

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2016

N° :

THESE

Pour le

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 2016

Par Lucie ADAM

Née le 12 Mars 1990 à Eaubonne – France

**PRISE EN CHARGE DES PATIENTS A RISQUE AU
CABINET DENTAIRE :
ENQUETE AUPRES DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE
VILLE DE HAUTE NORMANDIE.**

JURY

Président :

Monsieur le Pr H. BOUTIGNY-VELLA

Assesseurs :

Madame le Dr C. CATTEAU

Madame le Dr M. SAVIGNAT

Madame le Dr J. BEMER

Président de l'Université	:	X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P.M. ROBERT
Doyen	:	E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	E. BOCQUET, L. NAWROCKI et G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
H. BOUTIGNY	Parodontologie
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Biophysique, Occlusodontiques, Biomatériaux, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. BOSCHIN	Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la sous-section d'Orthopédie Dento-Faciale et Orthodontie
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. DE BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale et Orthodontie
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Biophysique, Occlusodontiques, Biomatériaux, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Biophysique, Occlusodontiques, Biomatériaux, Radiologie
T. TRENTESAUX	Pédodontie
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section Prothèses

Règlementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du Jury...

Monsieur le Professeur Hervé BOUTIGNY-VELLA

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Maîtrise de biologie humaine

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury.

*J'en suis d'autant plus honorée qu'il s'agit de votre dernière présidence au sein
de la Faculté de Lille.*

*Je tenais à vous exprimer ma reconnaissance pour votre enseignement lors de
votre passage dans le service d'odontologie du Groupe Hospitalier du Havre,
qui fut aussi l'occasion d'apprendre à vous connaître.*

Soyez assuré de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé et Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section Prévention et Épidémiologie, Économie de la Santé et Odontologie Légale

Docteur de l'Université d'Auvergne – Discipline Odontologie

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Évaluation en Santé & Recherche Clinique - Université Claude Bernard, Lyon I

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins dentaires

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Coordonnatrice du DES de Médecine Bucco-Dentaire

Je vous remercie pour l'intérêt et l'implication dont vous avez fait preuve tout au long de la réalisation de ma thèse. Votre aide et votre expertise m'ont été extrêmement précieuses.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon grand respect.

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

*Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux,
Biophysique et Radiologie*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Master Recherche Biologie Santé, spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable de la Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,
Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.

*C'est avec une grande spontanéité que vous avez accepté de juger ce travail et je
vous en remercie.*

Veillez recevoir l'expression de toute mon estime.

Madame le Docteur Julie BEMER

Praticien Hospitalier, Odontologiste des Hôpitaux

Chef du Service d'Odontologie du Groupe Hospitalier du Havre

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ancienne Interne en Odontologie

Ancienne Assistante Hospitalo-Universitaire

Ancien Praticien de CLCC Centre Alexis Vautrin

Master Recherche Ingénierie de la Santé et Science du Médicament, Spécialité Bio-ingénierie
Médicaments Ciblage (M2R)

Diplôme d'Études Spécialisées en Chirurgie Buccale

Diplôme Interuniversitaire d'Anatomie et Implantologie (Lyon I)

*Vous m'avez fait l'honneur de diriger ma thèse et je vous en remercie.
Votre implication, vos conseils, les idées que vous m'avez soumises m'ont permis
de mener à bien ce travail. Vous avez toujours été d'une grande disponibilité,
malgré vos nombreuses responsabilités, et votre emploi du temps plus que
chargé.*

*Au cours de ces trois ans d'internat que j'ai passés au Havre, vous avez su me
transmettre vos connaissances, votre rigueur et votre passion du métier, toujours
avec beaucoup de patience et de bienveillance.*

Pour tout cela, je vous suis extrêmement reconnaissante.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

Soyez assurée de toute ma gratitude, et de ma plus grande estime.

Je dédie cette thèse...

Table des abréviations.....	14
1. Introduction	15
2. Identifier les patients à risque.....	16
2.1. Définition	16
2.1.1. Risque infectieux.....	16
2.1.1.1. Les patients à risque infectieux.....	16
2.1.1.1.1. Les patients immunodéprimés.....	16
2.1.1.1.2. Les patients à risque d'endocardite infectieuse.....	16
2.1.1.1.3. Risque d'ostéonécrose (5), (6), (7).....	16
2.1.1.2. Actes invasifs et non invasifs.....	17
2.1.1.3. Évaluation du risque infectieux	17
2.1.2. Risque hémorragique	17
2.1.2.1. Actes à risque hémorragique	18
2.1.2.2. Évaluation du risque hémorragique	18
2.2. Risque lié à une pathologie	18
2.2.1. Anamnèse.....	18
2.2.2. Maladies cardio-vasculaires.....	19
2.2.2.1. Patients à risque d'endocardite infectieuse	19
2.2.2.2. Hypertension artérielle	19
2.2.2.3. La maladie coronarienne.....	20
2.2.2.4. Les arythmies cardiaques.....	20
2.2.2.5. L'insuffisance cardiaque.....	21
2.2.3. Maladies respiratoires.....	21
2.2.3.1. Asthme	21
2.2.4. Maladies endocriniennes	21
2.2.4.1. Diabète	21
2.2.4.2. Pathologies thyroïdiennes	22
2.2.4.3. Pathologies surrénales.....	22
2.2.5. Maladies hépatiques et gastro-intestinales.....	23
2.2.5.1. Hépatites.....	23
2.2.5.2. Cirrhose, insuffisance hépatique et greffe hépatique	23
2.2.5.3. Maladies inflammatoires chroniques intestinales.....	24
2.2.6. Maladies rénales	25
2.2.6.1. Insuffisance rénale chronique, hémodialyse et greffe rénale.....	25
2.2.7. Maladies neurologiques	25
2.2.7.1. Épilepsie.....	25
2.2.7.2. Dépression.....	26
2.2.8. Troubles de l'hémostase.....	26
2.2.8.1. Thrombopénie	26
2.2.8.2. Hémophilie, maladie de Willebrand et autres déficits en facteurs de coagulation.....	27
2.2.9. VIH et SIDA	27
2.3. Risque lié à un état physiologique particulier.....	28
2.3.1. Grossesse	28
2.3.2. Allaitement.....	28
2.4. Risque lié à un traitement.....	29
2.4.1. Anti-thrombotiques (AAP, AVK, autres anticoagulants)	29
2.4.1.1. Agents anti-plaquettaires.....	29
2.4.1.2. Anti-vitamine K.....	29

2.4.1.3. Autres anticoagulants non AVK	30
2.4.2. Bisphosphonates et antirésorbeurs osseux.....	30
2.4.3. Radiothérapie cervico-faciale	31
2.4.4. Chimiothérapie et autres thérapies médicamenteuses anticancéreuses	32
2.4.5. Corticothérapie au long cours	33
2.4.6. Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes	33
<u>3. État des lieux des recommandations</u>	<u>34</u>
3.1. Grandes instances (HAS - ANSM)	35
3.2. Sociétés savantes et réseaux régionaux	35
3.3. Conseil de l'Ordre	36
3.4. Recommandations à l'international	37
<u>4. Contexte de l'étude</u>	<u>38</u>
4.1. Démographie des chirurgiens-dentistes en Haute-Normandie	38
4.2. Impact sur l'activité	40
<u>5. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes libéraux de Haute Normandie sur la prise en charge des patients à risque.....</u>	<u>42</u>
5.1. Objectifs de l'étude.....	42
5.2. Période de l'étude	42
5.3. Matériel et méthodes.....	42
5.3.1. Type d'étude.....	42
5.3.2. Population étudiée.....	42
5.3.2.1. Critères d'inclusion.....	42
5.3.2.2. Critères de non inclusion.....	42
5.3.3. Méthodologie	43
5.3.3.1. Élaboration du Questionnaire	43
5.3.3.2. Méthode de diffusion du questionnaire.....	43
5.3.3.3. Outils informatiques	44
5.4. Résultats	44
5.4.1. Analyse descriptive univariée	44
5.4.1.1. Description des répondants.....	44
5.4.1.1.1. Données démographiques	44
5.4.1.1.2. Faculté d'origine	45
5.4.1.1.3. Inscription sur la liste des spécialistes qualifiés	45
5.4.1.1.4. Exercice.....	45
5.4.1.1.5. Données géographiques	47
5.4.1.2. Attitude concernant la prise en charge des patients à risque et la formation continue.....	48
5.4.1.3. Connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.....	51
5.4.1.3.1. Pathologies cardio-vasculaires.....	51
5.4.1.3.2. Pathologies endocriniennes.....	51
5.4.1.3.3. Pathologies hépatiques et gastro-intestinales	52
5.4.1.3.4. Pathologies rénales.....	52
5.4.1.3.5. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH).....	53
5.4.1.3.6. Risques liés à un traitement.....	53
5.4.2. Analyse descriptive bivariée.....	55
5.4.2.1. Prise en charge des patients à risque infectieux	55
5.4.2.2. Prise en charge des patients à risque hémorragique	57

5.4.2.3. Choix des correspondants en cas d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique ..	58
5.4.2.4. Motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique	60
5.4.2.5. Moyens de formations continue	62
5.4.2.6. Proposition des répondants pour améliorer la prise en charge des patients à risque infectieux et hémorragique en cabinet dentaire	63
5.4.2.7. Rapport entre les données d'identification des praticiens et les connaissances des recommandations..	64
5.4.2.8. Rapport entre les attitudes en termes de prise en charge des patients à risque et la connaissance des recommandations.....	68
5.5. Discussion.....	70
5.5.1. Réponse aux objectifs	70
5.5.2. Limites méthodologiques	70
5.5.2.1. Taux de participation.....	70
5.5.2.1. Biais de sélection	70
5.5.2.2. Difficulté de recueil des données.....	71
5.5.2.3. Représentativité de l'échantillon (analyse des données d'identification)	71
5.5.3. Analyse des attitudes en terme de prise en charge des patients à risque.....	72
5.5.3.1. Analyse de l'orientation des patients à risque infectieux et hémorragique.....	72
5.5.3.1.1. Orientation exceptionnelle vers un correspondant	72
5.5.3.1.2. Prise en charge identique à celle de tous les patients	72
5.5.3.1.3. Orientation systématique vers un correspondant.....	73
5.5.3.1.4. Orientation excessive mais non systématique vers un correspondant.....	73
5.5.3.1.5. Facteurs influençant ces attitudes	73
5.5.3.1.1. Correspondants choisis.....	74
5.5.3.2. Analyse des motifs d'orientation des patients	74
5.5.3.2.1. Plateau technique	74
5.5.3.2.2. Formation.....	75
5.5.3.2.3. Connaissance des recommandations insuffisante	75
5.5.3.2.4. Actes non rentables.....	75
5.5.3.2.5. Respect des recommandations.....	76
5.5.3.3. La formation continue en Haute-Normandie	76
5.5.4. Analyse des connaissances en terme de prise en charge des patients à risque	77
5.5.4.1. Pathologies cardio-vasculaires.....	77
5.5.4.2. Pathologies endocriniennes	77
5.5.4.3. Pathologies hépatiques.....	78
5.5.4.4. Pathologies rénales	78
5.5.4.5. VIH	78
5.5.4.6. Risques liés à un traitement	78
5.5.5. Comment améliorer la prise en charge de ces patients	79
5.5.5.1. Limites de la prise en charge de ces patients en cabinet dentaire.....	79
5.5.5.2. Suggestions pour favoriser la prise en charge des patients à risque infectieux et hémorragique en cabinet dentaire	80
5.5.5.2.1. Amélioration formation initiale.....	80
5.5.5.2.2. Amélioration de la formation continue.....	81
5.5.5.2.3. Valorisation financière des actes	81
5.5.5.2.4. Autres solutions.....	81
5.5.6. Perspectives	82
6. Conclusion.....	83
Bibliographie.....	84
Table des illustrations.....	88
Annexes	91

Table des abréviations

ADF	Association Dentaire Française
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
CMF	Chirurgie Maxillo-Faciale
CNOCD	Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes
CO	Chirurgie Orale
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National Statistiques et des Études Économiques
MBD	Médecine Bucco-Dentaire
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
ODFOC	Organisme Départemental de Formation Odontologique Continue
ONM	Ostéonécrose des Maxillaires
SFCO	Société Française de Chirurgie Orale
SFMBCB	Société Francophone de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale
SFSCMFCO	Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale

1. Introduction

Les patients à risque infectieux ou hémorragique représentent une partie minoritaire mais non négligeable de la patientèle rencontrée au cabinet dentaire de ville. Leur prise en charge ne relève qu'occasionnellement de l'hospitalier. Cependant, au centre d'enseignement et de soins dentaires du Groupe Hospitalier du Havre, nous avons observé que plusieurs chirurgiens-dentistes de ville avaient tendance à nous adresser régulièrement ces patients, alors que cela ne nous paraissait pas toujours justifié sur le plan médical. Face à ce constat, il nous a semblé intéressant d'évaluer la prise en charge de ces patients par rapport aux attitudes et aux connaissances des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie. Dans ce but, une enquête a été menée au niveau régional. Le cadre de la région a été choisi car il s'agit d'un territoire présentant une démographie médicale particulièrement faible, ce qui a diverses conséquences en termes de répartition des praticiens avec des zones rurales particulièrement désertées, de temps de travail, ou de surcharge de patientèle... Un autre objectif de cette étude était donc de mettre en relation certains facteurs avec cette prise en charge, afin d'identifier lesquels ont l'impact le plus grand, mais aussi quelles en sont les limites et quelles solutions peuvent être proposées pour l'améliorer.

2. Identifier les patients à risque

L'ensemble de cette partie repose sur les recommandations actuelles, qui émanent des grandes instances et des sociétés savantes, et notamment celles sur la « Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires » publiées en 2012 par la SFCO, et celles sur la « Prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » publiées par l'ANSM en 2011.

2.1. Définition

Les principaux risques rencontrés en odontologie, et ceux qui seront détaillés ici, sont les risques infectieux et hémorragiques. L'objectif est de passer rapidement en revue les différentes pathologies et traitements ayant un impact, aussi bien sur le risque infectieux, que sur le risque hémorragique.

2.1.1. Risque infectieux

Selon l'ANSM (1), les patients dits « à risque infectieux » sont à distinguer de la population générale, et peuvent être classés en trois catégories (2), à savoir les patients immunodéprimés, les patients à risque d'endocardite infectieuse et les patients à risque d'ostéonécrose (3). Par rapport au risque infectieux, il convient de distinguer les actes invasifs et non invasifs, qui orienteront la conduite à tenir. Cependant, pour tous les patients, que leur risque infectieux soit augmenté ou non, les précautions standards d'hygiène devront être respectées (4).

2.1.1.1. Les patients à risque infectieux

2.1.1.1.1. *Les patients immunodéprimés*

Les causes de l'immunodépression sont multiples. Il peut s'agir d'une immunodépression primitive, ou bien liée à une pathologie ou un traitement.

- *Pathologies pouvant induire une immunodépression* : diabète non équilibré, infection par le VIH, neutropénie, hémopathie maligne, insuffisance rénale chronique, cirrhose hépatique...
- *Traitements pouvant induire une immunodépression* : corticothérapie supérieure à 8 jours (d'une posologie supérieure à 10mg équivalent prednisone par jour), thérapie biologique ciblée, chimiothérapie... (2).

2.1.1.1.2. *Les patients à risque d'endocardite infectieuse*

Actuellement, trois types de cardiopathies sont considérés comme étant à haut risque d'endocardite infectieuse, d'après l'ANSM (1) :

- Antécédents d'endocardite infectieuse ;
- Prothèses valvulaires cardiaques ou anneau prothétique ;
- Cardiopathies congénitales cyanogènes.

2.1.1.1.3. *Risque d'ostéonécrose*

Les patients à risque d'ostéonécrose présentent un risque infectieux particulier (3). L'ostéonécrose peut être spontanée ou provoquée. Il faut distinguer les ostéochimionécroses

rencontrées chez les patients traités par bisphosphonates et autres antirésorbateurs osseux, et les ostéoradionécroses rencontrées chez les patients ayant subi une radiothérapie englobant les maxillaires (5), (6), (7).

2.1.1.2. Actes invasifs et non invasifs

La conduite à tenir chez un patient à risque infectieux sera différente selon qu'il s'agira d'un acte invasif ou d'un acte non invasif. En effet, seuls les actes invasifs seront considérés susceptibles d'induire une infection locale, générale, ou à distance. En 2011, l'ANSM décrit ces actes dans ses « Recommandations sur la prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire » (1).

- *Les actes invasifs sont les suivants :*
 - tout acte impliquant une manipulation de la gencive, de la pulpe ou de la région péri-apicale de la dent ;
 - cas d'effraction de la muqueuse orale (sont exclues les anesthésies locales et locorégionales).

À noter qu'un acte invasif de longue durée présente un risque infectieux plus important qu'un acte invasif de courte durée.

- *Les actes non invasifs sont les suivants :*
 - actes de prévention non sanglants ;
 - soins conservateurs et prothétiques non sanglants ;
 - pose de prothèses amovibles ;
 - prise de radiographies dentaires intrabuccales ;
 - dépose de points de sutures ;
 - anesthésies locales et locorégionales.

2.1.1.3. Évaluation du risque infectieux

Certains facteurs comme le manque d'hygiène bucco-dentaire du patient, le tabagisme, l'éthylisme ou le vieillissement peuvent augmenter le risque infectieux (8).

L'immunodépression d'un patient peut être évaluée par deux marqueurs biologiques spécifiques :

- Le taux de lymphocytes totaux qui est normalement compris entre 1500 et 4000/mm³ ;
- Le taux de polynucléaires neutrophiles qui est normalement compris entre 1500 et 7500/mm³.

2.1.2. Risque hémorragique

Un risque hémorragique peut être lié à un trouble soit de l'hémostase primaire, soit de la coagulation, voire des deux. Comme le risque infectieux, il peut être induit par des traitements ou des pathologies.

- *L'hémostase primaire peut être perturbée par :* les traitements anti-plaquettaires, les thrombopénies, les thrombopathies et la maladie de Willebrand ;
- *La coagulation peut être perturbée par :* les traitements anticoagulants, une leucémie, une hémophilie, une insuffisance hépatique, ou un déficit congénital en facteurs de coagulation.

2.1.2.1. Actes à risque hémorragique

En 2006, les SFMBCB et Société Française de Cardiologie classent les actes en fonction de leurs risques hémorragiques dans leurs recommandations sur la « Prise en charge des patients sous traitements anti-vitamine K en chirurgie bucco-dentaire » (9). En Juillet 2015, la SFCO reprend cette classification, dans ses recommandations sur la « Gestion péri-opératoire des patients traités par anti-thrombotiques en chirurgie orale » (10).

Ainsi, il conviendra de distinguer :

- *Les actes sans risque hémorragique* : soins conservateurs, soins prothétiques supra-gingivaux, anesthésies autres que locorégionales, détartrage supra-gingival ;
- *Les actes à risque hémorragique modéré* : avulsion en secteur localisé, pose d'implant unitaire, détartrage sous-gingival, surfaçage ;
- *Les actes à haut risque hémorragique* : avulsions de plus de trois dents, dans différents quadrants, de dents temporaires, de dents incluses, de dents au parodonte amoindri, chirurgies parodontales et mucogingivales, dégagement de dents incluses, énucléations kystiques, chirurgie apicale, biopsie, pose d'implants multiples.

2.1.2.2. Évaluation du risque hémorragique

Le risque hémorragique sera en premier lieu évalué lors de l'anamnèse et de l'examen clinique. Certains signes comme un purpura, des pétéchies, des hématomes laissent supposer qu'il existe un trouble de l'hémostase. D'autres facteurs comme le degré d'inflammation gingivale et la compliance du patient devront également être pris en compte.

Des examens biologiques permettront de compléter cette première évaluation :

- *Hémostase primaire* : numération de formule sanguine (NFS), et dosage des plaquettes. Un **taux de plaquettes** normal est compris entre 150000 et 400000/mm³ ;
- *Coagulation* : l'évaluation est basée sur des tests comme le **taux de prothrombine** (TP) normalement compris entre 70 et 100%, et le **temps de céphaline activé** (TCA), normalement situé autour de 32 secondes ;
- *L'Index Normalized Ratio* (INR) permet l'évaluation de la coagulation chez les patients traités par anti-vitamine K (AVK). Un **INR** au-delà de 3 augmente le risque hémorragique (11).

2.2. Risque lié à une pathologie

Les pathologies les plus fréquemment rencontrées au cabinet dentaire vont être détaillées pour déterminer les principales causes de risque hémorragique ou infectieux.

2.2.1. Anamnèse

L'anamnèse doit être réalisée à la première consultation, avant la réalisation de tout acte, afin de **prendre connaissance des éventuels risques** qui peuvent exister chez le patient. Il faudra l'interroger sur ses antécédents médicaux et chirurgicaux, ses traitements, ses allergies, ses addictions, et ses habitudes de vie de manière plus globale.

Un contact avec le médecin traitant pourra compléter cet interrogatoire, ainsi qu'un examen clinique approfondi pour permettre au praticien de repérer certains éléments utiles pour la suite de la prise en charge.

2.2.2. Maladies cardio-vasculaires

2.2.2.1. Patients à risque d'endocardite infectieuse

L'endocardite infectieuse est une forme rare (1500 cas/an en France) et grave de septicémie, dont le pronostic reste réservé. Elle est provoquée par une greffe microbienne sur une valve cardiaque, et a des conséquences locales et générales (12).

Les cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse, sont depuis 2011, en France, les seules auxquelles s'appliquent les recommandations (1).

Il s'agit de :

- antécédents d'endocardite infectieuse ;
- port de prothèse valvulaire ou d'anneau prothétique ;
- cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées ou à dérivation chirurgicale systémique, opérées mais avec un shunt résiduel, et opérées avec un matériel prothétique.

En cas de doute sur la nature de la cardiopathie, il est bien sûr indispensable de contacter le cardiologue (3), (11), (13).

Chez les patients à risque d'endocardite infectieuse, plusieurs actes invasifs sont contre-indiqués : traitements endodontiques sur dent nécrosée, en plusieurs séances et sans digue, reprise de traitement endodontique, amputation radiculaire, transplantation, réimplantation, chirurgies péri-apicale, parodontale, implantaire et pré-orthodontique, mise en place de matériaux de comblement et anesthésies intra-ligamentaires.

Pour les actes invasifs qui sont autorisés, il convient de prescrire une antibioprofylaxie selon les modalités définies par l'ANSM (anciennement AFSSAPS) en 2011 (1), (13).

- ⇒ Risque infectieux : oui, du fait du risque d'endocardite infectieuse ;
- ⇒ Risque hémorragique : possible, si les patients sont traités par anticoagulants ou par agents antiplaquettaires.

2.2.2.2. Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle peut être définie par :

- une pression artérielle systolique (PAS) persistante supérieure ou égale à 140mmHg ;
- et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) persistante supérieure ou égale à 90mmHg.

Elle constitue l'un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire (3).

Il faut distinguer les patients hypertendus équilibrés, pour lesquels les recommandations seront identiques à celles de la population générale, et les patients hypertendus non équilibrés, qu'ils soient traités ou non, pour lesquels il convient de prendre certaines précautions (14), (15).

Les patients hypertendus non équilibrés peuvent en effet présenter un risque hémorragique peropératoire lié à l'élévation de la pression artérielle, bien que ceci soit controversé selon les auteurs (11).

Chez les patients présentant une hypertension sévère dite de stade III, avec une PAS>180mmHg et ou une PAD>110mmHg, seuls les soins urgents seront réalisés.

Cependant, ces patients seront rarement rencontrés au cabinet dentaire, car il s'agit d'une situation relevant de l'urgence générale (3), (11).

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale ;
- ⇒ Risque hémorragique : possible, du fait de l'élévation de la pression artérielle (controversé).

2.2.2.3. La maladie coronarienne

La maladie coronarienne est généralement provoquée par la formation de plaques d'athérome dans la paroi des artères coronaires. Il faut distinguer :

- L'angor stable (angine de poitrine, ischémie transitoire du myocarde) ;
- L'infarctus du myocarde (urgence médicale, ischémie prolongée du myocarde).

Ce sont deux cardiopathies ischémiques, pour lesquelles les patients sont généralement traités de la même manière, notamment par des bêtabloquants, statines, inhibiteurs calciques, inhibiteurs de l'enzyme de conversion et agents antiplaquettaires (3). Le traitement non médicamenteux de l'angor ou de l'infarctus peut impliquer la mise en place de stents ou un pontage coronarien.

Il y a donc des précautions à prendre, vis-à-vis du risque hémorragique, pour les patients sous agents anti-plaquettaires (11).

Pour les patients présentant un antécédent d'infarctus du myocarde, il semble plus raisonnable de respecter un délai de 6 mois avant toute intervention.

Pour les patients porteurs d'un stent, selon certains auteurs, une antibioprophylaxie pourra être envisagée durant les 6 à 8 semaines suivant la mise en place du stent (11).

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale, peut être augmenté pendant les 6 à 8 semaines après la mise en place du stent (selon certains auteurs) ;
- ⇒ Risque hémorragique : peut être augmenté si les patients sont traités par agents antiplaquettaires.

2.2.2.4. Les arythmies cardiaques

Les arythmies sont des troubles du rythme cardiaque. Elles ont pour origine l'oreillette ou le ventricule et peuvent être persistantes ou occasionnelles. Elles regroupent principalement la fibrillation, les extrasystoles, la tachycardie et la bradycardie. Elles peuvent être prises en charge de manière médicamenteuse ou par mise en place de pacemaker ou défibrillateur implantable (3).

Ces patients peuvent présenter un risque infectieux, si l'arythmie est associée à une pathologie cardiaque sous-jacente entraînant un risque d'endocardite infectieuse, auquel cas une antibioprophylaxie devra être prescrite selon l'acte.

Ils peuvent aussi présenter un risque hémorragique si des anticoagulants ou des agents antiplaquettaires sont retrouvés dans leur traitement.

Chez les patients présentant une arythmie sévère, seuls les soins urgents seront réalisés, et en milieu hospitalier (11).

Les patients porteurs d'un pacemaker ne doivent pas subir d'intervention avec utilisation d'un bistouri électrique unipolaire, bien que les risques soient de plus en plus faibles avec les dispositifs les plus récents (16).

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale, sauf en cas de risque d'endocardite infectieuse ;
- ⇒ Risque hémorragique : peut être augmenté si les patients sont traités par agents antiplaquettaires ou anticoagulants.

2.2.2.5. L'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque se caractérise par une contraction inadaptée et chronique du cœur qui ne peut plus assurer efficacement la perfusion des organes périphériques au repos ou à l'effort. Elle est fréquente et présente des étiologies diverses comme une hypertension, des pathologies valvulaires, certaines cardiopathies, un antécédent d'endocardite infectieuse, ou certaines pathologies générales (11), (17).

Ces patients pourront présenter un risque hémorragique augmenté en cas de traitement par anticoagulants ou agents antiplaquettaires.

Les patients présentant une limitation sévère de leur activité physique liée à leur insuffisance cardiaque devront subir une prise en charge hospitalière (3).

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale, sauf en cas de risque d'endocardite infectieuse ;
- ⇒ Risque hémorragique : peut être augmenté si les patients sont traités par agents antiplaquettaires ou anticoagulants.

2.2.3. Maladies respiratoires

2.2.3.1. Asthme

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique, entraînant une obstruction diffuse et réversible des voies trachéobronchiques. Le degré de sévérité est variable, allant de l'asthme intermittent à l'asthme instable. Cette maladie touche 5 à 7% de la population française (11). Certains asthmatiques ont un terrain atopique, il faudra éviter chez eux les allergènes potentiels (3).

Les asthmes sévères et instables peuvent être traités par corticoïdes oraux, qui entraînent une augmentation du risque infectieux.

Il faudra être particulièrement vigilant à la prise en charge du stress et de la douleur, qui peuvent provoquer une crise. Cependant, il n'existe pas d'indication de prise en charge hospitalière pour ces patients (18).

- ⇒ Risque infectieux : peut être augmenté en cas de traitement par corticoïdes oraux ;
- ⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale.

2.2.4. Maladies endocriniennes

2.2.4.1. Diabète

C'est l'affection endocrinienne la plus fréquente, et sa prévalence augmente constamment en France. Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique, et son diagnostic repose sur une **augmentation de la glycémie à jeun au-delà de 1,26g/L** sur deux prises de sang consécutives. L'hémoglobine glyquée (HbA1c) permet d'évaluer l'équilibre du

diabète sur les 3 derniers mois, le diabète est équilibré si elle est inférieure ou égale à 7% (3).

Le diabète de type 1 débute le plus souvent avant 30 ans et est dû à une absence de sécrétion d'insuline par destruction ou altération des cellules β des îlots de Langerhans.

Le diabète de type 2 débute généralement après 40 ans et est dû à une résistance à l'insuline des cellules cibles. Les sujets sont souvent en surpoids.

Enfin, il existe des diabètes secondaires à certaines pathologies, et un diabète de type gestationnel (11).

Pour la prise en charge des patients diabétiques en cabinet dentaire, il faudra notamment s'assurer du suivi du patient, et de l'équilibre ou non du diabète : (1), (11), (19).

- *Patient diabétique équilibré* : les risques hémorragique et infectieux ne sont pas augmentés ;
- *Patient diabétique non équilibré* : le risque infectieux est augmenté, ce qui implique de prendre certaines précautions pour les actes invasifs :
 - Acte invasif n'entraînant pas de cicatrisation muqueuse ou osseuse (détartrage, acte impliquant une manipulation de la pulpe) \Rightarrow antibioprophylaxie classique, selon les modalités définies par l'ANSM (1) ;
 - Acte invasif entraînant une cicatrisation muqueuse ou osseuse \Rightarrow antibioprophylaxie à poursuivre par une antibiothérapie jusqu'à cicatrisation muqueuse (7 à 10 jours).

Cependant, pour tous les patients diabétiques, une infection devra être traitée agressivement (localement et par voie systémique).

- \Rightarrow Risque infectieux : peut être augmenté, si le diabète n'est pas équilibré ;
- \Rightarrow Risque hémorragique : identique à celui de la population générale.

2.2.4.2. Pathologies thyroïdiennes

L'hypothyroïdie est un déficit en hormones thyroïdiennes, d'étiologies variées (auto-immune, non auto-immunes, iatrogènes, ...). Elle entraîne généralement une asthénie, une hypothermie, une prise de poids, une bradycardie (11).

L'hyperthyroïdie est un excès en hormones thyroïdiennes, dont les étiologies les plus fréquentes sont la maladie de Basedow, le goitre multinodulaire toxique et l'adénome toxique. Elle entraîne des troubles cardiovasculaires et neurologiques, un amaigrissement, une hypersudation (11).

Les patients présentant ce type de pathologie sont suivis et équilibrés, la très grande majorité du temps. Il n'y a pas donc pas de précaution particulière à prendre pour eux, ils ne présentent ni risque hémorragique, ni risque infectieux (3).

- \Rightarrow Risque infectieux : identique à celui de la population générale ;
- \Rightarrow Risque hémorragique : identique à celui de la population générale.

2.2.4.3. Pathologies surrénales

Les glandes surrénales sont formées d'un cortex et d'une médulla (11).

- *Cortex* : il est responsable de la production des glucocorticoïdes (cortisol), des minéralocorticoïdes (aldostérone), et de certaines hormones sexuelles.

Les principales pathologies retrouvées à ce niveau sont une insuffisance surrénalienne primaire (syndrome d'Addison), une insuffisance surrénalienne secondaire, ou production

excessive de cortisol (syndrome de Cushing) ou d'aldostérone (syndrome de Conn). Pour le syndrome d'Addison, les patients pourront être traités par corticothérapie au long cours. Une antibioprofylaxie est recommandée pour le patient traité par corticoïdes, selon les modalités déterminées par l'ANSM (1).

- *Médulla* : elle est responsable de la production de l'adrénaline et de la noradrénaline.

La principale pathologie à ce niveau est le phéochromocytome entraînant une surproduction de ces catécholamines.

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale, peut être augmenté en cas de corticothérapie au long cours ;
- ⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale.

2.2.5. Maladies hépatiques et gastro-intestinales

2.2.5.1. Hépatites

Ce sont des maladies du foie, caractérisées par une inflammation du tissu hépatique résultant d'une infection virale ou bactérienne, mais aussi d'une prise de substance illicites, d'une consommation excessive d'alcool... Les hépatites virales sont les plus fréquentes, et les virus pouvant être retrouvés sont : VHA, VHB, VHC, VHD et VHE. Les plus courants sont VHB et VHC, et ce sont les seuls pouvant passer à la chronicité (11).

Une hépatite virale peut évoluer vers une cirrhose et donc une insuffisance hépatique, qui va se caractériser par une baisse du TP, et donc une augmentation du risque hémorragique. Il sera donc essentiel de connaître les valeurs du TP et de la NFS (3), (20).

En cas de passage à la chronicité des hépatites B et C, les traitements peuvent induire :

- une thrombopénie (interférons, ribavirine), avec augmentation du risque hémorragique ;
- une anémie (ribavirine) ;
- une neutropénie (ribavirine), avec augmentation du risque infectieux.

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale, peut être augmenté en cas de neutropénie ;
- ⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale, peut être augmenté en cas de thrombopénie.

2.2.5.2. Cirrhose, insuffisance hépatique et greffe hépatique

La cirrhose est une affection chronique, irréversible et diffuse du foie, caractérisée par une fibrose hépatique et une nécrose progressive qui a pour conséquence une insuffisance hépatique et une hypertension portale. Les principales étiologies sont la consommation excessive d'alcool, et les infections par le VHC et le VHB (11).

L'insuffisance hépatique se caractérise par une atteinte des fonctions de synthèse du foie, notamment celle des facteurs de coagulation. Elle peut être aigue, ce qui représente une urgence, et ces patients ne seront pas vus en cabinet dentaire, ou chronique par évolution de la cirrhose. Elle est considérée comme sévère si le TP est inférieur à 50%, ces patients devront être pris en charge en milieu hospitalier (11).

Du fait de leur terrain souvent alcool-tabagique, il faudra rechercher chez ces patients une éventuelle infection par le VIH (3).

La présence d'une pathologie hépatique entraîne une susceptibilité accrue aux infections et un retard de cicatrisation. De plus, la perturbation de la synthèse des facteurs de coagulation et la thrombopénie se traduisent par une augmentation du risque de saignement. Enfin, le métabolisme de certains médicaments sera altéré. Avant de pratiquer des soins, il faudra donc connaître les valeurs du TP, de la NFS, des plaquettes, et doser les transaminases (ASAT, ALAT) (3), (11), (21).

Les patients avec un TP > 50%, peuvent être pris en charge en cabinet dentaire, après contact avec l'hépatologue, et en respectant certaines précautions :

- *Pour les actes invasifs mais sans risque hémorragique* (détartrage, actes impliquant une manipulation de la pulpe) : une antibioprofylaxie devra être discutée ;
- *Pour les actes invasifs à risque hémorragique modéré ou élevé* : l'antibiothérapie et le milieu de prise en charge seront à déterminer avec l'hépatologue, selon le type d'acte et le stade de la maladie. Dans tous les cas, des moyens d'hémostase locaux devront être mis en place.

La transplantation hépatique est indiquée dans les cas d'hépatites chroniques (cirrhose en stade terminal), les cirrhoses biliaires, les insuffisances hépatiques fulminantes... Les précautions à prendre sont liées à la toxicité de certains médicaments, aux traitements prescrits immunosuppresseurs (augmentation du risque d'infection) et anticoagulants, au risque de saignement important lors de soins invasifs, et aux risques de rejet de la greffe.

- *Avant la transplantation*, un bilan bucco-dentaire devra être effectué, avec élimination des foyers infectieux bucco-dentaires, selon les recommandations de la SFCO de 2012 (2) ;
- *Après la transplantation*, le patient sera revu régulièrement. Les actes invasifs devront être précédés d'une antibioprofylaxie et des précautions seront prises visant à prévenir ou limiter le saignement (11).

- ⇒ Risque infectieux : augmenté chez le patient cirrhotique, et chez le patient transplanté hépatique du fait des traitements immunosuppresseurs ;
- ⇒ Risque hémorragique : augmenté du fait de l'altération de facteurs de la coagulation, et de la thrombopénie. Augmenté chez le patient transplanté hépatique.

2.2.5.3. Maladies inflammatoires chroniques intestinales

Elles comprennent la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique, et sont caractérisées par l'inflammation chronique d'une partie de la muqueuse intestinale, avec une alternance de phases d'activité et de phases de rémission. En phase d'activité, elles se manifestent par des douleurs abdominales, des selles aqueuses ou glairo-sanglantes, un amaigrissement, une fièvre modérée. Le risque de cancer colorectal est plus élevé. Parmi les traitements, on retrouvera fréquemment des corticoïdes au long cours, ou d'autres immunosuppresseurs tels que les biothérapies, qui entraînent une augmentation du risque infectieux.

Il faudra privilégier les phases de rémission pour réaliser les soins (3), (22), (23).

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale, peut être augmenté en cas de traitement immunosuppresseur ;
- ⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale.

2.2.6. Maladies rénales

2.2.6.1. Insuffisance rénale chronique, hémodialyse et greffe rénale

L'insuffisance rénale chronique est le résultat d'une altération progressive, prolongée et irréversible des fonctions rénales. Elle se traduit par une élévation de la créatinine et de l'urée, et une diminution du débit de filtration glomérulaire. Le traitement se fait par dialyse ou greffe rénale (24). Les principales étiologies retrouvées sont le diabète, l'hypertension et les glomérulopathies chroniques (11).

L'hémodialyse permet de filtrer artificiellement le sang, à une fréquence de trois fois par semaine en général. Pendant la dialyse, le patient est placé sous traitement anticoagulant (héparinothérapie). Il faudra donc intervenir en dehors des jours de dialyse (3).

Ces patients présentent une immunodépression liée aux anomalies leucocytaires observées en cas d'insuffisance rénale chronique, ou aux traitements immunosuppresseurs prescrits en cas de transplantation rénale. Ils présentent également un risque hémorragique, par altération des fonctions plaquettaires, et par héparinothérapie les jours de dialyse (25).

Il sera donc important de contacter le médecin traitant et de connaître la valeur de la NFS, du TP, du TCA, et du débit de filtration glomérulaire. Une antibioprofylaxie sera indiquée pour les actes invasifs, et à mettre en place avec le médecin traitant (11).

La transplantation rénale est indiquée en cas d'affection rénale bilatérale chronique, de maladie rénale au stade terminal (glomérulonéphrite, pyélonéphrite), de néphropathie d'origine diabétique, de désordres rénaux congénitaux. Les précautions à prendre sont liées à la toxicité de certains médicaments, à l'immunodépression excessive liée elle-même aux traitements immunosuppresseurs, et aux risques de rejet de la greffe (11).

- *Avant la transplantation*, un bilan bucco-dentaire devra être effectué, avec élimination des foyers infectieux bucco-dentaires, selon les recommandations de la SFCO de 2012 (2) ;
- *Après la transplantation*, le patient sera revu régulièrement. Les actes invasifs devront être précédés d'une antibioprofylaxie (11).

⇒ **Risque infectieux** : augmenté à cause de l'insuffisance rénale chronique, ou en cas de traitement immunosuppresseur ;

⇒ **Risque hémorragique** : augmenté à cause de l'insuffisance rénale chronique, ou en cas de traitement anticoagulant lors de l'hémodialyse.

2.2.7. Maladies neurologiques

2.2.7.1. Épilepsie

Il s'agit d'un ensemble de symptômes caractérisés par des crises répétitives liées à une décharge électrique anormale, excessive et transitoire dans le système nerveux central. Les expressions cliniques de ces crises les plus fréquentes sont la perte de connaissance et la convulsion.

Parmi les traitements qui peuvent être prescrits :

- La phénytoïne, et l'acide valproïque peuvent entraîner des troubles de l'hémostase et de la coagulation ;

- La carbamazépine peut entraîner des troubles de l'hémostase et de la coagulation, et possède également un effet leucopéniant.

Selon le traitement, une NFS sera demandée en cas d'acte invasif, ainsi qu'une numération leucocytaire. Une antibioprofylaxie devra être envisagée en fonction des résultats (11).

Tous les soins sont possibles, il faudra cependant préférer une prise en charge hospitalière pour les soins urgents chez les patients non équilibrés (3).

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale, peut être augmenté en cas de traitement par carbamazépine ;
- ⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale, peut être augmenté en cas de traitement par carbamazépine, phénytoïne, ou acide valproïque.

2.2.7.2. Dépression

C'est un état psychique pathologique associant une modification pénible de l'humeur et un ralentissement de l'activité intellectuelle et motrice, supérieur à deux semaines. Les traitements généralement prescrits ont des répercussions buccales importantes, avec notamment une hyposialie quasi constante (26).

Ces patients peuvent présenter un risque hémorragique en cas de traitement par inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine (ISRS).

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale ;
- ⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale, peut être augmenté en cas de traitement par ISRS.

2.2.8. Troubles de l'hémostase

2.2.8.1. Thrombopénie

Une thrombopénie se définit par une diminution du nombre de plaquettes **en dessous de 150 000/mm³**. Elle peut notamment être provoquée par certains traitements, être d'origine infectieuse (VHB, VHC, VIH, EBV, CMV...), d'origine auto-immune, être provoquée par des leucémies, lymphomes... (11)

Les patients atteints de thrombopénie présentent un risque hémorragique augmenté, particulièrement en dessous de 50 000/mm³, par trouble de l'hémostase primaire. Une NFS, et une numération plaquettaire devront être réalisées avant tout acte à risque hémorragique (3) :

- *En dessous de 50 000/mm³* : la prise en charge devra être hospitalière, en cas d'acte chirurgical hémorragique ou de détartrage ;
- *Entre 100 000 et 50 000 /mm³* : la prise en charge pourra se faire en cabinet dentaire pour les actes à risque hémorragique modéré, en respectant un protocole d'hémostase locale. La prise en charge devra être spécialisée en cas d'acte à haut risque hémorragique ;
- *Entre 150 000 et 100 000/mm³* : tous les soins sont possibles.

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale ;
- ⇒ Risque hémorragique : augmenté par trouble de l'hémostase primaire.

2.2.8.2. Hémophilie, maladie de Willebrand et autres déficits en facteurs de coagulation

L'hémophilie et la maladie de Willebrand touchent principalement les hommes, et découlent d'un déficit congénital en facteur de l'hémostase :

- Facteur Willebrand et/ou facteur VIII pour la maladie de Willebrand ;
- Facteur VIII pour l'hémophilie A ;
- Facteur IX pour l'hémophilie B.

Les déficits en autres facteurs de la coagulation sont rarement sévères. Cependant, les facteurs de coagulation vitamine K dépendants sont synthétisés au niveau du foie, donc en cas de pathologie hépatique associée (hépatite, cirrhose, carcinome), il existe un risque de coagulopathie sévère, avec augmentation du TP et du TCA (11).

Ces patients présentent évidemment un risque hémorragique augmenté, qui devra être évalué par des tests de laboratoire (NFS, numération plaquettaire, TCA, TP...).

Pour la plupart des patients, la majorité des soins peuvent être réalisés en cabinet dentaire, mais un contact avec l'hématologue doit être systématique. Il faudra faire attention de ne pas léser la muqueuse buccale, et insister sur l'hygiène bucco-dentaire de ces patients afin d'éviter des complications d'ordre parodontal. Tout acte chirurgical implique un avis spécialisé, pour évaluer la nécessité ou non de corriger le déficit en facteur de coagulation, et l'éventuelle indication de prise en charge spécialisée (3), (27).

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale ;
- ⇒ Risque hémorragique : augmenté par trouble de l'hémostase primaire.

2.2.9. VIH et SIDA

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une maladie rétrovirale transmissible par voies sexuelle et parentérale principalement. Elle constitue toujours une infection mortelle par l'absence de traitement curatif. Cette pandémie est en constante augmentation depuis 30 ans.

Le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) est un ensemble de maladies communes aux patients immunodéprimés, qui résultent des effets de l'infection du système immunitaire par le VIH (3), (11).

Les traitements actuels permettent de limiter l'évolution de la maladie. Leur objectif est de maintenir une **charge virale indétectable** (< 50 copies /ml) et un **taux de LT CD4+ supérieur à 500/mm³**.

Cette infection se divise en trois stades, selon la classification du CDC (*Centers of disease control and prevention*) : asymptomatique (A), symptomatique (B) et SIDA (C). Les manifestations cliniques sont très nombreuses et varient selon le stade. On retrouvera notamment des infections opportunistes, des manifestations néoplasiques et neurologiques.

La prise en charge va dépendre du stade de l'infection et du degré d'immunodépression, mesurés par le taux de LT CD4+, le taux de PNN et le taux de plaquettes. Un contact avec le médecin traitant, ainsi qu'un bilan sanguin sont donc indispensables pour obtenir ces valeurs.

- $LT\ CD4+ > 200 /mm^3$, $PNN < 500 /mm^3$, et $plaquettes < 100\ 000 /mm^3$, sans autre pathologie associée : les actes non invasifs sont possibles en cabinet dentaire, mais pour les actes invasifs, un protocole de prise en charge, avec notamment prescription

d'une antibioprophylaxie doit être décidé avec le médecin spécialiste selon l'état du patient, ses traitements, et l'acte à réaliser ;

- LT CD4+ < 200 /mm³, ou stade SIDA : le patient peut être pris en charge au cabinet dentaire, après contact avec le médecin traitant. Ces patients prennent généralement un traitement antibiotique prophylactique au long cours pour éviter les infections opportunistes (3).

- ⇒ Risque infectieux : augmenté par l'immunodépression (leucopénie, neutropénie) ;
⇒ Risque hémorragique : augmenté par trouble de l'hémostase primaire (thrombopénie).

2.3. Risque lié à un état physiologique particulier

2.3.1. Grossesse

La grossesse est un processus dynamique transitoire. Elle se divise en 3 périodes :

- Premier trimestre : embryogénèse et organogénèse, période où le fœtus est le plus sensible ;
- Deuxième trimestre : maturation des organes ;
- Troisième trimestre : fin de la maturation des organes.

Au cours de cette période, on observera des modifications endocriniennes, neurologiques, cardiovasculaires, hématologiques, respiratoires et gastro-intestinales (11).

La femme enceinte peut présenter un risque infectieux en cas de diabète gestationnel non contrôlé.

Les examens radiologiques peuvent être réalisés durant la grossesse, mais en limitant les clichés ; en effet les risques encourus par le fœtus sont minimes mais pas inexistantes, cependant l'exposition d'un cliché rétro-alvéolaire reste largement inférieure à l'exposition naturelle quotidienne. Pour des raisons médico-légales, un tablier de plomb devra être utilisé (28). Ce sujet reste très controversé (11).

La dépose des amalgames est déconseillée durant la grossesse (29).

Les précautions à prendre vont dépendre du stade de la grossesse (3), (11) :

- *Premier trimestre* : rappel d'hygiène bucco-dentaire, bilan dentaire et détartrage si besoin. Les soins non urgents doivent être différés de préférence, mais les soins visant à traiter une douleur ou une infection devront être réalisés ;
- *Deuxième trimestre* : tous les soins sont possibles, en respectant les précautions générales ;
- *Troisième trimestre* : tous les soins sont possibles, en respectant les précautions générales. Il convient cependant de limiter la durée des séances et tenir compte de la fatigue de la patiente.

2.3.2. Allaitement

Chez la femme qui allaite, tous les soins sont possibles. Les précautions à prendre concernent les prescriptions médicamenteuses.

- ⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale, peut être augmenté en cas de diabète gestationnel non équilibré ;
⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale.

2.4. Risque lié à un traitement

2.4.1. Anti-thrombotiques (AAP, AVK, autres anticoagulants)

2.4.1.1. Agents anti-plaquettaires

Les agents antiplaquettaires (AAP) entraînent une altération de la formation du clou plaquettaire, et peuvent agir sur les trois phases de l'hémostase primaire (adhésion, activation, agrégation plaquettaire).

Les principales molécules sont l'acide acétylsalicylique (Aspégic®, Kardégic®) et le clopidogrel (Plavix®).

Ils sont indiqués dans la prévention des événements athérombotiques, les vascularites, les troubles de l'hémostase, la prévention secondaire après un premier accident ischémique myocardique ou cérébral, et chez les patients ayant bénéficié d'une angioplastie ou d'un pontage aorto-coronaire (30).

Les patients sous AAP présentent un risque hémorragique augmenté, cependant, le traitement ne doit être ni modifié, ni interrompu quels que soient les soins bucco-dentaires envisagés. Le risque hémorragique ne peut pas être évalué par un examen biologique.

- *Pour les actes sans risque hémorragique*, il n'y a pas de précautions spécifiques à prendre ;
- *Pour les actes à risque hémorragique modéré ou élevé*, il faudra utiliser un protocole d'hémostase locale.

Si plusieurs AAP sont associés, les actes à haut risque hémorragique devront être réalisés avec un plateau technique spécialisé.

Enfin, en cas d'association avec un anticoagulant, il faudra une prise en charge spécialisée pour tous les actes à risque hémorragique modéré ou élevé (3), (31), (27).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">⇒ <u>Risque infectieux</u> : identique à celui de la population générale ;⇒ <u>Risque hémorragique</u> : augmenté par modification de l'hémostase primaire. |
|--|

2.4.1.2. Anti-vitamine K

Les anti-vitamines K (AVK) sont des anticoagulants qui diminuent la concentration plasmatique des facteurs de coagulation vitamine-K dépendants (facteurs II, VII, IX et X). Ils provoquent ainsi un trouble de la coagulation plasmatique.

Ils sont indiqués dans la prévention des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire, des arythmies par fibrillation auriculaire, dans les infarctus du myocarde compliqués, dans les cardiopathies valvulaires, et en cas de pose de prothèse valvulaire cardiaque. Les principales molécules sont : la warfarine (Coumadine®), et la fluindione (Previscan®).

Le degré de coagulation des patients traités par AVK, et donc leur risque hémorragique peut être évalué par l'INR qui constitue l'examen de référence. Il devra être réalisé dans les 24 heures précédant l'intervention.

Ces patients présentent un risque hémorragique augmenté, mais le traitement par anticoagulants ne doit être ni arrêté, ni modifié, quel que soit l'acte buccodentaire envisagé (9), (27), (3).

- *Pour un INR inférieur ou égal à 3* : seuls les actes à haut risque hémorragique devront être pris en charge avec un plateau technique spécialisé ;
- *Pour un INR supérieur 3* : une prise en charge spécialisée sera nécessaire pour tous les actes à risque hémorragique.

⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale ;
 ⇒ Risque hémorragique : augmenté par modification de la coagulation.

2.4.1.3. Autres anticoagulants non AVK

De même que les AVK, ces anticoagulants inhibent la deuxième phase de l'hémostase : la coagulation plasmatique (27), (3). Les principales familles retrouvées sont :

- *Héparines* : indiquées dans le traitement préventif des thromboses veineuses profondes, le traitement curatif de l'embolie pulmonaire, des thromboses artérielles, dans certaines formes de coagulation intravasculaire disséminée, lors des dialyses en prévention de la coagulation du circuit de circulation extra-corporelle. Leur demi-vie est de 4 heures environ, c'est pourquoi il faudra pratiquer les actes à risque hémorragique à distance de l'hémodialyse notamment ;
- *Traitements anticoagulants oraux directs (AOD)* : il s'agit des antithrombines directes et des inhibiteurs du facteur X activé. Ils sont indiqués dans la prévention de la maladie veineuse thrombo-embolique, le traitement de la thrombose veineuse profonde et de l'embolie pulmonaire, de la fibrillation atriale non valvulaire.

Ces patients présentent un risque hémorragique augmenté, mais il n'existe pas d'examen permettant de prédire ce risque.

Dans le cadre des AOD, pour les actes à risque hémorragique élevé le traitement anticoagulant peut parfois être modifié ou arrêté par le médecin prescripteur (10), (32).

- Si le risque thrombotique est faible, une fenêtre thérapeutique de 48 heures, sans relai, sera suffisante ;
- Si le risque thrombotique est élevé, une fenêtre plus importante sera nécessaire, avec mise en place d'un relai par héparine.

Dans tous les cas, la prise en charge devra être spécialisée pour les actes à haut risque hémorragique.

⇒ Risque infectieux : identique à celui de la population générale ;
 ⇒ Risque hémorragique : augmenté par modification de la coagulation.

2.4.2. Bisphosphonates et antirésorbeurs osseux

Les traitements antirésorbeurs sont indiqués dans différents types de pathologies bénignes (ostéoporose, maladie de Paget, ostéogénèse imparfaite) ou malignes (traitement des métastases osseuses principalement). On distingue principalement les bisphosphonates, et le dénosumab. Ils ont une action anti-ostéoclastique, avec une spécificité plus élevée pour le dénosumab (biothérapie). Ces deux types de traitements ont été associés à un risque d'ostéonécrose des mâchoires (ONM) (33).

Ces patients présentent un risque infectieux augmenté, du fait du risque ONM. L'ONM se traduit par une exposition d'os nécrosé dans la cavité buccale depuis au moins huit semaines, en dehors d'un contexte d'irradiation cervico-faciale. Il faut distinguer les ONM révélées par un acte chirurgical sur l'os alvéolaire, et les ONM spontanées qui sont plus rares.

Avant toute intervention chirurgicale, il faudra évaluer le niveau de risque de survenue d'une ONM, selon les facteurs liés au patient, liés au traitement, et liés à l'acte. En cas de doute sur la molécule prescrite ou l'indication du traitement, il faudra contacter le médecin traitant (2), (5), (6).

- *Prise en charge d'un patient avant traitement par antirésorbeurs osseux* : un dépistage et une élimination des foyers infectieux bucco-dentaires patents ou latents devront être effectués, et il faudra attendre la cicatrisation muqueuse avant de mettre en place le traitement ;
- *Prise en charge d'un patient traité par antirésorbeurs osseux, présentant un risque faible d'ONM* : pour les actes invasifs entraînant une cicatrisation muqueuse ou osseuse, une antibiothérapie sera à débiter la veille de l'acte, et à poursuivre jusqu'à cicatrisation muqueuse ;
- *Prise en charge d'un patient traité par antirésorbeurs osseux, présentant un risque plus élevé d'ONM* : les actes invasifs entraînant une cicatrisation muqueuse ou osseuse devront être limités au maximum, et réalisés en milieu hospitalier. Les dents non restaurables seront traitées par amputation coronaire et traitement endodontique ;
- *Prise en charge d'un patient ayant eu un traitement par BP ou autre antirésorbeur osseux* :
 - Traitement par voie IV : risque ONM pendant plusieurs dizaines d'années ;
 - Traitement par voie orale : risque ONM diminuant lentement avec le temps ;
 - Évaluer le risque d'ONM et appliquer la même prise en charge que pour les patients en cours de traitement.

Il est important d'informer le patient sur le risque d'ONM et la prévention. Il faudra éviter les anesthésies intra-osseuses, intra-septales et intra-ligamentaires (3).

La pose d'implants n'est pas recommandée pour les patients ayant reçu ou recevant des bisphosphonates IV dans le cadre d'une pathologie maligne (34).

- ⇒ Risque infectieux : augmenté localement par le risque d'ONM ;
- ⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale.

2.4.3. Radiothérapie cervico-faciale

La radiothérapie a pour objectif de détruire les cellules cancéreuses par des rayonnements ionisants. La radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité permet d'adapter les doses délivrées aux territoires traités. Elle a une place importante dans le traitement des cancers des voies aéro-digestives supérieures. La radiothérapie par voie externe est la plus fréquente, mais la curiethérapie peut aussi être utilisée (3).

L'ostéoradionécrose (ORN) est une des répercussions buccales les plus redoutées et est à l'origine d'une augmentation du risque infectieux, localement. Elle résulte d'une diminution des moyens de défense de l'os avec pour conséquence une altération de ses capacités réparatrices et régénératrices.

Avant de prendre en charge ces patients, il faut se mettre en relation avec le radiothérapeute. Il est important de connaître les champs et doses d'irradiation. Une irradiation inférieure à 30 Gy ne nécessite pas de prise en charge spécifique. Le risque d'ORN existe toute la vie. Il est important d'informer le patient et d'insister sur la prévention (7), (2), (35).

- *Prise en charge d'un patient avant une radiothérapie cervico-faciale* : un dépistage avec élimination des foyers infectieux latents ou patents, doit être effectué rapidement, pour débiter la radiothérapie après cicatrisation muqueuse (idéalement,

3 semaines après le geste). Il faudra réaliser des gouttières thermoformées pour la fluoroprofylaxie à débiter après la radiothérapie ;

- *Prise en charge d'un patient pendant une radiothérapie cervico-faciale* : en cas de soins ou d'avulsion à réaliser, la décision doit être prise conjointement avec le radiothérapeute ;
- *Prise en charge d'un patient après une radiothérapie cervico-faciale (irradiation > 30Gy)* : une fluoroprofylaxie doit être mise en place, en insistant sur la prévention. Les avulsions seront réalisées en milieu hospitalier, et une antibioprofylaxie sera prescrite avant des soins endodontiques en terrain irradié. L'utilisation des vasoconstricteurs est contre-indiquée.

⇒ Risque infectieux : augmenté localement par le risque d'ONM ;

⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale.

2.4.4. Chimiothérapie et autres thérapies médicamenteuses anticancéreuses

La chimiothérapie constitue un des moyens de traitement des cancers, et consiste à utiliser des médicaments qui visent à détruire les cellules cancéreuses, à proximité ou à distance de la tumeur primitive. Le principe est de viser les cellules qui se multiplient rapidement, dont les cellules cancéreuses, mais aussi celles de la moelle osseuse, des cheveux, etc.

Une chimiothérapie est administrée par périodes, avec des cures toutes les 3 semaines, pendant 4 à 6 mois, le plus souvent. Elle peut être commencée avant ou après une intervention chirurgicale (3).

Les répercussions générales les plus fréquentes sont une neutropénie, thrombopénie et anémie, avec un risque majeur au 10^e jour.

Ces patients présentent un risque infectieux augmenté lié à une possible neutropénie, et un risque hémorragique lié à une possible thrombopénie. Les patients traités par dénsumab présentent également un risque d'ostéochimionécrose (2), (36), (35).

- *Prise en charge d'un patient avant chimiothérapie* : un dépistage avec élimination des foyers infectieux actifs ou potentiels doit être réalisé rapidement, avec suppression des éléments traumatiques. Une cicatrisation de 2 semaines est souhaitable. Dans tous les cas, la cure doit pouvoir débiter le plus rapidement possible ;
- *Prise en charge d'un patient pendant chimiothérapie* : pour les actes non invasifs, il n'y a pas de précaution spécifique à prendre. Pour les actes invasifs, il faut contacter l'oncologue, et prescrire une antibioprofylaxie selon les recommandations du médecin prescripteur, sachant que la fenêtre d'intervention se situe juste avant la cure suivante ;
- *Prise en charge d'un patient après chimiothérapie* : les paramètres reviennent à la normale en quelques semaines, mais pourront être évalués par un bilan sanguin. Le risque d'ostéonécrose pour les traitements par bisphosphonates persiste cependant après la dernière cure.

⇒ Risque infectieux : augmenté par la neutropénie, et localement par le risque d'ONM ;

⇒ Risque hémorragique : augmenté par la thrombopénie.

2.4.5. Corticothérapie au long cours

Il s'agit des corticothérapies de plus d'un mois. Les glucocorticoïdes ont des propriétés anti-inflammatoires, antiallergiques et immunomodulatrices (3).

Les principales indications sont les maladies inflammatoires systémiques, les vascularites sévères, une insuffisance surrénalienne, et d'autres pathologies comme l'asthme, la sclérose en plaque, les maladies inflammatoires chroniques intestinales...

Ces patients présentent un risque infectieux augmenté, particulièrement si la posologie quotidienne dépasse 10mg d'équivalent prédnisone. Les actes invasifs impliquant une cicatrisation de l'os ou de la muqueuse, devront être réalisés sous antibiothérapie, à démarrer la veille de l'intervention, et à poursuivre jusqu'à cicatrisation muqueuse. Pour les autres soins, il faudra respecter les précautions générales (2), (3), (37).

- ⇒ Risque infectieux : augmenté par l'effet immunosuppresseur des traitements ;
- ⇒ Risque hémorragique : identique à celui de la population générale.

2.4.6. Immunosuppresseurs autres que les corticoïdes

La réponse immune met en jeu deux mécanismes principaux : l'immunité à médiation cellulaire (lymphocytes, macrophages...) et l'immunité à médiation humorale (production d'anticorps). Ces traitements visent à inhiber cette réponse immune (3).

Ces traitements sont essentiellement retrouvés en cas de transplantation d'organe, et de maladies auto-immunes. Les principales familles sont les anti-TNF alpha, des anticorps anti-lymphocytaires, des anti-métabolites, des anticorps anti-IL2...

Plusieurs répercussions générales sont à prendre en compte, dont notamment l'augmentation du risque infectieux, du risque de cancers, une hypertension artérielle, une leucopénie, des toxicités hépatique et rénale...

Ces patients présentent un risque infectieux largement augmenté, et un foyer infectieux doit être supprimé le plus rapidement possible. Un bilan bucco-dentaire est nécessaire avant la mise en place des traitements (3).

En cas de toxicité hépatique, le risque hémorragique sera également augmenté chez ces patients.

- *Prise en charge d'un patient sous anti-TNF alpha ou anticorps anti-lymphocytaires* : en cas d'acte invasif, la prise en charge devra être discutée avec le médecin prescripteur, avec éventuellement une interruption du traitement, accompagnée d'une antibioprophylaxie ;
- *Prise en charge d'un patient traité par un autre immunosuppresseur* : en cas d'acte invasif, la prise en charge devra être discutée avec le médecin prescripteur pour décider d'une éventuelle antibioprophylaxie selon l'acte à réaliser (2) (23).

- ⇒ Risque infectieux : augmenté par l'effet immunosuppresseur des traitements ;
- ⇒ Risque hémorragique : peut être augmenté en cas de toxicité hépatique.

3. État des lieux des recommandations

Les recommandations en pratique bucco-dentaire peuvent être divisées en différentes catégories selon l'organisme duquel elles émanent. Cette partie n'a pas pour but de faire l'inventaire de toutes les recommandations qui existent actuellement, car il serait impossible d'être exhaustif. Il s'agit d'avantage d'un récapitulatif sur les différents types de recommandations que l'on peut trouver.

La HAS, notamment, a pour mission d'élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, dont le but est d'améliorer la prise en charge des patients, en aidant à la prise de décision, harmonisant les pratiques, réduire les traitements inutiles...(38)

Il est important de rappeler que les recommandations sont établies après analyse de la littérature scientifique et qu'elles sont, de la même manière, soumises à une gradation selon leur niveau de preuve, dans le cadre de l'*evidence-based medicine*. Ainsi, le grade A est le plus fort niveau de preuve et correspond à une preuve scientifique établie, le grade B est le niveau de preuve intermédiaire et correspond à la présomption scientifique, enfin le grade C correspond à un faible niveau de preuve scientifique. En l'absence de données scientifiques disponibles, un accord d'experts pourra être établi, correspondant à l'approbation d'au moins 80% des membres du groupe de travail (39).

Tableau 1 - Niveau de preuve scientifique de la littérature de force des recommandations (adapté du score de Sackett) - d'après le Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, édité par la HAS (anciennement ANAES) en janvier 2000 (40)

Niveau de preuve scientifique de la littérature	Force des recommandations
<p><i>Niveau 1</i></p> <p>- Essais comparatifs randomisés de grande puissance (risques alpha et bêta faibles)</p> <p>- Méta-analyses</p>	Grade A
<p><i>Niveau 2</i></p> <p>- Essais comparatifs randomisés peu puissants (risques alpha et bêta élevés)</p>	Grade B
<p><i>Niveau 3</i></p> <p>- Essais comparatifs contemporains non randomisés</p> <p>- Études de cohorte</p> <p><i>Niveau 4</i></p> <p>- Essais comparatifs avec série historique</p> <p><i>Niveau 5</i></p> <p>- Série de cas</p>	Grade C

L'*evidence-based medicine* ou médecine fondée sur la preuve, fait aujourd'hui partie intégrante de la pratique médicale. Son principe est de baser les décisions cliniques, sur les connaissances théoriques, le jugement et l'expérience, mais également sur des « preuves » scientifiques, tout en tenant compte des préférences des patients. Ces « preuves » sont les connaissances déduites de recherches cliniques systématiques, publiées dans des articles de revues scientifiques, et reposant sur des résultats valides et applicables dans la pratique médicale quotidienne. Les articles possédant le plus haut niveau de preuve sont des essais contrôlés randomisés et des méta-analyses, et correspondent à des recommandations de grade A. Inversement, certaines recommandations sont reprises dans des articles à haut niveau de preuve, ce qui traduit leur pertinence scientifique.

Avant de rédiger des recommandations, une revue de la littérature doit être établie, après analyse de plusieurs articles pertinents. Ces articles, pour la plupart, peuvent être recherchés dans des banques de données bibliographiques, telles que *Medline*, *Embase*, *Pascal*, *Healthstar* ou la *Cochrane Library*. Il semble donc important de rappeler, que certains de ces articles à haut niveau de preuve constituent des références plus fiables que certaines recommandations publiées au niveau départemental ou régional.

La grande majorité des recommandations sont applicables au niveau national, et donc peuvent différer d'un pays à l'autre. Certaines sont cependant valables au niveau européen. Enfin, nous nous intéresserons également brièvement aux recommandations que l'on peut trouver aux États-Unis.

3.1. Grandes instances (HAS - ANSM)

Parmi ces grandes instances, on retrouvera principalement la HAS, l'ANSM, mais également le ministère de la santé.

L'ANSM, anciennement AFSSAPS jusqu'en 2012, est notamment à l'origine des recommandations sur la prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire, réactualisées en 2011 (1). On peut également citer les recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients traités par bisphosphonates (6), le rappel des règles de bon usages des anti-inflammatoires non stéroïdiens (41), ou l'évaluation de l'exposition au mercure et des risques dus aux amalgames dentaires (29). L'ANSM dispose d'un site internet sur lequel on pourra retrouver notamment l'ensemble des recommandations publiées par cet organisme.

La HAS, anciennement ANAES, et partiellement ANDEM est à l'origine de nombreuses recommandations de bonne pratique, parmi lesquelles on pourra citer :

- L'Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans ;
- Les Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent ;
- Les Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale.

La HAS publie également : des « Guides des maladies chroniques », des « Recommandations en santé publique », des « Guides méthodologiques », des « Outils d'amélioration des pratiques professionnelles », et des « Études et Rapports ». On peut trouver tous ces documents sur le site internet de la HAS.

Enfin, le ministère de la santé a édité un « Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie » (4) en juillet 2006, également disponible sur le site du ministère de la santé.

3.2. Sociétés savantes et réseaux régionaux

Parmi ces sociétés savantes, on peut citer la SFCO, la SFSCMFCO, ou encore l'ADF.

La SFCO est à l'origine de la production de plusieurs documents de référence, dont « la Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires » en 2012 (2), « la Prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte » en 2008 (37), « la Prise en charge des patients sous traitement anti-vitamine K en chirurgie bucco-dentaire » en 2006 (9), « la Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires en odontostomatologie » en 2005 (31), et

« L'Emploi des vasoconstricteurs en odontostomatologie » en 2003. Plus récemment, en 2015, la SFCO a également édité un guide sur la « Gestion péri-opératoire des patients traités par anti-thrombotiques en chirurgie orale » (10). Tous ces documents sont disponibles sur le site de la SFCO.

La SFSCMFCO a publié des recommandations sur les soins dentaires et les bisphosphonates : « Recommandations implantologie et bisphosphonates » (34) et « Recommandations chirurgie orale et bisphosphonates » (33).

L'ADF dans le cadre de sa démarche qualité, et en association avec le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, a édité plusieurs recommandations, dans un objectif de formation continue des chirurgiens-dentistes, parmi lesquelles on peut citer : « Gestion des risques polluants et contaminants », « Sécurité sanitaire au cabinet dentaire », « Traitement d'urgence des traumatismes accidentels de l'incisive centrale maxillaire permanente, chez l'enfant et l'adolescent », « Pathologies cardio-vasculaires et chirurgie dentaire »...

D'autre part, les Dossiers de l'ADF, collection thématique et fruit de la réflexion menée au sein des Commissions de l'ADF, sont publiés chaque année en novembre à l'occasion du congrès de l'ADF, et abordent différentes recommandations. « Le chirurgien-dentiste face au cancer » et « Risques médicaux - Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste » (3) semblent particulièrement intéressants. Ces recommandations sont également disponibles directement, ou après commande, sur le site internet de l'ADF.

On peut également citer l'institut national du cancer (INCa), qui fait suite à l'ancien programme des Standards Option et Recommandations (SOR). Sa méthodologie est basée sur une revue systématique de la littérature, pondérée par un avis d'experts d'après leur expérience, et aboutit à la formulation de recommandations (39).

Les sociétés savantes sont nombreuses, et concernent aussi plusieurs spécialités médicales. On peut notamment citer la Société Française de Cardiologie, la Société Française ORL, la Société Française de Dermatologie, la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, qui ont toutes également publié des recommandations de bonnes pratiques, auxquelles nous pourrions nous référer en tant que chirurgiens-dentistes.

3.3. Conseil de l'Ordre

Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes est un organisme de défense et de régulation de la profession. Ses missions, qui sont rappelées dans l'article L.4121-2 du code de la santé publique, comprennent notamment « le maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de l'art dentaire ». Le Conseil de l'Ordre rédige des recommandations ayant pour objectif de sécuriser l'exercice des chirurgiens-dentistes portant particulièrement sur la matériovigilance, la radioprotection, les installations électriques, l'hygiène et la stérilisation, la traçabilité, la cotation des actes.

Tous les mois, le Conseil de l'Ordre publie une « Lettre du Conseil de l'Ordre » dans laquelle il informe sur les actualités de la profession, dont font partie les dernières recommandations.

Enfin, l'Ordre s'est associé à l'INCa en vue de former les chirurgiens-dentistes à « la détection précoce des cancers de la cavité buccale ».

L'ensemble de ces documents est disponible sur le site internet officiel du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes.

3.4. Recommandations à l'international

Les recommandations à l'international diffèrent parfois de celles qui existent en France, bien qu'elles suivent souvent les mêmes tendances, l'évolution des connaissances étant semblable au niveau international. C'est, par exemple, le cas de la prévention de l'endocardite infectieuse par antibioprofylaxie. L'Institut National pour la santé et l'Excellence Clinique (NICE), chargé d'établir les standards cliniques du système de santé britannique (NHS) publie en 2008 de nouvelles recommandations supprimant de manière radicale l'antibioprofylaxie de l'Endocardite Infectieuse (42). En 2009, la Société Européenne de Cardiologie met également à jour les recommandations sur ce sujet, mais ne suit pas l'avis du NICE et recommande l'antibioprofylaxie dans les situations les plus à risque uniquement (43). Cet avis sera repris par l'AFSSAPS en 2011 (1), lors de la publication de ces recommandations en France. Ainsi, les avis peuvent diverger au sein même de l'Union Européenne, ce qui nous rappelle que, malgré *l'evidence-based medicine*, les recommandations émanent avant tout de groupes de travail, avec une part de subjectivité dans l'interprétation de la littérature scientifique.

Cependant, il semble toujours intéressant de s'interroger sur ce qui se fait à l'étranger, plus particulièrement au niveau de l'Europe, des États-Unis et du Canada, pour rester sur des niveaux, modes de vie, et une offre de soins comparables.

Enfin, il semble également nécessaire de citer l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui a publié des rapports sur la Santé Bucco-Dentaire, avec des enjeux de santé publique au niveau mondial (44).

4. Contexte de l'étude

4.1. Démographie des chirurgiens-dentistes en Haute-Normandie

La Haute-Normandie est une région française formée par les départements de l'Eure et de la Seine Maritime. Le 1^{er} janvier 2016, dans le cadre de la réforme territoriale, elle a fusionné avec la Basse-Normandie pour former la région de Normandie. Le terme de Haute-Normandie, faisant référence à l'ancienne région, sera cependant employé tout au long de ce document, le travail ayant débuté avant cette réforme.

La Haute-Normandie compte 1,8 millions d'habitants en 2015, répartis entre l'Eure (591 616), plus rurale, et la Seine-Maritime (1 253 931) où se trouvent les deux plus grandes villes de la région, Rouen et le Havre. Depuis de nombreuses années, la région présente des indicateurs sociaux et sanitaires globalement peu favorables. Par rapport au niveau national, la Haute-Normandie présente une moyenne d'âge assez basse, un taux de chômage élevé et en constante augmentation, mais un revenu fiscal moyen des ménages proche de la moyenne, avec une part importante d'ouvriers par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures, dans la population active. La région se caractérise également par une offre de soins déficitaire en nombre de professionnels libéraux, mais aussi de places d'hospitalisation, ainsi qu'une surmortalité de près de 8% par rapport à la moyenne nationale. Cependant, il existe des disparités démographiques et sociales entre les différents territoires de la région (45).

En 2015, la Haute-Normandie compte 733 praticiens en exercice, ce qui en fait la région la moins dotée en chirurgiens-dentistes, avec une densité de 39,7 (pour 100.000 habitants), par rapport à 63 au niveau national. L'exercice est principalement libéral avec plus de 88% des praticiens, contre 11,6% de salariés. On note un taux de féminisation de la profession de 42%, et 10% des praticiens en exercice ont plus de 65 ans (46).

De plus, au sein même de la région, il existe des disparités importantes, entre les zones urbaines, semi-urbaines et rurales. Ceci est également valable pour d'autres professions de santé, comme les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les infirmiers libéraux.



Figure 1 - Cartographie définie lors de « l'Étude prospective des besoins en professionnels de santé, à l'horizon 2022 ». Source : ARS Haute-Normandie - INSEE

Ainsi, en décembre 2015, l'Agence Régionale de Santé (ARS), en collaboration avec l'INSEE, a publié une « Étude prospective des besoins en professionnels de santé, à l'horizon 2022 » (47), dans laquelle est effectué un bilan sur la démographie professionnelle actuelle et

son évolution dans les années à venir. Dans cette étude, la région est divisée en 19 territoires Hauts-Normands, entre lesquels il existe des différences de densité importantes.

L'évolution de la démographie de la population régionale a un impact direct sur l'évaluation des besoins en termes de démographie professionnelle. En effet, la demande en soins dentaires est plus fréquente entre 25 et 70 ans, contrairement aux soins infirmiers par exemple, pour lesquels la demande émane essentiellement des personnes âgées. Ainsi, la demande en dentistes est davantage liée à l'accroissement de la population qu'à son vieillissement.

Les professionnels de santé sont également touchés par le vieillissement, et en Haute-Normandie, près de 40% des dentistes ont 55 ou plus, et 21% ont 60 ans ou plus, avec des disparités entre les territoires. Par exemple, sur les territoires de Bourg-Achard, de Barentin et du Havre, moins de 30% des dentistes ont 55 ans ou plus.

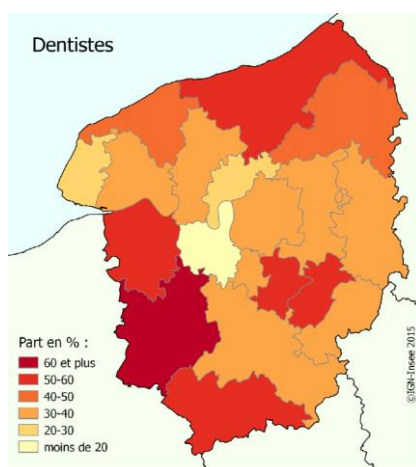


Figure 2 - Part des dentistes âgés de 55 ans ou plus, dans les territoires Hauts-Normands. Source : ARS, caisses d'Assurance Maladie, extraction C@rtoSanté.

L'ARS et l'INSEE analysent la densité professionnelle des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie et concluent que celle-ci se place au dernier rang des 22 régions avec une densité de 3,2 professionnels pour 10 000 habitants. À titre indicatif, pour atteindre la même densité médicale que la moyenne des autres régions de métropole, la Haute-Normandie devrait compter 400 chirurgiens-dentistes de plus. On note cependant de grandes inégalités entre les territoires de la région, avec une concentration nettement plus élevée autour des grandes villes.

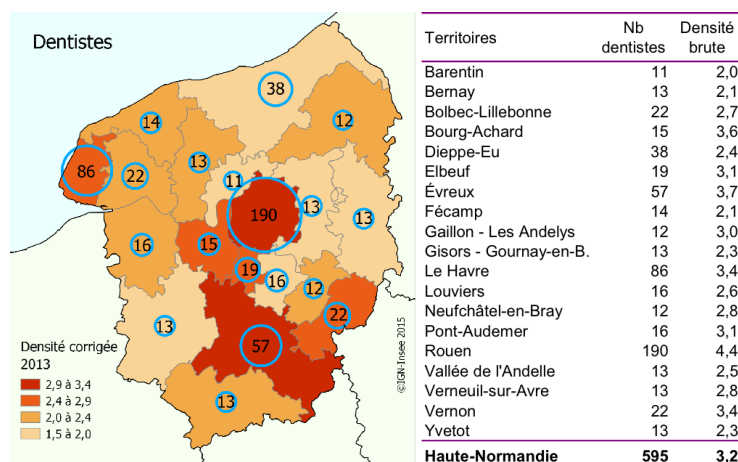


Figure 3 - Nombre de dentistes et densités correspondantes dans les territoires de Haute-Normandie. Plus de la moitié des dentistes sont situés dans les bassins de Rouen, du Havre, et d'Évreux. Source : ARS, caisses d'Assurance Maladie, extraction C@rtoSanté – traitement INSEE

Si la démographie des chirurgiens-dentistes en Haute-Normandie est donc problématique à ce jour, l'avenir n'apparaît pas plus prometteur.

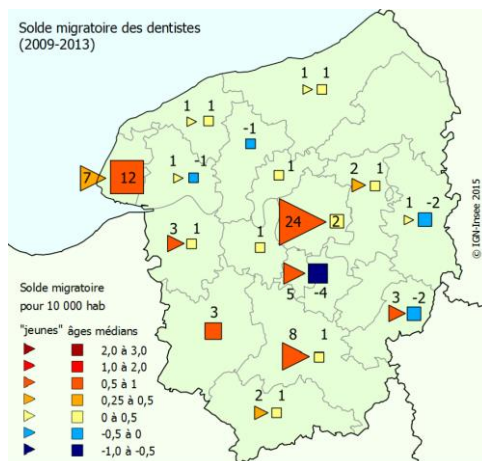


Figure 4 - Soldes migratoires de dentistes par grandes catégories d'âge. Source : ARS, caisses d'Assurance Maladie, extraction C@rtoSanté – Traitement INSEE.

Note de lecture : dans le territoire de Rouen, le solde migratoire « jeunes » est de + 24 sur les années 2009 à 2013, le solde « âges médians » est de + 2. NB : l'absence de symbole pour l'un des deux soldes, comme à Bernay, correspond à un solde nul (équilibré).

En effet, d'ici 2022 de nombreux départs à la retraite, majoritairement à partir de 65 ans, sont à prévoir, avec environ un tiers des dentistes qui cesseraient leur activité.

Depuis 2009, les installations de nouveaux dentistes restent faibles, estimées à une quinzaine par an, et essentiellement dans les grandes villes.

Pour maintenir une densité médicale régionale identique au niveau actuel, il faut donc non seulement compenser les départs en retraite, mais également l'accroissement probable de la population. Ainsi les besoins en remplacement d'ici 2022 sont estimés à environ 200 chirurgiens-dentistes, avec un objectif d'harmonisation de la densité médicale au sein des différents territoires de la région.

Selon les flux tendanciels actuels, le renouvellement des chirurgiens-dentistes apparaît comme insuffisant, avec un besoin annuel moyen d'environ 20 dentistes, alors que le rythme actuel est de 15. Le rééquilibrage entre les territoires est nettement plus problématique, puisque les installations actuelles se font dans les territoires qui sont déjà plus fortement dotés. C'est dans ce cadre qu'ont été créés, en 2011 les centres de soins dentaires de Rouen et du Havre. Ils permettent d'une part de compléter la formation des étudiants arrivant en cinquième ou sixième année, ainsi que plus récemment des internes, et d'autre part, d'augmenter l'offre de soin au niveau régional, si possible à long terme en incitant les étudiants à s'installer dans la région. L'ONDPS, dans son « État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes », précise qu'il existe une corrélation très nette entre les lieux de formation et les lieux d'exercice (48). Ces centres permettent également de développer une activité hospitalière, et fournissent aux praticiens un nouveau service vers lequel orienter les patients quand cela est nécessaire.

4.2. Impact sur l'activité

Face à ce déficit en professionnels de santé en Haute-Normandie, il semble intéressant de s'interroger sur l'impact que cela peut avoir sur l'activité des chirurgiens-dentistes, particulièrement sur la prise en charge des patients à risque.

En effet, un constat qui a pu être fait au niveau du service d'odontologie du Havre, est une orientation fréquente de ces patients dits « à risque » vers le service pour des actes dont la prise en charge ne relève pas de l'hospitalier, selon les recommandations.

Ceci soulève plusieurs questions sur l'origine de cette orientation. Quelles sont les raisons qui incitent les praticiens à adresser les patients pour des actes pouvant être réalisés en cabinet ? La connaissance des recommandations est-elle suffisante ? Les moyens de formation, initiale et continue, sont-ils satisfaisants ? Existe-t-il un contraste de prise en charge, entre les praticiens exerçant en milieu rural, pour lesquels les correspondants éventuels sont plus éloignés, et les praticiens exerçant en centre-ville, qui ont la possibilité d'adresser leurs patients plus facilement ?

À partir de ce constat, certaines hypothèses explicatives peuvent être proposées, et notamment un manque de connaissance des recommandations, mais aussi un manque de temps des praticiens lié à une démographie professionnelle faible et une demande de soins importante. Dans l'objectif d'étayer ces hypothèses, nous avons donc réalisé une enquête portant sur les pratiques professionnelles des chirurgiens-dentistes de ville de Haute-Normandie.

5. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes libéraux de Haute Normandie sur la prise en charge des patients à risque

5.1. Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude peuvent être définis comme suit :

- **Objectif principal** : évaluer les connaissances et attitudes des chirurgiens-dentistes de ville de Haute-Normandie en matière de prise en charge des patients à risque ;
- **Objectif secondaire** : identifier les facteurs pouvant influencer la prise en charge des patients à risque, par les chirurgiens-dentistes de ville de Haute Normandie.

5.2. Période de l'étude

L'étude s'est déroulée du 26 février 2016 au 8 avril 2016. Cette période peut être divisée en deux temps :

- Première période : du 26 février au 31 mars (inclus), qui correspond au premier envoi du questionnaire ;
- Deuxième période : du 1^{er} avril au 8 avril (inclus), qui correspond au deuxième envoi du questionnaire ou rappel.

5.3. Matériel et méthodes

5.3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête épidémiologique descriptive observationnelle transversale régionale.

5.3.2. Population étudiée

5.3.2.1. Critères d'inclusion

La population cible était constituée par les chirurgiens-dentistes diplômés exerçant en cabinet, libéraux et salariés, dans la région de Haute-Normandie.

La population étudiée, qui correspond à l'ensemble des répondants, constitue donc un échantillon de cette population cible.

5.3.2.2. Critères de non inclusion

Les orthodontistes, les praticiens à la retraite, ainsi que les praticiens hospitaliers n'étaient pas inclus dans l'étude. Dans le cas où certains d'entre eux auraient reçu le questionnaire, un message explicatif les invitait à ne pas y répondre.

5.3.3. Méthodologie

5.3.3.1. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire, présenté dans l'annexe 1, a été créé sur le logiciel « Enquête » de l'université de Lille 2, garantissant l'anonymat des répondants et le stockage des données sur le serveur de l'université. Il a fait l'objet d'une déclaration Informatique et Liberté auprès de la CNIL portant le numéro 2016-11 (annexe 2).

Il présentait la structure suivante :

- Un ensemble de questions concernant la prise en charge des patients à risque, divisées en sous-parties :
 - 1 - Attitude concernant la prise en charge des patients à risque
 - 2 - Pathologies cardio-vasculaires
 - 3 - Pathologies endocriniennes
 - 4 - Pathologies hépatiques et gastro-intestinales
 - 5 - Maladies rénales
 - 6 - VIH
 - 7 - Risques liés à un traitement
- Une partie concernant les « données d'identification » des répondants (âge, sexe, faculté d'origine, date d'installation, type d'exercice, secteur d'activité...)

Il comprenait au total 33 questions, toutes obligatoires, dont 6 questions avec plusieurs réponses possibles et une question à réponse libre. Le choix « Autre », avec possibilité de préciser sa réponse, apparaît 6 fois.

5.3.3.2. Méthode de diffusion du questionnaire

Le questionnaire a, au préalable, été testé auprès d'un groupe de praticiens appartenant à d'autres régions, permettant ainsi de ne pas exclure de participants appartenant à la région de Haute-Normandie (selon le principe qu'un groupe-test ne peut pas être inclus dans l'étude). L'objectif était de valider le questionnaire, et évaluer le temps requis pour y répondre. 6 réponses ont ainsi été obtenues.

À la suite de cette période de test, seule une question (7_1) a été modifiée. Les praticiens du groupe test ont aussi confirmé la durée de réponse de dix minutes.

Il a été décidé de diffuser ce questionnaire par courrier électronique, pour simplifier le recueil des données.

Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de l'Eure et de la Seine-Maritime ont tout d'abord été contactés.

Le Conseil Départemental de l'Ordre de l'Eure n'a pas souhaité communiquer directement les adresses de messagerie des praticiens, mais a accepté de transmettre le questionnaire par courriel à l'ensemble des praticiens qui possédaient une adresse électronique. Le questionnaire a été ainsi envoyé à 239 praticiens eurois, mais sans plus d'informations sur le nombre d'adresses mail non valides.

Le Conseil Départemental de l'Ordre de la Seine-Maritime n'a pas souhaité communiquer les adresses de messagerie, ni transmettre le questionnaire par courriel. Il a simplement proposé de diffuser le questionnaire sur le site internet du Conseil Départemental, ce qui ouvrirait l'accès au questionnaire à toute personne visitant le site, en créant ainsi un biais évident dans le recueil des données. Cette proposition a donc été refusée.

Ainsi, les adresses de messagerie des praticiens de la Seine-Maritime ont été obtenues par l'intermédiaire du carnet d'adresses personnel de plusieurs chirurgiens-dentistes du département, permettant de former un listing assez complet. En conséquence, le questionnaire a pu être envoyé à 386 praticiens, 35 adresses électroniques n'étaient plus valides et 3 praticiens ont signifié ne pas être concernés (2 retraités et 1 orthodontiste).

Le questionnaire a donc été envoyé à 625 adresses électroniques, dont au moins 38 ne permettaient pas d'obtenir une réponse. Le nombre de praticiens ayant été contactés peut être estimé à 587 sur les 733 en exercice dans la région.

Pendant la première phase uniquement, l'autre méthode de diffusion a été une remise du questionnaire en version papier aux praticiens présents lors d'une journée de formation continue. Ce mode de diffusion a permis de recueillir 8 réponses, qui ont été ensuite informatisées.

Au total 105 réponses ont été recueillies.

5.3.3.3. Outils informatiques

Les données ont été collectées automatiquement par le logiciel « Enquête » et copiées ensuite dans un tableur. L'analyse a été effectuée avec le logiciel *Excel 2016 pour Mac*.

5.4. Résultats

5.4.1. Analyse descriptive univariée

5.4.1.1. Description des répondants

5.4.1.1.1. Données démographiques

La proportion d'hommes et de femmes ayant répondu au questionnaire est comparable, avec 47,62% de femmes et 52,38% d'hommes (n=105).

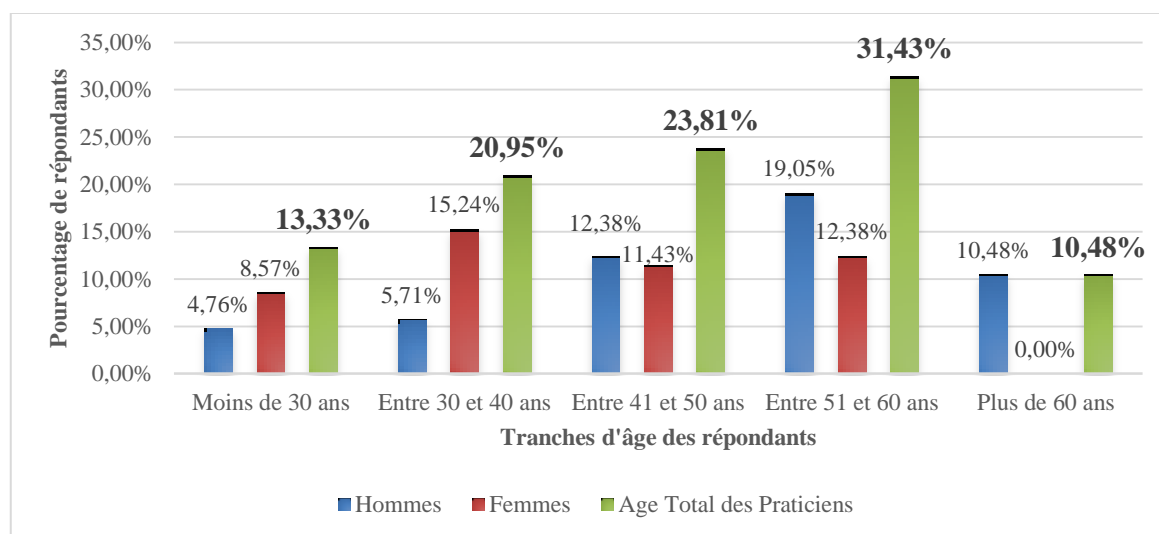


Figure 5 - Distribution des praticiens par sexe et par tranches d'âge.

La classe d'âge la plus représentée est celle des 51-60 ans, avec 31,43% des praticiens (n=105), et la moins représentée est celle des plus de 60 ans avec 10,48% des praticiens (n=105). Cependant, aucune femme de plus de 60 ans n'a répondu à l'enquête. Ces données sont représentées dans la figure 5.

5.4.1.1.2. Faculté d'origine

La majorité des praticiens ayant répondu à l'enquête a effectué sa formation initiale à la faculté de Reims, avec 42,86% des répondants (n=105). Les autres praticiens ont suivi leur formation initiale dans les facultés de Paris 5 notamment avec 13,33%, Lille avec 11,43%, mais également en Roumanie et au Portugal, avec respectivement 1,90% et 0,95% (n=105). Enfin 3,81% des praticiens (n=105) n'ont pas souhaité communiquer cette donnée. Les facultés d'origine sont multiples, les praticiens n'ont donc pas reçu une formation initiale identique. Ces données sont représentées dans la figure 6.

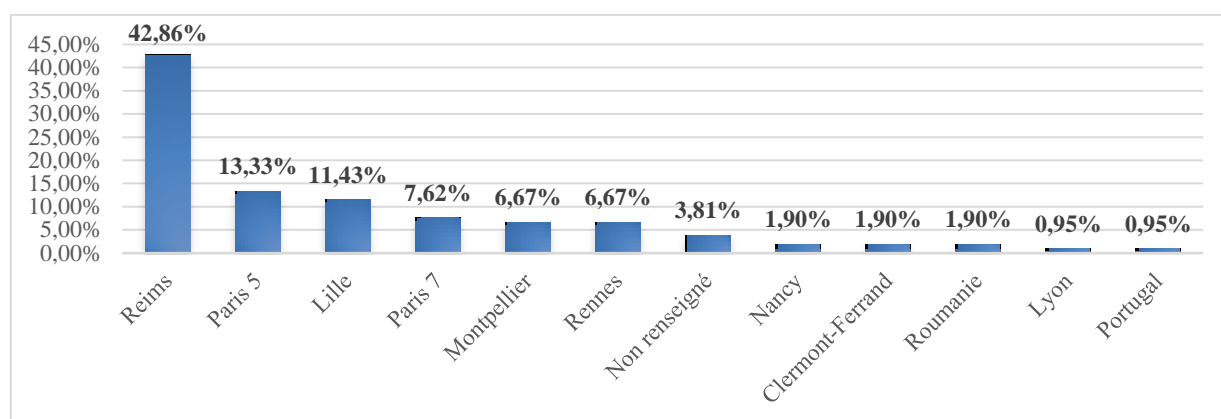


Figure 6 - Répartition des répondants par faculté d'origine.

5.4.1.1.3. Inscription sur la liste des spécialistes qualifiés

La très grande majorité des praticiens soit 96,19% (n=105) ayant répondu à l'enquête n'est pas inscrite sur la liste des spécialistes qualifiés en chirurgie orale (0%) ou en médecine bucco-dentaire (3,81%), les orthodontistes étant exclus de l'enquête. Parmi les praticiens inscrits sur la liste des spécialistes qualifiés en médecine bucco-dentaire, 1 a suivi sa formation initiale à Reims, 1 à Paris 5, 1 à Rennes, et 1 en Roumanie. 2 sont titulaires de leur cabinet, et 2 exercent avec le statut de collaborateur libéral. Ils sont 3 à travailler dans un cabinet de ville en groupe, et 1 dans un cabinet individuel. Enfin, 2 sont situés à moins de 10 km d'un hôpital ou d'une clinique possédant un service d'odontologie ou de stomatologie, et 2 sont situés entre 10 et 50 km d'un tel service.

5.4.1.1.4. Exercice

La majorité des praticiens, soit 32,38% (n=105) a débuté son exercice en cabinet entre 1986 et 1995. Ce graphique est cohérent par rapport à l'âge des répondants, puisque parmi ces praticiens, les tranches d'âge représentées sont les 41-50 ans et les 51-60 ans soit 55,24% des praticiens, en dehors d'un seul praticien qui a plus de 60 ans. De même, parmi les praticiens ayant débuté leur exercice en cabinet entre 2006 et 2016, les tranches d'âge retrouvées sont les moins de 30 ans, et les 30-40 ans, en dehors d'un praticien qui a entre 51 et 60 ans.

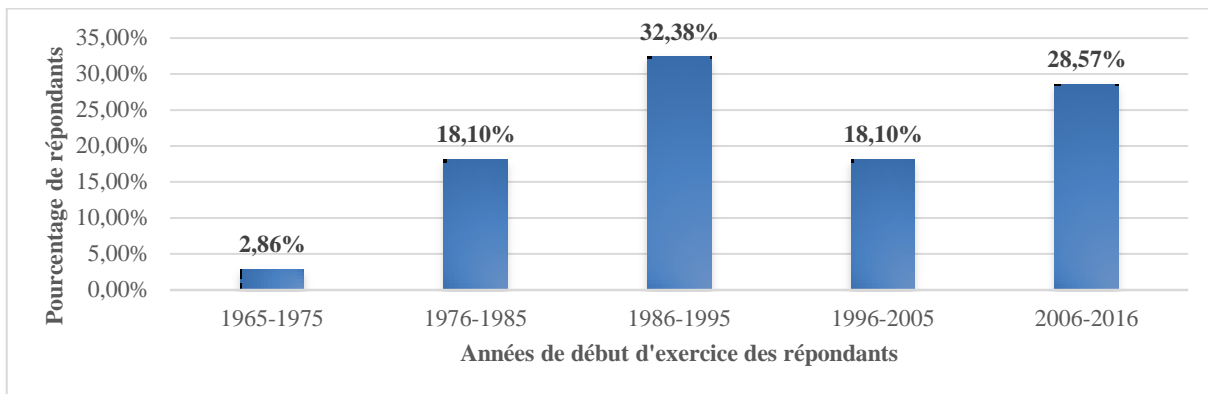


Figure 7 - Distribution des répondants en fonction de leur année de début d'exercice en cabinet.

La structure d'exercice et le statut des praticiens sont également comparables. En effet, au total 96,19% (n=105) des répondants exercent en cabinet de groupe (55,24%) ou individuel (40,95%) comme montré dans la figure 8, et 94,29% (n=105) ont un statut libéral, que ce soit au titre de titulaire (80%) ou de collaborateur (14,29%), comme montré dans la figure 8.

À la question sur la structure d'exercice, la réponse « Autre » a été choisie une fois, et correspond à une maison de santé pluridisciplinaire.

À la question sur le statut d'exercice, la réponse « Autre » a été choisie deux fois et correspond à un remplaçant et un co-gérant.

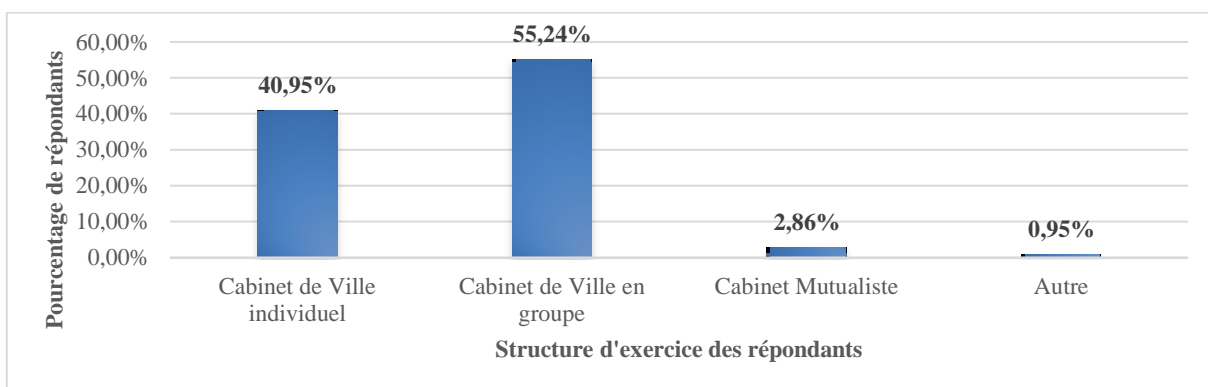


Figure 8 - Distribution des répondants en fonction de leur structure d'exercice.

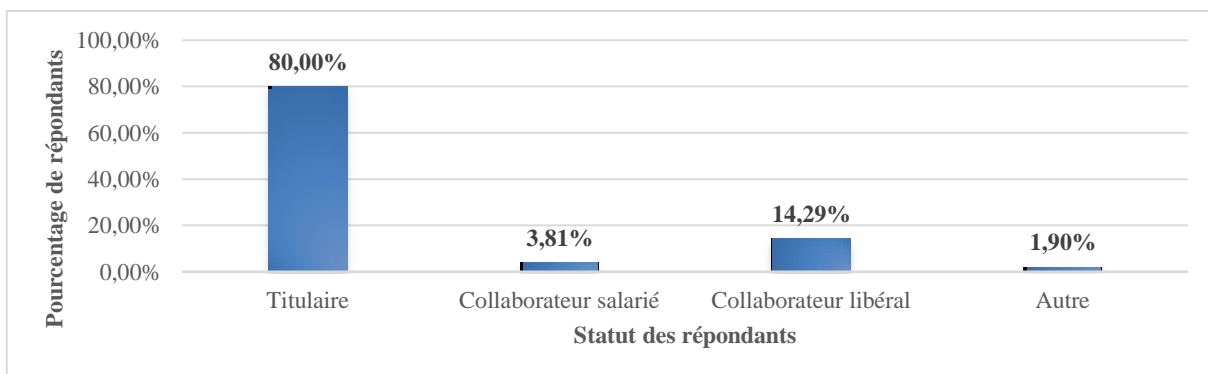


Figure 9 - Distribution des répondants en fonction de leur statut.

D'autre part, 92,38% des praticiens (n=105) n'ont pas d'activité annexe, comme montré dans la figure 10.

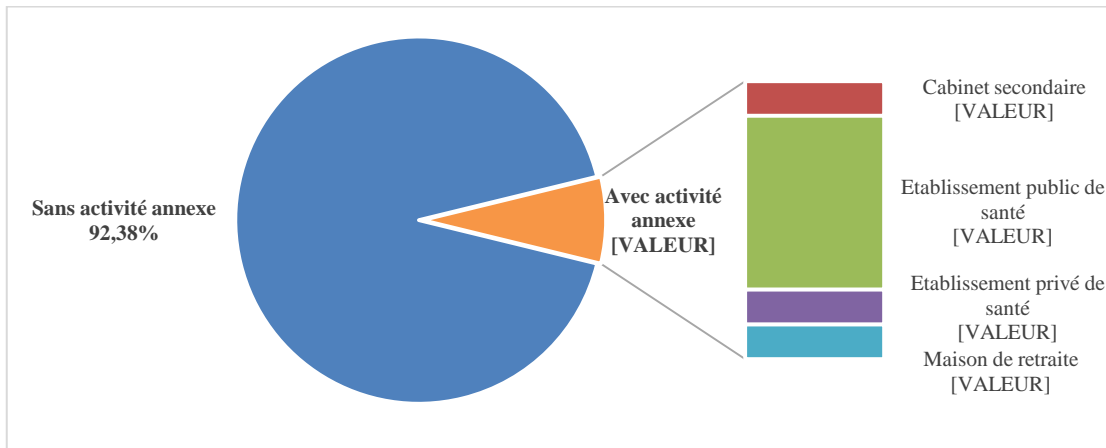


Figure 10 - Distribution des répondants en fonction de la pratique d'un exercice annexe.

La figure 11 représente les répondants répartis selon leur temps de travail hebdomadaire. La réponse « Autre » correspond à un praticien n'exerçant plus pour le moment, mais travaillant anciennement entre 30 et 40 heures par semaine.

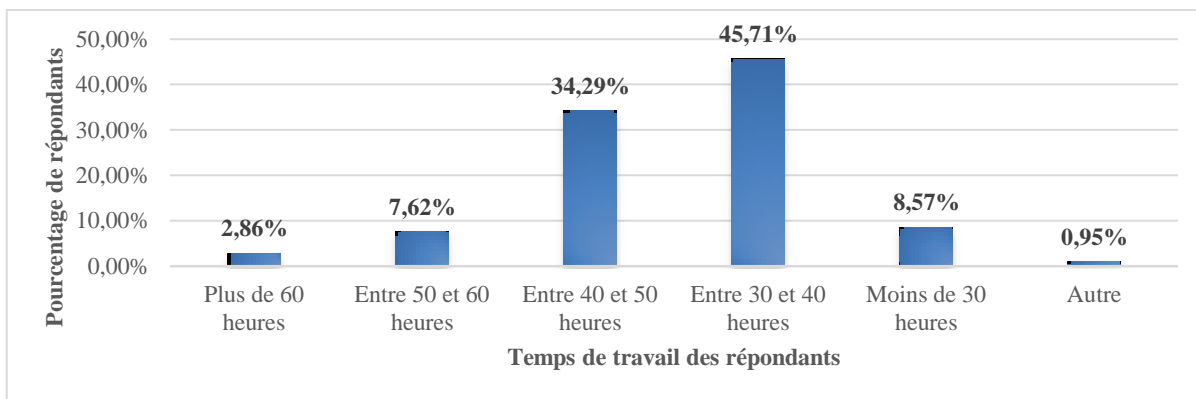


Figure 11 - Distribution des répondants en fonction de leur temps de travail hebdomadaire.

5.4.1.1.5. Données géographiques

Les praticiens ayant répondu à l'enquête (n=105) exercent principalement en zone urbaine (63,81%), et à moins de 10 km (66,67%) d'une clinique ou d'un hôpital possédant un service d'odontologie ou de stomatologie, comme montré dans les figures 12 et 13.

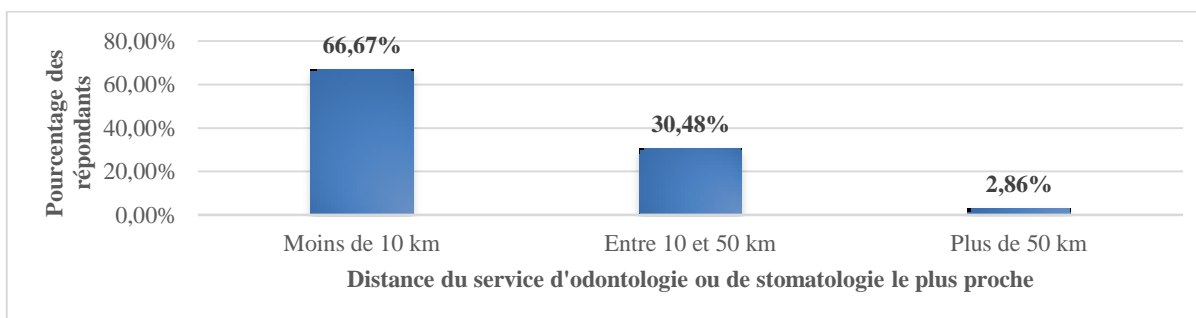


Figure 12 - Distribution des répondants en fonction de la distance entre leur cabinet et l'hôpital ou la clinique possédant un service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche.

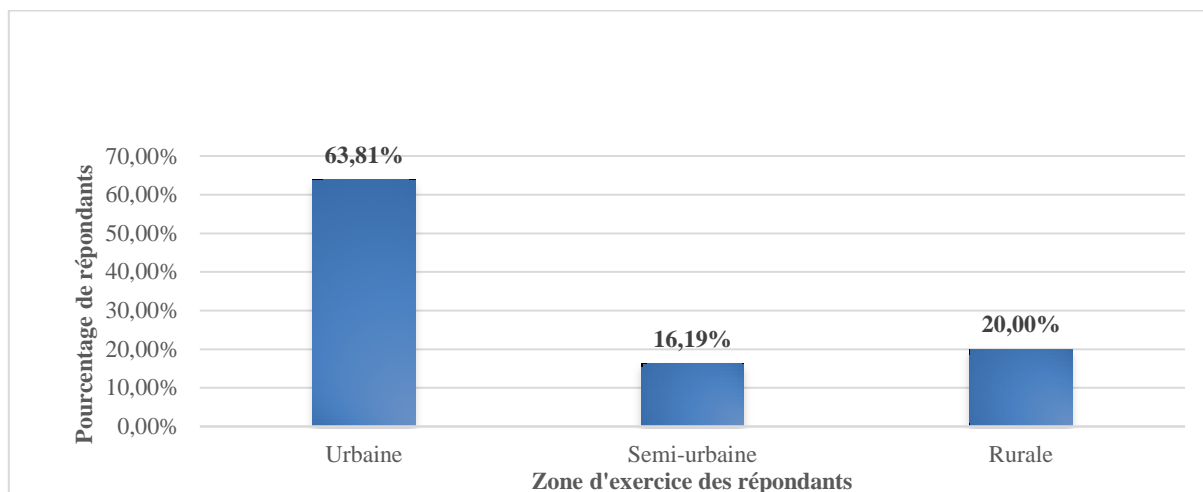


Figure 13 - Distribution des répondants en fonction du type de zone d'exercice.

5.4.1.2. Attitude concernant la prise en charge des patients à risque et la formation continue

Concernant les patients à risque infectieux, seulement 30,48% des praticiens (n=105) disent orienter ces patients de manière exceptionnelle, ce qui était pourtant la réponse attendue pour se conformer aux recommandations. 42,86% des praticiens, (n=105) disent avoir une prise en charge identique à celle de tous les patients avec respect des précautions standards, et 25,71% des praticiens (n=105) disent les prendre en charge uniquement pour les actes non invasifs et les adresser systématiquement en cas d'acte invasif. Seul un praticien avoue orienter ces patients de manière systématique vers un correspondant. La prise en charge des patients à risque infectieux semble globalement inadaptée aux recommandations, puisqu'une proportion importante des praticiens dit les prendre en charge de la même manière que la population générale.

Concernant les patients à risque hémorragique, seuls 14,29% des praticiens (n=105) les orientent vers un correspondant de manière exceptionnelle, ce qui était également la réponse attendue. 64,76% des praticiens (n=105) disent les adresser uniquement pour les actes à haut risque hémorragique et 2,86% (n=105) pour tous les actes à risque hémorragique modéré ou élevé. Seulement 16,19% des praticiens (n=105) disent avoir une prise en charge identique à celle de tous les patients, avec respect des précautions standards, sans distinction quel que soit le degré de risque hémorragique. Enfin, 1,90% des praticiens (n=105) orientent systématiquement ces patients vers un correspondant. L'orientation de patients à haut risque hémorragique paraît excessive par rapport aux indications réelles de prise en charge spécialisée.

Pour ces deux questions, la définition des risques infectieux et hémorragique avait été rappelée, ainsi que les actes considérés comme étant à risque infectieux, à risque hémorragique modéré ou à haut risque hémorragique.

La figure 14 montre les correspondants choisis par les répondants, dans le cas où ils décident d'orienter leurs patients à risque infectieux ou hémorragique. Les stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux sont particulièrement sollicités dans ce cas.

Les praticiens avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses à cette question.

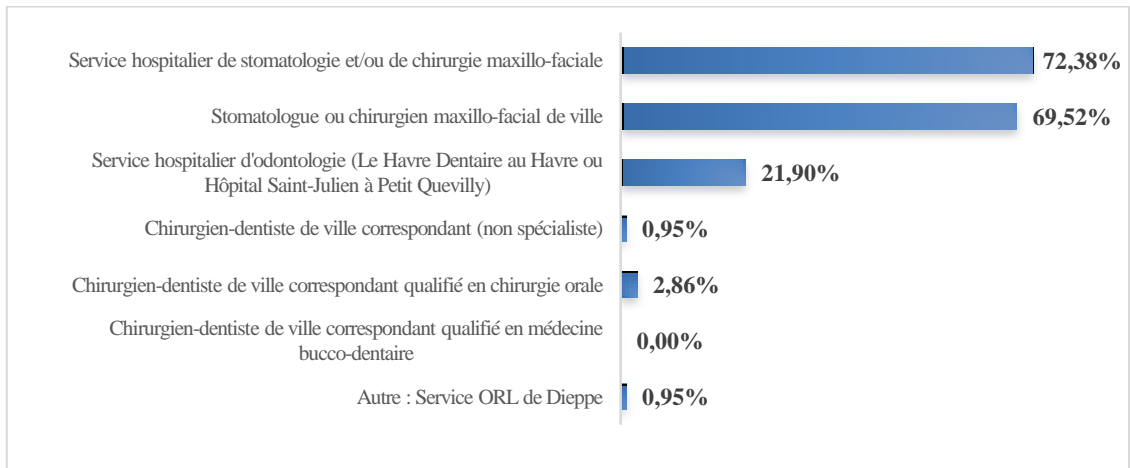


Figure 14 - Choix des correspondants en cas d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.

La figure 15 représente les différentes raisons qui dictent le choix des praticiens ayant répondu à l'enquête lorsqu'ils décident d'adresser un patient à un correspondant. Ils ne sont que 17,14% (n=105) à estimer avoir une connaissance insuffisante des recommandations. La valorisation financière ne semble pas non plus être un critère de choix pour la majorité d'entre eux.

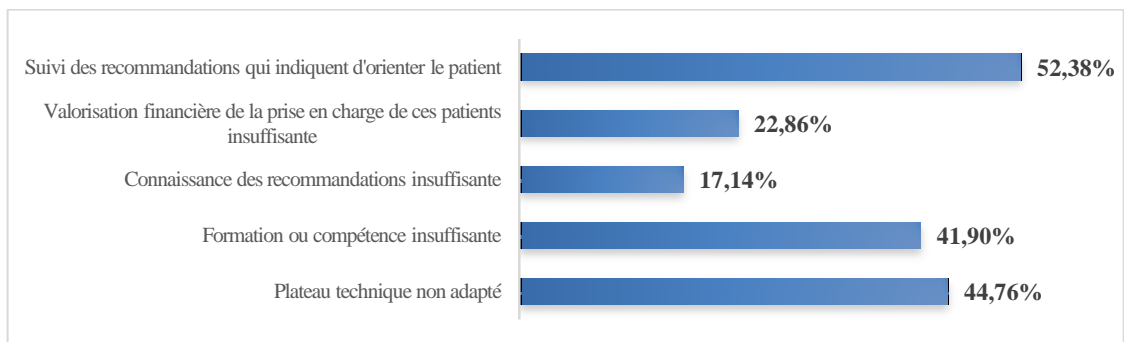


Figure 15 - Motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.

Parmi les suggestions pour inciter à la prise en charge des patients à risque hémorragique et infectieux dans les cabinets de ville, l'amélioration de la formation continue arrive en première position, suivie d'une valorisation financière des actes, qui ne ressortait pourtant pas dans les motifs d'orientation de ces patients. Ces données sont représentées dans la figure 16.

La proposition « Autre » a été choisie 7 fois, et permet d'obtenir les réponses suivantes :

- Deux praticiens pensent que les trois propositions réunies pourraient permettre de favoriser la prise en charge de ces patients en cabinet de ville ;
- Un praticien souhaiterait « avoir un service hospitalier d'urgence à proximité, car son cabinet est situé dans une zone très sous-dotée » ;
- Un praticien suggère « la création de relations interdisciplinaires » ;
- Un praticien justifie une prise en charge peut-être insuffisante par « une surcharge de patientèle associée à un problème de temps » ;
- Un praticien estime « qu'il suffit de se tenir au courant ».

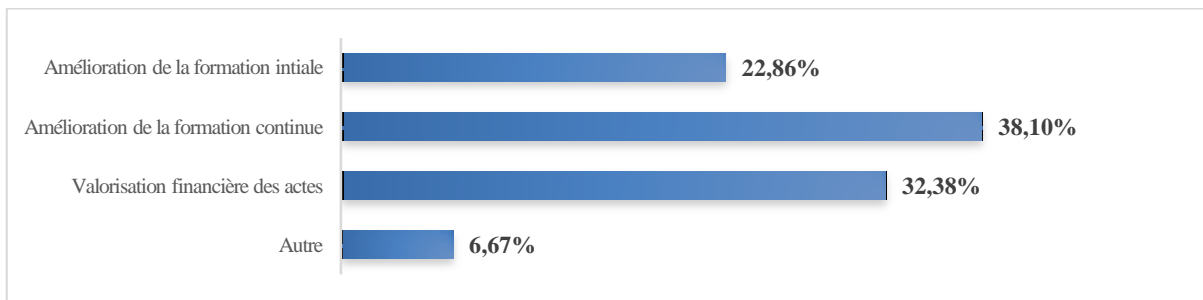


Figure 16 - Propositions pour inciter à la prise en charge des patients à risque hémorragique et infectieux dans les cabinets de ville.

Les moyens de formation continue utilisés sont multiples, le plus employé étant la participation à des congrès nationaux comme montré dans la figure 17. Au niveau départemental, l'ODFOC (Organisation Départementale de Formation Odontologique Continue) est également largement utilisée par 51,43% (n=105) des praticiens.

À cette question, les praticiens pouvaient choisir plusieurs réponses.

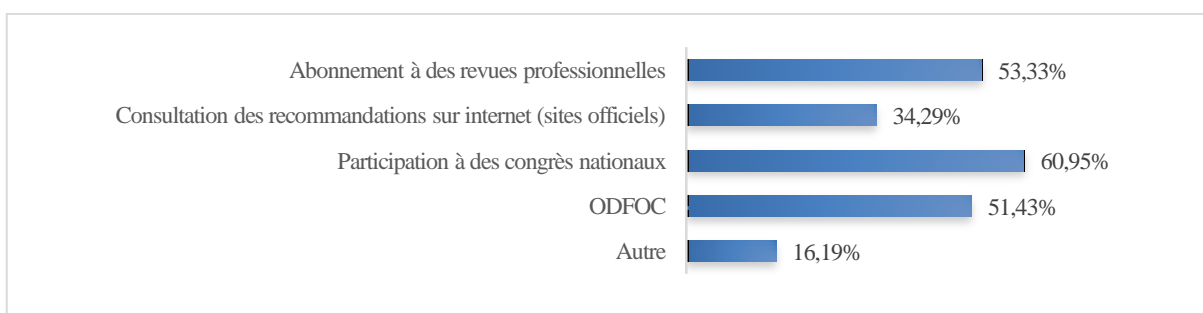


Figure 17 - Moyens de formation continue utilisés par les praticiens ayant répondu à l'enquête.

La proposition « Autre » a été cochée par 17 praticiens, soit 16,19% (n=105) et permet d'obtenir les réponses qui sont détaillées dans la figure 18.

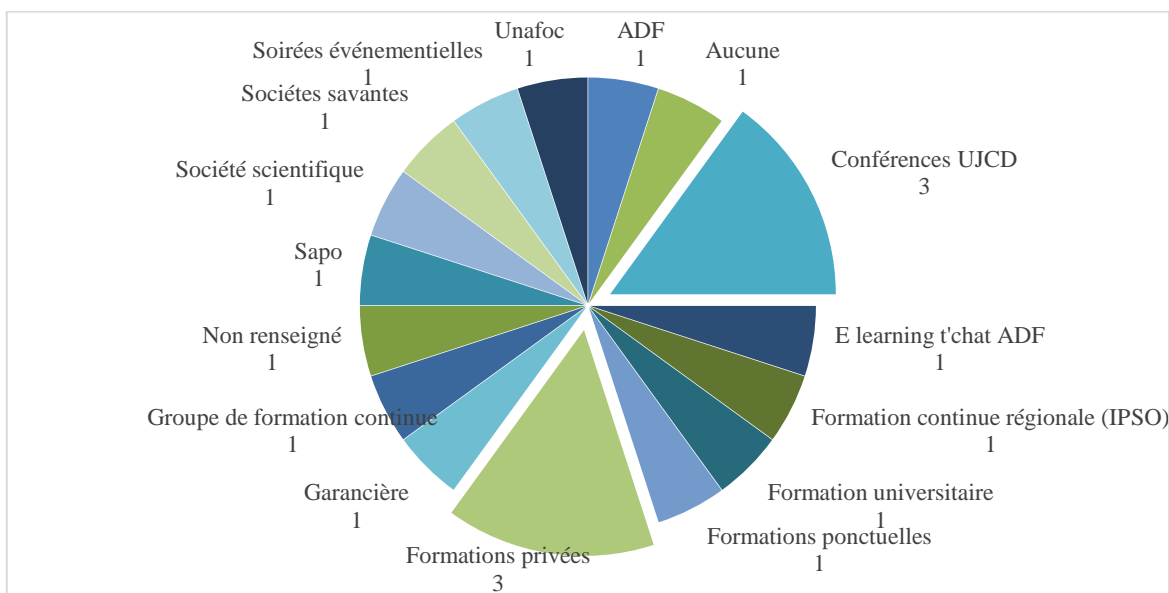


Figure 18 - Autres moyens de formation continue proposés par les praticiens ayant répondu à l'enquête.

5.4.1.3. Connaissances en termes de prise en charge des patients à risque

5.4.1.3.1. Pathologies cardio-vasculaires

À la question « Existe-t-il un risque hémorragique per opératoire chez les patients hypertendus non équilibrés ? », 35,24% des praticiens (n=105) ont répondu correctement.

À la question « Quelles sont les cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse ? » où il était possible de choisir plusieurs réponses, 30,48% des praticiens (n=105) ont eu les trois réponses correctes et seuls 2,86% (n=105) n'ont eu aucune réponse correcte. Une fraction des praticiens n'a qu'une seule partie des trois réponses juste, à savoir une seule ou deux réponses, dans les proportions indiquées dans la figure 19.

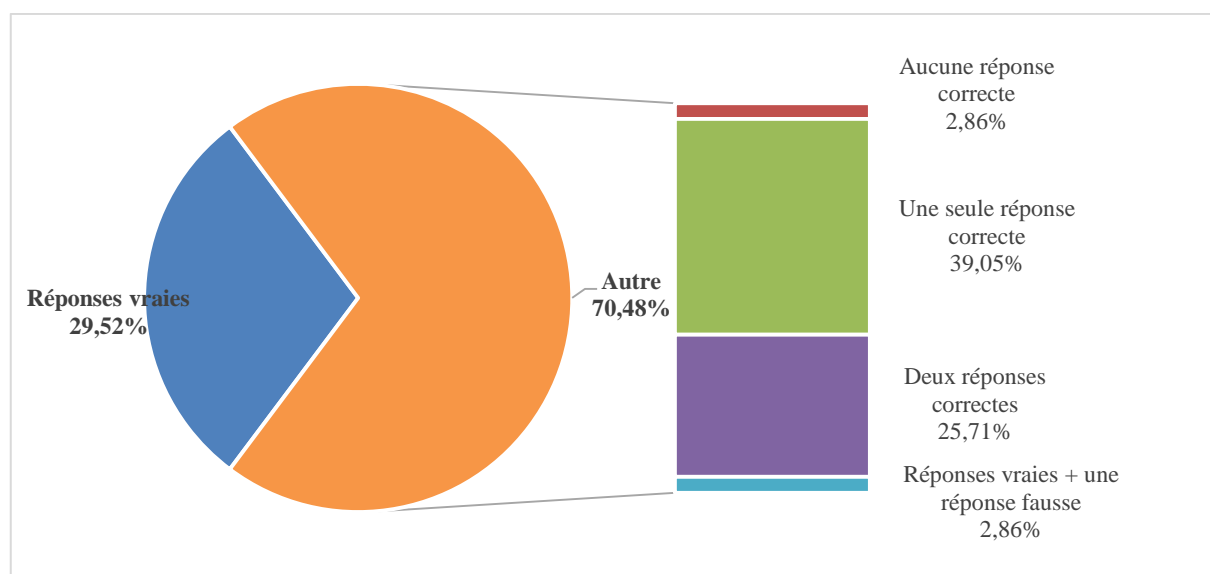


Figure 19 - Distribution des praticiens selon leurs réponses à la question portant sur les cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse.

D'autre part, 63,81% des praticiens (n=105) prescrivent un INR pour des patients sous anti-vitamine K, mais encore 21,90% (n=105) le prescrivent de manière inadaptée, que ce soit pour des patients sous antiagrégants plaquettaires, sous héparines de bas poids moléculaire ou pour une association de molécules sans précision. Enfin, 14,29% (n=105) avouent ne pas savoir dans quel cas prescrire un INR.

Concernant les questions portant sur la numération plaquettaire, 40,95% des praticiens (n=105) définissent correctement une thrombopénie, et 33,33% (n=105) connaissent le seuil de plaquettes sous lequel une prise en charge hospitalière est recommandée. Respectivement 34,29% (n=105) et 40,95% (n=105) des praticiens avouent ne pas savoir répondre à ces questions.

5.4.1.3.2. Pathologies endocriniennes

À la question « Existe-t-il un risque hémorragique chez le patient diabétique non équilibré ? », 80% des praticiens (n=105) ont répondu juste et seuls 1,90% (n=105) avouent ne pas connaître la réponse.

En ce qui concerne les indications d'antibioprophylaxie pour un acte invasif chez un patient diabétique, 37,14% des praticiens (n=105) ont répondu correctement, et 36,19% (n=105) ont

au moins une des deux réponses correcte. Les proportions de réponses sont détaillées dans la figure 20.

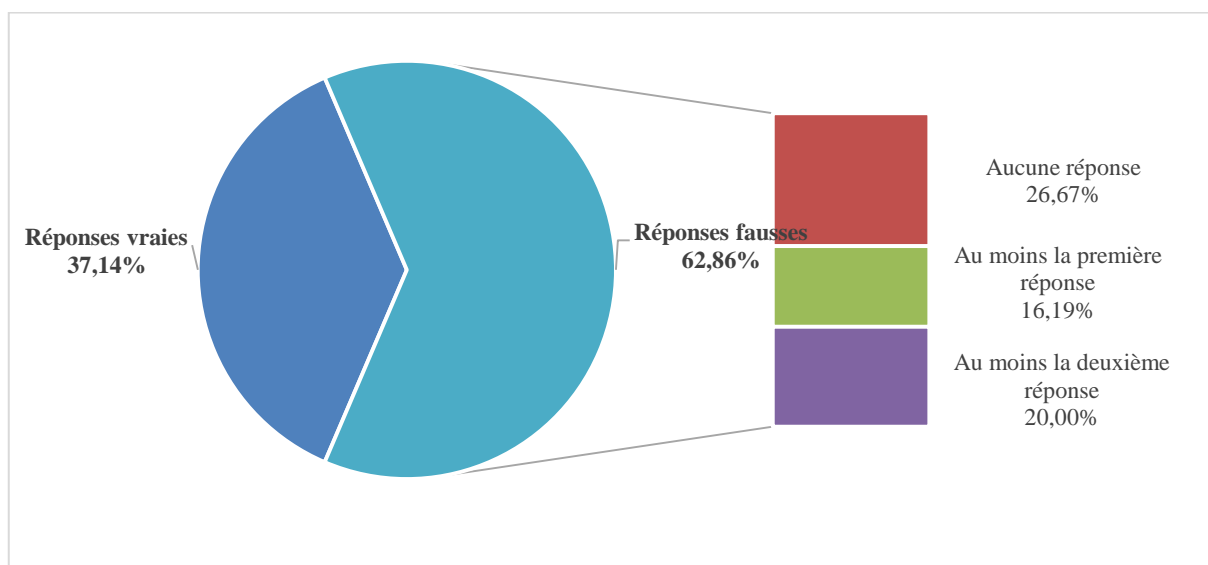


Figure 20 - Distribution des praticiens selon leurs réponses à la question « chez un patient diabétique, dans quel cas un acte invasif doit-il être précédé d'une antibioprofylaxie ? ».

5.4.1.3.3. Pathologies hépatiques et gastro-intestinales

À la question « Le risque infectieux est-il augmenté chez le patient cirrhotique ? », 63,81% des praticiens (n=105) ont répondu correctement, et 10,48% (n=105) reconnaissent ne pas savoir.

5.4.1.3.4. Pathologies rénales

Concernant la connaissance des précautions à prendre chez un patient hémodialysé, où il était possible de choisir plusieurs réponses, seuls 13,33% des praticiens (n=105) ont répondu correctement, et 37,14% (n=105) admettent ne pas connaître la réponse.

Pendant, 42,86% des praticiens (n=105) ont au moins une des deux réponses juste. Les proportions de réponses sont détaillées dans la figure 21.

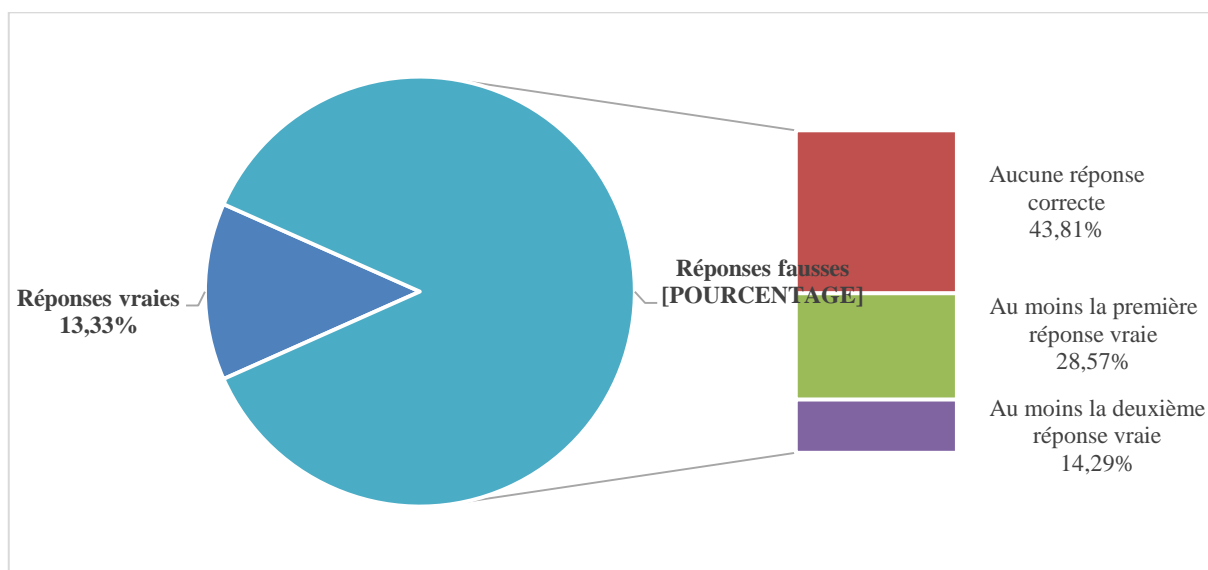


Figure 21 - Distribution des praticiens selon leurs réponses à la question « Quelles sont les précautions à prendre lorsque l'on réalise un acte invasif chez un patient hémodialysé ? ».

5.4.1.3.5. Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

Chez un patient porteur du VIH, mais avec un taux de CD4+ supérieur à 500/mm³, et en dehors de toute neutropénie associée, seuls 16,19% des praticiens (n=105) considèrent que ce patient est sain sur le plan infectieux et 63,81% (n=105) reconnaissent ne pas savoir répondre. Dans cette première question portant sur le VIH (question 6_1), il était rappelé que le taux de LT CD4+ permet d'évaluer le risque infectieux chez un patient porteur du VIH.

D'autre part, seuls 34,29% des praticiens (n=105) estiment qu'un patient infecté par le VIH peut avoir un risque hémorragique augmenté, et 22,86% (n=105) disent ne pas connaître la bonne réponse. Le stade de l'infection n'était pas précisé dans cette deuxième question (question 6_2).

Les proportions de réponses sont détaillées dans la figure 22.

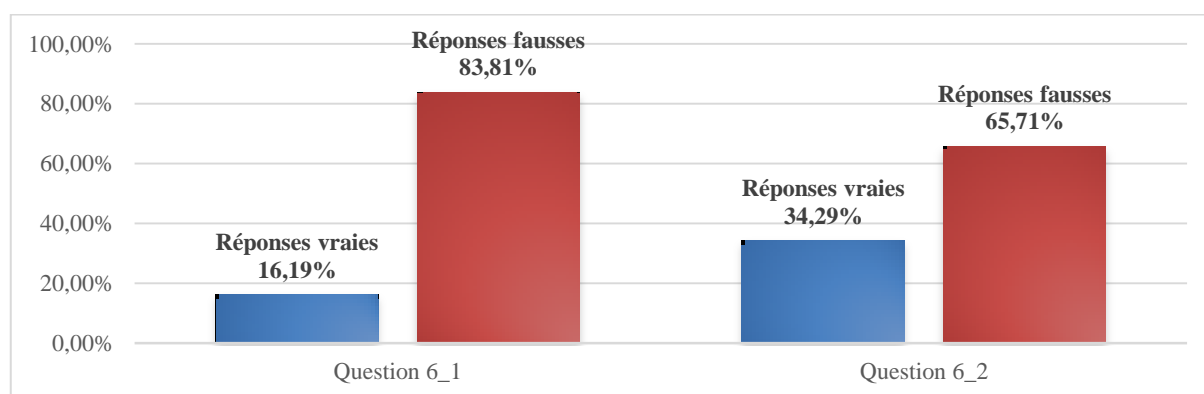


Figure 22 - Proportions des réponses vraies et fausses aux questions portant sur le VIH.

5.4.1.3.6. Risques liés à un traitement

À la première question (question 7_1), portant sur la prise en charge pour une avulsion en cabinet de ville, d'un patient non-fumeur, traité par bisphosphonates par voie orale, présentant un état dentaire et une hygiène bucco-dentaire satisfaisants, 57,14% des praticiens (n=105) ont répondu correctement en estimant que cela était possible à condition de prescrire une antibiothérapie à commencer la veille de l'intervention et à poursuivre jusqu'à cicatrisation muqueuse. 21,90% des praticiens (n=105) estiment que cette prise en charge ne peut se faire qu'en milieu hospitalier, et 11,43% (n=105) prescriraient une simple antibiothérapie post-opératoire et d'une durée de 7 jours. Enfin, seuls 2,86% (n=105) reconnaissent ne pas savoir répondre.

À la deuxième question (question 7_2) portant sur la connaissance des recommandations sur l'utilisation des vasoconstricteurs en anesthésie para-apicale, avant une avulsion, chez les patients traités par bisphosphonates (voie orale ou intraveineuse), 44,76% des praticiens (n=105) ont répondu juste en estimant que les recommandations actuelles ne contre-indiquent pas strictement l'utilisation de vaso-constricteurs, et 19,05% (n=105) avouent ne pas connaître la bonne réponse.

À la troisième question (question 7_3), 83,81% des praticiens (n=105) ont répondu faux en estimant que les gouttières de fluoruration devaient être portées dès le début de la radiothérapie, et non juste après, et 2,86% (n=105) ont reconnu ne pas savoir.

À la quatrième question (7_4), portant sur la prise en charge d'un patient traité par chimiothérapie, avec un schéma de cures toutes les 3 semaines, 44,76% des praticiens (n=105) ont répondu juste en estimant que les risques infectieux et hémorragique étaient

minimaux juste avant la cure suivante, et 32,38% (n=105) reconnaissent ne pas savoir. Cependant, 16,19% des praticiens (n=105), pensent que ces risques sont minimaux au 10^e jour après la cure. Enfin, 3,81% (n=105) considèrent qu'aucune réponse n'est correcte.

Le taux de réponses est globalement inférieur à 50% sur les questions portant sur les risques liés à un traitement. Les proportions sont détaillées dans la figure 23.

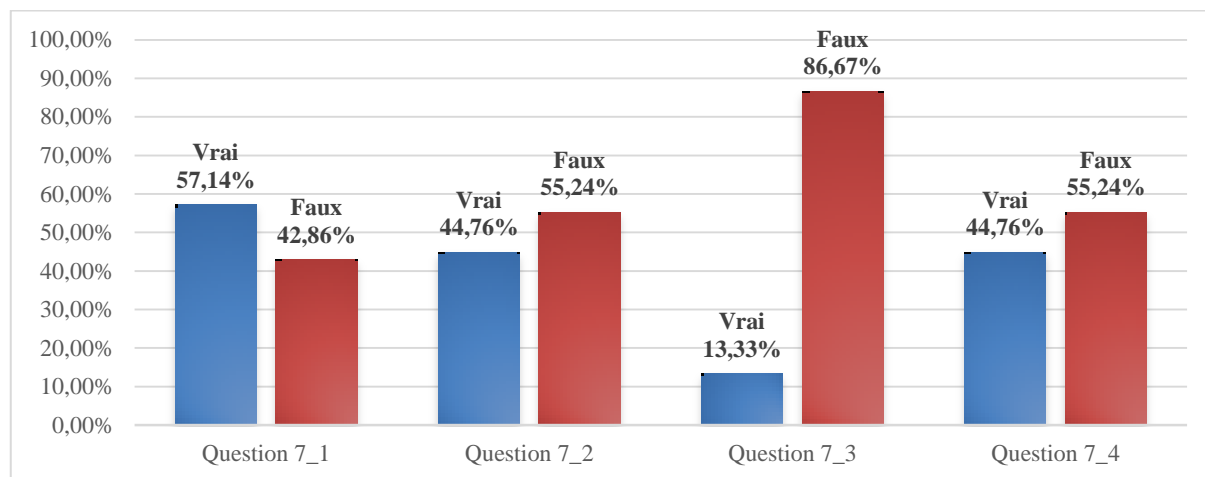


Figure 23 - Proportion des réponses vraies et fausses aux questions portant sur les « Risques liés à un traitement ».

Au total, l'évaluation des connaissances et des attitudes en termes de prise en charge des patients à risque, permet de mettre en évidence le fait que certains domaines sont mieux maîtrisés que d'autres. En effet, la question sur les pathologies hépatiques est celle qui a obtenu la plus grande proportion de réponses justes, avec une moyenne de 63,81% de bonnes réponses (n=105). Elle est suivie de près par les questions sur les pathologies endocriniennes avec une moyenne de 58,57% de bonnes réponses (n=105).

Les autres domaines semblent moins bien maîtrisés puisque viennent ensuite les questions sur les pathologies cardio-vasculaires, avec une moyenne de 40,76% (n=105) de bonnes réponses et les questions sur les risques liés à un traitement, avec une moyenne de 39,99% (n=105) de bonnes réponses.

Enfin, viennent les questions sur le VIH avec une moyenne de 25,24% (n=105) de réponses justes, et enfin la question sur les pathologies rénales avec seulement 13,33% (n=105) de bonnes réponses.

5.4.2. Analyse descriptive bivariée

Cette partie permet de mettre en relation les questions entre elles, selon les attitudes, les connaissances et les données d'identification. Toutes les données sont représentées dans les tableaux disponibles en annexe de 3 à 13, mais seules les plus significatives sont montrées dans les graphiques. Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de praticiens, présenté dans l'annexe 3, répondant à une caractéristique spécifique présentée dans la deuxième colonne des tableaux, excepté pour l'annexe 12, où cette caractéristique est retrouvée à la première ligne du tableau (faculté d'origine).

5.4.2.1. **Prise en charge des patients à risque infectieux**

La prise en charge des patients à risque infectieux a été étudiée en fonction des données d'identification des praticiens (annexe 4).

Certains facteurs comme le sexe et l'inscription sur la liste des spécialistes ne semblent pas avoir d'influence sur cette prise en charge. Au contraire, l'âge, la structure d'exercice, le temps de travail, la distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche et la zone d'exercice semblent avoir un impact sur cette prise en charge.

Les praticiens qui semblent avoir la prise en charge la plus adéquate sont les 30-40 ans. Les praticiens les plus âgés ont tendance à orienter de manière excessive ces patients, tandis que les plus jeunes, pour 50% (n=14) d'entre eux, ne prennent pas de précaution particulière (figure 24).

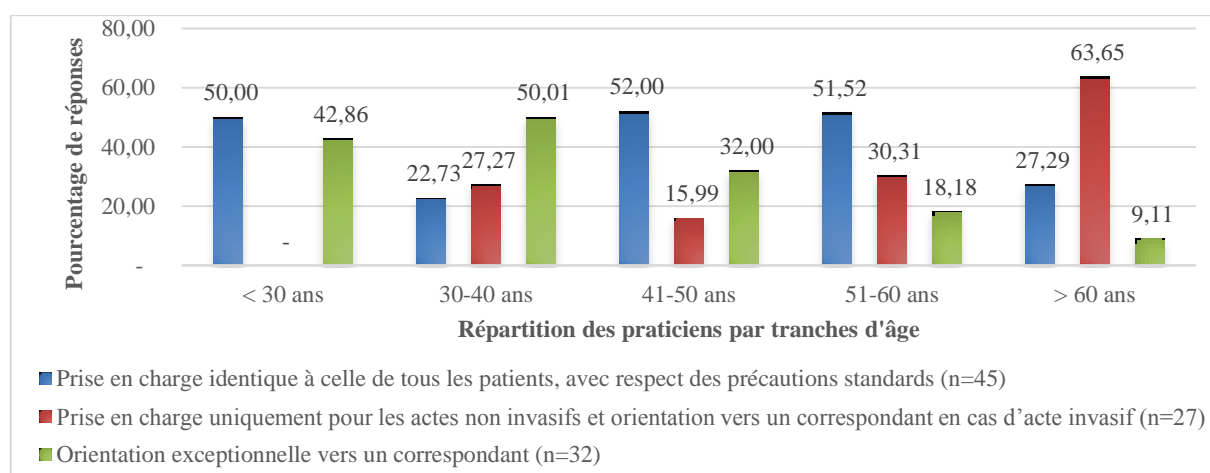


Figure 24 - Distribution par tranche d'âge des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque infectieux.

Les praticiens exerçant en cabinet de groupe semblent avoir une prise en charge plus adaptée que les praticiens en cabinet individuel qui ne prennent pas de précaution particulière pour 48,84% (n=43) d'entre eux et qui orientent facilement ces patients en cas d'acte invasif. Les praticiens en cabinet mutualiste semblent avoir une prise en charge peu adaptée des recommandations (figure 25).

Ce sont les praticiens avec le statut de collaborateur salarié qui ont la prise en charge la plus adéquate puisque 75% (n=4) d'entre eux orientent leurs patients à risque infectieux de manière exceptionnelle. Les titulaires et les collaborateurs libéraux ont tendance à ne pas prendre de précaution particulière pour ces patients (annexe 4).

Le fait d'avoir un exercice annexe ne semble pas améliorer cette prise en charge puisque seulement 25% (n=8) de ces praticiens orientent exceptionnellement leurs patients (annexe 4).

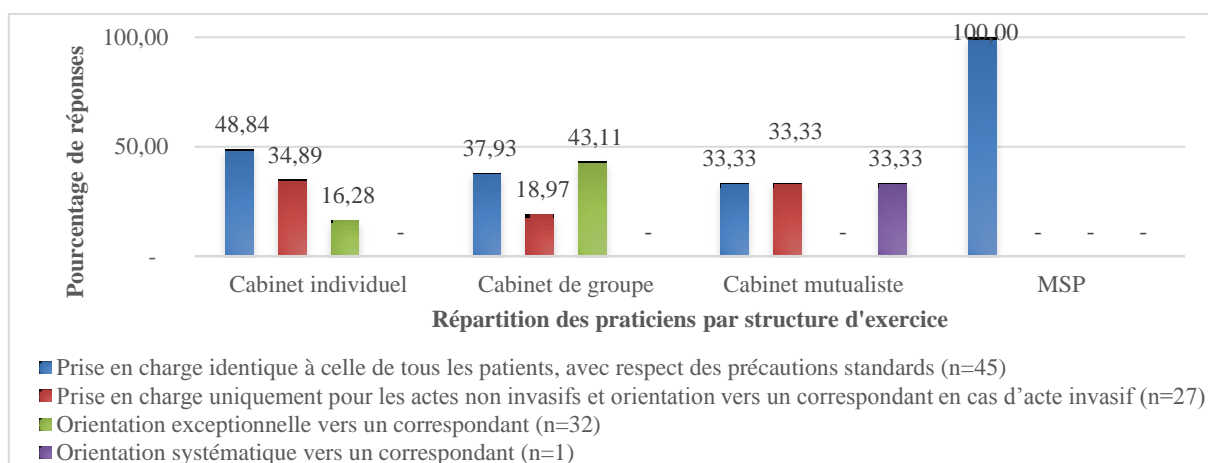


Figure 25 - Distribution par structure d'exercice des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque infectieux.

Ce sont les praticiens qui travaillent le moins d'heures par semaine qui semblent avoir la prise en charge la plus adéquate puisque plus de 50% (n=9) d'entre eux orientent ces patients de manière exceptionnelle. Les praticiens travaillant entre 40 et 50 heures par semaine n'ont pas d'attitude préférentielle. Les autres, pour la majorité d'entre eux, ne prennent pas de précaution particulière vis à vis d'un patient à risque infectieux augmenté, et notamment les praticiens qui travaillent plus de 60 heures par semaine (figure 26).

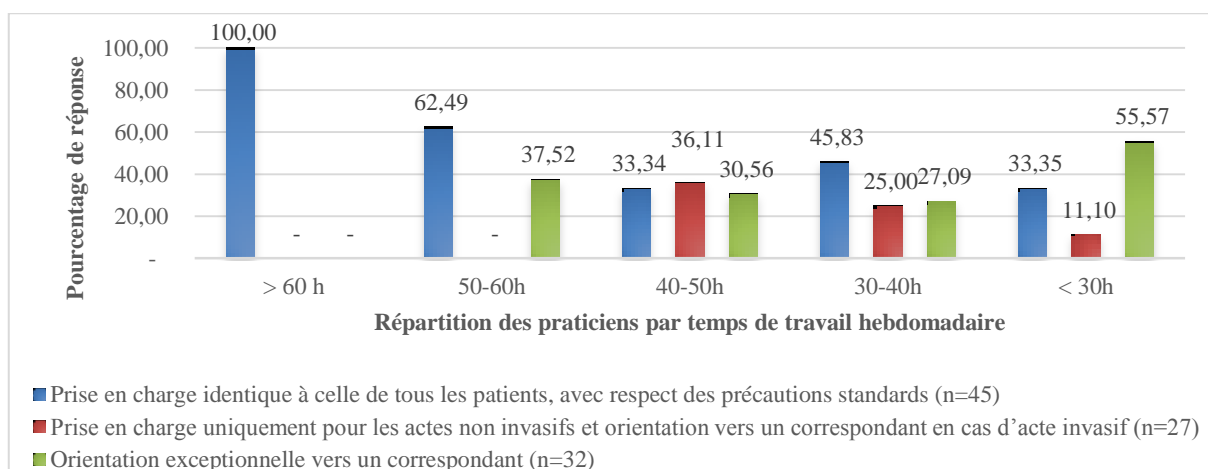


Figure 26 - Distribution par temps de travail des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge de patients à risque infectieux.

Il semblerait que plus la distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche est importante, moins la prise en charge de ces patients est adéquate. En effet, aucun des praticiens travaillant à plus de 50 km d'un service d'odontologie ou de stomatologie ne prend de précaution spécifique pour ces patients, les praticiens situés entre 10 et 50 km d'un tel service ont tendance à ne pas prendre de précaution particulière, et les praticiens travaillant à moins de 10 km d'un service d'odontologie ou de stomatologie n'ont pas d'attitude préférentielle (annexe 3). Ces tendances se retrouvent également lors de la répartition des praticiens par zone d'exercice. En effet, les praticiens exerçant en zone rurale (n=21) et semi-urbaine (n=17) ne prennent pas de précaution spécifique pour plus de 50% d'entre eux, et les praticiens exerçant en zone urbaine n'ont pas d'attitude préférentielle (annexe 4).

5.4.2.2. Prise en charge des patients à risque hémorragique

Les attitudes en termes de prise en charge des patients à risque hémorragique sont nettement plus homogènes que celles des patients à risque infectieux, mais pas plus adéquates (annexe 5).

Les praticiens, toutes données d'identification confondues, orientent majoritairement leurs patients à risque hémorragique uniquement pour les actes à haut risque hémorragique, et les prennent en charge pour les actes à risque hémorragique modéré et nul.

Les praticiens ayant entre 41 et 50 ans sont ceux qui orientent le plus ces patients pour les actes à haut risque hémorragique. Au contraire, les praticiens ayant entre 51 et 60 ans sont ceux qui orientent le moins ces patients, mais aussi ceux qui ont le plus souvent une prise en charge identique à celle de tous les patients. Les praticiens les plus jeunes sont également nombreux à ne pas prendre de précaution particulière (figure 27). Cependant, il n'y a pas de réelle corrélation avec l'année de début d'exercice, puisque ce sont les praticiens ayant débuté entre 1986 et 1995 qui sont les moins nombreux à orienter leurs patients pour les actes à haut risque hémorragique.

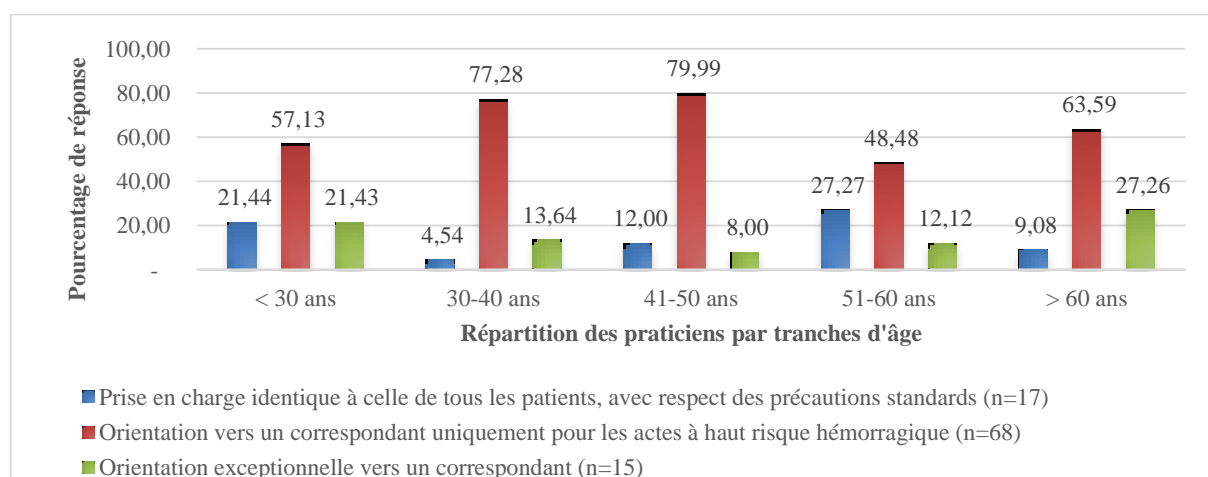


Figure 27 - Distribution par tranche d'âge des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque hémorragique.

Les hommes comme les femmes orientent le plus souvent ces patients pour les actes à haut risque hémorragique seulement. Les femmes sont plus nombreuses (20,00%, n=50) à ne pas prendre de précaution particulière, tandis que les hommes sont plus nombreux (24,18%, n=55) à orienter ces patients de manière exceptionnelle.

Les praticiens qui disent être inscrits sur la liste des spécialistes en MBD sont 50,00% (n=4) à ne pas prendre de précaution particulière pour la prise en charge de ces patients.

Les praticiens ayant le statut de collaborateur libéral sont les plus nombreux à orienter ces patients de manière exceptionnelle, et les collaborateurs salariés orientent tous ces patients pour les actes à haut risque hémorragique (figure 28).

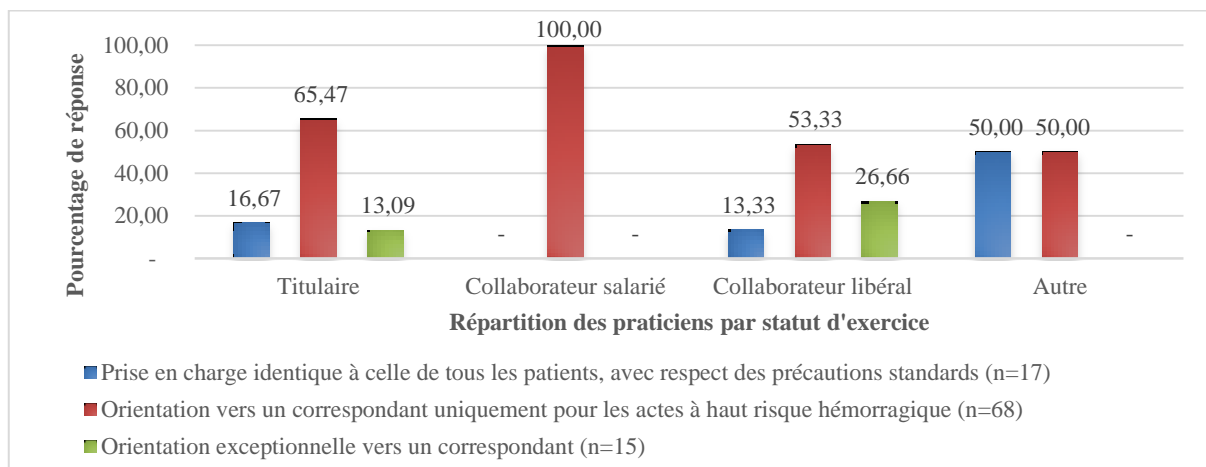


Figure 28 - Distribution par statut d'exercice des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque hémorragique.

Les praticiens qui travaillent plus de 60 heures par semaine sont les plus nombreux à orienter de manière exceptionnelle ces patients, tandis que ceux qui travaillent moins de 30 heures par semaine sont ceux qui orientent le plus ces patients pour les actes à haut risque hémorragique (figure 29).

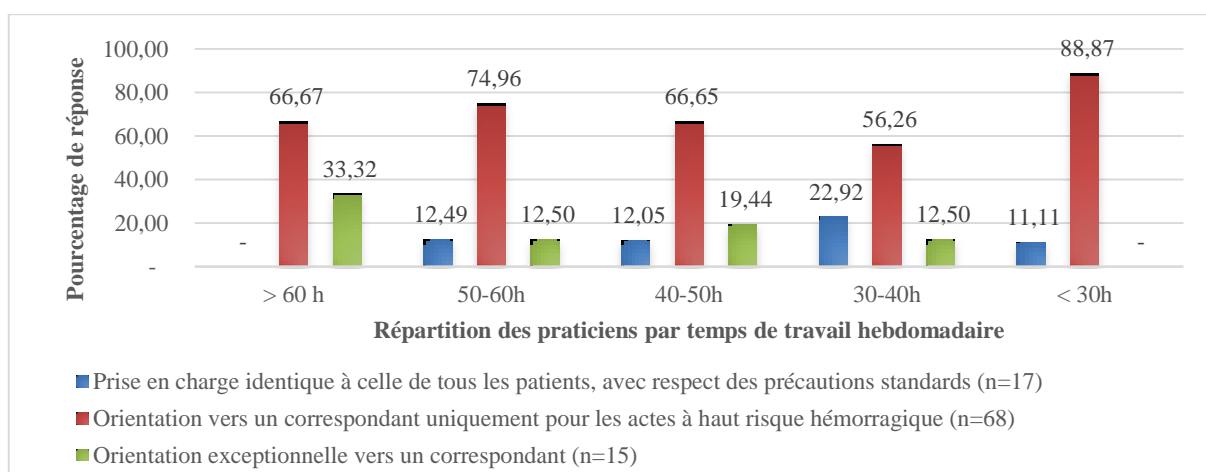


Figure 29 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque hémorragique.

La structure d'exercice, la pratique d'un exercice annexe, la distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche, ainsi que la zone d'exercice ne semblent avoir aucun impact sur cette prise en charge (annexe 5).

5.4.2.3. Choix des correspondants en cas d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique

Les correspondants préférentiels choisis par les praticiens ont été comparés en fonction des données d'identification des praticiens (annexe 6).

Les correspondants à qui les patients sont le plus fréquemment adressés, sont les chirurgiens maxillo-faciaux et les stomatologues, dans des proportions similaires qu'ils soient de ville ou hospitaliers.

Le recours à un service hospitalier semble augmenter au fur et à mesure que l'âge diminue. Ainsi les moins de 30 ans sont 42, 86% (n=14) à adresser ces patients vers un service hospitalier d'odontologie contre aucun des praticiens de plus de 60 ans. Cette tendance se

retrouve au niveau des années de début d'exercice. Inversement, les moins de 30 ans sont aussi les moins nombreux à orienter leurs patients vers un stomatologue ou chirurgien maxillo-facial de ville.

Les praticiens qui exercent en cabinet mutualiste orientent tous et uniquement vers des services hospitaliers de stomatologie/CMF. Les praticiens exerçant en cabinet individuel ou de groupe orientent majoritairement vers des stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux qu'ils soient hospitaliers ou de ville, de même que les praticiens ayant le statut de titulaire. Les collaborateurs libéraux ou salariés orientent préférentiellement vers des services hospitaliers de stomatologie/CMF.

Les praticiens ayant un exercice annexe orientent majoritairement dans les services hospitaliers d'odontologie (62,50%, n=8) et de stomatologie/CMF (87,5%, n=8).

Les praticiens exerçant à plus de 50 km d'un service d'odontologie ou de stomatologie et ceux situés en zone semi-urbaine sont les plus nombreux à orienter ces patients vers un service d'odontologie, bien que les correspondants préférentiels restent les stomatologues et chirurgiens maxillo-faciaux (figures 30 et 31).

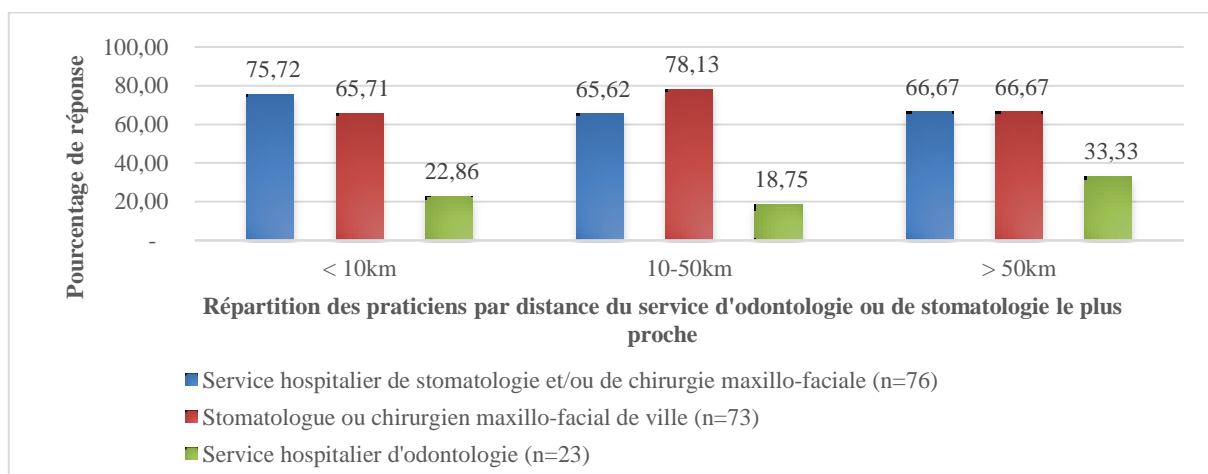


Figure 30 - Distribution des praticiens par distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche, en fonction de leur choix de correspondants lors de l'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.

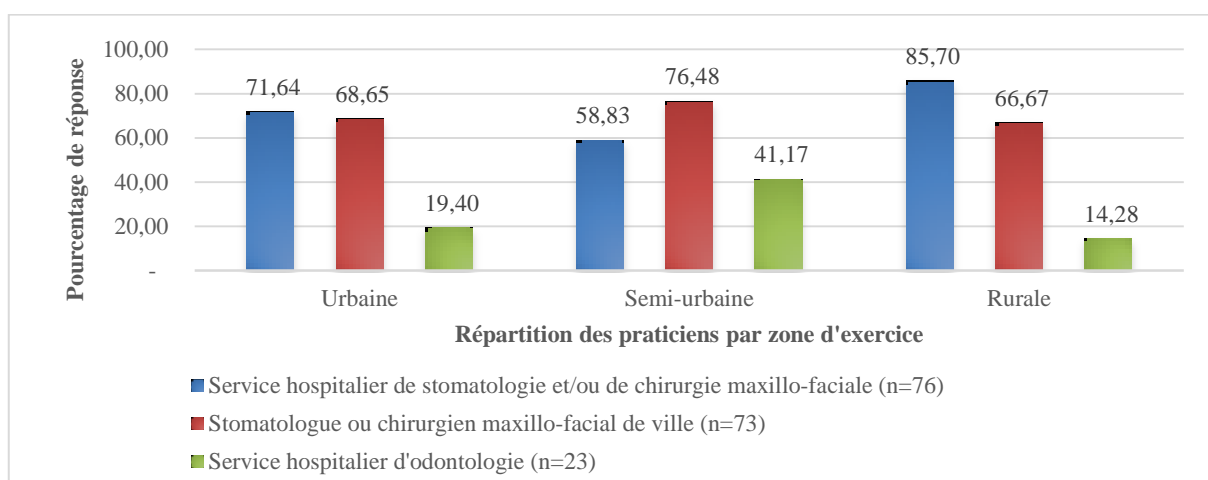


Figure 31 - Distribution par zone d'exercice des praticiens, en fonction de leur choix de correspondants lors de l'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.

Le sexe et le temps de travail hebdomadaire ne semblent pas avoir d'impact sur le choix des correspondants en cas d'orientation de ces patients (annexe 6).

5.4.2.4. Motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique

Le motif d'orientation le plus retrouvé est le suivi des recommandations, et le moins retrouvé est une connaissance insuffisante des recommandations. Il existe cependant quelques différences selon les caractéristiques des praticiens (annexe 7).

Ainsi le suivi des recommandations et les difficultés liées au plateau technique semblent être les motifs majoritaires pour les plus jeunes, tandis que le manque de valorisation financière des actes semble être une préoccupation qui augmente avec l'âge, mais il n'y a pas de corrélation avec l'année de début d'exercice. Une connaissance insuffisante des recommandations est une difficulté davantage rencontrée chez les 41-50 ans, tandis que les 30-40 ans évoquent une compétence ou une formation insuffisante pour plus de la moitié d'entre eux (figure 32).

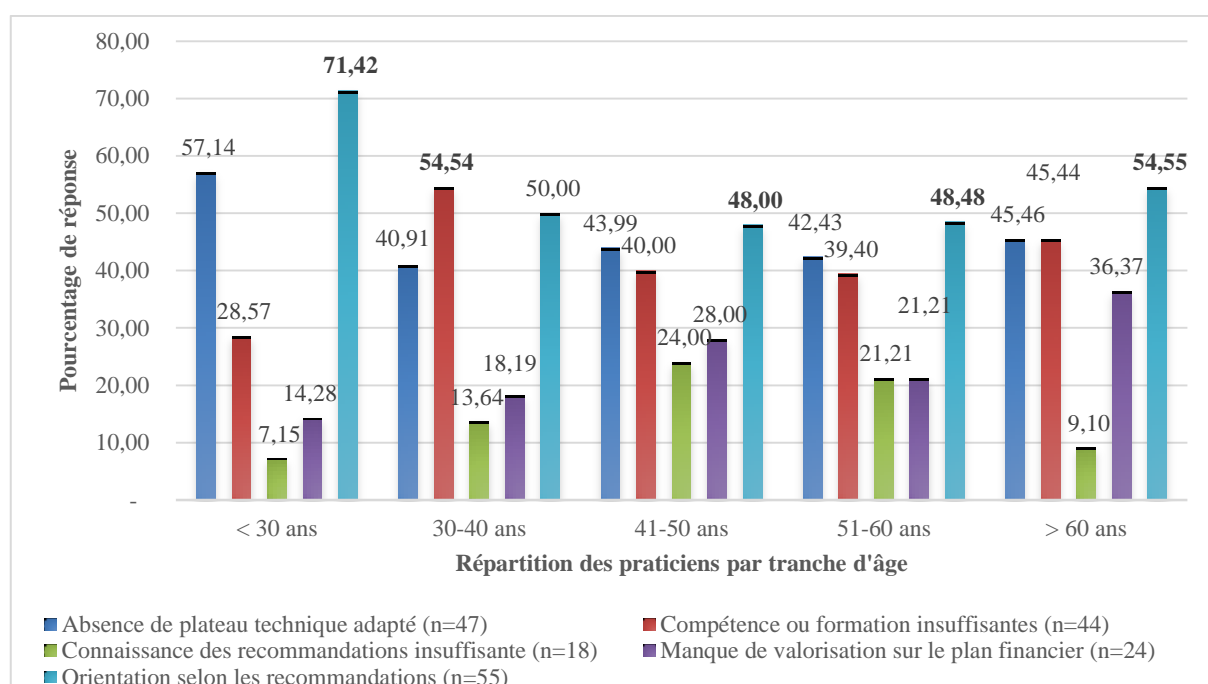


Figure 32 - Distribution par tranche d'âge des praticiens en fonction de leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.

Les femmes citent majoritairement un plateau technique non adapté et les hommes disent suivre les recommandations pour 63,64% d'entre eux (n=55). Le manque de valorisation financière des actes est un motif plus évoqué par les hommes (30,91%, n=55) que par les femmes (14,00%, n=50).

Les praticiens ayant un exercice secondaire évoquent très majoritairement une orientation selon les recommandations (87,5%, n=8), tout comme les collaborateurs salariés (75,00%, n=4). Les collaborateurs libéraux et les titulaires ont des motifs d'orientation en proportions plus équilibrées, bien que plus de la moitié d'entre eux disent orienter selon les recommandations également.

Les praticiens qui travaillent le moins d'heures par semaine évoquent davantage des compétences ou formations insuffisantes. Une connaissance insuffisante des recommandations ne semble pas être un motif majeur en cas d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique. La valorisation financière des actes est un motif plus cité par les praticiens travaillant entre 40 et 50 heures par semaine (figure 33).

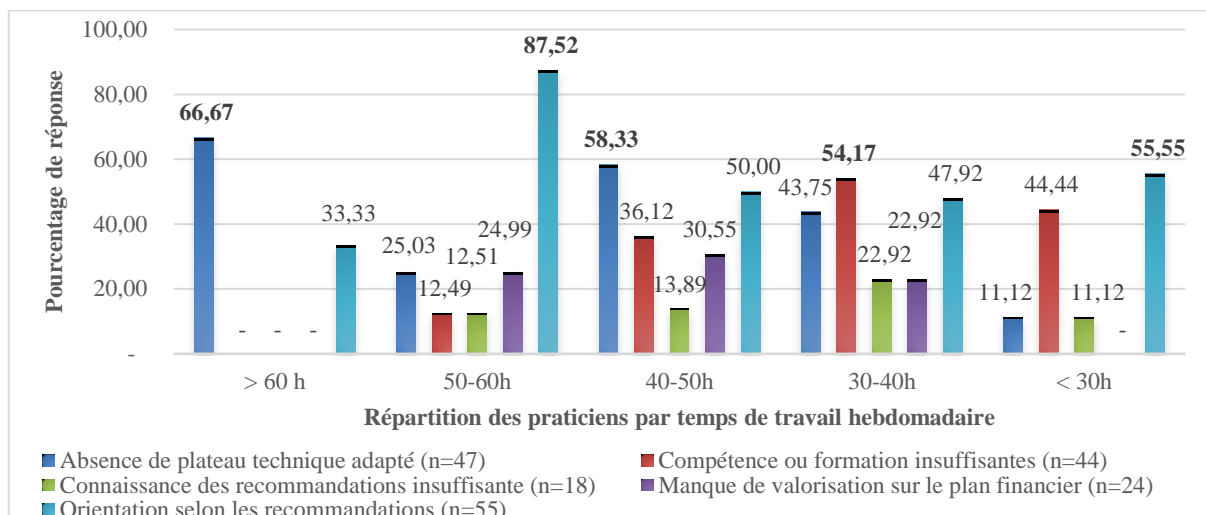


Figure 33 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens en fonction de leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.

Le suivi des recommandations est un motif dont la proportion diminue avec l'augmentation de la distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche, contrairement à des compétences ou formations insuffisantes dont la proportion augmente. Les mêmes caractéristiques sont retrouvées en fonction du type de zone et de l'éloignement d'une ville.

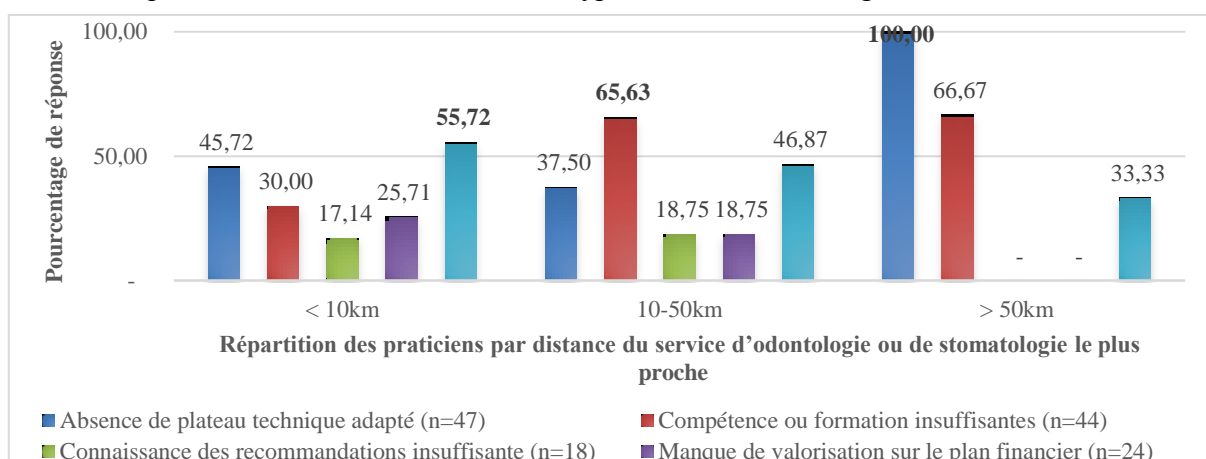


Figure 34 - Distribution des praticiens par distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche en fonction de leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.

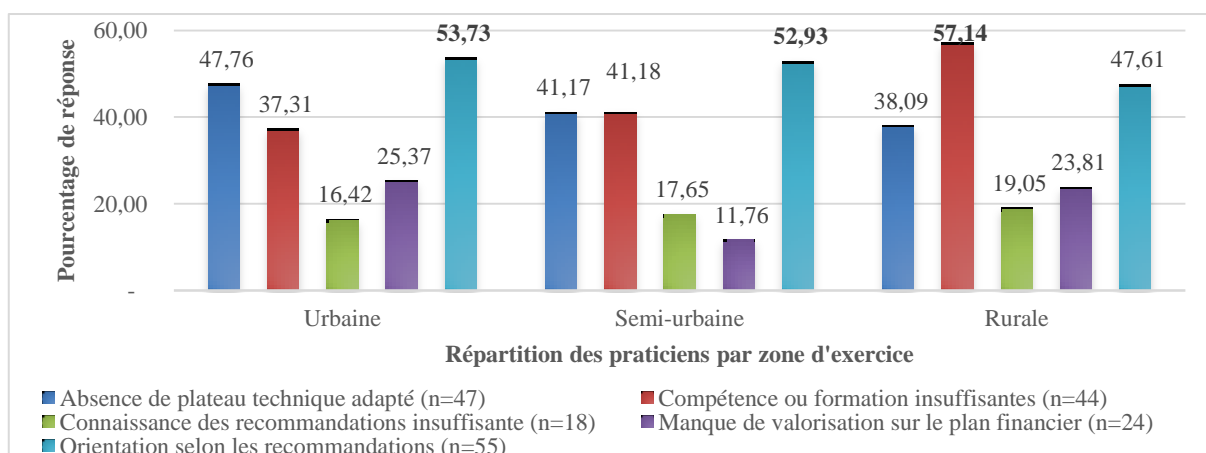


Figure 35 - Distribution par zone d'exercice des praticiens en fonction de leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.

La structure d'exercice et l'inscription sur la liste des spécialistes ne semblent pas avoir d'impact sur les motifs d'orientation.

5.4.2.5. Moyens de formations continue

Les moyens de formation continue sont détaillés dans l'annexe 8 en fonction des données d'identification des praticiens. Les propositions « Autre » sont détaillées dans la figure 18.

Les propositions « abonnement à des revues professionnelles », « participation à des congrès nationaux » et « ODFOC » apparaissent dans des proportions similaires, avec quelques différences.

L'âge semble influencer le choix de ces moyens de formation puisque les moins de 30 ans vont privilégier les revues professionnelles et les sites internet officiels, mais ne proposent pas d'autre solution, tandis que les plus de 60 ans privilégient les revues professionnelles et les congrès nationaux, et sont également 27,28% (n=11) à proposer d'autres solutions. Ces observations ne sont pas vérifiées selon l'année de début d'exercice, puisque les praticiens ayant débuté entre 2006 et 2016 choisissent davantage les congrès nationaux que les sites officiels.

Le sexe ne semble pas avoir d'impact, bien que les hommes consultent davantage les sites officiels.

Les praticiens qui disent être spécialistes en MBD choisissent majoritairement l'ODFOC.

La structure d'exercice ne semble pas avoir de réel impact bien que les praticiens en cabinet individuel soient plus nombreux à choisir l'ODFOC.

Les praticiens ayant un exercice secondaire ont des proportions de réponses assez élevées pour tous les moyens proposés, avec une préférence pour les congrès nationaux.

Les praticiens titulaires suivent les proportions de réponses globales, tandis que les collaborateurs salariés privilégient l'ODFOC pour 75,00% d'entre eux (n=4), et que les collaborateurs libéraux ne semblent pas avoir de réelle préférence.

Les praticiens travaillant entre 30 et 40 heures par semaine n'ont pas de préférence nette pour un moyen de formation continue. Il apparaît que la consultation des sites internet officiels augmente avec le temps de travail. Il ne semble pas se détacher de tendance par ailleurs.

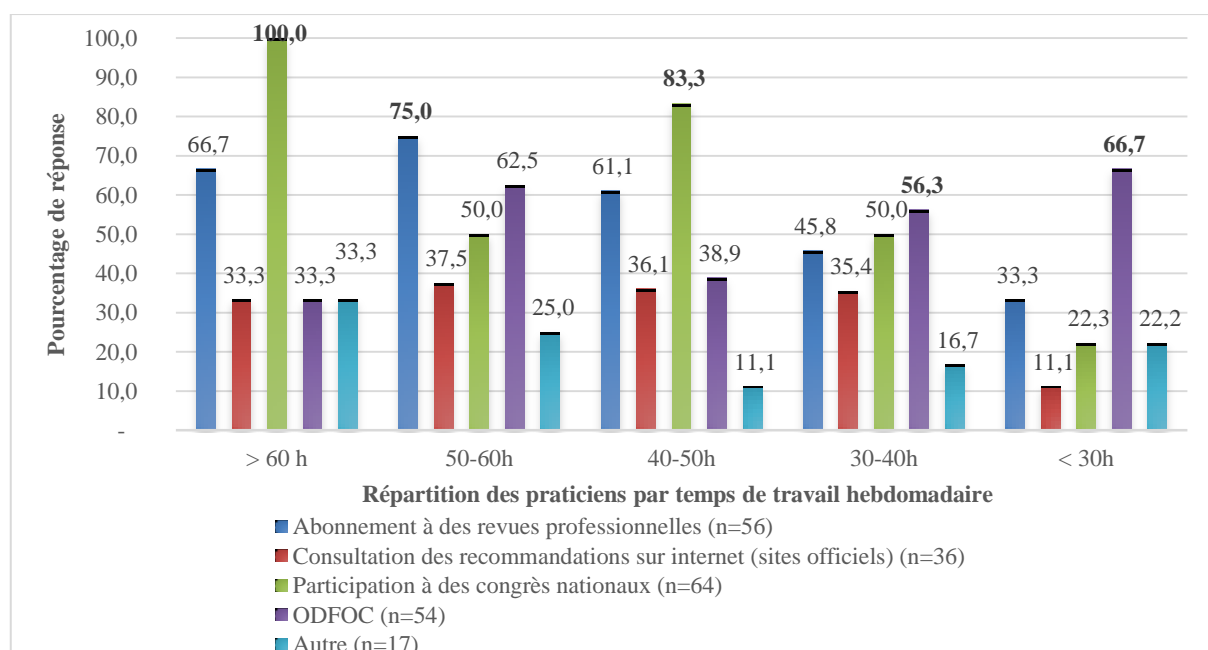


Figure 36 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens en fonction de leurs moyens de formation continue.

Les praticiens exerçant à plus de 50 km d'un service d'odontologie ou de stomatologie, tout comme ceux exerçant en zone rurale privilégient les réunions de praticiens, que ce soit par l'ODFOC ou lors de congrès nationaux. Les autres caractéristiques de localisation ne semblent pas avoir d'impact sur les moyens de formation continue dont les proportions suivent les proportions globales (annexe 8).

5.4.2.6. Proposition des répondants pour améliorer la prise en charge des patients à risque infectieux et hémorragique en cabinet dentaire

Ces suggestions sont détaillées dans l'annexe 9 et la proposition « Autre » est détaillée à la page 46. L'amélioration de la formation continue semble être la proposition majoritaire pour la plupart des praticiens quelles que soient leurs caractéristiques.

La majorité des praticiens entre 30 et 60 ans souhaiterait une amélioration de la formation continue, les moins de 30 ans souhaiteraient une amélioration de la formation initiale et les plus de 60 ans souhaiteraient une valorisation financière des actes. Il n'y a pas de corrélation avec le début d'exercice puisque ce sont les praticiens ayant débuté entre 1986 et 1995 qui souhaiteraient le plus une valorisation financière des actes, tandis que les plus récemment installés préféreraient une amélioration de la formation continue.

Le sexe ne semble pas avoir d'impact sur ces propositions.

Les praticiens en cabinet de groupe sont plus favorables à une amélioration de la formation initiale que ceux en cabinet individuel. Ces derniers souhaiteraient majoritairement une valorisation financière des actes.

Les collaborateurs salariés, pour 50% d'entre eux (n=4) souhaiteraient une amélioration de la formation initiale, par ailleurs les propositions des titulaires et des collaborateurs libéraux suivent la tendance générale.

Les praticiens ayant un exercice annexe sont pour 50% d'entre eux (n=8) favorables à une amélioration de la formation continue.

Il ne semble pas se dégager de tendance globale en fonction du temps de travail, cependant l'amélioration de la formation continue reste une priorité pour la majorité des praticiens.

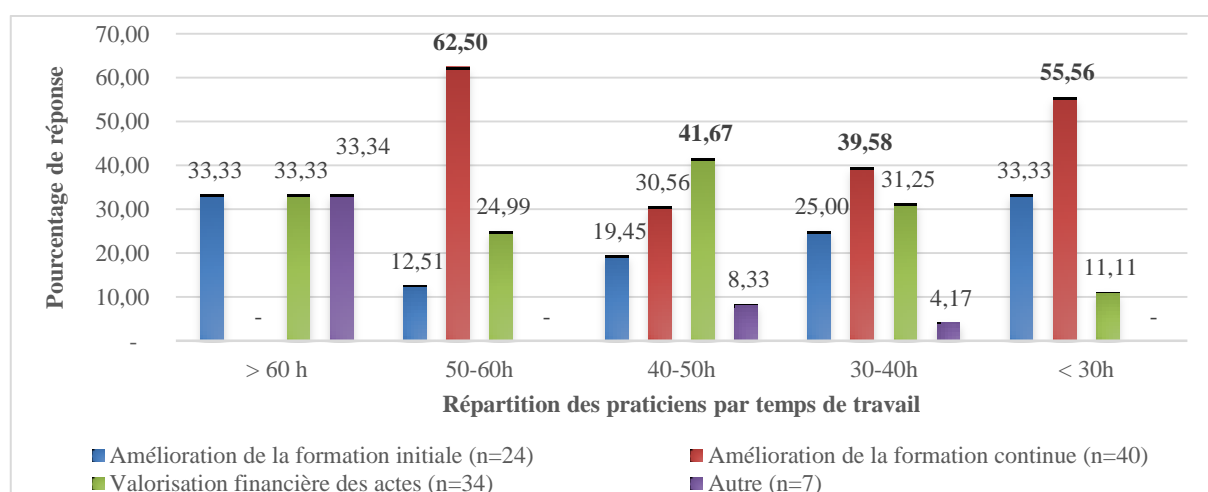


Figure 37 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens en fonction de leurs suggestions pour favoriser la prise en charge des patients à risque infectieux ou hémorragique en cabinet dentaire.

Les praticiens travaillant à moins de 10 km d'un service d'odontologie ou de stomatologie et ceux situés en zone urbaine proposent majoritairement une valorisation financière des actes.

Les praticiens à plus de 50 km d'un service d'odontologie ou de stomatologie souhaiteraient «avoir un service hospitalier d'urgence à proximité» et «créer des relations interdisciplinaires».

Les praticiens qui disent être spécialistes MBD souhaiteraient une amélioration de la formation initiale et continue.

5.4.2.7. Rapport entre les données d'identification des praticiens et les connaissances des recommandations

La totalité de ces données est détaillée dans l'annexe 10 question par question, et dans l'annexe 11 où les questions sont regroupées par catégories. Les chiffres en gras représentent le meilleur de chaque catégorie par question ou groupe de question.

Certaines observations peuvent être différentes selon que les questions sont regroupées par catégories ou non. Les graphiques ci-dessous montrent le pourcentage de bonnes réponses sur la totalité des questions, en fonction des différentes caractéristiques des praticiens.

L'âge semble être un facteur important dans la connaissance des recommandations. En effet, dans la figure 38, il apparaît clairement que les praticiens les plus jeunes sont ceux qui ont répondu le mieux aux questions.

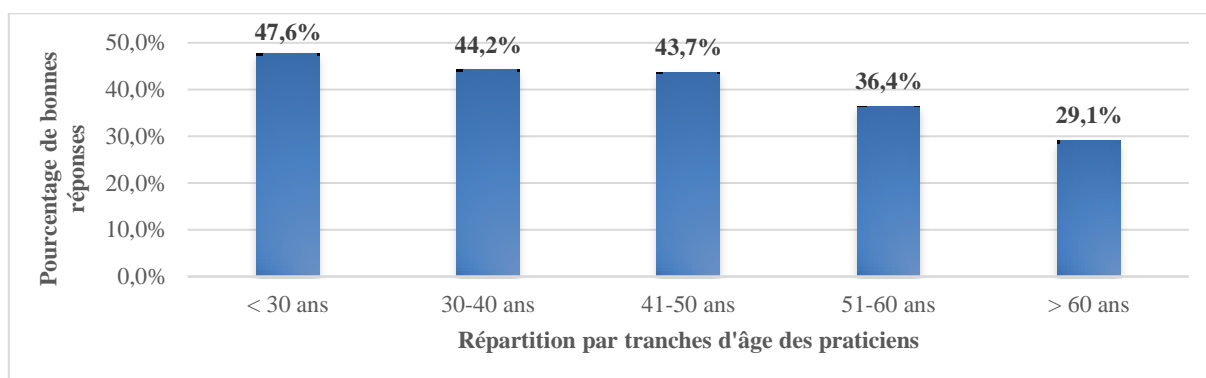


Figure 38 - Distribution par tranches d'âge des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

La proportion des femmes à avoir répondu juste aux questions est plus importante que la proportion d'hommes (figure 39). Les annexes 10 et 11 montrent que les hommes maîtrisent mieux les questions sur les pathologies cardiovasculaires (questions 2_1 à 2_5), tandis que les femmes connaissent mieux les autres sujets.

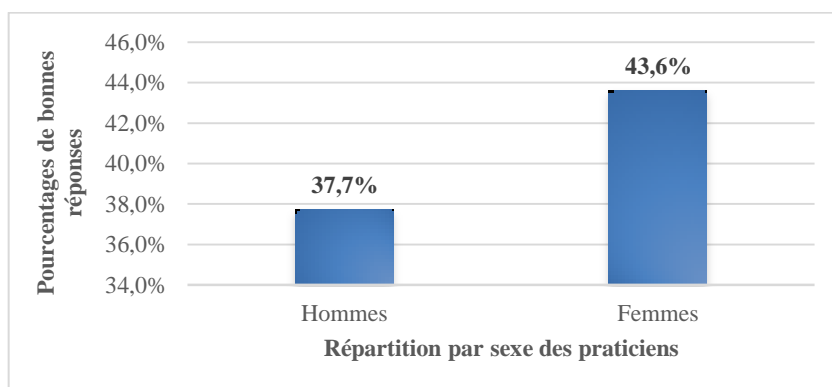


Figure 39 - Distribution par sexe des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

Les praticiens issus des facultés de Nancy et Clermont Ferrand sont ceux qui ont le meilleur taux de bonnes réponses, tandis que ceux ayant étudié en Roumanie et au Portugal semblent avoir globalement moins bien répondu aux questions (figure 40 et annexe 12).

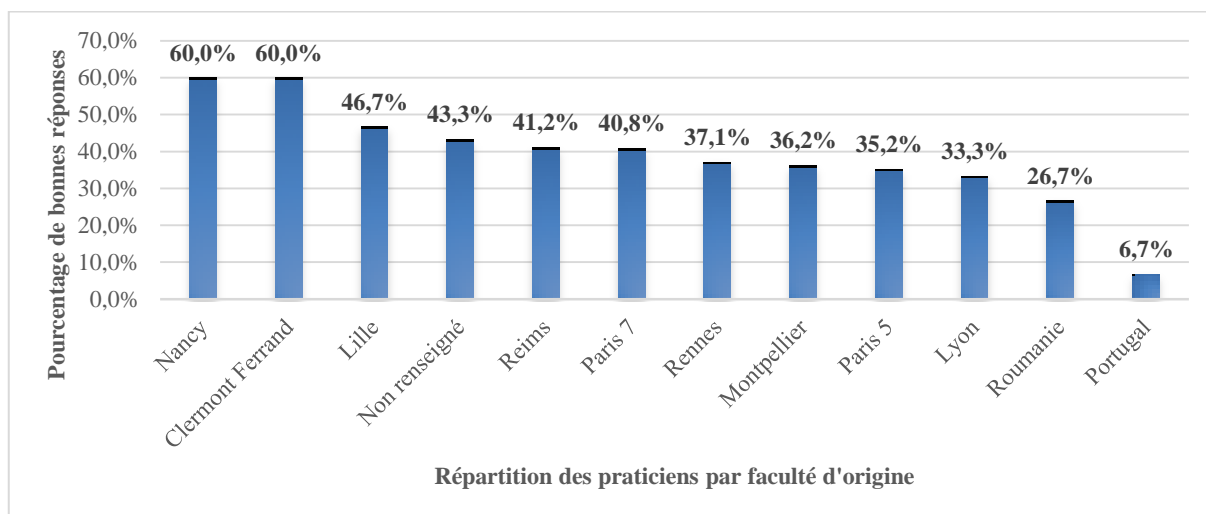


Figure 40 - Distribution par faculté d'origine des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

Les praticiens qui disent être inscrits sur la liste des spécialistes en MBD ont une proportion de bonnes réponses inférieure aux non spécialistes (figure 41).

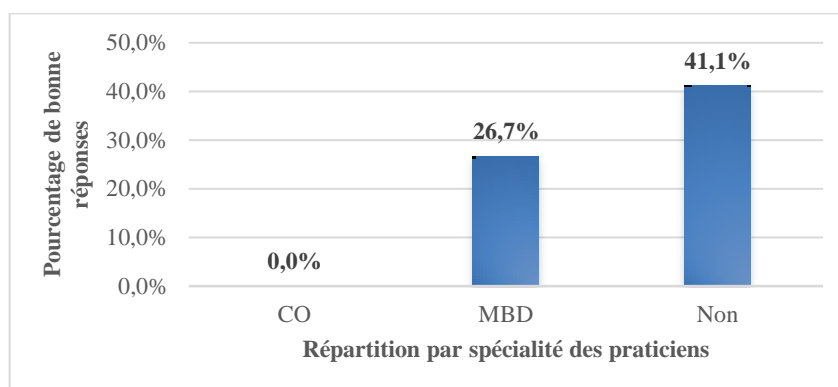


Figure 41 - Distribution par spécialité des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

Les praticiens qui ont le meilleur taux de réponses bonnes sont ceux qui ont débuté leur exercice en cabinet plus récemment (figure 42). L'annexe 11 montre clairement que les praticiens ayant débuté leur exercice entre 1996 et 2005 ont le pourcentage de réussite le plus important dans toutes les catégories de questions.

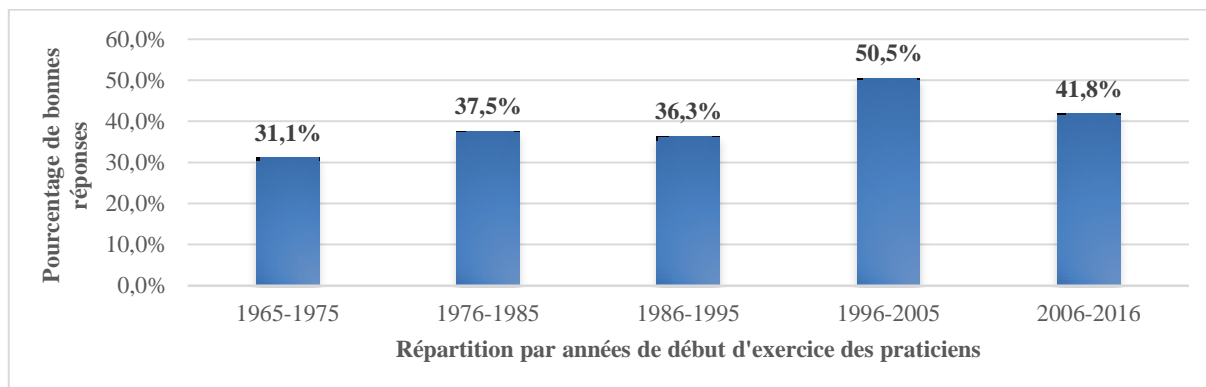


Figure 42 - Distribution par années de début d'exercice des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

La structure d'exercice ne semble pas avoir d'impact sur la connaissance des recommandations, comme montré dans la figure 43.

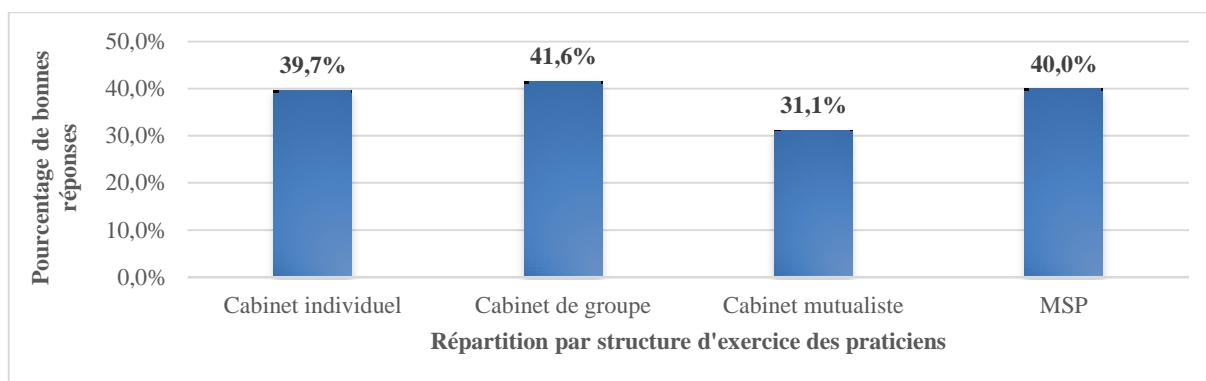


Figure 43 - Distribution par structure d'exercice des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

Les 8 praticiens ayant un exercice secondaire ont un pourcentage de bonnes réponses supérieur aux autres praticiens (figure 44).

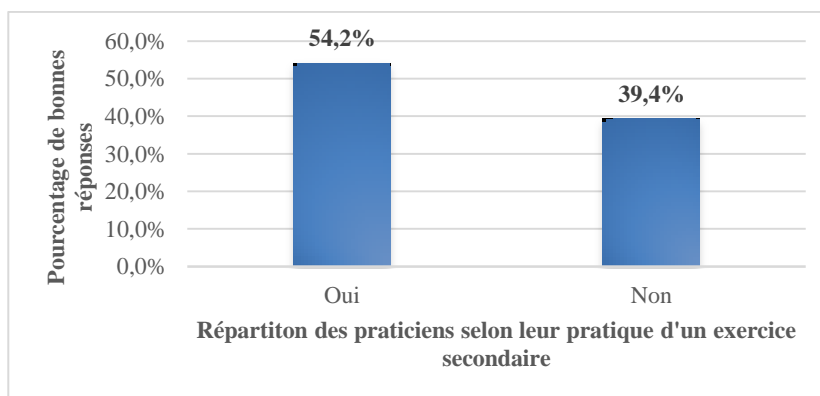


Figure 44 - Distribution par existence d'un exercice secondaire des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

Les praticiens exerçant avec le statut de collaborateur libéral ont le pourcentage de bonnes réponses le plus important (figure 45).

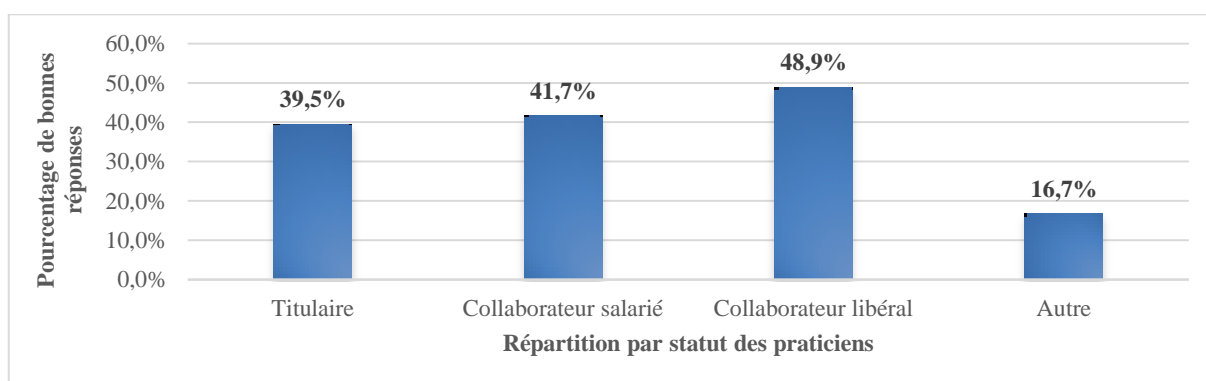


Figure 45 - Distribution par statut des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

Le plus grand pourcentage de bonnes réponses est observé chez les praticiens travaillant moins de 30 heures et entre 50 et 60 heures par semaine (figure 46). Cette tendance s'observe également dans les annexes 10 et 11.

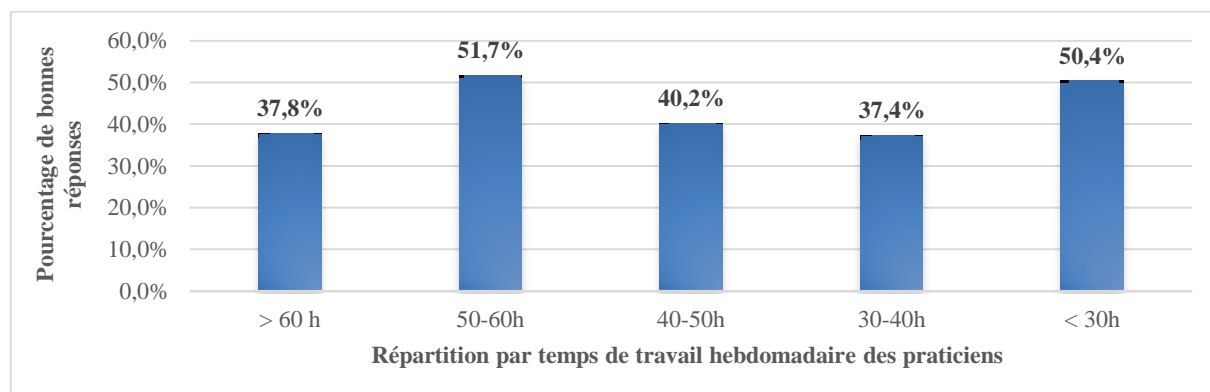


Figure 46 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

Les praticiens exerçant à une distance comprise entre 10 et 50 km d'un service d'odontologie ou de stomatologie ont le pourcentage de bonnes réponses le plus faible, comme montré à la figure 47, mais aussi dans les annexes 10 et 11.

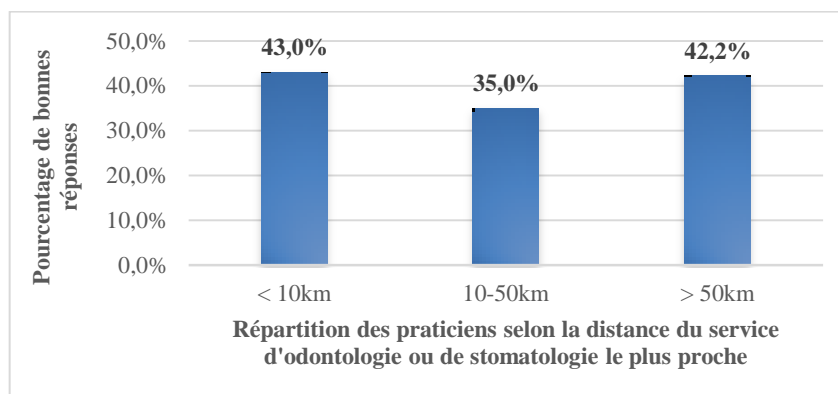


Figure 47 - Distribution par distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche, des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

Les praticiens exerçant en zone semi-urbaine ont le pourcentage de bonnes réponses le plus élevé, comme montré à la figure 48, mais aussi dans les annexes 10 et 11.

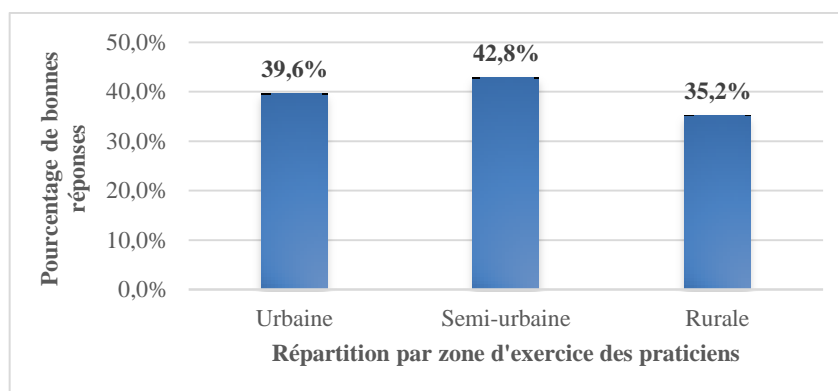


Figure 48 - Distribution par zone d'exercice des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.

5.4.2.8. Rapport entre les attitudes en termes de prise en charge des patients à risque et la connaissance des recommandations

Les praticiens qui disent orienter de manière exceptionnelle les patients à risque infectieux sont ceux qui ont le pourcentage de bonnes réponses le plus élevé (figure 49). Ceci se vérifie également dans le tableau en annexe (annexe 12).

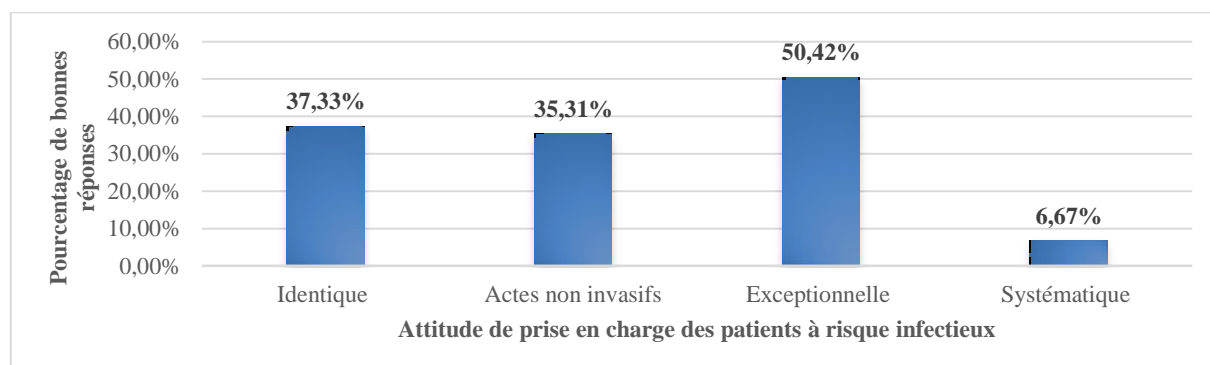


Figure 49 - Distribution des praticiens ayant répondu juste aux questions, selon leur attitude concernant la prise en charge des patients à risque infectieux.

Les praticiens qui disent orienter les patients à risque hémorragique de manière systématique ont le pourcentage de bonnes réponses le plus élevé. Les praticiens qui disent prendre en charge ces patients uniquement pour les actes sans risque hémorragique ont le pourcentage de bonnes réponses le plus faible (figure 50).

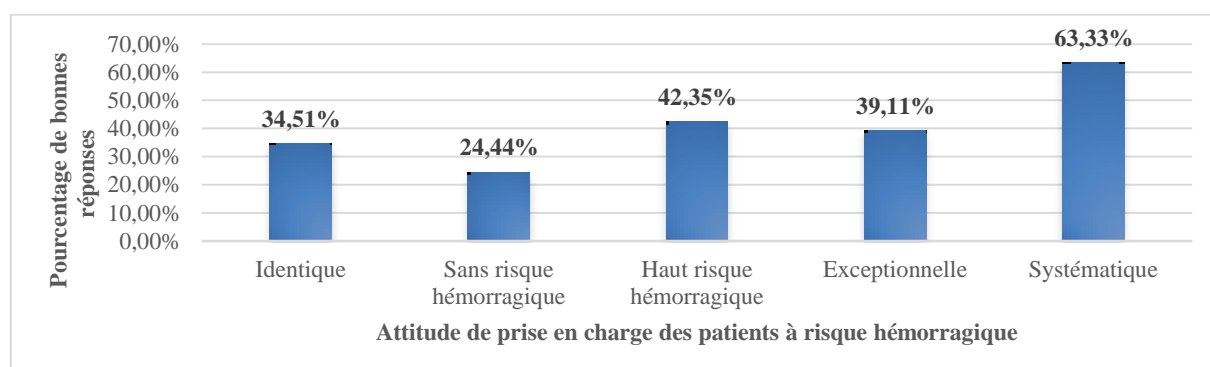


Figure 50 - Distribution des praticiens des praticiens ayant répondu juste aux questions, selon leur attitude concernant la prise en charge des patients à risque hémorragique.

Il semblerait que les praticiens qui choisissent d'orienter leurs patients vers un confrère chirurgien-dentiste, qu'il soit en hospitalier ou en cabinet de ville, ont le pourcentage de bonnes réponses le plus élevé (figure 51).

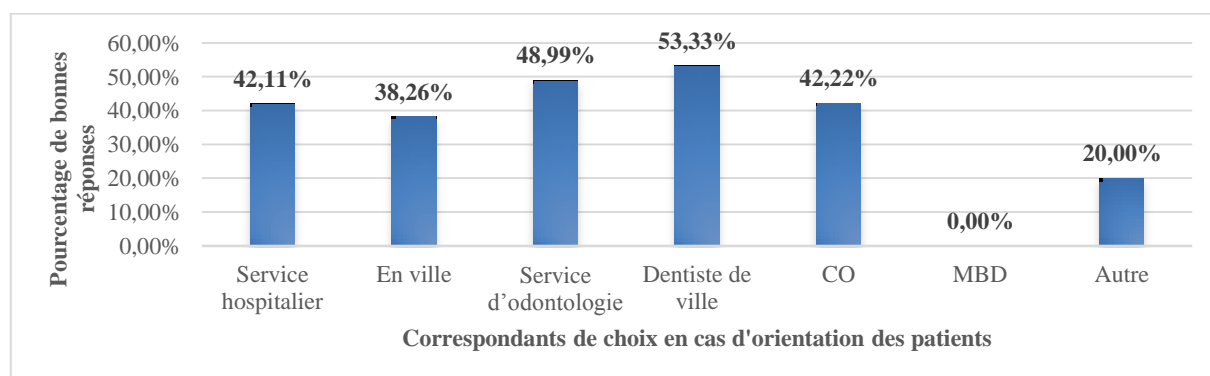


Figure 51 - Distribution des praticiens ayant répondu juste aux questions, selon leur choix de correspondants lorsqu'ils adressent leurs patients à risque infectieux ou hémorragique.

Le motif d'orientation des patients semble avoir peu d'impact sur la connaissance des recommandations. Les praticiens qui adressent les patients à risque infectieux ou hémorragique, du fait d'un manque de connaissance des recommandations, sont ceux qui ont le taux de réussite aux questions le plus faible (figure 52).

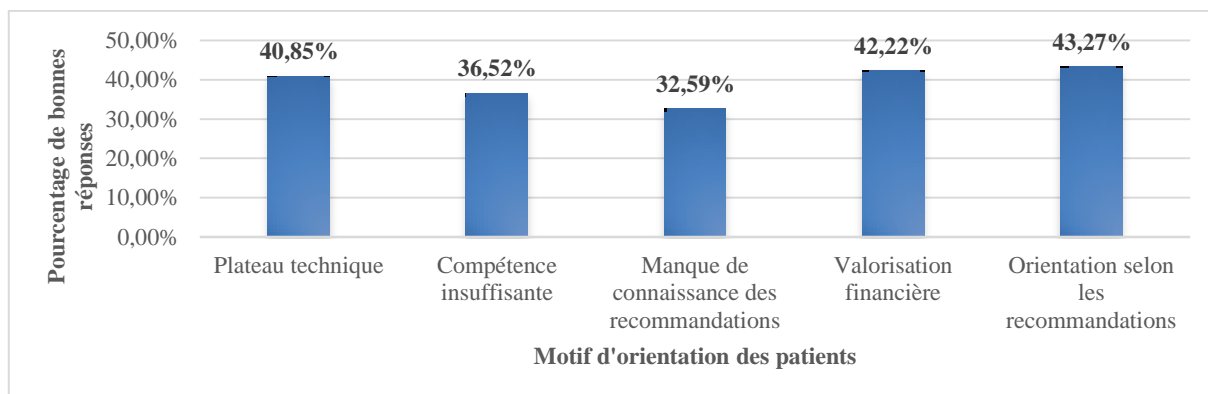


Figure 52 - Distribution des praticiens ayant répondu juste aux questions, selon leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.

Il semblerait que les praticiens qui utilisent les sites internet officiels comme moyens de formation continue sont ceux qui ont le pourcentage de bonnes réponses le plus élevé (figure 53).

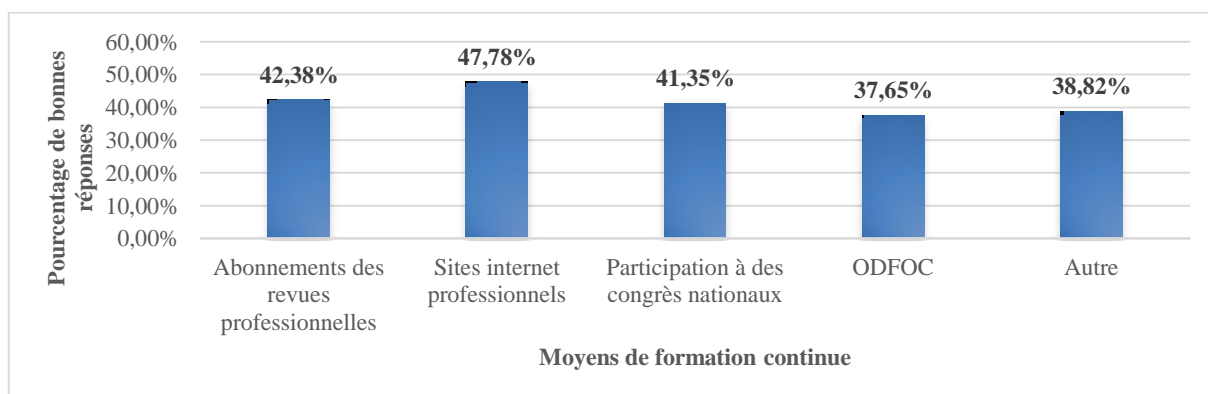


Figure 53 – Distribution des praticiens ayant répondu juste aux questions selon leurs moyens de formation continue préférés.

Ces propositions ne semblent pas avoir d'impact majeur sur la connaissance des recommandations (figure 54).

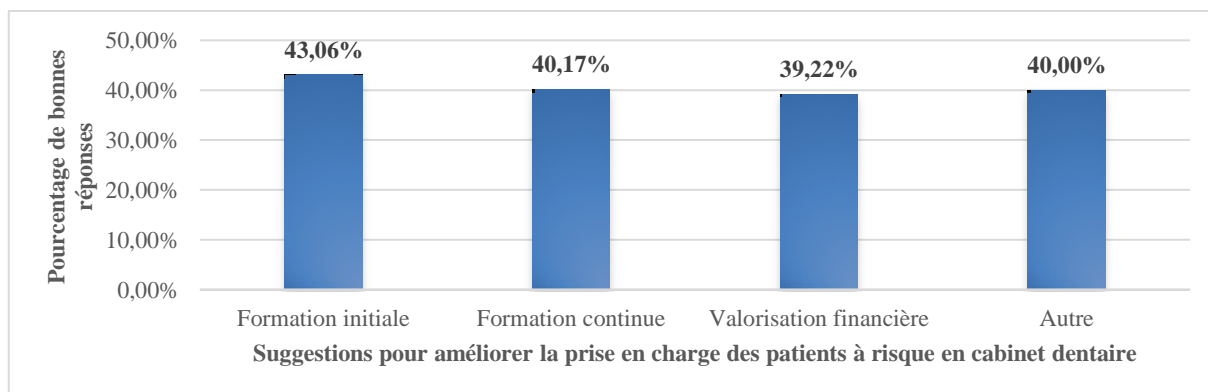


Figure 54 - Distribution des praticiens, selon leurs propositions pour favoriser la prise en charge des patients à risque hémorragique ou infectieux en cabinet dentaire de ville.

5.5. Discussion

5.5.1. Réponse aux objectifs

L'**objectif principal** était d'évaluer les connaissances et attitudes en termes des chirurgiens-dentistes de ville de Haute-Normandie, en matière de prise en charge des patients à risque infectieux et hémorragique. L'évaluation des connaissances a permis de mettre en évidence certaines lacunes, plus ou moins importantes selon les pathologies sur lesquelles portaient les questions. L'évaluation des attitudes reflète une prise en charge souvent inadéquate que ce soit pour les patients à risque infectieux, ou à risque hémorragique.

L'**objectif secondaire** était d'identifier les facteurs pouvant influencer la prise en charge des patients à risque, par les chirurgiens-dentistes de ville de Haute-Normandie. Certains facteurs comme l'âge ou la faculté d'origine ont été clairement identifiés comme ayant un impact sur les attitudes et les connaissances, et donc sur la prise en charge des patients. D'autres éléments, comme le temps de travail, ou la zone d'exercice n'ont que peu d'influence sur cette prise en charge, alors que cela aurait pu être attendu.

Ces différentes observations vont être discutées par la suite.

5.5.2. Limites méthodologiques

Les résultats de cette enquête sont à interpréter avec précautions, compte tenu de certaines limites dont nous sommes conscients.

5.5.2.1. Taux de participation

Au total 105 praticiens, appelés aussi répondants, ont répondu à l'enquête, ce qui représente un taux de participation minimum de 17,8%, si on considère que le nombre maximum de praticiens ayant pu être contactés est de 587. En réalité, le nombre de praticiens ayant réellement reçu le questionnaire est probablement inférieur, et donc le taux de participation supérieur, puisque certaines données n'ont pas été communiquées concernant les adresses mail non valides des chirurgiens-dentistes de l'Eure.

5.5.2.1. Biais de sélection

Le taux de participation reste faible (17,8%), et un biais de sélection pourrait venir du fait que les répondants ont une meilleure connaissance des recommandations que les non-répondants. En effet, on peut supposer que les praticiens ayant répondu à l'enquête présentent un plus grand intérêt pour le sujet.

Le choix de privilégier un envoi du questionnaire par courrier électronique peut entraîner un biais de sélection, mais ce mode de diffusion paraît néanmoins bien adapté à la population cible, les cabinets dentaires étant généralement bien équipés en informatique.

Avec plus de moyens et plus de temps, d'autres modes de diffusion auraient pu être envisagés pour augmenter le taux de participation.

5.5.2.2. Difficulté de recueil des données

Le Conseil de l'Ordre de l'Eure a simplifié la diffusion du questionnaire en acceptant de le transmettre directement aux praticiens du département dont ils possédaient l'adresse mail, et en nous communiquant le nombre de praticiens théoriquement contactés ; cependant, ce nombre théorique diffère probablement du nombre réel de praticiens contactés, et nous n'avons pas pu avoir accès à ces données.

Le Conseil de l'Ordre de Seine Maritime n'ayant pas souhaité communiquer les adresses mail des praticiens du département, ni leur transmettre le questionnaire, le recueil de ces adresses mail a été long et fastidieux, impliquant de contacter plusieurs praticiens. Cela a finalement permis de former un listing assez complet et actualisé de ces adresses.

D'autre part, dans le cadre d'une journée de formation continue, une quinzaine de questionnaires ont été diffusés en version papier. Sur les 8 questionnaires ayant été complétés, 3 répondants n'ont pas précisé leur faculté d'origine, ce qui apparaît sous le terme « non renseigné » dans la question correspondante. Ce problème est lié au fait qu'une question ne peut pas être rendue « obligatoire » avec le format papier, contrairement au format informatique, qui ne permet pas de valider les réponses si certaines questions ne sont pas complétées.

Il s'agit d'une enquête déclarative, et non pas observationnelle. Ainsi, un décalage entre les pratiques déclarées, et les pratiques réelles est susceptible d'exister. De même les réponses aux questions portant sur la connaissance des recommandations ont pu être obtenues après consultation de certains documents. Cependant, les pourcentages de réponses correctes restent moyens, et donc probablement représentatifs de la réalité.

Enfin, la connaissance réelle des recommandations semble très difficile à appréhender dans son ensemble, et une sélection devait être faite. Le choix des questions posées a été effectué arbitrairement, et une seule question ne permet pas d'évaluer les connaissances globales sur ce domaine. De plus, les questions étaient probablement de difficulté variable, et portaient sur des pathologies auxquelles les chirurgiens-dentistes sont plus ou moins fréquemment confrontés.

Ainsi, les résultats obtenus ne sont qu'une photographie à un instant t de la connaissance de certaines pathologies, définitions, précautions ou recommandations, par les praticiens ayant répondu à l'enquête.

5.5.2.3. Représentativité de l'échantillon (analyse des données d'identification)

Le tableau 2 compare les caractéristiques des praticiens ayant répondu à l'enquête, avec celles des chirurgiens-dentistes de Haute-Normandie. Le taux de féminisation au niveau de l'enquête, ainsi que celui des praticiens ayant un exercice libéral sont proches mais supérieurs à ceux de la population source des praticiens Hauts-Normands.

Tableau 2 - Caractéristiques des praticiens au niveau de l'enquête, de la Haute-Normandie et de la France entière. Sources : (49), (46) et enquête personnelle.

	Au niveau de l'enquête (n = 105)	Au niveau de la Haute-Normandie (n = 733)
Taux de féminisation	47,62%	42%
Exercice libéral	94,29%	88,1%

D'autre part, le nombre des répondants qui disent être inscrits sur la liste des spécialistes en MBD est de 4, alors qu'il n'y a qu'un seul praticien réellement inscrit sur cette liste dans la région de Haute-Normandie. On peut donc supposer que la notion de « spécialiste en MBD » n'est pas claire pour tous les praticiens. Les résultats à cette question ne permettent donc pas de tirer des conclusions.

Globalement, l'échantillon des répondants est plutôt homogène, en ce qui concerne l'âge, l'année de début d'exercice en cabinet et le sexe et se rapproche des caractéristiques régionales pour le pourcentage de praticiens libéraux. D'autres données comme le temps de travail, le type de zone d'exercice, la distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche ou encore la structure d'exercice semblent cohérentes par rapport aux caractéristiques régionales, bien que nous ne disposions pas de données suffisantes pour les comparer.

À partir de ces différents éléments, il semble raisonnable de conclure que l'échantillon est représentatif de la population générale.

Malgré ces limites, cette enquête est une des premières dans la région, et apporte des informations nouvelles sur les connaissances et attitudes en termes de prise en charge des patients à risque. Elle offre également des pistes de réponses sur les difficultés de cette prise en charge en cabinet dentaire, ainsi que des propositions pour l'améliorer.

5.5.3. Analyse des attitudes en terme de prise en charge des patients à risque

5.5.3.1. Analyse de l'orientation des patients à risque infectieux et hémorragique

L'attitude des praticiens concernant la prise en charge des patients à risque infectieux ou à risque hémorragique, paraît majoritairement inadéquate (annexes 4 et 5). L'attitude se rapprochant le plus des recommandations est « une orientation exceptionnelle vers un correspondant » puisque la majorité des patients à risque infectieux ou hémorragique peut être prise en charge en cabinet dentaire, avec respect des précautions spécifiques à chaque cas.

5.5.3.1.1. Orientation exceptionnelle vers un correspondant

Cette attitude est minoritaire puisqu'elle concerne moins d'un tiers des praticiens pour les patients à risque infectieux et moins d'un quart pour les patients à risque hémorragique, ce qui reflète bien ce qui a pu être observé dans le service d'Odontologie du Groupe Hospitalier du Havre.

5.5.3.1.2. Prise en charge identique à celle de tous les patients

Plus inquiétant, 43% (n=105) des praticiens ne prennent pas de précautions spécifiques pour les patients à risque infectieux, et 16% (n=105) pour les patients à risque hémorragique. Ils disent respecter uniquement les précautions standards d'hygiène, qui visent strictement à prévenir la transmission des micro-organismes de patient à patient, de patient à soignant, de soignant à patient.

5.5.3.1.3. Orientation systématique vers un correspondant

Un seul praticien dit orienter systématiquement tous les patients à risque infectieux, et deux pour les patients à risque hémorragique ce qui ne permet pas de tirer de conclusion, cependant, une proportion plus importante était attendue à cette question d'après les constats qui ont été faits dans le service d'odontologie du Groupe Hospitalier du Havre.

5.5.3.1.4. Orientation excessive mais non systématique vers un correspondant

Enfin, un quart des praticiens oriente de manière excessive les patients à risque infectieux pour tous les actes invasifs, ce qui est moins dangereux pour le patient que de ne pas prendre de précautions, même si cela complique son parcours de soin. De même, la majorité des praticiens adresse de manière inadéquate les patients à risque hémorragique. Une prise en charge spécialisée peut être nécessaire chez les patients à risque hémorragique dans de certains cas, mais elle ne doit en aucun cas être systématique pour les actes à haut risque hémorragique. Dans tous les cas, l'orientation sera à évaluer après la réalisation d'examen biologiques, et discussion avec l'hématologue ou le médecin référent.

5.5.3.1.5. Facteurs influençant ces attitudes

Les caractéristiques des praticiens n'ont pas d'influence évidente sur ces attitudes. Contrairement à ce qui aurait pu être attendu, les praticiens les plus jeunes ne sont pas ceux qui se conforment le plus aux recommandations (figures 25 et 27), et les praticiens qui exercent à distance d'un service d'odontologie ou en zone rurale, ne sont pas ceux orientent le moins leurs patients.

D'autres facteurs qui n'étaient pas précisés dans la question peuvent également expliquer la grande proportion de patients à risque infectieux ou hémorragique qui sont reçus dans le service. Certains de ces patients sont adressés directement par différents services hospitaliers, sans prendre en compte le fait qu'ils sont déjà suivis par un chirurgien-dentiste. D'autres ont un suivi dentaire et médical irrégulier, et sont donc souvent orientés vers le service dans un contexte d'urgence. D'autres encore, sont des patients poly-pathologiques, avec des difficultés motrices associées, et dont l'accès en cabinet dentaire de ville est encore difficile. Toutefois, ces éléments sont indépendants de la volonté des chirurgiens-dentistes de ville, et viennent se surajouter à une orientation abusive ; c'est pourquoi, il serait souhaitable que les attitudes en termes de prise en charge des patients à risque infectieux ou hémorragique soient les plus adéquates possible pour éviter l'engorgement des services hospitaliers.

Il semble intéressant de noter que les praticiens qui ont répondu juste aux questions semblent avoir des attitudes plus adéquates, particulièrement pour les patients à risque infectieux, puisqu'ils sont majoritaires à les orienter de manière exceptionnelle. Cela transparait moins pour les patients à risque hémorragique puisque l'orientation systématique est fréquente, mais vu le faible nombre de praticiens ayant choisi cette option, il semble difficile de conclure.

Cependant, les correspondants choisis par les praticiens n'exercent pas tous en milieu hospitalier, et une grande partie d'entre eux est représentée par les chirurgiens maxillo-faciaux ou stomatologues de ville (annexe 6). Une autre hypothèse pouvant expliquer l'orientation des patients est donc la difficulté technique des actes, notamment pour les patients à risque hémorragique. En effet, certains actes à haut risque hémorragique apparaissent comme plus

difficiles à effectuer, comme des avulsions de dents incluses, des énucléations kystiques ou des chirurgies apicales.

5.5.3.1.1. Correspondants choisis

Certaines caractéristiques influencent le choix de ces correspondants. En effet, les praticiens les plus jeunes orientent davantage vers les services hospitaliers que vers les stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux de ville. Cela peut être lié à la place plus importante dans la formation initiale que prend l'enseignement des disciplines médicales, notamment par la réalisation de stages dans différents services hospitaliers. Cela peut également être lié au fait que les chirurgiens-dentistes de ville étant installés depuis longtemps ont pu développer un réseau de correspondants, tandis que les services hospitaliers seront préférés par le jeune praticien, récemment installé, qui ne connaît pas encore les stomatologues ou chirurgiens maxillo-faciaux de ville de sa zone d'exercice. De même, les services hospitaliers d'odontologie étant des structures récentes, ils ne sont pas encore forcément connus de tous les praticiens.

D'autre part, les praticiens ayant un exercice annexe, orientent très majoritairement dans les services hospitaliers de stomatologie/CMF ou d'odontologie, ce qui peut être mis en relation avec le fait que la majorité de ces praticiens exerce cette activité annexe en milieu hospitalier.

Enfin, les praticiens ayant répondu juste aux questions privilégient nettement les dentistes de ville, les spécialistes en chirurgie orale et les services d'odontologie, ce qui laisse penser que l'orientation des patients est peut-être plus occasionnelle, car le flux de patient chez ces correspondants est probablement moindre que dans un service hospitalier de stomatologie ou chirurgie maxillo-faciale.

En conclusion, la majorité des praticiens peut améliorer ses attitudes en termes de prise en charge de ces patients, qu'ils soient à risque infectieux ou hémorragique. Cette progression dépend non seulement des raisons qui incitent les praticiens à adresser leurs patients, mais aussi des moyens qui peuvent leur être proposés.

5.5.3.2. Analyse des motifs d'orientation des patients

5.5.3.2.1. Plateau technique

Un plateau technique inadapté est la deuxième raison qui motive les praticiens à adresser leurs patients.

Ceci se justifie pour les actes à risque hémorragique, qui nécessitent des moyens d'hémostase locaux dont tous les praticiens ne disposent pas. Il s'agit notamment des pinces bipolaires ou des bistouris électriques, mais aussi d'éponges ou de compresses hémostatiques, qui représentent un coût important pour des actes qui ne sont pas plus valorisés financièrement. Les patients concernés sont ceux qui prennent des traitements par anticoagulants oraux directs, par association d'AAP ou d'anticoagulants et AAP, certains cas d'hémophilie ou d'autres déficits en facteurs de coagulation. Les patients sous AVK seront aussi adressés en milieu hospitalier pour les actes à haut risque hémorragique, et si l'INR est supérieur à 3, pour tous les actes hémorragiques. De même, un taux de plaquettes inférieur à $50000/\text{mm}^3$ ou un TP inférieur à 50% nécessitent une prise en charge hospitalière pour tous les actes hémorragiques.

Cela se justifie également pour les actes à risque infectieux, bien que leur prévention repose pour la plupart sur l'utilisation d'antibiotiques, en prophylaxie ou sur une période plus longue. Les exceptions concernent les patients à risque d'ONM où les protocoles sont très stricts et recommandent une prise en charge hospitalière, et les patients qui présentent une immunodépression majeure, dont la prise en charge nécessite des conditions d'asepsie rigoureuses. Les pathologies et traitement concernés sont notamment les hémopathies, le SIDA si la numération de CD4+ est inférieure à 200/mm³, des traitements immunosuppresseurs, une corticothérapie au long cours, une chimiothérapie ou une radiothérapie dans certains cas.

Cette proposition est davantage retrouvée chez les praticiens les plus jeunes, ce qui pourrait s'expliquer par des moyens encore insuffisants pour améliorer leur plateau technique, bien que les cabinets créés récemment bénéficient de moyens plus modernes.

La valorisation financière des actes, et le suivi des recommandations faisaient aussi partie des réponses proposées à cette question, et seront abordés dans la suite de l'analyse.

5.5.3.2.2. Formation

Une formation ou une compétence insuffisantes arrivent en troisième position dans les motifs d'orientation donnés par les praticiens.

Une compétence insuffisante peut s'expliquer par la complexité de certains actes invasifs ou à risque hémorragique, particulièrement des actes chirurgicaux. Il est cependant probable que cette raison ne soit pas directement liée aux patients à risque infectieux ou hémorragique, mais concerne tous les patients, la technique chirurgicale étant indépendante de ces risques.

Une formation insuffisante peut s'expliquer par des lacunes lors de la formation initiale, mais aussi de la formation continue, qui est pourtant une obligation du praticien.

Ce motif d'orientation est moins retrouvé chez les praticiens de moins de 30 ans, mais ce sont les 30-40 ans qui l'invoquent le plus. Il semble donc difficile de tirer des conclusions selon l'âge des praticiens, bien qu'on aurait pu supposer que les praticiens les plus jeunes bénéficiant d'une formation plus récente aient une compétence suffisante, malgré un recul clinique plus faible.

De même ce motif est davantage retrouvé chez les praticiens qui travaillent le moins d'heures par semaine, et qui auraient pourtant du temps à consacrer à la formation continue.

Il faut cependant noter que ce motif est plus présent chez les praticiens exerçant à distance d'un service d'odontologie ou de stomatologie, ainsi qu'en zone rurale, qui sont peut-être moins au fait des moyens de formation continue ou qui ne peuvent pas forcément se déplacer lors de conférences qui ont généralement lieu dans les villes.

5.5.3.2.3. Connaissance des recommandations insuffisante

D'après les réponses aux questions portant sur la connaissance des recommandations, il semblerait que celle-ci soit un des motifs principaux d'orientation. Or, seuls 18% des praticiens déclarent orienter leurs patients pour cette raison. Il y a donc un hiatus entre ce qui est observé sur la connaissance des risques et des précautions, inhérents aux différentes pathologies étudiées, et la déclaration des praticiens concernant leur pratique.

5.5.3.2.4. Actes non rentables

Le manque de valorisation des actes n'arrive qu'en quatrième position dans la liste des motifs d'orientation. Pour la majorité des actes, il s'agit pourtant d'actes de chirurgie, réputés comme

peu rentables, d'autant plus qu'ils nécessitent du temps et du matériel supplémentaires pour les moyens d'hémostase locaux notamment. Cependant, ce motif augmente avec l'âge, ce qui peut s'expliquer par le fait que les praticiens plus âgés ont probablement des notions de gestion d'un cabinet différentes des praticiens les plus jeunes. Inversement, ce motif est assez fréquent chez les praticiens ayant répondu correctement aux questions, qui sont pourtant les plus jeunes.

5.5.3.2.5. *Respect des recommandations*

C'est le premier motif d'orientation cité par les praticiens, ce qui ne se reflète pourtant pas dans la partie portant sur la connaissance des recommandations où les taux de bonnes réponses restent assez bas. Encore une fois, ce hiatus s'explique en partie par le fait que c'est une étude déclarative, et non observationnelle, et que la partie sur les attitudes notamment ne reflète pas l'exacte réalité.

Il faut cependant noter que ce motif est moins présent chez les praticiens exerçant à distance d'un service d'odontologie ou de stomatologie, ainsi qu'en zone rurale. C'est également un motif fréquent pour les praticiens ayant répondu juste, ce qui semble logique.

5.5.3.3. La formation continue en Haute-Normandie

Les moyens de formation continue utilisés par les praticiens sont multiples. En premier lieu vient la participation à des congrès nationaux pour plus de 60% des praticiens, et un praticien cite directement l'ADF qui est le principal congrès national réunissant chaque année de nombreux chirurgiens-dentistes. L'abonnement à des revues professionnelles est également très utilisé, étant un moyen simple à mettre en œuvre et concernant de nombreux domaines. Au niveau de la Seine-Maritime, l'ODFOC organise quatre ou cinq conférences par an, sur une journée, autour de thèmes variés comme la prothèse complète, la dermatologie buccale ou encore la posture du dos. C'est un moyen utilisé par plus de 50% des praticiens ; le fait que la localisation soit strictement départementale facilite l'accès et donc la participation des praticiens. Il ne semble cependant pas y avoir d'équivalent dans le département de l'Eure.

La consultation des sites officiels sur Internet est plus utilisée par les praticiens jeunes que par les praticiens plus âgés, ce qui peut s'expliquer par le développement récent mais de plus en plus important de ce moyen de formation continue. Les conférences en « E-learning du T'Chat ADF » ont d'ailleurs été citées par un praticien. Ce moyen est également très utilisé par les praticiens ayant répondu correctement aux questions, ce qui laisse penser qu'il s'agit d'une source fiable pour s'informer sur les nouvelles recommandations. Ces praticiens sont en revanche moins nombreux à choisir l'ODFOC.

Plusieurs formations privées ont été citées, en dehors du cadre régional.

Parmi les propositions pour améliorer la prise en charge des patients à risque infectieux et hémorragique en cabinet dentaire, les praticiens sont presque 40% à souhaiter une amélioration de la formation continue.

Globalement, les moyens de formation continue proposés au niveau de la Haute-Normandie sont peu nombreux. Les praticiens utilisent préférentiellement des moyens de formation à distance ou situés en région parisienne, facilement et rapidement accessible.

5.5.4. Analyse des connaissances en terme de prise en charge des patients à risque

L'évaluation de la connaissance des recommandations, précautions et risques qui sont associés aux différentes pathologies montre qu'il existe quelques lacunes. En effet, le taux de réussite global est de 40,5% (n=105), et aucun praticien n'a répondu juste à toutes les questions. Cette connaissance insuffisante permet d'expliquer en partie les attitudes inadéquates de certains praticiens.

Un facteur intéressant qui a été mis en évidence dans cette étude est l'impact de l'âge sur les connaissances. En effet, il apparaît très clairement que plus les praticiens sont jeunes, mieux ils ont répondu aux questions. Cela s'explique notamment par une formation initiale récente et un enseignement à jour des recommandations actuelles, celles-ci ayant évolué au cours des dernières années. La formation médicale, en rapport direct avec les patients à risques, a aussi pris une place plus importante dans les études odontologiques. Cette formation initiale semble avoir une influence, puisque les meilleurs taux de réponses sont observés chez les praticiens ayant étudié dans les facultés de Nancy, Clermont Ferrant et Lille. Les praticiens ayant étudié à l'étranger ont un taux de bonnes réponses plus bas, mais leur faible nombre ne permet pas de tirer de conclusions.

De même, les praticiens exerçant en cabinet mutualiste ont moins bien répondu aux questions, mais leur faible nombre ne permet pas de conclure. Par ailleurs, les praticiens exerçant en cabinet de groupe et ceux exerçant en cabinet individuel ont des taux de bonnes réponses similaires, alors qu'une meilleure réussite aurait pu être attendue dans les cabinets de groupe, du fait des échanges facilités entre les praticiens et d'une activité souvent plus diversifiée.

Les praticiens ayant un exercice annexe ont mieux répondu aux questions. La pratique d'une activité annexe, et particulièrement dans le milieu hospitalier est révélatrice d'une volonté de ces praticiens de diversifier leur activité, et d'un intérêt pour d'autres disciplines, notamment l'enseignement, ce qui se ressent nettement, que ce soit dans leur attitude ou dans leurs connaissances.

5.5.4.1. Pathologies cardio-vasculaires

C'est un domaine moyennement maîtrisé avec 41% de bonnes réponses (n=105). La prescription d'INR dans le cadre d'un traitement par AVK semble acquise pour le plus grand nombre. De manière plus surprenante, les pathologies à risque d'endocardite infectieuse sont encore méconnues, surtout chez les praticiens plus âgés, ce qui peut s'expliquer par la publication récente des dernières recommandations. La définition d'une thrombopénie n'est pas non plus claire pour tout le monde, alors que le dosage des plaquettes fait partie des éléments récurrents lors d'un bilan sanguin. Plus inquiétant, le seuil de plaquettes nécessitant une prise en charge hospitalière est encore moins bien connu, alors que le risque de saignement est majeur, puisque les plaquettes jouent un rôle primordial dans l'hémostase primaire. À noter que les praticiens ayant un exercice annexe ont un taux de bonnes réponses largement supérieur au reste des praticiens.

5.5.4.2. Pathologies endocriniennes

Ce domaine est un des mieux maîtrisé avec 59% de bonnes réponses. Les questions portaient sur le diabète, qui est une pathologie fréquemment rencontrée, et présentant de nombreuses complications notamment au niveau parodontal. L'absence de risque hémorragique chez le

patient diabétique est connue par la majorité des praticiens, les situations nécessitant une antibioprofylaxie en cas d'acte invasif le sont un peu moins, particulièrement par les praticiens plus âgés, nombreux à en prescrire systématiquement une pour tous les patients diabétiques.

5.5.4.3. Pathologies hépatiques

Cette catégorie ne comportait d'une seule question, à choix unique, et c'est celle qui a remporté le plus grand nombre de bonnes réponses, avec 64% des praticiens qui considèrent donc qu'il existe un risque infectieux chez le patient cirrhotique. Cette question n'était pourtant pas la plus simple, mais le fait que la question soit fermée et que les praticiens ne puissent répondre que par « oui » ou « non » augmentait les chances de réussite. On peut supposer que si une justification était demandée, le taux de bonnes réponses serait moindre. Il est important de noter que la totalité des 8 praticiens ayant un exercice annexe ont répondu correctement à cette question.

5.5.4.4. Pathologies rénales

De même, cette catégorie ne comportait qu'une seule question, mais plusieurs réponses étaient possibles, et c'est donc celle qui a le taux de réussite le plus faible avec seulement 13% de bonnes réponses, et 44% à n'avoir aucune réponse juste. Les précautions à prendre en cas d'acte invasif chez le patient hémodialysé sont donc loin d'être acquises. L'insuffisance rénale chronique terminale est pourtant un problème majeur de santé publique, avec une prévalence de 1060 personnes traitées par million d'habitants, dont plus de la moitié par dialyse (24). Cependant, les praticiens ont davantage coché la case « ne sais pas » que des réponses fausses, ce qui montre que le manque de connaissances n'entraîne pas forcément des attitudes dangereuses en termes de prise en charge de ces patients. L'antibioprofylaxie est d'ailleurs une précaution prise par 41% des praticiens.

5.5.4.5. VIH

Les connaissances sur le VIH sont assez mal maîtrisées, avec seulement 25% de bonnes réponses, et les examens complémentaires permettant d'évaluer le risque infectieux chez le patient porteur du VIH ne semblent pas acquis. Il n'y avait qu'une seule réponse possible à la première question (« vrai », « faux » ou « ne sais pas ») et encore une fois la majorité des praticiens ont été honnêtes en cochant la case « ne sais pas » plutôt que la mauvaise réponse. On peut donc supposer, que face à une situation similaire, ces praticiens auraient tendance à s'informer sur la conduite à tenir, ou à orienter directement leur patient, plutôt que d'adopter une attitude pouvant être dangereuse pour le patient, comme par exemple considérer qu'il n'y a pas de risque infectieux, alors qu'il y en a pourtant un. Encore une fois, les praticiens ayant un exercice annexe ont mieux répondu à ces questions.

5.5.4.6. Risques liés à un traitement

Ces questions portaient sur des domaines plus variés, en lien avec des traitements, qui sont moyennement maîtrisés puisqu'il y a 40% de bonnes réponses.

Les précautions liées aux bisphosphonates semblent acquises pour la plupart, et notamment la prescription d'antibiotiques à démarrer la veille de l'intervention et à poursuivre jusqu'à cicatrisation muqueuse pour une avulsion, qui est un élément important étant donné le risque infectieux local existant.

L'indication des gouttières de fluoruration semble poser quelques difficultés puisque seuls 13% des praticiens ont répondu correctement. La question demandait si les gouttières étaient à débiter dès le début de la radiothérapie cervico-faciale. Le fait de commencer le port des gouttières de fluoruration au début de la radiothérapie, était considéré comme une réponse fautive, bien que cela soit discutable. Ce n'est pas contre-indiqué, quelques rares et anciens articles le conseillent même, mais les recommandations préconisent plutôt de débiter ce port à la fin de la radiothérapie, dès que les muqueuses ont retrouvé un aspect sain. En effet, les complications bucco-dentaires pendant la radiothérapie sont sévères, avec notamment des radiomucites, des lésions cutanées qui peuvent entraîner une limitation de l'ouverture buccale, une hyposialie. Le port de gouttières de fluoruration, s'il est permis par l'ouverture buccale, dans ces conditions peut surajouter à l'inconfort du patient en entraînant des brûlures gingivales notamment. Cependant, ces gouttières sont bien à confectionner avant le début de la radiothérapie. Une explication de ce faible taux de bonnes réponses peut donc venir de la tournure de la question qui avait tendance à induire les praticiens en erreur.

Les risques hémorragiques et infectieux liés à la chimiothérapie sont également moyennement maîtrisés, puisque 45% des praticiens connaissent la fenêtre d'intervention où ces risques sont minimaux, située juste avant la cure suivante, sur un schéma de cures toutes les 3 semaines. Cependant 19% des praticiens seraient prêts à intervenir juste après la cure, ou pire 10 jours après la cure où ces risques sont maximaux.

5.5.5. Comment améliorer la prise en charge de ces patients

5.5.5.1. Limites de la prise en charge de ces patients en cabinet dentaire

Comme il a été vu précédemment, et comme le reflète ce questionnaire, les limites à la prise en charge des patients à risque infectieux ou hémorragique en cabinet dentaire sont nombreuses.

La première semble donc être la connaissance des recommandations, qui a tendance à conduire à une orientation excessive par **principe de précaution**.

Le **plateau technique** peut aussi poser problème, si le praticien ne dispose pas de moyens d'hémostases locaux notamment, ou si l'agencement du cabinet ou l'entretien du matériel ne respectent pas les recommandations établies par la Direction Générale de la Santé (4).

L'**accès au cabinet** notamment pour les cabinets situés en étage sans ascenseur ou sans accès pour les fauteuils roulants peut limiter la prise en charge de ces patients, qui sont plus souvent des patients âgés ou avec plusieurs comorbidités qui limitent leur mobilité.

Ce sont aussi des patients auxquels il faut consacrer **plus de temps**. La première consultation, et particulièrement l'anamnèse sera plus longue, nécessitant d'étudier les traitements du patient, de contacter le médecin spécialiste ou de rédiger des courriers, autant d'éléments qui sont plus rarement nécessaires pour le patient sain. La nécessité d'antibioprophylaxie implique de reporter certains actes qui auraient pu être réalisés dans la séance, et donc de fixer d'autres rendez-vous. La mise en place de moyens d'hémostase locaux demande du temps supplémentaire en fin d'acte à risque hémorragique, mais représentent également un coût supplémentaire non négligeable.

Malgré le temps passé, et le matériel supplémentaire utilisé, les actes ne sont pas majorés par rapport à la prise en charge d'un patient sans risques infectieux et hémorragique augmentés.

Ce **manque de valorisation** peut donc également constituer un frein à la prise en charge de ces patients.

Évidemment, le **respect des recommandations** qui indiquent de prendre en charge ces patients en milieu hospitalier est également une limite, qui concerne les patients à risque hémorragique élevé pour un certain nombre d'actes et de pathologies, mais aussi les patients à risque infectieux majeur qui nécessitent des conditions d'hygiène strictes.

Certaines limites sont **liées au patient**. C'est le cas pour les patients non coopérants pour lesquels une prise en charge sous anesthésie générale sera la meilleure solution. C'est aussi le cas des patients phobiques, des patients présentant une limitation d'ouverture buccale serrée et définitive, des patients présentant un réflexe nauséux majeur, des patients nécessitant une prise en charge urgente qui n'est pas possible en cabinet dentaire, comme un drainage exobuccal de cellulite... Ces situations ne sont pas propres aux patients à risque infectieux ou hémorragique, mais peuvent les concerner.

Finalement, le praticien est le seul capable d'estimer, en fonction de ses connaissances, de ses compétences et de ses moyens, si le patient doit être adressé vers une prise en charge spécialisée ou non.

5.5.5.2. Suggestions pour favoriser la prise en charge des patients à risque infectieux et hémorragique en cabinet dentaire

5.5.5.2.1. Amélioration formation initiale

Les formations théoriques et pratiques divergent selon les facultés comme le montrent la figure 40 et l'annexe 12. D'autre part, 23% des praticiens interrogés souhaiteraient une amélioration de la formation initiale.

Dans sa thèse (50), le Docteur Collard a étudié la formation en chirurgie orale à la faculté de Lille, en interrogeant les étudiants sur les actes chirurgicaux qu'ils avaient l'occasion de réaliser ou d'observer. Il en ressort que les étudiants ont pu réaliser un certain nombre d'actes chirurgicaux de base comme des avulsions simples ou complexes, ainsi que extractions de dents de sagesse et de dents enclavées. Des avulsions de dents incluses ou de germes n'ont pu être effectuées ou observées que par peu d'étudiants, et la majorité n'ont donc pas pu acquérir les compétences suffisantes pour réaliser ces actes. Enfin, certains actes plus complexes comme des régularisations de crête ou des chirurgies parodontales ont quand même pu être réalisés par les étudiants. Il ressort également que les étudiants ayant rejoint les centres d'enseignement et de soins dentaires de Rouen et du Havre ont une activité plus grande que les étudiants restés à Lille, ce qui s'explique aisément par la très forte demande de soins au niveau de la région de Haute-Normandie, et par le fait que les étudiants sont peu nombreux, ce qui leur permet de suivre plusieurs patients par demi-journée. Ceci a aussi eu pour avantage de libérer des postes dans les autres services de formation.

La création de centres de soins et d'enseignement dentaire délocalisés semble donc être une proposition intéressante pour diversifier la formation initiale, proposer une activité plus importante aux étudiants, et en même temps, apporter une offre de soins supplémentaire dans des régions pauvres en professionnels de santé, ou ne possédant pas de faculté d'odontologie.

5.5.5.2.2. Amélioration de la formation continue

Les praticiens utilisent des moyens de formation continue variés, mais qui ne semblent pas suffisants d'après les résultats obtenus aux questions portant sur les attitudes et les connaissances. De plus, 38% d'entre eux souhaiteraient une amélioration de cette formation continue.

La formation continue est indispensable pour se tenir au courant de l'évolution rapide des techniques, matériaux, ou recommandations en odontologie. C'est aussi une obligation du praticien, qui depuis le 1^{er} Janvier 2013, doit suivre au moins un programme de Développement Professionnel Continu (DPC). Mais la motivation du praticien reste un élément essentiel, et certains praticiens se contenteront d'une séance de DPC par an, quand d'autres n'hésiteront pas à se déplacer dans toute la France, voire à l'étranger pour assister à des conférences.

Les organismes de formation continue théorique restent peu développés dans la région de Haute-Normandie, quant à la formation continue pratique, elle est quasiment inexistante.

Les formations universitaires les plus proches, au-delà de la formation initiale, se situent à Paris. Ainsi, pour suivre des certificats d'études supérieures (C.E.S.) et diplômes universitaires (D.U.), qui concernent essentiellement la chirurgie orale, les praticiens Hauts-Normands sont obligés de changer de région. Il en est de même pour les formations privées.

Si la mise en place de formations universitaires semble encore difficile dans la région, il serait intéressant de développer des formations théoriques régulières, notamment sur la prise en charge des patients à risque, éventuellement en association avec les services médicaux concernés.

5.5.5.2.3. Valorisation financière des actes

Bien que le manque de valorisation financière des actes ne soit pas un motif majeur d'orientation, 33% des praticiens souhaiteraient une amélioration dans ce domaine. Une majoration des actes semble être assez simple à mettre en place, puisqu'elle existe déjà dans d'autres circonstances comme les consultations les dimanches et jours fériés, ou encore les soins de dents permanentes chez l'enfant de moins de 13 ans. Le contexte actuel de l'assurance maladie, reste cependant un obstacle majeur à cette mise en place.

5.5.5.2.4. Autres solutions

Le développement de **maisons de santé pluridisciplinaires** est une proposition évoquée par un praticien pour améliorer la prise en charge de ces patients. C'est une option intéressante, permettant de rassembler plusieurs spécialités médicales et paramédicales, et d'offrir au patient une offre de santé de proximité, avec la possibilité de regrouper plusieurs consultations. Cette option propose au praticien des échanges facilités entre les différentes spécialités. Elle pourrait aussi fournir un plateau technique adapté, respectant des normes strictes d'asepsie, qui serait partagé entre plusieurs praticiens.

Une autre solution serait un accès facilité au **dossier médical** du patient. En effet, des nombreux patients ne connaissent pas bien leurs antécédents médicaux, et les traitements qu'ils prennent. L'interrogatoire médical peut vite devenir long et fastidieux, et le contact des médecins spécialistes hospitaliers ou des médecins généralistes parfois compliqué. L'objectif du Dossier Médical Personnel (DMP) est de fournir au praticien l'information la plus complète possible sur l'état de santé du patient afin d'améliorer sa prise en charge. Le DMP, dans sa forme actuelle, est encore controversé, et se heurte à de nombreuses dérives. Une

alternative, moins complète mais peut être plus systématique, se limitant éventuellement aux traitements et pathologies, mais ne donnant pas forcément accès à tout l'historique médical, pourrait être une solution, bien que difficile à mettre en œuvre.

Pour pallier à un cabinet ne permettant pas la prise en charge de ces patients, une autre solution serait la **mise à disposition de plateaux techniques adaptés**, en milieu hospitalier, aux praticiens de ville qui souhaiteraient disposer régulièrement d'un créneau pour diversifier leur activité, et notamment prendre en charge des patients à risque hémorragique et infectieux qui nécessitent un cadre hospitalier. En ce qui concerne les difficultés liées à l'accès au cabinet, cette limite est amenée à pratiquement disparaître suite à la loi du 11 février 2005 et l'ordonnance du 26 septembre 2014, qui établissent les normes d'accessibilités aux handicapés dans les établissements recevant du public.

Une dernière proposition est le **développement de la spécialité de MBD** de l'internat qualifiant. En effet, une des orientations qui peut être donnée à ce D.E.S. est un exercice hospitalier ou hospitalo-universitaire, avec prise en charge des patients dits spécifiques, les patients polyhandicapés, mais aussi les patients polymédiqués, et les patients à risque infectieux ou hémorragique. Le fait d'avoir un exercice hospitalier, en plus des années de formation supplémentaires sont des facteurs favorisant pour cette prise en charge. Cette orientation n'étant choisie que par peu d'internes en D.E.S MBD, cette proposition ne répond que partiellement au problème.

5.5.6. Perspectives

Cette enquête a permis de constater que les attitudes et connaissances des praticiens de Haute-Normandie n'étaient pas tout à fait adéquates. Cependant, il serait intéressant d'étendre cette enquête à d'autres régions pour pouvoir comparer les résultats, et mieux se rendre compte de l'impact que peuvent avoir certains facteurs, comme le type de zone d'exercice, qui ne nous apportent finalement que peu d'informations ici, ou bien la quantité d'organismes de formation continue existant au niveau régional... On peut se demander si les éléments qui ressortent de cette enquête sont spécifiques à la Haute-Normandie, ou pas.

D'autre part, ces éléments ne sont qu'une photographie ponctuelle des attitudes et connaissances des praticiens Hauts-Normands. Au vu de la démographie actuelle des chirurgiens-dentistes, mais aussi des médecins, la situation est amenée à changer dans les années à venir. Les stomatologues sont plusieurs à avoir pris leur retraite récemment sans être remplacés, et les chirurgiens maxillo-faciaux sont très peu nombreux à s'installer dans la région. Ces derniers représentent pourtant des correspondants privilégiés des chirurgiens-dentistes lorsque ceux-ci décident d'adresser leur patient. Il semble donc légitime de s'interroger sur l'évolution de la situation et de se demander qui seront les futurs correspondants privilégiés dans la région, en ce qui concerne les actes de chirurgie particulièrement. Les chirurgiens-dentistes spécialisés en chirurgie orale via l'internat qualifiant, encore peu nombreux mais en augmentation constante, pourraient permettre de remplacer en partie les stomatologues partant à la retraite. Des postes d'internes en chirurgie orale ont d'ailleurs été créés dans les services d'odontologie du Havre et de Rouen.

6. Conclusion

Les recommandations évoluent en permanence. Au-delà de leur connaissance, leur compréhension et leur application font appel à des notions appartenant à de nombreuses spécialités médicales. Un réel travail de synthèse est donc nécessaire, et c'est loin d'être un exercice aisé, comme le montrent les résultats de cette enquête. De manière assez logique, les attitudes découlent de cette compréhension des recommandations dans leur globalité. Elles ne sont donc pas toutes conformes aux recommandations, et ont tendance à entraîner une orientation excessive des patients, en milieu hospitalier notamment, et ce, peut-être, au détriment de certains patients pour lesquels une prise en charge hospitalière serait justifiée. Ces différents éléments montrent donc l'importance de la connaissance des recommandations, des précautions et des risques liés à de nombreuses pathologies. La formation initiale permet d'acquérir les fondements de cet apprentissage, mais celui-ci doit s'entretenir tout au long de la carrière du praticien. C'est pourquoi une amélioration des formations initiales et continues, semble indispensable, tout comme une diversification des modes d'exercice. Dans ce contexte démographique délicat, aussi bien au niveau des chirurgiens-dentistes que des médecins, le développement des nouvelles spécialités de l'internat serait une solution intéressante.

À l'échelle de la Haute-Normandie, cette enquête a donc permis d'évaluer les connaissances et attitudes en termes de prise en charge des patients à risque hémorragique et infectieux, mais aussi d'identifier quelques facteurs pouvant influencer cette prise en charge. Elle a aussi permis de se rendre compte que les hypothèses qui avaient pu être formulées en amont après constatation de certains faits, ne se vérifiaient pas nécessairement, quand d'autres ont largement été confirmées. Cette évaluation des pratiques professionnelles est une des premières dans la région et permet d'apporter des informations nouvelles sur l'exercice des chirurgiens-dentistes de la région, cependant, nous n'avons que peu d'éléments de comparaison pour discuter nos résultats.

Pour terminer, il semble important de rappeler l'importance d'une étroite collaboration entre cabinets de ville et milieu hospitalier, en matière odontologique en particulier.

Bibliographie

1. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Recommandations sur la prescription des antibiotiques en pratique bucco-dentaire [Internet]. ANSM; 2011 sept. Disponible sur : <http://www.mbcjournal.org/articles/mbcb/pdf/2011/04/mbcb110038.pdf>
2. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. *Med Buccale Chir Buccale*. août 2012;18(3):251-314.
3. Association Dentaire Française. Risques médicaux : guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. Les cahiers de l'ADF. ADF. Paris, France; 2013. 135 p.
4. Direction Générale de la Santé. Guide de prévention des infections liées aux soins en chirurgie dentaire et en stomatologie [Internet]. DGS; 2006 juillet. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_de_prevention_des_infections_liees_aux_soins_en_chirurgie_dentaire_et_en_stomatologie.pdf
5. Najm SA, Lesclous P, Lombardi T, Bouzouita I, Carrel J-P, Samson J. Ostéonécrose des maxillaires dues aux bisphosphonates : mise au point. *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2008;14(1):5-18.
6. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Recommandations sur la prise en charge bucco-dentaire des patients traités par bisphosphonates [Internet]. ANSM; 2007. Disponible sur : <http://ansm.sante.fr/content/download/11694/140950/version/2/file/lp071203.pdf>
7. Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support. Radiothérapie et soins bucco-dentaires [Internet]. AFSOS; 2010 décembre. Disponible sur : http://www.afsos.org/IMG/pdf/Radiothrapie_et_soins_bucco-dentaires.pdf
8. Commission de prévention et santé publique. Tabagisme et maladie parodontale. *Bull Acad Natle Chir Dent*. 2004;(47).
9. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des patients sous traitement anti-vitamines K en chirurgie bucco-dentaire. *Med Buccale Chir Buccale*. oct 2006;12(4):188-212.
10. Société Française de Chirurgie Orale. Recommandation pour la Gestion péri-opératoire des patients traités par antithrombotiques en chirurgie orale [Internet]. SFCO; 2015. Disponible sur : http://www.mbcjournal.org/images/stories/recommandations/recommandations_festion_peri_operatoire_2015_court.pdf
11. Roche Y. Risques médicaux au cabinet dentaire en pratique quotidienne : identification des patients - évaluation des risques - prise en charge, prévention et précautions. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2010. 722 p.
12. Duval X. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse : tendances actuelles et recommandations récentes. *Endocardite Infect*. Avril 2008;57(2):102-8.
13. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta J-P, Zotti FD, et al. Guidelines for the management of infective endocarditis - European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. nov 2015;36(44):3075-128.

14. Société Française d'hypertension artérielle. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. *Presse Médicale*. 2013;42(5):819-25.
15. Herman WW, Konzelman JL, Prisant LM. New national guidelines on hypertension : a summary for dentistry. *J Am Dent Assoc*. mai 2004;135(5):576-84; quiz 653-4.
16. Rhodus NL, Little JW. Dental management of the patient with cardiac arrhythmias : an update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. décembre 2003;96(6):659-68.
17. American Dental Association. *The ADA Practical Guide to Patients with Medical Conditions*. Patton LL, Glick M, éditeurs. John Wiley & Sons; 2015. 528 p.
18. Moizan H, Lagarde A, Haloun A. Modalités de prise en charge du patient asthmatique en chirurgie buccale. *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2003;9(1):37-48.
19. Kidambi S, Patel SB. Diabetes Mellitus - Considerations for dentistry. *J Am Dent Assoc*. oct 2010;139:8-18.
20. Golla K, Epstein JB, Cabay RJ. Liver disease : Current perspectives on medical and dental management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. nov 2004;98(5):516-21.
21. Firriolo FJ. Dental Management of Patients with End-Stage Liver Disease. *Dent Clin North Am*. 2006;50(4):563-90, VII.
22. Mancheno-Franch A, Jimenez-Soriano Y, Sarrion-Perez M. Dental management of patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Exp Dent*. 2010;191-5.
23. Club Rhumatismes et Inflammations, éditeur. Fiches pratiques du CRI [Internet]. Disponible sur : <http://www.cri-net.com>
24. Institut National de Veille Sanitaire. L'insuffisance rénale chronique terminale en France. mars 2010; Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/09_10/beh_09_10_2010.pdf
25. Proctor R, Kumar N, Stein A, Moles D, Porter S. Oral and Dental Aspects of Chronic Renal Failure. *J Dent Res*. mars 2005;84(3):199-208.
26. Verma A, Yadav S, Sachdeva A. Dental consequences and management in patients with major depressive disorder. *J Innov Dent* [Internet]. 2011;1. Disponible sur : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.464.9296&rep=rep1&type=pdf>
27. Israels S, Schwetz N, Boyar R, McNicol A. Bleeding disorders: characterization, dental considerations and management. *J Can Dent Assoc*. 2006;72(9):827.
28. Haute Autorité de Santé. Radioprotection du patient et analyse des pratiques DPC et certification des établissements de santé [Internet]. HAS; 2012 nov. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/radioprotection_du_patient_et_analyse_des_pratiques_dpc_et_certification_des_etablissements_de_sante_guide.pdf
29. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Evaluation de l'exposition au mercure et des risques dus aux amalgames dentaires - actualisation des données [Internet]. ANSM; 2015 avril. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/f5239a084515ff2a9400469016

30. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Recommandations - Bon usage des agents antiplaquettaires [Internet]. 2012 juin. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-07/12irp06_reco_agents_antiplaquettaires.pdf
31. Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des patients sous agents antiplaquettaires en odontostomatologie. *Med Buccale Chir Buccale*. février 2005;11(2):55-76.
32. Lansonneur C, Guillou P, Hacquard A, Devisse M, Lelievre J, Le Gal G, et al. Nouveaux anticoagulants. Mise au point et enjeux en chirurgie orale. *Médecine Buccale Chir Buccale*. janv 2013;19(1):11-9.
33. Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Orale. Chirurgie orale et bisphosphonates. Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2013 sept. Disponible sur : <http://www.grio.org/documents/boite-a-outils-osteoporose500-1401218783.pdf>
34. Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Orale. Implantologie et bisphosphonates. Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2012 Juillet. Disponible sur : <http://www.grio.org/documents/boite-a-outils-osteoporose500-1401218899.pdf>
35. Farsi F, Guichard M, Gourmet R, Kreher P. Standards, Options et Recommandations pour une bonne pratique odontologique en cancérologie. *Bull Cancer (Paris)*. sept 1999;86(7):640-65.
36. Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support. Chimiothérapie et soins bucco-dentaires [Internet]. AFSOS; 2010 décembre. Disponible sur : http://www.afsos.org/IMG/pdf/Chimiotherapie_et_soins_buccodentaires.pdf
37. Société Française de Chirurgie Orale. Recommandations pour la prescription des anti-inflammatoires en chirurgie buccale chez l'adulte. *Med Buccale Chir Buccale*. avril 2008;14(3):129-59.
38. Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique Méthode « Recommandations pour la pratique clinique » [Internet]. HAS; 2015 mars. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_recommandations_pour_la_pratique_clinique.pdf
39. Haute Autorité de Santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. HAS; 2013 Avril. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
40. Haute Autorité de Santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations [Internet]. HAS; 2000 janv. (Service Recommandations Professionnelles). Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
41. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Rappel des règles de bon usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) [Internet]. ANSM; 2013 juillet. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/53960970b52f1b0c30da77518e8c86d7.pdf

42. Richards D. Prophylaxis against infective endocarditis. *Evid Based Dent.* 2008;9(2):37-8.
43. Lekakis J, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, Moreillon P, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis : The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* oct 2009;30(19):2369-413.
44. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde. Disponible sur: http://wwwlive.who.int/entity/oral_health/media/en/orh_report03_fr.pdf
45. Institut National de la Statistique et des Études Économiques, Observatoire Régional de Santé. Les territoires de santé en Haute-Normandie. Situation socio-sanitaire actuelle et perspectives démographiques [Internet]. Insee et ORS; 2012 mars. (Aval). Report No.: 114. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/haute-normandie/themes/aval/aval12114/img/aval12114.pdf
46. Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes. Extrait Statistiques du conseil national de l'ordre à propos de la démographie des chirurgiens dentistes en Haute Normandie en 2015. Communication personnelle par courrier électronique; 2015.
47. Institut National de la Statistique et des Études Économiques, Agence Régionale de Santé. Offre de soins de proximité en Haute-Normandie - Étude prospective des besoins en professionnels de santé [Internet]. Insee et ARS; 2015 décembre. Report No.: 10. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/haute-normandie/themes/insee-dossier/hn_ind_10.pdf
48. Observatoire national de la démographie des professions de santé. État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes [Internet]. ONDPS; 2013 décembre. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_dece mbre_2013.pdf
49. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Effectifs des chirurgiens-dentistes par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge. DREES; 2015 janv.
50. Collard C. Analyse de l'activité chirurgicale en cabinet omnipratique - Étude réalisée en Haute-Normandie [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé de Lille 2; 2014.

Table des illustrations

Figure 1 - Cartographie définie lors de « l'Étude prospective des besoins en professionnels de santé, à l'horizon 2022 ». Source : ARS Haute-Normandie - INSEE.....	38
Figure 2 - Part des dentistes âgés de 55 ans ou plus, dans les territoires Hauts-Normands. Source : ARS, caisses d'Assurance Maladie, extraction C@rtoSanté.....	39
Figure 3 - Nombre de dentistes et densités correspondantes dans les territoires de Haute-Normandie. Plus de la moitié des dentistes sont situés dans les bassins de Rouen, du Havre, et d'Évreux. Source : ARS, caisses d'Assurance Maladie, extraction C@rtoSanté – traitement INSEE.....	39
Figure 4 - Soldes migratoires de dentistes par grandes catégories d'âge. Source : ARS, caisses d'Assurance Maladie, extraction C@rtoSanté – Traitement INSEE.....	40
Figure 5 - Distribution des praticiens par sexe et par tranches d'âge.	44
Figure 6 - Répartition des répondants par faculté d'origine.	45
Figure 7 - Distribution des répondants en fonction de leur année de début d'exercice en cabinet.	46
Figure 8 - Distribution des répondants en fonction de leur structure d'exercice.....	46
Figure 9 - Distribution des répondants en fonction de leur statut.....	46
Figure 10 - Distribution des répondants en fonction de la pratique d'un exercice annexe.	47
Figure 11 - Distribution des répondants en fonction de leur temps de travail hebdomadaire.	47
Figure 12 - Distribution des répondants en fonction de la distance entre leur cabinet et l'hôpital ou la clinique possédant un service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche.....	47
Figure 13 - Distribution des répondants en fonction du type de zone d'exercice.	48
Figure 14 - Choix des correspondants en cas d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.....	49
Figure 15 - Motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.	49
Figure 16 - Propositions pour inciter à la prise en charge des patients à risque hémorragique et infectieux dans les cabinets de ville.....	50
Figure 17 - Moyens de formation continue utilisés par les praticiens ayant répondu à l'enquête.....	50
Figure 18 - Autres moyens de formation continue proposés par les praticiens ayant répondu à l'enquête... ..	50
Figure 19 - Distribution des praticiens selon leurs réponses à la question portant sur les cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse.....	51
Figure 20 - Distribution des praticiens selon leurs réponses à la question « chez un patient diabétique, dans quel cas un acte invasif doit-il être précédé d'une antibioprophylaxie ? ».....	52
Figure 21 - Distribution des praticiens selon leurs réponses à la question « Quelles sont les précautions à prendre lorsque l'on réalise un acte invasif chez un patient hémodialysé ? ».	52
Figure 22 - Proportions des réponses vraies et fausses aux questions portant sur le VIH.....	53
Figure 23 - Proportion des réponses vraies et fausses aux questions portant sur les « Risques liés à un traitement ».....	54
Figure 24 - Distribution par tranche d'âge des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque infectieux.....	55
Figure 25 - Distribution par structure d'exercice des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque infectieux.....	56
Figure 26 - Distribution par temps de travail des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge de patients à risque infectieux.	56
Figure 27 - Distribution par tranche d'âge des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque hémorragique.....	57
Figure 28 - Distribution par statut d'exercice des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque hémorragique.....	58

Figure 29 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens en fonction de leur attitude en termes de prise en charge des patients à risque hémorragique.	58
Figure 30 - Distribution des praticiens par distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche, en fonction de leur choix de correspondants lors de l'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.	59
Figure 31 - Distribution par zone d'exercice des praticiens, en fonction de leur choix de correspondants lors de l'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.	59
Figure 32 - Distribution par tranche d'âge des praticiens en fonction de leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.	60
Figure 33 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens en fonction de leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.	61
Figure 34 - Distribution des praticiens par distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche en fonction de leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.	61
Figure 35 - Distribution par zone d'exercice des praticiens en fonction de leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.	61
Figure 36 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens en fonction de leurs moyens de formation continue.	62
Figure 37 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens en fonction de leurs suggestions pour favoriser la prise en charge des patients à risque infectieux ou hémorragique en cabinet dentaire.	63
Figure 38 - Distribution par tranches d'âge des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	64
Figure 39 - Distribution par sexe des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	64
Figure 40 - Distribution par faculté d'origine des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	65
Figure 41 - Distribution par spécialité des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	65
Figure 42 - Distribution par années de début d'exercice des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	65
Figure 43 - Distribution par structure d'exercice des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	66
Figure 44 - Distribution par existence d'un exercice secondaire des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	66
Figure 45 - Distribution par statut des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	66
Figure 46 - Distribution par temps de travail hebdomadaire des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	67
Figure 47 - Distribution par distance du service d'odontologie ou de stomatologie le plus proche, des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	67
Figure 48 - Distribution par zone d'exercice des praticiens ayant répondu juste aux questions portant sur les connaissances en termes de prise en charge des patients à risque.	67
Figure 49 - Distribution des praticiens ayant répondu juste aux questions, selon leur attitude concernant la prise en charge des patients à risque infectieux.	68

Figure 50 - Distribution des praticiens des praticiens ayant répondu juste aux questions, selon leur attitude concernant la prise en charge des patients à risque hémorragique.	68
Figure 51 - Distribution des praticiens ayant répondu juste aux questions, selon leur choix de correspondants lorsqu'ils adressent leurs patients à risque infectieux ou hémorragique.....	68
Figure 52 - Distribution des praticiens ayant répondu juste aux questions, selon leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique.	69
Figure 53 – Distribution des praticiens ayant répondu juste aux questions selon leurs moyens de formation continue préférentiels.	69
Figure 54 - Distribution des praticiens, selon leurs propositions pour favoriser la prise en charge des patients à risque hémorragique ou infectieux en cabinet dentaire de ville.	69
Tableau 1 - Niveau de preuve scientifique de la littérature de force des recommandations (adapté du score de Sackett) - d'après le Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations, édité par l'ANSM (anciennement ANAES) en janvier 2000 (40).....	34
Tableau 2 - Caractéristiques des praticiens au niveau de l'enquête, de la Haute-Normandie et de la France entière. <i>Sources</i> : (49), (46) et enquête personnelle.	71

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux praticiens

Prise en charge des patients à risque au cabinet dentaire. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes libéraux de Haute Normandie.

Bonjour,

Dans le cadre de mon travail de thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, portant sur la « **Prise en charge des patients à risque au cabinet dentaire. Enquête auprès des chirurgiens-dentistes libéraux de Haute Normandie.** », je me permets de solliciter votre participation à une enquête par questionnaire ayant pour objectif d'évaluer les connaissances et les attitudes en termes de prise en charge des patients à risque des chirurgiens-dentistes exerçant en cabinet de ville en Haute Normandie.

Il vous faudra environ 10 minutes pour renseigner ce questionnaire, dont la première partie porte sur des questions techniques, et la deuxième partie sur les données d'identification.

La participation à cette enquête se fait de façon volontaire et librement consentie.

Si vous acceptez de participer, nous avons besoin que vous répondiez à l'ensemble des questions pour assurer la qualité des résultats. Les données seront traitées de manière confidentielle et anonyme. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, cette étude a fait l'objet d'une déclaration n° 2016-11. Pour toute information, vous pouvez vous adresser à cil@univ-lille2.fr.

Les résultats de l'enquête pourront vous être communiqués ultérieurement, sur demande, si vous le souhaitez.

Je vous remercie à l'avance de votre participation.

Melle **Lucie Adam**, Interne en DES Médecine Bucco-Dentaire. Mail : lucieadam17@gmail.com
Centre de soins dentaires, Hôpital Flaubert, 55bis rue Gustave Flaubert, 76600 Le Havre

1 - Attitude concernant la prise en charge des patients à risque

1 - Concernant les patients à risque infectieux, quelle est votre attitude ?

*A noter que les patients à risque infectieux sont, selon l'ANSM, les patients immunodéprimés (suite à un traitement, une pathologie ou une altération transitoire du système immunitaire), les patients à risque d'endocardite infectieuse et les patients à risque d'ostéonécrose.**

- Prise en charge identique à celle de tous les patients, avec respect des précautions standards
- Prise en charge uniquement pour les actes non invasifs et orientation vers un correspondant en cas d'acte invasif
- Orientation exceptionnelle vers un correspondant
- Orientation systématique vers un correspondant

Rappel : selon l'ANSM, est considéré comme invasif un acte susceptible d'induire une infection locale, à distance ou générale, à savoir, tout acte impliquant une manipulation de la gencive, de la pulpe ou de la région péri-apicale de la dent, ou tout acte entraînant une effraction de la muqueuse orale (excepté l'anesthésie locale ou locorégionale)

2 - Concernant les patients à risque hémorragique, quelle est votre attitude ?

*A noter que les patients à risque hémorragique, sont selon la SFCO, les patients présentant une perturbation de l'hémostase primaire ou de la coagulation.**

- Prise en charge identique à celle de tous les patients, avec respect des précautions standards
- Prise en charge uniquement pour les actes sans risque hémorragique
- Prise en charge pour les actes sans risque hémorragique et à risque hémorragique modéré et orientation vers un correspondant uniquement en cas d'acte à haut risque hémorragique
- Orientation exceptionnelle vers un correspondant
- Orientation systématique vers un correspondant

Rappel : selon la SFCO, sont considérés comme étant à risque hémorragique modéré les actes suivants : avulsion en secteur localisé, pose d'implant unitaire, détartrage sous gingival et surfaçage. Et sont considérés comme étant à haut risque hémorragique les actes suivants : avulsion de plus de 3 dents, avulsions dans des quadrants différents, chirurgie parodontale ou mucogingivale, désinclusion en vue de traction chirurgico-orthodontique, avulsion de dents temporaires, avulsions de dents au paradonte amoindri, avulsion de dents incluses, énucléation kystique et chirurgie apicale, biopsie.

3 - Vers qui adressez-vous vos patients le cas échéant ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Service hospitalier de stomatologie et/ou de chirurgie maxillo-faciale
- Stomatologue ou chirurgien maxillo-facial de ville
- Service hospitalier d'odontologie (Le Havre Dentaire au Havre ou Hôpital Saint-Julien à Petit-Quevilly)
- Chirurgien-dentiste de ville correspondant (non spécialiste)
- Chirurgien-dentiste de ville correspondant qualifié chirurgie orale
- Chirurgien-dentiste de ville correspondant qualifié médecine bucco-dentaire
- Autre - précisez

4 - Quelles sont la ou les raisons pour lesquelles vous orientez le patient ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Je pense ne pas avoir le plateau technique adapté
- Je pense ne pas être suffisamment compétent ou je pense manquer de formation
- Je ne connais pas suffisamment les recommandations relatives à la prise en charge de ces patients
- La prise en charge de ces patients n'est pas suffisamment valorisée sur le plan financier
- Les recommandations de prise en charge de ces patients indiquent d'orienter le patient vers un correspondant

5 - Quels moyens utilisez-vous pour votre formation continue ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Abonnement à des revues professionnelles
- Consultation des recommandations sur internet (sites officiels)
- Participation à des congrès nationaux
- ODFOC (Organisation Départementale de Formation Odontologique Continue)
- Autre - précisez

6 - Avez-vous des suggestions pour inciter à la prise en charge de ces patients à risque en ville ? *

- Amélioration de la formation initiale
- Amélioration de la formation continue
- Valorisation financière des actes
- Autre - précisez

2 - Pathologies cardio-vasculaires

1 - Existe-t-il un risque hémorragique chez les patients hypertendus non équilibrés ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

2 - Quelles sont les cardiopathies à haut risque d'endocardite infectieuse ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Antécédent d'EI
- Pose d'un stent
- Antécédent d'infarctus du myocarde
- Prothèse valvulaire ou anneau prothétique
- Cardiopathie congénitale cyanogène
- Ne sais pas
- Aucune réponse correcte

3 - Dans quel cas, est-il nécessaire de demander l'International Normalized Ratio (INR) avant la réalisation d'un acte à risque hémorragique ? *

- Patient sous antiagrégants plaquettaires (AAP)
- Patient sous anti-vitamine K (AVK)
- Patient sous héparines de bas poids moléculaire (HBPM)
- Association de molécules
- Ne sais pas
- Aucune réponse correcte

4 - Sous quel seuil de plaquettes parle-t-on de thrombopénie ? *

- 80000/mm³
- 50000/mm³
- 15000/mm³
- 50000/mm³
- 2000/mm³
- Ne sais pas
- Aucune réponse correcte

5 - Sous quel seuil de plaquettes une prise en charge hospitalière du patient pour des actes à risque hémorragique est-elle recommandée ? *

- 80000/mm³
- 50000/mm³
- 15000/mm³
- 50000/mm³
- 2000/mm³
- Ne sais pas
- Aucune réponse correcte

3 - Pathologies endocriniennes

1 - Existe-t-il un risque hémorragique chez le patient diabétique non équilibré ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

2 - Chez un patient diabétique, dans quel cas un acte invasif doit-il être précédé d'une antibioprofylaxie ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Diabète équilibré
- Diabète non équilibré mais traité
- Diabète non traité
- Systématiquement
- Ne sais pas
- Aucune réponse correcte

4 - Pathologies hépatiques et gastro-intestinales

1 - Le risque infectieux est-il augmenté chez le patient cirrhotique ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

5 - Maladies rénales

1 - Quelles sont les précautions à prendre, lorsque l'on réalise un acte invasif chez un patient hémodialysé ? (Plusieurs réponses possibles) *

- Intervention le jour de l'hémodialyse
- Prescription d'une antibioprofylaxie
- Demander un INR
- Demander une numération de formule sanguine et un bilan d'hémostase
- Pas de précaution
- Ne sais pas
- Aucune réponse correcte

6 - VIH

1 - Chez un patient porteur du VIH, le dosage du taux de LT CD4+ permet d'évaluer le risque infectieux existant chez ce patient. Un taux de LT CD4+ > 500/mm³, en dehors de toute neutropénie associée, permet-il de considérer le patient comme sain sur le plan infectieux ? *

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

2 - Un patient infecté par le VIH peut-il avoir un risque hémorragique augmenté ? *

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

7 - Risques liés à un traitement

1 - Un patient, non-fumeur, traité par bisphosphonates par voie orale et présentant un état dentaire et une hygiène satisfaisante, peut subir une avulsion en cabinet de ville ? *

- Oui, à condition de prescrire après cette avulsion une antibiothérapie d'une durée de 7 jours
- Oui, à condition de prescrire une antibiothérapie à commencer la veille de l'intervention et à poursuivre jusqu'à cicatrisation muqueuse
- Non, la prise en charge doit se faire en milieu hospitalier
- Ne sais pas
- Aucune réponse correcte

2 - Chez les patients traités par bisphosphonates (voie orale ou intra-veineuse), les recommandations actuelles contre-indiquent-elles strictement l'utilisation des vaso-constricteurs lors d'une anesthésie para-apicale ? *

- Oui
- Non
- Ne sais pas

3 - Chez un patient devant subir une radiothérapie cervico-faciale, des gouttières de fluoration sont-elles à commencer dès le début de la radiothérapie ? *

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

4 - Chez un patient traité par chimiothérapie, sur un schéma de cures toutes les 3 semaines, à quel moment le risque infectieux et hémorragique est-il minimal ? *

- Juste après la cure
- Au 10e jour après la cure
- Juste avant la cure suivante
- Ne sais pas
- Aucune réponse correcte

8 - Données d'identification

1 - Quel est votre âge ? *

- Moins de 30 ans
- Entre 30 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- Plus de 60 ans

2 - Quel est votre sexe ? *

- Homme
- Femme

3 - Quelle est votre faculté d'origine ? *

4 - Etes-vous inscrits sur la liste des spécialistes qualifiés ? *

- En Chirurgie Orale
- En Médecine Bucco-Dentaire
- Aucune réponse correcte

5 - En quelle année avez-vous débuté votre exercice en cabinet ? *

- 1965-1975
- 1976-1985
- 1986-1995
- 1996-2005
- 2006-2016

6 - Dans quel type de structure exercez-vous majoritairement ? *

- Cabinet de ville individuel
- Cabinet de ville en groupe
- Cabinet mutualiste

Autre - précisez

7 - Avez-vous un exercice annexe, en dehors de cette structure ? *

- Oui
- Non

9 - Dans votre structure d'exercice majoritaire, quel est votre statut ? *

- Titulaire
- Collaborateur salarié
- Collaborateur libéral

Autre - précisez

10 - Quel est votre temps de travail hebdomadaire, tout exercice confondu ? *

- Plus de 60 heures / semaine
- Entre 50 et 60 heures / semaine
- Entre 40 et 50 heures / semaine
- Entre 30 et 40 heures / semaine
- Moins de 30 heures / semaine

Autre - précisez

11 - A quelle distance se situe l'hôpital ou la clinique avec un service d'odontologie ou de stomatologie, le/la plus proche du cabinet dans lequel vous exercez majoritairement ? *

- Moins de 10 km
- Entre 10 et 50 km
- Plus de 50 km

12 - Dans quel type de zone exercez-vous ? *

- Urbaine
- Semi-urbaine
- Rurale

Composante ou service concerné : Faculté de Chirurgie Dentaire	
Interlocuteur(s) : Mme Lucie Adam	
Type de déclaration :	normale
N° de déclaration	
Traitement n°2016-11	Étude sur la prise en charge des patients à risque
Date de mise en œuvre :	11/01/15
Finalité principale	Madame Lucie Adam réalise une thèse d'exercice de Chirurgie dentaire sous la direction du Docteur Julie Bemer . L'objectif est d'analyser la manière dont sont pris en charge les patients à risque en cabinet dentaire de ville.
Détail des finalités du traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Codage de l'enquête en ligne sur un serveur d'enquête de l'université et hébergé dans une salle blanche. • Recueil d'une liste de chirurgiens dentistes auprès des Conseils de l'ordre des départements de l'Eure et de la Seine Maritime. • Diffusion par mail de l'objectif de l'étude et du lien vers l'enquête en ligne. • Extraction des résultats de l'enquête anonymisée et interprétation avec un logiciel tableur. • Publication des résultats (thèse).
Service chargé de la mise en œuvre	Sous-section Prévention, Épidémiologie, Économie de la santé, Odontologie légale sous la responsabilité du Docteur Céline Catteau
Modalité d'information auprès des usagers concernés	L'information est faite en ligne auprès des usagers au préalable de l'enquête
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Le Correspondant Informatique et Libertés cil@univ-lille2.fr

Catégories de personnes concernées par le traitement	Chirurgiens dentistes en cabinet dans les départements de l'Eure et de la Seine Maritime.	
Données traitées	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
	Données nominatives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anonymisation au recueil des données ; ▪ données recueillies ; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranche d'âge ▪ Sexe ▪ Faculté d'origine ▪ Spécialiste qualifié ▪ Tranche d'années d'installation en cabinet ▪ Type de cabinet ▪ Statut au sein de la structure ▪ Temps de travail ▪ Distance d'un centre hospitalier ▪ Type de zone
	Données techniques	Voir en documents annexes, la copie du questionnaire en ligne
Catégories de destinataires	Catégories de destinataires	Données concernées
	Mme Lucie Adam : étudiante Mme Julie Bemer: Directrice de Thèse Mme Céline Catteau : Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille	Toutes
Durée de conservation	Les données sont conservées jusqu'à soutenance de la thèse prévue avant la fin 2016.	
Mise à jour (date et objet) :		
Documents annexes	Formulaire d'enquête en ligne	

Annexe 3 : Données d'identification générales des praticiens, en nombres et en pourcentages par rapport au total (n=105)

		Nombre	Pourcentage
Age	< 30 ans	14	13,33%
	30-40 ans	22	20,95%
	41-50 ans	25	23,81%
	51-60 ans	33	31,43%
	> 60 ans	11	10,48%
Sexe	Hommes	55	52,38%
	Femmes	50	47,62%
Spécialistes	CO	0	0,00%
	MBD	4	3,81%
	Non	101	96,19%
Année de début d'exercice	1965-1975	3	2,86%
	1976-1985	19	18,10%
	1986-1995	34	32,38%
	1996-2005	19	18,10%
	2006-2016	30	28,57%
Structure d'exercice	Cabinet individuel	43	40,95%
	Cabinet de groupe	58	55,24%
	Cabinet mutualiste	3	2,86%
	Maison de Santé Pluridisciplinaire	1	0,95%
Exercice annexe	Oui	8	7,62%
	Non	97	92,38%
Statut	Titulaire	84	80,00%
	Collaborateur salarié	4	3,81%
	Collaborateur libéral	15	14,29%
	Autre	2	1,90%
Temps de travail hebdomadaire	> 60 h	3	2,86%
	50-60h	8	7,62%
	40-50h	36	34,29%
	30-40h	48	45,71%
	< 30h	9	8,57%
	Autre	1	0,95%
Distance du service le plus proche	< 10km	70	66,67%
	10-50km	32	30,48%
	> 50km	3	2,86%
Type de zone	Urbaine	67	63,81%
	Semi-urbaine	17	16,19%
	Rurale	21	20,00%

Annexe 4 : Distribution (en pourcentages) des praticiens selon leurs modalités de prise en charge des patients à risque infectieux et leurs données d'identification – Question 1 1.

		Prise en charge identique à celle de tous les patients, avec respect des précautions standards (n=45)	Prise en charge uniquement pour les actes non invasifs et orientation vers un correspondant en cas d'acte invasif (n=27)	Orientation exceptionnelle vers un correspondant (n=32)	Orientation systématique vers un correspondant (n=1)
Age	< 30 ans	50,00	-	42,86	7,14
	30-40 ans	22,73	27,27	50,01	-
	41-50 ans	52,00	15,99	32,00	-
	51-60 ans	51,52	30,31	18,18	-
	> 60 ans	27,29	63,65	9,11	-
Sexe	Hommes	43,63	25,45	30,91	-
	Femmes	42,00	26,00	30,00	2,00
Spécialistes	CO	-	-	-	-
	MBD	49,95	24,98	25,04	-
	Non	42,58	25,74	30,69	0,99
Année de début d'exercice	1965-1975	66,67	33,33	-	-
	1976-1985	36,85	42,11	21,05	-
	1986-1995	61,77	23,53	14,71	-
	1996-2005	21,06	31,58	47,38	-
	2006-2016	36,66	13,33	46,67	3,33
Structure d'exercice	Cabinet individuel	48,84	34,89	16,28	-
	Cabinet de groupe	37,93	18,97	43,11	-
	Cabinet mutualiste	33,33	33,33	-	33,33
	MSP	100,00	-	-	-
Exercice annexe	Oui	37,50	37,50	25,00	-
	Non	43,30	24,74	30,93	1,03
Statut	Titulaire	42,86	28,57	28,57	-
	Collaborateur salarié	-	-	75,00	25,00
	Collaborateur libéral	53,34	13,34	33,34	-
	Autre	50,00	50,00	-	-
	> 60 h	100,00	-	-	-
Temps de travail hebdomadaire	50-60h	62,49	-	37,52	-
	40-50h	33,34	36,11	30,56	-
	30-40h	45,83	25,00	27,09	2,08
	< 30h	33,35	11,10	55,57	-
	Autre	-	100,00	-	-
Distance du service le plus proche	< 10km	38,57	30,00	31,43	-
	10-50km	46,87	18,75	31,25	3,13
	> 50km	100,00	-	-	-
Type de zone	Urbaine	35,82	29,85	34,33	-
	Semi-urbaine	52,94	17,65	29,42	-
	Rurale	57,15	19,04	19,05	4,76

Annexe 5 : Distribution (en pourcentages) des praticiens selon leurs modalités de prise en charge des patients à risque hémorragique et leurs données d'identification – Question 1 2.

		Prise en charge identique à celle de tous les patients, avec respect des précautions standards (n=17)	Prise en charge uniquement pour les actes sans risque hémorragique (n=3)	Orientation vers un correspondant uniquement pour les actes à haut risque hémorragique (n=68)	Orientation exceptionnelle vers un correspondant (n=15)	Orientation systématique vers un correspondant (n=2)
Age	< 30 ans	21,44	-	57,13	21,43	-
	30-40 ans	4,54	-	77,28	13,64	4,55
	41-50 ans	12,00	-	79,99	8,00	-
	51-60 ans	27,27	9,09	48,48	12,12	3,03
	> 60 ans	9,08	-	63,59	27,26	-
Sexe	Hommes	12,73	3,64	58,18	24,18	1,82
	Femmes	20,00	2,00	72,00	4,00	2,00
Spécialistes	CO	-	-	-	-	-
	MBD	50,00	-	50,00	-	-
	Non	14,85	2,97	65,35	14,85	1,98
Année de début d'exercice	1965-1975	33,33	-	66,67	-	-
	1976-1985	15,79	5,26	73,67	5,26	-
	1986-1995	20,59	5,88	52,94	17,65	2,94
	1996-2005	15,79	-	73,67	5,26	5,26
	2006-2016	10,00	-	66,67	23,34	-
Structure d'exercice	Cabinet individuel	18,61	4,65	62,80	9,30	4,65
	Cabinet de groupe	13,79	1,72	65,51	18,96	-
	Cabinet mutualiste	-	-	100,00	-	-
	MSP	100,00	-	-	-	-
Exercice annexe	Oui	12,50	-	74,96	12,50	-
	Non	16,50	3,09	63,92	14,43	2,06
Statut	Titulaire	16,67	3,57	65,47	13,09	1,19
	Collaborateur salarié	-	-	100,00	-	-
	Collaborateur libéral	13,33	-	53,33	26,66	6,66
	Autre	50,00	-	50,00	-	-
Temps de travail hebdomadaire	> 60 h	-	-	66,67	33,32	-
	50-60h	12,49	-	74,96	12,50	-
	40-50h	12,05	2,78	66,65	19,44	-
	30-40h	22,92	4,17	56,26	12,50	4,17
	< 30h	11,11	-	88,87	-	-
	Autre	-	-	100,00	-	-
Distance du service le plus proche	< 10km	15,71	2,86	64,29	14,29	2,86
	10-50km	15,62	3,12	65,61	15,62	-
	> 50km	33,33	-	66,67	-	-
Type de zone	Urbaine	16,42	2,99	61,19	16,42	2,99
	Semi-urbaine	17,65	-	70,60	11,76	-
	Rurale	14,29	4,76	71,43	9,52	-

Annexe 6 : Distribution (en pourcentages) des praticiens selon leur choix de correspondants lors de l'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique et leurs données d'identification – Question 1 3.

		Service hospitalier de stomatologie et/ou de chirurgie maxillo-faciale (n=76)	Stomatologue ou chirurgien maxillo-facial de ville (n=73)	Service hospitalier d'odontologie (n=23)	Chirurgien- dentiste de ville correspondant non spécialiste (n=1)	Chirurgien- dentiste de ville correspondant qualifié chirurgie orale (n=3)	Autre (n=1)
Age	< 30 ans	85,72	50,00	42,86	-	7,14	-
	30-40 ans	68,19	77,28	22,73	-	-	-
	41-50 ans	76,00	72,01	24,00	4,00	-	-
	51-60 ans	66,67	69,70	18,18	-	3,03	3,03
	> 60 ans	72,75	72,73	-	-	9,09	-
Sexe	Hommes	69,09	69,08	18,18	1,82	3,64	-
	Femmes	76,00	70,01	26,00	-	2,00	2,00
Spécialistes	CO	-	-	-	-	-	-
	MBD	75,05	50,01	25,01	-	-	-
	Non	72,28	72,28	21,78	0,99	2,97	0,99
Année de début d'exercice	1965-1975	33,44	100,00	-	-	-	-
	1976-1985	68,44	63,16	15,79	-	5,26	5,26
	1986-1995	76,47	73,54	17,65	2,94	-	-
	1996-2005	73,68	68,43	21,05	-	5,26	-
	2006-2016	73,34	66,67	33,33	-	3,33	-
Structure d'exercice	Cabinet individuel	65,11	67,45	13,96	-	2,33	2,33
	Cabinet de groupe	75,86	74,13	29,31	1,72	3,45	-
	Cabinet mutualiste	100,00	-	-	-	-	-
	MSP	100,00	100,00	-	-	-	-
Exercice annexe	Oui	87,50	25,00	62,50	-	-	-
	Non	71,13	73,20	18,56	1,03	3,09	1,03
Statut	Titulaire	70,24	71,43	19,05	1,19	2,38	1,19
	Collaborateur salarié	100,00	50,00	50,00	-	-	-
	Collaborateur libéral	86,69	60,01	26,66	-	6,67	-
	Autre	-	100,00	50,00	-	-	-
Temps de travail hebdo- madaire	> 60 h	66,63	66,67	33,35	-	-	-
	50-60h	87,50	50,00	37,49	-	12,50	-
	40-50h	69,43	75,01	16,67	2,78	5,56	2,78
	30-40h	70,84	64,59	20,83	-	-	-
	< 30h	88,92	88,90	33,32	-	-	-
	Autre	-	100,00	-	-	-	-
Distance du service le plus proche	< 10km	75,72	65,71	22,86	1,43	4,29	-
	10-50km	65,62	78,13	18,75	-	-	-
	> 50km	66,67	66,67	33,33	-	-	33,33
Type de zone	Urbaine	71,64	68,65	19,40	1,49	4,48	-
	Semi-urbaine	58,83	76,48	41,17	-	-	5,88
	Rurale	85,70	66,67	14,28	-	-	-

Annexe 7 : Distribution (en pourcentages) des praticiens selon leurs motifs d'orientation des patients à risque infectieux ou hémorragique et leurs données d'identification – Question 1 4.

		Absence de plateau technique adapté (n=47)	Compétence ou formation insuffisantes (n=44)	Connaissance des recommandations insuffisante (n=18)	Manque de valorisation sur le plan financier (n=24)	Orientation selon les recommandations (n=55)
Age	< 30 ans	57,14	28,57	7,15	14,28	71,42
	30-40 ans	40,91	54,54	13,64	18,19	50,00
	41-50 ans	43,99	40,00	24,00	28,00	48,00
	51-60 ans	42,43	39,40	21,21	21,21	48,48
	> 60 ans	45,46	45,44	9,10	36,37	54,55
Sexe	Hommes	41,82	40,00	18,18	30,91	63,64
	Femmes	48,00	44,00	16,00	14,00	40,00
Spécialistes	CO	-	-	-	-	-
	MBD	25,00	25,00	25,00	-	50,00
	Non	45,57	42,58	16,83	23,76	50,84
Année de début d'exercice	1965-1975	33,33	66,67	-	-	66,67
	1976-1985	42,10	36,84	21,05	21,06	52,63
	1986-1995	35,29	29,42	14,71	32,35	50,00
	1996-2005	57,88	63,15	26,32	15,79	52,63
	2006-2016	49,99	43,34	13,33	20,00	53,33
Structure d'exercice	Cabinet individuel	41,86	39,54	13,95	25,58	51,16
	Cabinet de groupe	44,83	46,55	20,69	22,42	55,17
	Cabinet mutualiste	66,67	-	-	-	33,33
	MSP	100,00	-	-	-	-
Exercice annexe	Oui	37,48	-	-	24,99	87,52
	Non	45,36	45,36	18,56	22,68	49,48
Statut	Titulaire	42,86	41,67	17,86	25,00	51,19
	Collaborateur salarié	25,00	25,00	25,00	-	75,00
	Collaborateur libéral	60,00	46,67	13,33	20,00	53,35
	Autre	50,00	50,00	-	-	50,00
Temps de travail hebdomadaire	> 60 h	66,67	-	-	-	33,33
	50-60h	25,03	12,49	12,51	24,99	87,52
	40-50h	58,33	36,12	13,89	30,55	50,00
	30-40h	43,75	54,17	22,92	22,92	47,92
	< 30h	11,12	44,44	11,12	-	55,55
	Autre	-	-	-	-	100,00
Distance du service le plus proche	< 10km	45,72	30,00	17,14	25,71	55,72
	10-50km	37,50	65,63	18,75	18,75	46,87
	> 50km	100,00	66,67	-	-	33,33
Type de zone	Urbaine	47,76	37,31	16,42	25,37	53,73
	Semi-urbaine	41,17	41,18	17,65	11,76	52,93
	Rurale	38,09	57,14	19,05	23,81	47,61

**Annexe 8 : Distribution (en pourcentages) des praticiens selon leurs moyens de formations
continue et leurs caractéristiques – Question 1 5.**

		Abonnement à des revues professionnelles (n=56)	Consultation des recommandations sur internet (sites officiels) (n=36)	Participation à des congrès nationaux (n=64)	ODFOC (n=54)	Autre (n=17)
Age	< 30 ans	50,00	50,00	35,70	21,45	-
	30-40 ans	50,00	22,73	50,00	40,92	22,73
	41-50 ans	64,00	20,00	56,01	68,00	16,00
	51-60 ans	39,39	45,46	75,75	60,61	15,15
	> 60 ans	81,81	36,36	81,80	45,46	27,28
Sexe	Hommes	56,37	40,00	65,45	52,72	18,18
	Femmes	50,00	28,00	56,00	50,00	14,00
Spécialistes	CO	-	-	-	-	-
	MBD	25,00	-	-	50,00	25,00
	Non	54,45	35,64	63,37	51,49	15,84
Année de début d'exercice	1965-1975	33,33	33,33	66,67	33,33	33,33
	1976-1985	57,89	52,64	84,21	73,70	5,26
	1986-1995	55,88	29,41	61,76	64,70	20,59
	1996-2005	52,64	26,32	63,16	47,38	15,79
	2006-2016	50,00	33,34	43,33	26,66	16,67
Structure d'exercice	Cabinet individuel	48,84	34,89	58,14	60,47	23,25
	Cabinet de groupe	56,90	32,76	62,07	46,55	12,07
	Cabinet mutualiste	33,33	33,33	66,67	33,33	-
	MSP	100,00	100,00	100,00	-	-
Exercice annexe	Oui	75,00	50,00	87,52	50,00	25,00
	Non	51,55	32,99	58,76	51,54	15,46
Statut	Titulaire	54,76	33,33	66,67	58,33	19,05
	Collaborateur salarié	50,00	25,00	-	75,00	-
	Collaborateur libéral	46,67	46,67	46,67	13,32	6,66
	Autre	50,00	-	50,00	-	-
Temps de travail hebdo- madaire	> 60 h	66,67	33,33	100,00	33,33	33,33
	50-60h	75,00	37,50	50,00	62,51	25,00
	40-50h	61,12	36,11	83,34	38,90	11,11
	30-40h	45,84	35,42	50,00	56,25	16,67
	< 30h	33,33	11,12	22,26	66,66	22,21
	Autre	100,00	100,00	100,00	100,00	-
Distance du service le plus proche	< 10km	58,57	37,14	65,72	45,71	11,43
	10-50km	46,88	28,13	46,88	59,38	25,00
	> 50km	-	33,33	100,00	100,00	33,33
Type de zone	Urbaine	55,22	35,82	62,69	43,28	13,43
	Semi-urbaine	52,94	23,53	52,94	52,94	23,53
	Rurale	47,63	38,09	61,90	76,19	19,05

Annexe 9 : Distribution (en pourcentages) des praticiens selon leurs propositions pour améliorer la prise en charge des patients à risque en cabinet dentaire et leurs données d'identification – Question 1 6.

		Amélioration de la formation initiale (n=24)	Amélioration de la formation continue (n=40)	Valorisation financière des actes (n=34)	Autre (n=7)
Age	< 30 ans	42,86	21,43	35,72	-
	30-40 ans	22,72	50,00	27,28	-
	41-50 ans	16,00	40,00	36,00	8,00
	51-60 ans	21,21	42,42	27,27	9,09
	> 60 ans	18,17	18,18	45,47	18,18
Sexe	Hommes	21,82	36,36	34,54	7,27
	Femmes	24,00	40,00	30,00	6,00
Spécialistes	CO	-	-	-	-
	MBD	50,00	50,00	-	-
	Non	21,78	37,62	33,66	6,93
Année de début d'exercice	1965-1975	33,33	-	33,33	33,34
	1976-1985	15,79	52,63	15,78	15,79
	1986-1995	23,53	32,35	44,12	-
	1996-2005	15,79	42,11	26,32	15,79
	2006-2016	30,00	36,67	33,33	-
Structure d'exercice	Cabinet individuel	11,63	37,21	41,86	9,30
	Cabinet de groupe	32,76	36,21	27,59	3,45
	Cabinet mutualiste	-	66,67	-	33,33
	MSP	-	100,00	-	-
Exercice annexe	Oui	25,00	50,00	25,00	-
	Non	22,68	37,11	32,99	7,22
Statut	Titulaire	21,43	39,29	30,95	8,33
	Collaborateur salarié	50,00	25,00	25,00	-
	Collaborateur libéral	26,67	40,00	33,33	-
	Autre	-	-	100,00	-
Temps de travail hebdomadaire	> 60 h	33,33	-	33,33	33,34
	50-60h	12,51	62,50	24,99	-
	40-50h	19,45	30,56	41,67	8,33
	30-40h	25,00	39,58	31,25	4,17
	< 30h	33,33	55,56	11,11	-
	Autre	-	-	-	100,00
Distance du service le plus proche	< 10km	21,43	35,71	40,00	2,86
	10-50km	25,00	46,88	18,75	9,38
	> 50km	33,33	-	-	66,67
Type de zone	Urbaine	20,89	34,33	41,79	2,98
	Semi-urbaine	23,53	47,06	17,64	11,76
	Rurale	28,57	42,86	14,28	14,29

Annexe 10 : Distribution (en pourcentages) des praticiens ayant répondu juste aux questions sur les connaissances des recommandations selon les différentes questions et leurs données d'identification – Question 2 1 à 7 4.

		2_1 (n=37)	2_2 (n=31)	2_3 (n=67)	2_4 (n=43)	2_5 (n=35)	3_1 (n=84)	3_2 (n=39)	4_1 (n=67)	5_1 (n=14)	6_1 (n=17)	6_2 (n=36)	7_1 (n=60)	7_2 (n=47)	7_3 (n=14)	7_4 (n=47)
Age	< 30 ans	35,71	50,00	78,58	57,13	21,43	85,74	50,00	57,14	21,43	7,14	49,99	85,71	35,72	7,14	71,44
	30-40 ans	54,54	45,46	72,73	40,91	36,37	72,74	45,45	54,54	13,64	22,73	36,36	59,10	49,99	9,09	49,99
	41-50 ans	35,99	23,99	64,00	40,01	40,00	88,00	51,99	76,00	20,00	24,00	24,00	72,00	43,99	12,00	40,01
	51-60 ans	21,21	24,25	57,58	33,33	33,33	75,75	18,18	60,60	9,09	15,15	45,46	36,36	45,45	24,24	45,45
	> 60 ans	36,36	-	45,44	45,46	27,27	81,79	27,26	72,73	-	-	-	45,44	45,46	-	9,10
Sexe	Hommes	40,00	21,82	65,45	43,63	36,36	76,36	21,82	60,00	7,27	14,55	27,27	50,91	49,09	10,91	40,00
	Femmes	30,00	38,00	62,00	38,00	30,00	84,00	54,00	68,01	20,00	18,00	42,00	64,00	40,00	16,00	50,00
Spécialistes	CO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MBD	24,98	-	50,08	49,99	-	49,98	24,96	75,04	-	-	25,02	25,05	25,03	24,99	25,03
	Non	35,64	30,69	64,35	40,59	34,65	81,19	37,63	63,36	13,86	16,83	34,65	58,41	45,54	12,87	45,54
Année de début d'exercice	1965-1975	33,30	-	-	33,40	100,00	33,32	-	66,78	-	33,32	-	100,00	33,37	-	33,37
	1976-1985	10,54	15,79	63,16	36,84	36,84	84,22	36,84	73,70	10,53	15,79	21,05	36,85	57,88	15,79	47,37
	1986-1995	35,29	23,53	55,89	35,30	32,35	76,46	29,41	58,82	11,76	8,83	35,29	44,12	47,06	20,59	29,42
	1996-2005	47,36	36,84	78,95	52,64	36,84	84,22	47,37	89,46	21,05	31,58	47,37	78,95	31,59	21,05	52,64
	2006-2016	43,34	43,34	69,99	43,33	23,33	83,33	43,33	46,68	13,33	13,33	36,67	66,66	43,33	-	56,67
Structure d'exercice	Cabinet individuel	41,86	25,58	51,17	41,86	39,53	76,75	34,88	72,10	9,30	11,63	37,21	58,14	41,86	9,30	44,19
	Cabinet de groupe	32,76	31,03	74,14	37,93	29,31	82,75	39,65	58,63	17,24	20,69	32,76	60,34	44,83	15,52	46,55
	Cabinet mutualiste	-	66,65	33,28	66,65	-	100,00	33,28	33,28	-	-	-	-	66,74	33,32	33,37
	MSP	-	-	100,00	100,00	100,00	-	-	100,00	-	-	100,00	-	100,00	-	-
Exercice annexe	Oui	87,51	37,51	75,04	49,99	74,99	49,98	50,02	100,00	37,50	24,99	62,51	62,48	25,03	12,50	62,51
	Non	30,93	28,87	62,88	40,21	29,90	82,48	36,08	60,82	11,34	15,46	31,96	56,70	46,39	13,40	43,30
Statut	Titulaire	35,71	27,38	61,90	36,90	35,71	78,57	33,33	65,48	11,91	17,86	32,14	53,57	46,43	14,29	41,67
	Collaborateur salarié	-	49,99	75,04	25,05	-	100,00	50,02	75,04	50,02	-	74,97	75,00	-	-	50,06
	Collaborateur libéral	40,01	39,99	80,00	73,33	33,34	86,69	60,01	59,99	13,34	13,33	40,01	73,32	46,66	13,34	60,00
	Autre	49,95	-	-	-	-	49,98	-	-	-	-	-	50,10	50,06	-	50,06
Temps de travail hebdomadaire	> 60 h	66,72	-	33,28	66,65	33,37	66,64	33,28	100,00	33,32	33,32	33,36	33,40	33,37	-	-
	50-60h	62,48	24,99	62,48	37,52	62,52	74,97	50,02	62,48	25,01	37,51	50,00	75,00	50,00	25,01	75,02
	40-50h	30,56	36,12	69,44	38,89	27,78	86,10	44,45	66,67	19,44	16,66	25,00	50,00	50,00	5,56	36,11
	30-40h	33,33	25,00	60,41	39,59	31,25	77,09	25,00	58,33	4,17	14,58	33,33	58,34	41,66	10,42	47,92
	< 30h	33,34	44,43	77,79	44,43	33,33	77,75	66,65	77,79	22,23	-	66,68	66,67	33,32	55,55	55,56
	Autre	-	-	-	100,00	100,00	100,00	-	-	-	-	-	100,00	100,00	-	-
Distance du service le plus proche	< 10km	38,57	37,14	67,14	44,28	32,86	80,00	41,43	65,72	18,57	14,28	40,00	60,00	44,29	12,86	47,14
	10-50km	31,25	12,50	59,38	34,37	34,38	78,12	25,00	56,26	-	15,62	21,87	53,12	50,00	15,62	37,50
	> 50km	-	33,38	33,28	33,40	33,37	100,00	66,69	100,00	33,32	66,64	33,36	33,40	-	-	66,74
Type de zone	Urbaine	37,31	31,34	67,16	40,30	29,85	77,61	41,79	64,18	16,42	11,94	44,77	58,21	11,94	11,94	49,25
	Semi-urbaine	47,06	29,41	58,84	52,94	47,06	82,37	23,54	70,59	11,77	23,53	11,77	58,84	58,83	17,65	47,06
	Rurale	19,05	23,81	57,14	33,34	33,33	85,72	33,34	57,14	4,76	23,81	19,05	52,37	42,86	14,29	28,58

Annexe 11 : Distribution (en pourcentages) des praticiens ayant répondu juste aux questions, selon les catégories de questions et les données d'identification des praticiens.

		Pathologies cardiovasculaires (n=213)	Pathologies endocriniennes (n=123)	Pathologies hépatiques (n=67)	Pathologies rénales (n=14)	VIH (n=53)	Risques liés à un traitement (n=168)
Age	< 30 ans	48,57	67,87	57,14	4,29	28,56	50,00
	30-40 ans	50,00	59,09	54,54	2,73	29,54	42,04
	41-50 ans	40,80	70,00	76,00	4,00	24,00	42,00
	51-60 ans	33,94	46,96	60,60	1,82	30,30	37,88
	> 60 ans	30,91	54,53	72,73	-	-	25,00
Sexe	Hommes	41,45	49,09	60,00	1,45	20,91	37,73
	Femmes	39,60	69,00	68,01	4,00	30,00	42,50
Spécialistes	CO	-	-	-	-	-	-
	MBD	25,01	37,47	75,04	-	12,51	25,02
	Non	41,19	59,41	63,36	2,77	25,74	40,59
Année de début d'exercice	1965-1975	33,34	16,66	66,78	-	16,66	41,69
	1976-1985	32,63	60,53	73,70	2,11	18,42	39,47
	1986-1995	36,47	52,94	58,82	2,35	22,06	35,29
	1996-2005	50,53	65,80	89,46	4,21	39,47	46,06
	2006-2016	44,67	63,33	46,68	2,67	25,00	41,67
Structure d'exercice	Cabinet individuel	40,00	55,82	72,10	1,86	24,42	38,37
	Cabinet de groupe	41,03	61,20	58,63	3,45	26,73	41,81
	Cabinet mutualiste	33,32	66,62	33,28	-	-	33,36
	MSP	60,02	-	99,83	-	50,04	25,03
Exercice annexe	Oui	65,01	50,00	100,00	7,50	43,75	40,63
	Non	38,56	59,28	60,82	2,27	23,71	39,95
Statut	Titulaire	39,52	55,95	65,48	2,38	25,00	38,99
	Collaborateur salarié	30,02	74,99	75,04	10,00	37,49	31,26
	Collaborateur libéral	53,33	73,35	59,99	2,67	26,67	48,33
	Autre	10,00	25,00	-	-	-	37,55
Temps de travail hebdomadaire	> 60 h	40,00	49,96	100,00	6,66	33,34	16,69
	50-60h	50,00	62,49	62,48	5,00	43,75	56,26
	40-50h	40,56	65,27	66,67	3,89	20,83	35,42
	30-40h	37,92	51,04	58,33	0,83	23,96	39,58
	< 30h	46,67	72,20	77,79	4,45	33,34	52,77
	Autre	40,06	49,98	-	-	-	50,08
Distance du service le plus proche	< 10km	44,00	60,72	65,72	3,71	27,14	41,07
	10-50km	34,38	51,56	56,26	-	18,75	39,06
	> 50km	26,68	83,33	100,00	6,66	50,00	25,04
Type de zone	Urbaine	41,19	59,70	64,18	3,28	28,36	32,83
	Semi-urbaine	47,06	52,95	70,59	2,35	17,65	45,59
	Rurale	33,33	59,53	57,14	0,95	21,43	34,52

Annexe 12 : Distribution (en pourcentages) des praticiens ayant répondu juste, en fonction des questions et de leurs faculté d'origine – Question 8 3.

Questions	Non renseigné	Reims	Lille	Nancy	Paris 5	Clermont Ferrand	Montpellier	Rennes	Lyon	Paris 7	Portugal	Roumanie
2_1	50,00	37,78	16,67	100,00	35,71	100,00	42,86	14,29	0,00	12,50	0,00	100,00
2_2	25,00	31,11	41,67	0,00	0,00	50,00	42,86	14,29	100,00	50,00	0,00	50,00
2_3	50,00	68,89	66,67	50,00	57,14	100,00	42,86	85,71	0,00	62,50	0,00	50,00
2_4	25,00	40,00	66,67	100,00	42,86	0,00	14,29	42,86	100,00	25,00	0,00	50,00
2_5	50,00	33,33	33,33	50,00	35,71	50,00	42,86	14,29	0,00	37,50	0,00	0,00
3_1	75,00	86,67	83,33	100,00	64,29	100,00	71,43	85,71	100,00	75,00	100,00	0,00
3_2	50,00	35,56	41,67	0,00	35,71	50,00	42,86	57,14	0,00	25,00	0,00	50,00
4_1	100,00	57,78	58,33	100,00	78,57	50,00	57,14	85,71	0,00	75,00	0,00	0,00
5_1	0,00	15,56	25,00	0,00	0,00	0,00	28,57	14,29	0,00	12,50	0,00	0,00
6_1	0,00	20,00	8,33	50,00	7,14	50,00	14,29	0,00	0,00	37,50	0,00	0,00
6_2	50,00	33,33	58,33	100,00	21,43	100,00	14,29	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00
7_1	25,00	62,22	83,33	100,00	57,14	50,00	42,86	42,86	0,00	37,50	0,00	50,00
7_2	50,00	35,56	41,67	50,00	57,14	50,00	57,14	57,14	100,00	50,00	0,00	50,00
7_3	25,00	8,89	8,33	50,00	7,14	50,00	0,00	14,29	100,00	37,50	0,00	0,00
7_4	75,00	51,11	66,67	50,00	28,57	100,00	28,57	28,57	0,00	25,00	0,00	0,00
Totaux	43,33	41,19	46,67	60,00	35,24	60,00	36,19	37,14	33,33	40,83	6,67	26,67

Annexe 13 : Distribution (en pourcentages) des praticiens selon leurs attitudes en termes de prise en charge des patients à risque et leur connaissance des recommandations.

		Pathologies cardio- vasculaires (n=213)	Pathologies endocriniennes (n=123)	Pathologies hépatiques (n=67)	Pathologies rénales (n=14)	VIH (n=53)	Risques liés à un traitement (n=168)
Prise en charge des patients à risque infectieux	Identique	36,00	10,67	57,78	11,11	20,00	41,11
	Actes non invasifs	35,56	11,11	62,96	7,41	16,67	34,26
	Exceptionnelle	52,50	13,75	75,00	21,88	40,63	44,53
	Systématique	-	10,00	-	-	-	-
Prise en charge des patients à risque hémorragique	Identique	27,06	8,82	70,59	5,88	26,47	41,18
	Actes sans risque hémorragique	13,33	10,00	33,33	-	16,67	33,33
	Actes à haut risque hémorragique	42,35	12,65	67,65	16,18	23,53	41,54
	Exceptionnelle	46,67	11,33	40,00	13,33	30,00	31,67
	Systématique	90,00	10,00	100,00	-	50,00	50,00
Correspondants	Chirurgien en service hospitalier	42,63	12,11	68,42	17,11	25,66	40,13
	Chirurgien de ville	39,18	11,64	58,90	8,22	16,44	40,41
	Service d'odontologie	48,70	13,48	78,26	34,78	26,09	47,83
	Dentiste de ville	60,00	10,00	100,00	-	-	75,00
	CO	46,67	16,67	66,67	33,33	16,67	25,00
	MBD	-	-	-	-	-	-
	Autre	-	10,00	100,00	-	-	25,00
Motifs d'orientation	Plateau technique	39,57	12,55	70,21	17,02	25,53	37,77
	Compétence insuffisante	32,27	11,59	59,09	6,82	18,18	42,05
	Manque de connaissance des recommandations	25,56	11,11	72,22	11,11	16,67	33,33
	Valorisation financière	42,50	12,92	54,17	8,33	18,75	47,92
	Orientation selon les recommandations	46,18	11,45	60,00	16,36	29,09	42,27
Moyens de formation continue	Abonnements des revues professionnelles	42,14	12,50	66,07	21,43	21,43	42,41
	Sites internet professionnels	50,00	12,22	72,22	16,67	29,17	49,31
	Participation à des congrès nationaux	41,88	12,50	60,94	15,63	27,34	38,67
	ODFOC	34,44	11,67	62,96	12,96	20,37	39,81
	Autre	43,53	11,18	70,59	5,88	20,59	33,82
Suggestions pour inciter à la prise en charge de ces patients	Formation initiale	40,83	12,50	66,67	25,00	31,25	40,63
	Formation continue	40,00	11,00	67,50	10,00	26,25	40,63
	Valorisation financière	42,94	11,76	52,94	8,82	17,65	39,71
	Autre	31,43	12,86	85,71	14,29	35,71	35,71

Prise en charge des patients à risque au cabinet dentaire : Enquête auprès des chirurgiens-dentistes de ville de Haute Normandie. / **ADAM Lucie** - p. 106 ; ill. 56 ; réf. 50

Domaines : Exercice professionnel ; Prévention

Mots clés Rameau : Bonnes pratiques cliniques ; Malades chroniques - Soins dentaires - Enquêtes - Haute-Normandie (France) ; Connaissances, attitudes et pratiques en santé - Haute-Normandie (France) ; Gestion du risque

Mots clés FMeSH: Enquêtes de santé dentaire ; Gestion du risque

Mots clés libres : Recommandations ; Risque hémorragique ; Risque infectieux

Résumé de la thèse :

Les patients à risque infectieux ou hémorragique nécessitent une prise en charge adaptée, qui implique de prendre certaines précautions, et donc de connaître les risques potentiels.

Pourtant, la plupart du temps, cette prise en charge est réalisable au cabinet dentaire de ville.

La conduite à tenir va être guidée par de nombreuses recommandations, de niveau de preuve variable, mais également par l'expérience du praticien, à qui il reviendra de prendre les décisions.

Face aux constats qui ont été faits dans le service d'odontologie du Groupe Hospitalier du Havre, il semblerait que cette prise en charge ne soit pas toujours conforme aux recommandations.

Une enquête a donc été menée dans la région de Haute-Normandie, visant à décrire les connaissances et attitudes en termes de prise en charge des patients à risque hémorragique, et infectieux, en cabinet dentaire, mais aussi à identifier certains facteurs pouvant influencer cette prise en charge.

Ce travail a donc pour but d'exposer les résultats de cette enquête. Dans un premier temps, les catégories de patients pouvant présenter un risque infectieux ou hémorragique seront rapidement décrites, suivies d'un rappel sur les recommandations existantes. Puis, les conditions démographiques de la région de Haute-Normandie seront brièvement expliquées. Enfin, dans une dernière partie, les résultats de l'enquête seront développés et discutés, avant de proposer quelques solutions pouvant permettre d'améliorer la prise en charge de ces patients.

JURY :

Président : Professeur Hervé BOUTIGNY-VELLA

Asseseurs : Docteur Céline CATTEAU

Docteur Mathilde SAVIGNAT

Docteur Julie BEMER