

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1  
U. F. R D'ODONTOLOGIE

Année 2021

Thèse n° 2021 LYO 1D 019

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE-DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 25/05/2021

Par

**Edouard BERNARD-BRUNEL**  
Né le 15/12/1990 à Grenoble (38)

---

**ETAT DES LIEUX DE L'INFORMATION ET DE LA GESTION DE LA DOULEUR POST-  
OPERATOIRE EN IMPLANTOLOGIE DENTAIRE EN 2020 : ENQUETE AUPRES DES  
CHIRURGIENS-DENTISTES FRANÇAIS**

---

JURY

Madame la Professeure des Universités Brigitte GROSOGOGEAT	Président
Madame le Docteur Anne-Gaëlle CHAUX	1er Assesseur
Monsieur le Docteur Arnaud LAFON	2ème Assesseur
<u>Monsieur le Docteur Laurent LAFOREST</u>	Directeur
<u>Monsieur le Docteur Roch DE VALBRAY</u>	Co-directeur

## **UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I**

Administrateur provisoire M. le Professeur F. FLEURY

Président du Conseil Académique M. le Professeur H. BEN HADID

Vice-Président du Conseil d'Administration M. le Professeur D. REVEL

Vice-Président de la Commission Recherche M. le Professeur J.F MORNEX  
du Conseil Académique

Vice-Président de la Commission Formation Vie Universitaire M. le Professeur P. CHEVALIER  
du Conseil Académique

### **SECTEUR SANTE**

Faculté de Médecine Lyon Est Directeur : M. le Professeur G. RODE

Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON  
Charles Mérieux

Faculté d'Odontologie Directrice : Mme. la Professeure D. SEUX

Institut des Sciences Pharmaceutiques et

Biologiques Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA

Institut des Sciences et Techniques de la Directeur : M. X. PERROT, Maître de Conférences  
Réadaptation

Département de Formation et Centre de Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT  
Recherche en Biologie Humaine

### **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR des Sciences et Techniques des Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé  
Activités Physiques et Sportives

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 Directeur : M. le Professeur C. VITON

POLYTECH LYON Directeur : M. E. PERRIN

Institut de Science Financière et d'Assurances Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de  
Conférences

INSPE Administrateur provisoire M. P. CHAREYRON

Observatoire de Lyon Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL

CPE Directeur : M. G. PIGNAULT

GEP Administratrice provisoire: Mme R. FERRIGNO

Informatique (Département composante) Directeur : M. B. SHARIAT

Mécanique (Département composante) Directeur : M. M. BUFFAT

UFR FS (Chimie, mathématique, physique) Administrateur provisoire : M. B. ANDRIOLETTI

UFR Biosciences (Biologie, biochimie) Directrice : Mme K. GIESELER

## FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

**Doyenne** : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

**Vices-Doyens** : M. Jean-Christophe MAURIN, Professeur des Universités

Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, Maître de Conférences

### **SOUS-SECTION 56-01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE**

Professeur des Universités : M. Jean-Jacques MORRIER, Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE

Maître de Conférences : Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER,

Maître de Conférences Associée Mme Christine KHOURY

### **SOUS-SECTION 56-02 : PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE**

#### **ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE**

Professeur des Universités M. Denis BOURGEOIS

Maître de Conférences M. Bruno COMTE

Maître de Conférences Associé M. Laurent LAFOREST

### **SOUS-SECTION 57-01 : CHIRURGIE ORALE – PARODONTOLOGIE – BIOLOGIE ORALE**

Professeur des Universités : M. J. Christophe FARGES, Mme Kerstin GRITSCH

Maîtres de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX, M. Thomas FORTIN,

M. Arnaud LAFON, M. François VIRARD

Maître de Conférences Associé M. BEKHOUCHE Mourad, Mme Ina SALIASI

### **SOUS-SECTION 58-01 : DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESE, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX**

Professeurs des Universités : M. Pierre FARGE, Mme Brigitte GROSGOGEAT,

M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Catherine MILLET, M. Olivier ROBIN,

Mme Dominique SEUX, M. Cyril VILLAT

Maîtres de Conférences : M. Maxime DUCRET, M. Patrick EXBRAYAT, M. Christophe JEANNIN,

Mme Marion LUCCHINI, M. Renaud NOHARET, M. Thierry SELLIS,

Mme Sophie VEYRE, M. Stéphane VIENNOT

Maîtres de Conférences Associés M. Hazem ABOUELLEIL,

### **SECTION 87 : SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES**

Maître de Conférences Mme Florence CARROUEL



## Table des matières

<b>Remerciements.....</b>	<b>4</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>5</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>7</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Méthode.....</b>	<b>10</b>
1.1 Design de l'étude.....	10
1.2 Population cible.....	10
1.3 Données recueillies.....	10
1.3.1 Nature des données.....	10
1.3.2 Développement du questionnaire.....	10
1.4 Distribution du questionnaire.....	13
1.5 Confidentialité des données.....	14
1.6 Analyse statistique .....	14
<b>2. Résultats.....</b>	<b>15</b>
2.1 Caractéristiques des praticiens.....	15
2.2 Activité en implantologie.....	17
2.2.1 Nombre d'implants posés annuellement par praticiens.....	17
2.2.2 Types de chirurgies pratiquées.....	17
2.3 Formation et mise à jour des connaissances des praticiens.....	18
2.4 Demande de formation des praticiens.....	19
2.5 Facteurs influençant la douleur post-opératoire selon les praticiens.....	21
2.5.1 Le genre.....	21
2.5.2 L'âge.....	21
2.5.3 L'anxiété.....	21
2.5.4 Le tabagisme.....	21
2.5.5 Le nombre d'implants posés.....	21
2.5.6 La technique extraction implantation immédiate.....	21
2.6 Communication et information au patient sur la douleur post-opératoire.....	23
2.6.1 L'information pré-opératoire quantitative/qualitative sur la douleur post-opératoire.....	23
2.6.1.1 Information quantitative.....	23

2.6.1.2 Information qualitative.....	25
2.6.2 L'information pré-opératoire sur le contrôle de la douleur post-opératoire par les antalgiques.....	26
2.6.3 Avis des praticiens sur la prévisibilité de la douleur post-opératoire.	26
2.6.4 L'information pré-opératoire sur la durée de la douleur post-opératoire .....	27
2.6.5 Avis des praticiens sur le moment du pic maximal de la douleur post-opératoire .....	29
2.7 Facteurs influençant la prescription pré-implantaire des praticiens .....	30
2.8 La prescription pré-implantaire d'antalgiques .....	31
<b>3. Discussion.....</b>	<b>35</b>
3.1 Participation à l'étude .....	35
3.2 Limites de l'étude .....	36
3.3 Connaissances des praticiens .....	36
3.4 Influence de l'activité et de l'expérience professionnelle.....	36
3.5 Facteurs influençants la douleur post-opératoire.....	37
3.6 Evaluation de l'intensité de la douleur post-opératoire .....	38
3.7 Contrôle de la douleur post-opératoire par les antalgiques .....	38
3.8 Avis sur le pic maximal de douleur post-opératoire.....	39
3.9 Pratiques de prescription d'antalgiques .....	39
3.10 Les points en faveur de l'évolution des pratiques .....	40
<b>4. Conclusion.....</b>	<b>43</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>44</b>
<b>Table des illustrations.....</b>	<b>45</b>
<b>Tables des tableaux.....</b>	<b>46</b>
<b>Questionnaire annexe.....</b>	<b>47</b>

## RÉSUMÉ / ABSTRACT

Le but de cette étude est de décrire les attitudes des implantologistes français vis à vis de la gestion et de l'information de la douleur post-opératoire en implantologie dentaire. Une enquête nationale a été réalisée sur internet par le biais d'un questionnaire conduit entre décembre 2019 et avril 2020 auprès des chirurgiens-dentistes français. Le questionnaire a été distribué à travers la France par le réseau ReCOL. Cent quatre-vingt-neuf chirurgiens-dentistes ont participé au questionnaire qui compte 43 questions.

Près de 50% des praticiens déclarent avoir une connaissance faible à modérée des facteurs influençant la douleur post-opératoire. Les praticiens souhaitent pour près de la moitié d'entre eux une formation approfondie en pharmacologie dans le domaine de la douleur post-opératoire. Dans les cas de poses d'implant(s) simple(s), 80,00% (128/160) des chirurgiens-dentistes estiment pouvoir prévoir cette douleur. Pour ce qui est des chirurgies avec techniques associées : pose d'implant(s) avec sinus lift et pose d'implant(s) avec régénération osseuse guidée, un tiers de praticiens disent ne pas pouvoir prévoir la douleur post-opératoire. Pour toutes techniques confondues, environ 10% des implantologistes ignorent quel est le moment post-opératoire où la douleur est maximale.

Ce questionnaire démontre la nécessité d'améliorer et d'harmoniser les pratiques d'information et de prescription post-opératoire en implantologie autant pour le confort des chirurgiens-dentistes que pour celui des patients. La douleur, paramètre complexe et incontournable de cette discipline, pourrait ainsi être à l'avenir mieux maîtrisée par le chirurgien-dentiste et le patient.

## INTRODUCTION

*“L’Homme, lorsque l’on parle de souffrances physiques, pense alors de suite à ses maux de dents et d’estomac. Il me semble, qu’il en est ainsi chez la plupart des gens (...). On déteste maintenant la douleur, bien plus que ne le faisaient les Hommes anciens. On dit d’elle plus de mal que jamais. On trouve même presque insupportable l’existence d’une douleur, ne fusse que comme idée.”* En 1882, F.Nietzsche dans son livre principal, *Le gai savoir*, abordait déjà le problème de la douleur dentaire. Cette affliction se retrouve encore aujourd’hui dans notre pratique quotidienne. En effet, la douleur liée aux soins est une des préoccupations majeures pour nos patients, probablement la question la plus posée en consultation dentaire et pré-implantaire.

Cependant, la littérature disponible sur le sujet ne permet pas de fournir aujourd’hui des réponses précises et documentées sur la prévisibilité de la douleur post-opératoire.

Dans ce contexte, cette étude propose d’évaluer nos pratiques professionnelles en matière d’information et de traitement de la douleur post-opératoire du patient après la pose d’implant(s) dentaire en France en 2020. L’objectif à terme, est de pouvoir s’améliorer, s’adapter et personnaliser notre prise en charge. D’abord, en termes d’informations à donner au patient, de précautions à prendre avant, pendant et après la pose de l’implant, de prévention de la douleur, de gestion de facteurs de risques, et de personnalisation d’ordonnances. Ensuite, s’enrichir par la formation en appliquant des recommandations précises et guidées pour les praticiens.

Nous n’avons pas retrouvé de données concernant les pratiques de prescription des chirurgiens-dentistes français vis-à-vis de la gestion de la douleur, en outre, aucune données ne concerne la gestion de la douleur en implantologie.

Le but principal de notre étude est de décrire la façon dont les chirurgiens-dentistes français gèrent la douleur post-opératoire, notamment selon le type de chirurgie pratiquée en implantologie. L’objectif secondaire est de connaître leurs besoins en termes de formation sur la douleur post-opératoire, en analysant leurs demandes et leurs connaissances.



## 1. MÉTHODE

### 1.1 Design de l'étude

L'étude est une enquête épidémiologique transversale sur les pratiques des chirurgiens-dentistes exerçant l'implantologie orale.

### 1.2. Population cible

En France il y a 42 799 chirurgiens-dentistes (1), dont une partie minoritaire pose des implants et une partie majoritaire indique les traitements implantaires.

### 1.3. Données recueillies

#### 1.3.1. Nature des données

Le champ des questions concerne la formation des praticiens, le besoin ressenti de formation, l'information délivrée au patient sur la douleur post-opératoire, et les médications proposées en implantologie orale. Pour cela, un questionnaire a été rendu accessible pendant la période de Décembre 2019 à Avril 2020.

#### 1.3.2 Développement du questionnaire

Le questionnaire a été construit et rédigé de manière pluridisciplinaire grâce à la collaboration de plusieurs chirurgiens-dentistes professeurs d'université, praticiens hospitaliers, implantologistes libéraux et étudiants.

Les questions posées sont pour la plupart fermées (40/43) pour faciliter l'analyse des données, quelques-unes sont ouvertes (3/43) pour s'approcher au plus près

de la pratique quotidienne des soignants. Elles concernent l'ordonnance, les molécules prescrites, la durée de prescription, leur posologie.

L'étude est focalisée sur des patients sans antécédents, pathologies ou allergies connues.

Le questionnaire était anonyme et composé de trois grandes parties.

*1. Données générales socio-démographique et type de pratique :*

- a. La première recueille les données générales et démographiques (genre, âge, situation professionnelle, mode d'exercice principal, type d'exercice, zone d'exercice, département d'exercice, années d'expérience, nombre d'implants posés par an)
- b. La seconde contient les modes de formation et la connaissance dans le domaine des praticiens (pays d'obtention du diplôme, circuit de formation en implantologie, formation continue sur la douleur en implantologie).

*2. Connaissances sur la douleur :*

Trois questions ont aussi été posées sur : une auto-évaluation des connaissances des paramètres influençant la douleur post-opératoire, le besoin d'améliorer les connaissances de la douleur post-opératoire, et le besoin d'améliorer les connaissances de la gestion pharmacologique de cette douleur. Pour ces trois dernières questions, nous avons fait répondre les praticiens en leur donnant la possibilité de quantifier par un chiffre allant de 0 à 100 leur connaissances et besoins. Puis nous avons classé les résultats de chaque question en quatre catégories allant de 0 à 29, 30 à 49, 50 à 69 et 70 à 100 : respectivement, cela nous donnait : faible, modéré, bon, et très bon pour l'auto-évaluation ainsi que : pas besoin, modérément besoin, besoin important, et besoin très important concernant le besoin en formation.

### 3. *Information des patients sur la douleur*

Enfin, la troisième partie contenait les conseils et les pratiques de prescriptions fournies par les praticiens aux patients selon le type de chirurgie pratiquées : pose d'implant(s) simple(s), pose d'implant(s) + régénération osseuse sous-sinusienne (sinus lift) et pose d'implant(s) + régénération osseuse guidée (ROG). Un praticien qui pratiquait plusieurs types de chirurgie d'implants répondait spécifiquement pour chacun des types de chirurgie. En effet, le comportement du praticien vis-à-vis des patients peut différer selon le type de chirurgie.

Cela concerne l'évolution des pratiques de leurs prescriptions selon l'expérience, ainsi que les paramètres influençant les choix des médicaments antalgiques prescrits.

Pour l'information donnée au patient sur la douleur post-opératoire on a questionné les praticiens sur :

- L'information chiffrée (échelle numérique de 0 à 10, 0 représentant "pas de douleur et 10 "douleur maximale imaginable") un découpage en quatre groupes a ensuite été opéré : < 3/10, de 3,1 à 5/10, de 5,1 à 7/10 et > 7,1/10.
- En complément de l'échelle numérique, nous avons inclus une question sur quelle information imagée était donnée au patient en comparant la douleur aux autres douleurs dentaires potentiellement vécues par le patient dans le passé du type : "simple gêne", "inférieur à l'avulsion d'une dent", "avulsion d'une dent", "avulsion d'une dent de sagesse", "avulsion d'une dent de sagesse incluse", "ne donne pas cette information", "autre" (réponse ouverte) et "ne se prononce pas".
- L'information sur la durée de la douleur dans le temps a aussi été demandée : nous avons proposé plusieurs réponses : "24 heures", "48 heures", "72 heures", "3 à 7 jours", "plus de 7 jours", "ne donne pas cette information", "autre" (ouverte), "ne se prononce pas".
- A une autre question fermée "Concernant la prescription d'antalgiques, qu'indiquez-vous à vos patients?", un découpage a été décidé en proposant différentes réponses. Cela concernait l'information donnée au patient par rapport au contrôle de la douleur par les antalgiques. Ont été choisis trois

qualificatifs “La douleur sera totalement contrôlée”, “la douleur sera partiellement contrôlée”, “la douleur sera insuffisamment contrôlée”, et deux comportements possibles du praticien : “ne se prononce pas/ne sait pas”, “ne donne pas cette information”.

- Nous avons aussi questionné les praticiens sur leur avis quant à la prévisibilité de la douleur post-opératoire. A celle-ci, trois réponses étaient possibles : “oui”, “non”, “ne sait pas/ne se prononce pas”.
- Enfin, nous avons demandé aux praticiens quelle était pour eux le moment de la douleur maximale ressenti par le patient. Était proposé, au “1er jour”, au “2e jour”, au “3e jour”, “entre le 3e et le 7e jour”, “après le 7e jour”, “ne se prononce pas/ne sait pas”, “autre” (ouverture).

#### **1.4 Distribution du questionnaire**

Le questionnaire en ligne était proposé à tous les chirurgiens-dentistes de France sur la plateforme [www.surveymonkey.com](https://www.surveymonkey.com) (SurveyMonkey Europe Sarl, Luxembourg City, Luxembourg). Nous avons choisi d'enquêter dans toute la France via le réseau ReCOL (Recherche Clinique en Odontologie Libérale) pour toucher le plus de praticiens. ReCOL est le nouveau réseau français créé en 2019, soutenu par l'Association Dentaire Française (ADF), un membre de la Fédération Dentaire Internationale (FDI). S'inscrire au réseau ReCOL est possible pour tout chirurgiens-dentistes français. Nous sommes aussi passés tout d'abord par une annonce à l'ADF en novembre 2019. La première diffusion a ensuite eu lieu par internet via Recol par la page Facebook et par mail aux adhérents. En février une deuxième diffusion a été entreprise sur Facebook via plusieurs groupes : “Dentistes de France”, les “T1 dentaires” de Lyon des promotions 2017-2018-2019, “Petites annonces entre dentistes”, la “SFPIO de la région Rhône Alpes”, “Odontologie clinique”, “ Professionnels de la Santé Bucco-Dentaire - PSBD”, “Parodontologie, Implantologie, Esthétique du Sourire - PIES” et “Cercle des dentistes”.

La participation était volontaire et sans aucune compensation financière.

## **1.5 Confidentialité des données**

L'étude était totalement anonyme à toutes les étapes de la collecte des données. Comme aucune information concernant la santé des participants à l'étude n'avait été collectée, l'approbation éthique n'était pas nécessaire à la mise en ligne de l'étude en accord avec la législation française.

## **1.6 Analyse statistique**

Les données démographiques des participants, les profils professionnels et les pratiques cliniques de chacun ont été regroupés sous forme de tableaux. Les analyses étaient essentiellement descriptives.

Pour chaque question ouverte, les praticiens pouvaient décrire avec précision leur pratique.

Le nombre de réponses pour chaque question pouvait varier à cause des non-réponses possibles de certains participants sur certains sujets.

Nous avons souhaité comparer les pratiques des chirurgiens-dentistes selon les trois principaux types de chirurgies pratiquées en implantologie : pose d'implant(s) simple(s), pose d'implant(s) avec sinus lift (SL) et pose d'implant(s) avec régénération osseuse guidée (ROG). Pour ce faire, le sondage reprenait trois fois les mêmes questions pour chaque type de chirurgie. En effet, son approche vis-à-vis de la douleur et de l'information donnée au patient pouvant différer selon le type de chirurgie.

## 2. RÉSULTATS

### 2.1 Caractéristiques des praticiens

Cent quatre-vingt-neuf chirurgiens-dentistes ont participé à l'étude. Ces 189 praticiens posent des implant(s) dans leur pratique quotidienne.

Le taux d'achèvement final du sondage était de 78% pour toutes techniques confondues, 76,7% (145/189) pratiquants les IS. Et pour les techniques associées, 77,5% (93/120) pour le SL, et de 80,1% (98/121) pour le ROG.

En moyenne, les praticiens ont passé environ 10 minutes pour répondre aux 43 questions. Tous les participants étaient des chirurgiens-dentistes, 6,35% d'entre eux étaient spécialiste en Chirurgie Orale et 2,12% spécialistes en Médecine Bucco-Dentaire. Ils pratiquaient pour la majorité d'entre eux une activité libérale (88,89%, 169/189) dans une zone urbaine (65,61%). Sur la totalité des répondants, un tiers exerçait depuis moins de cinq ans l'implantologie (29,10%). (Tableau 1)

*Figure 2 : Répartition de l'expérience des praticiens en années de pratique  
(n=189)*

*Tableau 1 : Caractéristiques et profils professionnels des praticiens (n=189)*

Variable	Nombre de chirurgiens-dentistes (%)
<b>Genre</b>	
Masculin	142 (75,13%)
Féminin	45 (23,81%)
Ne se prononce pas	2 (1,06%)
<b>Âge (années)</b>	
< 30 ans	19 (10,05%)
30-44 ans	96 (50,79%)
45-59 ans	54 (28,57%)
60 ans et plus	20 (10,58%)

<b>Type d'activité</b>	
Chirurgien-Dentiste (CD)	168 (88,89%)
CD Spécialiste en Chirurgie Orale	12 (6,35%)
CD Spécialiste en Médecin Bucco-Dentaire	4 (2,12%)
Autres	5 (2,65%)
<b>Mode d'exercice</b>	
Libéral	168 (88,89%)
Hospitalier	9 (4,76%)
Salarié dans une structure libérale	5 (2,65%)
Salarié dans un centre	5 (2,65%)
<b>Type d'exercice</b>	
Seul	40 (21,16%)
En groupe	149 (78,84%)
<b>Zone de pratique</b>	
Urbaine	124 (65,61%)
Péri-urbaine	36 (19,05%)
Rurale	29 (15,34%)
<b>Expérience de pose d'implants (années)</b>	
< 5 ans	55 (29,10%)
5 - 9 ans	40 (21,16%)
10 - 19 ans	51 (26,98%)
> 20 ans	43 (22,75%)
<b>Nombre d'implants posés par an</b>	
< 15	30 (16,40%)
15 - 49	53 (28,04%)
50 - 99	37 (19,58%)
>= 100	68 (35,98%)
<b>Pays d'obtention du diplôme</b>	
France	180 (95,24%)
Autre	9 (4,76%)

## 2.2 Activité en implantologie

### 2.2.1. Nombre d'implants posés annuellement par praticien

Plus d'un tiers des participants posaient plus de 100 implants par an (35,98%).

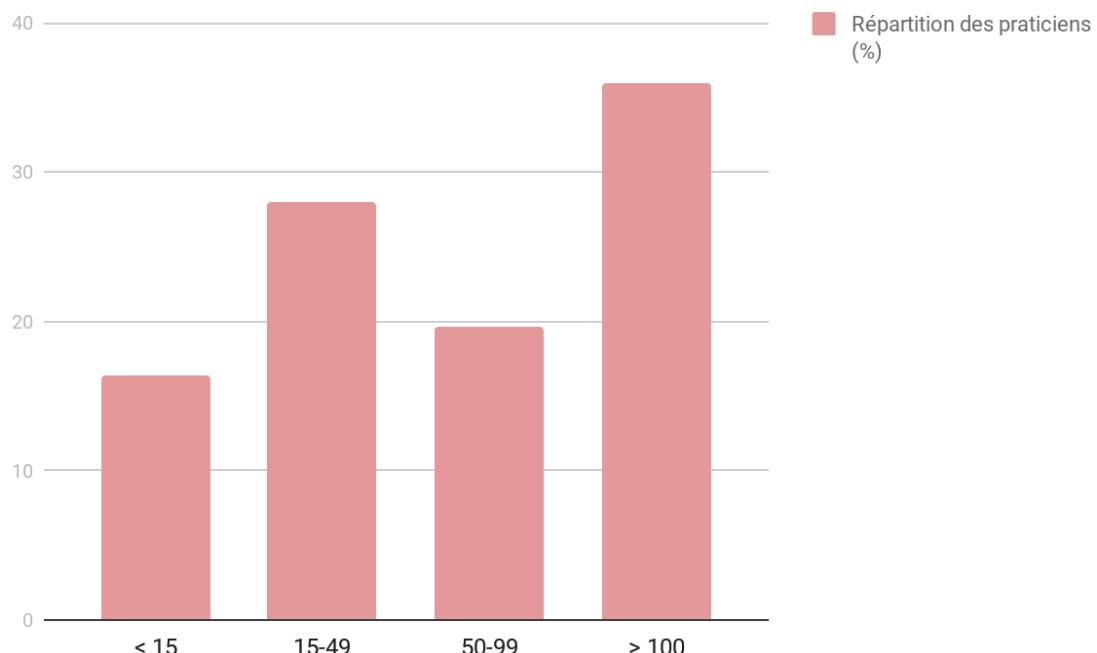


Figure 1 : Répartition du nombre d'implants posés par an par praticien (n=189)

### 2.2.2. Types de chirurgies pratiquées

Dans ces 189 praticiens, seulement une partie pratique des chirurgies associées.

En effet, 120/189 pratiquent le SL et 121/189 pratiquent le ROG.

## 2.3 Formation et mise à jour des connaissances des praticiens

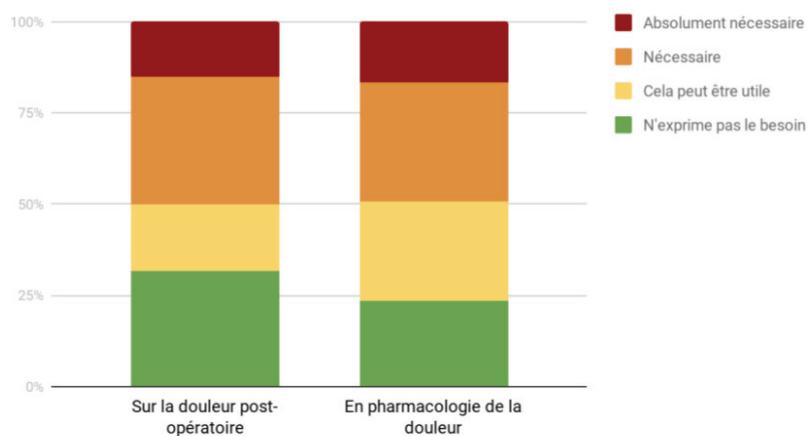
Environ un tiers des chirurgiens-dentistes (32,28%, 61/189) déclarait avoir mis à jour l'année passée ses connaissances concernant la douleur. Un autre tiers (29,10%, 55/189) déclarait l'avoir fait au moins tous les cinq ans. En revanche, une part non négligeable (17,46%, 33/189) déclare ne pas actualiser ses connaissances. (Tableau 2)

*Tableau 2 : Formation et mise à jour des connaissances des praticiens (n=189)*

Formation initiale implantologie	Nombre de praticiens (%)
Exclusivement universitaire	41 (21,69%)
Majoritairement universitaire	42 (22,22%)
Universitaire et privée de manière équilibrée	61 (32,28%)
Majoritairement privée	28 (14,81%)
Exclusivement privée	17 (8,99%)
<b>Mise à jour des connaissances / douleur dans l'année.</b>	
Oui	61 (32,28%)
Non	128 (67,72%)
<b>Fréquence d'actualisation des connaissances / douleur</b>	
Tous les ans minimum	64 (33,86%)
Tous les 5 ans minimum	55 (29,10%)
Tous les 10 ans minimum	4 (2,12%)
Moins fréquemment qu'une fois tous les 10 ans	6 (3,17%)
Je n'ai pas actualisé ces connaissances	33 (17,46%)
Ne sait pas / Ne se prononce pas	27 (14,29%)

## 2.4 Demande de formation des praticiens

Concernant l'auto-évaluation des connaissances, 20% des praticiens déclaraient avoir une connaissance faible à modérée des facteurs influençant la douleur post-opératoire. Retenons que 50% des praticiens ressentent le besoin d'une formation sur la douleur post-opératoire (Figure 3). On observe que 50% des praticiens déclaraient le besoin d'une formation en pharmacologie appliquée au domaine de l'implantologie. (Tableau 3)



*Figure 3 : Répartition des besoins en formation des praticiens (n=174)*

**Tableau 3 : Demande et besoin de formation des praticiens concernant la douleur (n=174)**

<b>Pensent connaître les facteurs influençant la douleur post-opératoire (n=174)</b>	<b>Nombre de praticiens (%)</b>
Entre 0 et 29 = connaissance faible	7 (4,02%)
Entre 30 et 49 = connaissance modérée	29 (16,67%)
Entre 50 et 69 = assez bonne connaissance	54 (31,03%)
Entre 70 et 100 = très bonne connaissance	84 (48,28%)
<b>Ressentent le besoin d'être mieux formé sur douleur post-opératoire (n=174)</b>	
0-29 = pas vraiment besoin	55 (31,61%)
30-49 = besoin modéré	32 (18,39%)
50-69 = besoin important	61 (35,06%)
70-100 = besoin très important	26 (14,94%)
<b>Ressentent le besoin d'être mieux formé / pharmacologique de la douleur (n=174)</b>	
0-29 = pas vraiment besoin	41 (23,56%)
30-49 = besoin modéré	47 (27,01%)
50-69 = besoin important	57 (32,76%)
70-100 = besoin très important	29 (16,67%)

## **2.5 Facteurs influençant la douleur post-opératoire selon les praticiens**

### **2.5.1 Le genre**

La majorité des praticiens étaient convaincus que le sexe n'influence pas la douleur post-opératoire. On observe tout de même une minorité non négligeable qui estimait que le genre joue sur la douleur ressentie par le patient : être un homme augmenterait la sensibilité pour 17,82% (31/174) d'entre eux et être une femme l'abaisserait selon 13,79% (24/174) d'entre eux. (Tableau 4)

### **2.5.2 L'âge**

Selon plus de deux-tiers des chirurgiens-dentistes 70,11% (122/174), l'âge du patient n'aurait pas non plus d'influence sur la douleur post-opératoire du patient.

### **2.5.3 L'anxiété**

L'anxiété du patient est manifestement le paramètre qui met d'accord la plupart des praticiens : 90,80%, (158/174) affirmaient que celui-ci augmenterait la douleur post-opératoire.

### **2.5.4 Le tabagisme**

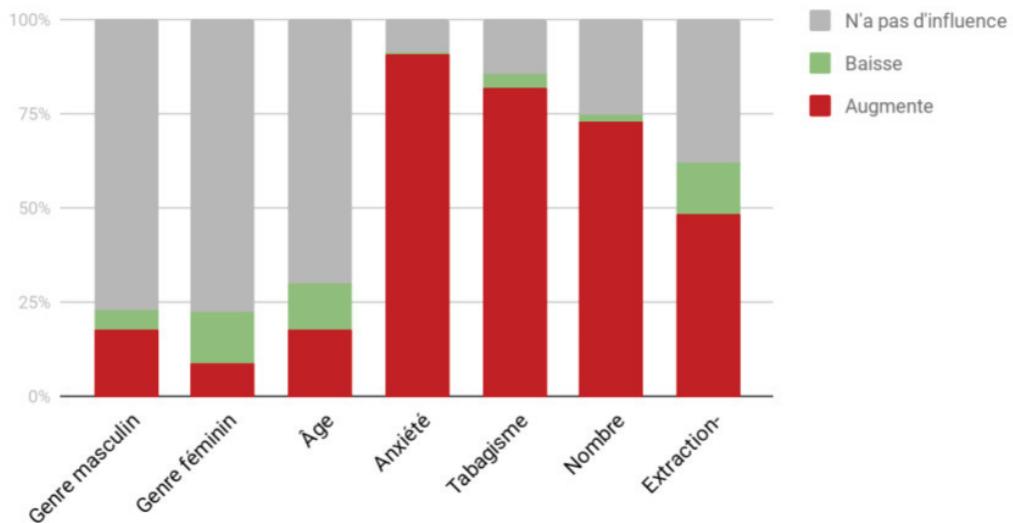
De même, une grande majorité des praticiens 81,61% (142/174) pensait que le tabagisme augmente la douleur post-opératoire.

### **2.5.5 Le nombre d'implants posés**

On retrouvait 72,99% (127/174) qui estimaient qu'il augmente aussi la douleur post-opératoire du patient.

### **2.5.6 La technique extraction-implantation immédiate**

La technique d'extraction-implantation immédiate quant à elle ne faisait pas l'unanimité. En effet, à peu près la moitié des praticiens, 48,28% (84/174) pensait qu'elle entraîne une augmentation de la douleur post-opératoire, 13,79% (24/174) d'entre eux estimait qu'elle l'abaisse et 37,93% (66/174) considèrent qu'elle n'a pas d'influence. (Tableau 4)



*Figure 4 : Répartition des avis des praticiens concernant les facteurs pouvant influencer la douleur post-opératoire (n=174)*

*Tableau 4 : Avis des praticiens sur les facteurs pouvant influencer la douleur post-opératoire (n=174)*

Paramètres influençant douleur post-opératoire (N=174)	Augmente (%)	Baisse (%)	N'a pas d'influence (%)
Sexe masculin	31 (17,82)	9 (5,17)	134 (77,01)
Sexe féminin	15 (8,62)	24 (13,79)	135 (77,59)
Âge	31 (17,82)	21 (12,07)	122 (70,11)
Anxiété	158 (90,80)	1 (0,57)	15 (8,62)
Tabagisme	142 (81,61)	7 (4,02)	25 (14,37)
Nombre d'implants posés	127 (72,99)	3 (1,72)	44 (25,29)
Extraction-implantation immédiate	84 (48,28)	24 (13,79)	66 (37,93)

## 2.6 Communication et information au patient sur la douleur post-opératoire

*Sur les 173 praticiens ayant répondu, 100% pratiquent la pose d'implant(s) simple(s), 69,36%, (120/173) pratiquent la technique de pose d'implant(s) avec sinus lift, et 69,94% (121/173) d'entre eux la technique de pose d'implant(s) associée au ROG.*

### 2.6.1 L'information pré-opératoire quantitative/qualitative sur la douleur post-opératoire :

#### 2.6.1.1 Information quantitative :

-> **Dans le cas des implants simples**, seulement 38,25% (66/173) des praticiens informent de manière chiffrée le patient quant à la douleur post-opératoire pouvant être ressentie (Tableau 5).

*Les praticiens qui posent moins de 15 implants par an sont deux fois moins 19,23% (5/26) nombreux à informer sur cette douleur que le reste des praticiens.*

Les praticiens considèrent que la douleur quantitative ressentie par le patient sera faible (moyenne 2,4/10 et écart type 1,5). Une majorité 76,67% (46/60) sont en accord, pour une douleur faible comprise entre 0 et 3/10.

-> **Dans le cas de chirurgies avancées** (sinus lift et ROG associés à la pose d'implants), 59% des chirurgiens-dentistes donnent une information quantitative de la douleur attendue au patient.

La douleur quantitative ressentie doublerait : 4,7/10 (écart type : 2,1) pour le sinus lift et 4,6/10 (écart type : 2,1) pour la ROG.

Ici, les avis divergent et se répartissent sur toute l'échelle de douleur possible :

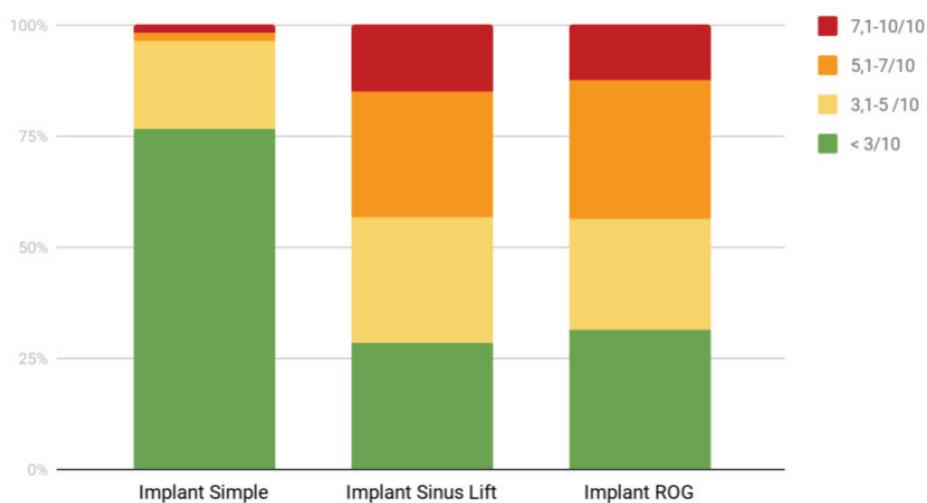
- pour le sinus lift : on observe que 28,36% estiment qu'elle se situe à moins de 3/10, 28,36% la situe entre 3 et 5/10, 28,36% l'estiment entre 5 et 7/10, et 14,93% (10/67) la classe dans les douleurs très fortes, voire maximales imaginable.

- pour la ROG : on observe que 31,25% estiment qu'elle se situe à moins

de 3/10, 25% la situe entre 3 et 5/10, 31,25% l'estiment entre 5 et 7/10, et 12,50% la classe dans les douleurs très fortes, voir maximales imaginables. (*Tableau 5*)

***Tableau 5 : Estimation des caractéristiques et information fournie au patient concernant la douleur post-opératoire***

Estimation de la douleur post-opératoire fournie au patient	Oui	Non	Ne se prononce pas	Ne pratique pas cette technique
Implant(s) simple(s) (n=173)	66 (38,15)	104 (60,12)	3 (1,73)	0 (0)
Implant(s) + Sinus Lift (n=120)	71 (59,17)	43 (35,83)	6 (3,85)	36 (23,08)
Implant(s) + ROG (n=121)	71 (58,68)	45 (37,19)	5 (3,33)	29 (19,33)
<b>Estimation quantitative de la douleur post-opératoire donnée au patient</b>	<b>&lt; 3 /10</b>	<b>3,1-5/10</b>	<b>5,1-7/10</b>	<b>7,1-10/10</b>
Implant(s) simple(s) (n=60) $x=2,4/10$	46 (76,67)	12 (20)	1 (1,67)	1 (1,67)
Implant(s) + Sinus Lift (n=67) $x=4,7/10$	19 (28,36)	19 (28,36)	19 (28,36)	10 (14,93)
Implant(s) + ROG (n=64) $x=4,6/10$	20 (31,25)	16 (25)	20 (31,25)	8 (12,50)



***Figure 5 : Estimation quantitative de la douleur post-opératoire fournie au patient***  
(n IS= 173, n SL=120, n ROG=121)

### 2.6.1.2 Information qualitative :

De manière générale, 20 à 30% des chirurgiens-dentistes n'informent qualitativement pas le patient sur la douleur qu'il va ressentir après l'opération.

-> **Dans le cas des implants simples** : pour la pose d'implant(s) simple(s), les praticiens la comparent à des douleurs moindres : 24,38% (39/160) la considèrent inférieure à la douleur ressentie lors de l'avulsion d'une dent. Une grande partie 44,38% (71/160), la compare à l'avulsion d'une dent simple. (*Tableau 6*)

-> **Dans le cas de chirurgies avancées** : comme précédemment, la pose d'implant(s) associée à un sinus lift ou un ROG suit la même tendance. Environ 30% des praticiens la comparent à une douleur ressentie lors de l'avulsion simple d'une dent, 16 à 22% la comparent à une avulsion de dent de sagesse, et 13 à 16% à celle d'une dent de sagesse incluse.

*Tableau 6* : *Information qualitative de la douleur post-opératoire comparée à la douleur ressentie lors d'un autre acte dentaire*

Image/comparaison de la douleur post-opératoire donnée au patient	IS (n=160)	I + SL (n=116)	I + ROG (n=118)
Inférieur à l'avulsion d'une dent	39 (24,38)	0 (0,00)	0 (0,00)
Avulsion d'une dent	71 (44,38)	34 (29,31)	33 (27,97)
Avulsion d'une dent de sagesse	3 (1,88)	19 (16,38)	26 (22,03)
Avulsion d'une dent de sagesse incluse	0 (0,00)	16 (13,79)	13 (11,02)
Ne donne pas cette information	30 (18,75)	34 (29,31)	36 (30,51)
Ne se prononce pas	3 (1,88)	5 (4,31)	2 (1,69)
Autre (douleur infime, simple gène, œdème)	14 (8,75)	8 (6,90)	8 (6,78)

## 2.6.2 L'information pré-opératoire sur le contrôle de la douleur post-opératoire par les antalgiques :

-> **Dans le cas des implants simples** : les deux-tiers des praticiens 67,09% (106/158) informent leurs patients que les antalgiques vont totalement contrôler la douleur dans le cas des implants simples.

-> **Dans le cas de chirurgies avancées** : à la différence, lorsqu'une technique y est associée, la moitié d'entre eux informe le patient que la douleur ne sera que partiellement contrôlée : 49,15% (58/118) pour la ROG, et 45,69% (53/116) pour le SL. Une part non négligeable d'environ 7% n'informe pas du tout le patient sur ce point dans les trois cas. (*Tableau 7*)

*Tableau 7 : Information donnée au patient sur le contrôle de la douleur par antalgique*

Information donnée au patient / contrôle de la douleur par antalgique	IS (n=158)	I + SL (n=116)	I + ROG (n=118)
Totale	106 (67,09)	50 (43,10)	48 (40,68)
Partielle	37 (23,42)	53 (45,69)	58 (49,15)
Insuffisante	4 (2,53)	2 (1,72)	2 (1,69)
Ne donne pas cette information	11 (6,96)	9 (7,76)	9 (7,63)
Ne se prononce pas / Ne sait pas	0 (0,00)	2 (1,72)	1 (0,85)

## 2.6.3 Avis des praticiens sur la prévisibilité de la douleur post-opératoire:

-> **Dans le cas des implants simples**, 80,00% (128/160) estiment que cette douleur est prévisible.

-> **Dans le cas de chirurgies avancées** : un tiers des chirurgiens-dentistes pratiquant l'implantologie avec technique associée rapporte ne pas pouvoir prévoir la douleur post-opératoire. (*Tableau 8*)

**Tableau 8 : Avis des praticiens sur la prévisibilité de la douleur**

Prévisibilité de la douleur	Oui	Non	Ne sait/se prononce pas
IS (n=160)	128 (80,00)	29 (18,13)	3 (1,88)
IS + SLI + SL (n=116)	73 (62,93)	<b>35 (30,17)</b>	8 (6,90)
IS + ROGI + ROG (n=118)	71 (60,17)	<b>41 (34,75)</b>	6 (5,08)

#### **2.6.4 L'information pré-opératoire sur la durée de la douleur post-opératoire :**

-> **Dans le cas des implants simples** : les trois-quarts des praticiens informent leur patient que la douleur durera entre 24 et 72 heures, 21,25% parlent de seulement 24 heures de douleur, 28,13% de 48 heures, et 23,75% de 72 heures.

-> **Dans le cas de chirurgies avancées** : on observe une différence :

- Pour le sinus lift, 10,34% des praticiens pensent que la douleur durera seulement 24 heures, 18,10% l'estiment à 48 heures, et 19,83% à 72 heures. Plus d'un tiers 35,34%, fait savoir au patient que celle-ci peut durer jusqu'à 3 à 7 jours.
  - Pour la ROG, 9,32% des praticiens pensent que la douleur durera seulement 24 heures, 16,10% l'estiment à 48 heures, et 25,42% à 72 heures. Plus d'un tiers 38,14% fait savoir au patient que celle-ci peut durer jusqu'à 3 à 7 jours.
- (Tableau 9)

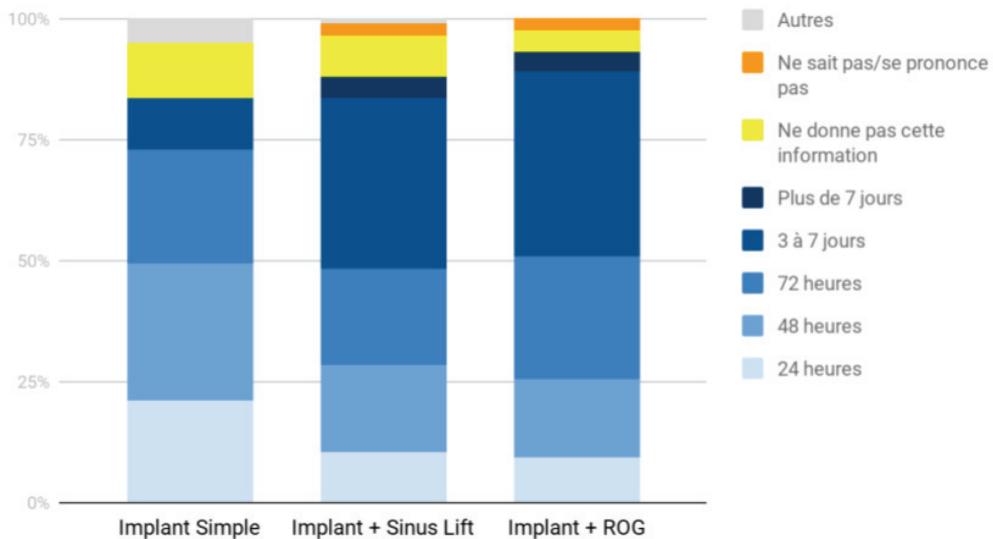


Figure 6 : Information fournie au patient sur l'estimation de la durée de la douleur post-opératoire (n IS=160, n SL=116, n ROG=118)

Tableau 9 : Information au patient sur la durée de sa douleur

Information au patient sur la durée de sa douleur	IS (n= 160)	I + SL (n=116)	I + ROG (n=118)
24 heures	34 (21,25)	12 (10,34)	11 (9,32)
48 heures	45 (28,13)	21 (18,10)	19 (16,10)
72 heures	38 (23,75)	23 (19,83)	30 (25,42)
3 à 7 jours	17 (10,63)	41 (35,34)	45 (38,14)
< 7 jours	0 (0,00)	5 (4,31)	5 (4,24)
Ne donne pas cette information	18 (11,25)	10 (8,62)	5 (4,24)
Ne sait/se prononce pas	0 (0,00)	3 (2,59)	3 (2,54)
Autres (heures, 1 à 2 jours, 1 à 7 jours)	8 (5,00)	1 (0,86)	0 (0,00)

## 2.6.5 Avis des praticiens sur le moment du pic maximal de la douleur post-opératoire :

La majorité des avis situent la douleur entre le premier, le deuxième et le troisième jour.

-> **Dans le cas des implants simples**, la moitié des praticiens estime qu'elle se situe dès le premier jour 48,75% (78/160), et presque un tiers d'entre eux 28,13% (45/160) la localise au 2ème jour, 3ème jour NC.

-> **Dans le cas de chirurgies avancées**, la répartition est à peu près identique, on a :

- pour I+SL : 31,03% des avis pour le 1er jour, 33,62% pour le 2ème jour, et 14,66% pour le 3ème jour.

- pour I+ROG, 24,58% des opinions pour le 1er jour, 38,98% pour le 2ème jour, et 17,80% pour le 3ème jour. (*Tableau 10*)

**Pour toutes techniques confondues, presque 10% des praticiens ignorent quel est le moment post-opératoire où la douleur est maximale.**

**Toujours pour toutes techniques confondues, environ 10% pensent qu'elle se situe entre le 3ème et le 7ème jour.**

*Tableau 10 : Avis sur le moment du pic de douleur post-opératoire*

Avis sur le moment du pic de douleur post-opératoire	I S (n=160)	I + SL (n=116)	I + ROG( n=118)
1er jour	78 (48,75)	36 (31,03)	29 (24,58)
2ème jour	45 (28,13)	39 (33,62)	46 (38,98)
3ème jour	Non communiqué	17 (14,66)	21 (17,80)
Entre 3 et 7	17 (10,63)	13 (11,21)	13 (11,02)
> 7 jours	1 (0,63)	0 (0,00)	0 (0,00)
Ne sait/se prononce pas	11 (6,88)	10 (8,62)	9 (7,63)
Autre	8 (5,00)	1 (0,86)	0 (0,00)

## 2.7 Facteurs influençant la prescription pré-implantaire des praticiens

La majorité des praticiens 67,82% (118/174) déclare avoir fait évoluer son ordonnance depuis le début de sa pratique ; à contrario, un tiers 31,61% (55/174) n'a jamais modifié sa pratique.

Le principal facteur influençant la prescription est l'état général du patient 81,50% (141/173), en second paramètre, ce sont les recommandations de l'ANSM/HAS et autres agences officielles nationales ou internationales 63,01% (109/173), puis, par ordre décroissant, la durée de la chirurgie pour 56,07% (97/173) d'entre eux, l'expérience professionnelle 54,91% (95/173), les formations continues 49,71% (86/173), les recommandations des sociétés savantes comme par exemple la SFPIO 47,98% (83/173), les lectures professionnelles 39,98% (69/173), les précédentes prescriptions réalisées pour le patient concerné 32,95% (57/173), la formation initiale universitaire 30,64% (53/173) et les conseils de confrères 20,81% (36/173).

Enfin pour 2,87% (4/173) des participants, le type de chirurgie réalisée (implant simple, implant + sinus lift, implant + ROG) influence leur ordonnance. (Tableau 11)

*Tableau 11 : Facteurs influençant la prescription pré-implantaire des praticiens*

Facteurs influençant l'ordonnance pré-implantaire (n=173)	Réponses (n (%))
Etat général du patient	141 (81,50)
Recommandations type ANSM/HAS ou autres agences officielles (nationales ou internationales)	109 (63,01)
Temps opératoire	97 (56,07)
Expérience professionnelle	95 (54,91)
Formation continue, y compris en implantologie (universitaire ou privée)	86 (49,71)
Recommandations des sociétés savantes (ex. SFPIO, AFI, EAO, ITI...)	83 (47,98)
Lectures professionnelles	69 (39,88)
Précédentes prescriptions chez ce patient	57 (32,95)

Formation initiale universitaire	53 (30,64)
Conseil de mes confrères	36 (20,81)
Adhérence attendue du patient à la prescription	24 (13,87)
Éloignement géographique du patient par rapport au cabinet	23 (13,29)
Préférence(s) ou attente(s) du patient	17 (9,83)
“Autre” cité : Type d'intervention (greffe préalable..)	5 (2,87)
Coût du traitement	4 (2,31)
Ne sait pas / ne se prononce pas	1 (0,58)
“Autre” cité : hypnose	1 (0,58)

## 2.8 La prescription pré-implantaire d'antalgiques

La presque totalité des praticiens prescrit des antalgiques après la pose d'un implant, quelle que soit la technique utilisée.

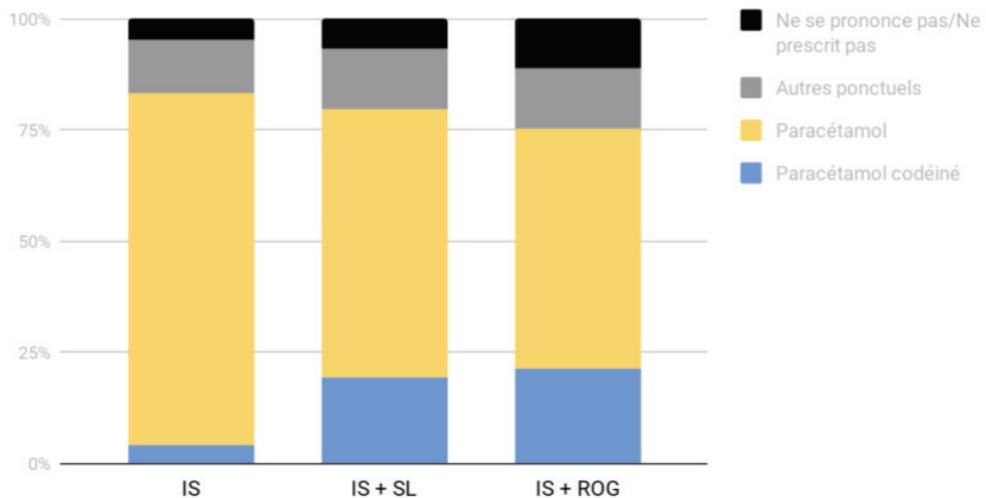
-> **Dans le cas des implants simples**, 95,17% (138/145) en prescrivent.

La majorité 79,31% (115/145) des praticiens prescrit du paracétamol simple. Seulement 4,14% d'entre eux prescrivent du paracétamol codéiné.

-> **Dans le cas de chirurgies avancées** :

- Pour le sinus lift : 93,55% (87/93) prescrivent un antalgique. Plus de la moitié 60,22% prescrit du paracétamol seul. Et on retrouve 19,35% de praticiens qui prescrivent du paracétamol et/ou du paracétamol codéiné.

- Pour la ROG : 88,78% (87/98) prescrivent un antalgique. Plus de la moitié, 54,08% prescrit du paracétamol seul. Et 21,43% prescrivent du paracétamol codéiné. (*Tableau 11*)



*Figure 7 : Pratiques de prescriptions d'antalgiques en implantologie selon le type de chirurgie réalisée par les praticiens*

*Tableau 12 : Pratiques de prescription pré-implantaire d'antalgiques selon le type de chirurgie réalisée par les praticiens (plusieurs types d'antalgiques pouvaient être prescrits)*

Antalgique prescrit	IS (n=145)	I + SL (n=93)	I + ROG (n=98)
Non ou ne se prononce pas	7 (4,83)	6 (6,45)	11 (11,22)
Oui	138 (95,17)	87 (93,55)	87 (88,78)
Paracétamol	115 (79,31)	56 (60,22)	53 (54,08)
-> Paracétamol	73/115 (63,47)	45/56 (80,36)	36/53 (67,92)
-> Paracétamol sur 24 heures	3/115 (2,61)	0 (0,00)	0 (0,00)
-> Paracétamol sur 2 à 3 jours	24/115 (20,87)	6 (10,71)	8/53 (15,09)
-> Paracétamol sur 4 jours	7/115 (6,09)	0 (0,00)	3/53 (5,66)
-> Paracétamol > 4 jours	8/115 (6,96)	5 (8,93)	6/53 (11,32)
Paracétamol et/ou Paracétamol Codéiné si besoin	3 (2,07)	1 (1,08)	1 (1,02)
Paracétamol codéiné	6 (4,14)	18 (19,35)	21 (21,43)
Paracétamol et/ou Ibuprofène	3 (2,07)	1 (1,08)	3 (3,06)
Ibuprofène	5 (3,45)	4 (4,30)	3 (3,06)
Paracétamol + Tramadol	1 (0,69)	2 (2,15)	2 (2,04)
Paracétamol + Lamaline si douleur fortes	1 (0,69)	3 (3,23)	2 (2,04)
Prontalgine	1 (0,69)	NC	NC

Claradol caféine	1 (0,69)	NC	NC
Acétaminophène	1 (0,69)	NC	NC
Niveau 2	1 (0,69)	2 (2,15)	2 (2,04)



### **3. DISCUSSION**

Cette enquête propose un état des lieux des pratiques professionnelles en matière d'information et de traitement de la douleur post-opératoire du patient implanté en France en 2020.

Il en ressort que la prévisibilité, l'intensité de la douleur post-opératoire et la prescription d'antalgique est appréhendée de manière homogène pour IS et appréhendée de manière plus hétérogène pour les chirurgies avancées (SL, ROG). Pour toutes les chirurgies implantaires la durée du pic de la douleur est très diversement évaluée. Une partie seulement des facteurs influençant la douleur semble connue. Près de 50% des praticiens interrogés savent que leur prescription actuelle ne contrôle pas totalement la douleur post-opératoire après une chirurgie avancée.

#### **3.1 Participation à l'étude**

On observe, au cours du sondage, une baisse des participants. Celle-ci est la plus probablement due au fait que certains participants ne terminent pas de répondre aux questions. Cela est dû à deux facteurs : premièrement et principalement, parce que tous les praticiens ne pratiquent pas ces techniques, et secondairement, parce qu'ils ont pu ressentir une certaine lassitude ou des problèmes techniques lors du remplissage du questionnaire.

On observe une perte nette de 15 participants à partir de la question 14. Rien ne ressort particulièrement dans leur profil professionnel, qui aurait pu expliquer cela. Nous avons recherché la cause possible. Il est peu probable qu'ils aient tous perdu leur motivation et stopper le questionnaire exactement au même moment. Nous aurions pu aussi penser à un bug sur le site. Mais la raison la plus probable serait qu'ils ont considéré que le questionnaire se terminait à la question 13. En effet, à partir de celle-ci, le participant se retrouvait en bas de page et devait valider ses réponses pour passer à une page suivante.

### 3.2 Limites de l'étude

L'étude enquête sur la manière d'informer et de gérer la douleur post-opératoire en implantologie. Il nous faut considérer les résultats de cette étude en prenant compte les limites de celle-ci. Comme les praticiens ont répondu eux-mêmes aux questions, les réponses ont pu être sujettes au biais d'évaluation. De plus, notre échantillon de 189 chirurgiens-dentistes représente 0,04% (189/43500) du nombre total de chirurgiens-dentistes français. Pour connaître la représentativité de notre étude, il nous faudrait savoir exactement le nombre de chirurgiens-dentistes français pratiquants l'implantologie et surtout leurs caractéristiques, ce chiffre n'est pas disponible à notre connaissance. Nous ne pouvons pas non plus exclure le biais de sélection, en effet, les participants à l'enquête sont probablement les chirurgiens-dentistes les plus éveillés à la gestion de la douleur. Compte tenu de ces éléments, **les pratiques inappropriées sont sûrement sous-estimées dans cette enquête.**

### 3.3 Connaissances des praticiens

Près de 20% des participants déclarent avoir une connaissance faible à modérée des facteurs influençant la douleur post-opératoire et 50% d'entre eux déclarent avoir le besoin d'une formation dans ce domaine (sur la douleur et sur la pharmacologie correspondante). Ce qui se confirme quand on voit que 17,46% des praticiens interrogés déclarent ne pas actualiser leurs connaissances.

### 3.4 Influence de de l'activité et de l'expérience professionnelle

La répartition de l'expérience professionnelle et du nombre d'implants posés par an est assez équilibrée, on ne retrouve pas de grandes variations entre les praticiens quant à la connaissance, le besoin de formation, et les choix thérapeutiques que chacun de ces profils font dans le domaine mise à part au niveau de l'information donnée au patient : en effet, on voit que ceux qui posent moins de 15 implants par an sont deux fois moins nombreux à informer le patient de cette douleur à venir. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils sont moins à l'aise avec la prévisibilité et donc avec l'intérêt de fournir cette information au patient.

Toujours concernant l'information sur la douleur chiffrée donnée au patient, on voit que dans les chirurgies d'implant(s) simple(s), seulement 38,25% des praticiens

donnent cette information au patient, alors que dans les chirurgies avancées (I+SL/ I+ROG), 59% des praticiens informent le patient. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette différence : soit les praticiens pratiquant les chirurgies avancées sont plus spécialisés dans le sujet et donc plus prévoyants, soit cela vient du fait que la douleur ressentie dans ces chirurgies est plus forte (4), ce qui fait que les praticiens préfèrent en avertir le patient.

Pour connaître la réponse, nous aurions dû ajouter à l'étude une question qui aurait différencié les praticiens posant seulement des implant(s) simple(s) de ceux qui pratiquent des chirurgies avancées.

### **3.5 Facteurs influençant la douleur post-opératoire :**

-> Facteurs en accord avec la littérature et assimilés par les praticiens :

- Être fumeur, augmenterait le risque de douleur post-opératoire, sur ce point, 81,61% des praticiens sont en accord avec la littérature. (2,3)

- Être anxieux augmenterait le risque de douleur post-opératoire, là aussi les praticiens sont pour la majorité, 90,80%, en accord avec la littérature. (4)

- Le nombre d'implants posés augmenterait le risque de douleur post-opératoire, les chirurgiens-dentistes sont en grande partie 72,99% en accord avec ce paramètre. (2)

-> Autres facteurs, comparés à la littérature, moins bien assimilés par les praticiens :

- Être une femme augmenterait le risque de douleur post-opératoire, or les praticiens sont seulement 8,62% à penser cela. (2)

- Être âgé diminuerait le risque de douleur post-opératoire, or, seulement 12,07% pensent de même. (3)

- La pratique de l'extraction-implantation immédiate n'aurait pas d'influence sur le risque de douleur post-opératoire (3), pourtant, 62,07% des praticiens estiment que ce geste aurait une influence sur la douleur. Il y a un réel désaccord entre les praticiens sur ce paramètre, cela peut s'expliquer par le fait que cette

technique engageant beaucoup le geste du chirurgien-dentiste (durée de l'avulsion, traumatisme de l'avulsion), entraîne une douleur très variable d'un praticien à un autre.

Nous constatons que les facteurs influençant la douleur post-opératoire ne font pas consensus professionnel. Ces paramètres sont pourtant essentiels pour la gestion à venir de la douleur et les choix de prescription. Pour exemple, un patient anxieux va ressentir une plus intense et plus durable douleur qu'un patient non anxieux : sur l'échelle EVA : +36% à 24 heures, +41% à 48 heures et +66% à 72 heures, la durée de la douleur s'en retrouvera aussi plus longue dans le temps. Il faudra donc adapter l'ordonnance en se posant la question de mettre ou non un antalgique de palier 2 et cela sur un plus grand nombre de jours. (5)

Pour améliorer et harmoniser la prise en charge post-opératoire, il faudra donc former les praticiens en se basant sur les données de littérature. On sait que dans les universités françaises, chaque faculté choisit son mode d'enseignement et ses heures d'enseignement. Cela amène inévitablement à des disparités de pratique. Il serait judicieux d'agir à ce niveau en plus des formations post-doctorales.

### **3.6 Evaluation de l'intensité de la douleur post-opératoire :**

Concernant l'évaluation de la douleur post-opératoire dans les chirurgies avec technique associée, on voit que les implantologistes sont en désaccord. Les avis divergent et se répartissent sur toute l'échelle de douleur possible. Ce phénomène est la marque d'une incertitude générale, même si l'on sait que la douleur est opérateur dépendant, (2), cela ne suffit pas pour expliquer ces divergences. Là encore, une harmonisation du savoir sera nécessaire pour améliorer les pratiques de prescription d'antalgiques au regard de l'EVA.

### **3.7 Contrôle de la douleur post-opératoire par les antalgiques :**

Un tiers des chirurgiens-dentistes pratiquant l'implantologie avec technique associée dit ne pas pouvoir prévoir la douleur post-opératoire. Selon 80% d'entre

eux, elle serait prévisible dans le cas des poses d'implant(s) simple(s). Un part non négligeable de cas serait donc non prévisible, cela laisse suggérer que de nombreux patients auront un risque d'être algiques dans les jours qui suivent l'opération. Il en résultera une certaine souffrance, et parfois la nécessité de re-consulter pour réadapter l'ordonnance. Cela pourrait être évité en identifiant les patients à risque en consultation préopératoire et en préparant l'ordonnance la plus adaptée.

### **3.8 Avis sur le pic maximal de douleur post-opératoire :**

Les réponses à cette question sont aussi très parlantes. En effet, on a 10% de praticiens, qui, toutes techniques confondues, ignorent quel est le moment post-opératoire où la douleur est maximale, et 10% qui pensent qu'elle se situe entre le 3ème et le 7ème jour. Cela peut laisser supposer que cette part non négligeable de praticien n'a pas le recul sur le suivi de son patient durant les jours suivants la pose.

Pour remédier à cela, on pourrait imaginer un moyen de communication facile d'emploi via une application par laquelle le patient pourrait communiquer son ressenti chaque jour afin de mieux comprendre, adapter et pourquoi pas par la suite, de manière anonyme, éthique et avec consentement, utiliser ces données pour améliorer la gestion de la douleur à grande échelle.

### **3.9 Pratiques de prescription d'antalgiques :**

La presque totalité des praticiens prescrit des antalgiques après la pose d'un implant quelle que soit la technique opératoire utilisée. La grande différence qu'on observe entre une pose d'implant(s) simple(s) et une pose d'implant(s) avec technique associée (SL ou ROG), se situe dans la proportion de prescription d'antalgique de niveau 2, plus précisément de paracétamol codéiné. En effet, dans le cas des SL ou ROG, les praticiens sont environ 20% à prescrire cet antalgique, alors que dans les cas de pose d'implant(s) simple(s), c'est seulement 4,14% des praticiens qui recourent à celui-ci. Cela peut s'expliquer, en effet (5),

on sait qu'il existe une différence de douleur ressentie par le patient statistiquement significative entre les techniques, le SL et ROG génèrent des suites post-opératoires statistiquement plus importantes à la pose d'implant(s) simple(s) que cela à 24, 48 et 72 heures. Pour gérer cette différence, un antalgique de niveau 2 peut s'avérer efficace.

Malgré ces résultats intéressants, nous avons rencontré quelques limites, sur ces questions de prescriptions. En effet, arrivant en fin de questionnaire, après environ 10 minutes par personne de réponses à valider, nous avons observé un certain manque de précision à plusieurs niveaux : tout d'abord, par rapport aux posologies des médicaments, elles n'étaient pas souvent précisées, pourtant la durée de prescription nous semble importante à connaître. Nous aurions peut-être dû opter pour une question plus fermée en proposant d'office des durées, dosages et molécules. De plus, étant sur des variables qualitatives et une question ouverte, cela a compliqué l'analyse des résultats. Nous avons essayé de classer les quelques posologies précisées pour en sortir des données, mais elles n'étaient pas assez nombreuses pour en donner des résultats informatifs. Nous avons donc finalement décidé de ne garder que les noms de molécules prescrites dans nos statistiques. Les quelques posologies précisées apparaissent tout de même dans le tableau annexe.

A savoir, nous avons analysé les prescriptions d'antalgiques selon l'expérience des praticiens et le nombre d'implants posés par an. A cette question, aucune différence flagrante ne ressortait.

Nous insistons sur le fait que nos résultats ont pour objectif d'ouvrir une réflexion sur la gestion de la douleur en implantologie et d'illustrer le nuage composite des pratiques et notions qu'ont les chirurgiens-dentistes dans ce domaine.

### **3.10 L'évolution des pratiques :**

D'après notre sondage, 63,01% des praticiens se fient aux recommandations de type ANSM/HAS pour établir leur ordonnance. Cela prouve que réactualiser les

recommandations serait un paramètre utile à l'évolution et l'harmonisation des pratiques. On sait en revanche que les chirurgiens-dentistes ont plutôt tendance à se fier à leur expérience professionnelle qu'aux guidelines. Cela prouve qu'établir des recommandations ne sera pas la seule solution pour remédier à la gestion de la douleur post-opératoire en implantologie. (6)

Un point positif ressort dans les facteurs influençant l'ordonnance pré-implantaire, 81,50% des praticiens se basent sur l'état général du patient, les chirurgiens-dentistes sont donc à l'écoute du contexte et sont dans une optique de personnalisation de soin, facteur plus que nécessaire pour gérer la douleur.

On voit aussi que les chirurgiens-dentistes sont ouverts à un changement possible d'habitude de prescription. En effet, 67,82% déclarent avoir fait évoluer leur ordonnance depuis le début de leur pratique. De plus, 78,84% d'entre eux exercent en groupe. C'est un avantage pour la transmission d'informations et de formation continue aux connaissances actuelles. En effet, cela crée une forme de relais, d'entraide et de dynamique entre les praticiens.

Malgré ses limites, notre étude possède de nombreuses forces. Elle est une des seules études qui explore les comportements des chirurgiens-dentistes face à la douleur post-opératoire en implantologie.

Cette enquête rassemble 189 praticiens exerçant l'implantologie chirurgicale dont 70% pratiquent les chirurgies implantaires avancées (SL, ROG). Le niveau en implantologie dans cette enquête est donc élevé. Cela nous conduit à penser que **les pratiques inappropriées sont sûrement sous-estimées dans cette enquête.**

Malgré cela, les résultats de cette enquête montrent que la douleur post-opératoire et la prescription antalgique en implantologie est un sujet d'intérêt pour les chirurgiens-dentistes. Ils appréhendent ce sujet de manière consensuelle pour les chirurgies implantaires simples, et de manière diverse pour les chirurgies implantaires avancées. En outre, **49% d'entre eux pensent que leur prescription d'antalgique ne contrôle pas la douleur post-opératoire après une chirurgie implantaire avancée.**

Certains paramètres influençant la douleur comme l'anxiété, le nombre d'implant, le tabagisme semblent plutôt bien acquis par les praticiens de l'enquête. D'autres, comme le genre, l'âge, ou l'extraction associée à la pose d'implant le sont moins.

Cette enquête démontre clairement **la nécessité d'améliorer les pratiques d'information et de prescription antalgique en implantologie.**

Si les enjeux sont d'améliorer le confort des patients, la notoriété de l'implantologie et l'acceptation des patients pour ces traitements, une meilleure connaissance de la douleur post-opératoire et une précision sur l'ordonnance d'antalgique seraient de vraies perspectives de progrès pour les patients.

Cette perspective est d'intérêt évident puisque **50% des chirurgiens-dentistes interrogés sont intéressés par une formation sur le sujet.**

#### 4. CONCLUSION

Les résultats de cette étude montrent qu'il n'y a pas d'accord précis et reproductible entre les informations et les prescriptions que donnent les chirurgiens-dentistes à leurs patients à l'heure actuelle. Cet état des lieux rapporte aussi que les chirurgiens-dentistes ont envie d'être mieux formés et mieux armés face à la gestion de cette douleur.

Ce questionnaire indique la nécessité d'améliorer et d'harmoniser les pratiques autant pour le confort des chirurgiens-dentistes que celui des patients. La douleur, paramètre complexe et incontournable de cette discipline, pourrait être à l'avenir mieux maîtrisée par le chirurgien-dentiste et le patient si son évaluation était étudiée et diffusée. Cela en formant les praticiens dans les universités, les formations continues et les écoles privées, en éduquant et en prenant en compte le patient dans son ensemble au cabinet, en produisant des recommandations pilotes plus complètes dans les grandes institutions, en personnalisant l'ordonnance post-opératoire, en la rendant adaptable et modulable au jour le jour avant et après le chirurgie via, les technologies de communication et d'échanges modernes, les connaissances nouvelles, et les thérapeutiques qui sont à notre disposition.

## Bibliographie

- (1)ONCD. (vérifié le 10/03/2021) *Cartographie publique*  
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
- (2) Al-Khabbaz AK, Griffin TJ, Al Shammari KF. Assessment of pain associated with the surgical placement of dental implants. *J Periodontol.* 2007 Feb;78(2): 239-4)
- (3) Urban T, Wenzel A. Discomfort experienced after immediate implant placement associated with three regenerative techniques. *Clin. Orla Implant. Res.* 21, 2010 ; 1271-1277.
- (4) Eli I, Schwartz-Arad D, Baht R, Ben-Tuvim H. Effect of anxiety on the experience of pain in implant insertion. *Clin Oral Implants Res.* 2003 Feb;14(1): 115-8.
- (5) Eval douleur post op en implanto orale Drs Roch de VALBRAY.
- (6) Löffler C, Böhmer F (2017) The effect of interventions aiming to optimise the prescription of antibiotics in dental care-a systematic review. *PLoS One* 12(11):e0188061

## Table des illustrations

Figure 1 : Répartition du nombre d'implants posés par an par praticiens

Figure 2 : Répartition de l'expérience des praticiens en années de pratique

Figure 3 : Répartition des besoins en formation des praticiens

Figure 4 : Répartition des avis des praticiens concernant les facteurs pouvant influencer la douleur post-opératoire

Figure 5 : Estimation quantitative de la douleur post-opératoire renseignée au patient

Figure 6 : Information fournie au patient sur l'estimation de la durée de la douleur post-opératoire

Figure 7 : Pratiques de prescriptions d'antalgiques en implantologie selon le type de chirurgie réalisée par les praticiens

## Table des tableaux

Tableau 1 : *Caractéristiques et profils professionnels des praticiens*

Tableau 2 : *Formation et mise à jour des connaissances des praticiens*

Tableau 3 : *Demande et besoin de formation des praticiens*

Tableau 4 : *Avis des praticiens sur les facteurs pouvant influencer la douleur post-opératoire*

Tableau 5 : *Estimation des caractéristiques et information fournie au patient concernant la douleur post-opératoire*

Tableau 6 : *Image/comparaison de la douleur post-opératoire donnée au patient*

Tableau 7 : *Information donnée au patient sur le contrôle de la douleur par l'antalgique*

Tableau 8 : *Avis des praticiens sur la prévisibilité de la douleur*

Tableau 9 : *Information au patient sur la durée de sa douleur*

Tableau 10 : *Avis sur le moment du pic de douleur post-opératoire*

Tableau 11 : *Facteurs influençant la prescription pré-implantaire des praticiens*

Tableau 12 : *Pratiques de prescription pré-implantaire d'antalgiques selon le type de chirurgie réalisée par les praticiens*

\* 5. Quel est votre type d'exercice ?

- Seul
- En groupe : Veuillez préciser le nombre total de confrères-consoeurs (associé(s) ou collaborateur(s)) dans la structure (vous y compris)

\* 6. Comment qualifiez-vous la zone dans laquelle vous exercez principalement ?

- Urbaine
- Péri-urbaine
- Rurale

\* 7. Dans quel département exercez-vous principalement ? (Inscrivez seulement le numéro de département SVP)

\* 8. Depuis combien d'années posez-vous des implants ?

- Depuis moins de 5 ans
- Depuis 5 à 9 ans
- Depuis 10 à 19 ans
- Depuis 20 ans et plus

\* 9. Combien posez-vous d'implants par an en moyenne ?

- Moins de 15
- De 15 à 49
- De 50 à 99
- 100 et plus

## Questionnaire annexe

### 1. VOTRE PROFIL PROFESSIONNEL

\* 1. Votre sexe :

- Masculin
- Féminin
- Ne se prononce pas

\* 2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

- Moins de 30 ans
- 30-44 ans
- 45-59 ans
- 60 ans et plus

\* 3. Quelle est votre situation professionnelle (spécialités reconnues uniquement) :

- Chirurgien-dentiste
- Chirurgien-dentiste spécialiste en Médecine Bucco-Dentaire
- Chirurgien-dentiste spécialiste en Chirurgie Orale
- Médecin Stomatologue et/ou CMF
- Autre (veuillez préciser)

\* 4. Quel est votre mode d'exercice principal ?

- Libéral
- Salarié au sein d'une structure libérale
- Salarié au sein d'un centre (mutualiste ou non)
- Fonction publique hospitalière ou hospitalo-universitaire
- Autre (veuillez préciser)

## 2. GENERALITES

\* 14. Pensez-vous connaitre les facteurs influençant la douleur post-opératoire de votre patient ? Déplacez le curseur.

Absence totale de  
connaissance sur ce sujet



Maîtrise théorique totale de ce  
sujet

\* 15. Au sens large, ressentez vous le besoin d'être mieux formé(e) sur la douleur post-opératoire en  
implantologie ? Déplacez le curseur

Absolument aucun besoin de  
formation sur ce sujet



Besoin très fort de formation  
sur ce sujet

\* 16. Plus particulièrement, ressentez-vous le besoin d'être mieux formé(e) concernant la gestion  
pharmacologique de cette douleur ?

Absolument aucun besoin de  
formation sur ce sujet



Besoin très fort de formation  
sur ce sujet

\* 17. Pensez-vous que les paramètres suivants peuvent influencer la douleur post-opératoire de votre patient ?

	Augmente	Baisse	N'a pas d'influence
Sexe masculin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexe féminin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Âge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nombre d'implants posés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extraction - implantation immédiate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\* 18. Si vous en établissez-une, votre ordonnance pour une chirurgie implantaire a-t-elle évolué depuis que vous pratiquez l'implantologie ?

- Oui
- Non
- Je n'établis pas d'ordonnance
- Ne sait pas / Ne se prononce pas

\* 10. De quel pays est issu votre diplôme de chirurgien-dentiste ?

- France
- Allemagne
- Belgique
- Espagne
- Italie
- Roumanie
- Suisse
- Autre (veuillez préciser)

11. Par quel circuit avez vous fait votre formation en implantologie ?

- Exclusivement universitaire
- Majoritairement universitaire
- Universitaire et privée de manière équilibrée
- Majoritairement privée
- Exclusivement privée

\* 12. Avez-vous suivi une formation professionnelle, ou bien lu un article récent concernant la douleur en implantologie au cours de la dernière année ?

- Oui
- Non

\* 13. A quelle fréquence actualisez-vous vos connaissances concernant la gestion de la douleur en implantologie ?

- Tous les ans au minimum
- Tous les 5 ans au minimum
- Tous les 10 ans au minimum
- Moins fréquemment qu'une fois tous les 10 ans
- Je n'ai pas actualisé ces connaissances
- Ne sait pas / Ne se prononce pas

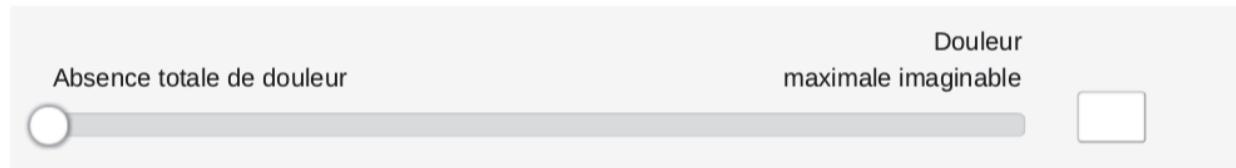
#### 4. POSE D'IMPLANTS SIMPLE

\* 20. Donnez-vous une estimation chiffrée de la douleur post-opératoire à votre patient candidat à l'implantologie (implants simples) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas / Ne se prononce pas

## 5.

21. En moyenne, quelle estimation de la douleur post-opératoire donnez-vous à votre patient ? Déplacez le curseur.



\* 22. A quoi comparez-vous la douleur post-opératoire quand vous l'expliquez à votre patient (implants simples) ?

- Douleur comparable à celle entraînée par l'avulsion d'une dent
- Douleur comparable à celle entraînée par l'avulsion d'une dent de sagesse
- Douleur comparable à celle entraînée par l'avulsion d'une dent de sagesse incluse
- Je ne donne pas cette information au patient
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Autre (veuillez préciser)

23. Concernant la prescription antalgique, qu'indiquez-vous à vos patients (implants simples) ?

- La douleur sera totalement contrôlée par les médicaments prescrits
- La douleur sera partiellement contrôlée par les médicaments prescrits
- La douleur sera insuffisamment contrôlée par les médicaments prescrits
- Je ne donne pas cette information au patient
- Ne sait pas / Ne se prononce pas

\* 24. Pensez-vous que la douleur post-opératoire des patients bénéficiant d'implant(s) simple(s) est de nature prévisible ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas / Ne se prononce pas

\* 25. Donnez-vous une information sur la durée de la douleur à votre patient candidat à l'implantologie (implants simples) ?

- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 3 à 7 jours
- 7 jours ou plus
- Je ne donne pas cette information au patient
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Autre (veuillez préciser)

\* 26. A quel moment post opératoire pensez vous que cette douleur est maximale ?

- Au 1er jour
- Au 2ième jour
- Entre le 3ième jour et le 7ième jour
- Au 7ième jour ou plus
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Autre (veuillez préciser)

27. Si vous en rédigez-une, quelle est votre ordonnance la plus fréquente pour la pose d'implants simples ? (Vous pouvez compléter ou laisser vide - aucune réponse particulière n'est attendue)

ANTIBIOTIQUE(S) :

\*molécule(s) : \* dose(s)

\*durée(s)

ANTALGIQUE(S) :

molécule(s) : \* dose(s)

\*durée(s)

ANTI-

INFLAMMATOIRE(S) :

molécule : \* dose \*durée

AUTRE(S) :\* molécule(s) :

\* dose(s) \*durée(s)

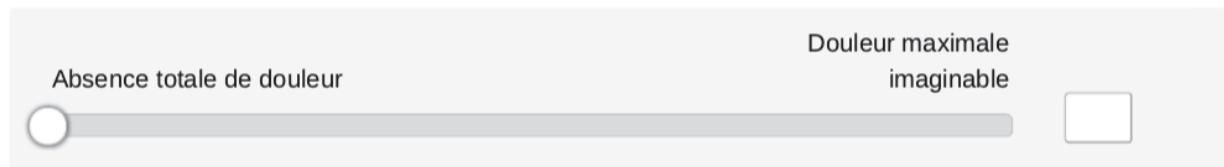
## 6. POSE D'IMPLANT(S) + REGENERATION OSSEUSE SOUS SINUSIENNE (Sinus Lift)

\* 28. Donnez-vous une estimation chiffrée de la douleur post-opératoire à votre patient candidat à l'implantologie (implant(s) + sinus lift) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Je ne pratique pas cette technique

7.

29. En moyenne, quelle estimation de la douleur post-opératoire donnez-vous à votre patient ? Déplacez le curseur.



\* 30. A quoi comparez-vous la douleur post-opératoire quand vous l'expliquez à votre patient (implant(s) + sinus lift) ?

- Douleur comparable à celle entraînée par l'avulsion d'une dent
- Douleur comparable à celle entraînée par l'avulsion d'une dent de sagesse
- Douleur comparable à celle entraînée par l'avulsion d'une dent de sagesse incluse
- Je ne donne pas cette information au patient
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Autre (veuillez préciser)

\* 31. Concernant la prescription antalgique, qu'indiquez-vous à vos patients (implant(s) + sinus lift) ?

- La douleur sera totalement contrôlée par les médicaments prescrits
- La douleur sera partiellement contrôlée par les médicaments prescrits
- La douleur sera insuffisamment contrôlée par les médicaments prescrits
- Je ne donne pas cette information au patient
- Ne sait pas / Ne se prononce pas

\* 32. Pensez-vous que la douleur post-opératoire des patients bénéficiant d'implant(s) + sinus lift est de nature prévisible ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas / Ne se prononce pas

\* 33. Donnez-vous une information sur la durée de la douleur à votre patient candidat à l'implantologie (implant(s) + sinus lift) ?

- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 3 à 7 jours
- 7 jours ou plus
- Je ne donne pas cette information au patient
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Autre (veuillez préciser)

\* 34. A quel moment post opératoire pensez vous que cette douleur est maximale ? (implant(s) + sinus lift)

- Au 1er jour
- Au 2ième jour
- Au 3ième jour
- Entre le 3ième jour et le 7ième jour
- Au 7ième jour ou plus
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Autre (veuillez préciser)

35. Si vous en rédigez-une, quelle est votre ordonnance la plus fréquente pour la pose d'implant(s) + sinus lift ? (Vous pouvez compléter ou laisser vide - aucune réponse particulière n'est attendue)

ANTIBIOTIQUE(S) \*

molécule(s) \* dose(s)

\*durée(s)

ANTALGIQUE(S) \*

molécule(s) \* dose(s)

\*durée(s)

ANTI-

INFLAMMATOIRE(S)\*

molécule(s) \* dose(s)

\*durée(s)

AUTRE(S) \* molécule(s) \*

dose(s) \*durée(s)

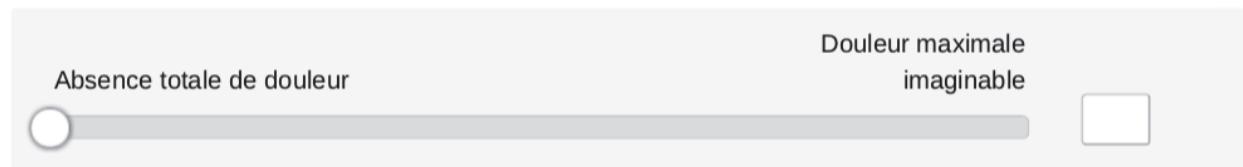
## 8. POSE D'IMPLANT(S) + REGENERATION OSSEUSE GUIDEES (ROG)

\* 36. Donnez-vous une estimation chiffrée de la douleur post-opératoire à votre patient candidat à l'implantologie (implant(s) + ROG) ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Je ne pratique pas cette technique

9.

37. En moyenne, quelle estimation de la douleur post-opératoire donnez-vous à votre patient ? Déplacez le curseur.



\* 38. A quoi comparez-vous la douleur post-opératoire quand vous l'expliquez à votre patient (implant(s) + ROG) ?

- Douleur comparable à celle entraînée par l'avulsion d'une dent
- Douleur comparable à celle entraînée par l'avulsion d'une dent de sagesse
- Douleur comparable à celle entraînée par l'avulsion d'une dent de sagesse incluse
- Je ne donne pas cette information
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Autre (veuillez préciser)

\* 39. Concernant la prescription antalgique, qu'indiquez-vous à vos patients (implant(s) + ROG) ?

- La douleur sera totalement contrôlée par les médicaments prescrits
- La douleur sera partiellement contrôlée par les médicaments prescrits
- La douleur sera insuffisamment contrôlée par les médicaments prescrits
- Je ne donne pas cette information au patient
- Ne sait pas / Ne se prononce pas

\* 40. Pensez-vous que la douleur post-opératoire des patients bénéficiant d'implant(s) + ROG est de nature prévisible ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas / Ne se prononce pas

\* 41. Donnez-vous une information sur la durée de la douleur à votre patient candidat à l'implantologie (implant(s) + ROG) ?

- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 3 à 7 jours
- 7 jours ou plus
- Je ne donne pas cette information au patient
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Autre (veuillez préciser)

\* 42. A quel moment post opératoire pensez vous que cette douleur est maximale ? (implant(s) + ROG)

- Au 1er jour
- Au 2ième jour
- Au 3ième jour
- Entre le 3ième jour et le 7ième jour
- Au 7ième jour ou plus
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Autre (veuillez préciser)

43. Si vous en rédigez-une, quelle est votre ordonnance la plus fréquente pour la pose d'implant(s) + ROG ?

(Vous pouvez compléter ou laisser vide - aucune réponse particulière n'est attendue)

ANTIBIOTIQUE(S) \*

molécule(s) \* dose(s)

\*durée(s)

ANTALGIQUE(S) \*

molécule(s) \* dose(s)

\*durée(s)

ANTI-

INFLAMMATOIRE(S)\*

molécule(s) \* dose(s)

\*durée(s)

AUTRE(S) \* molécule(s) \*

dose(s) \*durée(s)

### 3.

\* 19. Quel(s) facteur(s) influence(nt) votre ordonnance pré-implantaire ? Plusieurs

- Préférence(s) ou attente(s) du patient
- Lectures professionnelles
- Formation continue, y compris en implantologie (universitaire ou privée)
- Sens clinique
- Expérience professionnelle
- Conseil de mes confrères
- Recommandations type ANSM/HAS ou autres agences officielles (nationales ou internationales)
- Recommandations des sociétés savantes (ex. SFPIO, AFI, EAO, ITI...)
- Ne sait pas / Ne se prononce pas
- Coût du traitement
- Etat général de santé du patient
- Couverture sociale du patient
- Temps opératoire
- Précédentes prescriptions chez ce patient
- Adhérence attendue du patient à la prescription
- Eloignement géographique du patient vis à vis du cabinet
- Patient adressé par un confrère
- Formation initiale universitaire
- Autre (veuillez préciser)

**BERNARD-BRUNEL Edouard - Etat des lieux de l'information et de la gestion de la douleur post-opératoire en implantologie dentaire en 2020 : Enquête auprès des chirurgiens-dentistes français**

**RESUME**

La prise en charge de la douleur en odontologie est redoutée par les patients. Bien que les chirurgiens-dentistes soient rassurants face aux questions du patient, les douleurs ressenties suite à une pose d'implant ne semblent pas hétérogènes. L'enquête réalisée propose un état des lieux des pratiques professionnelles en matière d'information et de gestion de la douleur post-opératoire du patient implanté en France en 2020 ainsi qu'une évaluation des besoins professionnels sur ce sujet dans la perspective d'améliorer la prise en charge.

**MOTS CLES**

Douleur  
Douleur post-opératoire  
Implantologie  
Enquête

**MOTS CLES EN ANGLAIS**

Pain  
Post-operative pain  
Implantology  
Survey

**JURY**

Président : Madame la Professeure GROSGOGEAT Brigitte  
Directeur : Monsieur le Docteur LAFOREST Laurent  
Co-directeur : Monsieur le Docteur Roch DE VALBRAY  
Assesseurs : Madame le Docteur CHAUX A-G  
                  Monsieur le Docteur LAFON Arnaud

**ADRESSE DE L'AUTEUR**

593 chemin de la l'airelle - 38330 MONTBONNOT SAINT MARTIN  
[edouard.bernardbrunel@gmail.com](mailto:edouard.bernardbrunel@gmail.com)