déplorent des lacunes ou absence d'informations plus tôt dans leur vie. Les résultats valident également notre hypothèse selon laquelle la grande majorité des connaissances des patients sur sa maladie proviennent du praticien, et sont assez peu complétées ailleurs.

IV. Discussion

1. Méthodologie

La recherche qualitative traite de données non quantifiables et permet d'expliciter, d'analyser et de mettre en évidence des phénomènes sociaux, aussi bien visibles que cachés (35).

Les méthodes de recherches quantitatives actuelles permettent un accès restreint aux connaissances cliniques puisqu'elles concernent uniquement des questions et phénomènes contrôlables, mesurables et dénombrables. A l'inverse, la recherche qualitative permet d'explorer les événements sociaux vécus par les individus dans leur contexte naturel et peut ainsi contribuer à une compréhension plus large des sciences de la santé en explorant par exemple les relations patients/professionnels de santé, les connaissances tacites d'un praticien expérimenté, les points de vues et perspectives personnelles...(36,37).

Notre enquête ayant pour objectif d'analyser les ressentis et connaissances du patient par rapport à leur maladie parodontale, c'est l'enquête de type qualitative qui nous a ici semblé la plus adaptée.

a. L'échantillon

L'enquêteur a étudié au préalable tous les dossiers des patients soignés à Xavier Arnozan pour de la parodontologie de début février à fin mai 2019. Un tirage au sort a été effectué parmi les patients répondant aux critères d'inclusion/exclusion afin d'établir l'ordre des entretiens.

Les enquêtes qualitatives ont pour particularité d'avoir un échantillon restreint. L'échantillon ne peut pas être considéré comme statistiquement représentatif de la population étudiée de par sa faible taille mais ce n'est pas ce qui est recherché dans les enquêtes qualitatives. Le faible nombre d'individus interrogés (7 patients) n'est pas une limite à notre étude, puisque l'enquête a été interrompue une fois le phénomène de

saturation des réponses obtenu : à partir du 6^{ème} entretien, l'enquêteur a constaté une redondance dans les idées exprimées et aucun nouveau thème ou sous-thème n'était abordé par le patient. Le 7^{ème} patient interviewé a confirmé la saturation des données.

L'échantillon sélectionné est hétérogène aussi bien au niveau de l'âge des patients, de la durée depuis le début de leur prise en charge que du sexe des patients interrogés. Cette hétérogénéité est purement fortuite, les patients ayant été tirés au sort au préalable.

En ce qui concerne les critères d'inclusion et d'exclusion, les patients interviewés souffraient tous de parodontites chroniques, avaient déjà eu au moins un surfaçage et étaient suivis à l'hôpital Xavier-Arnoz. Les patients ayant refusés la prise en charge parodontale n'ont donc pas été inclus dans l'étude et il pourrait être intéressant de réaliser une enquête du même type que la nôtre dans cette population.

Les patients handicapés et les patients sous curatelles n'ont pas été sélectionnés considérant qu'ils peuvent nécessiter une prise en charge particulière et qu'il peut exister des variantes dans la transmission des informations aux patients devant être accompagnés dans leur décision de soin.

Les patients souffrant de la barrière de la langue ont également été exclus, des confusions au niveau de la compréhension et l'expression sont des biais dans les réponses qu'ils auraient pu donner.

Les patients dont la prise en charge est trop récente et n'ayant pas eu au moins un surfaçage ont aussi été mis de côté. Nous avons en effet considéré que leur manque « d'expérience » dans les traitements parodontaux et leur manque de recul aurait peu apporté à notre enquête.

Les proches ont été exclus puisqu'ils connaissaient déjà les thématiques de l'étude et leurs réponses auraient pu subir des biais de par leur proximité avec l'enquêteur. De même, les patients ayant déjà été soignés par l'enquêteur n'ont pas été sélectionnés pour respecter une neutralité d'analyse.

b. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 1) a été le fil conducteur des échanges et a permis de structurer le dialogue entre l'enquêteur et le patient interviewé pour que les thèmes abordés soient en rapport avec nos objectifs et hypothèses de base.

Des questions ont été définies concernant chaque thématique et formulées de telle façon à ne pas orienter le patient dans sa réponse.

Par exemple dans une première version de notre guide d'entretien, la première question était « Estimez-vous avoir compris votre pathologie et est-ce que les informations qui vous ont été données vous semblent suffisantes ? », mais nous avons jugé que cette question était un peu abrupte pour un premier contact et nous l'avons donc remplacée par « Vous êtes atteint d'une maladie parodontale, que cela a-t-il changé dans votre vie ? ». Cette première question nous a permis de recueillir le ressenti des patients par rapport à leur maladie parodontale et les a invités à s'exprimer très librement sur ce sujet. Cette question a finalement été mal comprise par les patients puisque nous n'avons recueilli que peu de représentations (peu ont parlé des impacts de la maladie sur leur vie) et les interviewés sont directement passés à l'explication de leur maladie.

Le guide d'entretien a été modifié plusieurs fois avant l'interview test, mais n'a ensuite pas été retouché au cours des entretiens. La formulation finale des questions du guide a été testée sur un patient test, qui nous a permis de confirmer que tous les thèmes étaient abordés, que les questions étaient facilement compréhensibles pour le patient et permettaient des réponses ouvertes. Il aurait pu être intéressant de demander à un professeur de la section de parodontologie de relire notre guide pour vérifier sa pertinence.

L'ordre établi des questions respecte la chronologie de parcours de soin du patient. Si le patient abordait de lui-même une thématique, la question ne lui était pas nécessairement posée par la suite. Ainsi selon les entretiens certaines thématiques ont été abordées avant d'autres, mais cela n'a pas eu d'impact sur les réponses, les thématiques étant peu dépendantes les unes des autres quant aux propos que souhaitait recueillir l'enquêteur.

Nous avons constaté que bien que les patients aient eu du mal à saisir le véritable sens de la première question, toutes les autres étaient bien comprises et beaucoup de patients

s'exprimaient d'eux-mêmes sur certains thèmes sans nécessiter de questions de la part de l'enquêteur. Cette première question a malgré tout été conservée, car même si la réponse était souvent hors sujet, elle permettait au patient de débiter l'entretien assez simplement et ouvertement. L'aborder avec une question sur ses connaissances sur la maladie nous paraissait trop abrupt et aurait gêné le reste des échanges.

La première thématique concernait les représentations de la maladie parodontales et cherchait à recueillir les impressions globales du patient. Nous avons cependant rapidement constaté que les patients avaient tendance à répondre à cette question en décrivant leurs traitements et leur prise en charge hospitalière et non en parlant de leur maladie parodontale à proprement parler. La formulation de cette question était donc trop vague et probablement trop obtuse pour des personnes n'étant pas dans le domaine médical et cela n'a donc suggéré que des réponses succinctes ou hors sujet.

La deuxième thématique abordée concernait les connaissances du patient sur le fonctionnement de la maladie parodontale, et des questions « de relance » sur les origines et facteurs de risque de celles-ci avaient été prévus si le patient ne savait pas quoi dire en réponse. Nos résultats à ce sujet ont montré peu de connaissances de la part des patients concernant le fonctionnement à proprement parler de la parodontite chronique. Des facteurs de risques ont été évoqués par l'ensemble des patients, notamment l'hygiène bucco-dentaire déficiente ou le tartre.

La troisième thématique abordée concernait les traitements dont avaient bénéficié le patient, et si cela ne lui venait pas de lui-même l'enquêteur approfondissait avec des questions sur le rôle du patient et le rôle du praticien ainsi que sur la maintenance. Les patients évoquaient tous spontanément les modifications dans leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire, les soins effectués par le chirurgien-dentiste nous ont été décrit un peu moins en détail. La maintenance a été peu évoquée par les patients.

La quatrième et dernière thématique concernait l'origine des connaissances du patient sur sa maladie parodontale, et nous avons constaté que le patient en profitait souvent pour aborder la communication et les explications qui lui avaient été fournies lors de sa prise en charge à l'hôpital Xavier Arnoz. Nous avons constaté que les patients n'ont globalement pas cherché d'autre source d'information que le chirurgien-dentiste les ayant pris en charge et que tous ont été très satisfaits de la communication avec l'équipe de l'hôpital Xavier Arnoz.

c. Déroulement des entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés à distance, par appel vocal.

L'anonymat a été garanti dès le début des entretiens afin que les patients puissent s'exprimer librement sur leur histoire avec la maladie, leurs expériences et ressenti et ce, sans crainte d'être jugés. Bien que les patients aient parfois été déstabilisés dans un premier temps par le sujet de l'enquête, ils se sont tous très vite « laissés aller » et ont livré d'eux-mêmes de nombreuses informations à l'enquêteur, sans que celui-ci ait besoin systématiquement de poser de questions.

Aucune limite de temps d'interview n'avait été fixée au préalable mais tous les entretiens se sont naturellement orientés sur une moyenne d'une dizaine de minutes, excepté un seul qui a duré 20 minutes. L'enquêteur a jugé pertinent de ne pas couper la parole et de respecter les temps de silence des patients afin de ne pas les brusquer et de ne pas les bloquer.

A la fin de chaque entretien, nous avons souhaité laisser une possibilité au patient de poser des questions à l'enquêteur et lorsque certaines réponses nous laissaient percevoir des lacunes de connaissances à propos de leur maladie parodontales, l'enquêteur a parfois jugé opportun de leur apporter certaines informations sans qu'ils en aient forcément manifesté la demande.

d. L'analyse

L'enquête qualitative présente comme problème majeur le fait que c'est l'enquêteur qui fixe les objectifs, qui recueille les données et qui les analyse. Ainsi un des biais de ce type d'étude est que l'interprétation des données peut être jugée comme subjective. Cependant les entretiens s'étant déroulés par téléphone, les patients n'ont pas pu être influencés par un langage non verbal de l'enquêteur et celui-ci a d'autant plus surveillé son comportement et ses tournures de phrases, connaissant les risques.

2. Résultats

Notre enquête, réalisée auprès de patients de l'hôpital Xavier Arnoz, avait pour but de mettre en lumière un manque de connaissance de la part des patients concernant leur maladie parodontale. Dans la littérature, nous avons retrouvé très peu d'articles ou d'études abordant ces thèmes, et il a donc été difficile de comparer nos résultats à d'autres existant (38,39).

Tout d'abord, l'analyse des entretiens a révélé des lacunes dans la compréhension du fonctionnement de la maladie parodontale.

Dans les réponses obtenues par l'enquêteur, les termes de maladie « infectieuse et/ou inflammatoire » (1) n'ont jamais été retrouvés.

Le mot « chronique » n'a jamais été utilisé, mais une des patientes a évoqué l'idée : « *la seule chose que je sais c'est que déjà je vais toujours l'avoir il paraît* ».

Le terme de « poches parodontales » n'a pas été évoqué et seulement deux patients ont abordé l'idée de destruction tissulaire avec leurs propres termes « *les dents se déchaussent et les gencives se rétractent* », « *elle vient déchausser enfin, oui comment dire, détruire de l'os et par la même déchausser les dents* ». Ces résultats ne sont pas étonnants puisque le vocabulaire médical employé par les scientifiques n'est pas commun à celui des patients qui expliqueront leur pathologie avec des termes du vocabulaire commun (40). D'ailleurs notons que la seule patiente évoquant la « *non guérison* » de la pathologie exerce un métier du domaine de la santé.

Notre question concernant les représentations des maladies parodontales a été mal comprise par les patients qui sont directement passé à l'explication de leur maladie. Il aurait été intéressant que les patients parlent de leur éventuel anxiété ressenti face à l'annonce de la maladie et de leur inquiétudes par rapport à leur prise en charge (38).

Nos résultats montrent que les patients se sont bien familiarisés avec les facteurs de risque de la maladie parodontale.

L'ensemble des patients évoquent directement des lacunes dans l'hygiène bucco-dentaire comme étant responsable de leur maladie parodontale. Il semble donc que le manque

d'hygiène bucco-dentaire, facteur de risque majeur des parodontites chroniques (41), soit relativement identifié dans la population de notre enquête.

Le tartre a été énoncé par plusieurs patients comme facteur de risque en lui-même et lié au manque d'hygiène bucco-dentaire mais sans être lié à l'absence ou au manque de suivi dentaire : « *Moi je suis une fabrique a tartre donc à mon avis c'est un mauvais brossage j'ai une surement une certaine affinité directement en bouche ce qui fait que je génère directement bon du calcaire donc à partir de la bon je peux rien y faire* », « *On est pas tous égaux au niveau des dents et personnellement j'ai une salive très intense au niveau du milieu du palais* ».

L'hérédité a été citée par deux patients. On retrouve effectivement dans la littérature que jusqu'à un tiers de la variabilité des parodontites dans la population est due à des facteurs génétiques, l'héritabilité étant plus élevée pour les formes plus sévères et à apparition précoce (13).

Le tabac et le diabète ont été évoqués par les patients étant exposés eux même à ces facteurs de risque. Il est cependant important de noter que les non-fumeurs peuvent aussi être exposés au facteur de risque tabac en étant un fumeur passif (42). La parodontite comme facteur de risque du diabète n'a également pas été mentionnée par la patiente concernée qui ne semblait connaître que l'un des aspects de cette relation à double sens (43).

Une des patientes s'est décrite comme une personne anxieuse, voire stressée sans le mettre en corrélation avec sa parodontite chronique. Les autres patients n'ont de même pas évoqué le facteur psychologique dans la maladie parodontale (3,12).

Une patiente évoque « il parait que ça peut avoir à voir un peu avec l'alimentation aussi ». La littérature montre qu'il peut exister des associations entre maladie parodontale et alimentation, notamment à travers les micronutriments oligo-éléments. Leur carence est un facteur aggravant de la parodontite (44).

On constate donc que bien que les patients ne maîtrisent pas le fonctionnement de la maladie parodontale, une certaine notion des facteurs pouvant la provoquer ou l'amplifier est tout de même assimilée. La question se pose donc de l'intérêt pour le patient de connaître le fonctionnement à proprement parler de sa parodontite chronique, si ce n'est mieux comprendre ses facteurs de risque et mieux les maîtriser. La seule lacune qui nous

semble préjudiciable dans la compréhension du fonctionnement de la maladie est l'aspect chronique, puisqu'il y aura probablement des répercussions sur l'assiduité et le suivi du patient.

L'analyse des entretiens à infirmé une de nos hypothèses selon laquelle les patients n'avaient pas assez conscience de leur rôle dans le traitement de leur maladie parodontale.

En effet, tous les patients ont su nous décrire l'importance de leur changement de comportement et leur investissement dans leur hygiène bucco-dentaire.

Ils ont conscience que les changements d'habitudes concernant leur hygiène bucco-dentaire font partie du traitement de la maladie.

Les patients ont décrit un brossage tri-quotidien ou du moins après chaque repas, une utilisation de brossettes interdentaires régulière, de bain de bouche et éventuellement la mise en œuvre par période de protocole de Keyes.

Dans la littérature, c'est le brossage bi-quotidien avec la technique de Bass (ou brossage sulculaire) qui est surtout recommandé chez les adultes souffrant de parodontites, associé au passage de fil dentaire (principalement en secteurs antérieurs, avec des espaces plus étroits) et/ou de brossettes interdentaires (45).

L'utilisation du protocole de Keyes, qui consiste à effectuer un brossage avec un mélange d'eau oxygéné/bicarbonate de soude après le brossage conventionnel a été décrit par les patients et leur a été conseillé en début de thérapie pour obtenir rapidement une baisse de la charge bactérienne. C'est cependant un protocole controversé dans la littérature concernant son efficacité (46). Selon des critères cliniques et bactériologiques, les résultats obtenus avec la méthode de Keyes ne différaient pas de manière significative des résultats obtenus lors de l'utilisation de procédures d'hygiène buccale conventionnelles (47).

Les thérapeutiques mécaniques effectuées par le chirurgien-dentiste semblent avoir été comprises par nos patients qui ont facilement utilisé le terme « surfaçage ».

Les greffes osseuses et le surfaçage chirurgical avec lambeau ont également été décrits par les patients ayant reçu ce type de soin, avec leurs propres termes : « *Là ils m'ont mis je sais pas une sorte de, c'est pas du corail mais c'est un autre produit, pour l'os* », « *C'est une jeune fille qui m'a incisé les gencives pour faire un curage jusqu'à la racine directement de chaque dent et à partir de là ils ont recousu* ».

Ces traitements non-chirurgicaux (détartrage-surfaçage) et chirurgicaux (technique du lambeau d'assainissement, technique de régénération tissulaire guidée, technique du comblement osseux) font partie des traitements de la parodontite recommandés par l'ANAES (48).

On note cependant qu'aucun patient ne nous a parlé du détartrage en tant que tel dans le cadre de sa prise en charge, avec une exception pour le patient V, en phase de maintenance depuis plus de 10 ans qui décrivait « *je suis suivi tous les trimestres je vais faire un détartrage* ». Cependant ils évoquent la présence de tartre comme facteur de risque de la maladie.

Le rôle de la maintenance et du suivi dans leur prise en charge parodontale a été moins abordé par les patients. Interrogés à ce sujet, peu ont su nous parler du suivi et des visites de contrôle nécessaires au traitement de leur parodontite chronique.

Cela rejoint l'idée abordée dans la première partie des résultats qui était que les patients semblent avoir peu conscience de l'aspect chronique de leur parodontite.

La maintenance est une phase très importante pour la réussite de la prise en charge parodontale puisqu'elle permet d'éviter des rechutes et aggravation de la maladie (17,23). Elle l'est d'autant plus que les rendez-vous réguliers (un détartrage tous les 6 mois environ) permettent non seulement de constater l'état de la maladie parodontale et de dépister une éventuelle rechute, mais également de rappeler au patient son rôle dans la maintenance (49). En effet, les bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire semblent plus faciles à appliquer pour un patient en phase active de traitement et de nombreux patients pourraient avoir tendance à se relâcher et se laisser un peu plus aller dans leur hygiène quotidienne après un certain temps en phase de maintenance (50,51). Il est donc primordial pour le succès des thérapeutiques parodontales que le chirurgien-dentiste soit là pour des contrôles, détartrages réguliers et pour remotiver le patient (49).

L'arrêt du tabac est également intéressant pour améliorer l'efficacité de la maintenance concernant la conservation des dents restantes, en plus de son intérêt dans le cadre du traitement parodontal global (51,52).

Des études ont pu démontrer que la sensibilisation du patient à la santé bucco-dentaire et sa satisfaction vis-à-vis du traitement ont une influence sur sa motivation et sa compliance dans la phase de maintenance après les traitements parodontaux (16). Il paraît donc important que le chirurgien-dentiste explique au patient les traitements effectués au fur et à mesure afin que celui-ci les comprenne, comprenne leur intérêt et puisse ainsi mieux s'impliquer dans son plan de traitement (39).

L'analyse des entretiens a révélé que les patients ne disposaient pas de réelles connaissances ou d'informations concrètes sur leur maladie parodontale avant leur arrivée à l'hôpital Xavier Arnozan.

Cela est pour nous assez révélateur des lacunes existant par rapport à la sensibilisation de la population vis-à-vis de la maladie parodontale.

Des études ont montré un impact positif de la mise en place de campagnes médiatiques (spot diffusé à la télévision) visant à promouvoir les connaissances sur la santé parodontale (53,54). On note tout de même que les effets de la campagne de prévention s'atténuent avec le temps et que des rappels récurrents semblent nécessaires pour continuer vers cette amélioration des connaissances (55). Les campagnes médiatiques via les brochures, journaux, radio, télévision semblent donc intéressantes pour accroître les connaissances de la maladie parodontale dans la population (56,57).

Une fois informés et éduqués, les patients interrogés confient sensibiliser leur entourage à leur maladie afin de les motiver à la prise en charge parodontale, ce qui conforte l'importance de l'éducation thérapeutique. Le patient III a ainsi témoigné « *Mais maintenant je le sais et je le conseille aussi aux autres justement pour pas faire ce que j'ai fait* ».

Les patients n'ont globalement pas fait de recherches de leur côté concernant leur maladie parodontale et se sont contentés des informations données par les étudiants et professeurs les ayant pris en charge à l'hôpital.

L'ensemble des patients ont souligné l'importance du temps dédié à l'explication et du format de communication utilisé par les étudiants qui les soignent à l'hôpital, certains patients ont d'ailleurs noté que la façon d'expliquer avait joué sur leur compréhension de la maladie et l'importance des traitements et de la prise en charge.

La littérature met ainsi en exergue que l'éducation des patients à propos de leur maladie parodontale (plan de traitement, maintenance, stratégies de prévention pour éviter les récurrences) est l'élément le plus important (58). Ce sont les prérequis pour comprendre l'utilité des stratégies individuelles d'hygiène, des traitements et suivis et donc pour les motiver à agir et s'impliquer dans leur propre prise en charge (59).

L'information donnée par le chirurgien-dentiste est donc très importante, tout comme la façon pour celui-ci de la transmettre, comme développé dans la partie 2.

L'utilisation de moyens de communication comme des brochures pourrait aider à une meilleure compréhension de leur maladie par les patients. Le site de l'UFSBD met par exemple à la disposition de la population des « fiches conseils » sur plusieurs thèmes de santé bucco-dentaire, et des fiches et vidéos sont notamment disponibles concernant les maladies parodontales et parodontites (60).

Dans de nombreux pays, l'éducation à la santé bucco-dentaire et la prévention sont du ressort non seulement du chirurgien-dentiste mais également des hygiénistes dentaires. Des études ont démontré une corrélation entre prévalence de maladies parodontales non traitées et accès limité aux soins dispensés par un hygiéniste dentaire qualifié (61). Cela suggère que le métier d'hygiéniste dentaire a un impact positif sur la santé bucco-dentaire, notamment dans le cadre des maladies parodontales, puisque par exemple les habitudes de brossages semblent meilleures dans les pays incluant des hygiénistes dentaires dans leur système de soins de santé (62). L'apparition d'hygiénistes dentaires pour accompagner le chirurgien-dentiste, s'occuper de l'éducation thérapeutique du patient, de la prévention, des détartrages, de la maintenance pourrait donc être un point positif pour améliorer la lutte contre les parodontites (61,63).

Il paraît important d'améliorer la prévention de la parodontite par une sensibilisation des patients à cette pathologie très tôt dans leur vie. Plusieurs pistes pourraient être explorées concernant la façon d'effectuer cette prévention : campagnes médiatiques, recours à des hygiénistes dentaires, supports papiers, vidéos de sensibilisation.

Nous avons pu constater que la majorité des informations dont les patients disposaient leur ont été transmises à l'hôpital. Or, une grande partie des interrogés avaient déjà eu des prises en charge antérieures en cabinet dentaire libéral, voire ont été adressés par ces cabinets. Il serait intéressant d'effectuer une enquête similaire auprès de patients traités par des dentistes libéraux afin de pouvoir vérifier si les lacunes d'informations et de connaissances confirment un manque d'informations et d'éducation thérapeutique aux maladies parodontales en comparaison aux services hospitaliers.

Certaines hypothèses peuvent être énoncées pour expliquer ce défaut d'information décrit par nos patients dans les cabinets libéraux.

Il pourrait s'agir d'un manque de connaissances ou de formation continue des praticiens. L'implication des dentistes dans l'éducation thérapeutique s'use peut-être avec de potentiels échecs et manque de motivation de certains patients (qui éroderaient la motivation du praticien à terme), en comparaison avec un début de carrière pendant la formation initiale.

Le fonctionnement et la charge de patientèle d'un cabinet libéral gêne peut être le temps dédié à l'information, la communication et l'éducation thérapeutique. En ce cas, quid du métier d'hygiéniste et de son intérêt dans le système de soin français ?

Enfin, le manque de reconnaissance à la fois de la sécurité sociale et des mutuelles concernant le remboursement des soins parodontaux, entraînant parfois des refus de soins, pourrait intervenir dans le manque de prise en charge et la motivation du praticien à proposer et expliquer la prise en charge.

De telles problématiques se posent et semblent être des ouvertures intéressantes pour de futures enquêtes ou études complémentaires.

CONCLUSION

La parodontite chronique est une pathologie touchant l'ensemble des tissus de soutien de la dent et dont le développement et la progression sont liés à de nombreux facteurs de risques, modifiables ou non. La prise en charge de cette maladie inflammatoire multifactorielle est complexe et passe par plusieurs phases.

L'implication du patient dans le traitement de sa pathologie est indissociable de l'action du dentiste. Il est en effet indispensable que celui-ci modifie ses habitudes d'hygiène bucco-dentaire et s'y astreigne, en plus d'essayer de contrôler ses autres facteurs de risque (tabac, diabète, stress...). Afin que le patient soit en mesure d'effectuer son rôle, il faut que celui-ci possède les informations et connaissances nécessaires. L'éducation thérapeutique est primordiale dans le traitement de la parodontite chronique. Le message à transmettre au patient est important mais la façon de le faire et de communiquer avec celui-ci influence également la bonne compréhension et la maîtrise de cette information.

L'enquête qualitative que nous avons menée ici a été réalisée auprès de patients de l'hôpital Xavier Arnoz atteints de parodontite chronique. Il s'agissait de s'intéresser à leurs connaissances et représentations sur l'origine de leur pathologie, leurs traitements et leur suivi. Les résultats de cette enquête ont montré que les informations et l'éducation thérapeutique prodiguée par les étudiants et professeurs de l'hôpital Xavier Arnoz ont un impact positif sur la prise en charge de ces patients qui ont compris en majorité les traitements et soins dont ils bénéficient et ont des connaissances sur certains facteurs de risque. Des lacunes concernant l'origine, les mécanismes de la maladie ainsi que leur suivi sont tout de même à noter. Une de nos hypothèses était qu'un manque de connaissances et d'informations sur sa maladie sont des facteurs de perte de chance pour le patient. Elle a été confirmée par des patients interrogés qui se sont confiés en estimant que leur pathologie avait été prise en charge trop tard dans leur vie et qu'ils auraient aimé disposer d'informations avant leur arrivée à l'hôpital Xavier Arnoz.

Cette enquête nous a permis de constater que des progrès sont encore à faire concernant la prévention de la parodontite chronique et l'éducation thérapeutique du patient. Cette pathologie affectant entre 20 à 50% des adultes, les chirurgiens-dentistes libéraux ont un

rôle primordial quant à l'information à transmettre. Il s'agirait alors dans des travaux futurs d'explorer comment s'opère la délivrance de l'information médicale auprès de ces patients dans les cabinets libéraux où se concentre plus de 98% des soins bucco-dentaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Slots J. Periodontitis: facts, fallacies and the future. *Periodontol* 2000. oct 2017;75(1):7-23.
2. Davido N, Yakusawa K. Médecine orale et Chirurgie Orale - Parodontologie. Maloine. 2015. (Internat en Odontologie).
3. Jourde M. MALADIES PARODONTALES : FACTEURS DE RISQUE ET APPROCHES THÉRAPEUTIQUES. *Bull Académie Vét Fr.* 2014;(1-3):23.
4. Albandar JM, Brunelle JA, Kingman A. Destructive Periodontal Disease in Adults 30 Years of Age and Older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol.* janv 1999;70(1):13-29.
5. Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002?2003. *J Periodontal Res.* juin 2007;42(3):219-27.
6. Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol.* déc 1999;4(1):1-6.
7. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* juin 2018;45:S1-8.
8. Mattout C, Houvenaeghel B, Rachlin G, Mattout P. Nouvelle classification des conditions saines et pathologiques des tissus parodontaux et péri-implantaires. *J Parodontol.* 2018;10.
9. Nociti FH, Casati MZ, Duarte PM. Current perspective of the impact of smoking on the progression and treatment of periodontitis. *Periodontol* 2000. févr 2015;67(1):187-210.
10. Zhou X, Zhang W, Liu X, Zhang W, Li Y. Interrelationship between diabetes and periodontitis: Role of hyperlipidemia. *Arch Oral Biol.* avr 2015;60(4):667-74.
11. Guiraud É. MALADIES PARODONTALES ET DIABÈTE Enquête observationnelle SMIL' Bucco-Diabète. Université Paul-Sabatier - Toulouse III; 2013.
12. LE BELLEGUY P. Influence des parodontites sur les maladies cardio-vasculaires. Université de Nantes; 2003.
13. Nibali L, Bayliss-Chapman J, Almofareh SA. What Is the Heritability of Periodontitis? A Systematic Review. *J Dent Res.* juin 2019;98(6):632-41.

14. Pihlstrom B. Commentary: Treatment of Periodontitis: Key Principles Include Removing Subgingival Bacterial Deposits; Providing a Local Environment and Education to Support Good Home Care; Providing Regular Professional Maintenance. *J Periodontol.* mai 2014;85(5):655-6.
15. Graziani F, Karapetsa D, Alonso B, Herrera D. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? *Periodontol 2000.* oct 2017;75(1):152-88.
16. Shah R, Thomas R, Bhandari S, Mehta D. Influence of various factors on patient compliance after periodontal therapy: A pilot study. *J Indian Soc Periodontol.* 2017;21(1):50.
17. Lee J-B, Shin H-J, Kim D-Y, Pang E-K. Evaluation of prognosis related to compliance with supportive periodontal treatment in patients with chronic periodontitis: a clinical retrospective study. *J Periodontal Implant Sci.* 2019;49(2):76.
18. Amoo-Achampong F, Vitunac DE, Deeley K, Modesto A, Vieira AR. Complex patterns of response to oral hygiene instructions: longitudinal evaluation of periodontal patients. *BMC Oral Health* [Internet]. déc 2018 [cité 23 mai 2019];18(1). Disponible sur: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0537-z>
19. Nour N. Comparaison des moyens actuels du traitement initial des maladies parodontales. :97.
20. Cobb CM. Lasers and the treatment of periodontitis: the essence and the noise. *Periodontol 2000.* oct 2017;75(1):205-95.
21. HAS. Evaluation du détartrage-surfçage radiculaire (assainissement parodontal) dans le traitement des parodontites. 2018 déc.
22. Costa FO, Cortelli SC, Costa AA, Cyrino RM, Cortelli JR, Miranda Cota LO. Impact of compliance during periodontal maintenance therapy on oral health-related quality of life: A 6-year follow-up. *J Dent.* avr 2019;83:50-5.
23. Leavy P, Robertson D. Periodontal maintenance following active specialist treatment: Should patients stay put or return to primary dental care for continuing care? A comparison of outcomes based on the literature. *Int J Dent Hyg.* févr 2018;16(1):68-77.
24. Nossintchouk RM, Béry A. Prévenir le risque conflictuel au cabinet dentaire. Paris: Ed. Cdp; 1998.

25. Portet V. La communication interpersonnelle patient-praticien en chirurgie dentaire - analyse sociologique et critères d'optimisation. Université Paul-Sabatier - Toulouse III; 2013.
26. Piton F. Les bonnes pratiques relationnelles en odontostomatologie pour une meilleure adhésion au soin. Université Claude-Bernard Lyon I; 2016.
27. Mahe J. La mise en place d'une consultation d'éducation thérapeutique du patient en parodontologie au sein du service d'odontologie restauratrice et chirurgicale. Université de Nantes; 2011.
28. Grinder J. The structure of magic : a book about language and therapy. Edition Science and Behavior Books. 1989.
29. Article L1111-2 du Code de la Santé Publique.
30. Migliardi G. Les obligations du chirurgien-dentiste dans le contrat de soins. Université Aix-Marseille; 2017.
31. Riffault A. Le chirurgien-dentiste face à l'aléa thérapeutique. Université Henri Poincaré - Nancy I; 2007.
32. Berthelot E. Gestion des conflits patients/chirurgiens-dentistes. Université de Nantes; 2010.
33. Article 1108 du Code Civil.
34. Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685.
35. Kakai H. Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire. Université de Franche-Comté; 2008.
36. Khankeh H, Ranjbar M, Khorasani-Zavareh D, Zargham-Boroujeni A, Johansson E. Challenges in conducting qualitative research in health: A conceptual paper. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015;20(6):635.
37. Aspers P, Corte U. What is Qualitative in Qualitative Research. Qual Sociol. juin 2019;42(2):139-60.
38. Stenman J, Hallberg U, Wennström JL, Abrahamsson KH. Patients' attitudes towards oral health and experiences of periodontal treatment: a qualitative interview study. Oral Health Prev Dent. 2009;7(4):393-401.
39. Karlsson E, Lymer U-B, Hakeberg M. Periodontitis from the patient's perspective, a qualitative study. Int J Dent Hyg. févr 2009;7(1):23-30.
40. Zeng Q, Kogan S, Ash N, Greenes RA. Patient and clinician vocabulary: how different are they? Stud Health Technol Inform. 2001;84(Pt 1):399-403.

41. Lertpimonchai A, Rattanasiri S, Arj-Ong Vallibhakara S, Attia J, Thakkinstian A. The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Dent J.* déc 2017;67(6):332-43.
42. Sutton JD, Salas Martinez ML, Gerkovich MM. Environmental Tobacco Smoke and Periodontitis in United States Non-Smokers, 2009 to 2012. *J Periodontol.* juin 2017;88(6):565-74.
43. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia.* janv 2012;55(1):21-31.
44. Gaur S, Agnihotri R. Trace Mineral Micronutrients and Chronic Periodontitis—a Review. *Biol Trace Elem Res.* avr 2017;176(2):225-38.
45. Muller-Bolla M, Courson F, Manière-ezvan, A, Viargues P. Le brossage dentaire : quelle méthode? *Rev Odont Stomat.* 2011;40:239-260.
46. Whitehead SP, Watts TLP. Short-term effect of Keyes' approach to periodontal therapy compared with modified Widman flap surgery. *J Clin Periodontol.* nov 1987;14(10):599-604.
47. Greenwell H, Bissada NF, Maybury JE, De Marco TJ. Clinical and Microbiologic Effectiveness of Keyes' Method of Oral Hygiene on Human Periodontitis Treated with and Without Surgery. *J Am Dent Assoc.* avr 1983;106(4):457-61.
48. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) S des recommandations et références professionnelles. Parodontopathies: diagnostic et traitements. *Acta Endosc.* mai 2002;28(2):151-5.
49. Hbibbi A, Rhissassi M, Ennibi Ok. La maintenance parodontale : aspects théoriques et pratiques. *Actual Odonto-Stomatol.* mars 2014;(267):12-9.
50. Tonetti MS, Muller-Campanile V, Lang NP. Changes in the prevalence of residual pockets and tooth loss in treated periodontal patients during a supportive maintenance care program. *J Clin Periodontol.* déc 1998;25(12):1008-16.
51. Martinez-Canut P, Llobell A, Romero A. Predictors of long-term outcomes in patients undergoing periodontal maintenance. *J Clin Periodontol.* juin 2017;44(6):620-31.
52. Chambrone L, Chambrone D, Lima LA, Chambrone LA. Predictors of tooth loss during long-term periodontal maintenance: a systematic review of observational studies: Tooth loss during periodontal maintenance. *J Clin Periodontol.* 26 mai 2010;37(7):675-84.

53. Gholami M, Pakdaman A, Montazeri A, Jafari A, Virtanen JI. Assessment of periodontal knowledge following a mass media oral health promotion campaign: a population-based study. *BMC Oral Health* [Internet]. déc 2014 [cité 19 juill 2019];14(1). Disponible sur: <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-14-31>
54. Bakdash MB, Lange AL, McMillan DG. The Effect of a Televised Periodontal Campaign on Public Periodontal Awareness. *J Periodontol*. nov 1983;54(11):666-70.
55. Gholami M, Pakdaman A, Montazeri A, Virtanen JI. Evaluation of the Impact of a Mass Media Campaign on Periodontal Knowledge among Iranian Adults: A Three-Month Follow-Up. Milgrom PM, éditeur. *PLOS ONE*. 6 janv 2017;12(1):e0169668.
56. Mårtensson C, Söderfeldt B, Andersson P, Halling A, Renvert S. Factors behind change in knowledge after a mass media campaign targeting periodontitis: Change in knowledge after a mass media campaign. *Int J Dent Hyg*. 1 févr 2006;4(1):8-14.
57. Mårtensson C, Söderfeldt B, Halling A, Renvert S. Knowledge on periodontal disease before and after a mass media campaign. *Swed Dent J*. 2004;28(4):165-71.
58. Varela-Centelles P, Diz-Iglesias P, Estany-Gestal A, Seoane-Romero JM, Bugarín-González R, Seoane J. Periodontitis Awareness Amongst the General Public: A Critical Systematic Review to Identify Gaps of Knowledge. *J Periodontol*. avr 2016;87(4):403-15.
59. Vatne JF, Gjermo P, Sandvik L, Preus HR. Patients' perception of own efforts versus clinically observed outcomes of non-surgical periodontal therapy in a Norwegian population: an observational study. *BMC Oral Health* [Internet]. déc 2015 [cité 19 juill 2019];15(1). Disponible sur: <http://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-015-0037-3>
60. <https://www.ufsbd.fr/espace-public/fiches-patients/>.
61. Thevissen E, De Bruyn H, Colman R, Koole S. Attitude of dental hygienists, general practitioners and periodontists towards preventive oral care: an exploratory study. *Int Dent J*. août 2017;67(4):221-8.
62. Madianos P, Papaioannou W, Herrera D, Sanz M, Baeumer A, Bogren A, et al. EFP Delphi study on the trends in Periodontology and Periodontics in Europe for the year 2025. *J Clin Periodontol*. juin 2016;43(6):472-81.
63. Turani D, Bissett SM, Preshaw PM. Techniques for effective management of periodontitis. *Dent Update*. 2 avr 2013;40(3):181-93.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURE 1: CLASSIFICATION ARMITAGE (1999)	14
FIGURE 2: CLASSIFICATION ARMITAGE (1999) (SUITE)	15
FIGURE 3: CLASSIFICATION CATON ET AL. (2018)	15

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DES PATIENTS ATTEINTS DE PARODONTITE CHRONIQUE SELECTIONNES DANS L'ECHANTILLON POUR L'ENQUETE QUALITATIVE	34
TABLEAU 2 : CARTHOGRAPHIE DE L'ECHANTILLONAGE : DONNEES GENERALES.....	37

**Annexe 1 : Guide d'entretien pour l'enquête qualitative à propos
des connaissances du patient sur sa maladie parodontale et de
ses représentations**

Guide d'entretien pour l'enquête qualitative à propos des connaissances du patient sur
sa maladie parodontale et de ses représentations

Vous êtes atteint d'une maladie parodontale, que cela a-t-il changé dans votre vie ?

Que savez-vous de cette maladie ?

→ Origine ?

→ Fonctionnement ?

Comme se passe/s'est passé/se passera le traitement de la maladie ?

→ Rôle du patient/praticien

→ Maintenance ?

Vous semblez être bien informé de votre pathologie, comment avez-vous eu ces connaissances-là ?

→ Autres sources d'information ?

Annexe 2 : Grille d'analyse de l'enquête qualitative à propos des connaissances du patient sur sa maladie parodontale et de ses représentations

Grille d'analyse de l'enquête qualitative à propos des connaissances du patient sur sa maladie parodontale et de ses représentations

Thématique des connaissances/représentations du patient à propos de la maladie parodontale

Sous-thématique étiologie de la maladie

Sous-thématique fonctionnement et aspect chronique de la maladie

Thématique de la compréhension des traitements par le patient

Sous-thématique rôle du patient

Sous-thématique rôle du chirurgien-dentiste

Sous-thématique suivi et maintenance

Thématique de l'information des patients concernant leur maladie parodontale

Sous-thématique origine de l'information

Sous-thématique importance de la communication et de l'information

Vu, Le Président 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 :

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.

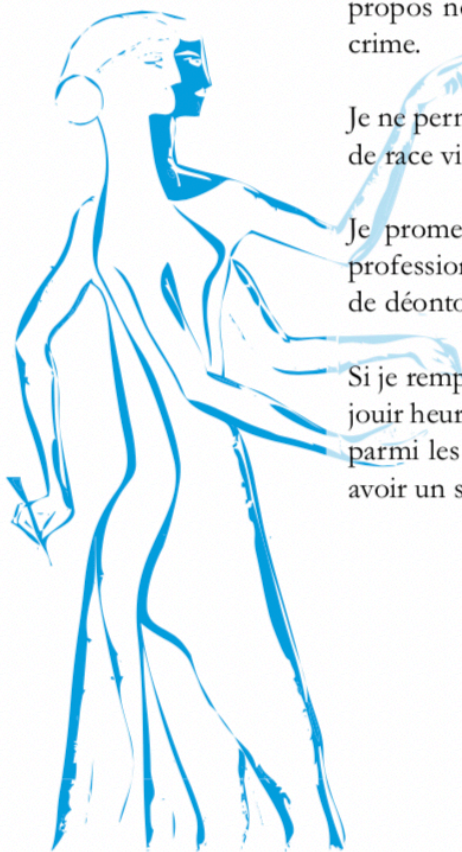
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

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, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



David Milhas, Le 19/09/2019

Thèse pour l'obtention du DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Santé Publique

Maladie parodontale et information du patient : Étude sur la compréhension et les représentations de la maladie parodontale par des patients atteints de parodontite chronique

Résumé

La parodontite chronique est une maladie multifactorielle caractérisée par une atteinte des tissus de soutien de la dent. Sa prise en charge une fois le diagnostic posé passe par une phase de préparation parodontale consistant notamment en une identification et gestion des facteurs de risque ainsi qu'une éducation thérapeutique du patient à une hygiène bucco-dentaire adéquate. Une phase de thérapeutique parodontale incluant détartrage, surfaçage et des traitements associés aura ensuite lieu, suivi par une phase de maintenance. La communication et l'éducation thérapeutique du patient sont indissociables des traitements mécaniques de la maladie parodontale chronique. En effet, le chirurgien-dentiste ne peut traiter seul ces pathologies et la coopération ainsi que l'implication du patient sont nécessaires. Une enquête qualitative a été réalisée en milieu hospitalier afin d'appréhender les connaissances et représentations du patient sur sa maladie parodontale. Les résultats de notre analyse démontrent que bien que les patients aient relativement conscience des facteurs de risque et de leur rôle dans le traitement de leur maladie, l'information concernant le fonctionnement et la phase de maintenance des traitements des parodontites chroniques reste lacunaire. Le manque de connaissance sur sa maladie est un facteur de perte de chance pour le patient. Le rôle du chirurgien-dentiste est donc capital pour l'éducation thérapeutique, il est primordial que ceux-ci en aient conscience et trouvent des moyens appropriés pour y répondre.

Mots-clés : Parodontites – Éducation des patients – Documents d'éducation aux patients

Periodontal disease and patient information: A study about understanding and representations of periodontal disease by patients with chronic periodontitis

Abstract

Once the diagnosis is made, the patient receives a phase of periodontal preparation which includes the identification and evaluation of their risk factors as well as a therapeutic education of the patient about adequate oral hygiene. The patient then receives a periodontal therapy which includes scaling, surfacing and associated treatments, followed by a periodontal maintenance programme. Communication with the patient and their therapeutic education are inseparable from the administered mechanical treatments of chronic periodontal disease. The dentist cannot treat these pathologies alone - the patient's cooperation and training in oral hygiene are necessary. A qualitative survey was conducted in a hospital in order to try to understand what the patients know about and how they view their periodontal disease. The results of our analysis demonstrate that, although patients are relatively aware of the risk factors and their role in the treatment of their disease, they do lack information regarding the functioning and the maintenance phase of chronic periodontitis. This lack of knowledge about their disease is a critical factor for the failure of the patient's recovery. The role of the dentist is crucial in making sure the patient is well informed. Dentists should be aware that therapeutic education is essential and should find appropriate ways to meet this need.

Key-words: Periodontics – Patient Education Handout – Patient Education as Topic

Université de Bordeaux - Collège des Sciences de la Santé - UFR des Sciences Odontologiques
146 rue Leo Saignat
33076 Bordeaux cedex