



**HAL**  
open science

# Enquête sur la pratique de la chirurgie dentaire en cabinet d'omnipraticque libérale auprès de CD libéraux-réseau ReCOL

Xavier Roland

► **To cite this version:**

Xavier Roland. Enquête sur la pratique de la chirurgie dentaire en cabinet d'omnipraticque libérale auprès de CD libéraux-réseau ReCOL. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04746984

**HAL Id: dumas-04746984**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04746984v1>**

Submitted on 21 Oct 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 UNIVERSITÉ  
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2024  
N°

**ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE DE LA CHIRURGIE  
DENTAIRE EN CABINET D'OMNIPRATIQUE  
LIBÉRALE AUPRÈS DE CD LIBÉRAUX-RÉSEAU  
RECOL**

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

*Présentée et soutenue publiquement par*

**ROLAND Xavier**

*Le 2 Juillet 2024 devant le jury ci-dessous*

Président : Madame la Professeure Anne-Gaëlle CHAUX

Assesseur : Madame le Docteur Pauline BLERY

Assesseur : Monsieur le Docteur Volkan CETINKAYA

Directrice de thèse : Madame la Professeure Anne-Gaëlle CHAUX

Co-Directrice : Madame le Docteur Émilie HASCOET

	<b>Présidente</b> <b>Pr. BERNAULT Carine</b>
	<b>Doyen</b> <b>Pr. SOUEIDAN Assem</b>  <b>Vice-Doyens</b> Pr GAUDIN Alexis (1 <sup>er</sup> vice-doyen) Pr LE GUEHENNEC Laurent (Pédagogie) Pr LESCLOUS Philippe (Recherche)

<b>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers ( x11)</b>	
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

<b>Professeur des Universités (x1)</b>
BOULER Jean-Michel

<b>Maitre de conférences (x1)</b>
VINATIER Claire

<b>Professeur Emérite (x1)</b>
GIUMELLI Bernard

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

<b>Maitres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (x20)</b>	<b>Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux des (x14)</b>
AMADOR DEL VALLE Gilles ARMENGOL Valérie BLERY Pauline BODIC François CLOITRE Alexandra DAJEAN-TRUTAUD 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 STRUILLLOU 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

<b>Praticiens Hospitaliers Universitaires</b>	
CLOUET Roselyne	

<b>Praticiens Hospitaliers</b>	
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 Madame la Professeure Anne-Gaëlle CHAUX,**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des Centres de Soins d’Enseignement et de  
Recherche Dentaires

Docteur de l’Université de Grenoble - Habilitée à diriger les Recherches

Ancien Interne en Odontologie (Université de Lyon)

Département de Chirurgie Orale

**-NANTES-**

*Pour avoir accepté de présider et de diriger cette thèse, malgré toutes celles dont vous aviez déjà la  
responsabilité,*

*Pour votre patience et votre rigueur tout au long de ce travail,*

*Pour votre bienveillance et votre disponibilité,*

*Veillez trouver ici l’expression de mon plus grand respect et de ma sincère gratitude.*

**A Madame le Docteur Pauline BLERY,**

Maitre de Conférence des Universités du CHU de Nantes

Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'université de Nantes,

Département de Prothèses

**-NANTES-**

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury,*

*Pour vos conseils éclairés pour la prise en charge des patients durant toutes ces années,*

*Pour votre sérieux et votre bienveillance,*

*Veillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.*

**A Madame le Docteur Émilie HASCOET,**

Assistante Hospitalière Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Département de Chirurgie Orale

**-NANTES-**

*Pour avoir accepté de co-diriger cette thèse et m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury,*

*Pour votre accompagnement durant ce projet, ainsi que pendant mes études,*

*Pour votre bonne humeur et votre disponibilité,*

*Veillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.*

**A Monsieur le Docteur Volkan CETINKAYA,**

Chef de Clinique des Universités

Assistant des Hôpitaux

Département de Chirurgie Orale

**-NANTES-**

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury,*

*Pour votre disponibilité et votre bonne humeur,*

*Pour votre sérieux et votre équipe accueillante,*

*Veillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.*

## Table des matières

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION - PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES .....</b>	<b>11</b>
2.1	Objectif .....	11
2.2	Population cible .....	12
2.3	Questionnaire .....	12
<b>3</b>	<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>13</b>
3.1	Chirurgie avulsive simple .....	16
3.2	Chirurgie orale complexe .....	16
3.3	Chirurgie parodontale .....	17
3.4	Chirurgie mucogingivale simple.....	18
3.5	Chirurgie mucogingivale complexe .....	19
3.6	Chirurgie endodontique .....	19
3.7	Chirurgie implantaire simple .....	20
3.8	Chirurgie implantaire complexe .....	21
<b>4</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX .....</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>ANNEXE.....</b>	<b>31</b>
7.1	Questionnaire .....	31
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>39</b>

# 1 INTRODUCTION - PROBLÉMATIQUE

La pratique de la chirurgie au sens large représente un ensemble d'actes plus ou moins courants que l'omnipraticien peut être amené à réaliser tout au long de sa carrière. Cependant, c'est un exercice qui est fréquemment délégué car il peut être considéré comme une pratique complexe, qui peut souvent être à l'origine de complications et de stress (1) pour le chirurgien-dentiste.

Cela nous amène aux questions suivantes :

En quelle proportion les différents types de chirurgie sont pratiqués dans les cabinets d'omnipraticien ?

Quels sont les principaux freins à la pratique de la chirurgie en omnipraticien ?

Ce sont les questions que nous nous sommes posées et auxquelles nous allons essayer de répondre.

Les conditions pour la pratique de la chirurgie dentaire sont en train d'évoluer. La demande et l'attente de résultat de la patientèle est en augmentation, les formations sont de plus en plus nombreuses, les techniques sont de plus en plus pointues, un plateau technique aux normes est désormais une nécessité.

Pour mener à bien un plan de traitement, il est désormais très fréquent de devoir avoir recours à des actes chirurgicaux plus ou moins complexes.

Cependant, nombreux sont les praticiens qui adressent leurs patients à un spécialiste pour les différents actes de chirurgie dentaire pour différentes raisons : appréhension de l'acte ou des risques médico-légaux, manque de formation, manque de temps à y consacrer, absence de rémunération idoine sur les actes opposables, manque d'équipements adaptés, absence de patientèle éligible, manque d'intérêt pour la pratique...

La prise en charge chirurgicale varie aussi selon les profils (ancienneté, sexe...).

Une étude américaine (2) a conclu que 81% des omnipraticiens réalisaient moins de dix chirurgies orales par mois et que 96% d'entre eux adressaient jusqu'à dix cas à un spécialiste tous les mois. L'étude a conclu que les raisons principales du recours à un spécialiste est l'anticipation des difficultés de l'intervention chirurgicale, la préférence de ne pas exercer la

chirurgie dans sa pratique ainsi que les patients ayant des antécédents médicaux rendant la prise en charge plus complexe. Concernant la chirurgie avulsive aux USA, les omnipraticiens adressaient 17% des avulsions simples contre 98% des cas nécessitant une chirurgie dentoalvéolaire complexe. Cependant, dès lors que les patients présentaient des antécédents médicaux complexes, 39% des avulsions simples étaient adressées. Pourtant, 70% des cas considérés comme médicalement complexes ne nécessitaient pas de prise en charge particulière et pouvaient être réalisés comme sur des patients ne présentant aucun antécédent.

Les jeunes praticiens étaient aussi moins confiants à réaliser des extractions chirurgicales que des soins conservateurs ou d'odontologie pédiatrique.

Une autre étude de 2006 sur l'activité chirurgicale de 327 praticiens libéraux d'Auvergne (3) arrivait à la conclusion suivante : bien que la totalité des praticiens réalisaient les avulsions simples, seuls 51% réalisaient les autres actes de chirurgie buccale, 37% de la chirurgie parodontale et 18% de la chirurgie implantaire.

Sur les praticiens ayant participé à l'enquête, 77% exerçaient des chirurgies de façon régulière chez les patients présentant des risques médicaux nécessitant une prise en charge particulière.

Le taux de prise en charge chutait rapidement en fonction du contexte médical. En effet, moins de la moitié des praticiens de l'étude pratiquaient la chirurgie chez les patients ayant des antécédents d'irradiation de la sphère orale, les greffés rénaux ou cardiaques et les patients en cours de chimiothérapie.

L'activité chirurgicale des omnipraticiens semblait donc être variable en fonction du lieu.

L'objectif de cette enquête était de mieux comprendre quels étaient précisément les raisons qui tendaient à freiner cette pratique et de tenter d'apporter des solutions pour améliorer la situation.

## **2 MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **2.1 Objectif**

L'objectif du questionnaire que nous avons élaboré était de quantifier en quelles proportions les différents types de chirurgie étaient pratiqués ainsi que de mettre en lumière quels étaient les principaux freins à cette pratique.

Le recueil des données avait pour but de mieux comprendre les réels freins à cette pratique en fonction des différents profils et donc d'apporter une meilleure réponse pour tenter de favoriser et faciliter l'exercice chirurgical dans un cadre d'omnipratique.

## 2.2 Population cible

La population cible rassemblait tous les chirurgiens-dentistes exerçant une activité d'omnipratique en cabinet libéral en France, qu'ils aient eu leur diplôme en France ou non.

## 2.3 Questionnaire

Il s'agissait d'une enquête nationale réalisée en 2024, basée sur un questionnaire adressé aux chirurgiens-dentistes exerçant une activité d'omnipratique via internet. L'objectif de l'étude était d'apprécier la pratique chirurgicale en France et d'évaluer les potentiels freins à cette activité. L'enquête incluait la pratique de la chirurgie avulsive, la chirurgie parodontale, la chirurgie muco-gingivale, la chirurgie endodontique, la chirurgie implantaire et la chirurgie orale. Le questionnaire a été conçu grâce à la méthodologie des CHERRIES. Il a été diffusé via le réseau ReCOL (4, 5) ainsi que via des publications via les réseaux sociaux (Facebook, Instagram).

Le questionnaire a été réalisé avec l'aide du réseau ReCOL, grâce à l'outil de création de formulaire SurveyMonkey. Créé en 2018 le projet ReCOL pour Recherche Clinique en Odontologie Libérale a vocation à réunir les chirurgiens-dentistes libéraux autour de la recherche. Il s'agit de centraliser des données collectées par plusieurs praticiens afin de les analyser et de faire des études dans le cadre d'un exercice quotidien au cabinet. Des recherches dans le "monde réel" sont ainsi effectuées, et permettent d'évaluer les pratiques de soins.

Il s'agissait d'une enquête ouverte, sur volontariat. Les participants étaient informés du temps de réponse du questionnaire ainsi que des objectifs de l'enquête. Il s'agissait d'une enquête à réponse anonyme. Il a été testé au préalable par 5 praticiens. Le questionnaire était ouvert du 10 janvier 2024 au 4 mars 2024. Chaque item devait être complété par les participants pour pouvoir soumettre le questionnaire. Lorsqu'un participant répondait au sondage, son adresse IP était enregistrée par défaut en tant que métadonnée avec les résultats du sondage afin de vérifier l'absence de double réponse.

Le questionnaire (disponible en annexe 5.1) comportait 24 questions regroupées en 7 parties :

- Caractéristiques socio-démographiques du praticien (sexe, nombre d'années d'expérience, université d'origine, orientation de la pratique, formations),
- Pratique ou absence de pratique de la chirurgie avulsive simple, et le cas échéant la (les) raison(s) de l'absence de pratique
- Pratique ou absence de pratique de la chirurgie orale complexe (dents incluses, kystectomie, chirurgie à visée orthodontique...), et le cas échéant la (les) raison(s) de l'absence de pratique
- Pratique ou absence de pratique de la chirurgie parodontale et muco-gingivale, et le cas échéant la (les) raison(s) de l'absence de pratique
- Pratique ou absence de pratique de la chirurgie endodontique, et le cas échéant la (les) raison(s) de l'absence de pratique
- Pratique ou absence de pratique de la chirurgie implantaire, et le cas échéant la (les) raison(s) de l'absence de pratique
- L'évolution future du praticien concernant ces différents types de chirurgies

## 2.4. Recueil des données

Les données ont été recueillies anonymement auprès des participants à l'étude au questionnaire réalisé sur le site SurveyMonkey, elles ont ensuite été extraites sur Microsoft Excel. Elles ont été exploitées pour donner des statistiques descriptives à partir desquelles, des analyses multivariées ont été réalisées pour permettre la comparaison de différents paramètres (l'ancienneté d'exercice, les raisons de l'absence de pratique de l'absence pour chaque type de chirurgie, les raisons de l'absence de pratique de manière globale).

## 3 RÉSULTATS

Durant les 2 mois d'ouverture de l'enquête, 128 praticiens ont répondu au questionnaire. 18 d'entre eux exerçaient une activité chirurgicale exclusive et ont été exclus de l'étude.

L'étude comprenait donc 110 omnipraticiens exerçant en France. Elle comportait 65% de femmes et 35% d'hommes.

La répartition des participants selon leur ancienneté dans l'exercice de la profession était la suivante :

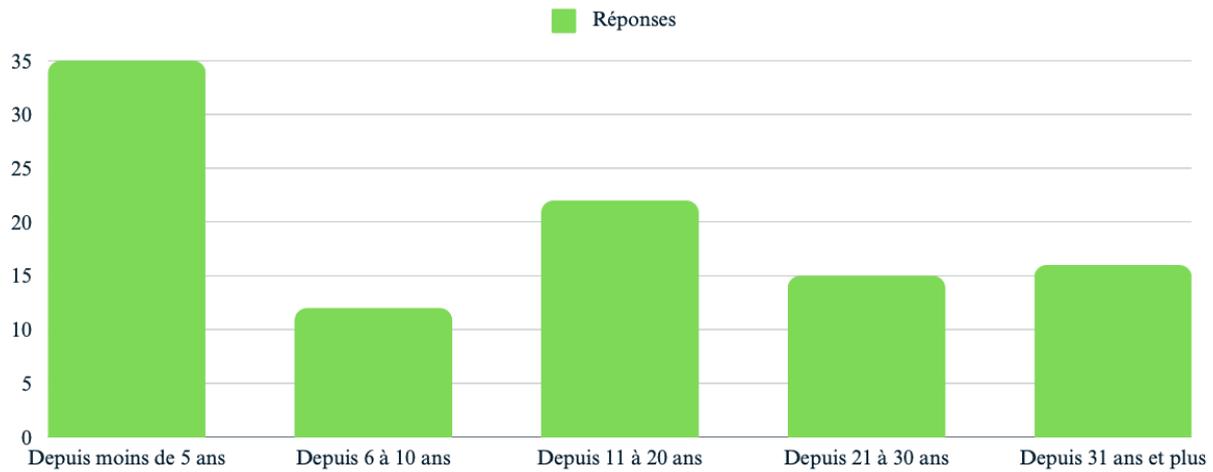


Figure 1 : La répartition (%) des participants selon leur ancienneté d'exercice de la profession

Sur ce graphe, on constate que la majeure partie (35%) des participants à l'étude avaient moins de 5 ans d'ancienneté dans la profession et que le plus faible taux de réponses (12%) concernait les praticiens ayant de 6 à 10 ans d'expérience en tant que chirurgien-dentiste.

106 praticiens ont obtenu leur diplôme en France et 4 à l'étranger (1 au Portugal, les autres en Roumanie).

L'exercice de 76,7% des praticiens n'était orienté vers aucun type de chirurgie.

10,5% pratiquaient la chirurgie orale complexe, 15,1% avait recours à la chirurgie mucogingivale, 8,1% pratiquait l'endodontie chirurgicale et 17,4% l'implantologie.

Concernant les formations consacrées à la chirurgie, 46,5% en avait déjà suivies, 32,6% n'y avait pas eu recours et ne compte pas s'y consacrer, 18,6% avait pour projet de se former et 2,3% s'étaient formés à l'aide de conférences ou d'un mentor.

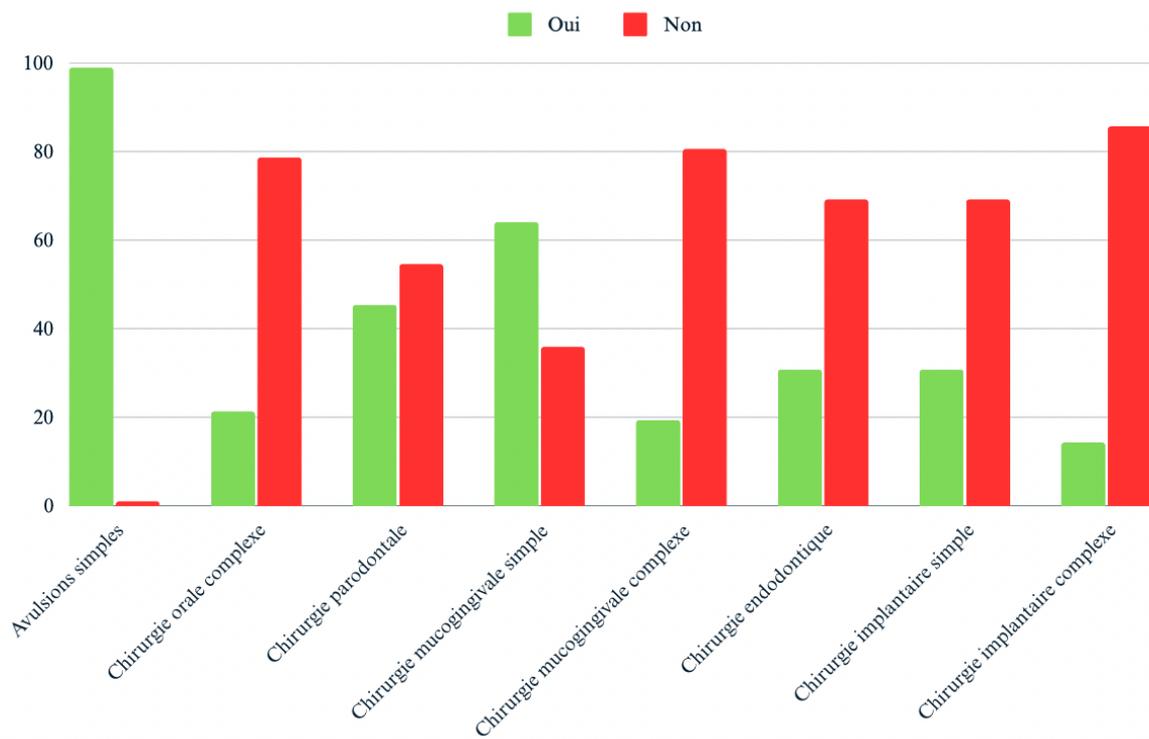


Figure 2 : La répartition (%) de la pratique des différents types de chirurgie en omnipratique chez les participants à l'étude pour chaque type de chirurgie défini

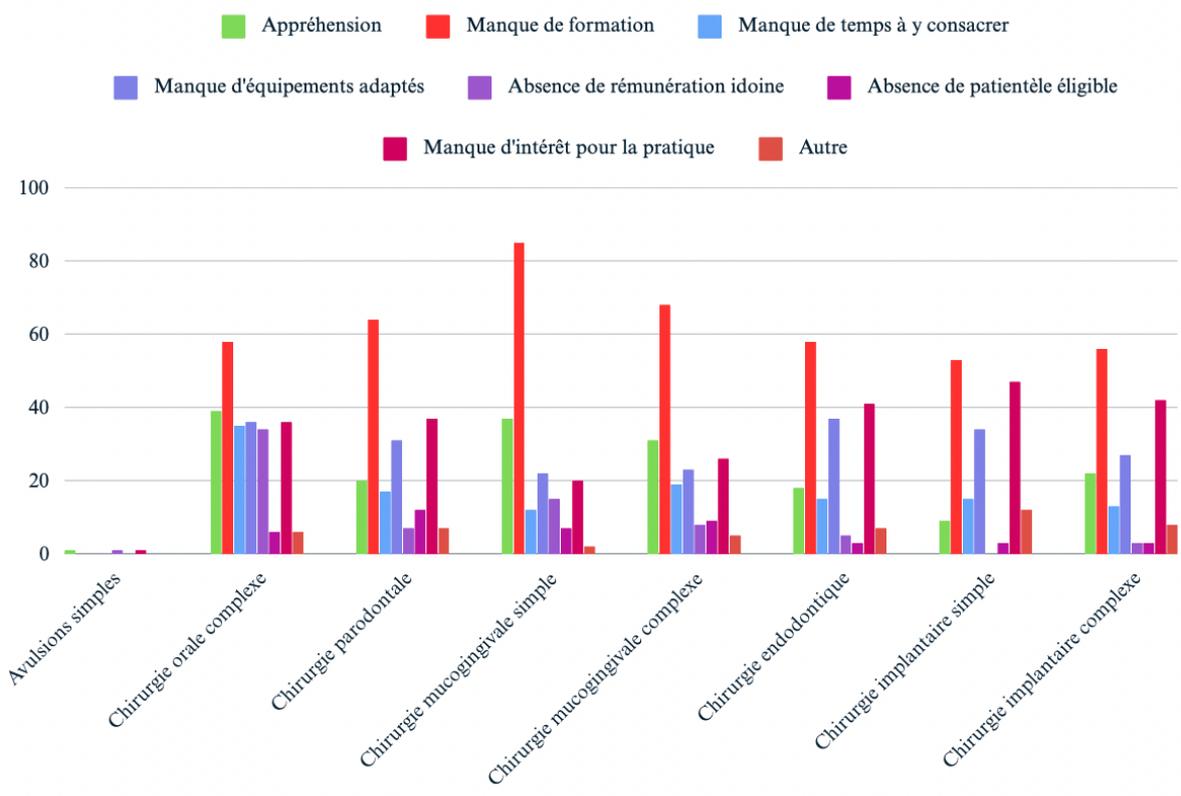


Figure 3 : Toutes les réponses à l'absence de pratique (%) pour tous les types de chirurgie chez les participants à l'étude

### 3.1 Chirurgie avulsive simple

La chirurgie avulsive simple regroupe les actes d'extraction de dents sur arcade, ne présentant pas de complexité particulière. Elle peut être indiquée si la dent est trop délabrée pour être conservée, si sa valeur prothétique de la dent n'est pas bonne, c'est à dire qu'elle risque de compromettre le projet de réhabilitation prothétique du fait par exemple d'une malposition ou d'un manque de pérennité de la situation (dent mobile). Elle peut aussi être requise dans le cadre d'un projet orthodontique pour mener à bien celui-ci. On peut aussi avulser une dent pour raison infectieuse ou avant la mise en place d'un traitement par radiothérapie ou d'une pose de greffe ou de prothèse orthopédique par exemple.

Concernant les avulsions simples, seulement 1 participant ne les pratiquait pas.

Les raisons étaient : appréhension, absence de rémunération idoine et manque d'intérêt pour cet exercice.

### 3.2 Chirurgie orale complexe

La chirurgie orale complexe regroupe les extractions de dents incluses, les actes chez des patients à contexte médical particulier (patients à haut risque d'endocardite infectieuse, à haut risque infectieux, post-radiques, à risque hémorragique élevé...), les kystectomies, les marsupialisations...

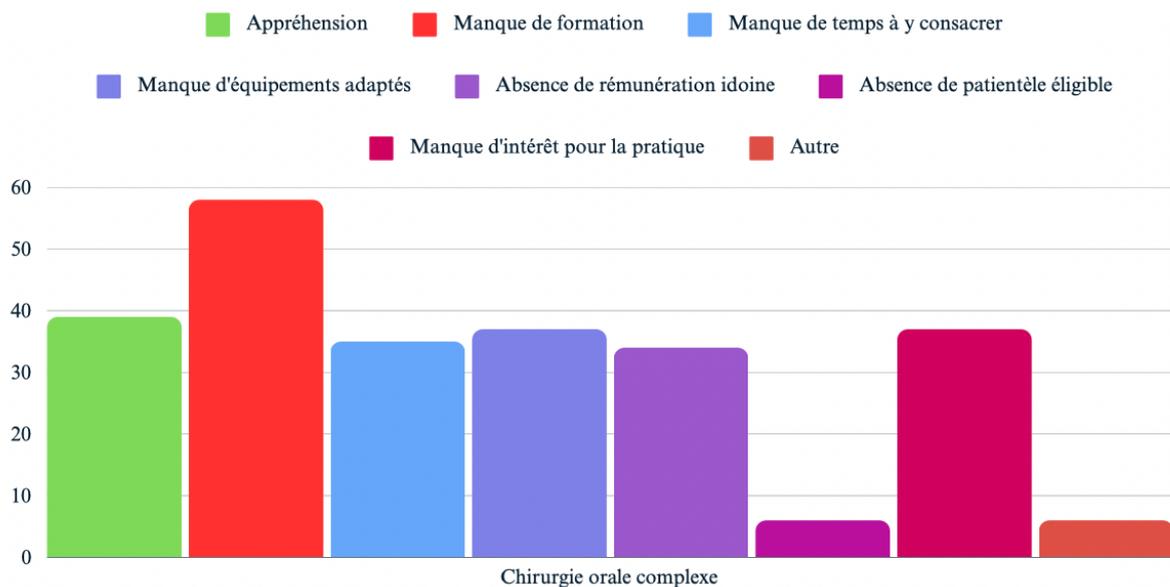


Figure 4 : Les raisons de l'absence de la pratique (%) de la chirurgie orale complexe chez les participants à l'étude

79% des participants ne pratiquaient pas la chirurgie orale complexe. Le principal frein à cet exercice était le manque de formation (58%) suivi de l'appréhension (39%), du manque d'équipements adaptés (37%), d'un manque d'intérêt pour la pratique (37%) puis d'un manque de temps à consacrer (35%) et d'une absence de rémunération idoine (34%). La patientèle nécessitait ce type de soin pour la quasi-totalité des participants (seulement 5,9% estimait ne pas avoir une patientèle éligible à ce type de chirurgie).

Le manque de formation était décroissant en fonction de l'ancienneté de pratique (71% pour les praticiens ayant moins de 5 ans d'exercice contre 23% pour ceux ayant passé plus de 31 ans dans le métier), contrairement au manque d'intérêt qui augmente (18% pour les praticiens ayant moins de 5 ans d'exercice et 62% pour les 31 ans et plus).

### 3.3 Chirurgie parodontale

La chirurgie parodontale a lieu après un surfaçage radiculaire, lorsque ceux-ci ne sont pas suffisant pour traiter l'atteinte parodontale. Elles sont indiquées lorsqu'il reste des poches parodontales de profondeur supérieure ou égale à 6mm. Le bilan parodontal de réévaluation permet de poser son indication.

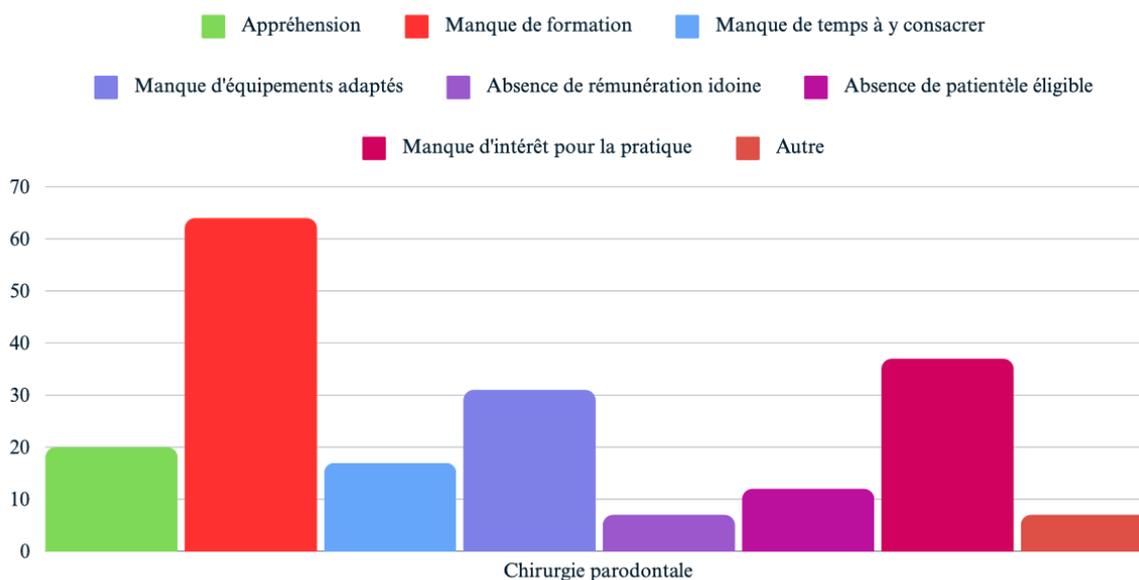


Figure 5 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie parodontale chez les participants à l'étude

55% des participants ne pratiquaient pas de chirurgie parodontale.

La principale raison à l'absence de pratique était le manque de formation (64%) suivie du manque d'intérêt pour cette pratique (37%), d'un défaut d'équipements adaptés (31%) et de l'appréhension (20%).

Le manque de formation n'évoluait que peu en fonction de l'ancienneté (70% des moins de 5 ans contre 62% des plus de 31 ans d'exercice) mais le manque d'intérêt augmentait significativement (22% des moins de 5 ans contre 75% des plus de 31 ans).

### 3.4 Chirurgie mucogingivale simple

La chirurgie mucogingivale simple regroupe les actes tels que les frénectomie ou les élongations coronaires.

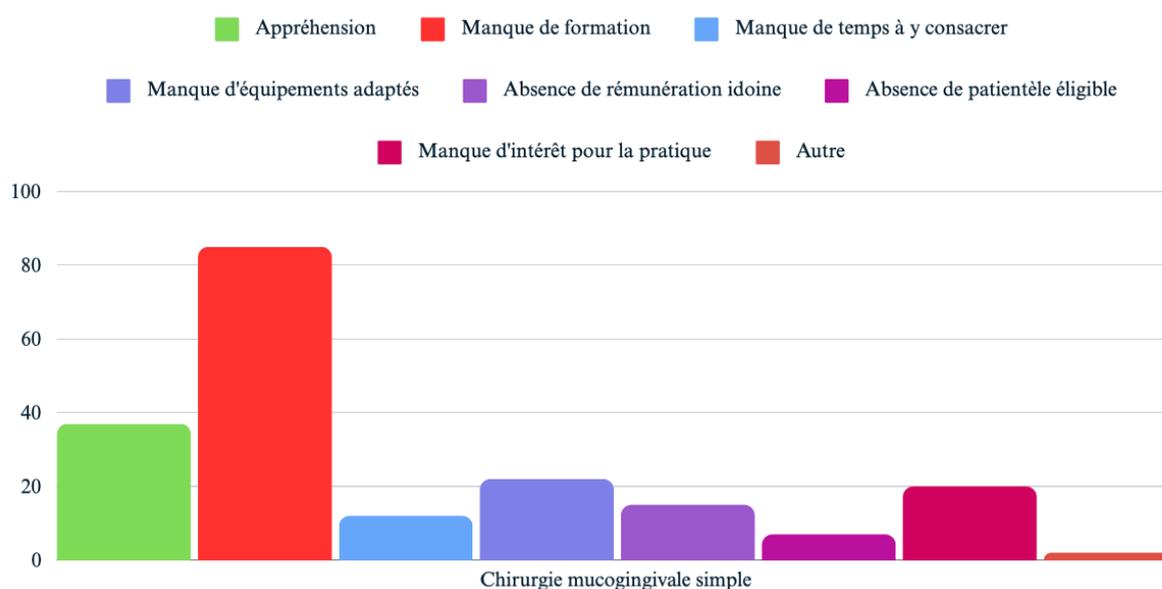


Figure 6 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie mucogingivale simple chez les participants à l'étude

36% des participants ne pratiquait pas ce type de chirurgie.

La principale raison freinant cette pratique était le manque de formation (85%), suivie de l'appréhension (38%), du manque d'équipements dédiés (23%) et du manque d'intérêt (20%).

Le manque de formation était toujours le premier frein en fonction du nombre d'années d'exercice (100% des moins de 5 ans d'exercice, 100% des 21 à 30 ans, 75% des plus de 31 ans).

L'appréhension, elle, augmentait avec les années (33% des moins de 5 ans, 42% des 11 à 20 ans et 50% des plus de 31 ans).

### 3.5 Chirurgie mucogingivale complexe

La chirurgie mucogingivale complexe comprend les actes de tunnelisations, de greffes gingivales ou encore de lambeaux déplacés. Elle peut être indiquée pour des raisons aussi bien fonctionnelles qu'esthétiques.

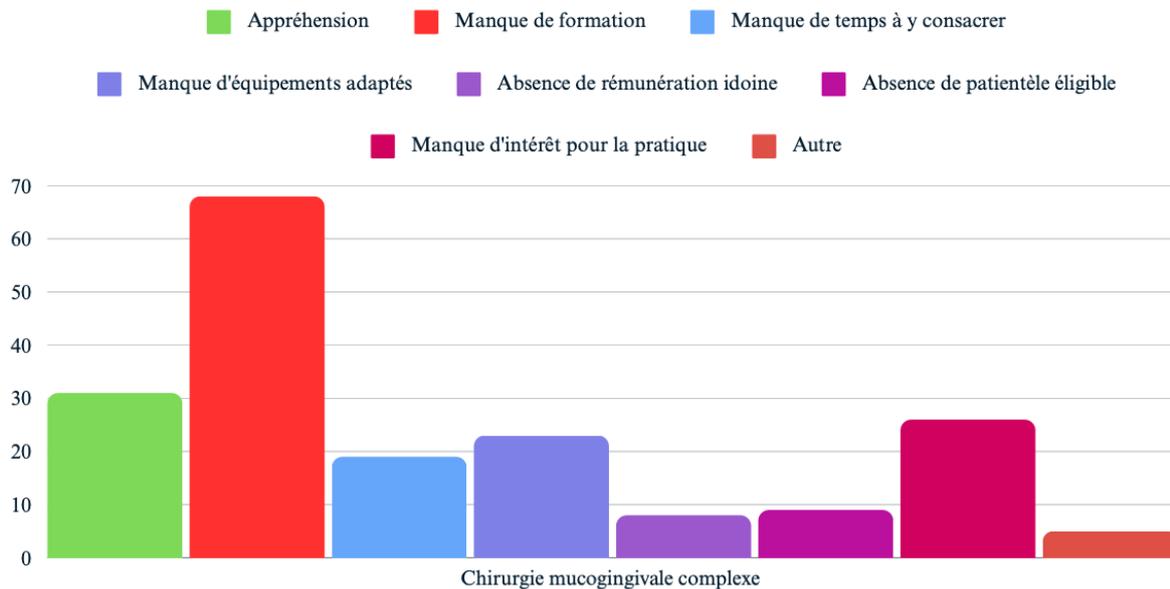


Figure 7 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie mucogingivale complexe chez les participants à l'étude

81% des participants à l'étude ne pratiquaient pas ce type d'acte.

Le principal frein était le manque de formation (68%), suivi de l'appréhension (31%), du manque d'intérêt (26%) et du manque d'équipements adéquats (23%).

Le manque de formation était constant selon l'ancienneté (73% des moins de 5 ans, 75% des plus de 31 ans), l'appréhension aussi (32% des moins de 5 ans, 25% des plus de 31 ans). Le manque d'intérêt, lui, augmentait avec l'ancienneté (12% des moins de 5 ans contre 58% des 31 ans et plus).

### 3.6 Chirurgie endodontique

La chirurgie endodontique est indiquée lorsqu'une dent présente une lésion d'origine endodontique est que la solution thérapeutique habituelle est le traitement ou le retraitement endodontique orthograde présente un échec probable. Par exemple, lorsque cette dent présente une reconstruction prothétique unitaire avec ancrage radiculaire, ou fait partie d'une reconstruction plurale bien intégrée cliniquement, l'accès au réseau canalaire peut être extrêmement difficile voire impossible. Le retraitement endodontique classique impliquerait une dépose des reconstitutions coronoradicaux qui peut s'avérer délabrante et engager le

pronostic de la dent. Quand la situation clinique le permet, le retraitement endodontique par voie chirurgicale peut se substituer au retraitement endodontique classique.

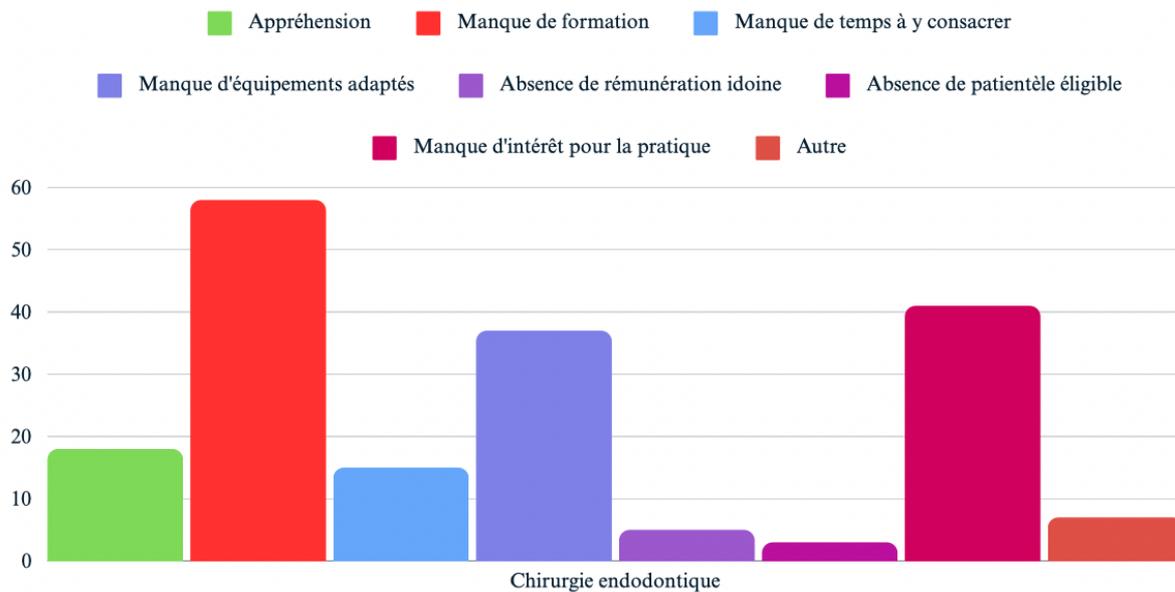


Figure 8 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie endodontique chez les participants à l'étude

69% des praticiens de l'étude ne pratiquait pas de chirurgie endodontique.

La raison principale était le manque de formation (58%), suivie du manque d'intérêt (41%), du manque d'équipements adaptés (37%) et de l'appréhension (18%).

Le manque de formation était homogènement réparti selon les âges (66% des moins de 5 ans, 63% des 6 à 10 ans et 55% des 31 ans et plus). Le manque d'intérêt avait tendance à augmenter avec l'ancienneté de la pratique (31% des moins de 5 ans, 38% des 6 à 10 ans, 40% des 21 à 30 ans et 45% des 31 ans et plus).

Le manque d'équipements adaptés était assez constant selon les tranches d'âge (38% des moins de 5 ans, 46% des 11 à 20 ans, et 27% des 31 et plus).

### 3.7 Chirurgie implantaire simple

La chirurgie implantaire simple correspond à la pose d'un implant ne présentant pas de problématique esthétique, sans indication de chirurgie pré-implantaire (6) comme par exemple un sinus-lift ou une greffe osseuse et avec un contexte anatomique favorable.

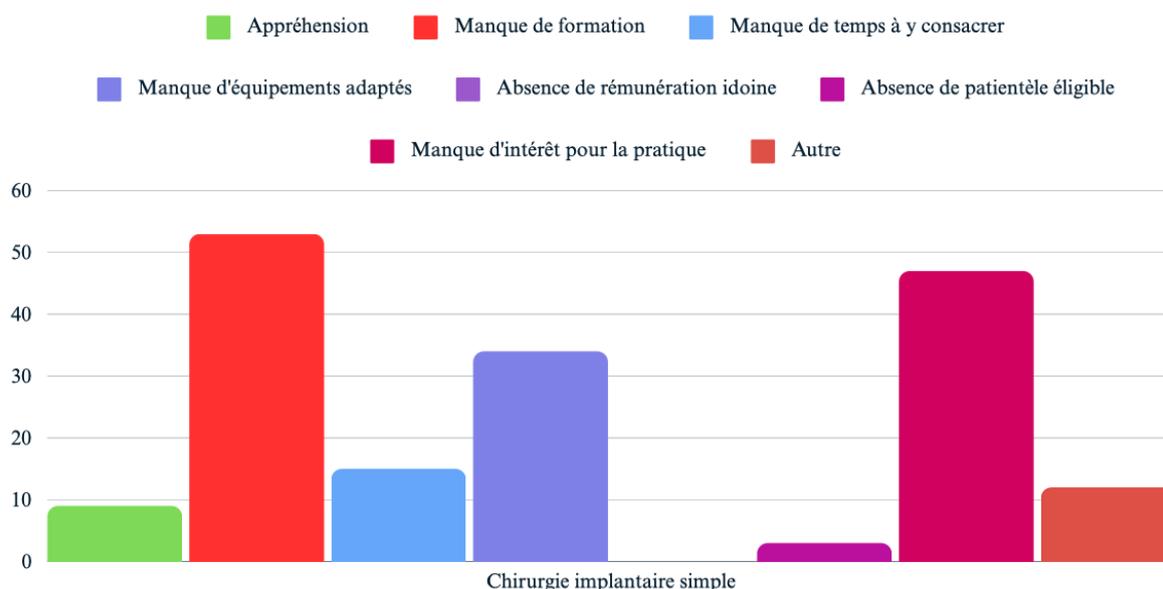


Figure 9 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie implantaire simple chez les participants à l'étude

69% des praticiens inclus dans l'étude ne pratiquaient pas la pose d'implant simple.

La raison principale était le manque de formation (53%), suivi du manque d'intérêt (47%) et du manque d'équipements adaptés (47%).

Le manque de formation diminuait avec l'ancienneté d'exercice (68% des moins de 5 ans contre 13% des 21 à 30 ans et 40% des plus de 31 ans). Le manque d'intérêt augmentait au contraire (29% des moins de 5 ans, 57% des 11 à 20 ans, et 80 des 31 ans et plus).

Le manque d'équipements dédiés était variable selon les tranches d'années d'expérience.

### 3.8 Chirurgie implantaire complexe

La chirurgie implantaire complexe correspond à une pose d'un implant simple ou d'implants multiples pouvant présenter une problématique esthétique, une nécessité de chirurgie pré-implantaire préalable (6) ou avec un contexte anatomique complexe.

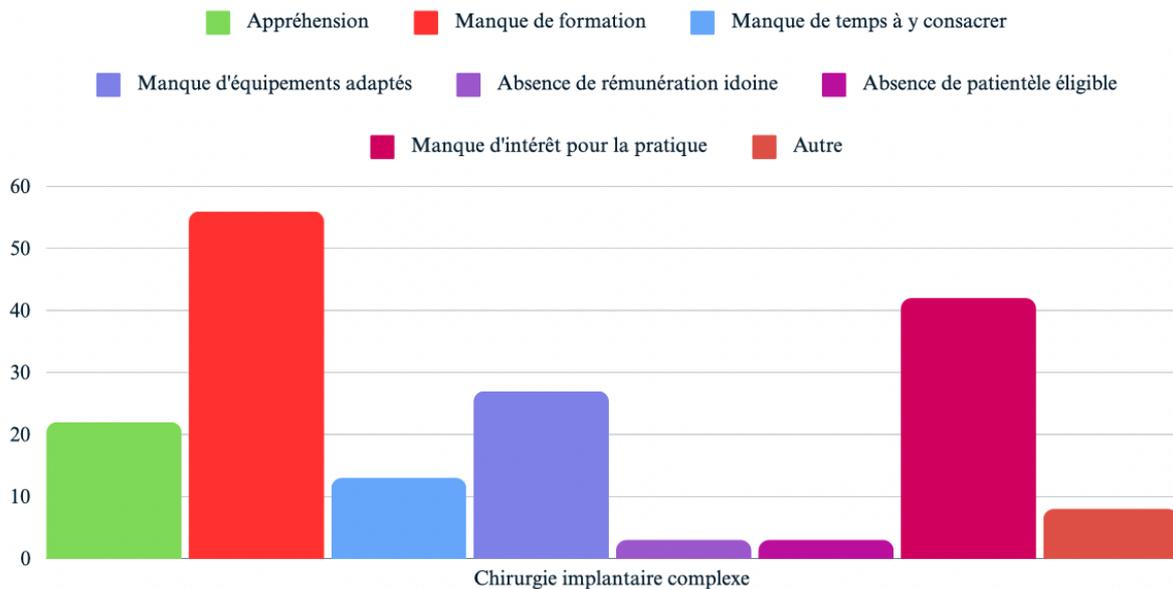


Figure 10 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie implantaire complexe chez les participants à l'étude

86% des participants à l'étude ne pratiquaient pas de chirurgie implantaire complexe.

Le frein principal à cette pratique était le manque de formation (56%), suivi du manque d'intérêt (43%), du manque d'équipements adaptés (27%) et de l'appréhension (22%).

Le manque de formation était un frein à la pratique qui décroissait au fil des années (65% des moins de 5 ans, 52% des 11 à 20 ans, 42% des 21 à 30 ans ainsi que des 31 ans et plus).

Le manque d'intérêt était aussi en augmentation en fonction de l'ancienneté des praticiens (32% des moins de 5 ans, 68% des 11 à 20 ans et 67% des 31 ans et plus). Le manque d'équipements adaptés et l'appréhension variaient selon les catégories d'âge de pratique.

## Analyse

La raison principale freinant la pratique de la chirurgie (tous types confondus) était le manque de formation qui représentait presque deux tiers des participations à l'étude.

Le manque d'intérêt avait globalement tendance à augmenter avec l'ancienneté de la pratique. Certaines chirurgies n'étaient pas significativement pas assez rémunératrices pour les praticiens. La chirurgie orale complexe n'apportait pas de rémunération idoine pour un tiers des praticiens et 15% pour la chirurgie mucogingivale simple tandis que pour les autres types de chirurgies ce n'était pas significatif.

L'appréhension représentait toujours une part importante des raisons de l'absence de pratique avec une moyenne de 29% sur tous les types de chirurgies exceptée la chirurgie implantaire simple (9%).

Le manque de temps à consacrer à la chirurgie était une raison assez également répartie pour tous les types de chirurgies avec une moyenne de 17% excepté pour la chirurgie orale complexe où elle représentait 41% des réponses.

Le manque d'équipements adaptés que ce soit pour des raisons de coût ou d'un manque d'espace par exemple était exprimé par 30% des omnipraticiens.

L'absence de patientèle éligible ne représentait que 6% des réponses, ce qui rendait donc cette raison négligeable.

## 4 DISCUSSION

Comme le rapporte le site [sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr) sur l'article ONDPS – Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives, (7), la profession se féminise, la part des femmes est passée de 29% en 1990, à 35% en 2006, 40% en 2012 et près de 48% en 2021. Ce mouvement devrait se poursuivre car les femmes sont majoritaires dans la jeune génération (59% de la classe d'âge des 25-29 ans). Elles représentent également la majorité des nouveaux diplômés en France (56%) ainsi qu'à l'étranger (53%).

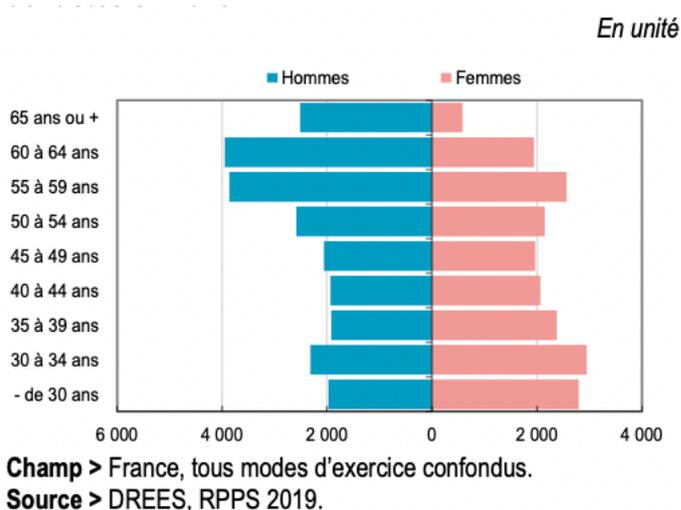


Figure 11 : Répartition des chirurgiens-dentistes en 2018 (8)

La population de cette étude réalisée en 2024 était une population jeune avec 47% des participants ayant moins de 10 ans d'exercice lors de l'enquête et majoritairement féminine (64% des participants étaient des femmes). Bien que l'échantillon soit relativement faible, la population était donc représentative de la population générale des chirurgiens-dentistes en France.

Concernant l'activité des chirurgiens-dentistes en France, le site [sante.gouv.fr](http://sante.gouv.fr) sur l'article ONDPS – Démographie des chirurgiens-dentistes rapporte que 94% des chirurgiens-dentistes exerçaient une activité d'omnipraticien en 2021.

Les questions 7 et 8 ne présentaient pas de résultats statistiquement exploitables car seulement un participant sur les 110 a répondu négativement. L'échantillon est donc trop faible pour être statistiquement significatifs.

Sur les 128 praticiens ayant répondu à l'enquête, 110 exerçaient une activité d'omnipratique, ce qui correspondait à 86% d'omnipraticiens.

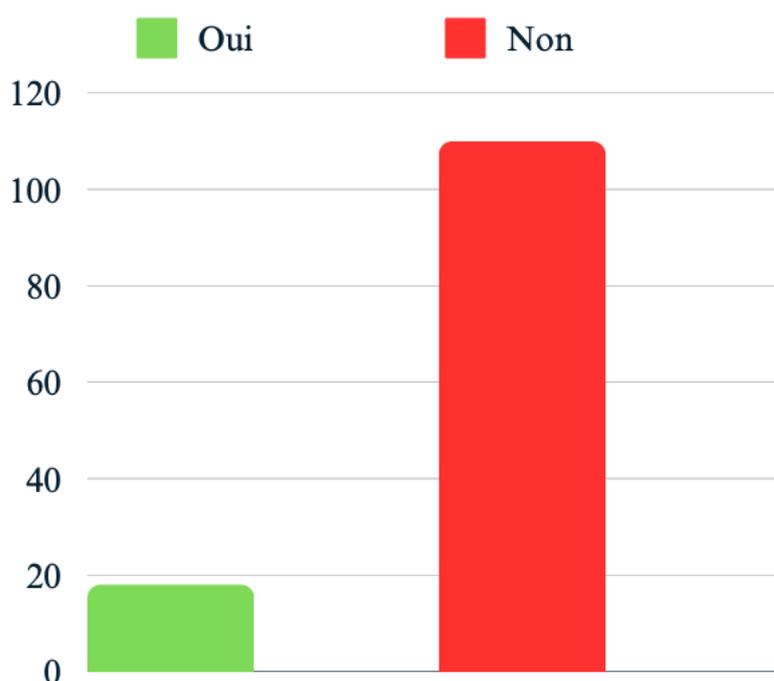


Figure 12 : Exercez-vous une activité exclusive (chirurgie, endodontie, parodontologie...) ou êtes-vous spécialiste ?

L'activité des participants à l'étude était donc représentative de l'activité de la population dentaire en général.

En moyenne, pour tous les types de chirurgies (sauf les extractions simples, qui étaient pratiquées à 99%), 68% des praticiens ne les pratiquaient pas.

Pourtant, seulement 5% en moyenne des praticiens estimaient ne pas avoir la patientèle éligible aux différents types de chirurgie. La demande de soins chirurgicaux est donc bien présente et c'est une nécessité d'y répondre.

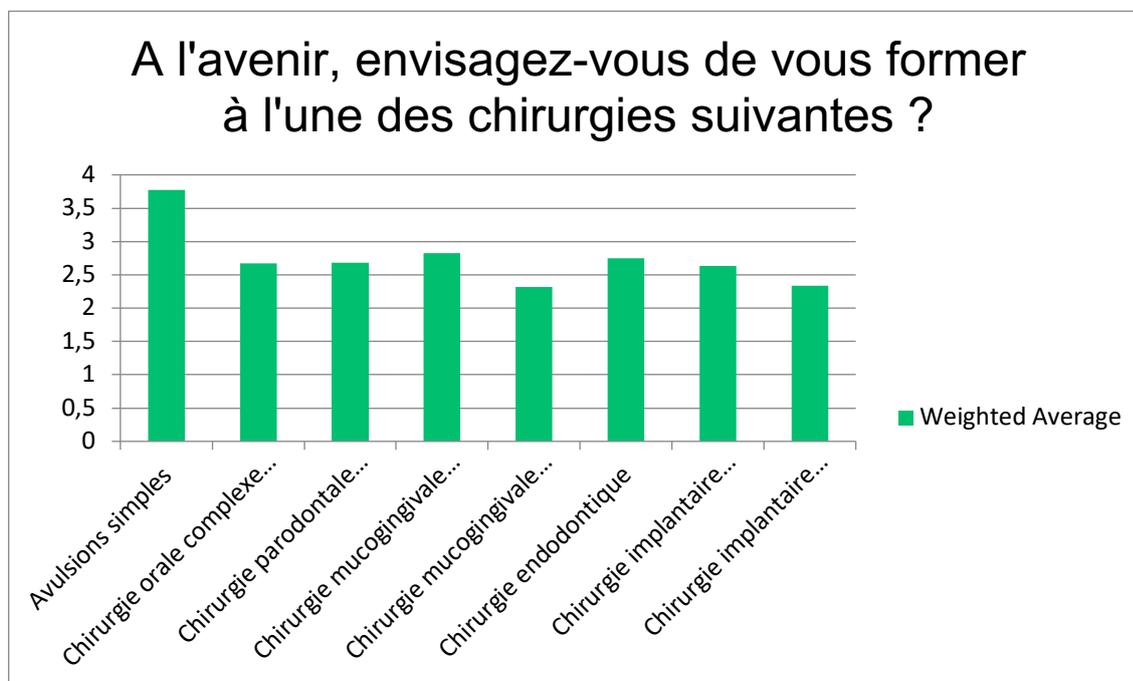


Figure 13 : Moyenne pondérée des réponses à la question 24 (annexe 5.1) sur la volonté de se former à un ou plusieurs types de chirurgies

Le graphique met en évidence qu'une majorité des participants à l'étude à la volonté de se former à l'avenir à la pratique de la chirurgie.

### **Quelles améliorations pourrait-on envisager pour améliorer la pratique de la chirurgie au sein des omnipraticiens ?**

#### **Formation**

La principale conclusion à tirer de cette étude est que les praticiens ne se sentent pas assez formés à la pratique de la chirurgie dans sa globalité.

Une autre étude (2) publiée le 12 avril 2019 avait pour objectif de déterminer l'efficacité des cours sur les omnipraticiens portant sur la chirurgie buccale mineure en soins primaires. Pour se faire, 40 omnipraticiens participant à un cours pratique sur la chirurgie orale ont été interrogés sur leur compréhension, leurs connaissances et leur confiance concernant les actes de chirurgie orale. La même enquête a été distribuée avant et après le cours.

Tous les participants ont rapporté une amélioration de leurs compétences et connaissances après le cours. Dans l'ensemble, 40 % des participants se sentaient relativement confiants ou très confiants dans la séparation de racine et l'alvéolectomie, contre 91 % peu confiants avant le cours. De plus, 87 % et 68 % des participants se sentaient respectivement relativement confiants ou très confiants pour suturer et lever un lambeau mucopériosté à la fin du cours.

L'étude a conclu qu'une augmentation des cours de chirurgie orale peuvent conduire à une augmentation significative des compétences, des connaissances et de la confiance des omnipraticiens. Ces cours seront probablement encore plus efficaces s'ils sont suivis par des cours de remise à niveau durant la carrière des praticiens et par la mise en place d'un mentorat. Des obstacles subsistent toutefois pour accroître l'offre de chirurgie orale mineure dans les soins primaires, notamment la disponibilité des équipements.

Une revue de littérature (9) traitait du mentorat dans l'exercice dentaire.

Le mentorat joue un rôle clé dans le soutien aux praticiens et aux associations de praticiens. Il consiste en l'accompagnement d'un élève par un mentor qui va contribuer à son développement en fixant des objectifs réalisables et des plans réalistes, en suivant les progrès et en fournissant des commentaires ou en aidant à la réflexion. Le mentor va assister son apprenti à résoudre ses problèmes et lui apporte un soutien personnel et de la motivation. À mesure que la relation se développe, le mentor devra faire usage de diverses compétences, connaissances et approches afin de faciliter l'obtention de résultats favorables au développement de son élève.

Les données probantes de cette revue de littérature ont été évaluées pour aboutir à un guide de bonnes pratiques à utiliser lors d'un mentorat, applicable à la dentisterie.

L'étude a conclu que le mentorat peut créer un environnement positif favorisant les membres de l'équipe à partager leurs connaissances, à développer de nouvelles idées et à améliorer le travail d'équipe. Cet article explorait le rôle du mentorat dans un contexte de soins dentaires pour promouvoir le développement professionnel des individus impliqués. Il a été conclu que le mentorat devrait être considéré comme une priorité et qu'il devrait être encouragé à tous les niveaux durant la carrière d'un chirurgien-dentiste pour améliorer et développer son exercice.

Lorsqu'il est utilisé efficacement, le processus de mentorat a un impact positif à la fois sur l'organisation et sur les individus qui la composent, aboutissant finalement à de meilleurs soins aux patients.

Nous pouvons donc en déduire que l'accès à la formation n'est actuellement pas ressenti comme suffisant. Un meilleur accès au mentorat ainsi qu'une meilleure formation lors des études et après celles-ci semblent des solutions viables pour améliorer la situation et favoriser l'exercice chirurgical dans un cadre d'omnipratique, et donc permettre un meilleur accès aux soins aux patients.

La thèse « La formation continue chez les chirurgiens-dentistes : besoin et accès » (10) soutenue en 2003 par Laurent Obellianne en Lorraine mettait en lumière que le frein principal à la formation continue pour les praticiens était le manque de temps à y consacrer (76,5%). 60% des participants la considéraient déjà comme indispensable à cette époque. La réforme du Développement Professionnel Continu (DPC) en 2016, qui l'a rendu obligatoire, devrait permettre une réelle amélioration de la situation en obligeant les praticiens à se former régulièrement et leur permettre de mieux appréhender les difficultés qu'ils sont sujets à rencontrer lors de leur exercice. En effet, 50 % des connaissances serait à actualiser en 7 ans, d'après l'article « Développement professionnel continu (DPC) et émergence de la recertification en France. Évolution législative et commentaires » publié le 15 avril 2020 par D. Bertrand et P. Bouet (11)

Un premier bilan sur le DPC (12) datant de 2016 met cependant en lumière que les chirurgiens dentistes sont assez réticents à cette formation continue.

En 2016, sur 40859 praticiens référencés en France, 17693 ont créé leur compte DPC, et seulement 4479 inscriptions à des formations ont été engagé par les chirurgiens dentistes. Cela représente moins de 11% de la population dentaire totale en France. Il pourrait être intéressant de chercher à savoir pourquoi les chirurgiens-dentistes ne s'investissent que peu dans ce programme.

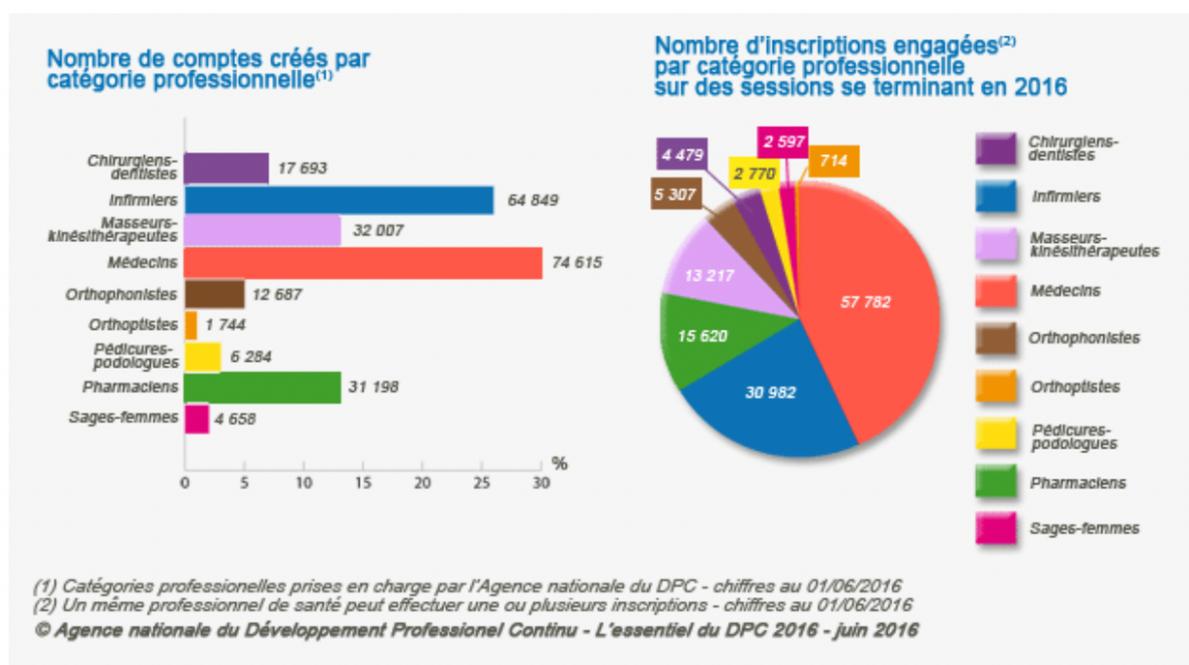


Figure 14 : Compte rendu sur l'accès des différentes professions médicales au DPC par L'Agence nationale du Développement Professionnel Continu – juin 2016

Depuis 2011, un internat de chirurgie orale a été créé. Il s'agit d'un internat accessible par les étudiants de médecine et de chirurgie dentaire. Cependant, en 2019, en France, seuls 172 spécialistes en chirurgie orale ont été référencés contre 39278 omnipraticiens cette même année. Le faible échantillon ne permet pas d'estimer le réel impact de la création de cette nouvelle filière commune sur l'offre de soin. On pourrait se poser la question d'une augmentation du report vers un spécialiste grâce à cette filière, cependant encore trop peu de spécialistes en chirurgie orale sont présents en France.

L'appréhension est aussi une des principales raisons freinant les chirurgiens dentistes à pratiquer des actes chirurgicaux. Les raisons principales de cette appréhension sont induites par les différents risques que présente l'acte chirurgical. Il peut s'agir d'un risque directement lié au soin, le risque médical. Celui-ci peut être dû à la nature du soin et sa potentielle complexité, ou des risques encourus par un schéma médical complexe du patient (antécédants médicaux, traitements à risque).

### **Gestion du risque médico-légal**

La présence d'un risque médico-légal (13) est souvent un facteur stressant durant l'exercice dentaire et omniprésent lors de la pratique de la chirurgie. Il peut être à l'origine d'une appréhension de l'acte chirurgical chez le praticien. Cependant, le praticien peut s'écarter de ce risque en respectant la bonne tenue du dossier médical du patient.

Contrairement aux dossiers médicaux détenus par les établissements de santé, il n'y pas de liste exhaustive dans le Code de la santé publique concernant de ce que doit contenir les dossiers médicaux dans les cabinets dentaires.

Cependant, la Haute Autorité de Santé a mis en place un référentiel intitulé « Le dossier du patient en odontologie » (mai 2000) fournissant des recommandations sur comment établir et bien tenir un dossier médical au cabinet dentaire.

Ces recommandations ont été complétées par un référentiel d'auto-évaluation des pratiques en odontologie portant sur le dossier du patient (janvier 2006).

Elles vont permettre de guider le praticien pour avoir une bonne tenue du dossier médical.

En appliquant ces recommandations à la lettre, le praticien s'écartera d'un potentiel risque médico-légal et aura, par conséquent, une pratique plus sereine.

## **Gestion du risque médical**

La gestion du risque médical (14) lié directement à l'acte chirurgical est aussi un élément clé pour permettre une pratique sereine de ce type d'actes, particulièrement chez les patients présentant un contexte médical particulier. De nos jours, de nombreux guides de bonne pratique concernant les risques médicaux sont accessibles simplement sur internet comme par exemple le « Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste » (15) publié par la Commission des dispositifs médicaux de l'Association Dentaire Française, qui reprend tous les risques médicaux dûs à un contexte médical particulier et la prise en charge adaptée pour éviter toute complication lors du soin et prévenir les risques en post-opératoires.

Dans le cadre du Développement Professionnel Continu, des formations validantes sont aussi proposées sur la prise en charge en odontologie des patients à risque médical. Elles permettent au praticien d'être tenu à jour des dernières recommandations ainsi que de faire un rappel sur leurs acquis.

Un meilleur accès à la formation ainsi qu'une meilleure gestion du risque, qu'il soit médical ou médico-légal, vont permettre à l'omnipraticien d'être mieux préparer face aux difficultés éventuelles qu'il peut rencontrer au cours de son exercice et ainsi, de mieux appréhender l'acte chirurgical et la prise en charge globale du patient.

## **5 CONCLUSION**

Dans cette étude, nous avons démontré que moins de la moitié des praticiens propose une offre de soins chirurgicaux en omnipratique. Pourtant, la nécessité d'avoir recours à des actes de chirurgie fait partie du quotidien de l'omnipraticien. De nombreux chirurgiens-dentistes vont donc avoir recours à des confrères spécialisés auxquels ils vont adresser leurs patients pour mener à bien leurs plans de traitement. On pourrait penser que cela aura pour conséquence de complexifier la mise en place du plan de traitement en ralentissant la prise en charge du patient, avec des délais souvent longs pour avoir un rendez-vous chez le spécialiste. On pourrait aussi penser que cela est une perte d'autonomie pour l'omnipraticien qui ne va pas pouvoir gérer la totalité de la prise en charge seul.

Cependant, une partie importante des praticiens déclare ne pas être intéressés par la pratique de la plupart des actes chirurgicaux. Ce qui laisse penser qu'ils ont déjà établi une manière fluide et pérenne de travailler avec des correspondants et qui n'affecte pas ou peu la prise en charge du patient.

Aussi, certains évoquent une absence de rémunération suffisante pour se consacrer à cet exercice, surtout pour la chirurgie orale complexe et la chirurgie mucogingivale simple. Une réévaluation de la tarification de certains actes pourrait avoir un impact sur le taux de pratique.

Ceci est corrélé au fait que la pratique de certains actes demande d'être équipé d'un matériel particulier, et que celui-ci est souvent très onéreux. Cela représente donc un certain investissement financier pour le praticien.

Comme nous l'avons vu, à l'heure actuelle, ce ne sont pas les formations et les aides à cette pratique qui manquent. Il semble donc qu'il s'agit d'un choix plus que d'un manque d'accès à des formations ou à des aides pour aborder la chirurgie plus sereinement.

Deux perspectives d'évolution de la profession semblent probables à l'avenir. La première est une augmentation du niveau de formation des omnipraticiens en chirurgie. La deuxième est une augmentation du taux de spécialisation de la profession.

## **6 LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX**

Figure 1 : La répartition (%) des participants selon leur ancienneté d'exercice de la profession  
– page 14

Figure 2 : La répartition (%) de la pratique des différents types de chirurgie en omnipraticque chez les participants à l'étude pour chaque type de chirurgie défini – page 15

Figure 3 : Toutes les réponses à l'absence de pratique (%) pour tous les types de chirurgie chez les participants à l'étude – page 15

Figure 4 : Les raisons de l'absence de la pratique (%) de la chirurgie orale complexe chez les participants à l'étude – page 16

Figure 5 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie parodontale chez les participants à l'étude – page 17

Figure 6 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie mucogingivale simple chez les participants à l'étude – page 18

Figure 7 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie mucogingivale complexe chez les participants à l'étude – page 19

Figure 8 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie endodontique chez les participants à l'étude – page 20

Figure 9 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie implantaire simple chez les participants à l'étude – page 21

Figure 10 : Les raisons (%) de l'absence de la pratique de la chirurgie implantaire complexe chez les participants à l'étude – page 22

Figure 11 : Répartition des chirurgiens-dentistes en 2018 – page 23

Figure 12 : Exercez-vous une activité exclusive (chirurgie, endodontie, parodontologie...) ou êtes-vous spécialiste ? – page 24

Figure 13 : Moyenne pondérée des réponses à la question 24 (annexe 5.1) sur la volonté de se former à un ou plusieurs types de chirurgies – page 25

Figure 14 : Compte rendu sur l'accès des différentes professions médicales au DPC par L'Agence nationale du Développement Professionnel Continu – juin 2016 – page 27

## **7 ANNEXE**

### 7.1 Questionnaire

#### **1. Vous êtes :**

- Une femme
- Un homme
- Je ne souhaite pas répondre

#### **2. Vous êtes thésé(e) pour le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire depuis :**

- Moins de 5 ans
- 6 à 10 ans
- 11 à 20 ans 21 à 30 ans
- 31 ans et plus

**3. Vous avez eu votre diplôme en France :**

- Oui
- Non

**4. Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez préciser le pays d'obtention de votre diplôme :**

**5. Actuellement, votre pratique est-elle orientée vers une ou plusieurs de ces spécialités ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Chirurgie orale complexe
- Chirurgie muco-gingivale
- Endodontie chirurgicale
- Implantologie
- Aucun de ces actes

**6. Avez-vous suivi une formation pour améliorer votre pratique chirurgicale ?**

- Oui
- Non
- Non, mais c'est en projet
- Non, mais je me suis formé(e) autrement (Veuillez préciser : revue, congrès, apprentissage par les pairs, ...) :

*Avulsions dentaires simples*

**7. Pratiquez-vous des avulsions simples (dents sur arcade) ?**

- Oui
- Non

**8. Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez préciser la ou les raison(s)**

:

Plusieurs réponses possibles.

- Appréhension
- Manque de formation
- Manque de temps à y consacrer
- Manque d'équipements adaptés (coût du matériel, absence de salle dédiée...)
- Absence de rémunération idoine (sur les actes opposables)
- Absence de patientèle éligible
- Pas intéressé(e) par cette pratique
- Autre (veuillez préciser) :

Chirurgie orale complexe

**9. Pratiquez-vous de la chirurgie orale complexe (dents incluses, kystectomie, chirurgie à visée orthodontique...) ?**

- Oui
- Non

**10. Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez préciser la ou les raison(s) :**

Plusieurs réponses possibles.

- Appréhension
- Manque de formation
- Manque de temps à y consacrer
- Manque d'équipements adaptés (coût du matériel, absence de salle dédiée...)
- Absence de rémunération idoine (sur les actes opposables)
- Absence de patientèle éligible
- Pas intéressé(e) par cette pratique
- Autre (veuillez préciser) :

**11. Pratiquez-vous de la chirurgie parodontale (assainissement parodontal chirurgical, comblement osseux...) ?**

- Oui

- Non

**12. Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez préciser la ou les raison(s) :**

Plusieurs réponses possibles.

- Appréhension

- Manque de formation

- Manque de temps à y consacrer

- Manque d'équipements adaptés (coût du matériel, absence de salle dédiée...)

- Absence de rémunération idoine (sur les actes opposables)

- Absence de patientèle éligible

- Pas intéressé(e) par cette pratique

- Autre (veuillez préciser) :

**13. Pratiquez-vous la chirurgie mucogingivale simple (frénectomie, élongation coronaire...) ?**

- Oui

- Non

**14. Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez préciser la ou les raison(s) :**

Plusieurs réponses possibles.

- Appréhension
- Manque de formation
- Manque de temps à y consacrer
- Manque d'équipements adaptés (coût du matériel, absence de salle dédiée...)
- Absence de rémunération idoine (sur les actes opposables)
- Absence de patientèle éligible
- Pas intéressé(e) par cette pratique
- Autre (veuillez préciser) :

**15. Pratiquez-vous la chirurgie mucogingivale complexe (greffes, lambeaux déplacés, tunnels...) ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

**16. Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez préciser la ou les raison(s) :**

Plusieurs réponses possibles.

- Appréhension
- Manque de formation
- Manque de temps à y consacrer
- Manque d'équipements adaptés (coût du matériel, absence de salle dédiée...)
- Absence de rémunération idoine (sur les actes opposables)
- Absence de patientèle éligible
- Pas intéressé(e) par cette pratique
- Autre (veuillez préciser) :

Chirurgie endodontique

**17. Pratiquez-vous de la chirurgie endodontique ?**

- Oui
- Non

**18. Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez préciser la ou les raison(s) :**

Plusieurs réponses possibles.

- Appréhension
- Manque de formation
- Manque de temps à y consacrer
- Manque d'équipements adaptés (coût du matériel, absence de salle dédiée...)
- Absence de rémunération idoine (sur les actes opposables)
- Absence de patientèle éligible
- Pas intéressé(e) par cette pratique
- Autre (veuillez préciser) :

Chirurgie implantaire

**19. Pratiquez-vous de la chirurgie implantaire simple (implant sans problématique esthétique et sans nécessité de chirurgie pré-implantaire) ?**

- Oui
- Non

**20. Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez préciser la ou les raison(s) :**

Plusieurs réponses possibles.

- Appréhension
- Manque de formation
- Manque de temps à y consacrer
- Manque d'équipements adaptés (coût du matériel, absence de salle dédiée...)
- Absence de rémunération idoine (sur les actes opposables)
- Absence de patientèle éligible
- Pas intéressé(e) par cette pratique
- Autre (veuillez préciser) :

**21. Pratiquez-vous de la chirurgie implantaire complexe (implant en secteur esthétique, réhabilitation prothétique complexe, chirurgie pré-implantaire d'aménagement des tissus) ?**

- Oui
- Non

**22. Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez préciser la ou les raison(s) :**

Plusieurs réponses possibles.

- Appréhension
- Manque de formation
- Manque de temps à y consacrer
- Manque d'équipements adaptés (coût du matériel, absence de salle dédiée...)
- Absence de rémunération idoine (sur les actes opposables)
- Absence de patientèle éligible
- Pas intéressé(e) par cette pratique
- Autre (veuillez préciser) :

**24. A l'avenir, envisagez-vous de vous former à l'une des chirurgies suivantes ?**

Avulsions simples

- Oui
- Peut être
- Non
- Je pratique déjà

Chirurgie orale complexe (dents incluses, kystectomie, chirurgie à visée orthodontique...)

- Oui
- Peut être
- Non
- Je pratique déjà

Chirurgie parodontale (assainissement parodontal chirurgical, comblement osseux...)

- Oui
- Peut être
- Non
- Je pratique déjà

Chirurgie mucogingivale simple (frénectomie, élongation coronaire...)

- Oui
- Peut être
- Non
- Je pratique déjà

Chirurgie mucogingivale complexe (greffes, lambeaux déplacés, tunnels...)

- Oui
- Peut être
- Non
- Je pratique déjà

### Chirurgie endodontique

- Oui
- Peut être
- Non
- Je pratique déjà

### Chirurgie implantaire simple (implant sans problématique esthétique et sans nécessité de chirurgie pré-implantaire)

- Oui
- Peut être
- Non
- Je pratique déjà

### Chirurgie implantaire complexe (implant en secteur esthétique, réhabilitation prothétique complexe, chirurgie pré-implantaire d'aménagement des tissus)

- Oui
- Peut être
- Non
- Je pratique déjà

## **8 BIBLIOGRAPHIE**

1. Valensi RR. Les sources de stress au cabinet dentaire éprouvé par le chirurgien-dentiste.
2. How do minor oral surgery courses impact the confidence levels of general dental practitioners? | British Dental Journal [Internet]. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/s41415-019-0151-8>
3. Devoize L, Durand A, Tubert-Jeannin S, Deschaumes C, Huard C, Machat-Pegon E, et al. Etude de l'activité chirurgicale des praticiens libéraux en Auvergne. Med Buccale Chir Buccale. 2006;12(2):63-72.
4. ReCOL [Internet]. ReCOL - Recherche en Progrès Efficacité des Soins Dentaires. Disponible sur: <https://recol.fr/>

5. ReCOL, un réseau libéral pour la recherche en Odontologie ! [Internet]. Union Nationale des Étudiants en Chirurgie Dentaire. 2020.
6. Chirurgien maxillo-facial (Paris) & stomatologue [Internet]. Chirurgie pré-implantaire. Disponible sur: <https://dr-roul-yvonnet-maxillo-paris.fr/interventions/stomatologie-paris/chirurgie-pre-implantaire/>
7. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante>
8. Jabri K (DREES/SEEE/BACS). Les dépenses de santé en 2018 > édition 2019 > DREES.
9. Nathwani S, Rahman N. GROWing in dentistry: mentoring the dental professional. Br Dent J. 2022;232(4):261-6.
10. Obellianne L. La formation continue chez les chirurgiens-dentistes: besoins et accès [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2003. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733946>
11. Bertrand D, Bouet P. Développement professionnel continu (DPC) et émergence de la recertification en France. Évolution législative et commentaires. Bull Acad Natl Med. juin 2020;204(6):589-97.
12. Le point sur : l'offre de DPC 2016 [chiffres au 01/06/2016] [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-point-sur-l%E2%80%99offre-de-dpc-2016-chiffres-au-01062016>
13. Rinaudo S. Complications en chirurgie orale: aspects médico-légaux et données épidémiologiques.
14. PRISE EN CHARGE EN ODONTOLOGIE DES PATIENTS A RISQUE MEDICAL | Conférences dentaires [Internet]. Disponible sur: <https://www.conferences-dentaires.com/conference/prise-en-charge-en-odontologie-des-patients-risque-medical-5015/>
15. « Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste » publié par Laurent F, Alantar A, Baranes M, Bouaziz F, Doucet P, Mauprivez C, et al. Groupe de travail scientifique

**NANTES UNIVERSITÉ**  
**UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE**

---

**Vu le Président du Jury,**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Vu le Doyen,**

**Pr Assem SOUEIDAN**

**ROLAND (Xavier)** – Enquête sur la pratique de la chirurgie dentaire en cabinet d’omnipraticque libérale auprès de CD libéraux – réseau ReCOL – 40 f ; 14 tabl . ; 15 ref ; 30cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2024)

**RESUME :** La pratique de la chirurgie dentaire fait partie du quotidien des cabinets d’omnipraticque. Elle regroupe plusieurs types d’actes, allant de l’avulsion simple à des techniques plus complexes telles que la pose d’implant, la chirurgie mucogingivale ou encore l’endodontie chirurgicale.

L’objectif de cette thèse était de faire le point à travers un questionnaire sur l’offre et la demande des soins chirurgicaux ainsi que de mieux comprendre les différents freins à cette pratique chez les omnipraticiens exerçant en France. L’enquête a permis de mettre en lumière les principales raisons freinant la pratique des différents types de chirurgie. Les trois principales raisons qui ressortent des résultats à l’enquête sont le manque de formation, le manque d’intérêt pour la pratique ainsi que l’appréhension. Une recherche a ensuite été réalisée pour mieux comprendre l’origine de ces différents freins en analysant la situation actuelle ce qui a permis de proposer des solutions probables pour augmenter la pratique chirurgicale au sein d’une activité d’omnipraticque.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT :** Chirurgie Bucco-Dentaire

**MOT CLES MESH**

Chirurgie Orale - Oral Surgery

Omnipraticque – General Dental Practice

Enquête – Data Collection

**JURY**

Président : Professeur Chaux A.G

Directrice : Professeur Chaux A.G.

Co-Directrice : Docteur Hascoët E.

Assesseur : Docteur Bléry P.

Assesseur : Docteur Cetinkaya V.