

UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE UFR3S-ODONTOLOGIE

Année de soutenance : 2025

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 26 février 2025

Par Alix SUING

Née le 03/02/1999 à Marcq-en-Barœul – France

Utilisation du champ opératoire en cabinet dentaire : étude par questionnaire auprès des chirurgiens-dentistes du département du Nord

JURY

Président : Monsieur le Professeur Lieven ROBBERECHT
Assesseurs : Madame le Docteur Céline CATTEAU
Monsieur le Docteur Henri PERSONN
Monsieur le Docteur Nathan DELEMOTTE

Président de l'Université :	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université :	A.V. CHIRIS FABRE
Doyen UFR3S :	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S :	A. PACAUD
Vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie :	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services :	L. KORAÏCHI
Responsable de la Scolarité :	V MAURIAUCOURT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES EMERITE

E. DEVEAUX Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

K. AGOSSA Parodontologie

P. BOITELLE Responsable du département de Prothèse

T. COLARD Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux

**C. DELFOSSE Vice doyen du département facultaire UFR3S-
Odontologie
Odontologie Pédiatrique
Responsable du département d'Orthopédie dento-
faciale**

**L. ROBBERECHT Responsable du Département de Dentisterie
Restauratrice Endodontie**

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
X. COUDEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Responsable du Département de Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
H. PERSOON	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. SAVIGNAT	Responsable du Département de Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses

PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE

M. BEDEZ	Biologie Orale
----------	----------------

Réglementation 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 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.

Remerciements...

... Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Lieven ROBBERECHT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Section de Réhabilitation Orale

Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille

Habilité à diriger des recherches

Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie

Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université d'Auvergne

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

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales (Lille2)

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les
soins dentaires (Clermont-Ferrand)

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

Adjoint au vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie - Lille

Responsable du Département Prévention et Épidémiologie, Économie de la
Santé et Odontologie Légale

Monsieur le Docteur Henri PERSOON

Maitre de conférences associé

Section de Réhabilitation Orale

Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Études Supérieures d'Odontologie Chirurgicale mention Odontologie

Chirurgicale – Université de Lille

Monsieur le Docteur Nathan DELEMOTTE

Chef de Clinique des Universités - Assistant Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Remerciements ...

... Personnels,

Table des abréviations

CO : Champ Opérateur

HAS : Haute Autorité de Santé

ESE : European Society of Endodontology

AAE : American Association of Endodontists

ADF : Association Dentaire de France

CAE : Canadian Academy of Endodontics

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ONCD : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

DPO : Délégué à la Protection des Données

RGPD : Règlement Général de la Protection des Données

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DRE : Dentisterie Restauratrice et Endodontique

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

Table des matières

Introduction	16
1 Généralités	17
1.1 Définition	17
1.2 Matériel	17
1.2.1 Patron.....	17
1.2.2 Feuille de digue	18
1.2.3 Pincés.....	19
1.2.4 Clamps ou crampons	20
1.2.5 Cadre à digue.....	20
1.2.6 En complément	21
1.2.6.1 Fil dentaire	21
1.2.6.2 Wedjet®	22
1.2.6.3 Digue liquide	22
1.2.6.4 Téflon	22
1.2.6.5 Coin de bois	22
1.3 Techniques de mise en place	22
1.3.1 Au préalable	23
1.3.2 Technique directe.....	23
1.3.3 Technique dite parachute.....	24
1.3.4 Technique dite à ailettes	24
1.4 Application clinique en odontologie de nos jours	25
1.4.1 Dentisterie restauratrice et endodontique	25
1.4.1.1 Curetage carieux et restauration directe par composite	25
1.4.1.2 Dépose d'amalgame	26
1.4.1.3 Endodontie	26
1.4.2 Prothèse fixée	27
1.5 Raisons de sa non-utilisation selon la littérature.....	27
1.6 État actuel en France.....	28
1.7 État actuel à l'international.....	29
2 Matériels et méthodes	32
2.1 Type de l'étude	32
2.2 Objectifs de l'étude	32
2.3 Population	32
2.3.1 Type de population.....	32
2.3.2 Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion	32
2.4 Recueil des données	33
2.5 Méthodes et analyses statistiques	33
2.6 Déclaration de conformité	34
2.7 Conflit d'intérêt	34
3 Résultats	35
3.1 Caractéristiques de l'échantillon	35
3.1.1 Le genre	35

3.1.2	<i>Le lieu de formation</i>	36
3.1.3	<i>L'année de diplôme</i>	36
3.1.4	<i>Le lieu d'exercice</i>	37
3.1.5	<i>Le type d'exercice</i>	37
3.1.6	<i>L'activité orientée</i>	38
3.1.7	<i>La présence d'un.e assistant.e</i>	38
3.1.8	<i>L'origine des connaissances</i>	39
3.1.9	<i>La présence du matériel nécessaire</i>	39
3.1.10	<i>Utilisation de la digue</i>	40
3.2	<i>Facteurs et raisons influençant l'utilisation de la digue</i>	40
3.2.1	<i>Utilisation selon le type de soin</i>	40
3.2.2	<i>Raisons influençant son utilisation</i>	41
3.2.3	<i>Les préférences sectorielles de mise en place</i>	41
3.2.4	<i>Raisons influençant sa non-utilisation</i>	42
3.3	<i>Attitude des chirurgiens-dentistes envers la digue dentaire</i>	42
3.3.1	<i>Envers les recommandations</i>	42
3.3.2	<i>Motivations à la pose de la digue</i>	43
4	<i>Discussion</i>	44
4.1	<i>Liens de corrélation entre les variables</i>	44
4.1.1	<i>Influence du genre sur l'utilisation de la digue</i>	45
4.1.2	<i>Influence du lieu de diplôme sur l'utilisation de la digue</i>	45
4.1.3	<i>Influence de l'année de diplôme sur l'utilisation de la digue</i>	45
4.1.4	<i>Influence du lieu d'exercice sur l'utilisation de la digue</i>	46
4.1.5	<i>Influence du statut d'exercice sur l'utilisation de la digue</i>	46
4.1.6	<i>Influence de la présence ou non d'assistant.e sur l'utilisation de la digue</i>	47
4.1.7	<i>Influence de la pratique en cabinet sur l'utilisation de la digue</i>	47
4.1.8	<i>Influence de l'origine des connaissances sur l'utilisation de la digue</i>	48
4.1.9	<i>Les recommandations de la HAS</i>	48
4.1.10	<i>Les motivations</i>	49
4.2	<i>Interprétation</i>	50
4.3	<i>Biais</i>	52
4.4	<i>Limites</i>	53
	<i>Conclusion</i>	54
	<i>Bibliographie</i>	55
	<i>Table des figures</i>	58
	<i>Table des tableaux</i>	60
	<i>Annexe 1 : Questionnaire</i>	61
	<i>Annexe 2 : Résultats du Test de χ^2</i>	63

Introduction

Le champ opératoire en odontologie ou la digue dentaire est considéré comme un complément essentiel en dentisterie restauratrice et endodontique. De nombreuses autorités recommandent son usage et incitent les professionnels de santé à l'intégrer dans leur pratique quotidienne, affirmant qu'elle est un composant essentiel des soins de santé moderne. L'ensemble des autorités compétentes française (HAS), européenne (ESE) et américaine (AAE) mettent en avant la nécessité d'utiliser le champ opératoire avant toute manœuvre canalaire [1].

De nos jours, son enseignement théorique est intégré dans le cursus universitaire et sa pratique dans le cursus hospitalier. Cependant, son utilisation au sein des cabinets n'est pas systématique. En effet, certains praticiens estiment que c'est une perte de temps et que cela gêne le patient [2].

De nombreuses études s'intéressent à la prévalence d'utilisation et font apparaître une grande disparité selon les pays étudiés et le niveau de formation [1].

Peu d'études ont été réalisées en France, seulement trois thèses d'exercice ont été répertoriées. La première est centrée sur l'usage du champ opératoire sur tout le territoire français en 2023, la seconde s'intéresse à son usage dans le département de la Nouvelle-Aquitaine en 2019 et la dernière parmi les praticiens présents à l'ADF en 2011.

Le but de cette étude est d'approfondir ces recherches en décrivant la fréquence d'utilisation du champ opératoire chez les chirurgiens-dentistes du département du Nord, mais aussi de comprendre les facteurs influençant son utilisation.

1 Généralités

1.1 Définition

Le champ opératoire en odontologie (*Figure 1*) se compose d'une feuille perforée en latex ou autre matériau, permettant le passage de la dent à traiter. Il a pour objectif d'isoler une ou plusieurs dent(s) du reste de la cavité buccale, tout en dégagant les tissus mous périphériques¹ [3] tels que la langue, les joues, les lèvres et les gencives.

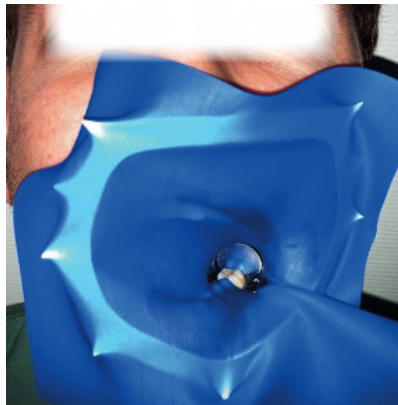


Figure 1 : Champ opératoire ou digue dentaire [3]

1.2 Matériel

Le plateau technique de la pose du champ opératoire est assez restreint [1,4]. Les composants de celui-ci peuvent varier selon les préférences et habitudes du praticien [1].

Il est principalement composé d'une feuille de digue, en latex le plus souvent, de crampons (ou clamps), de pinces à perforer et à clamper et d'un cadre à digue.

1.2.1 Patron

Le patron permet de visualiser par transparence, et avec précision, la zone à perforer selon la ou les dent(s) à isoler [4] (*Figure 2*).

¹ Lunardi D, Degaey R, Gambiez A, Robberecht L. L'Information Dentaire. 2021 [cité 8 mars 2024]. Poser la digue : un geste barrière, une pratique sûre et confortable. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/poser-la-digue-un-geste-barriere-une-pratique-sre-et-confortable/>

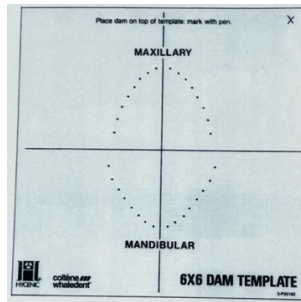


Figure 2 : Patron (crédit photo Alix Suing)

Ce schéma représente la bouche vue de face, avec les quatre secteurs. Chaque point représente une dent.

1.2.2 Feuille de digue

De nombreuses feuilles de digue sont commercialisées. Les critères de choix sont :

- la dimension (5x5 pouces ou 6x6 pouces) [1,5],
- l'épaisseur (épaisse, moyenne et fine) [6],
- le matériau (latex ou nitrile),
- le poudrage (poudré ou non-poudré),
- la couleur,
- le parfum.

Les praticiens utilisent majoritairement des feuilles de digue d'épaisseur moyenne² [3,5], en latex non poudrées. Les feuilles de digue d'épaisseur fine sont intéressantes lorsque les points de contact sont serrés² [3]. Alors que les feuilles épaisses sont utiles pour dégager la papille interdendaire ou le sulcus et ainsi avoir accès à la zone cervicale lors de soins restaurateurs² [3].

Le choix de la couleur est important. En effet, les teintes foncées augmentent le contraste avec la teinte claire de l'émail [1]. Cette différence de teinte améliore le confort et la visibilité de la zone opératoire pour le praticien.

² Lunardi D, Degaey R, Gambiez A, Robberecht L. L'Information Dentaire. 2021 [cité 8 mars 2024]. Poser la digue : un geste barrière, une pratique sûre et confortable. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/poser-la-digue-un-geste-barriere-une-pratique-sre-et-confortable/>

Il faut préalablement s'assurer de l'absence d'allergie au latex. Cette information est normalement relevée dès le début de la consultation, lors de la complétion du questionnaire médical. Dans ce cas, des feuilles de digue en nitrile peuvent être utilisées [2,4]. Cette information est d'ailleurs également nécessaire lors de l'utilisation des gants en latex.

Il est essentiel de posséder un stock limité au cabinet et de se réapprovisionner fréquemment. Les feuilles de digue se détériorent avec le temps, et deviennent à terme moins élastique favorisant le risque de déchirure [1].

1.2.3 Pincés

La pince à perforer permet de créer une perforation nette [1,4] et précise à travers la feuille. Il existe différentes tailles de perforation selon la taille de la dent à isoler [1,2,4,5] (*Figure 3*).

La pince à crampon a pour but de manipuler le crampon grâce aux deux petits trous situés dessus. La pince permet d'écarté le crampon assurant son bon positionnement sur la dent [1,2,4,5] (*Figure 3*).



Figure 3 : Pince à perforer et pince à crampon (crédit photo Alix Suing)

1.2.4 Clamps ou crampons

Le clamp ou crampon est l'ancrage intra-oral³ [3]. Il permet de maintenir la feuille sur la dent grâce à ses mors [1]. Il existe plusieurs clamps [6] selon la taille et la localisation de la dent (*Figure 4*).

Les deux grandes familles à différencier sont les clamps avec ailettes et sans ailettes [1,2,4,7].



Figure 4 : Sélection de crampons utilisés dans la majorité des cas. En haut, de gauche à droite : 12A, 13A (molaires), W8A (molaires maxillaires), 8A (molaires maxillaires et mandibulaires). En bas, de gauche à droite : 8 ou papillon (incisives maxillaires et mandibulaires), 2A (prémolaires maxillaires et mandibulaires) [6]

1.2.5 Cadre à digue

Le cadre est l'ancrage extra-oral³ [3]. Il permet de tendre la feuille au moyen de petites rétentions situées sur celui-ci, pour accéder à la dent traitée tout en repoussant les lèvres et les joues [1,4]. Il est utilisé pour tendre la digue par-dessus ou par-dessous la feuille [4].

Le cadre peut être en plastique stérilisable ou en métal ; octogonal ou en U³ [3,4,6]. Le cadre en U possède l'avantage de libérer le nez, augmentant le confort du patient [4] (*Figure 5*).

³ Lunardi D, Degaey R, Gambiez A, Robberecht L. L'Information Dentaire. 2021 [cité 8 mars 2024]. Poser la digue: un geste barrière, une pratique sûre et confortable. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/poser-la-digue-un-geste-barriere-une-pratique-sre-et-confortable/>

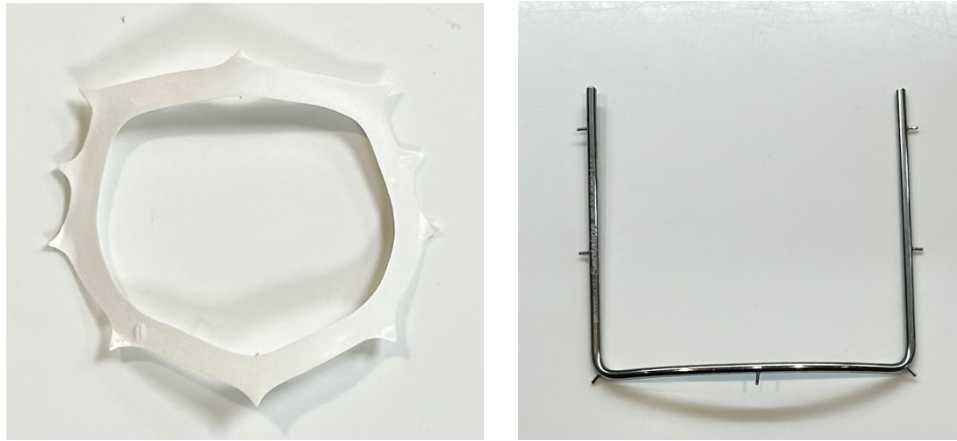


Figure 5 : Cadres à digue en plastique et en métal (crédit photo Alix Suing)

1.2.6 En complément

Dans les cas où les conditions cliniques rendent difficile la pose de la digue, des éléments peuvent être associés au plateau technique précédemment décrit afin d'optimiser et de sécuriser l'étanchéité de la digue dentaire⁴ [3], et d'augmenter le confort du patient [1].

1.2.6.1 Fil dentaire

Le fil dentaire ciré permet de passer les points de contact sans risquer de déchirer la feuille de digue [4], permettant ainsi d'obtenir une isolation optimale⁴ [3].

Il peut aussi servir de ligature. Cette dernière permet d'apicaliser la digue et de la repousser dans le sulcus à l'aide du fil dentaire passé autour du collet de la dent, optimisant ainsi l'accès aux limites cervicales [1,2].

⁴ Lunardi D, Degaey R, Gambiez A, Robberecht L. L'Information Dentaire. 2021 [cité 8 mars 2024]. Poser la digue : un geste barrière, une pratique sûre et confortable. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/poser-la-digue-un-geste-barriere-une-pratique-sre-et-confortable/>

1.2.6.2 Wedjet®

Le Wedjet® est un cordon en silicone [1] de plus gros diamètre que le fil dentaire. Il permet de stabiliser la feuille sous le point de contact⁵ [3]. Il peut aussi remplacer le clamp dans le secteur antérieur [1].

1.2.6.3 Digue liquide

La digue liquide se présente sous forme de gel photopolymérisable en seringue et permet d'étanchéifier localement la digue. Il se manipule facilement autour du clamp [6].

1.2.6.4 Téflon

Le téflon sous forme de ruban est particulièrement utile pour le collage de restaurations indirectes partielles ou totales. Il permet d'isoler la partie cervicale de la dent, optimisant l'étanchéité et l'accès à cette zone lors du collage [5,7].

1.2.6.5 Coin de bois

Des coins de bois de différentes tailles peuvent aussi être une option pour maintenir la digue dentaire en place [4].

1.3 Techniques de mise en place

Il existe plusieurs façons de poser la digue dentaire [2,4]. Chaque praticien choisit sa technique en fonction de la situation clinique, de ses habitudes et préférences [1]. L'objectif est d'avoir un champ opératoire stable et étanche [1,4].

⁵ Lunardi D, Degaey R, Gambiez A, Robberecht L. L'Information Dentaire. 2021 [cité 8 mars 2024]. Poser la digue : un geste barrière, une pratique sûre et confortable. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/poser-la-digue-un-geste-barriere-une-pratique-sre-et-confortable/>

1.3.1 Au préalable

Le protocole de mise en place de la digue dentaire est assez rapide⁶ [3]. Il existe trois façons de poser la digue et toutes sont valables et varient selon l'expérience, les préférences du praticien et la situation clinique [1].

Voici les étapes préliminaires communes à toutes les techniques [1,2] :

- choisir la feuille de digue adaptée au cas clinique selon les différents critères de choix vus précédemment,
- visualiser l'emplacement de chaque dent à isoler à l'aide du patron,
- perforer la digue grâce à la pince à perforer,
- essayer le crampon sur la dent à l'aide de la pince à crampon, puis vérifier sa bonne adaptation et sa stabilité en le sollicitant au niveau de l'arceau (*Figure 6*).



Figure 6 : Essayage du crampon sur la dent à l'aide de la pince à crampon [6]

En odontologie pédiatrique, il est nécessaire de sécuriser le crampon avec du fil dentaire sur l'arceau du crampon pour éviter tout risque d'ingestion [1].

1.3.2 Technique directe

Après avoir vérifié la stabilité du crampon, celui-ci est laissé en bouche. La perforation est écartée entre les doigts pour laisser place au crampon jusqu'à libérer totalement la dent. La digue est ensuite tendue sur le cadre à digue. Du fil

⁶ Lunardi D, Degaey R, Gambiez A, Robberecht L. L'Information Dentaire. 2021 [cité 8 mars 2024]. Poser la digue : un geste barrière, une pratique sûre et confortable. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/poser-la-digue-un-geste-barriere-une-pratique-sre-et-confortable/>

dentaire est utilisé pour dégager les points de contact en mésial et en distal. Le champ opératoire est ainsi fonctionnel [4,5].

Cette technique se fait en deux temps, mais a l'avantage d'être simple⁷ [3] et rapide. Elle nécessite une grande ouverture buccale. Elle est principalement indiquée pour les digues unitaires à crampons sans ailettes avec des feuilles de digue élastiques et résistantes, pour les soins endodontiques [1].

1.3.3 Technique dite parachute

Après avoir vérifié la stabilité du crampon, ce dernier est retiré et placé dans la perforation. La feuille se place autour de l'arceau afin que seuls les mors restent visibles. L'unité digue-crampon est manipulée par les mors à l'aide de la pince, pour être placée autour de la dent. La digue est ensuite tendue sur le cadre à digue pour libérer totalement la dent. Du fil dentaire est utilisé pour dégager les points de contact en mésial et en distal. Le champ opératoire est ainsi fonctionnel [1].

Cette technique a l'avantage d'améliorer la visibilité du praticien et permet de poser la digue en un seul bloc. Elle est indiquée pour les crampons avec ailettes et sans ailettes [1].

1.3.4 Technique dite à ailettes

Après avoir vérifié la stabilité du crampon à ailettes, ce dernier est retiré et placé dans la perforation afin que la feuille se place sur les ailettes du crampon. L'unité digue-crampon est ensuite manipulée pour être placée sur la dent. Les ailettes sont ensuite dégagées à l'aide d'une spatule à bouche. La digue est ensuite tendue sur le cadre à digue pour libérer totalement la dent. Du fil dentaire est utilisé pour dégager les points de contact en mésial et en distal. Le champ opératoire est ainsi fonctionnel [1,5].

⁷ Lunardi D, Degaey R, Gambiez A, Robberecht L. L'Information Dentaire. 2021 [cité 8 mars 2024]. Poser la digue : un geste barrière, une pratique sûre et confortable. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/poser-la-digue-un-geste-barriere-une-pratique-sre-et-confortable/>

Cette technique a l'inconvénient de réduire la visibilité [1,5] mais permet de prédisposer la feuille de digue avec le crampon sur le cadre et d'installer la digue en bouche d'un seul bloc. Elle est indiquée pour les crampons à ailettes [1].

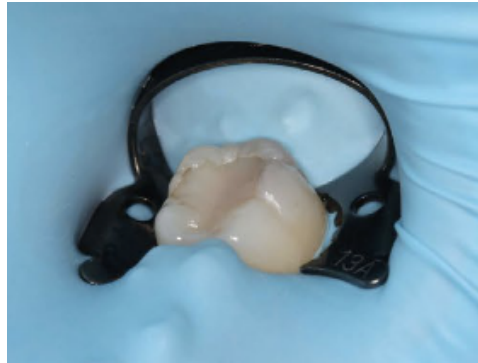


Figure 7 : Digue dentaire en place [6]

1.4 Application clinique en odontologie de nos jours

1.4.1 Dentisterie restauratrice et endodontique

1.4.1.1 Curetage carieux et restauration directe par composite

La digue dentaire fait office de barrière physique entre la dent et le milieu buccal. Elle empêche la salive, le sang, le liquide crévulaire gingival, les débris et bactéries d'interférer avec les tubuli dentinaires [5,7].

Lors du curetage carieux, la digue dentaire en place permet de diminuer le risque de contamination bactérienne à travers les tubuli exposés réduisant ainsi le risque de carie secondaire [8].

La restauration directe par composite nécessite un protocole rigoureux en termes d'asepsie et d'étanchéité, conditions permises par la digue dentaire. La bibliothèque de Cochrane a publié une revue systématique réalisée en 2016, elle a conclu que l'utilisation de la digue dentaire permet de diminuer le taux d'échec des restaurations directes par composite en termes de qualité et d'efficacité, comparé à l'utilisation de cotons salivaires [9]. Le taux de survie des traitements restaurateurs à 6 mois était de 91% avec la digue dentaire, contre 76,5% avec les cotons salivaires.

1.4.1.2 Dépose d'amalgame

Il est recommandé par l'ANSM de déposer l'amalgame sous irrigation, aspiration et autant que possible avec un champ opératoire⁸ [10]. La mise en place de la digue dentaire en cas de dépose d'amalgame permet de réduire l'ingestion de débris mercuriels.

L'étude de Kremers et coll. réalisée en 1999 [11] montre l'effet de la digue sur l'exposition au mercure lors de la dépose d'amalgame. Il a été observé des taux plasmatiques en mercure plus élevés après dépose de l'amalgame chez les personnes où la digue dentaire n'a pas été posée, par rapport aux taux plasmatiques mercuriels chez les personnes où la digue a été posée.

1.4.1.3 Endodontie

Le traitement endodontique consiste en la désinfection du système pulpaire de la dent. L'accès à l'espace pulpo-radulaire impose une stricte asepsie. La digue est le moyen le plus sûr et efficace d'y parvenir [4].

Les avantages de la digue dentaire pendant un acte endodontique sont à noter, tant du côté du patient que du praticien.

Elle permet au praticien de contrôler le risque infectieux lors du traitement [1] en jouant le rôle de barrière contrôlant les fluides biologiques [4] évitant ainsi une contamination ou recontamination du système canalaire.

L'utilisation de la digue dentaire semble améliorer les résultats des traitements endodontiques [12]. Le travail de Lin et coll. en 2014 a montré que le taux de survie d'un traitement endodontique initial sous digue dentaire était de 90,3%, un taux sensiblement supérieur aux 88,8% observés sans l'utilisation de la digue dentaire [12].

Une revue systématique avec méta-analyse de Coll et coll. [13] a étudié le taux de succès de plusieurs thérapeutiques de conservation de la vitalité

⁸ ANSM. Le mercure de amalgames dentaires. Recommandations, à l'attention des professionnels de santé, à respecter lors de l'utilisation des amalgames dentaires. [Internet]. 2014 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/11/7cacb0593aa9f8ebd9b176c65ff98890.pdf>

pulpaire, ainsi que l'influence de certains facteurs dont l'utilisation ou non de la digue. Elle comparait la procédure de coiffage pulpaire direct avec différents types de matériaux, avec et sans digue sur des enfants âgés entre 2,3 à 12,5 ans, et visait à évaluer la préservation de la vitalité pulpaire sur une durée de 24 mois. Au terme de l'étude, le champ opératoire n'a pas montré de différences statistiques significatives en matière de taux succès selon que la digue ait été utilisée ou non.

De l'autre côté, la digue dentaire permet d'améliorer le confort et d'augmenter la sécurité du patient en lui permettant d'avaler sa salive sans risque d'ingérer de produit toxique (hypochlorite de sodium, huiles essentielles) ou d'instrument (lime manuelle ou rotative).

1.4.2 Prothèse fixée

Le collage des restaurations indirectes (inlay, onlay, overlay, facette) nécessite une étanchéité stricte potentialisant les valeurs d'adhésion de l'émail et de la dentine. La mise en place de la digue dentaire permet de contrôler l'humidité de la dent concernée lors de l'étape du collage.

L'étude d'Asmussen et Peutzleldt réalisée en 2001 a voulu quantifier l'influence de l'humidité relative sur l'effet des systèmes de collage de dentine [14]. Des surfaces d'émail et de dentine ont été placées à des humidités de 18%, 45%, 80% et 99%, puis traitées conformément aux recommandations de collage des fabricants. Elles ont été ensuite brisées en cisaillement. Les résultats ont montré que les liaisons à la dentine ont fortement été réduites par l'augmentation de l'humidité. Cependant les liaisons à l'émail n'ont pas été affectées.

1.5 Raisons de sa non-utilisation selon la littérature

Les raisons de non-utilisation de la digue les plus souvent mentionnées sont :

- l'entraînement insuffisant [1,15],
- la mauvaise acceptation réelle par le patient [1,15],
 - crainte d'ingérer ou d'inhaler le clamp,

- respiration difficile,
- la situation clinique [15],
 - dent trop délabrée,
 - dent dont l'éruption est incomplète,
 - crainte de détériorer les restaurations en céramique,
- la difficulté d'utilisation [1],
- le coût du matériel [1,15],
- la faible rémunération liée à l'acte [1].

1.6 État actuel en France

La HAS recommande d'isoler la dent à traiter en utilisant un champ opératoire lors de toute exposition pulpaire, afin de prévenir toute contamination⁹ [16]. En France, la digue est considérée comme le gold standard pour les traitements en DRE. Cependant, il existe peu d'études de cohorte prospective permettant de fournir des preuves scientifiques de son efficacité clinique, et ce pour des raisons éthiques.

Le sujet de l'utilisation de la digue en France est assez peu documenté. L'étude la plus récente réalisée en 2023 [17] s'intéresse à tous les praticiens exerçants en France. Cette enquête a permis d'exploiter 643 réponses sur l'ensemble du territoire. Il a été rapporté que 70% des chirurgiens-dentistes utilisent la digue toujours ou souvent en endodontie, 57% lors de collages en prothèse fixée et 28% lors de restaurations par composite. Il est important de souligner que 40% des praticiens ne sont pas persuadés que la digue améliore les chances de succès d'un traitement, et 44,2% pensent qu'il existe d'autres moyens d'isolation aussi efficaces que la digue comme les cotons salivaires et l'aspiration.

Il est apparu que la digue était plus souvent utilisée lorsque sa pose avait été enseignée durant les études universitaires ; et est davantage appliquée sur les dents postérieures qu'antérieures et plus à la mandibule qu'au maxillaire.

⁹ HAS. Traitement endodontique. Rapport d'évaluation. [Internet] 2008 [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: <https://docudent.fr/wp-content/uploads/2021/10/Traitements-endodontiques-%E2%80%93-Rapport-devaluation-HAS-2008.pdf>

Parmi les raisons évoquées par les chirurgiens-dentistes, la première est la difficulté à la mise en place (37,2% des praticiens), la deuxième est l'aspect chronophage (33,1% des praticiens). Cependant, la création d'une cotation CCAM pour l'application serait une solution pour 29,6% des chirurgiens-dentistes qui n'utilisent pas la digue.

Une autre étude réalisée en 2019 [18] chez les chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Aquitaine a rassemblé 132 réponses permettant d'évaluer une fréquence d'utilisation égale à 31% à l'échelle de la région.

L'étude réalisée en 2011 [19] lors du congrès d'ADF met en évidence la fréquence d'utilisation de la digue dentaire par le biais d'un questionnaire complété par 239 praticiens. Il a été constaté que c'est lors d'un traitement endodontique que la digue est le plus utilisée, avec près de 30% qui utilisent toujours la digue lors de ce traitement. D'après ces mêmes résultats, 4,4% des praticiens utilisent la digue dentaire dans toutes les disciplines cliniques.

1.7 État actuel à l'international

Les publications à l'étranger sont plus nombreuses et montrent une variabilité d'utilisation selon les pays [1].

Aux États-Unis, l'étude réalisée par Imbery et coll. en 2019 [20] montre que 70% des praticiens interrogés n'utilisent pas la digue dentaire. Des pourcentages similaires ont été observés dans une étude au Brésil [21], sur 276 chirurgiens-dentistes interrogés 74,3% affirment ne pas poser la digue dentaire. De même en Irlande, l'enquête de Lynch et McConnell a révélé que 73% des 300 praticiens irlandais interrogés ne la posent jamais pendant les soins [22].

L'isolement de la dent par la digue dentaire est une norme de soin pour tout traitement endodontique selon l'AAE et la CAE. Cette dernière soutient que seul son usage permet de minimiser la contamination bactérienne du système canalaire. Elle offre également d'autres avantages tels que l'aide à la

visualisation en fournissant un champ opératoire propre et en empêchant l'ingestion et l'aspiration d'instruments et d'irrigants dentaires¹⁰ [23,24].

L'utilisation de la digue dentaire varie aussi selon les types de soins effectués. D'après l'étude réalisée au Royaume-Uni en 2021¹¹ [25] sur 403 omnipraticiens, 98% affirment utiliser la digue dentaire dans leur pratique clinique. Il est apparu que celle-ci est principalement appliquée lors des restaurations par composite, les traitements endodontiques et les blanchiments internes. Dans cette même étude, il a été observé que 98% des praticiens utilisaient la digue pour les procédures endodontiques, quelle que soit la taille et la position de la dent. Aussi, 82% et 74% des praticiens utilisaient la digue lors des restaurations par composite postérieurs et antérieurs respectivement. En effet, la grande majorité des praticiens soutiennent que l'utilisation de la digue dentaire facilite la mise en place des restaurations postérieures¹¹ [25] et donc préfèrent l'utiliser dans ce cas [26]. Cette enquête met en évidence un large spectre d'applications cliniques, ainsi qu'une augmentation de son utilisation. Cette intensification a aussi été mise en lumière dans une étude en 2018 au Danemark [27] où un même questionnaire a été rempli anonymement en 2003 et en 2013 par des chirurgiens-dentistes du pays. Il a été rapporté que 4% des praticiens utilisaient la digue en 2003 alors que 29% l'utilisaient en 2013. Cela montre que la formation universitaire et continue est importante et peut influencer l'utilisation de la digue dentaire dans la pratique clinique [28].

En parallèle, la réticence du patient peut être une cause évoquée par les chirurgiens-dentistes à l'encontre de la pose de la digue dentaire. Certaines études ont été menées à l'international et permettent de qualifier la préférence du patient.

L'étude réalisée en 2021 par Çağa et coll. a révélé que la digue dentaire était appréciée durant les soins par les patients, selon 64% des chirurgiens-dentistes¹¹ [25].

¹⁰ Guide to Clinical Endodontics [Internet]. American association of endodontists. [cité 30 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.aae.org/specialty/clinical-resources/guide-clinical-endodontics/>

¹¹ Çağa D, Brennan AM, Eaton K. An internet-mediated investigation into the reported clinical use of rubber dam isolation by GDPs in the UK - part 1: factors influencing rubber dam use. Br Dent J [Internet]. 25 juin 2021 [cité 23 févr 2024]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3083-z>

Une autre étude de 2018 réalisée par Madarati et coll. a voulu analyser les préférences et expériences passées de la digue dentaire au cabinet durant les soins endodontiques [29]. Un questionnaire a été envoyé à 305 patients, 278 y ont répondu. Il a été révélé que 74,3% des patients aimeraient avoir la digue dentaire à leur prochain rendez-vous, car ils avaient été satisfaits par la pose de la digue lors de la séance actuelle. En effet, la première expérience de mise en place de la digue chez le chirurgien-dentiste influence les préférences futures des patients [29].

Des pourcentages similaires ont été observés dans l'étude de 2015 réalisée par Kapitan et coll. [30] en République Tchèque avec la participation de 150 patients. Ils ont observé que 77% d'entre eux témoignaient d'un plus grand confort avec la digue dentaire, et 86% aimeraient la digue dentaire au prochain rendez-vous.

Les retours positifs les plus fréquents concernant la mise en place de la digue dentaire sont l'absence de débris dans la bouche et la protection des tissus mous [31] tels que la langue, les joues, gencives et lèvres face aux instruments manuels et rotatifs. L'étude de Madarati et coll. a montré que la sécurité était l'avantage le plus attrayant pour les patients quant à la mise en place de la digue dentaire [29]. Cependant, les patients mentionnent souvent des aspects négatifs tels que la difficulté à avaler, respirer et l'hypersalivation [31].

2 Matériels et méthodes

2.1 Type de l'étude

Une étude par questionnaire anonyme a été réalisée en 2024 dans les cabinets dentaires du département du Nord.

2.2 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de déterminer la fréquence d'utilisation de la digue dentaire lors des différents soins, dans les cabinets dentaires du Nord.

L'objectif secondaire était d'identifier les raisons et facteurs influençant son utilisation ou sa non-utilisation.

2.3 Population

2.3.1 Type de population

L'étude s'adressait à tous les chirurgiens-dentistes du Nord au nombre de 1 690 au 4 octobre 2024 selon le site de l'ordre national des chirurgiens-dentistes¹².

2.3.2 Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- être chirurgien-dentiste inscrit à l'ordre des chirurgiens-dentistes du Nord,
- être diplômé et thésé,
- exercer dans le département du Nord.

Les critères de non-inclusion étaient :

- être chirurgien-dentiste inscrit à l'ordre des chirurgiens-dentistes dans un autre département,
- ne pas être diplômé et/ou thésé,
- ne plus être en activité,
- exercer dans un autre département.

¹² <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes-nord.fr/>

Le critère d'exclusion était le taux de non-réponse de plus de 90% au questionnaire.

2.4 Recueil des données

Un questionnaire anonymisé (*Annexe 1*), de type LimeSurvey, a été réalisé et diffusé par courriel par le biais du Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes du Nord à tous les chirurgiens-dentistes du Nord, du 12 juin 2024 au 6 août 2024.

Celui-ci était composé de 16 questions avec parmi elles, des questions à réponse unique, des questions à réponses multiples, et des questions à réponse ouverte courte. Le temps de complétion de ce questionnaire était estimé à 3 minutes.

2.5 Méthodes et analyses statistiques

L'analyse statistique a été réalisée au moyen des logiciels pvalue.io®, XLstat®, ainsi qu'avec l'aide du Docteur E. Aernout, médecin spécialiste en santé publique.

Un test de χ^2 de Pearson ou test de χ^2 d'indépendance a été effectué. C'est un test d'hypothèse utile pour tester l'indépendance de deux variables catégorielles. L'objectif général de ce test est d'examiner si les valeurs caractéristiques de la première variable sont influencées par celles de la seconde variable, et inversement.

Le but de cette étude était donc d'étudier les liens pouvant exister entre l'utilisation de la digue et d'autres facteurs tels que le genre, le lieu de diplôme, l'année de diplôme, le lieu d'exercice, le statut d'exercice, la présence d'un.e assistant.e, la pratique en cabinet dentaire et l'origine des connaissances. Pour cela, un test de χ^2 de Pearson (ou test de χ^2 d'indépendance) a été effectué au seuil de $\alpha = 5\%$ (*Annexe 2*). Ce seuil est utilisé pour déterminer si un résultat est assez fiable pour être considéré comme représentatif. Il représente la probabilité de conclure à un lien alors qu'il n'y en a pas réellement. Le seuil de $\alpha = 5\%$ a été choisi car couramment utilisé dans les études. Les résultats de l'étude ont été représentés par des graphiques réalisés grâce au logiciel Excel®.

2.6 Déclaration de conformité

Avant sa diffusion, un dossier de déclaration a été envoyé au DPO de l'Université de Lille, afin d'en vérifier la conformité au RGPD. L'étude étant anonyme, elle a été exonérée de déclaration auprès de la CNIL dans la mesure où les consignes suivantes sont respectées :

- informer les personnes par une mention d'information au début du questionnaire,
- respecter la confidentialité en utilisant le serveur LimeSurvey mis à disposition par l'Université de Lille,
- garantir que seul l'enquêteur et le directeur de thèse pourront accéder aux données,
- supprimer l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

2.7 Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

3 Résultats

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

L'étude a permis de recueillir 170 réponses au total dont 20 réponses incomplètes, 150 réponses ont donc été exploitées.

L'échantillon est composé de 47% d'hommes et 52% de femmes. D'après le site de l'ONCD¹³ en septembre 2024, le département du Nord est composé de 1690 chirurgiens-dentistes avec 46,9% de femmes et 53,1% d'hommes.

L'échantillon est représentatif de la population étudiée en termes de genre, avec un intervalle de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5% (α). L'échantillon est donc considéré comme représentatif de la population étudiée.

3.1.1 Le genre

Sur 150 praticiens (*Figure 8*) :

- 78 sont des femmes,
- 71 sont des hommes,
- 1 personne n'a pas voulu se prononcer.

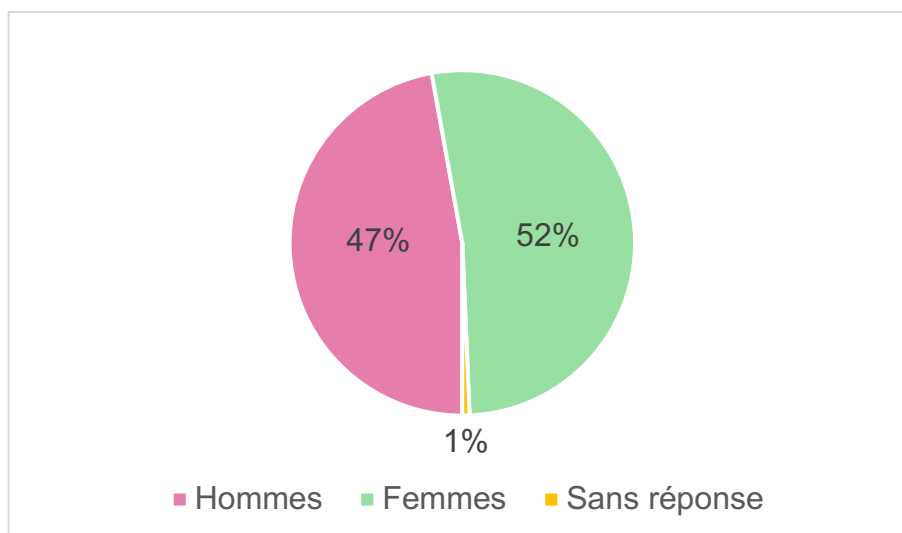


Figure 8 : Répartition de l'échantillon selon le genre (N=150)

¹³ <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes-nord.fr/>

3.1.2 Le lieu de formation

Sur 150 praticiens, 139 ont fait leurs études à l'Université de Lille (Figure 9).

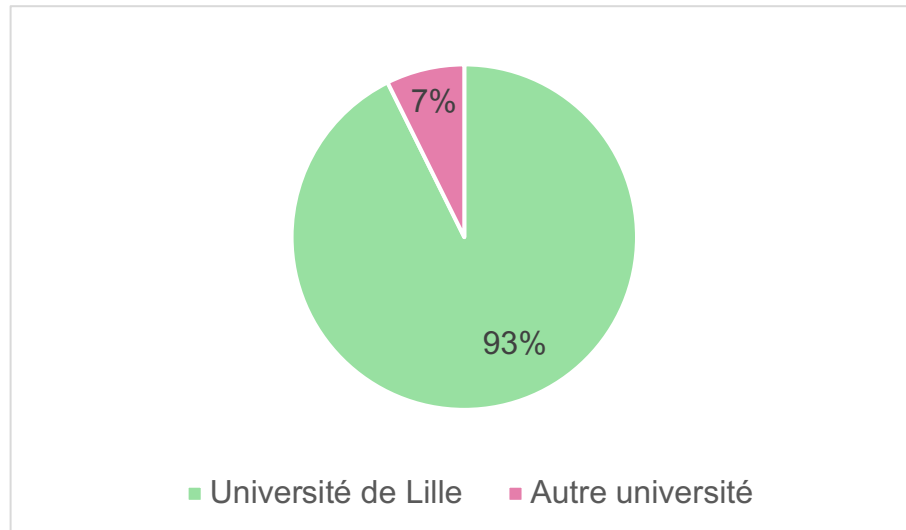


Figure 9 : Répartition de l'échantillon selon le lieu de formation (N=150)

3.1.3 L'année de diplôme

Les années de diplôme oscillent entre 1982 et 2024. Plus de la moitié de l'échantillon a été diplômée entre 2010 et 2024 (Figure 10). La médiane de l'échantillon est l'année 2015.

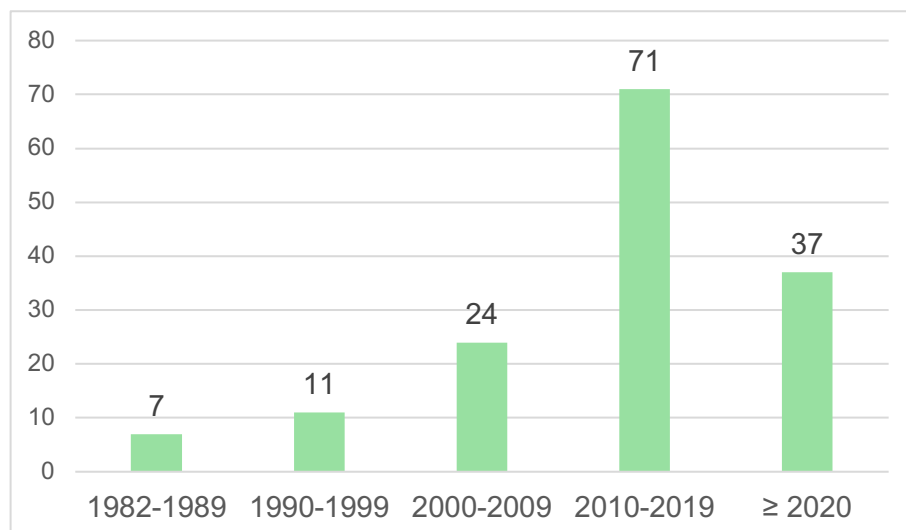


Figure 10 : Répartition de l'échantillon selon l'année de diplôme (N=150)

3.1.4 Le lieu d'exercice

Plus de la majorité des praticiens exerce en métropole lilloise (Figure 11).

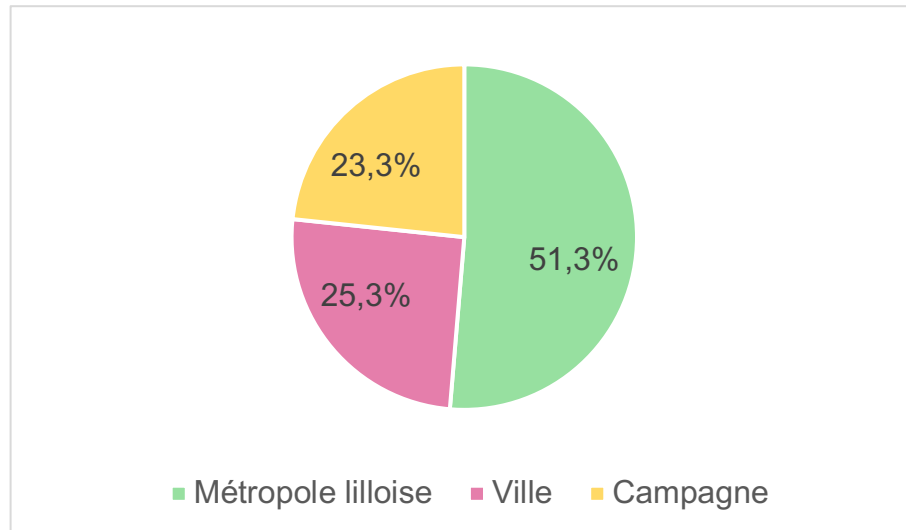


Figure 11 : Répartition de l'échantillon selon le lieu d'exercice (N=150)

3.1.5 Le type d'exercice

La majorité des praticiens exerce soit une activité d'associé, soit de collaboration ou une activité seule au sein d'un cabinet (Figure 12).

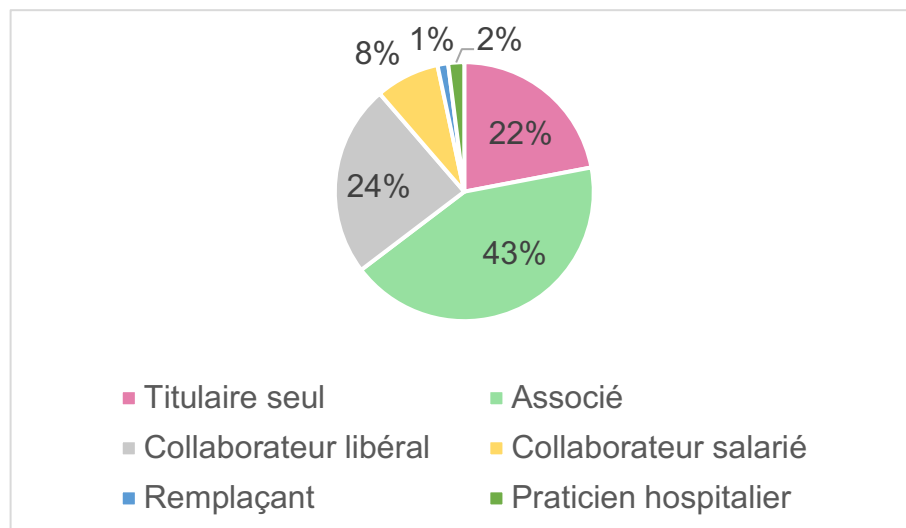


Figure 12 : Répartition de l'échantillon selon le type d'exercice (N=150)

3.1.6 L'activité orientée

Parmi les 150 praticiens interrogés, 113 exercent une activité d'omnipraticien (Figure 13).

La catégorie « autre » représente les praticiens exerçant les spécialités de parodontologie, d'implantologie, de chirurgie, d'orthopédie dento-faciale ou d'occlusodontie. Certaines de ces pratiques ne nécessitent pas la pose de la digue, cependant ils ont été conservés dans les résultats car au moins un répondant de chaque spécialité a déclaré l'utiliser.

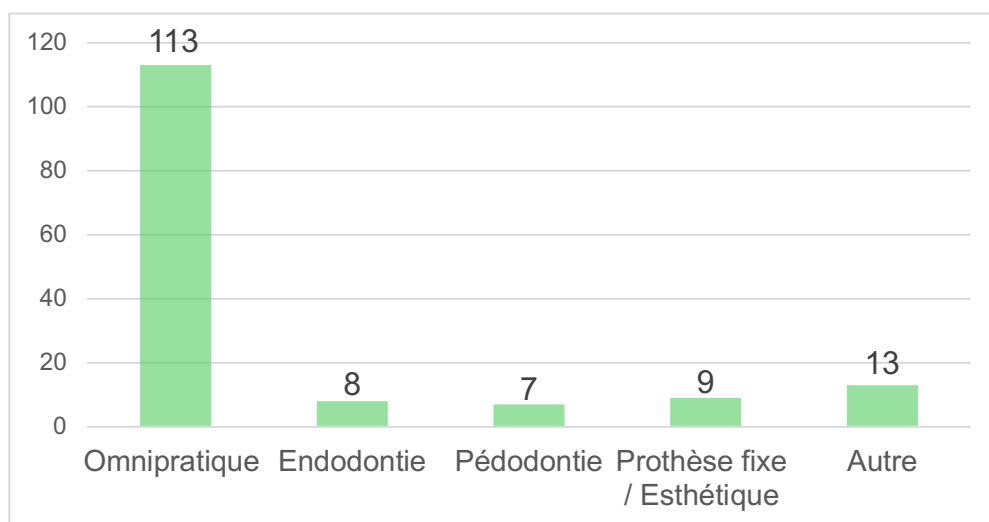


Figure 13 : Répartition de l'échantillon selon l'activité orientée ou non (N=150)

3.1.7 La présence d'un.e assistant.e

Parmi les praticiens, 121 travaillent avec un.e assistant.e dentaire (Figure 14).

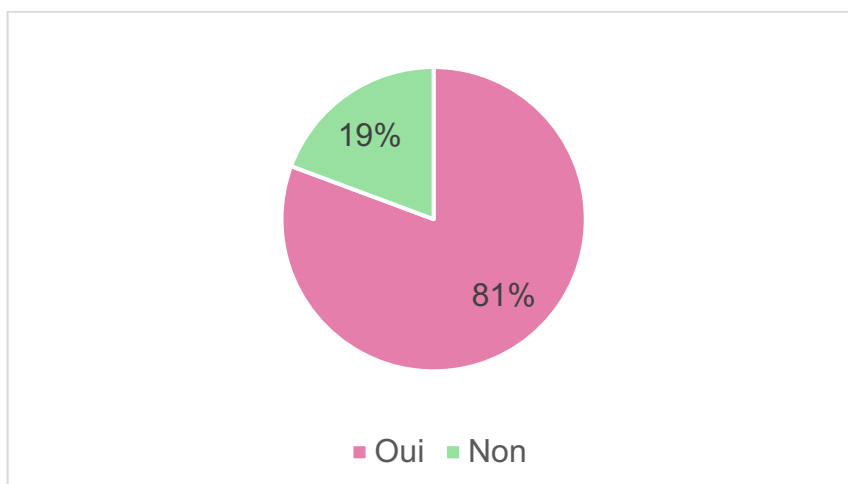


Figure 14 : Répartition de l'échantillon selon la présence d'un.e assistant.e (N=150)

3.1.8 L'origine des connaissances

Sur les 150 praticiens interrogés, les connaissances concernant la digue dentaire proviennent (*Figure 15*) :

- des formations initiale et continue pour 82 praticiens,
- de la formation initiale uniquement pour 61 praticiens,
- de la formation continue uniquement pour 7 praticiens.

Il apparait donc que l'apprentissage de la digue a lieu principalement à l'université. Certains praticiens ont évoqué d'autres sources d'informations comme les réseaux sociaux et les assistanats dans le cadre d'un contrat étudiant.

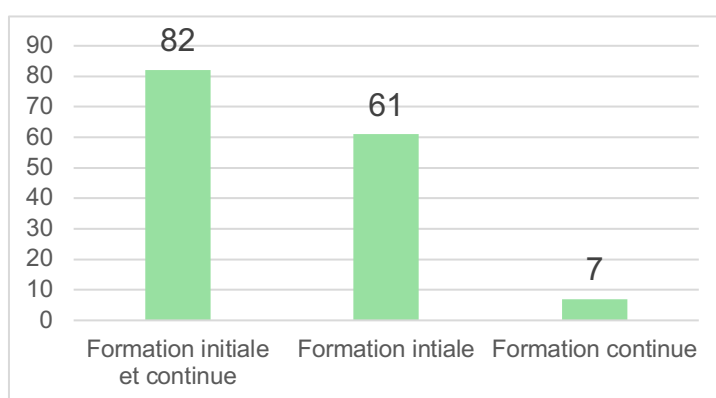


Figure 15 : Répartition de l'échantillon selon l'origine des connaissances (N=150)

3.1.9 La présence du matériel nécessaire

Sur 150 praticiens, 146 d'entre eux possèdent le matériel nécessaire à la pose de digue dans leur cabinet dentaire (*Figure 16*).

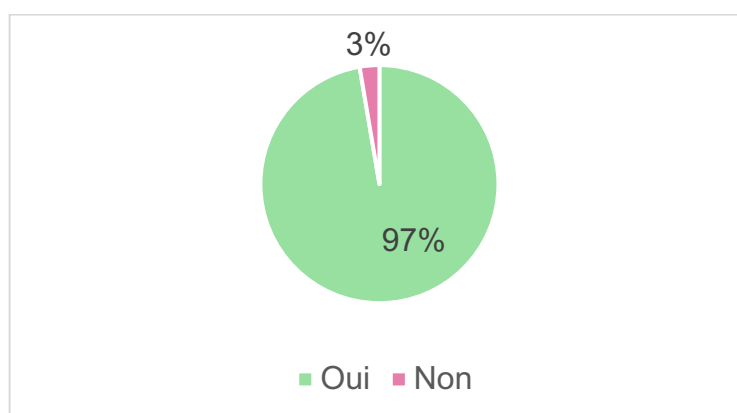


Figure 16 : Répartition de l'échantillon selon la présence ou non du matériel nécessaire (N=150)

3.1.10 Utilisation de la digue

Sur 150 praticiens, 117 déclarent utiliser la digue au cabinet dentaire et 33 ne l'utilisent pas (Figure 17).

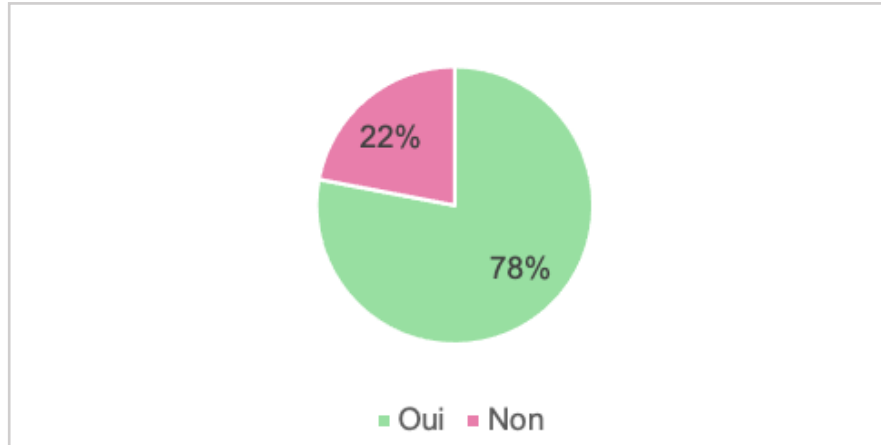


Figure 17 : Répartition de l'échantillon selon l'utilisation ou non de la digue en cabinet dentaire (N=150)

3.2 Facteurs et raisons influençant l'utilisation de la digue

3.2.1 Utilisation selon le type de soin

Les principaux soins pour lesquels les praticiens utilisent la digue dentaire sont les soins endodontiques et les collages (Figure 18). La catégorie « autre » représente le collage de contention pour les orthodontistes.

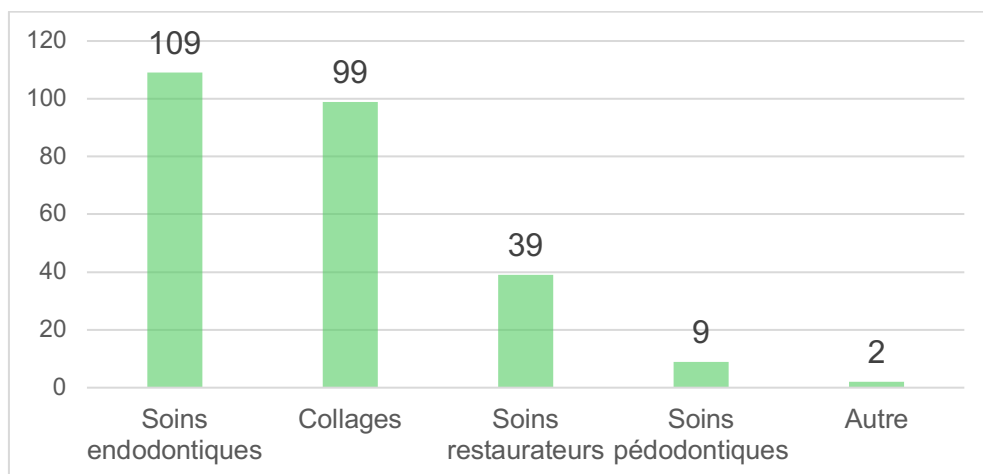


Figure 18 : Répartition de l'utilisation de la digue suivant le type de soin

3.2.2 Raisons influençant son utilisation

Les raisons pour lesquelles les praticiens utilisent la digue sont dans l'ordre, l'asepsie, l'amélioration du collage, le confort du praticien, le confort du patient et enfin la sécurité du patient (*Tableau 1*).

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon selon les raisons influençant l'utilisation de la digue dentaire

	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Priorité 4	Priorité 5
Asepsie	45,30 %	23,08 %	12,82 %	9,40 %	9,40 %
Amélioration du collage	25,64 %	40,17 %	12,82 %	11,11 %	10,26 %
Confort du praticien	21,37 %	22,22 %	37,61 %	16,24 %	2,56 %
Confort du patient	0,00 %	6,84 %	17,95 %	37,61 %	37,61 %
Sécurité (inhalation / ingestion)	7,69 %	7,69 %	18,80 %	25,64 %	40,17 %

3.2.3 Les préférences sectorielles de mise en place

Les préférences sectorielles de mise en place de la digue sont d'abord les secteurs postérieurs mandibulaire et maxillaire, puis les secteurs antérieurs mandibulaire et maxillaire (*Tableau 2*).

Tableau 2 : Répartition de l'échantillon selon les préférences sectorielles de mise en place de la digue dentaire

	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Priorité 4
Postérieur Mandibulaire	81,20 %	10,26 %	4,27 %	4,27 %
Postérieur Maxillaire	8,55 %	67,52 %	13,68 %	10,26 %
Antérieur Mandibulaire	3,42 %	12,82 %	54,70 %	29,06 %
Antérieur Maxillaire	6,84 %	9,40 %	27,35 %	56,41 %

3.2.4 Raisons influençant sa non-utilisation

La non-utilisation de la digue semble donc être d'abord favorisée par un manque de temps, la difficulté de mise en place et la non-acceptation du patient.

Le manque de matériel est une raison qui semble peu influencer la non-utilisation de la digue (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon selon les raisons influençant la non-utilisation de la digue dentaire

	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Priorité 4
Manque de temps	39,39 %	33,33 %	21,21 %	6,06 %
Difficulté de mise en place	36,36 %	33,33 %	27,27 %	3,03 %
Acceptation du patient	21,21 %	27,27 %	42,42 %	9,09 %
Manque de matériel	3,03 %	6,06 %	9,09 %	81,82 %

3.3 Attitude des chirurgiens-dentistes envers la digue dentaire

3.3.1 Envers les recommandations

Parmi les 150 praticiens interrogés, 134 sont en accord avec les recommandations de la HAS concernant les apports théoriques de la digue dentaire (Figure 19).

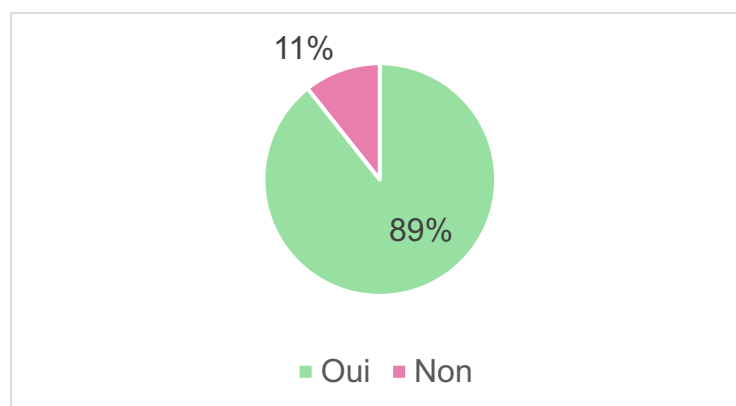


Figure 19 : Répartition de l'échantillon selon les réponses à la question « Êtes-vous en accord avec les recommandations de la HAS concernant les apports théoriques de la digue dentaire ? » (N=150)

3.3.2 Motivations à la pose de la digue

Les facteurs pouvant motiver les praticiens à poser la digue sont une cotation CCAM pour 51 d'entre eux, une formation continue pour 44 et les deux pour 33 d'entre eux.

Vingt-deux répondants ont déclaré qu'aucun de ces facteurs ne pourrait influencer leur choix de ne pas poser la digue dentaire (Figure 20).

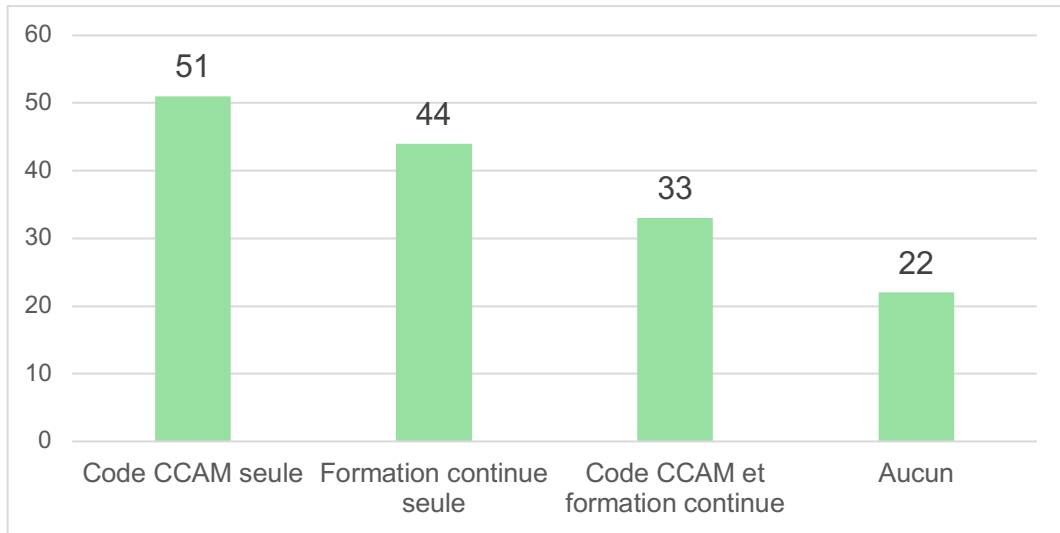


Figure 20 : Répartition de l'échantillon selon les réponses à la question « Quels sont les facteurs pouvant influencer votre choix en faveur de la pose de la digue dentaire au cabinet dentaire ? » (N=150)

4 Discussion

4.1 Liens de corrélation entre les variables

Un test de χ^2 d'indépendance a été réalisé afin de déterminer s'il existe une relation entre deux variables catégorielles, selon deux hypothèses :

- hypothèse nulle : il n'existe pas de lien de corrélation entre les deux variables,
- hypothèse alternative : il existe un lien de corrélation entre les deux variables.

Un risque d'erreur (α) a été fixé à 5%, avec un intervalle de confiance de 95%. Le détail des résultats des tests de corrélation notamment les valeurs-p de chaque test se trouve en annexe (*Annexe 2*).

Ci-après se trouve le tableau de contingence récapitulatif des résultats du test d'indépendance (*Tableau 4*).

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des résultats des tests de χ^2 avec une marge d'erreur de 5% (α) d'une partie des variables

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10
V0	NS	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS	S	S

V0 = Utilisation de la digue ; **V1** = Genre ; **V2** = Lieu du diplôme ; **V3** = Année de diplôme ; **V4** = Lieu d'exercice ; **V5** = Statut d'exercice ; **V6** = Présence d'un.e assistant.e ; **V7** = Pratique d'une activité orientée ; **V8** = Origine des connaissances ; **V9** = Accord avec les recommandations de la HAS ; **V10** = Motivations

S = le test de χ^2 établit un lien de corrélation significatif entre les deux variables ($p\text{-value} < 0,05\%$)

NS = le test de χ^2 n'établit pas de lien de corrélation significatif entre les deux variables ($p\text{-value} > 0,05\%$)

4.1.1 Influence du genre sur l'utilisation de la digue

Il apparait que 82% des femmes et 73% des hommes interrogés déclarent utiliser la digue dentaire.

La p-value calculée est supérieure à 0,05%, il n'existe donc pas, selon l'étude de lien de corrélation entre le genre et l'utilisation de la digue.

4.1.2 Influence du lieu de diplôme sur l'utilisation de la digue

76% des praticiens qui ont effectué leurs études à Lille utilisent la digue et tous ceux ayant effectué leurs études en dehors de Lille déclarent utiliser la digue en cabinet dentaire.

La p-value calculée est supérieure à 0,05%, il n'existe donc pas, selon l'étude de lien de corrélation entre le lieu de diplôme et l'utilisation de la digue.

4.1.3 Influence de l'année de diplôme sur l'utilisation de la digue

Il apparait que la fréquence de la pose de la digue dentaire diminue avec l'ancienneté du diplôme (*Figure 21*).

La p-value calculée est supérieure à 0,05%, il n'existe donc pas, selon l'étude de lien de corrélation entre l'année de diplôme et l'utilisation de la digue.

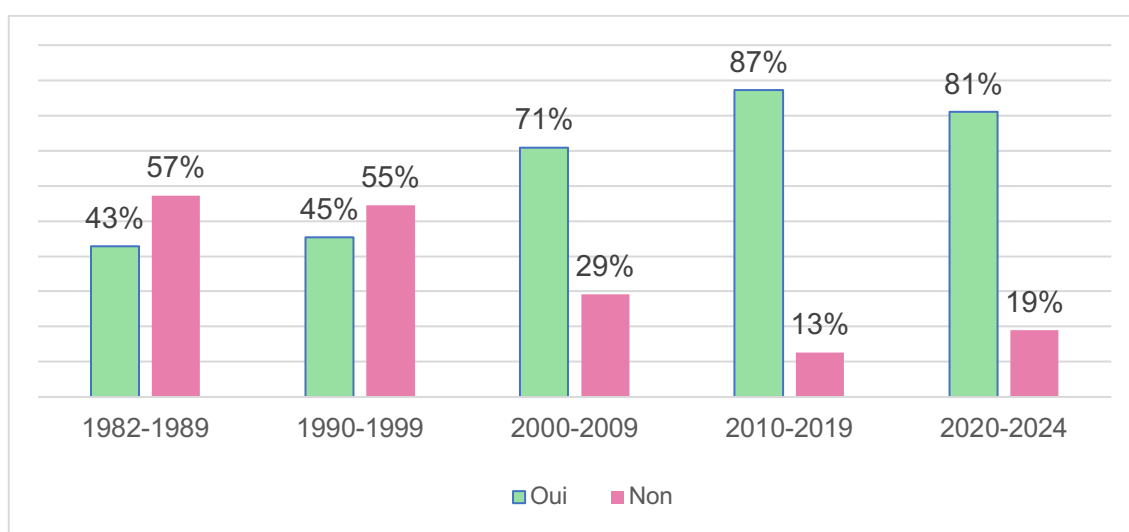


Figure 21 : Influence de l'année de diplôme sur l'utilisation de la digue

4.1.4 Influence du lieu d'exercice sur l'utilisation de la digue

L'étude ne permet pas de montrer d'influence du lieu d'exercice sur l'utilisation de la digue dentaire en cabinet dentaire.

La p-value calculée est supérieure à 0,05%, il n'existe donc pas, selon l'étude de lien de corrélation entre le lieu d'exercice et l'utilisation de la digue.

4.1.5 Influence du statut d'exercice sur l'utilisation de la digue

Les catégories « associé », « collaborateur libéral » et « titulaire seul » posent majoritairement la digue au fauteuil. De plus, 100% des « collaborateurs salariés » rapportent utiliser la digue (Figure 22).

La p-value calculée est supérieure à 0,05%, il n'existe donc pas, selon l'étude de lien de corrélation entre le statut d'exercice et l'utilisation de la digue.

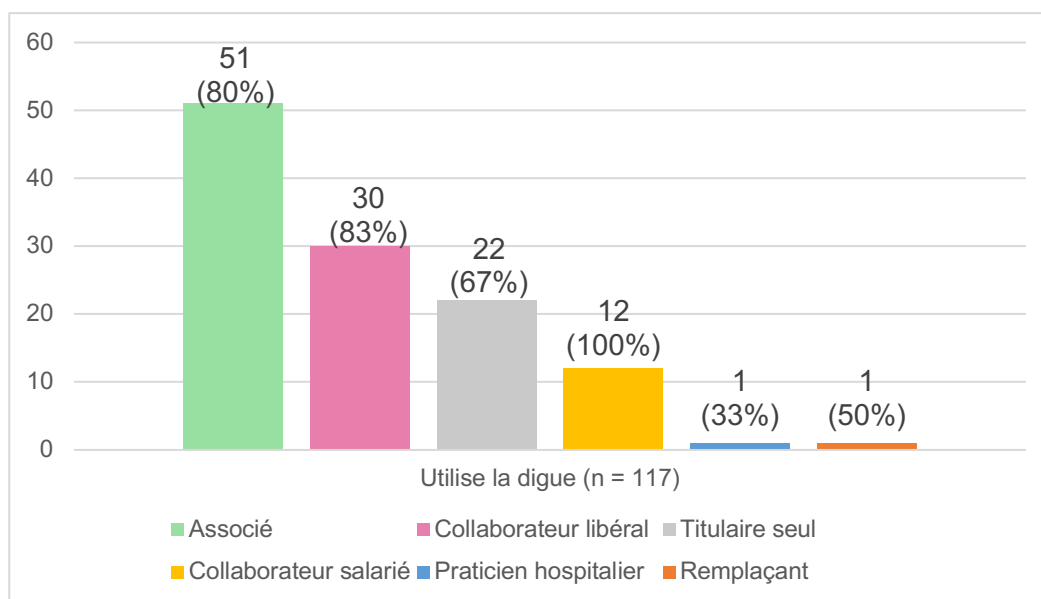


Figure 22 : Influence du statut d'exercice sur l'utilisation de la digue (avec le pourcentage du nombre de répondants dans chaque catégorie)

4.1.6 Influence de la présence ou non d'assistant.e sur l'utilisation de la digue

Les praticiens travaillant en la présence d'un.e assistant.e posent d'avantage la digue (Figure 23).

La p-value calculée est inférieure à 0,05%, il existe donc, selon l'étude un lien de corrélation entre la présence d'un.e assistant.e et l'utilisation de la digue.

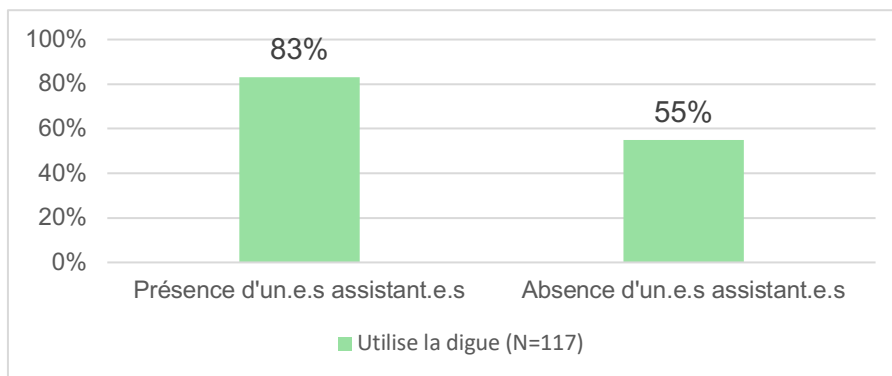


Figure 23 : Influence de la présence ou non d'un.e assistant.e sur l'utilisation de la digue

4.1.7 Influence de la pratique en cabinet sur l'utilisation de la digue

La majorité des praticiens n'ayant pas de pratique orientée utilise la digue au fauteuil (Figure 24).

La p-value calculée est supérieure à 0,05%, il n'existe donc pas, selon l'étude de lien de corrélation entre la pratique en cabinet et l'utilisation de la digue.

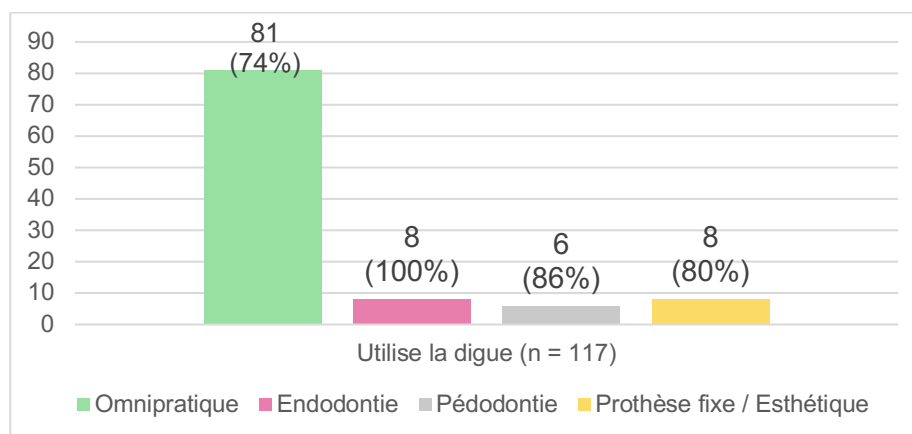


Figure 24 : Influence de la pratique en cabinet sur l'utilisation de la digue (avec le pourcentage du nombre de répondants de la catégorie)

4.1.8 Influence de l'origine des connaissances sur l'utilisation de la digue

Les résultats montrent que 62% des praticiens ayant bénéficié d'une formation initiale posent la digue, que tout ceux ayant voulu se former au travers d'une formation continue l'utilisent et enfin que 88% des répondants ayant bénéficié des deux formations la mettent en place au cabinet dentaire (Figure 25).

La p-value calculée est supérieure à 0,05%, il n'existe donc pas, selon l'étude de lien de corrélation entre l'origine des connaissances et l'utilisation de la digue.

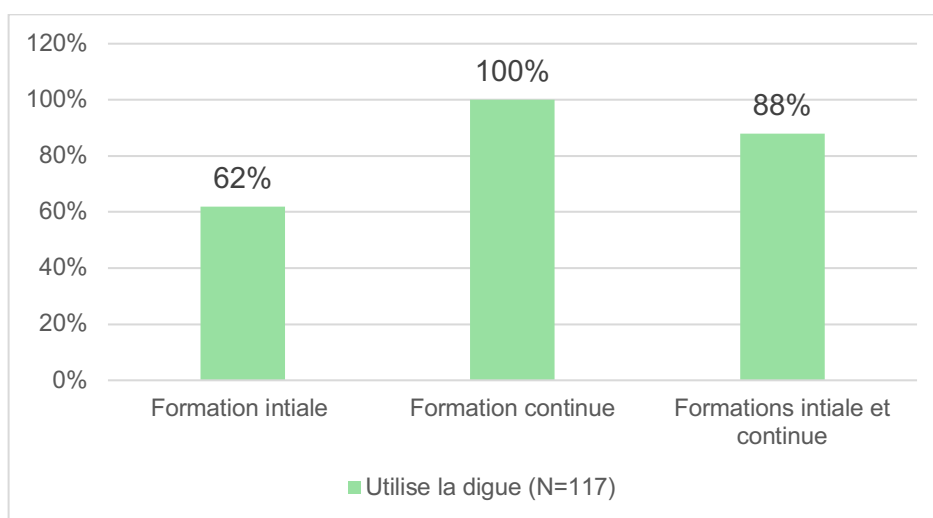


Figure 25 : Influence de l'origine des connaissances sur l'utilisation de la digue

4.1.9 Les recommandations de la HAS

Une grande partie des praticiens (89%) sont en accord avec les recommandations de la HAS. Parmi les 11% en désaccord, plus de la moitié (62,5%) ne posent pas la digue, là où 83% des praticiens en accord avec les recommandations l'utilisent (Figure 26).

La p-value calculée est inférieure à 0,05%, il existe donc, selon l'étude un lien de corrélation entre l'adhésion aux recommandations de la HAS et l'utilisation de la digue.

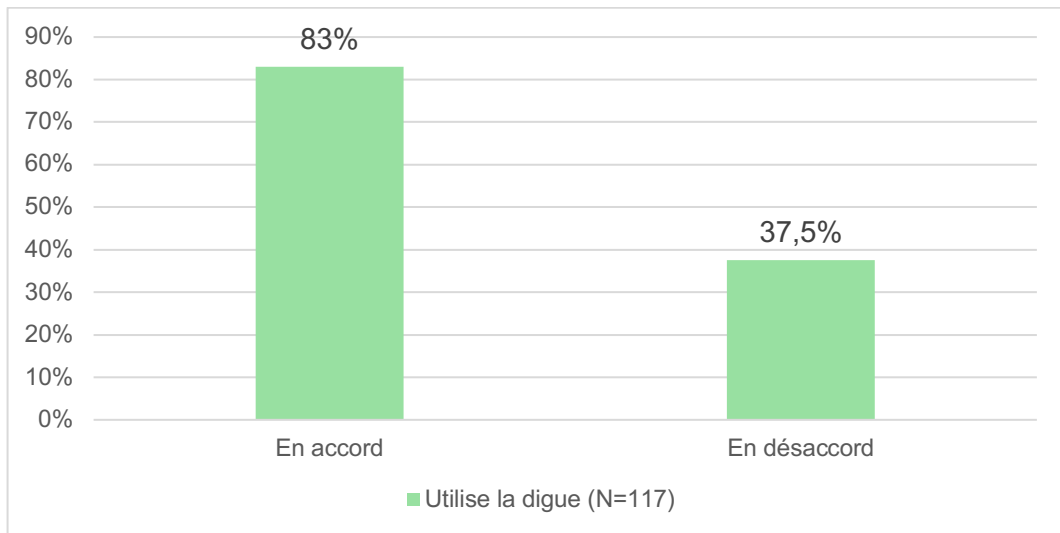


Figure 26 : Lien entre l'utilisation de la digue et la question « Êtes-vous en accord avec les recommandations de la HAS concernant les apports théoriques de la digue dentaire ? »

4.1.10 Les motivations

Les facteurs pouvant influencer la pose de la digue sont les mêmes qu'importe si le praticien la pose ou non. La cotation CCAM est le facteur le plus choisi par les praticiens. La formation continue est environ choisie dans un cas sur deux (Figure 27).

La p-value calculée est inférieure à 0,05%, il existe donc, selon l'étude un lien de corrélation entre les facteurs pouvant influencer l'utilisation de la digue et sa pose.

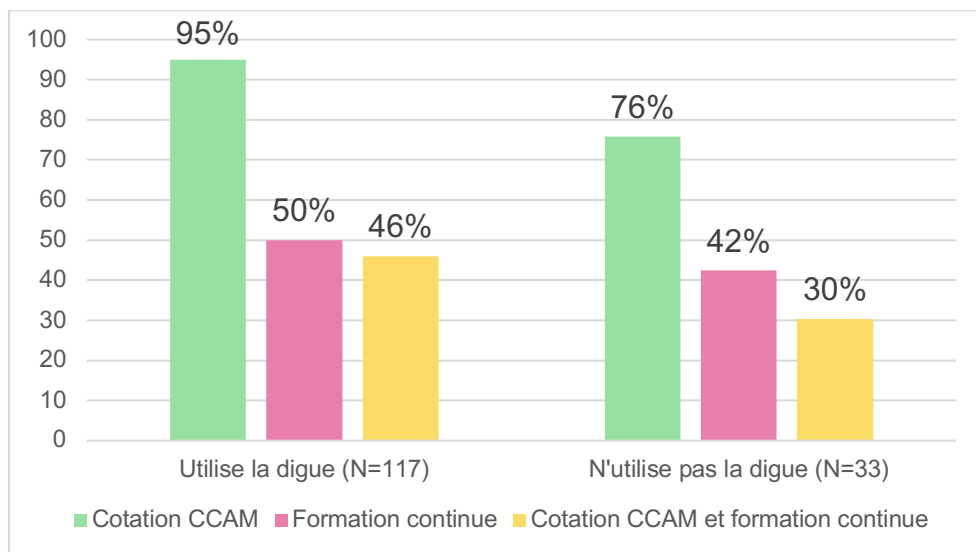


Figure 27 : Lien entre l'utilisation de la digue et la question « Quels sont les facteurs pouvant influencer votre choix en faveur de la pose de la digue dentaire au cabinet ? »

4.2 Interprétation

L'étude a permis de montrer que la fréquence d'utilisation de la digue dentaire était de 78% en cabinet dentaire dans le Nord ; mais aussi d'identifier des raisons et facteurs influençant son utilisation.

Concernant les praticiens qui utilisent la digue, il est intéressant de souligner que 88% d'entre eux ont suivi une formation initiale et continue alors que 62% des praticiens ayant seulement une formation universitaire utilisent la digue. La formation initiale universitaire met l'accent sur l'apprentissage de l'application de la digue dentaire tout au long du parcours des étudiants [32]. Cependant, l'une des difficultés principalement rencontrée par l'étudiant est la pose de la digue lors d traitement endodontique [33]. Il est donc possible que la formation continue favorise la pose de la digue au cabinet dentaire.

De la même façon, lorsqu'un.e assistant.e est présent.e au fauteuil, 83% des praticiens posent la digue. Elle constitue une aide non négligeable pour le praticien, qui pourrait sinon trouver la pose complexe et chronophage.

Chez les praticiens interrogés, l'asepsie est la raison principale pour laquelle la digue est posée. Cela se confirme en regardant pour quel type de soin celle-ci est utilisée.

En premier, on retrouve les soins endodontiques, les collages en prothèse fixée et les soins restaurateurs en troisième position. Ces trois soins nécessitant un contrôle rigoureux de l'humidité et de l'asepsie. De plus, la préférence des praticiens pour les secteurs postérieurs maxillaire et mandibulaire lors de la mise en place de la digue vient aussi confirmer ce besoin d'étanchéité, là où la visibilité et le contrôle infectieux sont plus complexes à obtenir.

La raison évoquée en deuxième position est l'amélioration du collage. Cela s'explique en partie par le développement du collage dans la pratique dentaire, exigeant un protocole strict d'isolation, ainsi qu'une population de répondants jeunes, témoins de cette évolution et posant la digue plus fréquemment que leurs aînés.

Les dernières priorités relevées par les répondants sont le confort du praticien, puis le confort et la sécurité du patient. On peut donc noter que la digue

est surtout utilisée pour améliorer la qualité des soins avant d'augmenter le propre confort des praticiens.

En complément, l'étude a fait apparaître une utilisation de la digue décroissante avec l'expérience clinique. Bien que ce résultat ne soit pas significatif dans notre étude, il est intéressant de noter que des résultats similaires ont été observés dans une enquête de 2016 réalisée en Chine [28].

Cette différence d'utilisation selon l'expérience clinique peut avoir plusieurs causes, et soulève certains questionnements : les praticiens ont pu être formés différemment il y a trente ans, cela peut également résulter d'une évolution des recommandations, de l'enseignement, ou encore d'une perte d'habitude de la pratique clinique.

Pour les chirurgiens-dentistes n'utilisant pas la digue, représentant 22% des répondants, différentes raisons ont été évoquées. La première est le manque de temps, cela s'illustre notamment par le fait que le taux de praticiens n'utilisant pas la digue augmente significativement en l'absence d'assistant.e dentaire au cabinet dentaire.

La deuxième cause rapportée est la difficulté de mise en place, ce qui rejoint l'aspect chronophage évoqué précédemment. Cela peut soulever la question du protocole de pose existant et des éventuelles évolutions pour le simplifier.

La troisième cause invoquée par les praticiens est l'acceptabilité du patient. Ce résultat est à nuancer car il ne différencie pas les praticiens ayant réellement demandé l'avis de leur patient de ceux qui hypothétisent sur celui-ci.

La HAS recommande une isolation au moyen de la digue avant toute préparation canalaire¹⁴ [16]. Étonnement, 17% des chirurgiens-dentistes en faveur des recommandations de la HAS ne posent malgré tout pas la digue. En ajoutant les 11% des praticiens qui sont en désaccord avec les recommandations

¹⁴ HAS. Traitement endodontique. Rapport d'évaluation [Internet]. 2008 [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: <https://docudent.fr/wp-content/uploads/2021/10/Traitements-endodontiques-%E2%80%93-Rapport-devaluation-HAS-2008.pdf>

de la HAS, cela représente une part non négligeable de praticiens remettant en cause les indications de la HAS au sujet de la digue.

Dans l'optique de trouver des solutions pour inciter les praticiens à poser la digue, il leur a été demandé ce qui pourrait les encourager à transformer leur pratique, ou celle des autres. Les résultats montrent que pour une majorité des chirurgiens-dentistes, l'ajout d'un code dans la classification commune des actes médicaux pourrait inciter à poser la digue plus souvent. Cela démontre que les chirurgiens-dentistes ont la volonté de facturer à leurs patients l'utilisation d'un consommable à usage unique qui était jusque-là non compris dans le soin.

À l'inverse, la formation continue ne semble pas encourager la mise en place de la digue car moins d'un chirurgien-dentiste sur deux a répondu favorablement à cette question. Une accentuation de son enseignement mettant encore plus en avant son intérêt et son importance pourrait permettre d'améliorer la fréquence d'utilisation de celle-ci.

Il est à noter que pour cette question, la tendance est la même qu'importe le positionnement du praticien vis-à-vis de l'utilisation de la digue.

4.3 Biais

À la suite de l'interprétation des résultats, il y a quelques biais qu'il convient de mentionner. En premier lieu, le questionnaire a été envoyé par mail à tous les chirurgiens-dentistes du département du Nord, ce qui exclut les praticiens n'ayant pas d'adresse électronique. De même, la participation à cette étude étant basée sur le volontariat, la constitution de l'échantillon ne s'est donc pas faite de manière aléatoire. Enfin, il n'a pas été possible d'accéder à une liste précise des chirurgiens-dentistes répertoriés dans le département, mais seulement au nombre total de praticiens exerçant dans le Nord sur le site de l'Ordre National des Chirurgiens-dentistes.

Concernant la diffusion, les réseaux sociaux ont été exclus afin de contrôler la participation des praticiens non thésés et/ou n'exerçant pas dans le département. Un grand nombre de non-répondants a également été constaté, les praticiens ayant l'habitude de poser la digue étant peut-être plus enclins à répondre au questionnaire. Tous les points cités constituent un biais de sélection.

Lors de la collecte des informations, un biais de mesure (ou de classement) dû à la subjectivité des enquêtés a été identifié. Ainsi pour réduire ce biais, des réponses présélectionnées avec des systèmes de classement par ordre de préférence ont été construites pour en faciliter leur interprétation.

De plus, certains chirurgiens-dentistes auraient pu omettre volontairement ou ne pas répondre sincèrement aux questions concernant leur usage quotidien, par volonté de se présenter sous un aspect favorable. Cette notion de prévarication est un autre biais pouvant altérer les résultats de l'étude.

4.4 Limites

La puissance de l'étude peut être remise en cause. Le nombre de répondants limité entraîne des liens de corrélation faibles entre les variables.

Conclusion

L'étude par questionnaire a mis en exergue des différences de fréquence d'utilisation de la digue dentaire en cabinet dentaire par rapport à d'autres populations précédemment étudiées, qu'elles soient françaises ou internationales.

Les résultats montrent des avis divergents au sujet de la digue dentaire malgré une reconnaissance des autorités compétentes et un enseignement largement dispensé dans le cursus universitaire et la formation continue.

Ainsi, ce sont 78% des chirurgiens-dentistes répondants qui déclarent utiliser la digue, et ce principalement à des fins d'asepsie et d'étanchéité. Les praticiens ne la posant pas le justifient principalement par un manque de temps, une difficulté de mise en place, et une mauvaise acceptation de la part du patient.

Les raisons de la non-pose de la digue semblent être donc liées à des difficultés plus pratiques que théoriques et des évolutions facilitant la mise en place de la digue pourraient venir augmenter sa fréquence d'utilisation.

Bibliographie

1. Simon S, Machtou P, Pertot WJ. Endodontie. Rueil-Malmaison: Éd. CdP; 2012. (Collection JPIO).
2. Emery C. Rubber dam: an overview. *Vital*. nov 2012;10(1):29-33.
3. Lunardi D, Degaey R, Gambiez A, Robberecht L. Poser la digue : un geste barrière, une pratique sûre et confortable [Internet]. *L'Information Dentaire*. 2021 [cité 8 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/formations/poser-la-digue-un-geste-barriere-une-pratique-sre-et-confortable/>
4. Kaleka R. La digue en endodontie : posez-là, reposez-vous sur elle ! 2006;17.
5. Browet S, Gerdolle D. Precision and security in restorative dentistry: the synergy of isolation and magnification. *Int J Esthet Dent*. 1 janv 2017;12:172-85.
6. Patel S, Hamer S. A simple guide to using dental dam. *Br Dent J*. mai 2021;230(10):644-50.
7. Jurado CA, Fischer NG, Sayed ME, Villalobos-Tinoco J, Tsujimoto A. Rubber dam isolation for bonding ceramic veneers: a five-year post-insertion clinical report. *Cureus*. déc 2021;13(12):e20748.
8. Smales RJ, Webster DA, Leppard PI, Dawson AS. Prediction of amalgam restoration longevity. *J Dent*. févr 1991;19(1):18-23.
9. Wang Y, Li C, Yuan H, Wong MC, Zou J, Shi Z, et al. Rubber dam isolation for restorative treatment in dental patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 sept 2016;9(9):CD009858.
10. ANSM. Le mercure de amalgames dentaires. Recommandations, à l'attention des professionnels de santé, à respecter lors de l'utilisation des amalgames dentaires. [Internet]. 2014 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/11/7cacb0593aa9f8ebd9b176c65ff98890.pdf>
11. Kremers L, Halbach S, Willruth H, Mehl A, Welzl G, Wack FX, et al. Effect of rubber dam on mercury exposure during amalgam removal. *Eur J Oral Sci*. juin 1999;107(3):202-7.
12. Lin PY, Huang SH, Chang HJ, Chi LY. The effect of rubber dam usage on the survival rate of teeth receiving initial root canal treatment: a nationwide population-based study. *J Endod*. nov 2014;40(11):1733-7.
13. Coll JA, Seale NS, Vargas K, Marghalani AA, Al Shamali S, Graham L. Primary tooth vital pulp therapy: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Dent*. 15 janv 2017;39(1):16-123.
14. Asmussen E, Peutzfeldt A. The influence of relative humidity on the effect of dentin bonding systems. *J Adhes Dent*. 2001;3(2):123-7.
15. Ahmed HMA, Cohen S, Lévy G, Steier L, Bukiet F. Rubber dam application in endodontic practice: an update on critical educational and ethical dilemmas. *Aust Dent J*. déc 2014;59(4):457-63.
16. HAS. Traitement endodontique. Rapport d'évaluation. [Internet] 2008 [cité

- 7 nov 2024]. Disponible sur: <https://docudent.fr/wp-content/uploads/2021/10/Traitements-endodontiques-%E2%80%93-Rapport-devaluation-HAS-2008.pdf>
17. Brillant M. L'utilisation de la digue dans la pratique des chirurgiens-dentistes en France. Nantes, France : Université de Nantes ; 2023
 18. Revol L. L'utilisation du champ opératoire en dentisterie restauratrice: description des pratiques professionnelles au sein des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Aquitaine. Bordeaux, France : Université de Bordeaux ; 2019
 19. Bouquard L. La digue: recommandations théoriques et usages au cabinet dentaire. Nantes, France : Université de Nantes ; 2013
 20. Imbery TA, Carrico CK. Dental dam utilization by dentists in an intramural faculty practice. *Clin Exp Dent Res*. août 2019;5(4):365-76.
 21. Demarco FF, Baldissera RA, Madruga FC, Simões RC, Lund RG, Correa MB, et al. Anterior composite restorations in clinical practice: findings from a survey with general dental practitioners. *J Appl Oral Sci Rev FOB*. 2013;21(6):497-504.
 22. Lynch CD, McConnell RJ. Attitudes and use of rubber dam by Irish general dental practitioners. *Int Endod J*. juin 2007;40(6):427-32.
 23. Guide to Clinical Endodontics [Internet]. American association of endodontists. [cité 30 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.aae.org/specialty/clinical-resources/guide-clinical-endodontics/>
 24. Watson SDI. Pour plus d'informations ou assistance, veuillez contacter :
 25. Çağa D, Brennan AM, Eaton K. An internet-mediated investigation into the reported clinical use of rubber dam isolation by GDPs in the UK - part 1: factors influencing rubber dam use. *Br Dent J*. 25 juin 2021;
 26. Al-Abdulwahhab B, Al-Thabit H, Al-Harathi A, Shamina R, Al-Taher R, Al-Ashgai A, et al. The attitudes of dental interns to the use of the rubber dam and obstacles to its use. *Indian J Dent*. 1 déc 2013;4(4):179-83.
 27. Markvart M, Fransson H, EndoReCo, Bjørndal L. Ten-year follow-up on adoption of endodontic technology and clinical guidelines amongst Danish general dental practitioners. *Acta Odontol Scand*. oct 2018;76(7):515-9.
 28. Zou H, Li Y, Lian X, Yan Y, Dai X, Wang G. Frequency and influencing factors of rubber dam usage in Tianjin: a questionnaire survey. *Int J Dent*. 2016;2016:7383212.
 29. Madarati A, Abid S, Tamimi F, Ezzi A, Sammani A, Shaar MBAA, et al. Dental-dam for infection control and patient safety during clinical endodontic treatment: preferences of dental patients. *Int J Environ Res Public Health*. 14 sept 2018;15(9):2012.
 30. Kapitan M, Hodacova L, Jagelska J, Kaplan J, Ivancakova R, Sustova Z. The attitude of Czech dental patients to the use of rubber dam. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. oct 2015;18(5):1282-90.
 31. Stewardson DA, McHugh ES. Patients' attitudes to rubber dam. *Int Endod J*. oct 2002;35(10):812-9.
 32. Abuzenada BM. Attitude of dental students towards the rubber dam use in operative dentistry. *J Pharm Bioallied Sci*. juin 2021;13(Suppl 1):S637-41.

33. Singh G, Qutieshat A, Al Wahaibi A. Challenges faced by undergraduate dental students during root canal treatment: a survey study. Rev Odontol UNESP. 13 nov 2023;52:e20230022.

Table des figures

Figure 1 : Champ opératoire ou digue dentaire [3].....	17
Figure 2 : Patron (crédit photo Alix Suing)	18
Figure 3 : Pince à perforer et pince à crampon (crédit photo Alix Suing).....	19
Figure 4 : Sélection de crampons utilisés dans la majorité des cas. En haut, de gauche à droite : 12A, 13A (molaires), W8A (molaires maxillaires), 8A (molaires maxillaires et mandibulaires). En bas, de gauche à droite : 8 ou papillon (incisives maxillaires et mandibulaires), 2A (prémolaires maxillaires et mandibulaires) [6]	20
Figure 5 : Cadres à digue en plastique et en métal (crédit photo Alix Suing) ...	21
Figure 6 : Essayage du crampon sur la dent à l'aide de la pince à crampon [6]	23
Figure 7 : Digue dentaire en place [6]	25
Figure 8 : Répartition de l'échantillon selon le genre (N=150)	35
Figure 9 : Répartition de l'échantillon selon le lieu de formation (N=150).....	36
Figure 10 : Répartition de l'échantillon selon l'année de diplôme (N=150)	36
Figure 11 : Répartition de l'échantillon selon le lieu d'exercice (N=150).....	37
Figure 12 : Répartition de l'échantillon selon le type d'exercice (N=150)	37
Figure 13 : Répartition de l'échantillon selon l'activité orientée ou non (N=150)	38
Figure 14 : Répartition de l'échantillon selon la présence d'un.e assistant.e (N=150)	38
Figure 15 : Répartition de l'échantillon selon l'origine des connaissances (N=150)	39
Figure 16 : Répartition de l'échantillon selon la présence ou non du matériel nécessaire (N=150).....	39
Figure 17 : Répartition de l'échantillon selon l'utilisation ou non de la digue en cabinet dentaire (N=150).....	40
Figure 18 : Répartition de l'utilisation de la digue suivant le type de soin	40
Figure 19 : Répartition de l'échantillon selon les réponses à la question « Êtes-vous en accord avec les recommandations de la HAS concernant les apports théoriques de la digue dentaire ? » (N=150).....	42
Figure 20 : Répartition de l'échantillon selon les réponses à la question « Quels sont les facteurs pouvant influencer votre choix en faveur de la pose de la digue dentaire au cabinet dentaire ? » (N=150).....	43
Figure 21 : Influence de l'année de diplôme sur l'utilisation de la digue	45
Figure 22 : Influence du statut d'exercice sur l'utilisation de la digue (avec le pourcentage du nombre de répondants dans chaque catégorie).....	46
Figure 23 : Influence de la présence ou non d'un.e assistant.e sur l'utilisation de la digue.....	47
Figure 24 : Influence de la pratique en cabinet sur l'utilisation de la digue (avec le pourcentage du nombre de répondants de la catégorie).....	47
Figure 25 : Influence de l'origine des connaissances sur l'utilisation de la digue	48

Figure 26 : Lien entre l'utilisation de la digue et la question « Êtes-vous en accord avec les recommandations de la HAS concernant les apports théoriques de la digue dentaire ? »49

Figure 27 : Lien entre l'utilisation de la digue et la question « Quels sont les facteurs pouvant influencer votre choix en faveur de la pose de la digue dentaire au cabinet ? »49

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon selon les raisons influençant l'utilisation de la digue dentaire	41
Tableau 2 : Répartition de l'échantillon selon les préférences sectorielles de mise en place de la digue dentaire	41
Tableau 3 : Répartition de l'échantillon selon les raisons influençant la non-utilisation de la digue dentaire	42
Tableau 4 : Tableau récapitulatif des résultats des tests de khi ² avec une marge d'erreur de 5% (α) d'une partie des variables	44

Annexe 1 : Questionnaire

1 Êtes-vous : *(Choix simple) Non obligatoire*

- Un homme
- Une femme

2 Avez-vous effectué vos études à l'université de Lille ? *(Choix simple) Non obligatoire*

- Oui
- Non

3 En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? *(Réponse courte)*

- ...

4 Exercez-vous : *(Choix simple)*

- En métropole lilloise
- En ville
- A la campagne
- Autre

5 Exercez-vous en tant que : *(Choix simple)*

- Titulaire seul
- Associé
- Collaborateur libéral
- Collaborateur salarié
- Remplaçant
- Autre

6 Avez-vous une activité orientée ? *(Choix multiples)*

- Non
- Oui, l'endodontie
- Oui, la prothèse fixée / l'esthétique
- Oui, l'odontologie pédiatrique
- Autre

7 Travaillez-vous avec une ou plusieurs assistant(e)(s) ? *(Choix simple)*

- Oui
- Non

8 D'où viennent vos connaissances concernant la digue dentaire ? *(Choix multiples)*

- Formation initiale universitaire
- Formation continue
- Autre

9 Avez-vous le matériel nécessaire pour poser la digue dentaire au cabinet ? *(Choix simple)*

- Oui
- Non

10 Utilisez-vous la digue dentaire ? *(Choix simple)*

- Oui *(passer aux questions 11, 12 et 13)*
- Non *(passer à la question 14)*

11 Pour quels types de soins utilisez-vous la digue ? *(Choix multiples)*

- Les soins endodontiques
- Les soins restaurateurs
- Les collages en prothèse fixée
- Les soins en odontologie pédiatrique
- Autres

12 Pourquoi utilisez-vous la digue ? *(Ordre de préférence)*

- Confort du praticien
- Confort du patient
- Asepsie
- Amélioration du collage
- Sécurité (ingestion/inhalation)
- Autres

13 Pour quels secteurs préférez-vous poser la digue dentaire ? *(Ordre de préférence)*

- Antérieur maxillaire
- Antérieur mandibulaire
- Postérieur maxillaire
- Postérieur mandibulaire

14 Pourquoi n'utilisez-vous pas la digue ? *(Ordre de préférence)*

- Manque de temps
- Manque de matériel
- Difficulté de mise en place
- Acceptation du patient
- Autre

15 Êtes-vous en accord avec les recommandations de la HAS concernant les apports théoriques de la digue ? *(Choix simple)*

- Oui
- Non

16 Quels sont les facteurs pouvant influencer votre choix en faveur de la pose de la digue dentaire au cabinet dentaire ? *(Choix multiples)*

- Cotation CCAM
- Formation continue
- Autre :

Annexe 2 : Résultats du Test de khi²

<u>VO / V1</u>		<u>VO / V2</u>	
Khi ² (Valeur observée)	1,674	Khi ² (Valeur observée)	3,348
Khi ² (Valeur critique)	3,841	Khi ² (Valeur critique)	3,841
DDL	1	DDL	1
p-value	0,196	p-value	0,067
alpha	0,05	alpha	0,05
<u>VO / V3</u>		<u>VO / V4</u>	
Khi ² (Valeur observée)	45,671	Khi ² (Valeur observée)	3,797
Khi ² (Valeur critique)	49,802	Khi ² (Valeur critique)	5,991
DDL	35	DDL	2
p-value	0,107	p-value	0,150
alpha	0,05	alpha	0,05
<u>VO / V5</u>		<u>VO / V6</u>	
Khi ² (Valeur observée)	10,959	Khi ² (Valeur observée)	10,917
Khi ² (Valeur critique)	11,070	Khi ² (Valeur critique)	3,841
DDL	5	DDL	1
p-value	0,052	p-value	0,001
alpha	0,05	alpha	0,05
<u>VO / V7</u>		<u>VO / V8</u>	
Khi ² (Valeur observée)	3,583	Khi ² (Valeur observée)	2,071
Khi ² (Valeur critique)	3,841	Khi ² (Valeur critique)	3,841
DDL	1	DDL	1
p-value	0,058	p-value	0,150
alpha	0,05	alpha	0,05
<u>VO / V9</u>		<u>VO / V10</u>	
Khi ² (Valeur observée)	17,120	Khi ² (Valeur observée)	6,703
Khi ² (Valeur critique)	3,841	Khi ² (Valeur critique)	3,841
DDL	1	DDL	1
p-value	<0,0001	p-value	0,010
alpha	0,05	alpha	0,05

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2025 –

Utilisation du champ opératoire en cabinet dentaire : étude par questionnaire auprès des chirurgiens-dentistes du département du Nord / **Alix SUING**. - p. (65) : ill. (31) ; réf. (33).

Domaines : Dentisterie restauratrice – odontologie conservatrice ; Statistiques

Mots clés Libres : Champ opératoire, digue dentaire, cabinet dentaire, étude par questionnaire, Nord, fréquence, facteurs, utilisation

Résumé de la thèse

Le champ opératoire en odontologie est considéré comme un complément essentiel en dentisterie restauratrice et endodontique. De nombreuses autorités recommandent son usage et incitent les professionnels de santé à l'intégrer dans leur pratique quotidienne. Cependant, son utilisation au sein des cabinets n'est pas systématique.

Une étude par questionnaire anonyme a été réalisée auprès des chirurgiens-dentistes du département du Nord. L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence d'utilisation de la digue dentaire au cabinet dentaire et d'identifier les facteurs et raisons influençant son utilisation ou sa non-utilisation.

Il apparaît que 78% des chirurgiens-dentistes déclarent utiliser la digue. Les praticiens ne la posant pas le justifient principalement par un manque de temps, une difficulté de mise en place, et une mauvaise acceptation de la part du patient. Les raisons de la non-pose de la digue semblent être liées à des difficultés plus pratiques que théoriques.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Lieven ROBBERECHT

Assesseurs : Madame le Docteur Céline CATTEAU

Monsieur le Docteur Henri PERSONN

Directeur : Monsieur le Docteur Nathan DELEMOTTE

Adresse de l'auteur :