



**HAL**  
open science

# Maladies parodontales et interprofessionnalité : une perspective d'évolution dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques par le médecin généraliste

Valérie Pioffret-Servant

## ► To cite this version:

Valérie Pioffret-Servant. Maladies parodontales et interprofessionnalité : une perspective d'évolution dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques par le médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03813211

**HAL Id: dumas-03813211**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03813211>**

Submitted on 13 Oct 2022

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

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

**UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE**  
**UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE**

**Année 2020**

**Thèse n°**

**T H E S E**

**Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE**

*Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2020*

par

**Valérie PIOFFRET-SERVANT**

---

**MALADIES PARODONTALES ET INTERPROFESSIONNALITE**

**:**

**UNE PERSPECTIVE D'EVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES PAR  
LE MEDECIN GENERALISTE**

---

**J U R Y :**

**Président :** Mme. Valérie ROGER-LEROI, Professeur des Universités.

**Assesseurs :** Mme. Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Professeur des Universités,

**Mr. Laurent DEVOIZE, Professeur des Universités,**

**Mme. Céline BOURG, Assistante Hospitalo-Universitaire.**



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE  
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2020

Thèse n°

**T H E S E**

Pour le **DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE**

*Présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2020*

par

**Valérie PIOFFRET-SERVANT**

---

**MALADIES PARODONTALES ET INTERPROFESSIONNALITE**

**:**

**UNE PERSPECTIVE D'EVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE  
DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES PAR  
LE MEDECIN GENERALISTE**

---

**J U R Y :**

**Président :** Mme. Valérie ROGER-LEROI, Professeur des Universités

**Assesseurs :** Mme. Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Professeur des Universités,

**Mr. Laurent DEVOIZE, Professeur des Universités,**

**Mme. Céline BOURG, Assistante Hospitalo-Universitaire.**

**UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE  
UFR ODONTOLOGIE  
63000 CLERMONT-FERRAND**

<i>Président de l'Université</i>	:	Monsieur le Professeur Mathias BERNARD
<i>Directeur Général des Services</i>	:	Monsieur François PAQUIS
DOYEN DE L'UFR D'ODONTOLOGIE	:	Monsieur Emmanuel NICOLAS Professeur des Universités
VICE-DOYEN, Directrice des Etudes	:	Madame Marion BESSADET Maître de Conférences des Universités

**LISTE DES PROFESSEURS**

*Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers :*

Monsieur Pascal AUROY	- Prothèses
Monsieur Radhouane DALLEL	- Sciences Anatomiques
Monsieur Laurent DEVOIZE	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Madame Sophie DOMEJEAN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Madame Martine HENNEQUIN	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Emmanuel NICOLAS	- Prothèses
Monsieur Thierry ORLIAGUET	- Sciences Biologiques
Madame Valérie ROGER-LEROI	- Sciences Biologiques
Madame Stéphanie TUBERT-JEANNIN	- Prévention, Epidémiologie
Monsieur Jean-Luc VEYRUNE	- Prothèses

*Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens hospitaliers :*

Madame Marion BESSADET	- Prothèses
Monsieur Hervé BESSE	- Pédodontie
Monsieur Guillaume BONNET	- Prothèses
Monsieur Didier COMPAGNON	- Prothèses
Monsieur Pierre-Yves COUSSON	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Nicolas DECERLE	- Odontologie Conservatrice, Endodontie
Monsieur Christophe DESCHAUMES	- Pathologie et Thérapeutique Dentaires
Monsieur Jean-Christophe DUBOIS	- Prothèses
Madame Cindy LANCE	- Prothèses
Madame Christelle RICHARD	- Pédodontie
Mademoiselle Céline MELIN	- Sciences Anatomiques
Madame Estelle MACHAT	- Prévention, Epidémiologie
Monsieur Paul PIONCHON	- Sciences Anatomiques
Monsieur Dominique ROUX	- Odontologie Conservatrice, Endodontie

*Professeur des Universités :*

Monsieur Alain ARTOLA	- Neurosciences
-----------------------	-----------------

*Maître de Conférences des Universités :*

Mademoiselle Lénaïc MONCONDUIT	- Neurosciences
--------------------------------	-----------------

*Professeur de Lycée Professionnel*

Monsieur Jean-Daniel ABSHILAVA	- Anglais
--------------------------------	-----------

*Maîtres de Conférences des Universités Associés :*

Monsieur Félix AUTISSIER	- Sciences de Gestion
Madame Anne DEPREUX	- Informatique et Pédagogie
Madame Merian NASSRA	- Sciences Biologiques

# Remerciements

## Aux membres du jury,

Madame, le professeur **Valérie ROGER-LEROI**,  
*Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers*

Je vous remercie du grand honneur que vous m'avez fait d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Merci de votre intérêt pour mon travail ainsi que pour votre implication durant mon parcours universitaire. Veuillez trouver dans cet ouvrage, l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Madame, le professeur **Stéphanie TUBERT-JEANNIN**,  
*Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Durant mon cursus universitaire, j'ai pu apprécier toute la rigueur et la qualité de votre enseignement. Je vous remercie également pour votre disponibilité, vos conseils et la bienveillance dont vous avez fait preuve au cours de cette thèse. Veuillez trouver ici, l'expression de ma plus grande reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur, le professeur **Laurent DEVOIZE**,  
*Professeurs des Universités – Praticiens hospitaliers*

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de siéger dans ce jury et vous en remercie vivement. Merci pour votre pédagogie, vos conseils et votre gentillesse en clinique. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Madame, le docteur **Céline BOURG**  
*Assistante Hospitalo-Universitaire*

Vous m'avez fait l'honneur de siéger dans ce jury et de juger ce travail, je vous en remercie. Merci pour vos conseils et la confiance que vous m'avez accordée en clinique. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A tout le personnel de la Faculté d'Odontologie de Clermont-Ferrand et du Centre de Soins, pour l'organisation générale et la réactivité face à la demande de tous les étudiants.

**Aux enseignants**, pour la qualité des cours dispensés et leur participation active dans notre apprentissage de la profession.

A tous les étudiants dentaires, pour leur accueil, complicité et fraternité durant ces cinq années d'études.

### A ma famille, mes proches et amis

A **Denis**, mon mari, **Adrien et Mélanie**, mes deux enfants, qui sans eux, mon projet n'aurait pu aboutir. Depuis ces cinq dernières années, vous entendez parler dentisterie. Aujourd'hui, je sais plus que jamais à quel point j'ai de la chance de vous avoir dans ma vie. Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir soutenue, supportée et encouragée pendant toutes mes années d'études. Je vous aime.

À **toute ma famille**, pour m'avoir fait confiance dans mes choix et m'avoir soutenue dans la vie quotidienne et durant mes études.

A **Olivier**, le cousin, **Laurence**, la lolo, **et Sophie**, la chef, pour votre confiance, vos encouragements et votre soutien.

A **Anne, Elodie**, merci pour votre amitié, vos précieux conseils et votre soutien tout au long de ces cinq années d'études.

A **ma promotion** qui a fait de mes études cinq années inoubliables et plus particulièrement à **Elise, Laurine, Claire, Elinor**, pour votre accueil, votre confiance, votre soutien. Merci de m'avoir fait une place parmi vous et pour tous ces beaux moments passés ensemble.

A **tous mes amis**, mes **anciens collègues** qui comptent pour moi.

Et à **toutes les personnes qui m'ont soutenue**,

.... **Je dédie cette thèse**

## Table des illustrations

<i>Figure 1: Répartition en fonction de l'âge des médecins répondants (n=109) .....</i>	8
<i>Figure 2: Répartition selon l'université d'obtention du diplôme (n=109) .....</i>	8
<i>Figure 3: Répartition selon le mode d'exercice (n=110) .....</i>	9
<i>Figure 4: Répartition selon la date de la dernière formation continue (n=110) .....</i>	9
<i>Figure 5: Répartition selon la proportion de patients en ALD dans la patientèle (n=103) .....</i>	10
<i>Figure 6: Répartition selon la proportion de patients âgés de plus de 60 ans dans la patientèle (n=102).....</i>	10
<i>Figure 7: Répartition selon les pathologies chroniques les plus fréquentes dans la patientèle (n=104) .....</i>	11
<i>Figure 8: Répartition selon la connaissance de la définition des maladies parodontales (n=97) .....</i>	11
<i>Figure 9: Répartition selon la connaissance d'un lien entre maladies parodontales et chroniques (n=97).....</i>	12
<i>Figure 10: Répartition selon les facteurs de risque identifiés pour les maladies parodontales (n=97).....</i>	13
<i>Figure 11: Répartition en fonction des signes recherchés à l'interrogatoire pour le dépistage des maladies parodontales (n=97) .....</i>	14
<i>Figure 12: Pratique de l'examen bucco-dentaire au cours de l'examen médical (n=97) .....</i>	14
<i>Figure 13: Situations amenant les médecins généralistes à réaliser un examen bucco-dentaire (n=97) .....</i>	15
<i>Figure 14: Répartition en % des types de freins au dépistage des maladies parodontales (n= 96).....</i>	16
<i>Figure 15: Répartition en pourcentage des conditions favorables à l'intégration de l'examen bucco-dentaire dans l'examen médical des patients atteints de maladies chroniques (n=96).....</i>	17

## Table des Matières

<b>1. Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Matériel et méthode.....</b>	<b>6</b>
2.1. Type d'étude.....	6
2.2. Population cible.....	6
2.3. Echantillon d'étude.....	6
2.4. Elaboration du questionnaire.....	6
2.5. Test du questionnaire.....	7
2.6. Mode de diffusion du questionnaire.....	7
2.7. Analyse des résultats.....	7
<b>3. Résultats .....</b>	<b>7</b>
3.1. Taux de participation.....	7
3.2. Analyse des résultats.....	7
3.2.1. Sexe.....	7
3.2.2. Âge.....	8
3.2.3. Université d'obtention du diplôme.....	8
3.2.4. Localisation du cabinet de médecine générale.....	8
3.2.5. Mode d'exercice professionnel.....	9
3.2.6. Intégration d'un chirurgien-dentiste au sein de l'équipe médicale.....	9
3.2.7. Participation à la formation continue.....	9
3.2.8. Enseignements reçus sur la santé orale.....	9
3.2.9. Proportion de patients en Affection de Longue Durée (ALD).....	10
3.2.10. Proportion de patients âgés de plus de 60 ans.....	10
3.2.11. Pathologies chroniques prises en charge.....	11
3.2.12. Connaissance de la définition des maladies parodontales.....	11
3.2.13. Connaissance du lien entre maladies parodontales et maladies chroniques.....	12
3.2.14. Connaissance des facteurs de risque des maladies parodontales.....	12
3.2.15. Recherche d'éléments cliniques évoquant une maladie parodontale.....	13
3.2.16. Réalisation d'un examen bucco-dentaire.....	14
3.2.17. Situations favorisant la réalisation d'un examen bucco-dentaire.....	14
3.2.18. Délivrance de conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire.....	15
3.2.19. Orientation des patients atteints de maladies chroniques vers un chirurgien-dentiste.....	15
3.2.20. Identification des freins au dépistage des maladies parodontales.....	15
3.2.21. Identification de chirurgiens-dentistes correspondants.....	16
3.2.22. Sollicitation par des chirurgiens-dentistes pour des informations médicales.....	16

3.2.23. Intérêt pour une formation concernant les maladies parodontales ? .....	16
3.2.24. Systématisation du bilan bucco-dentaire en cas de maladies chroniques .....	16
3.2.25. Conditions pour l'intégration de l'examen bucco-dentaire.....	17
<b>4. Discussion .....</b>	<b>17</b>
<b>5. Conclusion .....</b>	<b>23</b>
<b>6. Bibliographie.....</b>	<b>24</b>
<b>7. Annexes.....</b>	<b>29</b>
7.1. Annexe 1 : Questionnaire destiné aux médecins généralistes .....	29
7.2. Annexe 2 : Texte d'accompagnement du questionnaire.....	39

# 1. Introduction

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé générale et est essentielle à la qualité de vie. Alors qu'elles peuvent être facilement évitées, les pathologies bucco-dentaires chroniques (carie dentaire et maladies parodontales) sont souvent considérées comme ne présentant pas un caractère de gravité ou d'urgence. Elles représentent cependant un problème de santé publique majeur en raison de leur prévalence et incidence élevées et de leur impact sur la santé générale <sup>1,2,3</sup>. L'Organisation Mondiale de la Santé considère d'ailleurs les pathologies bucco-dentaires comme le troisième fléau mondial après les pathologies cancéreuses et pathologies cardiovasculaires <sup>4</sup>. Un mauvais état de santé bucco-dentaire, la présence des maladies parodontales augmentent le risque de développer ou de voir s'aggraver d'autres pathologies chroniques <sup>5,6</sup>.

Les maladies parodontales sont ainsi au cœur des enjeux de santé publique chez l'adulte puisque selon les études, la prévalence de la parodontite chez l'adulte de plus de 30 ans varierait de 20 à 50% et serait de plus de 70% chez les plus de 65 ans. C'est donc la pathologie inflammatoire chronique la plus répandue au niveau mondial. Elle touche toutes les populations mais les groupes socialement moins favorisés sont le plus souvent affectés. Par ailleurs, le risque de présenter une maladie parodontale augmente avec le vieillissement et favorise la dénutrition et la dépendance fragilisant ainsi l'individu <sup>7</sup>. Selon l'INSEE, en 2015, seize millions de français avaient 60 ans et plus <sup>8</sup>.

Les maladies parodontales sont définies comme des maladies inflammatoires chroniques d'étiologie bactérienne. Le premier stade correspond à une gingivite, maladie parodontale la plus bénigne qui est une inflammation réversible du parodonte superficiel (gencive), sans perte d'os ou poche parodontale. Dans certains cas, la gingivite peut évoluer vers la parodontite qui entraîne une destruction irréversible du parodonte profond (os alvéolaire, cément et desmodonte) pouvant aller jusqu'à la perte de la dent au stade ultime <sup>9</sup>. Les maladies parodontales sont des désordres systémiques multifactoriels. Certains facteurs de risque sont modifiables par une prise en charge adaptée, d'autres moins bien contrôlables car dépendants de la génétique de chaque individu <sup>10</sup>. Les facteurs de risque non modifiables sont l'âge, le genre, la génétique, les origines ethniques. Les facteurs de risque dits modifiables concernent la prise de certains médicaments (anti épileptiques, immuno-supresseurs, chimiothérapie...), certaines conditions immunosuppressives (VIH), certaines conditions systémiques (ostéoporose), les modifications hormonales (grossesse, ménopause) ou encore des facteurs liés au comportement des individus qui peuvent être changés par des actions individuelles. Ce sont souvent des facteurs liés au mode de vie (hygiène bucco-dentaire, consommation de tabac, d'alcool), des facteurs métaboliques (diabète, obésité), des facteurs alimentaires, le stress et des facteurs locaux (plaque dentaire, tartre). Outre les comportements individuels et les facteurs de risque liés au mode de vie, différents déterminants environnementaux et sociaux sont également susceptibles d'affecter la santé bucco-dentaire <sup>11</sup>.

Les maladies parodontales entraînent cliniquement des symptômes comme un saignement des gencives (spontané ou provoqué), une halitose, une sensibilité accrue, la mobilité et le déplacement des dents ainsi que la perte de dents <sup>9</sup>. Ces symptômes impactent la qualité de vie en lien avec une altération des fonctions notamment masticatoires. L'effet psychosocial peut être important avec en particulier une dégradation des relations avec autrui (crainte de sourire, de parler, ou d'embrasser), une augmentation de l'anxiété, des sentiments de honte, de vulnérabilité et un isolement social <sup>12</sup>. Ces impacts peuvent aller jusqu'à un repli sur soi, une perte du plaisir à manger ou à prendre soin de soi.

Toutes ces composantes psychosociales sont génératrices de stress et de comportement à risque pouvant être un facteur étiologique supplémentaire pour les pathologies chroniques systémiques. De même, l'apparition d'une maladie systémique ou un stress intense (divorce, deuil, maladie...) peuvent diminuer les capacités de défense immunitaire et l'intérêt pour la santé bucco-dentaire augmentant le risque de développement d'une maladie parodontale.

Les affections bucco-dentaires comme les maladies parodontales sont souvent méconnues des patients et des professionnels de santé alors qu'elles nécessitent une prise en charge globale et qu'elles impactent la santé générale<sup>13</sup>. Les maladies parodontales restent trop souvent considérées comme un problème purement « cosmétique » et non comme de vraies pathologies chroniques<sup>14</sup>. Les parodontopathies contribuent à l'inflammation systémique. La littérature internationale a mis en évidence des liens existants entre les maladies parodontales et diverses maladies systémiques non transmissibles (MNT)<sup>15</sup> depuis plusieurs années telles que les maladies cardiovasculaires<sup>16,17,18</sup>, le diabète<sup>19,20,21</sup>, le syndrome métabolique<sup>22,23</sup>, les cancers<sup>24,25</sup> ou les pathologies respiratoires<sup>26,27</sup>. Toutefois, les preuves actuellement disponibles restent insuffisantes pour établir une relation de cause à effet entre ces maladies chroniques dans la mesure où l'association est liée aussi à l'existence des facteurs de risque communs<sup>28</sup>. Les MNT sont devenues un enjeu de société<sup>29</sup> de par une augmentation de leur prévalence en corrélation avec l'allongement de l'espérance de vie, de leur coût avec une nécessité de prise en charge à long terme et du fait que certaines d'entre elles peuvent être prévenues avec une action sur les déterminants et facteurs de risques communs.

Les maladies chroniques, touchant près de 20 millions de personnes en France, constituent un défi pour le système de santé tant au niveau de son financement que de l'organisation des soins<sup>30</sup>. Si les médecins généralistes jouent un rôle prépondérant dans le parcours de soins du patient et dans le suivi des maladies chroniques, il faut reconnaître que du fait de leur complexité, les maladies chroniques ne peuvent plus aujourd'hui être efficacement prévenues, diagnostiquées et correctement traitées en dehors d'un contexte pluriprofessionnel. Dans les recommandations HAS sur les maladies chroniques, la prise en charge est organisée dans le cadre d'un dispositif médico-social dit Affection de Longue Durée (ALD) où le protocole pluriprofessionnel de soins de premier recours (PPSPR) est le schéma d'une prise en charge optimale pour le patient. Cette approche interprofessionnelle permet de créer une expertise nécessaire pour fournir des soins complets aux patients atteints de maladies chroniques et aussi réduire le coût des soins<sup>31</sup>.

Dans ce contexte, la relation entre santé bucco-dentaire et santé générale est devenue un problème important car la santé bucco-dentaire des adultes ne peut plus être ignorée dans les stratégies globales de santé<sup>32</sup>. En effet, les maladies chroniques comme les maladies parodontales partagent des facteurs de risque communs et la physiopathologie suit le même fil conducteur : un état inflammatoire.

La prise de conscience de ces interrelations devrait permettre d'inclure les maladies buccales dans la prise en charge des maladies chroniques. Certes, le chirurgien-dentiste occupe une place de premier plan dans le diagnostic, le traitement et le suivi des patients atteints de maladies parodontales. Cependant, le repérage des affections bucco-dentaires et leur prévention peuvent faire partie des missions des médecins généralistes<sup>33</sup>. Le médecin généraliste suit le patient dans sa globalité et reste parfois le seul au contact d'une population qui ne côtoie pas les cabinets dentaires ou seulement en situation d'urgence. Les patients des couches sociales les plus défavorisées utilisent la consultation du médecin de premier recours pour exposer leurs problèmes de santé bucco-dentaire<sup>34</sup>.

Toutefois, le médecin généraliste se voit confronté à des obstacles pouvant mettre en péril l'efficacité de la détection et de la prévention des maladies parodontales notamment chez les patients atteints de maladies chroniques<sup>14,35</sup>.

Un des principaux obstacles est le manque de connaissances des médecins généralistes et la faible sensibilisation du grand public concernant la santé bucco-dentaire <sup>36,37</sup>.

De plus, le lien entre les maladies parodontales et chroniques est peu pris en compte au niveau des stratégies et politiques de prévention ou d'organisation des parcours de soins <sup>12</sup>. Pourtant, le dépistage précoce des maladies parodontales permet de limiter la gravité évolutive de ces maladies systémiques. S'agissant du diabète, de nombreuses études montrent un lien important avec les maladies parodontales or seulement 36 % des diabétiques consultent un chirurgien-dentiste chaque année, alors qu'en principe cette consultation devrait avoir lieu tous les six mois. Cette insuffisance de prise en compte de ces liens entre maladies chroniques génère du retard et des erreurs dans l'adaptation thérapeutique ou encore participe à la non observance thérapeutique avec des conséquences néfastes pour le patient, la santé publique et l'Assurance Maladie <sup>14</sup>.

Le manque de temps, le cloisonnement professionnel sont aussi reconnus comme des freins <sup>38</sup> alors que l'approche de pathologies chroniques exige suffisamment de disponibilité et un recours à des compétences multiples. La relation médecin, chirurgien-dentiste répond plus à un principe de précaution qu'à une démarche de prévention. De même, l'effort de prévention est peu important car l'inadaptation de la rémunération encourage une approche plus curative que préventive.

Les médecins généralistes soulignent que le renoncement aux soins dentaires des patients serait lié à des raisons financières réelles ou perçues, aux limites de l'offre de soins dentaires ainsi qu'à des aspects socioculturels <sup>38</sup>. A cela, il faut ajouter la peur des soins dentaires, la sous-estimation des besoins en soins dentaires ou la complexité des démarches administratives.

Or, les pathologies bucco-dentaires ne guérissent jamais spontanément et évoluent toujours défavorablement avec des conséquences de santé inéluctables. C'est la raison pour laquelle le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) soutient une vision globale de la santé impliquant des actions de prévention et des actions curatives, fondées sur le concept d'évitabilité. La santé est un phénomène dynamique qui se construit tout au long de la vie et qui trouve son équilibre avec l'interaction des facteurs individuels, des déterminants socio-environnementaux et du système de santé. Le HCSP propose ainsi une adaptation du système de santé avec notamment un virage préventif et un rééquilibrage vers les soins primaires dits de ville <sup>39</sup>. Cette vision renforce le rôle des médecins généralistes pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques avec la nécessité d'intégrer la santé bucco-dentaire dans une vision de santé globale ; ce en lien avec le chirurgien-dentiste et les autres professionnels de santé concernés <sup>40</sup>. Cette vision souligne la nécessité d'une approche pluridisciplinaire avec une collaboration entre professionnels de santé dentaires et médicaux dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques <sup>32</sup>; cependant peu d'études ont été menées à ce sujet.

Ce travail de thèse vise ainsi à réaliser une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon de médecins généralistes de façon à apprécier leurs connaissances sur les maladies parodontales, les facteurs de risque de ces maladies et leur relation avec les MNT, leurs pratiques professionnelles et leur intérêt pour la prise en charge des maladies parodontales chez les patients atteints de maladies chroniques. Il s'agit aussi de caractériser les obstacles et les solutions pour l'intégration de la prise en charge des maladies parodontales (dépistage, prévention) dans la prise en charge des maladies chroniques par les médecins généralistes.

## **2. Matériel et méthode**

### **2.1. Type d'étude**

Notre travail fait référence à une étude descriptive transversale par questionnaire.

### **2.2. Population cible**

La population cible est constituée de l'ensemble des médecins généralistes exerçant en cabinet de ville dans les régions Auvergne-Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine.

### **2.3. Echantillon d'étude**

Les organismes en charge de ces professionnels dans ces deux régions ont été contactés pour demander la diffusion du questionnaire par mail. Ces contacts ont eu lieu en janvier 2020.

- URPS (Union Régionale des Professions de Santé) - Médecins d'Auvergne-Rhône-Alpes
- URPS-Médecins de la région Nouvelle Aquitaine
- Conseils de l'Ordre Départementaux des deux régions
- Responsable DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) de la faculté de médecine de Limoges
- Responsable du DUMG de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Le DUMG de la faculté de médecine de Limoges et le Conseil de l'Ordre de l'Allier ont accepté de diffuser le lien vers le questionnaire sur leur site internet. Le DUMG de la faculté de médecine de Clermont-Ferrand n'a pas donné de réponse définitive. Les autres organismes ont refusé de diffuser le questionnaire, du fait d'un niveau de demande très élevé pour la diffusion de questionnaires de tout type.

### **2.4. Elaboration du questionnaire**

Pour cette étude, nous avons élaboré un questionnaire destiné aux médecins généralistes (Annexe 1). Ce questionnaire a été élaboré à partir de données de la littérature. La recherche progressive nous a permis d'identifier des champs à explorer, listés ci-dessous. Le questionnaire est composé de 26 questions, regroupées en 6 thématiques visant à définir :

- le profil des répondants : sexe, âge, faculté d'obtention du diplôme, secteur et mode d'exercice (seul, en groupe hors Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), en MSP), intégration d'un chirurgien-dentiste dans le cadre d'un exercice de groupe, date de la dernière formation continue, enseignement reçu en santé orale pendant leurs études.
- le profil de la patientèle : pourcentage de patients en ALD, proportion de patients de plus de 60 ans, les 3 pathologies chroniques les plus fréquentes dans la patientèle.
- les connaissances concernant les maladies parodontales (la définition, les 4 principaux facteurs de risque) et leur interrelation avec les pathologies chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, syndrome métabolique, cancers, pathologies respiratoires).
- les pratiques et attitudes cliniques pour le dépistage de la maladie parodontale chez un patient présentant une pathologie générale : recherche des signes cliniques, identification des situations cliniques suscitant la pratique d'un examen bucco-dentaire, information des patients en matière d'hygiène bucco-dentaire.
- le mode de prise en charge en faisant émerger les notions d'interprofessionnalité, les freins qui peuvent entraver la prise en charge des maladies parodontales chez les patients atteints de maladies chroniques.
- les perspectives en tant qu'atouts pour optimiser le dépistage des maladies parodontales chez les patients atteints de maladies chroniques : formation médicale, information des patients sur les maladies parodontales et leur interrelation avec les maladies chroniques, systématisation de l'examen bucco-dentaire dans l'examen médical, exercice pluriprofessionnel, financement spécifique.

Le questionnaire se compose de questions fermées en effectuant un choix de réponses binaires ou de réponses multiples. Certaines questions sont évaluées par une échelle de type Likert à 4 niveaux pour étudier le positionnement positif ou négatif des médecins et qualifier des informations d'ordre plus qualitatif.

Le temps moyen estimé pour répondre au questionnaire est de 6 minutes.

## **2.5. Test du questionnaire**

Avant diffusion du questionnaire à la population cible, nous l'avons testé auprès de 30 médecins généralistes en Creuse qui présentent les mêmes caractéristiques que ceux de la population cible. Ce test a été réalisé du 13 décembre 2019 au 13 janvier 2020 par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre des médecins du département. Il nous a permis d'une part d'apprécier l'intérêt de cette étude et d'autre part de réajuster les questions mal rédigées, les modalités de réponses inadaptées et aussi de mesurer le temps de réponse.

## **2.6. Mode de diffusion du questionnaire**

Le choix a été fait d'envoyer le questionnaire par mail aux praticiens ou via le site internet des organismes précités (Annexe 2). Ce sont les Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins et le responsable DUMG de la faculté de médecine de Limoges qui se sont chargés de l'envoi. Ce type de diffusion a été choisi pour limiter les coûts et obtenir un maximum de réponses de la part des médecins généralistes.

Le questionnaire a été mis en ligne sur internet via l'outil de sondage sécurisé « Survey monkey ». Il est accompagné d'une note d'information en introduction et complété sur une base individuelle et anonyme.

La réception des réponses s'est échelonnée, sans relance, sur 2 mois environ, entre le 27 janvier et le 31 mars 2020.

## **2.7. Analyse des résultats**

Une analyse descriptive a été conduite associée à la réalisation de tests statistiques « Khi-deux » permettant d'apprécier les liens entre les caractéristiques des professionnels (sexe, âge, université, formation en santé bucco-dentaire, participation à la formation continue, secteur et type d'exercice) et leurs connaissances ou pratiques professionnelles.

# **3. Résultats**

## **3.1. Taux de participation**

Le questionnaire a été envoyé à 30 médecins lors de la phase pilote puis à 395 praticiens ensuite : 120 médecins généralistes maîtres de stage du Limousin et environ 275 médecins généralistes de l'Allier via le site internet du Conseil Départemental de l'Ordre. La période de diffusion du questionnaire s'est échelonnée sur 2 mois du 27 janvier au 31 mars 2020. Au total, 110 médecins généralistes ont répondu au questionnaire ; soit environ un quart des médecins sollicités. Le taux d'achèvement est estimé à 87% (96 réponses complètes parmi les 110 réponses reçues).

## **3.2. Analyse des résultats**

### **3.2.1. Sexe**

Parmi les 110 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, on dénombre une proportion quasi équivalente d'hommes (49 %) et de femmes (51%).

### 3.2.2. Âge

Parmi les répondants, la tranche d'âge des 30-40 ans est la plus représentée avec 35,5% des répondants. Trois médecins (2,7%) ont moins de 30 ans et 21 (19,1 %) ont plus de 60 ans (Figure 1).

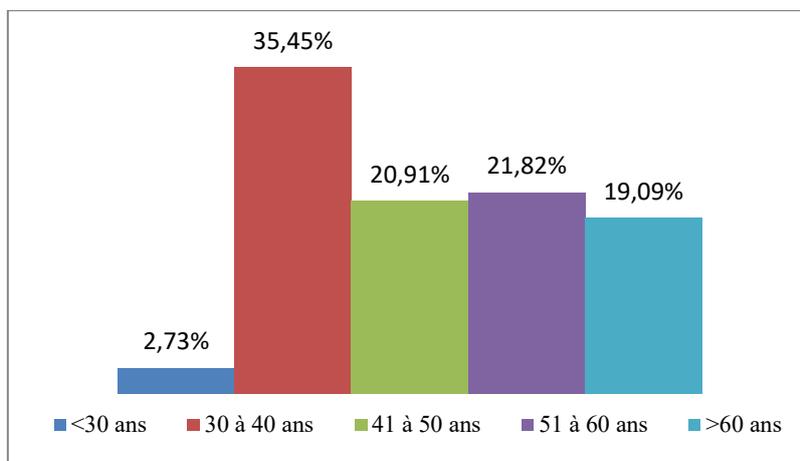


Figure 1: Répartition en fonction de l'âge des médecins répondants (n=109)

### 3.2.3. Université d'obtention du diplôme

La majorité des médecins répondants est diplômée de la faculté de médecine de Limoges (48%). Les autres structures de formation bien représentées sont la faculté de médecine de Clermont-Ferrand (13%) et celle de Saint- Etienne (8%) (Figure 2).

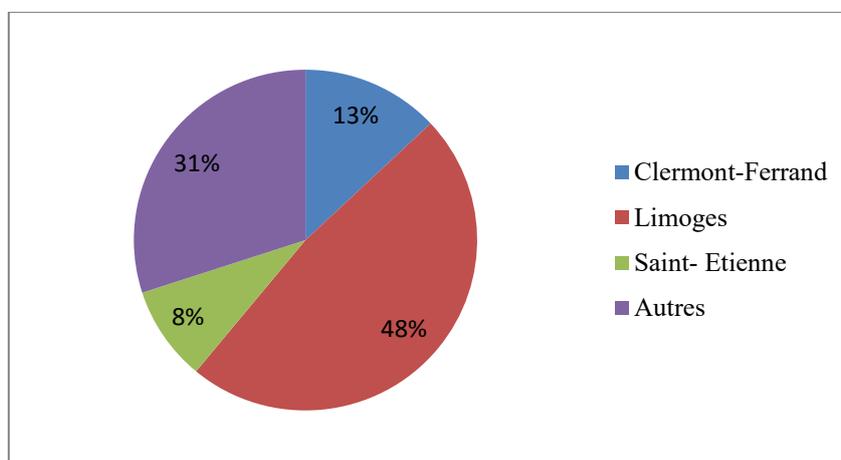


Figure 2: Répartition selon l'université d'obtention du diplôme (n=109)

### 3.2.4. Localisation du cabinet de médecine générale

La grande majorité des médecins répondants (87,3%) exerce en secteur rural (52,7%) ou semi-rural (34,5%) tandis que les praticiens exerçant en milieu urbain représentent 12,7% des répondants.

### 3.2.5. Mode d'exercice professionnel

Les médecins répondants exercent soit seuls en cabinet libéral, soit en cabinet de groupe, soit en MSP avec une répartition d'environ un tiers par type de mode d'exercice. Ainsi, près de 7 médecins sur 10 exercent en groupe, que ce soit dans une MSP ou non (Figure 3).

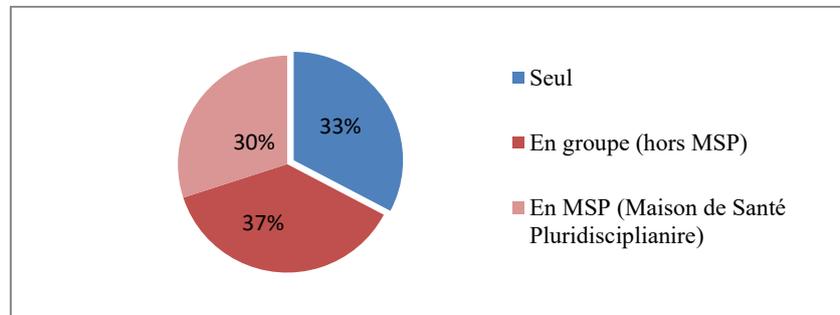


Figure 3: Répartition selon le mode d'exercice (n=110)

### 3.2.6. Intégration d'un chirurgien-dentiste au sein de l'équipe médicale

Parmi les 74 médecins exerçant en groupe, seuls 16 exercent dans un cabinet qui intègre un chirurgien-dentiste. Ainsi, dans 80% des cas, les cabinets médicaux n'intègrent pas de chirurgien-dentiste.

### 3.2.7. Participation à la formation continue

Parmi les 110 réponses obtenues, la quasi-totalité des médecins (n=98) dit avoir participé à une/ des journée(s) de formation continue dans l'année précédente (Figure 4).

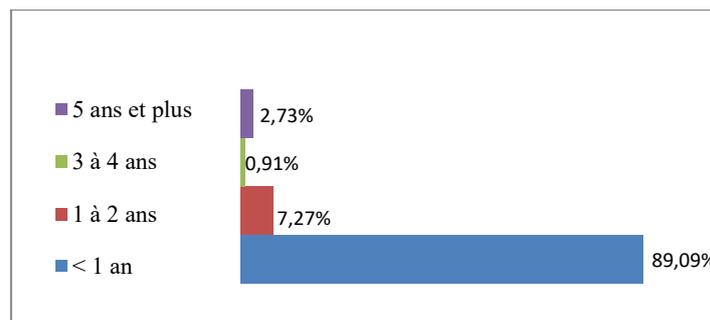


Figure 4: Répartition selon la date de la dernière formation continue (n=110)

### 3.2.8. Enseignements reçus sur la santé orale

Près de la moitié des médecins répondants (45,45%) déclare avoir reçu un enseignement sur la santé de la bouche, des gencives ou des dents pendant leurs études. Toutefois, un tiers des médecins participants (29,09%) ne s'est pas exprimé.

### 3.2.9. Proportion de patients en Affection de Longue Durée (ALD)

Pour les 103 réponses obtenues, il apparaît que près de 80% des praticiens ont dans leur patientèle moins de 40% de patients en ALD (atteints de maladies chroniques). Ainsi, seulement deux médecins sur dix auraient une part importante de patients en ALD (Figure 5).

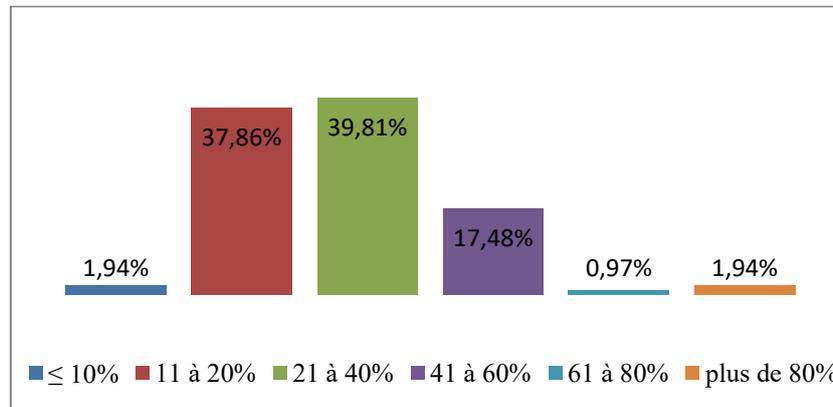


Figure 5: Répartition selon la proportion de patients en ALD dans la patientèle (n=103)

La proportion de patients en ALD varie selon le type de cabinet, les cabinets ruraux ( $p=0,02$ ) et les praticiens exerçant seuls ( $p=0,05$ ) ayant une plus forte proportion de patients en ALD.

### 3.2.10. Proportion de patients âgés de plus de 60 ans

Pour les 102 réponses obtenues, il apparaît que près d'un tiers des médecins déclare avoir dans leur patientèle 40% à 60% de patients âgés de plus de 60 ans (Figure 6).

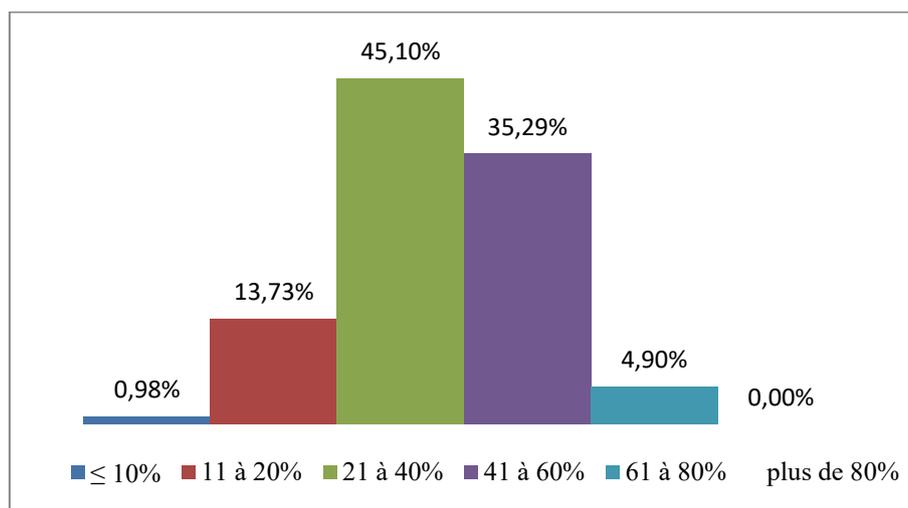
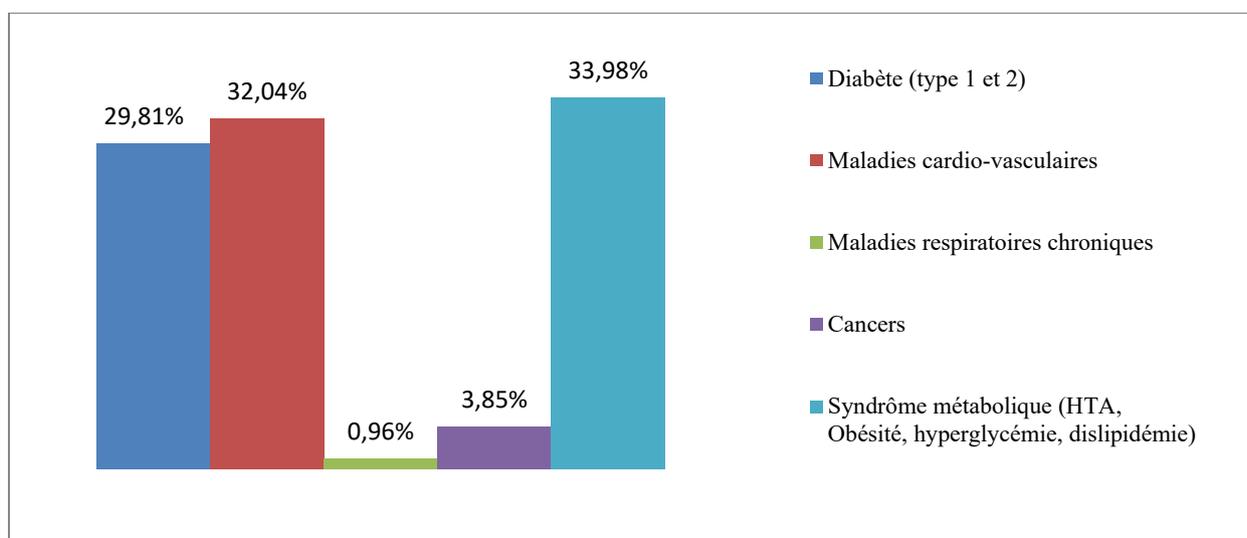


Figure 6: Répartition selon la proportion de patients âgés de plus de 60 ans dans la patientèle (n=102)

La proportion de patients âgés de plus de 60 ans varie selon le type de cabinet, les hommes ( $p=0,04$ ) et les cabinets ruraux ( $p=0,01$ ) ayant une plus forte proportion de patients âgés.

### 3.2.11. Pathologies chroniques prises en charge

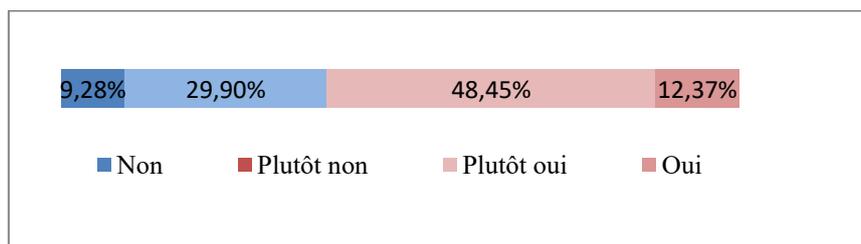
Les 104 médecins répondants identifient trois pathologies chroniques comme les plus fréquentes avec une répartition d'un tiers environ pour chacune d'entre elles : le syndrome métabolique, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Un plus faible pourcentage est rapporté concernant le cancer et les maladies respiratoires chroniques (figure 7).



*Figure 7: Répartition selon les pathologies chroniques les plus fréquentes dans la patientèle (n=104)*

### 3.2.12. Connaissance de la définition des maladies parodontales

Parmi les 97 médecins répondants, une majorité déclare connaître (plutôt oui, oui) la définition des maladies parodontales (Figure 8).



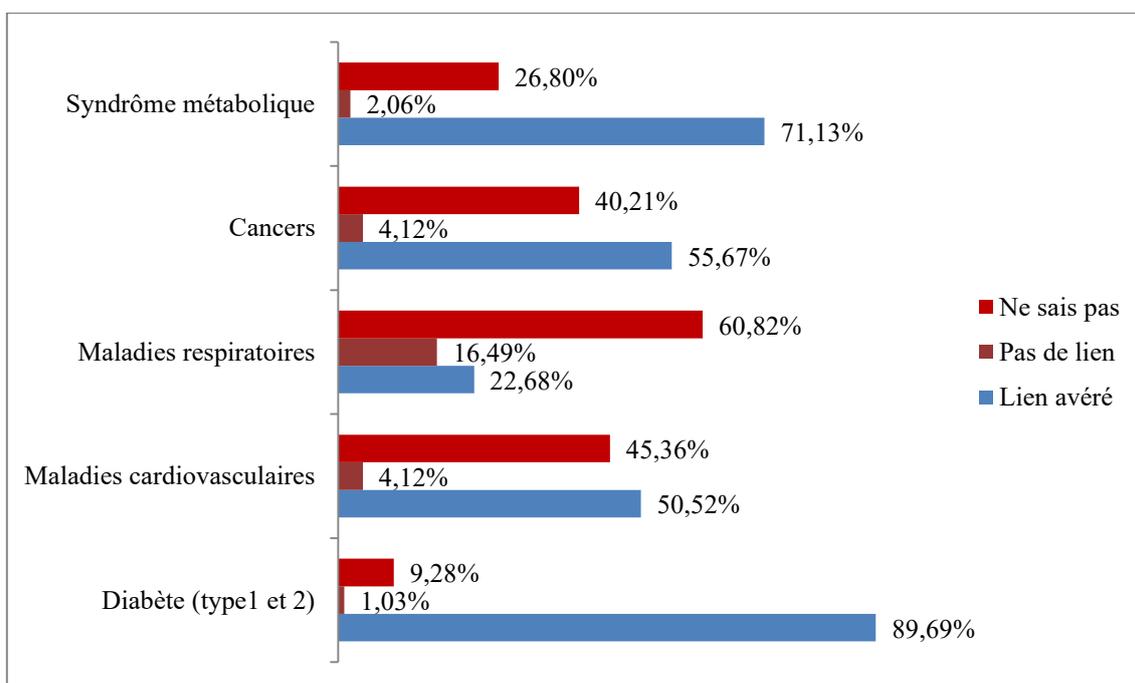
*Figure 8: Répartition selon la connaissance de la définition des maladies parodontales (n=97)*

La connaissance de la maladie parodontale apparaît plus importante pour les praticiens exerçant en secteur rural ( $p=0,03$ ) alors que les autres caractéristiques des praticiens ne semblent pas influencer ce niveau de connaissance.

### 3.2.13. Connaissance du lien entre maladies parodontales et maladies chroniques

Parmi les 97 médecins répondants, une grande majorité reconnaît un lien avéré entre les maladies parodontales et le diabète ou le syndrome métabolique. Par contre, près de la moitié ne connaît pas de lien pour les maladies cardiovasculaires et les cancers.

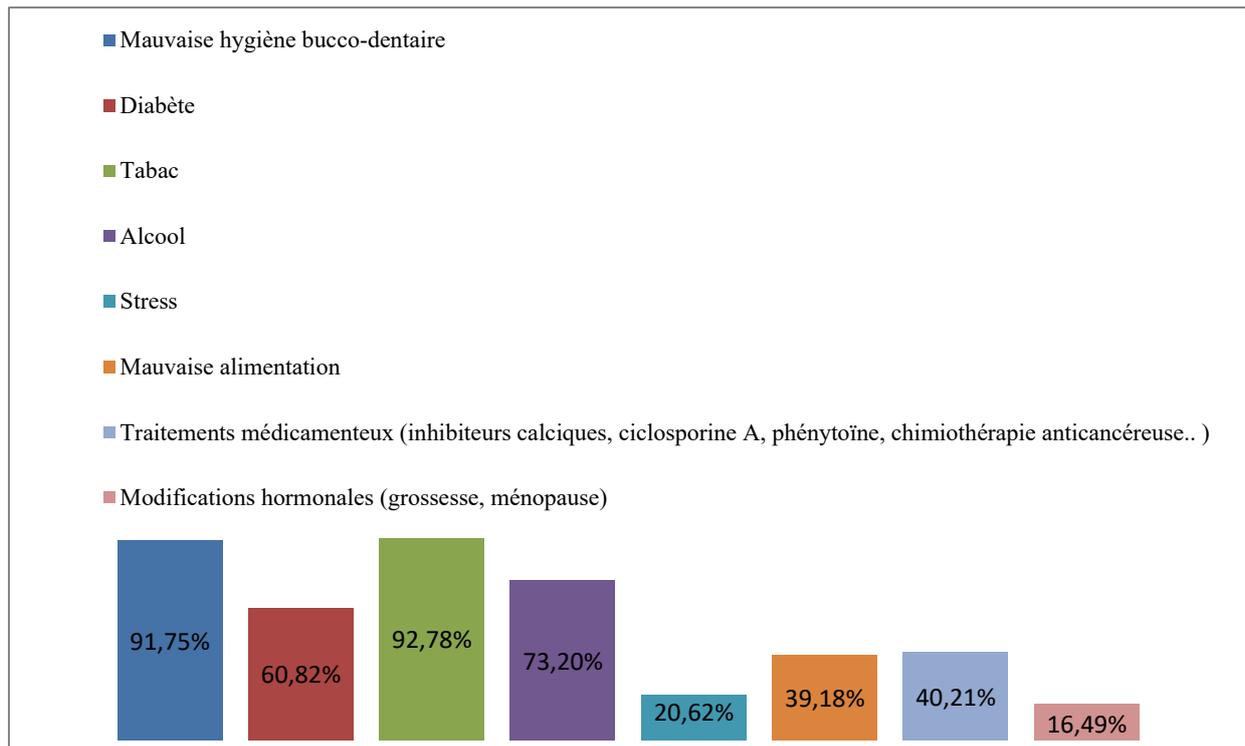
Concernant les maladies respiratoires chroniques, les  $\frac{3}{4}$  des médecins pensent qu'il n'y a pas de lien ou déclarent ne pas savoir. (Figure 9)



**Figure 9: Répartition selon la connaissance d'un lien entre maladies parodontales et chroniques (n=97)**

### 3.2.14. Connaissance des facteurs de risque des maladies parodontales

Les médecins répondants (n=97) identifient 4 principaux facteurs de risque pour les maladies parodontales : le tabac (93%), une mauvaise hygiène bucco-dentaire (92%), l'alcool (73%), le diabète (61%). Toutefois, près de 40% pensent qu'une mauvaise alimentation (39 %) et les traitements médicamenteux (40%) favorisent la présence des maladies parodontales (Figure 10).

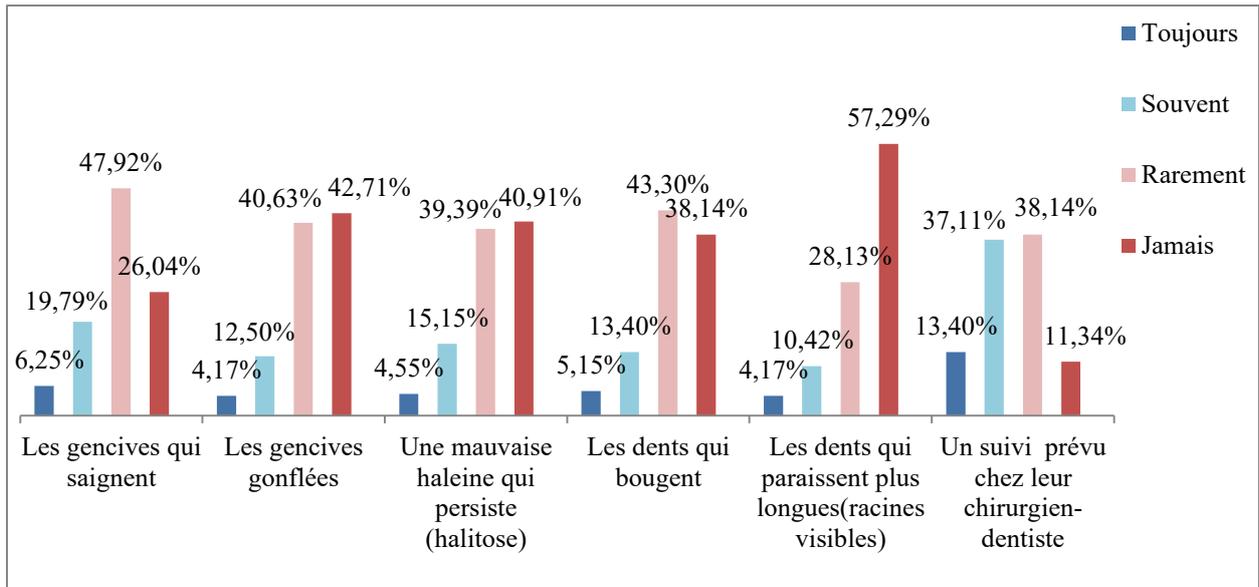


**Figure 10: Répartition selon les facteurs de risque identifiés pour les maladies parodontales (n=97)**

Des variations quant à l'identification des facteurs de risque de la maladie parodontale ont été identifiées. Ainsi, pour l'hygiène ( $p=0,001$ ) et le tabac ( $p=0,004$ ), le lieu d'exercice semble influencer cette identification avec une perception accrue en milieu rural ou semi-rural. De même, pour les praticiens n'ayant pas eu d'enseignements en santé bucco-dentaire pendant leurs études ( $p=0,02$ ), la prise de certains médicaments est moins souvent perçue comme facteur de risque.

### 3.2.15. Recherche d'éléments cliniques évoquant une maladie parodontale

Parmi les 97 réponses, les  $\frac{3}{4}$  des médecins ne se renseignent pas ou rarement sur les signes cliniques évoquant une maladie parodontale. Le signe clinique le plus souvent recherché est le saignement des gencives. Toutefois, environ la moitié des médecins interroge (souvent ou toujours) leurs patients sur le suivi prévu chez leur chirurgien-dentiste (Figure 11).

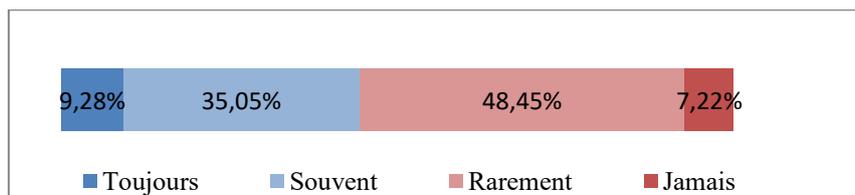


**Figure 11: Répartition en fonction des signes recherchés à l'interrogatoire pour le dépistage des maladies parodontales (n=97)**

Des différences significatives ont été observées selon le secteur d'exercice avec une recherche plus fréquente des signes de saignement ( $p=0,001$ ), de mobilité dentaire ( $p=0,02$ ) ou de dents longues ( $p=0,001$ ) pour les praticiens du secteur rural. Il a été aussi observé que le mode d'exercice ( $p=0,01$ ), l'existence d'enseignements sur la santé bucco-dentaire ( $p=0,0001$ ) influencent la prise en compte d'une mauvaise haleine.

### 3.2.16. Réalisation d'un examen bucco-dentaire

Parmi les 97 médecins répondants, près de la moitié d'entre eux (54%) affirment que l'examen bucco-dentaire n'est jamais voire très rarement réalisé au cours de l'examen médical (Figure 12).

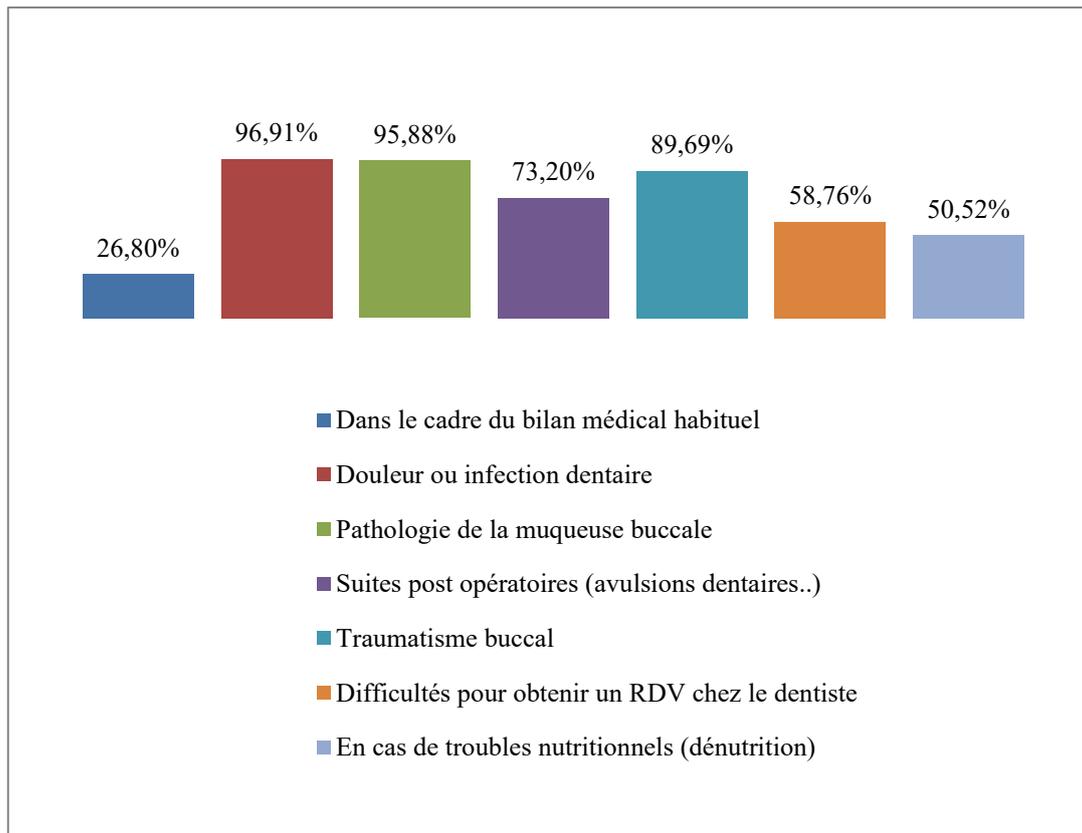


**Figure 12: Pratique de l'examen bucco-dentaire au cours de l'examen médical (n=97)**

Des différences significatives ont été observées selon le secteur d'exercice pour le taux de réalisation de l'examen bucco-dentaire : plus modéré en secteur urbain ( $p=0,002$ ).

### 3.2.17. Situations favorisant la réalisation d'un examen bucco-dentaire.

Les  $\frac{3}{4}$  des médecins répondants (71%) considèrent que l'examen bucco-dentaire ne rentre pas dans le cadre du bilan médical habituel (Figure 13). La majorité dit cependant réaliser un examen bucco-dentaire en cas de besoin (douleur, infection, pathologie de la muqueuse buccale, suites post opératoires, traumatisme). Les troubles nutritionnels sont moins souvent évoqués (50,5%).



**Figure 13: Situations amenant les médecins généralistes à réaliser un examen bucco-dentaire (n=97)**

### 3.2.18. Délivrance de conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire

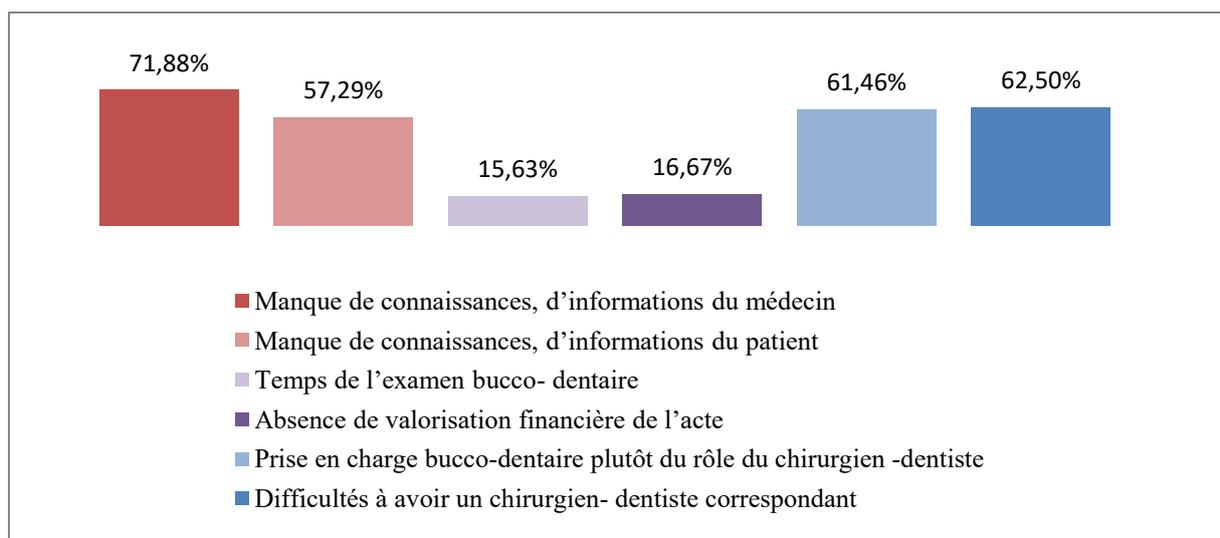
Parmi les 97 médecins répondants, 52% disent donner rarement ou jamais des conseils en hygiène bucco-dentaire.

### 3.2.19. Orientation des patients atteints de maladies chroniques vers un chirurgien-dentiste

Parmi les 97 médecins répondants, 71% déclarent adresser rarement ou jamais, leurs patients atteints de maladies chroniques à un chirurgien-dentiste. Le taux d'orientation varie selon le lieu d'exercice avec un taux plus élevé pour les praticiens exerçant en milieu rural ou semi-rural ( $p=0,005$ ).

### 3.2.20. Identification des freins au dépistage des maladies parodontales

Les médecins identifient 4 facteurs essentiels pouvant freiner le dépistage des maladies parodontales soit un manque de connaissances, des difficultés à avoir un chirurgien-dentiste correspondant, l'idée que la prise en charge bucco-dentaire relève plutôt du rôle du chirurgien-dentiste ou le manque d'informations des patients. L'absence de valorisation financière et le temps nécessaire à la réalisation d'un examen bucco-dentaire ne semblent pas être des freins majeurs au dépistage (Figure 14).



**Figure 14: Répartition en % des types de freins au dépistage des maladies parodontales (n= 96)**

### 3.2.21. Identification de chirurgiens-dentistes correspondants

Parmi les 95 médecins répondants, on dénombre une proportion quasi équivalente de médecins ayant (48%) ou pas (47%) de correspondant chirurgien-dentiste. Les praticiens ayant un chirurgien-dentiste correspondant sont plus souvent en zone rurale ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.22. Sollicitation par des chirurgiens-dentistes pour des informations médicales

Parmi les 96 médecins répondants, 76% soulignent être rarement ou jamais sollicités par un chirurgien-dentiste pour des informations médicales concernant leurs patients. Les praticiens sollicités le plus par le chirurgien-dentiste sont plus souvent en zone semi-rurale ( $p = 0,001$ ).

### 3.2.23. Intérêt pour une formation concernant les maladies parodontales ?

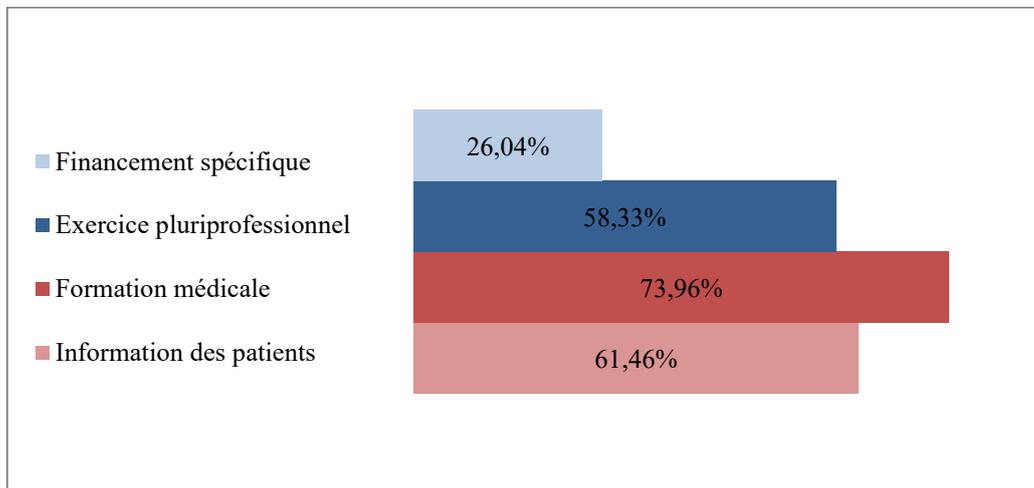
Parmi les 96 médecins répondants, la quasi-totalité d'entre eux (>90%) expriment leur intérêt pour bénéficier d'une formation sur le lien entre maladies chroniques et maladies parodontales. Seule une faible proportion de médecins ne semble pas intéressée. Les praticiens en zone rurale sont plus souvent intéressés ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.24. Systématisation du bilan bucco-dentaire en cas de maladies chroniques

Parmi les 95 médecins répondants, une large majorité (88%) tend à penser que le bilan bucco-dentaire devrait être systématisé lors de l'examen médical des patients atteints de maladies chroniques. Tandis qu'une minorité n'est pas favorable (plutôt non, non) à cette systématisation du bilan bucco-dentaire. Les praticiens en zone urbaine ont moins souvent recours au bilan bucco-dentaire ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.25. Conditions pour l'intégration de l'examen bucco-dentaire

Parmi les 96 réponses obtenues, on note trois conditions essentielles à l'intégration de l'examen bucco-dentaire : une formation préalable des médecins, l'information des patients, l'exercice pluriprofessionnel. Seul un quart des répondants pense qu'un financement spécifique pourrait faciliter cette intégration (Figure 15).



*Figure 15: Répartition en pourcentage des conditions favorables à l'intégration de l'examen bucco-dentaire dans l'examen médical des patients atteints de maladies chroniques (n=96)*

Dans ce domaine, c'est la participation à des enseignements sur la santé bucco-dentaire pendant les études qui semble influencer ces conditions comme le besoin de financement spécifique, le manque de connaissance du public ou de formation médicale des médecins ( $p < 0,05$ ). Les praticiens plus âgés font plus souvent référence à la question financière alors que les praticiens exerçant en milieu rural mentionnent plus souvent le manque de connaissances du public ( $p = 0,01$ ).

## 4. Discussion

Cette étude a été réalisée en utilisant un questionnaire administré en ligne, ce qui permet de toucher une plus large population, de renouveler facilement l'enquête et de récolter rapidement des résultats avec un coût en temps et moyens financiers faibles par rapport aux envois postaux. A notre connaissance, c'est la 1<sup>ère</sup> étude sur cette thématique dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine. Comparativement aux enquêtes similaires<sup>37,41</sup> sur les connaissances et les pratiques des médecins au regard de l'interrelation des maladies systémiques et parodontales, nous avons pu appréhender le concept d'interprofessionnalité qui prend tout son sens dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Notre étude semble montrer une volonté des médecins généralistes de faire évoluer leur pratique dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Les médecins répondants ont exprimé leur intérêt pour cette étude avec une très faible proportion de questionnaires incomplets (14/110). En effet, ce type de questionnaire mobilisant des connaissances et portant regard sur ses pratiques peut s'avérer fastidieux.

Cependant, certaines limites méthodologiques peuvent être mentionnées concernant cette étude. Il existe en effet un biais de sélection car les praticiens qui ont bien voulu répondre à notre étude sont des

praticiens intéressés par le sujet. Le nombre de participants limité peut amener à un manque de puissance. Un biais d'hétérogénéité peut exister de par la localisation géographique des médecins généralistes. En effet, tous les conseils de l'ordre des médecins des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle Aquitaine n'ont pas accepté de diffuser notre questionnaire. Il n'a donc pas été possible d'avoir un échantillon représentatif pour chaque département. Nous avons recueilli principalement des réponses du département de l'Allier et des médecins maîtres de stage de la région Limousin (Creuse, Corrèze, Haute-Vienne). La diffusion a été l'une des principales difficultés lors de cette enquête. En effet, il n'a pas été possible de connaître le nombre de médecins à qui a été envoyé le questionnaire. Pour ce qui concerne les biais de mesure, l'usage de questions fermées avec une échelle de Likert a limité les possibilités d'analyses quantitatives.

Notre étude intègre des médecins des deux sexes avec 40% de médecins âgés de moins de 40 ans et une volonté de la quasi-totalité des médecins généralistes de se former. Près de la moitié des médecins déclare avoir reçu un enseignement sur la santé de la bouche, des gencives ou des dents ; ce qui peut être mis en corrélation avec le fait que près de la moitié des médecins répondants a suivi la formation initiale à la faculté de Limoges. La majorité des médecins exerce en secteur rural et semi-rural contre une faible proportion (13%) en milieu urbain. L'exercice en cabinet de groupe prédomine (68%) avec toutefois une faible proportion d'intégration d'un chirurgien-dentiste au sein de la structure (14%). Ce constat rejoint une observation de l'URPS des chirurgiens-dentistes Pays de la Loire et pose question sur l'interprofessionnalité dans la prise en charge globale du patient <sup>42</sup>. L'exercice regroupé et coordonné des professionnels de santé au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles attire de plus en plus de professionnels de santé. La typologie des professions impliquées dans les projets révèle que les chirurgiens-dentistes libéraux ne font pas systématiquement partie des équipes pluriprofessionnelles de soins. C'est pourquoi l'URPS, soutenue par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, organise des réunions d'information avec pour objectifs d'améliorer la connaissance du métier, de la pratique de la médecine bucco-dentaire et des interactions avec la pratique et l'exercice d'autres professions de santé.

Pour plus d'1/3 des médecins, la proportion de patients en ALD est significative (21 à 40%) avec une part importante de personnes âgées de plus de 60 ans (41% à 60%). Ces résultats sont liés à l'exercice en milieu rural et semi-rural pour la plupart des médecins interrogés en sachant que la Nouvelle-Aquitaine est la région la plus âgée de France et que les maladies chroniques augmentent avec le vieillissement de la population <sup>43</sup>. Les médecins généralistes déclarent trois pathologies chroniques les plus fréquemment prises en charge avec au 1<sup>er</sup> plan le syndrome métabolique (34%), au 2<sup>nd</sup> plan les maladies cardio-vasculaires (32%) puis le diabète (30%).

Malgré les données de la littérature sur les maladies systémiques et parodontites, notre enquête montre un manque de connaissances des médecins généralistes et un enseignement insuffisant à ce sujet. Bien que la connaissance de la maladie parodontale apparaisse plus significative en secteur rural, 40% des médecins déclarent ne pas vraiment en connaître la définition. Ce défaut de connaissances peut s'expliquer par le fait que près de la moitié des médecins affirment ne pas avoir reçu un enseignement sur la santé de la bouche, des dents des gencives pendant leur cursus. Malgré tout, les médecins généralistes identifient essentiellement 4 maladies systémiques comme ayant un lien avéré avec les maladies parodontales : le diabète, le syndrome métabolique, le cancer ou encore les maladies cardiovasculaires. Mais les 3/4 des médecins pensent qu'il n'y a pas de lien entre maladies parodontales et maladies respiratoires chroniques. Ces résultats sont quasi similaires à ceux d'une enquête réalisée en 2015 en région Midi-Pyrénées avec cependant une différence pour le syndrome métabolique qui avait été peu identifié comme lié aux maladies parodontales <sup>37</sup>.

Notre étude montre que la relation diabète/maladie parodontale est la plus connue des médecins généralistes. Ce résultat peut s'argumenter par le fait que le lien avec le diabète est le plus documenté dans la littérature. En effet, le diabète est un facteur de risque avéré des maladies parodontales<sup>44</sup> et fait partie des rares maladies systémiques pour lesquelles le chirurgien-dentiste apparaît comme professionnel de santé impliqué dans le parcours de soins. La maladie parodontale est aussi considérée comme pouvant influencer l'équilibre glycémique<sup>45</sup>. Selon l'OMS, le diabète ainsi que la maladie parodontale sont deux pathologies avec une forte prévalence mondiale. Le diabète touche aujourd'hui près de 3,5 millions de personnes en France<sup>46</sup>. Le patient diabétique a trois fois plus de risque de développer une parodontite<sup>47</sup>, ce qui en fait la 6<sup>ème</sup> complication du diabète après les rétinopathies, les néphropathies, les neuropathies, les maladies cardio-vasculaires ainsi que le défaut ou l'altération de cicatrisation des plaies (OMS). Le lien bidirectionnel entre les maladies parodontales et le diabète est déjà bien établi<sup>10</sup>; chacune des pathologies ayant une influence délétère sur l'autre. Pour cela, les médecins généralistes doivent avoir connaissance de cette double relation pour prendre en charge au mieux leurs patients diabétiques et savoir adresser à leurs confrères chirurgiens-dentistes.

Après le diabète, une majorité de médecins généralistes déclare connaître l'existence d'un lien entre syndrome métabolique et maladie parodontale. Le syndrome métabolique ne se définit pas comme étant une maladie mais se traduit par la présence de plusieurs troubles physiologiques et biochimiques. Il est caractérisé par la présence d'une obésité abdominale avec en plus, au minimum, deux des facteurs suivants : Hypertriglycémie, Hypertension artérielle, Hyperglycémie. Les paramètres du syndrome métabolique, en particulier l'obésité abdominale, seraient associés à la parodontite par ricochet à l'action de l'insulino-résistance car elle est responsable à la fois des perturbations liées à la glycémie et aux dyslipidémies<sup>48</sup>. Comme pour le diabète, il existe une relation bidirectionnelle. Des études ont montré une forte association entre la sévérité de la maladie parodontale et la présence d'un syndrome métabolique<sup>49</sup>. Cependant l'âge, le tabagisme, l'activité physique et la consommation d'alcool sont des facteurs de confusion, possible biais des différentes études sur le sujet. Malgré cette faiblesse des études, systématiser l'examen de la bouche ainsi qu'un bref interrogatoire au cours de la consultation médicale permettrait sûrement d'améliorer la prise en charge de ces patients.

L'étude a montré que la moitié des médecins interrogés déclarait ne pas connaître le lien entre maladies parodontales et maladies cardiovasculaires. Ce résultat est quasi similaire à celui de l'étude de 2015 dans la région Midi-Pyrénées (54%). Pourtant les risques d'endocardite infectieuse dus à des foyers infectieux bucco-dentaires sont bien connus avec des recommandations émises par la Société Française de Chirurgie Orale en 2012 sur la nécessité d'un suivi deux fois par an chez le chirurgien-dentiste des patients à risque d'endocardite infectieuse. A noter qu'au sein de l'argumentaire de ces recommandations figure un paragraphe sur les maladies parodontales<sup>50</sup>. Plusieurs études épidémiologiques<sup>18</sup> ont observé que les patients atteints de maladies parodontales avaient plus de risque de présenter une maladie cardiovasculaire (MCV) avec un risque augmenté de mortalité et de complications dues aux MCV chez les patients atteints de parodontite sévère. Toutefois, un traitement parodontal diminuerait le risque de MCV<sup>51</sup>. La relation entre ces deux pathologies semble être en faveur d'un effet de la parodontite sur les maladies cardiovasculaires. Cependant cette interrelation est à nuancer du fait de l'existence de nombreux facteurs de risques communs entre ces deux pathologies chroniques (âge, tabac, diabète, dyslipidémie, stress, milieu socio-économique...).

Comme pour les maladies cardiovasculaires, une part importante de médecins n'identifie pas de lien entre cancers et maladies parodontales. Pourtant les maladies parodontales semblent associées avec le risque de cancer notamment pour certaines localisations comme les cancers de la tête et du cou, de l'œsophage, du poumon, du rein, du pancréas et les cancers hématologiques<sup>52</sup>. Plusieurs mécanismes plaident en faveur de cette association, notamment l'inflammation chronique, la nutrition déséquilibrée et l'infection avec certains pathogènes oraux. Il est possible que des bactéries parodonto-pathogènes puissent servir à initier ou promouvoir le développement tumoral, analogue à l'association du cancer

gastrique avec l'infection à *Helicobacter pylori* <sup>53</sup>. Dans notre étude, on peut émettre l'hypothèse que le lien connu entre cancer et maladie parodontale est celui concernant le carcinome épidermoïde qui est le plus fréquent des cancers de la cavité orale. Selon l'OMS, il représente à lui seul 90% des cancers oraux. Après la prise en compte de facteurs de confusion potentiels (alcool, tabac), le mauvais état bucco-dentaire reste un facteur de risque significatif et indépendant de cancer <sup>54</sup>. Les visites de contrôle régulières semblent diminuer le risque de cancer de la tête et du cou comparativement avec l'absence de suivi dentaire ou le suivi irrégulier <sup>51</sup>. Dans ce contexte de cancer, le lien peut être fait aussi avec la prise de certaines molécules thérapeutiques (chimiothérapie anticancéreuse). En effet, de nombreux médicaments perturbent le métabolisme tissulaire ou le fonctionnement du système immunitaire et peuvent avoir des effets indésirables bucco-dentaires plus ou moins graves pour lesquels les médecins généralistes sont amenés à surveiller leur apparition, à les traiter et à évaluer leur évolution.

Au vu des résultats de notre enquête, le lien entre maladies parodontales et maladies respiratoires chroniques reste le moins connu. Pourtant, la parodontite pourrait augmenter le risque de développer ou d'aggraver les pneumonies bactériennes et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) ; notamment les patients âgés et ou ayant une mauvaise hygiène bucco-dentaire seraient 4,5 fois plus touchés <sup>52</sup>. Lorsque des soins d'hygiène orale sont instaurés, le risque de mortalité est trois fois moins élevé que lorsque ces soins ne sont pas réalisés ; tout en tenant compte des facteurs de risque associés (âge, fonction cognitive...) <sup>55</sup>.

Les médecins généralistes soulignent quatre facteurs de risque des maladies parodontales : le tabac, la mauvaise hygiène bucco-dentaire, l'alcool et le diabète. Des facteurs de risque que partagent les maladies systémiques et parodontales. Le tabac et l'alcool sont des facteurs étiologiques prédominants des cancers notamment buccaux. De même, les fumeurs sont 2 à 7 fois plus exposés que les non-fumeurs à développer des maladies parodontales. Le tabac altère le potentiel de cicatrisation, accélère la destruction parodontale et favoriserait la formation de tartre par modification qualitative et quantitative de la salive. Le tabac et le diabète sont actuellement considérés comme étant les deux principaux facteurs de risque parodontal. Selon la nouvelle « Classification des Conditions et Maladies Parodontales et Péri-implantaires », l'impact de facteurs environnementaux comme la consommation tabagique et des critères médicaux (diabète) module le diagnostic des maladies parodontales <sup>56</sup>. L'hygiène bucco-dentaire, en se basant sur un indice de plaque dentaire, contribue à l'évolution des maladies parodontales qui interagissent avec des maladies chroniques <sup>52</sup>.

Le stress est par contre peu identifié par les médecins comme facteur de risque. Pourtant, le stress est à l'origine de mécanismes hormonaux provoquant une dépression du système immunitaire et une libération de molécules pro-inflammatoires qui entraînent une susceptibilité accrue aux parodontites et aux infections générales <sup>57</sup>. Aussi, le stress peut contribuer à un changement de comportement (mauvais contrôle de plaque dentaire, consommation de tabac, d'alcool, absence de suivi médical,...) défavorable à la santé orale et générale.

Bien que la présence de maladies parodontales ne représente que l'un des facteurs de risque de survenue, d'entretien ou d'aggravation de certaines pathologies systémiques, la connaissance du lien avec la santé générale paraît essentielle à la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques dont l'objectif est la prévention de l'apparition et de l'aggravation de maladies systémiques. Ces maladies chroniques partagent des mécanismes physio-pathogéniques (voie inflammatoire, voie infectieuse) et des facteurs de risque communs. Ainsi, les programmes de sevrage du tabac, de l'alcool, de dépistage des cancers buccaux, ou encore la sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire tout comme l'orientation et le suivi régulier du patient chez le chirurgien-dentiste sont quelques exemples par lesquels les médecins généralistes peuvent avoir un rôle à jouer avec un impact sur la santé générale.

Alors que les médecins généralistes possèdent des connaissances sur les liens potentiels entre certaines maladies systémiques et les maladies parodontales, notre étude montre que la recherche de signes cliniques parodontaux auprès des patients atteints de maladies systémiques n'est pas une pratique habituelle. Seuls 20% des médecins déclarent rechercher toujours ou souvent des symptômes tels que un saignement, un gonflement des gencives ou encore une halitose; des signes qui témoignent de la présence d'une inflammation parodontale et d'une atteinte possiblement des tissus parodontaux. Pour 7 médecins sur 10, l'examen bucco-dentaire ne rentre pas dans le bilan médical des patients atteints de maladies chroniques. Toutefois, la majorité des médecins déclare réaliser un examen bucco-dentaire face à certaines situations telles que la présence d'une douleur dentaire, d'une infection ou pathologie de la muqueuse buccale, lors de suites opératoires ou de traumatisme bucco-dentaire. Cet examen est réalisé pour les patients qui présentent des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez le dentiste ou lorsque le médecin n'a pas de correspondant chirurgien-dentiste. Les  $\frac{3}{4}$  des médecins disent ne jamais ou rarement adresser leurs patients atteints de maladies chroniques à un chirurgien-dentiste. Pour autant, la prévention occupe une place de plus en plus importante dans la pratique des médecins généralistes. Elle fait partie de l'éducation thérapeutique du patient et souvent la parole du médecin y est à elle seule un facteur motivant la consultation chez le dentiste <sup>58</sup>.

Parallèlement, près de la moitié des praticiens ont conscience de l'importance de la prise en charge bucco-dentaire puisqu'ils interrogent leurs patients sur le suivi prévu chez leur dentiste et donnent des conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire. Pour la grande majorité des médecins, le temps nécessaire à l'examen bucco-dentaire et l'absence de valorisation financière ne semblent pas être des freins à sa réalisation chez les patients atteints de maladies systémiques. Plus de la moitié des médecins répondants considèrent comme un obstacle, leur manque de connaissances, les difficultés à avoir un chirurgien correspondant et le fait que la prise en charge bucco-dentaire relève du rôle du chirurgien-dentiste. Ce constat se retrouve également dans d'autres études <sup>37,41</sup> où les médecins expriment leur manque de formation dans ce domaine que ce soit dans le cursus initial ou en formation continue. Une étude sur la relation médecin généraliste/ chirurgien-dentiste <sup>38</sup> souligne que la moitié des médecins estiment « *ne pas avoir les compétences pour diagnostiquer, adresser chez le dentiste, que ce n'est pas de leur rôle, le patient reste libre de son praticien* », et refusent par ailleurs de cautionner une forme d'assistantat du patient qui peut renoncer aux soins dentaires pour diverses raisons « *coût du traitement, peur d'avoir mal, ce n'est pas une priorité..* ». Dans une étude réalisée en 2019 dans les Hauts de France, l'expérience pratique acquise avec le temps et les expériences personnelles vécues par les médecins (consultation régulière chez un dentiste, présence d'une maladie parodontale) influenceraient les pratiques professionnelles. Les médecins consultants eux-mêmes un chirurgien-dentiste ou atteints d'une maladie parodontale effectueraient plus fréquemment un examen de la bouche et seraient plus attentifs aux symptômes des maladies buccales. Ainsi, le niveau de connaissances et l'expérience clinique ou personnelle pourraient permettre aux médecins de mieux appréhender l'importance de la santé parodontale et son impact sur la santé générale <sup>59</sup>.

La connaissance du lien entre maladies parodontales et systémiques parfois bidirectionnelle justifie pleinement l'intérêt d'une collaboration étroite entre médecins et chirurgiens-dentistes. Cela implique pour les médecins généralistes d'envisager de nouvelles pratiques au cours de la consultation médicale et de soutenir l'approche pluridisciplinaire. La démarche de soins nécessite de plus en plus de professionnels de santé dont les compétences diversifiées sont requises pour une prise en charge optimale du patient. Le droit du patient à cette prise en charge globale implique la responsabilité de tous les professionnels et plus spécifiquement une implication du médecin généraliste tant dans les domaines de prévention, du dépistage, du traitement que de la continuité des soins.

Le médecin généraliste reste le coordinateur principal des soins garant de la qualité de la prise en charge. Comme le dit si bien Hannah Arendt « *le mal, c'est de ne pas dans une action, envisager les conséquences pour l'autre* » <sup>60</sup>. Le médecin généraliste établit le 1<sup>er</sup> contact du patient avec le système

de santé. A ce titre, il joue un rôle essentiel dans l'information, l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques. De plus, son rôle de coordinateur dans la prise en charge globale du patient lui permet de prendre contact avec des professionnels de santé, de communiquer, de partager des informations concernant le patient. Il est primordial pour le médecin généraliste après avoir détecté un problème bucco-dentaire d'adresser son patient au chirurgien-dentiste. Inversement, comme les pathologies systémiques ont des répercussions bucco-dentaires, il est essentiel pour le chirurgien-dentiste d'orienter le patient vers son médecin généraliste au moindre doute. Dans ce contexte, le concept d'interprofessionnalité prend tout son sens comme peut le souligner E Levinas : « nous sommes entourés d'êtres et de choses avec lesquelles nous entretenons des relations. Par la vue, le toucher, par la sympathie, par le travail en commun nous sommes avec les autres »<sup>61</sup>.

Néanmoins, notre étude montre que la majorité des médecins généralistes de l'échantillon déclarent être peu sollicités par les chirurgiens-dentistes pour leurs patients. Ces données sont en décalage avec une étude française de 2008<sup>58</sup> qui indique que la coopération entre les deux professionnels de santé est principalement à l'initiative des chirurgiens-dentistes ; les médecins généralistes jugeant l'importance de l'échange interprofessionnel comme mineure. Il s'agit d'une relation sporadique qui répond plus à un principe de précaution qu'à une démarche de prévention. Chaque soignant se borne à sa pratique et à ses habitudes empêchant des actes de prévention et de dépistage coordonnés.

Cette insuffisance de collaboration interprofessionnelle peut être corrélée avec le fait que la moitié des médecins révèle ne pas avoir de correspondant chirurgien-dentiste. L'évolution démographique des chirurgiens-dentistes peut à la fois expliquer ce manque de correspondant et la difficulté des patients à obtenir un rendez-vous. Dans ce contexte, il devient alors compliqué de conseiller, d'orienter ou même de suivre les patients ayant des besoins complexes en santé bucco-dentaire. C'est pourquoi, face aux poids des maladies bucco-dentaires, aux difficultés d'accès aux soins et à l'insuffisance des connaissances des médecins généralistes, des universités américaines développent des programmes de formation dans le but d'impliquer les médecins de 1<sup>er</sup> recours dans la prévention bucco-dentaire, le dépistage des affections de la cavité buccale dont on sait que le pronostic est directement en lien avec la précocité du diagnostic et la mise en œuvre du traitement.<sup>33,36</sup>

L'enquête a montré une volonté des médecins répondants d'améliorer la prise en charge globale des patients atteints de maladies systémiques. En effet, la grande majorité d'entre eux expriment leur souhait de bénéficier d'une formation dans le domaine de la santé bucco-dentaire et sont favorables à la systématisation d'un bilan bucco-dentaire dans l'examen médical des patients atteints de maladies chroniques. Les médecins généralistes évoquent les conditions nécessaires pour cette intégration comme l'information des patients et l'exercice pluriprofessionnel.

Rapprocher les professionnels dans leur pratique implique, en effet, de les rapprocher lors de leurs formations initiales et continues. Des universités se penchent actuellement sur cette question<sup>62</sup>. Sensibiliser les médecins généralistes par des formations continues ou encore l'immersion des étudiants en médecine dans les services d'odontologie permettrait une prise en charge plus efficace de certaines pathologies<sup>36</sup>. Pour l'information du patient, une enquête UFSBD/Pierre Fabre Oral Care a révélé que, d'une manière générale, les patients n'identifient pas l'impact des maladies parodontales sur leur santé générale. Ils ont également une très faible prise de conscience des symptômes et des signaux d'alerte. De là, il est difficile de s'impliquer dans une prise en charge si on n'a pas été soi-même sensibilisé. Les maladies chroniques imposent, pour reprendre les termes du professeur Grimaldi, de passer à une « troisième médecine », c'est-à-dire à celle « de la prévention individuelle et du traitement de maladies » où, pour se soigner, le patient doit devenir actif et adopter de nouveaux comportements<sup>30</sup>. Ainsi, créé il y a plus de 10 ans par l'assurance maladie, le service d'accompagnement Sophia dans l'éducation thérapeutique a pour ambition d'aider les personnes ayant une maladie chronique (diabète, asthme) à mieux vivre au quotidien en connaissant mieux leur

maladie et ses traitements afin de favoriser une meilleure observance et limiter les risques de complications en adaptant leurs habitudes de vie. Toutefois, l'inscription au service Sophia repose sur une démarche volontaire du patient et là, le rôle du médecin généraliste est essentiel pour le sensibiliser à l'intérêt de ce service <sup>63</sup>.

Les médecins généralistes semblent motivés pour modifier leur mode de fonctionnement avec l'exercice pluriprofessionnel. L'interprofessionnalité reste un concept difficile à transposer dans la vie professionnelle. Chacun a conscience de la nécessité d'une prise en charge globale mais la communication insuffisante entre médecin généraliste et chirurgien-dentiste rend sa mise en œuvre difficile hors « *la communicabilité suppose très clairement une communauté d'hommes à qui s'adresser, qui écoutent et qu'on peut écouter* » <sup>60</sup>. De nouveaux modes d'organisation de soins tels que les réseaux de santé, les pôles de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires peuvent encourager la communication entre les différents professionnels en incluant des actions de prévention, d'éducation à la santé et de formation. Au-delà des séances de formation formelle, le partage de connaissances ou d'informations dans l'objectif d'une meilleure prise en charge peut se faire aussi par le biais de courriers, de la mise en place du Dossier Médical Partagé voir de la télémédecine. Certes, ces nouveaux modes d'exercice ouvrent des opportunités pour développer le travail en équipe et la coordination des soins autour du patient, mais suffiront-ils à eux seuls à effacer les préjugés dans les mentalités des praticiens ?.

Dans notre étude, on constate que pour un quart des médecins, un financement spécifique peut être un levier pour systématiser l'examen bucco-dentaire dans le bilan médical des patients. On pourrait alors envisager d'intégrer cet acte de dépistage parmi les indicateurs de la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) pour le suivi des maladies chroniques <sup>64</sup>. Ce dispositif, existant depuis 2011, contribue à faire évoluer les pratiques des médecins généralistes. D'ailleurs, la progression observée entre 2012-2015 a été de 10 points pour le suivi des pathologies chroniques. Ainsi, la convention médicale de 2016, en modifiant les indicateurs selon les recommandations médicales, permettrait de renforcer leur impact sur la qualité des pratiques et l'efficacité des soins dans la prise en charge des maladies chroniques.

## 5. Conclusion

La parodontite, 6<sup>ème</sup> pathologie la plus répandue dans le monde, pourrait être considérée comme un marqueur de l'état de santé général. Du fait de l'interrelation complexe entre santé orale et santé générale, il est essentiel d'aborder la maladie parodontale chez le patient atteint de maladie chronique par une approche pluridisciplinaire. Ce concept d'interprofessionnalité permet d'inclure les maladies bucco-dentaires dans les programmes de prévention et de lutte contre les maladies systémiques. Elles peuvent être prévenues et traitées efficacement en adoptant une approche basée sur les facteurs de risque communs. La modification des facteurs de risques comportementaux (stress, hygiène dentaire et alimentaire, tabagisme, consommation d'alcool, surpoids...) participe à une prise en charge globale, c'est donc pour cela qu'il doit exister une réelle alliance pluridisciplinaire entre les différents professionnels de santé.

Notre étude montre que la majorité des médecins sont favorables à faire évoluer leur pratique dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Le dépistage des maladies parodontales pourrait être intégré utilement au bilan médical. Pour cela, il paraît nécessaire de réaliser à la fois des actions de formation initiale et continue auprès des médecins généralistes, des actions d'information auprès des patients et de prévoir des dispositifs facilitateurs. Ainsi, la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques pourrait être améliorée, permettant d'éviter une perte de chance en matière de rétablissement ou de maintien d'une bonne santé bucco-dentaire et générale.

## 6. Bibliographie

1. Ménard,C ;Grizeau-Clemens,D ; Wemaere,J. Santé bucco-dentaire des adultes. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD). Evolutions. 2016 ; (35) :1-10.
2. Dossier-UFSBD-La-Prévention-bucco-dentaire-en-France-un-tournant-à-p-.pdf [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/DossierUFSBD-La-Pr%C3%A9vention-bucco-dentaire-en-France-un-tournant-%C3%A0-p-.pdf>.
3. Vergnes J.-N., Nabet C. « Quelle relation entre santé bucco-dentaire et santé générale ? », La Santé de l'homme. INPES. 2012 ;(417) : 7-8.
4. Guide de promotion de la santé bucco-dentaire [Internet]. 2014. Disponible sur : <http://www.sante.gov.ma/Documents/GuideFinal.pdf>.
5. ADF - Association Dentaire Française - Maladies parodontales [Internet]. Disponible sur: <https://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/maladies-parodontales>.
6. OMS. Santé bucco-dentaire [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
7. Guide de promotion de la santé bucco-dentaire [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.sante.gov.ma/Documents/GuideFinal.pdf>.
8. RappPersagéesfinal15octobre2006 - Prevention\_bucco-dentaire\_chez\_les\_personnes\_agees.pdf [Internet]. Disponible sur: [http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention\\_bucco-dentaire\\_chez\\_les\\_personnes\\_agees.pdf](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf).
9. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Periodontol. 2018;89 Suppl 1:S159-72.
10. Bouchard P. Parodontologie et dentisterie implantaire. Médecine parodontale. Volume 1. Paris: Lavoisier-Médecine sciences. 2014. 682 p.
11. OMS | L'OMS publie un nouveau rapport sur les maladies bucco-dentaires dans le monde [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/fr/>.
12. Martegoutte A. Parodontite et maladies systémiques : l'information du patient au service de la prévention [Thèse d'exercice] [Internet]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1005/>.
13. La prévention bucco-dentaire en France un tournant à prendre. [Internet]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Dossier-UFSBD-La-Pr%C3%A9vention-bucco-dentaire-en-France-un-tournant-%C3%A0-p-.pdf>.

14. Global Periodontal Health Project. La santé parodontale et les parodontopathies : un guide pratique pour alléger la charge mondiale de morbidité des maladies parodontales. [Internet]. Disponible sur: <https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/resources/gphp-2018-toolkit-fr.pdf>.
15. OMS | Maladies non transmissibles [Internet]. WHO. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/fr/).
16. Yang S, Zhao LS, Cai C, Shi Q, Wen N, Xu J. Association between periodontitis and peripheral artery disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 6 juill 2018 ; 18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6035462/>.
17. Carrizales-Sepúlveda EF, Ordaz-Farías A, Vera-Pineda R, Flores-Ramírez R. Periodontal Disease, Systemic Inflammation and the Risk of Cardiovascular Disease. *Heart Lung Circ*. nov 2018; 27(11):1327-34.
18. Zeng X-T, Leng W-D, Lam Y-Y, Yan BP, Wei X-M, Weng H, et al. Periodontal disease and carotid atherosclerosis: A meta-analysis of 17,330 participants. *Int J Cardiol*. 15 janv 2016;203:1044-51.
19. Kaura Parbhakar K, Rosella LC, Singhal S, Quiñonez CR. Acute and chronic diabetes complications associated with self-reported oral health: a retrospective cohort study. *BMC Oral Health*. 7 mars 2020;20(1):66.
20. Juncar RI, Precup AI, Juncar M. Odontogenic inflammatory lesions in patients with type 2 diabetes mellitus: A prospective study of 128 cases. *Niger J Clin Pract*. mars 2020;23(3):298-303.
21. Chang Y, Lee JS, Lee K-J, Woo HG, Song T-J. Improved oral hygiene is associated with decreased risk of new-onset diabetes: a nationwide population-based cohort study. *Diabetologia*. mai 2020;63(5):924-33.
22. Lamster IB, Pagan M. Periodontal disease and the metabolic syndrome. *International Dental Journal*. 2017;67(2):67-77.
23. Srivastava MC, Srivastava R, Verma PK, Gautam A. Metabolic syndrome and periodontal disease: An overview for physicians. *J Family Med Prim Care*. nov 2019;8(11):3492-5.
24. Michaud DS, Fu Z, Shi J, Chung M. Periodontal Disease, Tooth Loss, and Cancer Risk. *Epidemiol Rev*. 01 2017;39(1):49-58.
25. Michaud DS, Liu Y, Meyer M, Giovannucci E, Joshipura K. Periodontal disease, tooth loss, and cancer risk in male health professionals: a prospective cohort study. *Lancet Oncol*. juin 2008;9(6):550-8.
26. Moghadam SA, Shirzaiy M, Risbaf S. The Associations between Periodontitis and Respiratory Disease. *J Nepal Health Res Counc*. janv 2017;15(1):1-6.

27. Spiropoulou A, Zareifopoulos N, Bellou A, Spiropoulos K, Tsalikis L. Review of the association between periodontitis and chronic obstructive pulmonary disease in smokers. *Monaldi Arch Chest Dis*. 20 mars 2019;89(1).
28. Santé bucco-dentaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
29. adsp n° 72 - Les maladies chroniques [Internet]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=112>.
30. Les maladies chroniques | Travaux Publiés | Travaux du CESE [Internet]. Disponible sur: <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-maladies-chroniques>.
31. Dow AW, Thibault GE. Interprofessional Education - A Foundation for a New Approach to Health Care. *The New England journal of medicine*. 2017; 377: 803-805.
32. Chan S, Pasternak GM, West MJ. The place of periodontal examination and referral in general medicine. *Periodontol 2000*. 2017; 74(1):194-9.
33. Madrid .C; Bouferrache. K. Moller. P. Pourquoi voir un docteur ? C'est un dentiste qu'il vous faut ! Santé buccale et médecine de premier recours : quels enjeux ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. 2006. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-89/31833>.
34. Weber E. Problèmes posés par les pathologies bucco-dentaires aux médecins généralistes mosellans [Thèse d'exercice] [Internet]. Université de Lorraine; 2017. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932364>.
35. Jaffiol C, Godeau P, Grosbois B. Prise en charge des maladies chroniques : redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. 1 juin 2016; 200(6):1225-40.
36. Chen I. The Surgeon General's report on oral health: implications for research and education. *N Y State Dent J*. nov 2000; 66(9):38-42.
37. Vachon C. Maladies parodontales et maladies systémiques : enquête sur les connaissances et les pratiques des médecins généralistes de Midi-Pyrénées en 2015 [Thèse d'exercice] [Internet]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/906/>.
38. Bontemps F. Relations entre les médecins généralistes et les chirurgiens-dentistes [Thèse d'exercice] [Internet]. Paris Descartes; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01113981>.
39. HCSP. Avis stratégie nationale de santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis\\_hcsp\\_sns\\_31072017-vdef.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_hcsp_sns_31072017-vdef.pdf).
40. Ramos RQ, Bastos JL, Peres MA, Ramos RQ, Bastos JL, Peres MA. Diagnostic validity of self-reported oral health outcomes in population surveys: literature review. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. sept 2013;16(3):716-28.

41. Delatre V. Interrelation entre maladies systémiques et parodontites : connaissances et pratiques des médecins généralistes de la région Hauts-de-France [Thèse d'exercice]. [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-14345>.
42. URPS des Chirurgiens- Dentistes des Pays de la Loire Information dans les maisons de santé pluri-professionnelles. [Internet]. Disponible sur: <https://www.urpscdpdl.org/maison-sante-pluriprofessionnelle/>.
43. INSEE. En Nouvelle-Aquitaine, des personnes âgées dépendantes toujours plus nombreuses d'ici 2030. Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine N°85. [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4294178>.
44. UFSBD. Nouvelle classification des maladies parodontales : il faut s'y mettre !. Pratiques dentaires N°34. [Internet]. Disponible sur : [http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2019/06/EXE-Pratiques\\_Dentaires\\_34-WEB.pdf](http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2019/06/EXE-Pratiques_Dentaires_34-WEB.pdf).
45. Haute Autorité de Santé. Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2012494/fr/prevention-et-depistage-du-diabete-de-type-2-et-des-maladies-liees-au-diabete).
46. Mertens B. Diabète et maladies parodontales. *Inf Dent*. 2015; (12):38-44.
47. Naruse K. Diabetes and periodontal disease: What should we learn next? *J Diabetes Investig*. 2014; 5(3):249–50.
48. Chaffee BW, Weston SJ. Association between chronic periodontal disease and obesity: a systematic review and meta-analysis. *J Periodontol*. déc 2010;81(12):1708-24.
49. D'Aiuto F, Sabbah W, Netuveli G, Donos N, Hingorani AD, Deanfield J, et al. Association of the metabolic syndrome with severe periodontitis in a large U.S. population-based survey. *J Clin Endocrinol Metab*. oct 2008;93(10):3989-94.
50. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. *Med Buccale Chir Buccale*. août 2012;18(3):251-314.
51. Anagnostou F, Jazouli LI, Cohen N, Azogui-Lévy S. Maladies parodontales et état de santé général. *EMC -Traité de Médecine AKOS*. 2011;6(2):1–6.
52. Radoï L , Veille-Finet A , Dupuis V , Folligie M. Impact de l'état bucco-dentaire sur la santé générale : actualisation des connaissances. *La Revue de Gériatrie*. 2016; 41(5):5 -16.
53. Fitzpatrick SG, Katz J. The association between periodontal disease and cancer: a review of the literature. *J Dent*. févr 2010;38(2):83-95.
54. Chang JS, Lo H-I, Wong T-Y, Huang C-C, Lee W-T, Tsai S-T, et al. Investigating the association between oral hygiene and head and neck cancer. *Oral Oncol*. oct 2013;49(10):1010-7.

55. Müller F. Oral Hygiene Reduces the Mortality from Aspiration Pneumonia in Frail Elders. *J Dent Res.* mars 2015; 94(3 Suppl):14S-16S.
56. Tonetti MS, Sanz M. Implementation of the new classification of periodontal diseases: Decision-making algorithms for clinical practice and education. *Journal of Clinical Periodontology.* 2019;46(4):398-405.
57. Goyal S, Gupta G, Thomas B, Bhat KM, Bhat GS. Stress and periodontal disease: The link and logic!! *Ind Psychiatry J.* janv 2013;22(1):4-11.
58. Tenenbaum A. La relation médecin chirurgien-dentiste dans la prise en charge du patient: les évolutions nécessaires. Analyse dans le cadre d'un réseau de santé | *Ethique et Santé - Réseau Rodin* [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/?q=node/302>.
59. Lin H, Zhang H, Yan Y, Liu D, Zhang R, Liu Y, et al. Knowledge, awareness, and behaviors of endocrinologists and dentists for the relationship between diabetes and periodontitis. *Diabetes Res Clin Pract.* déc 2014;106(3):428-34.
60. Hannah ARENDT, Juger, Ed du seuil, 1991, 225p.
61. Emmanuel LEVINAS, *Ethique et Infini*, livre de poche, 1982, 121p.
62. Chirugiens-dentistes. Unité Mixte de Formation Continue en Santé [Internet]. Disponible sur: <https://umfcs.univ-amu.fr/notre-catalogue/par-metier/chirugiens-dentistes>.
63. ameli.fr. Le service sophia de l'Assurance Maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/sophia/service-sophia-assurance-maladie>.
64. ameli.fr. La rémunération sur objectifs de santé publique pour le médecin (La Rosp). [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>.

## 7. Annexes

### 7.1. Annexe 1 : Questionnaire destiné aux médecins généralistes

## **Prise en charge des maladies parodontales chez les patients atteints de maladie chronique**

### **Bienvenue dans Mon sondage.**

Dans le cadre de ma thèse d'exercice traitant de la prise en charge des maladies parodontales chez les patients atteints de maladies chroniques, nous vous proposons de répondre au questionnaire suivant de façon individuelle. Pour que cette étude trouve tout son sens, nous aimerions recueillir un maximum de réponses. Cependant, vous êtes libre d'accepter ou non d'y participer. Les données récoltées seront traitées de façon anonyme, elles permettront de réaliser des analyses statistiques et l'accès aux données sera sécurisé. Il est également possible de participer mais de s'abstenir de répondre pour les questions de votre choix. Nous vous remercions pour votre participation.

# Prise en charge des maladies parodontales chez les patients atteints de maladie chronique

## Q1- Informations générales

1. Vous êtes ?

Un homme

Une femme

2. Quel est votre âge ?

<30 ans

30 à 40 ans

41 à 50 ans

51 à 60 ans

>60 ans

3. Quelle est l'université d'obtention de votre diplôme?

Autre (veuillez préciser)

4. Dans quel type de secteur exercez -vous ?

- Urbain
- Semi -rural
- Rural

5. Exercez-vous ?

- Seul
- En groupe (hors MSP)
- En MSP (Maison de Santé Pluridisciplinaire)

6. Si vous exercez en groupe ou en MSP, un chirurgien-dentiste est-il intégré à l'équipe ?

- Oui
- Non
- Non concerné

7. De quand date votre dernière participation à une/des journée(s) de formation continue ?

- < 1 an
- 1 à 2 ans
- 3 à 4 ans
- 5 ans et plus

8. Pendant vos études, avez-vous bénéficié d'un enseignement sur la santé de la bouche, des gencives ou des dents ?

Non

Oui

## Q2- Profil de patientèle

1. Dans votre patientèle, quelle est la proportion de patients en ALD atteints de maladies chroniques ?

≤ 10%

11 à 20%

21 à 40%

41 à 60%

61 à 80%

plus de 80%

2. Dans votre patientèle, quelle est la proportion de patients âgés de plus de 60 ans ?

≤ 10%

11 à 20%

21 à 40%

41 à 60%

61 à 80%

plus de 80%

3. Pour les patients de votre cabinet, classez ,en les numérotant de 1 à 5 les pathologies chroniques non transmissibles, les plus fréquentes.

☰	▾	Diabète (type 1 et 2)
☰	▾	Maladies cardio-vasculaires
☰	▾	Maladies respiratoires chroniques
☰	▾	Cancers
☰	▾	Syndrôme métabolique (HTA, Obésité, hyperglycémie, dislipidémie)

### Q3- Connaissances concernant la santé de la bouche, des gencives, des dents.

1. Veuillez lire le paragraphe ci- dessous avant de répondre à la question.

Les maladies parodontales sont des pathologies qui touchent le parodonte (tissus de soutien des dents). La gingivite (réversible) est le premier stade des maladies parodontales. Si la gingivite n'est pas traitée, celle-ci peut évoluer en parodontite (irréversible) qui se caractérise par une perte des tissus de soutien parodontaux (os, gencive). Les maladies parodontales peuvent conduire à la perte des dents.

Connaissiez-vous les éléments inclus dans cette définition ?

- Non
- Plutôt non
- Plutôt oui
- Oui

2. Des études épidémiologiques ont mis en évidence un lien entre la présence des maladies parodontales et certaines maladies chroniques. Selon vous, parmi les maladies chroniques citées ci-dessous, lesquelles sont concernées ?

	Lien avéré	Pas de lien	Ne sais pas
Diabète (type1 et 2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies cardio-vasculaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies respiratoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syndrôme métabolique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Selon vous, quels sont les 4 principaux facteurs de risque des maladies parodontales ?

- Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- Diabète
- Tabac
- Alcool
- Stress
- Mauvaise alimentation
- Traitements médicamenteux (inhibiteurs calciques, ciclosporine A, phénytoïne, chimiothérapie anticancéreuse.. )
- Modifications hormonales (grossesse, ménopause)

## Q4- Les pratiques cliniques

1. Lors de la consultation, face à un patient présentant une maladie chronique non transmissible, demandez-vous si, depuis les derniers mois, il/elle a

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Les gencives qui saignent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les gencives gonflées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une mauvaise haleine qui persiste (halitose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les dents qui bougent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les dents qui paraissent plus longues (racines visibles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un suivi prévu chez leur chirurgien-dentiste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Au cours de votre examen médical, effectuez-vous un examen bucco-dentaire (muqueuses, gencives, dents) ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

3. Quelles sont les situations qui peuvent vous amener à réaliser un examen bucco-dentaire:

- dans le cadre du bilan médical habituel
- douleur ou infection dentaire
- pathologie de la muqueuse buccale
- suites post opératoires (avulsions dentaires..)
- traumatisme buccal
- difficultés pour obtenir un RDV chez le dentiste
- en cas de troubles nutritionnels (dénutrition)

4. Vous arrive-t-il de donner des conseils en matière d'hygiène buccodentaire à vos patients ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

## Q5- Les freins au dépistage

1. Dans la pratique, en l'absence de demande spécifique bucco-dentaire, adressez- vous vos patients atteints de maladie chronique non transmissible à un chirurgien- dentiste ?

- Toujours
- Souvent
- Rarement
- Jamais

2. Selon vous, quels sont les facteurs qui peuvent freiner le dépistage des maladies parodontales au quotidien dans votre pratique ?

- Manque de connaissances, d'informations du médecin
- Manque de connaissances, d'informations du patient
- Temps de l'examen bucco- dentaire
- Absence de valorisation financière de l'acte
- Prise en charge bucco-dentaire plutôt du rôle du chirurgien -dentiste
- Difficultés à avoir un chirurgien- dentiste correspondant

3. Avez-vous un ou des correspondant(s) chirurgien(s)-dentiste(s) ?

- Oui
- Non

4. Êtes- vous sollicité(e) par des chirurgiens-dentistes pour des informations médicales sur vos patients ?

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais

## Q6- Perspectives

1. A l'avenir, seriez-vous intéressé(e) par une formation sur le lien entre maladies chroniques et maladies parodontales ?

Non

Plutôt non

Plutôt oui

Oui

2. Pensez-vous, qu'il faille systématiser le bilan bucco-dentaire dans l'examen médical des patients atteints de maladie chronique ?

Non

Plutôt non

Plutôt oui

Oui

3. Selon- vous, quelles sont les conditions favorables à l'intégration de l'examen bucco-dentaire:

Information des patients

Formation médicale

Exercice pluriprofessionnel

Financement spécifique

## 7.2. Annexe 2 : Texte d'accompagnement du questionnaire

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante en 6<sup>ème</sup> Année à l'UFR d'odontologie à Clermont-Ferrand. Dans le cadre de mon travail de thèse portant sur l'interprofessionnalité : intégration de la santé orale au sein de la santé générale, je souhaiterais connaître l'avis et les pratiques des médecins généralistes sur les liens entre maladies parodontales et maladies chroniques. Ce travail est réalisé sous la direction du Professeur Stéphanie Tubert-Jeannin (*PU-PH en Santé Publique Orale*).

Ce questionnaire sera traité de manière anonyme. Il est réalisé via un site de sondage sécurisé « Survey Monkey ». Il faut pour y répondre 5 à 7 min.

Vous pouvez accéder au questionnaire de l'étude via ce lien <https://fr.surveymonkey.com/r/ZZ22WS2>

En vous remerciant d'avance pour votre participation.

Respectueusement.

Valérie SERVANT

N°

**« Maladies parodontales et interprofessionnalité : une perspective d'évolution dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques par le médecin généraliste »**

**15 ill., 2ann., 30 cm. - (Thèse: Chir. Dent. ; Université Clermont Auvergne ; 2020) - N°**

**Résumé :**

La parodontite, 6<sup>ème</sup> pathologie la plus répandue dans le monde, pourrait être considérée comme un marqueur de l'état de santé général. Du fait de l'interrelation complexe entre santé orale et santé générale, il est essentiel d'aborder la maladie parodontale chez les patients atteints de maladies chroniques par une approche pluridisciplinaire. En adoptant une approche basée sur les facteurs de risque communs, le dépistage et le traitement de la parodontite peuvent avoir un impact favorable sur la prévention et l'évolution de certaines maladies systémiques. Principal coordinateur dans le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques, le médecin généraliste doit être conscient de l'interrelation entre maladies parodontales et maladies chroniques afin de fournir des informations et des soins appropriés aux patients. Notre enquête par questionnaire auprès d'un échantillon de médecins généralistes vise à apprécier leurs connaissances sur les maladies parodontales, les facteurs de risque de ces maladies et leur relation avec les maladies systémiques non transmissibles et à connaître leurs pratiques professionnelles dans la prise en charge des maladies parodontales chez les patients atteints de maladies chroniques. Il s'agit aussi de caractériser les obstacles et solutions pour l'intégration de la prise en charge des maladies parodontales dans la prise en charge des maladies chroniques. Les résultats de notre enquête révèlent une connaissance moyenne des médecins généralistes sur les maladies parodontales et leur association avec certaines maladies chroniques ainsi que des écarts dans leurs pratiques cliniques selon le secteur d'exercice. Toutefois, la quasi-totalité des médecins (>90%) sont favorables à faire évoluer leur pratique clinique dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Le dépistage des maladies parodontales pourrait être intégré utilement au bilan médical. Pour cela, il paraît nécessaire de réaliser à la fois des actions de formation initiale et continue auprès des médecins généralistes, des actions d'information auprès des patients et de prévoir des dispositifs facilitateurs à la collaboration entre médecins généralistes et chirurgiens-dentistes. Ainsi, la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques pourrait être améliorée, permettant d'éviter une perte de chance en matière de rétablissement ou de maintien d'une bonne santé bucco-dentaire et générale.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé publique**

**MOTS CLES : Maladies parodontales, maladies chroniques, interprofessionnalité, médecin généraliste**

**MOTS CLES ANGLAIS : Periodontal disease, chronic disease, interprofessionality, general practitioner**

**JURY :**

**Président :** **Mme. Valérie ROGER-LEROI, Professeur des Universités,**  
**Assesseurs:** **Mme. Stéphanie TUBERT-JEANNIN, Professeur des Universités,**  
**Mr. Laurent DEVOIZE, Professeur des Universités,**  
**Mme. Céline BOURG, Assistante Hospitalo-Universitaire.**

