



HAL
open science

Enquête auprès des étudiants et des praticiens en chirurgie dentaire sur la connaissance des facteurs de risque et le diagnostic des cancers oraux

Blandine Burghard

► **To cite this version:**

Blandine Burghard. Enquête auprès des étudiants et des praticiens en chirurgie dentaire sur la connaissance des facteurs de risque et le diagnostic des cancers oraux. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04119516

HAL Id: dumas-04119516

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04119516v1>

Submitted on 6 Jun 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

THÈSE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
(Doyen : Monsieur le Professeur Georges LEONETTI)

École de Médecine Dentaire
(Directeur : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

***Enquête auprès des étudiants et des praticiens en
chirurgie dentaire sur la connaissance des facteurs de
risque et le diagnostic des cancers oraux.***

Présentée par

BURGHARD Blandine

Né(e) le 12/03/1997

À Marseille

Thèse soutenue le **Lundi 12/12/2022**

Devant le jury composé de

Président : Professeure TARDIVO Delphine

Assesseurs : Docteur CATHERINE Jean-Hugues

Docteur CAMPANA Fabrice

Docteur HAMMOUTENE Stéphane

THÈSE

***POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
(Doyen : Monsieur le Professeur Georges LEONETTI)

École de Médecine Dentaire
(Directeur : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

***Enquête auprès des étudiants et des praticiens en
chirurgie dentaire sur la connaissance des facteurs de
risque et le diagnostic des cancers oraux.***

Présentée par

BURGHARD Blandine

Né(e) le 12/03/1997

À Marseille

Thèse soutenue le **Lundi 12/12/2022**

Devant le jury composé de

Président : Professeure TARDIVO Delphine

Assesseurs : Docteur CATHERINE Jean-Hugues

Docteur CAMPANA Fabrice

Docteur HAMMOUTENE Stéphane

ADMINISTRATION

Doyens Honoraires	Professeur	Raymond SANGIUOLO†	
	Professeur	Henry ZATTARA	
	Professeur	André SALVADORI	
	Professeur	Jacques DEJOU	
Directeur	Professeur	Bruno FOTI	
Directeurs adjoints	Professeur	Michel RUQUET	
	Professeur	Anne RASKIN	
Chargés de missions			
	Formation Initiale	Professeur	Michel RUQUET
	Recherche	Professeur	Anne RASKIN
Formation Continue	Professeur	Frédéric BUKIET	
Relations Internationales	Professeur	Hervé TASSERY	
Internat et Diplômes d'études spécialisées	Professeur	Virginie MONNET-CORTI	
Affaires générales	Docteur	Patrick TAVITIAN	
Responsable Administrative	Madame	Katia LEONI	

PROMOTIONS :

2019 Raymond SANGIUOLO
2020 Gaston BERGER
2021 Joseph MIGOZZI
2022 Jérôme GALLION

LISTE DES ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

BUKIET Frédéric (58-01)
FOTI Bruno (58-02)
LE GALL Michel (56-01)
MONNET-CORTI Virginie (57-01)
RASKIN Anne (58-01)
RUQUET Michel (58-01)
TARDIEU Corinne (56-01)
TARDIVO Delphine (56-02)
TASSERY Hervé (58-01)
TERRER Elodie (58-01)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

ABOUT Imad (65)

PROFESSEURS ÉMÉRITES

DEJOU Jacques (58-01)
HUE Olivier (58-01)

MAÎTRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

ABOUDHARAM Gérard (58-01)	LAN Romain (56-02)
ANTEZACK Angeline (57-01)	LAURENT Michel (58-01)
BELLONI Didier (57-01)	MAILLE Gérald (58-01)
BOHAR Jacques (56-01)	MENSE Chloé (58-01)
CAMOIN Ariane (56-01)	PHILIP-ALLIEZ Camille (56-01)
CAMPANA Fabrice (57-01)	POMMEL Ludovic (58-01)
CATHERINE Jean-Hugues (57-01)	PRECKEL Bernard-Éric (58-01)
GAUBERT Jacques (56-01)	RÉ Jean-Philippe (58-01)
GIRAUD Thomas (58-01)	ROCHE-POGGI Philippe (57-01)
GIRAUDEAU Anne (58-01)	SILVESTRI Frédéric (58-01)
GUIVARC'H Maud (58-01)	STEPHAN Grégory (58-01)
JACQUOT Bruno (58-01)	TAVITIAN Patrick (58-01)
LABORDE Gilles (58-01)	TOSELLO Alain (58-01)

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS

BALLESTER Benoît (58-01)

BLANCHET Isabelle (58-01)

CASAZZA Estelle (58-01)

CHEFS DE CLINIQUE DES UNIVERSITÉS - ASSISTANTS DES HÔPITAUX

ARNIER Canelle (56-01)

BOREL Guillaume (56-02)

BAUDINET Thomas (58-01)

BRINCAT Arthur (57-01)

BROS Agnès (56-01)

CHIARINI Thomas (58-01)

DUPRAT Florence (56-01)

FAURE-BRAC Mathias (57-01)

FERRE Enzo (58-01)

FOUQUES Agathe (56-01)

HAMMOUTENE Stéphane (57-01)

LAFONT Jacinthe (57-01)

LAURENT Camille (58-01)

LIOTARD Alicia (58-01)

MADENIAN Pauline (58-01)

MANSUY Charlotte (58-01)

MARTIN William (56-01)

ONGHENA Tom (56-01)

PASCHEL Laura (58-01)

PILLIOL Virginie (58-01)

PRINCE Fanny (57-01)

RAYNAUD Camille (58-01)

REYNAL Florence (56-01)

ROMAO Vincent (57-01)

ROUSCOFF Eva (57-01)

SADOWSKI Camille (57-01)

TERRER Jérémy (56-01)

VIEILLARD Pierre (56-01)

CHEF DE CLINIQUE DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉ

BROTONS Adèle (56-01)

Intitulés des sections CNU :

56^{ème} section : Développement, croissance et prévention

56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale

56-02 : Prévention – Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale

57^{ème} section : Chirurgie orale, Parodontologie, Biologie Orale

57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale

58^{ème} section : Réhabilitation orale

58-01 : Dentisterie restauratrice – Endodontie – Prothèses – Fonction-Dysfonction – Imagerie – Biomatériaux

L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation auprès du ou des titulaires des droits. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers

À la présidente du jury,

Madame le Professeur Delphine TARDIVO,

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de l'attention portée à ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance pour ce que vous avez apporté à l'enseignement de l'épidémiologie et de la recherche. Merci pour votre bienveillance et votre gentillesse à chacun de nos échanges.

À mon Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Jean-Hugues CATHERINE,

Je vous remercie de m'avoir accompagnée dans la rédaction de cette thèse avec rigueur et implication, pour toutes les heures que vous y avez consacré. Je porte un très grand respect pour la qualité de vos enseignements en chirurgie orale et votre infinie patience face à mes fautes d'orthographe ! Veuillez croire en l'assurance de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Fabrice CAMPANA,

Je vous remercie de votre présence au sein de ce jury, j'en suis honorée. Merci pour votre enseignement et votre expérience en dermatologie orale durant ces deux semestres de spécialité. Cela a été pour moi une véritable motivation à approfondir mes connaissances dans ce domaine passionnant. Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de toute mon estime.

Monsieur le Docteur Stéphane HAMMOUTENE,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury, tu es quelqu'un de dévoué, toujours disponible pour apporter ton aide et toujours de bon conseil. J'espère un jour pouvoir retirer les DDS avec autant de précision et de facilité que toi ! En attendant ce jour, tu liras sûrement encore des courriers signés de mon nom !

Remerciements à ma famille,

À ma mère, toujours là pour me soutenir, m'épauler quoi qu'il arrive. Tu as toujours fait en sorte que je ne manque de rien. Tu m'as appris l'amour, l'humour et la rêverie. Tu as toujours été une personne paradoxale et j'ai bien pris de toi puisque je suis maladroite et pourtant bientôt chirurgien-dentiste !

À mon père, qui s'est toujours inquiété pour moi, un vrai papa poule. Merci d'avoir cédé à tous mes caprices quand j'étais petite ! Merci de m'avoir appris l'amour des animaux, c'est la plus belle valeur que tu m'as enseignée.

À Marithé, ma marraine à moi, je suis tellement heureuse de te compter parmi ma petite famille. Toujours à l'écoute de mes petits traquas, et tu sais savamment les écouter accompagné d'une bonne mousse au chocolat que tu sais si bien faire !

À Matthieu, ma moitié depuis 7 ans, tu m'as accompagnée dans toutes les étapes de ma vie d'adulte, aussi dures pouvaient-elles être parfois, et je ne te remercierai jamais assez pour cela.

Tous nos voyages depuis 7 ans sont de magnifiques étapes dans notre couple, et j'espère qu'il y en aura pleins d'autres. Je ne sais pas où s'arrêtera ta passion pour la domotique, bientôt la bouilloire va me dire « Bonjour » de bon matin, je m'attends à tout maintenant ! Merci de supporter mes étourderies et ma façon très discutable de conduire une voiture ! Tu es tellement patient, doux, protecteur, je suis très chanceuse de t'avoir dans ma vie...

À Véronique et Loïc, merci de m'avoir apportée tant de conseils pertinents, que ce soit pour ma thèse ou pour d'autres aspects de ma vie. Merci énormément Loïc pour toutes ces heures sur Excel qui permettent à cette thèse d'avoir de très très très beaux graphiques et des données bien précises comme tu les aimes ! Merci Véro d'avoir pris le temps de m'aiguiller sur ce long chemin qu'est la rédaction d'une thèse, et merci pour tes blagues toujours de bon goût !

À Coline et Chris, je garde un très bon souvenir de ce Grand Prix au Castelet ! Je ne suis pas sûre que ce soit le cas pour Charles... « NOOOOOOOO !!! »

En espérant que l'année 2023 soit plus heureuse pour Lewis et Charles ! En tout cas elle le sera pour vous deux avec votre nouveau cocon à Mauguio. Merci infiniment Chris pour tes multiples corrections, tu as vraiment été courageux de me relire !!

À Jérôme, Sandra et Alfie, vous serez toujours les bienvenus et j'espère vraiment vous revoir très bientôt.

À mes grands-parents que je n'ai pas eu la chance de connaître, mais qui je l'espère sont fiers de moi. Pierre, Béatrice, Marcel, je pense à vous.

Remerciements à mes amis,

Tout d'abord un remerciement général pour tout votre soutien avant, pendant et après ma chirurgie, vous avez été tous d'un soutien sans faille, de véritables amis sur lesquels j'ai pu compter en cette période rude.

Maintenant on va partir sur un ordre chronologique, car j'aime bien quand c'est carré !

À Stéphane, mon meilleur ami depuis le CP... 19 ans qu'on se connaît, ça commence à faire quand même ! Je me souviens de nos après-midis à blablater 2 heures au téléphone tous les jours, on était vraiment deux petites commères hihi. On a tellement de souvenirs ensemble c'est fou ! Le nombre d'heures à jouer à la Gamecube, à la Playstation, à la Wii... c'est vraiment grâce à toi que j'ai un niveau à peu près correct sur Mario Kart ! Je suis tellement reconnaissante d'avoir un ami aussi loyal, investi, toujours à l'écoute et qui est incontestablement la queen du dancefloor !

À Lison, depuis la 5^{ème} on forme un sacré duo ! Tu m'as appris à me passer de l'avis des autres, à m'accepter, et à toujours porter un regard un peu rebelle sur ce qui nous entoure, Madame manif' ! Nos virées à la découverte du monde sous-marins, telles deux sirènes (ou mi-thon mi-femme krkrkr) me manquent et j'espère qu'on remettra ça très bientôt ! Tu es incroyablement drôle, belle et rebelle, et j'espère encore partager des tonnes de cocktails en terrasse avec toi.

À Sami, un allié sur lequel j'ai toujours pu compter. Je me souviendrai toujours de ton attaque « baleine » au mcdo Chave...les vrais savent. Un moment épique. Tout est tellement épique avec toi, tu es complètement fou. Toutes ces parties sur Minecraft, la Japan Expo, le jardin des chats... avec Steph et Lison. Vraiment tous ces souvenirs avec vous trois je ne les oublierai jamais.

Sami tu es quelqu'un d'extrêmement méritant et intelligent, j'admire vraiment ton parcours. Je suis très heureuse que tu aies trouvé le bonheur aux côtés de Lou qui est si adorable !

À Kim, notre amitié est née d'un fabuleux hasard, il y a 10 ans...rien ne nous destinait à nous connaître, mais World of Warcraft en a décidé autrement ! Je garde en mémoire tes dons de chasserresse en PvP. Qu'est-ce qu'on a pu rire sur Rashgarroth, à aller chercher des noises aux ally !

Tu es une sœur pour moi, et j'espère vivre encore pleins d'aventures avec toi !

Une dédicace à ton petit Damien qui a des comptes à rendre à Fumseck !

À Sam, merci infiniment d'avoir corrigé toutes ces fautes d'orthographe et de syntaxe ! Je suis certaine que tu as remarqué que j'ai mis L'ACCENG sur les majuscules de ces dédicaces ! Tu es quelqu'un de profond, doux et loyal et je suis très heureuse de faire partie de tes amis. J'espère ne pas te décevoir en étant une DJ à la hauteur ce soir, comme ce fut le cas pour ton anniversaire ! (De ce qu'on m'a dit...)

À Lia, vraiment la personne la plus époustouflante que je connaisse, une tornade d'arc-en-ciel.

S'il y a bien une personne avec qui on peut partir loin dans un délire c'est bien toi !

Allez viens j't'emmène au vent ma Clarinette !!

À Noémie, une amie sur laquelle je peux compter pour danser jusqu'au bout de la nuit (KISSA KISSAAAA) ! Je repense encore en souriant à ton anniversaire, les souvenirs sont un peu flous mais il me semble bien que tu as dansé sur la table ! Sacré Nono ! Je suis heureuse d'avoir partagé avec toi cette aventure qu'est la thèse (#BeReal) tu es de toute évidence quelqu'un sur qui on peut compter quoi qu'il arrive. Continue d'être un rayon de soleil !

À Lorène, mon acolyte de la PACES, des premières soirées étudiantes, mais aussi de mes premières soirées technos ! Tu es toujours là pour faire la fête et taper du pied même si tu travailles dur à l'hôpital le lendemain. Tu es une personne forte, résiliente, attentionnée, je suis très fière de te compter parmi mes amis. Et comme on dit... Techno, toujours pareil, boum boum dans les oreilles !

À Damien, merci d'avoir été un ami sur qui j'ai toujours pu compter, dans n'importe quels continents d'Azeroth ! Tu es le meilleur confident qu'il soit, et j'espère malgré la distance qu'on se reverra bientôt !

À Coline, tu es une amie si drôle et pétillante, tu as tellement égayé mes premières années à la faculté ! Je me souviens quand on s'entraînait chez toi à refaire les TP, c'était bien drôle. Je suis vraiment ravie que tu sois comblée avec Arnaud. Tu es douce, loyale et tu as toujours le mot pour rire, s'il te plaît garde ton âme d'enfant !

À Inès, mon âme sœur du stress ! Toujours là dans les galères du pavillon, on a survécu à ces trois ans d'enfer. Je pense que si notre stress pouvait produire de l'énergie, on serait capable d'alimenter la France entière, plus de problème de coupure d'électricité cet hiver !

À Aurore, tu as un fond tellement pur, tu es si gentille, j'espère que l'on aura l'occasion de se voir malgré la distance. Je serais toujours disponible pour faire la co-pilote en voiture pour aller voir Coline, et cela même si Aurélien est parfois un peu turbulent, car il est incroyablement choux ton petit !

À Lucie, j'aurais aimé te connaître bien plus tôt ! Tu es tellement adorable, attentionnée, tu me donnes tellement confiance en moi. Merci d'avoir été patiente lorsque je mettais 1h à manger un poké ! J'espère que l'on continuera encore longtemps notre tournée des restaurants de Marseille, jusqu'à les avoir tous fait !!

À Claire, tu es pleine de vie et de folie ! Tu pourras toujours compter sur moi pour avoir une paille dans ta pinte de bière ! Nos sorties technos (de la techno de qualité hein) sont de beaux souvenirs et j'espère qu'il y en aura encore pleins d'autres !

À Jeremy, Dylan et Edenne bien sûr !

Je vous adore, vous êtes tellement choux tous les trois ! vous êtes un modèle de bonheur pour moi. Jeremy, tu représentes parfaitement ta maison Poufsouffle : le travail acharné, le dévouement, la patience et la loyauté.

Aux personnes que j'aurais pu oublier ...

À ceux qui ont permis la diffusion de mon questionnaire :

Barbara et Julie, merci beaucoup d'avoir pris le temps de partager ce questionnaire aux internes ! Vous êtes adorables, je garde de très bons souvenirs de vous lorsque nous partageons le même groupe de vacation 😊

Dr Sacha Gabriel (dr_sacha_gabriel), Dr Kevin (docteur.kevin), les Maux de la Bouche (les.maux.de.la.bouche), Fanny (enferetdentition), Florence (entretien.avec.un.dentiste), Serge Dahan, Elise Pastwa. Merci énormément à vous tous d'avoir diffusé mon questionnaire !

Merci à Sabrina Le Bars d'avoir accepté de collaborer pour un futur projet qui, je l'espère, sera à la hauteur de nos espérances.

Merci à Laurianne pour tes indications précieuses en matière de statistique !

Aux professionnels de santé qui m'ont accompagnée durant mon parcours de bimax :

Au Dr Pierre Olivi, vous m'avez permis d'avoir le visage que j'ai toujours rêvé d'avoir, grâce à vous j'ai retrouvé confiance en moi et je vous en serais éternellement reconnaissante.

Au Dr Serge Dahan et au Dr Karine Ghiotti ainsi que toute votre équipe, merci de m'avoir redonnée le sourire !

À Madame Noëlle Arnaud-Pellet, merci d'avoir été si impliquée durant toutes ces années de rééducation.

À Madame Christine Scarlini, merci de m'avoir accompagnée pendant tout le post-op, vous avez été un véritable soutien.

Table des matières :

I.	Introduction	1
II.	Matériel et Méthode	2
A.	Population étudiée	2
B.	Objectifs de l'enquête	2
C.	Elaboration du questionnaire	3
D.	Soumission du questionnaire	4
E.	Traitements des résultats	4
III.	Résultats	5
A.	Préambule	5
B.	Analyse sociodémographique des données	5
1.	Répartition par genre	6
2.	Par faculté et niveau d'étude	6
3.	Par années d'exercice des chirurgiens-dentistes	7
4.	Par spécialité	8
5.	Par type d'exercice des praticiens interrogés	8
6.	Confrontés ou non à un cancer oral (entourage, patients).....	9
C.	Niveau de connaissance	10
1.	Les facteurs de risque du cancer oral	10
a)	Résultats globaux.....	12
b)	Sous-groupes comparés	13
2.	Parmi les photographies suivantes, lesquelles présentent potentiellement une lésion cancéreuse ou une affection à potentiel malin ?	19
a)	Résultats globaux.....	19
D.	Prévention	23
1.	Evoquez-vous les facteurs de risques de cancers oraux avec vos patients ?	23
a)	Résultats globaux.....	23
b)	Les répondants confrontés ou non à un cas de CO.....	24
c)	Les CD omnipraticiens et les étudiants externes	25
d)	Les années d'expérience du praticien.....	26
e)	Spécialistes et omnipraticiens	27
2.	Encouragez-vous de manière systématique le sevrage tabagique chez vos patients fumeurs ?	28
a)	Résultats globaux.....	28

b)	Les répondants confrontés ou non à un cas de CO.....	29
c)	Autres comparaisons	30
3.	Lors d'une première consultation, ou d'une consultation de contrôle, que vérifiez-vous ?.....	32
a)	Résultats globaux.....	32
b)	Les répondants confrontés ou non à un cas de CO.....	34
c)	Autres comparaisons	36
4.	Quelles situations vous amènent à effectuer un examen des muqueuses buccales ? Lorsque le patient.....	39
a)	Résultats globaux.....	39
b)	Les répondants confrontés ou non à un cas de CO.....	40
c)	Autres comparaisons	43
5.	Quels éléments recherchez-vous lors du dépistage du cancer oral ?	44
a)	Résultats globaux.....	44
b)	Les répondants confrontés ou non à un cas de CO.....	44
	45
c)	Autres comparaisons	47
6.	En cas de persistance d'une lésion buccale, au bout de combien de temps orientez-vous le patient ?	48
a)	Résultats globaux.....	48
b)	Les répondants confrontés ou non à un cas de CO.....	48
c)	Les années d'expérience du praticien.....	49
E.	La formation continue	51
1.	Pensez-vous faire une formation en pathologie de la muqueuse orale ?.....	51
2.	Sous quelle(s) forme(s) pensez-vous vous former à ce sujet après la fin de vos études ?.....	52
IV.	Discussion.....	53
A.	L'échantillon	53
B.	Le niveau de connaissance et la prévention	55
1.	Les facteurs de risque avérés et non avérés	55
a)	Les facteurs de risque avérés du cancer oral	55
(1)	Le tabac : connaissance du facteur de risque, son évocation en tant que tel auprès des patients et l'encouragement au sevrage tabagique	55
(2)	L'alcool : connaissance du facteur de risque et son évocation en tant que tel auprès des patients.....	57
(3)	Le HPV (16) : Connaissance du facteur de risque et son évocation en tant que tel auprès des patients.....	58
(4)	Le lichen plan	59
(5)	L'âge	59

(6)	La faible consommation de fruits et légumes	59
b)	Les facteurs non avérés, des co-facteurs ?	60
(1)	Mauvaise hygiène bucco-dentaire : septicité orale	60
(2)	Traumatisme bucco-dentaire chronique	60
(3)	Prédisposition génétique	61
(4)	Le diabète	61
(5)	Les maladies cardiovasculaires	62
(6)	Le VIH.....	62
(7)	Le cannabis	62
c)	Conclusion sur les facteurs de risque	62
2.	La reconnaissance des lésions	63
a)	Les lésions cancéreuses et les affections à potentiel malin	63
b)	Les lésions bénignes	64
C.	Prévention	65
1.	Zones anatomiques vérifiées lors d'une consultation de contrôle	65
2.	Les situations menant à un examen des muqueuses buccales	65
3.	Les éléments recherchés lors du dépistage	66
4.	Le délai d'orientation en cas de persistance d'une lésion buccale	66
D.	La formation en pathologie de la muqueuse buccale.....	67
E.	Les associations statistiques de cette étude.....	67
a)	Le niveau d'étude	67
b)	Les années d'expérience du praticien.....	68
c)	Les médecins généralistes et les CD omnipraticiens.....	69
d)	Le mode d'exercice	71
e)	La spécialité	72
f)	La confrontation avec un cas de cancer oral	72
F.	Comparaisons avec d'autres études	74
G.	LES BIAIS.....	78
1.	Biais méthodologique :	78
2.	Biais d'échantillonnage.....	78
3.	Biais de désirabilité sociale	79
4.	Biais de volontariat.....	79
V.	Conclusion et perspective	80

Liste des abréviations :

ASR : age standardised rate

APM : affection à potentiel malin

CD : chirurgien-dentiste

CIM : classification internationale des maladies

CO : cancer oral

GCO : Global Cancer Observatory

HBD : hygiène bucco-dentaire

IARC : Agency for Research on Cancer

LBP : lèvres-bouche-pharynx

LC : lésion cancéreuse

MG : médecin généraliste

OLP : oral lichen planus

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PA : personnes par année

UNECD : Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire

VADS : voies aérodigestives supérieures

I. Introduction

Les cancers de la cavité orale sont des cancers qui se développent au niveau du plancher de la bouche, des 2/3 antérieurs de la langue, du palais, des joues, des gencives et des lèvres.

La classification internationale des maladies (CIM) classe les cancers de la cavité orale parmi les cancers lèvres-bouche-pharynx (LBP), eux-mêmes catégorisés parmi les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). (1)

Le GCO (Global Cancer Observatory) propose une base de données mondiale (2) recensant l'ensemble des types de cancers. Ainsi, en 2020, les cancers « lèvres-cavité orale » étaient le 16^{ème} cancer par incidence (n=377 713) et par mortalité (n=177 757) dans le monde. L'Europe était le deuxième continent le plus touché avec 17,3% des cas (n=67 279) et 13,8% des décès (n=24 575), après l'Asie qui représentait à lui seul 65,8% des cas (n= 248 360) et 74% des décès (n=131 610).

En France, on estimait à 5116 le nombre de nouveaux cas et à 1121 le nombre de décès. Le cancer « lèvres-cavité orale » était au 13^{ème} rang des cancers les plus fréquents, et au 12^{ème} rang des cancers les plus mortels chez les hommes. Pour les femmes ce cancer était respectivement au 17^{ème} rang pour l'incidence et au 18^{ème} rang pour la mortalité. (2)

Les tumeurs de la cavité orale sont diagnostiquées dans la majorité des cas à un stade déjà avancé puisque dans 46,8% des cas pour les tumeurs de la langue mobile et 69,1% des cas pour celles de la gencive, elles ne sont détectées qu'à un stade 3 ou 4. (3)

Ce diagnostic tardif impacte de façon significative le pronostic vital, mais aussi la morbidité et la qualité de vie des patients. En effet plus un cancer oral est diagnostiqué à un stade avancé, plus le pronostic est défavorable : le taux de survie nette à 5 ans est entre 60 et 80% pour un cancer diagnostiqué au stade 1 ou 2, contre 20 à 50% pour un cancer diagnostiqué au stade 3 ou 4. (1,4)

S'agissant de la morbidité, elle se traduit par une diminution très importante de la qualité de vie du patient. On compte parmi les conséquences les plus notables la dégradation de la vie sociale et professionnelle du patient, de son image et l'apparition de difficultés à s'alimenter et à communiquer. (5)

En ce qui concerne les chirurgiens-dentistes, la connaissance des facteurs de risques, de la prévention primaire et du dépistage sont des connaissances essentielles qui doivent être acquises afin de pouvoir dépister à un stade précoce les cancers oraux. (1)

Cette enquête a pour but d'évaluer le niveau de connaissances des étudiants en chirurgie-dentaire de différents cycles (1^{er} cycle, 2^e cycle, 3^e cycle court, 3^e cycle long) et des chirurgiens-dentistes issus des différentes facultés d'odontologie françaises concernant les facteurs de risque, le dépistage et le diagnostic des cancers oraux afin d'identifier les éventuels manques pouvant expliquer le retard diagnostique de ce cancer.

II. Matériel et Méthode

A. Population étudiée

La population source de l'étude était les étudiants en odontologie de 1^{er} cycle (DFGSO2, DFGSO3), 2^{ème} cycle (DFASO1, DFASO2), 3^{ème} cycle court (TCC), 3^{ème} cycle long (DES), les chirurgiens-dentistes (CD) omni-pratique, les CD spécialisés (médecine bucco-dentaire, orthopédie dento-faciale, chirurgie orale).

Au moment de l'étude, la population d'étudiants en odontologie en France était d'environ 7064 d'après le dernier rapport de l'UNECD (6). Ainsi avec une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%, l'échantillon nécessaire pour une représentativité des résultats était de 365 participants étudiants.

Concernant les CD, leur population était de 42031 d'après le rapport de l'ONDPS (7), avec une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%. L'échantillon nécessaire pour une représentativité des résultats était de 381.

S'agissant enfin des internes en odontologie, ils étaient estimés à environ 450. Avec une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%, l'échantillon nécessaire pour une représentativité des résultats était de 208.

B. Objectifs de l'enquête

Objectifs primaires :

- Evaluer la connaissance des facteurs de risque, du dépistage et du diagnostic du cancer oral.
- Identifier les facteurs de risque du cancer oral les moins bien connus par les étudiants en odontologie et les chirurgiens-dentistes.
- Identifier quelle(s) catégorie(s) a/ont les meilleurs résultats concernant les facteurs de risque, la prévention et le dépistage du cancer oral.

Objectifs secondaires :

- Comparer les comportements de dépistage des chirurgiens-dentistes et des médecins-généralistes.
- Evaluer la demande de formation au sujet du cancer oral et identifier quel type de formation est le plus envisagé par les chirurgiens-dentistes et les étudiants en odontologie.

C. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme *docs.google.com/forms*. Les questions pouvaient être des questions fermées, à choix multiples, à choix unique, ou encore des grilles à choix multiples (questionnaire en annexe). Une première partie permettait de définir si le répondant avait été confronté à un cas de cancer oral dans son entourage et/ou sa patientèle. La seconde partie avait pour but d'analyser les caractéristiques sociodémographiques des répondants, une troisième portait sur le dépistage et les facteurs de risques. Enfin une dernière partie avait pour objectif d'évaluer le besoin d'une formation.

8 questions étaient communes à tous les répondants : confrontation avec un cancer oral, caractéristiques sociodémographiques, connaissances des facteurs de risque, identification visuelle de lésions cancéreuses ou à potentiel malin.

Le nombre de questions dépendait du niveau d'étude du répondant :

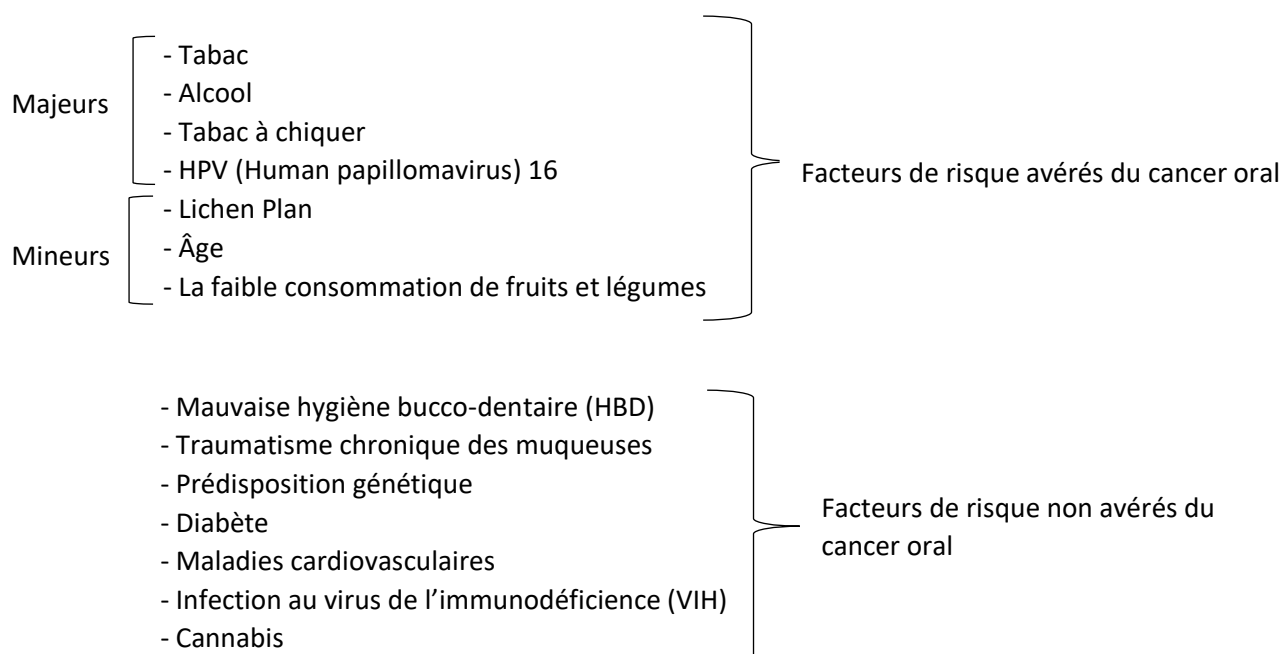
- Les étudiants de 1^{er} cycle avaient accès uniquement aux 8 questions communes.
- Les étudiants de 2^e, 3^e cycle court, et DES avaient accès, en plus des 8 questions communes, à 7 questions supplémentaires à propos des pratiques de prévention et de dépistage.
- Les praticiens avaient accès aux mêmes questions que les étudiants de 2^e, 3^e cycle court et DES mais avaient également 2 questions supplémentaires concernant leur mode d'exercice et leur nombre d'années d'exercice.

Une question supplémentaire était proposée aux répondants qui avaient été confrontés à un cas de cancer oral afin de déterminer si celui-ci concernait leur entourage, leur patientèle ou les deux.

Enfin, pour ceux ayant répondu « Oui » ou « Oui mais pas en priorité » en ce qui concerne le besoin de formation, une question supplémentaire visait à déterminer quelle(s) type(s) de formation(s) les répondants souhaitaient suivre.

Le questionnaire a été testé auprès de dix étudiants et huit chirurgiens-dentistes afin d'effectuer les modifications jugées nécessaires avant de le diffuser.

Les facteurs de risque proposés pour la question n°7 et n°8 étaient les suivants :



Trois questions (n°15,16 et 17) à propos des pratiques cliniques et de la prévention ont été posées à la manière de celles de l'étude du Docteur Lan (8) afin de pouvoir faire une comparaison descriptive avec les médecins généralistes :

- Evoquez-vous les facteurs de risques de cancers oraux avec vos patients ?
- Encouragez-vous de manière systématique le sevrage tabagique chez vos patients fumeurs ?
- En cas de persistance d'une lésion buccale, au bout de combien de temps orientez-vous le patient ?

La question n°10 proposait des photographies de lésions :

- Cas 1 : une langue géographique, qui est une lésion bénigne.
- Cas 2 : une diaphnie, qui est une lésion bénigne.
- Cas 3 : un carcinome épidermoïde (CE), qui est une lésion cancéreuse (LC).
- Cas 4 : un mélanome superficiel extensif qui est une LC.
- Cas 5 : un Lichen plan qui est une affection à potentiel malin (APM).
- Cas 6 : une lésion ulcéreuse (vasculite ischémique nécrosante plus communément appelée « aphte »), qui est une lésion bénigne.

D. Soumission du questionnaire

Le lien du questionnaire a été diffusé aux étudiants de toutes les facultés de France via les associations étudiantes et les bureaux de scolarité. Pour les praticiens, ce lien a été partagé via des réseaux sociaux professionnels.

Le questionnaire a été mis en ligne du 20/06/2022 au 30/08/2022 afin de correspondre aux années universitaires pour les étudiants, avec une campagne de rappel à un mois. Pour les CD et les internes, le questionnaire a été retiré plus tard afin de maximiser le nombre de réponses récoltés (le 31/10/22).

E. Traitements des résultats

Les réponses ont été directement recueillies sur la plateforme docs.google.com/forms. Toutes les réponses ont pu être extraites sous la forme d'un fichier au format .xlsx.

Les réponses ont été catégorisées et les graphiques réalisés sur le logiciel Excel (Microsoft 365).

L'analyse statistique a été réalisée grâce au logiciel SPSS (IBM SPSS Statistics 26).

Pour déterminer si les différences entre 2 groupes étaient significatives, le test du Chi-2 de Pearson a été utilisé avec un risque *alpha* fixé à 5%.

III. Résultats

A. Préambule

En raison du nombre important de sous-groupes, il a été décidé de se concentrer dans la suite de ce travail sur les situations où des différences significatives ont été observées. Certains résultats n'ont pas été développés car ils présentaient peu ou pas d'associations statistiques, ces résultats peuvent être communiqués par l'auteur.

Les données chiffrées sont parfois arrondies, en général au plus près de leur valeur réelle. Le résultat arrondi d'une combinaison de chiffres (qui fait intervenir leurs valeurs réelles) peut être légèrement différent de celui que donnerait la combinaison de leurs valeurs arrondies.

B. Analyse sociodémographique des données

Au total 1098 réponses ont été obtenues, réparties de la façon suivante :

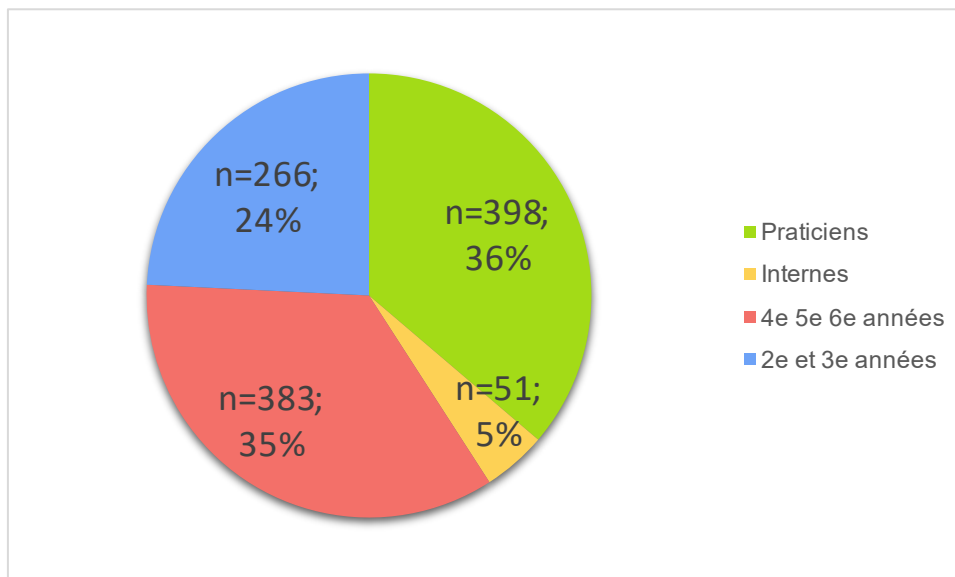


Figure 1 : répartition des répondants selon leur groupe de niveau d'étude (n=1098).

Représentativité des échantillons :

L'objectif d'obtenir un échantillon représentatif à un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5% a été atteint pour les étudiants de la 2^e à la 6^e années (n>365) et pour les praticiens (n>381).

Pour les internes cet objectif n'a pas été atteint (n<208). Avec 51 réponses l'échantillon est représentatif à un niveau de confiance de 80% et une marge d'erreur de 9%.

1. Répartition par genre

Il n'y a pas de différence significative entre les praticiens, les internes et les étudiants pour la répartition des genres.

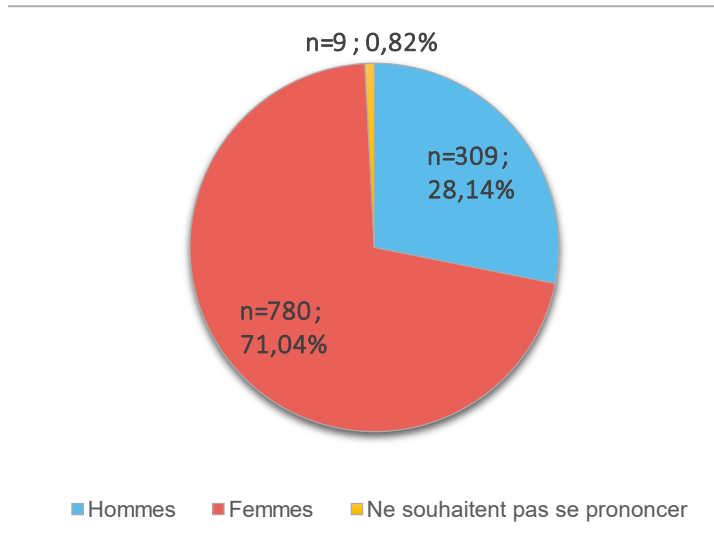


Tableau 1 : répartition du genre féminin selon les groupes de niveaux d'étude

	Effectif total	Femmes
Praticiens	398	276 (69,3%)
Internes	51	36 (70,6%)
4e 5e 6e années	383	279 (72,8%)
2e et 3e années	266	189 (71,1%)

Figure 2 : répartition selon le genre des répondants.

2. Par faculté et niveau d'étude

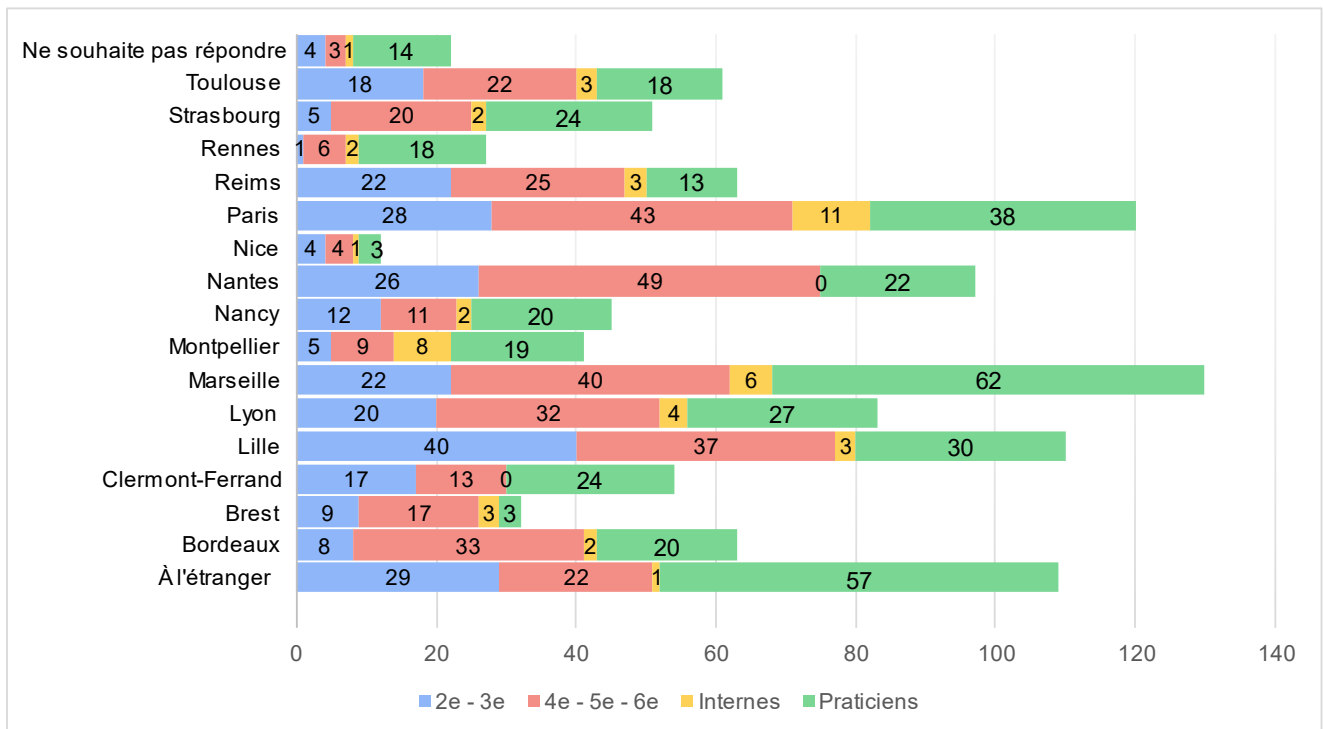


Figure 3 : répartitions des répondants selon leur faculté et leur niveau d'étude (n=1098).

Étudiants	649
1er cycle (2 ^e - 3 ^e)	266
2e cycle (4 ^e - 5 ^e)	257
3e cycle court (6 ^e)	126

Tableau 2 : répartition des étudiants selon leur cycle.

Internes (DES)	51
Internes Médecine bucco-dentaire	11
Internes Orthopédie dento-facial	24
Internes Chirurgie Orale	16

Tableau 3 : répartition des internes selon leur spécialité.

3. Par années d'exercice des chirurgiens-dentistes

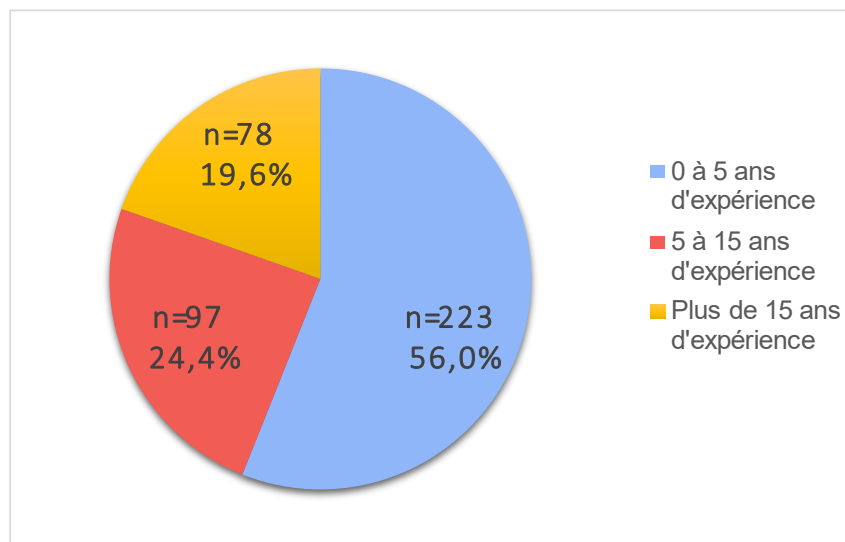


Figure 4 : répartition des praticiens selon leur nombre d'années d'exercice (n=398).

4. Par spécialité

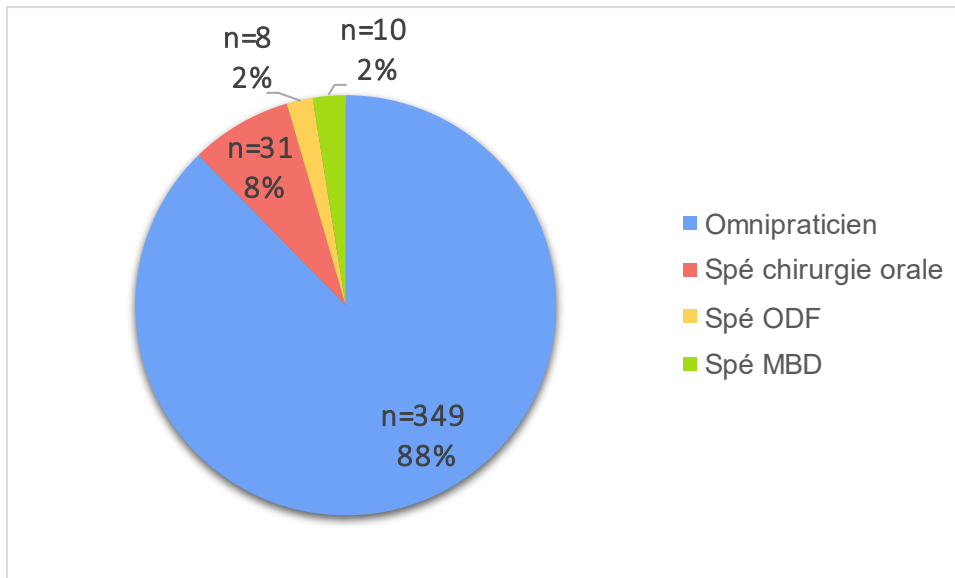


Figure 5 : répartition des chirurgiens-dentistes selon leur spécialité (n=398).

5. Par type d'exercice des praticiens interrogés

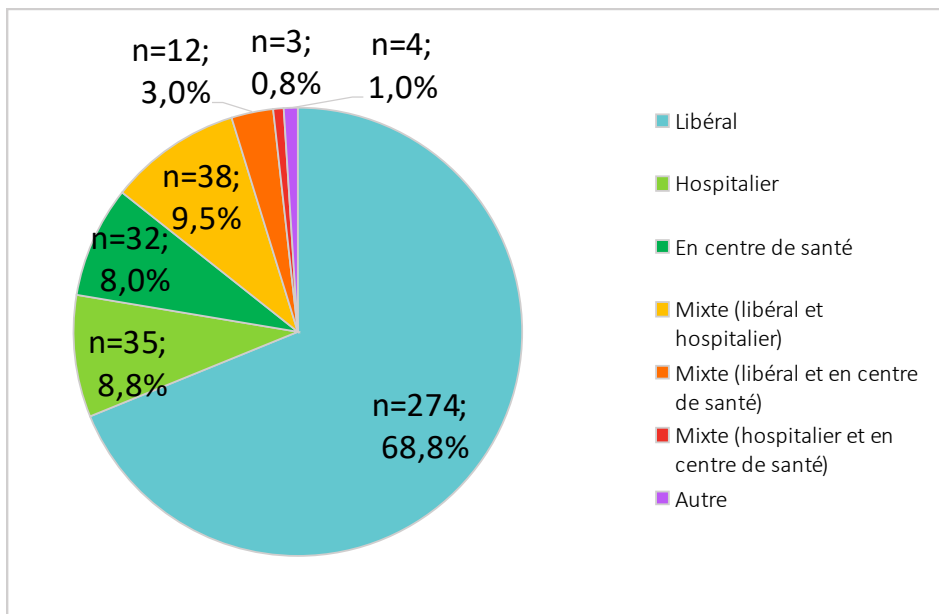


Figure 6 : répartition des chirurgiens-dentistes selon leur type d'exercice (n=398).

Dans la catégorie « Autre » : 1 chirurgien-dentiste des armées, 1 chirurgien maxillo-facial spécialiste en prothèse maxillo-faciale, 2 praticiens salariés dans une autre structure que celles proposées.

6. Confrontés ou non à un cancer oral (entourage, patients)

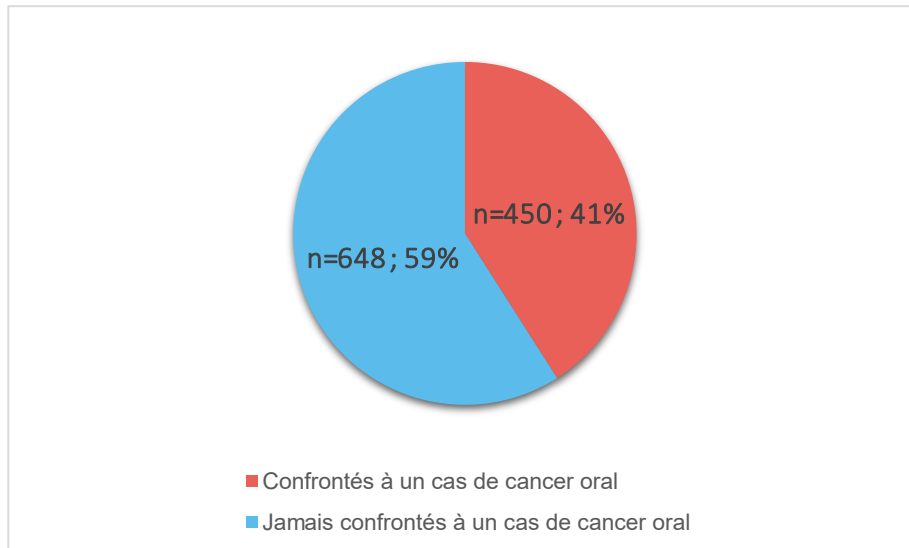


Figure 7 : répartitions des répondants confrontés et non confrontés à un cas de cancer oral (n=1098).

Parmi les répondants qui ont été confrontés à un cas de cancer oral :

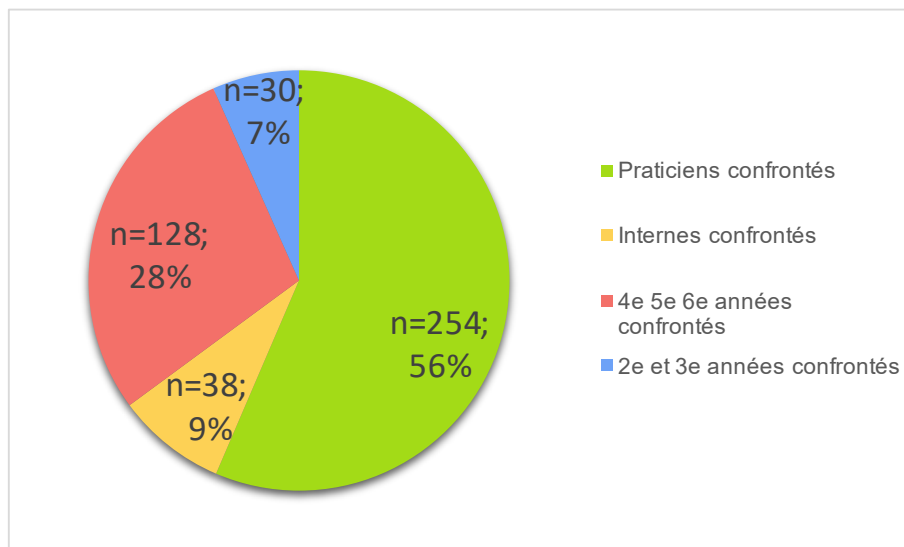


Figure 8 : répartitions des répondants confrontés selon les niveaux d'étude (n=450).

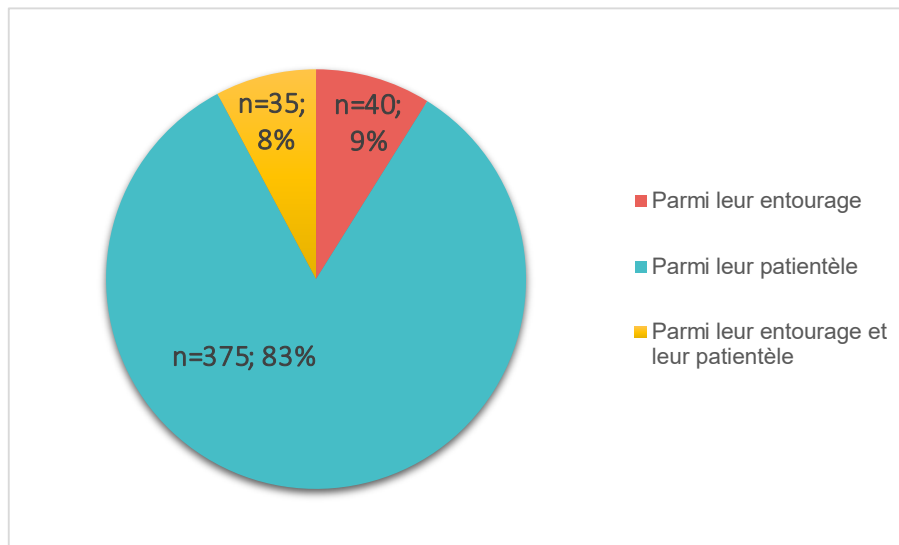


Figure 9 : répartition des répondants confrontés à un cas de cancer oral parmi leur patientèle, leur entourage, ou les deux (n=450).

C. Niveau de connaissance

1. Les facteurs de risque du cancer oral

Tous les participants de l'étude (1098) ont pu répondre à ces deux questions concernant les facteurs de risque :

- Q7 « À propos des facteurs de risque principaux, c'est-à-dire ceux qui ont un rôle majeur dans la carcinogenèse du cancer oral, selon vous, lesquels en font partie ? »
- Q8 « À propos des facteurs de risques associés, c'est-à-dire des facteurs qui ont un rôle mineur dans la carcinogenèse du cancer oral, lesquels en font partie ? »

Voici les résultats globaux de tout l'échantillon, en distinguant les facteurs de risque avérés en deux catégories : majeurs et mineurs. Une faible partie des répondants a sélectionné pour un même facteur de risque « majeur » et « mineur », cette partie des répondants est également représentée dans le graphique suivant.

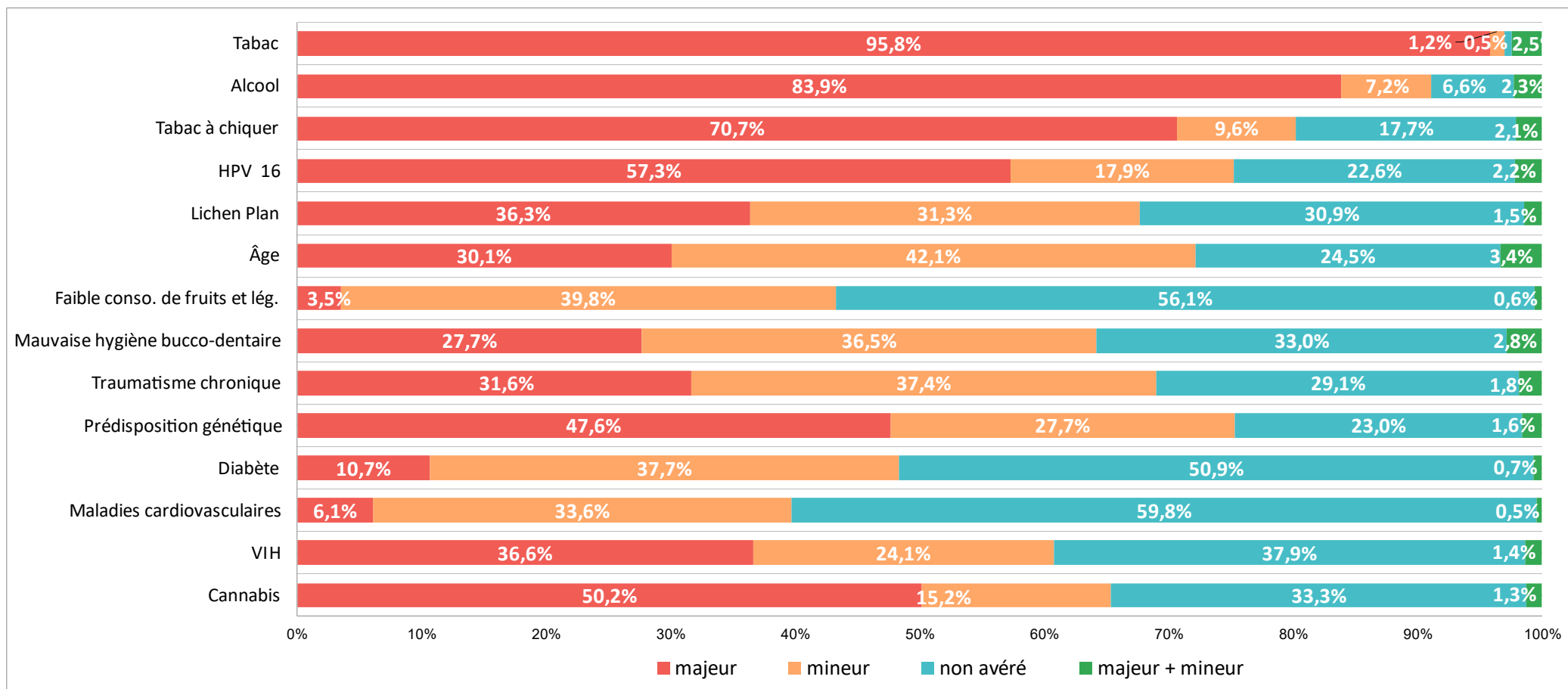


Figure 10 : Répartition des caractéristiques des facteurs de risque (majeurs, mineurs, non avérés, majeurs et mineurs) sélectionnés par tous les répondants (n=1098).

Guide lecture : Pour le tabac, 95,8% de tous les répondants le considéraient comme un facteur majeur, 1,2% le considéraient comme un facteur mineur, 0,5% le considéraient comme un facteur non avéré et 2,5% le considéraient à la fois comme un facteur majeur et un facteur mineur.

a) Résultats globaux

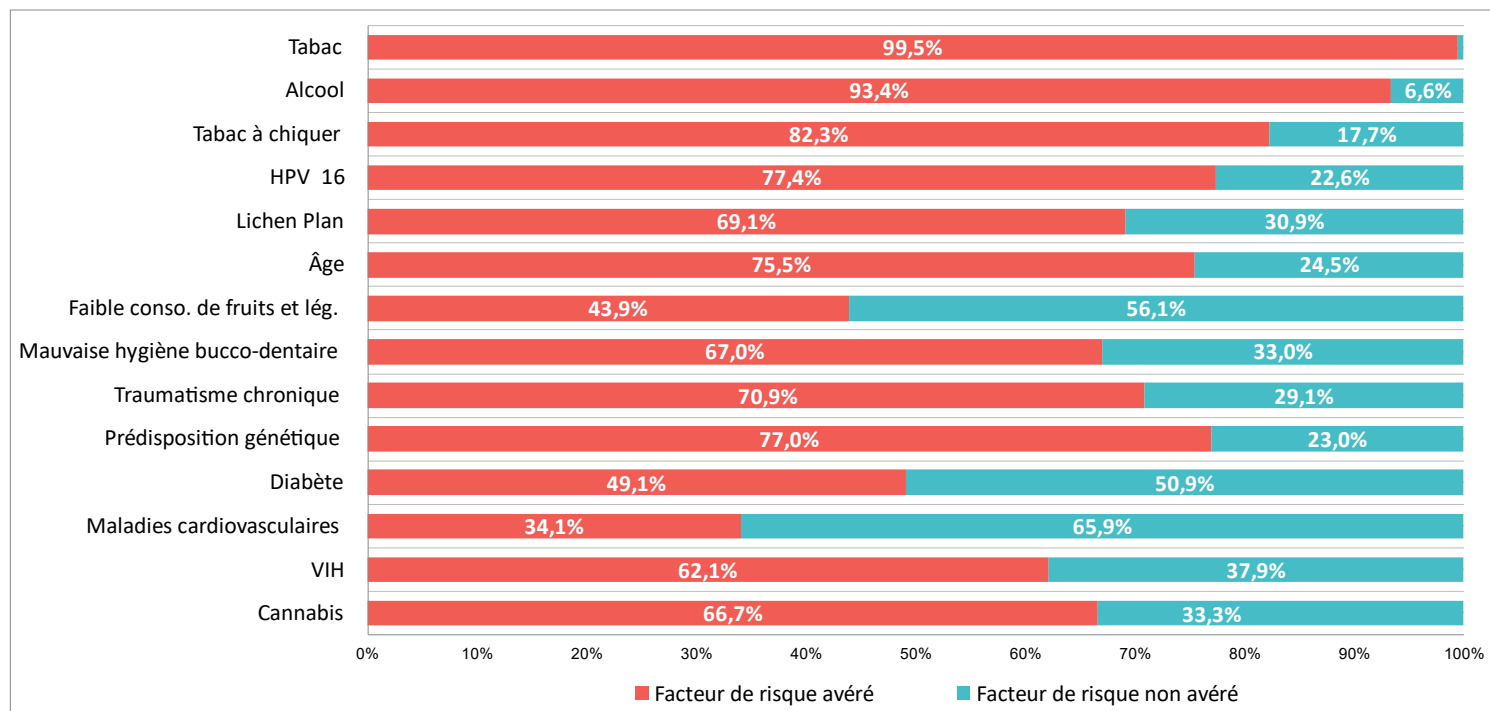


Figure 11 : Répartition des facteurs de risque avérés et non avérés, tous les répondants (n=1098)

Pour la suite des résultats de cette question, les deux catégories (majeur et mineur) ont été réunies dans une seule et même catégorie « Facteurs de risque avérés ». Les facteurs n'ayant pas été sélectionnés seront quant à eux comptabilisés dans la catégorie « Facteurs de risque non avérés »

Guide de lecture : Parmi tous les répondants de l'étude, 99,5% pensent que le tabac est un facteur de risque du CO et 0,5% pensent que le tabac est un facteur de risque non avéré du CO.

Des facteurs de risque non avérés ont été considérés comme des facteurs de risque du CO par une plus grande partie des répondants que certains facteurs de risque avérés :

À titre d'exemple, un facteur de risque reconnu du CO, la faible consommation de fruits et légumes (9), a été considéré comme un facteur de risque par 43,9% (n=479) des répondants, contre 77% (n=845) pour la prédisposition génétique, 70,9% (n=778) pour le traumatisme chronique des muqueuses, 66,7% (n=732) pour le cannabis, 62,1% (682) pour l'infection au VIH, ou 49,1% (n=539) pour le diabète qui sont tous les cinq des facteurs de risque non avérés.

Les facteurs de risque, du plus reconnu au moins reconnu comme avéré par les répondants :

1. Le tabac : 99,5% (n=1092)
2. L'alcool : 93,4% (n=1025)
3. Le tabac à chiquer : 82,3 % (n=904)
4. HPV 16 : 77,4% (n=850)
5. Prédisposition génétique : 77,0% (n=845)
6. Âge : 75,5% (n=829)
7. Traumatisme chronique : 70,9% (n=778)
8. Lichen plan : 69,1% (n=759)
9. Mauvaise hygiène buccodentaire : 67,0% (n=736)
10. Cannabis : 66,7% (n=732)
11. VIH : 62,1% (n=682)
12. Diabète : 49,1% (n=539)
13. La faible consommation de fruits et légumes : 43,9% (n=482)
14. Maladies cardiovasculaires : 34,1% (n=441)

b) *Sous-groupes comparés*

Comparaison entre les répondants confrontés ou non à un cas de CO (voir tab. 4) :

Il s'agit de la comparaison présentant le plus de différences statistiquement significatives :

- Les facteurs considérés davantage comme des facteurs de risque avérés par les « confrontés » : le tabac, l'alcool, le tabac à chiquer, le lichen plan et le traumatisme chronique des muqueuses.
- Les facteurs considérés davantage comme des facteurs de risque avérés par les « non confrontés » sont : l'âge, la prédisposition génétique, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et le VIH.

Tableau 4 : Facteurs de risque, résultats entre répondants confrontés et non confrontés à un cas de CO.

<i>Facteurs de risque</i>	<i>Répondants confrontés (n=450)</i>	<i>Répondants non confrontés (n=648)</i>	<i>P value</i>
	<i>Facteur considéré avéré (n / %)</i>		
Tabac	450 100,0%	642 99,1%	0,041
Alcool	432 96,0%	593 91,5%	0,003
Tabac à chiquer	384 85,3%	520 80,2%	0,030
HPV 16	361 80,2%	489 75,5%	0,064
Lichen Plan	340 75,6%	419 64,7%	<0,001
Âge	326 72,4%	503 77,6%	0,050
Faible consommation de fruits et légumes	183 40,7%	299 46,1%	0,072
Mauvaises HBD	307 68,2%	429 66,2%	0,484
Traumatisme chronique	346 76,9%	432 66,7%	<0,001
Prédisposition génétique	313 69,6%	532 82,1%	<0,001
Diabète	183 40,7%	356 54,9%	<0,001
Maladies cardiovasculaires	154 34,2%	287 44,3%	0,001
VIH	260 57,8%	422 65,1%	0,014
Cannabis	299 66,4%	433 66,8%	0,896

p ≤ 0,05 : forte association statistique

p ≤ 0,01 : très forte association statistique

En rouge les associations statistiques (p ≤ 0,05)

Comparaison des niveaux d'étude : les étudiants de 1^{er} cycle, les étudiants externes (2^e cycle, 3^e cycle court) et les étudiants internes.

Cette comparaison présente des associations statistiques (voir tab. 5) :

- Les deux niveaux d'études ayant le plus de différences significatives étaient les externes et les étudiants de 1^{er} cycle : le tabac, l'alcool, le tabac à chiquer, le HPV 16, le lichen plan, le traumatisme chronique, le diabète et les maladies cardiovasculaires.
- Des différences significatives étaient également notables entre les internes et les étudiants de 1^{er} cycle : l'alcool, le tabac à chiquer, le HPV 16, le lichen plan, le diabète et les maladies cardiovasculaires.
- Quelques différences significatives étaient retrouvées entre les internes et les externes : HPV 16, diabète et les maladies cardiovasculaires.

Les facteurs de risque ne présentant aucune association statistique en comparant ces trois niveaux d'étude étaient : l'âge, la mauvaise HBD, la faible consommation de fruits et légumes, la prédisposition génétique, le VIH et le cannabis.

Tableau 5 : Facteurs de risque, résultats des internes, des externes et des étudiants de 1^{er} cycle.

Facteurs de risque	Internes (n=51)	P-value entre Internes et externes	Externes (n=383)	P-value entre externes et 1 ^{er} cycle	1 ^{er} cycle (n=266)	P-value entre 1 ^{er} cycle et internes
	Facteur considéré avéré (n/%)		Facteur considéré avéré (n/%)		Facteur considéré avéré (n/%)	
Tabac	51 100%	.	383 100,0%	0,016	262 98,5%	0,378
Alcool	50 98,0%	0,404	366 95,6%	<0,001	227 85,3%	0,012
Tabac à chiquer	44 86,3%	0,942	329 85,9%	<0,001	192 72,2%	0,035
HPV 16	48 94,1%	0,024	312 81,5%	<0,001	173 65,0%	< 0,001
Lichen Plan	45 88,2%	0,092	299 78,1%	<0,001	116 43,6%	< 0,001
Âge	40 78,4%	0,842	305 79,6%	0,313	203 76,3%	0,744
Faible conso de fruits et lég.	29 56,9%	0,080	168 43,9%	0,900	118 44,4%	0,101
Mauvaises HBD	34 66,7%	0,873	251 65,5%	0,641	179 67,3%	0,930
Traumatisme chronique	38 74,5%	0,437	265 69,2%	0,046	164 61,7%	0,080
Prédisposition génétique	38 74,5%	0,324	308 80,4%	0,390	221 83,1%	0,147
Diabète	16 31,4%	0,013	191 49,9%	0,001	167 62,8%	< 0,001
Maladies cardiovasculaires	12 23,5%	0,012	160 41,8%	0,048	132 49,6%	0,001
VIH	33 64,7%	0,705	258 67,4%	0,537	173 65,0%	0,964
Cannabis	39 76,5%	0,137	253 66,1%	0,529	182 68,4%	0,252

Les données sont des effectifs et en dessous des pourcentages

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)

Comparaison entre CD omnipraticiens, internes, externes :

- Des différences significatives entre les externes et les CD omnipraticiens : l'âge, le traumatisme chronique, la prédisposition génétique et le VIH.
- Des différences significatives entre les internes et les CD omnipraticiens : le HPV 16, le lichen plan et la faible consommation de fruits et légumes.

Tableau 6 : Facteurs de risque, résultats et associations significatives pour les CD omnipraticiens, internes et externes.

Facteurs de risque	Internes (n=51)	P-value entre internes et CD omnipraticiens	CD omnipraticiens (n=349)	P-value entre CD omni. et externes	Externes (n=383)
	Facteur considéré avéré (n/%)		Facteur considéré avéré (n/%)		Facteur considéré avéré (n/%)
Tabac	51 100%	0,702	348 99,7%	0,264	383 100,0%
Alcool	50 98,0%	0,472	335 96,0%	0,924	366 95,6%
Tabac à chiquer	44 86,3%	0,708	294 84,2%	0,505	329 85,9%
HPV 16	48 94,1%	0,012	277 79,4%	0,201	312 81,5%
Lichen Plan	45 88,2%	0,029	259 74,2%	0,095	299 78,1%
Âge	40 78,4%	0,291	249 71,3%	0,008	305 79,6%
Faible conso. de fruits et lég.	29 56,9%	0,036	144 41,3%	0,247	168 43,9%
Mauvaises HBD	34 66,7%	0,731	241 69,1%	0,316	251 65,5%
Traumatisme chronique	38 74,5%	0,458	276 79,1%	0,003	265 69,2%
Prédisposition génétique	38 74,5%	0,582	247 70,8%	0,004	308 80,4%
Diabète	16 31,4%	0,100	152 43,6%	0,248	191 49,9%
Maladies cardiovasculaires	12 23,5%	0,084	125 35,8%	0,274	160 41,8%
VIH	33 64,7%	0,193	192 55,0%	0,001	258 67,4%
Cannabis	39 76,5%	0,078	223 63,9%	0,321	253 66,1%

Les données sont des effectifs et en dessous des pourcentages

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)

Les années d'expérience (voir tab. 7) :

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre le groupe de 5 à 15 ans d'expérience et le groupe de plus de 15 ans d'expérience.

Des différences significatives ont été retrouvées entre le groupe de moins de 5 ans d'expérience et le groupe de plus de 15 ans d'expérience :

- Les praticiens de plus de 15 ans d'expérience ont été plus nombreux à sélectionner l'alcool en tant que facteur de risque avéré.
- Les praticiens de moins de 5 ans d'expérience ont été plus nombreux, par rapport aux praticiens de plus de 15 ans d'expérience, à sélectionner les facteurs de risque suivants :
 - Le tabac à chiquer ;
 - Le HPV 16 ;
 - L'âge ;
 - La prédisposition génétique ;
 - Les maladies cardiovasculaires ;
 - Le VIH ;
 - Le cannabis ;

Tableau 7 : Facteurs de risque, résultats selon les années d'expérience des CD

Facteurs de risque	CD 0 à 5 ans d'expérience (n=223)	P-value entre 0 à 5 / 5 à 15 ans d'expérience	CD 5 à 15 ans d'expérience (n=97)	P-value entre 5 à 15 / + de 15 ans d'expérience	CD + de 15 ans d'expérience (n= 78)	P-value entre 0 à 5 / + de 15 ans d'expérience
	Facteur avéré (n/%)		Facteur avéré (n/%)		Facteur avéré (n/%)	
Tabac	222 99,6%	0,543	96 99,0%	0,368	78 100,0%	0,554
Alcool	209 93,7%	0,112	95 97,9%	0,202	78 100,0%	0,023
Tabac à chiquer	197 88,3%	0,349	82 84,5%	0,201	60 76,9%	0,014
HPV 16	185 83,0%	0,584	78 80,4%	0,088	54 69,2%	0,010
Lichen Plan	172 77,1%	0,870	74 76,3%	0,219	53 67,9%	0,108
Âge	176 78,9%	0,001	60 61,9%	0,576	45 57,7%	<0,001
Faible conso. de fruits et lég.	97 43,5%	0,216	35 36,1%	0,238	35 44,9%	0,833
Mauvaises HBD	147 65,9%	0,582	67 69,1%	0,442	58 74,4%	0,169
Traumatisme chronique	168 75,3%	0,106	81 83,5%	0,494	62 79,5%	0,457
Prédisposition génétique	176 78,9%	0,005	62 63,9%	0,092	40 51,3%	<0,001
Diabète	106 47,5%	0,010	31 32,0%	0,584	28 35,9%	0,075
Maladies cardiovasculaires	89 39,9%	0,039	27 27,8%	0,893	21 26,9%	0,040
VIH	133 59,6%	0,179	50 51,5%	0,380	35 44,9%	0,024
Cannabis	159 71,3%	0,043	58 59,8%	0,338	41 52,6%	0,003

Les données sont des effectifs et en dessous des pourcentages

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)

2. Parmi les photographies suivantes, lesquelles présentent potentiellement une lésion cancéreuse ou une affection à potentiel malin ?

Les participants pouvaient sélectionner une ou plusieurs photographies (voir annexe) qui correspondaient selon eux à une lésion cancéreuse (LC) ou une affection à potentiel malin (APM). Tous les participants de l'étude ont pu répondre à cette question. Il y avait au total 1098 réponses.

a) Résultats globaux

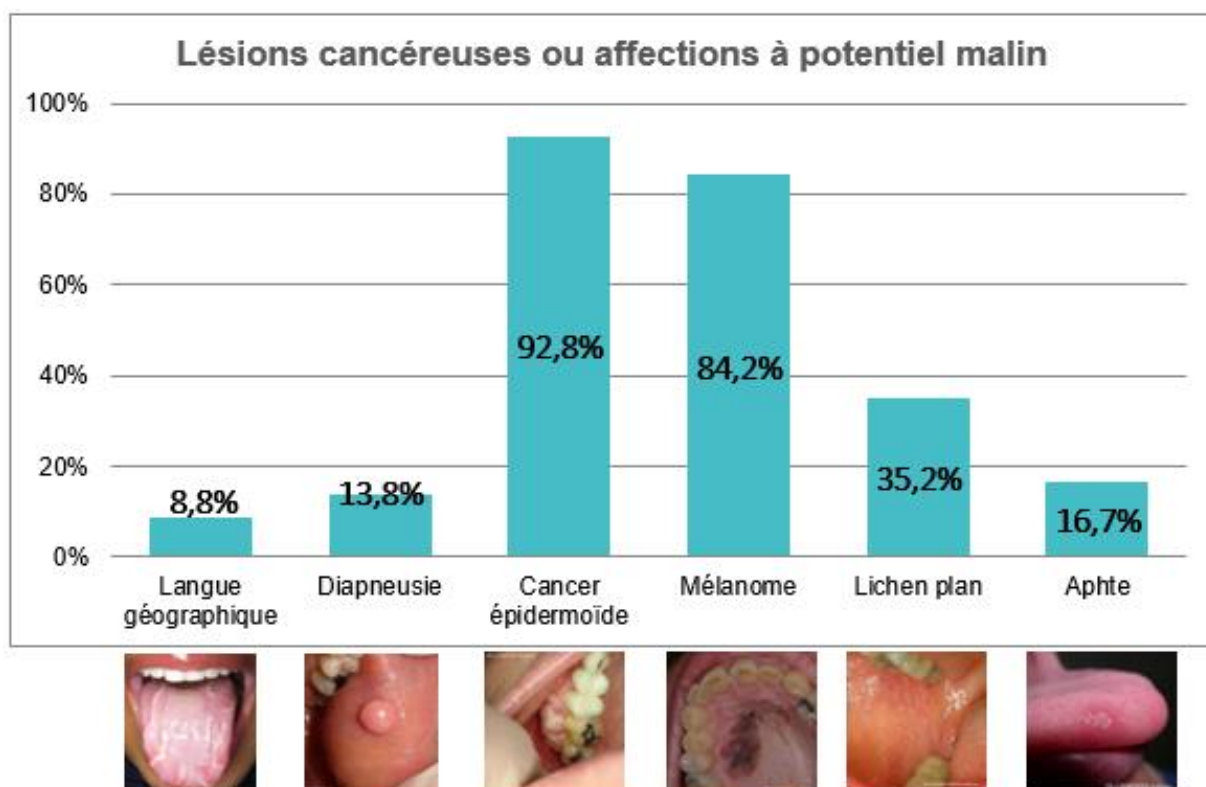


Figure 12 : Lésions considérées par tous les répondants comme cancéreuses ou affection à potentiel malin (n=1098)

Guide de lecture : 8,8% des répondants ont considéré la langue géographique comme une lésion cancéreuse ou une APM.

Les photographies considérées comme des LC ou AMP étaient le cas 3, 4 et 5.

Si l'on isole les résultats de chaque lésion maligne ou à potentiel malin, pour le carcinome épidermoïde (CE) il apparaît que 92,8% (n=1019) des répondants le considéraient comme une lésion maligne ou une APM.

S'agissant du mélanome, le résultat était de 84,2% (n=924).

Enfin concernant le lichen plan oral, le résultat était de 35,2% (n=386).

La suite de l'analyse des résultats se concentrera sur le diagnostic juste, c'est-à-dire la situation dans laquelle un participant sélectionnait uniquement les photographies du CE, du mélanome et du lichen plan oral (cas 3, 4 et 5).

- 19,6% (n=215) des participants ont sélectionné uniquement ces trois photographies.

Analyse en comparant les différents sous-groupes :

S'agissant de la reconnaissance stricte de ces trois lésions (voir tab. 8), on constate une association statistique pour :

- Le niveau d'étude : plus le niveau d'étude était élevé, plus les trois photographies ont été sélectionnées ($p < 0,001$) ;
- La confrontation avec un cas de cancer oral : les répondants ayant été confrontés à un cas de cancer oral ont été significativement plus nombreux à sélectionner les trois photographies, par rapport aux non confrontés ($p < 0,001$) ;
- Le mode d'exercice : les CD exerçant à l'hôpital ont eu une tendance significative à sélectionner les trois photographies par rapport aux CD libéraux ($p = 0,016$).

Tableau 8 : Lésions cancéreuses et APM sélectionnées, résultats selon les sous-groupes comparés.

Sous-groupes comparés	Bonnes réponses Cas 3, 4 et 5 (strictement)	Bonnes réponses Cas 3, 4 et 5 +/- d'autres cas	Total (n)
Niveau d'étude	p < 0,001	p < 0,001	
1 ^{er} cycle	17 (6,4%)	44 (16,5%)	266
Externes	101 (26,4%)	129 (33,7%)	383
Internes	16 (31,4%)	23 (45,1%)	51
Diplôme	p=0,055	P=0,048	
CD omnipraticiens	71 (20,3%)	94 (26,9%)	349
Externes	101 (26,4%)	129 (33,7%)	383
Expérience	p= 0,158	p= 0,129	
0 à 5 ans	41 (18,4%)	54 (24,2%)	223
5 à 10 ans	18 (18,6%)	25 (25,8%)	97
+ de 15 ans	22 (28,2%)	28 (35,9%)	78
Spécialités	p= 0,992	p = 0,952	
CD omnipraticiens	71 (20,3%)	94 (26,9%)	349
CD spécialisés	10 (20,4%)	13 (26,5%)	49
Mode d'exercice	p= 0,016	p= 0,051	
Libéral	53 (19,3%)	74 (27%)	274
Hospitalier	13 (37,1%)	15 (42,9%)	35
Confrontation	p < 0,001	p =0,002	
Confrontés	111 (24,7%)	147 (32,7%)	450
Non confrontés	104 (16,1%)	156 (24,1%)	648

Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

$p = p\text{-value}$

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)

« Bonnes réponses Cas 3, 4 et 5 +/- d'autres cas » : les participants ont sélectionné au moins le cas 3, 4 et 5 mais ont pu sélectionner d'autres cas en plus.

Tableau 9 : Lésions de la muqueuse orale, résultats selon les sous-groupes comparés.

Sous-groupes comparés	Langue géographique	Diapneusie	Carcinome épidermoïde	Mélanome	Lichen plan	Aphte	Total (n)
Niveau d'étude	p < 0,001	p < 0,001	p < 0,001	p= 0,019	p < 0,001	p=0,498	
1 ^{er} cycle	49 (18,4%)	101 (38,0%)	215 (80,8%)	209 (78,6%)	73 (27,4%)	30 (11,3%)	266
Externes	29 (7,6%)	33 (8,6%)	369 (96,3%)	320 (83,6%)	159 (41,5%)	55 (14,4%)	383
Internes	1 (2,0%)	0 (0,0%)	51 (100%)	48 (94,1%)	26 (51,0%)	6 (11,8%)	51
Diplôme	p=0,093	p=0,045	p=0,874	p=0,310	p=0,013	p=0,001	
CD omni	16 (4,6%)	17 (4,9%)	337 (96,6%)	301 (86,2%)	114 (32,7%)	83 (23,8%)	349
Externes	29 (7,6%)	33 (8,6%)	369 (96,3%)	320 (83,6%)	159 (41,5%)	55 (14,4%)	383
Expérience	p= 0,098	p < 0,459	p= 0,668	p= 0,152	p= 0,692	p=0,268	
0 à 5 ans	11 (4,9%)	12 (5,4%)	214 (96,0%)	188 (84,3%)	71 (31,8%)	49 (22,0%)	223
5 à 10 ans	1 (1,0%)	3 (3,1%)	95 (97,9%)	88 (90,7%)	29 (29,9%)	28 (28,9%)	97
+ de 15 ans	6 (7,7%)	2 (2,6%)	75 (96,2%)	71 (91,0%)	28 (35,9%)	15 (19,2%)	78
Spécialités	p= 0,874	p =0,114	p= 0,819	p= 0,135	p= 0,566	p =0,400	
CD omni	16 (4,6%)	17 (4,9%)	337 (96,6%)	301 (86,2%)	114 (32,7%)	83 (23,8%)	349
CD spécialisés	2 (4,1%)	0 (0,0%)	47 (95,9%)	46 (93,6%)	14 (28,6%)	9 (18,4%)	49
Mode d'exercice	p= 0,637	p =0,037	p= 0,916	p= 0,065	p= 0,221	p =0,503	
Hospitalier	2 (5,7%)	4 (11,4%)	34 (97,1%)	34 (97,1%)	15 (42,9%)	7 (20,0%)	35
Libéral	11 (4,0%)	10 (3,6%)	267 (97,4%)	236 (86,1%)	89 (32,5%)	69 (25,2%)	274
Confrontation	p < 0,001	p < 0,001	p= 0,001	p= 0,010	p= 0,011	p= 0,021	
Confrontés	21 (4,7%)	21 (4,7%)	432 (96,0%)	394 (87,6%)	178 (39,6%)	89 (19,8%)	450
Non confrontés	76 (11,7%)	130 (20,1%)	587 (90,6%)	530 (81,8%)	208 (32,1%)	94 (14,5%)	648

Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

p = p-value

p ≤ 0,05 : forte association statistique

p ≤ 0,01 : très forte association statistique

En rouge les associations statistiques (p ≤ 0,05)

D. Prévention

1. Évoquez-vous les facteurs de risques de cancers oraux avec vos patients ?

a) Résultats globaux

Répondants : étudiants de 2^e cycle, 3^e cycle court, DES et les praticiens.

Nombre de répondants à cette question : 832.

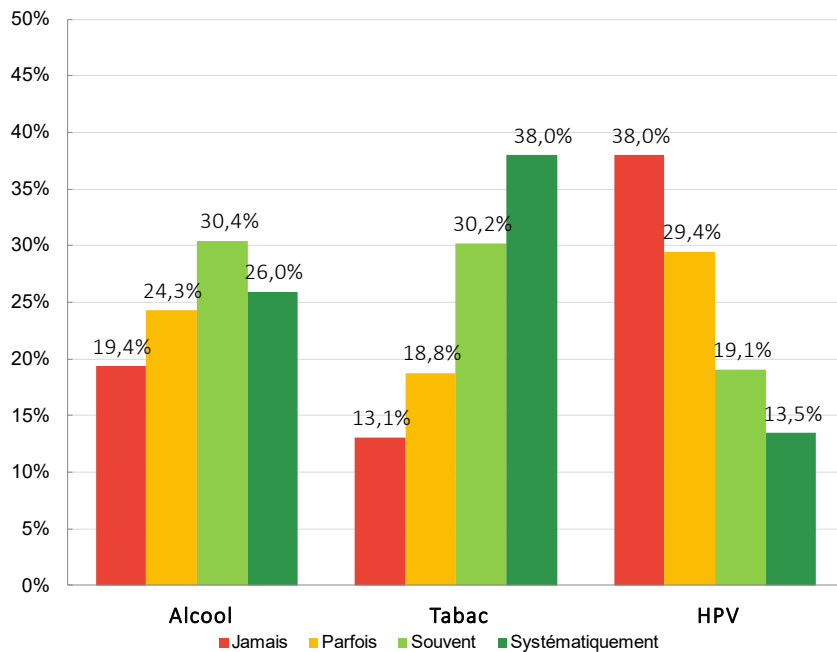


Figure 13 : Évoquant des facteurs de risque pour tous les répondants (n=832)

Analyse descriptive :

Le tabac était le facteur de risque le plus systématiquement évoqué (38,0%, n=316) par tous les répondants, suivi par l'alcool avec 26,0% (n=216) et l'HPV avec 13,5% (n=112).

Il était noté également une différence de tendance entre les 3 facteurs :

- Le tabac était davantage évoqué « systématiquement » (38,0% n=316) que « souvent » (30,2% n=251).
- L'alcool était davantage évoqué « souvent » (30,4% n=253) que « systématiquement » (26,0% n=216).
- Le HPV n'était « jamais » évoqué chez 38,0% (n=316) et « parfois » évoqué chez 29,4% (n=245). Il était « souvent » évoqué par 19,1% (n=159) et « systématiquement » par 13,5% (n=112) des répondants.
- Les tendances entre le tabac et le HPV étaient inversées.

b) Les répondants confrontés ou non à un cas de CO

Analyse statistique :

Les différences significatives entre les confrontés et les non confrontés étaient les suivantes :

- Alcool : les confrontés étaient plus nombreux à l'évoquer « systématiquement » ($p=0,040$) et ils étaient moins nombreux à ne « jamais » l'évoquer ($p=0,012$).
- Tabac : les confrontés étaient moins nombreux à ne « jamais » l'évoquer ($p=0,037$).
- HPV : les confrontés étaient moins nombreux à « parfois » l'évoquer ($p=0,037$).

Tableau 10 : Évocation des facteurs de risque, les répondants confrontés et non confrontés.

Facteurs de risque et leurs fréquences d'évocation		Confrontés (n=420)	Non confrontés (n=412)	P-value par fréquence	P-value par facteur de risque
Alcool	Systématiquement	122 29,0%	94 22,8%	0,040	0,041
	Souvent	130 31,0%	123 29,9%	0,731	
	Parfois	101 24,0%	101 24,5%	0,875	
	Jamais	67 16,0%	94 22,8%	0,012	
Tabac	Systématiquement	167 39,8%	149 36,2%	0,285	0,148
	Souvent	130 31,0%	121 29,4%	0,619	
	Parfois	79 18,8%	77 18,7%	0,965	
	Jamais	44 10,5%	65 15,8%	0,023	
HPV	Systématiquement	63 15,0%	49 11,9%	0,189	0,072
	Souvent	90 21,4%	69 16,7%	0,086	
	Parfois	110 26,2%	135 32,8%	0,037	
	Jamais	157 37,4%	159 38,6%	0,719	
<p>Les données sont des effectifs et en-dessous des pourcentages $p \leq 0,05$: forte association statistique $p \leq 0,01$: très forte association statistique En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)</p>					

c) Les CD omnipraticiens et les étudiants externes

Les différences significatives entre les CD omnipraticiens et les externes étaient les suivantes :

- Alcool : les CD omnipraticiens étaient plus nombreux à « parfois » l'évoquer ($p=0,003$) et moins nombreux à ne « jamais » l'évoquer ($p=0,049$).
- Tabac : les externes étaient plus nombreux à « systématiquement » l'évoquer ($p=0,029$)

Tableau 11 : Évocation des facteurs de risque, les CD omnipraticiens et les externes.

Facteurs de risque et leurs fréquences d'évocation		CD omnipraticiens (n=349)	Externes (n=383)	P-value par fréquence	P-value par facteur de risque
Alcool	Systématiquement	79 22,6%	97 25,3%	0,395	0,017
	Souvent	104 29,8%	118 30,8%	0,767	
	Parfois	107 30,7%	81 21,1%	0,003	
	Jamais	59 16,9%	87 22,7%	0,049	
Tabac	Systématiquement	114 32,7%	155 40,5%	0,029	0,114
	Souvent	112 32,1%	108 28,2%	0,251	
	Parfois	77 22,1%	67 17,5%	0,120	
	Jamais	46 13,2%	53 13,8%	0,795	
HPV	Systématiquement	45 12,9%	48 12,5%	0,883	0,983
	Souvent	66 18,9%	69 18,0%	0,755	
	Parfois	104 29,8%	118 30,8%	0,767	
	Jamais	134 38,4%	148 38,6%	0,945	
<p>Les données sont des effectifs et en-dessous des pourcentages $p \leq 0,05$: forte association statistique $p \leq 0,01$: très forte association statistique En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)</p>					

d) Les années d'expérience du praticien

Les différences significatives entre les praticiens de 0 à 5 ans d'expérience et de plus de 15 ans d'expérience étaient :

- Alcool, tabac, HPV : les praticiens de 0 à 5 ans d'expérience étaient plus nombreux à ne « jamais » les évoquer (respectivement $p=0,008$; $p=0,031$; $p=0,005$).
- HPV : les praticiens de plus de 15 ans d'expérience étaient plus nombreux à « souvent » l'évoquer ($p=0,011$).

Tableau 12 : Évocation des facteurs de risque, résultats des praticiens de 0 à 5 ans d'expérience et des praticiens de plus de 15 ans d'expérience.

Facteurs de risque et leurs fréquences d'évocation		Praticiens de 0 à 5 ans d'expérience (n=223)	Praticiens de + de 15 ans d'expérience (n=78)	P-value par fréquence	P-value par facteur de risque
Alcool	Systématiquement	56 25,1%	24 30,8%	0,330	0,060
	Souvent	58 26,0%	25 32,1%	0,304	
	Parfois	62 27,8%	23 29,5%	0,776	
	Jamais	47 21,1%	6 7,7%	0,008	
Tabac	Systématiquement	79 35,4%	30 38,5%	0,631	0,139
	Souvent	62 27,8%	28 35,9%	0,179	
	Parfois	46 20,6%	15 19,2%	0,792	
	Jamais	36 16,1%	5 6,4%	0,031	
HPV	Systématiquement	32 14,3%	15 19,2%	0,307	0,012
	Souvent	34 15,2%	22 28,2%	0,011	
	Parfois	63 28,3%	22 28,2%	0,994	
	Jamais	94 42,2%	19 24,4%	0,005	

Les données sont des effectifs et en-dessous des pourcentages

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)

e) *Spécialistes et omnipraticiens*

Les différences significatives entre les CD omnipraticiens et les CD spécialisés étaient :

- Alcool : la part des CD spécialisés à l'évoquer « systématiquement » était plus importante ($p=0,002$), et elle était moins importante à « parfois » l'évoquer ($p=0,003$).
- Tabac : la part des CD spécialisés à l'évoquer « systématiquement » était plus importante ($p=0,005$), et elle était moins importante à « parfois » l'évoquer ($p=0,024$).
- HPV : la part des CD spécialisés à l'évoquer « systématiquement » était plus importante ($p=0,030$).

Tableau 13 : Évocation des facteurs de risque, les CD omnipraticiens et les CD spécialisés.

Facteurs de risque et leurs fréquences d'évocation		CD omnipraticiens (n=349)	CD spécialisés (n=49)	P-value par fréquence	P-value par facteur de risque
Alcool	Systématiquement	79 22,6%	21 42,9%	0,002	0,003
	Souvent	104 29,8%	16 32,7%	0,684	
	Parfois	107 30,7%	5 10,2%	0,003	
	Jamais	59 16,9%	7 14,3%	0,644	
Tabac	Systématiquement	114 32,7%	26 53,1%	0,005	0,018
	Souvent	112 32,1%	15 30,6%	0,835	
	Parfois	77 22,1%	4 8,2%	0,024	
	Jamais	46 13,2%	4 8,2%	0,321	
HPV	Systématiquement	45 12,9%	12 24,5%	0,030	0,052
	Souvent	66 18,9%	13 26,5%	0,211	
	Parfois	104 29,8%	10 20,4%	0,173	
	Jamais	134 38,4%	14 28,6%	0,183	
<p>Les données sont des effectifs et en-dessous des pourcentages $p \leq 0,05$: forte association statistique $p \leq 0,01$: très forte association statistique En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)</p>					

Aucune association statistique n'a été retrouvée entre les CD omnipraticiens et les internes, ainsi qu'entre les CD libéraux et les CD hospitalier.

2. Encouragez-vous de manière systématique le sevrage tabagique chez vos patients fumeurs ?

Répondants : étudiants de 2e cycle, 3e cycle court, DES et les praticiens.

Nombre de répondants à cette question : 832.

Il s'agissait d'une question à choix unique.

a) Résultats globaux

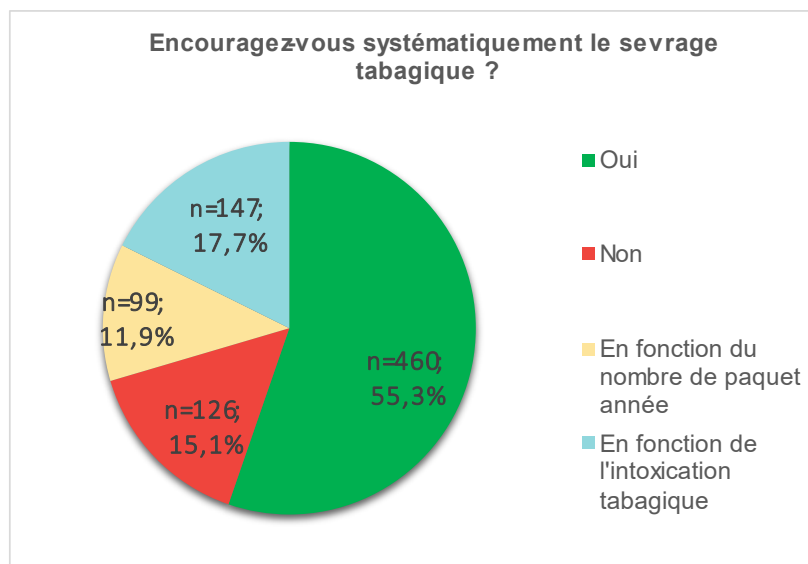


Figure 14 : Sevrage tabagique encouragé, le résultat de tous les répondants (n=832)

b) Les répondants confrontés ou non à un cas de CO

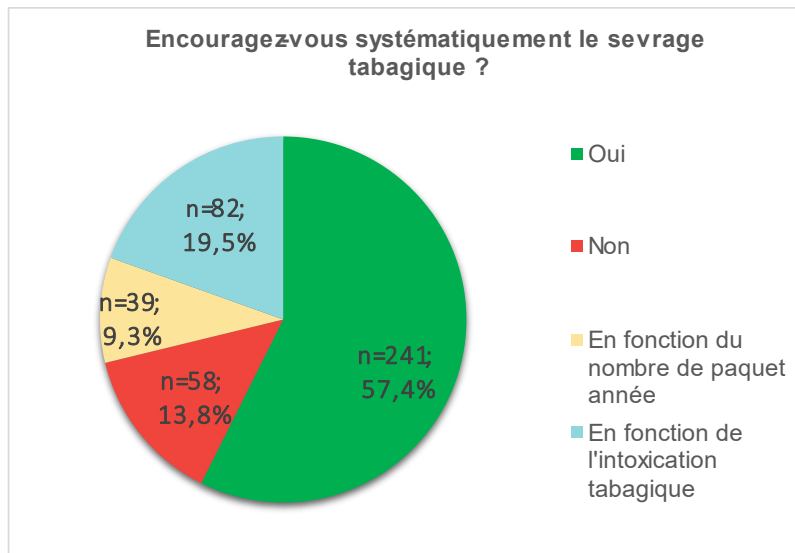


Figure 15 : Sevrage tabagique encouragé, le résultat des confrontés (n=420)

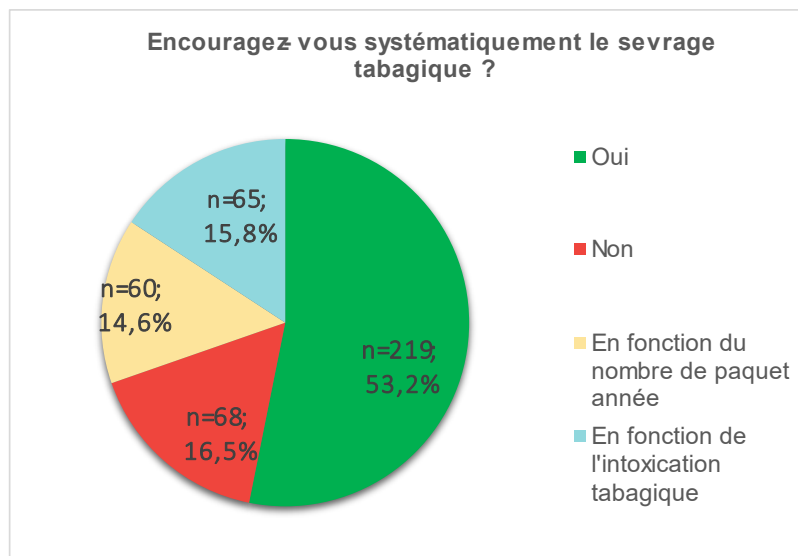


Figure 16: Sevrage tabagique encouragé, le résultat des non confrontés (n=412)

Analyse descriptive : une différence est à relever pour la proposition « Oui », les confrontés étaient 57,4% à l'avoir sélectionné, contre 53,2% des non confrontés.

Analyse statistique :

La seule différence significative était pour la proposition « en fonction du nombre de paquet année ». Les confrontés encourageaient de façon statistiquement moins importante le sevrage en fonction du nombre de paquet année, par rapport aux non confrontés ($p=0,019$).

c) *Autres comparaisons*

Les autres différences significatives retrouvées pour cette question sont (voir tab. 14) :

- « En fonction du nombre de paquet année » : la part des externes était significativement plus importante (15,4% n=59) que les CD omnipraticiens (9,2% n=32)
- « Oui » : la part des CD spécialisés était significativement plus importante (75,5% n=37) que celle des CD omnipraticiens (55,3% n=193).

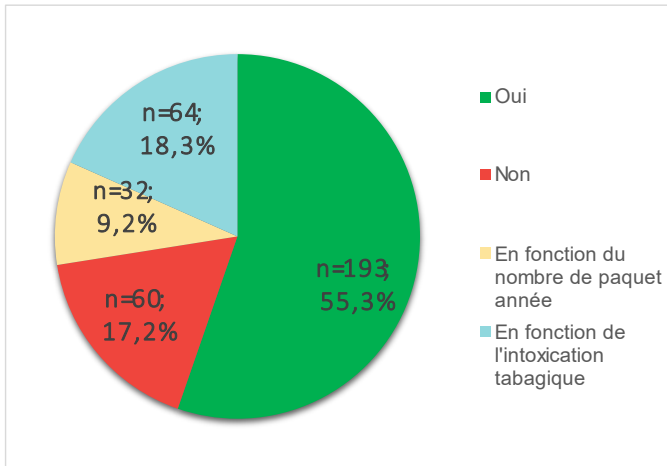


Figure 18 : Sevrage tabagique encouragé, le résultat des CD omnipraticiens (n=349).

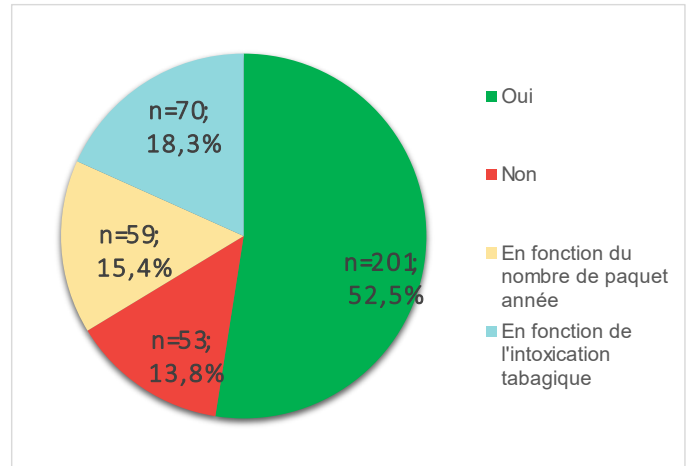


Figure 17 : Sevrage tabagique encouragé, le résultat des externes (n=383).

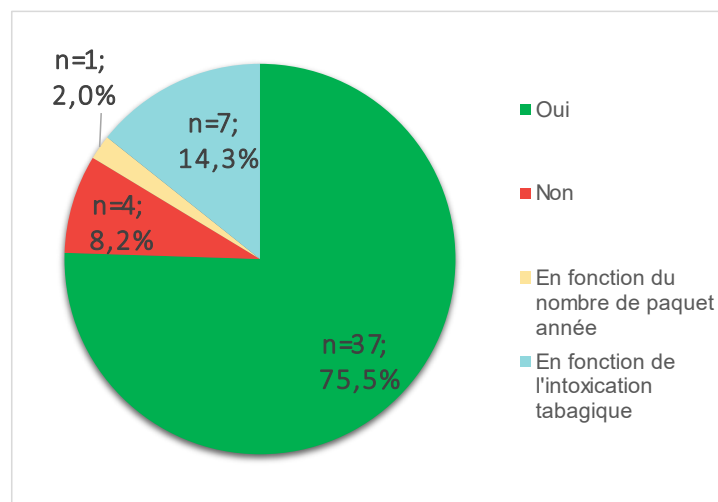


Figure 19 : Sevrage tabagique encouragé, le résultat des CD spécialisés (n=49).

Tableau 14 : Sevrage tabagique encouragé, récapitulatif de toutes les comparaisons.

Sous-groupes comparés	Oui	Non	En fonction du nombre de paquet année	En fonction de l'intoxication tabagique
<u>Diplôme :</u> CD omni (n=349) Externes (n=383)	p=0,445 193 (55,3%) 201 (52,5%)	p=0,210 60 (17,2%) 53 (13,8%)	p=0,011 32 (9,2%) 59 (15,4%)	p=0,983 64 (18,3%) 70 (18,3%)
<u>Spécialités :</u> CD omni (n=349) CD spécialisés (n=49)	p=0,007 193 (55,3%) 37 (75,5%)	p=0,107 60 (17,2%) 4 (8,2%)	p=0,090 32 (9,2%) 1 (2,0%)	p=0,488 64 (18,3%) 7 (14,3%)
<u>Confrontation :</u> Confrontés (n=420) Non confrontés (n=412)	p=0,220 241 (57,4%) 219 (53,2%)	p=0,278 58 (13,8%) 68 (16,5%)	p=0,019 39 (9,3%) 60 (14,6%)	p=0,157 82 (19,5%) 65 (15,8%)

Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

p : p-value

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)

Aucune association statistique n'a été retrouvée entre :

- Les CD omnipraticiens et les internes ;
- Les CD libéraux et les CD hospitaliers ;
- Les CD de 0 à 5 ans d'expérience, les CD de 5 à 15 ans d'expérience, les CD de plus de 15 ans d'expérience.

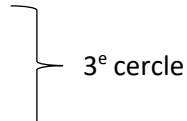
Analyse descriptive des résultats :

On note que le premier cercle d'observation était le plus « systématiquement » ou « souvent » effectué lors de l'examen.

Le 2^e cercle était globalement moins « systématiquement » ou « souvent » examiné que le 1^{er} cercle. Le 3^e cercle était davantage « jamais » examiné par rapport au 2^e cercle, mais une exception est visible dans le graphique : le dos de la langue (3^e cercle) présentait une tendance similaire aux lèvres (1^{er} cercle) et avait globalement de meilleurs résultats que les zones anatomiques du 2^e cercle.

Les dents et les gencives avaient très peu de « parfois » et « jamais ».

Les zones qui avaient une proportion de « jamais » la plus importante étaient les suivantes :

- La palpation des zones ganglionnaires (25,8%)
 - La luette (38,5%)
 - Le voile du palais (18,9%)
 - La face ventrale de la langue (14,1%)
- 
- 3^e cercle

b) Les répondants confrontés ou non à un cas de CO

Analyse descriptive :

Il y avait une tendance générale de la part des répondants confrontés à plus « systématiquement » examiner une zone par rapport aux non confrontés et cela pour toutes les zones anatomiques proposées, excepté pour les dents et la palpation des zones ganglionnaires.

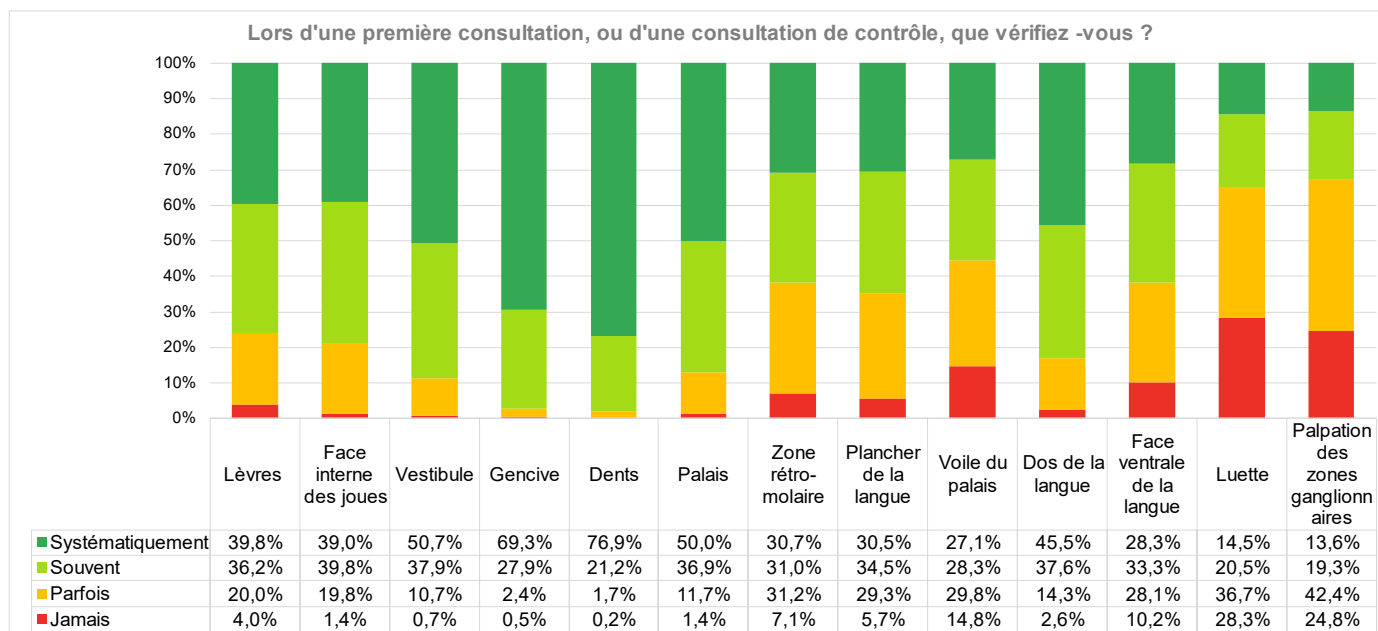


Figure 22 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ere consultation, les confrontés (n=420).

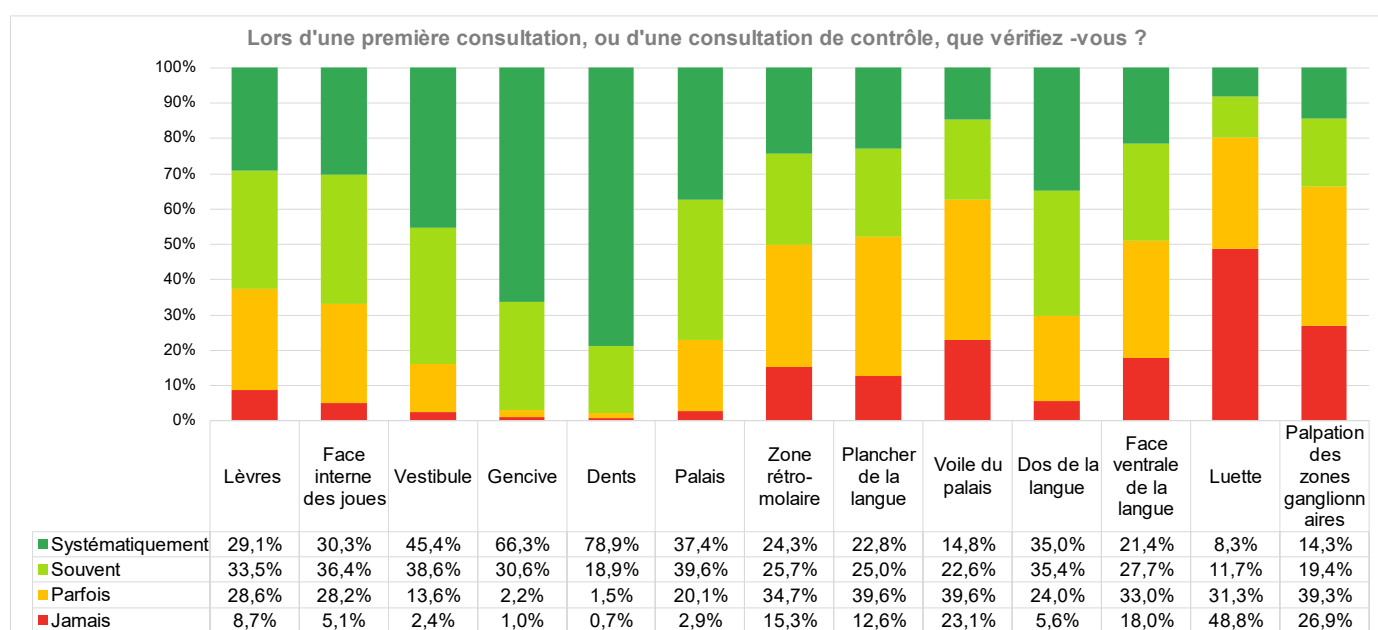


Figure 21 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ere consultation, les non confrontés (n=412).

Analyse statistique :

Des différences significatives ont été retrouvées entre les confrontés et les non confrontés pour les zones anatomiques suivantes : les lèvres, la face interne des joues, les zones rétro-molaires, le plancher de la langue, le dos de la langue, le palais, le voile du palais, la luette ($p < 0,001$ pour toutes les zones précédemment citées) et la face ventrale de la langue ($p = 0,001$).

Ci-dessous un tableau résumant les p-values en détail pour quatre zones anatomiques.

Tableau 15 : Zones anatomiques examinées, résultats des confrontés et des non confrontés.

Les zones anatomiques et leurs fréquences d'examen		Confrontés (n=420)	Non confrontés (n=412)	P-value par fréquence	P-value par zones anatomiques
Palais	Systématiquement	210 50,0%	154 37,4%	<0,001	<0,001
	Souvent	155 36,9%	163 39,6%	0,430	
	Parfois	49 11,7%	83 20,1%	0,001	
	Jamais	6 1,4%	12 2,9%	0,141	
Dos de la langue	Systématiquement	191 45,5%	144 35,0%	0,002	<0,001
	Souvent	158 37,6%	146 35,4%	0,513	
	Parfois	60 14,3%	99 24,0%	<0,001	
	Jamais	11 2,6%	23 5,6%	0,031	
Face ventrale de la langue	Systématiquement	119 28,3%	88 21,4%	0,020	0,001
	Souvent	140 33,3%	114 27,7%	0,076	
	Parfois	118 28,1%	136 33,0%	0,124	
	Jamais	43 10,2%	74 18,0%	0,001	
Plancher de la langue	Systématiquement	128 30,5%	94 22,8%	0,012	<0,001
	Souvent	145 34,5%	103 25,0%	0,003	
	Parfois	123 29,3%	163 39,6%	0,002	
	Jamais	24 5,7%	52 12,6%	0,001	

Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

p : p-value

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)

c) *Autres comparaisons*

Analyse descriptive entre les CD omnipraticiens et les CD spécialisés :

Les CD spécialisés avaient une tendance à vérifier de façon plus systématique toutes les zones anatomiques proposées. La palpation des zones ganglionnaires restait « systématiquement » ou « souvent » effectuée pour 42,9% d'entre eux, contre 19,5% pour les CD omnipraticiens.

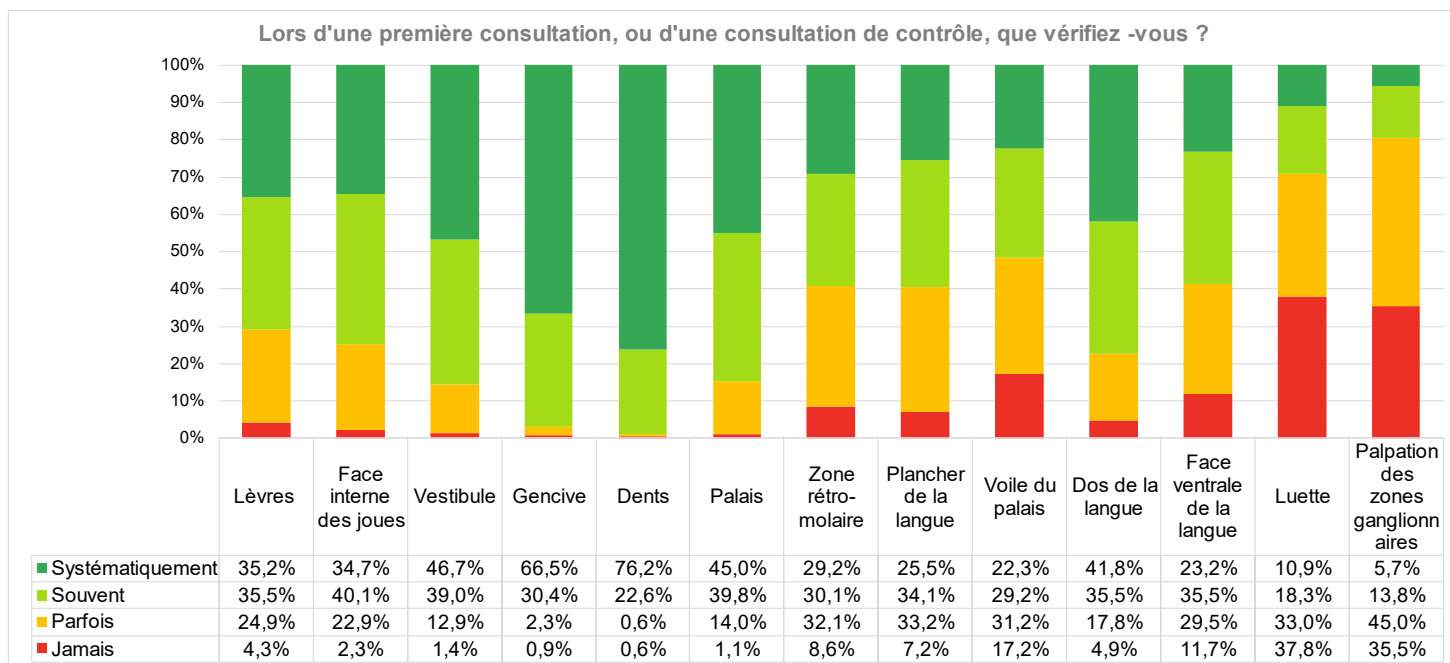


Figure 23 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ere consultation, les CD omnipraticiens (n=349).

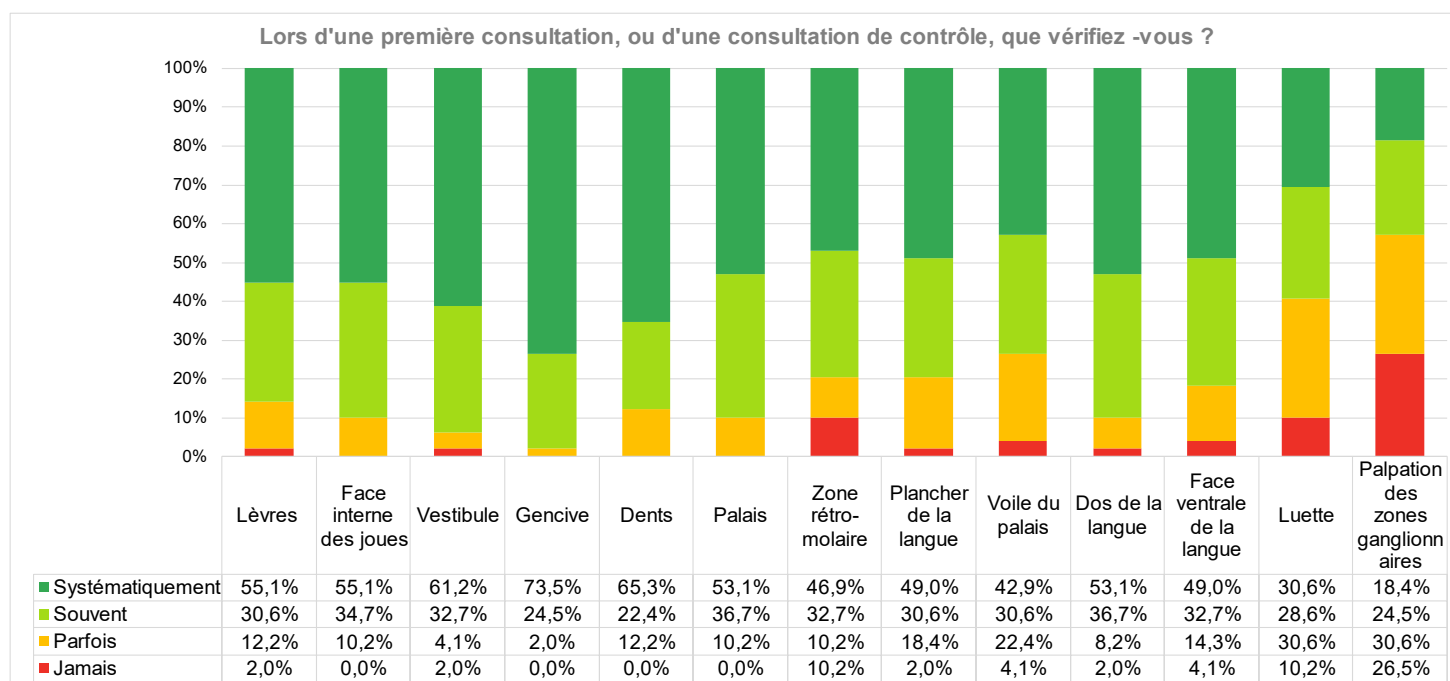


Figure 24 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ere consultation, les CD spécialisés (n=49).

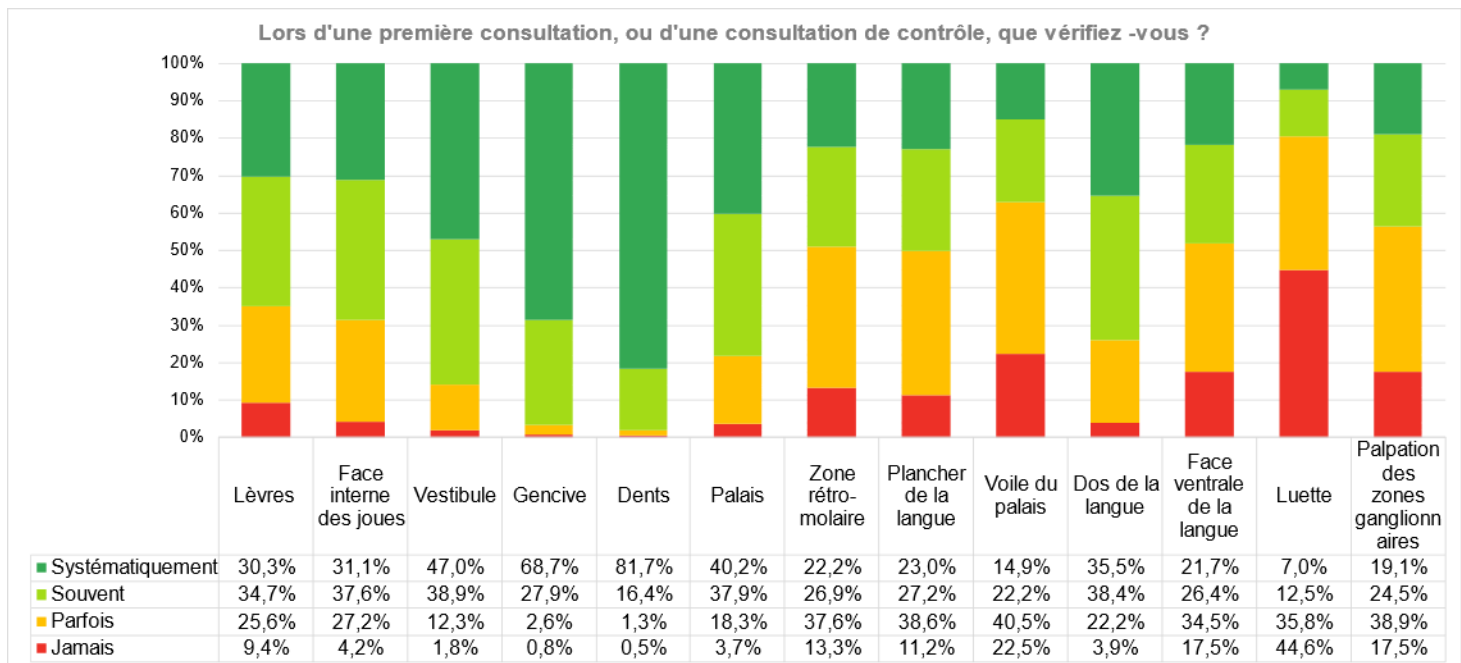


Figure 25 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ère consultation, étudiants externes (n=383).

Analyse descriptive entre les CD omnipraticiens et les externes :

Les tendances semblaient être similaires, sauf pour la luette qui était plus souvent et systématiquement examinée par les CD omnipraticiens. À l'inverse, la palpation des zones ganglionnaires semblait être plus souvent et systématiquement effectuée par les étudiants externes.

Analyse statistique, les associations statistiques retrouvées :

- Entre les CD omnipraticiens et les CD spécialisés : les lèvres ($p=0,040$), la face interne des joues ($p=0,023$), les zones rétro-molaires ($p=0,009$), les dents ($p<0,001$), le plancher de la langue ($p=0,004$), la face ventrale de la langue ($p=0,001$), le voile du palais ($p=0,004$), la luette ($p<0,001$) et la palpation des zones ganglionnaires ($p=0,001$).
- Entre les CD omnipraticiens et les externes : les lèvres ($p=0,041$), les zones rétro-molaires ($p=0,024$), le plancher de la langue ($p=0,044$), la face ventrale de la langue ($p=0,014$) et le palais ($p=0,049$), le voile du palais ($p=0,001$), la luette ($p=0,023$) et la palpation des zones ganglionnaires ($p<0,001$).
- Entre les CD omnipraticiens et les internes : le plancher de la langue ($p=0,018$), la luette ($p=0,003$) et la palpation des zones ganglionnaires ($p<0,001$).
- Entre les CD de 0 à 5 ans d'expérience et les CD de plus de 15 ans d'expérience : les zones rétro-molaires ($p<0,001$), le plancher de la langue ($p=0,001$), la face ventrale de la langue ($p=0,002$), le palais ($p=0,033$), le voile du palais ($p=0,023$) et la luette ($p=0,012$).
- Entre les CD libéraux et les CD hospitaliers : les lèvres ($p=0,022$), la face interne des joues ($p=0,001$), le vestibule ($p=0,004$), les zones rétro-molaires ($p=0,042$), le plancher de la langue ($p=0,001$), la face ventrale de la langue ($p<0,001$), le voile du palais ($p<0,001$), la luette ($p<0,001$), la palpation des zones ganglionnaires ($p<0,001$).

Tableau 16 : Zones anatomiques examinées, résultats des externes, des CD omnipraticiens et des CD spécialisés.

Les zones anatomiques et leurs fréquences d'examen		Externes (n=383)	P-value	CD omni (n=349)	P-value	CD spécialisés (n=49)
Palais	Systématiquement	154 40,2%	0,192	157 45,0%	0,288	16 53,1%
	Souvent	145 37,9%	0,585	139 39,8%	0,678	18 36,7%
	Parfois	70 18,3%	0,121	49 14,0%	0,463	5 10,2%
	Jamais	14 3,7%	0,029	4 1,1%	0,451	0 0,0%
Dos de la langue	Systématiquement	136 35,5%	0,079	146 41,8%	0,137	16 53,1%
	Souvent	147 38,4%	0,425	124 35,5%	0,869	18 36,7%
	Parfois	85 22,2%	0,135	62 17,8%	0,091	4 8,2%
	Jamais	15 3,9%	0,528	17 4,9%	0,372	1 2,0%
Face ventrale de la langue	Systématiquement	83 21,7%	0,618	81 23,2%	<0,001	24 49,0%
	Souvent	101 26,4%	0,007	124 35,5%	0,693	16 32,7%
	Parfois	132 34,5%	0,152	103 29,5%	0,026	7 14,3%
	Jamais	67 17,5%	0,029	41 11,7%	0,105	2 4,1%
Plancher de la langue	Systématiquement	88 23,0%	0,426	89 25,5%	0,001	24 49,0%
	Souvent	104 27,2%	0,041	119 34,1%	0,629	15 30,6%
	Parfois	148 38,6%	0,128	116 33,2%	0,036	9 18,4%
	Jamais	43 11,2%	0,059	25 7,2%	0,174	1 2,0%

Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)

4. Quelles situations vous amènent à effectuer un examen des muqueuses buccales ? Lorsque le patient...

a) Résultats globaux

Répondants : étudiants de 2^e cycle, 3^e cycle, DES et les praticiens.

Échantillon analysé : 832 répondants

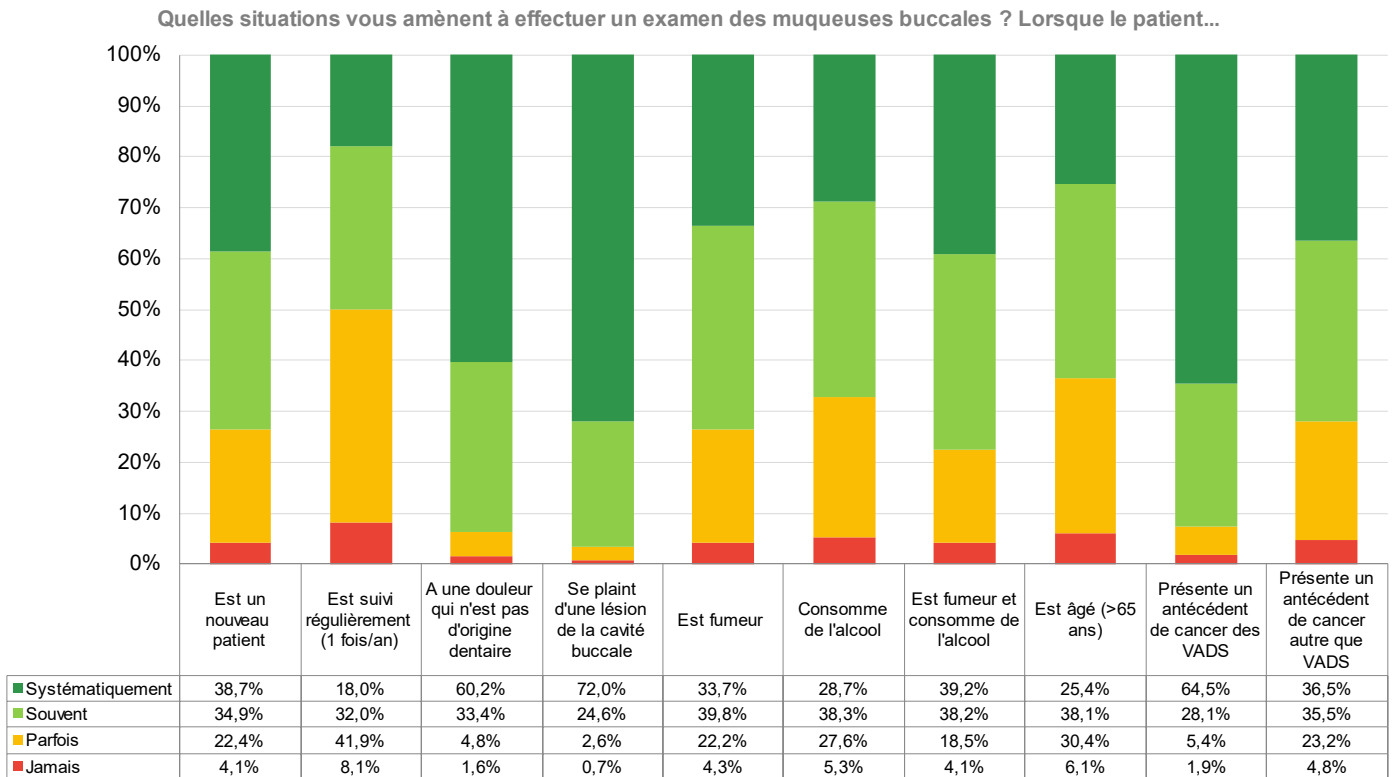


Figure 26 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, échantillon total (n=832)

Analyse descriptive :

De la situation qui amène le plus à effectuer « systématiquement » un contrôle des muqueuses buccales, à la situation qui amène le moins à en faire un :

- Se plaint d'une lésion de la cavité buccale (72,0% n=599) ;
- Antécédent d'un cancer des VADS (64,5% n=537) ;
- Douleur qui n'est pas d'origine dentaire (60,2% n=501) ;
- Le patient est fumeur et consomme de l'alcool (39,2% n=326) ;
- Le patient est un nouveau patient (38,7% n=322) ;
- Antécédent de cancer autre que VADS (36,5% n=304) ;
- Le patient est fumeur (33,7% n=280) ;
- Le patient consomme de l'alcool (28,7% n=239) ;
- Le patient est âgé de plus de 65 ans (25,4% n=211) ;
- Le patient est suivi régulièrement (18,0% n=150).

Ce qu'on peut retenir de ce graphique, en se basant sur les tendances globales :

- Les trois premières situations dans la liste précédente avaient une tendance supérieure aux autres pour le « systématiquement ».
- Les situations comportant des facteurs de risque avérés du CO (consommation de tabac et/ou d'alcool, patient âgé) avaient quant à elle une part moins importante de « systématiquement ».

b) Les répondants confrontés ou non à un cas de CO

Analyse descriptive :

En comparant les graphiques (voir page suivante) il était constaté une tendance globale : les répondants confrontés procédaient davantage à un examen des muqueuses buccales pour toutes les situations proposées. Lorsqu'un patient avait un antécédent de cancers des VADS, les répondants confrontés étaient 68,1% à faire un examen systématique des muqueuses, contre 60,9% des répondants non confrontés.

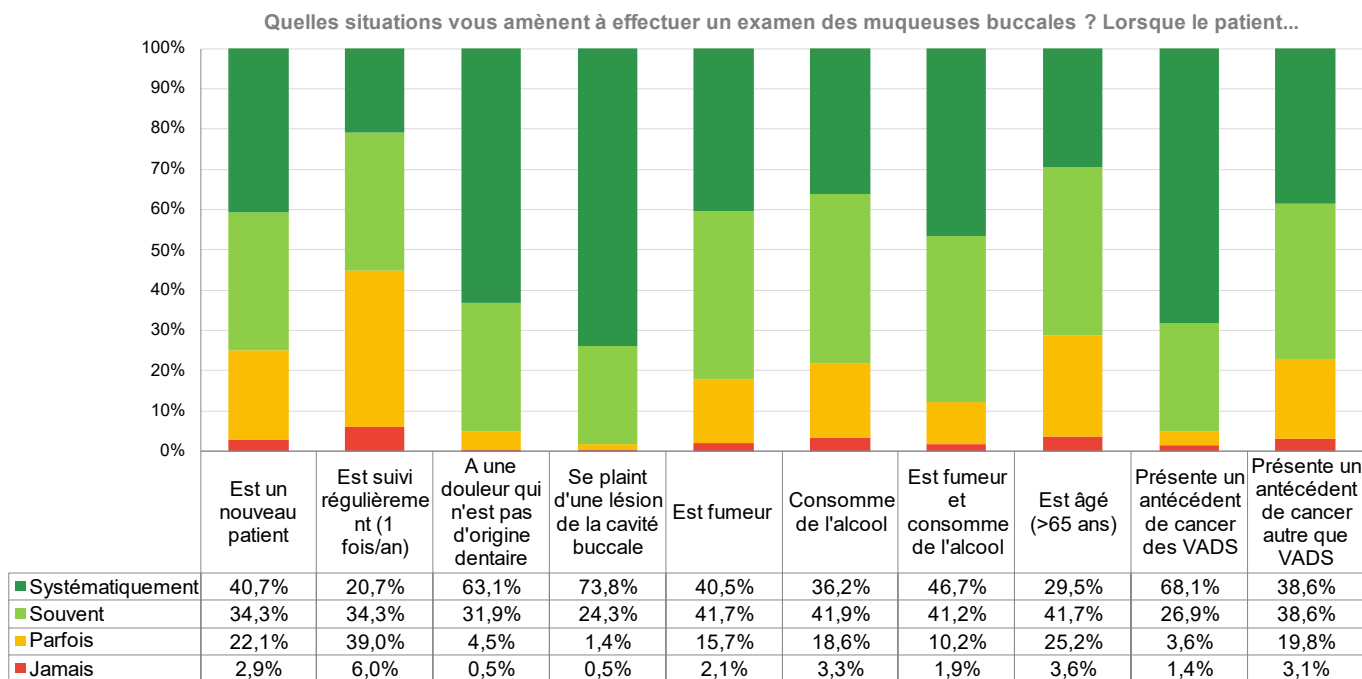


Figure 28 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, les confrontés (n=420)

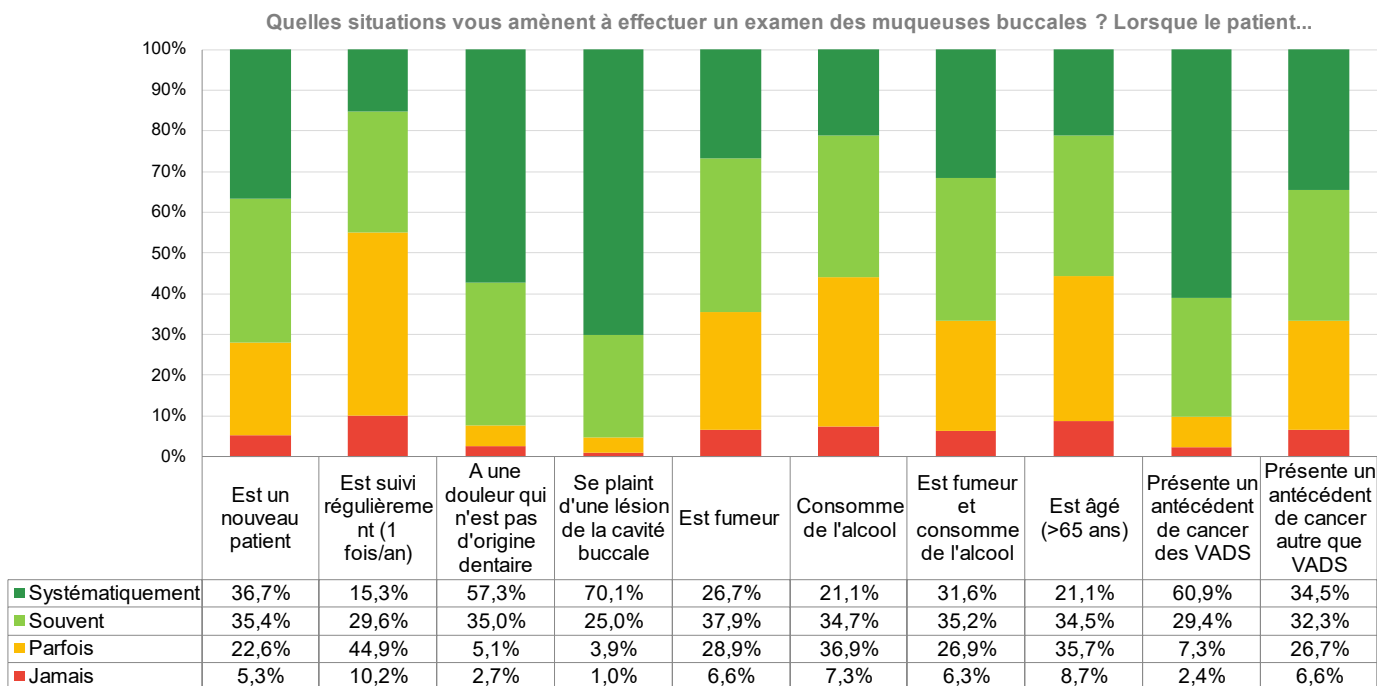


Figure 27 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, les non confrontés (n=412)

Analyse statistique :

Les trois situations comportant des facteurs de risque connus du CO présentaient des différences statistiques entre les confrontés et les non confrontés (voir tableau 17 ci-dessous).

Que le patient soit fumeur, consomme de l'alcool, ou les deux, les confrontés présentaient une tendance significative à systématiquement effectuer un dépistage des muqueuses buccales par rapport aux non confrontés.

D'autres associations statistiques ont été retrouvées (non détaillées dans le tableau) : lorsque le patient est suivi régulièrement ($p=0,011$), a une douleur qui n'est pas d'origine dentaire ($p=0,040$), est âgé de plus de 65 ans ($p<0,001$), présente un antécédent de cancer des VADS ($p=0,037$), présente un antécédent de cancer autre que VADS ($p=0,005$).

Tableau 17 : Situations cliniques, résultats entre les confrontés et les non confrontés.

Situations cliniques et leurs fréquences de dépistage		Confrontés (n=420)	Non confrontés (n=412)	P-value	P-value par situation
Le patient est fumeur	Systématiquement	170 40,5%	110 29,7%	<0,001	<0,001
	Souvent	175 41,7%	156 37,9%	0,263	
	Parfois	66 15,7%	119 28,9%	<0,001	
	Jamais	9 2,1%	27 6,6%	0,002	
Le patient consomme de l'alcool	Systématiquement	152 36,2%	87 21,1%	<0,001	<0,001
	Souvent	176 41,9%	143 34,7%	0,033	
	Parfois	78 18,6%	152 36,9%	<0,001	
	Jamais	14 3,3%	30 7,3%	0,011	
Le patient est fumeur et consomme de l'alcool	Systématiquement	196 46,7%	130 31,6%	<0,001	<0,001
	Souvent	173 41,2%	145 35,2%	0,075	
	Parfois	43 10,2%	111 26,9%	<0,001	
	Jamais	8 1,9%	26 6,3%	0,001	
<p>Les données sont des effectifs (avec pourcentages) $p \leq 0,05$: forte association statistique $p \leq 0,01$: très forte association statistique En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)</p>					

c) *Autres comparaisons*

D'autres associations statistiques ont été retrouvées :

- Entre les CD omnipraticiens et les externes : lorsque le patient consomme de l'alcool ($p=0,010$), est fumeur et consomme de l'alcool ($p=0,018$), présente un antécédent de cancer autre que VADS ($p=0,013$).
- Entre les CD omnipraticiens et les internes : lorsque le patient est un nouveau patient ($p=0,005$), est suivi régulièrement ($p=0,008$), consomme de l'alcool ($p=0,028$), est fumeur et consomme de l'alcool ($p=0,048$), est âgé de plus de 65 ans ($p=0,001$).
- Entre les CD omnipraticiens et les CD spécialistes : lorsque le patient est un nouveau patient ($p=0,023$), se plaint d'une lésion de la cavité buccale ($p=0,028$), est âgé de plus de 65 ans ($p=0,022$).
- Entre les CD de 0 à 5 ans d'expérience et les CD de plus de 15 ans d'expérience : lorsque le patient est un nouveau patient ($p=0,030$), est suivi régulièrement ($p=0,039$), est fumeur ($p=0,007$), consomme de l'alcool ($p=0,002$), est fumeur et consomme de l'alcool ($p=0,002$), est âgé de plus de 65 ans ($p=0,020$).
- Entre les CD libéraux et les CD hospitaliers : lorsque le patient est un nouveau patient ($p=0,001$), est suivi régulièrement ($p=0,014$), a une douleur qui n'est pas d'origine dentaire ($p=0,026$), est fumeur ($p=0,025$), consomme de l'alcool ($p=0,006$), est fumeur et consomme de l'alcool ($p=0,026$), est âgé de plus de 65 ans ($p=0,002$), présente un antécédent de cancer autre que VADS ($p=0,024$).

5. Quels éléments recherchez-vous lors du dépistage du cancer oral ?

a) Résultats globaux

Répondants : étudiants de 2e cycle, 3e cycle, DES et les praticiens.

Échantillon analysé : 832.

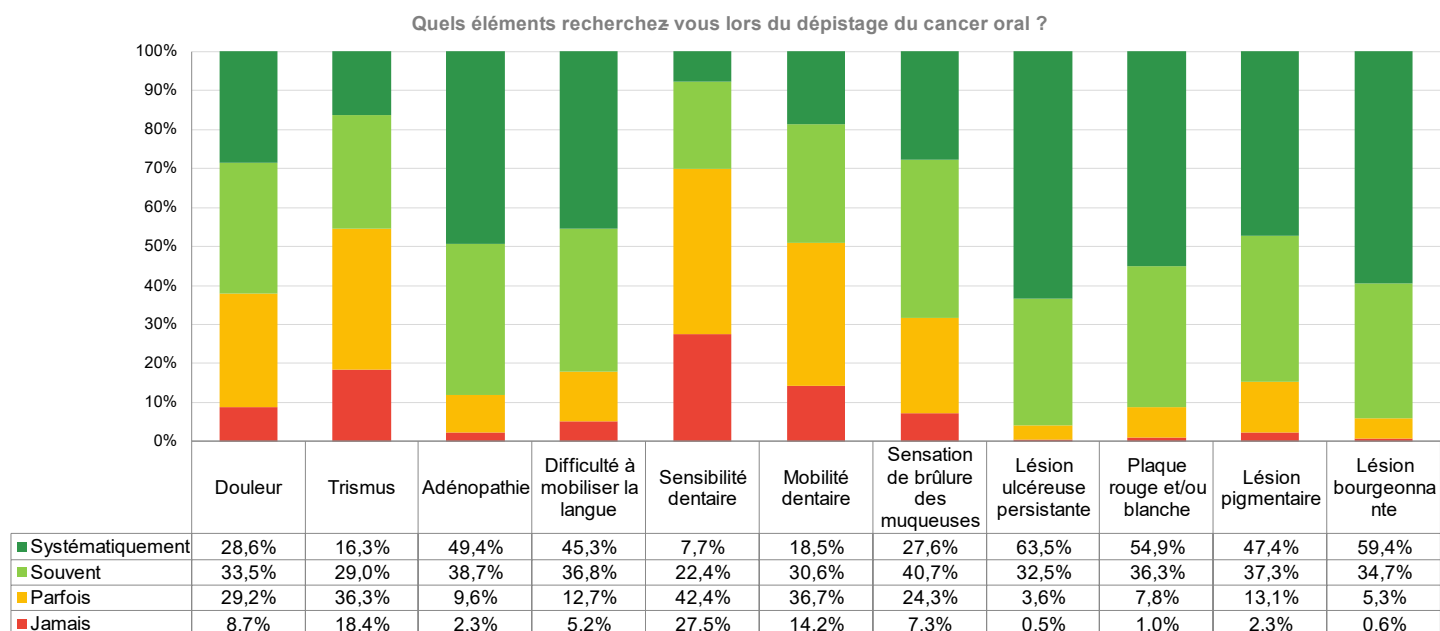


Figure 29 : Éléments recherchés lors du dépistage du CO, échantillon total (n=832).

Analyse descriptive :

Les éléments qui avaient une tendance à n'être « jamais » recherchés étaient : la sensibilité dentaire (27,5%), le trismus (18,4%), la mobilité dentaire (14,2%).

Les éléments qui avaient une tendance à être « systématiquement » recherchés étaient : la lésion ulcéreuse persistante (63,5%), la lésion bourgeonnante (59,4%), la plaque rouge et/ou blanche (54,9%), l'adénopathie (49,4%), la lésion pigmentaire (47,4%) et la difficulté à mobiliser la langue (45,3%).

b) Les répondants confrontés ou non à un cas de CO

Analyse descriptive :

La lésion ulcéreuse persistante, la lésion bourgeonnante, la plaque rouge et/ou blanche (54,9%), l'adénopathie, la lésion pigmentaire, la difficulté à mobiliser la langue, le trismus présentait une tendance à être plus « souvent » ou « systématiquement » recherchés par les confrontés que les non confrontés.

À l'inverse, les confrontés ont eu une tendance à moins rechercher ces éléments par rapport aux non confrontés : la sensibilité dentaire, la sensation de brûlure des muqueuses.

Quels éléments recherchez vous lors du dépistage du cancer oral ?

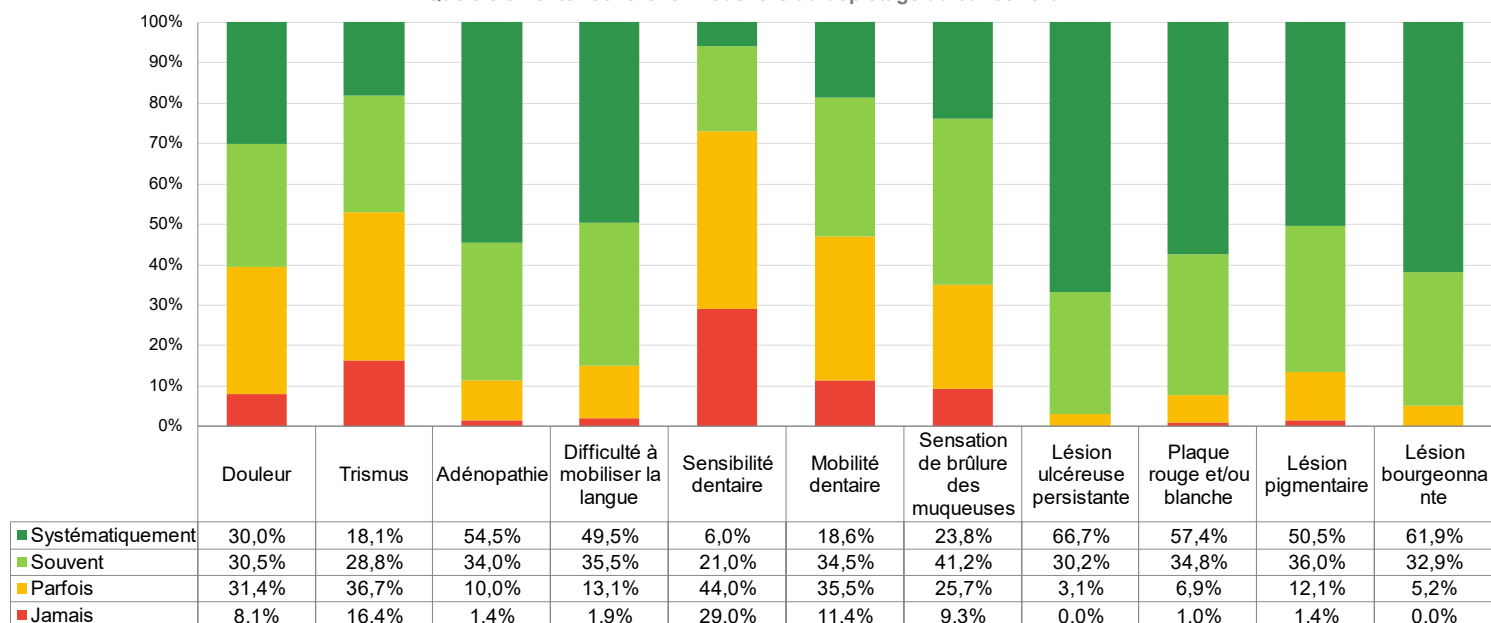


Figure 30 : Éléments recherchés lors du dépistage du CO, les confrontés (n=420).

Quels éléments recherchez vous lors du dépistage du cancer oral ?

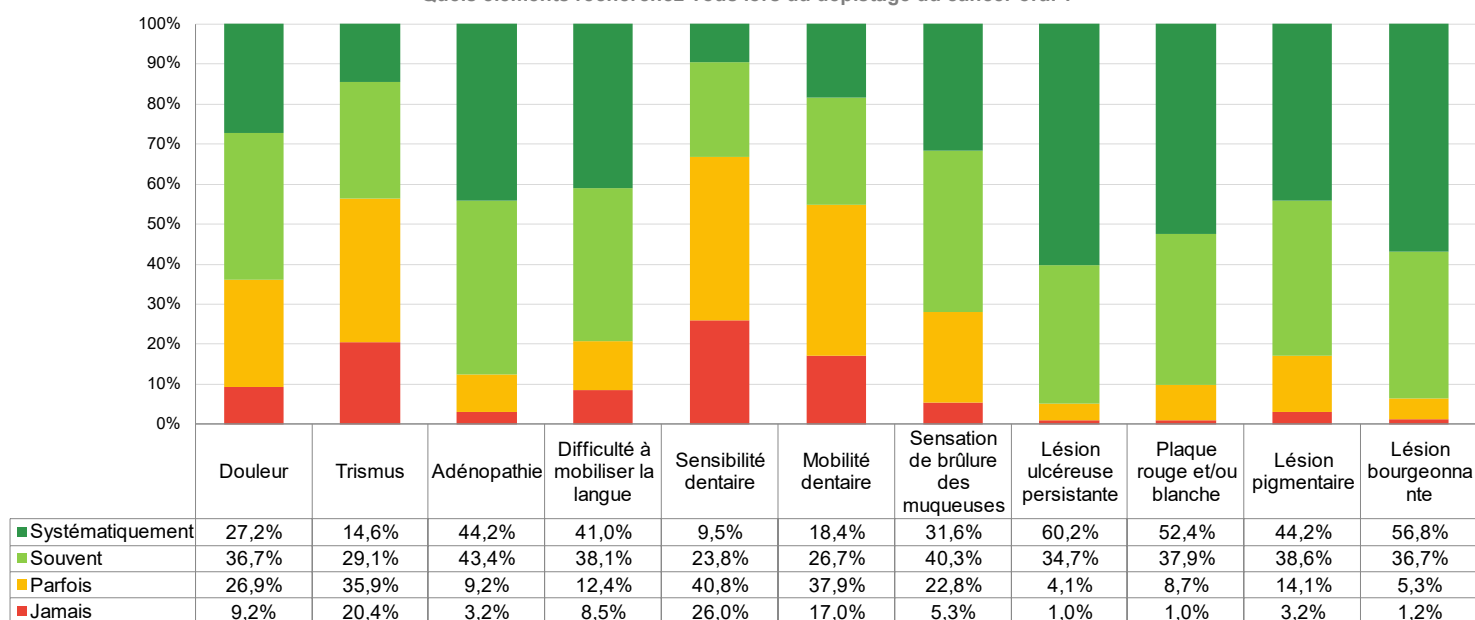


Figure 31 : Éléments recherchés lors du dépistage du CO, les non confrontés (n=412).

Analyse statistique :

Pour la comparaison des répondants confrontés et non confrontés, des différences significatives ont été retrouvées pour : la « difficulté à mobiliser la langue » ($p < 0,000$) et la « mobilité dentaire » ($p = 0,029$). La lésion ulcéreuse persistante ne présentait pas de différence significative globale, seulement une différence significative pour l'item « jamais » ($p = 0,043$).

D'autres associations statistiques (non détaillées dans le tableau) ont été retrouvées : l'adénopathie ($p = 0,007$), la sensation de brûlure des muqueuses ($p = 0,021$).

Tableau 18 : Éléments recherchés lors du dépistage, résultats entre les répondants confrontés et non confrontés.

		Confrontés (n=420)	Non confrontés (n=412)	P-value par fréquence	P-value par situation
Difficulté à mobiliser la langue	Systématiquement	208 49,5%	169 41,0%	0,014	<0,001
	Souvent	149 35,5%	157 38,1%	0,431	
	Parfois	55 13,1%	51 12,4%	0,757	
	Jamais	8 1,9%	35 8,5%	<0,001	
Mobilité dentaire	Systématiquement	78 18,6%	76 18,4%	0,963	0,029
	Souvent	145 34,5%	110 26,7%	0,014	
	Parfois	149 35,5%	156 37,9%	0,475	
	Jamais	48 11,4%	70 17,0%	0,022	
Lésion ulcéreuse persistante	Systématiquement	280 66,7%	248 60,2%	0,053	0,062
	Souvent	127 30,2%	143 34,7%	0,168	
	Parfois	13 3,1%	17 4,1%	0,425	
	Jamais	0 0%	4 1,0%	0,043	
<p>Les données sont des effectifs (avec pourcentages) $p \leq 0,05$: forte association statistique $p \leq 0,01$: très forte association statistique En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)</p>					

c) *Autres comparaisons*

D'autres associations statistiques ont été retrouvées :

- Entre les CD omnipraticiens et CD spécialistes : le trismus ($p < 0,001$), l'adénopathie ($p = 0,004$), la difficulté à mobiliser la langue ($p = 0,001$), la mobilité dentaire ($p = 0,042$).
- Entre les CD omnipraticiens et les externes : la douleur ($p < 0,001$), le trismus ($p < 0,001$), l'adénopathie ($p < 0,001$), la sensibilité dentaire ($p = 0,012$), la mobilité dentaire ($p = 0,028$), la sensation de brûlure des muqueuses ($p = 0,003$).
- Entre les CD omnipraticiens et les internes : le trismus ($p < 0,001$), l'adénopathie ($p < 0,001$), la difficulté à mobiliser la langue ($p = 0,001$), la mobilité dentaire ($p < 0,001$), la lésion pigmentaire ($p = 0,013$).
- Entre les CD libéraux et les CD hospitaliers : la douleur ($p = 0,012$), le trismus ($p < 0,001$), l'adénopathie ($p = 0,001$), la difficulté à mobiliser la langue ($p = 0,001$), la mobilité dentaire ($p = 0,011$).

Aucune association statistique n'a été retrouvée entre les CD de 0 à 5 ans d'expérience et les CD de plus de 15 ans d'expérience.

6. En cas de persistance d'une lésion buccale, au bout de combien de temps orientez-vous le patient ?

a) Résultats globaux

Répondants : étudiants de 2^e cycle, 3^e cycle court, DES et les praticiens.
 Nombre total de réponses collectées : 832.

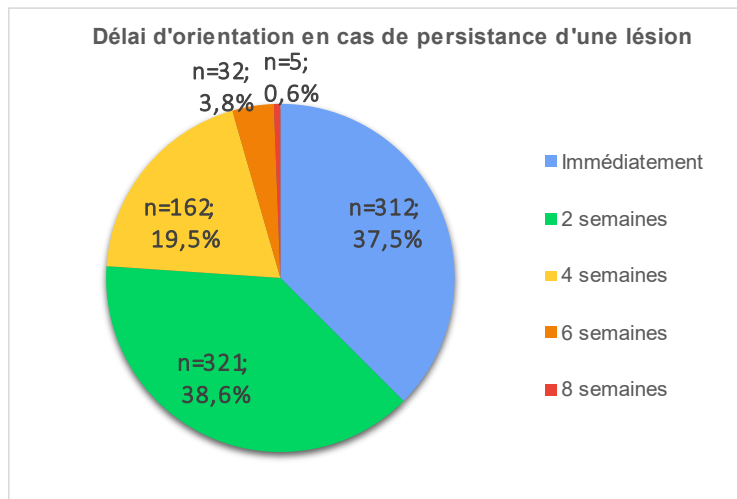


Figure 32 : délai d'orientation en cas de persistance d'une lésion, échantillon total (n=832)

b) Les répondants confrontés ou non à un cas de CO

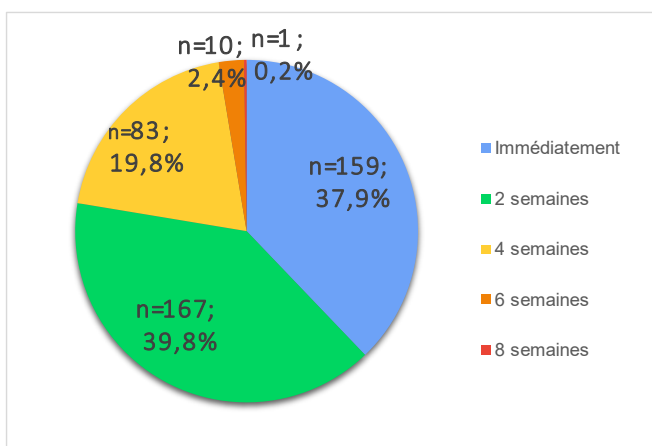


Figure 33 : Délai d'orientation, les confrontés (n=420)

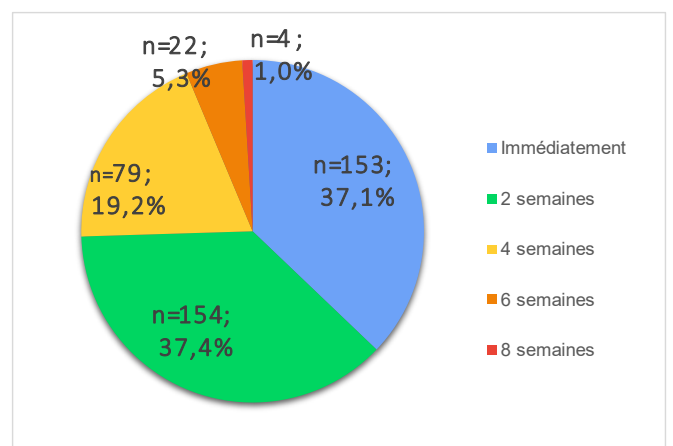


Figure 34 : Délai d'orientation, les non confrontés (n=412)

Analyse descriptive :

Les confrontés étaient plus nombreux à sélectionner « immédiatement » et « 2 semaines » (37,9% et 39,8%) que les non confrontés (37,1% et 37,4%). Les confrontés étaient également moins nombreux à sélectionner à « 6 semaines » (2,4%) que les non confrontés (5,3%)

Analyse statistique :

La seule différence statistiquement significative retrouvée était pour « 6 semaines » : les confrontés étaient moins nombreux à sélectionner ce délai d'orientation par rapport aux non confrontés ($p=0,026$).

c) Les années d'expérience du praticien

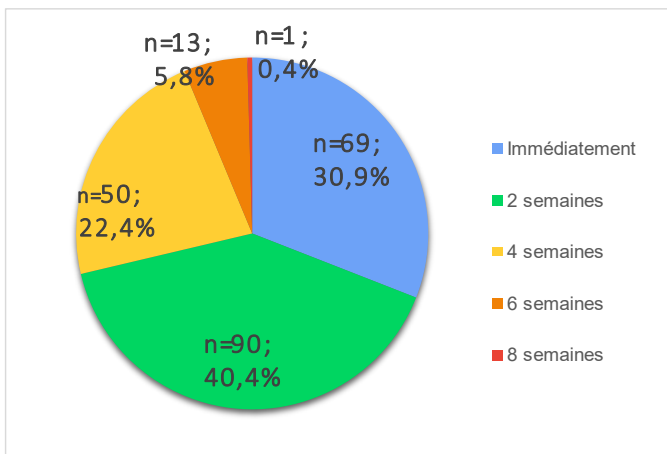


Figure 35 : Délai d'orientation, CD entre 0 et 5 ans d'expérience (n=223).

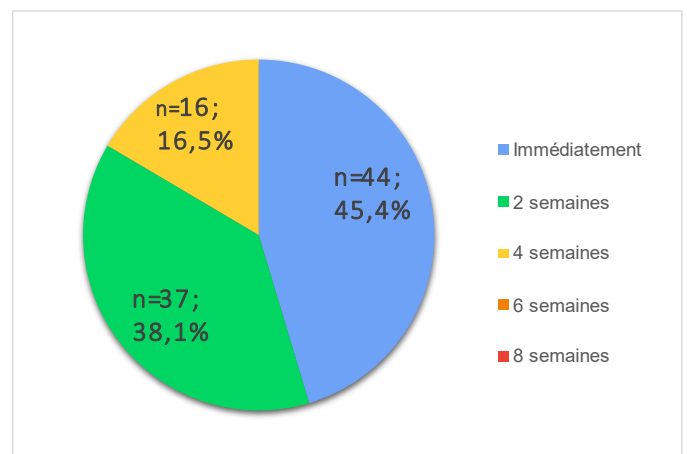


Figure 36 : Délai d'orientation, CD entre 5 et 15 ans d'expérience (n=97).

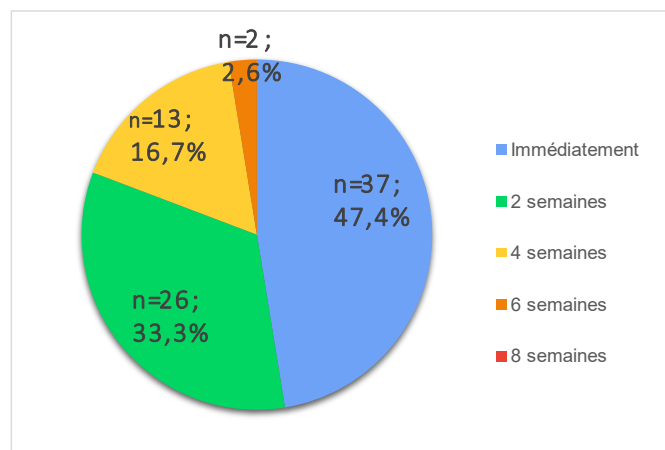


Figure 37 : Délai d'orientation, CD de plus de 15 ans d'expérience (n=78).

Analyse statistique :

Les différences significatives retrouvées sont :

- Les praticiens de moins de 5 ans d'expérience sélectionnaient davantage « 6 semaines » que les praticiens entre 5 et 15 ans d'expérience ($p=0,015$) ;
- Les praticiens entre 5 et 15 ans d'expérience sélectionnaient davantage « immédiatement » que les praticiens de moins de 5 ans d'expérience ($p=0,013$) ;
- Les praticiens de plus de 15 ans d'expérience sélectionnaient davantage « immédiatement » que les praticiens de moins de 5 ans d'expérience ($p=0,009$).

Autre association statistique retrouvée (les graphiques sont en annexe) :

- Les CD spécialisés sélectionnaient davantage « immédiatement » que les CD omnipraticiens ($p=0,040$).

Aucune association statistique n'a été retrouvée entre :

- Les CD omnipraticiens et les internes ;
- Les CD omnipraticiens et les externes ;
- Les CD libéraux et les CD hospitaliers.

E. La formation continue

1. Pensez-vous faire une formation en pathologie de la muqueuse orale ?

Répondants : étudiants de 2^e cycle, 3^e cycle court, DES et les praticiens.

Nombre total de réponses collectées : 832.

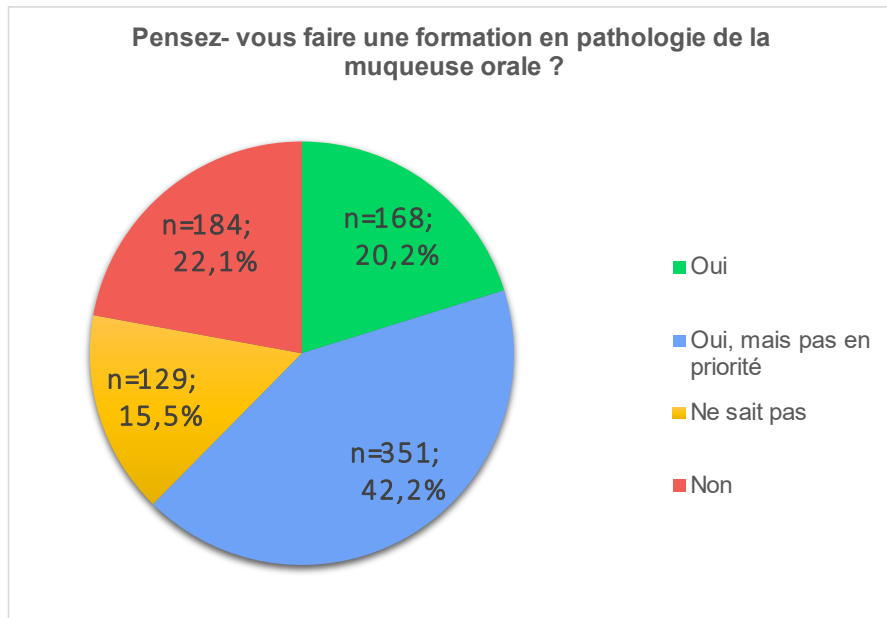


Figure 38 : Intérêt pour la formation en pathologie de la muqueuse buccale (n=832).

62,4% (n=519) des répondants envisagent, en priorité ou non, de faire une formation en pathologie de la muqueuse buccale.

Ces 519 participants ont eu accès à une seconde question leur demandant quel(s) type(s) de formation ils envisageaient.

2. Sous quelle(s) forme(s) pensez-vous vous former à ce sujet après la fin de vos études ?

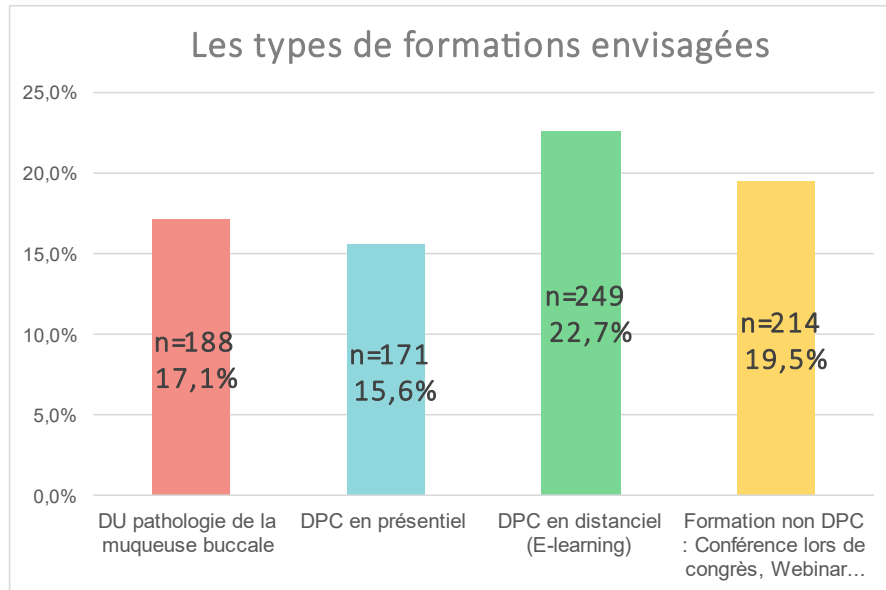


Figure 39 : Types de formations envisagées (n=519).

Les 519 répondants pouvaient sélectionner un ou plusieurs types de formation.

DPC : Développement Professionnel Continu

Les 2 types de formations qui semblent intéresser le plus les participants sont le DPC en distanciel (n=249) et la formation non DPC (n=214).

IV. Discussion

A. L'échantillon

Il est difficile d'estimer avec exactitude le nombre de chirurgiens-dentistes à qui le questionnaire a été soumis pour plusieurs raisons :

- le nombre de membres dans un réseau professionnel (tel qu'un groupe privé Facebook réunissant des chirurgiens-dentistes) n'est pas annonciateur du nombre de membres actifs dans ce groupe.
- Il n'est pas possible de contrôler la visibilité de la publication du questionnaire par tous les membres du groupe (l'algorithme peut décider de ne pas mettre en avant la publication par exemple).

Cependant l'échantillon des CD obtenu (n=398, comprenant 349 omnipraticiens et 49 spécialisés) est statistiquement représentatif à un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%.

Pour l'échantillon des CD omnipraticiens (n=349), il est représentatif à un niveau de confiance de 90% et une marge d'erreur de 5%.

Il est plus facile d'estimer le nombre d'étudiants en odontologie à qui il a été proposé de répondre au questionnaire :

Tous les étudiants d'odontologie de France ont pu avoir la possibilité de répondre au questionnaire via un mail de leur scolarité et/ou via une publication de leur association étudiante, à l'exception d'une faculté dont l'association étudiante et la scolarité n'ont pas répondu.

On obtient un nombre de 6400 étudiants ciblés, qui est une estimation *a minima* puisque d'autres étudiants ont pu avoir accès au questionnaire par d'autres réseaux professionnels également ciblés (les mêmes groupes que les chirurgiens-dentistes).

Le nombre d'étudiants de facultés françaises ayant participé à notre étude est de 591, cela nous donne un taux de participation de 9,2% pour les étudiants de facultés françaises. Cet échantillon est également statistiquement représentatif à un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%.

Ainsi, les résultats de cette enquête peuvent être généralisés aux populations étudiées que sont les étudiants de la 2^e à la 6^e années et les CD. Cependant les résultats des internes (n=51) et des CD spécialisés (n=49) seront à prendre avec plus de précaution puisque leur échantillon est statistiquement représentatif à un niveau de confiance de 80% et une marge d'erreur de 9%.

Tableau 19 : effectifs nationaux, effectifs de l'enquête et taux de participation des chirurgiens-dentistes en France selon leur spécialité.

	Ensemble des chirurgiens-dentistes en activité	Dont omnipraticiens	Dont spécialistes		
			Orthopédie dento-faciale	Médecine bucco-dentaire	Chirurgie orale
Effectifs nationaux	42 031	39 336	2 398	93	204
Effectifs de l'étude	398	349	8	10	31
Taux de participation	0,95%	0,89%	0,33%	10,75%	15,20%

Les données ci-dessus des effectifs nationaux ont été obtenues grâce au rapport fourni par l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) sur la démographie des chirurgiens-dentistes de novembre 2021. (7)

Les chirurgiens oraux qui ont participé à cette enquête sont normalement issus de la filière odontologie, puisqu'il était précisé dans les messages de partage que seuls les chirurgiens-dentistes pouvaient participer à l'enquête. Cependant il est possible que parmi les 31 chirurgiens oraux, quelques-uns soient issus de la filière médecine, cela n'est pas vérifiable.

On constate une part importante de spécialistes en chirurgie orale dans notre échantillon de CD. C'est pour cette raison qu'il a été choisi lors des comparaisons statistiques d'en faire un groupe à part entière. Ces spécialistes ont des connaissances approfondies sur le sujet par rapport aux CD omnipraticiens et donc il paraissait plus pertinent de les séparer pour permettre des comparaisons.

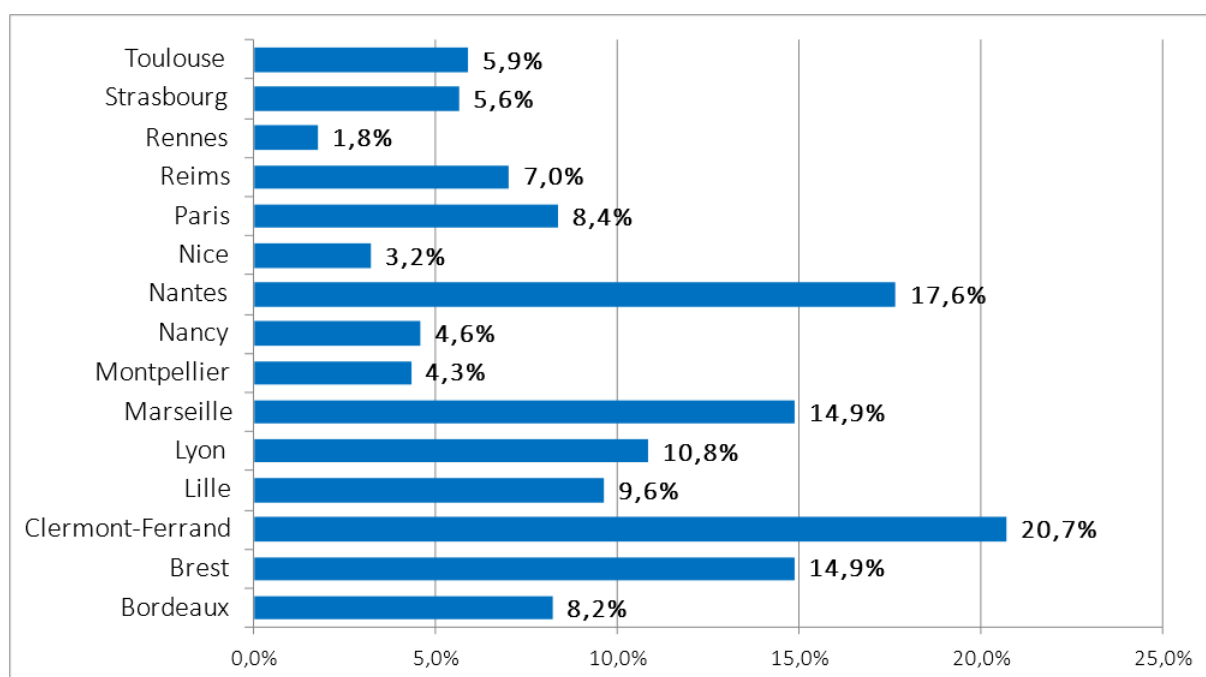


Figure 40 : taux de participation des étudiants par faculté (n=591).

Pour calculer ces taux, le nombre d'étudiants par faculté annoncé par le rapport de l'UNECD (Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire) a été utilisé (6) ainsi que le nombre d'étudiants par faculté participants à l'enquête (tableau disponible en annexe).

B. Le niveau de connaissance et la prévention

1. Les facteurs de risque avérés et non avérés

a) *Les facteurs de risque avérés du cancer oral*

(1) Le tabac : connaissance du facteur de risque, son évocation en tant que tel auprès des patients et l'encouragement au sevrage tabagique

Le tabac est considéré comme un facteur de risque de cancer de la cavité orale par l'International Agency for Research on Cancer (IARC). (10)

Pour le tabac, le risque de développer un cancer oral augmente avec la durée d'exposition et plus particulièrement à partir de 20 paquets années. (11)

Le risque augmente également avec la quantité de cigarettes fumées par jour. Cependant la durée pendant laquelle le patient a été exposé au facteur de risque joue un rôle plus important que la quantité de tabac fumé. (12)

Environ 90% des malades atteints d'un cancer oral ont comme facteur commun la consommation de tabac (13). Pour les fumeurs qui ne consomment pas d'alcool, il a été démontré qu'il y a 1,4 à 1,7 fois plus de risque de développer un cancer oral par rapport aux non-fumeurs. (14)

Le tabac est reconnu comme facteur de risque par une grande majorité des répondants (99,5%). Cela s'explique par une stratégie de santé publique de grande ampleur à propos du rôle carcinogène du tabac depuis des dizaines d'années. (15)

La connaissance de ce facteur de risque est donc acquise, mais ne se traduit pas en pratique par une prévention systématique.

En effet, 38% des CD déclarent l'évoquer systématiquement à leur patientèle. Cela reste néanmoins le facteur de risque le plus fréquemment évoqué. Cela peut s'expliquer par le fait que les CD ont plus de facilité à évoquer ce facteur auprès de leur patientèle car il est moins tabou que l'alcool et le HPV. De plus, la consommation de tabac est plus facilement identifiable lors d'un examen endo-buccal (dépôts exogènes colorés sur les surfaces dentaires, parodontites...) comparé à l'alcool. (16,17)

L'évocation du tabac semble cependant insuffisante au vu de son rôle étiologique majeur dans certaines maladies bucco-dentaires (parodontite, leucoplasie, CO...). Il est donc étonnant que seulement la moitié des CD encourage le sevrage tabagique de façon systématique.

Il y a une plus grande partie des CD qui encouragent en fonction de l'intoxication tabagique plutôt qu'en fonction du nombre de paquet année. Pourtant le risque de développer un CO serait plus important selon la durée du tabagisme que selon la quantité (12).

Rappelons la possibilité pour les CD de prescrire des aides au sevrage (patchs et gommes nicotiques par exemple), ce qui est un atout pour évoquer ce facteur de risque et proposer un accompagnement complet pour aider à l'arrêt du tabagisme. (18)

Il serait également intéressant d'encourager les CD à l'utilisation de questionnaires d'évaluation de la consommation tabagique pour les patients comme :

- Le test de Fagerström (19) pour évaluer le niveau de dépendance.
- Le test de Lagrue et Légeron (20) pour évaluer la motivation à arrêter de fumer.

Ainsi, il est essentiel que les CD soient plus informés et impliqués dans l'incitation au sevrage tabagique.

Quelques précisions sur le tabac à chiquer :

Le tabac chiqué ou gardé dans la cavité orale (au fond du vestibule) aussi appelé « smokeless tobacco » est utilisé seul ou mélangé à d'autres produits (épices, feuille de bétel, noix d'Arec, condiments...). La chique de bétel associée au tabac est répandue dans les pays asiatiques. Il a été démontré que le cancer oral est prédominant en Inde (2^{ème} rang chez la femme et 3^{ème} rang chez l'homme) en partie à cause de la consommation de tabac à chiquer. (21–23)

Cependant sa consommation en France est moins fréquente que le tabac fumé, ce qui peut expliquer qu'il est moins connu comme un facteur de risque du CO que le tabac fumé dans notre enquête. En revanche, le tabac à chiquer a été statistiquement mieux reconnu comme un facteur de risque du CO par les jeunes praticiens, par rapport aux praticiens de plus de 15 ans d'expérience ($p=0,014$). Cela peut s'expliquer par le fait que le « snus » (sachet de poudre de tabac à positionner dans le fond du vestibule) est de plus en plus prisé, par une population jeune notamment, car elle représenterait selon eux moins de risque pour la santé par rapport aux cigarettes. (24)

Or, en ce qui concerne le CO, ce type de consommation de tabac représente autant voire plus de risque de développer un CO par rapport au tabac fumé (23). Cette tendance est avant tout très fréquente en Suède, et ne fait qu'émerger dans d'autres pays d'Europe où sa vente est très réglementée (interdite en France) mais il est possible d'en acheter facilement sur Internet. (25,26)

Les CD doivent tout de même rester vigilants face à cette recrudescence de « smokeless tobacco » et ne pas oublier qu'il est un facteur de risque avéré du CO. Il serait par exemple intéressant pour les CD de questionner les jeunes patients sur cette consommation, notamment lorsqu'ils déclarent ne pas fumer, car ils pourraient consommer du « snus » et ne pas le signaler, considérant qu'il ne s'agit pas de tabac fumé.

(2) L'alcool : connaissance du facteur de risque et son évocation en tant que tel auprès des patients

La consommation d'alcool est un facteur de risque reconnu du cancer oral. (27)

L'alcool est considéré comme un facteur de risque de cancer de la cavité orale par l'International Agency for Research on Cancer (IARC). (10)

Cependant il a été démontré que l'alcool est un facteur de risque plus faible que le tabac fumé ou chiqué (14). Cela peut donc expliquer qu'il est moins connu en tant que tel par nos répondants par rapport au tabac.

Néanmoins, il y a un véritable effet synergique entre le tabac et l'alcool. La méta-analyse menée par Mello *et al.* a permis de comparer le risque de cancer oral entre les différents types de consommation de tabac (associé à l'alcool) (23) :

- La consommation de tabac fumé et d'alcool entraîne 4,74 fois plus de risque de développer un cancer oral par rapport au groupe témoin.
- La consommation de tabac chiqué et d'alcool entraîne quant à elle 7,78 fois plus de risque.

Il est donc essentiel que ce facteur de risque soit aussi connu que le tabac chez les professionnels de la santé bucco-dentaire.

L'évocation de l'alcool en tant que facteur de risque :

Les CD de notre enquête ont plus tendance à évoquer systématiquement ou souvent le facteur de risque du tabac avec leur patient plutôt que l'alcool. Cela peut s'expliquer d'une part par le fait qu'il soit moins reconnu par les répondants en tant que facteur de risque avéré que le tabac, mais aussi par le fait qu'il représente un tabou sociétal. En effet, évoquer l'alcool à un patient peut être interprété comme sous-entendre un potentiel alcoolisme. Ainsi certains CD pourraient trouver cela délicat à évoquer, et les patients pourraient se montrer non réceptifs et ne pas donner d'information sur leur consommation (par déni ou gêne par exemple). (28,29)

Pourtant, le risque de développer un cancer LBP augmente de 81% chez les personnes qui consomment entre 1 et 5 verres standards d'alcool par jour, par rapport aux non-consommateurs d'alcool ou aux consommateurs occasionnels. Ce risque est 5 fois plus grand chez ceux qui consomment plus de 5 verres standards par jour (1 verre standard = 10g d'alcool). (30,31)

Ainsi il est essentiel que les CD puissent évaluer la consommation d'alcool de leur patient pour adapter au mieux la prise en charge, qui devra être multidisciplinaire (MG, addictologue). (29)

Par ailleurs, les CD sont des praticiens bien placés pour détecter certains signes de l'alcoolisme (mauvaise hygiène bucco-dentaire, traumatisme dentaire lié à une chute, halitose...), et mettre en place une réhabilitation du patient sur le plan social (esthétique, alimentation) qui fait partie intégrante de la prise en charge de l'alcoolisme. (29)

Enfin, des solutions existent et il serait intéressant que les CD les mettent en place pour évaluer la consommation d'alcool de leurs patients, sous forme de questionnaire :

- Auto-évaluation avec le questionnaire Audit (32)
- Test FACE (33)

(3) Le HPV (16) : Connaissance du facteur de risque et son évocation en tant que tel auprès des patients

Le HPV 16 est le seul type de HPV ayant été confirmé comme responsable de lésion cancéreuse dans la cavité orale, et il le serait pour 3,3% des cas de CO. (34)

Il y a encore des lacunes dans sa reconnaissance en tant que facteur de risque du CO puisque 20,4% des CD de notre échantillon le considèrent comme un facteur de risque non avéré du CO.

Ce sont les adolescents en âge d'être vaccinés qui constituent la population cible de la prévention contre le HPV (35). Il est donc logique que peu de répondants l'évoquent systématiquement, puisque les adolescents ne représentent qu'une partie de la clientèle d'un CD omnipraticien.

De surcroît, une enquête a démontré qu'il s'agit d'un sujet tabou à évoquer pour les CD puisque le HPV est un virus sexuellement transmissible. Les CD pourraient ressentir une certaine réticence à questionner la sexualité de leurs jeunes patients puisque cela peut sembler dépasser leur champ de compétence. En revanche, cette même enquête a démontré que plus les CD sont informés à propos du HPV, plus ils communiquent à ce sujet auprès de leurs patients. (36)

Ainsi la première étape pour promouvoir la prévention du HPV serait d'améliorer son enseignement dans les facultés et lors de la formation continue.

Les MG ont plus souvent l'occasion de s'investir dans la prévention de ce facteur de risque puisqu'ils sont amenés à pratiquer la vaccination contre le HPV. Puisque le HPV est la cause de certains CO et que les CD peuvent les dépister, serait-il envisageable d'inclure les CD parmi les professionnels de santé pouvant inoculer le vaccin contre le HPV, afin qu'ils puissent s'investir davantage dans la prévention primaire de cette maladie ?

Pour lutter contre la COVID-19, les CD font partie de la liste des professionnels de santé pouvant vacciner la population (37), donc élargir leur droit de vacciner à d'autres vaccins comme celui contre le HPV pourrait être un atout de santé publique, puisque ce virus est responsable (tout sous-type de HPV confondu) de 97% des cancers du col de l'utérus (38), et de 24% des cancers des VADS (39). De plus, il a été démontré que les cas de CO HPV-positifs ont une survie globale moindre et une survie sans maladies moindre que les cas de CO HPV-négatifs. (40)

Cette idée de permettre aux CD de pouvoir vacciner contre le HPV est également considérée par certains pays comme le Canada. (41)

Seul l'État américain de l'Oregon autorise les CD, après une formation spécifique, à vacciner les patients contre le HPV au sein de leur cabinet. (42)

Selon une étude américaine, 72% des parents pensent que les CD sont qualifiés pour vacciner contre le HPV (43). Il serait donc intéressant d'évaluer, en France, l'opinion des professionnels de santé et des patients sur le sujet.

(4) Le lichen plan

Dans ce travail nous avons choisi d'évoquer le lichen plan oral (OLP = Oral Lichen Planus) dans les questions N°7, 8 (facteurs de risque) et 9 (reconnaissance visuelle).

L'OLP n'est pas en lui-même un facteur de risque à proprement parler mais une AMP. Il a été décidé de le proposer en tant que facteur de risque dans les questions 7 et 8 pour d'une part faciliter la structure du questionnaire et d'autre part car il a été constaté que cette lésion pouvait se transformer en lésion maligne dans 0.44% à 2.28% des cas (44), donc la connaissance en tant que « facteur » de risque de transformation maligne était intéressante à évaluer auprès des CD et des étudiants en odontologie.

L'OLP est une APM fréquente que les CD sont amenés à voir dans leur patientèle, dont l'étiologie reste inconnue. Sa prévalence en Europe a été estimée à 1,43% (45). Une autre étude menée en Slovénie sur 12 508 patients a estimé sa prévalence à 4,30%. (46)

Il est donc préoccupant qu'une partie des CD ne le considèrent pas comme un facteur de risque. Cela peut s'expliquer par un manque de précision dans l'enquête puisqu'il s'agit plutôt d'une « lésion à risque ». Il serait donc intéressant d'évaluer spécifiquement la connaissance des CD sur les APM afin d'avoir des résultats plus spécifiques concernant ces dernières.

(5) L'âge

Il est scientifiquement prouvé que l'avancée en âge diminue la longueur des télomères (47). Cette diminution de la longueur des télomères est associée à l'augmentation du risque de survenue du cancer. Cette relation a été démontrée pour les cancers des VADS. Cette méta analyse étudiait l'association de la longueur des télomères sur les risques de carcinogenèse en prenant en compte 23379 cas de cancer et 68792 témoins. (48)

75,5% des répondants ont considéré l'âge comme un facteur de risque avéré du CO.

Les résultats démontrent une association statistique intéressante : plus les praticiens avaient d'années d'expérience, moins ils étaient nombreux à considérer l'âge comme un facteur de risque de CO ($p < 0,000$).

Plus un praticien serait âgé, moins il associerait l'âge comme un facteur de risque du CO.

(6) La faible consommation de fruits et légumes

Ce facteur de risque est très souvent évoqué dans les études concernant le CO (49) et également très fréquemment proposé dans les questionnaires ayant pour but de tester les connaissances des CD sur le CO (50). C'est pour cette raison qu'il a été choisi de le proposer dans cette enquête.

Une méta analyse apporte les conclusions suivantes : la consommation de fruits et légumes diminue le risque de CO. Il n'y a pas de différence notable entre les différents légumes, cependant il a été remarqué que le citron est un facteur protecteur contre le CO plus important que les autres fruits. (9)

La seule association statistique trouvée dans nos résultats est la suivante : les étudiants internes reconnaîtraient davantage ce facteur comme un facteur de risque que les CD omnipraticiens. Cela peut s'expliquer par les préventions sur l'alimentation qui sont tout de même récentes, et qui auraient impacté davantage les internes, qui sont des praticiens hospitaliers de moins de 30 ans pour la plupart. (51)

Ce facteur de risque est également celui qui est le moins reconnu dans la catégorie « facteurs de risque avéré » avec seulement 43,9% des répondants. Il serait intéressant de donner plus de place à ce facteur de risque dans le cursus universitaire des futurs praticiens. C'est un sujet de santé publique très important puisque l'alimentation a un impact sur la prévalence des cancers et d'autres maladies chroniques. (52)

b) Les facteurs non avérés, des co-facteurs ?

Pour certains facteurs de risque, leur rôle dans la carcinogenèse n'a pas été scientifiquement démontré pour pouvoir les considérer comme des facteurs de risque avérés du CO. Néanmoins, beaucoup de participants les ont associés à des facteurs de risque. Dans la suite de ce chapitre, nous allons essayer de comprendre pourquoi.

(1) Mauvaise hygiène bucco-dentaire : septicité orale

Elle serait un co-facteur favorisant le CO, tout d'abord car elle entraîne une inflammation chronique de la cavité orale, ce qui peut faire évoluer vers des lésions précancéreuses. De plus, elle induit une augmentation de la flore orale qui participe à la dégradation de l'éthanol en acétaldéhyde, ce qui augmente la concentration orale de ce carcinogène. 80% des patients présentant un carcinome oral ont une mauvaise hygiène bucco-dentaire. (1)

Pendant il existe plusieurs biais de confusion possible dans ces études, car plusieurs facteurs de risque avérés entraînent ou sont souvent associés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire : la consommation d'alcool, le tabac et l'âge par exemple. Cela pourrait en partie expliquer que 33,0% des participants de cette enquête la considèrent comme un facteur non avéré du CO. Ces résultats doivent donc être considérés avec précaution. (53,54)

(2) Traumatisme bucco-dentaire chronique

Certains auteurs ne le reconnaissent pas comme un facteur de risque du CO car il y a potentiellement un biais de confusion avec d'autres facteurs de risque du CO comme le tabac, l'alcool, l'âge, et la mauvaise HBD, qui peuvent tous induire la mise en place d'une prothèse amovible. Lorsqu'une prothèse amovible est mal adaptée, elle peut entraîner un traumatisme chronique des muqueuses. Cet état inflammatoire pourrait être un terrain propice à la formation d'un carcinome surtout si d'autres facteurs s'y ajoutent. (1)

On pourrait donc penser que même sans la mise en place de la prothèse amovible mal adaptée, la lésion cancéreuse serait quand même apparue. Ainsi le traumatisme chronique dû à la prothèse ne ferait que précipiter la survenue du CO. Cependant une méta analyse a déterminé que la mauvaise adaptation d'une prothèse amovible pouvait multiplier par 4 le risque de développer un CO. (55)

Il a été choisi dans ce travail de le mentionner dans les propositions des questions 7 et 8 car il est sujet à débat. Il était donc intéressant de mesurer cette ambiguïté au sein des CD et des étudiants en odontologie. De façon globale, 70,9% des participants l'ont identifié comme un facteur de risque avéré.

Il est primordial que les CD soient plus vigilants face à des prothèses mal adaptées, d'une part pour le confort du patient et d'autre part pour sa santé. Même si le traumatisme des muqueuses ne constituerait pas un risque majeur de CO, il serait un facteur qui, associé à d'autres facteurs de risque, pourrait entraîner un CO.

(3) Prédisposition génétique

La « Prédisposition génétique » sous-entendait un gène familial pouvant être à l'origine d'un CO. Ce facteur de risque est également sujet à débat, mais pour l'instant aucune étude avec un niveau de preuve élevé n'a pu prouver son implication dans la carcinogenèse du CO. En général, ce sont des facteurs environnementaux intra-familiaux (consommation de tabac, d'alcool) qui représentent un facteur de risque (facteur de confusion avec la génétique). (56)

Cependant, quelques études évoquent de rares cas, comme le gène CDKN2A, mais son implication sans d'autre facteur de risque associé n'est pas encore prouvée. (57)

Pourtant 77,0% des répondants de cette étude ont estimé qu'il s'agissait d'un facteur de risque. Cela pourrait s'expliquer par le fait que d'autres gènes constituent des facteurs de risque génétiques comme le gène TP53 (58) et le gène BRCA (59) pour certains cancers.

(4) Le diabète

Ce facteur de risque a été proposé dans le questionnaire pour évaluer la capacité des répondants à exclure les facteurs de risque non avérés du CO. Cependant près de la moitié des répondants ont estimé que le diabète était un facteur de risque avéré (n=539). Le diabète est une étiologie très fréquente en médecine bucco-dentaire, notamment dans les maladies parodontales (60), ce qui pourrait amener les répondants à penser que cette maladie chronique aurait également un impact dans la carcinogenèse du CO. Cependant, ce facteur de risque doit attirer notre attention car il pourrait se révéler être un facteur de risque du CO, ou du moins un « co-facteur ». Quelques études l'ont envisagé en tant que tel mais il y a des biais et des zones d'incertitude puisque le diabète et le cancer partagent des facteurs de risque communs, et aucun lien biologique clair n'a été trouvé entre les deux maladies. (61)

(5) Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires sont des pathologies ayant beaucoup de facteurs en commun avec les cancers comme l'âge, le régime alimentaire, la consommation d'alcool et la consommation de tabac. Cela peut en partie expliquer que les répondants aient pensé à un éventuel lien de causalité et l'aient considéré comme un facteur de risque avéré (40,2% n=441). Cependant à ce jour, aucune étude ne démontre un mécanisme de causalité entre les maladies cardiovasculaires et le CO. (62)

(6) Le VIH

Ce virus est associé à l'apparition de sarcomes, mais pas à l'apparition de carcinomes épidermoïdes. En effet le VIH peut entraîner, chez les patients au stade SIDA, la survenue d'un sarcome de Kaposi qui se présente sous la forme de plages multiples ou solitaires de couleur rouge ou brun rouge ou encore de nodules (63). De plus, le stade SIDA est associé à une immunodépression. Ces caractéristiques expliqueraient en partie pourquoi 62,1% (n=682) des répondants l'ont considéré comme un facteur de risque du CO.

(7) Le cannabis

La consommation de marijuana fumée n'a pas été suffisamment étudiée pour plusieurs raisons : il y a de nombreux biais comme la consommation de tabac, souvent mélangé au cannabis, qui empêchent d'établir un lien direct entre cannabis et le cancer oral (64). Cependant, il n'en reste pas moins essentiel pour les CD de considérer la consommation de cannabis avec attention, puisqu'elle se fait souvent mélangée avec du tabac qui est un facteur de risque du CO. Il serait donc intéressant pour les CD d'interroger, à l'aide du questionnaire médical, sur la consommation de cannabis, d'autant plus que certains jeunes patients pourraient penser que cet usage est moins dangereux que la cigarette. Il est donc important d'évoquer le facteur de risque du tabac au patient consommateur. (65)

c) Conclusion sur les facteurs de risque

Il est essentiel que l'anamnèse soit complète afin de déterminer les facteurs de risque du patient. Comment cette anamnèse peut être bien menée si les facteurs de risque tels que le HPV ne sont pas connus du praticien. De surcroît à cette méconnaissance, il faut aussi prendre en compte les difficultés de communication pour certains facteurs de risque comme l'alcool et le HPV (tabou, gêne...)(36). Enfin, l'incitation au sevrage tabagique n'est systémique que pour la moitié des praticiens. Tout ceci entraîne forcément un manque de prévention auprès des patients sur ces facteurs de risque.

2. La reconnaissance des lésions

Cette question (n°9) consistait à présenter des photographies « typiques » de lésions. Cependant, il est essentiel de rappeler qu'un diagnostic complet ne peut se faire qu'avec une anamnèse menée rigoureusement, un examen clinique complet et des examens complémentaires adaptés. Tout ce processus étant compliqué à tester sous forme de questionnaire, il a été choisi de présenter des photographies « typiques » de lésions, afin d'obtenir la première impression des répondants face à ces photographies.

a) *Les lésions cancéreuses et les affections à potentiel malin*

La sélection stricte des bonnes photographies (CE, mélanome, OLP) ne concernait que 19,6% (n=215) des répondants. Ce score est bas, mais ceci peut s'expliquer par la photographie du lichen plan qui a été beaucoup moins sélectionnée par rapport au CE et au mélanome.

Plusieurs raisons peuvent être envisagées : la méconnaissance des caractéristiques de l'OLP (ils reconnaissaient cette lésion en tant qu'OLP sur la photographie mais ils ignoraient que c'était une APM) soit par incapacité à identifier cette lésion.

Ces résultats sont préoccupants car lorsqu'un patient présente un OLP, il est nécessaire de mettre en place un suivi régulier (souvent annuel) pour surveiller cette maladie chronique (66), et si nécessaire proposer au patient un sevrage alcoolo-tabagique puisqu'en cas d'OLP avec association de consommation tabagique et/ou d'alcool, le risque de transformation maligne augmente. (67)

Dans une étude d'Ergun et al. 85% des CD éprouvaient des difficultés à diagnostiquer les lésions de la muqueuse orale. (68)

Une autre étude a démontré que les CD avaient plus de facilité à diagnostiquer les ulcérations de type aphte, plutôt que les OLP (69). Cela corrobore les résultats de ce travail puisque 32,16% des CD reconnaissent l'OLP comme une APM ou une LC, et 77,88% reconnaissent l'aphte comme une lésion bénigne.

Il est cependant rassurant de constater que 78,3% (n=860) ont sélectionné au minimum le CE et le mélanome. Cela s'explique par un aspect visuel très évocateur des deux lésions cancéreuses.

Le carcinome épidermoïde (CE) est la forme la plus fréquente de cancer oral (1), c'est pour cela qu'il a été choisi pour illustrer une forme de lésion cancéreuse dans la question n°9. La photographie sélectionnée représentait un CE avec une forme verruqueuse, les lésions ayant cet aspect évoquent très souvent un signe de malignité. Ceci pourrait expliquer que 92,81% (n=1019) des répondants ont estimé que cette photographie représentait une APM ou une LC. D'autant plus que la majorité de ceux qui ne l'ont pas sélectionné sont des étudiants de 1^{er} cycle, pour les mêmes raisons précédemment évoquées.

Quant au mélanome, il s'agit d'une forme rare de cancer oral, mais son tableau clinique est très évocateur : les critères ABCDE (Asymétrie, Bord irrégulier, Couleur inhomogène, Diamètre > 6mm, Évolution) sont applicables à la photographie proposée (excepté le critère « Évolution » puisque l'anamnèse n'était pas précisée dans la question). (70)

Le mélanome malin est le plus souvent situé au palais (34% des cas) (71), et il représente moins de 5% des cas de CO. (1)

Au vu de sa rareté, il est rassurant de constater que 84,2% des répondants l'ont tout de même identifié comme une APM/LC. À la suite de l'analyse statistique, il a été constaté que les années d'expérience ne révèlent pas d'association significative pour cette reconnaissance. Cela peut justement s'expliquer, comme dit précédemment, par sa rareté. En effet, malgré un nombre d'années de pratique important, peu de CD ont été confrontés à un mélanome malin dans leur patientèle. (72)

b) Les lésions bénignes

Les lésions bénignes de ce questionnaire étaient la langue géographique (LG), la diapneusie et l'aphte. Elles ont parfois été considérées comme des APM ou des lésions cancéreuses. Pour avoir strictement les bonnes réponses il ne fallait pas les sélectionner.

Pourtant certains répondants les ont sélectionnées : 8,8% (n=97) pour la LG, 13,8% (n=151) pour la diapneusie et 16,7% (n=183) pour l'aphte.

Ces erreurs diagnostiques peuvent amener à une orientation vers un spécialiste (ORL, stomatologue, chirurgien oral, chirurgien maxillo-facial) alors que cela est inutile puisqu'il s'agit de lésions bénignes sans transformation maligne possible que les CD peuvent prendre en charge. Il y a donc des progrès à faire sur la reconnaissance clinique de ses lésions, afin d'optimiser leur prise en charge.

Parmi ces lésions bénignes, l'aphte est celle qui a été le plus considérée comme une APM ou une LC par les répondants.

Le manque d'information sur ce cas clinique pouvait induire les participants en erreur : la durée de persistance de la lésion n'était pas précisée. Il est vrai que dans le cadre d'une ulcération persistante de plus de 3 semaines, une hypothèse de lésion cancéreuse doit être émise (et sera confirmée ou infirmée par une analyse anatomopathologique à la suite de la biopsie).

Cependant, si sont pris en compte uniquement les caractéristiques « photographiques » de la lésion (ce qui était le but de la question) : on observe un ulcère rond avec un contour régulier, de 3 à 6mm de diamètre, recouvert d'une membrane blanc jaunâtre et entouré d'un fin liseré rouge. Tout ceci doit évoquer l'aphte en tant que diagnostic principal le plus probable (vasculite ischémique nécrosante).

Il serait intéressant d'étudier les capacités diagnostique des CD à l'aide d'un questionnaire centré sur l'examen clinique, avec des indications par exemple sur l'apparition de la lésion et les symptômes afin que les répondants puissent davantage choisir avec certitude le bon diagnostic, comme cela a été fait par l'étude du Dr Lan auprès des médecins généralistes (8).

C. Prévention

1. Zones anatomiques vérifiées lors d'une consultation de contrôle

L'analyse statistique a été faite pour quatre zones anatomiques : le palais, le dos de la langue, la face ventrale de la langue et le plancher de la langue. Ces zones ont été choisies car ce sont des zones du 2^e et du 3^e cercle, dont l'analyse descriptive a montré une tendance à une fréquence d'examen moindre alors que ce sont également des zones où l'apparition de CO est fréquente. (1)

Ces résultats nous démontrent qu'il y a encore des efforts à faire pour l'application de la technique des trois cercles. Les CD doivent autant vérifier les muqueuses buccales que les dents, ce qui est loin d'être le cas au vu des résultats. Les 2^e et 3^e cercles sont très peu investigués lors d'une consultation de contrôle (mis à part le dos de la langue, ce qui s'explique par un accès visuel très facile). La sensibilisation sur cette technique d'examen oral serait intéressante à développer dans le cadre de l'enseignement universitaire, mais aussi auprès des praticiens lors de leur certification périodique (obligatoire à partir de janvier 2023 (73)) et d'autres formations.

2. Les situations menant à un examen des muqueuses buccales

Les antécédents ne sont parfois pas pris en considération (question 13), une majorité des praticiens n'effectuent pas systématiquement d'examen de dépistage lorsque le patient présente des facteurs de risque comme la consommation de tabac et/ou d'alcool.

Tout d'abord, ces consommations de substances sont répandues dans la société. Ainsi, les CD ne les distingueraient pas en priorité comme des « situations d'alerte ». Un antécédent de cancer des VADS ou une douleur qui n'est pas d'origine dentaire seraient alors davantage des caractéristiques de l'anamnèse qui auraient tendance à les interpeler, étant donné leur certaine singularité.

Force est de constater que certains CD interrogés ne prêtent pas suffisamment attention aux antécédents de leurs patients.

Cela peut également s'expliquer par une certaine difficulté des CD à prendre l'habitude de pratiquer un examen systématique des muqueuses buccales. (74)

En effet, cette enquête permet de constater qu'un tiers des CD omnipraticiens pratiquaient un examen des muqueuses buccales systématiquement lorsque le patient est un nouveau patient ou lors d'un contrôle annuel. Il est donc prioritaire d'encourager les CD à effectuer des dépistages de la muqueuse buccale au moins une fois par an, même s'il y a une absence de facteur de risque dans l'anamnèse, d'une part car certains facteurs de risque peuvent ne pas être précisés par le patient (comme l'alcool, le cannabis, ou le snus) et d'autre part car il existe également des cas de CO sans facteurs de risque clairement identifiés. (75)

3. Les éléments recherchés lors du dépistage

Il est intéressant de constater que des éléments comme la sensibilité dentaire, la mobilité dentaire et le trismus sont beaucoup moins recherchés que d'autres. Effectivement, ils ne constituent pas des signes courants du CO. La manifestation de ce dernier est plus fréquente à partir des signes suivants qui ont eu de bien meilleurs résultats pour « systématiquement » et « souvent » :

- Lésion ulcéreuse persistante
- Lésion bourgeonnante
- Plaque rouge et/ou blanche
- Adénopathie
- Lésion pigmentaire
- Difficulté à mobiliser la langue

On peut constater également que lors d'une consultation de contrôle, les zones ganglionnaires sont peu examinées mais lors d'un dépistage du CO, l'adénopathie fait l'objet de plus d'attention. Néanmoins, le dépistage du CO ne devrait-il pas être effectué lors d'une consultation de contrôle ? Ces résultats paradoxaux doivent servir de piste pour améliorer les examens cliniques qui paraissent incomplets.

Pour l'analyse statistique, 3 éléments ont été choisis :

- La lésion ulcéreuse persistante puisque c'est un signe clinique très fréquent lors du CO, ayant eu de très bons résultats pour cette question.
- La difficulté à mobiliser la langue, qui est également un signe fréquent. Mais ses résultats sont moins bons que la lésion ulcéreuse persistante, et la recherche de ce signe demande un examen spécifique (demander au patient de mobiliser sa langue).
- La mobilité dentaire qui est rarement un signe de CO.

4. Le délai d'orientation en cas de persistance d'une lésion buccale

Il est communément admis que ce délai d'orientation ne doit pas dépasser 3 semaines. En effet, toute lésion suspecte et persistante de plus de 3 semaines doit faire l'objet d'examens complémentaires (sanguins, anatomopathologiques...).

Cependant près d'un quart des répondants orientaient au-delà de ce délai de trois semaines.

Ce constat est préoccupant puisque plus le délai d'orientation est tardif, plus le stade du cancer au moment du diagnostic l'est aussi. Sachant que la survie et la morbidité sont liées à ce dernier, il est essentiel d'améliorer les pratiques des CD pour diminuer le taux de cancers oraux diagnostiqués tardivement. (1,4)

D. La formation en pathologie de la muqueuse buccale

Deux tiers des participants ont exprimé une volonté de se former dans ce domaine. Cependant, nous ne pouvons pas extrapoler ce résultat à la population nationale des étudiants et praticiens en chirurgie dentaire, car le fait d'avoir participé à cette étude démontre déjà un intérêt pour le sujet du CO, par rapport aux autres personnes qui n'ont pas participé à l'enquête (voir chapitre à propos du biais de volontariat).

On constate une préférence pour le DPC en distanciel et les formations non DPC (conférence, webinar). Cette préférence pour des formations en distanciel s'explique par une recrudescence de ce type d'apprentissage depuis la crise de la COVID-19. Elle doit être prise en compte afin de proposer un choix diversifié d'apprentissage.

E. Les associations statistiques de cette étude

a) *Le niveau d'étude*

Les étudiants de 1^{er} cycle :

Ils peuvent être apparentés à un groupe « naïf » car ils n'ont jamais eu de cours à ce sujet. Cela explique qu'ils aient eu significativement de moins bons résultats par rapport aux autres niveaux d'étude. Les comparer aux étudiants externes a permis de déduire que l'enseignement à propos du CO pendant le 2^e et 3^{ème} cycle court a un impact positif puisque les externes ont de meilleurs résultats que les étudiants de 1^{er} cycle.

Les étudiants externes (2^e cycle, 3^e cycle court) :

Les étudiants externes et les CD omnipraticiens avaient quelques différences significatives en faveur des externes pour les questions de connaissance. Cela s'explique par la proximité des connaissances acquises lors des cours universitaires.

Les internes (3^e cycle long, DES) :

Les externes avaient presque autant de bons résultats que les internes. Cependant le fait que peu de p-values inférieures à 0,05 ont été retrouvées entre ces deux niveaux d'étude est également dû à la faible taille de l'échantillon des internes (n=51).

Les internes ont préparé le concours national d'internat en odontologie, contrairement à la majorité des CD de notre étude (87,7% de praticiens omni-pratique dans cette enquête). Ainsi la connaissance des internes est significativement plus développée sur le cancer oral sur certains points, puisque ce dernier fait partie des unités d'enseignement à préparer pour le concours de l'internat. Ceci peut donc expliquer certains résultats significativement supérieurs par rapport aux trois autres sous-groupes (2^e cycle, 3^e cycle, praticiens). D'autres résultats significatifs auraient éventuellement pu être constatés si l'échantillon avait été plus important.

Les CD omnipraticiens :

Même si les chirurgiens-dentistes répondants ont terminé leurs études en odontologie, il a été choisi de les comparer avec les étudiants de différents cycles, afin de comparer leur niveau de connaissance. De plus, le sujet du cancer oral a fortement évolué depuis quelques années, il était moins enseigné auparavant.

Globalement, ils ont des résultats équivalents aux étudiants externes, mais parfois significativement moins bons pour quelques éléments de connaissance comme le facteur de risque de l'âge et la reconnaissance visuelle du lichen plan. Néanmoins, ils ont des résultats significativement meilleurs pour les zones anatomiques à examiner et les éléments à rechercher lors du dépistage. Cela peut être lié à leur expérience en cabinet que les externes n'ont pas.

Pour conclure, plus le niveau d'étude dans le cursus d'odontologie augmente, plus la connaissance des facteurs de risque et des lésions cancéreuses ou à potentiel malin est importante.

b) Les années d'expérience du praticien

Les années d'expérience ont également un impact statistique sur les résultats. En effet, les praticiens ayant plus de 15 ans d'expérience ont de meilleurs résultats que les jeunes praticiens. Ils ont eu tendance à mieux reconnaître les facteurs non avérés. Cela s'explique par l'acquisition de connaissances et de bonnes pratiques tout au long de leur vie professionnelle. Cependant des exceptions sont à signaler, les jeunes praticiens ont significativement de meilleurs résultats pour :

- Le tabac à chiquer : son émergence auprès de la jeune population peut l'expliquer.
- Le HPV 16 : la découverte de son implication dans la carcinogenèse du CO est récente, et donc son enseignement en tant que facteur de risque du CO par les facultés est également récent, ce qui explique que les praticiens plus âgés aient eu de moins bons résultats que les jeunes praticiens.
- L'âge : plus un praticien a d'années d'expérience, moins il considérerait l'âge comme un facteur de risque.

c) Les médecins généralistes et les CD omnipraticiens

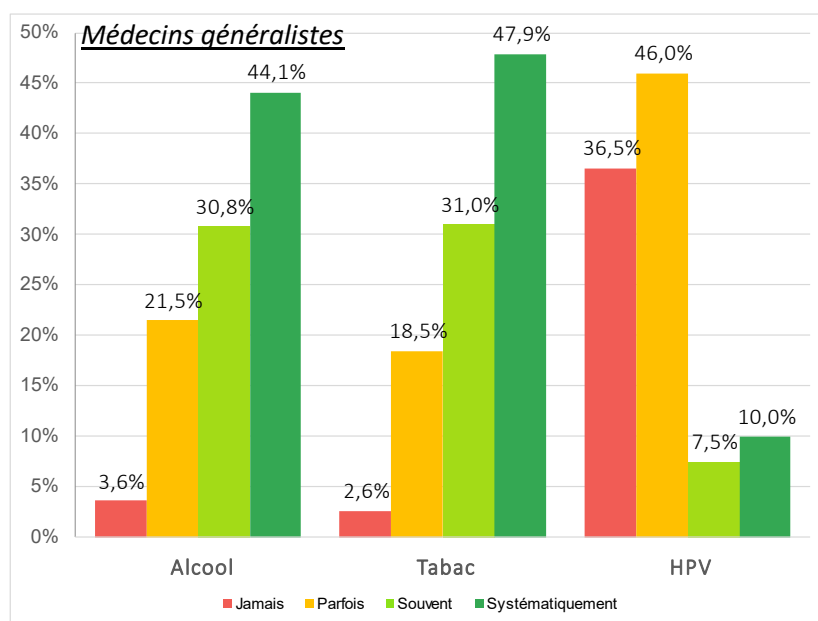


Figure 41 : Évocation des facteurs de risque, les médecins généralistes (n=2156).

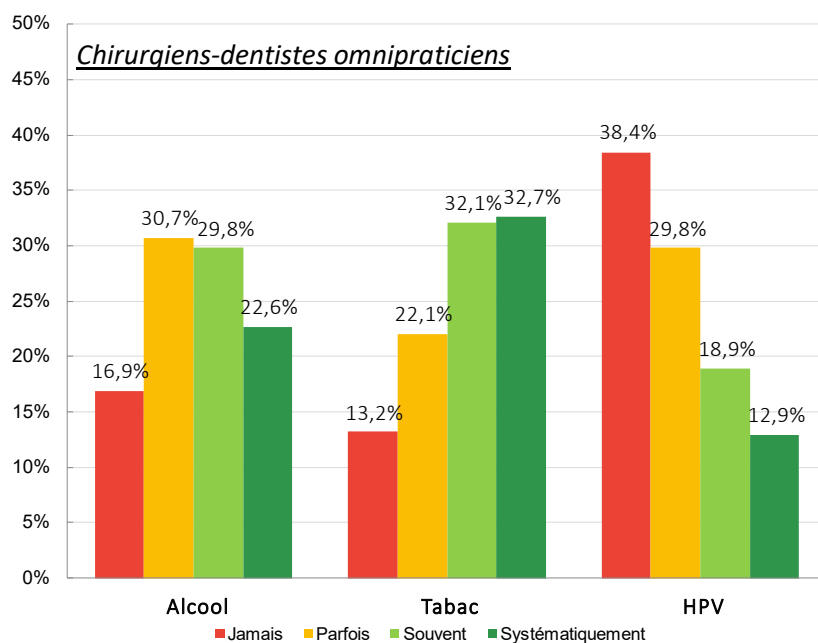


Figure 42 : Évocation des facteurs de risque, les CD omnipraticiens (n=349).

Trois questions ont permis une comparaison entre les CD omnipraticiens de cette enquête, et les MG ayant participé à l'enquête du Dr Lan.

Cependant une analyse statistique à l'aide du Chi-2 n'était pas possible en raison de la différence de taille d'échantillon et des modes de recrutement. La significativité des résultats suivants n'a donc pas pu être vérifiée.

Pour l'évocation des facteurs de risque :

- Le tabac et l'alcool avaient tendance à être « systématiquement » ou « souvent » plus évoqués chez les médecins généralistes que chez les CD omnipraticiens.
- le HPV présentait la tendance inverse, il avait tendance à être « systématiquement » ou « souvent » plus évoqué chez les CD omnipraticiens que chez les MG.

Dans une étude en France, 91% des médecins généralistes déclaraient ne pas considérer l'alcool comme un tabou (76). Cela ne semble pas être le cas pour les CD puisqu'ils l'évoquent moins systématiquement. Cette différence démontre que des progrès sont à faire en prévention. Il pourrait être proposé, afin de faciliter son évocation, de demander la consommation hebdomadaire dans le questionnaire médical à remplir lors de la première consultation. Cela pourrait aider les CD à évoquer le sujet plus facilement.

L'incitation au sevrage tabagique a été également comparée avec les MG de la même étude.

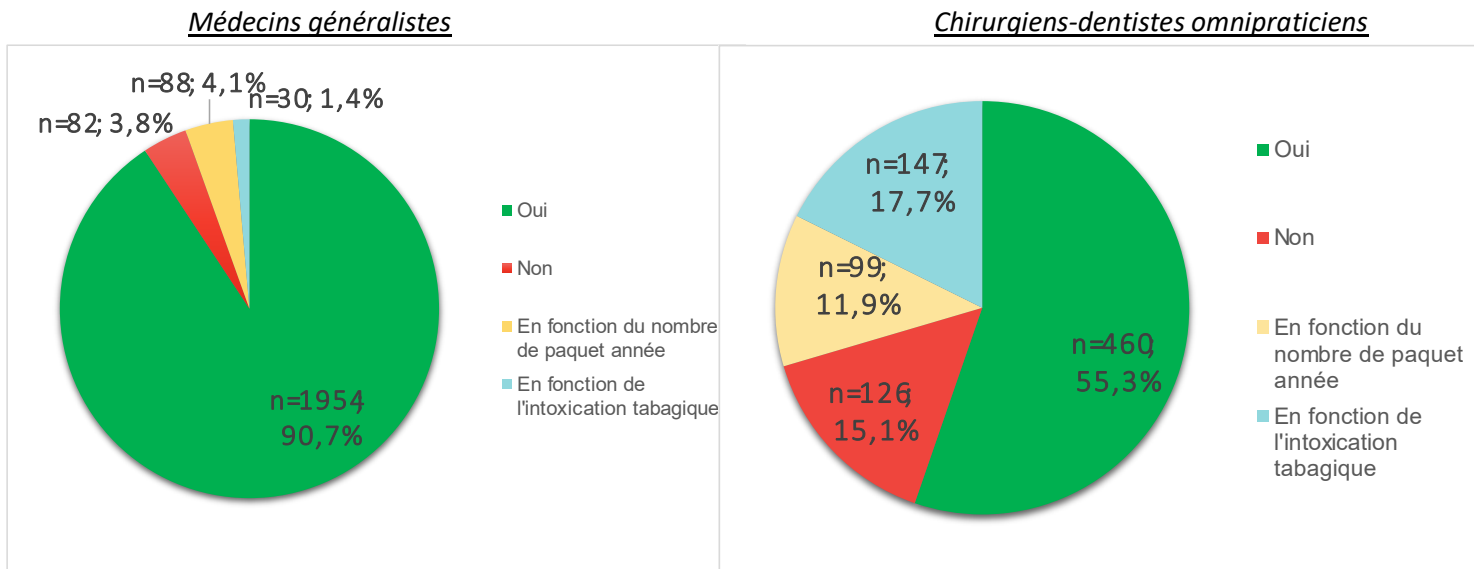


Figure 44 : Sevrage tabagique encouragé, le résultat des MG (n=2154)

Figure 43: Sevrage tabagique encouragé, le résultat des CD omnipraticiens (n=349)

Les MG semblaient avoir une tendance à encourager le sevrage tabagique de façon plus systématique que les CD.

L'incitation au sevrage tabagique avait donc des résultats similaires à l'évocation du tabac en tant que facteur de risque. Cela peut s'expliquer par une différence majeure entre les deux professions, les MG ont bien évidemment une approche globale sur la santé de leurs patients, contrairement aux CD qui sont davantage centrés sur la sphère orale. Et il semblerait que cette vision soit celle d'une partie des patients : une étude a démontré que les patients fumeurs étaient moins réceptifs aux conseils de leur CD à propos du sevrage tabagique qu'à ceux donnés par leur MG. (77)

Le délai d'orientation face à la persistance d'une lésion a également été comparé.

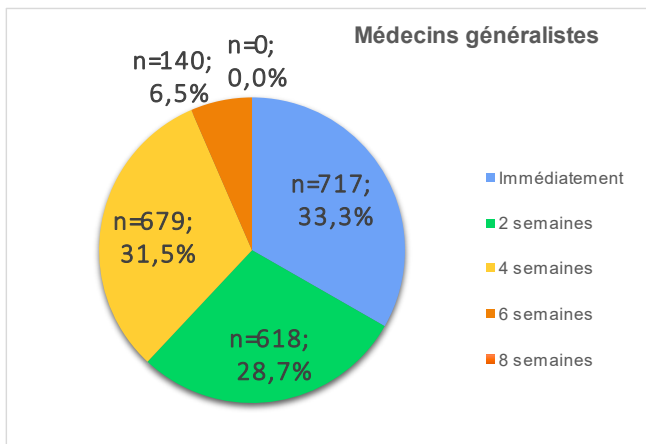


Figure 46 : délai d'orientation en cas de persistance d'une lésion parmi les médecins généralistes (n=2154).

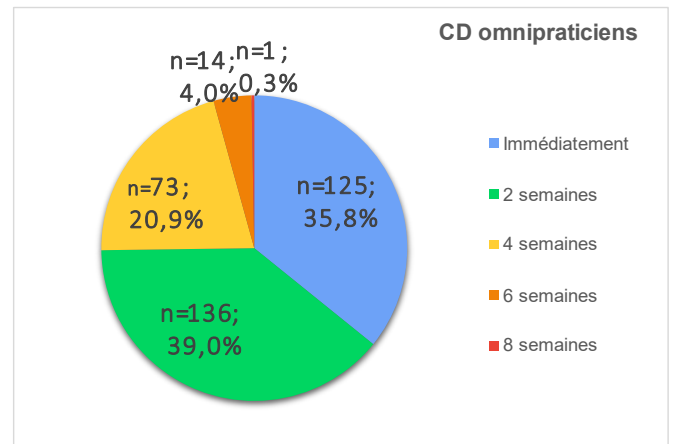


Figure 45 : délai d'orientation en cas de persistance d'une lésion parmi les chirurgiens-dentistes (n=349)

Les CD omnipraticiens avaient une tendance à orienter plus rapidement en cas de persistance de lésion par rapport aux MG qui eux, avaient une tendance à orienter au-delà des trois semaines habituellement préconisées en dermatologie orale. Cela peut s'expliquer par une meilleure connaissance des différents types de lésions buccales, au vu de la spécificité du métier de CD, par rapport aux MG qui connaissent avec moins de précision la dermatologie orale.

En résumé, les MG ont plus tendance à évoquer les facteurs de risque du tabac et de l'alcool qui sont les facteurs de risques majeurs du CO, et ils sont plus nombreux à encourager le sevrage tabagique. Cependant les CD omnipraticiens ont tendance à plus systématiquement évoquer le HPV et à orienter plus rapidement en cas de persistance d'une lésion que les MG.

d) *Le mode d'exercice*

Les CD hospitaliers reconnaissent mieux, de façon significative, les lésions cancéreuses ou à potentiel malin par rapport aux CD libéraux. La pratique hospitalière comprend des différences par rapport à l'exercice en cabinet de ville : les patients sont plus précaires et représentent donc une population à risque de CO (consommation alcoolo-tabagique importante), les praticiens hospitaliers travaillent de façon multidisciplinaire et il est fréquent d'avoir un CD spécialisé en dermatologie orale et/ou des chirurgiens oraux dans les structure hospitalières, ce qui permettrait un échange entre les différentes spécialités et une acquisition de connaissances en ce qui concerne les lésions malignes par exemple.

e) *La spécialité*

Les CD spécialisés de cette enquête vérifiaient plus systématiquement des zones qui sont souvent le siège de l'apparition de lésions cancéreuses comme le plancher de la langue et la face ventrale de la langue. Sur les 49 CD spécialisés, 31 étaient des CD spécialisés en chirurgie orale. Ce sont les praticiens qui vont être le plus souvent amenés à diagnostiquer ces lésions. Il serait essentiel que les CD omnipraticiens aient les mêmes habitudes de dépistage car ils sont en première ligne de celui-ci.

f) *La confrontation avec un cas de cancer oral*

Il s'agit de la comparaison présentant le plus d'associations statistiques parmi tous les résultats confondus. Ce travail permet d'avancer que lorsqu'un étudiant ou un CD a eu un cas de CO dans sa patientèle et/ou son entourage, il serait alors plus sensibilisé aux facteurs de risque, aux zones à examiner, aux éléments d'alertes, à l'évocation des facteurs de risque, à la reconnaissance des lésions cancéreuses ou APM. Ce serait ainsi des CD ou futurs CD plus vigilants que les autres. Ce travail a permis de confirmer l'hypothèse suivante : l'expérience d'un cas de CO renforce les connaissances de l'étudiant et du praticien en chirurgie dentaire.

Le patient expert, une nouvelle approche de l'enseignement ?

Il n'est pas possible de confronter tous les étudiants à un cas de cancer oral lors de leur formation hospitalière. En revanche, il est possible de faire intervenir au sein de leur faculté des patients ayant reçu un diagnostic tardif. Ce témoignage de leur propre parcours médical permettrait de sensibiliser les étudiants à la pluralité des facteurs de risque et à la nécessité du dépistage systématique afin d'éviter les diagnostics tardifs de cancers oraux.

Le témoignage de « patients intervenants » auprès des étudiants est également envisagé par *Corasso* (une association de patients touchés par les cancers tête et cou) comme une des pistes permettant d'améliorer le dépistage des cancers oraux. Une interview avec une des patientes fondatrices de l'association est disponible en annexe.

Ainsi, nous avons commencé une réflexion sur ce projet.

Le contexte de l'intervention :

Un patient ayant vécu un diagnostic tardif de CO ferait une intervention sous forme d'exposé (avec support informatique pour illustrer) au début d'un cours faisant partie de l'unité d'enseignement de chirurgie orale (plus spécifiquement lors d'un cours au sujet du CO). Les étudiants ciblés seraient les 5^e et 6^e années ainsi que les internes, puisqu'ils travaillent au sein de services hospitaliers et certains en dehors de l'hôpital (cabinets libéraux, centres de santé...).

Objectif pédagogique :

Sensibiliser les étudiants en odontologie, futurs chirurgiens-dentistes, à propos :

- De tous les facteurs de risque et non pas seulement le tabac et l'alcool qui sont les plus connus, mais aussi le HPV 16 et les affections à potentiel malin par exemple ;
- De l'existence de CO sans facteurs de risque ;
- De la nécessité d'effectuer régulièrement un dépistage des muqueuses buccales ;
- Des éléments à rechercher lors du dépistage du CO ;
- Des conséquences d'un diagnostic tardif (morbidité, mortalité).

Atouts de l'intervention :

Le témoignage d'un patient ayant parfois des séquelles visibles, une histoire personnelle que la personne souhaite partager pour marquer les esprits des futurs chirurgiens-dentistes.

Le bénéfice est double : les étudiants sortiront de ce cours avec des informations qui seront beaucoup mieux retenues du fait du discours marquant du patient, et ce dernier jouera un rôle très important de sensibilisation et de prévention ce qui aura un impact psychologique positif pour lui.

L'idée de faire intervenir des patients partenaires est donc une solution qui pourrait être mise en place par l'association *Corasso* et les facultés d'odontologie. Nous sommes en cours de discussion avec tous les acteurs de ce projet pour le mettre en place au sein de l'école de médecine dentaire d'Aix-Marseille.

Une étude a démontré les effets positifs de l'intervention d'un patient expert dans le domaine de l'odontologie. À la faculté d'odontologie de Nantes, un groupe ayant assisté au témoignage d'un patient expert au sujet de la dysplasie ectodermique a répondu à un questionnaire de connaissance sur le sujet trois ans après le témoignage. Leurs réponses ont été comparées à celle d'un groupe témoin. Les étudiants ayant assisté à l'intervention du patient témoin 3 ans auparavant ont eu significativement de meilleures connaissances sur le sujet. (78)

F. Comparaisons avec d'autres études

De nombreuses études à travers le monde se sont intéressées aux connaissances des CD, le résumé de toutes ces études est disponible dans une méta-analyse de Copolla et *al.* (50)

Notre questionnaire comportait 2 questions pour nuancer les facteurs mineurs et majeurs. Il s'avère que cette séparation est en partie subjective, ce qui explique qu'elle n'a pas été choisie dans d'autres études. C'est pour cette raison que nous avons choisi de ne pas traiter les résultats de cette façon, et de catégoriser seulement en « facteurs avérés » et en « facteurs non avérés ».

Les facteurs de risques en commun avec notre enquête étaient : le tabac, l'alcool, le HPV, l'âge, la faible consommation de fruits et légumes, le tabac à chiquer, le traumatisme chronique des muqueuses, la prédisposition génétique.

Les facteurs proposés dans cette enquête et qui n'ont pas été retrouvés dans d'autres études étaient : le diabète, les maladies cardiovasculaires, le VIH, le cannabis. Cela ne veut pas dire qu'ils n'ont pas été étudiés dans le cadre du CO, mais qu'ils n'ont jamais été proposés dans le cadre d'un questionnaire de connaissance à destination des CD. Ils ont été proposés dans cette enquête en tant que facteurs non avérés du CO, afin d'évaluer la capacité des répondants à reconnaître ce type de facteur.

Certaines études ont fait de même en proposant l'obésité (79), ou encore la consommation de nourriture épicée, de boissons chaudes (80) en tant que facteurs non avérés du CO, mais qui peuvent être des facteurs avérés d'autres cancers. C'est le cas par exemple des boissons chaudes qui sont un facteur de risque avéré du cancer de l'œsophage. (10)

Quelques études comparent les connaissances en fonction des années d'expérience des praticiens (80). L'étude de Pavão Spaulonci et *al.* a comparé les praticiens récemment diplômés avec des praticiens de plus de 30 ans d'expérience. (voir tab. 20)

Pour l'alcool et le HPV, notre enquête a révélé une association statistique, contrairement à l'étude de Pavão Spaulonci et *al.*

Cependant, en ce qui concerne la faible consommation de fruits et légumes, le traumatisme chronique des muqueuses et la mauvaise hygiène bucco-dentaire, l'étude de Pavão Spaulonci et *al.* a retrouvé une association statistique, ce qui n'est pas le cas de notre enquête.

Mais la particularité de notre enquête est d'avoir comparé les connaissances des praticiens ayant déjà été confrontés à un cas de cancer oral, face à des praticiens qui ne l'ont jamais été. À notre connaissance, il n'existerait pas d'autres études ayant fait ce type de comparaison.

Cette comparaison a permis de conclure que la confrontation avec un CO améliorerait, au vu des résultats obtenus, les connaissances à propos du CO et également les pratiques de dépistage.

Il a été également possible de comparer des CD face à des étudiants externes et internes, des CD omnipraticiens face à des CD spécialistes. Ce type de comparaison n'était pas fréquent dans les autres enquêtes.

La comparaison avec les médecins généralistes était peu fréquente dans ce type d'enquête, une étude de Alami et *al.* l'avait également faite (81). Cette étude avait constaté que les CD reconnaissaient mieux l'alcool et le HPV comme des facteurs de risque par rapport aux MG. Les MG étaient plus nombreux à

identifier la mauvaise hygiène bucco-dentaire en tant que facteur de risque avéré. Quant à notre enquête, aucune analyse statistique n'a pu être faite puisque les MG étaient les participants d'une autre enquête. Une analyse descriptive concernant l'évocation des facteurs de risque, l'encouragement au sevrage tabagique et le délai d'orientation face à une lésion persistante a cependant pu être effectuée puisque les trois questions ont été posées de la même façon.

Dans plusieurs études (80,81) il est intéressant de noter que plusieurs facteurs de risque non avérés ont été proposés, comme la mauvaise hygiène bucco-dentaire. Ce facteur semble avoir été considéré comme non avéré par ces mêmes études. Pourtant, comme expliqué précédemment, son rôle dans la carcinogenèse du CO est ambigu.

En comparant les résultats des facteurs avérés de plusieurs études (voir tab.21), nous pouvons constater que pour le tabac, l'alcool, l'âge, la faible consommation de fruits et légumes et le tabac à chiquer les résultats de notre enquête semblent équivalents aux autres études. Cependant, cela n'est pas le cas pour le HPV. Seulement 79,4% de nos répondants l'ont sélectionné, contre 88,2% pour l'étude de Aldossri et *al.* (82) et 85,3% pour l'étude de Jboor et *al.* (83).

Tableau 20 : Comparaison entre jeunes praticiens et praticiens confirmés, différence entre notre enquête et une étude du Brésil

Facteurs de risque considérés comme avérés	Pavão Spaulonci et al., 2018		Notre enquête	
	De 0 à 5 ans d'expérience	Plus de 30 ans d'expérience	De 0 à 5 ans d'expérience	Plus de 15 ans d'expérience
Tabac	84 (100%)	105 (100%)	222 (96,6%)	78 (100%)
Alcool	81 (96,4%)	105 (100%)	209 (93,7%)	78 (100%)
HPV	71 (84,5%)	97 (92,2%)	185 (83,0%)	54 (69,2%)
Faible conso. de fruits et légumes	26 (31%)	50 (47,6%)	97 (43,5%)	35 (44,9%)
Mauvaise hygiène bucco-dentaire	34 (40,5%)	68 (64,8%)	147 (65,9%)	58 (74,4%)
Traumatisme chronique des muqueuses (prothétique)	51 (60.7%)	98 (93.3%)	168 (75,3%)	62 (79,5%)
<i>Effectif total</i>	84	105	223	78
<p><i>En rouge les associations statistiques retrouvées respectivement dans chacune des deux études Les données sont des effectifs (avec des pourcentages)</i></p>				

Tableau 21 : Comparaison des connaissances des facteurs de risque des CD omnipraticiens de différentes études.

	Aldossri et al. (82)	Alaizari et Al-Maweri (79)	Hashim et al. (84)	Jboor et al. (83)	Notre enquête
Tabac	927 (99.5%)	213 (96.4%)	295 (99%)	172 (97.4%)	348 (99,7%)
Alcool	906 (97.2%)	162 (73.3%)	260 (87.30%)	165 (93.2%)	335 (96,0%)
HPV	822 (88.2%)	146 (66.1%)	228 (76.6%)	151 (85.3%)	277 (79,4%)
Âge	649 (69.6%)	106 (48%)	181 (60.9%)	129 (72.8%)	249 (71,3%)
Faible consommation de fruits et légumes	296 (31.8%) « régime alimentaire »	92 (41.6%) « Diet »	122 (43.8%) « Diet »	50 (28.2%) « Diet »	144 (41,3%)
Tabac à chiquer	.	175 (79.2%)	.	132 (74.5%)	904 (82,3 %)
<i>Effectif total</i>	932	221	298	177	349

Les données sont des effectifs (avec des pourcentages) et correspondent à la part des participants ayant identifié ces facteurs comme des facteurs de risque avérés du CO.

G. LES BIAIS

Il existe certains biais lors d'études se basant sur des questionnaires. Voici ci-après quelques-uns concernant ce travail.

1. Biais méthodologique :

Les questions à grille multiple de ce questionnaire (questions n°12, 13 et 14) présentaient trop de propositions de réponses, certains participants ont pu répondre trop rapidement sans s'interroger sur leurs pratiques réelles.

Les questions n°7 et 8 à propos des facteurs de risque auraient pu être posées différemment, ce qui aurait évité le biais suivant : certains répondants ont sélectionné par exemple « HPV » à la question n°7 (il était demandé de cocher les facteurs de risque majeurs), puis à la question n°8 le facteur « HPV » était également sélectionné (il était demandé pour cette question de cocher les facteurs de risque mineurs). D'une part, cela a donné une deuxième occasion de sélectionner certains facteurs de risque. Cela pourrait expliquer des résultats assez élevés pour certains facteurs.

D'autre part, certains répondants ont sélectionné « majeur » et « mineur » pour un même facteur de risque, rendant difficile l'analyse statistique des deux catégories. Puisque la majorité des études existantes ne font pas la différence et étudient seulement les « facteurs de risque » (85), et que la frontière entre les « facteurs de risque majeurs » et les « facteurs de risque mineurs » est trop sujette à interprétation et donc parfois subjective, il a été décidé de ne pas différencier « majeur » et « mineur » pour en faire une seule et même catégorie de « facteurs de risque avérés ».

Il aurait donc été plus adapté de faire une seule question où le participant aurait sélectionné les facteurs qu'il considère comme des facteurs de risque du CO.

2. Biais d'échantillonnage

Dans notre échantillon il y a plus de femmes (71%) que d'hommes (28%) :

La profession de chirurgien-dentiste s'est féminisée, les femmes représentaient 48% des chirurgiens-dentistes en 2021. On constate également, toujours à l'échelle nationale, qu'il y a plus de femmes que d'hommes parmi les jeunes CD (59 % de femmes dans la classe d'âge 25-29 ans) (86) mais cela n'explique pas totalement la différence significative de participation dans cette étude : si l'on isole les jeunes praticiens de notre étude (entre 0 et 5 ans d'expériences) il y a 73,5% de femmes.

Ainsi cette féminisation de la profession n'explique pas à elle seule l'écart important de participation entre les hommes et les femmes dans cette étude.

Cela s'explique par le fait que les femmes ont plus tendance à accepter de participer aux enquêtes que les hommes. (87)

Dans notre échantillon, il y a plus de jeunes praticiens (56%) :

Les jeunes praticiens (entre 0 et 5 ans d'expérience) ayant répondu au questionnaire représentent 56% des CD interrogés, or la moyenne d'âge des CD en France était d'environ 46 ans en 2021. (86)

Cela s'explique par la présence plus importante des jeunes CD sur les réseaux sociaux, ainsi que leur volonté de participer aux questionnaires de thèse par solidarité confraternelle entre jeunes praticiens. Les CD plus âgés sont moins présents sur les réseaux sociaux.

Précision : dans cette enquête l'âge des praticiens n'était pas directement demandé, mais leur nombre d'années d'expérience. Donc des praticiens âgés peuvent avoir répondu « entre 0 et 5 ans d'expérience » dans le cas d'une reconversion professionnelle par exemple. Cela reste rare, donc nous avons pris la décision de considérer les praticiens entre 0 et 5 ans d'expérience comme des praticiens « jeunes » même si quelques praticiens plus âgés peuvent se retrouver catégorisés dans ce groupe, leur proportion restera négligeable et le biais qui en découle également.

3. Biais de désirabilité sociale

Le biais de désirabilité sociale est un biais qui consiste à vouloir se présenter à son interlocuteur sous son meilleur jour au cours d'une enquête. Dans notre étude on peut donc estimer qu'une partie des répondants n'a pas répondu de façon totalement honnête. Par exemple, en ce qui concerne la question « Lors d'une première consultation, ou d'une consultation de contrôle, que vérifiez-vous ? » il peut être tentant pour le répondant de cocher « Systématiquement » sur la plupart des items, pour se donner une bonne image de soi-même et à l'interlocuteur qui analysera les réponses (ici l'enquêteur).

Cependant il a été démontré que si le répondant n'est pas en contact direct avec l'enquêteur, et si le répondant sait que ses réponses resteront anonymes, le biais de désirabilité sociale sera alors moins présent (88). Notre enquête se déroulant à distance, et de façon anonyme (« Vos réponses sont anonymes » dans l'introduction du questionnaire) nous pouvons espérer que ce biais est très peu présent, mais il est tout de même impossible de le quantifier.

4. Biais de volontariat

Les caractéristiques des personnes volontaires qui participent spontanément à une étude peuvent être différentes de celles des personnes qui décident de ne pas y participer.

Dans notre étude, les messages de diffusion annonçaient un questionnaire à propos du cancer oral, il est donc tout à fait probable que les personnes ayant eu un CO parmi leur patientèle ou leur entourage aient eu plus tendance à cliquer sur le lien du questionnaire (et ce travail a démontré que ces CD avaient de meilleures connaissances sur le CO que ceux n'ayant pas eu de CO parmi leur patientèle ou leur entourage). Il est également très probable que les CD ayant un intérêt pour la dermatologie orale aient eu plus tendance à participer à cette enquête que les CD n'éprouvant pas d'intérêt pour cette spécialité. On peut donc en déduire que les résultats de connaissance de cette étude pourraient être meilleurs que ceux de la population nationale de CD, sans toutefois pouvoir évaluer cette différence.

V. Conclusion et perspective

Les résultats de cette enquête ont permis de démontrer que certains facteurs de risque ne sont pas encore assez bien connus, et cela ne s'explique pas uniquement par une différence de niveau d'étude, puisque les CD ont également des lacunes pour de nombreux facteurs de risque comme le HPV 16 et le lichen plan. Il est donc primordial dans les années à venir d'instaurer une sensibilisation globale, prenant en compte tous les facteurs de risque avérés, dans les facultés d'odontologie mais aussi lors de formations.

Il a été établi que peu de zones anatomiques étaient auscultées lors d'une consultation de contrôle. Or, si les CD examinent moins fréquemment certaines zones qui peuvent être le siège de lésions cancéreuses, le dépistage sera moins efficace et plus tardif. Une sensibilisation à un examen clinique plus approfondi, comme la technique des trois cercles, pourrait améliorer le dépistage du CO.

Le délai d'orientation est également un point essentiel à améliorer pour diminuer la part de CO diagnostiqué à des stades tardifs. Toute lésion persistante de plus de trois semaines, sans étiologie, doit être considérée comme suspecte.

Toutes ces pistes peuvent être améliorées grâce à l'enseignement dans les facultés, à la formation continue et également à la certification périodique. Mais un autre axe pourrait jouer un rôle important dans l'amélioration du dépistage du CO.

Ce travail a permis de mettre en évidence que les répondants ayant eu un cas de cancer oral dans leur entourage et/ou leur patientèle ont eu significativement de meilleurs résultats. Ainsi la mise en place de témoignages par des patients intervenants lors de formations ou de cours universitaires est à envisager.

Le patient comme acteur dans l'enseignement des professionnels de santé est une notion qui a fait son chemin depuis plusieurs dizaines d'années, pour devenir aujourd'hui un axe de plus en plus fréquent dans les stratégies de sensibilisation des professionnels de santé et du grand public. C'est également une façon pour le patient de donner un sens à cette expérience de vie avec la maladie. (89)

Cette notion de patient partenaire (aussi appelé « patient expert ») fait également écho à l'axe 3 « amélioration de la relation avec les patients » de la certification périodique qui deviendra obligatoire en janvier 2023. (73,90)

De multiples études montrent que les cancers oraux sont très souvent diagnostiqués à un stade tardif. (1,4,91). Le travail de cette thèse consistait à étudier les connaissances des étudiants en odontologie et des chirurgiens-dentistes, afin de mieux comprendre leur rôle dans ce diagnostic. Cependant, le diagnostic tardif est un phénomène multifactoriel. Plusieurs études ont démontré que les patients ne connaissaient pas ou mal l'existence du cancer oral ainsi que les facteurs de risque (92,93). De plus, les patients ayant des facteurs de risque du cancer oral consultent moins leur chirurgien-dentiste. (94)

Ainsi, la prévention du cancer oral doit s'établir sur une stratégie pédagogique visant tous les professionnels de santé ainsi que les patients.

Tables des illustrations :

FIGURE 1 : REPARTITION DES REpondANTS SELON LEUR GROUPE DE NIVEAU D'ETUDE (N=1098).....	5
FIGURE 2 : REPARTITION SELON LE GENRE DES REpondANTS.....	6
FIGURE 3 : REPARTITIONS DES REpondANTS SELON LEUR FACULTE ET LEUR NIVEAU D'ETUDE (N=1098).....	6
FIGURE 4 : REPARTITION DES PRATICIENS SELON LEUR NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE (N=398).....	7
FIGURE 5 : REPARTITION DES CHIRURGIENS-DENTISTES SELON LEUR SPECIALITE (N=398).....	8
FIGURE 6 : REPARTITION DES CHIRURGIENS-DENTISTES SELON LEUR TYPE D'EXERCICE (N=398).....	8
FIGURE 7 : REPARTITIONS DES REpondANTS CONFRONTES ET NON CONFRONTES A UN CAS DE CANCER ORAL (N=1098).....	9
FIGURE 8 : REPARTITIONS DES REpondANTS CONFRONTES SELON LES NIVEAUX D'ETUDE (N=450).....	9
FIGURE 9 : REPARTITION DES REpondANTS CONFRONTES A UN CAS DE CANCER ORAL PARMIS LEUR PATIENTELE, LEUR ENTOURAGE, OU LES DEUX (N=450).....	10
FIGURE 10 : REPARTITION DES CARACTERISTIQUES DES FACTEURS DE RISQUE (MAJEURS, MINEURS, NON AVERES, MAJEURS ET MINEURS) SELECTIONNES PAR TOUS LES REpondANTS (N=1098).....	11
FIGURE 11 : REPARTITION DES FACTEURS DE RISQUE AVERES ET NON AVERES, TOUS LES REpondANTS (N=1098).....	12
FIGURE 12 : LESIONS CONSIDEREES PAR TOUS LES REpondANTS COMME CANCEREUSES OU AFFECTION A POTENTIEL MALIN (N=1098).....	19
FIGURE 13 : ÉVOcation DES FACTEURS DE RISQUE POUR TOUS LES REpondANTS (N=832).....	23
FIGURE 14 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LE RESULTAT DE TOUS LES REpondANTS (N=832).....	28
FIGURE 15 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LE RESULTAT DES CONFRONTES (N=420).....	29
FIGURE 16 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LE RESULTAT DES NON CONFRONTES (N=412).....	29
FIGURE 17 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LE RESULTAT DES EXTERNES (N=383).....	30
FIGURE 18 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LE RESULTAT DES CD OMNIPRATICIENS (N=349).....	30
FIGURE 19 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LE RESULTAT DES CD SPECIALISES (N=49).....	30
FIGURE 20 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, ECHANTILLON TOTAL (N=832).....	32
FIGURE 21 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, LES NON CONFRONTES (N=412).....	34
FIGURE 22 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, LES CONFRONTES (N=420).....	34
FIGURE 23 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, LES CD OMNIPRATICIENS (N=349).....	36
FIGURE 24 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, LES CD SPECIALISES (N=49).....	36
FIGURE 25 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, ETUDIANTS EXTERNES (N=383).....	37
FIGURE 26 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, ECHANTILLON TOTAL (N=832).....	39
FIGURE 27 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, LES NON CONFRONTES (N=412).....	41
FIGURE 28 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, LES CONFRONTES (N=420).....	41
FIGURE 29 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE DU CO, ECHANTILLON TOTAL (N=832).....	44
FIGURE 30 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE DU CO, LES CONFRONTES (N=420).....	45
FIGURE 31 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE DU CO, LES NON CONFRONTES (N=412).....	45
FIGURE 32 : DELAI D'ORIENTATION EN CAS DE PERSISTANCE D'UNE LESION, ECHANTILLON TOTAL (N=832).....	48
FIGURE 33 : DELAI D'ORIENTATION, LES CONFRONTES (N=420).....	48
FIGURE 34 : DELAI D'ORIENTATION, LES NON CONFRONTES (N=412).....	48
FIGURE 35 : DELAI D'ORIENTATION, CD ENTRE 0 ET 5 ANS D'EXPERIENCE (N=223).....	49
FIGURE 36 : DELAI D'ORIENTATION, CD ENTRE 5 ET 15 ANS D'EXPERIENCE (N=97).....	49
FIGURE 37 : DELAI D'ORIENTATION, CD DE PLUS DE 15 ANS D'EXPERIENCE (N=78).....	49
FIGURE 38 : INTERET POUR LA FORMATION EN PATHOLOGIE DE LA MUQUEUSE BUCCALE (N=832).....	51
FIGURE 39 : TYPES DE FORMATIONS ENVISAGEES (N=519).....	52
FIGURE 40 : TAUX DE PARTICIPATION DES ETUDIANTS PAR FACULTE (N=591).....	54
FIGURE 41 : ÉVOcation DES FACTEURS DE RISQUE, LES MEDECINS GENERALISTES (N=2156).....	69
FIGURE 42 : ÉVOcation DES FACTEURS DE RISQUE, LES CD OMNIPRATICIENS (N=349).....	69
FIGURE 43 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LE RESULTAT DES CD OMNIPRATICIENS (N=349).....	70
FIGURE 44 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LE RESULTAT DES MG (N=2154).....	70
FIGURE 45 : DELAI D'ORIENTATION EN CAS DE PERSISTANCE D'UNE LESION PARMIS LES CHIRURGIENS-DENTISTES (N=349).....	71
FIGURE 46 : DELAI D'ORIENTATION EN CAS DE PERSISTANCE D'UNE LESION PARMIS LES MEDECINS GENERALISTES (N=2154).....	71
FIGURE 47 : FACTEURS DE RISQUE DU CO, CD SPECIALISES, TOUTES SPECIALITES CONFONDUES (N=49).....	P
FIGURE 48 : FACTEURS DE RISQUE DU CO, CD SPECIALISES EN CHIRURGIE ORALE (N=31).....	P

FIGURE 49 : FACTEURS DE RISQUE DU CO, CD HOSPITALIERS (N=35)	Q
FIGURE 50 : FACTEURS DE RISQUE DU CO, CD LIBERAUX (N=274).....	Q
FIGURE 51 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, LES REpondANTS CONFRONTES (N=420)	T
FIGURE 52 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, LES REpondANTS NON CONFRONTES (N=412).....	T
FIGURE 53 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, CD ENTRE 5 ET 15 ANS D'EXPERIENCE (N=97).....	U
FIGURE 54 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, CD ENTRE 0 ET 5 ANS D'EXPERIENCE (N=223).....	U
FIGURE 55 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, LES ETUDIANTS EXTERNES (N=383)	V
FIGURE 56 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, CD DE PLUS DE 15 ANS D'EXPERIENCE (N=78).....	V
FIGURE 57 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, CD SPECIALISES (N=49)	W
FIGURE 58 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LES CD SPECIALISES (N=49).....	X
FIGURE 59 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, LES ETUDIANTS EXTERNES (N=383)	X
FIGURE 60 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1 ^{ERE} CONSULTATION, ETUDIANTS INTERNES (N=51)	Y
FIGURE 61 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1 ^{ERE} CONSULTATION, ETUDIANTS EXTERNES (N=383)	Y
FIGURE 62 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, LES CD HOSPITALIERS (N=35)	Z
FIGURE 63 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, LES CD LIBERAUX (N=274).....	Z
FIGURE 64 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, LES CD ENTRE 5 ET 15 ANS D'EXPERIENCE (N=97)	AA
FIGURE 65 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, LES CD ENTRE 0 ET 5 ANS D'EXPERIENCE (N=223)	AA
FIGURE 66 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES LORS D'UNE 1ERE CONSULTATION, LES CD DE PLUS DE 15 ANS D'EXPERIENCE (N=78)	BB
FIGURE 67 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, ETUDIANTS INTERNES (N=51)	CC
FIGURE 68 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, ETUDIANTS EXTERNES (N=383).....	CC
FIGURE 69 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, LES CD SPECIALISES (N=49)	DD
FIGURE 70 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, LES CD OMNIPRATICIENS (N=349)	DD
FIGURE 71 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, LES CD HOSPITALIERS (N=35).....	FF
FIGURE 72 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, LES CD LIBERAUX (N=274)	FF
FIGURE 73 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, LES CD ENTRE 5 ET 5 ANS D'EXPERIENCE (N=97).....	GG
FIGURE 74 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, LES CD ENTRE 0 ET 5 ANS D'EXPERIENCE (N=223)...	GG
FIGURE 75 : SITUATIONS MENANT A UN EXAMEN DES MUQUEUSES BUCCALES, LES CD DE PLUS DE 15 ANS D'EXPERIENCE (N=78)...	HH
FIGURE 76 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE DU CO, LES CD OMNIPRATICIENS (N=349)	II
FIGURE 77 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE DU CO, LES CD SPECIALISES (N=49)	II
FIGURE 78 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE DU CO, LES INTERNES (N=51)	JJ
FIGURE 79 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE DU CO, LES EXTERNES (N=383).....	JJ
FIGURE 80 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE DU CO, LES CD LIBERAUX (N=274)	KK
FIGURE 81 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE DU CO, LES CD HOSPITALIERS (N=35).....	KK
FIGURE 82 : DELAI D'ORIENTATION EN CAS DE PERSISTANCE D'UNE LESION, LES CD SPECIALISES (N=49).....	LL
FIGURE 83 : DELAI D'ORIENTATION EN CAS DE PERSISTANCE D'UNE LESION, LES CD OMNIPRATICIENS (N=49).....	LL
TABLEAU 1 : REPARTITION DU GENRE FEMININ SELON LES GROUPES DE NIVEAUX D'ETUDE	6
TABLEAU 2 : REPARTITION DES ETUDIANTS SELON LEUR CYCLE.....	7
TABLEAU 3 : REPARTITION DES INTERNES SELON LEUR SPECIALITE	7
TABLEAU 4 : FACTEURS DE RISQUE, RESULTATS ENTRE REpondANTS CONFRONTES ET NON CONFRONTES A UN CAS DE CO.	13
TABLEAU 5 : FACTEURS DE RISQUE, RESULTATS DES INTERNES, DES EXTERNES ET DES ETUDIANTS DE 1 ^{ER} CYCLE.....	15
TABLEAU 6 : FACTEURS DE RISQUE, RESULTATS ET ASSOCIATIONS SIGNIFICATIVES POUR LES CD OMNIPRATICIENS, INTERNES ET EXTERNES.	16
TABLEAU 7 : FACTEURS DE RISQUE, RESULTATS SELON LES ANNEES D'EXPERIENCE DES CD	18
TABLEAU 8 : LESIONS CANCEREUSES ET APM SELECTIONNEES, RESULTATS SELON LES SOUS-GROUPES COMPARES.	21
TABLEAU 9 : LESIONS DE LA MUQUEUSE ORALE, RESULTATS SELON LES SOUS-GROUPES COMPARES.....	22
TABLEAU 10 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, LES REpondANTS CONFRONTES ET NON CONFRONTES.....	24
TABLEAU 11 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, LES CD OMNIPRATICIENS ET LES EXTERNES	25

TABLEAU 12 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, RESULTATS DES PRATICIENS DE 0 A 5 ANS D'EXPERIENCE ET DES PRATICIENS DE PLUS DE 15 ANS D'EXPERIENCE.	26
TABLEAU 13 : ÉVOCATION DES FACTEURS DE RISQUE, LES CD OMNIPRATICIENS ET LES CD SPECIALISES.....	27
TABLEAU 14 : SEVRAGE TABAGIQUE ENCOURAGE, RECAPITULATIF DE TOUTES LES COMPARAISONS.	31
TABLEAU 15 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES, RESULTATS DES CONFRONTES ET DES NON CONFRONTES.	35
TABLEAU 16 : ZONES ANATOMIQUES EXAMINEES, RESULTATS DES EXTERNES, DES CD OMNIPRATICIENS ET DES CD SPECIALISES.	38
TABLEAU 17 : SITUATIONS CLINIQUES, RESULTATS ENTRE LES CONFRONTES ET LES NON CONFRONTES.	42
TABLEAU 18 : ÉLÉMENTS RECHERCHES LORS DU DEPISTAGE, RESULTATS ENTRE LES REpondANTS CONFRONTES ET NON CONFRONTES.	46
TABLEAU 19 : EFFECTIFS NATIONAUX, EFFECTIFS DE L'ENQUETE ET TAUX DE PARTICIPATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES EN FRANCE SELON LEUR SPECIALITE.	54
TABLEAU 20 : COMPARAISON ENTRE JEUNES PRATICIENS ET PRATICIENS CONFIRMES, DIFFERENCE ENTRE NOTRE ENQUETE ET UNE ETUDE DU BRESIL	76
TABLEAU 21 : COMPARAISON DES CONNAISSANCES DES FACTEURS DE RISQUE DES CD OMNIPRATICIENS DE DIFFERENTES ETUDES.....	77
TABLEAU 22 : REPARTITIONS DES REpondANTS SELON LEUR FACULTES ET LEUR NIVEAU D'ETUDE	N
TABLEAU 23 : FACTEURS DE RISQUE, RESULTATS ET ASSOCIATIONS STATISTIQUES ENTRE LES CD OMNIPRATICIENS ET LES CD SPECIALISES, ET ENTRE LES CD LIBERAUX ET LES CD HOSPITALIERS.	O
TABLEAU 24 : LC ET APM, RESULTATS STATISTIQUES DE CHAQUE LESION POUR LES INTERNES, EXTERNES ET 1ER CYCLE.	R
TABLEAU 25 : LC ET APM, RESULTATS STATISTIQUES DE CHAQUE LESION SELON LES ANNEES D'EXPERIENCE DES CD OMNIPRATICIENS. S	S
TABLEAU 26 : SITUATIONS CLINIQUES ET DEPISTAGE, RESULTATS ENTRE LES CD OMNIPRATICIENS ET LES CD SPECIALISES.....	EE

Les facteurs de risque et le dépistage du cancer oral

Étudiante en odontologie à l'université d'Aix-Marseille, je réalise ma thèse d'exercice sur les connaissances des étudiants et des praticiens exerçant sur le territoire français à propos des facteurs de risque et du dépistage du cancer oral.

Dans ce cadre, je vous remercie de bien vouloir consacrer quelques instants (environ 7 minutes) pour répondre au questionnaire ci-joint. Je vous remercie par avance. Vos réponses sont anonymes.

***Obligatoire**

1. Avez-vous déjà été confronté à un cas de cancer oral (dans votre entourage ou votre patientèle) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 2*
 Non *Passer à la question 3*

2. Vous avez été confronté à un cas de cancer oral : *

Plusieurs réponses possibles.

- Parmi votre entourage
 Parmi vos patients

3. Votre genre : *

Une seule réponse possible.

- Femme
 Homme
 Je ne souhaite pas le préciser

4. Dans quelle faculté étudiez-vous ou avez-vous étudié ? (pour les internes et praticiens spécialistes veuillez choisir la faculté de votre internat) *

Une seule réponse possible.

- Bordeaux
- Brest
- Clermont-Ferrand
- Lille
- Lyon
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris
- Reims
- Rennes
- Strasbourg
- Toulouse
- Ne souhaite pas répondre
- Autre :

5. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Étudiant O2
- Étudiant O3
- Étudiant O4
- Étudiant O5
- Étudiant O6
- Interne MBD
- Interne ODF
- Interne Chirurgie orale
- Praticien omni-pratique (thésé ou non thésé)
- Praticien spécialisé MBD
- Praticien spécialisé ODF
- Praticien spécialisé Chirurgie Orale

6. Avez-vous eu dans l'année universitaire en cours (2021-2022) un ou plusieurs cours à propos des cancers oraux (Pour les internes et praticiens, avez-vous eu une formation dans l'année 2021/2022) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sait pas

7. À propos des facteurs de risque principaux, c'est-à-dire ceux qui ont un rôle majeur dans la carcinogenèse du cancer oral, selon vous, lesquels en font partie ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Tabac
- Cannabis
- Traumatisme chronique des muqueuses (ex : prothétique)
- Prédisposition génétique
- Alcool
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- HPV (Human Papillomavirus) 16
- La faible consommation de fruits et légumes
- Tabac à chiquer
- Lichen Plan
- Infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Âge
- Diabète
- Maladie cardio-vasculaire

8. À propos des facteurs de risques associés, c'est-à-dire des facteurs qui ont un rôle mineur dans la carcinogenèse du cancer oral, lesquels en font partie ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Tabac
- Cannabis
- Traumatisme chronique des muqueuses (ex : prothétique)
- Predisposition génétique
- Alcool
- Mauvaise hygiène bucco-dentaire
- HPV (Human Papillomavirus) 16
- La faible consommation de fruits et légumes
- Tabac à chiquer
- Lichen Plan
- Infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Âge
- Diabète
- Maladie cardio-vasculaire

9. Parmi les photographies suivantes, lesquelles présentent potentiellement une lésion cancéreuse ou une affection à potentiel malin ? *

Plusieurs réponses possibles.



Cas 1



Cas 2



Cas 3



Cas 4



Cas 5



Cas 6

10. Vous exercez la chirurgie dentaire ou une spécialité depuis (sans compter la pratique hospitalière durant l'externat/internat) : *

Une seule réponse possible.

- Moins de 1 an
- 1 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- 10 à 15 ans
- 15 à 20 ans
- 20 à 25 ans
- 25 à 30 ans
- 30 à 35 ans
- 35 à 40 ans
- Plus de 40 ans

11. Votre mode d'exercice est : *

Une seule réponse possible.

- Libéral
- Hospitalier
- En centre de santé
- Mixte : libéral et hospitalier
- Mixte : libéral et en centre de santé
- Mixte : hospitalier et en centre de san
- Autre :

12. Lors d'une première consultation, ou d'une consultation de contrôle, que vérifiez-vous ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
Lèvres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Face interne des joues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestibule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gencive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zone rétro-molaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plancher de la langue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Face ventrale de la langue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dos de la langue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voile du palais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lurette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palpation des zones ganglionnaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Quelles situations vous amènent à effectuer un examen des muqueuses buccales ? Lorsque le patient...*

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
Est un nouveau patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est suivi régulièrement (1 fois/an)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A une douleur qui n'est pas d'origine dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se plaint d'une lésion de la cavité buccale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est fumeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consomme de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est fumeur et consomme de l'alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Est âgé (>65 ans)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Présente un antécédent de cancer des VADS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Présente un antécédent de cancer autre que VADS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Quels éléments recherchez-vous lors du dépistage du cancer oral ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Souvent	Systematiquement
Douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adénopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficulté à mobiliser la langue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensibilité dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilité dentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sensation de brûlure des muqueuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lésion ulcéreuse persistante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plaque rouge et/ou blanche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lésion pigmentaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lésion bourgeonnante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. En cas de persistance d'une lésion buccale, au bout de combien de temps orientez-vous le patient ? *

Une seule réponse possible.

- Immédiatement
- 2 semaines
- 4 semaines
- 6 semaines
- 8 semaines

16. Évoquez-vous les facteurs de risque de cancers oraux avec vos patients ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Parfois	Souvent	Systématiquement
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HPV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Encouragez-vous de manière systématique le sevrage tabagique chez vos patients fumeurs ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- En fonction de l'intoxication tabagique
- En fonction du nombre de paquet année

18. Pensez-vous faire une formation en pathologie de la muqueuse orale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Oui, mais pas en priorité
- Non
- Ne sait pas

19. Sous quelle(s) forme(s) pensez-vous vous former à ce sujet après la fin de vos études (Rappel : DPC Développement professionnel continu) ? *

Plusieurs réponses possibles.

- DU pathologie de la muqueuse buccale
- DPC en présentiel
- DPC en distanciel (E-learning)
- Formation non DPC : Conférence lors de congrès, Webinar.

Interview de madame Sabrina Le Bars, patiente fondatrice de l'association Corasso :

- Combien de membres compte votre association, combien de patients accompagnez-vous et depuis combien de temps existe-t-elle ?

« L'association existe depuis 2014 mais a pris son élan depuis 2017 avec la création d'un groupe d'échange. Celui-ci compte actuellement 150 membres actifs. Depuis sa création, l'association enregistre plus de 400 adhérents. »

- Pensez-vous que le dépistage du cancer oral en France soit insuffisant ? Pourquoi ?

« Oui, le dépistage est insuffisant parce que ces cancers sont peu connus du grand public et des praticiens et parce que les symptômes sont banals et correspondent pour beaucoup à des maux sans gravité. Mais cela n'explique pas tout. Je pense que les fragilités actuelles du système de santé avec les déserts médicaux et les difficultés pour obtenir des rendez-vous de consultation et d'examen accentuent les difficultés de dépistage.

La formation aussi mériterait d'être améliorée avec la participation de patients, à minima le témoignage. Même si on ne devient pas spécialiste avec un témoignage patient, on en aura au moins entendu parler une fois, on l'aura vu aussi... parce qu'avec nos gueules cassées on marque les mémoires et avec la complexité de nos parcours de soin, on en a des choses à partager... »

-Quelles sont vos suggestions pour améliorer le dépistage en France ?

*« La sensibilisation du grand public et des soignants en exercice.
La formation des soignants en devenir.
La disponibilité des appareils d'examen. »*

-Pensez-vous que des actions de sensibilisation auprès des étudiants en odontologie puisse avoir un impact positif sur le dépistage du cancer oral ?

« Absolument ! Et le témoignage des patients peut être très efficace en ce sens : il est bien plus percutant que la théorie. Il expose sans filtre les conséquences d'un diagnostic tardif. Elles sont souvent nombreuses et invalidantes, même handicapantes, et très visibles, à tel point qu'on oublie difficilement de tels témoignages. Il serait d'ailleurs nécessaire que la sensibilisation s'étende à d'autres spécialistes. »

-Avez-vous déjà mis en place ou participé à des actions de sensibilisation auprès des étudiants en odontologie ou des chirurgiens-dentistes ?

« Non, pas spécifiquement. Nous avons engagé et participé à des actions de sensibilisation plus large mais nous manquons terriblement de moyens. Bien que fondée il y a plus de 8 ans, notre association ne fait malheureusement pas partie du cercle trop fermé des associations de patients agréées. Nous ne sommes qu'une poignée de bénévoles qui œuvrent avec conviction en jonglant avec nos vies professionnelles et familiales et aussi notre santé fragile. Cette action est passionnante mais épuisante. Nous ne recevons aucun soutien public alors que nous soutenons plusieurs centaines de patients et que nous sommes de plus en plus sollicités par les soignants.

Néanmoins, nos membres se mobilisent et souhaitent de plus en plus s'exprimer, participer. Nous avons dans nos projets à court terme la volonté de former des patients ressources. Un pilote va prochainement voir le jour en ce sens avec le soutien de soignants. »

Tableau 22 : répartitions des répondants selon leur facultés et leur niveau d'étude

Facultés	Etudiants			Praticiens	Total
	2e - 3e	4e - 5e - 6e	Internes		
À l'étranger	29	22	1	57	109
Bordeaux	8	33	2	20	63
Brest	9	17	3	3	32
Clermont-Ferrand	17	13	0	24	54
Lille	40	37	3	30	110
Lyon	20	32	4	27	83
Marseille	22	40	6	62	130
Montpellier	5	9	8	19	41
Nancy	12	11	2	20	45
Nantes	26	49	0	22	97
Nice	4	4	1	3	12
Paris	28	43	11	38	120
Reims	22	25	3	13	63
Rennes	1	6	2	18	27
Strasbourg	5	20	2	24	51
Toulouse	18	22	3	18	61
Ne souhaite pas répondre	4	3	1	14	22
Total	266	383	51	398	1098

Facteurs de risque	CD omni praticiens (n=349)			CD libéraux (n=274)		
	CD spécialisés (n=49)	P value	CD hospitaliers (n=35)	P value		
	Fc de risque sélectionné (n/%)			Fc de risque sélectionné (n/%)		
Tabac	348 99,7%	51 100%	0,104	273 99,6%	34 97,1%	0,083
Alcool	335 96,0%	50 98,0%	0,981	265 96,7%	33 94,3%	0,465
Tabac à chiquer	294 84,2%	44 86,3%	0,161	229 83,6%	31 88,6%	0,446
HPV 16	277 79,4%	48 94,1%	0,713	218 79,6%	28 80,0%	0,952
Lichen Plan	259 74,2%	45 88,2%	0,260	205 74,8%	27 77,1%	0,765
Âge	249 71,3%	40 78,4%	0,385	189 69,0%	27 77,1%	0,321
Faible consommation de fruits et légumes	144 41,3%	29 56,9%	0,451	108 39,4%	21 60,0%	0,020
Mauvaises HBD	241 69,1%	34 66,7%	0,415	187 68,2%	23 65,7%	0,762
Traumatisme chronique	276 79,1%	38 74,5%	0,225	217 79,2%	27 77,1%	0,779
Prédisposition génétique	247 70,8%	31 63,3%	0,284	188 68,6%	24 68,6%	0,996
Diabète	152 43,6%	13 26,5%	0,024	108 39,4%	11 31,4%	0,360
Maladies cardio-vasculaire	125 35,8%	12 24,5%	0,118	88 32,1%	12 34,3%	0,796
VIH	192 55,0%	26 53,1%	0,797	152 55,5%	24 68,6%	0,141
Cannabis	223 63,9%	35 71,4%	0,301	172 62,8%	29 82,9%	0,019

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

Tableau 23 : Facteurs de risque, résultats et associations statistiques entre les CD omnipraticiens et les CD spécialisés, et entre les CD libéraux et les CD hospitaliers.

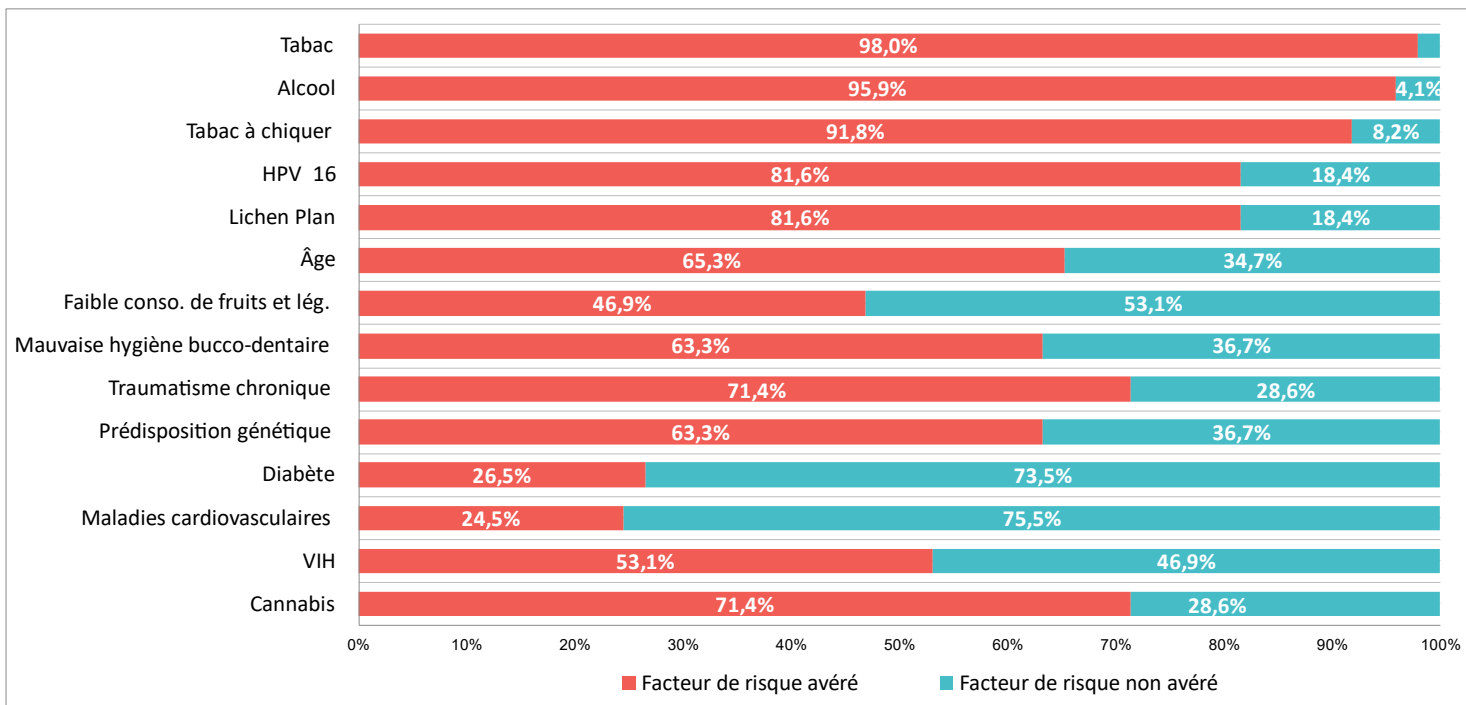


Figure 47 : Facteurs de risque du CO, CD spécialisés, toutes spécialités confondues (n=49).

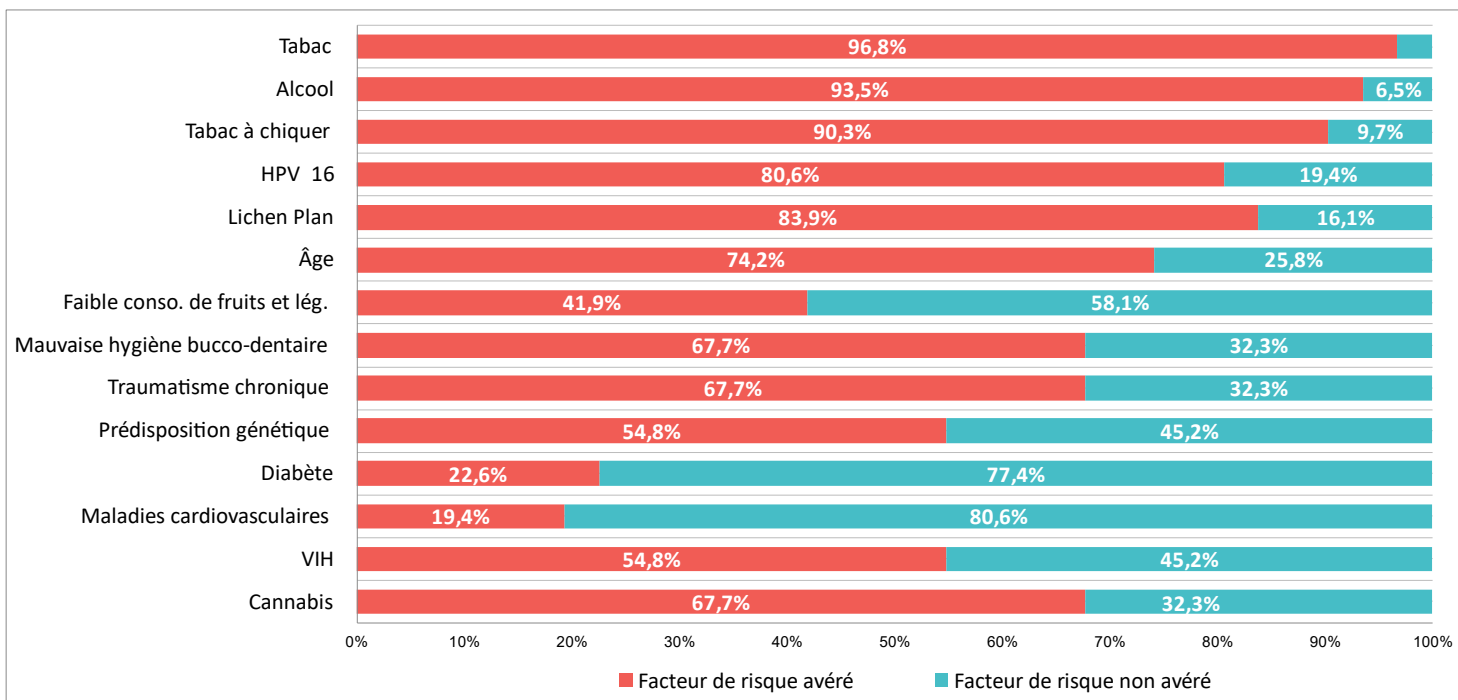


Figure 48: Facteurs de risque du CO, CD spécialisés en chirurgie orale (n=31).

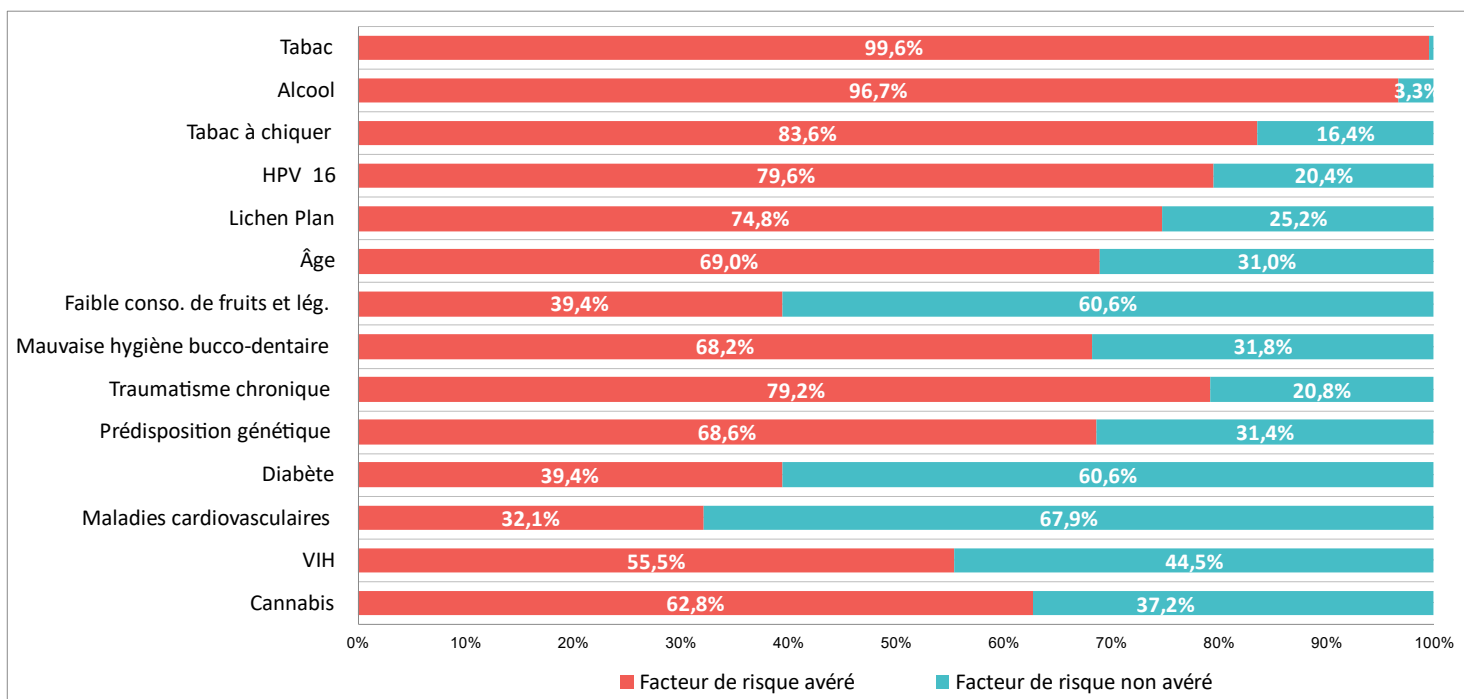


Figure 50 : Facteurs de risque du CO, CD libéraux (n=274).

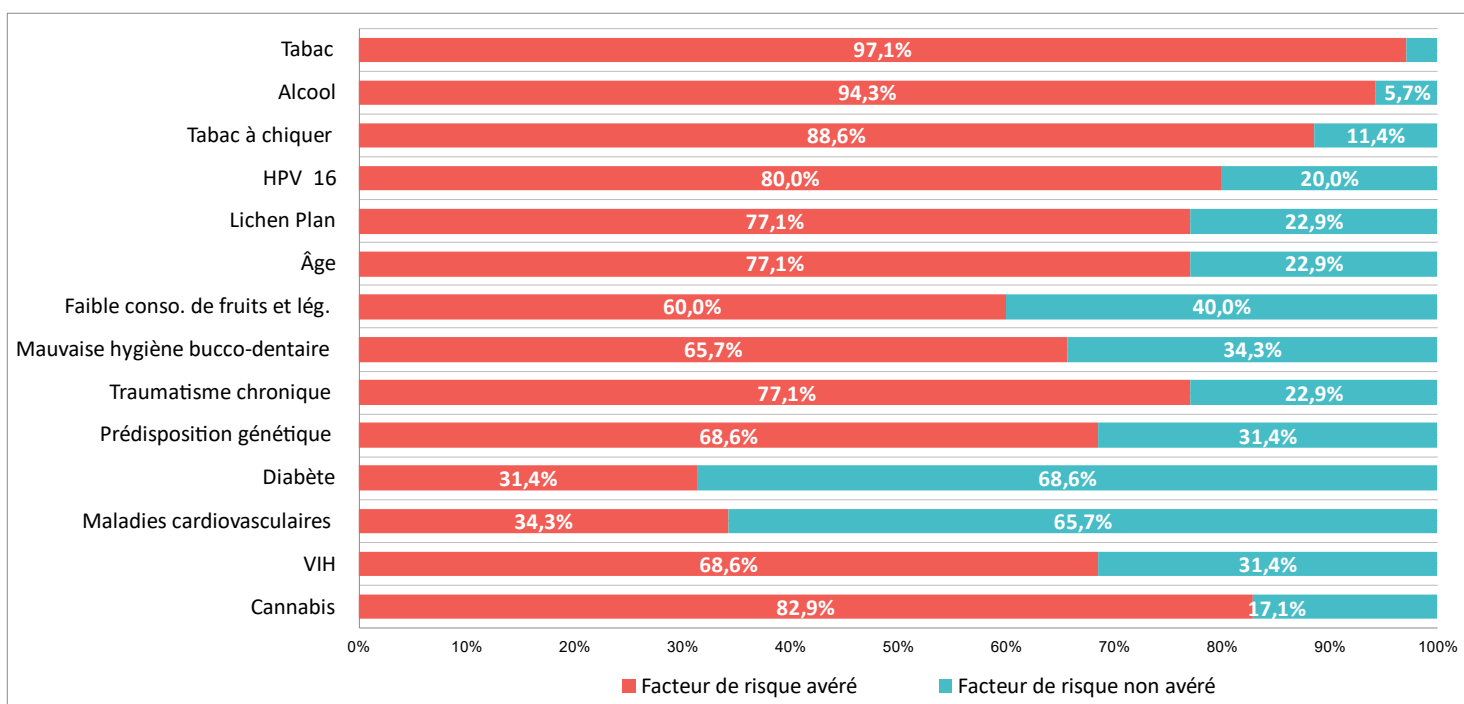


Figure 49 : Facteurs de risque du CO, CD hospitaliers (n=35).

Lésions	Internes (n=51)	← p-value → entre internes et externes	Externe (n=383)	← p-value → entre externes et 2 ^e 3 ^e années	2 ^e et 3 ^e années (n=2696)	p-value entre les internes et les 2 ^e 3 ^e années
Langue géographique	1 2%	0,138	29 8%	< 0,000	49 18%	0,003
Diapneusie	0 0%	0,029	33 9%	< 0,000	101 38%	< 0,000
Carcinome Epidermoïde	51 100%	0,165	369 96%	< 0,000	215 81%	0,001
Mélanome	48 94%	0,048	320 84%	0,108	209 79%	0,009
Lichen plan	26 51%	0,199	159 42%	< 0,000	73 27%	0,001
Aphte	6 12%	0,616	55 14%	0,252	30 11%	0,920

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge les associations statistiques

Tableau 24 : LC et APM, résultats statistiques de chaque lésion pour les internes, externes et 1er cycle.

Tableau 25 : LC et APM, résultats statistiques de chaque lésion selon les années d'expérience des CD omnipraticiens.

Facteurs de risque	CD 0 à 5 ans d'expérience (n=223)	P-value entre 0 à 5 / 5 à 15 ans d'expérience	CD 5 à 15 ans d'expérience (n=97)	P-value entre 5 à 15 / + de 15 ans d'expérience	CD + de 15 ans d'expérience (n= 78)	P-value entre 0 à 5 / + de 15 ans d'expérienc e
	Lésion sélectionnée (n/%)		Lésion sélectionnée (n/%)		Lésion sélectionnée (n/%)	
Langue géographique	11 5%	0,091	1 1%	0,025	6 8%	0,363
Diapneusie	12 5%	0,373	3 3%	0,835	2 3%	0,309
Carcinome Epidermoïde	214 96%	0,373	95 98%	0,481	75 96%	0,941
Mélanome	188 84%	0,126	88 91%	0,945	71 91%	0,140
Lichen plan	71 32%	0,731	29 30%	0,400	28 36%	0,511
Aphte	49 22%	0,185	28 29%	0,141	15 19%	0,610

$p \leq 0,05$: forte association statistique

$p \leq 0,01$: très forte association statistique

En rouge : association statistique

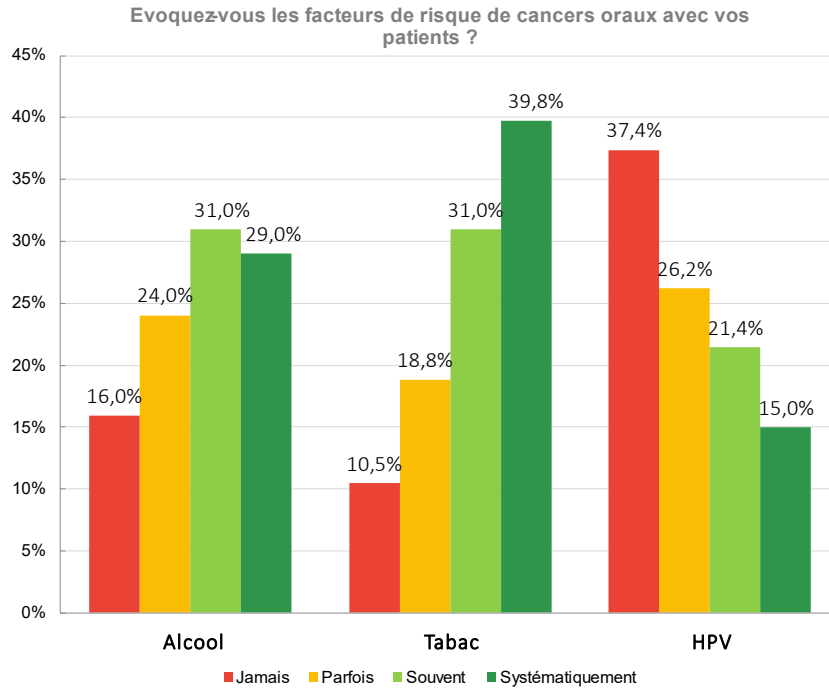


Figure 51 : Évocation des facteurs de risque, les répondants confrontés (n=420).

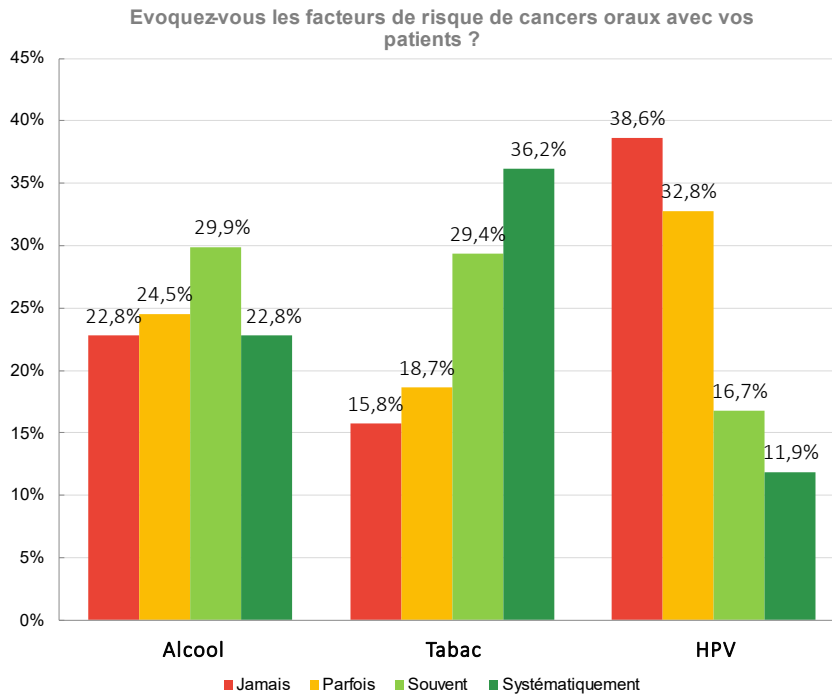


Figure 52 : Évocation des facteurs de risque, les répondants non confrontés (n=412).

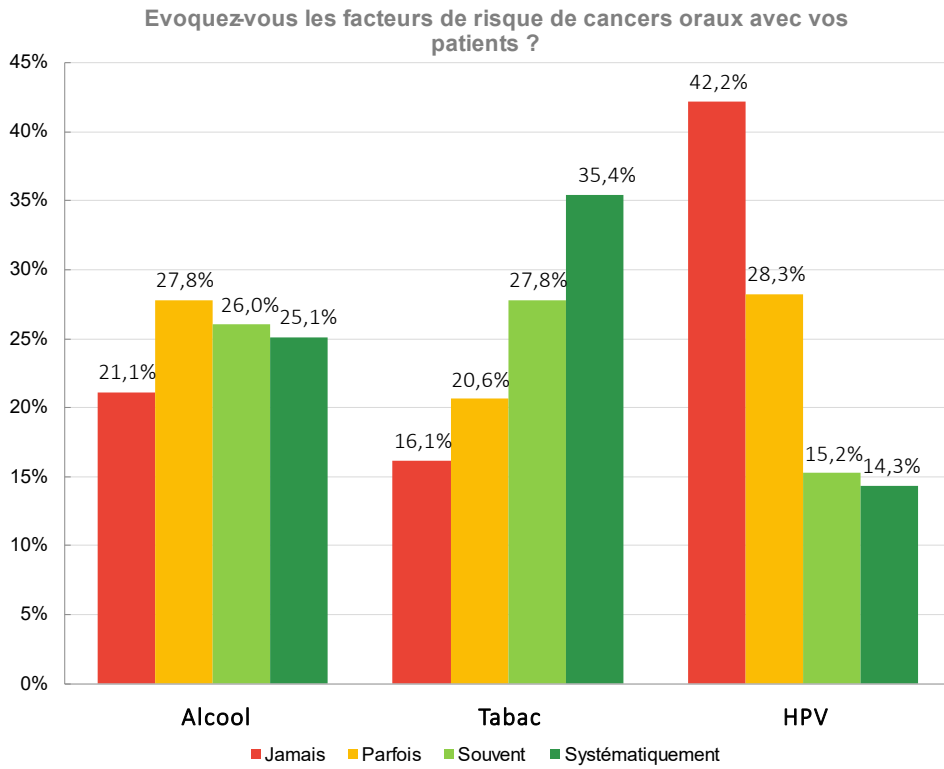


Figure 54 : Évocation des facteurs de risque, CD entre 0 et 5 ans d'expérience (n=223).

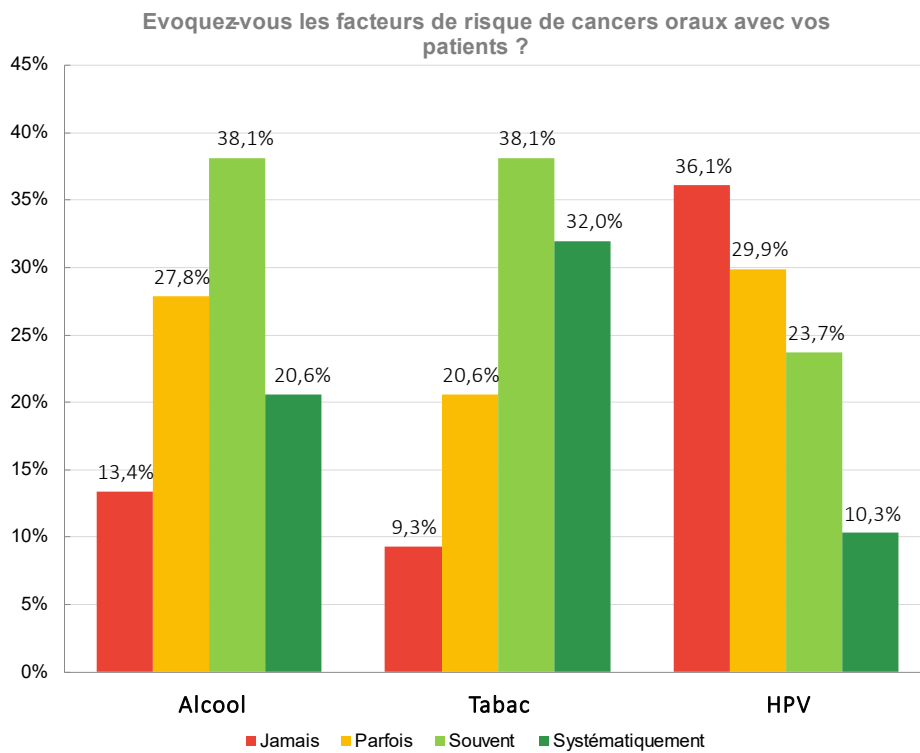


Figure 53 : Évocation des facteurs de risque, CD entre 5 et 15 ans d'expérience (n=97).

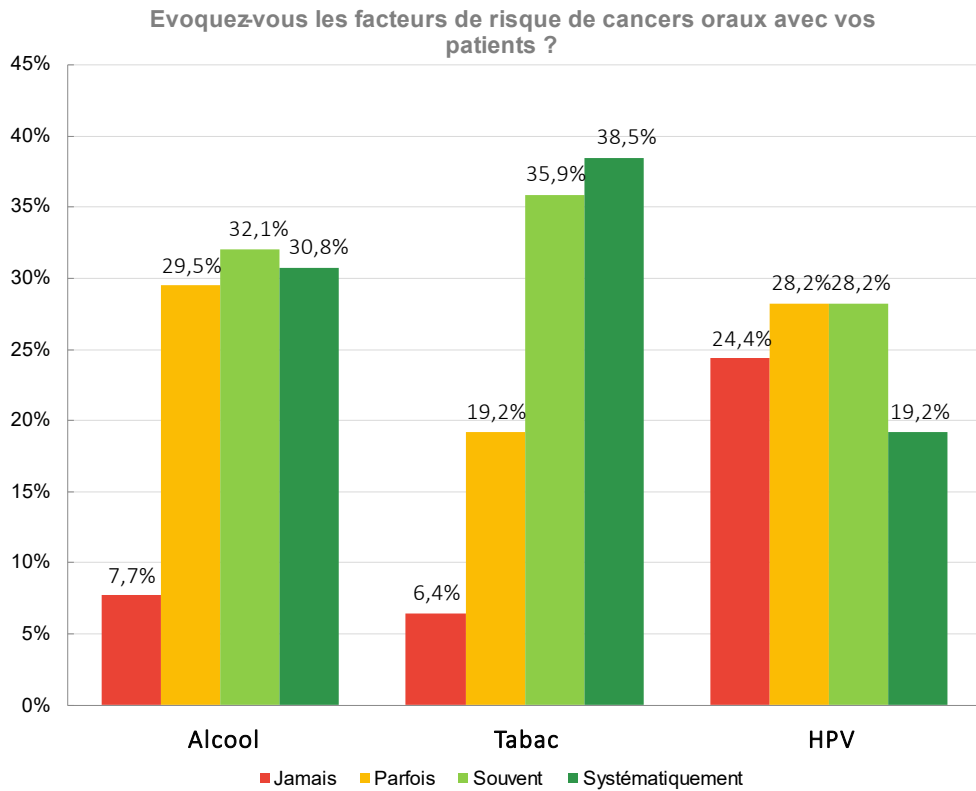


Figure 56 : Évocation des facteurs de risque, CD de plus de 15 ans d'expérience (n=78).

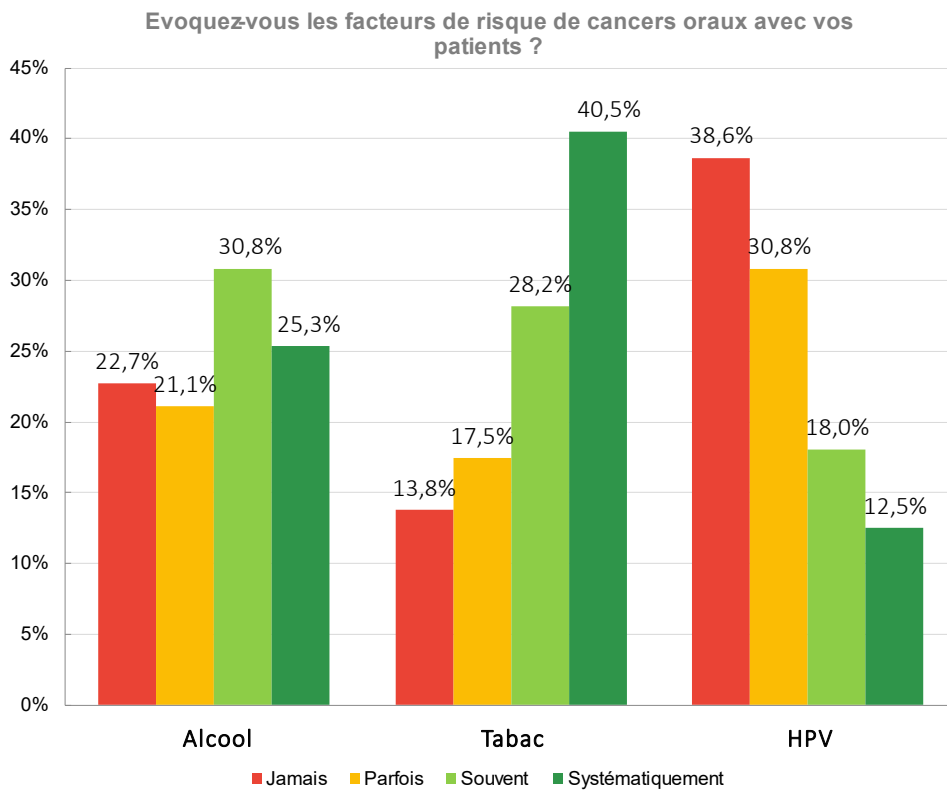


Figure 55 : Évocation des facteurs de risque, les étudiants externes (n=383).

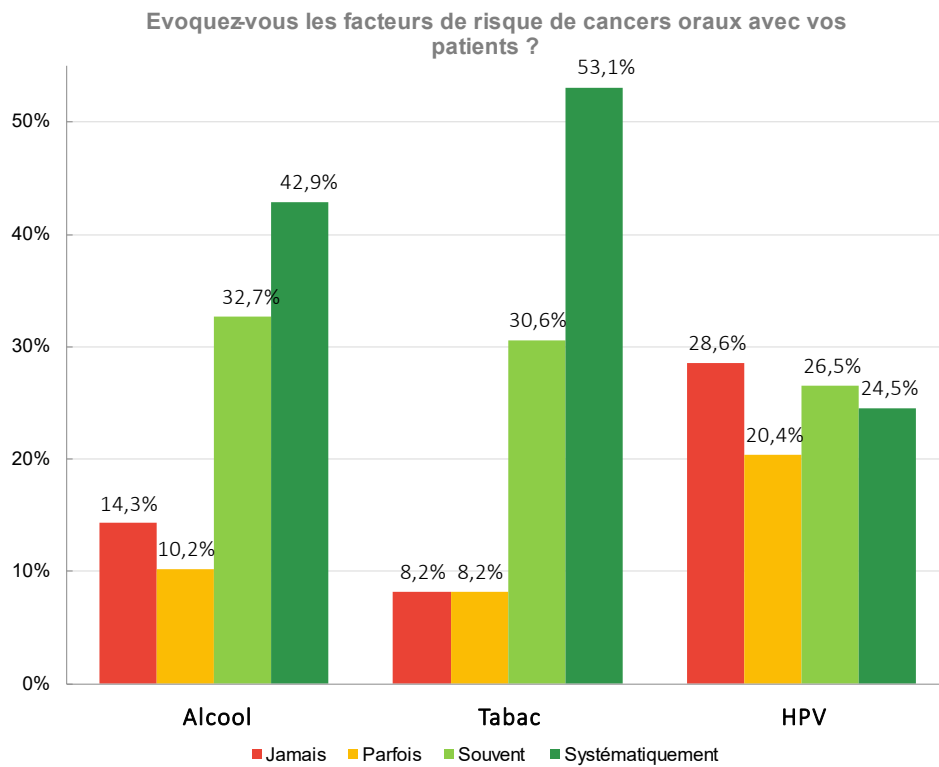


Figure 57 : Évocation des facteurs de risque, CD spécialisés (n=49).

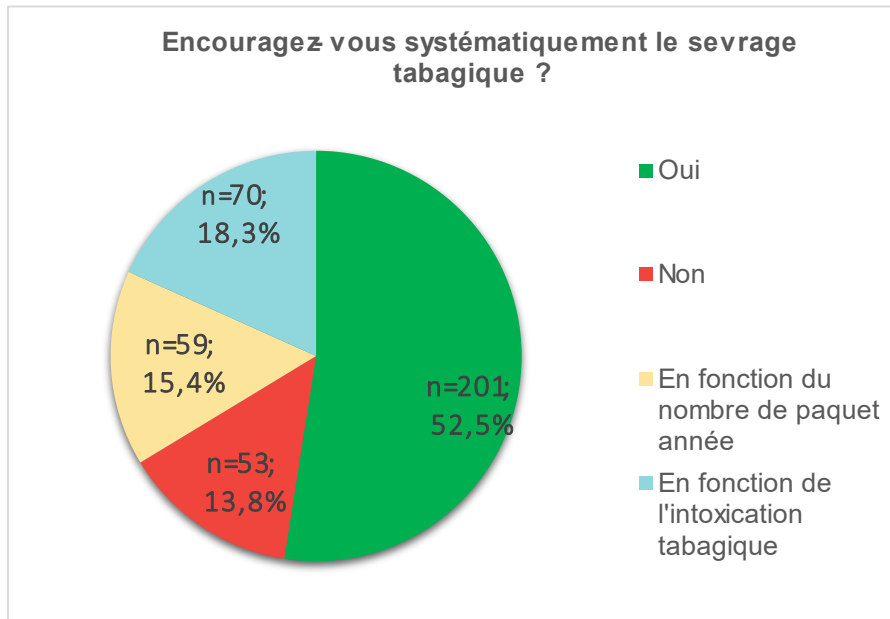


Figure 59 : Sevrage tabagique encouragé, les étudiants externes (n=383).

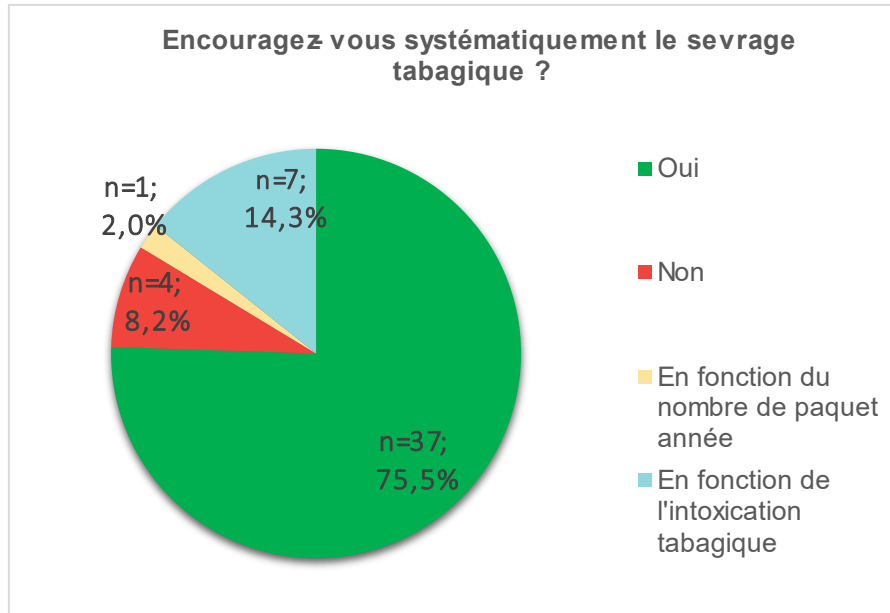


Figure 58 : Sevrage tabagique encouragé, les CD spécialisés (n=49).

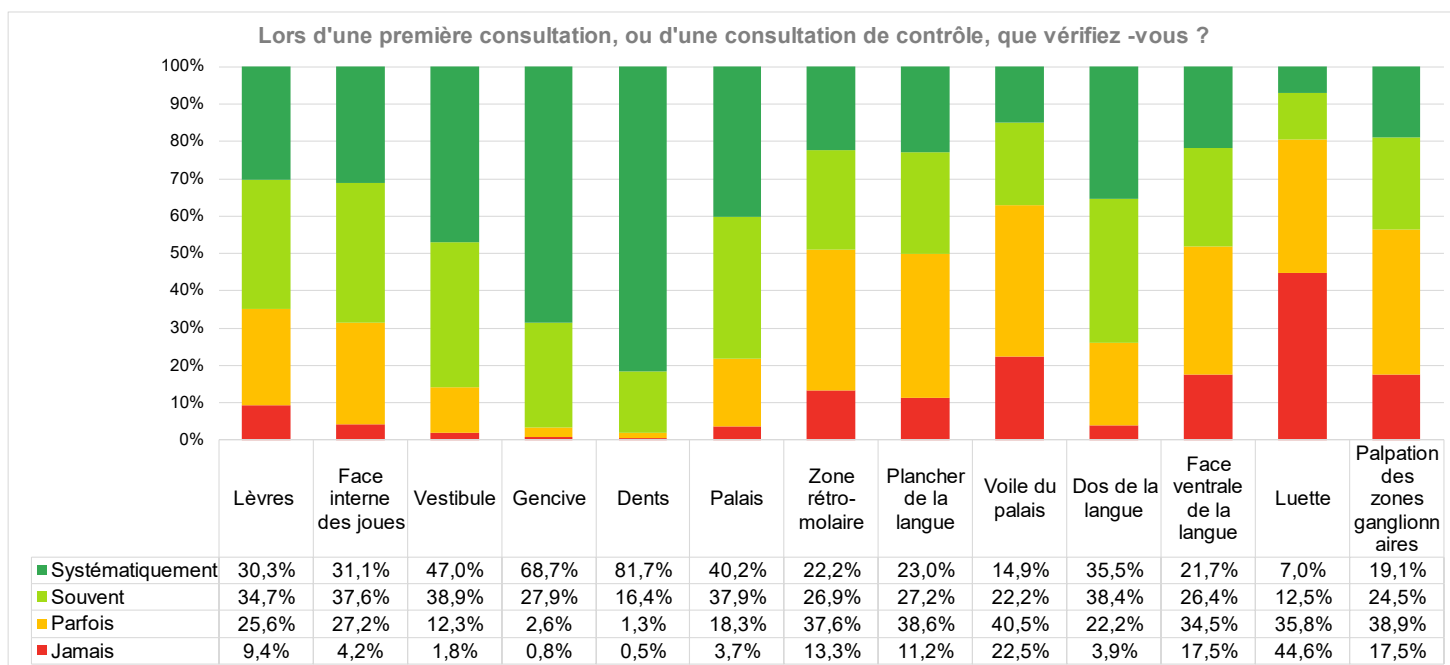


Figure 61 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1^{ère} consultation, étudiants externes (n=383).

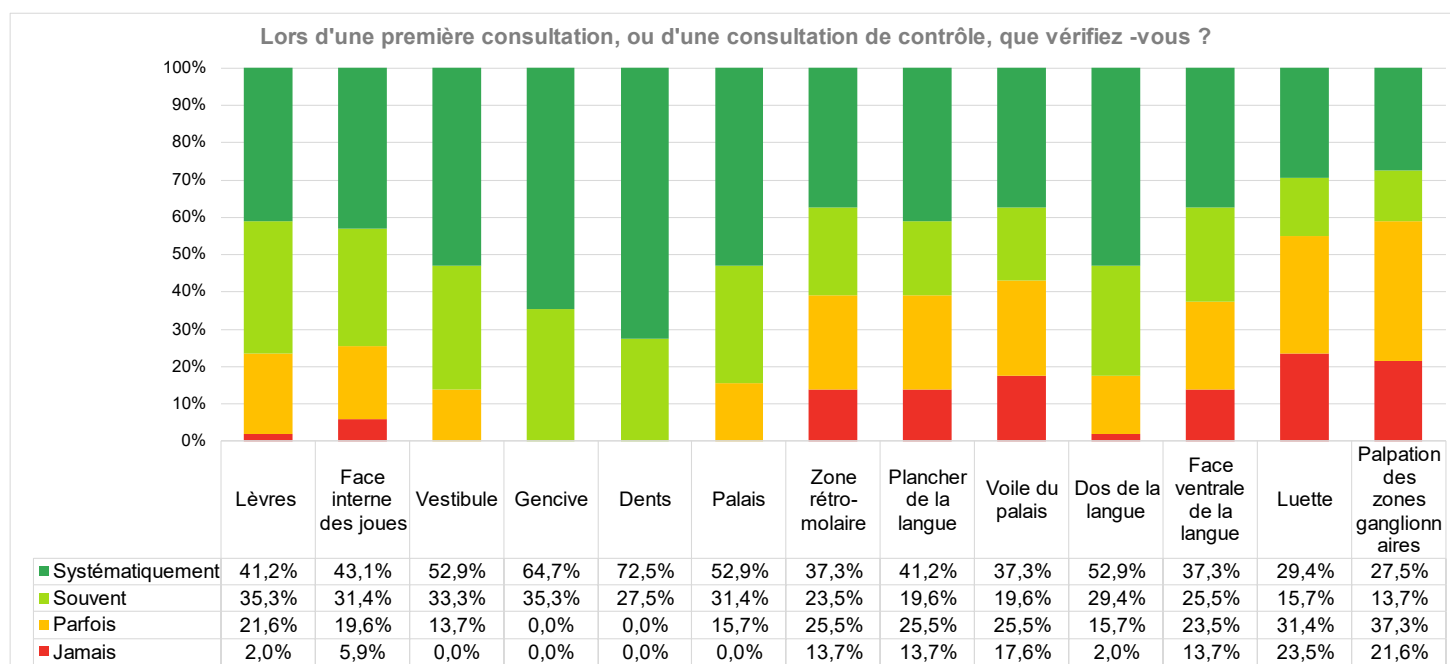


Figure 60 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1^{ère} consultation, étudiants internes (n=51).

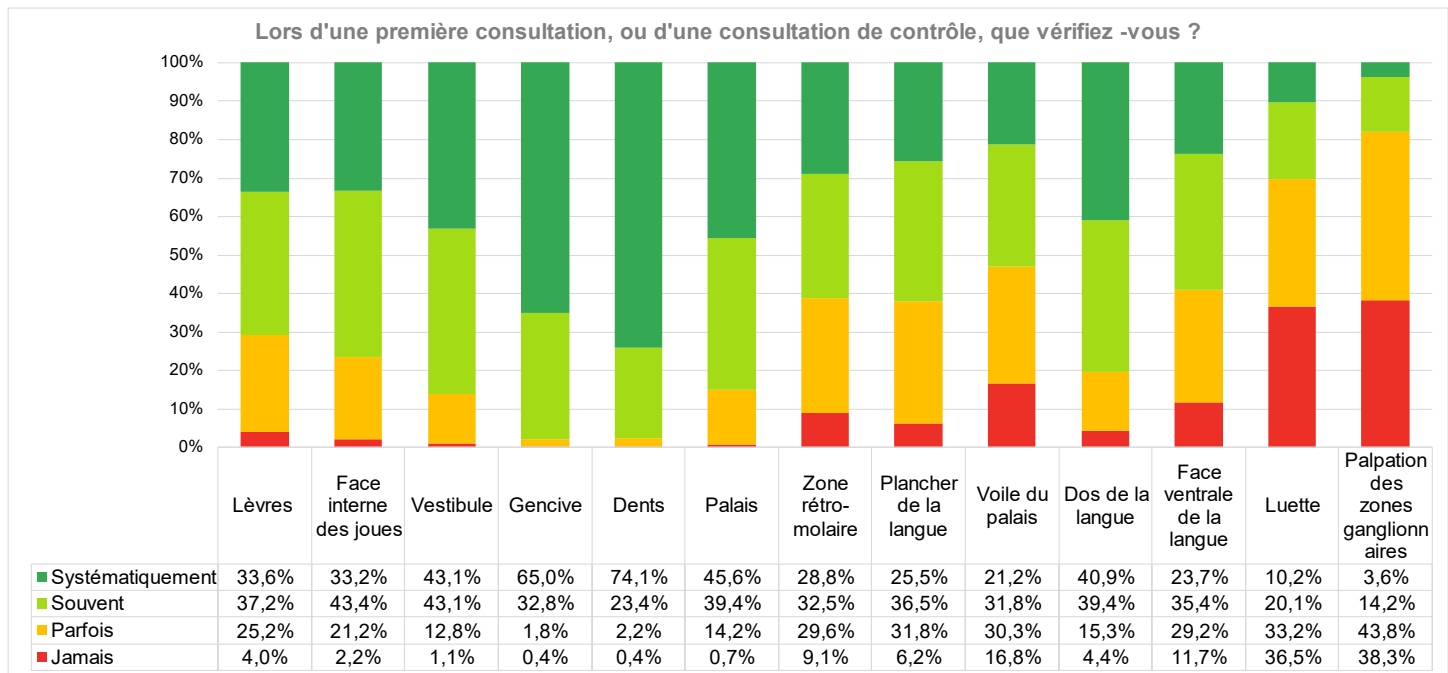


Figure 63 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ère consultation, les CD libéraux (n=274).

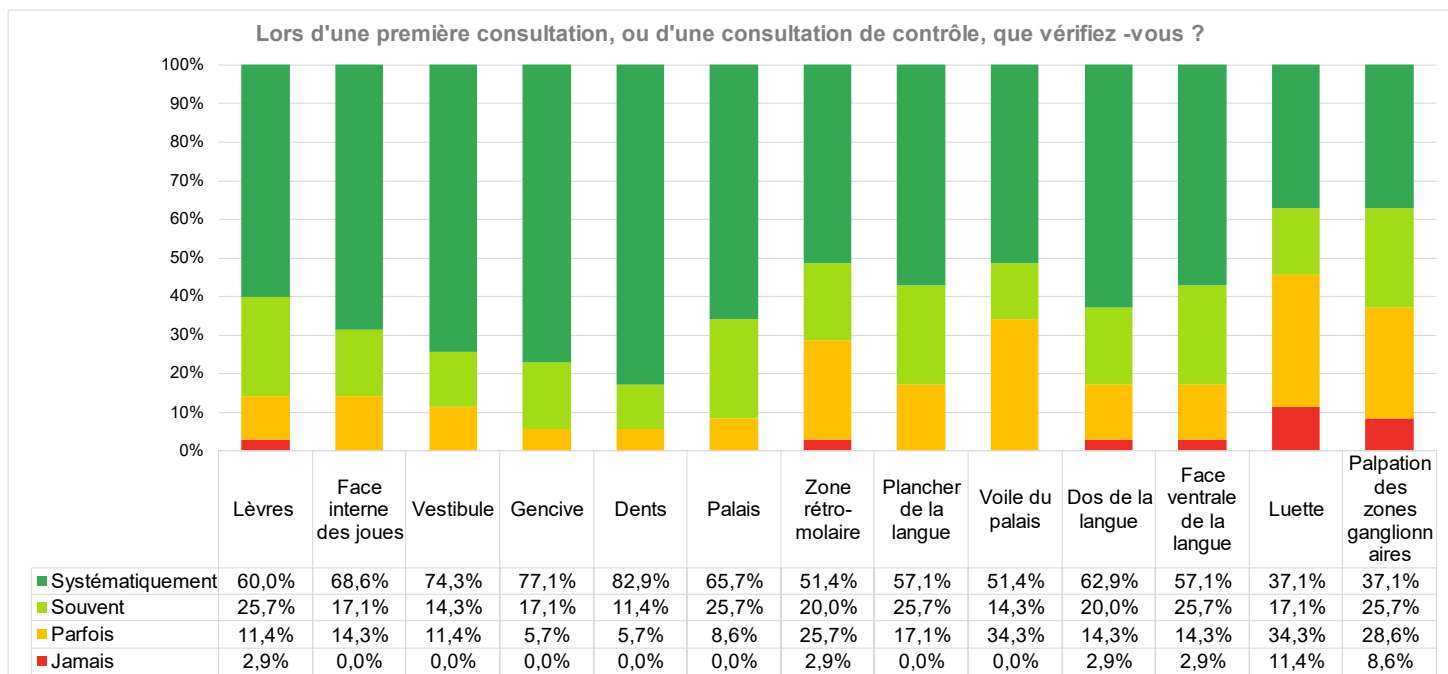


Figure 62 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ère consultation, les CD hospitaliers (n=35).

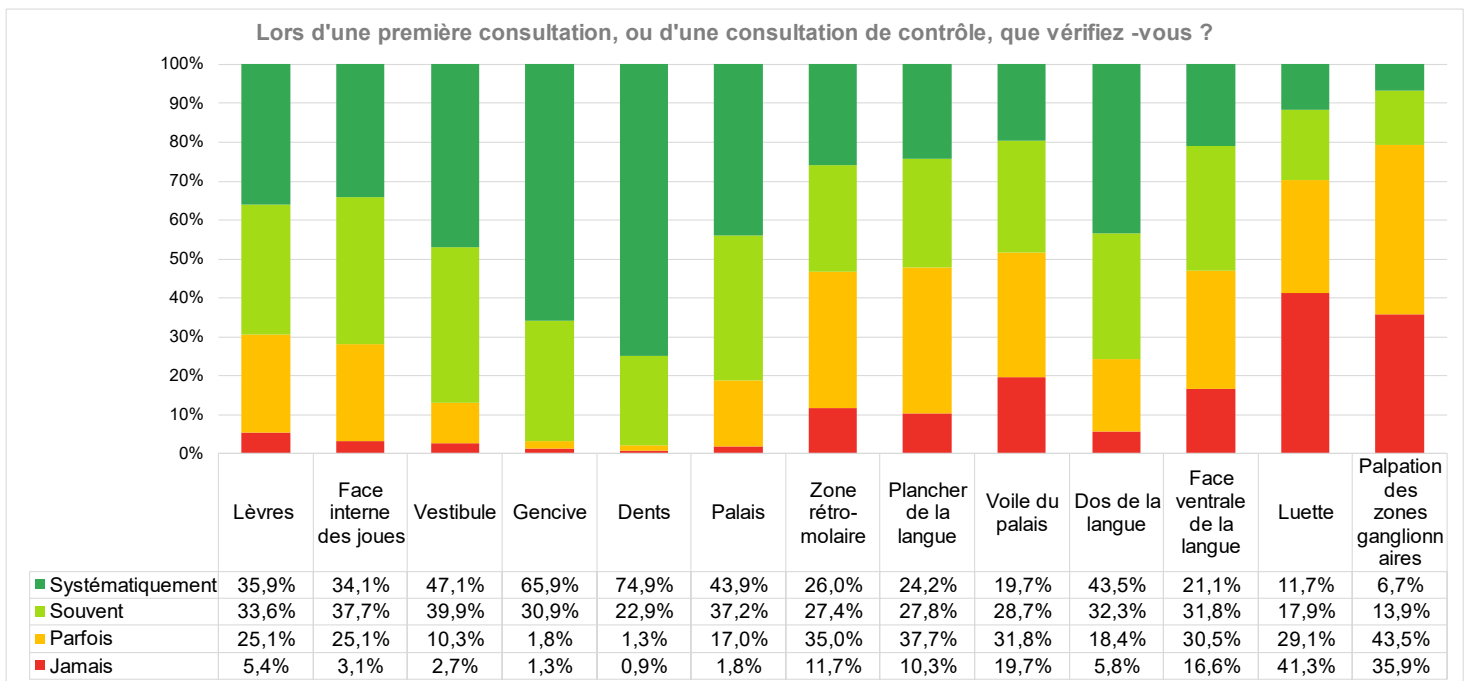


Figure 65 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ère consultation, les CD entre 0 et 5 ans d'expérience (n=223).

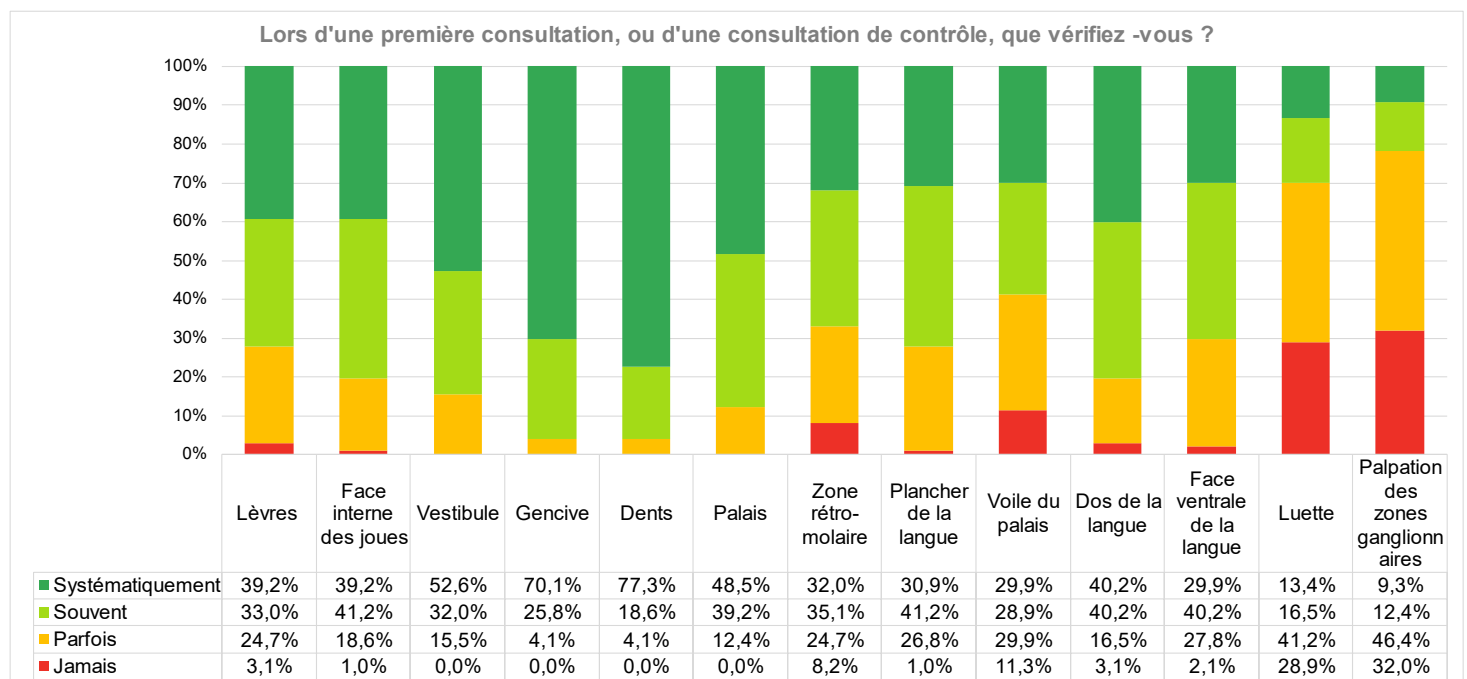


Figure 64 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ère consultation, les CD entre 5 et 15 ans d'expérience (n=97).

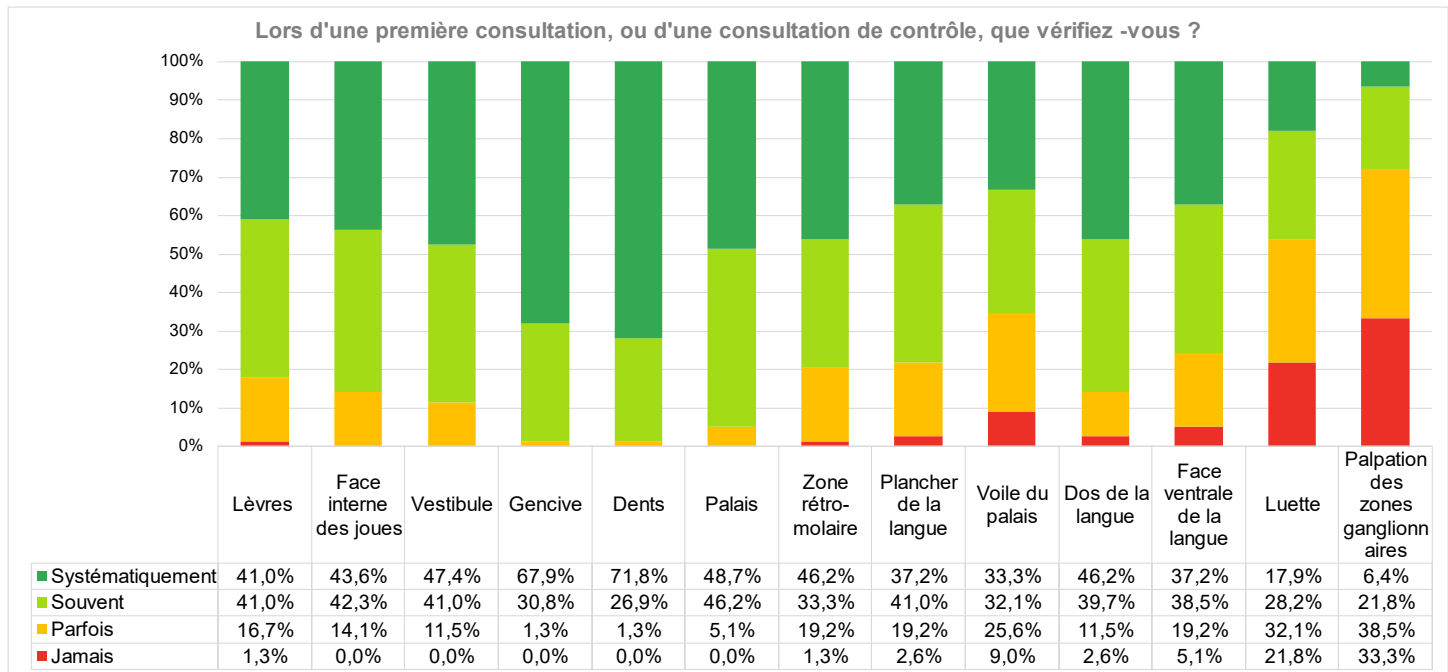


Figure 66 : Zones anatomiques examinées lors d'une 1ère consultation, les CD de plus de 15 ans d'expérience (n=78).

Quelles situations vous amènent à effectuer un examen des muqueuses buccales ? Lorsque le patient...

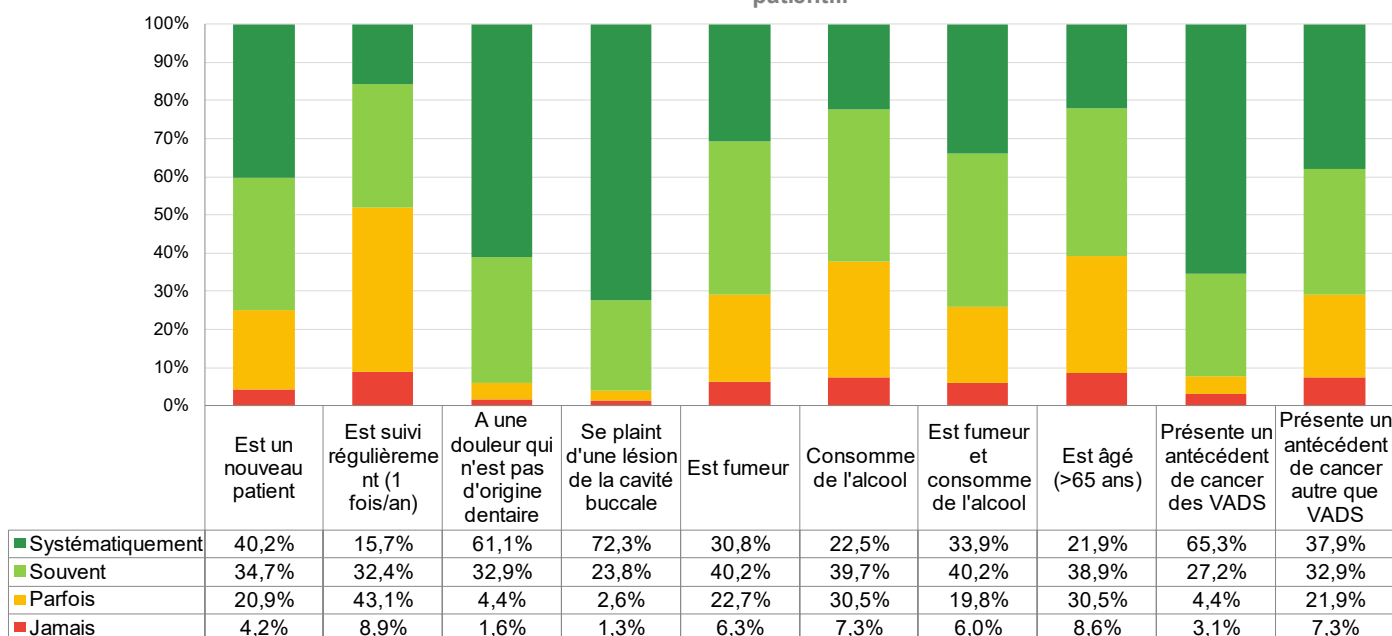


Figure 68 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, étudiants externes (n=383).

Quelles situations vous amènent à effectuer un examen des muqueuses buccales ? Lorsque le patient...

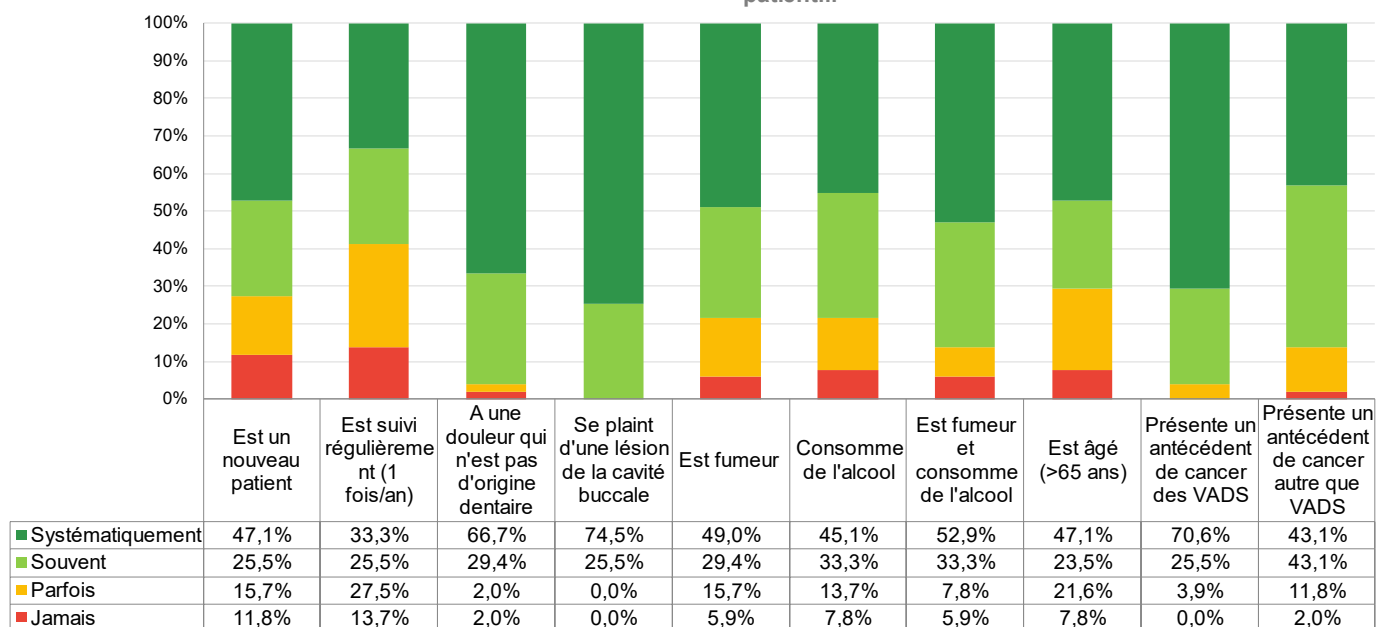


Figure 67 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, étudiants internes (n=51).

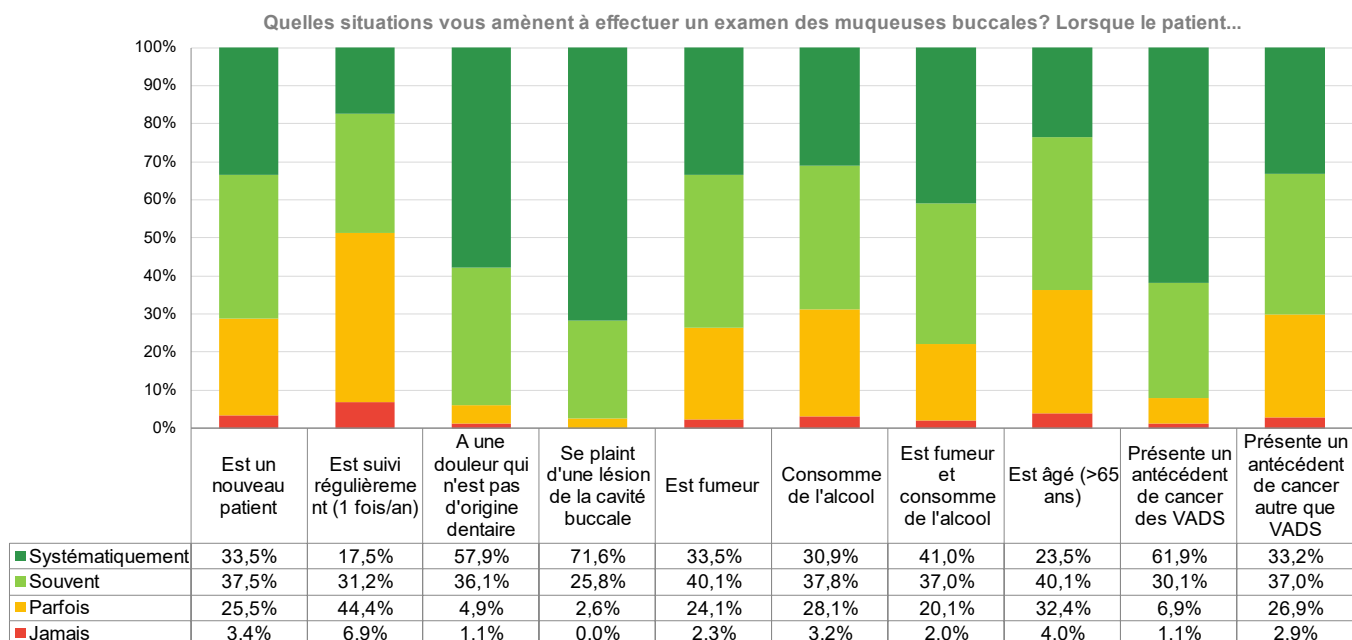


Figure 70 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, les CD omnipraticiens (n=349).

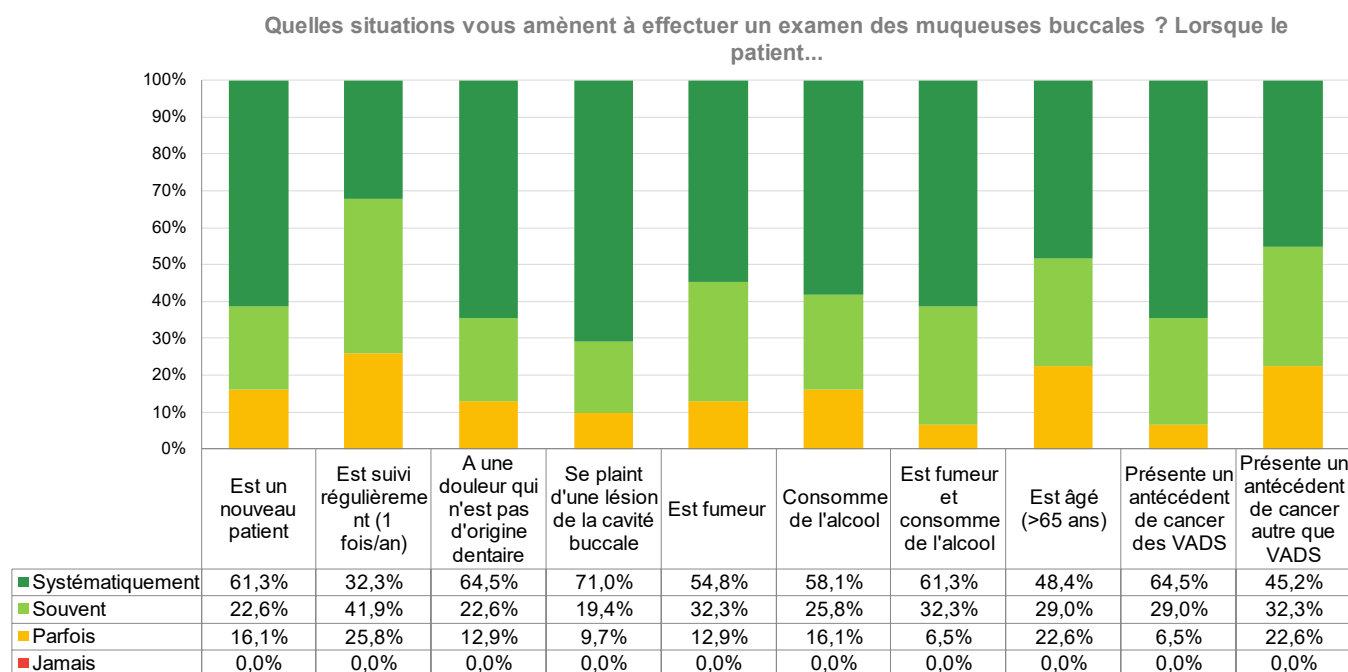


Figure 69 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, les CD spécialisés (n=49).

Tableau 26 : Situations cliniques et dépistage, résultats entre les CD omnipraticiens et les CD spécialisés.

Situations cliniques et leurs fréquences de dépistage		CD omni (n=349)	CD spécialisés (n=49)	P-value	P-value par situation
Le patient est fumeur	Systématiquement	117 33,5%	20 40,8%	0,314	0,311
	Souvent	140 40,1%	22 44,9%	0,523	
	Parfois	84 24,1%	6 12,2%	0,064	
	Jamais	8 2,3%	1 2,0%	0,912	
Le patient consomme de l'alcool	Systématiquement	108 30,9%	22 44,9%	0,051	0,173
	Souvent	132 37,8%	18 36,7%	0,883	
	Parfois	98 28,1%	8 16,3%	0,081	
	Jamais	11 3,2%	1 2,0%	0,670	
Le patient est fumeur et consomme de l'alcool	Systématiquement	143 41,0%	26 53,1%	0,109	0,191
	Souvent	129 37,0%	18 36,7%	0,147	
	Parfois	70 20,1%	4 8,2%	0,045	
	Jamais	7 2,0%	1 2,0%	0,987	
<p>Les données sont des effectifs (avec pourcentages) $p \leq 0,05$: forte association statistique $p \leq 0,01$: très forte association statistique En rouge les associations statistiques ($p \leq 0,05$)</p>					

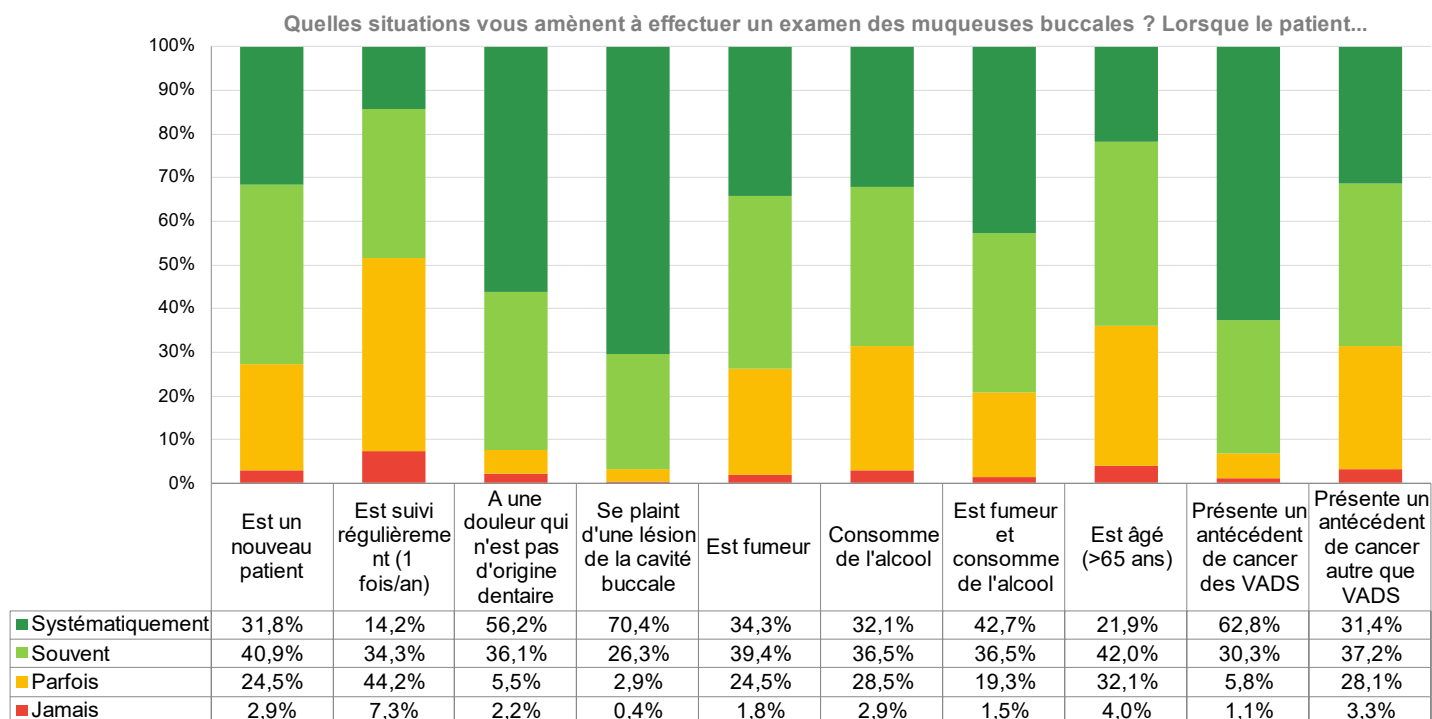


Figure 72 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, les CD libéraux (n=274).

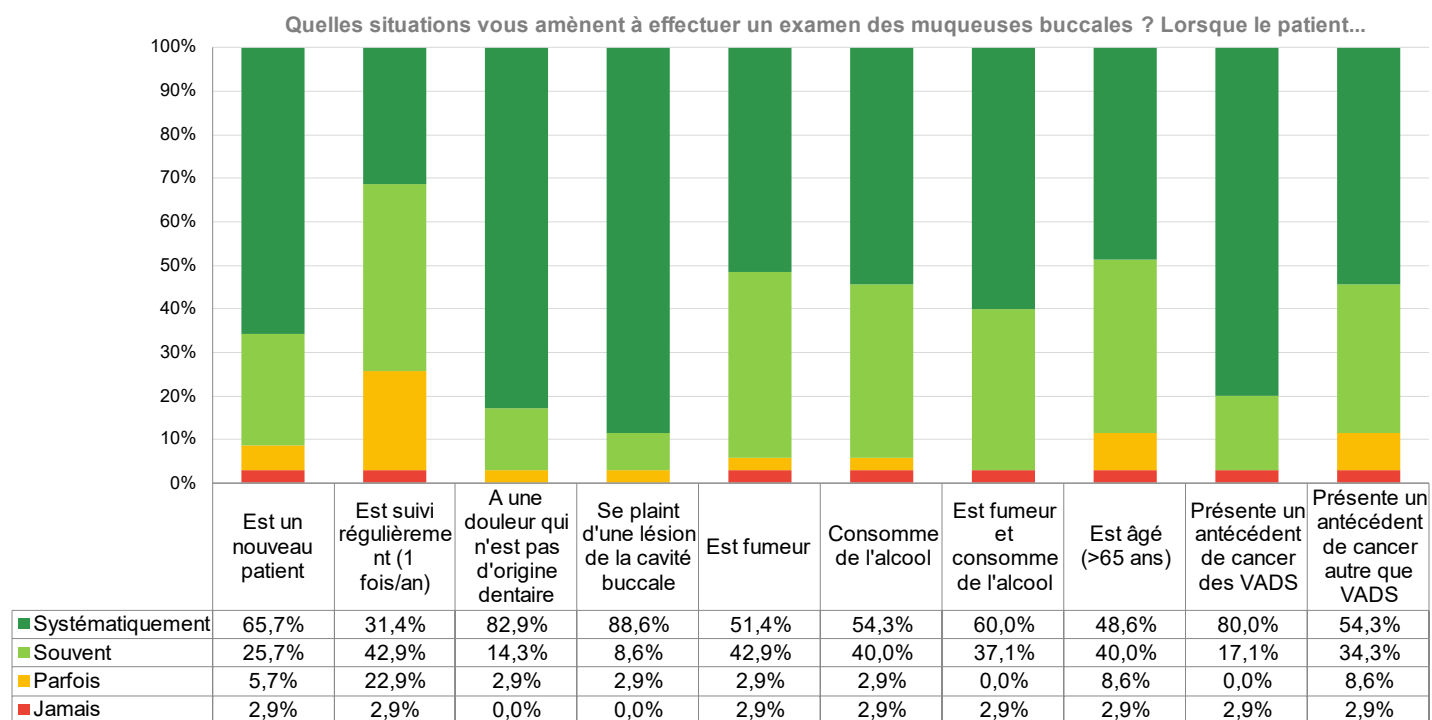


Figure 71 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, les CD hospitaliers (n=35).

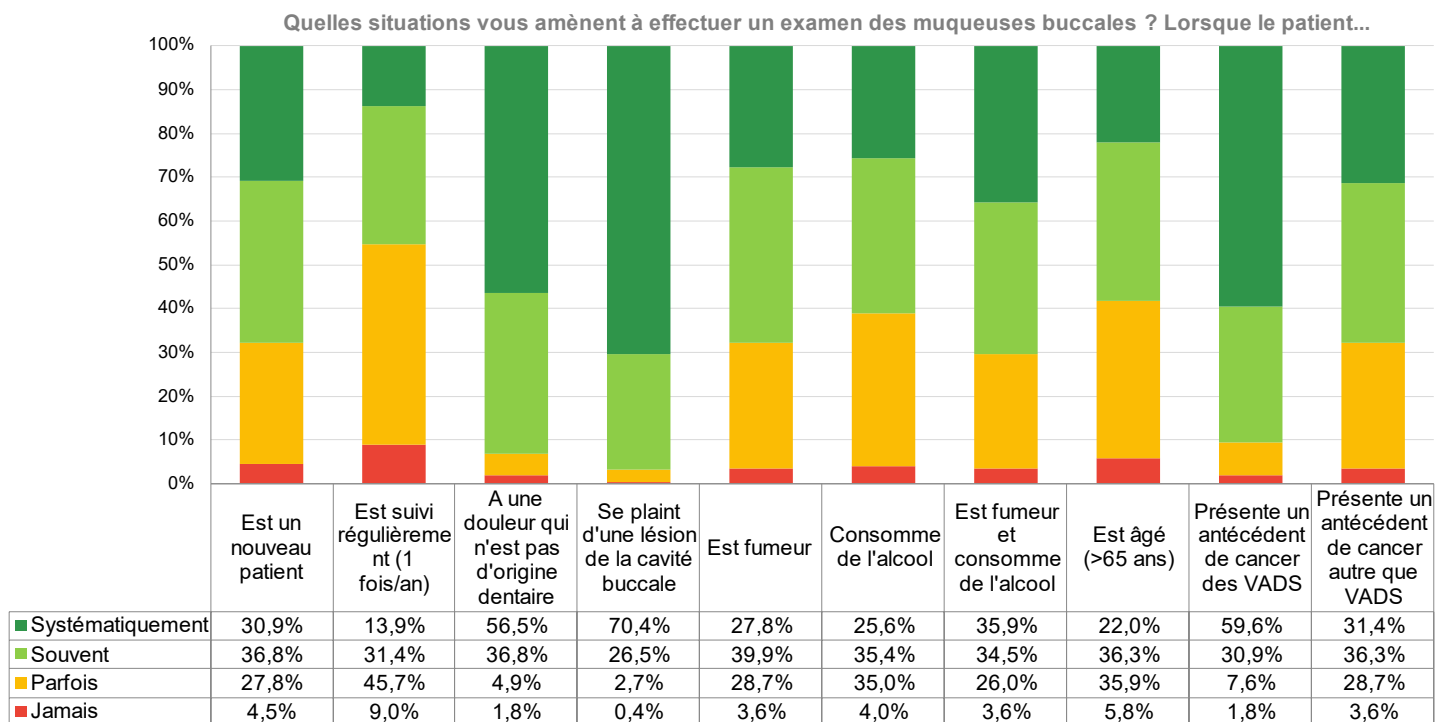


Figure 74 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, les CD entre 0 et 5 ans d'expérience (n=223).

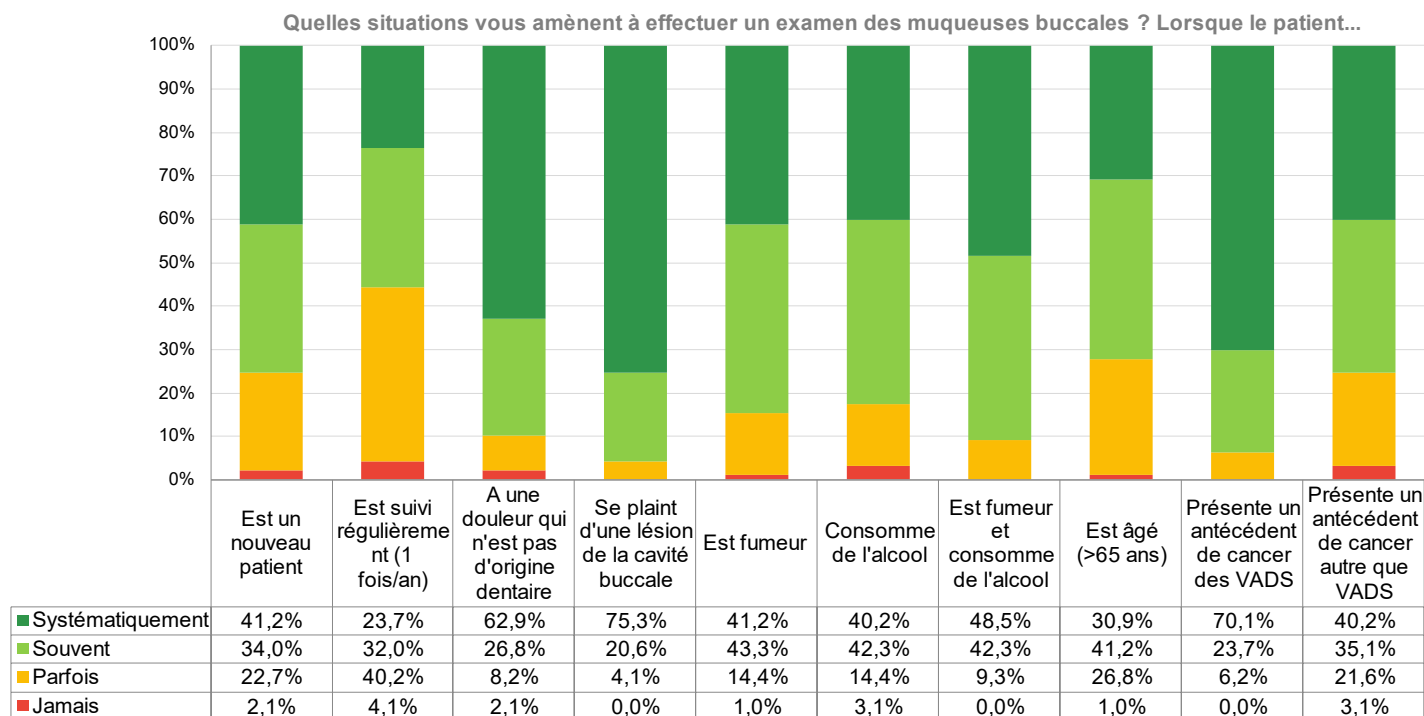


Figure 73 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, les CD entre 5 et 5 ans d'expérience (n=97).

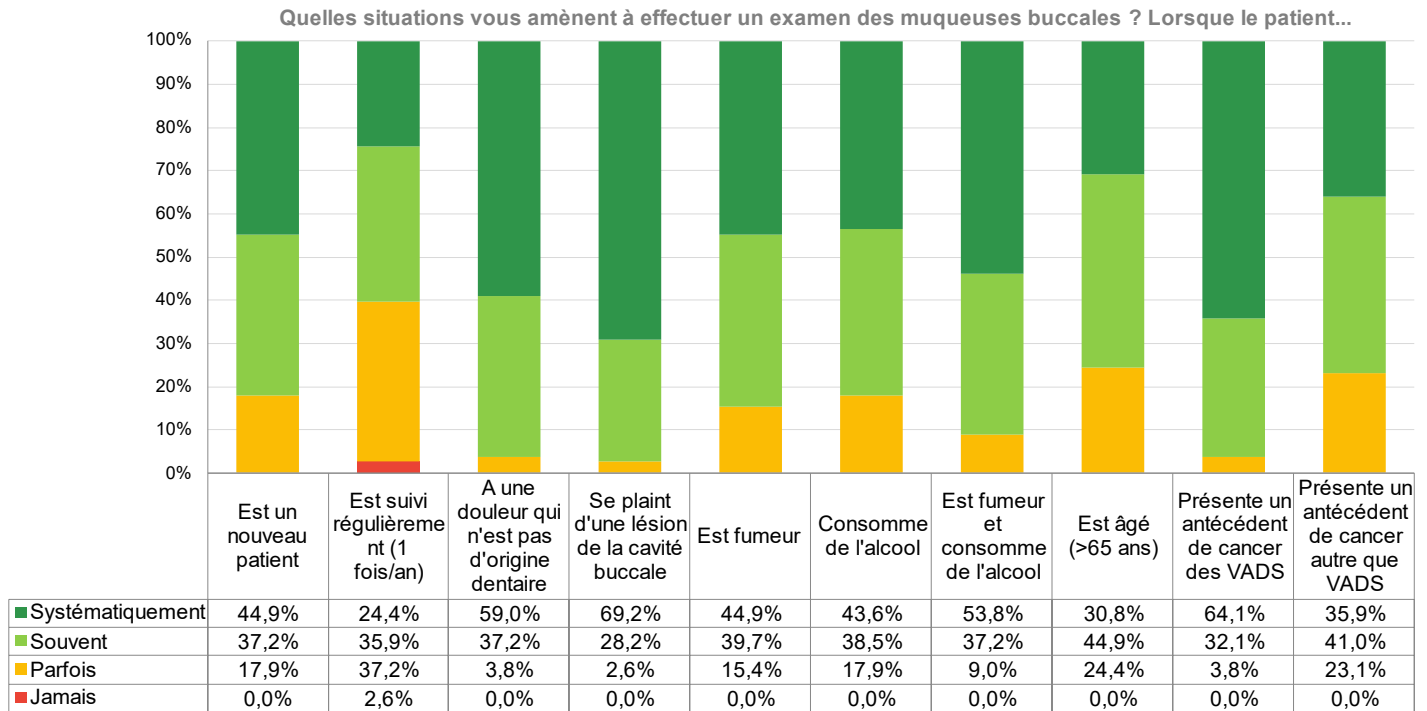


Figure 75 : Situations menant à un examen des muqueuses buccales, les CD de plus de 15 ans d'expérience (n=78).

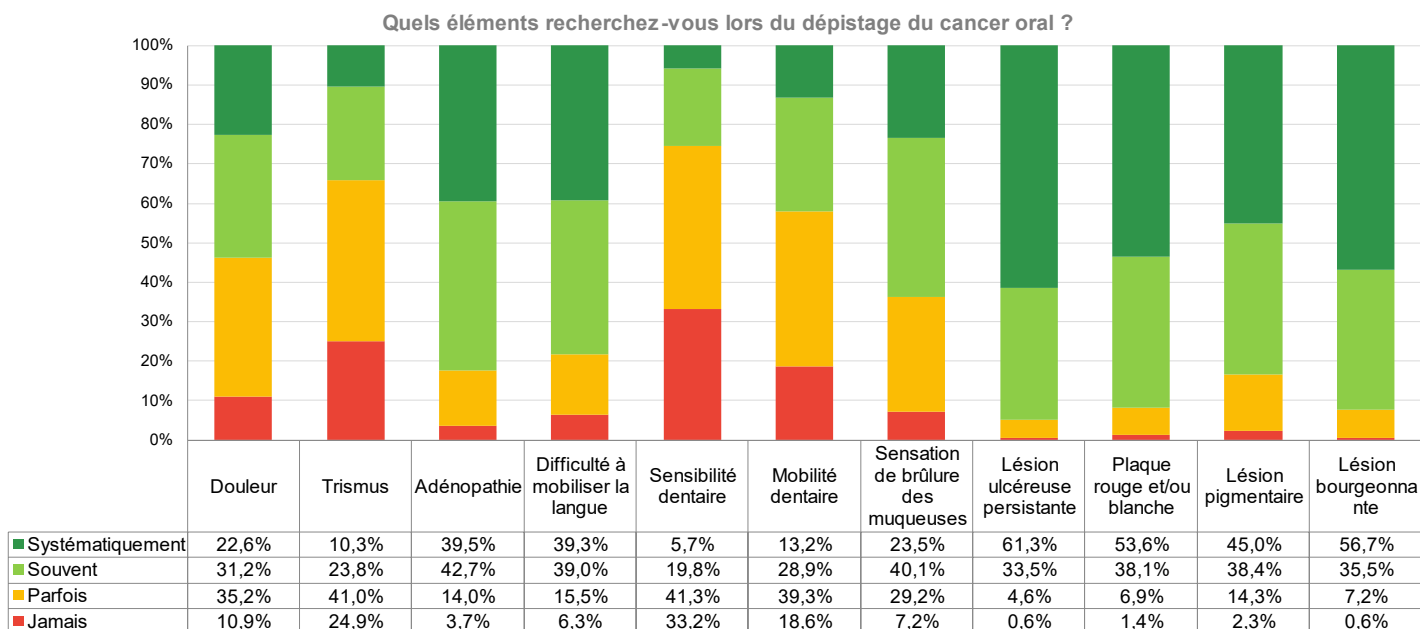


Figure 76 : Éléments recherchés lors du dépistage du CO, les CD omnipraticiens (n=349).

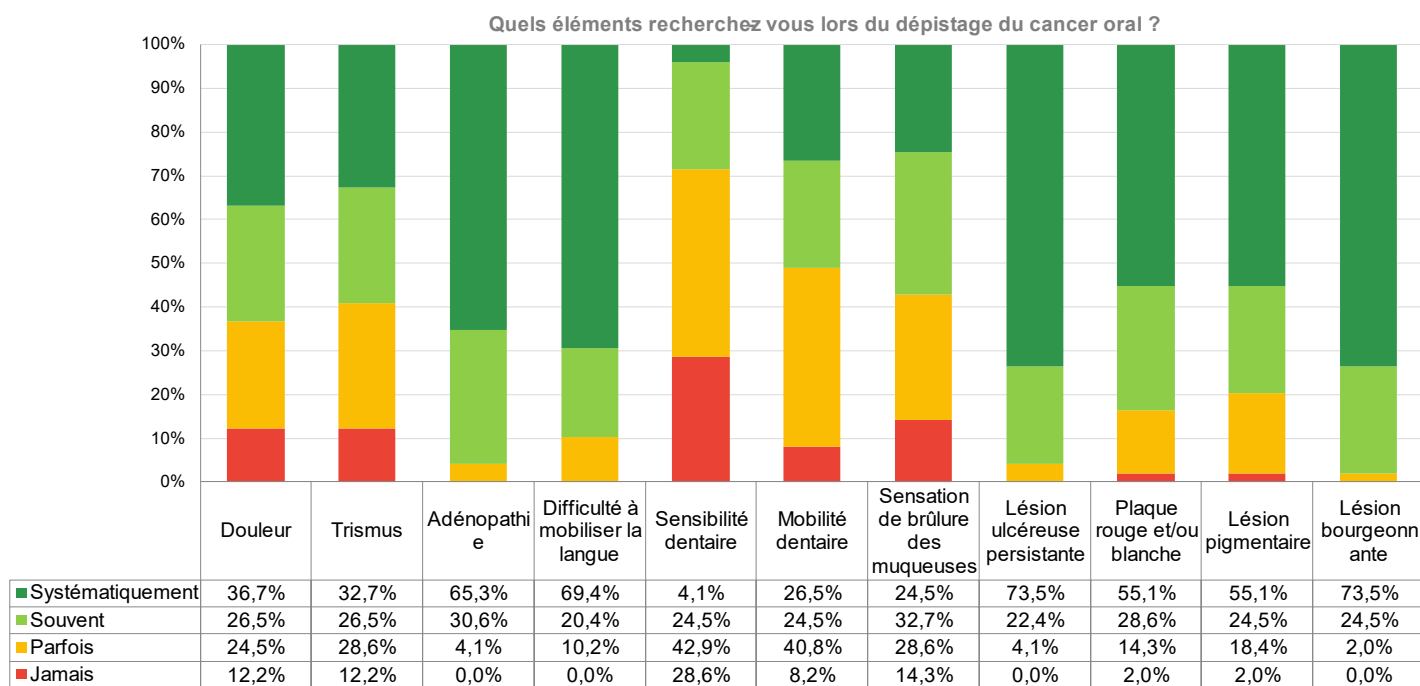


Figure 77 : Éléments recherchés lors du dépistage du CO, les CD spécialisés (n=49).

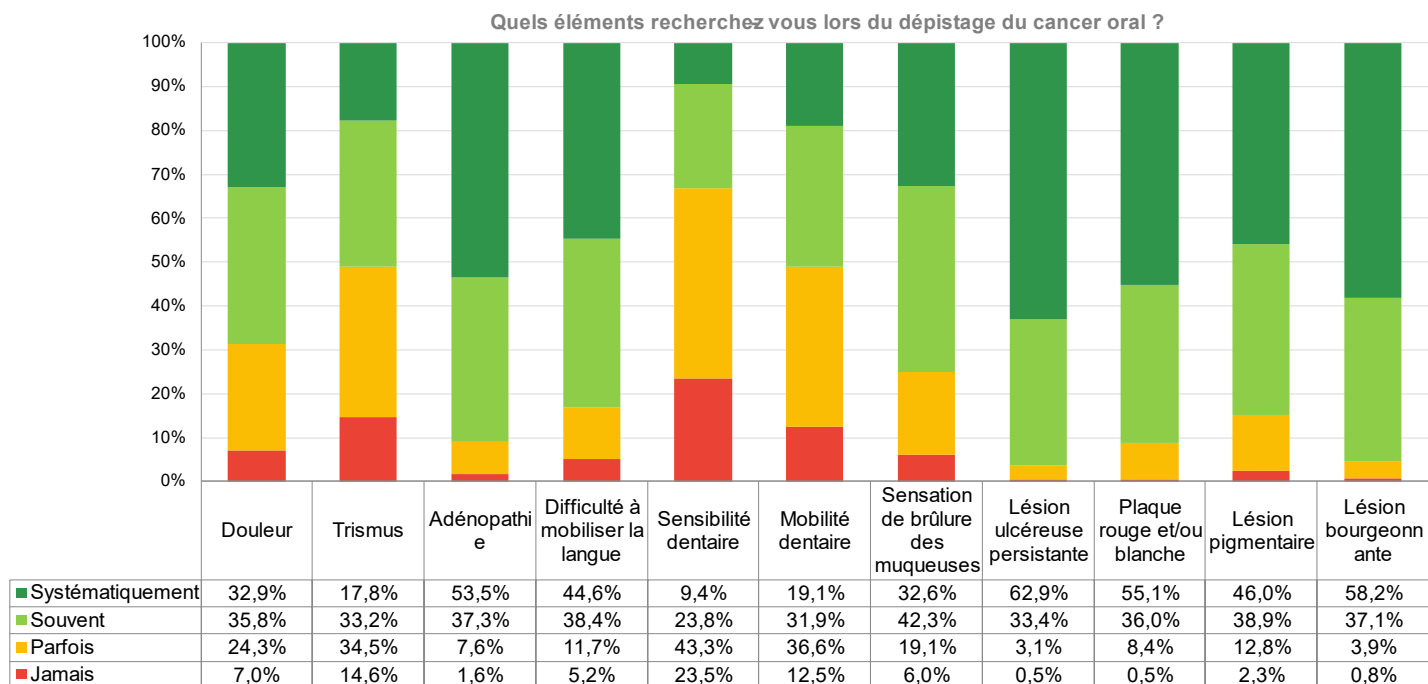


Figure 79 : Éléments recherchés lors du dépistage du CO, les externes (n=383).

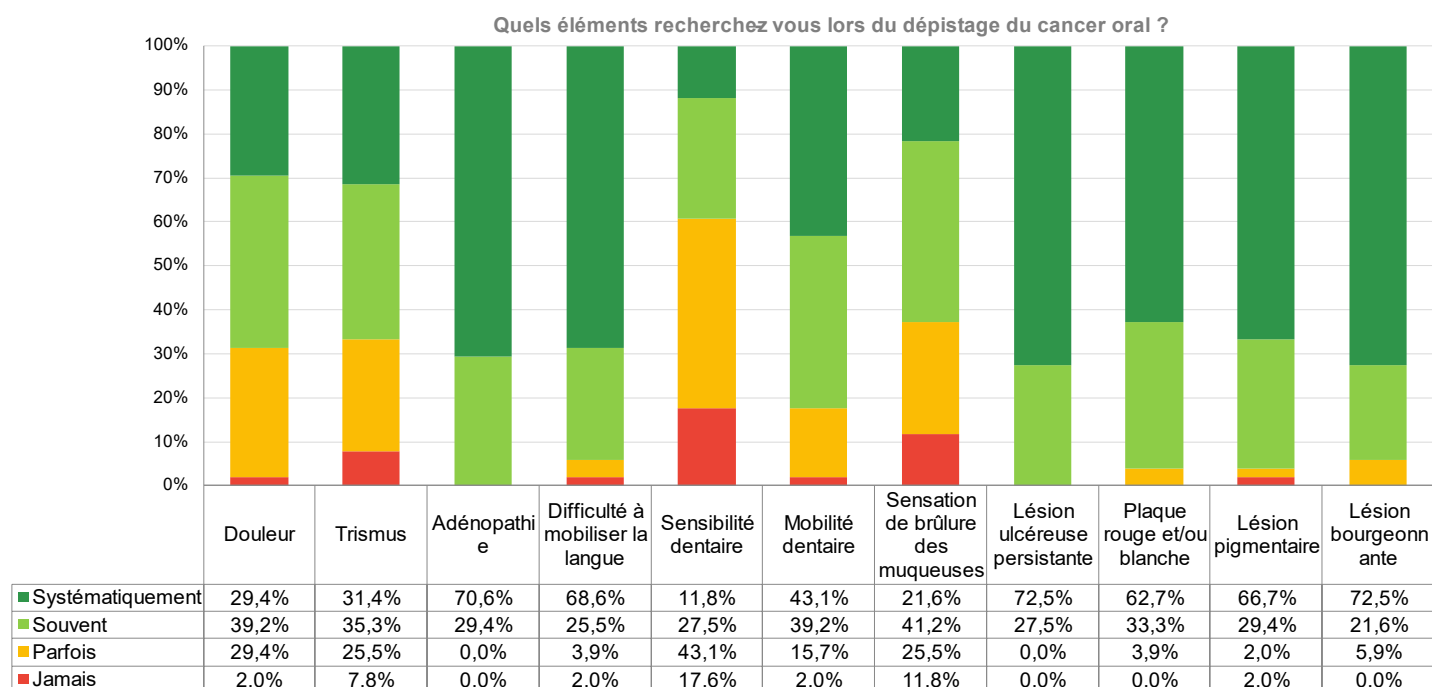


Figure 78 : Éléments recherchés lors du dépistage du CO, les internes (n=51).

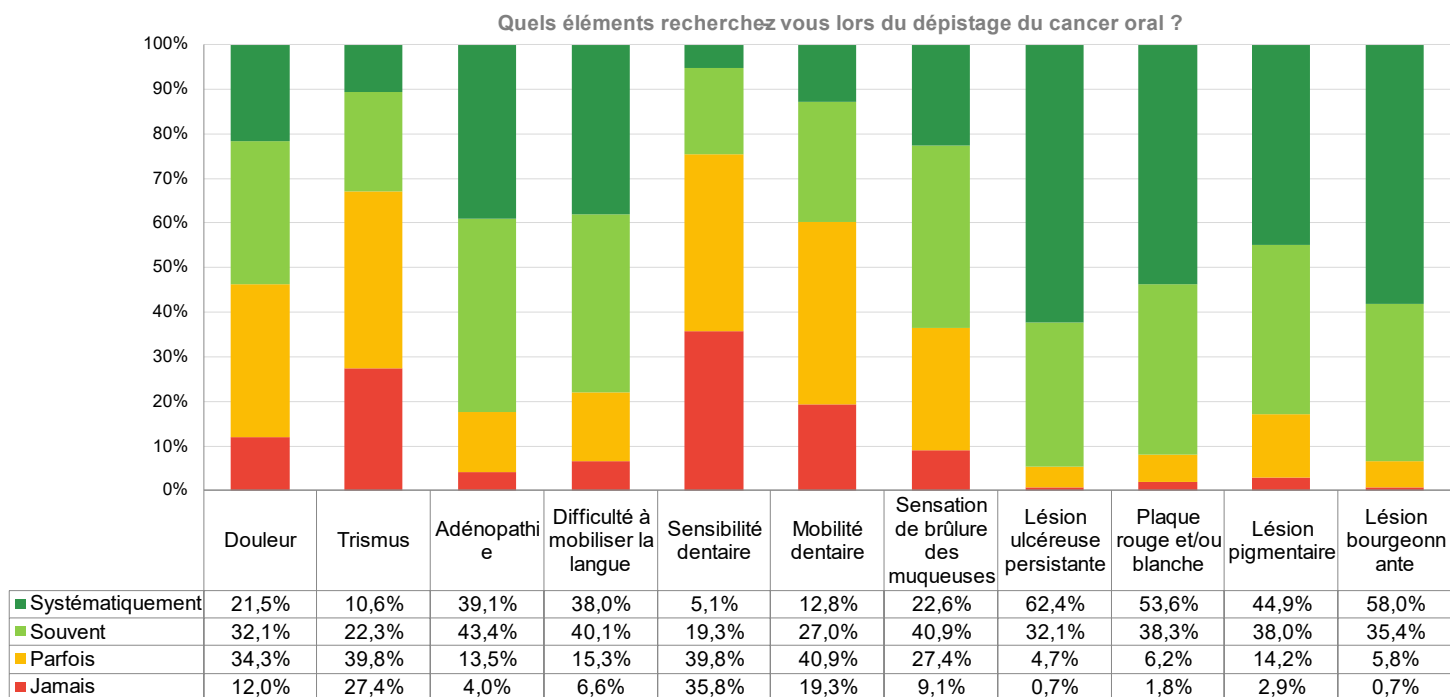


Figure 80 : Éléments recherchés lors du dépistage du CO, les CD libéraux (n=274).

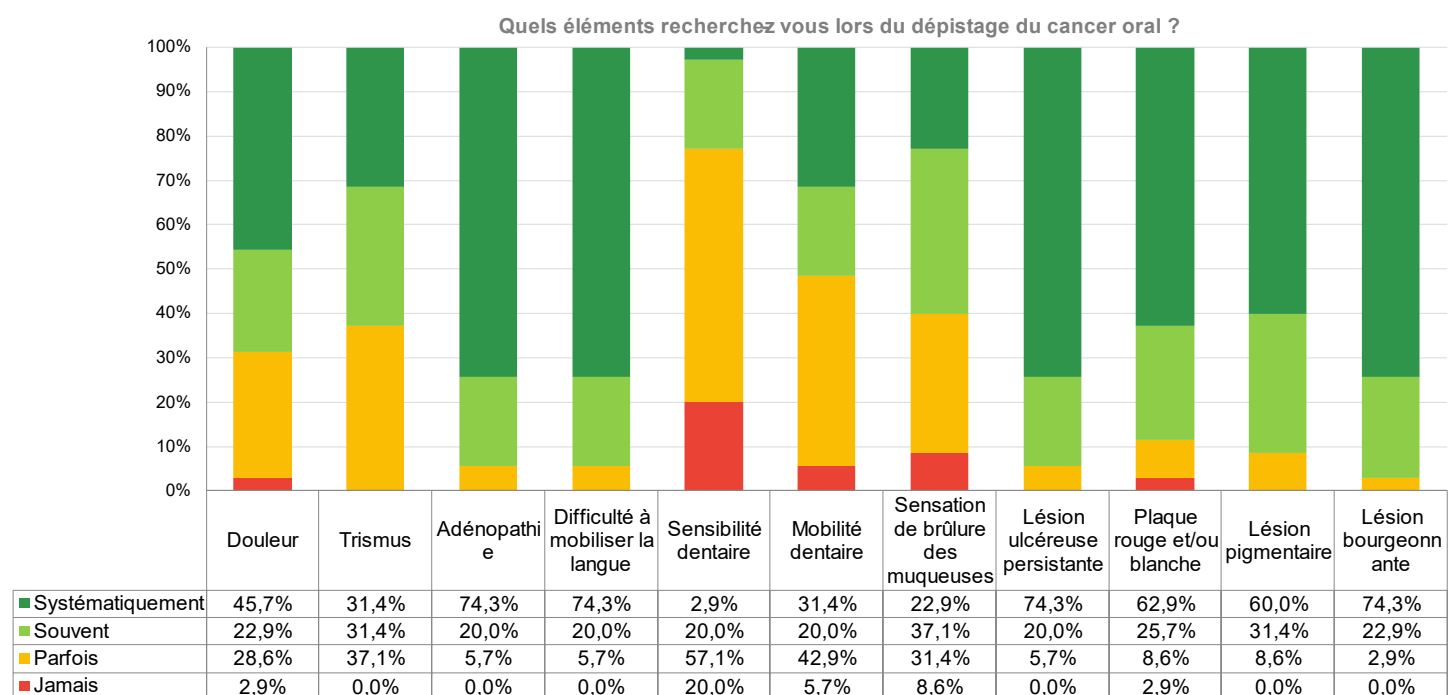


Figure 81 : Éléments recherchés lors du dépistage du CO, les CD hospitaliers (n=35).

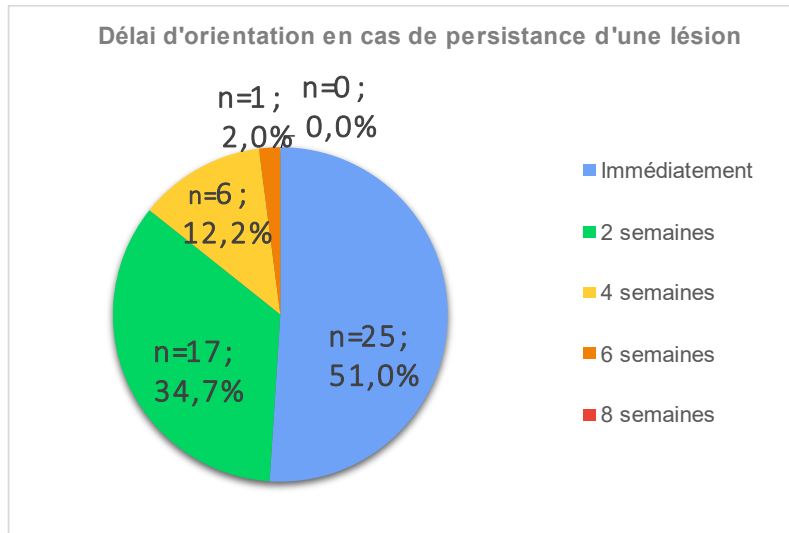


Figure 82 : Délai d'orientation en cas de persistance d'une lésion, les CD spécialisés (n=49).

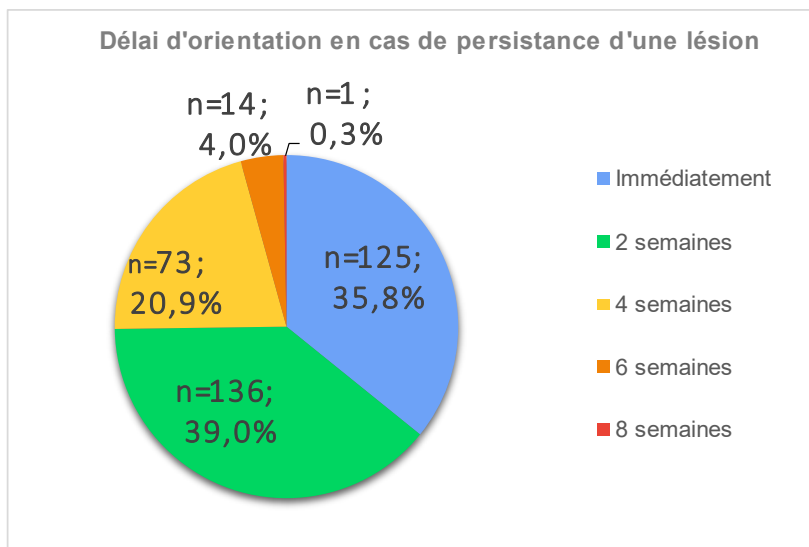


Figure 83 : Délai d'orientation en cas de persistance d'une lésion, les CD omnipraticiens (n=49).

Bibliographie :

1. Gauzeran D. Des lésions à risque aux cancers des muqueuses orales. CdP. 2015.
2. Cancer (IARC) TIA for R on. Global Cancer Observatory [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/>
3. Guizard AV, Hammas K, Lecoffre C, de Brauer C, Coureau G, Trétarre B, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 - Cavité buccale. Boulogne-Billancourt Inst Natl Cancer. déc 2020;12.
4. Júnior R, Barboza C, Clebis N, Moura S, Costa A. Prognostic significance of the anatomical location and TNM clinical classification in oral squamous cell carcinoma. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 1 juin 2008;13:E344-7.
5. Valdez JA, Brennan MT. Impact of Oral Cancer on Quality of Life. Dent Clin North Am. janv 2018;62(1):143-54.
6. Guide-des-etudes-VF.pdf [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur : https://www.unecd.com/wp-content/uploads/2022/10/Guide-des-etudes-VF.pdf?fbclid=IwAR2ypV6iyYe8PDo_HdPHfzY2o_oiRj-6sBn9AC2F-NJKbGRBPUatNF0aKDA
7. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>
8. Lan R. La santé publique comme nouvelle approche clinique de dépistage et de diagnostic du cancer oral [Internet] [These de doctorat]. Aix-Marseille; 2021 [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.theses.fr/2021AIXM0480>
9. Pavia M, Pileggi C, Nobile CG, Angelillo IF. Association between fruit and vegetable consumption and oral cancer: a meta-analysis of observational studies. Am J Clin Nutr [Internet]. 1 mai 2006 [cité 12 nov 2022];83(5):1126-34. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/ajcn/83.5.1126>
10. Agents Classified by the IARC Monographs, Volumes 1–130 – IARC Monographs on the Identification of Carcinogenic Hazards to Humans [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://monographs.iarc.who.int/agents-classified-by-the-iarc/>
11. Barthélémy I, Sannajust JP, Revol P, Mondié JM. Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique. EMC - Stomatol [Internet]. 1 déc 2005 [cité 16 janv 2022];1(4):277-94. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1769684405000220>
12. Le tabac, premier facteur de risque évitable de cancers - Tabac [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Tabac/Le-premier-facteur-de-risque-evitable-de-cancers>
13. Facteurs de risque de cancer de la cavité buccale | Cancer et environnement [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/614-Cancer-de-la-cavite-buccale-orale.ce.aspx>

14. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst.* 16 mai 2007;99(10):777-89.
15. Josseran L. Bilan de la loi Evin, 30 ans après - Le tabac. *J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM* [Internet]. 2021 [cité 16 nov 2022];28(1):26-9. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2021-1-page-26.htm>
16. Benomar S, Boutayeb S, Nitassi S, Hassam B, Ismaili N. Lésions buccodentaires dues au tabac et motivation au sevrage : Étude de 121 cas. *Presse Médicale* [Internet]. 1 déc 2009 [cité 17 nov 2022];38(12):1746-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498209003145>
17. Underner M, Maes I, Urban T, Meurice JC. Effets du tabac sur la maladie parodontale. *Rev Mal Respir* [Internet]. 1 déc 2009 [cité 17 nov 2022];26(10):1057-73. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0761842509735338>
18. Holliday R, McColl E, Bauld L, Preshaw PM, Sniehotta FF, McDonald S. Perceived influences on smoking behaviour and perceptions of dentist-delivered smoking cessation advice: A qualitative interview study. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2022];48(5):433-9. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cdoe.12556>
19. TABAC / Questionnaire de Fagerström [Internet]. [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/parcours/fagerstrom/>
20. TABAC / Test de Lagrue et Légeron [Internet]. [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/parcours/lagrue/>
21. Tobacco and Betel Quid in Development of Oral Cancer. *J Cancer Prev Curr Res* [Internet]. 9 janv 2017 [cité 22 mars 2022];Volume 7(Issue 1). Disponible sur: <https://medcraveonline.com/JCPCR/JCPCR-07-00223.pdf>
22. Merchant A, Husain SS, Hosain M, Fikree FF, Pitiphat W, Siddiqui AR, et al. Paan without tobacco: an independent risk factor for oral cancer. *Int J Cancer.* 1 avr 2000;86(1):128-31.
23. Mello FW, Melo G, Pasetto JJ, Silva CAB, Warnakulasuriya S, Rivero ERC. The synergistic effect of tobacco and alcohol consumption on oral squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig* [Internet]. juill 2019 [cité 5 avr 2022];23(7):2849-59. Disponible sur: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=136862254&lang=fr&site=ehost-live>
24. Mathern G, Perrier C, Baronnat JP, Lagrue G. L'utilisation du tabac à chiquer: Une pratique émergente chez les adolescents. *Presse Médicale* [Internet]. 1 sept 2005 [cité 27 nov 2022];34(16, Part 1):1143-4. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498205841399>
25. Leon ME, Lugo A, Boffetta P, Gilmore A, Ross H, Schüz J, et al. Smokeless tobacco use in Sweden and other 17 European countries. *Eur J Public Health* [Internet]. oct 2016 [cité 17 nov 2022];26(5):817-21. Disponible sur: <https://academic.oup.com/eurpub/article-lookup/doi/10.1093/eurpub/ckw032>

26. Peeters S, Gilmore AB. How online sales and promotion of snus contravenes current European Union legislation. *Tob Control* [Internet]. 1 juill 2013 [cité 27 nov 2022];22(4):266-73. Disponible sur: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/22/4/266>
27. Reidy J, McHugh E, Stassen LFA. A review of the relationship between alcohol and oral cancer. *The Surgeon* [Internet]. 1 oct 2011 [cité 5 avr 2022];9(5):278-83. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1479666X11000114>
28. Roy GL. Les troubles de l'usage de l'alcool en médecine générale: obstacles au repérage et représentations des médecins généralistes de la Somme. :81.
29. Pesci-Bardon C, Prêcheur I. L'alcool : une drogue licite aux conséquences bucco-dentaires non négligeables. *Actual Odonto-Stomatol* [Internet]. avr 2013 [cité 7 nov 2022];(262):24-32. Disponible sur: <http://aos.edp-dentaire.fr/10.1051/aos/2013205>
30. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose–response meta-analysis. *Br J Cancer* [Internet]. 3 févr 2015 [cité 2 déc 2022];112(3):580-93. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453639/>
31. Turati F, Garavello W, Tramacere I, Pelucchi C, Galeone C, Bagnardi V, et al. A Meta-analysis of Alcohol Drinking and Oral and Pharyngeal Cancers: Results from Subgroup Analyses. *Alcohol Alcohol* [Internet]. 1 janv 2013 [cité 5 avr 2022];48(1):107-18. Disponible sur: <http://academic.oup.com/alcalc/article/48/1/107/174897/A-Metaanalysis-of-Alcohol-Drinking-and-Oral-and>
32. ALCOOL / Questionnaire Audit [Internet]. [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/parcours/audit/>
33. ALCOOL / Questionnaire Face [Internet]. [cité 11 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.addictaide.fr/parcours/face/>
34. Low prevalence of HPV-induced oral squamous cell carcinoma in Geneva, Switzerland - Vidal Loustau - 2019 - Oral Diseases - Wiley Online Library [Internet]. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.lama.univ-amu.fr/doi/full/10.1111/odi.13084>
35. Les Infections à Papillomavirus humains (HPV) [Internet]. [cité 2 déc 2022]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Les-Infections-a-Papillomavirus-humains-HPV>
36. Aldossri M, Okoronkwo C, Dodd V, Manson H, Singhal S. Determinants of dentists' readiness to assess HPV risk and recommend immunization: A transtheoretical model of change-based cross-sectional study of Ontario dentists. *PLoS ONE* [Internet]. 17 févr 2021 [cité 24 nov 2022];16(2):e0247043. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7888637/>
37. Verzy S. Les chirurgiens-dentistes autorisés à vacciner en ville [Internet]. *Ordre National des Chirurgiens-Dentistes*. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/les-chirurgiens-dentistes-autorises-a-vacciner-en-ville/>

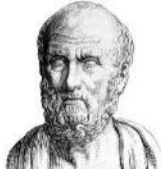
38. Prétet JL, Jacquard AC, Carcopino X, Charlot JF, Bouhour D, Kantelip B, et al. Human papillomavirus (HPV) genotype distribution in invasive cervical cancers in France: EDITH study. *Int J Cancer* [Internet]. 2008 [cité 9 nov 2022];122(2):428-32. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijc.23092>
39. Termine N, Panzarella V, Falaschini S, Russo A, Matranga D, Lo Muzio L, et al. HPV in oral squamous cell carcinoma vs head and neck squamous cell carcinoma biopsies: a meta-analysis (1988–2007). *Ann Oncol* [Internet]. 1 oct 2008 [cité 10 nov 2022];19(10):1681-90. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753419401877>
40. Christianto S, Li KY, Huang TH, Su YX. The Prognostic Value of Human Papilloma Virus Infection in Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma: A Meta-Analysis. *The Laryngoscope* [Internet]. 2022 [cité 10 nov 2022];132(9):1760-70. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/lary.29996>
41. Bureau du dentiste en chef du Canada, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, ON. Virus du papillome humain et santé buccodentaire. Relevé Mal Transm Au Can [Internet]. 5 nov 2020 [cité 10 nov 2022];46(1112):427-31. Disponible sur: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2020-46/issue-11-12-nov-5-2020/ccdrv46i1112a03f-fra.pdf>
42. 2019 HB 2220 Dentists & Vaccines.pdf [Internet]. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: <https://ordha.memberclicks.net/assets/Newsletter/2019/2019%20HB%202220%20Dentists%20%26%20Vaccines.pdf>
43. Stull C, Freese R, Sarvas E. Parent perceptions of dental care providers' role in human papillomavirus prevention and vaccine advocacy. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 1 août 2020 [cité 10 nov 2022];151(8):560-7. Disponible sur: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(20\)30362-7/fulltext?dgcid=PromoSpots_ADAorg_ADANews_AugustJADA&_ga=2.151226110.692179377.1668035012-155538475.1668035012](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(20)30362-7/fulltext?dgcid=PromoSpots_ADAorg_ADANews_AugustJADA&_ga=2.151226110.692179377.1668035012-155538475.1668035012)
44. Ramos-García P, González-Moles MÁ, Warnakulasuriya S. Oral cancer development in lichen planus and related conditions-3.0 evidence level: A systematic review of systematic reviews. *Oral Dis*. nov 2021;27(8):1919-35.
45. González-Moles MÁ, Warnakulasuriya S, González-Ruiz I, González-Ruiz L, Ayén Á, Lenouvel D, et al. Worldwide prevalence of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* [Internet]. mai 2021 [cité 9 nov 2022];27(4):813-28. Disponible sur: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=149846528&lang=fr&site=ehost-live>
46. Brzak BL, Mravak-Stipetić M, Canjuga I, Baricević M, Balicević D, Sikora M, et al. The frequency and malignant transformation rate of oral lichen planus and leukoplakia--a retrospective study. *Coll Antropol*. sept 2012;36(3):773-7.
47. Kuo C, Pilling LC, Kuchel GA, Ferrucci L, Melzer D. Telomere length and aging-related outcomes in humans: A Mendelian randomization study in 261,000 older participants. *Aging Cell* [Internet]. déc 2019 [cité 12 nov 2022];18(6):e13017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6826144/>

48. Zhu X, Han W, Xue W, Zou Y, Xie C, Du J, et al. The association between telomere length and cancer risk in population studies. *Sci Rep* [Internet]. 26 févr 2016 [cité 12 nov 2022];6:22243. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768100/>
49. Kumar. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review [Internet]. [cité 24 oct 2022]. Disponible sur: <https://cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2016;volume=12;issue=2;spage=458;epage=463;aulast=Kumar>
50. Coppola N, Mignogna MD, Riviaccio I, Blasi A, Bizzoca ME, Sorrentino R, et al. Current Knowledge, Attitudes, and Practice among Health Care Providers in OSCC Awareness: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 23 avr 2021 [cité 7 nov 2022];18(9):4506. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8123034/>
51. Alimentation et activité physique des jeunes : bilan des actions réalisées et pistes d'amélioration [Internet]. [cité 24 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/alimentation-et-activite-physique-des-jeunes-bilan-des-actions-realisees-et-pistes-d-amelioration>
52. Morze J, Danielewicz A, Hoffmann G, Schwingshackl L. Diet Quality as Assessed by the Healthy Eating Index, Alternate Healthy Eating Index, Dietary Approaches to Stop Hypertension Score, and Health Outcomes: A Second Update of a Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 1 déc 2020 [cité 24 nov 2022];120(12):1998-2031.e15. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212267220311576>
53. Dholam K, Chouksey G. Squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx in patients aged 18–45 years: A case–control study to evaluate the risk factors with emphasis on stress, diet, oral hygiene, and family history. *Indian J Cancer* [Internet]. 2016 [cité 13 nov 2022];53(2):244. Disponible sur: <http://www.indiancancer.com/text.asp?2016/53/2/244/197725>
54. Guha N, Boffetta P, Wunsch Filho V, Eluf Neto J, Shangina O, Zaridze D, et al. Oral Health and Risk of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck and Esophagus: Results of Two Multicentric Case-Control Studies. *Am J Epidemiol* [Internet]. 30 août 2007 [cité 13 nov 2022];166(10):1159-73. Disponible sur: <https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/aje/kwm193>
55. Manoharan S, Nagaraja V, Eslick GD. Ill-fitting dentures and oral cancer: A meta-analysis. *Oral Oncol* [Internet]. 1 nov 2014 [cité 13 nov 2022];50(11):1058-61. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S136883751400236X>
56. Goldstein AM, Blot WJ, Greenberg RS, Schoenberg JB, Austin DF, Preston-Martin S, et al. Familial risk in oral and pharyngeal cancer. *Eur J Cancer B Oral Oncol*. sept 1994;30B(5):319-22.
57. Jeong AR, Forbes K, Orosco RK, Cohen EEW. Hereditary oral squamous cell carcinoma associated with CDKN2A germline mutation: a case report. *J Otolaryngol - Head Neck Surg* [Internet]. 5 févr 2022 [cité 18 nov 2022];51:5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8818223/>
58. Olivier M, Hollstein M, Hainaut P. TP53 mutations in human cancers: origins, consequences, and clinical use. *Cold Spring Harb Perspect Biol*. janv 2010;2(1):a001008.
59. Narod SA, Salmena L. BRCA1 and BRCA2 mutations and breast cancer. *Discov Med*. nov 2011;12(66):445-53.

60. Buyschaert M. Diabète et maladie parodontale. Le point en 2017 d'une double relation silencieuse. *Médecine Mal Métaboliques* [Internet]. 1 mars 2017 [cité 24 nov 2022];11(2):105-9. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1957255717300299>
61. Abhinav RP, Williams J, Livingston P, Anjana RM, Mohan V. Burden of diabetes and oral cancer in India. *J Diabetes Complications* [Internet]. 1 nov 2020 [cité 24 nov 2022];34(11):107670. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1056872720304323>
62. Koene RJ, Prizment AE, Blaes A, Konety SH. Shared Risk Factors in Cardiovascular Disease and Cancer. *Circulation* [Internet]. 15 mars 2016 [cité 24 nov 2022];133(11):1104-14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800750/>
63. Pantanowitz L, Khammissa R a. G, Lemmer J, Feller L. Oral HIV-associated Kaposi sarcoma. *J Oral Pathol Med Off Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol*. mars 2013;42(3):201-7.
64. Marks MA, Chaturvedi AK, Kelsey K, Straif K, Berthiller J, Schwartz SM, et al. Association of marijuana smoking with oropharyngeal and oral tongue cancers: Pooled analysis from the INHANCE Consortium. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol* [Internet]. janv 2014 [cité 17 janv 2022];23(1):160-71. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3947141/>
65. SPF. Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés : État des lieux des modes et niveaux de consommation, et facteurs associés [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/consommation-de-substances-psychoactives-chez-les-jeunes-en-france-et-dans-certains-pays-a-revenus-eleves-etat-des-lieux-des-modes-et-niveaux-de>
66. Recommandations pour la prise en charge du lichen oral.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: https://www.gemub.org/_files/ugd/643e7d_139d6f109a984dff8ae5ef0acf6b763c.pdf
67. Idrees M, Kujan O, Shearston K, Farah CS. Oral lichen planus has a very low malignant transformation rate: A systematic review and meta-analysis using strict diagnostic and inclusion criteria. *J Oral Pathol Med* [Internet]. mars 2021 [cité 9 nov 2022];50(3):287-98. Disponible sur: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=149375640&lang=fr&site=e-host-live>
68. Ergun S, Özel S, Koray M, Kürklü E, Ak G, Tanyeri H. Dentists' knowledge and opinions about oral mucosal lesions. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 1 déc 2009 [cité 9 nov 2022];38(12):1283-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0901502709009953>
69. Mahdi KA, Al-Ibrahemy AAAH, MuhsenAlyasiry A, Alam MK. The knowledge of Iraqi Dentist about the diagnosis of common orallesions. *Bangladesh J Med Sci* [Internet]. 16 janv 2020 [cité 9 nov 2022];19(2):304-9. Disponible sur: <https://www.banglajol.info/index.php/BJMS/article/view/45012>
70. Dermato-Info. la méthode ABCDE [Internet]. *dermato-info.fr*. [cité 9 nov 2022]. Disponible sur: https://dermato-info.fr/fr/les-conseils-dermato_tutos-peau/l%E2%80%99auto-examen-de-la-peau_la-m%C3%A9thode-ABCDE

71. D S, P P, Mk S, S K. Prevalence of malignant melanoma in anatomical sites of the oral cavity: A meta-analysis. *J Oral Maxillofac Pathol JOMFP* [Internet]. avr 2019 [cité 9 nov 2022];23(1). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31110429/>
72. Ashok S, Damera S, Ganesh S, Karri R. Oral malignant melanoma. *J Oral Maxillofac Pathol JOMFP* [Internet]. févr 2020 [cité 2 déc 2022];24(Suppl 1):S82-5. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7069155/>
73. Proposition de méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique des professions de santé à ordre [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3353194/fr/proposition-de-methode-d-elaboration-des-referentiels-de-certification-periodique-des-professions-de-sante-a-ordre
74. Haresaku S, Makino M, Sugiyama S, Naito T, Mariño RJ. Comparison of Practices, Knowledge, Confidence, and Attitude toward Oral Cancer among Oral Health Professionals between Japan and Australia. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ*. avr 2018;33(2):429-35.
75. França DC, Monti LM, de Castro AL, Soubhia AM, Volpato LE, de Aguiar SMÁ, et al. Unusual Presentation of Oral Squamous Cell Carcinoma in a Young Woman. *Sultan Qaboos Univ Med J* [Internet]. mai 2012 [cité 25 nov 2022];12(2):228-31. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3327572/>
76. Groppi M, Geiger S, Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant ? *Médecine* [Internet]. 28 févr 2011 [cité 7 nov 2022];7(2):83-6. Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/parler_d_alcool_avec_son_patient_en_medecine_generale_simple_ou_genant__287363/article.phtml?tab=texte
77. Agaku IT, Ayo-Yusuf OA, Vardavas CI. A Comparison of Cessation Counseling Received by Current Smokers at US Dentist and Physician Offices During 2010–2011. *Am J Public Health* [Internet]. août 2014 [cité 18 nov 2022];104(8):e67-75. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4103246/>
78. Renard E, Alliot-Licht B, Gross O, Roger-Leroi V, Marchand C. Study of the impacts of patient-educators on the course of basic sciences in dental studies. *Eur J Dent Educ* [Internet]. 2015 [cité 12 nov 2022];19(1):31-7. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eje.12098>
79. Alaizari NA, Al-Maweri SA. Oral cancer: knowledge, practices and opinions of dentists in yemen. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2014;15(14):5627-31.
80. Pavão Spaulonci G, Salgado de Souza R, Gallego Arias Pecorari V, Lauria Dib L. Oral Cancer Knowledge Assessment: Newly Graduated versus Senior Dental Clinicians. *Int J Dent* [Internet]. 14 févr 2018 [cité 11 nov 2022];2018:9368918. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5832120/>
81. Alami AY, El Sabbagh RF, Hamdan A. Knowledge of Oral Cancer Among Recently Graduated Medical and Dental Professionals in Amman, Jordan. *J Dent Educ* [Internet]. 2013 [cité 10 nov 2022];77(10):1356-64. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.0022-0337.2013.77.10.tb05610.x>
82. Aldossri M, Okoronkwo C, Dodd V, Manson H, Singhal S. Dentists' Capacity to Mitigate the Burden of Oral Cancers in Ontario, Canada. *J Can Dent Assoc*. févr 2020;86:k2.

83. Jboor DH, Al-Darwish MS, Nur U. Oral Cancer Knowledge, Attitude, and Practice of Dentists in the State of Qatar. *Dent J*. 11 avr 2019;7(2):43.
84. Hashim R, Abo-Fanas A, Al-Tak A, Al-Kadri A, Abu Ebaid Y. Early Detection of Oral Cancer- Dentists' Knowledge and Practices in the United Arab Emirates. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 24 août 2018;19(8):2351-5.
85. Coppola N, Mignogna MD, Riviaccio I, Blasi A, Bizzoca ME, Sorrentino R, et al. Current Knowledge, Attitudes, and Practice among Health Care Providers in OSCC Awareness: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 23 avr 2021 [cité 5 nov 2022];18(9):4506. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8123034/>
86. ONDPS. Rapport ONDPS, Démographie des chirurgiens-dentistes : états des lieux et perspectives [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>
87. Smith WG. Does Gender Influence Online Survey Participation? A Record-Linkage Analysis of University Faculty Online Survey Response Behavior [Internet]. Online Submission. 2008 juin [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://eric.ed.gov/?id=ED501717>
88. Holbrook AL, Krosnick JA. Social desirability bias in voter turnout reports: Tests using the item count technique. *Public Opin Q* [Internet]. 1 janv 2010 [cité 14 sept 2022];74(1):37-67. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/poq/nfp065>
89. Berkesse A, Tourniaire N, Larget A, Jarrot P, Dumez V. Le partenariat avec les patients dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé : raisons d'agir, types de contribution, degrés et niveaux d'engagement. *Kinésithér Scient* 2022;644:33-39; 2022.
90. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations* [Internet]. 2012 [cité 11 nov 2022];39(3):13-25. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-innovations-2012-3-page-13.htm>
91. Guizard AVN, Dejardin OJ, Launay LC, Bara S, Lapôtre-Ledoux BM, Babin EB, et al. Diagnosis and management of head and neck cancers in a high-incidence area in France: A population-based study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. juin 2017 [cité 17 janv 2022];96(26):e7285. Disponible sur: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2017/06300/diagnosis_and_management_of_head_and_neck_cancers.32.aspx
92. Nocini R, Capocasale G, Marchioni D, Zotti F. A Snapshot of Knowledge about Oral Cancer in Italy: A 505 Person Survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. juill 2020 [cité 11 nov 2022];17(13):4889. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370055/>
93. Leuci S, Amato M, Calabria E, Spagnuolo G, Masucci M, Davide MM. Screening Projects for Oral Carcinoma in Relation to Health Education and Patients' Compliance: Study on 600 Participants. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. nov 2017 [cité 11 nov 2022];7(Suppl 3):S163-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5730979/>
94. Netuveli G, Sheiham A, Watt RG. Does the « inverse screening law » apply to oral cancer screening and regular dental check-ups? *J Med Screen*. 2006;13(1):47-50.



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

HALLEGOUET-BURGHARD Blandine – Enquête auprès des étudiants et des praticiens en chirurgie dentaire sur la connaissance des facteurs de risque et le diagnostic des cancers oraux.
Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix –Marseille Université : 2022

Rubrique de classement : Chirurgie orale

Objectif : Le cancer oral est encore trop souvent dépisté à un stade tardif, ce qui entraîne des conséquences en termes de survie et de morbidité. Cette enquête a pour but d'évaluer les connaissances des étudiants en odontologie et des chirurgiens-dentistes sur les facteurs de risque et le dépistage du cancer oral.

Méthode : Cette étude observationnelle transversale analytique repose sur une enquête soumise en ligne aux étudiants des différentes facultés françaises et à des chirurgiens-dentistes exerçant sur le territoire français. Le questionnaire est composé de quatre parties : démographie, connaissance, attitudes de prévention et de dépistage, et pour finir motivation à la formation.

Résultats : 1098 réponses ont été obtenues. De meilleurs résultats, statistiquement significatifs, sont obtenus par les répondants ayant été confrontés à un cancer oral dans leur patientèle et/ou leur entourage : la connaissance du facteur de risque de l'alcool ($p=0,003$), l'évocation de ce même facteur de risque auprès des patients ($p=0,041$), la reconnaissance des lésions cancéreuses ou à potentiel malin ($p<0,000$), l'examen de certaines zones anatomiques (dos de la langue, palais, voile du palais, luvette : $p<0,000$). D'autres associations statistiques sont mises en exergue comme le niveau d'étude, le nombre d'années d'expérience ou la spécialité du praticien.

Conclusion : Les facteurs de risque semblent globalement connus, mais leur évocation auprès des patients doit être renforcée, tout comme l'incitation au sevrage tabagique. Les pratiques de dépistage doivent être plus systématiques et approfondies. Puisqu'il a été démontré que les répondants confrontés à un cas de cancer oral étaient les mieux sensibilisés, l'intervention de patients experts lors de formations pourrait être proposée. Leur témoignage permettrait de renforcer les connaissances et ainsi améliorer la prévention et le dépistage du cancer oral par les chirurgiens-dentistes.

Mots clés : cancer oral, facteurs de risque, prévention, dépistage précoce, diagnostic, patients experts

HALLEGOUET-BURGHARD Blandine – Survey of dental students and dentists on knowledge of risk factors and diagnosis of oral cancers

Objective: Oral cancer is still too often detected at a late stage, which has consequences in terms of survival and morbidity. This survey aims to assess knowledge of dental students and dentists on risk factors and screening of oral cancer.

Method: This analytical cross-sectional observational study is based on a survey submitted online to students from different French faculties and to dentists practicing on French territory. The questionnaire is split in four parts: demography, knowledge, prevention and screening attitudes, and finally motivation for training.

Results: 1098 responses were obtained. Better results statistically significant are obtained by respondents who have been confronted with oral cancer in their patient population and/or their relatives: knowledge of the risk factor for alcohol ($p=0.003$), mention of this same risk factor with patients ($p=0.041$), recognition of cancerous or potentially malignant lesions ($p<0.000$), examination of certain anatomical areas (dorsum of the tongue, palate, soft palate, uvula : $p< 0.000$). Other statistical associations are highlighted such as the level of study, the number of years of experience or the specialty of the practitioner.

Conclusion: Generally, the risk factors seem well-known, but their mention to patients must be reinforced along with the encouragement of smoking cessation. Screening practices need to be more systematic and thorough. Since it has been shown that respondents confronted with a case of oral cancer were the most aware respondents, the intervention of patient-educators during training could be suggested. Their accounts could strengthen the knowledge and thus improve the prevention and screening of oral cancer by dentists.

Key words: mouth neoplasms, risk factors, diagnose, dentists, dental students, cancer early detection, patient-educators