



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON1
U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2024

Thèse N° 2024 LYO1D 005

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

Présentée et soutenue publiquement le 30/01/2024

Par

LANNELONGUE Simon

Né le 11 décembre 1997 à Lyon

Mise en place d'un protocole en vue d'une étude sur le niveau de connaissances et les habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaires des patients adultes du Centre de Soins Dentaire de Lyon.

JURY

Monsieur le Professeur	Jean-Christophe FARGES	Président
Madame la Professeure	Kerstin GRITSCH	Assesseur
<u>Madame la docteure</u>	<u>Marie-Agnès GASQUI</u>	Assesseur
Monsieur le Docteur	Thierry SELLI	Assesseur
<u>Monsieur le Docteur</u>	<u>Romain LIGEROT</u>	Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Philippe CHEVALIER
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

28 septembre 2023

Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyen : M. Jean-Christophe MAURIN, Professeur des Universités-Praticien hospitalier
Vice-Doyens : Pr. Cyril VILLAT, Professeur des Universités - Praticien hospitalier
Pr. Maxime DUCRET, Professeur des Universités - Praticien hospitalier
Pr. Brigitte GROSGOGEAT, Professeure des Universités - Praticien hospitalier

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

Professeur Emérite des Universités-PH : M. Jean-Jacques MORRIER,
Professeure des Universités-PH : Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE
Maîtres de Conférences-PH : Mme Sarah GEBEILLE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER
Maître de Conférences Associé : Mme Lienhart Guillemette

SOUS-SECTION 56-02 : PREVENTION – EPIDEMIOLOGIE ECONOMIE DE LA SANTE – ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités-PH : M. Denis BOURGEOIS
Maître de Conférences-PH : M. Bruno COMTE
Maître de Conférences Associé : M. Laurent LAFOREST

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

Professeurs des Universités-PH : M. Jean-Christophe FARGES, Mme Kerstin GRITSCH
Maîtres de Conférences-PH : Mme Doriane CHACUN M. Thomas FORTIN
Mme Marie-Agnès GASQUI DE SAINT-JOACHIM, M. Arnaud LAFON
Mme SY Kadiatou, M. François VIRARD
Maîtres de Conférences Associés : Mme Ina SALIASI

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

Professeurs des Universités-PH : M. Pierre FARGE, Mme Brigitte GROSGOGEAT
M. Maxime DUCRET, M. Christophe JEANNIN
M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Catherine MILLET
M. Olivier ROBIN, Mme Sarah MILLOT, M. Cyril VILLAT
Maîtres de Conférences-PH : M. Patrick EXBRAYAT
Mme Marion LUCCHINI, M. Thierry SELL
Mme Sophie VEYRE, M. Stéphane VIENNOT
Maître de Conférences Associé : M. HAZEM ABOUELLEIL-SAYED

12 septembre 2023



SECTION 87 :

Maître de Conférences

SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET CLINIQUES

Mme Florence CARROUEL

Remerciements :

À notre président de Jury de thèse,

Monsieur Jean-Christophe FARGES

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Habilitation à Diriger des Recherches

Responsable de la sous-section Sciences Biologiques

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Nous vous sommes reconnaissant de votre implication dans ce projet comme dans ceux du Centre de soins Dentaire. Veuillez trouver ici l'expression de notre plus sincère gratitude pour votre encadrement et votre enseignement lors de notre formation. Merci.

À notre juge,

Madame GRITSCH Kerstin

Professeure des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Lyon I

Responsable de la sous-section Parodontologie

Habilitation à Diriger des Recherches

*Vous avez accepté d'intégrer ce jury avec spontanéité et bienveillance.
Ceci est à l'image de votre enseignement au sein du service de Parodontologie, encadrement qui nous a inspiré pour la réalisation de notre projet.
Nous vous prions de trouver en ce travail l'expression de notre profond respect.*

Merci.

À notre juge,

Monsieur SELLI Thierry

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Nous sommes fier et reconnaissant pour votre présence dans ce jury. Nous vous remercions pour votre enseignement et l'ensemble des connaissances que vous nous avez transmises en dentisterie restauratrice et endodontie. Voyez à travers ce projet, l'expression de nos sincères remerciements pour votre gentillesse et la qualité de votre encadrement lors de notre formation.

Merci.

À notre directeur de thèse,

Monsieur LIGEROT Romain

Chef de Clinique des Universités - Assistant Hospitalier

Ancien interne en Odontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Nous sommes infiniment reconnaissant pour votre présence dans ce jury. Nous vous devons la finalisation de notre travail que vous avez accepté d'encadrer malgré une situation compliquée. Pour cela nous vous exprimons nos plus sincères remerciements. Enfin, nous devons souligner la qualité de votre encadrement tant juste que bienveillant et nous espérons que les étudiants qui auront la chance de travailler avec vous dans l'unité de chirurgie seront nombreux.

Merci.

À notre co-directrice de thèse

Madame GASQUI DE SAINT-JOACHIM Marie-Agnès

Maître de Conférences des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions d'avoir accepté au pied levé de co-diriger cette thèse. Votre implication et votre détermination à faire avancer ce projet repris en cours de route nous a beaucoup apporté. Votre aide précieuse a permis d'enrichir notre travail nous vous en sommes très profondément reconnaissant.

Merci.

Table des matières

Introduction	1
I. Influence de la santé bucco-dentaire sur les pathologies orales et systémiques. 2	
1. Plan local	2
1.1. Le microbiote oral :	2
1.1.1. La composition du microbiote oral:	2
1.1.2. Le rôle du microbiote oral	3
1.2. Les pathologies buccales :	4
1.2.1. Les lésions carieuses :	4
1.2.2. Les parodontopathies :	8
1.2.3. Traitements et prévention	11
2. L'impact global de la santé orale :	14
II. Mise au point d'un questionnaire d'évaluation des pratiques en matière de prévention.	16
1. La promotion de l'hygiène bucco-dentaire en France :	16
1.1. Les acteurs publics	16
1.2. L'UFSBD	17
1.3. Les acteurs privés	18
2. La promotion de l'hygiène bucco-dentaire au Centre de Soins Dentaires de Lyon.	18
2.1. L'organisation du CSD à enlev	18
2.2. La promotion de l'hygiène au CSD :	19
2.2.1. La consultation de sémiologie.	19
2.2.2. La séance de motivation à l'hygiène.	20
2.2.3. La Consultation de Prévention Bucco-Dentaire	21
3. Schéma de l'étude.	22
4. Population cible	23
4.1. Critères d'inclusion	23
4.2. Critères d'exclusions	23
4.3. Échantillonnage	23
5. Questionnaires	24
5.1. Le document d'investigation	24
5.1.1. L'introduction	29
5.1.2. Le recueil d'informations.	29
5.1.3. Les questions de santé orale.	30
5.2. Le fascicule d'informations sur l'hygiène dentaire	33
6. Modalités de diffusion :	34
7. Recueil et analyse des données :	34
8. Limites et biais.	35
III Perspectives	36

1. Intérêt de l'étude.	36
2. Résultats attendus.	37
3. Conséquences et discussions.....	37
Conclusion.....	39

Lexique :

CSD : Centre de Soins Dentaires
HBD : Hygiène Bucco-Dentaire
HMP : Human Microbiome Project
CPBD : Consultation de Prévention Bucco-Dentaire
UF : Unité Fonctionnelle

Table des figures

Figure 1 : La courbe de Stephan.....	5
Figure 2 : Les facteurs du développement carieux.....	6
Figure 3 : Les complexes bactériens selon Socransky et Al	9
Figure 4 : Illustration de la classification ICDAS II.....	11
Figure 5 : Exemple d'un ICDAS 2.....	12
Figure 6.a : Application du révélateur de plaque.....	20
Figure 6.b : Révélation de la plaque dentaire.....	20

Tables des annexes

Annexe 1 : La consultation d'éducation à l'hygiène.....	42
Annexe 2 : Le dossier de consultation de prévention bucco-dentaire.....	44

Introduction

En tant que professionnels de santé, les chirurgiens-dentistes ont le devoir de respecter le serment d'Hippocrate, qui les appelle à « rétablir, préserver et promouvoir la santé dans tous ses éléments. » (1) Pour atteindre ces objectifs, trois axes spécifiques guident leur pratique : le rétablissement de la santé orale en restaurant l'équilibre buccal, la préservation de la santé en veillant à ne pas altérer l'état dentaire du patient et la promotion de la santé en fournissant des informations et en encourageant les bonnes pratiques d'hygiène. Dans ce travail, nous nous concentrons sur deux axes : la préservation et la promotion de la santé orale.

L'objectif de ce travail de thèse est de mesurer les besoins en matière de prévention de la santé orale de l'ensemble des patients du CSD à l'aide d'un questionnaire d'analyse des pratiques et des connaissances, avec pour objectif à long terme d'étendre la Consultation de Prévention Carieuse à tout patient du CSD de la manière la plus pertinente possible.

En préambule, nous rappellerons l'impact de la santé bucco-dentaire sur la santé générale, ainsi que les pratiques de promotion de la santé au sein du CSD.

Puis, nous présenterons un protocole d'analyse des connaissances et de la pratique des patients. Ce questionnaire s'inscrit dans une dynamique de promotion de la santé bucco-dentaire, déjà développé au niveau national et localement avec la CPBD, dont nous expliquerons le fonctionnement.

Enfin, nous discuterons des résultats attendus de cette étude et de leurs implications potentielles.

I. Influence de la santé bucco-dentaire sur les pathologies orales et systémiques.

1. Plan local

L'humain est un organisme complexe composé de cellules qui lui sont propres mais aussi d'une multitude de micro-organismes exogènes se développant sur la totalité du corps humain que l'on regroupe sous l'appellation de microbiote humain (2). L'humain est doté de plusieurs microbiotes différents, spécifiques à certaines zones du corps (le nez, la bouche, le colon, la peau, les organes génitaux etc...). Ces microbiotes se développent en symbiose et en équilibre avec le corps humain mais il arrive parfois que l'homéostasie soit rompue et qu'ainsi une situation pathologique se développe.

Afin d'étudier ce microbiote humain le National Institutes of Health américain a lancé en 2008 le Human Microbiome Project (HMP) (3). Ce projet vise à caractériser et à séquencer les différents microbiotes de plus de 200 adultes américains afin d'en étudier les caractéristiques dans un état de bonne santé et de repérer ses modifications lors du passage à l'état pathologique. Ce projet a abouti à une base mondiale de données pour la recherche scientifique.

Il a, par exemple, réussi à mettre en évidence plus de 700 espèces exogènes dans la cavité buccale (4). Celles-ci constituent le microbiote oral considéré comme le deuxième plus important complexe microbien après celui du colon (5).

1.1. Le microbiote oral :

1.1.1. La composition du microbiote oral:

Le microbiote oral se compose de plusieurs espèces de micro-organismes de souches variées, même chez des sujets sains. Les bactéries sont majoritaires et dominées par ces six principaux phylums : Firmicutes, Bacteroidetes, Proteobacteria, Actinobacteria, Spirochaetes et Fusobacteria, qui représentent 94% des souches détectées.

Ensuite, viennent les champignons (on en dénombre jusqu'à 101 espèces) principalement des candidas ; les virus (herpès simplex, le papilloma virus ou encore le VIH) et enfin les archées (5).

1.1.2. Le rôle du microbiote oral

Le microbiote oral a de nombreuses implications dans le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire.

Son rôle est actuellement étudié (4,6), on lui attribue plusieurs fonctions :

- Il fait office de barrière pour éviter le développement d'organismes exogènes introduits par le biais de l'alimentation ou de la respiration, et l'apparition d'infections. Il limite physiquement l'accès aux surfaces orales, séquestre les nutriments et produit des antimicrobiens qui dirigent les pathogènes étrangers vers la salive et l'estomac où ils seront détruits (4).

- Il encourage la maturation de l'immunité ce qui permet d'équilibrer les réponses pro-inflammatoires et anti- inflammatoires (6). Un des mécanismes étudiés est l'effet des bactéries résidant dans la plaque dentaire sur les neutrophiles gingivaux qui diminuent leur recrutement en régulant à la baisse le niveau d'expression des molécules d'adhésion intracellulaire 1 (ICAM-1), E-selectin et CXCL8 (7).

- Il a un rôle de régulation des nitrates et de ce fait de la concentration d'oxyde nitrique de la circulation systémique influençant les maladies cardiovasculaires (6). Le nitrate circulant (NO_3^-), dérivé de sources alimentaires ou de la production endogène de monoxyde d'azote, est extrait du sang par les glandes salivaires, s'accumule dans la salive, puis est réduit en nitrite (NO_2^-) par la microflore buccale (8).

Une cavité orale saine est donc colonisée par un microbiote varié, composé de nombreuses entités différentes qui maintiennent un équilibre entre elles aussi bien qu'avec leur hôte. Il est cependant important de comprendre comment ce milieu peut passer d'un état sain à un état pathologique.

1.2. Les pathologies buccales :

La sphère orale peut être le siège de différentes pathologies. Les plus largement répandues et qui constituent un réel problème de santé publique sont : les lésions carieuses et les parodontopathies (gingivite et parodontite).

En effet, l'étude Global Burden of Disease (9) réalisée entre 1990 et 2010 classe la lésion carieuse non traitée comme la pathologie humaine ayant la prévalence la plus élevée au monde, avec 3,1 milliard de personnes atteintes sur la planète, soit 44 % de la population. La même étude pointe les lésions parodontales en 6^e position, avec des parodontites diagnostiquées chez 15 à 20 % des patients (9,10).

La particularité des pathologies bactériennes buccales réside dans le fait qu'elles ne sont pas causées par une seule espèce mais par un groupe de bactéries commensales : bactéries résidant habituellement de manière inoffensive dans la cavité orale. Sous certaines conditions, lorsque l'environnement buccal est modifié ou lors d'une dégradation de la réponse immunitaire de l'hôte, cet ensemble de micro-organismes rompt l'homéostasie et provoque la maladie. Ce sont donc des infections opportunistes, profitant de circonstances particulières pour se développer (11).

1.2.1. Les Lésions Carieuses :

La maladie carieuse est une maladie infectieuse polymicrobienne et multifactorielle. Elle se développe à la suite de la déminéralisation de l'émail par des bactéries cariogènes (notamment *Streptococcus mutans*) qui font partie du microbiote sain. Causée par une rupture de l'homéostasie au sein de la plaque dentaire, elle conduit à la destruction des tissus durs de la dent (12). Elle se manifeste souvent par l'apparition de taches blanches ou brunes (ICDAS 1 ou 2) au niveau des zones rétentives de plaque (principalement dans les sillons, les espaces anfractueux ou les espaces interdentaires et les faces vestibulaires).

La maturation de glucides par les bactéries buccales conduit à une forte production d'acide menant à une baisse du pH buccal. La mise en place d'un environnement acide permet l'initiation de la déminéralisation de l'émail dentaire à partir de la valeur seuil de 5.5 et en concomitance le développement, tant quantitatif que qualitatif (sélection de souches agressives), des bactéries cariogènes présentes dans le biofilm dentaire (5), ceci a été décrit par R.M. Stephan en 1944 (13) et est illustré sur le schéma suivant.

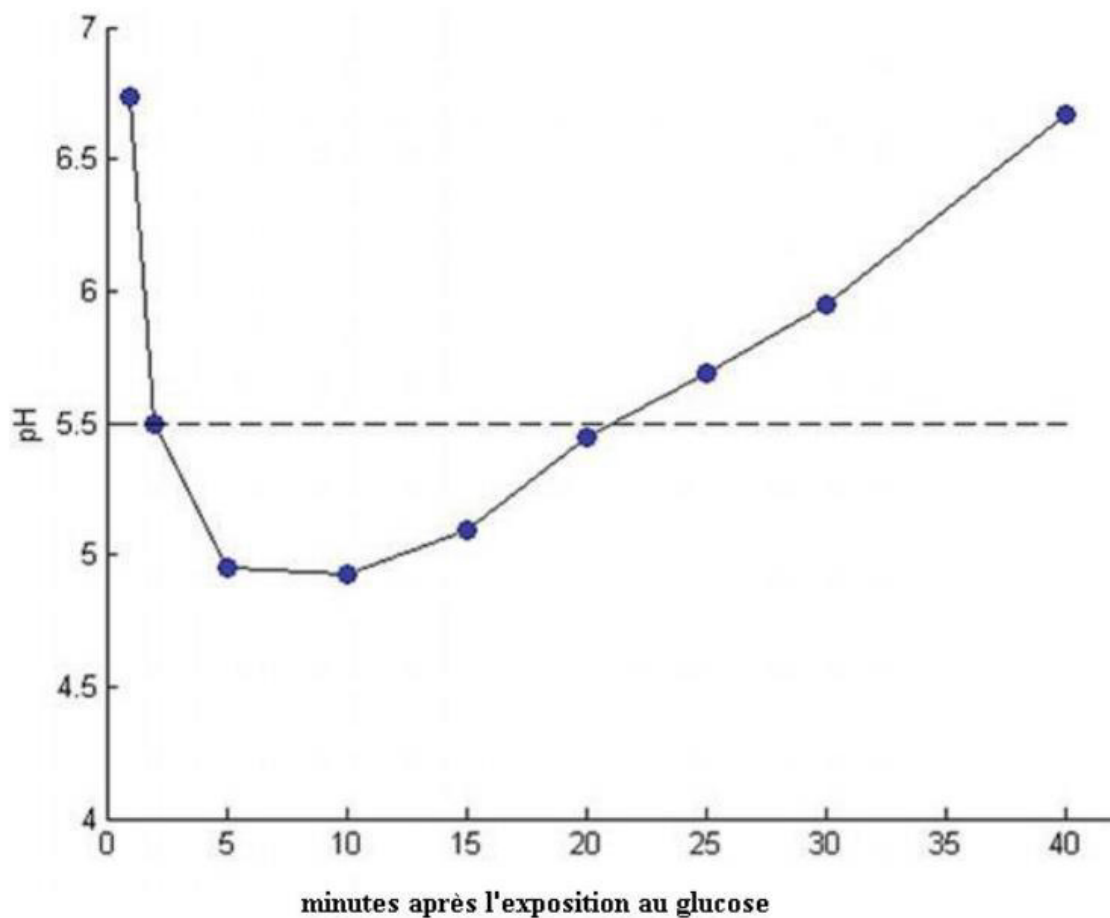


Figure 1: La courbe de Stephan

Cependant, la seule présence des bactéries cariogènes ne conduit pas nécessairement à la déminéralisation des tissus dentaires. En effet, leur présence a été mise en évidence chez des patients dépourvus de lésions carieuses (4). Il existe donc d'autres facteurs qui influencent le développement de cette affection. Ceux-ci sont illustrés par Sewitz et Al sur le schéma ci-dessous.

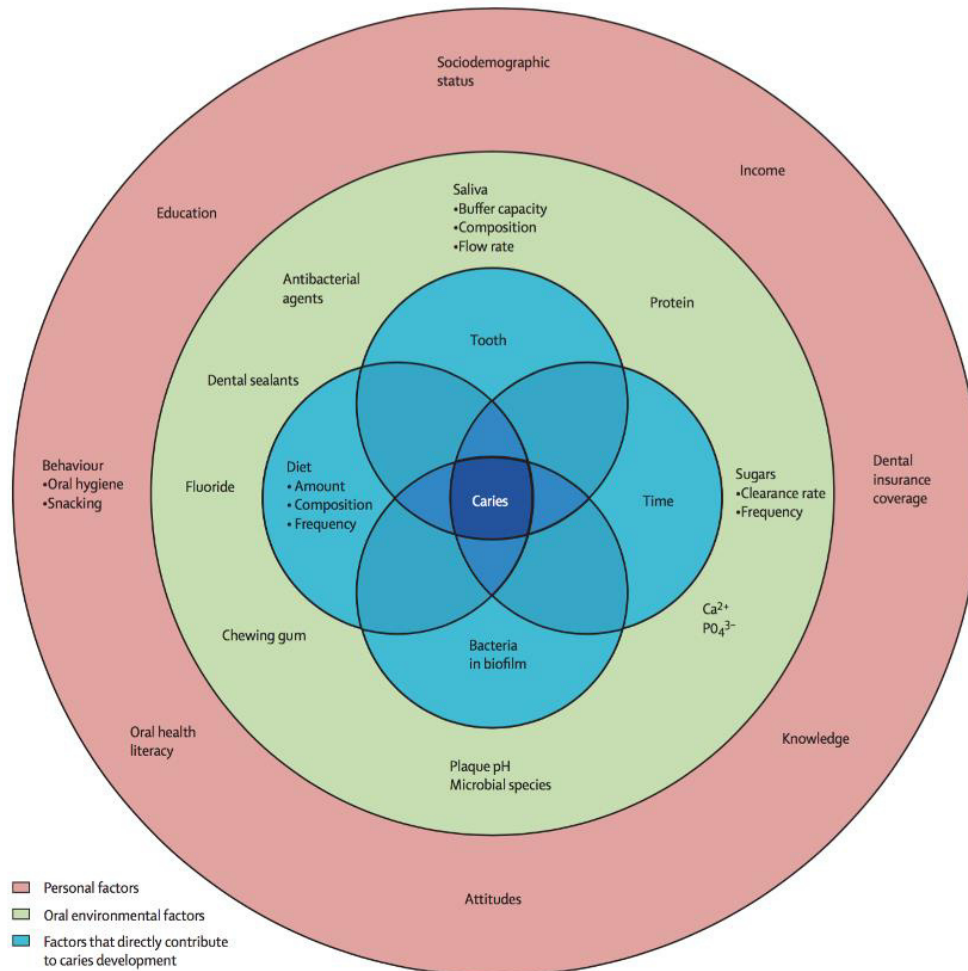


Figure 2 : Les facteurs du développement carieux (11)

En rouge sont inscrits les facteurs personnels : les revenus, la couverture mutuelle, le savoir, l'attitude, la littérature sur la santé orale, les habitudes de vie: hygiène orale et grignotage, l'éducation et le statut socio-économique.

Le vert englobe les facteurs de l'environnement oral : les protéines, le taux de sucre, les ions calcium et phosphate, le pH de la plaque et les espèces du microbiote, le chewing-gum, les fluorures, les scellements dentaires, les agents antibactériens et les propriétés salivaires.

Le bleu regroupe les facteurs influençant directement le développement des lésions carieuses : le temps, les dents, les bactéries du biofilm et le régime alimentaire: volume, composition et fréquence d'apport.

La maladie carieuse est influencée par des éléments très divers allant du niveau socio-économique à la composition du microbiote oral.

L'étude de ces éléments chez les patients permet de déterminer leur risque carieux individuel qui peut être faible ou élevé et qui déterminera la prise en charge de nos patients. Les facteurs de risque sont classés comme majeurs, mineurs ou protecteurs en fonction de leur impact sur la cariogénicité.

- Les facteurs majeurs sont : - l'hypo-salivation médicamenteuse, le syndrome de Goujerot Sjögren, les addictions, la radiothérapie oro-faciale, une expérience carieuse inférieure à 3 ans, plusieurs lésions actives inférieures à 3 ans, un pH salivaire acide et un débit salivaire réduit.

Un patient est considéré à risque carieux élevé si il présente un seul de ces facteurs.

- Les facteurs mineurs sont : la dépendance de la personne (enfant, personne âgée etc.), l'alimentation déséquilibrée (sucrée, acide, grignotage), les troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie), le niveau socio-économique, les métiers à risque (pâtissier), une mauvaise hygiène bucco-dentaire, la présence de biofilm, les facteurs rétenteurs de plaque (sillons anfractueux, bagues etc.). Ces facteurs seuls ne sont pas synonymes de risque carieux élevé mais associés le deviennent.
- Les facteurs protecteurs sont : une fluoration systémique, l'utilisation biquotidienne de dentifrices fluorés à 1500 ppm, un suivi dentaire. Ces facteurs permettent de réguler le risque carieux des individus.

Un patient sera considéré à risque carieux faible si il possède des facteurs protecteurs, ne possède pas de facteur majeur et aucun ou un seul facteur mineur.

A l'inverse un patient sera à risque carieux élevé si il ne possède pas de facteur protecteur, un seul ou plusieurs facteurs majeurs ou plusieurs facteurs mineurs.

Le praticien adaptera sa prévention et sa prise en charge en fonction du risque carieux de l'individu. Le savoir et l'attitude sont donc des leviers de prévention possible pour lutter contre la maladie carieuse.

1.2.2. Les Parodontopathies :

Les maladies parodontales sont des maladies de l'appareil d'ancrage de la dent (gencive, cément, ligament alvéolodentaire et os alvéolaire). Ce sont des affections multifactorielles, d'origine microbiennes, déclenchées par une rupture de l'équilibre entre pathogènes et réponse immunitaire de l'hôte (14).

Suite à la bascule de l'homéostasie en faveur des bactéries parodontopathogènes, une réponse inflammatoire locale est mise en place et est responsable des destructions partielles ou totales des tissus parodontaux (15).

Les facteurs environnementaux et génétiques viennent moduler le tout (4).

Quand seul le parodonte superficiel (la gencive) est touché, on parle alors de gingivite. Puis, si l'affection se propage au parodonte profond (les tissus d'ancrage de la dent), elle évolue en parodontite.

La gingivite

La gingivite est un processus pathologique qui se caractérise par une inflammation du parodonte superficiel (épithélium et conjonctif gingival). Son diagnostic est clinique et se caractérise par des œdèmes, des douleurs, des érythèmes, des saignements, de l'halitose voir une altération du goût, sans destruction osseuse (16,17).

L'origine de la maladie est simple et principalement bactérienne : en effet, la plaque dentaire est la cause principale de la gingivite. Son traitement consiste à réduire la charge bactérienne en éliminant la plaque dentaire grâce à une hygiène dentaire rigoureuse.

Par ailleurs, la présence de plaque est favorisée par plusieurs facteurs de rétention qui compliquent l'hygiène : le tartre, les malpositions dentaires, la respiration buccale, les sur-contours et les obturations débordantes. Il convient donc d'organiser des consultations régulières pour supprimer ces facteurs (18).

La parodontite

La parodontite est une maladie inflammatoire liée à un déséquilibre de la flore orale conduisant à la destruction du système d'attache parodontal. Elle se traduit par une perte d'attache clinique et une lyse osseuse visible radiographiquement, la présence de poches parodontales et de saignement gingival.

Elle se produit lorsque les bactéries commensales prennent le dessus sur les défenses de l'hôte. Ce phénomène est induit soit par une baisse de l'immunité, soit par une évolution de la flore bactérienne qui gagne en quantité et en virulence, ou les deux (19).

Les premières recherches ont mis en évidence différents complexes bactériens responsables de la maladie parodontale. Ces derniers, décrits par Socransky et al. en 1998, ont été classés et schématisés en fonction de leurs facteurs de virulence et de l'ordre dans lequel ils colonisent les tissus dentaires et parodontaux comme nous pouvons le voir sur la figure 3.

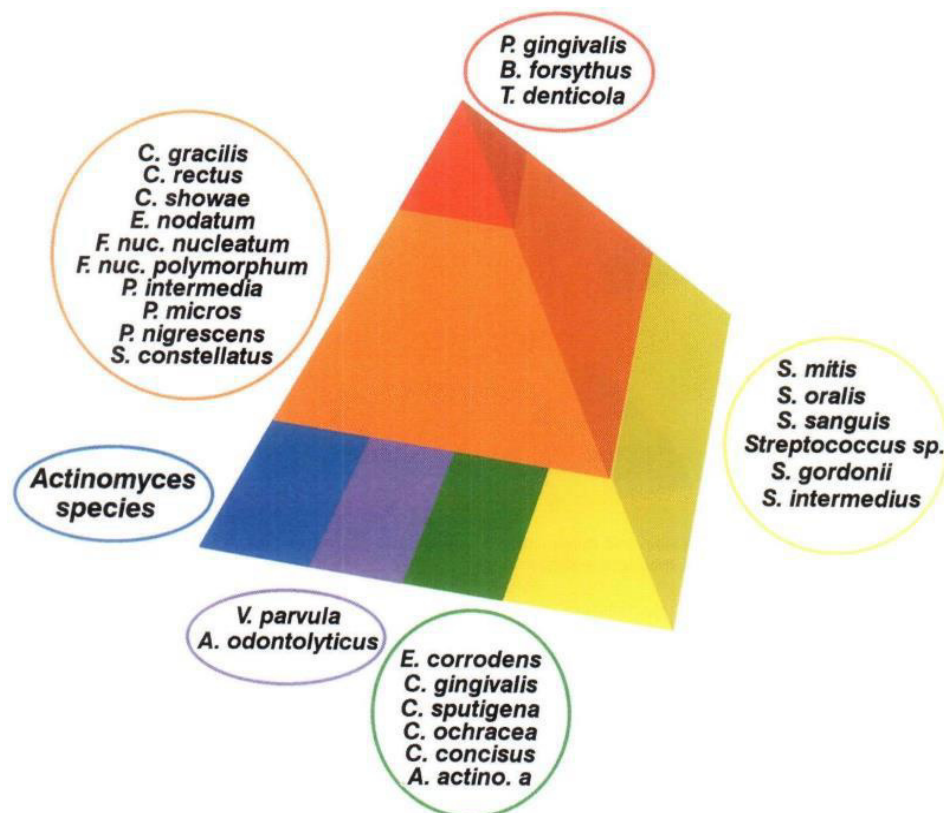


Figure 3 : Les complexes bactériens selon Socransky et al (18).

Le complexe rouge, composé de *Prophyromonas gingivalis*, *Treponema denticola* et *Tannerella forsythia* (20), est initialement considéré comme responsable de la maladie parodontale.

Cependant, le HMP a mis en évidence la présence de ce complexe bactérien chez des patients sains ce qui réfute la thèse selon laquelle la seule présence de ces trois bactéries peut suffire à déclencher une parodontite.

Des recherches plus récentes ont révélé une variété importante d'autres bactéries et de micro-organismes présents lors de la maladie. Ainsi la variété du biofilm parodontal malade est plus riche « le *Filifactor alocis* à Gram positif et d'autres anaérobies, y compris les cellules des genres *Parvimonas*, *Fusobacterium* et *Prevotella* » renforcées par des champignons comme *Candida albicans* mais aussi les virus Herpès simplex, le cytomegalovirus ou encore des archaées ont été détectés dans des poches parodontales (21).

Les micro-organismes considérés comme parodontopathogènes sont donc contenus naturellement dans le microbiote gingival. À force de changements environnementaux, ils prolifèrent jusqu'à atteindre un seuil qui peut initier ou renforcer des maladies parodontales (21).

La maladie parodontale est donc caractérisée par un changement dans la constitution et dans la diversité du microbiote parodontal. Sa prévention passe de ce fait par des mesures promouvant la préservation de l'homéostasie buccale.

Le maintien de cet équilibre fait intervenir les mêmes facteurs que lors du développement des lésions carieuses (22).

Toutefois, au contraire des lésions carieuses, les destructions tissulaires lors des maladies parodontales ne sont pas liées directement à l'action des bactéries mais causées par la réponse inflammatoire de l'hôte. Cette particularité lie les maladies parodontales à certaines affections systémiques partageant la même composante inflammatoire et mettant en jeu les mêmes réponses immunitaires et les mêmes destructions tissulaires. C'est le cas du diabète, de la polyarthrite rhumatoïde, de troubles cardiaques et d'autres maladies qui seront décrites par la suite (5)

Les maladies parodontales sont donc des maladies complexes dont la stabilisation passe par une maîtrise des facteurs de risque par le patient en collaboration avec son chirurgien-dentiste pour lui communiquer les bons gestes à adopter.

1.2.3. Traitements et prévention.

Le traitement de ces maladies orales se fait en deux étapes :

- une interventionnelle, à court terme, réparer ou stopper les dommages causés par les affections.
- Une non interventionnelle, sur le long terme, maîtriser les causes et les facteurs de risques associés pour éviter la survenue ou la récurrence nous parlerons ici de prévention.

- La prise en charge des lésions carieuses est complexe et dépend de l'étendue de la lésion. Des outils sont utilisés comme la classification ICDAS (23) qui permet de décrire les lésions carieuses et conditionne leur prise en charge. Le traitement des lésions suit le principe de conservation des tissus et les techniques minimalement invasives. Ainsi, la reminéralisation des tissus est privilégiée lors d'atteintes peu profondes (ICDAS 1-2) puis vient leur remplacement quand la maladie se propage à la dentine (23).



Figure 4 : Illustration de la classification ICDAS (24)

0 : Dent saine.

1 : Apparition d'une tache blanche ou brune amélaire après séchage de 5 secondes.

2 : Présence d'une tache brune ou blanche amélaire sans séchage.

3 : Effraction de l'émail sans signe d'atteinte dentinaire.

4 : Teinte sombre sous amélaire témoin d'une atteinte dentinaire.

5-6 : Cavité visible avec atteinte dentinaire de moyenne ou grande étendue.



Figure 5 : Exemple d'un ICDAS 2.

- Le traitement des maladies parodontales est long et consiste à limiter la charge bactérienne du parodonte, tant superficiel que profond pour arrêter le phénomène inflammatoire et permettre la régénération des tissus. Pour se faire, le dentiste doit accompagner son patient en lui prodiguant des séances de sensibilisation et de motivation à l'hygiène. Celles-ci se verront complétées par des actes permettant la désorganisation du biofilm, la suppression des facteurs de rétention et la régénération des tissus. Un détartrage, des surfaçages, des interventions chirurgicales le tout parfois complété par des antibiotiques ou des antiseptiques sont utilisés (25).

- Ensuite vient la partie non interventionnelle qui permet une gestion sur le long terme de ces affections. Elle passe par une communication accrue et la valorisation de la prévention.

- La prévention primaire vise à diminuer l'incidence de ces maladies donc l'apparition de nouveaux cas et consiste à appliquer des mesures d'hygiène rigoureuses et à contrôler les facteurs favorisant l'apparition des maladies citées précédemment. Il est communément acquis qu'« une alimentation rationnelle et une bonne hygiène bucco-dentaire restent les pierres angulaires de la dentisterie préventive ». Le dentiste est alors en première ligne pour initier sa patientèle aux bons gestes (12).

- La prévention secondaire qui tend à diminuer la prévalence de ces maladies par leur traitement et leur dépistage précoce. Elle passe par des consultations régulières et l'utilisation d'outils de classification et de dépistage simplifiant la prise en charge. Parmi ces outils nous pouvons citer la classification ICDAS, l'évaluation du risque carieux ou le système d'évaluation de l'érosion BEWE (26).
- La prévention tertiaire dont le but est de limiter la récurrence et passe par des contrôles fréquents et de la communication autour des sujets d'hygiène et de contrôle des facteurs de risque.

Une bonne communication, pour être complète, passe par trois axes principaux :

- L'encouragement à de bonnes pratiques d'hygiène afin de désorganiser le biofilm buccal, d'empêcher son adhésion aux surfaces dentaires et de limiter sa propagation dans la sphère orale. Les bactéries seront ainsi plus sensibles aux défenses immunitaires de l'hôte et ne pourront pas devenir dominantes (4).
- Le contrôle de la quantité et de la fréquence de consommation d'aliments sucrés et acides. Les sucres sont les principaux aliments consommés par les bactéries. Les aliments acides de leur côté favorisent l'installation d'un milieu au pH bas qui induit la déminéralisation de l'émail dentaire et la propagation des bactéries cariogènes. (ref stephan)
- La lutte contre les habitudes de vie délétères, comme la consommation de tabac et d'alcool, qui favorisent une baisse de la réponse immunitaire de l'hôte (27).

La sphère orale est donc colonisée par de nombreux organismes endogènes et exogènes qui évoluent en symbiose. Lors d'un déséquilibre causé par différents facteurs, des maladies peuvent se développer comme les affections parodontales et carieuses. Leur traitement est complexe et repose sur le contrôle de ces facteurs, pour lequel la communication et la prévention jouent un rôle important, et sur des interventions locales plus ou moins invasives.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'impact de la sphère orale et de ces maladies buccales sur les affections systémiques et sur la santé générale de nos patients.

2. L'impact global de la santé orale :

Les problèmes dentaires (douleurs, difficultés lors de la mastication et donc l'alimentation, problèmes de communication dus à des dents manquantes, dyschromiées ou endommagées) ont un impact majeur sur la vie quotidienne et le bien-être de certaines personnes, ces impacts sont étudiés par exemple par le questionnaire GOHAI (28) qui pose douze questions sur la qualité de vie et la satisfaction des individus en matière de soins de santé.

Depuis quelques années des évolutions scientifiques majeures en épidémiologie et en biologie ont permis de mettre en évidence un lien de causalité entre maladies buccales et état général mettant la santé orale au départ de la recherche pour une bonne santé globale.

La corrélation entre problèmes locaux et systémiques s'appuie sur de nombreux schémas de propagation à étudier pour mieux comprendre leurs interactions.

Deux voies de communication principales ont déjà été mises en évidence : (29)

- La communication par un effet direct des pathogènes quand un micro-organisme présent dans la cavité orale profite du flux sanguin pour aller se propager vers un autre site à contaminer et induire une infection à distance (bactériémie). C'est le cas dans les maladies vasculaires.
- La communication par un effet indirect des pathogènes lorsque, au cours d'une infection orale, les pathogènes déclenchent une réaction immunitaire. Celle-ci engendre une cascade pro-inflammatoire qui augmente la charge inflammatoire globale. Cela potentialise la réponse de l'organisme hôte pour combattre les affections systémiques comme le diabète, les maladies rénales ou les affections cardio-vasculaires. Les effets délétères sont alors multipliés (22).

Les études actuelles démontrent un lien aggravant entre les pathologies orales et les accidents vasculaires cérébraux (30), l'hypertension artérielle (31), la polyarthrite rhumatoïde, le diabète (32), les cancers, les maladies rénales chroniques, les naissances prématurées, les problèmes respiratoires, la perte de l'acuité gustative (22). Les maladies parodontales principalement ont des répercussions négatives sur ces maladies et favorisent leur survenue ou leur gravité.

D'ailleurs, la prise en compte des effets aggravant du diabète sur les maladies parodontales et inversement, a amené à la Nouvelle Classification des Maladies Parodontales et Péri-implantaires de Chicago en 2017 et à la prise en charge par l'assurance maladie, de l'assainissement non chirurgical chez les patients diabétiques déclarés sous ALD et ce depuis 2019.

La sphère orale a donc un impact important sur la santé générale, tant sur la qualité de vie des individus, en leur permettant de manger et interagir correctement, que sur le développement et l'aggravation de maladies systémiques comme le diabète. Ceci nous montre le lien entre hygiène orale, qui impacte la santé orale, et santé en général, qui est impactée par la santé orale. Il est donc primordial, pour améliorer la santé bucco-dentaire, la santé en général et la qualité de vie de tous, d'informer et d'éduquer nos patients aux bons réflexes d'hygiène orale. Cette démarche doit passer par un discours de prévention valorisant les bonnes habitudes de vie et d'hygiène lors de notre quotidien.

II. Mise au point d'un questionnaire d'évaluation des pratiques en matière de prévention.

1. La promotion de l'hygiène bucco-dentaire en France :

En France différents acteurs, tant publics qu'associatifs ou encore d'ordre privé, participent à la promotion de l'hygiène bucco-dentaire,

1.1. Les acteurs publics

L'assurance maladie : AMELI, a mis en place un programme national de prévention s'adressant à la population jeune, adolescente, aux jeunes adultes et aux femmes enceintes: il s'agit du programme M't dents (33).

Ce projet est une campagne en faveur de l'hygiène orale et de la prévention des maladies dentaires mise en place en France depuis 1997. Elle favorise, pour les enfants et adolescents de 3 à 24 ans ainsi que pour les femmes enceintes, un contact précoce et régulier avec le dentiste. Les visites sont financées par la CPAM tous les trois ans.

Ces rendez-vous ont pour objectif d'effectuer un contrôle à échéances régulières et d'éduquer à l'hygiène bucco-dentaire (33).

Ce programme d'action se passe en deux temps : un premier examen bucco-dentaire chez le chirurgien-dentiste, complété éventuellement par des soins consécutifs.

La consultation comprend une anamnèse, un examen bucco-dentaire et une action de prévention et d'éducation sanitaire en fonction de l'âge. Elle est complétée si nécessaire par des clichés radiographiques intra-oraux et l'établissement d'un programme de soins.

En cas de soins complémentaires, s'ils sont commencés dans le trimestre suivant la consultation et terminés dans les 6 mois qui suivent la date de début, la prise en charge est à nouveau intégrale.

L'objectif de ce programme est d'habituer les plus jeunes à consulter un professionnel régulièrement et d'instaurer avec celui-ci une relation de confiance. Elle est également de faire disparaître la peur liée à la douleur que l'enfant ou le jeune imagine devoir endurer (33). Ainsi, par la suite, le patient aura toutes les chances de poursuivre une prise en charge régulière pour un contrôle optimal des maladies de la sphère orale.

1.2. L'UFSBD

Il s'agit de l'Union Française pour la Santé Bucco-dentaire, c'est « l'organisme de la profession dentaire dont l'objet est de susciter, d'animer et de coordonner tous les efforts entrepris en faveur de la santé bucco-dentaire en France. » (34) Cette association à but non lucratif a été créée en 1966. Son but est d'initier ou de faire évoluer des politiques de santé publique en matière de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire et générale. Elle est composée de nombreux professionnels de la santé répartis en agences départementales et régionales. Contrôlée par une instance nationale, elle mène des actions locales sur tout le territoire.

Cette association cible prioritairement les populations les plus à risque et met en place des interventions adaptées à chaque tranche de population (35) :

- Les parents et les jeunes enfants
- les enfants et adolescents
- les jeunes adultes
- les personnes âgées
- les personnes atteintes de handicap.

L'UFSBD est un acteur majeur de la prévention en France. À l'origine de plusieurs actions de prévention comme les printemps du sourire ou les 6 vidéos intitulées « Mon dentiste m'a dit... », il touche toutes les couches sociales de la population (36).

1.3. Les acteurs privés

Des instances privées participent à la promotion de l'hygiène buccale en France, c'est le cas des entreprises Signal® et Colgate®.

Ces deux sociétés ont créé des supports de communication destinés aux enfants et dédiés à l'enseignement de la santé bucco-dentaire. Ces supports sont principalement mis à la disposition des enseignants (37,38).

2. La promotion de l'hygiène bucco-dentaire au Centre de Soins Dentaires de Lyon.

2.1. L'organisation du CSD

Il est tout d'abord important de décrire l'organisation du CSD pour comprendre la place que l'hygiène occupe dans l'établissement.

Le centre est composé de plusieurs unités fonctionnelles (UF), chacune dédiée à un aspect de la dentisterie :

- l'UF de sémiologie qui permet, lors d'une première consultation, d'effectuer un tri et d'adresser chaque patient dans le bon service en fonction de ses besoins.
- l'UF de dentisterie restauratrice et d'endodontie : regroupe les soins des lésions carieuses, les restaurations directes, indirectes et les traitements endodontiques.

- l'UF de chirurgie : consacrée aux extractions, aux poses d'implants, aux greffes et autres interventions chirurgicales.
- l'UF de polyclinique : regroupe toutes les spécialités, il est spécifiquement dédié aux étudiants de 6^e année et leur permet d'exercer une dentisterie d'omnipratique.
- l'UF de parodontologie : spécialisé dans le traitement des parodontopathies comme les gingivites et les parodontites.
- l'UF de prothèse : qui permet de réaliser les prothèses adjointes et conjointes : des appareils amovibles (stellites, résines) et des prothèses fixes (onlays, couronnes, bridges).
- l'UF d'orthopédie dento-faciale/orthodontie : dédié au traitement des défauts de positionnement des dents et des os dans un but esthétique et fonctionnel.

Chaque spécialité est encadrée par une équipe d'enseignants. Les services collaborent entre eux car la demande de soins est souvent pluridisciplinaire. Ils s'enrichissent mutuellement et participent à une meilleure formation des étudiants.

2.2. La promotion de l'hygiène au CSD :

Au CSD lors de son parcours de soin le patient a différentes occasions d'être sensibilisé à l'hygiène en fonction des services dans lesquels il est adressé.

2.2.1. La consultation de sémiologie.

Lors de la première consultation dite de sémiologie les patients se voient soumis à un interrogatoire d'anamnèse médicale. Celui-ci permet d'identifier les facteurs de risques et les habitudes du patient afin de l'encadrer dans les meilleures conditions. Le patient reçoit ici les premiers conseils en matière d'hygiène et d'alimentation. Son hygiène est ensuite jugée Satisfaisante, Moyenne ou Absente, le tout est noté dans son dossier.

Cette évaluation reste assez peu précise car elle repose sur l'observation subjective d'un étudiant sans critères précis et sans protocole. Elle permet d'apprécier grossièrement les besoins du patient pour l'adresser dans le service adéquat où une prise en charge précise sera mise en place.

2.2.2. La séance de motivation à l'hygiène. (Annexe 3)

Lors de la prise en charge, au sein de l'UF de parodontologie, des patients atteints de parodontopathies, une séance de motivation à l'hygiène est systématiquement effectuée. Cette séance permet de montrer au patient les gestes nécessaires au maintien de l'équilibre de la flore buccale. Elle permet une prise de conscience de l'importance de l'assiduité et responsabilise le malade, nous cherchons à obtenir une coopération active du patient et à changer ses habitudes en termes d'hygiène bucco-dentaire.

À l'aide de différents outils (modèles anatomiques dentaires, brosse à dents d'exemple etc...) l'externe doit montrer et faire essayer au patient les bons gestes, ainsi celui-ci apprend la fréquence idéale, le matériel et la technique à utiliser.

Cette séance est complétée par l'application d'un révélateur de plaque, ceci met en évidence les zones recouvertes de biofilm et l'ancienneté de celui-ci. Ainsi il est possible d'indiquer au patient la localisation des dépôts de plaque et les zones sur lesquelles passer plus de temps lors de son brossage.



Figure 6.a : Application du révélateur de plaque



Figure 6.b : Révélation de la plaque dentaire

À l'issue de cette consultation, le patient repart avec de nouvelles informations, des objectifs à atteindre et une prescription remise par l'étudiant pour se procurer le matériel nécessaire. Celle-ci doit inclure le diamètre et les dimensions des brossettes et de la brosse à dent souple adaptées à la dentition du patient.

2.2.3. La Consultation de Prévention Bucco-Dentaire. (Annexe 2)

La CPBD, initialement « Consultation de Prévention Carieuse » mise en place en 2012 puis réétudiée en 2018, vise à sensibiliser les étudiants à la santé bucco-dentaire. Le projet a démarré en partenariat avec le Service de Santé Universitaire de Lyon 1 (SSU) au travers d'une Unité d'Enseignement Librement Choisie intitulé (UELC) : la consultation de prévention bucco-dentaire à l'intention des étudiants de l'université Lyon 1. Cette consultation s'adresse aux étudiants car c'est une tranche de population à risque, qui arrive dans de nouvelles villes universitaires et qui est soumise à des changements d'habitude de vie et perd de vue son dentiste traitant.

C'est une séance complète d'évaluation, de prévention et de sensibilisation de la population étudiante à l'issue de laquelle le patient et l'externe déterminent conjointement des objectifs qui seront réévalués lors d'une séance de bilan.

Le dossier de chaque patient comprend des informations personnelles, un questionnaire d'habitudes d'hygiène et d'alimentation, ainsi que plusieurs tests cliniques et radiologiques permettant d'évaluer le risque carieux individuel et le plan de traitement à mettre en place.

47 patients issus de l'université Lyon 1, 27 femmes et 20 hommes entre 18 et 31 ans ont bénéficié de cette consultation en 2022.

Le questionnaire rapporte que 91 % des personnes évaluées ont déjà reçu des conseils d'hygiène et pensent avoir une bonne hygiène. Plus de la moitié d'entre-elles ne fument pas et ne consomment pas de drogue. Par ailleurs 52 % d'entre-elles consomment de l'alcool plutôt occasionnellement.

À l'issue des entretiens certains chiffres ressortent :

- 81 % des sujets étudiés attestent avoir un brossage biquotidien
- 40 % voire plus utilisent un mauvais type de brosse à dents
- 72 % n'utilisent pas de moyens de brossage interdentaires
- 60 % grignotent
- 60 % disent brosser 2 min, le test montre que seulement 36 % le font vraiment

- 49 % présentent un risque carieux individuel élevé
- 75 % sont atteints de lésions carieuses.

Toutes ces valeurs mettent en évidence, d'une part un manque de connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire, d'autre part la présence de mauvaises habitudes chez un nombre significatif de personnes évaluées. Nous pouvons d'ailleurs en constater les conséquences directes avec la forte prévalence de lésions carieuses.

Par ailleurs, les patients ont jugé cette consultation utile et efficace. En effet :

- 98 % de prise de conscience que de mauvaises habitudes alimentaires constituent un facteur de risque
- 86 % ont modifié leur technique de brossage
- 97 % de brossage biquotidien après la CPBD contre 81 % avant
- 93 % des sujets reconnaissent avoir appris des choses lors de cette consultation
- 97 % d'entre eux la recommanderaient à un proche.

La prévention au CSD se limite donc à un bilan lors de la première consultation de sémiologie et une consultation de motivation à l'hygiène uniquement si le patient est suivi dans l'UF de parodontologie. Cela nous montre que beaucoup de patients sont susceptibles de passer leur parcours de soins dans l'établissement sans recevoir d'éducation à l'hygiène. Or, l'étude sur les étudiants de Lyon 1 montre un besoin et un effet favorable de la prévention. Il serait intéressant de l'étendre à une tranche plus importante de la population. C'est pourquoi nous allons évaluer les connaissances des patients pour savoir quelle population viser.

3. Schéma de l'étude.

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle et descriptive, réalisée à l'aide d'un questionnaire papier, chez des patients adultes du CSD.

4. Population cible.

4.1. Critères d'inclusion.

Souhaitant obtenir une vue la plus globale possible de l'hygiène de notre patientèle, nous avons décidé d'y inclure des patients fréquentant le CSD, âgés de plus de 18 ans.

Cependant, notre étude étant basée sur un questionnaire papier à remplir par le patient lui-même, il nous faut cibler des personnes s'exprimant et écrivant couramment le français.

4.2. Critères d'exclusions.

Pour la réalisation de notre étude nous devons exclure les patients de moins de 18 ans ainsi que les patients ne lisant et comprenant pas couramment le français. Cela constitue l'une des limites de ce type d'étude puisque nous n'aurons pas accès aux données concernant les patients illettrés, malvoyants, non francophones et mineurs.

4.3. Échantillonnage.

Pour des raisons techniques et temporelles de réalisation, de collecte des données et de traitement de celles-ci, notre étude se déroulera sur une période de 3 mois. Le centre permettant le traitement d'environ 100000 patients chaque année, notre étude portera sur une population totale de 25000 personnes correspondant aux trois mois de fréquentation (39).

Afin d'obtenir les résultats les plus représentatifs possible sur ce groupe de référence, nous avons décidé de nous autoriser une marge d'erreur de 5%, un niveau de confiance de 95% et un écart type de 0,5. Notre population cible étant supérieure à 30 individus nous devons suivre la Loi Normale qui nous donne le calcul suivant:

$$\text{Taille de l'échantillon } T = \frac{(\text{Score } Z)^2 \times \text{écart type} \times (1 - \text{écart type})}{(\text{marge d'erreur})^2}$$

Avec $Z = 1,96$ pour un niveau de confiance de 95%

$$\begin{aligned} \text{Ce qui nous donne } T &= \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2} \\ &= 384,16 \end{aligned}$$

Que nous arrondirons à 385 patients

Cet échantillon donnera une représentation significative des patients adultes fréquentant le CSD.

5. Questionnaires.

Pour les besoins de notre étude nous avons créé un outil spécifique. Nous nous sommes appuyés sur notre enseignement, sur les données acquises de la science en matière de bonnes habitudes alimentaires et d'hygiène dentaire ainsi que sur le questionnaire de motivation à l'hygiène utilisé dans le service de parodontologie du CSD et le questionnaire de la consultation de prévention bucco-dentaire.

Notre outil est constitué de deux éléments :

Un document à remplir par le patient et une brochure d'informations et de prévention.

5.1. Le document d'investigation.

Il se compose de quatre parties : en premier une introduction expliquant notre projet et l'utilité du questionnaire joint, ensuite un recueil d'informations personnelles, puis des questions générales sur la santé orale et enfin le test d'habitudes d'hygiène en lui-même.

Pour simplifier l'analyse des résultats et la synthèse des données obtenues, notre formulaire est composé de questions à choix multiples afin de s'assurer que chaque patient trouve une réponse qui corresponde à sa situation.

Nous avons veillé à ce que, pour chaque item, les réponses apportées ne puissent être que justes ou fausses. Ceci permettra de mettre en évidence la nécessité ou non, de systématiser l'information en matière d'hygiène bucco-dentaire.

Croquer la vie à pleines dents c'est sympa !! Encore faut-il en avoir assez !!

Nous sommes là, pour vous permettre de profiter du plaisir de manger encore longtemps.

Mais nous ne sommes pas les seuls responsables de la bonne santé de vos dents.

L'hygiène buccale est la pierre angulaire d'une bonne santé bucco-dentaire et elle dépend de vous.

« Me brosser les dents je sais faire » me direz-vous !

Mais détrompez-vous beaucoup d'informations sont méconnues de la plupart d'entre nous.

Pour savoir où vous en êtes, nous vous demandons de répondre à ce petit questionnaire anonyme.

Ainsi pourrons nous compléter vos connaissances si nécessaire.

Mais d'abord quelques informations :

Vous êtes ? ☐ Un homme ☐ Une femme ☐ Non genré

Vous avez ? ☐ 18-25 ans ☐ 26-45 ans ☐ 45-64 ans ☐ Plus de 65 ans

Votre compréhension du français est ? ☐ Mauvaise ☐ Moyenne ☐ Bonne ☐ Très bonne

Quel métier exercez-vous ?

Avez-vous un dentiste traitant en dehors du CSD ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous un patient régulier du centre de soin dentaire ☐ Oui ☐ Non

Dans quel service avez-vous été soigné?

☐ OCE (Niv 0) ☐ Sémiologie (Niv 0) ☐ Chirurgie (Niv 1)
☐ Parodontologie (Niv 3) ☐ Prothèse (Niv 4)

Avez-vous déjà été sensibilisé à l'hygiène orale? ☐ Oui ☐ Non

Dans quelles circonstances ?
.....
.....

Pensez-vous avoir une bonne hygiène dentaire? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

C'est parti !

1. Pensez-vous que la santé orale ait un impact sur la santé générale ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

2. La santé orale est-elle liée à la qualité de vie d'un individu ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

3. Parmi les maladies suivantes lesquelles sont influencées par la santé orale ?

- ☐ Les cancers oraux ☐ Les accidents vasculaires cérébraux ☐ L'hypertension artérielle
☐ La polyarthrite rhumatoïde ☐ Le diabète ☐ Les maladies rénales chroniques
☐ Le mal de dos ☐ Les naissances prématurées ☐ Les problèmes respiratoires
☐ La perte de l'acuité gustative

4. Avez-vous déjà entendu parler de lésions carieuses ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

5. Avez-vous déjà entendu parler de maladies parodontales ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

6. Selon vous quel pourcentage de la population adulte mondiale est affecté par des lésions carieuses ?

- ☐ 40 ☐ 60 ☐ 80 ☐ 100

7. Selon vous quel pourcentage de la population française est atteint de maladie parodontale ?

- ☐ 30 ☐ 50 ☐ 70 ☐ 90

8. Quels sont les facteurs qui aggravent ces maladies ?

- ☐ Le tabac ☐ L'alcool ☐ Une bonne hygiène orale ☐ Les sodas
☐ Les gâteaux ☐ Les bonbons ☐ Une mauvaise hygiène orale ☐ Les fruits
☐ Le sport ☐ Le café ☐ Le chewing-gum ☐ Le thé

9. Selon vous les boissons/soda sans sucre sont-ils moins mauvais que les sucrés ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

10. D'après vous, la perte d'une dent est-elle néfaste pour l'équilibre oral ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

11. La perte des dents est-elle un phénomène physiologique (normal) lié à l'âge ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Parlons maintenant de vos habitudes !

12. À quelle fréquence vous brossez-vous les dents ? Combien de temps ?

- ☐ Une fois par semaine ☐ 2 à 5 fois par semaine ☐ 1 fois par jour ☐ 2 fois par jour ☐ 3 fois par jour ☐ 4 ou plus par jour
- ☐ 30 secondes ☐ 1 minute ☐ 2 minutes ☐ 3 minutes ☐ 4 minutes

13. À quel moment de la journée pratiquez-vous le brossage ?

- ☐ Le matin ☐ Le midi ☐ Le soir ☐ Avant les repas ☐ Après les repas

14. Quel type de brosse à dents utilisez-vous ?

- ☐ Manuelle ☐ Électrique ☐ Les deux ☐ Aucune

15. Quels types de brins/poils utilisez-vous ?

- ☐ Souples ☐ Médiuns ☐ Durs ☐ Ne sais pas

16. Quel mouvement faites-vous ? :

- ☐ Horizontal ☐ Vertical ☐ De la gencive vers la dent ☐ Le rouleau (bass modifié) ☐ Ne sais pas

17. Utilisez-vous des compléments au brossage ?

- ☐ Cure dents ☐ Fil dentaire ☐ Brossettes interdentaires ☐ Jet interdentaire ☐ Aucun

Si oui, à quelle fréquence ?

- ☐ Une fois par semaine ☐ 2 à 5 fois par semaine ☐ 1 fois par jour ☐ 2 fois par jour ☐ 3 fois par jour ☐ 4 fois ou plus par jour

18. Utilisez-vous des bains de bouche ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- ☐ En cures courtes et espacées dans le temps ☐ 1 fois par semaine ☐ 2 à 5 fois par semaine ☐ 1 fois par jour ☐ 2 fois par jour ☐ 3 fois ou plus par jour

19. Consommez-vous des boissons/sodas sans sucres ?

☐ Oui

☐ Non

20. Pour quelle(s) raison(s) consultez-vous un dentiste ?

☐ En cas de douleurs ☐ Pour des contrôles réguliers

☐ Dans le cadre d'une prise en charge en cours

☐ Autre :

21. À l'issue de ce test avez-vous des questions ou des remarques à nous transmettre ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci de votre participation !

Si vous avez des questions, vous pouvez demander une brochure à l'accueil qui vous éclairera, ou vous adresser directement à l'étudiant qui vous prend en charge. Il pourra vous expliquer et vous faire une démonstration.

5.1.1. L'introduction.

Elle permet de plonger le patient dans la thématique de l'hygiène dentaire, de piquer sa curiosité et de l'amener à répondre au questionnaire qui suit.

5.1.2. Le recueil d'informations.

Le questionnaire vise à rassembler un certain nombre d'informations concernant le patient : son sexe, son âge, sa maîtrise du français, son milieu socio-économique, son dentiste traitant, sa fréquentation du CSD, le service dans lequel il consulte, l'image qu'il a de sa propre hygiène dentaire et de l'hygiène en général.

Il nous permet de sélectionner les patients et de faire des groupes d'analyse au sein de notre échantillon.

- le sexe afin de repérer les différences entre hommes et femmes
- l'âge dans le but de ne sélectionner que des patients de plus de 18 ans qui rentrent dans le schéma de notre étude
- la compréhension du français doit être adéquate pour comprendre le questionnaire et entrer dans l'étude
- le milieu socio-économique pour évaluer l'impact de celui-ci sur l'hygiène orale
- le dentiste traitant, car il est important pour nous de savoir si le patient est régulièrement suivi ou non
- la fréquence de venue au CSD pour mesurer la capacité du CSD à enseigner les bonnes habitudes
- l'unité du CSD qui l'accueille afin de comparer les habitudes d'hygiène des patients en fonction du service dans lequel ils sont traités
- la sensibilisation à l'hygiène dentaire afin de voir si le patient a déjà reçu un enseignement par rapport à cela
- l'attention que le patient porte à son hygiène bucco-dentaire pour lui faire prendre conscience des améliorations à apporter.

5.1.3. Les questions de santé orale.

Elles ont pour but de comprendre le niveau de connaissances du patient sur sa propre cavité buccale, l'importance de celle-ci et son implication sur sa santé globale.

Question 1 : Pensez-vous que la santé orale ait un impact sur la santé générale ?

La réponse attendue est « Oui »

Question 2 : La santé orale est-elle liée à la qualité de vie d'un individu ?

La réponse attendue est « Oui »

Question 3 : Parmi les maladies suivantes lesquelles sont influencées par la santé orale ?

Les cancers oraux, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension artérielle, la polyarthrite rhumatoïde, le diabète, les maladies rénales chroniques, le mal de dos, les naissances prématurées, les problèmes respiratoires, la perte de l'acuité gustative.

Le patient doit cocher toutes les cases à cette question pour lui montrer l'étendue de l'impact de la sphère orale.

Question 4 : Avez-vous déjà entendu parler de lésions carieuses ?

La réponse attendue est « oui »

Question 5 : Avez-vous déjà entendu parler de maladies parodontales ?

La réponse attendue est « Oui »

Question 6 : Selon vous, quel pourcentage de la population mondiale est touché par au moins une lésion carieuse ?

La bonne réponse est 100 % selon « the global burden of disease » (9)

Question 7 : Selon vous, quel pourcentage de la population mondiale est touché par une maladie parodontale ?

La bonne réponse est 50 % (9)

Question 8 : Quels sont les facteurs qui aggravent ces maladies ?

Parmi les différents choix, les facteurs attendus sont : le tabac, l'alcool, les sodas, les gâteaux, les bonbons, la mauvaise hygiène orale.

Question 9 : Selon vous les boissons/soda sans sucre sont-ils moins mauvais que les sucrés ?

La réponse attendue est « non » car ces types de boissons possèdent toujours un pH extrêmement acide et participent au phénomène d'érosion dentaire

Question 10 : D'après vous, la perte d'une dent est elle néfaste pour l'équilibre oral ?

La réponse attendue est « Oui »

Question 11 : La perte des dents est-elle un phénomène physiologique (normal) lié à l'âge ?

La réponse attendue est « Non »

5.1.4. Le questionnaire.

Question 12 : À quelle fréquence vous brossez-vous les dents ?

Combien de temps ?

Le brossage doit s'effectuer 2 à 3 fois par jour, pendant 2 à trois minutes.

En dehors de ces réponses nous jugerons la réponse fausse (40).

Question 13 : À quel moment de la journée pratiquez-vous le brossage ?

Les réponses attendues sont : « le matin et le soir après les repas ».

Le midi est une case bonus que le patient peut cocher en plus s'il se brosse trois fois par jour.

Question 14 : Quel type de brosse à dents utilisez-vous ?

Toutes les réponses sont acceptées sauf « Aucune ».

Cette question a pour but d'amener le patient à s'interroger sur l'utilité de l'un ou de l'autre type de brosse.

Question 15 : Quels types de brins/poils utilisez-vous ?

La seule réponse acceptée est « le brin souple ».

Question 16 : Quel mouvement faites-vous ?

Les bonnes réponses sont : « le rouleau » et « de la gencive vers la dent ».

Question 17 : Utilisez-vous des compléments au brossage ? Lesquels ?

Le fil dentaire et les brossettes sont considérés comme de bonnes réponses (41).

À quelle fréquence ?

La fréquence optimale est : entre 1 fois par jour et après chaque brossage.

Question 18 : Utilisez-vous des bains de bouche ?

Il n'y a pas de mauvaise réponse à cette question, elle sert à amener la suivante plus pertinente.

Si oui à quelle fréquence ?

La réponse attendue est : « en cures courtes et espacées dans le temps ».

Le patient doit comprendre l'effet du bain de bouche sur la flore buccale et la nécessité d'en limiter l'usage (5).

Question 19 : Consommez-vous des boissons/sodas sans sucres ?

Cette question nous permettra d'évaluer le risque d'érosion lié à la consommation d'aliments acides.

Question 20 : Pour quelle(s) raison(s) consultez-vous un dentiste ?

La réponse espérée est « pour des contrôles réguliers ».

Cette question nous permettra de comprendre la motivation qui pousse le patient à nous consulter.

Question 21 : À l'issue de ce test avez-vous des questions ou des remarques ?

Question de clôture pour permettre au patient de donner son avis, ouvrir la discussion et amener à une amélioration de la prise en charge.

5.2. La brochure d'informations sur l'hygiène dentaire.

Ce qu'il ne faut pas faire !

- Oublier de se brosser les dents →
- Manger beaucoup de sucre
- Grignoter entre les repas
- Fumer →
- Rater ses rendez-vous →
- Se ronger les ongles →
- Décapsuler avec ses dents →

Quelques conseils

Parce que personne n'est parfait

Mettez un rappel sur votre téléphone le matin et le soir

Rincez vous la bouche après avoir mangé !
Machez des chewing-gum sans sucre

Consultez tabac-info-service.fr

Mettez un rappel sur le téléphone
Sinon reprenez vite rendez-vous avec un petit mot d'excuses

Sport, Yoga: décompressez sans abîmer votre manucure

Les décapsuleurs ça marche aussi !




L'hygiène dentaire au quotidien

VOTRE SANTÉ,
NOTRE PRIORITÉ



Accédez aux conseils de brossage de l'UFSBD

Le brossage:

Un bon brossage se fait deux à trois fois par jour, après les repas et pendant deux à trois minutes.



Il faut utiliser une brosse à dents à poils souples manuelle ou électrique c'est pareil mais surtout faire le bon geste.

La brosse manuelle on la pose entre la gencive et la dent à 45° et on effectue de petits mouvements de rotation.



La brosse électrique fait le travail elle même appliquez la entre la gencive et la dent sans frotter

On brosse bien toutes les faces en n'oubliant pas le dessus

Les compléments au brossage

Le brossage seul est bien mais ne suffit pas !

Il faut utiliser des outils spécifiques qui nettoient les espaces cachés entre les dents et cela avant le brossage.

Pour ce faire vous pourrez utiliser un des moyens suivant :

- des brossettes interdentaires
- du fil dentaire



Vous pouvez utiliser des bains de bouche en complément après le brossage.

Attention !!!

Certains bains de bouche sont trop agressifs pour votre flore buccale. Demandez conseil à votre dentiste traitant.

Nous avons souhaité nous assurer de bien rassembler l'ensemble des documents d'évaluation, supports de notre étude. De ce fait, à l'issue du test, et en échange de celui-ci, les patients se verront remettre une brochure d'informations sur l'hygiène bucco-dentaire.

Ce dépliant comprendra tout d'abord un résumé des bonnes techniques et habitudes d'hygiène bucco-dentaire, résumé qui reprend les questions posées.

Nous aurons ensuite au dos du document des recommandations et des conseils pratiques facilement applicables par notre patientèle.

Enfin, un Qr code sera disponible et donnera accès à des vidéos explicatives illustrant les techniques de brossage.

6. Modalités de diffusion :

Les questionnaires seront proposés aux patients correspondant aux critères d'inclusion, puis récupérés par les assistantes des différentes unités fonctionnelles lors de l'enregistrement et de la sortie, la participation à l'étude sera basée sur le volontariat.

7. Recueil et analyse des données :

Les questionnaires seront collectés par l'étudiant en charge auprès des assistantes puis rassemblés et analysés. Ils seront corrigés et les données rentrées dans un tableau comparatif. Celui-ci nous donnera la moyenne totale des réponses et nous permettra de comparer les différents groupes (d'âge, de sexe, d'UF différents) question par question.

8. Limites et biais.

Notre étude comporte plusieurs limites : nous ne pourrions pas collecter de données sur la population non francophone, illettrée ou malvoyante. Nous avons choisi d'exclure les enfants et les adolescents pour cadrer notre étude, ce qui limite nos résultats à une population purement adulte.

De plus, nous serons confrontés au problème de la compréhension du questionnaire car certains termes ne sont peut-être pas accessibles au plus grand nombre. Nous l'avons donc simplifié et confronté à une population n'étant généralement pas issue du milieu médical. Par conséquent, nous avons réalisé des QCMs qui peuvent intuitivement guider les patients vers les bonnes réponses et biaiser les résultats.

Enfin, nous basant sur le volontariat pour répondre à cette étude, nous observerons peut être une population déjà concernée et motivée par l'hygiène orale ce qui peut influencer sûrement les résultats à la hausse.

III Perspectives.

Bien que n'ayant pas encore réalisé cette étude, nous nous sommes interrogés sur les résultats qui pourraient en ressortir et les démarches vers lesquelles cela pourrait nous conduire.

1. Intérêt de l'étude.

Le but de cette étude est d'évaluer la connaissance en matière d'hygiène et de santé orale de nos patients. Elle nous apportera un résultat clair et exploitable qui nous permettra de faire un bilan sur la situation de la population fréquentant le CSD.

Les données récoltées pourront être utilisées pour d'autres analyses plus globales à l'échelle de la France par exemple.

Rapporté au CSD, ce protocole mettra en lumière les besoins de nos patients et révélera l'efficacité de la prévention au sein de l'établissement. Il nous permettra soit de valider la performance du CSD, soit de la remettre en cause.

De plus, nous pourrons aller plus loin dans la réflexion et analyser point par point les items du test. Cela mettra en évidence les domaines non maîtrisés par les patients sélectionnés pour notre étude ainsi que ceux qui sont acquis, que ce soit la fréquence du brossage, la manière de faire, les outils utilisés, ou les habitudes de soin dentaire. Nous pourrons cibler les points faibles et accentuer la communication autour des sujets qui le nécessitent.

Grâce à ce questionnaire, nous pourrons également comparer nos patients en fonction de leur sexe, de leur âge et de leur niveau socio-économique. Ceci pourra nous conduire à mettre en place un programme d'actions de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire différenciées en fonction du profil des patients et d'identifier les populations à risque.

2. Résultats attendus.

La littérature actuelle nous donne un aperçu des connaissances en hygiène orale des populations à travers le monde, elle nous permet d'émettre quelques hypothèses sur les résultats de notre questionnaire.

En effet, nous nous attendons à ce que les patients soient assez bien informés sur la fréquence optimale des brossages mais nous doutons de leurs connaissances en matière de matériel, de méthode de brossage et de compléments à l'hygiène buccale (42,43).

Nous supposons que le niveau socio-économique jouera un rôle significatif dans les réponses apportées et pénalisera les milieux défavorisés (44,45).

Enfin, nous nous attendons à mettre en évidence un écart entre les différents services du CSD, au sein duquel la prévention est inégale. Il semble logique que le service de parodontologie, qui dispense une séance de motivation à l'hygiène systématiquement, nous apporte les meilleurs résultats.

3. Conséquences et discussions.

Il est tout d'abord important d'appréhender la population du CSD indépendamment de la population générale française pour analyser notre travail. Pour comprendre si le problème d'information que nous pensons relever concerne la population en général ou seulement les patients du centre, il faudrait mener le même type d'étude sur tout le territoire pour pouvoir comparer les régions.

L'issue de cette étude nous apportera un certain nombre de réponses sur la patientèle du CSD mais soulèvera aussi un certain nombre de questions.

En cas de bons résultats, nous aurons la confirmation de l'efficacité de notre système de communication et de prévention. Dans ce cas si nos patients ont les connaissances pour gérer leur environnement buccal pourquoi continuent-ils à développer des maladies orales ?

Nous pouvons nous interroger sur leur assiduité et leur observance de l'application des bonnes pratiques au quotidien ou bien aller chercher le problème autre part et se questionner sur l'accès aux produits de santé qui peut être limité pour les ménages les plus modestes. Nous pourrions peut-être, à l'avenir, considérer le remboursement des produits d'hygiène dentaire aux vues de leur nécessité et de leur impact sur la santé et le bien-être de la population.

À l'inverse, en cas de mauvais résultats, nous aurons la confirmation qu'un dysfonctionnement subsiste au niveau de l'information et de la communication autour des sujets bucco-dentaires de la population du CSD. Dès lors, il nous faudra comprendre la source de ce problème et apporter des suggestions, des méthodes pour y remédier.

En considérant l'organisation du CSD nous sommes à même de nous demander par exemple, si la séparation entre différentes Unité Fonctionnelles n'est pas un frein à une prévention équitable entre les patients. En effet, seule l'unité de parodontologie dispense une prévention systématique à tous ses patients ce qui ne se fait pas dans les autres unités.

Une solution serait de mettre en place une séance obligatoire d'éducation à l'hygiène dans tous les services. Un protocole moins contraignant peut être de la dispenser au premier rendez-vous de sémiologie puis de faire une réévaluation rapide lors du premier contact dans une unité spécifique.

La mise en place de campagnes de prévention : distribution de flyers informatifs au CSD, application d'affiches sur les murs des salles d'attente, avec des messages clairs, imagés et des QR codes renvoyant vers des sites et des vidéos explicatives viendrait compléter ces changements.

Tout cela peut faire penser au rôle de l'hygiéniste ou assistant qualifié de niveau 2, poste déjà présent dans plusieurs pays européens comme l'Allemagne, l'Angleterre ou la Belgique. Son rôle d'information, de prévention et de soin prophylactique a apporté des solutions et des bénéfices notables dans les régions qui l'ont mis en place. La création de ce poste en France peut être une solution pour développer la prévention et l'interception des soucis dentaires. En effet les pays où existe le métier d'hygiéniste présentent moins de dents cariées, manquantes ou restaurées que leurs voisins (46).

Conclusion

L'hygiène orale occupe une place primordiale dans le maintien d'une bonne santé. Elle joue un rôle crucial dans le développement de pathologies majeures de la cavité buccale, telles que les lésions carieuses et les parodontopathies, qui représentent des problèmes de santé publique importants. De plus, elle peut avoir un impact sur des affections systémiques, notamment le diabète, et sur la qualité de vie des individus.

La prévention et la communication autour de ces sujets sont essentielles pour éduquer la population sur l'importance de l'hygiène orale. En interrogeant la patientèle du Centre de Soins Dentaire de Lyon (CSD) selon notre protocole, nous espérons évaluer de manière objective leur niveau de connaissance et leurs pratiques en matière d'hygiène orale et de santé buccale.

L'objectif à court terme est de comprendre les besoins des patients en matière de prévention et d'identifier leurs faiblesses.

L'objectif à moyen terme est de fournir au patient les ressources nécessaires (supports consultables à distance) et de l'accompagner dans son parcours d'éducation thérapeutique (consultation dédiée).

L'objectif à long terme de ce projet est de faire prendre conscience aux patients l'importance de la prévention primaire afin d'empêcher l'apparition de la maladie carieuse et parodontale, la stabiliser au niveau parodontal, ou empêcher l'apparition de nouvelles lésions carieuses. Le patient doit être acteur de sa santé bucco-dentaire et comprendre que le soin interventionnel par le praticien ne peut pas se substituer à une implication du patient dans sa santé orale.

Annexe 1 : La consultation d'éducation à l'hygiène

Éducation personnalisée à l'hygiène orale Parodontologie

MAY 2023-2024 KG

Patient(e) (Numéro d'identification (PP) :

Noms des étudiant(e)s composant le binôme :

1:
2:

Date de la séance d'éducation thérapeutique à l'HFBD :

Rappel du motif de consultation

Au sein du Service d'Odontologie
(date/motif):

Au sein de l'Unité de Parodontologie
(date/motif):

Bilan des risques

Le/la patient(e) présente-t'il (elle) un risque carieux élevé ? OUI NON
Le/la patient(e) présente-t'il (elle) un risque parodontal élevé ? OUI NON

Informez le/la patient(e) du lien existant entre ces pathologies et les bactéries contenues dans la plaque dentaire.

2

	18	17	16	15	14	13	12	11
V								
L/P								
I								

	21	22	23	24	25	26	27	28
V								
L/P								
I								

	48	47	46	45	44	43	42	41
V								
L/P								
I								

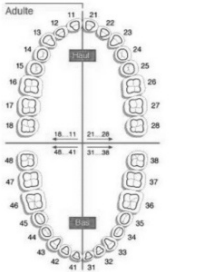
	31	32	33	34	35	36	37	38
V								
L/P								
I								

Évaluation du contrôle de plaque : bilan

EN VESTIBULAIRE (V) :

EN LINGUAL ET PALATIN (L/P) :

EN INTERPROXIMAL (I) :



3

Brossage dentaire : bilan des habitudes du patient

Nombre de brossages quotidiens ?

Durée du brossage ? (méthode de détermination de la durée?)

Type de brosse à dents (manuelle, oscillo-rotative, ultrasonique) ?

Type de brins (souples, medium, durs) ?

Expliquer l'intérêt du brossage à l'aide d'une brosse à dents à brins souples le cas échéant.

Dimensions de la tête de la brosse à dents ?

Les dimensions sont-elles adaptées à la cavité buccale du patient ?

Nécessite que le patient vienne avec sa brosse à dents. Pensez à le préciser lors de la prise de RDV.

Type de mouvement (horizontal, vertical, rouleau, circulaire) ?

Expliquer au patient les intérêts et limites des différents types de brossage.

Passage de brossettes interdentaires (O/N et dimensions) ?

Si oui, à quelle fréquence ?

Expliquer l'intérêt des brossettes interdentaires dans le contrôle de plaque, le cas échéant. Montrer le passage des brossettes sur un modèle de démonstration. Estimer les diamètres de brossettes adaptés (à l'aide de la sonde colorimétrique ou d'une sonde parodontale et réaliser une prescription). Montrer le passage des brossettes en bouche si les échantillons de bons diamètres sont disponibles ET prévoir la démonstration en bouche lors du prochain rdv (nécessite que le patient vienne avec les brossettes prescrites lors du prochain rdv).

Utilisation de dentifrice ou de bains de bouche particuliers ?

Si oui, lesquels et à quelle fréquence ?

Expliquer le rôle du dentifrice et des bains de bouche.

4

Bilan des conseils délivrés au patient en fin de séance

(ex. 2 brossages par jour à l'aide d'une brosse à dents souple à petite tête + 1 passage de brossettes par jour (le soir) - quel dentifrice ? quel bain de bouche ? quel mouvement ?) À indiquer sur la prescription en précisant le diamètre des brossettes

Commentaires :

5

CONSULTATION DE PREVENTION CARIEUSE ET DE SOINS BUCCO- DENTAIRES



Une nouvelle approche pour l'amélioration de la santé et l'éducation thérapeutique du patient



HOSPICES CIVILS DE LYON
SERVICE DE CONSULTATION ET DE TRAITEMENTS
DENTAIRES
UNITE DENTISTERIE RESTAURATRICE ET ENDODONTIE

Drs M-A. GASQUI- M. LUCCHINI- J. SANTAMARIA
8 Place Depéret, Lyon 69007

CONSULTATION DE PREVENTION **CARIEUSE**

PATIENT NOM PRENOM..... M F

DATE DE NAISSANCE // AGE

ADRESSE.....
..

PROFESSION.....
...

NUMERO DE
TELEPHONE.....

ADRESSE
MAIL :.....
.....

DENTISTE TRAITANT..... DATE de dernière
visite :

ETUDIANT.....
..

ETUDIANT.....
..

ENSEIGNANT.....
....

DATES DE RENDEZ-VOUS:

1.

2. (3-4 mois)

3. (1 an)

Table des matières

I.	MOTIF DE LA CONSULTATION	45
II.	AUTRES QUESTIONS	45
III.	QUESTIONNAIRE MEDICAL	46
IV.	VOTRE MODE DE VIE	48
V.	INDICE DE MASSE CORPORELLE	49
VI.	Questionnaire sur l'hygiène bucco-dentaire et sur l'alimentation	50
VII.	EXAMEN INTRA ORAL	52
VII.1.	MORPHOLOGIE	52
VII.2.	Bilan dentaire et évaluation visuelle (ICDAS) :	52
•	Arcade maxillaire	52
•	Arcade mandibulaire	53
•	Bilan :	54
VIII.	REVELATEUR DE PLAQUE (Tri Plaque ID Gel) (Photo ou tableau)	54
•	Au maxillaire	54
•	A la mandibule	54
IX.	MOTIVATION A L'HYGIENE	55
IX.1.	EVALUATION DE L'EROSION	56
•	Arcade maxillaire	56
•	Arcade mandibulaire	Erreur ! Signet non défini.
•	Indice de Bewe :	57
X.	EXAMEN RADIOLOGIQUE	57
XI.	EVALUATION DU RISQUE CARIEUX INDIVIDUEL	58
XII.	MON PLAN D'ACTION POUR AMELIORER SA SANTE	58
XIII.	PLAN DE TRAITEMENT	59
XIV.	PRODUITS CONSEILLES	60

I MOTIF DE LA CONSULTATION

- ☐ Bilan bucco-dentaire
- ☐ Consultation de conseils d'hygiène bucco-dentaires
- ☐ Douleurs
- ☐ Lésions carieuses
- ☐ Prothèses
- ☐ Esthétique
- ☐ Mobilités dentaires
- ☐ Saignements
- ☐ Fonctions (mastication, élocution...)
- ☐ Xérostomie
- ☐ Autre expliquer

II AUTRES QUESTIONS

1. Comment avez-vous su que cette consultation de prévention existait ? *Flyers, affiches, facebook, amis, mail* ?

.....
.....

2. Avez-vous toujours le même dentiste de famille ? ☐OUI

☐NON

.....

3. A quelle fréquence consultez-vous un dentiste ?

.....A
attendez-vous d'avoir mal pour consulter un dentiste ou faites-vous régulièrement des visites de contrôle ?

.....
.....

4. Avez-vous déjà reçu des conseils d'hygiène bucco-dentaire ? Lesquels ? A quel âge ? Par qui ?

.....
.....
.....
.....

6. Pensez-vous avoir une bonne technique de brossage bucco-dentaire ? ☐OUI ☐NON

7. Pensez-vous utiliser les bons dispositifs d'hygiène bucco-dentaire ? ☐OUI ☐NON

8. Avez-vous eu un traitement ODF ? ☐OUI ☐NON

III QUESTIONNAIRE MEDICAL

Ce questionnaire est destiné à connaître votre passé médical (pathologies et interventions chirurgicales) et vos maladies et traitements actuels. Il a pour but de mieux vous connaître pour mieux vous soigner.

→Avez-vous ou avez-vous eu des maladies cardio-vasculaires ?

☐ OUI ☐ NON

- ☐Athérosclérose ☐Infarctus du myocarde (si oui en quelle année ?.....) ☐ Angor
☐Accident vasculaire cérébral (si oui en quelle année ?.....) ☐Maladie veineuse
☐Artériopathie des membres inférieurs ? ☐Hypertension artérielle ☐Insuffisance cardiaque
☐Rhumatisme articulaire aigu avec souffle ☐Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque
☐Rétrécissement mitral, aortique ☐Insuffisance mitrale, aortique ☐Présence valve cardiaque

→Avez-vous ou avez-vous eu des maladies sanguines ?

☐OUI ☐NON

- ☐Anémie ☐Leucémie ☐Thrombocytose ☐Thrombopénie ☐Hémophilie
☐Maladie de Willebrand ☐Troubles de la coagulation ☐Thrombose
☐Saignements prolongés à la suite d'une intervention chirurgicale, d'une extraction dentaire, d'une coupure ou d'une blessure
☐Autres (drépanocytose).....

→Avez-vous des maladies hormonales ?

☐OUI ☐NON

- ☐Diabète insulino-dépendant (type 1) ☐Équilibré
☐Diabète non insulino-dépendant (type 2) ☐Équilibré
☐Hypothyroïdie ☐Hyperthyroïdie ☐Insuffisance surrénalienne.
☐Autres :

→Avez-vous des maladies broncho-pulmonaires ?

☐OUI ☐NON

- ☐Insuffisance respiratoire ☐Bronchite chronique ☐Asthme
☐Autres :
☐Avez-vous déjà été soigné(e) pour tuberculose ? ☐OUI ☐NON

→Avez-vous des maladies rénales ? Hépatiques ? Pancréatiques ?

☐OUI ☐NON

- ☐Insuffisance rénale ☐Cirrhose ☐Insuffisance hépatique ☐Pancréatite chronique
☐Autres :

→Avez-vous ou avez-vous eu des maladies gastriques ou intestinales ?

☐OUI

- ☐NON ☐Ulcère gastro-intestinal ☐Hernie hiatale ☐Gastrite ☐Maladie de Crohn ☐Autres :

→Avez-vous des maladies neurologiques ou psychiatriques ?

☐OUI ☐NON

- ☐Migraines fréquentes ☐Épilepsie ☐Tétanie ☐Spasmophilie
☐Dépression ☐Maladie de Parkinson ☐Anxiété ☐Psychose
☐Autres :

→Avez-vous ou avez-vous eu des maladies infectieuses ?

☐OUI ☐NON

- ☐SIDA ☐Hépatite B ☐Hépatite C ☐Herpès ☐Autres :
☐Êtes-vous à jour de votre vaccination antitétanique ?

☐OUI ☐NON

→Avez-vous des maladies articulaires ou osseuses ?

☐OUI ☐NON

☐ Arthrose ☐ Ostéoporose ☐ Polyarthrite rhumatoïde ☐ Autres :
☐ Prothèse articulaire (quelle année ?.....)

→ **Avez-vous ou avez-vous eu une maladie tumorale (cancer) ?** ☐ OUI ☐ NON
Où et en quelle année ?.....

→ **Avez-vous une ou plusieurs allergies connue(s) ?** ☐ OUI ☐ NON

☐ Latex ☐ Fruits exotiques (banane, kiwi...)
☐ Autres :
☐ Médicaments :

☐ Graminées ☐ Iode ☐ Poils d'animaux ☐ Métaux

Comment se manifeste-t-elle ?

☐ Asthme ☐ Rhinite allergique (rhume des foins) ☐ Eczéma ☐ Urticaire
☐ Œdème de Quincke ☐ Prurit

→ **Avez-vous eu une intervention chirurgicale ?** ☐ OUI ☐ NON

☐ Chirurgie cardiaque ☐ Pacemaker ☐ Transplantation d'organe
☐ Autres :

→ **Avez-vous ou avez-vous eu un traitement de la liste suivante ?** ☐ OUI ☐ NON

☐ Transfusion sanguine ☐ Corticoïdes ☐ Biphosphonates (depuis
quand ?)
☐ Hormones de croissance ☐ Chimiothérapie ☐ Dialyse rénale
☐ Radiothérapie (sur quel organe ?)

→ **Avez-vous les habitudes suivantes ?** ☐ OUI ☐ NON

☐ Tabagisme (consommation/jour) ☐ Alcool.....
☐ Drogue :

→ **Pour les femmes :**

☐ Enceinte (si oui date de l'accouchement) ☐ Allaitement
☐ Traitement contraceptif ☐ Traitement contre la ménopause

→ **Prenez-vous des**

médicaments :
.....

.....
.....
.....
.....
.....

→ **Autres**

renseignements :
.....

BILAN :
☐ Absence de pathologie, de traitement et d'allergie
 ☐ Présence de :

.....

.....

.....

.....

☐ Ordonnance vue

☐ Ordonnance à voir

☐ Carnet de santé contrôlé

A ma connaissance, j'atteste de l'exactitude de ces informations. En cas de modification(s) de mon état de santé ou de mes prescriptions médicales, j'en informerai le praticien qui me soigne au rendez-vous suivant.

Date :**Patient****Praticien****Étudiant****(Ou représentant légal)****Signature :**

IV VOTRE MODE DE VIE

Cochez la case qui correspond aux habitudes actuelles et répondre aux questions supplémentaires :

Alimentation saine	Je ne mange pas de fruits ou légumes	
	<5 portions de fruits et légumes par jour	
	³ 5 portions de fruits et légumes par jour	
Activité physique	Ne fait pas partie de mes habitudes actuelles	
	<30min par jour, ou <4heures/semaine	
	³ 30 min par jour, ou ³ 4heures/semaine	
Tabagisme	Oui je fume →Quelle consommation par jour ? →Depuis combien d'années ? →Nombre paquet année : paquet année (<i>quand le patient fume un paquet par jour pendant un an = 1 paquet année</i>)	
	Vaporette →Nombre de fois/jour : →Avec ou sans nicotine ?.....	
	Non, je n'ai jamais fumé ou j'ai arrêté de fumer →Depuis combien de temps ?.....	
Consommation de drogue	Oui je prends des drogues →Nom →Depuis combien d'année ?..... →Quelle consommation par jour ?.....	
	Oui j'ai pris des drogues mais j'ai arrêté : →Nom : →Depuis combien de temps ?.....	

	Non je n'ai jamais pris de drogue	
Consommation d'alcool	Nombre de verre standard par jour :	
	Nombre de verre standard par semaine :	
	Pas de consommation d'alcool	
Parafonctions	Piercings cavité orale : Onychophagie :si oui depuis combien de temps ? Bruxisme :si oui depuis combien de temps ? Mordillement de stylo : Morsures joue, lèvre, langue :	

V INDICE DE MASSE CORPORELLE

- **Taille** (.....) exprimée en mètres
- **Poids** (.....) exprimé en kilogrammes
- **Indice de masse corporelle** : $\frac{\text{Poids (kg)}}{\text{taille (m)}^3}$ = kg/m³

Égal ou supérieure à 30	
25-29,9	
18,5-24,9	

VI Questionnaire sur l'hygiène bucco-dentaire et sur l'alimentation

1/ Combien de fois par jour brossez-vous vos dents et à quel(s) moment(s) de la journée ?

.....
.....

2/ Quel type de brosse à dents utilisez-vous le plus souvent ? *manuelle/électrique / type de brins /taille*

.....
.....

.....
.....

3 /Combien de temps dure votre brossage ? Quels mouvements effectuez-vous ?

.....
.....

.....
....

.....
.

4/ Quel dentifrice utilisez-vous ?

.....
.....

5/ Utilisez-vous également : Cochez la case correspondante et donnez des informations complémentaires

Des brossettes inter dentaires		<i>Taille :</i>	<i>Nombre de fois/jour :</i>	<i>Si non pourquoi ?</i>
Du fil dentaire		<i>Fréquence :</i>		<i>Si non pourquoi ?</i>
Des cures dents		<i>Fréquence :</i>		

Un bain de bouche		<i>Fréquence :</i>	<i>Nom :</i>	<i>Dans quel but ?</i>
Des chewing-gums sucrés		<i>Fréquence</i>	<i>A quel moment de la journée ?</i>	<i>Dans quel but ?</i>
Des chewing-gums sans sucre :		<i>Fréquence</i>	<i>A quel moment de la journée ?</i>	<i>Dans quel but ?</i>
Autre				

6/ Dépistage du grignotage en dehors des repas

- Mangez-vous en dehors des repas ?
☐NON

☐OUI

- Si oui à quelle heure grignotez-vous ?.....

- Si oui, que mangez-vous (fruits, biscuits, bonbons, yaourt, compote, fromage, pain...) ?

.....

- Avez-vous pour habitude de vous brosser ensuite les dents ou de prendre un chewing-gum ?

.....

Prenez-vous un petit déjeuner le matin ?

- Si oui, que mangez-vous et à quelle heure ?

.....

- Si oui, brossez-vous vos dents juste après ?.....

- Quelles boissons prenez-vous dans la journée, à quel moment de la journée, et quelle quantité ?

.....

⇒ **En cas de grignotage fréquent, il peut être intéressant de réaliser un bilan alimentaire sur une semaine. Il faudra alors l'envoyer par mail dès que celui-ci sera rempli. Il sera rediscuté lors du prochain rdv.**

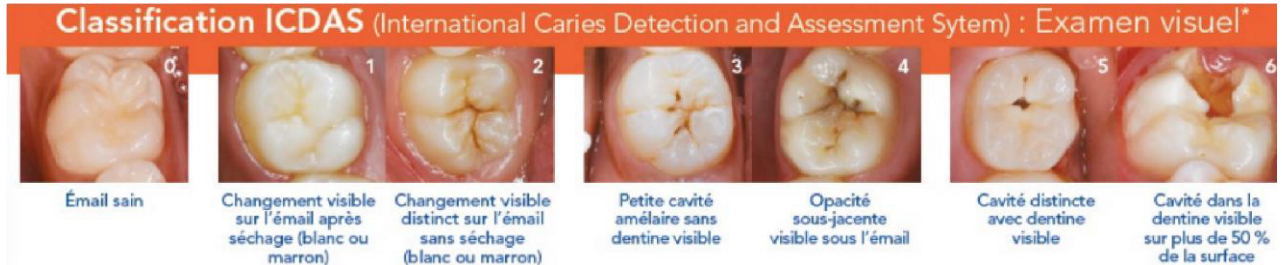
VII EXAMEN INTRA ORAL

VII.1 MORPHOLOGIE

Puits et sillons anfractueux :
Scellement de sillon déjà fait :

☐OUI ☐NON
☐OUI ☐NON

VII.2 Bilan dentaire et évaluation visuelle (ICDAS) :



• Arcade maxillaire

	<i>Restauration directe/indirecte</i>	<i>Classification ICDAS et localisation</i>
18		
17		
16		
15		
14		
13		
12		
11		
21		
22		
23		
24		
25		
26		

27		
----	--	--

28		
----	--	--

• **Arcade mandibulaire**

	<i>Restauration directe/indirecte</i>	<i>Classification ICDAS et localisation</i>
38		
37		
36		
35		
34		
33		
32		
31		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		

• **Bilan :**

NOMBRE DENTS CARIEES / NOMBRE DENTS PRESENTES :

Classification ICDAS	Nombre de dents
ICDAS 0 à 2	
ICDAS 3 et 4	
ICDAS 5 et 6	

VIII REVELATEUR DE PLAQUE (Tri Plaque ID Gel) (Photo ou tableau)

Appliquer le gel sur les dents à l'aide d'une microbrush, puis demander au patient de se rincer la bouche avec de l'eau. Observer la présence des différentes couleurs du révélateur de plaque sur les dents. Indiquez dans le tableau la localisation de cette couleur : M (mésial), D (distal), V (vestibulaire), C (collet)

• **Au maxillaire**

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
<i>Couleur rose rouge = récente < 48h</i>														
<i>Couleur bleue ou pourpre > 48h</i>														
<i>Couleur bleu fluo = à haut risque car acide</i>														

• **A la mandibule**

	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
<i>Couleur rose rouge = récente < 48h</i>														

<i>Couleur bleue ou pourpre > 48h</i>														
<i>Couleur bleu fluo = à haut risque car acide</i>														

IX MOTIVATION A L'HYGIENE

Demander au patient de se brosser les dents “ comme il fait à la maison “ et observer la technique de brossage ainsi que le temps passé.

1/ Pendant combien de temps le patient s'est-il brossé les dents ? Quels mouvements a-t-il effectués ?

.....

.....

.....

.....

2/ Donner un miroir de courtoisie puis identifier la présence de révélateur de plaque après le brossage.

.....

.....

.....

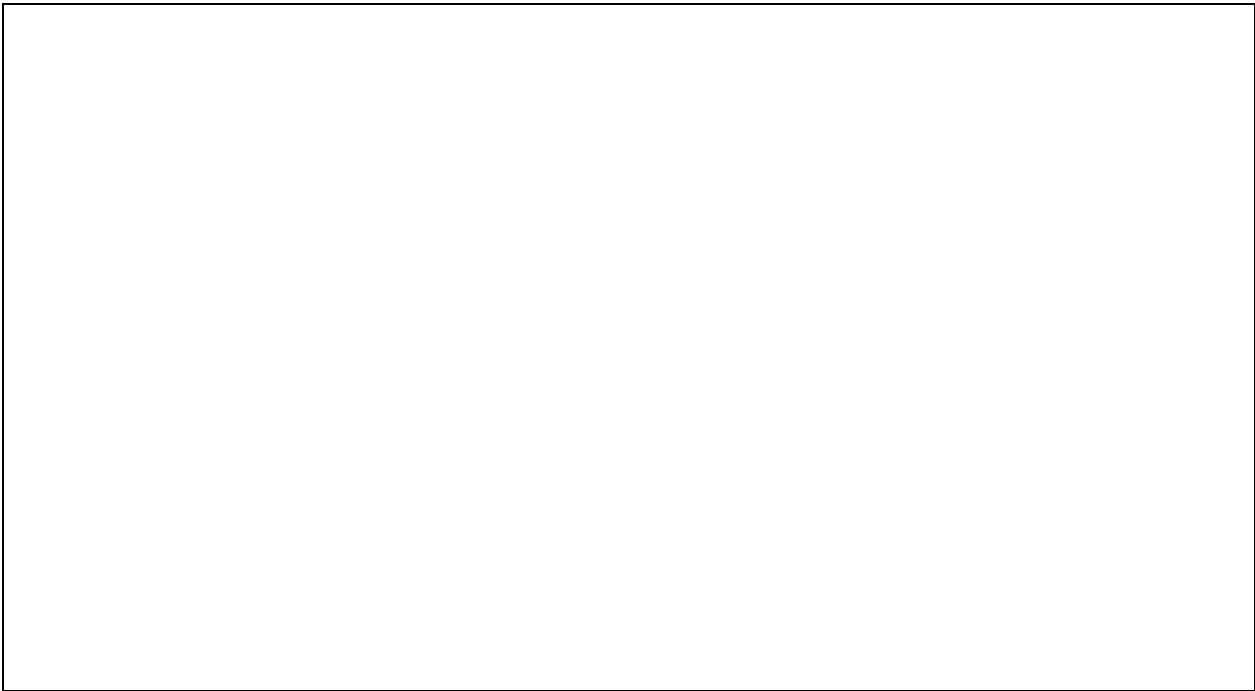
.....

3/ Prodiguier des conseils d'hygiène bucco-dentaire personnalisés (brosse à dent, brossettes, fil dentaire).

Demander d'appliquer ces conseils directement en bouche face au miroir.

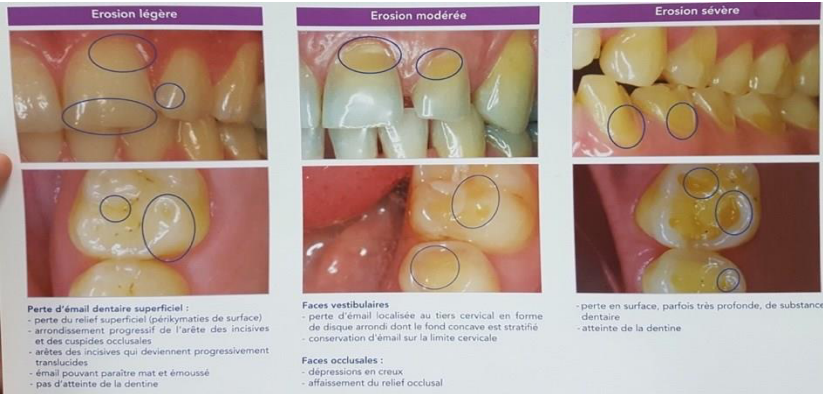
4/ Possibilité de réitérer l'application du révélateur de plaque puis du brossage afin de voir l'évolution de la gestuelle.

5/ Réaliser un détartrage (et/ou aéropolissage) et polissage avec une pâte à polir fluorée s'il reste du colorant. COMMENTAIRES



IX.1 EVALUATION DE L'EROSION

L'érosion est la dissolution chimique de la substance dentaire par des acides intrinsèques ou extrinsèques, sans intervention de la flore bactérienne buccale.



Classification BEWE: pour le diagnostic de lésions d'érosion

Valeur 1: Début de disparition du relief de surface

Valeur 2: Lésion nette, destruction des tissus durs impliquant < 50%

Valeur 3: Lésion nette, destruction des tissus durs impliquant > 50%

• Arcade maxillaire

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
V																
P																
O																

Arcade mandibulaire

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
V																
P																
O																

• IX.2 Indice de Bewe :

Prendre la valeur la plus élevée pour chaque sextant. Additionner ces 6 valeurs, cela donne l'indice de Bewe. Puis se référer au tableau pour déterminer le niveau de risque.

.....+.....+.....+.....+.....+.....=.....

Indice de Bewe	Niveau de risque	
Inférieur ou égal à 2	Aucun	
Entre 3 et 8	Faible	
Entre 9 et 13	Moyen	
Supérieur à 14	Fort	

X EXAMEN RADIOLOGIQUE

Faire radio bitewing uniquement si suspicion de lésions carieuses proximales puis compléter le tableau.

Interprétation des radios :

	Lésions amélares (jusqu'au 1/3 externe dentinaire)	1/3 médian dentinaire	1/3 interne dentinaire
<u>Secteur 1</u>			
<u>Secteur 2</u>			
<u>Secteur 3</u>			
<u>Secteur 4</u>			

COMMENTAIRES

--

XI EVALUATION DU RISQUE CARIEUX INDIVIDUEL

Compléter le tableau ci-dessous afin de connaître le risque carieux du patient.

Prédicteur et facteurs de risque	OUI	NON
NOUVELLES LESIONS CARIEUSES : Apparition de lésions actives (<1) dans les 3 ans Mise en place de restaurations (>1) dans les 3 ans		
FACTEURS ORAUX (hygiène, plaque, salive) Absence de brossage régulier biquotidien Absence de fluor topique (dentifrice, bains de bouche) Indice élevé d'accumulation de plaque dentaire Saignements gingivaux au sondage et/ou spontanés pH salivaire acide et débit salivaire stimulé <0,7mL/mn Taux de lactobacilles et de streptocoques mutans très élevés		
FACTEURS GENERAUX (âge, alimentation, santé) Tranches d'âge à risque (enfants, adolescents, personnes âgées avec diminution de l'autonomie) Situation de handicap Alimentation sucrée, grignotages, fréquence élevée de consommation de boissons sucrées Boulimie, obésité, diabète Grossesse Médications sialoprives ; Addictions Syndrome de Sjögren et syndromes apparentés Chimiothérapie, radiothérapie de la sphère orofaciale		
FACTEURS SOCIOCULTURELS Métiers à risque, habitudes culturelles nocives Faible niveau socio-économique		
RISQUE CARIEUX (Date :) 	ELEVE	FAIBLE
PERIODICITE DES CONTROLES	3 mois	12 mois

XII MON PLAN D'ACTION POUR AMELIORER SA SANTE

A l'issue de votre entretien, notez les points qui vous paraissent à améliorer. Il est essentiel de définir les objectifs ainsi que les moyens pour y parvenir avec le patient. Ne pas définir plus de 3 objectifs dans un premier temps.

- Objectif

1 :

.....

- Objectif

2 :

→.....
.....

.....

- Objectif

3 :

→.....

...

-

Autres objectifs si et seulement si les objectifs précédents ont été atteints

-
.....
-
.....

XIII PLAN DE TRAITEMENT

En fonction de l'examen clinique et de la classification ICDAS qui en découle, compléter le tableau cidessous.

Reminéralisation (vernis) (ICDAS 1,2)	
Scellement préventif (sillons anfractueux) (ICDAS 0) et/ou thérapeutique (ICDAS 3)	
Érosion-infiltration (ICDAS 0, 1,2)	
Microdentisterie (micro-fraise) (ICDAS 3)	
Dentisterie conventionnelle (ICDAS 4,5,6)	

Suite de la prise en charge :

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....

XIV PRODUITS CONSEILLES

- Brosse à dents : ☐OUI ☐NON

.....
.....

- Dentifrice fluoré : ☐OUI ☐NON

.....
.....

- Révélateur de plaque ☐OUI ☐NON

.....
.....

- Brossettes inter-dentaires ☐OUI ☐NON

.....
.....

- Fil dentaire : ☐OUI ☐NON

.....
.....

Bibliographie :

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 15 oct 2022]. Le serment d'Hippocrate. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
2. Yamashita Y, Takeshita T. The oral microbiome and human health. *J Oral Sci.* 2017;59(2):201-6.
3. NIH HMP Working Group, Peterson J, Garges S, Giovanni M, McInnes P, Wang L, et al. The NIH Human Microbiome Project. *Genome Res.* déc 2009;19(12):2317-23.
4. Valm AM. The Structure of Dental Plaque Microbial Communities in the Transition from Health to Dental Caries and Periodontal Disease. *J Mol Biol.* 26 juill 2019;431(16):2957-69.
5. Zhang Y, Wang X, Li H, Ni C, Du Z, Yan F. Human oral microbiota and its modulation for oral health. *Biomed Pharmacother.* mars 2018;99:883-93.
6. Marsh PD. In Sickness and in Health-What Does the Oral Microbiome Mean to Us? An Ecological Perspective. *Adv Dent Res.* févr 2018;29(1):60-5.
7. Devine DA, Marsh PD, Meade J. Modulation of host responses by oral commensal bacteria. *J Oral Microbiol.* 6 févr 2015;7:10.3402/jom.v7.26941.
8. Kapil V, Haydar SMA, Pearl V, Lundberg JO, Weitzberg E, Ahluwalia A. Physiological role for nitrate-reducing oral bacteria in blood pressure control. *Free Radic Biol Med.* févr 2013;55:93-100.
9. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ.* sept 2005;83(9):661-9.
10. Pitts NB, Twetman S, Fisher J, Marsh PD. Understanding dental caries as a non-communicable disease. *Br Dent J.* déc 2021;231(12):749-53.

11. Krishnan K, Chen T, Paster BJ. A practical guide to the oral microbiome and its relation to health and disease. *Oral Dis.* avr 2017;23(3):276-86.
12. Grigalauskienė R, Slabšinskienė E, Vasiliauskienė I. Biological approach of dental caries management. *Stomatologija.* 2015;17(4):107-12.
13. Stephan RM. Changes in Hydrogen-Ion Concentration on Tooth Surfaces and in Carious Lesions. *The Journal of the American Dental Association.* 1 mai 1940;27(5):718-23.
14. Bouchard P. *Parodontologie & Dentisterie implantaire, Volume 1 : Médecine Parodontale.* 2015.
15. Costalonga M, Herzberg MC. The oral microbiome and the immunobiology of periodontal disease and caries. *Immunol Lett.* déc 2014;162(2 Pt A):22-38.
16. Borgnakke WS, Genco RJ, Eke PI, Taylor GW. Oral Health and Diabetes. In: Cowie CC, Casagrande SS, Menke A, Cissell MA, Eberhardt MS, Meigs JB, et al., éditeurs. *Diabetes in America* [Internet]. 3rd éd. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (US); 2018 [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567975/>
17. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* juin 2018;89 Suppl 1:S74-84.
18. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia.* janv 2012;55(1):21-31.
19. Kumar S. Evidence-Based Update on Diagnosis and Management of Gingivitis and Periodontitis. *Dent Clin North Am.* janv 2019;63(1):69-81.

20. Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, Smith C, Kent RL. Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol.* févr 1998;25(2):134-44.
21. Abusleme L, Dupuy AK, Dutzan N, Silva N, Burleson JA, Strausbaugh LD, et al. The subgingival microbiome in health and periodontitis and its relationship with community biomass and inflammation. *ISME J.* mai 2013;7(5):1016-25.
22. Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int J Health Sci (Qassim).* juin 2017;11(2):72-80.
23. Shivakumar K, Prasad S, Chandu G. International Caries Detection and Assessment System: A new paradigm in detection of dental caries. *J Conserv Dent.* 2009;12(1):10-6.
24. Pitts NB, Ekstrand KR, ICDAS Foundation. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS) - methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* févr 2013;41(1):e41-52.
25. Graziani F, Karapetsa D, Alonso B, Herrera D. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? *Periodontol 2000.* oct 2017;75(1):152-88.
26. Bartlett D, Ganss C, Lussi A. Basic Erosive Wear Examination (BEWE): a new scoring system for scientific and clinical needs. *Clin Oral Investig.* mars 2008;12(Suppl 1):65-8.
27. Suzuki S, Onose Y, Yoshino K, Takayanagi A, Kamijo H, Sugihara N. Factors associated with development of root caries in dentition without root caries experience in a 2-year cohort study in Japan. *J Dent.* 2020;95:103304.
28. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S, Saby-Collet S. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol.* août 2003;31(4):275-84.

29. Johnson NW, Glick M, Mbuguye TNL. (A2) Oral health and general health. *Adv Dent Res.* 1 avr 2006;19(1):118-21.
30. Gerreth P, Maciejczyk M, Zalewska A, Gerreth K, Hojan K. Comprehensive Evaluation of the Oral Health Status, Salivary Gland Function, and Oxidative Stress in the Saliva of Patients with Subacute Phase of Stroke: A Case-Control Study. *J Clin Med.* 15 juill 2020;9(7):E2252.
31. Bui FQ, Almeida-da-Silva CLC, Huynh B, Trinh A, Liu J, Woodward J, et al. Association between periodontal pathogens and systemic disease. *Biomed J.* févr 2019;42(1):27-35.
32. Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *Diabetes Res Clin Pract.* mars 2018;137:231-41.
33. M'T dents [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>
34. UFSBD [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Présentation. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-public/qui-sommes-nous/presentation-generale/>
35. UFSBD [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Nos actions. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/>
36. UFSBD [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Fiches, Vidéos Podcasts Conseils aux patients. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-public/fiches-patients/>
37. Les Aventures de Mini Brosse Big Brosse [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.missionsignal.fr/mission-sociale/mini-brosse-big-brosse.html>

38. L'engagement de Colgate pour la santé bucco-dentaire mondiale | Colgate® [Internet]. [cité 28 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.colgate.fr/oral-health-education/our-commitment>
39. Centre de soins dentaires | Hospices Civils de Lyon [Internet]. [cité 29 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/centre-de-soins-dentaires>
40. Wang P, Xu Y, Zhang J, Chen X, Liang W, Liu X, et al. Comparison of the effectiveness between power toothbrushes and manual toothbrushes for oral health: a systematic review and meta-analysis. *Acta Odontol Scand*. mai 2020;78(4):265-74.
41. Richards D. The effectiveness of interproximal oral hygiene aids. *Evid Based Dent*. 2018;19(4):107-8.
42. Muthra S, Hamilton R, Leopold K, Dodson E, Mooney D, Wallington SF, et al. A qualitative study of oral health knowledge among African Americans. *PLoS One*. 10 juill 2019;14(7):e0219426.
43. Dan AD, Ghergic DL. Knowledge and Skills Level on Oral Health Among Students at the “Ferdinand I” Military Technical Academy in Bucharest. *J Med Life*. 2020;13(4):562-7.
44. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality of life measures: variation by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. juin 2017;45(3):216-24.
45. Chen L, Hong J, Xiong D, Zhang L, Li Y, Huang S, et al. Are parents' education levels associated with either their oral health knowledge or their children's oral health behaviors? A survey of 8446 families in Wuhan. *BMC Oral Health*. 11 juill 2020;20:203.
46. Piron DMM. Vers la création du métier d'hygiéniste en France, freins et bénéfices. 14 juin 2022;84.

LANNELONGUE Simon - Mise en place d'un protocole en vue d'une étude sur le niveau de connaissances et les habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaires des patients adultes du Centre de Soins Dentaire de Lyon.

Résumé

La carie et les maladies parodontales font partie des 10 pathologies les plus répandues dans le monde. Leur prise en charge constitue donc un enjeu majeur de santé publique. La première étape du traitement de la carie et des maladies parodontales est la prévention primaire car ces maladies sont directement liées à des facteurs maîtrisables par nos patients tels que la charge bactérienne induite par la présence de plaque dentaire ou la consommation de sucres. Cela nous a amené à une proposition d'un protocole d'analyse des connaissances et des pratiques des patients consultant au centre de soins dentaires de Lyon.

Ce protocole est une étude quantitative, observationnelle et descriptive réalisée à l'aide d'un questionnaire papier sur les patients adultes du centre de soins. Elle sera réalisée sur une période de trois mois sur un échantillon représentatif de la population fréquentant le centre sur cette période. Le questionnaire anonyme sous forme de QCMs, comportera une fiche d'informations personnelles, un questionnaire de connaissances sur l'environnement buccal et enfin un test sur les habitudes d'hygiène bucco-dentaires. Par la suite, les patients participant au protocole se verront remettre une brochure d'informations répondant aux questions d'hygiène orale pour leur permettre de comparer leurs habitudes aux gestes recommandés.

Ce protocole a pour objectif de fournir une base de données afin d'analyser les besoins de nos patients, d'améliorer leur prise en charge et de les accompagner au mieux à être acteur de la santé bucco-dentaire.

Mots clefs :	- Prévention	- Hygiène orale
	- Maladie carieuse	- Maladies parodontales

Jury :	Président	Monsieur le Professeur	Jean-Christophe FARGES
	Assesseurs	Madame la Professeure	Kerstin GRITSCH
		Madame la docteure	Marie-Agnès GASQUI
		Monsieur le Docteur	Thierry SELLI
		Monsieur le Docteur	Romain LIGEROT

Adresse de l'auteur :	106 impasse des mésanges 01700 Beynost
-----------------------	---