



HAL
open science

Enquête par auto-évaluation de l'état de santé parodontale dans la population adulte de Loire-Atlantique

Vlad Iakovlev, Myriam Hasnaoui

► **To cite this version:**

Vlad Iakovlev, Myriam Hasnaoui. Enquête par auto-évaluation de l'état de santé parodontale dans la population adulte de Loire-Atlantique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04675478

HAL Id: dumas-04675478

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04675478>

Submitted on 30 Aug 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
D'ODONTOLOGIE

Année 2024

N°

**Enquête par auto-évaluation de l'état de santé parodontale
dans la population adulte de Loire-Atlantique**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée
et soutenue publiquement par

Vlad IAKOVLEV et Myriam HASNAOUI



Le mercredi 29/05/2024 devant le jury ci-dessous

Président : Mr le Professeur Assem SOUEIDAN

Assesseur : Mme le Docteur Emanuelle RENARD

Assesseur : Mme le Docteur Camille BECHINA

Directeur de thèse : Mr le Docteur Xavier STRUILLLOU

 Nantes Université	Présidente Pr. BERNAULT Carine
 Pôle Santé UFR Odontologie	Doyen Pr. SOUEIDAN Assem
	Vice-Doyens Pr GAUDIN Alexis (1 ^{er} vice-doyen) Pr LE GUEHENNEC Laurent (Pédagogie)Pr LESCLOUS Philippe (Recherche)

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (x11)	
ALLIOT-LICHT Brigitte AMOURIQ Yves CHAUX Anne-Gaëlle GAUDIN Alexis LABOUX Olivier LE GUEHENNEC Laurent	LESCLOUS Philippe LOPEZ Serena PEREZ Fabienne SOUEIDAN Assem WEISS Pierre

Professeur des Universités (x1)
BOULER Jean-Michel

Maitre de conférences (x1)
VINATIER Claire

Professeur Emérite (x1)
GIUMELLI Bernard

Enseignants Associés (x3)	
GUIHO Romain (Professeur Associé) LOLAH Aoula (MCU Associé)	AMICHIA ALLOH Yomin Cécile (Assistante Associée)

Maitres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (x20)	Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux des (x14)
AMADOR DEL VALLE Gilles ARMENGOL Valérie BLERY Pauline BODIC François CLOITRE Alexandra DAJEAN-TRUDAUD Sylvie ENKEL Bénédicte HASCOET Emilie HOORNAERT Alain HOUCHMAND-CUNY Madline JORDANA Fabienne MAITRE Yoann NIVET Marc-Henri PRUD'HOMME Tony RENARD Emmanuelle RENAUDIN Stéphane RETHORE Gildas SERISIER Samuel STRUILLOU Xavier VERNER Christian	BECHINA Camille BLEU Oriane CETINKAYA Volkan EVRARD Lucas HEMMING Cécile IBN ATTYA Zakarie LEROY Camille LIEPPE Thibault LUCAS Juliette MORCEL Marion PREVOT Diane QUEMARD Valentin QUINSAT Victoire Eugenie REMAUD Thomas

Praticiens Hospitaliers Universitaires
CLOUET Roselyne

Praticiens Hospitaliers	
DUPAS Cécile	HYON Isabelle

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Remerciements

A monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de Nantes Université, habilité à diriger les recherches

Chef du département de parodontologie

-NANTES-

**Pour nous avoir fait l'honneur de présider cette thèse,
pour votre confiance en nous attribuant ce sujet de thèse,
pour votre présence constante tout au long de nos études,
ainsi que pour votre écoute, votre empathie et votre
bienveillance inestimable.**

A monsieur le Docteur Xavier STRUILLOU

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de Nantes Université

Département de Parodontologie

-NANTES-

**Pour nous avoir fait l'honneur de diriger cette thèse,
pour votre accompagnement attentif tout au long de
la rédaction, pour vos conseils et votre engagement
dans ce travail.**

A madame le Docteur Emanuelle RENARD

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Docteur de Nantes Université

Chef du Département de Biologie Orale

-NANTES-

**Pour nous avoir fait l'honneur de siéger dans ce jury,
Pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail,
ainsi que pour votre encadrement clinique en vacation de
parodontologie.**

A madame le Docteur Camille BECHINA

Assistant des Hôpitaux

Département de Parodontologie

-NANTES-

**Pour nous avoir fait l'honneur de siéger dans ce jury
Veuillez trouver ici l'expression de nos
reconnaissance et de mes remerciements**

Enquête par auto-évaluation de l'état de santé parodontale dans la population adulte de Loire-Atlantique

Liste des figures
Liste des tableaux
Glossaire des acronymes
Introduction

1. Table des matières

1.	Table des matières.....	9
2.	Contexte et justification.....	15
2.1.	État de l'art.....	15
2.1.1.	Définition des maladies parodontales, facteurs de risques et traitements parodontaux.....	15
2.1.2.	Épidémiologie et répercussions des maladies parodontales.....	17
2.1.2.1.	Dans le monde.....	17
2.1.2.2.	En France.....	20
2.1.3.	Hypothèses de recherche et résultats attendus.....	21
3.	Objectifs et critères.....	22
3.1.	Objectif principal.....	22
3.2.	Objectifs secondaires.....	22
3.3.	Critères d'évaluation.....	22
3.3.1.	Critères de jugement principaux.....	22
3.3.2.	Critères de jugement secondaires.....	22
4.	Matériel et méthode.....	23
4.1.	Population.....	23
4.1.1.	Critères d'inclusion.....	23
4.1.2.	Critères de non-inclusion.....	23
4.1.3.	Taille de l'échantillon.....	23
4.2.	Méthode de recueil de données.....	23
4.2.1.	Gare.....	24
4.2.2.	Centre commercial.....	24
4.2.3.	Rue.....	24
4.2.4.	Temps d'information et de prévention.....	24
4.3.	Technique d'exploitation des résultats.....	24
4.3.1.	Support et stockage de données.....	24
4.3.2.	Méthode d'analyse des données.....	24
4.3.2.1.	Analyse statistique.....	24
4.3.2.2.	Regroupement de données.....	25
4.3.2.2.1.	Age.....	25
4.3.2.2.2.	Fréquences des techniques complémentaires d'hygiène bucco-dentaire.....	25
4.3.2.3.	Créations de variables.....	25
4.3.2.3.1.	Variable de diagnostic positif aux pathologies parodontales sans examen clinique « MP ».....	25
4.3.2.3.2.	Quatre variables pour les maladies.....	25
4.3.2.3.3.	Variable « Réponse d'un professionnel de santé ».....	26

5. Résultats	26
5.1. Présentation de la population étudiée	26
5.1.1. Données personnelles	26
5.1.1.1. Age et sexe	26
5.1.1.2. Niveau de formation et catégorie professionnelle	27
5.1.2. État de santé générale	27
5.1.2.1. Consommation tabagique.....	27
5.1.2.2. Présence d'une maladie générale.....	28
5.1.3. Habitudes d'hygiène bucco-dentaire.....	28
5.1.3.1. Fréquence, matériel et méthodes de brossage.....	28
5.1.3.2. Techniques complémentaires : bain de bouche et nettoyage interdentaire	29
5.1.4. Symptômes bucco-dentaires perçus et rapportés par les participants	30
5.1.5. Perte osseuse diagnostiquée et traitement par un professionnel de santé	31
5.1.6. Auto-évaluation du patient.....	31
5.1.6.1. Auto-évaluation de l'état de santé bucco-dentaire.....	31
5.1.6.2. Présence d'une maladie des gencives	32
5.2. Étude des réponses par profil type.....	32
5.2.1. Profil des patients en fonction de la variable « MP ».....	32
5.2.1.1. Age et sexe	32
5.2.1.2. Niveau de formation et catégorie professionnelle (INSEE 2003)	33
5.2.1.3. État de santé générale	34
5.2.1.3.1. Consommation tabagique.....	34
5.2.1.3.2. Présence d'une maladie générale.....	34
5.2.1.4. Habitudes d'hygiène bucco-dentaire	35
5.2.1.4.1. Fréquence, matériel et méthodes.....	35
5.2.1.4.2. Techniques complémentaires d'hygiène bucco-dentaire.....	36
5.2.1.5. Symptômes bucco-dentaires perçus.....	37
5.2.1.6. Perte osseuse diagnostiquée et traitement parodontal « RPS+ ».....	37
5.2.1.7. Auto-évaluation du patient.....	38
5.2.2. Variable « RPS + »	39
5.2.3. Quatre variables maladie	39
5.2.3.1. Diabète.....	40
5.2.3.2. Polyarthrite rhumatoïde	40
5.2.3.3. Maladies cardiovasculaires	40

Bibliographie
Annexes

Liste des figures

FIGURE 1. SCHEMA DU PARODONTE AVEC DENT COUPEE DANS LE SENS SAGITTAL.....	15
FIGURE 2. SCHEMA D'ATTEINTE PARODONTALE	16
FIGURE 3. COMPARAISON DE LA PREVALENCE DE PARODONTITE MODEREE ET SEVERE EN FONCTION DES TRANCHES D'AGE CHEZ LES AUSTRALIENS AGES DE 15 ANS ET PLUS ENTRE 2004-2006(11) ET 2017-18 (10).....	18
FIGURE 4. DISTRIBUTION DE LA PREVALENCE DE PARODONTITE CHEZ LES AUSTRALIENS EN FONCTION DU SEXE, DE L'ORIGINE ETHNIQUE, DU LIEU DE RESIDENCE ET DU NIVEAU DE SCOLARITE ET DE QUALIFICATION PROFESSIONNELLE (10).....	19
FIGURE 5. DISTRIBUTION DES EFFECTIFS EN FONCTION DU SEXE ET DE L'AGE (N=800)	26
FIGURE 6. DISTRIBUTION DU NIVEAU DE FORMATION SCOLAIRE ET DES CATEGORIES PROFESSIONNELLES (INSEE 2003) DANS L'ECHANTILLON EN EFFECTIF ET POURCENTAGE (N=800)	27
FIGURE 7. DISTRIBUTION DE LA CONSOMMATION TABAGIQUE DANS L'ECHANTILLON EN EFFECTIF ET POURCENTAGE (N=800)	27
FIGURE 8. PREVALENCE DES POLYPATHOLOGIES EN EFFECTIF (N=20)	28
FIGURE 9. DISTRIBUTION DES CLASSES DE FREQUENCES HEBDOMADAIRES DE NETTOYAGE INTERDENTAIRE ET DE BAIN DE BOUCHE (N=800) LA REPONSE « NE SOUHAITE PAS REpondRE » N'EST PAS REPRESENTEE ICI, AUCUN PARTICIPANT N'AYANT COCHE CE CHOIX POUR LES DEUX QUESTIONS	29
FIGURE 10. PREVALENCE DES SYMPTOMES BUCCO-DENTAIRES PERçUS PAR LES PARTICIPANTS EN POURCENTAGE (N=800)	30
FIGURE 11. DISTRIBUTION DES FREQUENCES DE SAIGNEMENT GINGIVAL EN FONCTION DU CARACTERE SPONTANE OU PROVOQUE (N=429).....	31
FIGURE 12. DISTRIBUTION DES EFFECTIFS EN FONCTION DU NIVEAU D'EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE (N=800) 31	31
FIGURE 13. DISTRIBUTION DE « MP » EN FONCTION DES TRANCHES D'AGE ET DU SEXE EN POURCENTAGE (N=800)	32
FIGURE 14. DISTRIBUTION DES CATEGORIES PROFESSIONNELLES (INSEE 2003) EN FONCTION DE LA VARIABLE « MP » EN POURCENTAGE (N=800).....	33
FIGURE 15. DISTRIBUTION DU NIVEAU DE FORMATION EN FONCTION DE LA VARIABLE « MP » EN POURCENTAGE (N=800).....	33
FIGURE 16. DISTRIBUTION DE LA CONSOMMATION TABAGIQUE EN FONCTION DE LA VARIABLE « MP » EN POURCENTAGE (N=800) 34	34
FIGURE 17. DISTRIBUTION DES PATHOLOGIES GENERALES EN FONCTION DE LA VARIABLE « MP » EN POURCENTAGE	34
FIGURE 18. DISTRIBUTION DE LA VARIABLE « MP » EN FONCTION DES FREQUENCES DE BROSSAGE JOURNALIERE EN POURCENTAGE (N=800).....	35
FIGURE 19. DISTRIBUTION DE LA VARIABLE « MP » EN FONCTION DU TYPE DE BROsse A DENTS EN POURCENTAGE (N=800)	36
FIGURE 20. DISTRIBUTION DE LA VARIABLE « MP » EN FONCTION DES CLASSES DE FREQUENCES DE NETTOYAGE INTERDENTAIRE EN POURCENTAGE (N=800).....	36
FIGURE 21. DISTRIBUTION DE LA VARIABLE « MP » EN FONCTION DE BOURRAGES ALIMENTAIRES RAPPORTES PAR LES PARTICIPANTS EN POURCENTAGE (N=800). POUR RAPPEL : 1 PARTICIPANT (NON REPRESENTE ICI) AVAIT COCHE « NE SOUHAITE PAS REpondRE ».	37
FIGURE 22. DISTRIBUTION DE LA VARIABLE « MP » EN FONCTION DE LA PARTICIPATION D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN POURCENTAGE (N=800).....	37
FIGURE 23. DISTRIBUTION DE LA VARIABLE « MP » EN FONCTION DE L'AUTO-EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE PAR LES PARTICIPANTS EN POURCENTAGE (N=800)	38
FIGURE 24. DISTRIBUTION DE LA VARIABLE « MP » EN FONCTION DE L'AUTO-DIAGNOSTIC D'UNE PATHOLOGIE PARODONTALE EN POURCENTAGE (N=800).....	39

Liste des tableaux

TABLEAU 1. DISTRIBUTION DES EFFECTIFS EN FONCTION DES TRANCHES D'AGE (N=800)	26
TABLEAU 2. PREVALENCE DE CHAQUE TYPE DE PATHOLOGIE GENERALE DANS L'ECHANTILLON. « PREVALENCE 1 » INDIQUE LA PREVALENCE D'UNE PATHOLOGIE PARMIS LES PERSONNES MALADES (N=174). « PREVALENCE 2 » INDIQUE LA PREVALENCE D'UNE PATHOLOGIE PARMIS TOUS LES INDIVIDUS DE L'ECHANTILLON (N=800).....	28
TABLEAU 3. PREVALENCE DES SYMPTOMES BUCCO-DENTAIRES PERÇUS PAR LES PARTICIPANTS EN EFFECTIF (N=800)	30
TABLEAU 4. PREVALENCE, FREQUENCE ET TYPE DE SAIGNEMENT GINGIVAL DANS L'ECHANTILLON (N=800)	30
TABLEAU 5. DISTRIBUTION DES EFFECTIFS SELON LE DIAGNOSTIC OU LE TRAITEMENT D'UN CHIRURGIEN-DENTISTE (N=800).....	31
TABLEAU 6. DISTRIBUTION DES EFFECTIFS EN FONCTION DE LA VARIABLE « RPS + » (N=800)	39

Introduction

Cette thèse s'inscrit dans le contexte de la prévention des maladies parodontales en France. Selon les données de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), près de 50% des adultes âgés de 35 à 64 ans présenterait une poche parodontale supérieure à 3mm, révélant ainsi un problème de santé bucco-dentaire préoccupant (1). Pourtant, il est rare que les patients se plaignent de ces symptômes, et la consultation chez un professionnel de santé bucco-dentaire intervient souvent à des stades avancés de la maladie. Or, la parodontite ne constitue pas seulement une menace pour la conservation des dents, mais elle est également associée à certaines pathologies chroniques telles que le diabète ou les maladies cardiovasculaires (2), en faisant ainsi un enjeu majeur de santé publique.

Dans ce contexte, il apparaît crucial d'évaluer les connaissances et la perception des symptômes parodontaux chez les patients, afin de mettre en place des plans de prévention adaptés. C'est dans cette optique que s'inscrit cette recherche, qui vise à réaliser un sondage auprès de participants d'auto-évaluation de leur niveau d'état de santé bucco-dentaire, afin d'évaluer leur niveau de reconnaissance des symptômes parodontaux. Le questionnaire du Collège National des Enseignants en Parodontologie (CNEP) est utilisé dans le cadre de cette étude, ayant déjà été déployé avec succès dans l'Est de la France, notamment à Strasbourg et à Nancy.

La justification de cette recherche réside dans le fait qu'aucune étude similaire n'a été réalisée dans l'Ouest de la France. Par conséquent, cette thèse vise à combler cette lacune en fournissant des résultats dans une autre région du pays, tout en garantissant la comparabilité des données en réalisant l'enquête dans des conditions similaires.

L'objectif principal de cette recherche est donc de mesurer l'état actuel des connaissances et la perception des symptômes par les participants. Pour ce faire, une méthodologie rigoureuse est mise en place, impliquant l'interrogation aléatoire de participants volontaires dans des lieux publics tels que les gares, centres commerciaux et les rues. Les données ainsi obtenues seront ensuite analysées afin de fournir des résultats significatifs et exploitables.

Le plan de cette thèse comprendra une première partie dédiée à la définition et au rappel des pathologies parodontales, suivie d'une revue de littérature sur l'épidémiologie de ces pathologies à l'échelle mondiale et en France, en mettant notamment en lumière les résultats de l'enquête nationale menée par l'UFSBD en 2002. Les objectifs et les critères de recherche seront définis, suivis d'une description détaillée des matériaux et méthodes utilisés. Enfin, les résultats de l'étude seront présentés et discutés.

Glossaire des acronymes

PAC : Perte d'attache clinique

PD : Profondeur de sondage parodontal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

CNEP : Collège National des Enseignants en Parodontologie

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

SPP : Symptômes de pathologie parodontale sans examen clinique (variable MP)

NID : Nettoyage interdentaire

BDB : Bain de bouche

2. Contexte et justification

2.1. État de l'art

2.1.1. Définition des maladies parodontales, facteurs de risques et traitements parodontaux

La parodontie est une discipline de la dentisterie spécialisée dans le traitement du parodonte, tissu de soutien qui relie les dents aux bases osseuses du massif facial. On y distingue la gencive qui forme le parodonte superficiel et le parodonte profond constitué du cément radiculaire, du ligament alvéolo-dentaire et du tissu osseux alvéolaire.



Figure 1. Schéma du parodonte avec dent coupée dans le sens sagittal

Les pathologies parodontales sont définies comme « des maladies plurifactorielles, inflammatoires, généralement d'origine infectieuse, localisées au parodonte » (3). Elles résultent d'une perturbation de l'homéostasie entre la flore bactérienne buccale, notamment retrouvée dans la plaque dentaire, et les dispositifs de défense de l'organisme.

La plaque dentaire est une entité complexe formée par une diversité de microorganismes naturellement présents sur la surface des dents. Sa capacité à s'organiser de manière autonome sous la forme de biofilm offre une protection aux bactéries contre la réponse immunitaire de l'hôte et aux traitements antibiotiques et désinfectants (4). Présente en permanence chez tous les individus, l'élimination de la plaque dentaire est essentielle avant sa transformation en tartre après calcification (5).

Face à ce biofilm, l'organisme peut parfois adopter une attitude d'avantage "permissive", indiquant que ses systèmes de défense se trouvent dans l'incapacité de faire face au facteur bactérien entraînant ainsi une réaction inflammatoire inappropriée en réponse à celui-ci, les affections parodontales prennent forme.

Des facteurs de risques reconnus vont influencer la réponse immuno-inflammatoire de l'hôte. Ils peuvent être généraux ou locaux. On sait par exemple que la maladie parodontale entretient une relation bidimensionnelle avec certaines pathologies générales telles que le diabète (6) ou

les maladies cardiovasculaires (7). On pourra retrouver des facteurs de risque modifiables comme la consommation tabagique ou les habitudes d'hygiène bucco-dentaire ; et non modifiables tels que l'âge ou l'origine ethnique.

Les maladies parodontales ont la capacité d'impacter le parodonte en surface se manifestant ainsi sous la forme de gingivites, ou en plus profondeur sous la forme de parodontites.

Les symptômes de la gingivite sont caractéristiques d'une atteinte inflammatoire avec un aspect rouge et œdématié de la gencive ; on pourra retrouver une halitose et une altération de la qualité de vie du patient. Le saignement gingival est le signe pathognomonique de la gingivite. Ces symptômes sont potentiellement observables par le patient.

Concernant la parodontite, les symptômes précédemment cités sont aussi retrouvés, on peut y ajouter la présence de récessions gingivales et de mobilités dentaires. De plus, des symptômes observables par le praticien peuvent être présent dans un cas de parodontite : une perte d'attache, de l'alvéolyse et la présence de poches parodontales.

La parodontite entraîne donc une perte d'attache de la dent à son tissu de soutien, le parodonte se traduisant plus simplement par une diminution du support osseux d'ancrage dentaire, aussi appelée alvéolyse. Le risque à terme est la perte de dents cliniquement saines ayant perdu leur support d'ancrage.

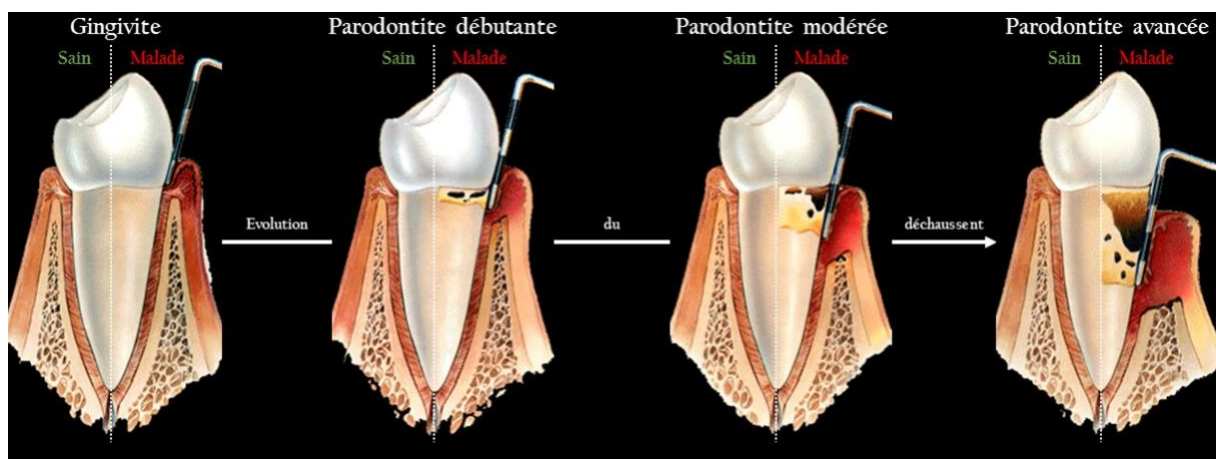


Figure 2. Schéma d'atteinte parodontale

Ainsi, la parodontie vise à prévenir et traiter ces atteintes pour ramener le parodonte à un état plus stable. Les traitements parodontaux se réalisent en plusieurs étapes. Au cours d'une consultation, le professionnel de santé informe le patient de sa pathologie parodontale et pose le diagnostic du type de parodontite ; il évaluera la sévérité de l'atteinte parodontale, notamment à l'aide de la classification de 2017 (8) et proposera un traitement étiologique après identification des facteurs de risques avec le patient. La première phase du traitement est le traitement parodontal initial non chirurgical via une éducation à l'hygiène bucco-dentaire du patient et un débridement/surfaçages radiculaires. Parfois, des interventions via des techniques complémentaires chirurgicales peuvent être nécessaires après réévaluation.

Le but étant d'assainir le parodontale pour le stabiliser, et de rétablir une homéostasie entre biofilm et réponses immuno-inflammatoires de l'hôte lorsque les facteurs de risques sont modifiables.

2.1.2. Épidémiologie et répercussions des maladies parodontales

2.1.2.1. Dans le monde

Après avoir établi la définition de la parodontite, cette seconde partie se tourne vers une revue de littérature épidémiologique des maladies parodontales à l'échelle mondiale ainsi que de leurs répercussions. Cette synthèse cherche à justifier la nécessité de l'enquête épidémiologique réalisée en Loire-Atlantique afin de contribuer au développement d'une approche plus préventive de ces pathologies à l'échelle nationale française. Elle explorera les travaux épidémiologiques antérieurs réalisés aux Etats-Unis, en Chine Continentale, en Australie, en Afrique puis en Europe.

Aux Etats-Unis, un rapport scientifique décrit la prévalence, la sévérité et l'étendue de la parodontite dans la population adulte en utilisant les données combinées de cycles réalisés en 2009-2010 et 2011-2012 par l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition (NHANES) (9). Les estimations ont été dérivées pour des adultes dentés âgés de ≥ 30 ans, issus de la population civile non institutionnalisée des États-Unis.

La parodontite a été définie par des combinaisons de perte d'attache clinique (PAC) et de profondeur de sondage parodontal (PD) à partir de six sites par dent sur toutes les dents, à l'exception des troisièmes molaires, en utilisant des définitions de cas standardisées pour la surveillance. Pour la première fois dans l'histoire du NHANES un nombre suffisant d'Asio-Américains non hispaniques a été échantillonné en 2011-2012, permettant de fournir des estimations fiables de la prévalence de la parodontite de cette ethnie.

De 2009 à 2012, 46% des adultes américains, représentant 64,7 millions de personnes, avaient une parodontite, dont 8,9% présentaient une parodontite sévère. Dans l'ensemble, 10,6% des dents avaient une PD ≥ 4 mm, et 37,4% avaient une PAC ≥ 3 mm. La prévalence de la parodontite était positivement associée à l'âge croissant et était plus élevée chez les hommes. La prévalence de la parodontite était la plus élevée chez les Hispaniques (63,5%) et les Noirs non hispaniques (59,1%), suivis des Américains d'origine asiatique non hispanique (50,0%), et la plus faible chez les Blancs non hispaniques (40,8%). La prévalence variait d'un facteur deux entre les niveaux les plus bas et les plus élevés de statut socio-économique, que ce soit défini par la pauvreté ou l'éducation.

Cette étude confirme une prévalence élevée de la parodontite chez les adultes américains âgés de ≥ 30 ans, avec près de 50% affectés. Cette distribution fournit des informations précieuses pour des actions basées sur la population afin de prévenir ou de gérer la parodontite chez les adultes américains mais n'a été réalisée que sur une population dentée, entraînant une sous-estimation de la prévalence de la parodontite et de ses impacts.

En Chine continentale, une étude a analysé à l'aide d'un questionnaire les données démographiques, socio-économiques, les habitudes personnelles, l'historique dentaire et les attitudes en matière de santé de plus de 10 000 sujets adultes âgés de 35 à 74 ans en 2016 (10). La condition parodontale a été évaluée en utilisant les définitions de cas standardisées du schéma de classification de Chicago de 2017 (11). Une analyse multivariée a été réalisée pour étudier la relation entre la sévérité de la parodontite et l'âge, le statut tabagique, le sexe et la région en ajustant pour les facteurs de confusion.

Sur les trois groupes (n°1 de 35 à 44 ans [N = 4409], n°2 de 55 à 64 ans [N = 4622], et n°3 de 65 à 74 ans [N = 4428]), la fréquence des sujets atteints de parodontite était respectivement de 52,8%, 69,3% et 64,6%. La sévérité de la maladie parodontale était positivement associée à

l'âge. Les fumeurs actuels et anciens présentaient une gravité de la maladie significativement plus élevée que les non-fumeurs après ajustement pour les facteurs de confusion. Aucune différence significative de sévérité n'a été trouvée entre les hommes et les femmes.

En Australie, une étude transversale a été menée en 2017-18 via une enquête en ligne et des entretiens téléphoniques sur 15 731 australiens âgés de 15 et plus, pour obtenir des informations auto-déclarées sur leur état de santé bucco-dentaire (12). Parmi eux, 5022 ont subi un examen buccal réalisé par des praticiens dentaires calibrés suivant un protocole standardisé dans des cliniques dentaires publiques.

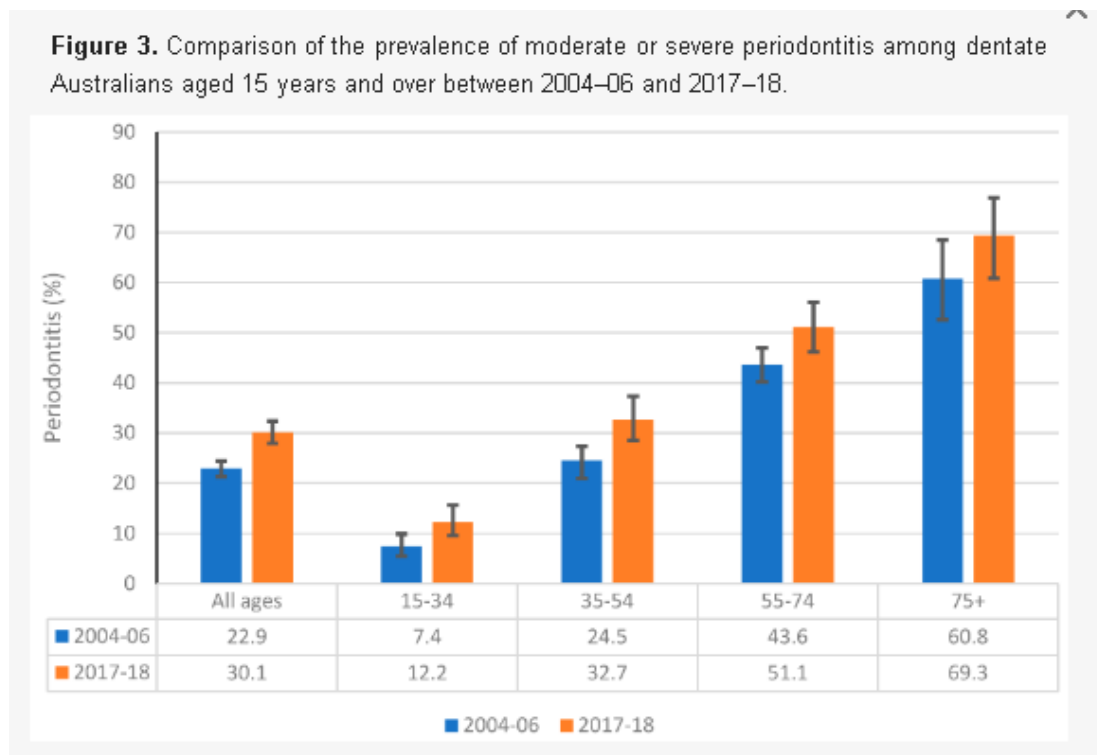


Figure 3. Comparaison de la prévalence de parodontite modérée et sévère en fonction des tranches d'âge chez les Australiens âgés de 15 ans et plus entre 2004-2006(13) et 2017-18 (12)

Les résultats ont montré que près de 29% des adultes présentaient une gingivite, tandis que la prévalence globale de la parodontite parmi la population dentée était de 30,1%. Contrairement à la gingivite, la prévalence de la parodontite modérée ou sévère augmentait significativement avec l'âge : près de 70% des adultes dentés âgés d'au moins 75 ans présentaient une parodontite.

	N	% (95% CI)	Total	Age (Years)			
				15-34	35-54	55-74	≥75
				% (95% CI)			
All people	4402		30.1 (27.9, 32.4)	12.2 (9.5, 15.6)	32.7 (28.5, 37.3)	51.1 (46.2, 56.0)	69.3 (60.5, 76.9)
Sex							
Male	1906	48.9 (46.0,51.8)	34.9 (31.2,38.8)	16.6 (11.8,22.8)	38.9 (32.1,46.3)	59.5 (53.3,65.4)	63.1 (48.1,75.9)
Female	2496	51.1 (48.2,54.0)	25.5 (22.7,28.5)	7.8 (5.3,11.3)	26.6 (21.7,32.2)	43.5 (37.1,50.2)	73.0 (62.3,81.6)
Indigenous identity							
Non-Indigenous	4330	98.4 (97.4,99.0)	30.3 (28.1,32.7)	12.5 (9.7,15.9)	32.9 (28.6,37.5)	50.8 (46.0,55.6)	69.2 (60.4,76.8)
Indigenous	71	1.6 (1.0,2.6)	11.0 * (5.3,21.3)	3.9 * (0.8,17.2)	21.0 * (8.2,44.1)	49.7 * (15.4,84.3)	NP
Residential location							
Major cities	2607	73.8(70.3,77.0)	29.4 (26.7,32.2)	12.2 (9.0,16.4)	31.6 (26.4,37.2)	52.9 (46.7,59.1)	71.1 (60.1,80.0)
Rural/remote	1795	26.2 (23.0,29.7)	32.1 (28.1,36.5)	12.3 (8.2,18.2)	35.8 (28.8,43.4)	47.1 (39.6,54.8)	64.4 (49.7,76.9)
Year level of schooling							
Year 10 or less	943	23.2 (21.2,25.4)	45.0 (39.6,50.5)	7.7 * (3.3,16.7)	50.0 (39.8,60.3)	55.9 (47.8,63.7)	72.2 (61.0,81.1)
Year 11 or more	3427	76.8 (74.6,78.8)	25.6 (23.2,28.2)	12.9 (9.8,16.8)	29.2 (24.8,34.1)	47.8 (42.3,53.3)	64.7 (49.2,77.7)
Highest qualification attained							
Degree or above	1865	23.2 (21.2,25.4)	21.7 (18.2,25.6)	11.6 (6.7,19.1)	22.7 (18.1,28.1)	49.7 (42.6,56.7)	59.6 (35.9,79.6)
Other/None	2477	69.4 (66.7,71.9)	33.6 (30.6,36.6)	12.6 (9.5,16.5)	38.4 (32.5,44.6)	50.9 (45.3,56.5)	69.9 (60.6,77.8)

Figure 4. *Distribution de la prévalence de parodontite chez les Australiens en fonction du sexe, de l'origine ethnique, du lieu de résidence et du niveau de scolarité et de qualification professionnelle (12)*

D'autre part, les résultats ont mis en évidence une santé bucco-dentaire plus mauvaise chez les Australiens issus de milieux socio-économiques défavorisés, indiquant des inégalités socio-économiques en matière de santé bucco-dentaire. La prévalence de la parodontite parmi les participants de tout âge était la plus faible chez les Australiens autochtones (11,0%) et la plus élevée chez ceux ayant suivi la scolarité jusqu'à la 10^{ème} année ou moins (45%). Les individus sans diplôme ou qualification supérieure, ceux qui étaient éligibles aux soins dentaires publics, ceux sans assurance dentaire et ceux qui ne consultaient un dentiste que pour un problème dentaire (consultation d'urgence) présentaient des niveaux de parodontite significativement plus élevés que leurs homologues.

En Afrique, il existe peu de données épidémiologiques sur les maladies parodontales. Une étude transversale réalisée en 2019 avait pour objectif de présenter l'état parodontal d'un échantillon de population adulte sud-africaine (14). Cette étude a inclus 951 individus vivant dans la région de Belville South. Le saignement au sondage et la profondeur de poche ont été enregistrés pour chaque dent ; la perte d'attache clinique a été notée avec le score le plus élevé par sextant.

Plus d'un tiers des sujets avaient un saignement au sondage, plus de 50% des sujets avaient des poches peu profondes (4-5 mm), et près de 6% avaient des poches profondes (≥ 6 mm). Une PAC ≥ 4 mm était présente chez 40,1% des individus. Les hommes présentaient des conditions parodontales plus graves que les femmes.

Au Maghreb, une étude a analysé à travers une revue de littérature les principaux indicateurs de santé bucco-dentaire entre 1990 et 2020 (15) sur trois bases de données (PubMed, Sciences Direct et Cochrane). L'analyse des résultats a révélé une morbidité élevée des maladies bucco-dentaires dans les pays du Maghreb, dominée par les caries dentaires et les maladies parodontales, avec un besoin important de soins dentaires. Pour les maladies parodontales, la

prévalence dépasse 55% à l'âge de 15 ans. De plus, des inégalités dans l'accès aux soins bucco-dentaires entre les régions ont été notées.

En Europe, une méta-analyse réalisée en 2010 fait le point sur les données épidémiologiques récentes sur les maladies parodontales en Europe (16). Elle a regroupé 29 publications scientifiques sur les 523 potentiellement exploitables donnant des informations sur les maladies parodontales, telles que la prévalence des poches parodontales de 4mm ou plus et la PAC \geq 4mm. L'analyse montre une hétérogénéité en Europe. L'Espagne, la Suède et la Suisse sont identifiés comme ayant les meilleures conditions parodontales parmi les pays européens, tandis que l'Allemagne rapporte une augmentation de la perte de dents et la plus forte prévalence de PAC \geq 4mm.

L'étude souligne l'importance des professionnels de santé bucco-dentaires auxiliaires tels que les hygiénistes dentaires pour assurer des soins parodontaux efficaces. Les auteurs insistent sur la nécessité de mener plus d'études épidémiologiques nationales représentatives, utilisant des méthodologies uniformes, afin de faciliter les comparaisons entre les différents pays européens.

En conclusion, cette revue de littérature épidémiologique des pathologies parodontales à l'échelle mondiale met en lumière l'ampleur du problème de la parodontite. Les données recueillies révèlent une prévalence élevée de parodontite dans diverses régions du monde, avec des facteurs socio-économiques, démographiques et comportementaux influençant sa sévérité et sa distribution. Cette situation souligne l'importance d'une approche préventive et d'interventions efficaces pour réduire l'incidence de la parodontite et ses conséquences néfastes sur la santé générale.

Dans son rapport de 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a pointé la maladie parodontale comme l'une des affections bucco-dentaires préoccupantes pour la santé publique. Outre leur impact sur la santé bucco-dentaire en compromettant la pérennité des dents sur l'arcade dentaire, les pathologies parodontales sont également impliquées dans la genèse ou la complication de certaines maladies générales : des méta-analyses prouvent que les personnes présentant une parodontite ont plus de risque de développer une maladie cardiovasculaire, indépendamment d'autres facteurs de risques (17) ; et que la prévention et le traitement des maladies parodontales sont nécessaires pour le bon contrôle glycémique des patients diabétiques (6). En conséquence, l'OMS a publié un plan de stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire pour 2030 se traduisant par la nécessité de passer d'une approche actuellement curative vers une approche plus préventive de la population. Ainsi, chaque pays est appelé à développer sa politique de santé publique afin mettre en œuvre des programmes de prévention adaptés à ses propres réalités épidémiologiques.

2.1.2.2. En France

En France, peu d'études ont permis d'établir des tendances épidémiologiques sur la santé parodontale de la population adulte générale. Les différentes études réalisées ne s'équivalent pas toutes en termes de méthodologies ou encore de définitions des indicateurs parodontaux, rendant difficile la comparaison directe des données et limitant ainsi la possibilité d'une estimation globale cohérente des prévalences des maladies parodontales.

L'une des études épidémiologiques les plus significatives à ce jour est l'enquête nationale dirigée par un groupe multidisciplinaire comprenant le Pr Denis Bourgeois, en étroite collaboration avec l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire en 2002 (1). Cette étude multicentrique a tiré parti des examens de santé préventifs des salariés, offrant une possibilité de recueil de données épidémiologiques précieuses, pour évaluer différents indicateurs

parodontaux dans 29 des Centres d'Examens de Santé de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) répartis sur le territoire. L'indice de plaque, de saignement, la profondeur de poche et la perte d'attache clinique ont été évalués sur 2 144 salariés âgés de 35 à 65 ans, avec 51% de femmes.

Les résultats de l'étude indiquent que 95,40 % des adultes présentaient une perte d'attache et 82,23 % avaient une ou des poches parodontales. La prévalence d'une perte d'attache sévère (c.-à-d. ≥ 5 mm) était de 46,68 % et celle d'une profondeur de poche > 5 mm était de 10,21 %. Seulement 4,6% des personnes ne présentaient pas de perte d'attache de ≤ 2 mm.

Les estimations démographiques indiquaient que plus d'un million de sujets en France auraient une perte d'attache d'au moins 7mm. Cependant, ces chiffres sont très certainement sous-estimés ; l'enquête n'incluant pas toutes les tranches d'âge, catégories professionnelles et excluant certaines pathologies notamment les maladies cardio-vasculaires.

2.1.3. Hypothèses de recherche et résultats attendus

À la suite de cette collaboration, l'UFSBD a publié un compte-rendu dans un communiqué de presse sur la santé parodontale en 2005 ; elle met en lumière le contraste entre les résultats obtenus et le fait que les besoins ressentis des populations semblent faibles. La prévalence des symptômes ne semble pas se traduire dans les faits par des signes cliniques d'alerte pouvant amener au besoin de consulter un professionnel de santé. Les possibilités d'un auto-diagnostic semblent donc restreintes. La justification de l'amélioration de la sensibilisation et de l'éducation à la santé parodontale est recherchée dans ce contexte.

Ainsi, une première enquête épidémiologique par auto-évaluation de la santé parodontale de la population adulte générale française permettrait d'avoir un aperçu du regard que les patients portent sur leurs signes cliniques et d'envisager un plan de sensibilisation et prévention des populations.

Le questionnaire initié par le CNEP s'inscrit dans cet objectif d'estimation démographique (Annexe 1). Composé de 24 questions auxquelles les personnes sondées répondent en choisissant une ou plusieurs des réponses disponibles, ce questionnaire collecte des informations sur l'état civil, la santé générale et la santé bucco-dentaire sur un principe d'auto-évaluation. Il permet d'étudier l'identification et l'interprétation des symptômes d'atteinte parodontale sur la population examinée.

Une enquête a d'abord été initiée sur la ville de Nancy encadrée par le Pr Catherine Bisson, puis à Strasbourg par le Pr Olivier Huck. Il n'y a pas de données disponibles pour la Loire-Atlantique, la réalisation de cette thèse permet d'apporter des éléments nouveaux concernant l'Ouest de la France ; et qui pourront être comparés à ceux obtenus avec ceux obtenus dans l'Est de la France.

3. Objectifs et critères

3.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'estimer la prévalence des individus déclarant présenter des symptômes de pathologie parodontale.

3.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont au nombre de trois :

- Évaluer l'interprétation des symptômes parodontaux par les participants
- Étudier si les populations dites « à risque de pathologies parodontales »¹ sont plus sensibilisées
- Examiner si un professionnel de santé a pu influencer la perception des symptômes sur certains patients ayant été diagnostiqués ou traités d'une pathologie parodontale.

3.3. Critères d'évaluation

3.3.1. Critères de jugement principaux

Les critères de jugement principaux retenus sont :

- Le saignement de la gencive
- La rétraction des gencives
- Le déchaussement dentaire

3.3.2. Critères de jugement secondaires

La première étape consistera à évaluer la prévalence des signes auto-déclarés de pathologie parodontale en fonction des critères de jugement suivants :

- Des données personnelles tels que l'âge, le genre, le niveau de formation et la catégorie professionnelle selon la nomenclature INSEE de 2003
- De l'état de santé générale via :
 - o La consommation tabagique
 - o La présence d'une maladie générale et son type, notamment pour mettre en évidence la prévalence des symptômes en fonction du diabète, de la polyarthrite rhumatoïde et des maladies cardiovasculaires.
- Des habitudes d'hygiène bucco-dentaire tels que :
 - o La fréquence journalière, le matériel et les techniques de brossage dentaire
 - o La fréquence hebdomadaire de nettoyage interdentaire
 - o La fréquence hebdomadaire de bain de bouche
- D'autres symptômes bucco-dentaires tels que :
 - o La présence de bourrage alimentaire
 - o La survenue d'un événement anormal sur une dent au cours des trois derniers mois (douleur, gonflement gingival, mauvais goût, ...)
 - o La présence d'une mobilité dentaire
 - o La fréquence de saignement gingival et son caractère spontané ou provoqué

¹ En fonction des facteurs de risques reconnus par la Science, tels que le diabète, les polyarthrites rhumatoïdes et les maladies cardiovasculaires.

Dans un second temps, l'interprétation des symptômes auto-déclarés par le participant est évaluée selon deux critères :

- Une auto-évaluation du niveau de santé bucco-dentaire sur une échelle allant de « Mauvaise » à « Excellente »
- La perception personnelle d'être atteint d'une « maladie des gencives »

Enfin, la prévalence des participants rapportant avoir eu un diagnostic ou un traitement parodontal par un professionnel de santé est appréciée.

4. Matériel et méthode

Pour des raisons d'homogénéité, l'enquête est réalisée dans les mêmes conditions, selon le protocole initial débuté à Nancy.

4.1. Population

4.1.1. Critères d'inclusion

- Être âgé d'au moins 18 ans au moment du questionnaire
- Résider l'agglomération nantaise
- Durée d'inclusion : 6 mois
- Durée de participation : le temps de remplissage du questionnaire
- Durée totale : 1 an

4.1.2. Critères de non-inclusion

- Personne mineure
- Refus de participer à l'enquête

4.1.3. Taille de l'échantillon

Les deux enquêtes réalisées dans l'Est de la France s'appuient chacune sur un échantillon de 400 personnes majeures sans limite d'âge ni d'antécédents médicaux, de catégories socio-professionnelles différentes sondées au hasard sur la base du volontariat dans deux sites : une gare et un centre commercial.

Dans cette enquête nantaise, un travail en binôme a permis d'augmenter l'échantillon de 400 personnes supplémentaires afin de réduire les biais et d'obtenir un échantillon qui tend à représenter au mieux la population adulte générale de Loire-Atlantique. Ces 400 personnes supplémentaires ont été sondées dans un centre distinct des deux autres : la rue, lieu de passage de toute population, sur différents sites de l'agglomération nantaise. Le tableau 2 de l'Annexe 2 présente les données en fonction du type de centre.

4.2. Méthode de recueil de données

Les participants ont été invités à répondre au questionnaire sur format papier au hasard sur la base du volontariat. La période de sondage s'étend sur plusieurs semaines de juin à décembre 2023. Les sondages ont été effectués à différents moments de la journée et de la semaine. Parfois, une aide au remplissage ou pour la compréhension des items était nécessaire.

4.2.1. Gare

Les 200 questionnaires ont été remplis sur trois semaines réparties entre les mois de juin et octobre 2023. L'intérêt de la gare était de toucher une population large et hétéroclite représentative de la population générale d'une métropole.

4.2.2. Centre commercial

Les 200 questionnaires ont été remplis sur une période de quatre semaines dans deux centres commerciaux de Nantes et Saint-Herblain entre juillet et novembre 2023. L'intérêt du centre commercial était de cibler une population disparate d'une ville de périphérie urbaine.

4.2.3. Rue

Les 400 questionnaires ont été effectués dans divers endroits, notamment en centre-ville, dans des rues passantes et des parcs.

4.2.4. Temps d'information et de prévention

A la fin du questionnaire, un temps d'échange et de prévention a été réalisé auprès des participants. En fonction des discussions, certains ont eu la possibilité de recevoir un dentifrice Méridol, s'ils le souhaitaient, dans le cadre de mesures préventives.

4.3. Technique d'exploitation des résultats

4.3.1. Support et stockage de données

Les données ont été recueillies à partir du questionnaire précédemment cité et ont été saisies dans un tableur Excel. Pour des raisons d'homogénéité, le même tableur Excel qu'à Nancy a été utilisé. Il présentait une ligne pour chaque participant, chaque colonne correspondant à une question, il suffisait de sélectionner la ou les item(s) coché(s) pour chacune d'entre elles. Afin de réduire les erreurs de saisie de données, pour chaque individu une double saisie a été réalisée ainsi que deux relectures par les deux opérateurs. Tout questionnaire comportant des incohérences a été écarté de l'ensemble des données.

Les questionnaires ont été remplis sur des supports papier par tous les participants. L'ensemble de ces questionnaires ainsi que le tableau brut de données sont stockés et conservés, conformément aux consignes de Nancy, jusqu'à la fin de l'étude universitaire à l'échelle nationale, voire de la publication des résultats.

4.3.2. Méthode d'analyse des données

4.3.2.1. Analyse statistique

L'analyse des données a été confiée à Mme Jacquot Sophie, Maître de conférences à l'Université d'Orléans et membre de l'Institut Denis-Poisson. Des tests d'indépendance de khi-deux de Pearson ont été réalisés. Pour que l'approximation du khi-deux soit correcte, les modalités « Ne sait pas » et « Ne souhaite pas répondre » n'ont pas été analysés. Celles-ci étant trop peu représentées.

4.3.2.2. Regroupement de données

4.3.2.2.1. Age

Un regroupement en quatre tranches d'âge équivalentes a été effectué dans le but de faciliter la lisibilité des résultats et de simplifier l'analyse statistique, tel que :

- Groupe 1 : ≤25 ans
- Groupe 2 : 26-40 ans
- Groupe 3 : 41-60
- Groupe 4 : >60 ans

Cette décision est motivée par plusieurs facteurs, notamment en raison d'une meilleure répartition des participants entre les différentes tranches d'âge. Enfin, la sélection de la tranche d'âge de 25 ans ou moins est jugée pertinente, marquant la transition de l'adolescence à l'âge adulte (18), et constituant également le dernier âge le plus proche du dernier examen bucco-dentaire de prévention assuré par le programme de prévention « M'T Dents » de l'Assurance Maladie, conformément au Code de la Santé Publique (19)(20).

4.3.2.2.2. Fréquences des techniques complémentaires d'hygiène bucco-dentaire

Afin de faciliter la lisibilité des résultats et la comparaison statistique, les fréquences hebdomadaires de nettoyage interdentaire et de bain de bouche ont été regroupées en classes telles que :

- « Nul » : réponse « 0 »
- « Insuffisant » : réponses « 1 / 2 / 3 ou 4 »
- « Suffisant » : réponses « 5 / 6 ou 7 »
- « Ne sait pas » : réponse « Ne sait pas »

4.3.2.3. Créations de variables

4.3.2.3.1. Variable de diagnostic positif aux pathologies parodontales sans examen clinique « MP »

Le questionnaire, reposant sur une auto-évaluation des symptômes, a conduit à la création d'une variable permettant d'affirmer qu'une personne pourrait présenter une maladie parodontale, en fonction de ses symptômes auto-déclarés. La variable « MP » a alors été créée pour évaluer la prévalence d'individus présentant des signes de pathologie parodontale sans examen clinique, selon les trois critères de jugements principaux cités plus haut tels que : la présence d'un saignement gingival et/ou d'une rétraction gingivale et/ou d'un déchaussement dentaire. Tout participant ayant rapporté présenter au moins un de ces symptômes a été intégré dans la variable « MP + ».

4.3.2.3.2. Quatre variables pour les maladies

Afin de pouvoir mieux mettre en évidence la prévalence des symptômes perçus en fonction du type de pathologie générale et certaines personnes pouvant présenter conjointement plusieurs maladies générales, quatre variables ont été créées afin d'isoler les réponses des participants en fonction des types de pathologies tels que :

- La variable « Diabète »
- La variable « Maladies cardiovasculaires »
- La variable « Polyarthrite rhumatoïde »
- La variable « Autres »

Les données en fonction du type de pathologie sont présentées dans le tableau 3 en Annexe 2.

4.3.2.3.3. Variable « Réponse d'un professionnel de santé »

Afin d'étudier si la prévention ou le traitement des pathologies parodontales par les professionnels de santé a eu de potentiels effets sur les participants, la variable « Réponse d'un professionnel de santé » a été créée. Tout participant ayant rapporté avoir été diagnostiqué d'une alvéolyse et/ou ayant bénéficié d'un traitement parodontal a été intégré à la variable « RPS + ».

5. Résultats

5.1. Présentation de la population étudiée

5.1.1. Données personnelles

5.1.1.1. Age et sexe

La population étudiée regroupait 800 participants âgées de 18 à 90 ans, pour une moyenne d'âge de 41,2 années et un âge médian de 35 ans. L'échantillon est composé de 412 hommes, soit 51,5% de l'effectif, et 388 femmes.

	Effectif	Pourcentage
≤25 ans	179	22,4
26-40 ans	277	34,6
41-60 ans	186	23,3
>60 ans	158	19,7
Total	800	100

Tableau 1. Distribution des effectifs en fonction des tranches d'âge (N=800)

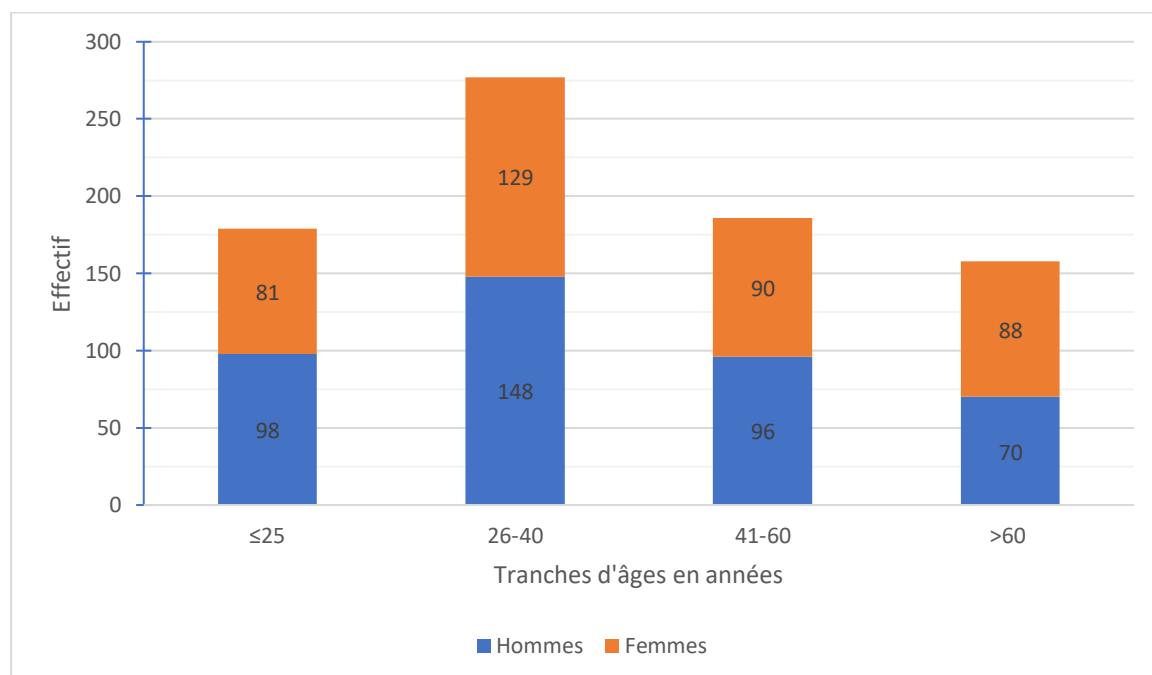


Figure 5. Distribution des effectifs en fonction du sexe et de l'âge (N=800)

5.1.1.2. Niveau de formation et catégorie professionnelle

Le niveau de formation et la catégorie professionnelle selon la catégorie INSEE de 2003 de la population sont présentés dans le graphique ci-dessous.

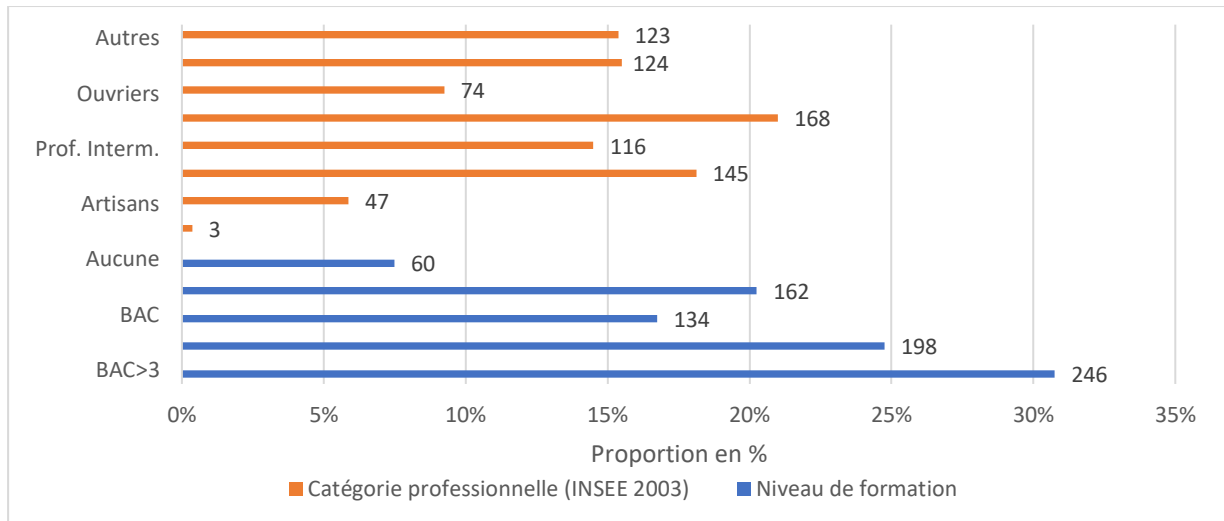


Figure 6. Distribution du niveau de formation scolaire et des catégories professionnelles (INSEE 2003) dans l'échantillon en effectif et pourcentage (N=800)

5.1.2. État de santé générale

5.1.2.1. Consommation tabagique

Parmi les 800 personnes sondées, 234 personnes présentaient un tabagisme actif. Parmi elles, 150 personnes ont rapporté avoir une consommation quotidienne de cigarettes inférieure à 10 cigarettes et 84 une consommation supérieure à 10 cigarettes par jour. Les personnes consommant en moyenne 10 cig/j ont été mises dans la catégorie « <10cig/j ».

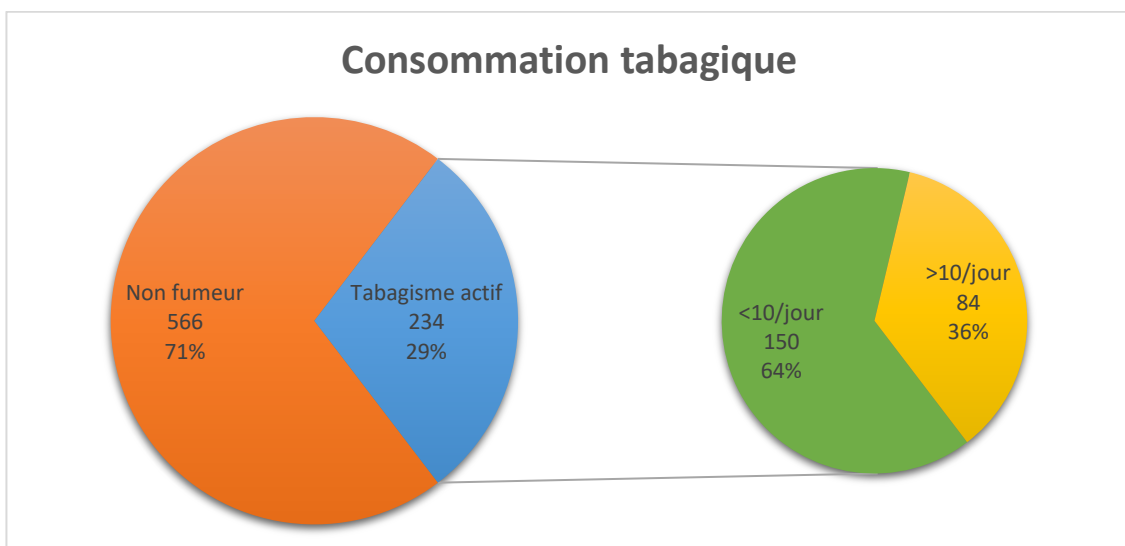


Figure 7. Distribution de la consommation tabagique dans l'échantillon en effectif et pourcentage (N=800)

5.1.2.2. Présence d'une maladie générale

174 participants présentaient une maladie générale (21,75% de l'effectif), 612 personnes n'en présentaient pas et 13 n'en savaient pas plus sur leur état de santé générale, tandis qu'une seule personne n'a pas souhaité répondre à la question.

La répartition des 174 participants atteints d'une pathologie générale est détaillée dans le tableau 1 de l'Annexe 2. Cette présentation est complexe notamment en raison de la possibilité pour certains participants de présenter conjointement plusieurs types de pathologie générale. Afin d'offrir une vue plus claire et concise, cette section des résultats se concentre sur la présentation de la prévalence de chaque type de maladie générale dans l'échantillon.

	Maladie générale	Diabète	Polyarthrite rhumatoïde	Maladies cardiovasculaires	Autres
Effectif	174	54	14	45	83
Prévalence 1		0,31	0,08	0,26	0,48
Prévalence 2		0,675	0,175	0,563	0,104

Tableau 2. Prévalence de chaque type de pathologie générale dans l'échantillon.

« Prévalence 1 » indique la prévalence d'une pathologie parmi les personnes malades (N=174).

« Prévalence 2 » indique la prévalence d'une pathologie parmi tous les individus de l'échantillon (N=800).

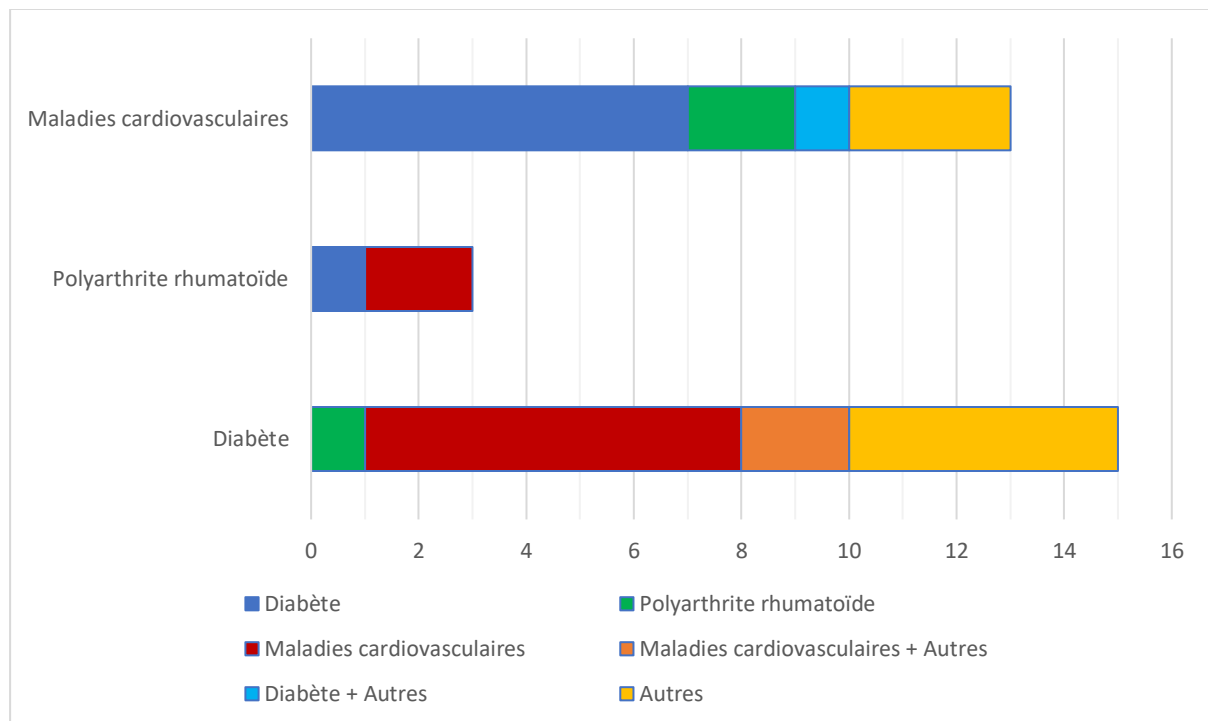


Figure 8. Prévalence des polyopathologies en effectif (N=20)

5.1.3. Habitudes d'hygiène bucco-dentaire

5.1.3.1. Fréquence, matériel et méthodes de brossage

66,4% des participants utilisaient une brosse à dents manuelle, 20,25% une brosse à dents électrique et près de 13% affirmaient utiliser les deux types de brosses à dents.

Quant à la fréquence de brossage journalière, 83,75% des personnes interrogées se brossaient les dents 2 à 3 fois par jour en moyenne, tandis que 15,25% se brossaient les dents à une fréquence d'une fois par jour voire moins.

Concernant le type de poils de brosse à dents, la majorité de l'échantillon affirmaient utiliser des poils moyens (46,8% de l'effectif), tandis que 4,1% des participants ne savaient pas quel était le type de poils dont ils se servaient.

A propos des techniques de brossage, la question à choix multiples proposait quatre réponses possibles : « horizontale, verticale, petits ronds et/ou oscillo-rotatif ». En raison des différentes combinaisons possibles, les résultats révèlent une grande variabilité. Dans l'ensemble, il est apparu les participants avaient du mal à déterminer quelle méthode de brossage ils utilisaient, avec notamment, dans des cas isolés, des participants affirmant utiliser des méthodes oscillo-rotatives alors qu'ils utilisaient en réalité une brosse à dents manuelle. La répartition des participants en fonction des méthodes de brossage utilisées est incluse dans le tableau 1 de l'Annexe 2.

5.1.3.2. Techniques complémentaires : bain de bouche et nettoyage interdentaire

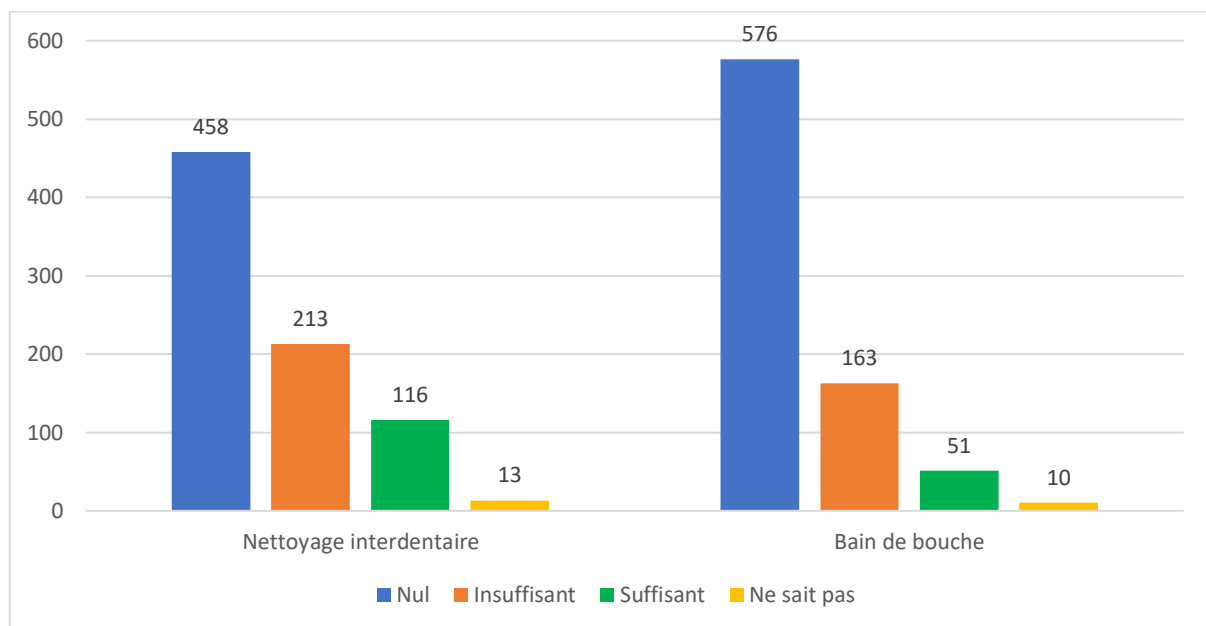


Figure 9. Distribution des classes de fréquences hebdomadaires de nettoyage interdentaire et de bain de bouche (N=800)
La réponse « Ne souhaite pas répondre » n'est pas représentée ici, aucun participant n'ayant coché ce choix pour les deux questions

5.1.4. Symptômes bucco-dentaires perçus et rapportés par les participants

77,4% des participants présentaient au moins un des symptômes bucco-dentaire proposés. Parmi ceux-ci, le saignement gingival est le plus prévalent, rapporté par 53,6% des participants, dont 91,4% d'entre eux présentaient des saignements au brossage. Le symptôme suivant le plus fréquent est le bourrage alimentaire, signalé par 34,3% des participants.

	Oui	Non	Ne sait pas	Ne souhaite pas répondre
Mobilité dentaire sans choc	166	614	20	0
Évènement anormal 3 mois	210	574	16	0
Bourrage alimentaire	274	483	43	0
Déchaussement dentaire	143	611	46	0
Rétraction gingivale	203	526	71	0
Saignement gingival	429	359	11	1

Tableau 3. Prévalence des symptômes bucco-dentaires perçus par les participants en effectif (N=800)

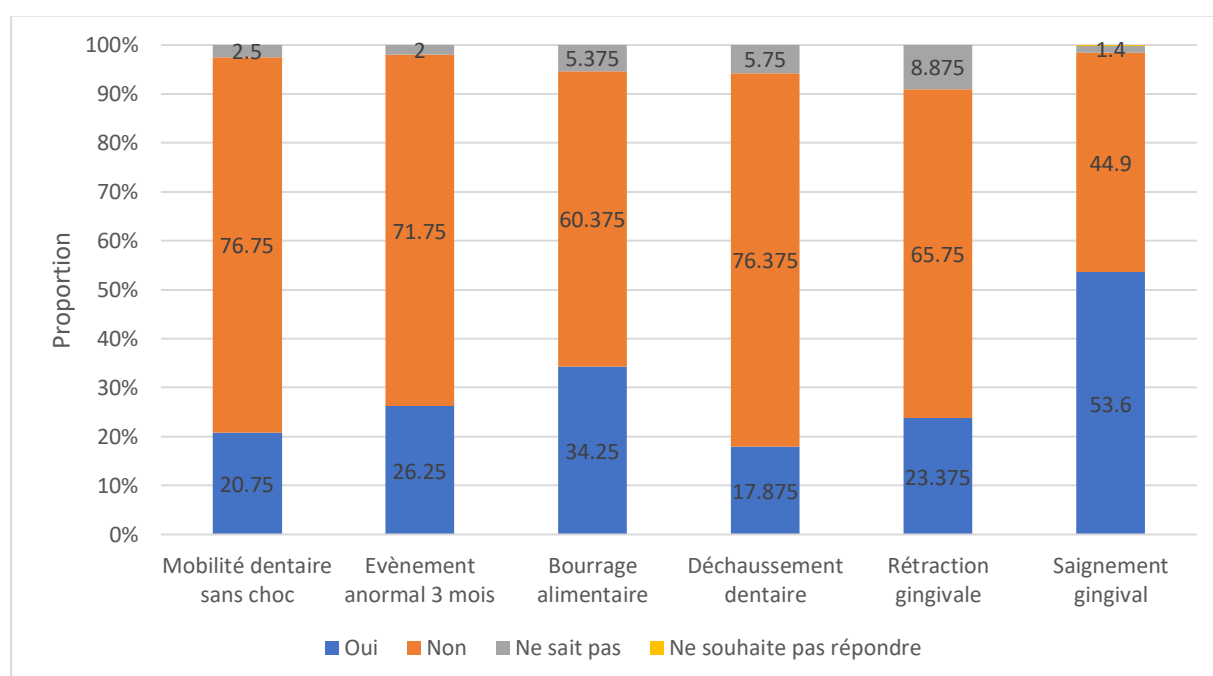


Figure 10. Prévalence des symptômes bucco-dentaires perçus par les participants en pourcentage (N=800)

	Caractère	Fréquence	Effectif	Pourcentage
Non			359	44,875
Oui	Au brossage (provoqué)		392	49
	1/mois	148	18,5	
	1/semaine	117	14,625	
	>1/semaine	106	13,25	
	Ne sait pas	21	2,625	
	Spontanément		37	4,625
	1/mois	14	1,75	
	1/semaine	2	0,25	
>1/semaine	18	2,25		
Ne sait pas	3	0,375		
Ne sait pas			11	1,375

Tableau 4. Prévalence, fréquence et type de saignement gingival dans l'échantillon (N=800)

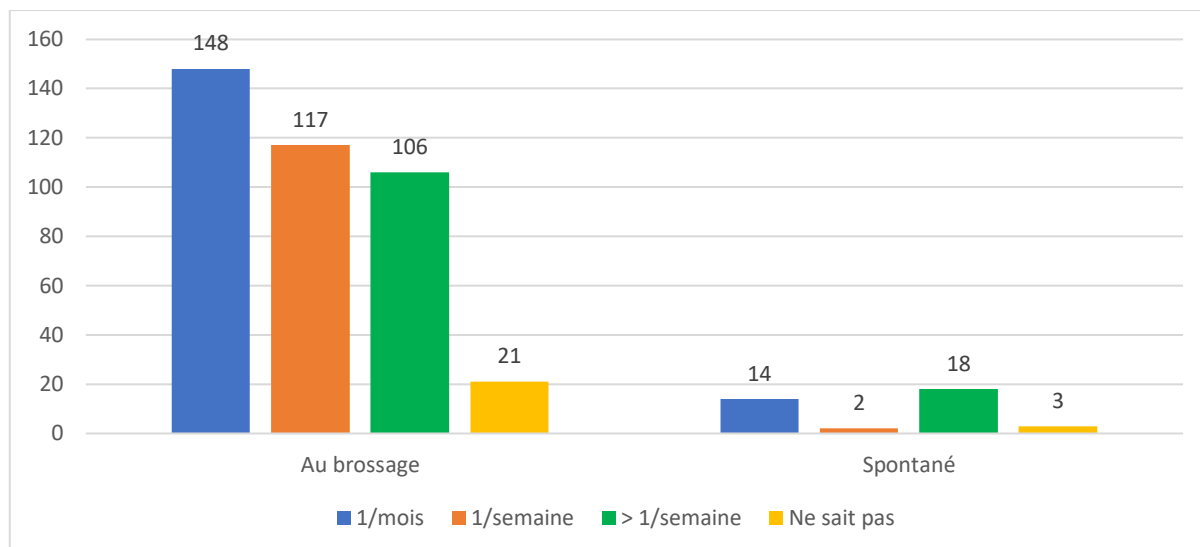


Figure 11. Distribution des fréquences de saignement gingival en fonction du caractère spontané ou provoqué (N=429)

5.1.5. Perte osseuse diagnostiquée et traitement par un professionnel de santé

Cette partie présente les réponses aux deux questions relatives à une perte osseuse, aussi appelée alvéolyse, diagnostiquée par un professionnel de santé bucco-dentaire ou au fait d'avoir déjà bénéficié d'un traitement d'assainissement parodontal.

	Oui	Non	Ne sait pas
Perte osseuse diagnostiquée	71	714	15
Traitement parodontal	61	708	31

Tableau 5. Distribution des effectifs selon le diagnostic ou le traitement d'un chirurgien-dentiste (N=800)

5.1.6. Auto-évaluation du patient

5.1.6.1. Auto-évaluation de l'état de santé bucco-dentaire

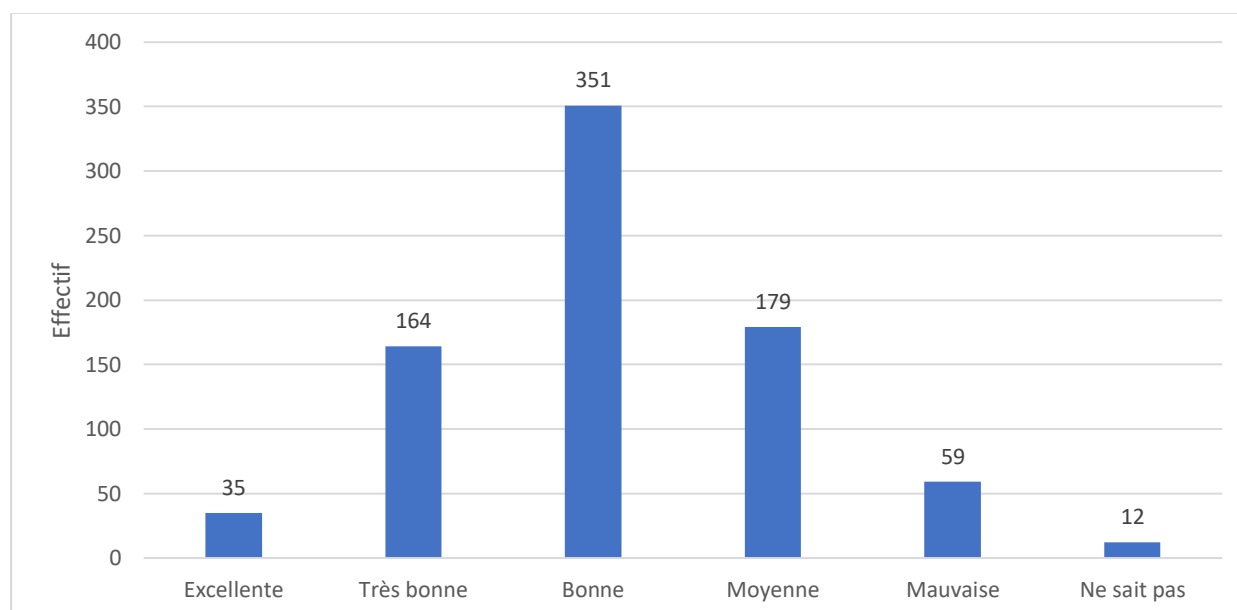


Figure 12. Distribution des effectifs en fonction du niveau d'évaluation de l'état de santé bucco-dentaire (N=800)

5.1.6.2. Présence d'une maladie des gencives

Parmi les 800 participants, 617 pensaient ne pas être atteints d'une potentielle maladie des gencives, soit 43,9% de l'échantillon. 15,1% affirmaient penser en présenter une, tandis que 7% ne savaient pas si elle pouvait présenter une maladie des gencives.

5.2. Étude des réponses par profil type

5.2.1. Profil des patients en fonction de la variable « MP »

Selon les critères de jugement définis plus haut, 570 participants (soit 71,25% de l'effectif) pourraient présenter une pathologie parodontale d'après les symptômes rapportés. Les résultats aux différentes questions en fonction de la probabilité d'avoir une maladie parodontale sans examen clinique sont détaillées dans le Tableau 5 de l'Annexe 2.

5.2.1.1. Age et sexe

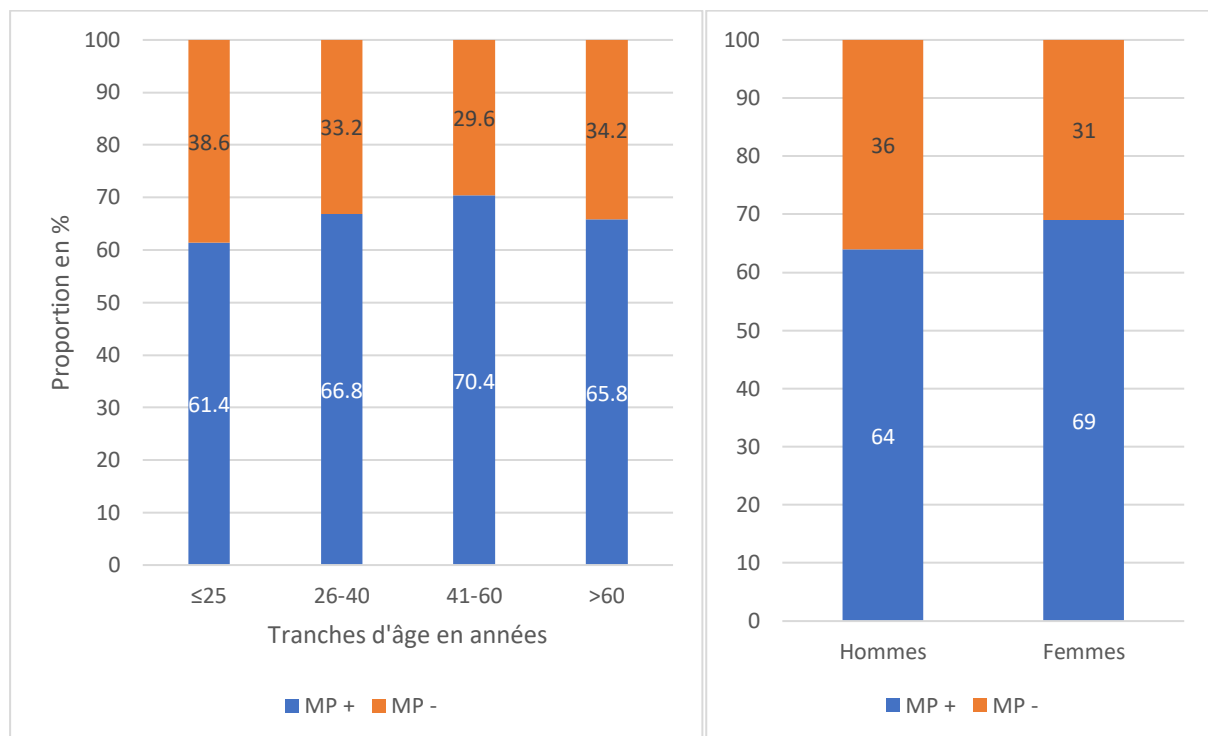


Figure 13. Distribution de « MP » en fonction des tranches d'âge et du sexe en pourcentage (N=800)

Bien que la différence entre les distributions de la variable « MP » en fonction des tranches d'âge et du sexe ne soit pas hautement significative ($p_{\text{âge}} = 0,3415$; $p_{\text{sexe}} = 0,1574$), on remarque que les femmes ont été plus nombreuses à signaler des symptômes de pathologie parodontale dans l'échantillon.

5.2.1.2. Niveau de formation et catégorie professionnelle (INSEE 2003)

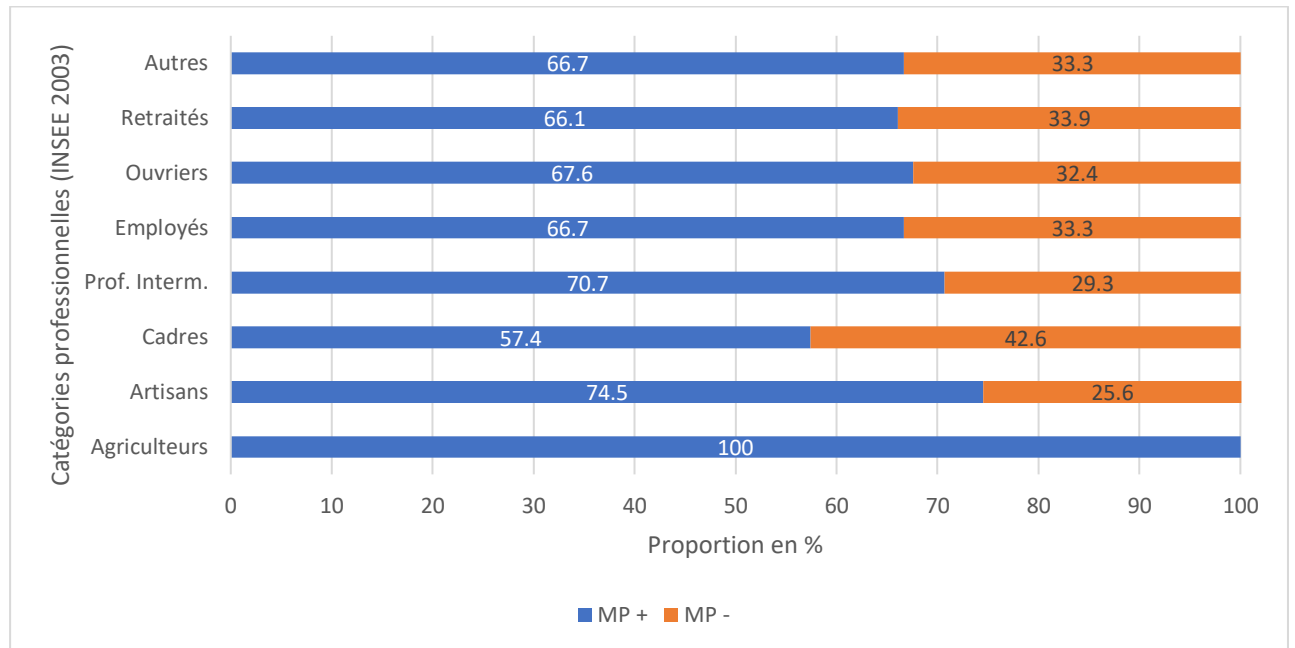


Figure 14. Distribution des catégories professionnelles (INSEE 2003) en fonction de la variable « MP » en pourcentage (N=800)

On remarque une diminution du nombre d'individus susceptibles de présenter une pathologie parodontale sans examen clinique lorsqu'ils font partie de la catégorie professionnelle « *Cadres (fonction publique, d'entreprise) et professions libérales et intellectuelles supérieures* », sans qu'il n'y ait pour autant une différence hautement significative entre les différentes catégories professionnelles ($p_{\text{professionnel}}=0,284$). On soulignera que la représentativité des « *Agriculteurs, exploitants* » est ici limitée (3 participants sur 800), aucune conclusion ne peut être tirée concernant cette catégorie professionnelle.

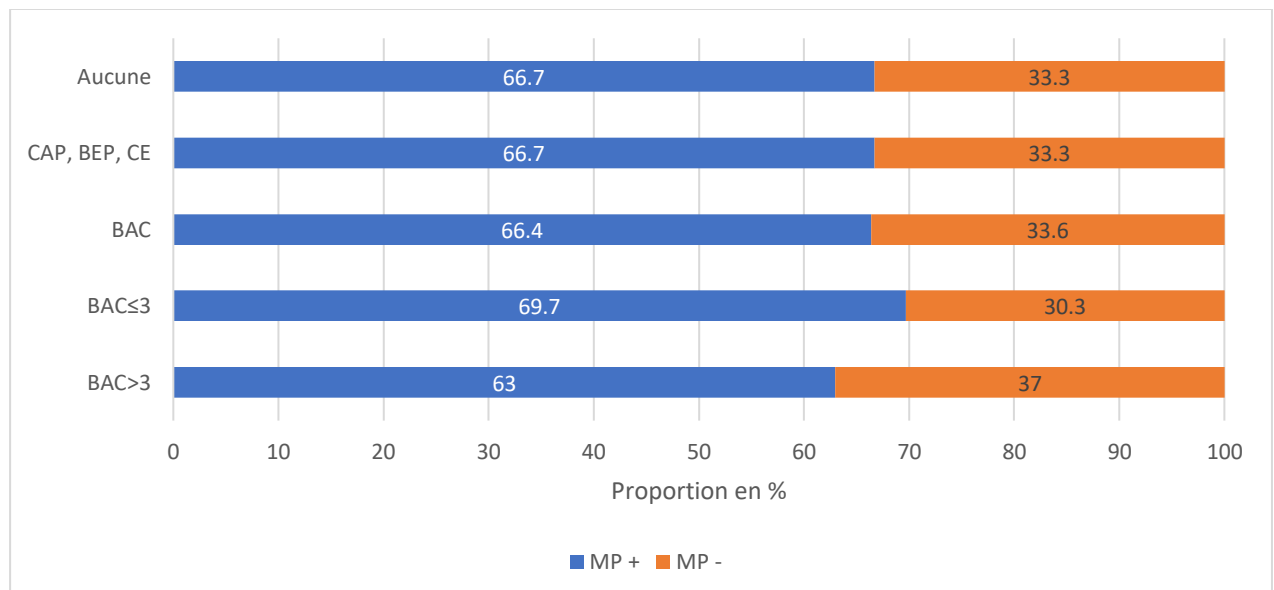


Figure 15. Distribution du niveau de formation en fonction de la variable « MP » en pourcentage (N=800)

Concernant le niveau de formation, il n'y aucune différence notable concernant la susceptibilité d'être atteint d'une pathologie parodontale ($p_{\text{formation}} = 0,694$). On remarque que le pourcentage le plus faible se trouve chez les personnes ayant un baccalauréat et plus de 3 années d'études supérieures.

5.2.1.3. État de santé générale

5.2.1.3.1. Consommation tabagique

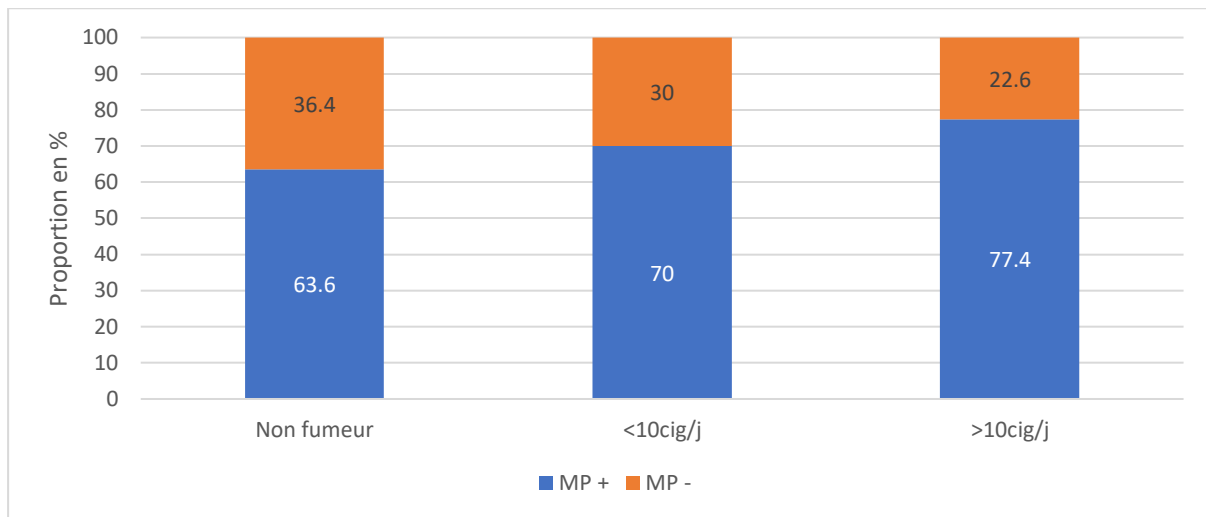


Figure 16. Distribution de la consommation tabagique en fonction de la variable « MP » en pourcentage (N=800)

Dans l'échantillon étudié, on remarque une augmentation significative de personnes susceptibles de présenter une pathologie parodontale sans examen clinique lorsque celles-ci fument ($p_{\text{tabac1}} = 0,0173$). En effet parmi les personnes non fumeuses 63,6% ont rapporté présenter des symptômes d'atteinte parodontale, ce chiffre passe à 72,7% lorsqu'elles fument. Il existe aussi une différence significative entre les fumeurs modérés et les gros fumeurs ($p_{\text{tabac2}} = 0,025$).

5.2.1.3.2. Présence d'une maladie générale

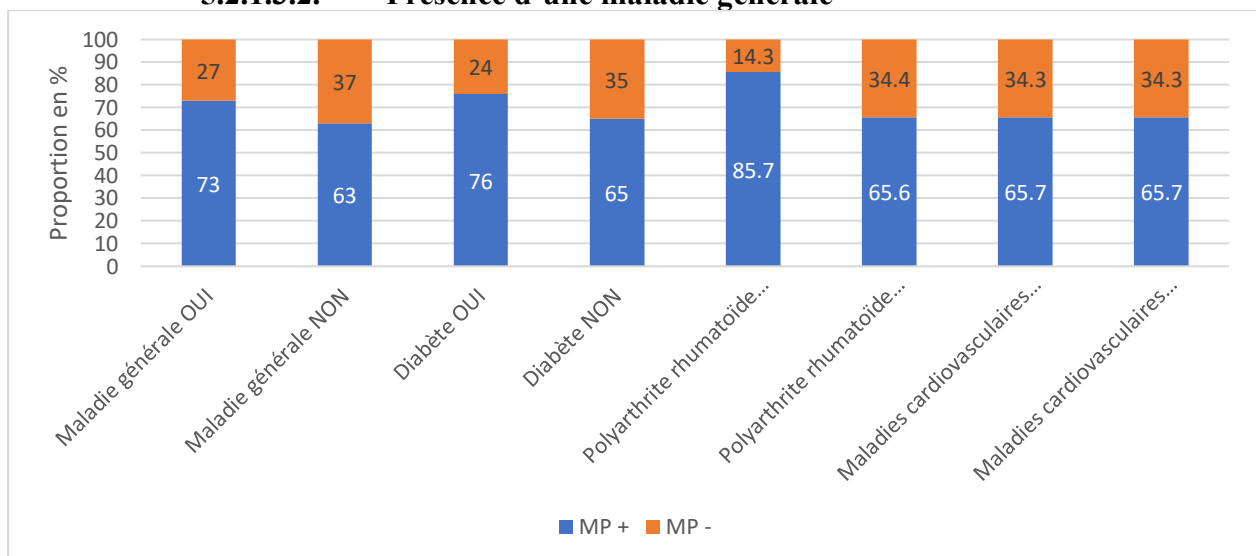


Figure 17. Distribution des pathologies générales en fonction de la variable « MP » en pourcentage

Il y a une augmentation significative de personnes rapportant des symptômes de pathologie parodontale (SPP) lorsqu'elles sont atteintes d'une pathologie générale ($p_{\text{maladie}}=0,032$).

On remarque une différence significative lorsque les participants sont atteints de diabète ($p_{\text{Diabète}}=0,14$). En effet parmi les 54 personnes diabétiques, 76% rapportent présenter des SPP contre 65% des personnes non diabétiques de l'échantillon ($n=746$).

Bien que la différence soit moins significative que pour le diabète, on note que 85,7% des personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde rapportent des SPP contre 65% des personnes ne présentant pas cette pathologie ($p_{\text{polyarthrite}}=0,198$).

On ne note pas de différence significative pour les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ($p_{\text{cardiovasculaire}}=0,5587$).

5.2.1.4. Habitudes d'hygiène bucco-dentaire

5.2.1.4.1. Fréquence, matériel et méthodes

Bien que la différence ne soit pas significative ($p_{\text{fréquence}}=0,6512$), on remarque que les personnes réalisant moins d'un brossage par jour sont plus nombreuses à présenter des SPP que lorsqu'elles se brossent les dents au moins deux fois par jour.

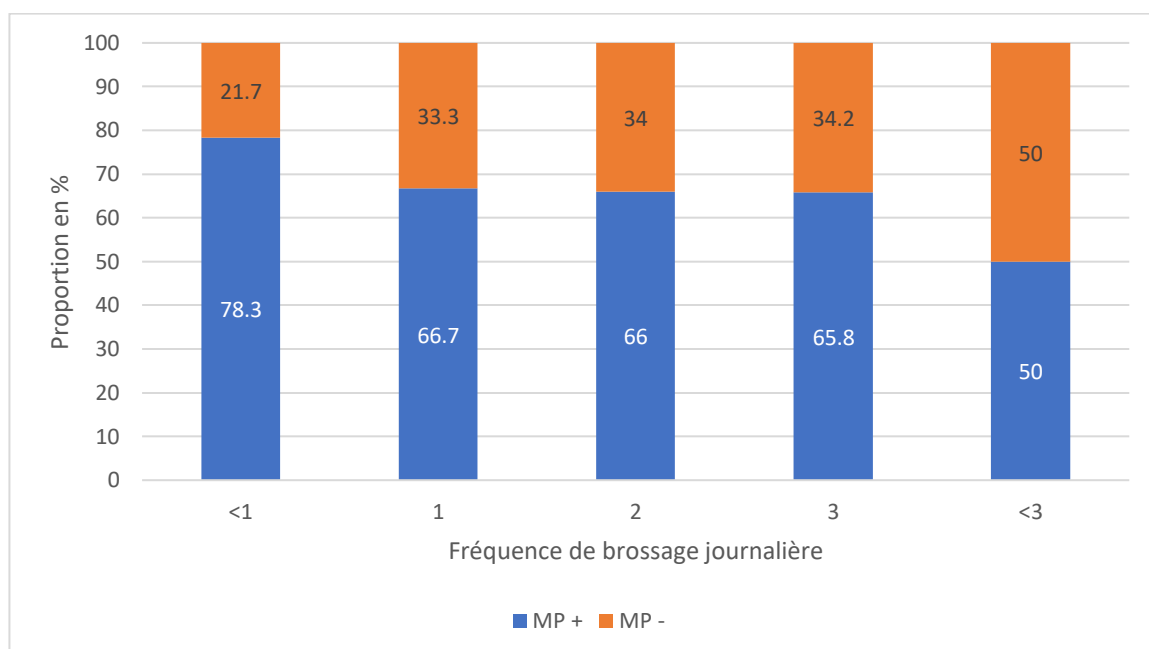


Figure 18. Distribution de la variable « MP » en fonction des fréquences de brossage journalière en pourcentage ($N=800$)

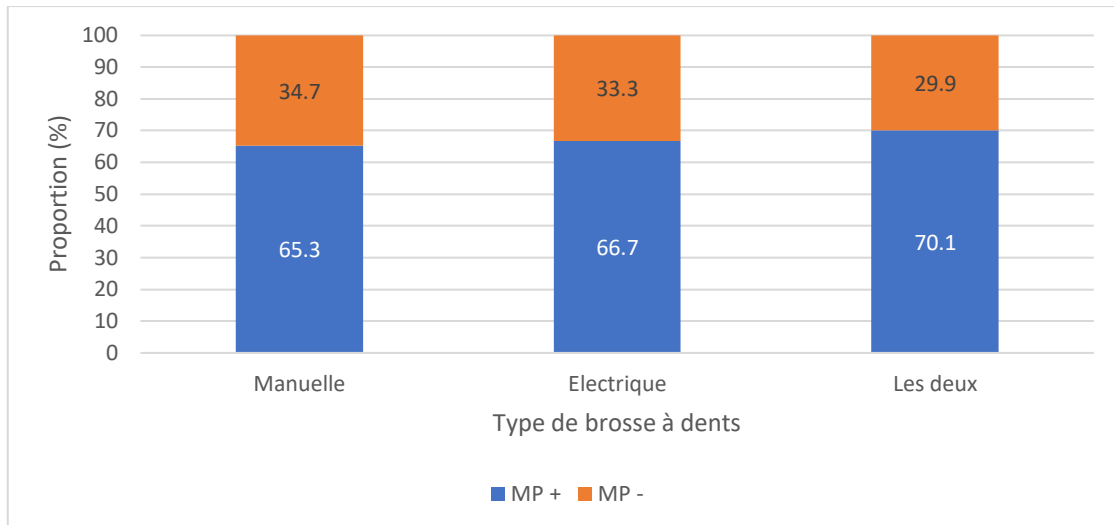


Figure 19. Distribution de la variable « MP » en fonction du type de brosse à dents en pourcentage (N=800)

Il n'y a pas de différence notable entre le type de brosse à dents utilisé ou encore le type de poils de brosses à dents.

La majorité des participants n'étant pas conscients du type de méthode de brossage utilisé, cette variable n'a pas été analysée dans cette partie.

5.2.1.4.2. Techniques complémentaires d'hygiène bucco-dentaire

Il n'y a pas de différence significative observée sur la prévalence de SPP en fonction des quatre classes de fréquence de nettoyage interdentaire (NID) ($p_{NID}=0,45$). Cependant, on remarque que la prévalence de SPP est plus faible lorsque les personnes ne passent pas de brossettes interdentaires.

Dans cette catégorie, les bains de bouche n'ont pas été pris en compte dans l'analyse statistique, étant donné leur impact plus faible sur la santé parodontale.

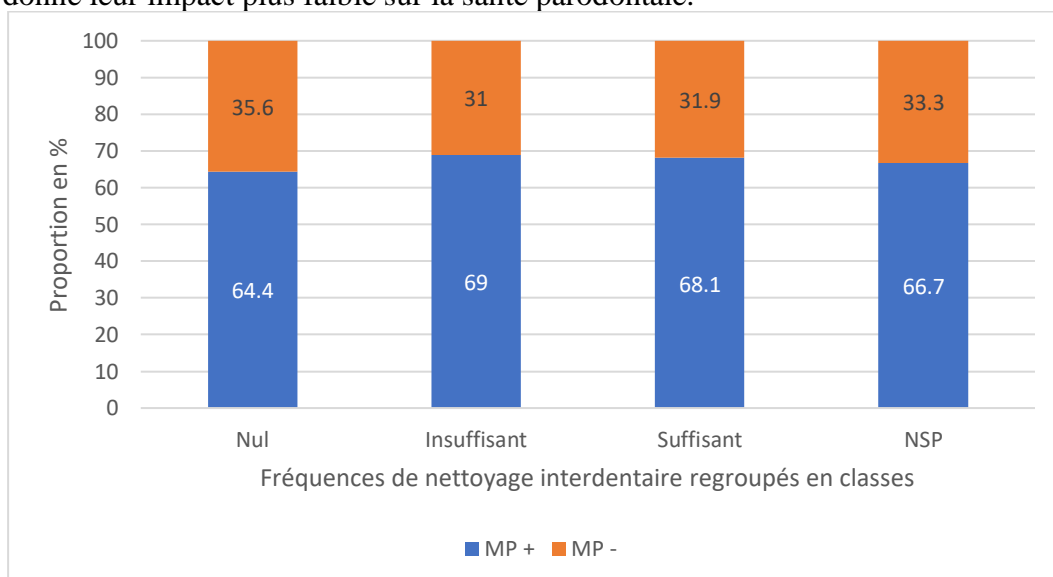


Figure 20. Distribution de la variable « MP » en fonction des classes de fréquences de nettoyage interdentaire en pourcentage (N=800).

5.2.1.5. Symptômes bucco-dentaires perçus

5.2.1.5.1. Bourrage alimentaire

Parmi les participants présentant un bourrage alimentaire, 78,8% d'entre eux sont susceptibles de présenter une pathologie parodontale sans examen clinique contre 52,9% des individus ne présentant pas de bourrage alimentaire. La différence est hautement significative ($p_{\text{bourrage}} = 8,523 \times 10^{-8}$).

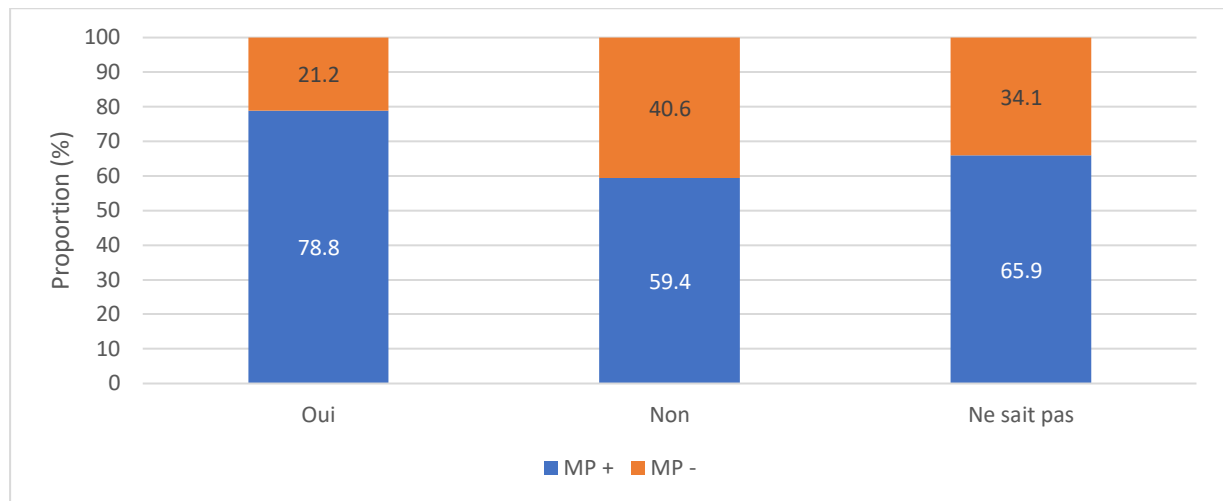


Figure 21. Distribution de la variable « MP » en fonction de bourrages alimentaires rapportés par les participants en pourcentage (N=800). Pour rappel : 1 participant (non représenté ici) avait coché « Ne souhaite pas répondre ».

5.2.1.6. Perte osseuse diagnostiquée et traitement parodontal « RPS+ »

Parmi les 570 participants susceptibles de présenter une pathologie parodontale sans examen clinique, 12% rapportent avoir eu le diagnostic d'une perte osseuse alvéolo-dentaire par un chirurgien-dentiste et 9,2% se rappellent avoir bénéficié d'un traitement d'assainissement parodontal.

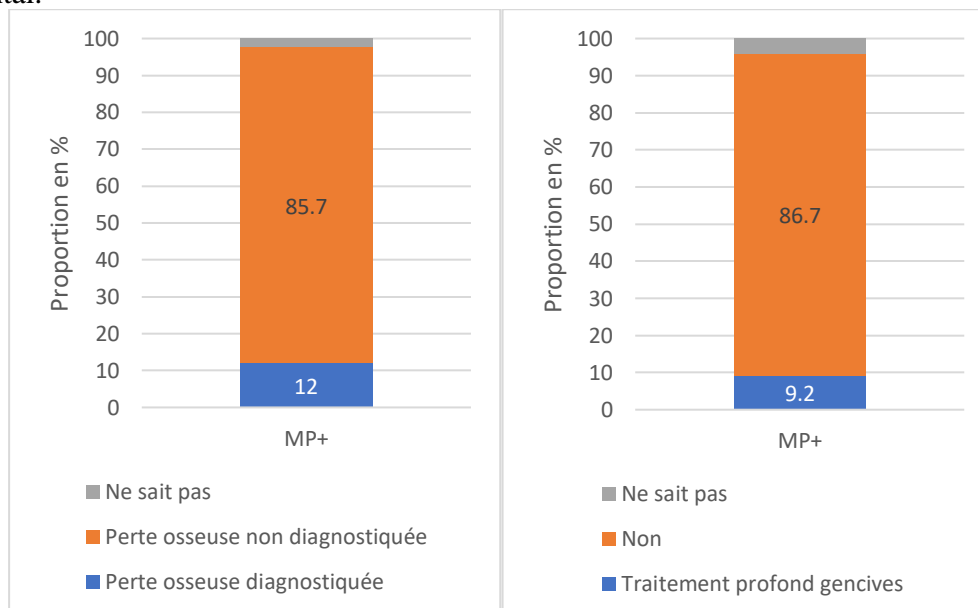


Figure 22. Distribution de la variable « MP » en fonction de la participation d'un professionnel de santé bucco-dentaire en pourcentage (N=800)

5.2.1.7. Auto-évaluation du patient

5.2.1.7.1. Auto-évaluation de l'état de santé bucco-dentaire

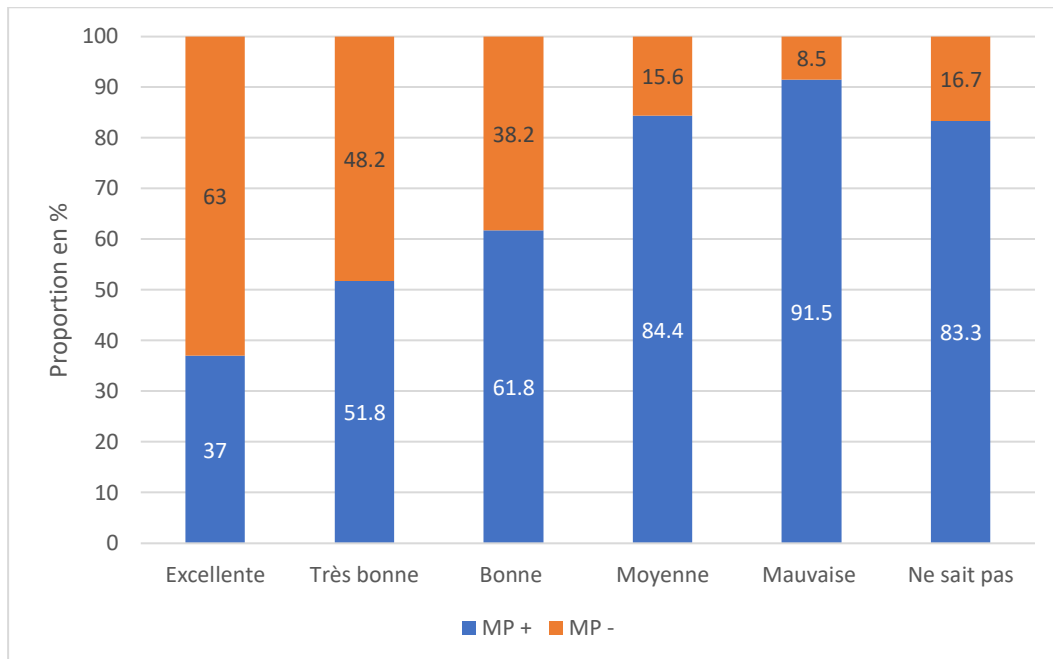


Figure 23. Distribution de la variable « MP » en fonction de l'auto-évaluation de l'état de santé bucco-dentaire par les participants en pourcentage (N=800)

Les individus qui estiment avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire ont signalé davantage de SPP (91,5%). En revanche, une meilleure évaluation de l'état de santé bucco-dentaire est associée à une proportion moindre de SPP (37%). ($p_{\text{Evaluation}} = 2,676 \times 10^{-15}$).

5.2.1.7.2. Pensez-vous avoir une maladie des gencives ?

94,2% des individus qui pensent présenter une maladie des gencives présentent des SPP ; et 60% des patients qui pensent ne pas être atteints de pathologie présenteraient tout de même des signes d'atteinte parodontale. Pour rappel, 56 personnes sur 800 ne savaient pas évaluer si elle présentait une maladie des gencives. ($p_{\text{maladie}}=1,282 \times 10^{-14}$)

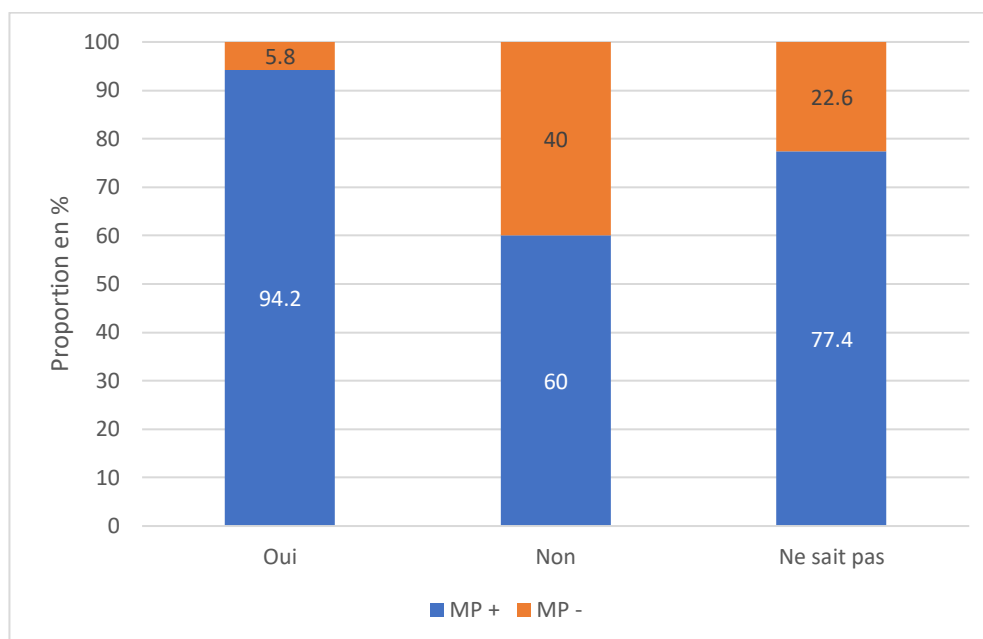


Figure 24. Distribution de la variable « MP » en fonction de l'auto-diagnostic d'une pathologie parodontale en pourcentage (N=800)

5.2.2. Variable « RPS + »

Sur les 800 personnes, 12,13% ont rapporté avoir eu le diagnostic d'une perte osseuse et/ou aurait bénéficié d'un traitement d'assainissement parodontal.

Réponse d'un CD	OUI	NON
Nombre d'individus	97	703

Tableau 6. Distribution des effectifs en fonction de la variable « RPS + » (N=800)

Aucune variation significative n'a été observée dans les données personnelles, l'état de santé générale, les habitudes d'hygiène bucco-dentaire, les symptômes bucco-dentaires perçus ou l'auto-évaluation du patient.

5.2.3. Quatre variables maladie

Les réponses détaillées en fonction du type de maladie sont répertoriées dans le Tableau 3 de l'Annexe 2.

Cette section analysera si les individus considérés comme étant à risque de développer une pathologie parodontale, du fait de leur pathologie chronique, semblent plus sensibilisés. Leur auto-évaluation quant à la présence d'une pathologie des gencives sera analysée. De plus, il sera étudié si ces participants rapportent avoir été traités ou diagnostiqués pour des raisons parodontales par un chirurgien-dentiste.

5.2.3.1. Diabète

27,8% des personnes diabétiques de l'échantillon pensent présenter une maladie des gencives, tandis que 7,4% ne savent pas si elles en sont atteintes.

Parmi les 54 participants diabétiques de l'échantillon, 14,8% rapportent avoir été diagnostiqués d'une alvéolyse par un chirurgien-dentiste et 9,3% rapportent avoir bénéficié d'un traitement d'assainissement parodontal.

5.2.3.2. Polyarthrite rhumatoïde

Parmi les 14 personnes présentant une polyarthrite rhumatoïde, 50% d'entre elles estiment être atteintes d'une maladie des gencives et 29% d'entre elles ont été diagnostiquées ou traitées pour des raisons parodontales par un professionnel de santé bucco-dentaire.

5.2.3.3. Maladies cardiovasculaires

Enfin, parmi les 45 personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, 22,2% des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires (45) rapportent avoir eu un diagnostic d'alvéolyse par un professionnel de santé et 11% rapportent avoir déjà eu un traitement d'assainissement parodontal.

Discussion

L'enquête épidémiologique menée par l'UFSBD en 2002 a suscité un intérêt particulier en révélant un écart entre les résultats concernant la prévalence de la parodontite et la perception des besoins en santé bucco-dentaire au sein de la population. Dans ce contexte, cette présente étude a pour objectif d'évaluer l'auto-perception des symptômes parodontaux et l'auto-évaluation de l'état de santé bucco-dentaire des participants avec le questionnaire rédigé par le CNEP. L'élargissement de l'échantillon à la Loire-Atlantique avec 400 personnes supplémentaires visait à obtenir un échantillon plus représentatif de l'Ouest de la France, et à comparer les résultats obtenus dans l'Est de la France dans une étude ultérieure. Les attentes portaient également sur l'évaluation de l'interprétation des symptômes parodontaux par les participants, notamment ceux considérés comme « à risque de pathologie parodontale », ainsi que sur l'influence de la consultation chez un chirurgien-dentiste sur cette perception.

Les résultats de l'étude ont révélé un niveau considérable de symptômes bucco-dentaires rapportés par les participants. En effet 77,4% des participants ont rapporté présenter au moins un des six symptômes bucco-dentaires proposés, le symptôme le plus prévalent étant le saignement gingival (53,6% de l'effectif global, dont 91,4% au brossage des dents). Toutefois, malgré la prévalence élevée de ces symptômes rapportés, seule une faible proportion des participants a déclaré avoir conscience de présenter une maladie des gencives (15,1% de l'effectif global). Cette discordance entre la prévalence des symptômes rapportés et la perception de la maladie des gencives souligne un manque de sensibilisation et de l'identification des problèmes parodontaux parmi la population étudiée.

Selon les critères de jugement principaux, il est estimé que 71,25% de l'échantillon rapporte des symptômes évocateurs de maladie parodontale sans examen clinique². Les analyses statistiques ne révèlent pas de différence notable entre l'âge, le sexe, ou encore le niveau de formation et la catégorie professionnelle renseignés en ce qui concerne la prévalence de ces symptômes.

Cependant, une différence significative a été observée concernant le tabagisme. En effet, une augmentation de la prévalence de ces symptômes est observée chez les personnes fumeuses (p-value = 0,0173), avec une distinction entre les fumeurs modérés et les gros fumeurs (p-value = 0,025).

En ce qui concerne les habitudes d'hygiène bucco-dentaire, bien que la différence ne soit pas hautement significative, une tendance se dégage : les personnes se brossant les dents moins d'une fois par jour semblent présenter une prévalence plus élevée de ces symptômes (78,3% contre 66% chez les personnes se brossant les deux fois par jour).

Ces résultats soulignent l'importance de sensibiliser les populations aux risques associés au tabagisme ainsi qu'à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire pour la prévention des maladies parodontales.

D'autre part, les analyses mettent en évidence une corrélation significative entre la prévalence des symptômes rapportés et une mauvaise estime de l'état de santé bucco-dentaire. En effet, les résultats indiquent que plus les participants rapportent des symptômes évocateurs de maladie parodontale², plus ils déclarent présenter une mauvaise santé bucco-dentaire (p-value = $2,676 \times 10^{-15}$).

² Variable « MP »

Cependant, il est intéressant de noter que cette corrélation ne se traduit pas toujours par une reconnaissance de la présence d'une maladie des gencives. En effet, parmi les 617 personnes qui estiment ne pas présenter de maladie de gencives, 60% d'entre elles rapportent présenter des symptômes évocateurs de maladie parodontale. Ces résultats suggèrent que malgré la perception des symptômes et la reconnaissance d'une mauvaise santé bucco-dentaire, une proportion importante de participants ne reconnaît pas avoir une maladie des gencives. Ces constats soulèvent des questions importantes quant à la sensibilisation et à l'éducation des individus concernant les maladies parodontales.

L'analyse des populations considérées « à risque de pathologie parodontale », en particulier celles souffrant de pathologies chroniques, a révélé des différences notables dans la fréquence de symptômes rapportés par rapport aux personnes non touchées. Cependant, malgré leur statut à risque, ces populations ne montrent pas toujours une prise de conscience adéquate vis-à-vis des problèmes parodontaux et des pratiques d'hygiène bucco-dentaire adaptés. En effet, aucune différence significative sur ces points n'a été mise en évidence avec les personnes ne présentant pas de pathologie chronique. Ainsi, il est légitime de remettre en question le manque de prévention parodontale chez patients dits « à risque ».

Enfin, aucune variation significative n'a été observée dans les données personnelles, l'état de santé générale, les habitudes d'hygiène bucco-dentaire, les symptômes bucco-dentaires perçus ou l'auto-évaluation du patient lorsque les participants disent avoir été sensibilisés par un professionnel de santé³.

Cependant, il est important de noter que cette étude présente certains biais et limites qu'il convient de prendre en compte lors de l'interprétation des résultats.

Premièrement, nous savons qu'en France la population est vieillissante, on pourrait se demander si l'échantillon étudié présente un biais en termes d'âge (moyenne d'âge de 41,2 années et un âge médian de 35 ans) ou encore de niveau de formation, ce qui pourrait affecter la représentativité des résultats. De plus, malgré les efforts de vérification et de nettoyage de données, des biais de saisie pourraient subsister. La possibilité que certains participants ne répondent pas de manière honnête ou ne comprennent pas parfaitement les questions pose également un défi pour l'interprétation des résultats.

Par ailleurs, les questionnaires utilisés présentent également des limites, notamment en ce qui concerne la catégorisation des réponses pour des variables telles que le tabagisme. De plus, les réponses concernant le diagnostic d'une alvéolyse par un chirurgien-dentiste sont conditionnés par la date de la dernière consultation qui est inconnue ainsi que par la capacité du participant à s'en souvenir.

Ces biais et limites soulignent la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine en tenant compte de ces facteurs et en élaborant des méthodologies plus précises et adaptées pour évaluer la prévalence et la perception des maladies parodontales.

³ Variable « RPS + »

Conclusion

En conclusion, cette thèse met en évidence l'importance de sensibiliser la population aux symptômes et aux risques associés aux maladies parodontales, ainsi qu'à l'adoption de bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Les résultats soulignent également la nécessité d'une meilleure reconnaissance des symptômes par les patients et d'une éducation accrue sur l'importance de la santé parodontale.

Cependant, cette étude présente des limites et des biais qu'il convient de prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Pour aller plus loin, il serait nécessaire de mener une enquête qui combine à la fois une évaluation clinique précise réalisée par des opérateurs calibrés et un sondage auprès des participants de l'étude pour évaluer la corrélation entre la perception du patient et la réalité clinique. Une approche intégrée de ce type permettrait une meilleure appréhension du savoir des patients sur les maladies parodontales.

En fin de compte, cette étude ouvre la voie à de futures recherches visant à approfondir notre compréhension des maladies parodontales et à développer des stratégies de prévention et de sensibilisation plus efficaces pour améliorer la santé bucco-dentaire de la population.

Concernant les symptômes prévalents : Au vue des résultats de l'étude, beaucoup de patients semblent présenter un ou plusieurs signes de pathologie parodontale sans forcément que cela ne les pousse forcément à consulter/un besoin de d'information. Cette étude montre que besoin d'info sur les signes qui peuvent pousser à consulter. Les résultats montrent qu'il y a des signes mais ils ne consultent pas forcément donc il faut les informer. Une étude alliant questionnaire et examen clinique permettrait d'affiner les diagnostics et de corrélérer l'auto-perception avec la réalité clinique de chaque patient : bourrage alimentaire, c'est pas forcément une patho paro (faux négatifs ou faux positifs), limite de l'auto-évaluation. Le plus gros biais.

Campagnes de prévention auprès des populations « à risque parodontal » nécessaires.

De plus la réalisation de cette enquête a également offert l'opportunité d'établir un temps d'échange, d'information et de prévention auprès de la population nantaise, permettant ainsi un dialogue direct avec les participants après la collecte des questionnaires.

Bibliographie

1. Épidémiologie de l'état parodontal chez l'adulte denté en France, 2002-2003 - Bourgeois - 2007 - Journal of Periodontal Research - Wiley Online Library [Internet]. [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com.budistant.univ-nantes.fr/doi/full/10.1111/j.1600-0765.2006.00936.x>
2. Blaizot A, Vergnes JN, Nuwwareh S, Amar J, Sixou M. Periodontal diseases and cardiovascular events: meta-analysis of observational studies. *Int Dent J.* 1 août 2009;59(4):197-209.
3. Verchère L, Budin P. Dictionnaire des termes odonto-stomatologiques. Elsevier Masson; 1992.
4. Tremblay YDN, Hathroubi S, Jacques M. [Bacterial biofilms: their importance in animal health and public health]. *Can J Vet Res Rev Can Rech Veterinaire.* avr 2014;78(2):110-6.
5. Marsh PD, Bradshaw DJ. Dental plaque as a biofilm. *J Ind Microbiol.* 1 sept 1995;15(3):169-75.
6. Simpson TC, Clarkson JE, Worthington HV, MacDonald L, Weldon JC, Needleman I, et al. Treatment of periodontitis for glycaemic control in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2022 [cité 16 déc 2023];(4). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.budistant.univ-nantes.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004714.pub4/full>
7. Dietrich T, Sharma P, Walter C, Weston P, Beck J. The epidemiological evidence behind the association between periodontitis and incident atherosclerotic cardiovascular disease. *J Periodontol.* 2013;84(4S):S70-84.
8. Société Française de Parodontologie et d'implantologie orale - La nouvelle classification des maladies et affections parodontales et péri-implantaires [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.sfpio.com/informations-praticiens/la-nouvelle-classification-des-maladies-et-affections-parodontales-et-peri-implantaires.html>
9. Eke PI, Dye BA, Wei L, Slade GD, Thornton-Evans GO, Borgnakke WS, et al. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol.* mai 2015;86(5):611-22.
10. Jiao J, Jing W, Si Y, Feng X, Tai B, Hu D, et al. The prevalence and severity of periodontal disease in Mainland China: Data from the Fourth National Oral Health Survey (2015-2016). *J Clin Periodontol.* févr 2021;48(2):168-79.
11. Heller G, Bonafe A, Gibert P, Orti V. Classification des maladies et des affections parodontales et péri-implantaires. *Encycl Méd-Chir EMCElsevier SAS Paris* [Internet]. janv 2021 [cité 11 févr 2024]; Disponible sur: <https://hal.umontpellier.fr/hal-03372795>
12. Amarasena N, Chrisopoulos S, Jamieson LM, Luzzi L. Oral Health of Australian Adults: Distribution and Time Trends of Dental Caries, Periodontal Disease and Tooth Loss. *Int J Environ Res Public Health.* 2 nov 2021;18(21):11539.
13. Collins HP. Australia's dental generations: The National Survey of Adult Oral Health 2004-06 (AIHW).
14. Chikte U, Pontes CC, Karangwa I, Kimmie-Dhansay F, Erasmus RT, Kengne AP, et al. Periodontal Disease Status among Adults from South Africa-Prevalence and Effect of Smoking. *Int J Environ Res Public Health.* 29 sept 2019;16(19):3662.
15. Maatouk F, Baccouche F, Baaziz A, Ghedira H, Chala S, Ben Abdelaziz A. [Not Available]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr.* 2022;34(2):309-18.
16. König J, Holtfreter B, Kocher T. Periodontal health in Europe: future trends based on treatment needs and the provision of periodontal services--position paper 1. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur.* mai 2010;14 Suppl 1:4-24.

17. Organisation mondiale de la Santé. Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé. 2022 [cité 16 déc 2023]. Santé bucco-dentaire. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
18. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 1 mars 2018;2(3):223-8.
19. Examens et soins bucco-dentaires gratuits pour les jeunes (M'T Dents) [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F243>
20. Les rendez-vous « M'T dents » [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/loire-atlantique/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/services-patients/dents>

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Les tableaux

- 1) Tableau 1. Descriptif global des données
- 2) Tableau 2. Descriptif des données selon le type de centre
- 3) Tableau 3. Descriptif des données selon le type de maladie
- 4) Tableau 4. Effectif des catégories MP1, MP2, MP3 et MP4
- 5) Tableau 5. Descriptif des données selon variable « binaire » MP1

Tableau de contingence 1. Descriptif global des données

	N	%/moy	ET	Méd	Q1	Q3	Min	Max
Type de centre								
Centre commercial	200	25,0						
Gare	200	25,0						
Rue	400	50,0						
Age	800	41,2		35,0	26,0	55,25	18	90
Regroupement en classes des âges								
≤25	179							
26-40	277							
41-60	186							
>60	158							
Sexe								
Féminin	388	48,5						
Masculin	412	51,5						
Niveau de formation professionnelle								
Aucune	60	7,5						
CAP	162	20,25						
BAC	134	16,75						
BAC ≤3	198	24,75						
BAC >3	246	30,75						
Catégorie socio-professionnelle								
Agriculteurs	3	0,375						
Artisans	47	5,875						
Cadres	145	18,125						
Professions intermédiaires	116	14,5						
Employés	168	21,0						
Ouvriers	74	9,25						
Retraités	124	15,5						
Autres	123	15,375						
Consommation tabagique								
Non-fumeur	566	70,75						
Fumeur	234	29,25						
<10 cig/j	150							
>10 cig/j	84							
Maladie générale								
Oui	174	21,75						
Diabète	39	22,4						
DA*	5	2,9						
DC*	7	4,0						
DP*	1	0,6						
DCA*	2	1,1						
C*	31	17,8						
CA*	3	1,7						
PC*	2	1,1						
P*	11	6,3						
A	73	42,0						
Non	612	76,5						
Ne sait pas	13	1,625						
Ne souhaite pas répondre	1	0,125						
Type de brosse à dents								
Manuelle	531	66,375						
Électrique	162	20,25						
Les deux	102	13,375						
Ne sait pas	0	0						
Ne souhaite pas répondre	0	0						

Type de poils		
Durs	61	7,625
Moyens	374	46,75
Souples	314	39,25
Durs, moyens	1	0,125
Durs, souples	0	0
Moyens, souples	16	2,0
Durs, moyens, souples	1	0,125
Ne sait pas	33	4,125
Ne souhaite pas répondre	0	0
Méthode(s) de brossage		
Horizontale	115	
Verticale	174	
Petits ronds	160	
Oscillo-rotatifs	84	
H V	122	
H PR	10	
H OR	1	
H V PR	41	
H V OR	4	
H PR OR	0	
H V PR OR	15	
V PR	23	
V OR	16	
V PR OR	1	
PR OR	18	
Ne sait pas	14	
Ne souhaite pas répondre	2	
Fréquence de brossage		
<1/J	23	2,875
1/J	99	12,375
2/J	521	65,125
3/J	149	18,625
>3/J	8	1,0
Ne sait pas	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0
Bain de bouche		
0	576	72,0
1	50	6,25
2	57	7,125
3	36	4,5
4	20	2,5
5	9	1,125
6	6	0,75
7	36	4,5
Ne sait pas	10	1,25
Ne souhaite pas répondre	0	0
Nettoyage interdentaire		
0	458	57,25
1	64	8,0
2	75	9,375
3	50	6,25
4	24	3,0
5	12	1,5
6	7	0,875
7	97	12,125
Ne sait pas	13	1,625
Ne souhaite pas répondre	0	0

État de santé bucco-dentaire		
Excellente	35	4,375
Très bonne	164	20,5
Bonne	351	43,875
Moyenne	179	22,375
Mauvaise	59	7,375
Ne sait pas	12	1,5
Ne souhaite pas répondre	0	0
Présence d'une maladie des gencives		
Oui	121	15,125
Non	617	77,125
Ne sait pas	62	7,75
Ne souhaite pas répondre	0	0
Dent mobile		
Oui	166	20,75
Non	614	76,75
Ne sait pas	19	2,375
Ne souhaite pas répondre	0	0,125
Évènement anormal les 3 derniers mois		
Oui	210	26,25
Non	574	71,75
Ne sait pas	16	2,0
Ne souhaite pas répondre	0	0
Bourrage alimentaire		
Oui	274	34,25
Non	483	60,375
Ne sait pas	41	5,125
Ne souhaite pas répondre	2	0,25
Déchaussement dentaire		
Oui	143	17,875
Non	611	76,375
Ne sait pas	46	5,75
Ne souhaite pas répondre	0	0
Rétraction des gencives		
Oui	203	23,375
Non	526	65,75
Ne sait pas	71	8,875
Ne souhaite pas répondre	0	0
Saignement gingival		
Au brossage	392	49,0
Spontanément	37	4,625
Non	359	44,875
Ne sait pas	11	1,375
Ne souhaite pas répondre	1	0,125
Fréquence des saignements		
0	359	44,875
1/mois	164	
1/semaine	119	14,875
>1/semaine	124	15,5
Ne sait pas	33	
Ne souhaite pas répondre	1	0,125
Perte d'os diagnostiqué par un dentiste		
Oui	71	8,875
Non	714	89,25
Ne sait pas	15	3,625
Ne souhaite pas répondre	0	0

Traitement profond des gencives

Oui	61	7,625
Non	708	88,5
Ne sait pas	31	3,625
Ne souhaite pas répondre	0	0

Tableau de contingence 2. Descriptif des données selon le type de centre

	Centre commercial			Gare			Rue		
	N=200 (25,0%)			N=200 (25,0%)			N=400 (50,0%)		
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
Age	200	37,77		200	36		400	39	
Regroupement en classes des âges									
≤25	51			66			62		
26-40	81			43			153		
41-60	46			46			94		
>60	22			45			91		
Sexe									
Féminin	96			108			184		
Masculin	104			92			216		
Niveau de formation professionnelle									
Aucune	29	14,5		9	4,5		22	5,5	
CAP	43	21,5		29	14,5		90	22,5	
BAC	35	17,5		40	20		59	14,75	
BAC ≤3	45	22,5		51	25,5		102	25,5	
BAC >3	48	24		71	35,5		127	31,75	
Catégorie socio-professionnelle									
Agriculteurs	1	0,5		1	0,5		1	0,25	
Artisans	14	7		7	3,5		26	6,5	
Cadres	28	14		39	19,5		78	19,5	
Prof. intermédiaires	27	13,5		23	11,5		66	16,5	
Employés	53	26,5		34	17		81	20,25	
Ouvriers	30	15		12	6		32	8	
Retraités	19	9,5		40	20		65	16,25	
Autres	28	14		44	22		51	12,75	
Consommation tabagique									
Non-fumeur	145			148			273		
Fumeur	55			52			127		
<10 cig/j	35			28			87		
>10 cig/j	20			24			40		
Maladie générale									
Oui	35	17,5		28	14		111	27,75	
Diabète	9	25,7		3	10,7		27	24,3	
DA*	2	5,7		1	3,6		2	1,8	
DC*	3	8,6		2	7,1		2	1,8	
DP*	0	0		0	0		1	0,9	
DCA*	1	2,8		0	0		1	0,9	
C*	5	14,3		9	32,1		17	15,3	
CA*	0	0		1	3,6		2	1,8	
PC*	0	0		0	0		2	1,8	
P*	3	8,6		0	0		8	7,2	
A	12	34,3		12	42,9		49	44,1	
Non	161	80,5		169	84,5		282	70,5	
Ne sait pas	4	2		2	1		7	1,75	
Ne souhaite pas répondre	0	0		1	0,5		0	0	
Type de brosse à dents									
Manuelle	131	65,5		145	72,5		255	63,75	
Électrique	40	20		29	14,5		93	23,25	
Les deux	29	14,5		26	13		52	13	
Ne sait pas	0	0		0	0		0	0	
Ne souhaite pas répondre	0	0		0	0		0	0	

Type de poils

Durs	19	9,5	18	9	24	6
Moyens	86	43	94	47	194	48,5
Souples	86	43	72	36	156	39
Durs, moyens	0	0	0	0	1	0,25
Durs, souples	0	0	0	0	0	0
Moyens, souples	0	0	1	0,5	15	3,75
Durs, moyens, souples	0	0	0	0	1	0,25
Ne sait pas	9	4,5	15	7,5	9	2,25
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Méthode(s) de brossage

Horizontale	31		26		58	
Verticale	51		28		85	
Petits ronds	37		36		87	
Oscillo-rotatifs	22		17		45	
H V	25		31		66	
H PR	2		5		3	
H OR	1		0		0	
H V PR	5		19		17	
H V OR	0		2		2	
H PR OR	0		0		0	
H V PR OR	4		7		4	
V PR	3		9		11	
V OR	7		4		5	
V PR OR	0		1		0	
PR OR	4		1		13	
Ne sait pas	8		3		3	
Ne souhaite pas répondre	0		1		1	

Fréquence de brossage

<1/J	6	3	7	3,5	10	2,5
1/J	32	16	28	14	39	9,75
2/J	127	63,5	131	65,5	263	65,75
3/J	33	16,5	32	16	84	21
>3/J	2	1	2	1	4	1
Ne sait pas	0	0	0	0	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Bain de bouche

0	136	68	137	68,5	303	75,75
1	22	11	13	6,5	15	3,75
2	12	6	19	9,5	26	6,5
3	5	2,5	11	5,5	20	5
4	8	4	5	2,5	7	1,75
5	3	1,5	6	3	0	0
6	0	0	1	0,5	5	1,25
7	13	6,5	6	3	17	4,25
Ne sait pas	1	0,5	2	1	7	1,75
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Nettoyage interdentaire

0	123	61,5	119	59,5	216	54
1	17	8,5	22	11	25	6,25
2	18	9	17	8,5	40	10
3	13	6,5	11	5,5	26	6,5
4	7	3,5	7	3,5	10	2,5
5	3	1,5	3	1,5	6	1,5
6	1	0,5	4	2	2	0,5
7	17	8,5	13	6,5	67	16,75
Ne sait pas	1	0,5	4	2	8	2
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

État de santé bucco-dentaire

Excellente	9	4,5	8	4	18	4,5
Très bonne	45	22,5	39	19,5	80	20
Bonne	83	41,5	89	44,5	179	44,75
Moyenne	44	22	47	23,5	88	22
Mauvaise	15	7,5	15	7,5	29	7,25
Ne sait pas	4	2	2	1	6	1,5
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Présence d'une maladie des gencives

Oui	31	15,5	26	13	64	16
Non	157	78,5	151	75,5	309	77,25
Ne sait pas	12	6	23	11,5	27	6,75
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Dent mobile

Oui	34	17	41	20,5	91	22,75
Non	154	77	158	79	302	75,5
Ne sait pas	11	5,5	1	0,5	7	1,75
Ne souhaite pas répondre	1	0,5	0	0	0	0

Évènement anormal les 3 derniers mois

Oui	44	22	51	25,5	115	28,75
Non	147	73,5	147	73,5	280	70
Ne sait pas	9	4,5	2	1	5	1,25
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Bourrage alimentaire

Oui	60	30	78	39	136	34
Non	129	64,5	106	53	248	62
Ne sait pas	11	5,5	14	7	16	4
Ne souhaite pas répondre	0	0	2	1	0	0

Déchaussement dentaire

Oui	26	13	32	16	85	21,25
Non	163	81,5	153	76,5	295	73,75
Ne sait pas	11	5,5	15	7,5	20	5
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Rétraction des gencives

Oui	39	19,5	44	22	120	30
Non	139	69,5	143	71,5	244	61
Ne sait pas	22	11	13	6,5	36	9
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Saignement gingival

Au brossage	89	44,5	90	45	213	53,25
Spontanément	8	4	10	5	19	4,75
Non	98	49	98	49	163	40,75
Ne sait pas	5	2,5	2	1	4	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	1	0,25

Fréquence des saignements

0	98	49	98	49	163	40,75
1/mois	33	16,5	36		95	
1/semaine	29	14,5	25	12,5	65	16,25
>1/semaine	27	13,5	29	14,5	68	17
Ne sait pas	13	6,5	12		8	
Ne souhaite pas répondre	0	0%	0	0	1	0,25

Perte d'os diagnostiqué par un dentiste

Oui	16	8	20	10	35	8,75
Non	178	89	177	88,5	359	89,75
Ne sait pas	6	3	3	1,5	6	1,5
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Traitement profond des gencives

Oui	16	8	15	7,5	30	7,5
Non	170	85	180	90	358	89,5
Ne sait pas	14	7	5	2,5	12	3
Ne souhaite pas répondre	0	0	0	0	0	0

Tableau de contingence 3. Descriptif des données selon le type de maladie

	Diabète			Polyarthrite rhumatoïde			Maladies cardiovasculaires		
	N=54			N=14			N=45		
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*
Age	54	37,77		14	36		45	39	
Regroupement en classes des âges									
≤25	0			1			1		
26-40	6			0			2		
41-60	19			5			13		
>60	29			8			29		
Sexe									
Féminin	22			9			16		
Masculin	32			5			29		
Formation professionnelle									
Aucune	5			1			6		
CAP	13			1			11		
BAC	10			6			7		
BAC ≤3	9			0			3		
BAC >3	17			6			18		
Catégorie socio-professionnelle									
Agriculteurs	1			0			1		
Artisans	5			0			1		
Cadres	5			2			7		
Professions intermédiaires	5			0			0		
Employés	9			3			5		
Ouvriers	5			0			4		
Retraités	19			8			22		
Autres	5			1			5		
Consommation tabagique									
Non-fumeur	45			12			34		
Fumeur	9			2			11		
<10 cig/j	7			2			7		
>10 cig/j	2			0			4		
Maladie générale									
D	39			0			0		
DA*	5			0			0		
DC*	7			0			7		
DP*	1			1			0		
DCA*	2			0			2		
C*	0			0			31		
CA*	0			0			3		
PC*	0			2			2		
P*	0			11			0		
A	0			0			0		
Type de brosse à dents									
Manuelle	42			6			39		
Électrique	7			6			4		
Les deux	5			2			2		
Ne sait pas	0			0			0		
Ne souhaite pas répondre	0			0			0		

Type de poils			
Durs	2	0	6
Moyens	31	5	19
Souples	20	9	18
Durs, moyens	0	0	0
Durs, souples	0	0	0
Moyens, souples	1	0	0
Durs, moyens, souples	0	0	0
Ne sait pas	0	0	2
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Méthode(s) de brossage			
Horizontale	15	1	8
Verticale	8	5	12
Petits ronds	11	2	2
Oscillo-rotatifs	3	2	8
H V	9	3	11
H PR	0	0	0
H OR	0	0	0
H V PR	3	1	2
H V OR	0	0	0
H PR OR	0	0	1
H V PR OR	0	0	0
V PR	0	0	0
V OR	0	0	1
V PR OR	0	0	0
PR OR	4	0	0
Ne sait pas	1	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Fréquence de brossage			
<1/J	2	0	0
1/J	7	0	11
2/J	26	9	20
3/J	18	5	13
>3/J	1	0	1
Ne sait pas	0	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Bain de bouche			
0	43	7	32
1	1	0	4
2	2	2	3
3	2	2	1
4	1	2	1
5	0	0	0
6	0	0	0
7	4	1	3
Ne sait pas	1	0	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Bain de bouche regroupés en classe			
Nul	43	7	32
Insuffisant	6	6	9
Suffisant	4	1	3
Ne sait pas	1	0	1

Nettoyage interdentaire			
0	27	2	22
1	4	0	4
2	5	2	6
3	4	2	1
4	2	0	0
5	0	0	0
6	2	0	2
7	10	8	9
Ne sait pas	0	0	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Nettoyage interdentaire regroupés en classes			
Nul	27	2	22
Insuffisant	15	4	11
Suffisant	12	8	11
Ne sait pas	0	0	1
État de santé bucco-dentaire			
Excellente	1	0	2
Très bonne	6	3	8
Bonne	24	6	11
Moyenne	17	3	17
Mauvaise	5	2	6
Ne sait pas	1	0	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Présence d'une maladie des gencives			
Oui	15	7	14
Non	35	7	28
Ne sait pas	4	0	3
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Dent mobile			
Oui	26	8	25
Non	28	6	20
Ne sait pas	4	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Évènement anormal les 3 derniers mois			
Oui	18	2	16
Non	35	12	28
Ne sait pas	1	0	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Bourrage alimentaire			
Oui	30	7	28
Non	23	7	16
Ne sait pas	1	0	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Déchaussement			
Oui	26	7	20
Non	26	7	24
Ne sait pas	2	0	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0
Rétraction des gencives			
Oui	21	11	20
Non	27	2	24
Ne sait pas	6	1	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0

Saignement gingival

Au brossage	24	1	15
Spontanément	3	1	4
Non	27	12	26
Ne sait pas	0	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0	0

Fréquence des saignements

0	27	12	26
1/mois	6	0	5
1/semaine	10	1	6
>1/semaine	11	0	7
Ne sait pas	0	1	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0

Perte d'os diagnostiqué par un dentiste

Oui	8	4	10
Non	46	9	34
Ne sait pas	0	1	1
Ne souhaite pas répondre	0	0	0

Traitement profond des gencives

Oui	5	4	5
Non	47	10	40
Ne sait pas	2	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0	0

Tableau de contingence 5. Descriptif des données en fonction de la variable « MP »

	MP +			MP -			P-value
	N=530			N=270			
	N	%/moy	ET*	N	%/moy	ET*	
Age	530			270			
Regroupement en classe des âges							
≤25	110			69			
26-40	185			92			
41-60	131			55			
>60	104			54			
Sexe							
Féminin	267			121			
Masculin	263			149			
Niveau de formation professionnelle							
Aucune	40			20			
CAP	108			54			
BAC	89			45			
BAC ≤3	138			60			
BAC >3	155			91			
Catégorie socio-professionnelle							
Agriculteurs	3			0			
Artisans	35			12			
Cadres	82			61			
Professions intermédiaires	82			34			
Employés	112			56			
Ouvriers	50			24			
Retraités	82			42			
Autres	82			41			
Consommation tabagique							
Non-fumeur	360			206			
Fumeur	170			64			
<10 cig/j	105			45			
>10 cig/j	65			19			
Maladie générale							
Oui	127			47			
Diabète	30			9			
DA*	2			3			
DC*	6			1			
DP*	1			0			
DCA*	2			0			
C*	19			12			
CA*	3			0			
PC*	2			0			
P*	9			2			
A	53			20			
Non	391			221			
Ne sait pas	12			1			
Ne souhaite pas répondre	0			1			
Brosse à dents							
Manuelle	331			184			
Électrique	102			54			
Les deux	70			32			
Ne sait pas	0			0			
Ne souhaite pas répondre	0			0			

Type de poils		
Durs	34	27
Moyens	243	131
Souples	226	88
Durs, moyens	0	1
Durs, souples	0	0
Moyens, souples	6	6
Durs, moyens, souples	0	1
Ne sait pas	17	16
Ne souhaite pas répondre	0	0
Méthode(s) de brossage		
Horizontale	87	28
Verticale	114	60
Petits ronds	113	46
Oscillo-rotatifs	49	35
H V	80	42
H PR	4	6
H OR	0	1
H V PR	27	14
H V OR	3	1
H PR OR	0	0
H V PR OR	8	7
V PR	16	7
V OR	10	6
V PR OR	0	1
PR OR	11	7
Ne sait pas	5	9
Ne souhaite pas répondre	2	0
Fréquence de brossage		
<1/J	18	5
1/J	66	33
2/J	344	177
3/J	98	51
>3/J	4	4
Ne sait pas	0	0
Ne souhaite pas répondre	0	0
Bain de bouche		
0	375	375
1	31	31
2	34	34
3	28	28
4	16	16
5	4	4
6	6	6
7	29	29
Ne sait pas	7	7
Ne souhaite pas répondre	0	0
Bains de bouche regroupés en classes		
Nul	375	201
Insuffisant	109	54
Suffisant	39	12
Ne sait pas	7	3

Nettoyage interdentaire		
0	295	163
1	43	21
2	57	18
3	32	18
4	15	9
5	8	4
6	4	3
7	67	30
Ne sait pas	9	4
Ne souhaite pas répondre	0	4
Nettoyage interdentaire regroupés en classes		
Nul	295	163
Insuffisant	147	66
Suffisant	79	37
Ne sait pas	9	4
État de santé bucco-dentaire		
Excellente	13	22
Très bonne	85	79
Bonne	217	134
Moyenne	151	28
Mauvaise	54	5
Ne sait pas	10	2
Ne souhaite pas répondre	0	0
Présence d'une maladie des gencives		
Oui	114	7
Non	368	249
Ne sait pas	48	14
Ne souhaite pas répondre	0	0
Dent mobile		
Oui	137	29
Non	381	233
Ne sait pas	11	8
Ne souhaite pas répondre	1	0
Évènement anormal au cours des 3 derniers mois		
Oui	182	28
Non	339	235
Ne sait pas	9	7
Ne souhaite pas répondre	0	0
Bourrage alimentaire		
Oui	216	58
Non	287	196
Ne sait pas	27	14
Ne souhaite pas répondre	0	2
Déchaussement		
Oui	143	0
Non	352	259
Ne sait pas	35	11
Ne souhaite pas répondre	0	0
Rétraction des gencives		
Oui	203	0
Non	278	248
Ne sait pas	49	22
Ne souhaite pas répondre	0	0

Saignement gingival

Au brossage	392	0
Spontanément	37	0
Non	97	262
Ne sait pas	3	8
Ne souhaite pas répondre	1	0

Perte d'os diagnostiqué par un dentiste

Oui	64	7
Non	454	260
Ne sait pas	12	3
Ne souhaite pas répondre	0	0

Traitement profond des gencives

Oui	49	12
Non	459	249
Ne sait pas	20	9
Ne souhaite pas répondre	2	0

Questionnaire

Enquête épidémiologique sur la prévalence des maladies parodontales dans la population française

Age:

Sexe: H F

Êtes-vous fumeur: Oui Non + de 10 cig/j - de 10 cig/j

• **Formation professionnelle :**

- Aucune Baccalauréat
 CAP, BEP, Certificat d'Etude Baccalauréat et ≤ 3 années
 Baccalauréat et > 3 années

• **Quelle est votre profession ? (selon codification INSEE, 2003)**

- Agriculteurs exploitants
 Artisans, commerçants et chefs d'entrepris (≥ 10 salariés)
 Cadres (fonction publique, d'entreprise) et professions libérales et intellectuelles supérieures
 Professions intermédiaires (enseignement, santé, fonction publique, administrative et commerciales des entreprises), technicien, contremaîtres, agent de maîtrise
 Employés (fonction publique, administratifs d'entreprise, de commerce)
 Ouvriers
 Retraités
 Autres personnes sans activité professionnelle

• **Êtes-vous atteints d'une maladie générale :**

- Oui Non Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Si oui, parmi les maladies générales suivantes, laquelle vous concerne ?**

- Diabète Polyarthrite rhumatoïde Maladies cardiovasculaires Autres Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Quel type de brosse à dents utilisez-vous ?**

- Manuelle Electrique Les 2 Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Quel type de poils de brosse à dent utilisez-vous ?**

- Poils durs Poils moyens Poils souples Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Quelle technique de brossage pratiquez-vous ?**

- Horizontale Verticale Petits ronds Oscillo-rotatifs Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Combien de brossage dentaire réalisez-vous par jour ?**

- < 1fois par jour 1 fois par jour 2 fois par jour 3 fois par jour >3 fois par jour
 Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Pensez-vous avoir une maladie des gencives ?**

- Oui Non Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **En général, comment évaluez-vous la santé de vos dents et gencives ?**

- Excellente Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise
 Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Avez-vous déjà eu un traitement pour les maladies des gencives de type surfaçage, parfois appelé nettoyage profond ?**

- Oui Non Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Avez-vous déjà eu une dent qui bouge sans qu'il y ait eu un choc ? (Traduction très différente de l'anglais = perdu une dent toute seule, sans aucune lésion/dommage ?**

- Oui Non Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Avez-vous déjà été alerté par un dentiste que vous perdiez de l'os autour de vos dents ?**

- Oui Non Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Au cours des 3 derniers mois, avez-vous remarqué quelque chose d'anormal sur l'une de vos dents (douleur, gencive gonflée, mauvais goût, ...) ?**

- Oui Non Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Durant les 7 derniers jours, en dehors du brossage habituel des dents, combien de fois avez-vous utilisé un moyen complémentaire pour nettoyer entre les dents (fil dentaire, brossettes interdentaires, hydropulseur, ...) ?**

- 0 1 2 3 4 5 6 7 Ne sais pas
 Ne souhaite pas répondre

• **Durant les 7 derniers jours, en dehors du brossage habituel des dents, combien de fois avez-vous utilisé un bain de bouche ou d'autres produits de rinçage dentaire pour soigner vos gencives ?**

- 0 1 2 3 4 5 6 7
 Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

• **Avez-vous des bourrages alimentaires entre vos dents ?**

- Oui Non Ne sais pas Ne souhaite pas répondre

- **Avez-vous remarqué que vos dents se déchaussent ?**

Oui *Non* *Ne sais pas* *Ne souhaite pas répondre*

- **Avez-vous remarqué que vos gencives se rétractent ?**

Oui *Non* *Ne sais pas* *Ne souhaite pas répondre*

- **Est-ce que vos gencives saignent ?**

Non *Au brossage* *Spontanément* *Ne sais pas* *Ne souhaite pas répondre*

- **Si oui, à quelle fréquence vos gencives saignent-elles ?**

1 fois par mois *1 fois par semaine* *> 1 fois par semaine* *Ne sais pas*
 Ne souhaite pas répondre

Vu le Président du Jury,

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Vu le Doyen,

Pr Assem SOUEIDAN

HASNAOUI (Myriam). IAKOVLEV (Vlad). -Enquête par auto-évaluation de l'état de santé parodontale dans la population adulte de Loire-Atlantique –69f.; 23 ill.;11 tabl.; 20 réf.; 30 cm (Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2024)

RESUME :

Cette co-thèse réalisée en Loire-Atlantique reprend les protocoles de recherche des enquêtes réalisées précédemment dans l'Est de la France pour explorer la perception des symptômes parodontaux chez les adultes en France. Elle met en lumière un écart significatif entre la prévalence des symptômes rapportés et la reconnaissance de la maladie parodontale, soulignant ainsi un manque de sensibilisation parmi la population étudiée. Bien que les populations 'à risque de pathologies parodontale » rapportent des symptômes plus fréquents, elles ne montrent pas toujours une prise de conscience adéquate. Malgré des limites méthodologiques, cette recherche souligne la nécessité de campagne de sensibilisation ciblées et d'une approche intégrée combinant évaluation clinique et auto-évaluation des patients pour une meilleure compréhension et prévention des maladies parodontales.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT :

URGENCES

MOT CLEF MESH :

Epidémiologie

Parodontite

Auto-évaluation

France

Santé parodontale

JURY :

Président : Professeur SOUEIDAN Assem

Assesseur : Docteur RENARD Emanuelle

Assesseur : Docteur BECHINA Camille

Directeur de thèse : Docteur STRUILLOU Xavier