Health Sciences & Disease
The Journal of Medicine and Biomedical Sciences
EISSN: 2309-6535 ISSN: 1684-2782

Article Original

Pratique Parodontale en Omnipratique au Sénégal : Une Enquête Transversale Auprès de 152 Chirurgiens-Dentistes

Periodontal Practice in General Dentistry in Senegal: A Cross-Sectional Survey of 152 Dental Surgeons

Mbow Kane Ndeye Lira[1], Baglo Folly Emmanuel[1], Thiam Diabel[1], Abdou Diop[1], Diallo Ahmad Moustapha[1], Guirassy Mouhamadou Lamine[1], Diouf Abdoulaye[1], Seck-Diallo Adam Marie Awa[1], Benoist Henri Michel[1]

https://doi.org/10.67260/hsd.v27i11.7948

Affiliations
1. Service de parodontologie, Institut d'odontologie et de stomatologie (IOS), Faculté de médecine, pharmacie et d'odonto-stomatologie, Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, Sénégal

Auteur Correspondant
Baglo Folly Emmanuel
Email: baglofolly@gmail.com

Mots clés : parodontie, maladies parodontales, omnipratique, enquête
Key Words: periodontics, periodontal diseases, general practice, survey

Article history
Submitted: 12 August 2026
Revisions requested: 8 October 2026
Accepted: 25 October 2026
Published: 29 October 2026

RÉSUMÉ

Introduction. La classification des maladies parodontales et péri-implantaires de 2017 a transformé l'approche du dépistage parodontal. Les maladies parodontales touchent 1,1 milliard d'adultes dans le monde et leur forme sévère affecte 70 % des adultes au Sénégal. Les spécialistes en parodontologie restent insuffisamment représentés en Afrique subsaharienne, plaçant les omnipraticiens en première ligne. Cette étude avait pour but d'évaluer les connaissances, les pratiques et les besoins en formation continue des chirurgiens-dentistes exerçant au Sénégal en matière de parodontologie. **Méthodologie**. Étude transversale descriptive menée de février à juillet 2025 auprès des chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre national du Sénégal. Un échantillonnage en grappes à trois niveaux a été appliqué : sélection aléatoire de 28 districts sanitaires, stratification par type de cabinet (public/privé), puis sélection aléatoire des praticiens. Un questionnaire auto-administré de 60 items, pré-testé sur 20 praticiens, a recueilli les données sociodémographiques, les actes parodontaux réalisés, les difficultés rencontrées et les besoins de formation. L'analyse statistique a utilisé SPSS version 26.0, avec un seuil de significativité fixé à $p<0,05$. **Résultats**. Au total, 152 praticiens ont participé (53,3 % d'hommes ; âge moyen : 35,76 ± 8,16 ans ; 70,4 % en milieu urbain). Chaque semaine, 25,0 % des praticiens recevaient plus de 10 patients pour un problème parodontal et 46,8 % entre 5 et 10. Parmi les participants, 37,5 % ne connaissaient pas la classification AAP/EFP 2017, 83,6 % ne réalisaient pas d'examen parodontal complet, et seulement 16,8 % pratiquaient le sondage parodontal. Le détartrage (95,5 %) et la motivation à l'hygiène bucco-dentaire (94,2 %) étaient les actes les plus fréquents, tandis que la thérapeutique parodontale de soutien n'était pratiquée que par 35,5 % des praticiens. La frénectomie dominait les actes chirurgicaux (55,9 %), mais la chirurgie muco-gingivale avancée restait marginale (greffe épithélio-conjonctive : 2,6 %). Au total, 84,2 % jugeaient leurs connaissances insuffisantes et 90,8 % souhaitaient une formation continue. **Conclusion**. Les omnipraticiens sénégalais réalisent principalement des actes parodontaux de base, avec des lacunes dans l'examen complet et la maintenance. Le besoin exprimé en formation continue souligne l'urgence de renforcer les compétences pour améliorer la prise en charge parodontale au Sénégal.

ABSTRACT

Introduction. The 2017 classification of periodontal and peri-implant diseases has transformed the approach to periodontal screening. Periodontal diseases affect 1.1 billion adults worldwide, and their severe form affects 70% of adults in Senegal. Periodontists remain underrepresented in sub-Saharan Africa, placing general practitioners on the front line. This study had as its purpose to assess the knowledge, practices, and continuing education needs of dental surgeons practicing in Senegal regarding periodontology. **Methods**. A descriptive cross-sectional study was conducted from February to July 2025 among dental surgeons registered with the National Order of Senegal. A three-stage cluster sampling was applied: random selection of 28 health districts, stratification by practice type (public/private), then random selection of practitioners. A self-administered 60-item questionnaire, pre-tested on 20 practitioners, collected sociodemographic data, periodontal procedures performed, difficulties encountered, and training needs. Statistical analysis used SPSS version 26.0, with significance set at $p<0.05$. **Results**. A total of 152 practitioners participated (53.3% male; mean age: 35.76 ± 8.16 years; 70.4% urban). Each week, 25.0% of practitioners saw more than 10 patients for a periodontal problem and 46.8% between 5 and 10. Among participants, 37.5% did not know the 2017 AAP/EFP classification, 83.6% did not perform a complete periodontal examination, and only 16.8% performed periodontal probing. Scaling (95.5%) and oral hygiene motivation (94.2%) were the most frequent procedures, while supportive periodontal therapy was performed by only 35.5% of practitioners. Frenectomy dominated surgical procedures (55.9%), but advanced mucogingival surgery remained marginal (epithelial-connective graft: 2.6%). Overall, 84.2% considered their knowledge insufficient and 90.8% requested continuing education. **Conclusion**. Senegalese general practitioners mainly perform basic periodontal procedures, with gaps in complete examination and maintenance. The expressed need for continuing education highlights the urgency of strengthening skills to improve periodontal care in Senegal.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

POUR LES LECTEURS PRESSÉS

Ce qui est déjà connu sur le sujet. Les maladies parodontales touchent 1,1 milliard d'adultes dans le monde et leur forme sévère affecte 70 % des adultes au Sénégal. La classification AAP/EFP de 2017 a transformé l'approche diagnostique en introduisant les concepts de stade et de grade. En Afrique subsaharienne, les spécialistes en parodontologie sont rares, plaçant les omnipraticiens en première ligne de la prise en charge.

L'aspect du sujet abordé dans cette étude. Cette étude transversale descriptive, menée de février à juillet 2025 auprès de 152 chirurgiens-dentistes sénégalais, avait pour but d'évaluer leurs connaissances, leurs pratiques et leurs besoins en formation continue en parodontologie.

Ce que cette étude apporte de nouveau. Au total, 37,5 % des praticiens ne connaissaient pas la classification 2017, 83,6 % ne réalisaient pas d'examen parodontal complet, et seulement 16,8 % pratiquaient le sondage parodontal. Le détartrage (95,5 %) et la motivation à l'hygiène (94,2 %) dominaient, tandis que la maintenance parodontale n'était réalisée que par 35,5 % des praticiens. La chirurgie muco-gingivale avancée restait marginale. Au total, 84,2 % jugeaient leurs connaissances insuffisantes et 90,8 % demandaient une formation continue.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures. Ces résultats plaident pour un programme national de développement professionnel continu en parodontologie et pour le renforcement de l'enseignement clinique initial.

INTRODUCTION

Les maladies parodontales constituent un groupe d'affections infectieuses multifactorielles initiées par un biofilm sous-gingival dysbiotique et entretenues par une réponse immuno-inflammatoire de l'hôte, conduisant à la destruction progressive et irréversible des tissus de soutien de la dent [1]. Leur expression clinique la plus sévère, la parodontite, représente l'une des pathologies chroniques les plus répandues dans le monde. En 2019, elle affectait 1,1 milliard d'adultes, soit une prévalence mondiale de 14 %, faisant d'elle la septième maladie non transmissible la plus fréquente et la deuxième affection bucco-dentaire après la carie dentaire [2,4]. Sur le plan fonctionnel et social, elle compromet la fonction masticatoire, altère l'esthétique du sourire et dégrade significativement la qualité de vie des patients [3]. Au Sénégal, la prévalence de sa forme sévère est estimée à 70 % des adultes [5], ce qui en fait un enjeu de santé publique.

Au-delà de son impact local, l'impact systémique des maladies parodontales (diabète, maladies cardiovasculaires, complications obstétricales) est désormais solidement documenté dans la littérature [2]. Cette dimension systémique impose une approche diagnostique et thérapeutique globale, intégrant l'analyse des facteurs de risque généraux, le bilan parodontal complet et la motivation comportementale du patient, en complément du traitement mécanique [6]. Elle place le chirurgien-dentiste en première ligne de la détection et de la prise en charge de ces pathologies, dans un contexte où les spécialistes en parodontologie demeurent insuffisamment représentés dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne.

Sur le plan nosologique, la classification des maladies parodontales a connu une révision majeure en 2017, lors du congrès mondial conjoint de l'American Academy of Periodontology (AAP) et de l'European Federation of Periodontology (EFP). Ce nouveau système abandonne la distinction traditionnelle entre parodontites « chroniques » et « agressives », jugée insuffisamment prédictive, au profit d'une classification multidimensionnelle fondée sur le stade (I à IV, reflétant la sévérité et la complexité) et le grade (A, B, C, reflétant le risque de progression et l'impact systémique) [1]. Cette révision conceptuelle impose de nouvelles exigences diagnostiques aux praticiens, notamment la réalisation systématique d'un bilan parodontal complet.

Ce double contexte (fardeau épidémiologique documenté et nouvelle classification) exige d'évaluer la réalité de l'intégration des soins parodontaux dans la pratique quotidienne des chirurgiens-dentistes généralistes au Sénégal. L'objectif de cette étude était d'analyser leurs connaissances, leurs pratiques et leurs besoins en formation continue en parodontologie, afin de fournir des données factuelles pour orienter les stratégies nationales de formation et de régulation professionnelle.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui s'est déroulée de février à juillet 2025. Elle a concerné tous les chirurgiens-dentistes régulièrement inscrits au tableau de l'ordre national des chirurgiens-dentistes du Sénégal exercant dans des structures publiques ou privées.

Les chirurgiens-dentistes qui ne pratiquaient pas la chirurgie dentaire au moment de l'enquête et les spécialistes ou en cours de formation en parodontologie n'ont pas été inclus dans la présente étude.

Un échantillonnage en grappe à trois niveaux a été réalisé :

Premier niveau (sélection des districts) : le pays étant divisé en régions sanitaires (14 régions). 2 districts sanitaires par région ont été tiré au hasard, soit 28 districts sanitaires sélectionnés au total. Le tirage était aléatoire simple à partir de la liste officielle des districts fournie par le Ministère de la Santé.

Deuxième niveau (stratification par type de cabinet) : La liste des cabinets dentaires et des praticiens a été dressée au sein de chaque district. Les unités ont été stratifiées selon la nature du cabinet (public vs privé).

Troisième niveau (sélection des praticiens) : à partir des listes exhaustives des chirurgiens-dentistes exerçant dans les cabinets sélectionnés, une sélection aléatoire simple sans remise a été effectuée au sein de chaque strate (public et privé). Le recrutement s'est poursuivi jusqu'à l'atteinte du quota de praticiens fixé pour chaque district et pour chaque strate, afin d'obtenir la taille d'échantillon. La taille minimale de l'échantillon faisait 220 chirurgiens-dentistes selon la formule de Schwartz

La Collecte des données a eu pour support un questionnaire auto-administré. Un pré test a été effectué sur 20 chirurgiens-dentistes pour identifier les difficultés et les points à éclaircir ainsi que le temps de remplissage.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

Le questionnaire utilisé comprenait 4 rubriques principales : données socio-professionnelles,
Les actes parodontaux réalisés, les difficultés et contraintes, le Bilan des types de soins.
La saisie et l'étude statistique des données ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 26.0.

RÉSULTATS

Au total 152 praticiens sur 512 ont participé à l'enquête avec une prédominance masculine de 53,3% (81) et un sexe ratio de 1,14. La moyenne d'âge était de 35,76 ± 8,16 ans. La majorité des praticiens exercent en milieu urbain (70,4%) contre 29,6% en milieu péri-urbain et 53,3% exercent dans le secteur public (Tableau 1). Un tiers (35,6 %) des praticiens recevait plus de 50 patients par semaine (Tableau I).

Tableau I: Caractéristiques socio-démographiques des participants (N = 152)

Variable	N	%
Sexe masculin	81	53,3
Sexe féminin	71	46,7
Milieu urbain	107	70,4
Milieu péri-urbain	45	29,6
Secteur public	81	53,3
Secteur privé	42	27,6
Public et privé	29	19,1
> 50 patients / semaine	54	35,6
5–10 patients parodontaux / semaine	73	46,8
> 10 patients parodontaux / semaine	39	25,0

Plus d'un tiers des praticiens (37,5 %) déclaraient ne pas connaître la classification AAP/EFP 2017/2018. Sur l'ensemble de l'échantillon, 83,6 % ne réalisaient pas d'examen clinique parodontal complet ; parmi ceux qui l'effectuaient, seulement 16,8 % pratiquaient le sondage parodontal et 13,8 % réalisaient un bilan radiographique. Les principales raisons évoquées étaient le manque de temps (67,3 %), l'absence de motivation ou de coopération des patients (20,5 %) et la méconnaissance de la procédure (14,7 %).
Le détartrage était réalisé par 95,5 % des participants, suivi de la motivation à l'hygiène bucco-dentaire (HBD) (94,2 %), du surfaçage radiculaire/débridement (69,2 %) et de la réévaluation parodontale (69,7 %). La thérapeutique parodontale de soutien (TPS) n'était pratiquée que par 35,5 % des participants. La gouttière occlusale était réalisée par 40,4 % (Tableau II).

Tableau II : Actes parodontaux non chirurgicaux réalisés (N = 152)

Acte	N	%
Détartrage	149	95,5
Motivation HBD	147	94,2
Surfaçage radiculaire / débridement	108	69,2
Réévaluation parodontale	106	69,7
Thérapeutique parodontale de soutien (TPS)	54	35,5
Gouttière occlusale	63	40,4
Attelle de contention	48	30,8

La frénectomie était l'acte chirurgical parodontal le plus fréquent (55,9 %), suivie de la gingivectomie (21,7 %) et du lambeau d'assainissement (5,3 %). La chirurgie parodontale avancée restait marginale : greffe épithélio-conjonctive (2,6 %), lambeau positionné coronairement (1,3 %), technique de tunnel (0,7 %). Plus de la moitié des praticiens (61,2 %) référaient les cas complexes à un spécialiste en parodontologie (Tableau III).

Tableau III : Actes chirurgicaux parodontaux réalisés (N = 152)

Acte	N	%
Frénectomie	85	55,9
Gingivectomie	33	21,7
Lambeau d'assainissement	8	5,3
Allongement coronaire	6	3,9
Régénération osseuse guidée	5	3,3
Greffe épithélio-conjonctive	4	2,6
Greffe de conjonctif enfoui	3	2,0
Lambeau positionné coronairement	2	1,3
Lambeau positionné latéralement	2	1,3
Technique de tunnel	1	0,7

Parmi les participants, 58,6 % déclaraient ne pas pratiquer la parodontologie par manque de formation et 51,3 % citaient le défaut de motivation des patients. La grande majorité (84,2 %) jugeait ses connaissances insuffisantes, et 90,8 % souhaitaient bénéficier d'une formation continue. Les domaines les plus demandés étaient la greffe épithélio-conjonctive (67,1 %), la régénération tissulaire guidée (65,1 %) et le lambeau de Widman modifié (61,2 %) (Tableau IV).

Tableau IV : Thématiques de formation continue souhaitées (N = 138)

Thématique	N	%
Greffe épithélio-conjonctive	102	67,1
Régénération tissulaire guidée	99	65,1
Lambeau de Widman modifié	93	61,2
Gingivectomie	78	51,3
Lambeau avec greffe de conjonctif	77	50,7
Contention	71	46,7
Lambeau positionné coronairement	71	46,7
Lambeau positionné apicalement	69	45,4
Lambeau positionné latéralement	65	42,8
Technique de tunnel / enveloppe	65	42,8
Frénectomie	51	33,6
Sondage et débridement parodontal	41	27,0

DISCUSSION

Cette enquête est, à notre connaissance, la première étude nationale à couverture géographique exhaustive (14 régions, 28 districts sanitaires) évaluant les pratiques parodontales des chirurgiens-dentistes généralistes sénégalais. Avec un taux de participation de 69,1 %, elle offre une représentativité satisfaisante des praticiens inscrits à l'ONCDS, bien que les praticiens exerçant dans

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

les zones rurales les plus isolées restent sous-représentés en raison de la concentration urbaine observée (70,4 %).

Profil démographique et exercice professionnel

La prédominance masculine (53,3 %) et l'âge moyen de 35,8 ± 8,2 ans observés dans notre étude sont cohérents avec les données des études africaines comparables. Au Togo, l'enquête de Baglo et al. (2024) [7] rapporte une prédominance masculine similaire parmi les omnipraticiens exerçant en milieu urbain. Au Mali, Coulibaly et al. (2022) [8] retrouvent une tranche d'âge de 25–35 ans chez 76 % des répondants, proche de nos données. Cette convergence de profils démographiques entre pays d'Afrique de l'Ouest traduit une réalité structurelle commune : une profession jeune, urbaine, récemment formée, dont la pratique parodontale est encore en construction. La forte concentration urbaine (70,4 %) est un reflet direct des disparités géographiques de l'offre de soins dentaires au Sénégal [6]. Elle signifie que les résultats de notre étude reflètent essentiellement les pratiques des praticiens urbains ; les zones rurales et périurbaines, largement sous-représentées dans l'enquête, présentent probablement des niveaux de pratique parodontale encore plus limités, en raison d'un déficit plus marqué de formation continue et de ressources matérielles [10].

La répartition secteur public (53,3 %) , secteur privé (27,6 %) et mixte (19,1 %) mérite une attention particulière. Dans le secteur public, les contraintes de flux patient (35,6 % reçoivent plus de 50 patients par semaine) et le manque de matériel dédié peuvent limiter la qualité de l'examen parodontal. Dans le secteur privé, si la pression économique peut stimuler la diversification des actes, l'absence de formation continue accessible constitue une barrière commune aux deux secteurs [11].

Connaissances et application de la classification AAP/EFP 2017/2018

La proportion de praticiens ne connaissant pas la classification AAP/EFP 2017/2018 (37,5 %) représente une lacune critique. Ce déficit n'est pas propre au Sénégal : dans une enquête indienne portant sur 200 omnipraticiens, Mali et al. (2008) [11] rapportaient que moins d'un tiers des praticiens avaient une bonne connaissance des critères diagnostiques parodontaux. Plus récemment, Kaur et al. (2023) [12] documentent que 30 à 40 % des praticiens indiens déclarent ne pas se sentir compétents pour appliquer les nouvelles classifications parodontales, des chiffres très proches des nôtres. Au Togo la même problématique a été soulignée par Baglo et al. [7], qui retrouvent un profil similaire chez les omnipraticiens togolais, indiquant que le déficit de connaissance de la classification moderne est une lacune régionale, probablement liée aux curricula de formation initiale et au faible accès aux ressources de formation continue parodontale.

La classification 2017/2018 n'est pas qu'une nomenclature académique : elle conditionne directement la planification thérapeutique, la définition des objectifs de traitement et l'évaluation du pronostic [4,5]. Sans maîtrise du concept de stade et de grade, le risque de sous-diagnostic des parodontites modérées et sévères est élevé, conduisant à une prise en charge inadaptée et à une progression vers des formes irréversibles [13]. La mise à jour de la classification dans les programmes de formation initiale et continue au Sénégal est donc urgente.

Pratiques d'examen clinique parodontal

Le fait que 83,6 % des praticiens ne réalisent pas d'examen clinique parodontal complet constitue une lacune diagnostique. Parmi ceux qui l'effectuaient, 16,8 % pratiquent le sondage parodontal et 13,8 % réalisent un bilan radiographique parodontal. Ces chiffres sont inférieurs aux données de Coulibaly et al. (2006) [14] en Côte d'Ivoire qui ont rapporté que moins de 20 % des omnipraticiens effectuaient un sondage systématique.

Le manque de temps constitue le principal obstacle (67,3 %), ce qui rejoint les résultats de Kraatz et al. (2019) [13] en Australie, où la charge de travail et le temps de consultation limité sont également identifiés comme les principales barrières à la réalisation d'un examen parodontal complet en pratique générale. En France, Maitre et al. (2022) [15] retrouvent que 31,2 % des omnipraticiens réalisaient un sondage systématique lors des consultations de routine, dans un contexte pourtant mieux doté en ressources. Ces comparaisons illustrent que le déficit de l'examen parodontal complet est un problème général en omni-pratique. Les conséquences cliniques de cette insuffisance sont critiques : sans sondage systématique, le diagnostic des parodontites de stade I ou II (formes précoces encore accessibles à un traitement conservateur) peut être manqué, retardant l'initiation du traitement et augmentant le risque de progression vers des formes sévères (stades III–IV) avec perte de dents et séquelles irréversibles [16].

Pratiques thérapeutiques non chirurgicales

La pratique prépondérante du détartrage (95,5 %) traduit son intégration ancienne dans la pratique générale et la clarté de son indication dans le cursus de formation initiale. Cette donnée est cohérente avec la littérature, où le détartrage est l'acte parodontal non chirurgical le plus fréquent [7,8,16]. De même, la motivation à l'hygiène bucco-dentaire (94,2 %) est largement pratiquée, ce qui reflète sa place dans les enseignements de première année de chirurgie dentaire.

En revanche, la réévaluation parodontale post-thérapeutique était effectuée par 69,7 % des praticiens. Cette proportion reste insuffisante au regard des recommandations EFP S3 (2020) qui la considèrent comme une étape obligatoire, permettant d'évaluer la réponse au traitement initial, d'identifier les poches résiduelles et d'adapter la stratégie avant toute décision chirurgicale [16]. L'absence de réévaluation systématique expose au risque d'une prise en charge incomplète, voire à la récidive précoce faute de détection des sites non répondeurs.

La thérapeutique parodontale de soutien (TPS ou maintenance) n'était pratiquée que par 35,5 % des participants. La TPS est, selon la littérature, le déterminant le plus fiable de la stabilité des résultats à long terme après traitement parodontal actif. Chen et al. (2024) [17], dans une méta-analyse récente portant sur la survie des molaires traitées, montrent que l'absence de

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

maintenance est associée à un risque de récidive significativement plus élevé, même pour des traitements initiaux réalisés dans les règles de l'art. La réticence à proposer la TPS dans notre étude peut s'expliquer par plusieurs facteurs convergents : le manque de sensibilisation des praticiens à son rôle, l'absence de protocoles standardisés, des consultations orientées vers l'urgence plutôt que la prévention, et le faible niveau de remboursement ou d'adhésion des patients dans un contexte de financement essentiellement direct [18,20].

Pratiques chirurgicales parodontales

La frénectomie (55,9 %) domine le paysage chirurgical parodontal des omnipraticiens sénégalais, un résultat cohérent avec les données du Togo [7], du Mali [8] et d'une revue sur l'Afrique de l'Ouest [10]. Son accessibilité technique, son enseignement en formation initiale et la faiblesse du plateau technique requis expliquent cette prédominance. En revanche, la chirurgie parodontale avancée est marginale.

Coulibaly et al., en Côte d'Ivoire (2006) [14] rapportaient que moins de 1 % des praticiens réalisaient des greffes gingivales. Fomete et Adebayo (2018) [10], dans leur revue sur la dentisterie en Afrique de l'Ouest, identifient le déficit de formation post-universitaire et l'insuffisance du plateau technique comme les deux obstacles structurels principaux à la diffusion des techniques chirurgicales parodontales avancées. La forte demande de formation en chirurgie muco-gingivale observée dans notre étude (67,1 %) confirme que le manque de formation est perçu par les praticiens eux-mêmes comme le levier d'amélioration le plus accessible.

La référence vers un spécialiste en parodontologie (61,2 % des praticiens) constitue un comportement de bon sens face à cette limite de compétence. Cependant, dans un contexte où les parodontistes sont quasi-absents des régions périphériques [6] et où l'accès géographique et financier au spécialiste est limité pour la majorité des patients, cette pratique de référence risque de n'aboutir à aucune prise en charge réelle pour une proportion significative des cas complexes.

Besoins en formation continue

Les résultats de cette étude traduisent une prise de conscience collective face à un besoin non satisfait. En Inde, Kaur et al. (2023) [12] documentent un profil similaire ; 82 % des omnipraticiens souhaitaient un renforcement de leur formation en parodontologie, avec une demande prioritaire pour les techniques chirurgicales. Les domaines de formation les plus souhaités par les praticiens sont la réalisation de la greffe épithélio-conjonctive (67,1 %), la régénération tissulaire guidée (65,1 %) et le lambeau de Widman modifié (61,2 %) ; correspondent précisément aux techniques dont les praticiens sont les plus dépourvus en formation initiale au Sénégal. Cette cohérence entre les lacunes observées et les demandes exprimées facilite la conception de programmes ciblés.

Limites de l'étude

Les données relatives aux pratiques sont autodéclarées, exposant à un biais de désirabilité sociale avec risque de surestimation des bonnes pratiques. L'étude ne dissociait pas les différents types de maladies parodontales prises en charge, limitant l'analyse par entité clinique. Le design transversal ne permet pas d'évaluer la qualité technique des actes réalisés ni l'évolution des pratiques dans le temps. La couverture géographique, bien qu'exhaustive en termes de régions, reste déséquilibrée entre milieu urbain et rural en raison de la distribution réelle des praticiens.

CONCLUSION

La présente étude révèle un exercice dominé par les actes de base non chirurgicaux, avec des lacunes significatives dans l'application de la classification 2017/2018, la réalisation de l'examen clinique complet, la pratique du surfaçage radiculaire et de la thérapeutique parodontale de soutien. La chirurgie parodontale avancée, notamment les greffes muco-gingivales, reste hors de portée pour la grande majorité des omnipraticiens. La mise en place d'un programme de Développement Professionnel Continu en parodontologie, conjuguée au renforcement de l'enseignement clinique initial et au développement de protocoles adaptés, est une priorité pour améliorer la qualité de la prise en charge parodontale et réduire le fardeau des maladies parodontales au Sénégal.

DÉCLARATIONS

Remerciements

Nous remercions sincèrement tous ceux qui ont rendu cette étude possible.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Financement

Le travail a été effectué sur fonds propres

Considérations éthiques

Toutes les étapes du travail ont été effectuées en conformité avec la déclaration d'Helsinki. L'approbation du comité d'éthique institutionnel a été obtenue avant le début de l'étude. En outre, ce travail n'a impliqué aucune expérimentation sur des êtres humains ou des animaux et ne contient aucune information personnelle permettant d'identifier les concernés.

Disponibilité des données

Les données sont disponibles sur demande raisonnable à l'auteur principal.

REFERENCES

1. Bostanci N, Bao K, Greenwood D, Silbereisen A, Belibasakis GN. Periodontal disease: from the lenses of light microscopy to the specs of proteomics and next-generation sequencing. Adv Clin Chem. 2019;93:263-290.
2. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. Periodontol 2000. 2012;60(1):15-39.
3. Badiger AB, Gowda TM, Chandra K, Mehta DS. Bilateral interrelationship of diabetes and periodontium. Curr Diabetes Rev. 2019;5(5):357-362.
4. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018;89(S1):S173-S182.
5. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: framework and proposal of a new

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license

classification and case definition. J Periodontol. 2018;89(Suppl 1):S159-S172.
6. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. Promouvoir la santé bucco-dentaire en Afrique : prévention et prise en charge des maladies bucco-dentaires et du noma en tant qu'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles. https://apps.who.int/iris/handle/10665/205894. 2016. Accessed August 2, 2023.
7. Baglo FE, Diallo AM, Fagbegnon SA, Bouassalo KM, Mbow NL, Kebina B. Pratique de la parodontie en omnipraticiens au Togo : enquête auprès des chirurgiens-dentistes. Odontostomatologie Tropicale. 2024;47(187):35-41.
8. Coulibaly H. Parodontie en omnipratique : enquête sur la paro-activité auprès des chirurgiens-dentistes exerçant au Mali [Thèse de Chirurgie Dentaire]. Bamako : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies ; 2022. 114p.
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007;370(9596):1453-1457.
10. Ndjidda Bakari W, Thiam D, Mbow NL, et al. New classification of periodontal diseases (NCPD): an application in a sub-Saharan country. BDJ Open. 2021;7(1):16.
11. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 2018;45(S20):S1-S8.
12. Smales FC. Periodontology in general dental practice. Int Dent J. 1993;43:193-199.
13. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, et al. Treatment of stage I-III periodontitis — The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2020;47(Suppl 22):4-60.
14. Herrera D, Sanz M, Kebschull M, et al. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2022;49(Suppl 24):4-71.
15. Kaur P, Arora P, Singla R. Awareness of periodontal treatment modalities among dentists of Bathinda District of Punjab: a questionnaire survey. J Prim Care Dent Oral Health. 2023;4(3):71-78.
16. Mali A, Mali R, Mehta H. Perception of general dental practitioners toward periodontal treatment: a survey. J Indian Soc Periodontol. 2008;12(1):4-7.
17. Kraatz J, Hoang H, Ivanovski S, Ware RS, Crocombe LA. Periodontal diagnosis, treatment, and referral patterns of general dental practitioners. J Investig Clin Dent. 2019;10(3):e12411.
18. Maitre Y, Tramini P, Fauroux MA, Offner D, Denis F, Eaton K. Periodontal care and treatment provision by general dentists in France. Int Dent J. 2022;72(5):667-673.
19. Fomete B, Adebayo ET. Review of dentistry in West Africa — challenges and prospects. J West Afr Coll Surg. 2018;8(4):93-113.
20. Coulibaly NT, Kone D, Kamagate A, Ahnoux A, Brou E. L'activité parodontale dans la pratique quotidienne : quelles réalités en Côte d'Ivoire ? Rev Col Odonto-Stomatol Afr Chir Maxillo-Fac. 2006;13(2):28-34.
21. Chen X, Xu C, Wu Y, Zhao L. The survival of periodontally treated molars in long-term maintenance: a systematic review and meta-analysis. J Clin Periodontol. 2024;51(5):631-651.

Copyright©2026: The Authors. This is an open access article published by HSD under the CC BY NC ND 4.0 license