

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2022

Thèse n°11

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par NARAS, Loana Hûe Tâm Manon

Né(e) le 1^{er} avril 1997 à Papeete

Le 25 Janvier 2022

**Évaluation du niveau de connaissance des patients du pôle de
médecine bucco-dentaire du CHU de Pellegrin face à la maladie
parodontale
Étude qualitative**

Sous la direction du Dr. KHOURY Claudine

Membres du jury :

M. CATROS Sylvain
Mme. KHOURY Claudine
Mme. SMIRANI Rawen
Mme. FENELON Mathilde
M. LAUVERJAT Yves

Professeur des Universités
Assistant Hospitalo-Universitaire
Assistant Hospitalo-Universitaire
Maître de Conférence des Universités
Maître de Conférence des Universités

Président
Directeur
Rapporteur
Assesseur
Assesseur

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ
01/12/21

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.SEDARAT Cyril	57-01

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	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
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	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01

M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	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

M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

M.	William	AUMAILLEY	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Diane	DELADRIERE	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M	Quentin	DESPERIEZ	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Laura	DONNET	Biologie Orale	57-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Paul	GIRARDEAU	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mr	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
Mme	Jane	GOURGUES	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mr	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mr	Aymeric	JOUBERT DU CELLIER	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mr	Jean-Baptiste	IRIBARREN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M,	Xavier	LAGARDE	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	LEVRIER	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Chiara	PASCALI	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Florianne	VILLAT	Dentisterie restauratrice et endodontie	5801
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

À notre Président de thèse

Monsieur le Docteur Sylvain CATROS

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Sous section Chirurgie Orale 57-01

Je tenais à vous remercier pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse.

Je suis consciente de la chance que j'ai eu d'avoir accès à votre enseignement et à vos compétences cliniques. Je vous remercie de m'avoir fait profiter de votre expertise durant toutes ces années hospitalières. Votre enseignement est une source inépuisable et votre bienveillance fait de vous un professeur très apprécié.

Veuillez recevoir dans cette thèse mes plus sincères remerciements.

À notre Directrice de thèse

Madame le Docteur Claudine KHOURY

Assistante Hospitalo-Universitaire

Sous section Prévention épidémiologique - Économie de la santé - Odontologie légale 56-02

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Je ne saurais comment vous remercier pour l'aide et le soutien sans faille que vous m'avez apporté tout au long de ce travail. Vous m'avez encadrée avec succès, votre rigueur et votre détermination ont été essentiels à l'aboutissement de cette thèse. Vous avez été une enseignante dynamique et à l'écoute, votre accompagnement durant ces années hospitalières a été très enrichissant.

Veuillez trouver dans ce travail ma sincère reconnaissance.

À notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Rawen SMIRANI

Assistante Hospitalo-Universitaire

Sous section Parodontologie 57-01

Je suis honorée que vous ayez accepté de corriger cette thèse.

Veillez recevoir ici la reconnaissance de vous avoir eu comme enseignante tout au long de mon cursus. Je me sens chanceuse d'avoir bénéficié de vos connaissances cliniques durant la totalité de mes années hospitalières, votre enseignement témoigne d'une bienveillance inestimable.

Veillez trouver dans cette thèse mes plus sincères remerciements.

À notre Assesseur de thèse

Madame le Docteur Mathilde FENELON

Maître de conférence des Universités - Praticien Hospitalier

Sous section Chirurgie Orale 57-01

Je souhaite vous remercier de l'honneur que vous me faites en prenant place dans le jury de cette thèse.

Je mesure la chance que j'ai eu de vous avoir comme enseignante durant ces trois belles années d'externat. Je suis honorée d'avoir bénéficié de votre enseignement et de vos compétences cliniques qui ont créé en moi un amour pour la chirurgie orale. Votre accessibilité et votre spontanéité font de vous une enseignante très aimée. Merci de m'avoir encouragée à avoir confiance en moi.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de mon admiration.

À notre Assesseur de thèse

Monsieur le Docteur Yves LAUVERJAT

Maître de conférence des Universités - Praticien Hospitalier

Sous section Parodontologie 57-01

Je suis honorée que vous ayez accepté de prendre place dans le jury de ma thèse.

Je suis consciente de la chance que j'ai eu durant tout mon cursus universitaire de vous avoir comme professeur. Vous savez transmettre votre passion de l'art dentaire à tous vos élèves. Je vous remercie de nous avoir toujours poussé à la réflexion dans nos cas cliniques durant ces trois années d'externat, cherchant toujours à approcher la perfection thérapeutique.

Veuillez trouver dans ce travail mes plus sincères remerciements.

À mes professeurs

Merci à tous les professeurs ayant rendu mes années d'études enrichissantes et passionnantes. Votre bienveillance et votre savoir ont participé à la réussite de chacune de ces six années d'étude.

J'aimerais remercier tout particulièrement Monsieur le Docteur Jean-Marie MARTEAU pour sa pédagogie et son humanité admirables.

À Pascal

Merci Pascal d'avoir répondu à tous mes appels de détresse. Depuis cet été de terminale, dans le parc du Mercantour, tu as toujours été un soutien dans la réussite des mes études.

À Florian

Merci Momo d'avoir toujours répondu présent dans les étapes cruciales de mon cursus. Que ce soit la préparation des partiels, du CSCT ou de la thèse, tu as toujours su me tirer vers le haut. Tu es solaire, nous transmits toujours ta joie de vivre, tu es un ami au top.

Au cabinet dentaire La Forêt

Merci à Vivien et Corinne de m'avoir fait confiance. Merci également à Marine. Vous m'avez tous accueillie avec bienveillance et sympathie, je ne pouvais pas être mieux entourée pour mon début d'exercice.

À mes parents

Merci Papa de me donner confiance en moi. Je te remercie pour cette force de caractère que tu m'a transmise. Ta positivité et ta sensibilité font de toi mon idole.

Merci Maman de m'avoir transmis ta persévérance et ton perfectionnisme. Je te remercie d'avoir toujours été compréhensive et aimante. Ton humilité et ta gentillesse font de toi mon idole.

Je vous remercie de l'amour et du soutien sans faille que vous me témoignez chaque jour.

À mon frère

Merci d'avoir vécu avec moi ces années d'enfance et d'adolescence. Ta présence pendant cette première année de médecine a été indispensable. Ton amour et ta protection sont pour moi des essentiels.

À mes grands-parents

Merci à vous de m'avoir toujours chouchoutée. J'espère vous rendre fiers, j'aurai aimé tous vous avoir au près de moi mais je suis déjà très chanceuse d'avoir vécu chacun de ces merveilleux moments.

À ma famille

Merci à mes cousins et cousines, mes oncles et tantes et à toutes les personnes de ma famille qui ont toujours été une source de positivité durant mes études.

À mes colocos

Merci à mes colocataires ! Mes petites Laulau et Tigui, merci à vous de faire partie de cette infime proportion d'êtres humains pouvant me supporter au quotidien. Vous êtes des filles géniales.

À mes amies

Merci à mes meilleures amies de toujours, Axelle, Vaima, Camille, Tepu. Vous êtes de vrais rayons de soleil.

Merci à mes amis tahitiens, Chloé, Vaiana, Daphné, Teeva, Nico, Célia, Killian. Un soutien essentiel depuis maintenant 7 ans.

À mes amis de dentaire

Merci pour ces folles années ! Sans vous ces années d'études n'auraient pas pu être si belles. À nos soirées jusqu'au petit matin à chanter et danser. À nos moments d'amitié, à toutes ces histoires d'amour et à tout ce qui nous attend encore. À vous, Sophie, Claire, Alexia, Apolline (et oui, tu soignes beaucoup de dents toi aussi), Albane, Tiguida, Gill, Robine, Sarah, Sophie G, Clémence, Chloé, Guillaume, Quentin, Adam, Vincent, Martin, Karl, Killian, ~~Pierrick~~, Julian, Clément, Maxime.

À mes amis du Judo

Merci à vous les copains, vous êtes très importants pour moi. Nous évoluons ensemble depuis 6 ans maintenant et il nous reste encore beaucoup de belles années à vivre. À vous, Laura, Justine, Ludivine, Lucile, ~~Micka~~, Adam, ~~Babou~~, Kamil, Rémy, Quentin, Momo... et tous les autres copains.

À Guillaume

Merci !!! Je n'aurai pas pu rêver meilleur soutien durant l'écriture de cette thèse. Je te remercie de prendre soin de moi au quotidien et de me faire rire autant. T'es comme un petit amour.

TABLE DES MATIÈRES

1	Contexte.....	15
1.1	Introduction.....	15
1.2	Épidémiologie de la maladie parodontale.....	16
1.3	Causes de la maladie parodontale.....	17
1.3.1	Mécanismes de la maladie parodontale.....	17
1.3.2	Facteurs de risques de la parodontite.....	18
1.4	Impacts de la parodontite.....	22
1.4.1	Impacts esthétiques et fonctionnels, atteinte de la qualité de vie.....	22
1.4.2	Lien entre la parodontite et l'état de santé général.....	23
1.5	Prise en charge de la parodontite.....	24
1.5.1	Diagnostic de la parodontite.....	24
1.5.2	Traitements de la maladie parodontale (Stades I à III)	27
1.5.2.1	Élimination du biofilm supra-gingival.....	27
1.5.2.2	Traitement non chirurgical.....	28
1.5.2.3	Traitement chirurgical.....	29
1.5.2.4	Thérapeutique de soutien.....	29
1.6	Prévention, promotion et éducation pour la santé.....	31
1.6.1	Plan national de prévention bucco-dentaire.....	33
1.6.2	Programmes de prévention et maladie parodontale.....	34
1.7	Justification de l'étude.....	35
1.7.1	Connaissances de la population sur la maladie parodontale.....	35
1.7.2	Conception de l'étude.....	38
1.7.3	Objectifs de l'étude.....	38

2	Matériel et méthodes.....	39
2.1	Schéma de l'étude.....	39
2.2	Population de l'étude.....	39
2.3	Déroulement de la recherche.....	41
2.3.1	Information des patients inclus dans l'étude.....	41
2.3.2	Entretiens semi-directifs.....	41
2.3.3	Données recueillies.....	42
3	Résultats.....	44
3.1	Cartographie des participants.....	44
3.2	Résultats de l'analyse des entretiens.....	45
3.2.1	Thématique de l'hygiène bucco-dentaire.....	45
3.2.2	Thématique de la définition de la maladie parodontale.....	46
3.2.3	Thématique des causes de la maladie parodontale.....	47
3.2.4	Thématique de l'impact de la maladie parodontale.....	48
3.2.5	Thématique de la prise en charge de la maladie parodontale.....	49
3.2.6	Thématique de la prévention face à la maladie parodontale.....	50
4	Discussion.....	51
4.1	Schéma de l'étude.....	51
4.2	Sélection des participants.....	52
4.3	Déroulement de la recherche.....	53
4.3.1	Le guide d'entretien.....	53
4.4	Résultats et discussion.....	54
4.4.1	Recueil et analyse des données.....	54
4.4.2	Critères de panel.....	55
4.4.3	Hygiène bucco-dentaire.....	56

4.4.4	Maladie parodontale, ses causes, ses conséquences et ses traitements.....	56
4.4.5	Prévention de la maladie parodontale.....	57
4.4.6	Forces et faiblesses de l'étude.....	57
4.5	Atteinte des objectifs.....	58
5	Conclusion.....	59
6	Annexes.....	60
6.1	Annexe I : Cartographie des estimations de l'évolution de l'âge de la population française dans le temps, selon l'Insee.....	60
6.2	Annexe II : Modèle épidémiologique pour les facteurs de risque parodontaux, version originale.....	60
6.3	Annexe III : Questionnaire OHIP-14	61
6.4	Annexe IV : OHRQOL.....	61
6.5	Annexe V : Tableau original de la classification des parodontites en fonction de stades définis par la gravité (selon le niveau de perte d'attache clinique inter dentaire, la perte osseuse radiographique et la perte de dents), la complexité, l'étendue et la distribution, selon Papapanou et al.....	62
6.6	Annexe VI : Tableau original de la classification des parodontites sur la base de grades qui reflètent les caractéristiques biologiques de la maladie, y compris les preuves ou le risque de progression rapide, la réponse anticipée au traitement et les effets sur la santé systémique, selon Papapanou et al.....	62
6.7	Annexe VII : Tableau d'estimation du seuil de saturation	63
6.8	Annexe VIII : Formulaire d'information du patient à propos de l'étude.....	65
6.9	Annexe IX : Guide d'entretien.....	67
7	Bibliographie.....	69

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Pathogénèse des maladies parodontales selon Pages et Kornman

Figure 2. Modèle épidémiologique pour les facteurs de risques parodontaux, d'après Bouchard et al

Figure 3. Prise en charge des parodontites de stade I à III, selon Mariano Sanz et al

Figure 4. Cartographie des participants à l'étude

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Tableau de la classification des parodontites en fonction de stades définis par la gravité (selon le niveau de perte d'attache clinique inter dentaire, la perte osseuse radiographique et la perte de dents), la complexité, l'étendue et la distribution, selon Papapanou et al

Tableau 2. Tableau de la classification des parodontites sur la base de grades qui reflètent les caractéristiques biologiques de la maladie, y compris les preuves ou le risque de progression rapide, la réponse anticipée au traitement et les effets sur la santé systémique, selon Papapanou et al

Tableau 3. Classification de la prévention selon San Marco

Tableau 4. Critères d'inclusion et de non-inclusion des patients à notre étude

ABRÉVATIONS UTILISÉES

MP : Maladie Parodontale

FDR : Facteur de Risque

Hb1Ac : Hémoglobine A1c

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

EBD : Examen Bucco-dentaire

HAS : Haute Autorité de Santé

UFSBD : Union Française de Santé Bucco-dentaire

HBD : Hygiène Bucco-dentaire

1 Contexte

1.1 Introduction

Les maladies parodontales (MP) sont à ce jour reconnues comme des pathologies infectieuses complexes et pouvant se manifester par diverses formes cliniques.

La parodontite se définit par une destruction multifactorielle des tissus de soutien de la dent, d'origine infectieuse combinée aux effets destructeurs de l'agression bactérienne avec ceux de la réponse inflammatoire de l'hôte. Cette destruction irréversible est évaluée par la mesure de la perte d'attache et de la profondeur des poches créées par la perte de ces tissus de soutien : gencive, ligament desmodontal et os (1). Nous nous intéressons dans notre étude aux parodontites, destructrices des tissus de soutien de la dent de façon généralisée et étendue dans le temps : parodontites de Stade I à III et de Grade A et B, selon la classification de Chicago (**Tableaux 1 et 2**) (1).

La MP touche 82% de la population française à partir de l'âge de 35ans et cause la perte de 30 à 40% des dents (1,2). Cette pathologie devrait donc susciter un intérêt général pour les Français. De plus, la MP entraîne des complications bucco-dentaires esthétiques et fonctionnelles qui peuvent largement affecter la qualité de vie (4). Les complications de cette pathologie ne sont pas cloisonnées à la sphère orale. En effet, la MP a un réel impact sur la santé en général : influençant la charge inflammatoire corporelle, elle provoque des accouchements prématurés d'enfants de faible poids de naissance (5), augmente le risque d'atteinte cardiovasculaire (6), entraîne un déséquilibre du diabète chez les patients diabétiques (7), est une comorbidité pour les maladies respiratoires, rénales chroniques, pour la polyarthrite rhumatoïde et d'autre pathologies systémiques (8). Le diagnostic précoce de cette pathologie ainsi qu'une prise en charge rapide permettent de maintenir un état parodontal stable, évitant tout traitement complexe.

Or, il existe un décalage entre les données épidémiologiques de prévalence de cette pathologie et la proportion de patients informés et pris en charge (8). La parodontite représente donc un véritable problème de santé publique. Néanmoins, un Français sur trois considère que

sa santé bucco-dentaire n'est pas une priorité. À la suite de ce constat, nous nous posons la question suivante : pourquoi la prévention face à la parodontite n'est-elle pas une priorité dans le parcours de soin de la population ? En effet, nous faisons l'hypothèse que peu de Français connaissent la parodontite, ses signes précurseurs, ses facteurs de risque et ses conséquences.

1.2 Épidémiologie de la maladie parodontale en France

En Europe, la maladie parodontale représente la seconde cause de perte des dents après la maladie carieuse(3). Des études montrent que la perte des dents est en diminution au cours des années mais que celle-ci augmente avec l'âge(9), or, la population française est vieillissante (**Annexe I**).

En France, il existe peu d'études évaluant la prévalence de la parodontite en population générale. La dernière étude nous donnant des précisions a été publiée en 2007 : celle-ci démontre une perte d'attache des tissus parodontaux supérieure à 2mm chez 95,4% de la population ainsi qu'une profondeur de poche supérieure à 2 mm chez 82,2% des participants. Les sujets ayant une perte d'attache parodontale supérieure à 5mm représentent 46,7% de la population et ceux ayant une profondeur de poche supérieure à 5mm, 10,2%. Cette étude fait donc la conclusion qu'environ un Français sur deux pourrait souffrir d'une perte d'attache sévère(2).

La prévalence de la MP a une augmentation significative avec l'âge, la prévalence de la perte d'attache est plus importante chez les hommes que chez les femmes et le niveau de vie socio-économique représente un facteur de disparité au niveau de la santé parodontale.

1.3 Causes de la maladie parodontale

1.3.1 Mécanismes de la maladie parodontale

L'apparition et l'évolution de la parodontite dépendent de trois variables distinctes : la présence de biofilm sur la surface dentaire, les capacités immunitaires de l'hôte ainsi que la présence de facteurs environnementaux, acquis et génétiques.

Le biofilm, aussi appelé plaque dentaire, contient environ 150 espèces de bactéries (10). Les chercheurs ont décrit 5 complexes bactériens existant dans le biofilm. Certains de ces complexes sont associés à la santé parodontale, tandis que d'autres sont associés à la MP, parmi eux, le complexe rouge (*Porphyromonas gingivalis*, *treponema denticola*, *tannerella forsythia*) et le complexe orange (espèces *Fusobacterium*, *Prevotella*, *Campylobacter*) (11).

La parodontite est précédée d'une inflammation gingivale, réversible, induite par la présence de plaque dentaire : la gingivite. Lorsque cet enduit bactérien, calcifié ou non, persiste au niveau des surfaces dentaires, le système immunitaire se retrouve submergé par l'attaque bactérienne. C'est à ce moment-là qu'un déséquilibre s'opère et qu'une réponse immunitaire inadaptée est engendrée. Par le biais de cytokines, les cellules épithéliales lancent l'alarme, les cellules de Langerhans établissent le lien avec les lymphocytes qui activent les neutrophiles présents dans le parodonte et recrutent les granulocytes et lymphocytes au niveau de la zone atteinte. Cette cascade cellulaire mène au recrutement d'ostéoclastes et d'enzymes, les métalloprotéinases matricielles responsables de la destruction osseuse et des fibres ligamentaires laissant place à un tissu de granulation (12). Cette réponse immunitaire est propre à chaque individu et entraîne une alvéolyse pathogène (13). Ce phénomène se déroule par phases actives et passives tant que la source bactérienne n'est pas éliminée. Sans prise en charge, la parodontite mènera donc à la perte de l'organe dentaire.

1.3.2 Facteurs de risque de la parodontite

L'apparition et le développement des parodontites est multifactoriel, ce phénomène est décrit et illustré par Page et Kornman en 1997. Ils définissent l'étiopathogénie des pathologies parodontales (**Figure 1**).

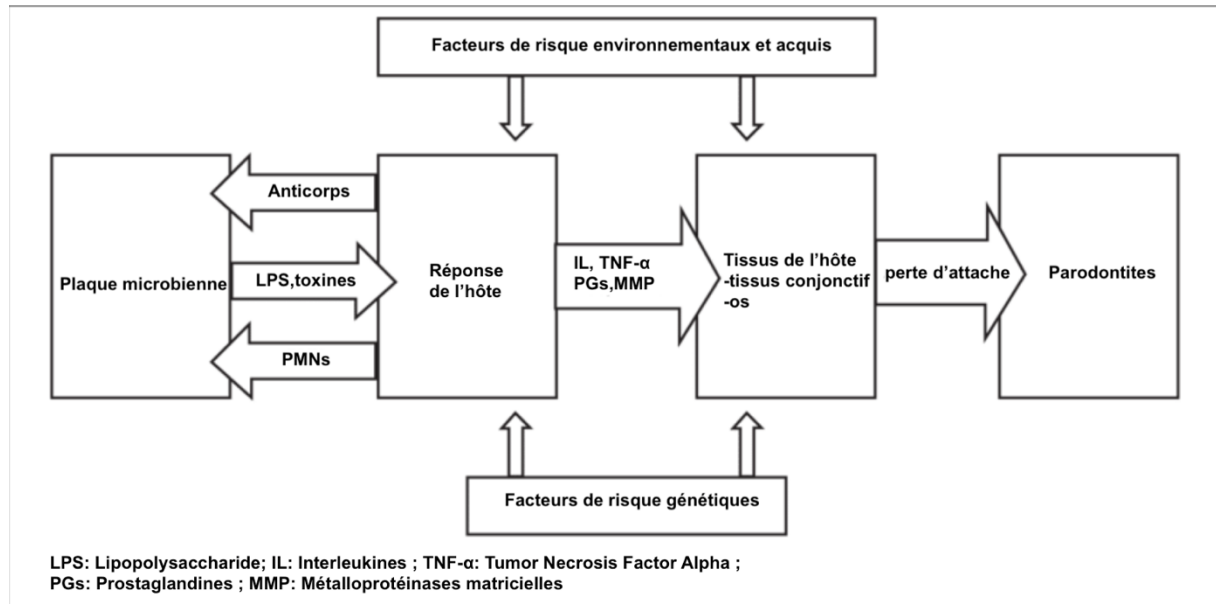


Figure 1. Pathogénèse des maladies parodontales selon Page et Kornman (14).
Traduction en français par NARAS Loana.

Un facteur de risque (FDR) est une caractéristique qui peut influencer l'apparition d'une maladie. La sévérité des parodontites est intimement liée à la présence de ces FDR (15), ceux-ci étant :

- Environnementaux, modifiables (par exemple, l'hygiène bucco-dentaire ou la consommation de tabac) ;
- Liés à l'hôte, non modifiables (par exemple l'âge ou le diabète)

Les FDR de la parodontite sont classés selon leur degré d'influence sur l'apparition et le développement de cette pathologie (**Figure 2**), ils sont généraux ou locaux (16).

Les FDR de la parodontite sont les suivants :

- La plaque dentaire :

La plaque dentaire est une fine couche constituée de résidus alimentaires et salivaires, appelée aussi biofilm microbien. Celle-ci se dépose sur les surfaces dentaires et de la cavité orale (17). Sa présence peut être maîtrisée grâce à l'Hygiène bucco-dentaire (HBD). Néanmoins, si cette plaque n'est pas éliminée, elle entraîne une inflammation gingivale appelée gingivite, prémisse de la parodontite. Il existe des facteurs locaux de rétention de plaque (tels que l'encombrement, les soins dentaires iatrogènes, les malpositions...) qui augmentent le risque de la parodontite (18).

- La consommation de tabac

Le tabac est un FDR modifiable de la parodontite. Des études ont estimé que le risque attribuable au tabac est compris entre 2,5 et 7,0. Le tabac aggrave la parodontite en favorisant l'invasion de bactéries pathogènes et en inhibant les défenses auto-immunes, ce qui aggrave la réaction inflammatoire et la perte d'os alvéolaire. Selon les données actuelles de la science, le tabac aggrave considérablement le développement et la progression de la parodontite. De plus, la réponse aux traitements parodontaux chirurgicaux ou non chirurgicaux est réduite chez les fumeurs (19).

- Le diabète

Le diabète de type 2 est une maladie systémique très répandue, elle représente un FDR des parodontites car leur prévalence et leur sévérité seront augmentées chez les patients ayant un diabète dit sucré. De plus, si le diabète n'est pas correctement suivi et équilibré, le risque de développer une parodontite jusqu'à un stade avancé est augmenté (20).

- Les facteurs psychologiques

Les stress chronique est un FDR des parodontites car il va induire des perturbations de la réponse immunitaire et une susceptibilité aux infections (21). Le stress et toute dégradation de l'état psychologique vont induire de mauvais comportements au niveau de l'HBD et du tabac, provoquant un risque accru de développer une parodontite.

- Le VIH

Le VIH est un FDR de la MP par son action immunosuppressive qui favorise les infections fongiques, virales et bactériennes. Le VIH est souvent associé à la forme ulcéro-nécrotique de la parodontite (17).

- Les facteurs génétiques

La prédisposition génétique représente un facteur d'apparition et de progression important de la maladie parodontale allant jusqu'à 50% d'héritabilité (22).

- L'âge

L'âge est un FDR de la parodontite par la diminution du potentiel de cicatrisation et des mécanismes d'immunodéficience. De plus, avec l'âge la prise de médicaments augmente et leurs effets secondaires peuvent être des facteurs aggravants de la parodontite (20).

- Le sexe

Le sexe est un FDR de la parodontite car les hommes sont plus atteints par les parodontites que les femmes (1). Les hommes seraient plus exposés aux facteurs comportementaux tels que le tabac et la plaque dentaire (20).

- L'origine ethnique

L'origine ethnique est FDR de la parodontite car les personnes asiatiques et maghrébines sont plus atteintes par les parodontites (17).

- Les conditions socio-économiques

Un faible niveau socio-économique est un FDR de la parodontite car l'accès au système de soin et à la prévention est limité ce qui entraîne une augmentation des comportements à risque de développer une parodontite (15).

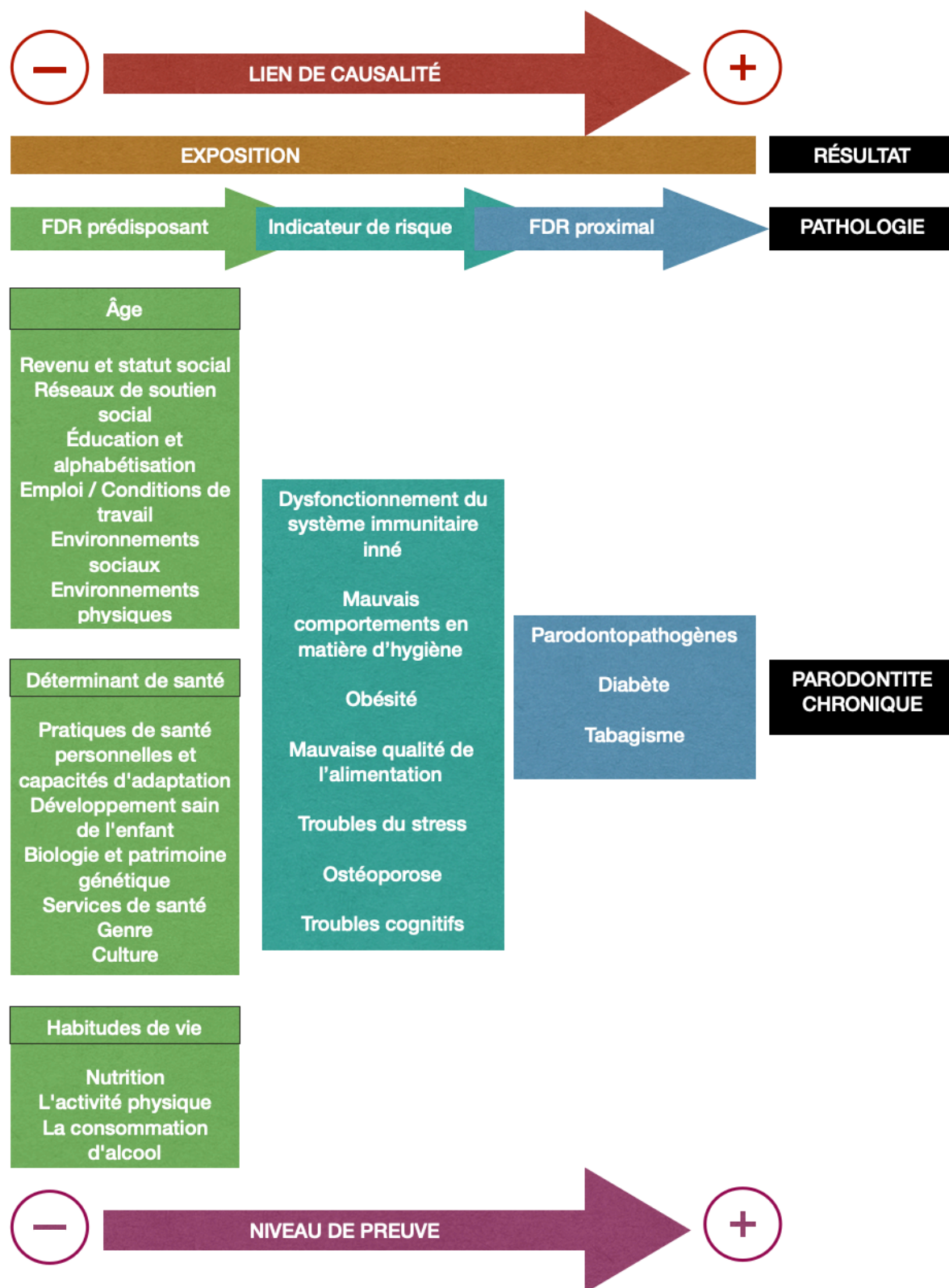


Figure 2. Modèle épidémiologique pour les facteurs de risques parodontaux, d'après Bouchard et al.(16)

FDR : Facteur de risque

Traduction en français par NARAS Loana (Original en anglais en *Annexe II*).

1.4 Impacts de la parodontite

1.4.1 Impacts esthétiques et fonctionnels, atteinte de la qualité de vie

La parodontite a un impact esthétique évident, par l'affaissement des papilles interdentaires, l'inclinaison vestibulaire des secteurs incisivo-canins et la perte des dents antérieures. Elle a également un impact fonctionnel important par la mobilité des dents, la douleur provoquée à la mastication et la difficulté du port d'appareils dentaires, entraînant des troubles de l'alimentation. Les conséquences cliniques de la parodontite ont un réel impact sur la qualité de vie des patients par l'aspect émotionnel, social, fonctionnel ou encore douloureux (23).

De ce fait, la prise en charge de la parodontite doit inclure une part subjective par la mesure de l'atteinte de la qualité de vie dans l'évaluation de la gravité de la pathologie (24). Cette évaluation subjective se fait par le biais d'indicateurs de la qualité de vie. L'outil le plus utilisé est l'OHIP-14 (**Annexe III**), qui permet de mesurer l'impact social des problèmes bucco-dentaires (25). Mais il existe également un outil centré sur la santé bucco-dentaire, l'OHRQOL (**Annexe IV**), qui permet une évaluation subjective de la santé bucco-dentaire, du bien-être fonctionnel, du bien-être émotionnel, des attentes et de la satisfaction à l'égard des soins et de l'estime de soi de l'individu (26).

Une revue systématique, publiée en 2017, a démontré que plus la parodontite est à un stade avancé plus elle a un impact sur la qualité de vie mais que cette pathologie a toujours un impact négatif sur la qualité de vie dès l'apparition d'une gingivite (4). Avec une meilleure compréhension de l'impact que la parodontite pourrait avoir sur nos patients, nous pourrions proposer un traitement qui corresponde parfaitement aux besoins et aux préoccupations du patient (27).

1.4.2 Lien entre la parodontite et l'état de santé général

Le lien entre parodontite et état de santé général est bidirectionnel : l'état de santé général influence l'apparition et le développement de la parodontite et la parodontite est une comorbidité pour de nombreuses pathologies systémiques. Par exemple, la parodontite aggrave le diabète de type II et inversement (20).

La cavité buccale est une porte d'entrée importante de bactéries. Lorsque l'état de santé parodontal est pathologique, les charges bactérienne et inflammatoire augmentent au niveau des tissus buccaux et peut induire une inflammation systémique. Cette inflammation systémique peut aller jusqu'à une neuro-dégénérescence et causer des troubles cognitifs. La parodontite peut être considérée comme un facteur de risque de la maladie d'Alzheimer (28).

Le lien entre la parodontite et les maladies cardio-vasculaires, le stress, l'obésité, les grossesses pathologiques ou encore la polyarthrite rhumatoïde est clairement défini dans la littérature (4,5,7,29,30). Récemment, il a été démontré que la parodontite peut induire des dysfonctionnements immunitaires réversibles (30).

Le diagnostic et la prise en charge d'un patient atteint d'une parodontite doit donc se faire de façon multimodale, en connaissance de tous les facteurs suivants : signes cliniques, facteurs de risques, atteinte de la qualité de vie et état de santé général.

1.5 Prise en charge de la parodontite

1.5.1 Diagnostic de la parodontite

Le diagnostic des parodontites est basé sur (17) :

- La mesure de la perte d'attache autour de chaque dent avec une sonde graduée : le praticien réalise 6 mesures par dents, des poches parodontales et des récessions, afin de réaliser une carte précise de la bouche, appelé sondage ou charting parodontal.
- L'évaluation du pourcentage de la perte osseuse par l'analyse de radiographies rétro-alvéolaires prises avec un angulateur de chaque sextant de la bouche, appelé status parodontal ou bilan long cône.
- L'évaluation de la présence des différents facteurs de risques tels que : l'âge, la présence de plaque dentaire, la consommation de tabac, le diabète, ainsi que la recherche de l'étiologie des édentements présents.

Depuis 2017, la classification de Chicago sert de référence internationale au diagnostic des parodontites. Elle classe les parodontites en 3 stades selon leur gravité et en 3 grades selon leur évolution (31).

Le premier défi de la maladie parodontale reste son diagnostic. Il doit être précoce et précis car les premiers stades de développement des parodontites sont discrets alors que leurs dégâts sont irréversibles. Le diagnostic de la maladie parodontale reste malheureusement aujourd'hui trop peu réalisé dans les cabinets dentaires (32).

Tableau 1. Classification des parodontites en fonction de leurs stades, définis par la gravité (selon le niveau de perte d'attache clinique inter dentaire, la perte osseuse radiographique et la perte de dents), la complexité, l'étendue et la distribution, selon Papapanou et al. (31) (Tableau Original en **Annexe V**)

Stade de la parodontite		Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Sévérité	Perte d'attache clinique inter-dentaire au niveau du site présentant la plus grande perte d'attache	1 à 2 mm	3 à 4 mm	> ou = à 5mm	> ou = à 5mm
	Perte osseuse radiographique	Tiers coronaire (<15%)	Tiers coronaire (15% à 30%)	Étendu jusqu'au tiers moyen de la racine et au delà	Étendu jusqu'au tiers moyen de la racine et au delà
	Perte de dent	Pas de perte de dent due à une parodontite		Perte de 4 dents ou moins due à une parodontite	Perte de 5 dents ou plus due à une parodontite
Complexité	Locale	Profondeur de sondage maximale < ou = à 4 mm perte osseuse principalement horizontale	Profondeur de sondage maximale < ou = à 5 mm perte osseuse principalement horizontale	En plus de la complexité du stade II : Profondeur de sondage > ou = à 6mm Perte osseuse verticale > ou = à 3mm Atteinte de la furcation Classe II ou III Défaut de crête modéré	En plus de la complexité du stade III : Nécessité d'une réhabilitation complexe en raison de : Dysfonctionnement masticatoire Traumatisme occlusal secondaire (degré de mobilité des dents > ou = à 2) Défaut sévère de la crête Effondrement de l'occlusion, dérive, évaseement Moins de 20 dents restantes (10 paires opposées)
Étendue et répartition	Ajouté au stade comme description	Pour chaque stade, indiquez s'il s'agit d'une affection localisée (<30 % des dents concernées), généralisée ou d'un modèle molaire/incisive			

Tableau 2. Classification des parodontites sur la base de leurs grades qui reflètent les caractéristiques biologiques de la maladie, y compris les preuves ou le risque de progression rapide, la réponse anticipée au traitement et les effets sur la santé systémique, selon Papapanou et al. (31) (Tableau Original en **Annexe VI**)

Grade de la parodontite			Grade A : Progression lente	Grade B : Progression modérée	Grade C : Progression rapide
Critères principaux	Preuve direct de la progression	Données longitudinales (perte osseuse radiographique ou perte d'attache clinique)	Absence de perte osseuse sur 5 ans	< 2mm sur 5ans	> ou = à 2mm sur 5ans
	Preuve indirect de la progression	% perte osseuse / âge	< 0,25	0,25 à 1,0	> 1,0
		Phénotype du patient	Présence de biofilm élevé avec un faible niveau de destruction	Destruction proportionnelle à la présence de biofilm	Destruction élevée par rapport à la présence de biofilm ; des profils cliniques spécifiques suggérant des périodes de progression rapide et/ou de maladie précoce (par exemple, profil molaire/incisive ; absence de réponse aux thérapies de contrôle bactérien standard)
Modificateurs de grade	Facteurs de risque	Tabac	Non fumeur	Fumeur de <10 cigarettes/jour	Fumeur de > ou = à 10 cigarettes/jour
		Diabète	Taux de glycémie normal / pas de diagnostic de diabète	HbA1c <7,0% chez les patients diabétiques	HbA1c > ou = à 7,0% chez les patients diabétiques

1.5.2 Traitements de la parodontite (Stades I à III)

Avant même de parler de traitement, le diagnostic doit être posé selon la classification de Chicago. Le patient doit être averti de son diagnostic, de tous les facteurs influençant le pronostic de sa pathologie et tous les traitements doivent lui être proposés en respectant le consentement éclairé. Les dernières recommandations sur lesquelles nous nous sommes basées concernant le traitement des pathologies parodontales de stade I à III datent de 2020 (1).

1.5.2.1 Élimination du biofilm supra-gingival

La première action à adopter au niveau de la prise en charge d'un patient est une action de prévention face à la parodontite : informer et sensibiliser le patient face à sa pathologie et identifier l'étiologie et les facteurs de risque. La prévention des parodontites passe obligatoirement par le contrôle du biofilm supra-gingival. Il faut sensibiliser le patient à la surveillance des signes précurseurs (saignements lors du brossage, des rougeurs, douleurs et gonflements de la gencive) et le motiver à s'impliquer dans sa prise en charge (1).

Le patient doit adopter un nouveau comportement en adéquation avec sa prise en charge car son implication dans le traitement est essentielle à la réussite de celui-ci. La première étape du traitement de la parodontite est l'élimination de la plaque dentaire supra-gingivale. Les recommandations à suivre par le patient sont les suivantes : brossage des dents efficace de deux minutes, deux fois par jour, après les repas, nettoyage des espaces inter dentaires (avec des brossettes inter dentaires) tous les soirs, régulation des prises alimentaires. Le rôle du chirurgien-dentiste, dans cette première étape, sera de faire une élimination professionnelle du biofilm supra-gingival, une élimination des facteurs de rétention de plaque, ainsi qu'encourager son patient à un sevrage tabagique et un contrôle régulier du diabète chez les patients en cours de traitement (33).

1.5.2.2 Traitement non chirurgical

La seconde étape du traitement de la parodontite est la réalisation d'une instrumentation sous-gingivale (surfaçage radiculaire). Celle-ci est obligatoire dans la prise en charge d'une parodontite. Cette étape permet de réduire l'inflammation ainsi que la présence de poches parodontales et leur profondeur. Elle peut être réalisée au niveau de la bouche entière ou sur des zones ponctuelles en fonction de la localisation des atteintes. Si ce surfaçage doit être réalisé au niveau de toute la bouche, celui-ci peut être fait en une fois ou sectionné en plusieurs séances par sextant, la décision sera prise en tenant compte de l'état de santé général du patient (33).

L'utilisation d'antibiotiques par voie systémique n'est pas systématique. Elle peut être recommandée dans certains cas de parodontite à évolution rapide chez les patients jeunes : l'utilisation d'amoxicilline associée à du métronidazole entraîne des améliorations cliniques plus prononcées au niveau de la profondeur des poches en complément de l'action locale de nettoyage (34).

À la suite de ces soins, une réévaluation de la situation clinique à 2-3 mois permet au praticien de mettre en place la suite du traitement (**Figure 3**) :

- Profondeur de poches résiduelles inférieure à 4 mm : mise en place de la thérapeutique de soutien ;
- Profondeur de poches résiduelles entre 4 mm et 5 mm : reprise du traitement non chirurgical ;
- Profondeur de poches résiduelles supérieure ou égale à 6 mm : mise en place d'un traitement chirurgical.

Les résultats des traitements non chirurgicaux sont très efficaces et leur succès est identique à celui des traitements chirurgicaux. En première intention on privilégie donc un surfaçage non-chirurgical (35). Mais lorsqu'il persiste des poches parodontales supérieures ou égales à 6mm de profondeur après réévaluation, un traitement chirurgical est recommandé.

1.5.2.3 Traitement chirurgical

Après ce rendez-vous de réévaluation, s'il est mesuré, lors du sondage, des poches résiduelles de 6mm ou plus, il est recommandé de réaliser un surfaçage chirurgical des racines avec un lambeau d'accès. Cette chirurgie consiste à inciser et décoller la gencive afin d'avoir un accès et une vision directs au niveau de la poche parodontale, contrairement au surfaçage non chirurgical, qui s'appuie sur le sens tactile du praticien et le sondage. Le patient est informé du rapport bénéfice/risque de cette intervention. Seuls les sites n'ayant pas eu une réduction suffisante de la charge bactérienne seront concernés ; des techniques minimalement invasives sont adoptées, ainsi que des techniques de lambeaux de préservation papillaire (33).

Dans les cas de défauts osseux de 3mm ou plus, des chirurgies régénératrices peuvent être proposées au patient dans le but de la conservation de la santé parodontale et de l'organe dentaire. Ces chirurgies utilisent des membranes ou dérivés de la matrice amélaire avec ou sans substituts osseux (33).

1.5.2.4 Thérapeutique de soutien

La thérapeutique de soutien permet de conserver un équilibre bactérien et un niveau osseux stable. Ce suivi consiste en une réévaluation du charting et du status parodontal après une période de cicatrisation tissulaire. Il est important que le patient soit suivi tous les 3 à 12 mois selon le grade de sa parodontite. Lors de ces séances, les conseils d'hygiène sont répétés au patient, le discours doit être adapté aux besoins de chacun, la vérification d'une bonne maîtrise de l'élimination du biofilm est indispensable. Cette thérapeutique permet d'intercepter une diminution de la motivation du patient et de s'assurer que les facteurs de risque sont bien écartés ou maîtrisés. Certaines thérapeutiques de soutien intègrent des antiseptiques adjuvants sous forme de dentifrices ou bain de bouche afin de diminuer une inflammation persistante.

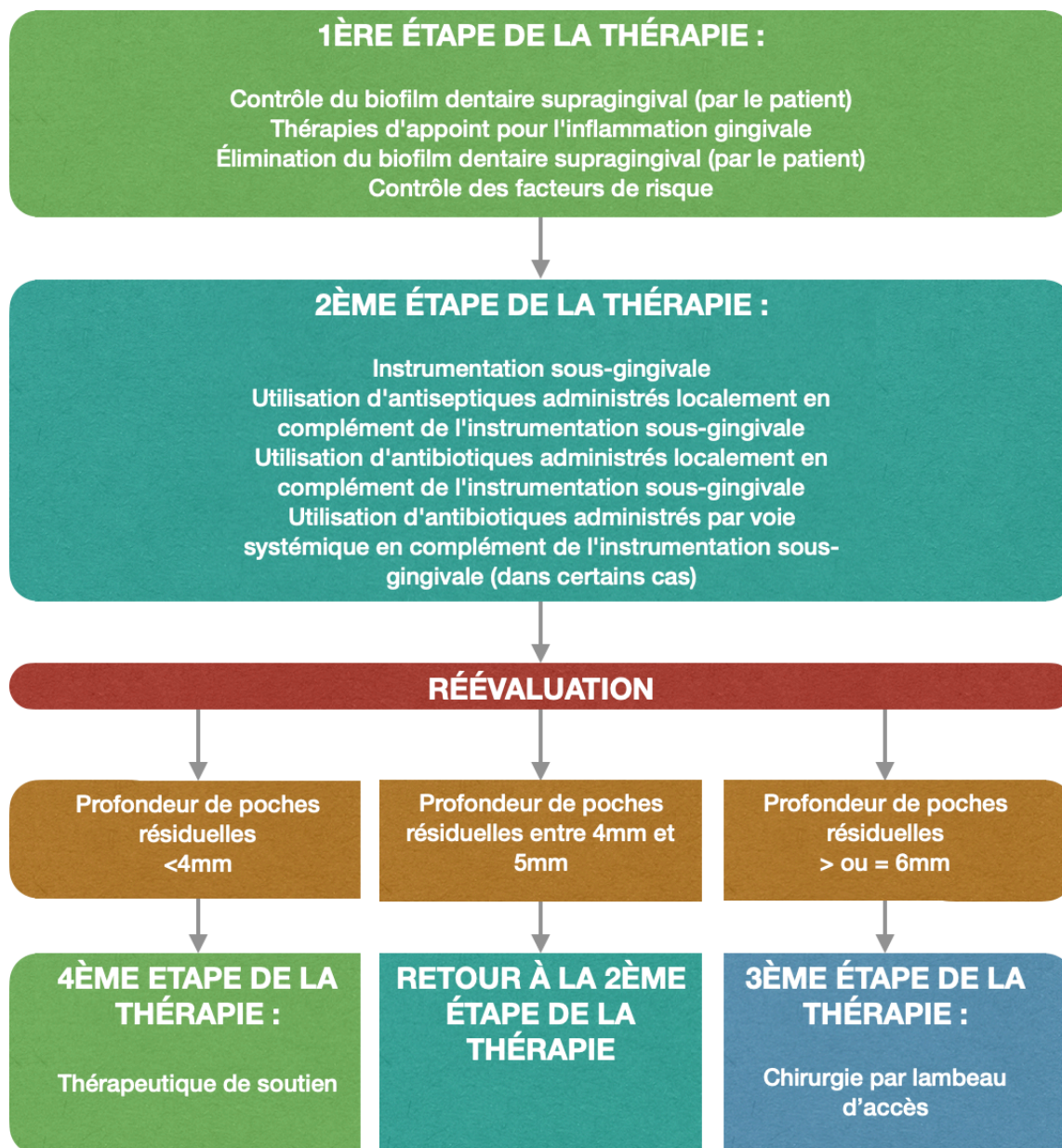


Figure 3. Prise en charge des parodontites de stade I à III, selon Mariano Sanz et al. (1)

1.6 Prévention, promotion et éducation pour la santé

En 1986, à la suite de l'élaboration de la charte d'Ottawa (36), l'OMS élargit la définition de la santé, non plus comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », mais plus comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part s'adapter à celui-ci ». Cette nouvelle vision de la santé, basée sur la qualité de vie, mène à l'émergence de trois grands concepts : la prévention, la promotion et l'éducation pour la santé.

Rappelons quelques définitions :

- La prévention, selon l'OMS en 1948, est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Il existe trois types de prévention, toujours selon l'OMS : primaire, secondaire, tertiaire (37).
- La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Elle concerne cinq grands axes : l'élaboration de politiques favorables à la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé (36).
- L'éducation pour la santé comprend tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus, groupes, collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer (36).

En 1998, l'OMS définit l'éducation thérapeutique comme un processus intégré aux soins, qui comprend un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, les institutions de soins et le comportement du patient pour aider les malades

et/ou leur entourage à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins et prendre en charge leur état de santé afin de conserver et/ou améliorer leur qualité de vie (37).

L'OMS a établi une classification universelle de la prévention de la santé mais celle-ci se base sur la maladie et non sur la santé. Nous nous intéressons donc à une nouvelle classification de la prévention établie par San Marco en 2009 (**Tableau 3**), qui remet l'individu au centre de la gestion de sa santé.

Tableau 3. Classification de la prévention selon San Marco (38).

Prévention universelle	Prévention sélective	Prévention ciblée
Pour tous quel que soit l'état de santé	Pour les sujets exposés aux facteurs de risque	Pour les sujets malades
Promotion de la santé - Éducation pour la santé	Prévention des maladies	Éducation thérapeutique du patient

Avec cette nouvelle approche, la prévention universelle s'appuie sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé car la prévention passe principalement par la participation de l'individu. Pour San Marco, la différence essentielle entre sa vision de la prévention et les classifications classiques tient à ce que, à la même action de santé publique, financée par les décideurs, répond maintenant la participation active de l'individu ou du groupe cible à la gestion de sa santé (38).

1.6.1 Plan national de prévention bucco-dentaire

En France, la santé bucco-dentaire a été, pendant des années, mise au dernier plan dans les programmes de prévention de la santé, loin derrière la malnutrition, la sédentarité, la consommation de tabac. Elle semblait peu préoccuper les responsables de la santé publique. Après la signature de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, il a fallu attendre 15ans en France pour que le ministère de l'Éducation Nationale crée le service de « promotion de la santé en faveur des élèves » (39).

C'est en 2005 que le ministère de la Santé met en place un plan national de prévention de la santé orale dont la mesure principale a été de mettre en place l'Examen Bucco-dentaire (EBD). De ce programme née la campagne médiatique « M'T dents », qui est ensuite devenu un réel programme de prévention. Ce programme incite la population ciblée (les jeunes de 3ans à 24ans) à consulter leur dentiste tous les 3 ans et a été accompagné à ses débuts par des programmes d'information et de sensibilisation à échelle départementale (39).

Face au constat des failles du système de santé, conçu pour gérer les pathologies aiguës, les décideurs souhaitent répondre au défi des maladies chroniques et proposent une réorganisation des priorités dans la prévention de la santé. En 2013, le ministère des affaires sociales et de la santé sort une feuille de route dont les grandes lignes affichent de « fixer de grandes priorités de santé publique, investir le champ de la promotion de la santé et de la prévention et développer une action volontariste dans l'éducation à la santé dès l'école ». En effet, ajouter dans le parcours scolaire des jeunes de l'éducation à la santé favoriserait l'acquisition de comportements en adéquation avec un bon état de santé. Cette feuille de route admet que le système de santé a négligé pendant des décennies l'importance de la place de la prévention dans le parcours de soin. En effet, la prévention est un levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité (39).

1.6.2 Programmes de prévention et maladie parodontale

La prévention de la maladie parodontale se fait essentiellement dans les cabinets dentaires. En effet, le rôle du praticien est de dépister et sensibiliser les patients face à cette pathologie, lors des consultations, une éducation thérapeutique est mise en place afin d'aider les patients à gérer leur prise en charge (17). Elle se fait également à partir des programmes nationaux de prévention de la santé bucco-dentaire. En effet, les patients sont encouragés à prendre rendez-vous chez leur chirurgien-dentiste et ont accès à l'information grâce au programme « M'T dents » (spots publicitaires à la télévision, comptes actifs sur les différents réseaux sociaux), dans lequel on retrouve un volet concernant la parodontite. Sur internet, le site de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire permet aux patients d'obtenir des informations officielles sur la santé parodontale (40). Enfin, la MP est énoncée dans les spots publicitaires pour dentifrices adaptés aux problèmes parodontaux, ceux-ci parlent des signes précurseurs de la MP mais n'incitent pas tous à consulter un chirurgien-dentiste.

1.7 Justification de l'étude

1.7.1 Connaissances de la population sur la maladie parodontale

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux connaissances de la population face à la maladie parodontale. Dans la grande majorité, les critères d'inclusion des participants sont ciblés sur des pathologies en lien avec la parodontite.

Jacq et al, ont mené une étude en 2012 sur les connaissances des patients et praticiens sur le lien entre les parodontites et les pathologies cardio-vasculaires, ayant inclus 108 sujets atteints d'athérosclérose. Ils ont mis en évidence que 82% des participants n'étaient pas informés de la relation entre l'hygiène bucco-dentaire et l'athérosclérose (41).

Pennequin et al, ont réalisé, en 2013, une revue de la littérature traitant de l'état des connaissances des patients diabétiques sur la relation entre leur pathologie et la MP. Ils ont mis en évidence un manque global de connaissances des patients diabétiques concernant la relation bidirectionnelle entre parodontite et diabète ainsi que le manque d'études françaises publiées sur le sujet (42). Leur recherche est en accord avec une précédente étude publiée en 2010 qui montre que peu de patients diabétiques sont au courant qu'ils sont plus à risque de développer une MP (43).

Egea et al, en 2011, ont mené une enquête auprès des professionnels de la grossesse, des chirurgiens-dentistes et des femmes enceintes dont l'objectif était d'établir un état des lieux des connaissances des professionnels et des patientes sur la prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte. Leur étude inclut au total 284 participants. Ils ont mis en évidence que 45% des femmes enceintes interrogées ne pensent pas qu'il est important de consulter un chirurgien-dentiste pendant la grossesse (44).

Breard et al, en 2016, ont évalué l'état des connaissances des patients sur les parodontites et leurs facteurs de risque. Ils ont inclus 491 participants, âgés en moyenne de 35,7ans. Cette étude quantitative rapporte que le terme de parodontite est peu connu contrairement à la « maladie de déchaussement » et à la gingivite : 74,5% des participants connaissent le terme de « maladie du déchaussement », 80% connaissent la « gingivite » contre 27,8% pour le terme « parodontite ». Leur étude montre que les participants sont conscients de

la relation entre hygiène bucco-dentaire et état de santé parodontal, 66,8% des sujets inclus pensent que l'HBD est un facteur lié à la maladie de « déchaussement » (45).

Milhas et al, ont mené une étude en 2019 sur les connaissances des patients atteints d'une MP. Cette étude qualitative a inclus 7 participants, âgés en moyenne de 60,7 ans. Dans cette étude les participants déclarent ne pas avoir eu d'information sur leur pathologie avant leur prise en charge hospitalière. Ils ne comprenaient pas le fonctionnement de leur maladie même après leur prise en charge, ils pouvaient néanmoins en citer quelques facteurs de risque. Tous les patients interrogés comprenaient l'importance de leur rôle dans la réussite du traitement (46).

Toutes ces études, en plus de mettre en évidence le manque de connaissances des participants vis-à-vis de la MP, soulignent le souhait des patients d'être plus informés sur le lien entre leur pathologie et la santé bucco-dentaire.

Vachon et al ont mené une étude en 2015, ayant inclus 255 participants, âgés en moyenne de 44 ans. Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur la MP. Ils ont mis en évidence un manque de connaissances des professionnels de santé sur les parodontopathies, 94% d'entre eux considèrent leurs connaissances comme insuffisantes (45).

En France, une étude publiée en 2015 par Cohen et al. avait pour objectif d'évaluer les connaissances et attitudes de obstétriciens et gynécologues face à la prévention parodontale. 190 obstétriciens/gynécologues ont été inclus dans l'étude. Ils ont mis en évidence que les obstétriciens et les gynécologues avaient un bon niveau de connaissance sur la nature inflammatoire et infectieuse de la MP, que 74,7% d'entre eux sont conscients de l'impact négatif de la parodontite sur l'issue de la grossesse. Néanmoins, seulement 10,5% d'entre eux discutent de l'importance de la santé bucco-dentaire avec leurs patientes enceintes (47).

Une étude américaine publiée en 2014, a été menée par Mosley et al. incluant 119 participants, elle avait pour objectif d'évaluer les connaissances et les comportements des cardiologues face à la MP. Cette étude a montré que 82% des cardiologues interrogés ne connaissaient pas l'étiologie de la MP ni les recommandations cliniques sur la relation entre MP et maladies cardiovasculaires (48).

Puis, une autre étude américaine, menée à New York en 2010 par Quijano et al. A inclus 115 internes en médecine et avait pour objectif d'évaluer les connaissances des internes en médecine sur la MP. Ils ont mis en évidence que les participants n'avaient pas de connaissances suffisantes sur la MP, 90% ont déclaré n'avoir reçu aucune information sur la MP pendant leurs études en médecine (49).

Enfin, une étude canadienne, publiée en 2018, par Toupin et al. avait pour objectif d'évaluer les connaissances des étudiants en médecine interne sur la MP et les maladies systémiques. Ils ont inclus 126 étudiants et ont mis en évidence que les participants interrogés avaient des connaissances limitées sur le sujet, 27,8% des sujets sous-estimaient la prévalence de la MP.

Dans toutes ces études, réalisées auprès des professionnels de santé, il revient systématiquement le fait qu'ils n'ont pas suffisamment d'heures de formation consacrées à la santé bucco-dentaire.

Ainsi, il semble qu'aucune étude en France n'ait évalué le niveau de connaissance de la population générale vis-à-vis de la parodontite. Breard et al. ont mené une étude quantitative sur une population ciblée. Milhas et al, quant à eux, ont mené une étude qualitative mais s'intéressant uniquement aux patients diagnostiqués et traités pour une MP active.

Il nous semble donc pertinent de réaliser une étude qualitative en favorisant une hétérogénéité des participants ayant pour but d'évaluer les connaissances des patients face à la maladie parodontale. Cette étude est menée dans le but de justifier le renforcement de la prévention parodontale par la mise en place d'une consultation à visée de prévention et d'éducation.

1.7.2 Conception de l'étude

Nous avons fait le choix d'entreprendre une approche qualitative permettant une analyse des connaissances des patients prenant en compte les différents contextes sociaux et individuels.

La présente étude est née d'un processus itératif. En effet, nous nous sommes premièrement demandé pourquoi certains patients consultant le pôle de médecine bucco-dentaire de l'hôpital Pellegrin présentant une parodontite à un stade de lyse osseuse avancée n'ont pas été diagnostiqués plus tôt.

La parodontite à laquelle nous nous intéressons ici, se développe de façon progressive dans le temps, par phases actives et inactives et est accentuée par des facteurs de risque. Ce qui nous fait penser que les patients qui consultent leur dentiste régulièrement peuvent être diagnostiqués à un stade précoce de cette pathologie. Or, nous pensons que les patients, peu informés sur les pathologies parodontales ne consultent pas suffisamment leur chirurgien-dentiste. Nous cherchons à étudier ce phénomène afin de mettre en avant un manque de communication sur la MP.

1.7.3 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le niveau de connaissance sur la MP des patients adultes consultant le pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire du CHU de Pellegrin en analysant leurs récits. L'objectif secondaire de ce travail était de souligner l'importance de la prévention et de la promotion de la santé parodontale ainsi que de soumettre des idées pouvant améliorer les connaissances des patients concernant leur santé parodontale.

Nous faisons l'hypothèse que peu de patients qui consultent le service de médecine bucco-dentaire du CHU de Pellegrin connaissent la MP en général, ses facteurs de risque, ses facteurs protecteurs, ses signes précurseurs et ses traitements.

2 Matériel et méthodes

2.1 Schéma de l'étude

Nous avons mis en place une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs dans le service de médecine bucco-dentaire du CHU de Pellegrin. L'objectif était de poser des questions simples et ouvertes, de ne pas influencer la réponse des patients et de retranscrire avec exactitude leur récit. Ainsi, nous en avons extrait les informations clés qui ont été classées par thèmes et sous thèmes afin de réaliser une analyse du niveau de connaissance des patients face à la MP.

2.2 Population de l'étude

Les critères d'inclusion et de non-inclusion des sujets sont présentés en **Tableau 4**. Nous avons considéré que les entretiens avec des patients handicapés mentalement, sous tutelle ou ne parlant pas français seraient difficiles à mener et que l'analyse de leurs récits serait difficile. Dans notre étude qualitative, nous ne parlions pas d'échantillonnage mais de panel. Nous n'avons pas besoin de réaliser des entretiens avec un grand nombre de patients défini par un calcul de nombre de sujets nécessaires, le nombre de participants était limité par le seuil de saturation.

Le seuil de saturation correspondait au nombre d'entretiens où il est raisonnable d'estimer qu'une analyse supplémentaire ne nous apporterait pas plus d'informations pertinentes. À la fin de chaque entretien, nous remplissions un tableau d'estimation du seuil de saturation pour toute nouvelle réponse apportée, dès que celui-ci ne s'est plus complété avec les entretiens, nous savions que nous avions atteint le seuil de saturation (**Annexe VII**).

Les critères de panel nous permettaient de diversifier les entretiens afin d'augmenter la richesse des données recueillies. Afin de décider des différents critères de panel, nous avons estimé les facteurs qui pourraient influencer le niveau de connaissance des patients face à la MP. Les critères de panel de cette étude étaient les suivants :

- Âge : les patients âgés de plus de 70ans étaient-ils plus informés ?
- Diagnostic parodontal : les patients ayant une parodontite chronique diagnostiquée étaient-ils plus informés ?
- Parcours de soins : les patients qui sont pris en charge dans le service depuis plus de 5ans étaient-ils plus informés ?
- Tabac : les patients fumeurs étaient-ils plus informés ?
- Diabète : les patients diabétiques étaient-ils plus informés ?

Au moins deux patients ont été sélectionnés par critère de panel. Concernant la répartition par genre, nous avons essayé de prendre autant de femmes que d'hommes.

Tableau 4. Critères d'inclusion et de non-inclusion des patients à notre étude

CRITERES D'INCLUSION	Patients : -Majeurs -Volontaires -Suivis dans le service de médecine et de chirurgie bucco-dentaire du CHU de Pellegrin
CRITERES DE NON-INCLUSION	Patients : -Handicapés ou sous tutelle -Ne parlant pas français

2.3 Déroulement de la recherche

2.3.1 Information des patients inclus dans l'étude

Pour débiter nos entretiens, nous avons au préalable demandé l'autorisation au chef de service et effectué une démarche auprès de la CNIL afin de les informer de notre recherche.

Avant de réaliser nos entretiens avec les patients sélectionnés, nous les avons informés à propos :

- De l'objectif de la recherche ;
- Du traitement des données recueillies au cours des entretiens ;
- De leurs droits d'accès, d'opposition et de rectification des données.

Si le patient donnait son accord pour participer à notre étude, nous lui faisions signer le formulaire d'information (**Annexe VIII**) qui a été scanné dans leur dossier médical et nous lui remettions la fiche d'information.

2.3.2 Entretiens semi-directifs

Un guide d'entretien (**Annexe IX**) a été réalisé afin d'avoir une trame directive reproductible pour chaque patient. Celui-ci comprenait une trentaine de questions ouvertes qui n'étaient pas posées directement au patient. Cette trame nous permettait de ne pas perdre l'objectif de vue et de guider le patient sur les sujets qui nous intéressaient. Les entretiens étaient guidés par notre guide d'entretien. Celui-ci a été testé sur notre premier patient puis conservé car il correspondait à nos attentes. Cet « entretien test » nous a permis de valider le bon déroulement du guide. Un entretien durait entre 10 et 15 minutes par patient. Les patients étaient mis à l'aise, nous leur avons précisé qu'il s'agissait de faire un état des lieux des connaissances et non un jugement individuel afin qu'ils puissent s'exprimer sans limites.

Les entretiens ont été enregistrés, avec l'accord des patients, afin de pouvoir retranscrire à l'écrit le récit de chaque patient avec exactitude. L'anonymat des patients a été obtenu en associant à chaque sujet un numéro correspondant à la chronologie des entretiens. Munie d'un

dictaphone et du guide d'entretien, j'ai réalisé seule tous les entretiens afin de m'assurer qu'ils soient tous menés de la même manière.

À un moment clé de l'entretien, nous avons donné une définition claire et précise de la maladie parodontale aux patients afin de pouvoir continuer l'entretien en connaissance de cette pathologie. Nous nous étions assuré que la définition aie bien été comprise par le patient en utilisant un vocabulaire adapté.

À la fin de l'entretien, nous sommes restés à disposition du patient afin de répondre à toutes ses interrogations à propos de l'étude et de la MP.

Deux personnes ont refusé de participer à notre entretien car ils n'avaient pas suffisamment de temps à nous accorder. Les entretiens se sont déroulés du 15 novembre 2021 au 16 Novembre 2021 à l'hôpital Pellegrin.

2.3.3 Données recueillies

À partir des dossiers médicaux sur Dx-Care, nous avons sélectionner les patients qui correspondent aux critères d'inclusion et aux critères de panel.

Nous avons donc recueilli les données d'identité et médicales suivantes :

- Âge ;
- Sexe ;
- Diagnostic parodontal ;
- Parcours de soin ;
- Consommation de tabac ;
- Diabète.

Nous avons orienté notre entretien vers : l'hygiène bucco-dentaire, les pathologies parodontales et les moyens de prévention.

À partir de nos entretiens, nous avons recueilli des informations personnelles qui ont été retranscrites mot pour mot. Ces récits ont été lus et relus attentivement puis découpés et replacés en thèmes puis en sous-thèmes.

L'analyse des données s'est déroulée de la sorte : nous avons retranscrit au mot près les enregistrements sur un document Word. Nous avons ensuite établi un code couleur correspondant aux 7 grandes thématiques étudiées, à savoir le contexte des soins à l'hôpital, l'hygiène bucco-dentaire, la maladie parodontale, ses causes, ses conséquences, ses traitements et la prévention réalisée face à cette maladie. Dans chaque entretien retranscrit nous avons surligné, en respectant notre code couleur, les informations clés données par les patients. Nous avons ensuite créé un tableau par thématique regroupant toutes les informations récoltées sur chaque thématique. Nous avons dans ces tableaux établi un nouveau code couleur, notre objectif étant de faire un état des lieux de leurs connaissances, nous n'avons pas jugé les réponses de nos patients, nous avons établi le code couleur suivant pour chaque thématique :

- Bleu : réponse en accord avec les données actuelles de la science
- Rouge : réponse en désaccord avec les données actuelles de la science
- Jaune : information supplémentaire enrichissante

Nous avons donc mis en exergue pour chaque thématique le niveau de connaissance des patients.

3 Résultats

3.1 Cartographie des participants

Nous avons inclus 10 participants au sein de notre étude. Nous avons réalisé une cartographie des participants (**Figure 4**). Celle-ci nous a permis d'avoir une vue d'ensemble de notre panel de participants et de faire une analyse des données en fonction des critères de ce dernier. Nous pouvions constater que nous avons interrogé autant d'hommes que de femmes. La moyenne d'âge des patients était de 59,1 ans, 50% étaient fumeurs. Deux participants étaient diabétiques et trois ont eu un diagnostic de parodontite posé. Huit participants avaient un suivi récent à l'hôpital (14 mois en moyenne), seuls deux d'entre eux étaient suivis depuis plus de 5ans.

	Genre	Âge	Tabac	Diabète	Parodontite	PEC au CHU
I	F	69 ans	OUI	NON	Pas de diagnostic	Janvier 2020
II	F	41 ans	NON	NON	Pas de diagnostic	Septembre 2021
III	M	54 ans	OUI	NON	Pas de diagnostic	Novembre 2021
IV	F	71 ans	OUI	NON	Pas de diagnostic	Janvier 2015
V	M	77 ans	NON	NON	Pas de diagnostic	Février 2019
VI	F	64 ans	NON	NON	Parodontite chronique	Novembre 2021
VII	F	61 ans	OUI	OUI	Pas de diagnostic	Décembre 2020
VIII	M	72 ans	NON	NON	Parodontite chronique	Décembre 2020
IX	M	54 ans	NON	OUI	Pas de diagnostic	Janvier 2011
X	M	28 ans	OUI	NON	Parodontite chronique	Mars 2021

Figure 4. Cartographie des participants à l'étude

3.2 Résultats de l'analyse des entretiens

3.2.1 Thématique de l'hygiène bucco-dentaire

L'analyse des données a démontré que les patients ne connaissaient pas les recommandations actuelles de l'Union Française pour la Santé Bucco-dentaire (UFSBD) sur les gestes quotidiens d'HBD (50). Ces recommandations correspondent à un brossage des dents deux fois par jour pendant deux minutes avec un dentifrice fluoré et un nettoyage inter dentaire une fois par jour. Aucun patient n'a su nous citer les recommandations exactes mais plus de la moitié des patients s'en rapprochaient. Seuls les trois patients ayant eu une parodontite diagnostiquée ont parlé de nettoyage inter dentaire, le patient VIII a expliqué « surtout bien se brosser au niveau des gencives et puis bien nettoyer entre les dents », les deux autres ont évoqué les brossettes inter dentaires. Deux patients n'étaient pas du tout informés sur les gestes d'HBD à avoir au quotidien, le patient III nous a dit « je sais qu'il faut au moins faire tous les matins, après ça dépend des jours ».

Deux patients ont évoqué l'éducation thérapeutique comme un élément essentiel dans la maîtrise des gestes d'HBD : le patient VIII nous a dit « se brosser les dents et surtout savoir bien se les brosser, ce qui n'est pas évident quand on n'a jamais trop montré comment faire, donc, au niveau éducatif, c'est vrai que c'est important ».

Le niveau de connaissance des participants concernant l'HBD paraissait faible, leurs récits étaient approximatifs quant à la citation des recommandations de l'HAS. L'analyse des entretiens montre que les patients pris en charge pour une maladie parodontale à l'hôpital appuyaient sur le fait que le brossage n'est pas suffisant s'il n'est pas bien réalisé. Leur niveau de connaissances en termes d'HBD était supérieur à celui des autres participants.

3.2.2 Thématique de la définition de la maladie parodontale

Les termes de « maladie parodontale » et « parodontite » n'étaient pas connus de la majorité des participants. Aucun des dix participants n'a pu nous en donner une définition exacte. Un patient atteint de MP nous a communiqué une définition incomplète, cela ne nous a pas permis d'admettre qu'il comprenait le mécanisme de cette pathologie. Quatre participants avaient déjà entendu ces termes mais ne pouvaient pas les définir.

Six participants sur les dix nous ont parlé de maladie du « déchaussement ». Or, le « déchaussement » ou récession gingivale est plutôt une conséquence de la MP.

Après avoir eu l'explication de la MP, nous avons demandé aux patients leur avis, nous voulions savoir, selon eux, quel pourcentage de la population française était concerné par cette pathologie. Les participants ne connaissaient pas la prévalence de la MP, ils ont répondu en moyenne une proportion de 33% de français concernés par cette pathologie.

Le niveau de connaissance des patients concernant la définition et le mécanisme de la maladie parodontale était faible. Les patients traités pour une MP à l'hôpital étaient familiers avec les termes scientifiques concernant cette pathologie mais cela ne signifiait pas qu'ils en avaient compris la définition et le mécanisme.

3.2.3 Thématique des causes de la maladie parodontale

La MP a une étiologie multifactorielle, son induction dépend de la présence de bactéries, de la capacité de l'hôte à se défendre ainsi que la présence de FDR. Aucun participant n'a mis en relation ces trois variables pour expliquer l'apparition de la MP.

Les participants ne connaissaient pas l'étiologie bactérienne de la MP. Un seul patient a mentionné une origine bactérienne : le patient VIII nous a dit « la maladie parodontale c'est une infection, au niveau bactérien, au niveau des gencives », ce patient était suivi dans le service pour le traitement d'une MP.

Le niveau de connaissance des participants sur les facteurs environnementaux et individuels de la MP était faible. Aucun patient ne pouvait citer plus de trois FDR de la MP. Les patients ne connaissaient que les facteurs de risques qui les concernaient directement.

La majorité des sujets interrogés ont fait le lien entre une mauvaise HBD et l'apparition de la MP. La présence de plaque dentaire comme FDR de la MP était bien intégrée pour la majorité des patients.

Moins de la moitié des patients ont évoqué le tabac comme FDR de la MP. Un tiers des patients ont évoqué le diabète, l'âge et la génétique comme FDR de la MP. Deux participants ont évoqué l'état de santé général comme facteur influençant la MP. Un seul participant a évoqué le niveau socio-économique comme FDR de la MP.

Plus de la moitié des participants avaient des connaissances erronées sur les FDR de la MP. Six sujets citaient l'alimentation sucrée comme facteur influençant l'apparition de cette pathologie et deux patients pensaient qu'un brossage traumatique pouvait en être un FDR.

Aucun participant ne cite le stress ou tout autre trouble psychique comme intervenant dans l'apparition ou le développement de la MP.

Les participants connaissaient tous au moins un facteur de risque de la MP, souvent en lien avec leur propre situation. L'analyse des données a mis en évidence le fait que les patients concernés personnellement ou ayant des proches atteints d'une MP étaient plus informés sur les causes et les facteurs de risque de cette pathologie.

3.2.4 Thématique de l'impact de la maladie parodontale

Les participants avaient des connaissances incomplètes sur les conséquences de la MP.

Deux tiers des participants ne savaient pas que la MP a un impact sur l'état de santé général. Deux patientes ont parlé de la relation entre la MP et les maladies cardiovasculaires. Une patiente a parlé du risque d'infection systémique lié à la MP.

Le niveau de connaissance des patients face à l'impact esthétique et fonctionnel de la MP était faible. Une seule patiente a évoqué l'atteinte esthétique comme conséquence de la MP. Un tiers des patients ont évoqué la difficulté à s'alimenter à la suite d'une atteinte parodontale.

L'impact de la MP sur la qualité de vie était sous-estimé par les sujets interrogés. Quatre participants ont évoqué la douleur, la dénutrition et la complexité de la prise en charge comme conséquences de la MP impactant la qualité de vie.

Pour un tiers des participants, la MP était une source d'anxiété d'un point de vue économique par la complexité des soins dentaires engendrés.

Un patient n'avait aucune idée des conséquences que pouvait avoir la maladie parodontale.

Les autres participants pouvaient tous citer au moins une conséquence de la MP. Leur niveau de connaissance dépendait de leur propre expérience et de l'expérience de leurs proches face à cette pathologie.

3.2.5 Thématique de la prise en charge de la maladie parodontale

Notre analyse a mis en évidence que les participants n'avaient pas de connaissances exactes sur le diagnostic de la MP. Tous les sujets évoquaient la consultation dentaire mais ne connaissaient pas les moyens de diagnostic de cette pathologie.

Les connaissances des sujets interrogés sur le traitement de la MP étaient incomplètes. Tous les patients citaient la maîtrise de la plaque dentaire comme traitement principal de la MP. La moitié des participants parlaient d'une prise en charge professionnelle chez le chirurgien-dentiste. Aucun participant n'avait la capacité d'expliquer la prise en charge complète de la MP. Aucun des sujets interrogés n'a évoqué qu'il existait différents traitements suivant l'atteinte parodontale ni l'importance de l'implication du patient dans sa prise en charge.

Les participants ayant une MP diagnostiquée ont pu nous parler de la prise en charge de cette pathologie avec plus de précision que les autres. Leurs connaissances sur les traitements de la MP étaient supérieures aux autres mais restaient incomplètes.

Deux patients ont évoqué le recours à la chirurgie. Un seul patient a évoqué la suppression des FDR comme participant au traitement de la MP.

Un tiers des participants avaient des connaissances erronées sur le traitement de la MP, ils pensaient que l'antibiothérapie seule pouvait traiter la MP.

Nous pouvons constater qu'un tiers des participants évoquaient une vision négative des traitements de la MP : la patiente VI affirmait « je pense qu'il faudrait en parler plus, quand j'en parle autour de moi les gens sont affolés quoi, ils disent « mais qu'est-ce que c'est que ça ? » ». Cette vision négative était toujours expliquée par la méconnaissance des traitements.

Un tiers des patients évoquaient le coût élevé de la prise en charge parodontale et des soins prothétiques engendrés par la perte des dents.

3.2.6 Thématique de la prévention face à la maladie parodontale

Plus de la moitié des participants ont été informés sur cette pathologie par le biais du corps médical et deux participants connaissaient l'existence de la MP par le biais de leur entourage.

Neuf participants ne se sentaient pas informés sur la MP. Les patients mettaient en avant un manque de communication face à cette pathologie : le patient V a dit « on n'en parle pas du tout de cette maladie dans les écoles » et la patiente VI affirmait « je pense qu'il faut en parler plus ».

Les patients ayant une MP diagnostiquée évoquaient leur regret de ne pas avoir été informés sur cette pathologie avant leur prise en charge hospitalière : le patient VIII nous a dit « et en étant mieux informé j'aurai été pris en charge plus tôt ».

Une patiente atteinte de MP nous parlait de la peur de son entourage vis-à-vis de sa pathologie. La patiente IV affirmait « quand j'en parle autour de moi les gens sont affolés, ils sont affolés quand je leur dis qu'il faut faire des nettoyages de gencives alors que... »

Une seule patiente affirmait avoir entendu parler de la MP dans les médias. Une autre patiente parlait de la communication faite sur l'importance du suivi dentaire dans les publicités de dentifrice.

L'analyse des données confirmait notre hypothèse : il y avait un réel manque de communication sur cette pathologie, son mécanisme, ses facteurs de risques, ses conséquences et sa prise en charge. Ce manque de communication se manifestait au niveau national par un défaut d'information dans les campagnes nationales. Nous constatons également un manque de communication de la part du corps médical sur cette pathologie.

Le niveau de prévention face à la MP demeurait faible. La prévention primaire chez les sujets sains était insuffisante. Au niveau national elle était limitée à des post publicitaires télévisés M'T Dents ainsi qu'au diagnostic de parodontopathie lors des EBD. La prévention actuelle ne présentait pas le mécanisme et les facteurs de risque de la MP. La prévention secondaire chez les sujets malades était réalisée principalement dans les cabinets dentaires à la suite du diagnostic d'une MP. Mais les informations délivrées aux patients malades étaient insuffisantes pour que ceux-ci comprennent le fonctionnement et les facteurs environnementaux influençant leur pathologie.

4 Discussion

4.1 Schéma de l'étude

La recherche qualitative nous permet d'avoir un aperçu approfondi des problèmes observés en société. Basée sur l'analyse de récits, l'étude qualitative nous permet de comprendre certains phénomènes en s'intéressant au ressenti de la population. Contrairement à une étude quantitative qui va chercher à quantifier des variations prédéfinies, la recherche qualitative nous permet d'étudier des phénomènes dans un contexte proche de la réalité (51). Nous pouvons alors mieux comprendre les expériences, perceptions et comportements des patients. Ceci nous permet d'évaluer leur niveau de connaissance en collectant et en analysant leurs perceptions et expériences à travers leurs discours (52).

Néanmoins, la recherche qualitative, ne nous permet pas d'extrapoler nos résultats à la population générale. Dans une étude qualitative nous n'avons pas un échantillon représentatif de la population, nous réalisons notre recherche sur un « panel » de participants. Lors d'une étude qualitative, la façon dont la recherche est menée est influencée par les perceptions du chercheur. Nous avons émis des hypothèses et nous avons interprété les données en fonction de nos connaissances (53).

4.2 Sélection des participants

Afin de faire une sélection hétérogène de participants, nous avons préalablement étudié les dossiers médicaux de nombreux patients. Basée sur nos critères de panel cette sélection apporte à notre étude une diversité des profils. Nous prôtons la richesse des données récoltées et analysées en ouvrant nos critères de sélection à différents profils de participants.

Nous constatons néanmoins que la moyenne d'âge des patients interrogés est élevée, nous ne pouvons donc pas analyser l'influence du facteur « âge » sur le niveau de connaissance de nos participants. La proportion homme/femme a été respectée de façon volontaire.

Concernant les critères de panel, nous n'avons pas inclut le niveau socio-économique, cette donnée ne figure pas dans le dossier médical des patients, il est donc difficile de présélectionner les participants en fonction de cette variable. Il est vrai que cette donnée est manquante dans notre étude. Il nous a semblé difficile d'évaluer le niveau socio-économique des patients uniquement en leur demandant leur profession ne suffit, d'autres facteurs tel que le niveau d'éducation nous semblaient indispensables à cette évaluation.

Concernant les critères de sélection, les patients handicapés mentalement et les patients ne parlant pas français ont été exclus. Nous avons décidé d'exclure les patients handicapés mentalement car nous considérons que ces patients auraient rencontré des difficultés dans le récit de leurs expériences. Nous avons également exclu les patients ne parlant pas français car nous avons considéré qu'il serait difficile de faire une analyse correcte de leur récit.

Le phénomène de saturation a été obtenu à partir du dixième entretien, lors de cet ultime entretien, le récit du patient n'a pas apporté de nouvelles données à analyser (**Annexe VII**).

4.3 Déroulement de la recherche

4.3.1 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (**Annexe IX**) a été établi en fonction de la trame de notre thèse. Nous avons tout d'abord étudié les données actuelles de la science puis nous avons sélectionné des thématiques afin d'évaluer le niveau de connaissance des patients. Les thématiques ont été amenées les unes après les autres dans un ordre logique : tout d'abord l'HBD puis la MP, ensuite nous nous sommes intéressés à ses causes et ses conséquences et enfin à ses traitements. Enfin, nous avons abordé le sujet de la prévention de la MP. Nous pensons qu'aborder cette thématique à la fin de l'entretien permet au patient d'avoir une réflexion plus globale.

La première question concernait le parcours de soin du patient à l'hôpital. Cette question nous a permis d'établir un contact avec le patient en s'intéressant directement à lui. En lui posant une question à laquelle lui seul peut répondre, nous avons donné confiance au patient afin qu'il puisse s'exprimer par la suite sans se sentir jugé.

Concernant la deuxième thématique abordée, à savoir l'hygiène bucco-dentaire, nous avons constaté que les patients avaient tendance à nous parler de leurs habitudes personnelles alors que nous attendions une réponse concernant les recommandations. Nous avons souvent dû relancer les patients en demandant de préciser ce qui était recommandé en plus de ce qu'ils faisaient. Ce phénomène peut être expliqué par le fait que nous passons directement de l'expérience personnelle du patient à une question plus générale. Mais la redirection des patients sur les recommandations n'a pas influencé leurs réponses, au contraire, cela nous a permis d'avoir plus d'informations.

Dès que les patients avaient besoin d'une définition, que nous leur avons fournis, certains patients étaient perdus entre les termes « causes » et « conséquences », nous avons donc reformulé par moment nos questions afin d'être bien compris. Nous pensons qu'aucune question n'était trop complexe. Nous n'avons pas utilisé de vocabulaire médical dans le déroulement de l'entretien, excepté au moment de donner une définition de la MP.

Donner une définition correcte de la MP à un instant clé de notre entretien nous a paru inévitable. Nous voulions nous assurer, même si certains patients n'avaient pas entendu parler de cette pathologie avant, que les participants parlaient tous du même phénomène. Cette

définition était tirée des connaissances actuelles de la science. Nous expliquions aux patients que la MP était une pathologie liée à la présence de bactéries dans la plaque dentaire déposée sur la surface des dents. Que ces bactéries déclenchaient une réaction inflammatoire au niveau des gencives si elles n'étaient pas éliminées. Que cette réaction inflammatoire gingivale pouvait évoluer en une atteinte de l'os soutien de la dent. Que cette atteinte de l'os était progressive et irréversible jusqu'à la mobilité puis la perte de la dent sans traitement.

Deux patients ont refusé de participer à notre étude, ceux-ci n'avaient pas suffisamment de temps à nous consacrer. En effet, nous avons réalisé nos entretiens à la fin des rendez-vous dentaires hospitaliers des patients, ceux-ci n'ont pas été prévenus suffisamment à l'avance de notre intervention pour organiser leur journée. Néanmoins, la contrainte de la durée des entretiens n'a pas été pénalisante pour notre étude. Nous avons considéré cette durée comme nécessaire au bon déroulement de l'entretien et nous n'avons pas eu beaucoup de refus.

Tous les entretiens se sont déroulés dans le service d'Odontologie du CHU de Pellegrin, nous avons toujours pu avoir une salle isolée et calme ; nous n'avons jamais été pressés par le temps. Tous les participants ayant accepté cet entretien se sont rendus très disponibles et ouverts.

4.4 Résultats et discussion

4.4.1 Recueil et analyse des données

Le recueil des données sur DxCare nous a permis de réaliser une cartographie des participants. Les dossiers médicaux étaient dans l'ensemble bien remplis, seule la consommation de tabac était parfois absente. Nous avons vérifié toutes les informations prélevées dans les dossiers médicaux avec les patients afin de nous assurer de leurs exactitudes.

Le recueil des récits a été fait par une seule personne ce qui nous a permis de répéter le même schéma avec tous les participants. Nous avons enregistré tous les entretiens, aucun patient ne s'est opposé à cela. Pendant l'entretien nous prenions des notes sur un ordinateur, nous ne pensons pas que cela ait perturbé les patients, au contraire, ils avaient tendance à plus se confier, comme s'ils étaient dans leurs pensées. Nous pensons que les entretiens se sont

déroulés dans de bonnes conditions pour les patients. Néanmoins, les entretiens se sont déroulés en présentiel, il est donc possible que notre langage non verbal ait influencé les réponses des patients.

La collecte et l'analyse des données sont des processus itératifs qui se déroulent au fur et à mesure que la recherche progresse. Une part de subjectivité intervient dans notre analyse.

4.4.2 Critères de panel

Nous faisons le constat que les patients ayant un diagnostic de parodontite et étant pris en charge à l'hôpital ont un niveau de connaissance plus élevé que les autres. Notre étude est en accord avec celle de MILHAS et al (46). Les patients ne comprennent pas réellement le mécanisme de leur pathologie, ils sont familiers avec certains termes médicaux et sont mieux informés sur les facteurs de risques et les conséquences de leur pathologie. Malgré leur implication dans la thérapeutique de la MP, ces patients présentent des lacunes dans la compréhension de leur maladie. Toujours en accord avec la précédente étude, ces patients affirment ne pas avoir été informés sur cette pathologie avant leur prise en charge hospitalière.

Concernant les patients diabétiques interrogés, nos résultats montrent qu'ils sont conscients que le diabète est un facteur de risque des MP mais ils ne connaissent pas la relation bidirectionnelle entre MP et diabète. Nos résultats sont en accord avec l'étude de PANNEQUIN et al. (42). Les patients diabétiques, pourtant conscients de leur risque augmenté de développer une MP n'ont pas un niveau de connaissance suffisant concernant l'HBD et la MP.

Aucune étude ne semble avoir évalué les connaissances des patients fumeurs face à la MP. Dans notre étude nous constatons que les fumeurs sont conscients de l'impact du tabac sur leur santé bucco-dentaire. Pourtant plus à risque de développer une MP, les patients fumeurs ne sont pas plus informés sur cette pathologie.

Dans notre étude, nous ne pouvons pas analyser de différence de niveau de connaissance face à la MP en fonction du sexe, ni de l'âge des patients. La durée de prise en charge dans le service d'Odontologie du CHU de Pellegrin ne semble pas influencer le niveau de connaissance des patients face à la MP. Concernant ces données, une étude quantitative aurait été plus adaptée pour évaluer l'influence de ces critères sur le niveau de connaissance de la population. En effet,

un échantillon plus conséquent pourrait démontrer des disparités mais notre panel ne nous permet pas d'en distinguer.

4.4.3 Hygiène bucco-dentaire

Les résultats de notre étude montrent un ensemble de connaissances limité des participants concernant l'HBD. Nous nous sommes basés sur les recommandations de l'HAS, nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant l'observance de ces recommandations par la population, ni l'évaluation de leurs connaissances en terme d'HBD.

Deux patients nous parlent d'éducation thérapeutique. En effets, les bénéfices de l'éducation thérapeutique ne sont plus contestables (54), cette approche permet au patient de comprendre pourquoi et comment agir pour leur santé. Néanmoins, très peu de patients nous mettent en avant ce phénomène ce qui est en accord avec l'ouvrage de FOUCAUD et al sorti en 2010.

4.4.4 Maladie parodontale, ses causes, ses conséquences et ses traitements

Les résultats de notre analyse concernant les connaissances des patients sur la MP sont en accord avec l'étude de MILHAS et al qui met en évidence que les patients ne comprenaient pas le fonctionnement de la MP (46). Nous faisons également le même constat que BREARD et al, le terme « parodontite » est peu connu contrairement aux termes « déchaussement » et « gingivite » (45).

L'analyse des données nous permet de dire que les participants peuvent citer au moins un facteur de risque de la maladie parodontale. Néanmoins, ils ne connaissent pas l'étiologie de cette pathologie. Nos résultats sont en accord avec l'étude de BREARD et al qui révèlent que les patients ne connaissent pas les causes de la MP (46).

Les patients citaient spontanément les facteurs de risque auxquels ils étaient exposés. Il était rare qu'un patient nous évoque un facteur de risque de la MP ne le concernant pas car ils n'ont aucune idée de tous les facteurs de risques influençant la MP.

Nous mettons en évidence à travers cette étude un manque de connaissance des patients quant à la relation entre l'état de santé général et la MP. Nos résultats ne correspondent pas en ce point à l'étude de BREARD et al qui ont montré que les patients sont conscients de la relation entre hygiène bucco-dentaire et état de santé générale (46). Nous pensons que cette différence est due au fait que leur étude comprend uniquement des patients atteints et diagnostiqués d'une MP. Ces patients possèdent un niveau de connaissance plus élevé concernant leur pathologie, ce que nous constatons également dans l'analyse de nos résultats.

Nous n'avons pas trouvé d'étude évaluant les connaissances des patients sur les traitements de la MP, cependant, nous pouvons constater que les participants n'en connaissaient pas. Seuls les patients ayant eu une prise en charge parodontale hospitalière pouvaient en parler mais leur niveau de connaissance restait limité sur ce sujet. Tous les autres participants étaient en accord pour dire qu'il fallait s'orienter vers son chirurgien-dentiste afin de traiter une MP mais ne pouvaient pas donner plus d'explications.

4.4.5 Prévention de la maladie parodontale

Notre étude nous permet de constater que les patients ne bénéficient pas de prévention vis-à-vis de la MP. Le nombre de patients qui ont accès à l'éducation thérapeutique est infime comparé à la proportion de malades (48).

Les patients se voient informés sur la MP par leur chirurgien-dentiste lorsque celui-ci diagnostique une parodontopathie ou par leur entourage lorsque celui-ci est atteint d'une parodontopathie. Nous constatons qu'un manque de communication sur la MP engendre un niveau de connaissance faible ce qui provoque une appréhension, celle de l'inconnu. La peur de l'inconnue est définie comme la propension d'un individu à éprouver de la peur causée par l'absence perçue d'information (55).

4.4.6 Forces et faiblesses de l'étude

Une des faiblesses de cette recherche est le fait qu'il existe peu d'études évaluant le niveau de connaissance de la population face à la maladie parodontale, nous ne pouvons donc pas comparer nos résultats avec beaucoup d'études.

Une des forces de cette étude est d'apporter de nouvelles données affirmant le manque de prévention de la population dans l'objectif d'améliorer le système de prévention national.

4.5 Atteinte des objectifs

À travers cette étude nous avons validé nos hypothèses. Notre analyse met en évidence les lacunes des participants concernant la maladie parodontale. Nous pensons qu'il est nécessaire d'apporter plus de connaissances à la population vis-à-vis de cette pathologie.

Afin d'élever le niveau de connaissance de la population face à la MP, nous pensons que la mise en place d'un examen bucco-dentaire (EBD) à l'âge adulte serait efficace. Cette consultation, centrée sur la prévention de la santé de l'organe dentaire et de son parodonte permettrait également de remettre dans le système de soin les patients négligeant leur santé bucco-dentaire ainsi que de réaliser un dépistage de masse des maladies parodontales. En comparaison avec les EBD des enfants de 3 ans à 24 ans et des femmes enceintes, cette consultation serait prise en charge par la sécurité sociale ainsi que les soins qui en découleront.

Nous sommes conscients que ce projet n'est pas réalisable dans l'immédiat. D'autres supports sont à apporter pour établir un plan national de prévention face à la MP.

Il serait nécessaire d'approfondir les recherches pour mettre en évidence : les besoins des patients, évaluer un âge critique à partir duquel la population présente un pic de prévalence de la MP afin de cibler cette population à risque.

Il serait également intéressant d'évaluer si une prise en charge précoce pourrait diminuer le nombre de réhabilitations prothétiques qui font suite à la perte des dents et donc améliorer la gestion des dépenses de la population et de la sécurité sociale.

5 Conclusion

La MP représente un réel problème de santé publique. Malgré sa prévalence élevée dans la population française, cette pathologie n'est que très peu évoquée par le corps médical, les campagnes de prévention nationales et les médias. En France, peu d'études mettent en avant ce manque de communication mais toutes sont en accord pour dire que le niveau de connaissance des patients face à la MP est faible. Ce manque de connaissance crée une mauvaise prise en charge de la MP et diminue les chances d'une bonne santé bucco-dentaire de la population.

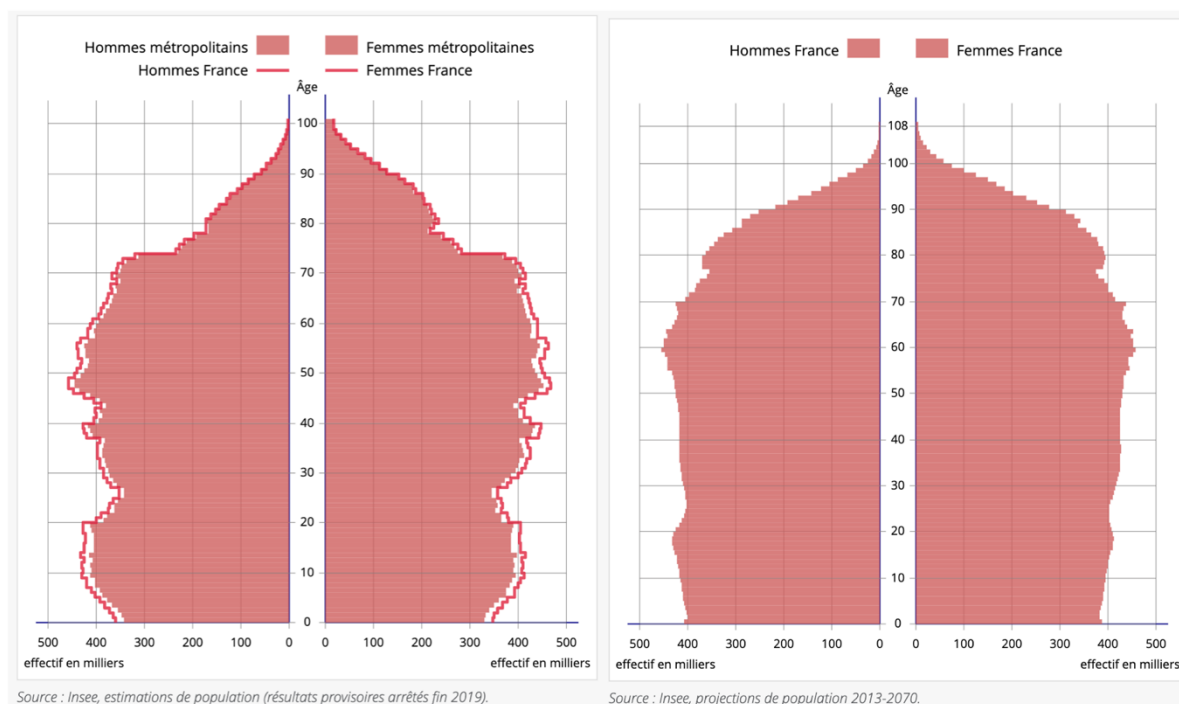
Le diagnostic et le traitement de cette pathologie dépendent de l'implication du patient dans son suivi bucco-dentaire. Nous avons mis en évidence, dans cette étude, que les patients ne se sentent pas concernés par la maladie parodontale. Ils n'en connaissent pas les facteurs de risque, les signes précurseurs et les conséquences, ils ne peuvent donc pas se protéger face à cette pathologie.

Nous estimons qu'il est primordial d'augmenter le niveau de connaissance de la population face à la MP pour susciter leur intérêt.

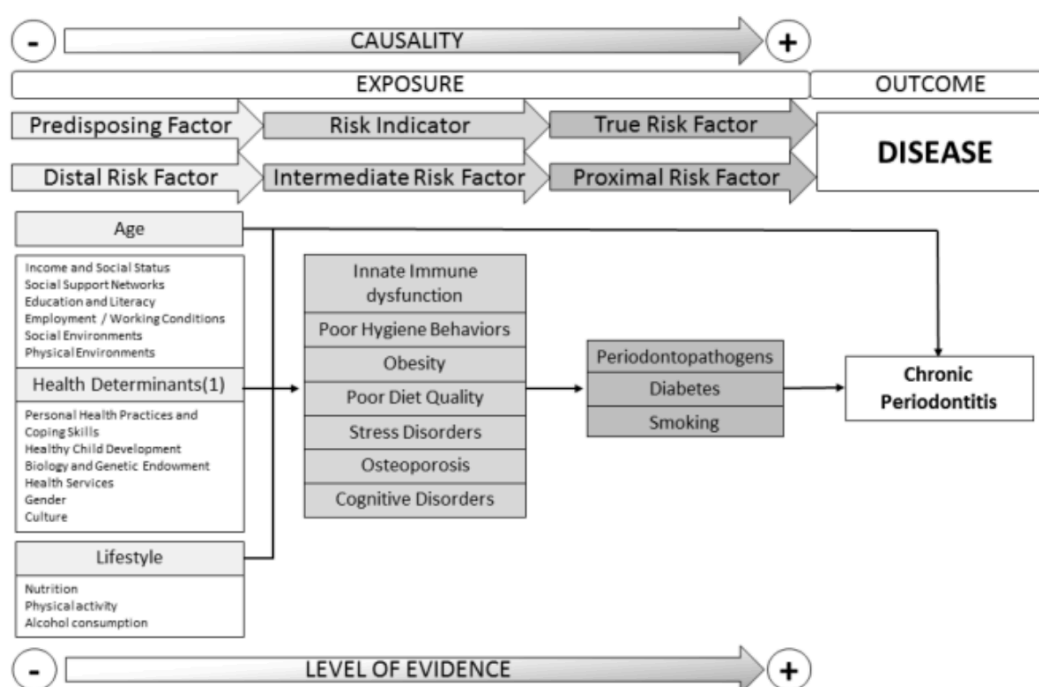
Afin d'assurer une bonne prise en charge et de remettre à niveau les connaissances de la population vis-à-vis de la MP, nous proposons la création d'une consultation de prévention, d'éducation et de diagnostic des parodontopathies. Cette consultation correspondrait à un bilan parodontal et son système de remboursement serait le même que les EBD réalisés chez les femmes enceintes et les jeunes de 3 ans à 24 ans. Nous sommes conscients que la mise en place d'une telle mesure n'est pas réalisable à ce jour. C'est pourquoi nous soulignons l'importance de mener un plus grand nombre d'études sur ce sujet permettant de mettre en évidence la nécessité d'un plan de prévention national face à la MP.

6 Annexes

6.1 Annexe I. Cartographie des estimations de l'évolution de l'âge de la population française dans le temps, selon l'Insee



6.2 Annexe II. Modèle épidémiologique pour les facteurs de risques parodontaux, version originale en anglais



6.3 Annexe III. Questionnaire OHIP-14

1. Have you had trouble pronouncing any words because of problems with your teeth, mouth or dentures?
2. Have you felt that your sense of taste has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?
3. Have you had painful aching in your mouth?
4. Have you found it uncomfortable to eat any foods because of problems with your teeth, mouth or dentures?
5. Have you been self conscious because of your teeth, mouth or dentures?
6. Have you felt tense because of problems with your teeth, mouth or dentures?
7. Has your diet been unsatisfactory because of problems with your teeth, mouth or dentures?
8. Have you had to interrupt meals because of problems with your teeth, mouth or dentures?
9. Have you found it difficult to relax because of problems with your teeth, mouth or dentures?
10. Have you been a bit embarrassed because of problems with your teeth, mouth or dentures?
11. Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?
12. Have you had difficulty doing your usual jobs because of problems with your teeth, mouth or dentures?
13. Have you felt that life in general was less satisfying because of problems with your teeth, mouth or dentures?
14. Have you been totally unable to function because of problems with your teeth, mouth or dentures?

6.4 Annexe IV. OHRQOL

Instrument	Dimensions measured	No. of question	Response format
Social dental scale	Chewing, talking, smiling, laughing, pain appearances	14	Yes/no
RAND dental health index	Pain, worry, conversation	3	4 categories; "not at all" to "a great deal"
General oral health assessment index	Chewing, eating, social contacts, appearance, pain, worry, self-consciousness	12	6 categories; "always-never"
Dental impact profile	Appearance, eating, speech, confidence, happiness, social life, relationships	25	3 categories; good effect, bad effect, no effect
Oral health impact profile	Function, pain, physical disability, social disability, handicap	49	5 categories; "very often-never"
Subjective oral health status indicators	Chewing, speaking, symptoms, eating, communication, social relations	42	Various depending on question format
Oral-health quality of life inventory	Oral health, nutrition, self-related oral health, overall quality of life	56	Part A: 4 categories "not at all" to "a great deal" Part B: 4 categories "unhappy-happy"
Dental impact on daily living	Comfort, appearance, pain, daily activities, eating	36	Various depending on question format
Oral health related quality of life	Daily activities, social activities, conversation	3	6 categories; "all of time" to "none of the time"
Oral impacts on daily performances	Performance in eating, speaking, oral hygiene, sleeping, appearance emotion	9	Various depending on question format

RAND = The short form (36) Health survey is a survey of patient health, The SF-36 is a measure of health status and is commonly used in health economics as a variable in the quality-adjusted life year calculation to determine the cost-effectiveness of a health treatment, The original SF-36 came out from the Medical outcome study, MOS, done by the RAND Corporation. Since then a group of researchers from the original study released a commercial version of SF-36 while the original SF-36 is available in public domain license free from RAND. The SF-36 and RAND-36 include the same set of items that were developed in the Medical Outcomes Study. Scoring of the general health and pain scales is different, however, The differences in scoring are summarized by Hays, Sherbourne, and Mazel (Health Economics, 2: 217-227, 1993). RAND name originated as a contraction of research and development

6.5 Annexe V. Tableau original de la classification des parodontites en fonction de stades définis par la gravité (selon le niveau de perte d'attache clinique inter dentaire, la perte osseuse radiographique et la perte de dents), la complexité, l'étendue et la distribution, selon Papapanou et al.

Periodontitis stage		Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV
Severity	Interdental CAL at site of greatest loss	1 to 2 mm	3 to 4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	Radiographic bone loss	Coronal third (<15%)	Coronal third (15% to 33%)	Extending to mid-third of root and beyond	Extending to mid-third of root and beyond
	Tooth loss	No tooth loss due to periodontitis		Tooth loss due to periodontitis of ≤4 teeth	Tooth loss due to periodontitis of ≥5 teeth
Complexity	Local	Maximum probing depth ≤4 mm Mostly horizontal bone loss	Maximum probing depth ≤5 mm Mostly horizontal bone loss	In addition to stage II complexity: Probing depth ≥6 mm Vertical bone loss ≥3 mm Furcation involvement Class II or III Moderate ridge defect	In addition to stage III complexity: Need for complex rehabilitation due to: Masticatory dysfunction Secondary occlusal trauma (tooth mobility degree ≥2) Severe ridge defect Bite collapse, drifting, flaring Less than 20 remaining teeth (10 opposing pairs)
Extent and distribution	Add to stage as descriptor	For each stage, describe extent as localized (<30% of teeth involved), generalized, or molar/incisor pattern			

The initial stage should be determined using clinical attachment loss (CAL); if not available then radiographic bone loss (RBL) should be used. Information on tooth loss that can be attributed primarily to periodontitis – if available – may modify stage definition. This is the case even in the absence of complexity factors. Complexity factors may shift the stage to a higher level, for example furcation II or III would shift to either stage III or IV irrespective of CAL. The distinction between stage III and stage IV is primarily based on complexity factors. For example, a high level of tooth mobility and/or posterior bite collapse would indicate a stage IV diagnosis. For any given case only some, not all, complexity factors may be present, however, in general it only takes one complexity factor to shift the diagnosis to a higher stage. It should be emphasized that these case definitions are guidelines that should be applied using sound clinical judgment to arrive at the most appropriate clinical diagnosis. For post-treatment patients, CAL and RBL are still the primary stage determinants. If a stage-shifting complexity factor(s) is eliminated by treatment, the stage should not regress to a lower stage since the original stage complexity factor should always be considered in maintenance phase management.

6.6 Annexe VI. Tableau original de la classification des parodontites sur la base de grades qui reflètent les caractéristiques biologiques de la maladie, y compris les preuves ou le risque de progression rapide, la réponse anticipée au traitement et les effets sur la santé systémique, selon Papapanou et al.

Periodontitis grade			Grade A: Slow rate of progression	Grade B: Moderate rate of progression	Grade C: Rapid rate of progression
Primary criteria	Direct evidence of progression	Longitudinal data (radiographic bone loss or CAL)	Evidence of no loss over 5 years	<2 mm over 5 years	≥2 mm over 5 years
	Indirect evidence of progression	% bone loss/age	<0.25	0.25 to 1.0	>1.0
		Case phenotype	Heavy biofilm deposits with low levels of destruction	Destruction commensurate with biofilm deposits	Destruction exceeds expectation given biofilm deposits; specific clinical patterns suggestive of periods of rapid progression and/or early onset disease (e.g., molar/incisor pattern; lack of expected response to standard bacterial control therapies)
Grade modifiers	Risk factors	Smoking	Non-smoker	Smoker <10 cigarettes/day	Smoker ≥10 cigarettes/day
		Diabetes	Normoglycemic/ no diagnosis of diabetes	HbA1c <7.0% in patients with diabetes	HbA1c ≥7.0% in patients with diabetes

Grade should be used as an indicator of the rate of periodontitis progression. The primary criteria are either direct or indirect evidence of progression. Whenever available, direct evidence is used; in its absence indirect estimation is made using bone loss as a function of age at the most affected tooth or case presentation (radiographic bone loss expressed as percentage of root length divided by the age of the subject, RBL/age). Clinicians should initially assume grade B disease and seek specific evidence to shift towards grade A or C, if available. Once grade is established based on evidence of progression, it can be modified based on the presence of risk factors. CAL = clinical attachment loss; HbA1c = glycated hemoglobin A1c; RBL = radiographic bone loss.

6.7 **Annexe VII.** Tableau d'estimation du seuil de saturation (idées brutes récoltées lors des différents entretiens)

Informations Enrichissant les données	HBD	MP	Causes de la MP	Conséquences de la MP	Traitement de la MP	Prévention de la MP	Autres idées
Ent I	-Brossage matin, midi et soir après chaque repas	-Déchaussement dentaire	-Tabac -HBD -Mauvais suivi dentaire -Alimentation -Diabète -Maladies systémiques	-Graves sur la santé générale -Cardiaques -Déchaussement des dents -Perte des dents -Décès -Douleurs -Dénutrition / Malnutrition -Prothétiques	-Contrôles réguliers	Pas entendu parlé de cette maladie	-Bonne relation avec les médecins
Ent II	-Détartrage tous les ans -Qualité du brossage important -Utilisation de la BAD électrique	-Gingivite	-Traumatisme mécanique -Malposition dentaire -Caractère héréditaire -Médicaments	-Saignement des gencives -Soins lourds -Perte osseuse	-BAD électrique -Bains de bouche	-Chez le dentiste	-Coût des soins dentaires
Ent III	-Visites tous les 6 mois chez le dentiste		-Dentiste		-Antibiotiques -Brossage des dents rigoureux -Intervention du dentiste		-Difficulté à trouver un médecin
Ent IV	-Brossage de la base des dents à la couronne -Surveiller le tartre et l'inflammation -Visite préventive chez le dentiste		-Port d'une orthèse	-Récessions gingivales -Mobilités dentaires		-C'est bon à savoir, même si ça ne nous concerne pas, ça peut servir aux autres -Publicités à la télévision pour des dentifrices	

Informations Enrichissant les données	HBD	MP	Causes de la MP	Conséquences de la MP	Traitement de la MP	Prévention de la MP	Autres idées
Ent V			-Vomissements	-Coût des traitements -Infantilisation -Infections récurrentes	-Ciment spécial		-Pays-bas : deux consultations obligatoires par an
Ent VI	-Passage des brossettes -Ne pas fumer, ne pas boire -Alimentation correcte -Contrôle parodontal tous les 3ans	-Bactéries	-Vieillessement	-Déplacements dentaires	-Contrôle parodontal -Surfaçage -Jets dentaires	-Service odontologie du CHU de Pellegrin -À la télévision : Michel Drucker	-Contrôle parodontal à partir de 50-55ans -Peur de la méconnaissance de la MP et de ses traitements
Ent VII			-Opération de la face				
Ent VIII	-Difficulté d'un bon brossage des dents -Brossage des gencives -Nettoyage inter-dentaire	-Infection -Développement étalé dans le temps	-Constitutions individuelles	-Problèmes lourds -Atteinte de la qualité de vie	-Inconfortables -Stabilisation possible -Traitement sous la gencive -En fonction des générations de dentistes -Approche nouvelle -Succès dépend de la relation patient/praticien	-Informé trop tard	-Importance de l'éducation thérapeutique -Lien entre tendinites et problèmes dentaires
Ent IX	-Utilisation limitée des bains de bouches antibactériens		-Complexité des soins dentaires -Caractère ethnique	-Atteinte osseuse	-Greffes osseuses et gingivales -Suites opératoires		-Système de soins Anglais
Ent X							

6.8 Annexe VIII. Formulaire d'information du patient à propos de l'étude

Évaluation du niveau de connaissance des patients du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire du CHU de Pellegrin face à la maladie parodontale : Quali-Paro

Responsable de la recherche :

Dr. Claudine KHOURY

AHU en Odontologie à l'Université de Bordeaux / CHU de Bordeaux

Étudiante en thèse d'exercice : Loana NARAS

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude qui vise à évaluer les connaissances des patients concernant la maladie parodontale, à travers un entretien. Cet entretien sera réalisé par une étudiante en odontologie dans le cadre de sa thèse d'exercice. Il durera environ un quart d'heure et sera enregistré par un dictaphone puis retranscrit pour être analysé. Cet entretien se verra attribuer un code afin que toutes les données recueillies soient anonymes. Afin de compléter notre recherche, nous allons également extraire certaines informations dans votre dossier médical de l'hôpital (âge, sexe, consommation de tabac, diabète, maladie parodontale).

L'utilisation de vos données pour la recherche se fait dans le strict respect des réglementations et des exigences scientifiques et éthiques. Elle est organisée conformément à la loi, pour garantir leur confidentialité et le respect de votre vie privée. Elle n'a pas de rapport avec votre prise en charge et ne l'influence pas. Vous êtes libre de refuser que vos données, quelles qu'elles soient, soient utilisées à ces fins. Vous serez également libre de changer d'avis et de mettre fin à tout moment à leur utilisation dans ce cadre, sans avoir de justification à fournir. Si vous avez des questions au sujet de l'utilisation de vos données, vous pouvez les poser à votre chirurgien-dentiste.

Bien entendu, la nature et la qualité de votre prise en charge, ainsi que vos relations avec l'équipe soignante ne peuvent en aucune manière être affectées par votre décision.

Quelle que soit votre décision, vous disposez à tout moment de la possibilité d'exercer des droits sur l'ensemble des données vous concernant, notamment droit d'accès, d'opposition, de retrait, de rectification, d'effacement, de limitation et de portabilité, conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679). Votre demande d'exercice des droits est à adresser directement auprès de votre chirurgien-dentiste (Claudine.khoury@u-bordeaux.fr) ou du délégué à la protection des données du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (dpo@chu-bordeaux.fr). La licéité du traitement repose sur la base légale du consentement à participer à la recherche.

Recueil sur l'utilisation secondaire des données

J'ai bien compris que mes informations et les données collectées dans le cadre de ma prise en charge et de mon suivi bucco-dentaire peuvent être utilisées pour des travaux scientifiques et des publications.

Patient

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

L'objectif visé par la présente étude est d'évaluer les connaissances des patients sur la maladie parodontale.

J'ai également retenu que cette démarche n'implique pour ma personne aucune contrainte supplémentaire, ne comporte pas de risque pour ma prise en charge et n'a aucune influence sur la durée de mon traitement et le rythme de ma surveillance.

De même, j'ai retenu que l'établissement met en œuvre toutes les dispositions techniques et matérielles pour protéger la confidentialité de mes données et veiller à respecter mon droit à la vie privée. Je pourrai également disposer à tout moment, d'une présentation de ces dispositions et de leurs justifications. Si malgré les mesures mises en place par le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, j'estime que mes droits ne sont pas respectés, je peux déposer une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (CNIL pour la France : <https://www.cnil.fr/fr/webform/adresser-une-plainte/>).

Au vu de cette information, je suis en mesure de donner mon accord ou d'affirmer mon opposition à l'utilisation pour la recherche des informations recueillies au cours de ma prise en charge.

Je certifie sur l'honneur avoir recueilli la non opposition orale du patient :

(nom, prénom)

qui ne s'oppose pas à l'utilisation de ses données personnelles pour des travaux scientifiques et des publications.

Chirurgien-dentiste/Étudiant en odontologie :

Nom :

Prénom :

Date de l'information du patient :

Signature du chirurgien-dentiste/étudiant
en odontologie

Service :

Service de médecine et chirurgie bucco-
dentaire – Hôpital Pellegrin – PQR1
Centre hospitalier Universitaire de
Bordeaux
Place Amélie Rabat Léon
33000 Bordeaux

6.9 Annexe IX. Guide d'entretien

Thèmes // Questions simples	Questions optionnelles pour rediriger le patients
1. Contexte (Facultatif)	Q1.01 Depuis combien de temps êtes vous suivis dans le Pôle médecine et chirurgie bucco-dentaire du CHU de Bordeaux ?
2. Hygiène bucco-dentaire Pouvez-vous me parler des bonnes habitudes d'hygiène à avoir au niveau de la bouche ?	Q2.01 Quels sont les gestes d'hygiène bucco-dentaire à avoir au quotidien ? Q2.02 À quelle fréquence faut-il consulter son chirurgien dentiste ? Q2.03 Que pensez-vous de votre santé bucco-dentaire ?
3. Définition de la maladie parodontale Connaissez-vous une maladie qui atteint les gencives et l'os, pouvez-vous m'en parler ? >> Définition de la MP	Q3.01 Pouvez-vous me définir la maladie parodontale ? <i>(Définition correcte donnée au patient pour la suite du questionnaire // Il faudra s'assurer que le patient aie bien compris la définition)</i> Q3.02 Pouvez-vous donner des termes qui vous font penser à la maladie parodontale ? Q3.03 Où aviez-vous déjà entendu parlé de la maladie parodontale ? Q3.04 Vous a-t-on déjà diagnostiqué une maladie parodontale ? Q3.05 À quel point vous sentez-vous concerné par la maladie parodontale ? Q.3.05.1 Pourquoi ? Q3.06 Selon vous, quel est le pourcentage de la population atteint d'une maladie parodontale ?
4. Facteurs de risque de la maladie parodontale Selon vous qu'est ce qui peut influencer l'apparition de cette maladie ?	Q4.01 Quels sont les principaux facteurs / habitudes de vie qui peuvent provoquer ou aggraver la maladie parodontale ? Q4.02 Quels sont les maladies qui peuvent provoquer ou aggraver la maladie parodontale ?
5. Impacts de la maladie parodontale Selon vous, qu'elles peuvent être les conséquences de cette maladie ?	Q5.01 Quelles conséquences la maladie parodontale peut-elle engendrer sur l'état de santé général ? Q5.02 Quelles conséquences la maladie parodontale peut-elle engendrer sur la vie quotidienne ?
6. Prise en charge de la maladie parodontale Selon vous, comment est-il possible de traiter cette maladie ?	Q6.01 Comment est-il possible de dépister et diagnostiquer la maladie parodontale ? Q6.02 Comment est-il possible de traiter la maladie parodontale ? Q6.03 Comment est-il possible d'éviter de développer ou d'accentuer la maladie parodontale ?

Thèmes // Questions simples	Questions optionnelles pour rediriger le patients
7. Programmes de prévention face à la maladie parodontale Vous sentez-vous informé sur cette maladie ? Comment ?	Q7.01 Pouvez-vous me citer des programmes de prévention réalisés face à la maladie parodontale ? Q7.02 Comment évalueriez-vous votre niveau d'information face à la maladie parodontale ? Q7.03 Souhaiteriez-vous être plus informés sur cette pathologie ? Q.7.03.1 Pourquoi ? Comment ?

7 Bibliographie

1. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Berglundh T, et al. Treatment of stage I–III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol.* juill 2020;47(S22):4-60.
2. 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.
3. Naharro M. Perte partielle ou totale des dents : une revue de littérature sur la prévalence et l’incidence en Europe. 2008
4. Ferreira MC, Dias-Pereira AC, Branco-de-Almeida LS, Martins CC, Paiva SM. Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *J Periodontal Res.* août 2017;52(4):651-65.
5. Ide M, Papapanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes--systematic review. *J Periodontol.* avr 2013;84(4 Suppl):S181-194.
6. Dietrich T, Sharma P, Walter C, Weston P, Beck J. The epidemiological evidence behind the association between periodontitis and incident atherosclerotic cardiovascular disease. *J Periodontol.* avr 2013;84(4 Suppl):S70-84.
7. Chapple ILC, Genco R, working group 2 of the joint EFP/AAP workshop. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Periodontol.* avr 2013;84(4 Suppl):S106-112.
8. Linden GJ, Lyons A, Scannapieco FA. Periodontal systemic associations: review of the evidence. *J Periodontol.* 2013;84(4S):S8-19.
9. Al-Nasser L, Lamster IB. Prevention and management of periodontal diseases and dental caries in the older adults. *Periodontol 2000.* oct 2020;84(1):69-83.
10. Lourenço TGB, Heller D, Silva-Boghossian CM, Cotton SL, Paster BJ, Colombo APV. Microbial signature profiles of periodontally healthy and diseased patients. *J Clin Periodontol.* nov 2014;41(11):1027-36.

11. Pérez-Chaparro PJ, Gonçalves C, Figueiredo LC, Faveri M, Lobão E, Tamashiro N, et al. Newly identified pathogens associated with periodontitis: a systematic review. *J Dent Res.* sept 2014;93(9):846-58.
12. Graves D. Cytokines That Promote Periodontal Tissue Destruction. *J Periodontol.* 2008;79(8S):1585-91.
13. Benakanakere M, Kinane DF. Innate Cellular Responses to the Periodontal Biofilm. In: Kinane DF, Mombelli A, éditeurs. *Frontiers of Oral Biology*. Basel: KARGER; 2011
14. Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontol 2000.* 1997 Jun;14:9-11
15. Fardal Ø, Grytten J, Martin J, Houlihan C, Heasman P. Using prognostic factors from case series and cohort studies to identify individuals with poor long-term outcomes during periodontal maintenance. *J Clin Periodontol.* sept 2016;43(9):789-96.
16. Bouchard P, Carra MC, Boillot A, Mora F, Rangé H. Risk factors in periodontology: a conceptual framework. *J Clin Periodontol.* 2017;44(2):125-31.
17. Darveau RP. Periodontitis: a polymicrobial disruption of host homeostasis. *Nat Rev Microbiol.* juill 2010;8(7):481-90.
18. Davido N, Yasukawa K. *Médecine Orale et chirurgie orale - Parodontologie, Internat en odontologie*. Maloine, Janvier 2014
19. Kinane DF, Peterson M, Stathopoulou PG. Environmental and other modifying factors of the periodontal diseases. *Periodontol 2000.* févr 2006;40(1):107-19.
20. Lalla E, Papapanou PN. Diabetes mellitus and periodontitis: a tale of two common interrelated diseases. *Nat Rev Endocrinol.* déc 2011;7(12):738-48.
21. Jourde M. Maladies parodontales : facteurs de risque et approches thérapeutiques. *Bull Académie Vét Fr.* 2014;167(1):23-6.
22. Michalowicz BS, Diehl SR, Gunsolley JC, Sparks BS, Brooks CN, Koertge TE, et al. Evidence of a Substantial Genetic Basis for Risk of Adult Periodontitis. *J Periodontol.* 2000;71(11):1699-707.

23. Eltas A, Uslu MÖ. Evaluation of oral health-related quality-of-life in patients with generalized aggressive periodontitis. *Acta Odontol Scand*. 1 janv 2013;71(3-4):547-52.
24. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):401-11.
25. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284-90.
26. Sischo L, Broder HL. Oral Health-related Quality of Life. *J Dent Res*. nov 2011;90(11):1264-70.
27. Eltas A, Uslu MO, Eltas SD. Association of Oral Health-related Quality of Life with Periodontal Status and Treatment Needs. *Oral Health Prev Dent*. 9 août 2016;14(4):339-47.
28. Kamer AR, Craig RG, Niederman R, Fortea J, de Leon MJ. Periodontal disease as a possible cause for Alzheimer's disease. *Periodontol 2000*. juin 2020;83(1):242-71.
29. Persson GR. Rheumatoid arthritis and periodontitis – inflammatory and infectious connections. Review of the literature. *J Oral Microbiol*. janv 2012;4(1):11829.
30. Gaudilliere DK, Culos A, Djebali K, Tsai AS, Ganio EA, Choi WM, et al. Systemic Immunologic Consequences of Chronic Periodontitis. *J Dent Res*. août 2019;98(9):985-93.
31. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions: Classification and case definitions for periodontitis. *J Periodontol*. juin 2018;89:S173-82.
32. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primer*. 21 déc 2017;3(1):17038.
33. Ramseier CA, Woelber JP, Kitzmann J, Detzen L, Carra MC, Bouchard P. Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis: A systematic review. *J Clin Periodontol*. juill 2020;47 Suppl 22:90-106.

34. Rabelo CC, Feres M, Gonçalves C, Figueiredo LC, Faveri M, Tu Y-K, et al. Systemic antibiotics in the treatment of aggressive periodontitis. A systematic review and a Bayesian Network meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2015;42(7):647-57.
35. Apatzidou DA, Kinane DF. Nonsurgical Mechanical Treatment Strategies for Periodontal Disease. *Dent Clin*. 1 janv 2010;54(1):1-12.
36. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa - Promotion de la santé, 1986.
37. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'organisation mondiale de la santé - documents fondamentaux, supplément 2006.
38. San Marco JL. Promotion de la santé et prévention des maladies, la prévention : fondements et méthodes prévention. *Traité de santé publique*, 2016.
39. Vinay N. Stratégie de promotion de la santé orale chez l'enfant et étude de l'efficacité d'un programme mené dans les établissements scolaires de Montpellier. Thèse de doctorat, Université de Montpellier, Juillet 2020.
40. Lumalé C. Hygiène bucco-dentaire chez l'enfant : l'information disponible sur Internet est-elle en accord avec les recommandations des sociétés savantes ? Thèse de doctorat, Sciences du vivant, Université de Bordeaux, Mai 2019.
41. Jacq F. Maladies parodontales et pathologies cardio-vasculaires (enquête sur l'état des connaissances auprès des praticiens et des patients) Thèse de doctorat, Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie, Université de Nantes, 2012.
42. Pennequin M. Revue systématique sur les connaissances des patients diabétiques en matière de relation diabète/pathologies bucco-dentaires et création d'un questionnaire. Thèse de Doctorat, Université du droit et de la santé de Lille, Faculté de chirurgie dentaire de Lille, 2013.
43. Al-Habashneh R, Barghout N, Humbert L, Khader Y, Alwaeli H. Diabetes and oral health: doctors' knowledge, perception and practices. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(5):976-80.
44. Egea L. La prise en charge bucco-dentaire de la femme enceinte (enquête auprès des professionnels de la grossesse, des chirurgiens dentistes et des femmes enceintes). Thèse de doctorat, Unité de Formation et de recherche d'Odontologie, Université de Nantes, 2011.

45. Vachon C. Maladies parodontales et maladies systémiques : enquête sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes de Midi-Pyrénées en 2015, Thèse de doctorat, Faculté de chirurgie dentaire, Université de Toulouse III - Paul Sabatier, Juin 2015.
46. Milhas D. Maladie parodontale et information du patient: étude sur la compréhension et les représentations de la maladie parodontale par des patients atteints de parodontite chronique. Thèse de doctorat, Sciences du vivant, UFR des sciences d'odontologie, Université de Bordeaux, Septembre 2019.
47. Cohen L, Schaeffer M, Davideau J-L, Tenenbaum H, Huck O. Obstetric Knowledge, Attitude, and Behavior Concerning Periodontal Diseases and Treatment Needs in Pregnancy: Influencing Factors in France. *J Periodontol.* 2015;86(3):398-405.
48. Mosley M, Offenbacher S, Phillips C, Granger C, Wilder RS. North Carolina cardiologists' knowledge, opinions and practice behaviors regarding the relationship between periodontal disease and cardiovascular disease. *J Dent Hyg JDH.* oct 2014;88(5):275-84.
49. Quijano A, Shah AJ, Schwarcz AI, Lalla E, Ostfeld RJ. Knowledge and Orientations of Internal Medicine Trainees Toward Periodontal Disease. *J Periodontol.* 2010;81(3):359-63.
50. Union Française pour la Santé Bucco-dentaire. Fiche conseil, les recommandations de l'UFSBD à adopter au quotidien pour une bonne santé bucco-dentaire, Mars 2018, www.ufsbd.fr.
51. Sawatsky AP, Ratelle JT, Beckman TJ. Qualitative Research Methods in Medical Education. *Anesthesiology.* 1 juill 2019;131(1):14-22.
52. Korstjens I, Moser A. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *Eur J Gen Pract.* 2 oct 2017;23(1):274-9.
53. Cristancho S, Goldszmidt M, Lingard L, Watling C. Qualitative research essentials for medical education. *Singapore Med J.* déc 2018;59(12):622-7.
54. Foucaud J, Bury J, Balcou-Debussche M, Eymard C. Éducation thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation. INPES, Savoirs en action, 2010.
55. Carleton RN. Fear of the unknown: One fear to rule them all? *J Anxiety Disord.* juin 2016;41:5-21.

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.

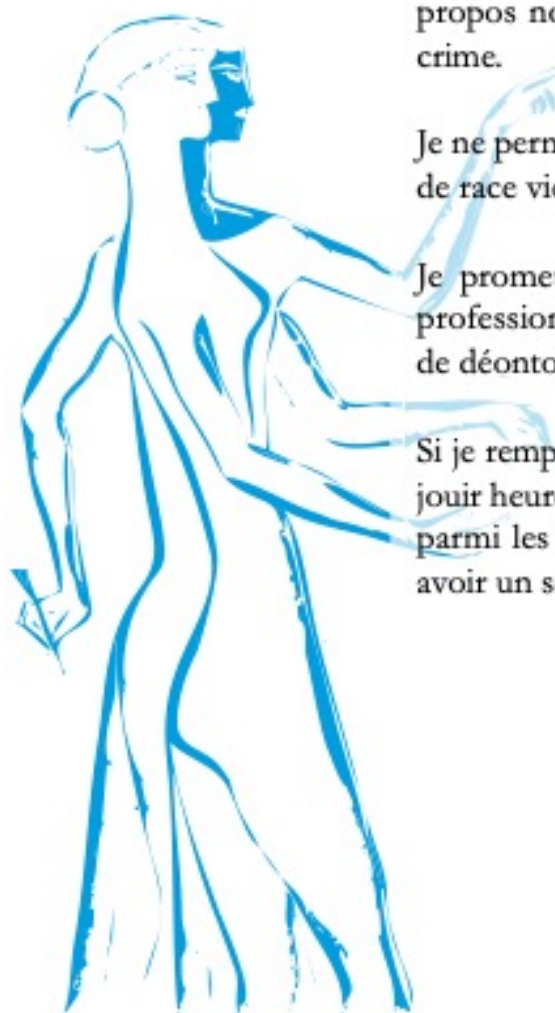
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

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.



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 :

Titre : Évaluation du niveau de connaissance des patients du pôle de médecine bucco-dentaire du CHU de Pellegrin face à la maladie parodontale

Étude qualitative

Résumé : **Contexte :** Les maladies parodontales (MP) sont des pathologies infectieuses complexes. En France, elles touchent 82% de la population à partir de l'âge de 35ans et causent la perte de 30 à 40% des dents. Malgré la prévalence élevée de la MP, cette pathologie n'est que très peu évoquée par le corps médical, les campagnes de prévention nationales et les médias. Il existe peu d'études évaluant le niveau de connaissance des patients sur cette pathologie. **Objectif :** évaluer le niveau de connaissance sur la MP des patients adultes consultant le pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire du CHU de Pellegrin en analysant leurs récits. **Méthode :** Nous avons mis en place une étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs dans le service de médecine bucco-dentaire du CHU de Pellegrin. **Résultats :** Nous avons inclus 10 participants, âgés en moyenne de 59,1 ans, à notre étude avant d'atteindre le seuil de saturation. Les connaissances des patients sur l'hygiène bucco-dentaire étaient limitées. Le niveau de connaissance des participants sur la MP, ses causes, ses conséquences et ses traitements était faible. Les patients ayant une parodontite diagnostiquée avaient un niveau de connaissance plus élevé sur leur pathologie. **Conclusion :** Le diagnostic et le traitement de la MP dépendent de l'implication du patient dans son suivi bucco-dentaire. Nous avons mis en évidence dans cette étude que les patients ne se sentaient pas concernés par la MP, leur niveau de connaissance ne leur permettant pas de se protéger face à cette pathologie. Nous pensons qu'il est nécessaire d'augmenter le niveau de connaissance de la population sur cette pathologie afin d'en assurer une meilleure prise en charge. Nous soulignons l'importance de mener un plus grand nombre d'études sur ce sujet permettant de mettre en évidence la nécessité d'un plan de prévention national face à la MP.

Mots clés : Maladie parodontale, prévention, santé bucco-dentaire, facteurs de risque, connaissances

Title: Evaluation of the level of patients' knowledge in the oral medicine department of the university hospital center of Pellegrin on periodontal disease

Qualitative study

Abstract: **Context:** Periodontal diseases (PD) are infectious pathologies. In France, they affect 82% of the population over 35 years old and are responsible for 30 to 40% of tooth loss. Despite its high prevalence, this pathology is little mentioned into medical profession, national prevention campaigns and media. There are few studies evaluating the level of patients' knowledge on this disease. **Objectif:** to assess the level of knowledge of adult patients on PD consulting the University Hospital Center for Medicine and Oral Surgery by analyzing their stories. **Method:** We set up a qualitative study based on semi-directive interviews in the oral medicine department of the University hospital center of Pellegrin. **Results:** We included 10 participants, with a mean age of 59.1 years. Patients' knowledge on oral hygiene was limited. Participants-knowledge's level on periodontal disease, its causes, consequences, and treatments was low. Patients with diagnosed periodontitis had a higher level of knowledge about their disease. **Conclusion:** The diagnosis and treatment of PD depend on the patient's involvement in his oral health care. We highlighted in this study that patients do not feel concerned by periodontal disease. Also, their knowledge's level does not allow them to protect themselves against this pathology. We think that it is necessary to increase the knowledge's level of the population on this pathology in order to ensure a better management of it. It seems importance to conduct more studies on this subject to support the need for a national prevention plan against PD.

Keywords: Periodontal disease, prevention, oral health, risk factors, knowledge
