

**LA MISE EN PLACE D'UNE CONSULTATION D'EDUCATION  
THERAPEUTIQUE DU PATIENT EN PARODONTOLOGIE AU SEIN DU  
SERVICE D'ODONTOLOGIE RESTAURATRICE ET CHIRURGICALE.**

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

**Présentée et soutenue publiquement par**

**MAHE Joséphine**

Né le 19 octobre 1983

**Le 20 juin 2011**

**devant le jury ci-dessous**

*Président* : M. le Professeur Assem SOUEIDAN

*Assesseur* : M. le Professeur Yves AMOURIQ

*Assesseur* : M. le Docteur Julien DEMOERSMAN

*Assesseur* : Mme. le Docteur Amélie ODIER

*Directeur de thèse* : M. Le Professeur Assem SOUEIDAN

*Co-directeur* : M. Le Docteur Julien DEMOERSMAN

<b>Introduction</b>	<b>11</b>
<b>I-Parodontites, maladies chroniques complexes</b>	<b>12</b>
<b>I-1- Maladies parodontales (gingivites et parodontites).</b>	<b>12</b>
<b>I-2- Motivation à l'hygiène orale ou au contrôle de plaque</b>	<b>14</b>
<b>I-2-1- Annonce de la maladie (23)</b>	<b>14</b>
<b>I-2-2- Explication de la maladie</b>	<b>14</b>
I-2-2-1- Ecoute du patient	15
I-2-2-2- Proposition de traitement	15
<b>I-2-3- Le contrôle de plaque</b>	<b>16</b>
I-2-3-1- Moyens d'hygiène et matériels	16
• Miroir (14)	16
• Brosse à dents	16
• Nettoyage interdentaire	18
• Révélateur de plaque	21
• Hydropulseur	21
• Grattes langues	22
• Dentifrices	22
• Bain de bouche	23
<b>I-2-4- Apprentissage des techniques de brossage</b>	<b>24</b>
I-2-4-1- Introduction	24
I-2-4-2- Les méthodes utilisées	24
• Au Centre de Soins Dentaires	24
• En cabinet	24
I-2-4-3- Les raisons pour lesquelles les programmes d'éducation de santé ont échoué et la nécessité d'un changement de comportement.(9)	26
I-2-4-4- Approches contemporaines ; biofeedback de la maladie parodontale	28
I-2-4-5- Conclusion	28
<b>I-2-5- Maintenance parodontale</b>	<b>29</b>

I-2-5-1- Introduction (1)	29
I-2-5-2- Quand et pourquoi?	29
• Quand?	29
• Pourquoi?	29
I-2-5-3- La compliance	29
I-2-5-4- Fréquence des visites	30
<b>I-2-6- Conclusion</b>	<b>30</b>
<b>I-3- L' ETP</b>	<b>31</b>
<b>I-3-1- Introduction</b>	<b>31</b>
<b>I-3-2- Un peu d'histoire</b>	<b>31</b>
<b>I-3-3- Caractéristiques de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)</b>	<b>32</b>
Définition	32
Finalités de l'ETP	33
Cibles de l'ETP	33
Principe	33
Limites de l'ETP(20)	34
<b>I-3-5- Application en parodontologie (40)</b>	<b>35</b>
<b>I-3-6- Conclusion</b>	<b>36</b>

## **II- Etats des lieux de l'apprentissage au contrôle de plaque au sein du CSD 37**

<b>II-1- Matériels et méthodes</b>	<b>37</b>
<b>II-2- Méthodologie</b>	<b>39</b>
<b>II-3- Description des questionnaires</b>	<b>40</b>
II-3-1- Questionnaire étudiant ou «Entretien étudiant»	40
II-3-2- Questionnaire patient ou «Entretien patient»	40
<b>II-4- Résultats</b>	<b>42</b>
II-4-1- Résultats concernant les entretiens réalisés auprès des étudiants	42

II-4-1-1- Explication de la maladie	43
II-4-1-2- Les prescriptions	46
II-4-1-4- Représentation patient/praticien	51
II-4-1-5- Conclusion	51
<b>II-4-2- Résultats concernant les entretiens réalisés sur les patients</b>	<b>52</b>
II-4-2-1- Explication de la maladie.	52
II-4-2-2- Les prescriptions	56
II-4-2-3- Explication de la thérapeutique	58
II-4-2-4- Représentation patient/praticien	61
II-4-2-5- Conclusion	62
<b>II-4-3- Comparaison des réponses des questionnaires patients étudiants.</b>	<b>63</b>
II-4-3-1- Explication de la maladie	63
II-4-3-2- Les prescriptions	67
II-4-3-3- Explication de la thérapeutique	68
II-4-3-4- Représentation patient praticien	70
<b>II-5- Discussion</b>	<b>71</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>75</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXE</b>	<b>81</b>
<b>Questionnaire Patient</b>	<b>82</b>
<b>Questionnaire étudiant</b>	<b>3</b>

# Introduction

L'éducation thérapeutique du patient (ou ETP) est une approche humaniste centrée sur la personne, ses besoins et ses ressources (44). Elle est proposée non seulement pour aider le patient à comprendre sa maladie et son traitement, mais aussi pour l'amener à devenir autonome dans la gestion d'une maladie chronique nécessitant des soins spécifiques à long terme. La mise en pratique de l'ETP et sa maintenance à long terme va dépendre de la motivation du patient à se traiter. Elle propose des moyens psychopédagogiques "propres à motiver le patient" pour que celui-ci se prenne en charge et modifie son comportement à long terme.

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) cité dans un article de Petersen et Coll (38), les maladies parodontales sont des maladies buccales avec une des plus forte prévalence au sein des populations. La prédominance et la sévérité des maladies parodontales ont été mesurées dans des enquêtes de population dans plusieurs pays développés et pays en voie de développement (38-8). En France, une étude réalisée par P. Bourgeois et Coll en 2002-2003 (6) sur 2144 adultes âgées entre 35 et 64 ans estime que 95.40% de la population a une perte d'attache, et que 82,23% de la population présente des poches parodontales.

Selon l'OMS "une maladie chronique est une affection de longue durée qui en règle général évolue lentement". Les parodontopathies sont des maladies inflammatoires d'origine infectieuse qui s'inscrivent pleinement dans ce groupe. Ces maladies progressent en effet lentement, de manière non réversible (5).

En Europe, le consensus dit qu'une gingivite est le point de départ d'une parodontite (5). La plaque dentaire ou le biofilm bactérien est l'agent étiologique des maladies parodontales (4) ; Il est donc logique que les premières stratégies de prévention soient ciblée sur un contrôle de plaque efficace. Ce dernier est un élément fondamental dans la thérapeutique parodontale.

Dans un premier temps, nous allons revoir les caractéristiques des parodontites chroniques et les modalités de la motivation à l'hygiène orale. Nous aborderons ensuite l'ETP dans son ensemble. Enfin, nous réaliserons un état des lieux du déroulement de la motivation au contrôle de plaque au sein du centre de soin dentaire, et ses conséquences sur la prise en charge des patients. Cette étude préliminaire à été réalisée via des questionnaires auprès des étudiants et patients du CHU de Nantes. Cette étude nous permettra de mettre en évidence le besoin de l'ETP dans le cadre de traitement de maladie chronique comme les maladies parodontales.

Dernièrement, dans la revue " Journal of Clinical Periodontology " publiée en octobre 2010, un avant-propos de Newtown JT sur les modèles psychologiques de changement de comportement en hygiène bucco-dentaire a été édité. L'auteur déplore le manque d'étude sur le sujet et souligne donc la nécessité de réaliser des recherches (35) .

# I-Parodontites, maladies chroniques complexes

## I-1- Maladies parodontales (gingivites et parodontites).

Environ un adulte sur cinq a des pertes d'attache généralisées, et ce taux augmente avec l'âge (5). Les résultats sont similaires concernant les pertes osseuses. La majorité des études à travers le monde indique une prévalence de 10 à 15% pour les parodontites sévères définies par une perte d'attache de 6 mm et plus (5-41). En France, l'étude réalisée par Bourgeois et Coll (6) parle de 4%. Cependant, la forme modérée affecte la majorité des adultes (42). La maladie parodontale est une cause majeure de la perte de dent chez l'adulte (8).

L'étude de Loë et coll de 1965 citée par Lindhe(32), réalisée sur des étudiants en odontologie, a clairement établi que l'accumulation de plaque dentaire entraînait l'apparition d'une inflammation gingivale, réversible lors de la reprise des techniques d'hygiène bucco-dentaire.

La plaque dentaire est un dépôt mou, granuleux, amorphe se déposant sur l'ensemble des surfaces de la cavité buccale (25): dents, gencives, langue, restaurations, tartre ou prothèses.

Elle finit par adhérer aux surfaces sous-jacentes qui ne peuvent être nettoyées de façon mécanique.

La plaque dentaire est un des nombreux biofilms du corps humain, retrouvé dans la cavité buccale et est difficile à éliminer (43). Elle est constituée de 400 à 1000 espèces bactériennes, toutes en inter-relations, et devant faire face à des situations favorables ou défavorables à leur croissance. D'après P.Bercy et coll (4), la plaque sous-gingivale est à l'origine des maladies parodontales. Ce dépôt difficile à étudier, se forme de façon assez semblable à la plaque supra-gingivale, dont il constitue la continuité apicale. La description des modifications histopathologiques commence par l'accumulation de plaque dans le sillon gingivo-dentaire. Les premières lésions consistent en une dilatation des vaisseaux sanguins suivie de la formation d'un infiltrat inflammatoire. Cette **lésion initiale** s'accroît si le contrôle de plaque ne s'améliore pas ; les différents éléments décrits ci-dessus se voient multipliés et caractérisent **la lésion précoce** visible quatre à sept jours après l'envahissement bactérien sous-gingival. En l'absence d'élimination de la plaque, la vasodilatation s'amplifie et l'infiltrat inflammatoire s'accroît. Cette inflammation de la gencive en regard de l'accumulation de plaque est réversible à ce stade et est appelée gingivite (32). Par la suite, une lyse collagénique et un accroissement des épithéliums de jonction et du sillon entraînent une ouverture du sillon gingivo-dentaire, amenant à l'élaboration d'une **lésion établie**, toujours réversible, et caractéristique d'une gingivite chronique (deux semaines après un contrôle de plaque déficient). Ce même stade persiste souvent pendant de nombreuses années voire toute une vie.

Sur le même tableau histopathologique, éventuellement avec des signes inflammatoires exacerbés, peut apparaître une destruction irréversible l'os alvéolaire et une perte d'attache épithélio-conjonctive ; la parodontite débute avec formation de poches parodontales par la migration apicale de l'épithélium. L'apparition et la vitesse des destructions osseuses sont variables d'un sujet à l'autre, modulées par différents facteurs de risque et notamment la réponse de l'hôte. L'élimination quotidienne du biofilm apparaît alors comme fondamentale dans la prise en charge de cette maladie chronique.

Les études de Loos et coll en 1988 (34), ainsi que celles de Lindhe et coll en 1989 (33) ont démontré que les techniques d'hygiène bucco-dentaire, bien utilisées, pouvaient empêcher le développement d'une gingivite, mais qu'elles n'étaient pas suffisantes pour la traiter. Un geste professionnel est toujours nécessaire.

La prophylaxie individuelle a pour but de maîtriser une accumulation de plaque dentaire supra-gingivale, indispensable au développement de la plaque sous-gingivale, beaucoup plus pathogène pour les tissus parodontaux et impliquée dans la progression de maladies parodontales (32).

De nombreuses études à long terme, en particulier celles d'Axelsson et Coll en 1978 (45-22) ont prouvé qu'un haut niveau d'hygiène buccale pouvait réduire, voire éviter la progression d'une parodontite.

La thérapeutique de soutien (ou phase de maintenance) effectuée par un professionnel de santé reste la condition indispensable au maintien de la stabilité d'une parodontite traitée, mais l'hygiène quotidienne du patient en est le garant à long terme, voire peut-être même la condition indispensable au succès (45).

En effet, la parodontite est considérée comme une maladie chronique. L'OMS définit une maladie chronique comme une maladie de longue durée et généralement de progression lente (15). De plus, les parodontites chroniques peuvent être associées aux facteurs locaux (plaques, soins conservateurs et prothèses iatrogènes, encombrements et versions dentaires), aux facteurs systémiques (diabète, virus d'immunodéficience humaine HIV, troubles hématologiques et génétiques) et aux facteurs environnementaux (tabac, stress, alimentation)(46).

Suite à toutes les études citées ci-dessus, la plaque est à l'origine de l'inflammation qui est en cause dans la maladie parodontale. Il est donc indispensable, en plus d'une thérapeutique professionnelle chez un patient atteint de cette maladie, d'avoir un contrôle de plaque minutieux afin d'arrêter la progression de la maladie. En effet, cette maladie peut être stabilisée grâce à des soins réguliers pour lesquels la participation active du patient est essentielle pendant le traitement pour un résultat optimal, puis toute sa vie pour le maintien de la stabilisation de sa maladie.

L'obtention de la participation du patient à sa prise en charge, et le développement de sa motivation est donc un élément essentiel pour le succès des thérapeutiques parodontales.

## **I-2- Motivation à l'hygiène orale ou au contrôle de plaque**

La motivation à l'hygiène orale ou au contrôle intervient dans toutes les étapes de prise en charge du patient. Le déroulement de chaque étape d'évaluation, qu'il s'agisse de l'annonce de la maladie comme de l'explication des techniques de brossage, peut influencer le patient sur sa motivation.

### **I-2-1- Annonce de la maladie (23)**

Le moment où est annoncé pour la première fois à un patient qu'il souffre d'une maladie chronique telle qu'une maladie parodontale, est un moment clé dans sa prise en charge. La gestion de cet échange avec le patient fait partie des compétences de tout professionnel de santé. En effet, la prise en charge thérapeutique ne consiste pas uniquement à "prodiguer des soins" ; une annonce mal amenée par le praticien peut avoir un impact néfaste sur la motivation du patient. En effet, on se retrouve soit, en face d'une aggravation de l'anxiété du patient soit, une représentation négative de la maladie par le patient ce qui provoque un refus de prise en charge. Enfin cela peut entraîner une mauvaise représentation du soignant, d'où une perte de confiance.

Pour gérer au mieux le temps de l'annonce, il est conseillé de ;

- Se mettre dans des conditions matérielles appropriées (lieu calme et confidentiel avec un temps suffisant, à hauteur du patient...)
- Rappeler l'historique de la situation
- Annoncer graduellement avec des mots simples, en plusieurs fois,
- Associer des propositions précises de traitement et de soutien,
- Ecouter le patient de façon active à chaque étape, l'inciter à poser des questions
- Manifester son empathie par des gestes ou mots simples
- Expliquer ce qui va se passer ensuite...

### **I-2-2- Explication de la maladie**

Le traitement d'une maladie parodontale, qui a par définition un caractère chronique, suppose une relation patient-praticien qui fonctionne bien et sur le long terme.. Il s'agit d'un partenariat qui nécessite un engagement réciproque et une motivation des deux parties.

Selon Romagna-Genon et Soudain (12), la stabilisation de la maladie parodontale et mieux, la guérison, dépendent du résultat d'un traitement étiologique qui a un double rôle ;

- Une élimination adaptée des bactéries pathogènes.

- Une valorisation du patient à travers sa compréhension du rôle qu'il peut avoir dans la réussite de ce traitement. Ceci se traduira par du temps passé à un meilleur entretien et même, plus largement à une réelle considération de sa bouche.

#### I-2-2-1- Ecoute du patient

Le patient raconte les symptômes qui l'ont amené à consulter avec ses mots. Il faut prendre en compte ses motifs de consultation pour que le patient ait le sentiment d'être reconnu (19), écouté. Il est important, pour la suite du traitement que le patient ait été soulagé des symptômes qui l'ont conduit à consulter.

Nous pouvons alors introduire le concept "d'écoute active", développée par le psychologue américain Carl Rogers. Appelée aussi "écoute bienveillante", cette approche est centrée sur la personne ; elle met l'accent sur la qualité de la relation entre le praticien et son patient. Elle est utilisée dans une situation de face-à-face où le professionnel écoute activement l'autre. Elle permet de décoder la dimension affective généralement non verbalisée.(20)

L'écoute est une des qualités requises afin de créer une bonne relation de travail : c'est une des exigences fondamentales à l'exercice d'un métier de la santé. Cependant, la pratique de la dentisterie présente un obstacle majeur lors des phases de soins, à atteindre cette exigence : il est difficile pour le patient de discuter de lui, de ses peurs et de ses soucis, dans ces moments.

Le praticien est alors face à un réel challenge ; Comment établir une relation avec un temps limité de parole pour le patient ? D'où l'intérêt de "l'écoute active".(22)

Cette technique est un comportement à adapter afin que le patient puisse s'exprimer sans barrière. Pour cela, il y a quelques règles à respecter ;

- Tout d'abord, il faut exclure toute idée préconçue, s'abstenir de juger.
- Regarder le patient.
- Adopter une attitude physique d'écoute.
- Laisser le patient s'exprimer librement, sans l'interrompre.
- L'inciter à préciser le cours de sa pensée, lorsqu'elle est imprécise.
- Reformuler les propos avec ses termes, puis avec les nôtres.
- Pratiquer des silences.
- Témoigner de l'empathie.
- Rester neutre et bienveillant.

Cette conversation permet d'évaluer la motivation du patient (ce qui est une notion clé dans l'étape de changement de comportement), de dégager les facteurs de risques comme les maladies systémiques, la consommation de tabac, l'hérédité. Elle permet aussi, de construire une relation patient-praticien de confiance sur le long terme.

#### I-2-2-2- Proposition de traitement

Le praticien doit traiter l'ensemble du problème parodontal et pas uniquement le motif de consultation. Le traitement doit répondre aux objectifs de santé parodontale en intégrant les capacités financières, intellectuelles, et physiques du patient.

Il ne faut pas l'engager dès le départ dans un contrat dur et contraignant. Il est nécessaire de proposer un temps de réflexion, pour que le patient se sente libre de l'interrompre à chaque étape, sans préjudices.

La liberté est rendue possible grâce aux traitements conservateurs (une part essentielle de la prévention), l'arrêt des pertes d'attaches et la stabilisation. Le patient renouvelle de lui-même son adhésion pour l'étape suivante du traitement.

Le patient ne peut pas faire d'effort constamment dans toutes les directions ; il va participer pleinement à son traitement (soins locaux, modification des habitudes de vie, vécu des suites opératoires, douleurs éventuelles, suivi, ponctualité et règlement des honoraires). Face à trop d'efforts, le patient risque d'abandonner.(19)

### **I-2-3- Le contrôle de plaque**

#### **I-2-3-1- Moyens d'hygiène et matériels**

##### **Miroir (14)**

Un miroir grossissant, si possible éclairé, possède un rôle stratégique dans le contrôle de plaque personnel du patient.

Ces miroirs très répandus dans le commerce, peuvent mettre en évidence un saignement gingival et permettre un jugement quotidien de l'efficacité du nettoyage. Le patient peut également surveiller son geste, tant sur le plan du brossage que sur le plan de la manipulation des bossettes et du fil dentaire.

##### **Brosse à dents**

La brosse à dents est un instrument utilisé pour éliminer la plaque dentaire (43). Il faut prendre en considération :

- La forme de la brosse
- L'habilité du patient
- Et la fréquence d'utilisation

Pour une raison économique, il arrive qu'une même brosse à dent soit utilisée pour toute la famille, et que la notion d'usure ne soit pas prise en compte pour tous les patients.

Selon le Workshop européen sur le contrôle de plaque (27) ;

- Avoir une taille adaptée à l'âge du patient
- Avoir une taille adaptée à la bouche du patient
- Avoir des poils en nylon ou polyester dont les pointes sont arrondies avec un diamètre de 20/100 de millimètres au maximum
- Avoir une douceur de poil compatible aux normes internationales (norme ISO)

- Avoir une extrémité des poils favorisant l'élimination de la plaque dentaire dans les espaces inter-proximaux et le long de la gencive marginale

Selon J-m. Svoboda et T. Dufour, toutes les brosses à dents vendues sur le marché ne semblent pas posséder avec certitudes l'ensemble de ces qualités requises.

### Méthodologie du brossage

Selon J-m. Svoboda et T. Dufour (43), comme aucune technique de brossage n'a une efficacité supérieure aux autres, la technique conseillée doit être personnalisée au patient en fonction de l'examen clinique, sa technique et ses capacités. En effet, la méthode ne sera pas la même en présence de récessions gingivales, d'un parodonte fin ou d'un parodonte épais. Si le patient est droitier, il est préférable de commencer à droite, par les faces linguales et palatines pour ne pas les oublier.

L'usure de la brosse à dent est à prendre en considération ; une brosse usée sera en effet moins efficace qu'une brosse à dent neuve et cela doit être pris en compte dans l'éducation du patient par le praticien. Y.Flamand et P.Bercy(4) ont décrit la technique suivante ;

- Tout d'abord, inviter le patient à regarder ce qu'il fait
- Le patient divise sa bouche en six régions, trois supérieures et trois inférieures
- Le brossage s'effectue région par région, aussi bien du côté lingual que du côté vestibulaire.
- Pour les secteurs postérieurs la brosse à dent est orientée de façon perpendiculaire et à 45° par rapport à la face vestibulaire de la dent, les poils dirigés vers le haut pour le maxillaire et vers le bas pour la mandibule.
- Le patient place la brosse à dent au niveau des molaires et exerce un petit mouvement vibratoire en maintenant la pression, la brosse est alors orientée doucement vers l'avant. Une fois la zone antérieure atteinte, il faut refaire le mouvement vers la zone postérieure, cinq aller-retours sont alors réalisés. Puis le geste se répète au niveau lingual.
- De canine à canine le mouvement de la brosse à dent sera circulaire sur chaque dent, cinq aller-retours devront aussi être effectués.
- Le même geste sera réalisé lingualement
- La démonstration débutera sur l'arcade inférieure.
- Concernant les faces occlusales, le brossage se fait spontanément lors de la mastication. De plus, l'apprentissage du brossage dès le plus jeune âge inclut cette composante occlusale.

Y. Flamand et P. Bercy(4) préconisent que cet apprentissage soit réalisé dans la bouche du patient et non sur un modèle pour ne pas rendre les choses plus complexes au niveau cognitif.

### Brosse à dents électriques

Les brosses à dents électriques existent depuis plus de 50 ans, et n'avait jusqu'alors jamais montré une efficacité supérieure par rapport aux brosses à dents souples manuelles. Désormais, de nouvelles brosses électriques effectuant un mouvement rotatif, oscillo-vibratoire, sont arrivées sur le marché. Selon Schweitz B et Coll (41), ces nouveaux systèmes donneraient de meilleurs résultats que les brosses à dents manuelles ; elles s'avèrent moins traumatogènes surtout au niveau des tissus gingivaux fins, à condition qu'une explication détaillée ait au préalable été fournie par le praticien. Il y aurait également un meilleur nettoyage interproximal. L'utilisation des brosses à dents électriques est indiquée pour les handicapés mentaux et physiques, les patients peu habiles de leurs mains, et les patients peu motivés.

### Fréquence, durée et moment

Quant à la fréquence de brossage, Ramberg et Coll (39) préconisent un brossage au moins une fois par jour, surtout chez les patients présentant une inflammation gingivale. Mais, en raison du manque de motivation à un brossage de qualité chez la majorité des patients, selon J-m. Svoboda et T. Dufour(43), deux brossages par jours semblent acceptables, en insistant sur la notion de "qualité" plus que de "quantité". De plus, selon Y.Flamand et P.Bercy (4), la mesure s'impose une fois par jour de façon complète et méthodique pendant 5 minutes. Les autres brossages, après les repas jouent un rôle d'entretien, de confort et sont cosmétiques mais non prophylactiques. D'ailleurs, ces auteurs recommandent un nettoyage complet une fois par jour à un moment de la journée laissé à l'appréciation même si classiquement le soir est préconisé. Cependant, rien ne prouve qu'un brossage avant le coucher soit un avantage bénéfique. Flamand et Bercy estiment qu'ajouter un brossage dans la journée semble une contrainte supplémentaire et inutile.

La durée dépend de l'individu, mais selon J-m. Svoboda et T. Dufour (43), la majorité des patients en font moins qu'il ne le prétendent ; en moyenne un brossage dure entre 30 et 60 secondes.

## **Nettoyage interdentaire**

### Le fil dentaire

Il est le plus connu et le plus utilisé et associé au brossage il permet une élimination plus importante de la plaque (31). Il est indiqué chez les personnes présentant une inflammation gingivale et interdentaire et est plus efficace que d'autres moyens lorsque les papilles remplissent les embrasures (Il peut enlever 80% de la plaque interdentaire). Il existe sous formes variées, ciré ou non ciré (pas de preuve d'une meilleure efficacité pour l'un ou l'autre). Il peut être utilisé avec un porte-fil permettant d'accéder plus facilement aux zones postérieures. Il existe aussi sous forme de rubans avec une partie rigide pour passer sous les intermédiaires de bridge.

L'utilisation du fil dentaire nécessite un apprentissage : le passage du fil doit être réalisé verticalement en s'appuyant sur chacune des faces dentaires bordant l'embrasure et en rentrant dans le sulcus (fig avec la technique).

Selon Y.Tramart et P.Bercy (4), ces auteurs parlent de deux techniques à propos de l'utilisation de ce fil dentaire ; la première consiste à prendre 40 centimètres de fil, enrouler les deux extrémités du fil entre les deux majeurs, en ne gardant qu'une dizaine de centimètre entre les deux doigts et en se servant des index pour tendre le fil sur un centimètre.



Figure 1 ; prise en main du fil dentaire (49) la première consiste à prendre 40 centimètres de fil, enrouler les deux extrémités du fil entre les deux majeurs, en ne gardant qu'une dizaine de centimètre entre les deux doigts et en se servant des index pour tendre le fil sur un centimètre.



Figure 2 ; utilisation du fil dentaire (49)

Cette portion est alors guidée pour passer les points de contacts interproximaux, en faisant attention d'éviter de laisser la papille interdentaire. Le fil est alors glissé le long d'une des deux faces dentaires concernées. Des mouvements de va et vient entre le fond du sulcus et le sommet de la papille sont alors réalisés. Dans certaines régions, pour plus de facilité il est possible d'utiliser le pouce d'une main et l'index de l'autre. Quant à la seconde technique, les extrémités du fil sont nouées autour des index, puis la technique est la même.

### Bâtonnets interdentaires

Souvent en bois tendre, sous forme triangulaire, les bâtonnets sont plus utilisés que le fil dentaire car plus maniables (43), préférentiellement dans les zones où la papille est rétractée, donnant un accès plus facile aux surfaces dentaires. Lorsque la papille n'est pas rétractée, ils peuvent la traumatiser, ce qui peut entraîner une perte d'attache pouvant atteindre 2mm.

La forme du bâtonnet est triangulaire et les différentes faces vont servir au nettoyage de l'espace inter-dentaire ; la base sera orientée vers la gencive. Un mouvement de va et vient est réalisé avec le nettoyage d'une face à la fois.

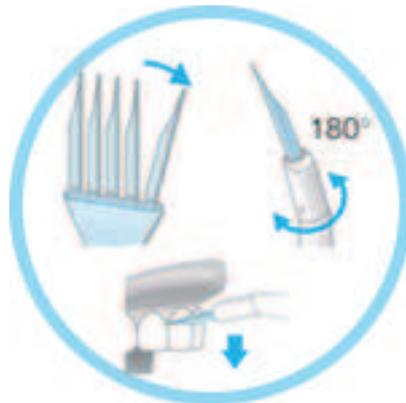


Figure 3 ; bâtonnet interdentaire (49)

### Brossettes interdentaires

Au départ, elles étaient présentées comme une alternative aux bâtonnets. Elles sont un élément important dans la prévention et le traitement des espaces interdentaires dénudés. Il en existe de plusieurs tailles, avec ou sans manche permettant d'accéder aux zones postérieures. Elles peuvent être également utilisées avec des produits antiseptiques comme la chlorhexidine. Il est nécessaire d'utiliser autant de brosettes différentes qu'il y a de tailles d'espaces différents dans une même bouche, ce qui peut présenter un relatif inconvénient.

Il faut bien expliquer au patient que ces brosettes ne servent pas à éliminer les débris mous, mais à nettoyer les espaces radiculaires (4). La brosette doit être introduite dans l'espace interdentaire. Une pression s'exerce ensuite sur la gencive pour atteindre l'entrée du sillon, un mouvement de va-et-vient horizontal est réalisé en déplaçant la brosse suivant un mouvement curviligne ; les racines sont alors nettoyées l'une après l'autre. Ce mouvement se répétera quelques secondes dans chaque espace inter-dentaire.

### Brosses monotouffes

Leur utilisation est intéressante pour les zones difficiles d'accès, comme les furcations interdentaires ouvertes, les faces distales des dernières molaires ou les zones où l'adaptation de la gencive marginale est souvent irrégulière.



Figure4 ; brosse monotouffe (49)

### **Révélateur de plaque**

Le révélateur de plaque est le seul moyen de mettre en évidence la plaque dentaire, bien souvent invisible à l'œil nu en faible quantité, mais également de permettre au patient de vérifier l'efficacité de son hygiène bucco-dentaire. Il est présenté soit sous forme de pastille ou de liquide, composés à base d'éosine, d'érythrosine ou de fuchsine. L'inconvénient de ces produits est la persistance d'une coloration après utilisation. Des formes plus discrètes à base de fluoresceine ont été mises au point ; la révélation de la couleur jaune caractéristique étant possible grâce à l'utilisation d'une lampe à UV. Si l'utilisation du révélateur de plaque revêt une importance dans les premiers temps dans la mise en évidence de plaque dentaire, il peut devenir après un certain temps un moyen de contrôle de la qualité du brossage.

### **Hydropulseur**

Son fonctionnement consiste en une propulsion d'eau ou de solution antiseptique.

Son action est assez limitée, cependant, il peut aider les patients porteurs de bridges à éliminer certains débris alimentaires dans les zones postérieures (sous intermédiaire de bridge). Il faut savoir que l'utilisation de cet instrument est "dangereux" car ne masque les véritables problèmes. De plus, la gingivite et la destruction gingivale continuent malgré son utilisation. D'ailleurs, dans le cas d'un contrôle de plaque correct son utilisation n'apporte rien.(4)

## Grattes langues

La face dorsale de la langue abrite une flore bactérienne en quantité importante, qui peut servir de point de départ à la colonisation des différents sites de la cavité buccale. Le brossage et le grattage de la langue, en plus d'un brossage dentaire régulier et quotidien interviennent dans la diminution de l'halitose.

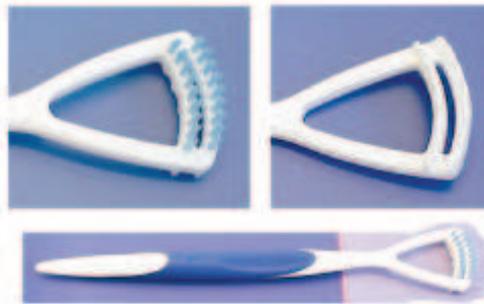


Figure 5; gratte-langue (49)

## Dentifrices

Le choix du dentifrice est une question qui préoccupe régulièrement le patient.

Lors de l'apprentissage aux méthodes de brossage, l'utilisation du dentifrice est déconseillée car il empêche de visualiser correctement les dépôts colorés par le révélateur. Il est également difficile d'évaluer la position de la brosse à dent au contact des dents ainsi que la maîtrise du geste. Dans un second temps pour des raisons de confort le dentifrice pourra être utilisé lors d'un brossage succinct. Le patient utilisera alors un dentifrice fluoré courant. Son action abrasive améliore le nettoyage facilitant l'élimination du biofilm. Outre le fluor qu'il contient, il peut véhiculer des antiseptiques et des agents désensibilisants. Il permet également au patient de retrouver une sensation de propreté et d'haleine fraîche.

Il faut se méfier de l'appellation "anti-tartre" ou "anti-plaque" de certains dentifrices ; en effet les agents chimiques utilisés (détergent et parfum) ne remplacent pas l'élimination mécanique. Le dentifrice reste un adjuvant indispensable au brossage mécanique.

## Bain de bouche

Actuellement, la substance la plus employée est la chlorhexidine. Elle est plus utilisée sous forme de digluconate. Elle présente l'inconvénient de colorer les dents et la langue à long terme, d'entraîner des troubles de goût, une desquamation de la muqueuse.

La concentration la plus efficace semblerait être de 0.12% (PAROEX®, PREXIDINE®,...). Elle inhiberait, pour certains auteurs, le développement du tartre sous gingival (YAMAGUCHI et coll, 1951) et empêcherait l'apparition de l'inflammation, même en l'absence d'hygiène supragingivale (WAERHAUG et coll, 1954)(4).

L'utilisation d'un bain de bouche s'effectue une fois le patient capable d'éliminer la plaque de façon mécanique et lorsque le praticien a terminé son débridement mécanique. Les bains de bouche doivent être pratiqués après le brossage, ou au mieux encore, trente minutes après. En effet, la chlorhexidine, cationique, s'inactive en présence de composés anioniques, c'est-à-dire à certains composants des dentifrices ; par conséquent il faut l'associer à un dentifrice adéquat. (19)

Ainsi, l'utilisation de la chlorhexidine en première intention, avant traitement parodontal, voire en continue, peut être discutée. Il faut éviter une utilisation prolongée de bains de bouche qui pourrait exposer à un déséquilibre de la flore microbienne normale de la cavité buccale et entraîner différents effets secondaires (coloration des dents et de la langue, trouble du goût, desquamation de la muqueuse)(4).

D'autre part l'emploi de chlorhexidine, lorsqu'il s'agit de gingivite chronique ou de parodontite chronique, entraîne une automédication gênante. Le patient aura tendance à remplacer les moyens mécaniques de prophylaxie qui lui ont été indiqués au profit d'une utilisation excessive de bains de bouche, ce qui, à long terme, ne résout pas les problèmes parodontaux.

Il existe d'autres bain de bouches qui sont utilisés en maintenance. En effet le fluorure d'amine (présent dans le Méridol®) ou huile essentielle (présent dans la Listerine®). Le fluorure d'amine n'a aucun effet sur l'inflammation mais a une action sur la réduction de la plaque dentaire, ceci à été montré partir d'une étude réalisée sur 80 patients atteints de parodontite sévère ou modéré (Paraskevas S et Coll 2004(37)). L'huile essentielle présente dans la Listerine® est très répandue dans les produits complémentaires de brossage. Elle présente une activité anti-plaque et anti-inflammatoire intéressante.(7)

Plus généralement, des substituts chimiques du contrôle mécanique de plaque n'existent pas à l'heure actuelle. La prescription de nombreux "remèdes" apparaît malheureusement encore trop souvent comme une fuite du praticien devant le problème de la maladie parodontale, ce qui dans le cadre de la motivation à l'hygiène est un échec.

## I-2-4- Apprentissage des techniques de brossage

### I-2-4-1- Introduction

Les moyens et gestes sont enseignés pour améliorer la technique de brossage, tout en insistant sur le fait que la régularité représente 50% de la réussite des traitements parodontaux, et 100% du maintien des résultats.

Dans la maintenance, les patients doivent comprendre l'importance de la prévention et du suivi, ce qui est parfois difficile à expliquer (19).

L'adhésion au contrôle de plaque varie entre 15% et 93%, et dépend (9);

- De la présence de symptômes
- Du bénéfice immédiat de l'intervention
- De l'absence de bénéfice ou de conséquences d'intervention
- Du changement de mode de vie

Aucun des modèles de santé utilisés ne s'applique à la parodontologie et à une mise en application réussie de l'hygiène bucco-dentaire. C'est pour cela qu'un taux de 50% (28) d'adhésion à moyen terme à l'hygiène bucco-dentaire n'est pas surprenant.

### I-2-4-2- Les méthodes utilisées

#### **Au Centre de Soins Dentaires**

- 1- Demander au patient d'utiliser sa brosse à dent en utilisant sa technique habituelle
- 2- Faire le point avec lui sur l'efficacité de son brossage en mettant en évidence les zones où la plaque perdure après son brossage. Lui expliquer les méthodes de brossages efficaces.
- 3- Demander au patient de refaire un brossage avec la nouvelle technique pour éliminer le reste de la plaque
- 4- Faire le point avec lui sur les zones où la plaque perdure après son deuxième brossage
- 5- Expliquer les manœuvres d'hygiène **en bouche**, éventuellement aidé d'un modèle pédagogique. Les techniques de brossage interproximal pourront être revues dans une deuxième séance (espaces non accessibles, complément d'information pour le patient)
- 6- Faire essayer les nouvelles techniques de brossage
- 7- Faire le point avec lui sur les zones où la plaque perdure après son troisième brossage

Protocole mis en place pour raison didactique dont le but est de donner une trame simple de réalisation d'une séance de motivation pour le patient et l'étudiant.

#### **En cabinet**

Il n'y a pas de consensus concernant les méthodes d'apprentissage et il existe peu d'études en chirurgie dentaire pour soutenir ou réfuter les stratégies utilisées en matière d'hygiène bucco-dentaire (35). La plupart des stratégies utilisées dans les cabinets dentaires pour améliorer les pratiques d'hygiène bucco-dentaire selon un mode

principalement transmissif ne considèrent pas la psychologie du changement de comportement.

- *méthode du "tell", "show", "do"*

Selon Chapple et coll (parodontologiste au Royaume Uni), la plupart des praticiens britanniques informent simplement leurs patients qu'ils ont une maladie parodontale qui pourrait leur provoquer la perte de leur dent, d'où l'intérêt de se brosser les dents. Il est alors montré au patient comment réaliser les manoeuvres d'hygiène bucco-dentaire sur un modèle, ce qui représente l'image en miroir de leur bouche et met au défi leur capacité cognitive à traduire comment le réaliser dans leur propre bouche. Cette méthode est basée sur les traditionnelles méthodes d'enseignement *"tell, show, do"*;

"tell", on explique au patient ce qu'est une parodontite, les risques, et les facteurs de risque.

"show", on utilise les radiographies et schémas pour expliquer au patient sa maladie, et parallèlement on leur montre où se trouve la plaque dans leur bouche et comment l'enlever à l'aide d'un miroir.

"do" il est important que le patient puisse effectuer les recommandations de bonne pratique d'hygiène bucco-dentaire, de sorte que le clinicien puisse juger si son patient a bien compris.

Cependant, il faut reconnaître que malgré ce qui précède, la capacité de changement est limitée à long-terme.

- *méthode du conseil*

Il y a aussi la méthode du conseil citée par Freeman (6). En effet, les conseils sont souvent donnés sous forme de connaissance, l'apport de connaissance au patient peut induire une modification d'attitude donc un changement comportemental. Ce modèle de conseil pour l'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire est basé sur l'idée suivante (depuis l'article de Rosenstock I.M. Cité par Freeman): la prise de conscience par le patient de la sévérité et de la menace de sa maladie (le contre), et de l'avantage à acquérir les techniques de motivation à l'hygiène pour prévenir l'évolution ou la survenue de la maladie (le pour). Cela aurait pour conséquences des changements de comportement de manière durable. En fait, ce modèle met en avant le fait que le patient passe d'un stade "d'ignorance" du besoin de changer vers un stade "de complète compliance" suite aux effets de ces recommandations.

Cependant l'utilisation de cette stratégie pour motiver le patient semble défailante, bien qu'il y ait quelques bénéfices à court terme, car la plupart des conseils sont largement ignorés.

Les limites de ces stratégies sont : l'absence d'approche comportementale de l'intervention, les méthodes utilisées, le temps limité donné pour communiquer l'information, les résistances du patient et le désintérêt du dentiste ou du patient.

En général dans l'exercice dentaire, le dentiste utilise le conseil pour aider à persuader le patient à adopter une nouvelle attitude par rapport à la prévention. Le risque est que les patients entendent les conseils donnés comme des critiques. La résistance du patient augmente, et les mauvais comportements d'hygiène bucco-dentaire persistent. Du

coté du praticien, celui-ci sent que ses conseils ont été ignorés et pense alors que l'apprentissage à l'hygiène bucco-dentaire est une perte de temps.

I-2-4-3- Les raisons pour lesquelles les programmes d'éducation de santé ont échoué et la nécessité d'un changement de comportement.(9)

Le changement de comportement exige généralement d'autres informations que le message de bonne santé, en particulier pour l'apprentissage des techniques de brossage. Cette approche offre un impact direct sur le comportement si elle est combinée avec les connaissances. Le message doit être adapté selon le patient cible, selon ses connaissances socioculturelles, environnementales et ses résistances. Pour avoir un changement de comportement durable et efficace, cela ne doit pas être donné comme une prescription ; il faut encourager les patients à participer et à faire le nécessaire, de manière autonome, pour changer leur propre vie. L'information doit être présentée de façon à ce que le patient estime que c'est important pour lui.

Le rôle du professionnel de santé dans un premier temps, est d'identifier si le patient est prêt à changer, puis de lui fournir l'aide et le soutien approprié.

Freeman (16) présente deux procédures importantes pour aider le praticien à comprendre le changement de comportement de son patient ;

- L'entretien motivationnel
- La théorie du changement

*L'entretien motivationnel* selon Freeman (16), permet d'encourager le patient à prendre le contrôle de sa santé, à changer éventuellement son comportement, en l'encourageant à parler, pour qu'il soit capable d'identifier ses besoins. Il doit être prêt à changer et cela constitue en effet une étape clé du processus de changement. En pratique professionnelle, le praticien évalue l'aptitude à changer du patient lors du premier rendez-vous. Freeman (16) a établi une échelle en fonction des patients : "prêt", "pas sûr", "pas prêt". Lorsque le patient est prêt, il sera capable d'identifier ses priorités et ses besoins pour les adapter à son style de vie. Par contre, quand il n'est pas prêt ou dans une position "ambivalente", le praticien doit s'abstenir et lui laisser du temps.

*La théorie du changement*, développée par DiClemente et Prochaska en 1982 (repris dans l'article de Freeman (16), dans le cadre du processus d'arrêt du tabac) est un modèle qui peut être repris dans le cadre de la santé bucco-dentaire. Il présente les différentes étapes amenant à un changement de comportement.

*Stade 1- précontemplation*; le patient n'a pas vraiment conscience de son problème.

Il faut alors faire prendre conscience aux patients les risques encourus et les problèmes occasionnés par son comportement. Il faut laisser le patient s'exprimer sur ses croyances, ses représentations, en terme de santé.

*Stade 2- contemplation*; le patient prend conscience de son problème. Une ambivalence par rapport à l'idée de changement se met en place. Il faut alors discuter des avantages et

des désavantages d'un changement ainsi que des avantages et des désavantages du *statu quo*.

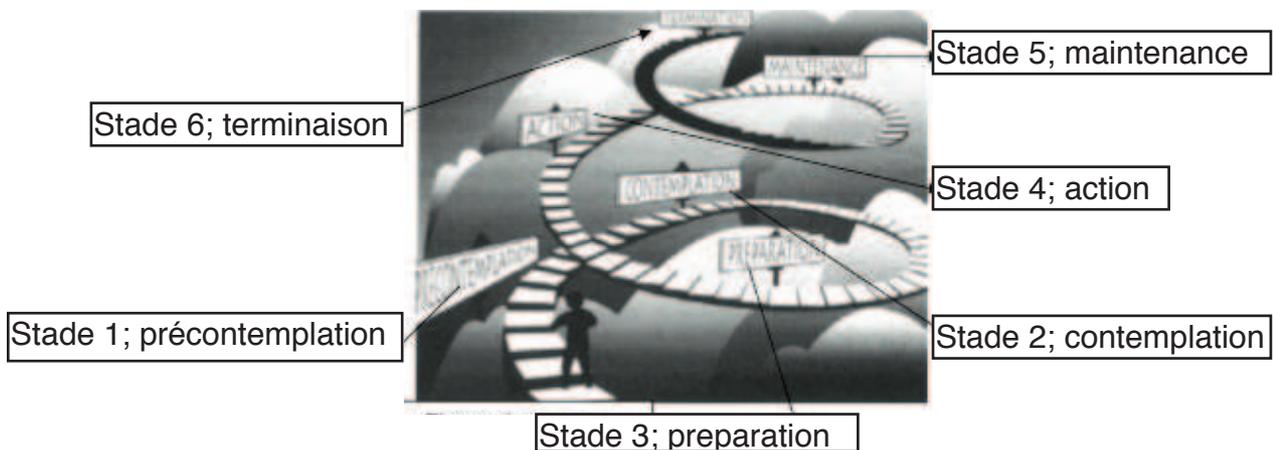
*Stade 3- décision*; le praticien aide le patient à préparer un plan d'action, à définir les objectifs atteignables.

*Stade 4- action*; le praticien aide le patient à effectuer ses premiers pas, à identifier les succès et les difficultés.

*Stade 5- maintenance*; le praticien aide le patient à identifier et mettre en pratique des stratégies de prévention de la rechute.

*S'il y a une rechute*; le praticien aide le patient à entamer de nouveau les étapes précédentes tout en encourageant à se remémorer ses succès passés et renégocier des objectifs atteignables. Cependant, ce stade peut être vécu comme un échec et être source de mésestime et d'une culpabilité amenant à abandonner. Or, la rechute fait partie du processus de changement.

*Stade 6- terminaison*; le changement de comportement est un succès.



**Figure 6: les stades de changement (9)**

Ces stades permettent au praticien de déterminer les stratégies les plus adaptées en fonction du stade de changement où se situe la personne.

#### I-2-4-4- Approches contemporaines ; biofeedback de la maladie parodontale

Le biofeedback en science médicale, permet de mesurer par l'intermédiaire d'appareils électriques certaines variables relatives à la santé comme l'électrocardiogramme qui va permettre de mesurer l'activité cardiaque (47).

Depuis ces cinq dernières années une grande variété de biofeedback sont apparues afin de personnaliser l'approche de l'hygiène bucco-dentaire à chaque patient.

Nous pouvons citer brièvement trois exemples de ces systèmes qui peuvent avoir un rôle dans différentes étapes cliniques (9) :

- Smokescreen® : Il va mesurer le taux de nicotine dans la salive. Ce système peut avoir un rôle dans la prise en charge de la maladie parodontale, notamment dans celle des facteurs de risques associés.(tabac par exemple)
- Pre Viser's Oral Health Information Suite™ : C'est un logiciel basé sur un algorithme calculé à partir d'une étude menée sur 15 ans et sur 523 vétérans de l'armée américaine. Il permet de prédire le risque de survenue des maladies parodontales, des caries, et des cancers oraux ainsi que leur évolution. Ce système va avoir un rôle dans le pronostic de la maladie en évaluant le risque d'exprimer la maladie sur une échelle de 1 à 5 et l'évolution de la maladie sur une échelle de 1 à 100.
- Oralinsights® : Ce système permet d'observer sur un écran d'ordinateur le déroulement du brossage en bouche à l'aide d'un casque porté par le patient, et une brosse à dent munie de capteur. Cela permet alors d'analyser la technique de brossage, d'y apporter des modifications et de vérifier si ces dernières sont correctement intégrées. Ce dispositif peut avoir un rôle intéressant dans l'éducation individuelle à l'hygiène bucco-dentaire.

#### I-2-4-5- Conclusion

Ces différents concepts de biofeedback, associés ou non aux différents dispositifs mis au point ces dernières années, sont des outils intéressants à inclure dans le déroulement de la motivation à l'hygiène bucco-dentaire. L'éducation unilatérale et la motivation classiquement réalisée en cabinet libéral sont insuffisantes pour achever un changement de comportement à long terme. En effet, il faut suivre le patient atteint de parodontite toute sa vie, afin de lui apporter le soutien nécessaire pour le maintien des résultats obtenus lors du traitement initial.

## **I-2-5- Maintenance parodontale**

### **I-2-5-1- Introduction (1)**

La maintenance parodontale, ou thérapeutique de soutien, selon l'AAP (American Academy of Periodontology), a pour rôle de prévenir et minimiser la progression et les récurrences de la maladie parodontale pour des patients ayant été traités précédemment pour une gingivite, une parodontite ou une péri-implantite. Elle a pour principal objectif le maintien des résultats de la thérapeutique parodontale initiale.

Elle intègre aussi le remplacement des dents manquantes par des dents prothétiques afin de traiter les conséquences des pertes dentaires. Enfin, elle permet d'augmenter la probabilité de dépister et de traiter précocement d'autres maladies buccales.

### **I-2-5-2- Quand et pourquoi?**

#### **Quand?**

La maintenance parodontale est instituée dans la thérapeutique parodontale lorsque la parodontite est stabilisée. Elle est réalisée à intervalles réguliers et spécifiques, par une "réévaluation". Si lors de cette séance, une récurrence de la maladie parodontale est observée, une thérapeutique parodontale active doit être reprise. (1)

#### **Pourquoi?**

La chronicité de la maladie parodontale implique qu'une récurrence ou une rechute est toujours possible. À ce jour, les traitements des maladies parodontales ne permettent pas de guérir définitivement. Mais, les techniques parodontales actuelles stabilisent le parodonte et évitent la perte des dents.

Ces éléments justifient la nécessité d'assurer un maintien préventif. La fréquence des visites dépendra de l'évaluation des facteurs de risque.(1)

L'obtention d'un contrôle de plaque maîtrisé est essentiel pour réussir une thérapeutique parodontale. L'évaluation du niveau d'hygiène quotidienne est importante à chaque phase du traitement. Les visites de maintenance permettent de refaire le point régulièrement avec le patient (encouragement, évaluation, remotivation...) et de prévenir une aggravation de la maladie.

### **I-2-5-3- La compliance**

La compliance est la modification du comportement du patient en fonction du conseil médicale donné.

En effet, une minorité de patients suivent rigoureusement les recommandations concernant le suivi. Selon une étude réalisée par Wilson et coll. (1984) 34% ne reviennent jamais à leur visite de maintenance, et seulement 17% viennent régulièrement. Ce résultat

a été confirmé par de nombreuses autres études réalisées dans le monde (étude de Checchi et Coll citée par Tan Aes). (1)

#### I-2-5-4- Fréquence des visites

Les intervalles de visite dépendent du pronostic des dents, des facteurs de risques et des patients.

Six paramètres sont importants à prendre en compte ;

- Les indices de saignement
- Les profondeurs des poches
- Les dents manquantes
- La relation entre lyse osseuse et âge
- Les maladies systémiques et génétiques
- Le tabagisme et le style de vie

Ces paramètres sont à évaluer au moment du bilan parodontal, et doivent être remis à jour lors des suivis de maintenance, ce qui permettra de voir si l'évolution est favorable ou non. Les intervalles entre chaque visite peuvent varier, selon les facteurs de risques, de 2 mois à un an.

#### I-2-6- Conclusion

La motivation à l'hygiène buccodentaire et plus particulièrement au contrôle de plaque fait appel à des notions de psychologie et requiert d'une approche spécifique du patient. Elle est centrée sur lui et est intégrée pleinement à un ensemble plus large, appelé Education Thérapeutique du Patient. En effet l'ETP propose une approche centrée sur le patient et permet une prise en charge globale de celui-ci.

## **I-3- L' ETP**

### **I-3-1- Introduction**

Selon Golay et Coll (20), les conceptions de la médecine occidentale sont très cartésiennes. Depuis le 19<sup>ème</sup> siècle, la médecine consiste en : "le corps est une machine que l'on peut réparer suite à des dysfonctionnements" ou "la réparation d'un corps malade ou blessé".

À l'heure actuelle, le soignant peut piloter certains paramètres, à travers l'utilisation des médicaments, réparer ou enlever certains organes défectueux, voire même les remplacer par d'autres. Cependant, il existe certains écueils ; en effet, l'être humain est complexe. La médecine reste centrée sur la maladie, l'organe, le symptôme ou le médicament. Il existe généralement une relation entre "soignant-actif" et "soigné-passif". Ces attitudes ont perduré en parallèle à un nombre de succès incontestables de cette médecine, notamment dans la prise en charge de la crise aiguë. Mais qu'en est-il pour les maladies chroniques ?

### **I-3-2- Un peu d'histoire**

C'est en 1921,(ASSAL,1996(2)) suite à l'isolement de l'insuline et son administration aux diabétiques de type 1 qu'une nouvelle ère de la médecine s'est ouverte. Il a fallu revoir la conception de la médecine pour l'adapter aux maladies chroniques. En effet pour ces diabétiques, la guérison n'est pas possible et l'auto-administration quotidienne d'insuline est une nécessité vitale. Mais il était impossible d'hospitaliser tous les patients "en bonne santé" pour pouvoir leur injecter quotidiennement leurs hormones au bon moment et à la bonne dose. Un certain nombre de connaissances ont dû être transmises au patient. Cependant, il a fallu plus de 50 ans pour mettre en évidence cette conclusion.

Durant la première partie du 20<sup>ème</sup> siècle, les infirmières assuraient la fonction d'enseignement aux patients et aux familles, notamment les conseils hygiéno-diététiques et la promotion de la santé, ainsi que les informations concernant les interventions médicales.(Deccache, 1989(11)). C'est en 1972 qu'une diabétologue, Leona Miller a pu démontrer les effets de l'éducation du malade : une diminution de 60% des durées d'hospitalisation, de 50% des accidents acidocétosiques, et de 80% des urgences. Dans cette étude, en parallèle, l'utilisation de l'outil d'assistance téléphonique d'enseignement avait été multiplié par 20.(Miller, 1972 (20)).

Ces constatations ont été également mises en évidence en 1975 par l'équipe du professeur Jean-Philippe Assal, diabétologue. Ils créèrent au sein des Hôpitaux universitaires de Genève une "unité de traitement et d'enseignement du diabète". Cette "école de Genève" est reconnue depuis plus de vingt ans comme centre collaborateur de l'OMS vis-à-vis de l'ETP.

Les arguments à l'origine de la mise en place l'ETP sont d'après Traynard P.-Y., Gagnayre R (44):

- Les progrès de la médecine ont permis d'augmenter la durée de vie des patients atteints de ces maladies chroniques, mais ceux-ci doivent réaliser en partie leurs soins eux-mêmes.
- L'accroissement du nombre de patients atteints de ces maladies chroniques rend difficile la prise en charge individuelle et continue, d'où un transfert nécessaire des compétences.
- Les notions d'autonomie et d'auto-décision qui confèrent au patient la possibilité de décider par lui-même.
- Les patients sont de plus en plus nombreux à se positionner comme "producteur de santé", ce qui leur permet de faire leurs choix thérapeutiques.

Actuellement l'ETP est donc transpathologique : elle peut être appliquée à des patients vivant avec une maladie chronique ou de pathologie de durée limitée nécessitant un traitement ou certains changements de comportements. Ces affections nécessitent, de la part des patients, une adhésion étroite aux diverses modalités du traitement afin d'éviter la survenue de complications.(20)

### **I-3-3- Caractéristiques de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)**

#### **Définition**

D'après l'organisation mondiale de la santé, l'éducation thérapeutique du patient ou ETP est définie comme suit : "Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique"(36).

Selon les recommandations de l'OMS juin 2007(24), L'ETP :

- Fait partie intégrante et de façon continue de la prise en charge du patient
- Elle comprend une activité organisée par plusieurs intervenants de santé afin d'aider le patient à comprendre sa maladie, ses traitements, afin d'assurer sa propre prise en charge afin de l'aider à maintenir et à améliorer sa qualité de vie.

## **Finalités de l'ETP**

L'ETP participe à améliorer la santé du patient (biologique, clinique), ainsi que sa qualité de vie et celle de ses proches. Les finalités spécifiques sont, selon A. Golay et coll (20) de ;

- Favoriser la qualité de soins et la mise en place d'un réel partenariat entre patient et soignant.
- Permettre au patient d'augmenter ses connaissances et compétences concernant la maladie et le traitement.
- Aider le patient à changer de comportement, à suivre son traitement ou à mettre en place une nouvelle organisation au quotidien.
- Permettre au patient d'améliorer sa santé bio-psycho-sociale, dans un parcours de vie et de soins qui respect son identité et qui prenne un sens pour lui.
- Permettre d'améliorer la qualité de vie des patients et soignants.

## **Cibles de l'ETP**

L'ETP s'adresse à toute personne ayant une maladie chronique, quel qu'en soit le type, le stade et l'évolution de la maladie. L'ETP peut aussi concerner l'entourage du patient s'il le souhaite.(26)

Cependant, parmi les maladies chroniques, cette approche éducative a été bien développée pour la prise en charge du diabète.(44)

## **Principe**

L'ETP selon P-Y Traynard et R. Gagnayre (17) est une démarche qui concerne aussi bien le patient que le soignant, dont le but est de comprendre l'histoire médicale et personnelle du patient.

Cela est à l'origine un questionnement sur :

- Son itinéraire thérapeutique.
- Son « Vivre avec sa maladie."
- Son savoir en matière de santé.
- L'évaluation du potentiel du patient ; le stade de sa maladie, sa motivation, sa personnalité.
- Ses capacités d'apprentissage.
- Sa capacité à faire cohabiter plusieurs pratiques différentes de santé. Nous voulons savoir si le patient est capable de s'approprier une thérapeutique acceptable.

Ces analyses permettront aussi bien au patient qu'au soignant, de déterminer la façon dont va se dérouler l'éducation thérapeutique qui tiendra compte d'un « patient acteur." Cela conduit à fixer un contrat ou une alliance thérapeutique (S.Freud 10) entre les deux partenaires sur une thérapeutique temporaire ; la base du travail. Cette démarche met en oeuvre une relation patient-soignant par l'intermédiaire d'un contrat qui a pour but de déterminer les obstacles, les transformations, et l'évolution du patient. Le contrat sera alors modifié en fonction de ces informations afin d'être parfaitement adapté au patient.

Selon Traynard P-Y et Gagnayre R(44-17), l'ETP a pour but d'acquérir de nouvelles compétences pour aider le patient à vivre avec sa maladie. Cette notion de compétence met en évidence la multiplicité des comportements (affectifs, cognitifs, et psychomoteurs) nécessaires à son adaptation à la vie quotidienne.

Sur la base de la diabétologie, plusieurs catégories de compétences nécessaires à l'apprentissage peuvent être répertoriés ;

- Compétences *d'auto-observations et d'autovigilances*, qui permettent au patient de reconnaître et interpréter les signes d'alertes pour une surveillance vigilante (souvent les signes sont propres à chacun). C'est un apprentissage du regard sur soi-même.
- Compétences *de raisonnement et de décision*, qui permettent au patient de gérer ses problèmes quotidiens. L'expérience du patient est à prendre en compte comme élément majeur dans cet apprentissage.
- Compétences *d'auto-soins*, qui permettent au patient d'apporter les soins nécessaires à une situation. Elles peuvent être acquises à travers des travaux pratiques en atelier d'entraînement...Le patient, autant que le praticien doit avoir les compétences de réévaluer régulièrement sa situation, et réagir en conséquence.
- Compétences *sociales* ; en effet le patient devrait être capable de re-expliquer à son entourage sa maladie, ses traitements...
- Compétence *de raisonnement de décision* ; c'est la capacité du patient à s'auto-évaluer et de savoir où il en est dans sa maladie.

## **Limites de l'ETP(20)**

Beaucoup de centre médicaux et hospitaliers ont mis en place l'ETP en Europe et en Amérique du Nord, en pratiquant toutefois un enseignement essentiellement transmissif. Les limites à ces enseignements sont la non-observance des recommandations, une démotivation globale (du patient de son entourage et des soignants), une non persistance des acquis dans le temps et des rechutes. En effet, le processus de la maladie résulte de nombreux déterminants, et les aspects anthropologiques, sociologiques, éthiques ou environnementaux doivent être inclus dans l'éducation thérapeutique.

### **I-3-5- Application en parodontologie (40)**

L'ETP s'adresse à toutes les maladies chroniques, cependant le diabète est celle pour laquelle elle a été le plus développée (44), formalisée et évaluée.

L'application de l'ETP en Odontologie a fait l'objet d'un travail ; Sylvie Saporta (40) a proposé un programme qui se compose de 5 séances ;

Lors de la première séance, une fois le diagnostic de la maladie parodontale réalisé, le praticien devra annoncer la maladie à son patient. Il prendra le temps de l'écouter, afin de le préparer aux séances d'éducation thérapeutique.

Il va explorer les représentations du patient sur son problème parodontal, le faire s'exprimer librement. Il faudra essayer de connaître les antécédents familiaux et si ses représentations sont négatives.

Un diagnostic éducatif, qui explorera les dimensions biocliniques, cognitives, socioprofessionnelles, psycho-émotionnelles et projectives est ainsi réalisé. Cela déterminera les compétences initiales du patient et celles qui restent à acquérir. Cette période d'échange avec le patient participera à la construction du contrat éducatif, préférentiellement appelée alliance thérapeutique par certains auteurs.

L'alliance thérapeutique est établie avec le patient sur les objectifs à atteindre et ses projets. Ces objectifs seront programmés et hiérarchisés dans le temps, tout en sachant que le patient ira à son rythme : si celui-ci montre des difficultés, il faut le soutenir dans ses efforts, le voir régulièrement.

La deuxième séance a pour objectif, la compréhension de sa maladie par le patient. Sans cette étape préalable, le patient apparentera les instructions du soignant à des directives. Dans ces conditions, on ne peut pas avoir des résultats à long terme. Une bonne connaissance de la maladie est d'autant plus importante dans notre discipline que cette maladie n'engage pas de pronostic vital, qu'elle est relativement sournoise, rarement douloureuse et avec des signes frustes. De plus, cette compréhension rend les patients plus réceptifs. Cette séance peut être réalisée en groupe ou individuellement. À partir de modèles ou de schémas, le praticien demande au patient de commenter et expliquer le rôle de la plaque, du tartre dans la pathogénie.

La troisième séance a pour objectif de maîtriser le geste technique. Pour cela, le patient vient avec son matériel, se brosse les dents comme il en a l'habitude, puis utilise le révélateur de plaque pour vérifier l'efficacité de son brossage. Il pourra alors visualiser la plaque résiduelle et reprendre le brossage là où il reste de la plaque. Le praticien aide alors le patient dans le choix du matériel de brossage, et dans l'utilisation du révélateur de plaque.

La quatrième séance a pour objectif de reconnaître les signes de l'inflammation et les symptômes lors d'épisodes inflammatoires.

La cinquième séance a pour objectif d'évaluer et de récapituler l'ensemble des séances d'enseignement. Le patient devra également apprendre à s'auto-évaluer et à dépister les signes d'appel, avant qu'un incident ne survienne.

À la fin de ce programme d'éducation thérapeutique du patient, celui-ci devra être capable de :

- Expliquer les causes de sa pathologie parodontale.
- Expliquer les conséquences de sa maladie sur sa sphère buccale et son état de santé générale.
- Maintenir un état d'hygiène permettant d'éviter les phénomènes inflammatoires.
- Reconnaître un état inflammatoire.
- Auto-évaluer son état inflammatoire et consulter rapidement si besoin est.
- Réaliser les soins nécessaires lors de l'apparition d'inflammations.
- Utiliser les ressources du système de soins pour faire valoir ses droits.

### **I-3-6- Conclusion**

En France, une étude réalisée par P. Bourgeois et Coll en 2002-2003 (6) sur 2144 adultes âgées entre 35 et 64 ans estime que 95,40% de la population a une perte d'attache, et 82,23% de la population possède des poches parodontales. Elles peuvent être stabilisées grâce à des soins réguliers pour lesquels la participation active du patient est essentielle. Cette constatation justifie la mise en oeuvre d'une éducation thérapeutique adaptée à ces pathologies, tant pour le bien-être du patient que pour la maîtrise clinique de ces pathologies.

## **II- Etats des lieux de l'apprentissage au contrôle de plaque au sein du CSD**

### **II-1- Matériels et méthodes**

#### **II-1-1- Introduction**

Le but de cette étude est de déterminer comment est réalisé auprès du patient atteint d'une maladie parodontale, l'apprentissage du contrôle de plaque et l'explication de la maladie au Centre de Soins Dentaires.

Nous avons ainsi effectué un état des lieux des méthodes d'enseignement réalisées au CSD par l'étudiant confronté au ressenti et à la compréhension du patient.

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée sur un petit échantillon de 19 étudiants et 19 patients.

Elle est réalisée à l'aide de deux questionnaires, de manière anonyme, un pour l'étudiant (D3, T1), un pour le patient afin de réaliser une évaluation qualitative.

#### **II-1-2 Objectifs de l'étude**

Ces questionnaires permettent ainsi :

- De faire un état des lieux sur le déroulement de la motivation au contrôle de plaque, réalisée auprès des étudiants de D3 et T1 du CSD.
- De repérer et d'identifier les techniques et méthodes utilisées par l'étudiant en clinique.
- De contrôler en parallèle les objectifs pédagogiques des D3 et des T1, et de vérifier s'il existe une disparité dans l'application des protocoles.
- D'analyser l'impact sur les patients des explications données par les étudiants sur leur maladie, son étiologie, les protocoles de traitement, et leur compréhension.
- De mettre en évidence les limites de la méthode utilisée au centre de soin dentaire (protocole) dans le cadre de la mise en place d'une séance d'éducation thérapeutique du patient en parodontologie.

### **II-1-3- Hypothèse d'étude**

D'après BAUMANN M. et coll (3). «l'hypothèse n'est pas le résumé ou la somme des données touchant un évènement mais une affirmation permettant d'aller à la recherche des relations et des solutions. Elle représente l'aboutissement logique de toute démarche d'investigation».

Nous avons ainsi formulés différentes interrogations que nous souhaitons infirmer ou confirmer dans cette présente étude :

- L'apprentissage au contrôle de plaque est-il réalisé de façon complète par l'étudiant ?
- Y-a-t-il un désintérêt de l'étudiant pour la question ?
- Les patients interrogés comprennent-ils l'intérêt du contrôle de plaque ?
- Est-ce que les méthodes utilisées et le temps imparti sont insuffisants ?
- Est-ce qu'il existe des résistances chez le patient lorsque l'on aborde ce sujet ?
- Absence de suivi dans le changement de comportement dans cette methode ?

### **II-1-4- Etendue de la population étudiée :**

Le groupe observé correspond à l'ensemble des binômes patients/étudiants présents en consultation parodontologie et ayant terminé une thérapeutique initiale parodontale dans une période allant du 1/09/2010 au 31/01/2011.

Ceci représente un panel de 19 étudiants et 19 patients, dont 14 étudiants en D3 et 5 étudiants en T1.

## **II-2- Méthodologie**

Nous avons inclus dans cette étude des binômes patients/étudiants qui avec comme critère principal d'inclusion qu'une séance de motivation au contrôle de plaque ait été réalisée par l'étudiant qui prend en charge le patient.

Il s'agit d'un entretien semi-dirigé. Il permet de parcourir les champs prédéfinis de notre étude. Des questions ouvertes sont posées en suivant une trame d'entretien afin de laisser le patient et l'étudiant s'exprimer. Les questionnaires sont divisés en quatre parties et se correspondent. (cf questionnaires dans l'annexe)

## **II-3- Description des questionnaires**

Les questionnaires sont constitués de quatre parties qui se correspondent. Chaque partie est constituée de plusieurs questions, posées aux patients/étudiants qui y répondent librement. C'est une sorte de «feuille de route» où sont spécifiés les items qui nous intéressent et qui seront cochés si le sujet est abordé.

Dans chaque questionnaire, une partie libre est prévue, afin d'annoter des réflexions, des suggestions, ou des items non prévus initialement et abordés par les patients ou les étudiants.

### **II-3-1- Questionnaire étudiant ou «Entretien étudiant»**

Ce questionnaire est anonyme ; la seule information requise est l'année d'étude de l'étudiant.

Les grands thèmes abordés dans ce questionnaire sont répartis en 4 domaines :

- Explication de la maladie : Comment s'est déroulé l'explication au patient de sa maladie, de quelle manière et quand ? De quelle manière l'étudiant a expliqué au patient l'étiologie de sa maladie ?
- Prescriptions : Comment s'est déroulée la prescription du matériel d'hygiène bucco-dentaire ? A-t-elle été faite ? Comment s'est déroulée l'explication de son utilité ?
- Explication des thérapeutiques : Comment s'est déroulée l'explication des différentes phases thérapeutiques ainsi que la délivrance des instructions d'hygiène bucco-dentaire, et la prescription du matériel d'hygiène bucco-dentaire, de quelle façon et quand.
- Représentation patient/praticien : évaluation par l'étudiant de son patient sur la compréhension de l'ensemble de la motivation à l'hygiène, et sur sa prise de conscience.

### **II-3-2- Questionnaire patient ou «Entretien patient»**

Les grands thèmes abordés dans ce questionnaire étaient:

- Explication de la maladie : On cherche à connaître le ressenti des patients suite à l'explication par l'étudiant, et la compréhension de la maladie.
- Prescription : Comment s'est déroulée la prescription du matériel à l'hygiène selon le patient ? Que peut-il en ressortir ?
- Explication des thérapeutiques : Comment le patient a-t-il compris l'explication de la thérapeutique et des thérapeutiques à venir ?
- Représentation patient/praticien: auto-évaluation du patient sur la compréhension de sa maladie, et sur le changement de comportement par rapport à la demande de l'étudiant. Enfin, le patient est questionné sur sa prise de conscience de la maladie.



## II-4- Résultats

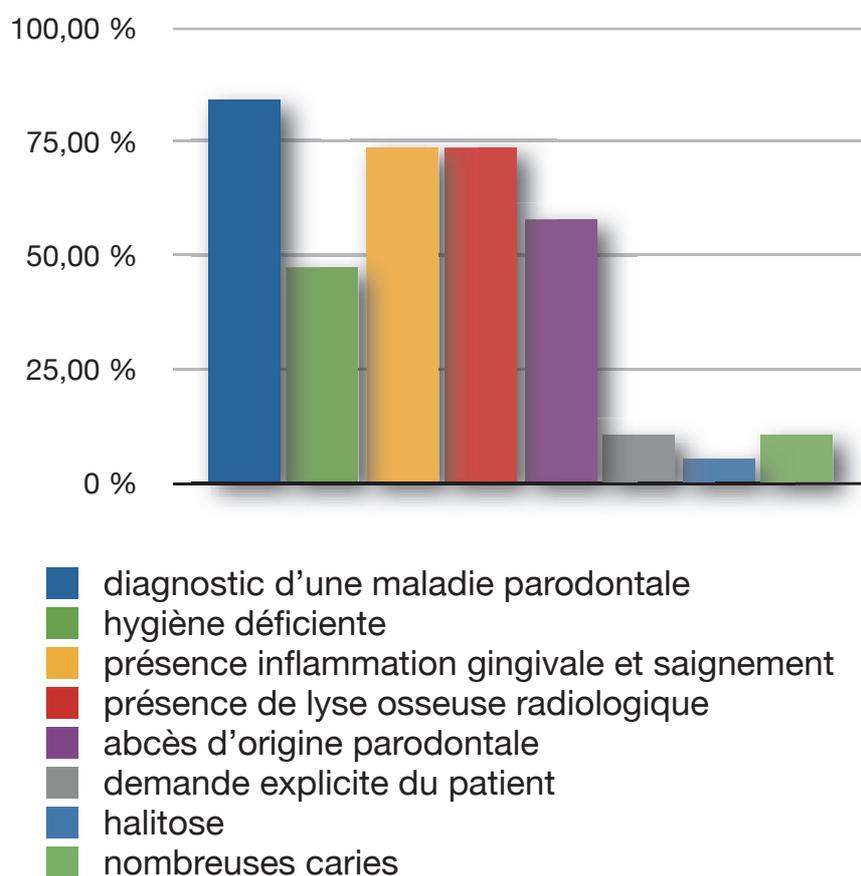
### II-4-1- Résultats concernant les entretiens réalisés auprès des étudiants

19 questionnaires ont été réalisés : 14 D3 et 5 T1.

84% des étudiants annoncent qu'ils réalisent systématiquement une motivation au contrôle de plaque dans le cadre de la prise en charge de leur patient, même si ce dernier n'a pas de problème parodontal. En moyenne, le temps passé par l'étudiant est de 16 minutes, en allant de 5 à 30 minutes.

Seuls 70% des étudiants en reparlent à leurs patients durant les séances suivantes.

#### - Quels motifs sont évoqués pour mettre en place la motivation à l'hygiène.

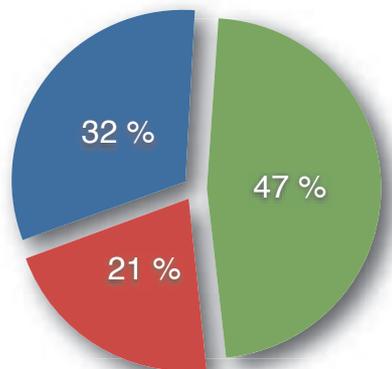


**Figure7 ; Motifs évoqués par les étudiants à la mise en place de la motivation à l'hygiène**

Le motif principal d'une mise en place de la motivation à l'hygiène est le diagnostic d'une maladie parodontale (84%) suivie de près par l'inflammation gingivale et la lyse osseuse (75%). La présence de nombreuses caries comme motif est très peu citée.

## II-4-1-1- Explication de la maladie

### - A quel moment l'étudiant a-t-il expliqué la maladie parodontale au patient ?

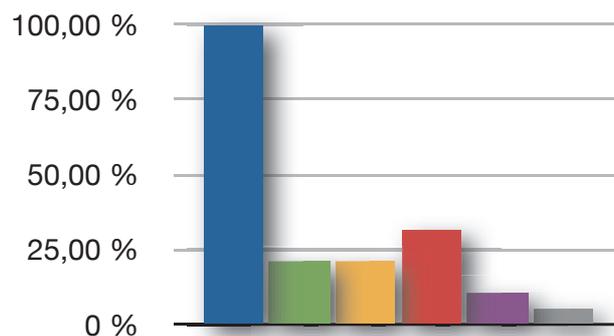


- au cours de la première séance, après le diagnostic
- au cours du traitement
- uniquement sur demande du patient 0%
- au cours de la première séance et au cours du traitement

**Figure 8 : Origine de la maladie parodontale évoquées**

32% des étudiants expliquent la maladie au cours de la première séance, tandis que 47% l'expliquent pendant le traitement. Seul 21% font les deux et aucun uniquement sur demande du patient.

### - Comment l'explication de la maladie a-t-elle été donnée ?

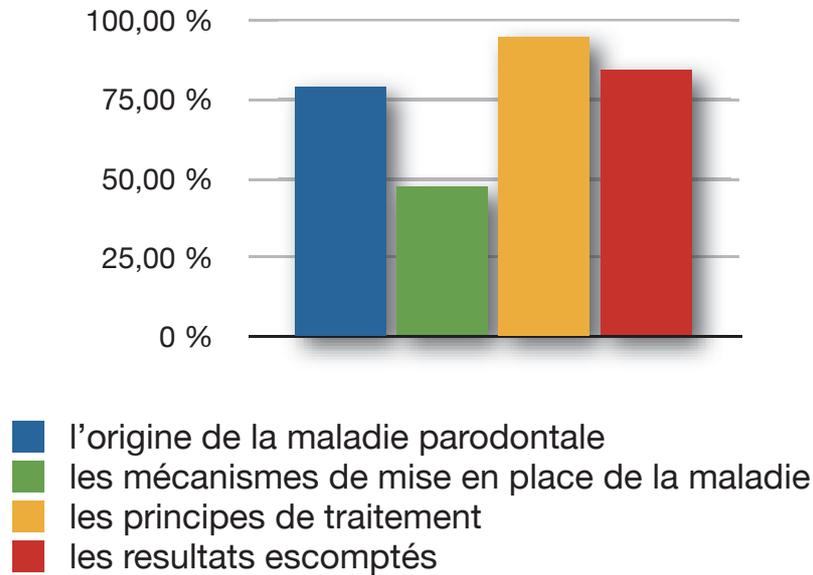


- Par la parole accompagnée ou non de support
- à l'aide de schémas, dépliants
- en montrant en bouche
- en s'appuyant sur des radiographies
- avec un modèle pédagogique
- à l'aide du charting

**Figure 9 : Comment l'explication de la maladie a-t-elle été réalisée ?**

Tous les étudiants expliquent la maladie parodontale à l'oral (dont 31% le font sans support), 21% l'expliquent grâce à des schémas ou dépliants ou en montrant en bouche. 31% s'appuient sur des radiographies et 10% utilisent un modèle pédagogique disponible dans le service.

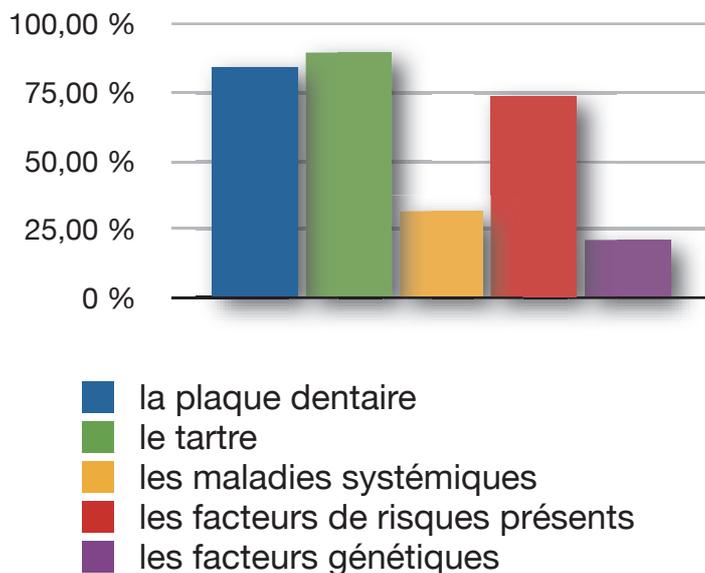
**- Quels sujets ont été abordés lors de l'explication de la maladie ?**



**Figure 10 : sujets abordés lors de l'explication de la maladie**

Les sujets abordés lors de l'explication de la maladie parodontale sont à 95% les principes du traitement parodontal, les résultats escomptés à 84%, puis l'origine de la maladie à 79%. Enfin les mécanismes de mise en place de la maladie ne sont abordés qu'à peine une fois sur deux.

**- Concernant l'origine de la maladie parodontale ?**

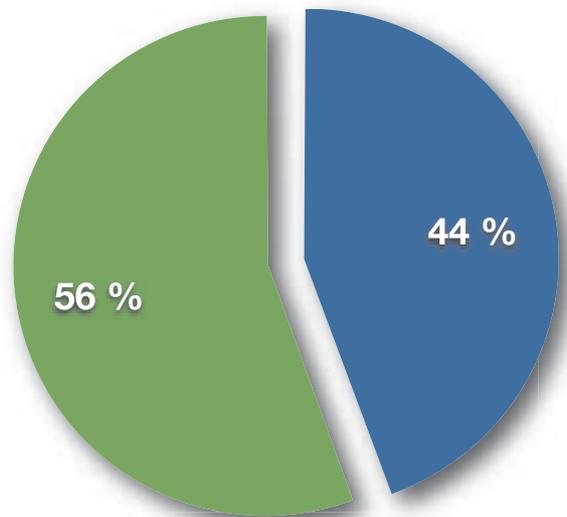


**Figure 11 : Les thèmes abordés concernant l'origine de la maladie**

Les thèmes principaux abordés sont la plaque, le tartre et les facteurs de risques présents. Les étudiants parlent très peu des maladies systémiques et des facteurs héréditaires (respectivement 31% et 21%).

## II-4-1-2- Les prescriptions

### - A quel moment sont réalisées les prescriptions ?

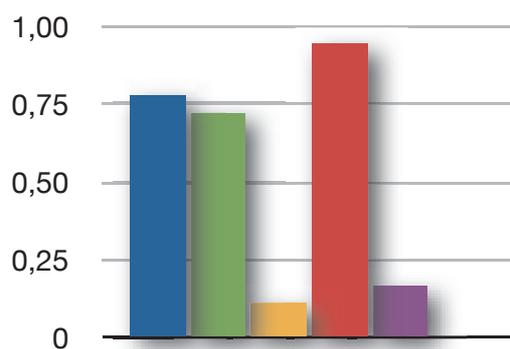


- au moment de la première séance
- au cours du traitement initial
- à la fin du traitement initial

**Figure 12 : À quels moments les prescriptions sont-elles réalisées ?**

56% des étudiants réalisent la prescription au cours du traitement initial, tandis que 44% la réalisent lors de la première séance.

### - Ce qui a été prescrit ?

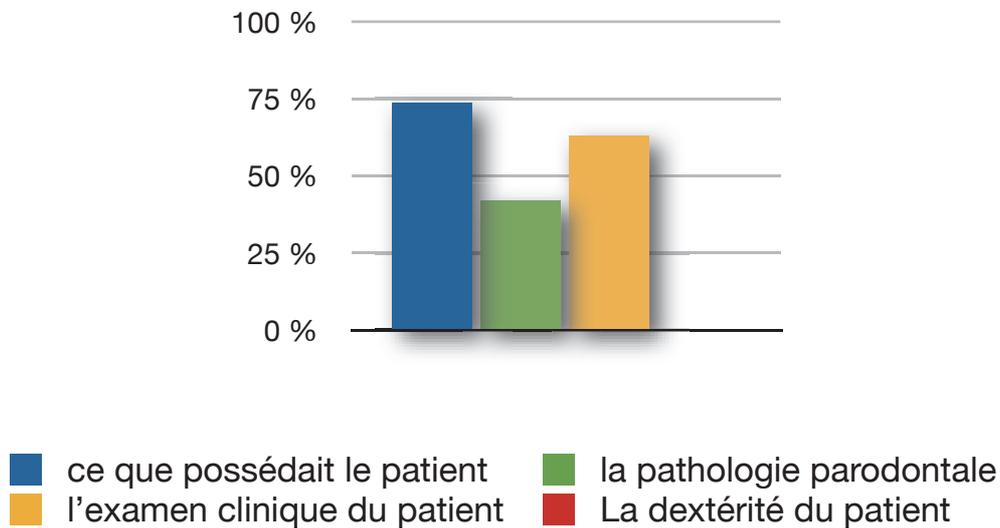


- dentifrice
- fil dentaire
- révélateur de plaque
- brosse à dent
- brosette interdentaire
- miroir intra-buccal

**Figure 13 : Quantification des éléments prescrits par les étudiants.**

Les étudiants prescrivent majoritairement du dentifrice, une brosse à dent, des brossettes interdentaires, et très peu de fil dentaire, de révélateur de plaque et de miroir intra-buccal.

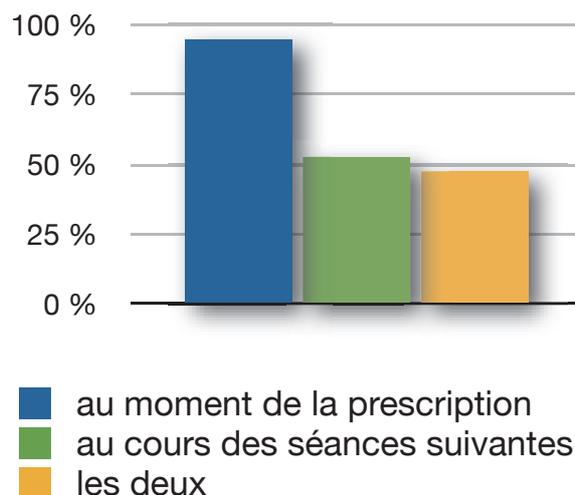
**- Dans quels contextes font-ils la prescription ;**



**Figure 14 : Critère de prescription du matériel à l'hygiène bucco-dentaire**

75% des étudiants font leurs prescriptions en fonction de ce que possède leur patient. Moins de 50% en fonction du type de la pathologie parodontale, et 60% en fonction de l'examen clinique.

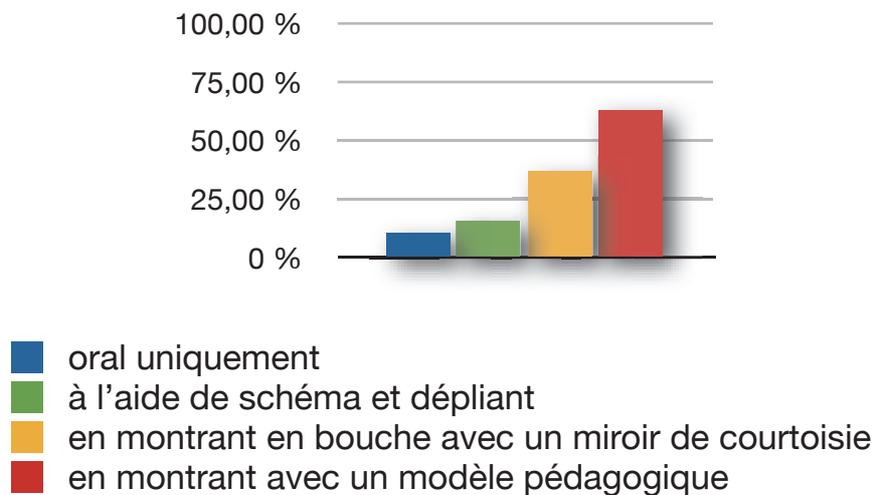
**- A quel moment l'explication de l'utilisation du matériel prescrit est-elle donnée ?**



**Figure 15 : Période où l'explication de l'usage du matériel a été donnée.**

95% l'expliquent au moment de la prescription et 52% aussi au moment des séances suivantes dont 47% font les deux.

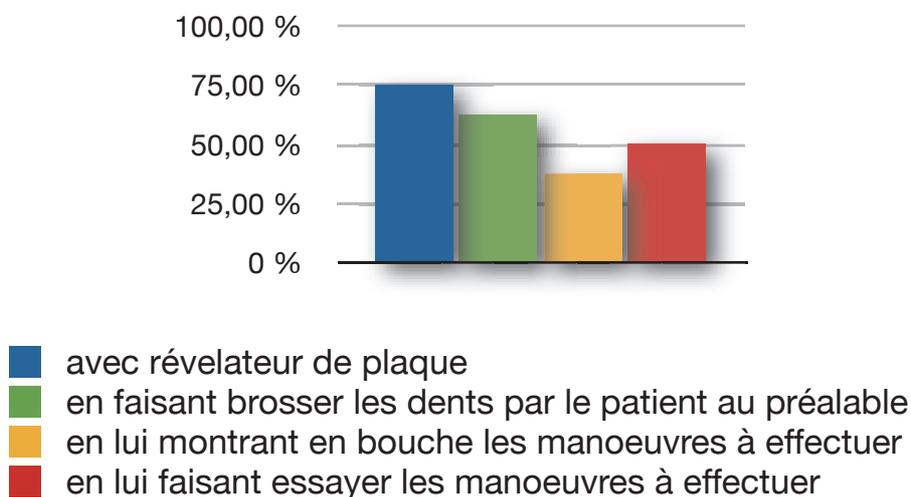
### - Comment l'explication de l'utilisation de matériel est réalisée ?



**Figure 16 : Comment a été réalisée l'explication de l'utilisation du matériel ?**

Concernant l'explication de l'utilisation du matériel prescrit, seul 10% des étudiants le font à l'oral uniquement, 15% s'aident de schéma et de dépliants et 63% utilisent un modèle pédagogique. 15% de ceux qui utilisent des schémas utilisent aussi le modèle pédagogique. Enfin, 37% le montrent en bouche.

### - Concernant l'explication en bouche ?



**Figure 17 : Methode utilisée pour l'explication de la maladie**

75% des étudiants qui montrent en bouche utilisent du révélateur de plaque. 63% font brosser préalablement le patient et 37% montrent les techniques à réaliser. Enfin, 50% ont essayé de les réaliser.

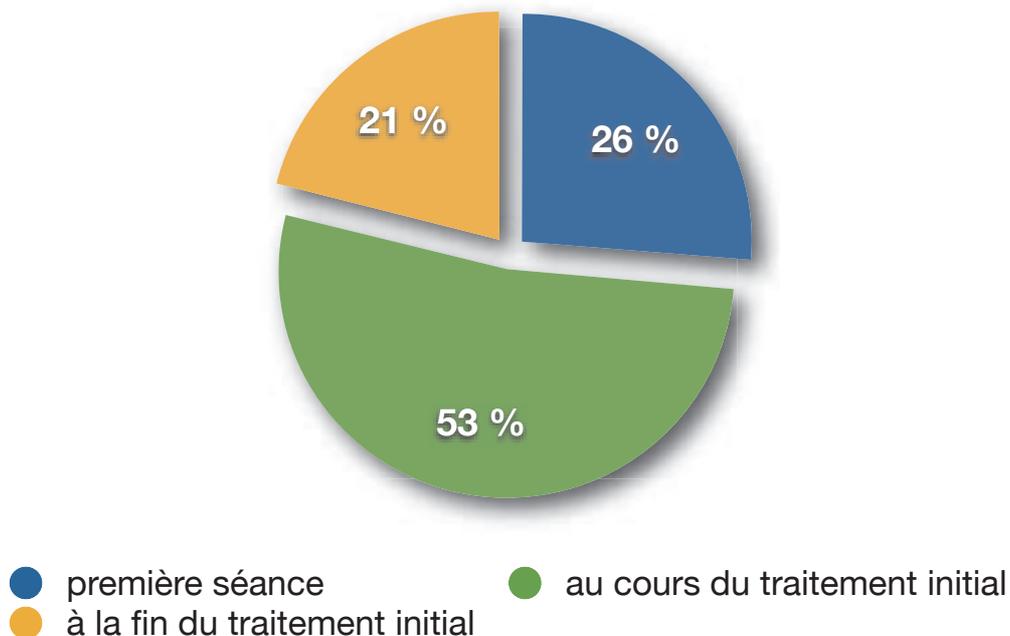
**En résumé, seulement 10% des étudiants interrogés réalisent la motivation au contrôle de plaque tel que l'indique le protocole à disposition des étudiants au centre de soins dentaires.** Cependant, ce protocole qui est en libre accès sur intranet n'est pas obligatoirement consulté par les étudiants

### II-4-1-3- Explication de la thérapeutique

#### - Réalisation de l'explication de la thérapeutique

95% des étudiants donnent les explications des thérapeutiques que leurs patients vont suivre.

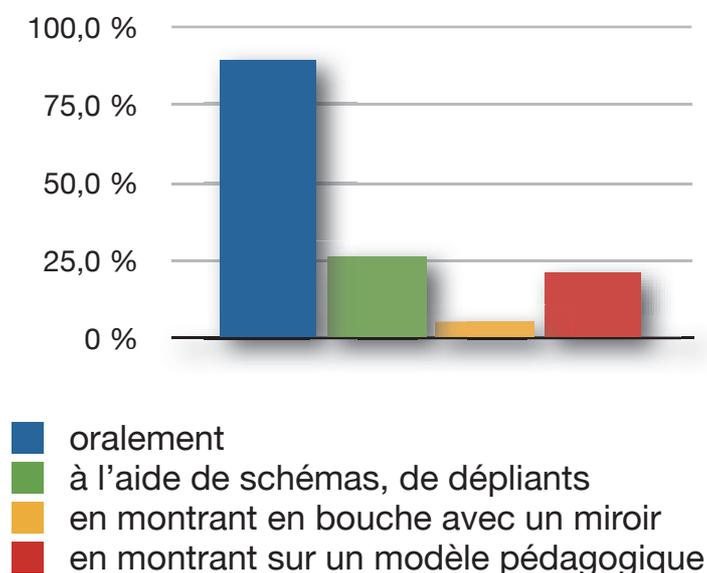
#### - A quel moment l'explication de la thérapeutique a-t-elle été réalisée ?



**Figure 18 : A quel moment l'explication de la thérapeutique a-t-elle été réalisée ?**

53% des étudiants expliquent les thérapeutiques au cours de la thérapeutique initiale et en plusieurs fois. De plus, 5% des étudiants la réexplique lors de la réévaluation.

#### - Comment l'explication a-t-elle été réalisée ?



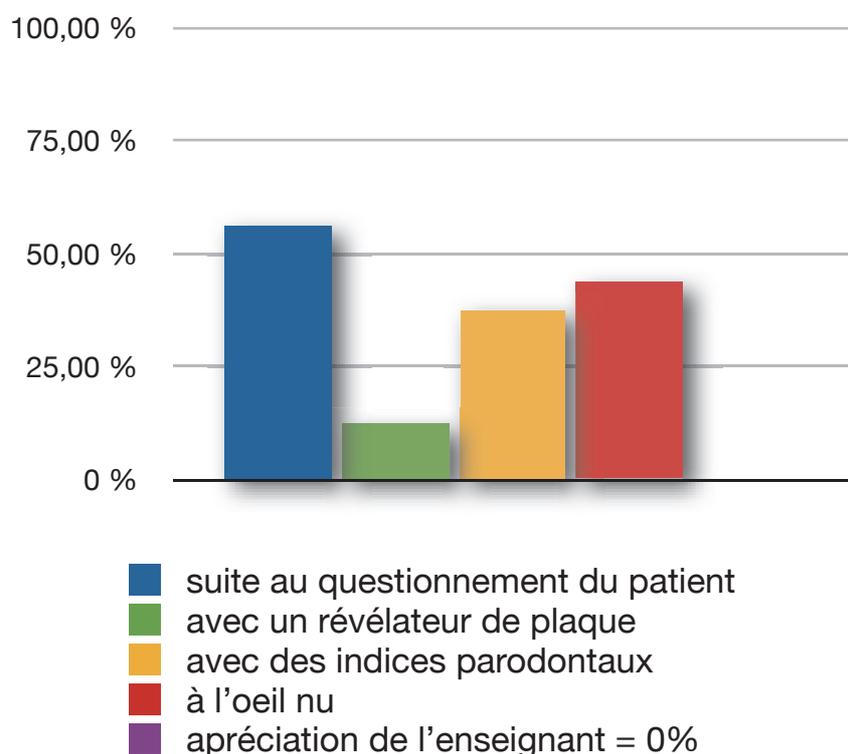
**Figure 19 : manière dont a été réalisée l'explication de la thérapeutique.**

89% l'expliquent oralement, dont 52% qui se satisfont seulement d'une explication orale. 26% s'aident de schémas, 5% montrent en bouche avec un miroir, enfin, 21% utilisent un modèle pédagogique.

**- Changement de comportement observé chez le patient ?**

74% des étudiants ont observés un changement de comportement chez leur patient.

**- Comment ce changement a-t-il été objectivé ?**



**Figure 20 : Méthode d'objectivation du changement de comportement observé chez les patients par leur étudiant.**

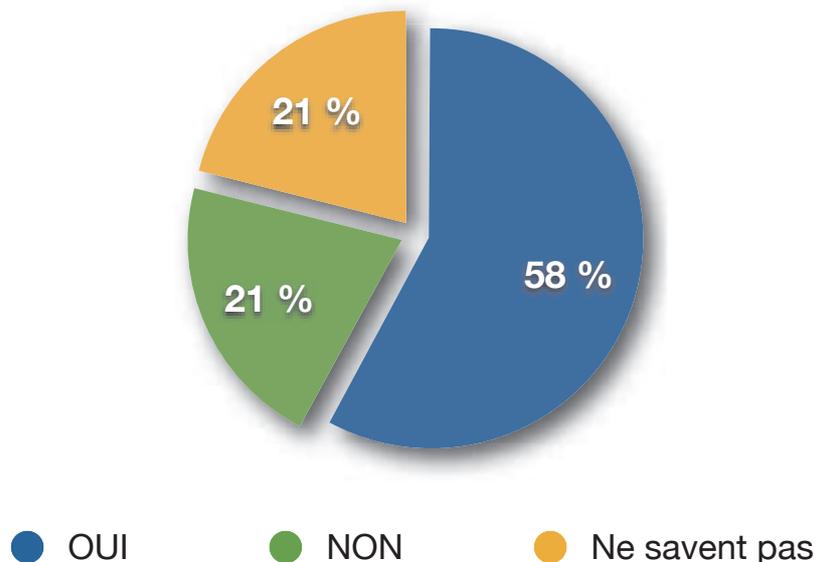
Une objectivation d'un changement de comportement au niveau du contrôle de plaque se place sur des quantifications mesurables, des indices type «évaluation de l'indice de plaque via l'utilisation de «révélateur de plaque» soit «utilisation d'indices parodontaux» enfin, si l'étudiant ne sait pas, l'enseignant peut intervenir.

Cependant, concernant cette question, nous pouvons observer que 37% des étudiants ayant observé un changement ont réellement conscience d'un éventuel changement de comportement de leur patient.

#### II-4-1-4- Représentation patient/praticien

100% des étudiants pensent que leur patient a pris conscience de sa maladie.

- Selon l'étudiant, son patient est-il capable de ré-expliquer sa maladie à un proche ?



**Figure 21 : Capacité du patient à ré-expliquer sa maladie à un proche selon l'étudiant.**

58% des étudiants pensent que leur patient est capable d'expliquer sa maladie à un proche.

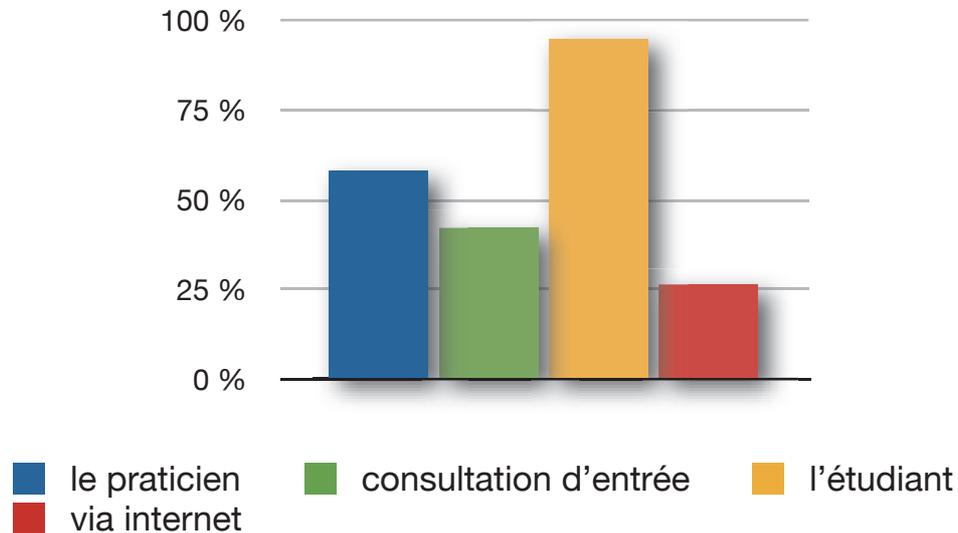
#### II-4-1-5- Conclusion

Concernant les résultats observés dans cette première partie de l'enquête, nous pouvons mettre en évidence deux éléments importants. Il existe un certain désintérêt chez les étudiants par rapport à l'explication de la motivation à l'hygiène. En effet, on observe que seuls 10% d'entre eux réalisent l'apprentissage aux méthodes d'hygiène selon le protocole proposé. Cependant, ce protocole n'a peut-être pas été consulté par tous les étudiants. De plus, un étudiant sur deux ne réexplique pas l'utilisation du matériel à l'hygiène ( brosse à dent, brosette inter-dentaire, fil dentaire, révélateur de plaque ) suite aux prescriptions réalisées. Enfin, la moyenne du temps accordé à l'explication de la maladie est faible (environ 16 minutes).

## II-4-2- Résultats concernant les entretiens réalisés sur les patients

### II-4-2-1- Explication de la maladie.

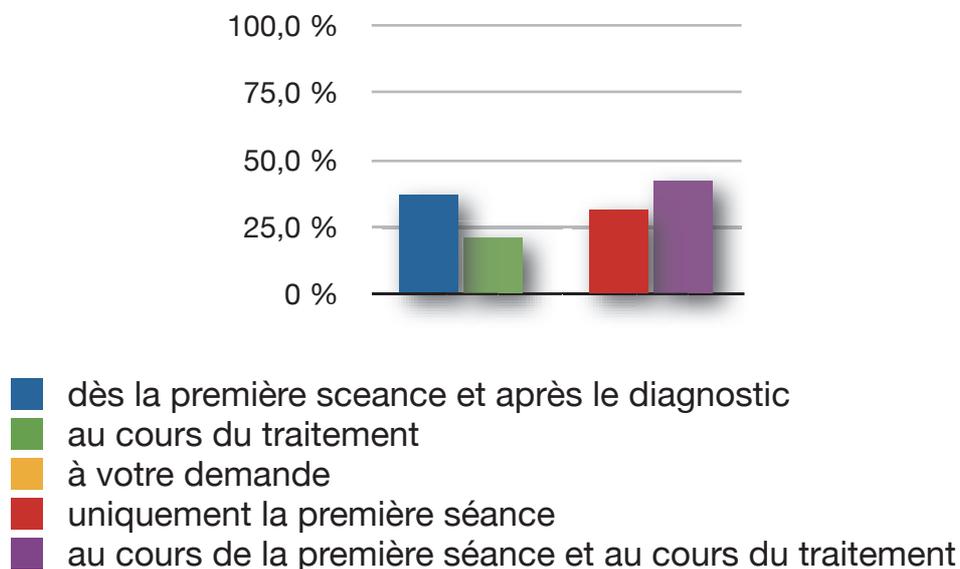
#### - Comment le patient a-t-il obtenu des informations sur sa maladie ?



**Figure 22 : Sources des informations obtenues par le patients.**

Nous pouvons observer tout d'abord que les patients ont obtenus leurs informations concernant leur pathologie par plusieurs intervenants. 57% des patients ont obtenu des informations par le praticien référé. 42% ont obtenu des informations lors de leur consultation d'entrée pour des soins en parodontologie. 94% ont obtenus des informations par leur étudiant. Enfin, 26% sont allés se renseigner sur internet ou à partir d'autres sources.

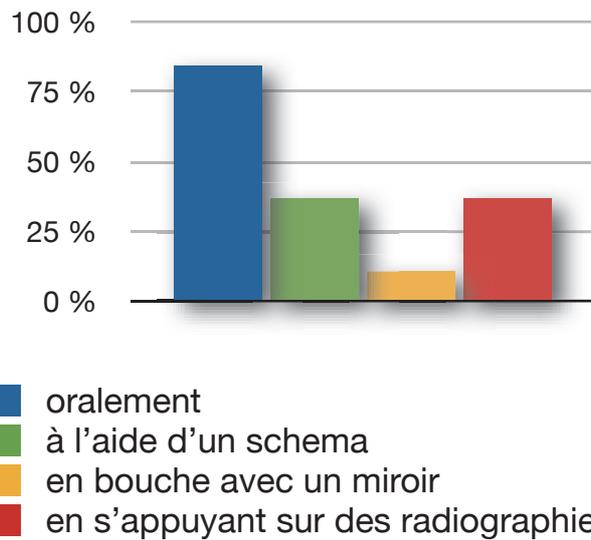
#### - A quels moments les informations fournies par l'étudiant, ont elles été obtenues ?



**Figure 23 : Moment où l'étudiant a donné les informations à son patient.**

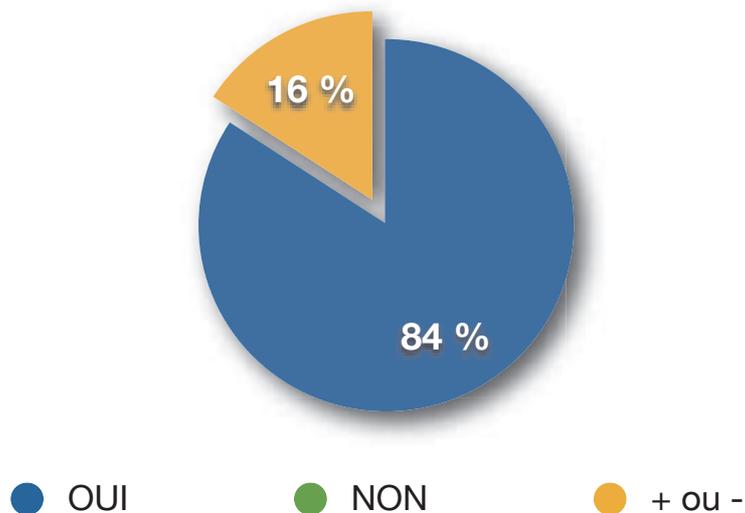
36% des étudiants ont donné l'information au cours de la première séance ou parès le diagnostic dont 31% uniquement à la première séance. Et, 21% l'ont eu au cours du traitement et 42% au cours de la première séance et au cours du traitement.

**- Comment l'explication a-t-elle été donnée ?**



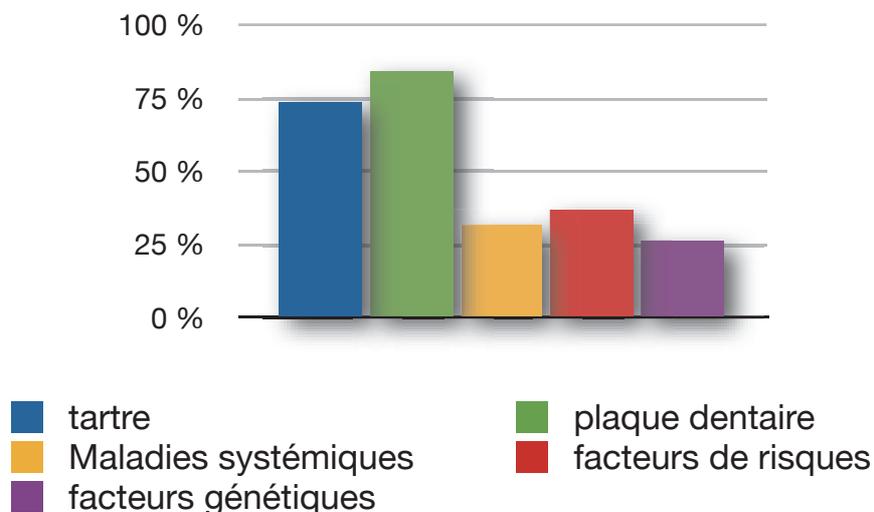
**Figure 24 : De quelles manières l'explication a t-elle été donnée?**

**- Le patient pense t-il avoir compris sa maladie ?**



**Figure 25 : Compréhension de la maladie par les patient**

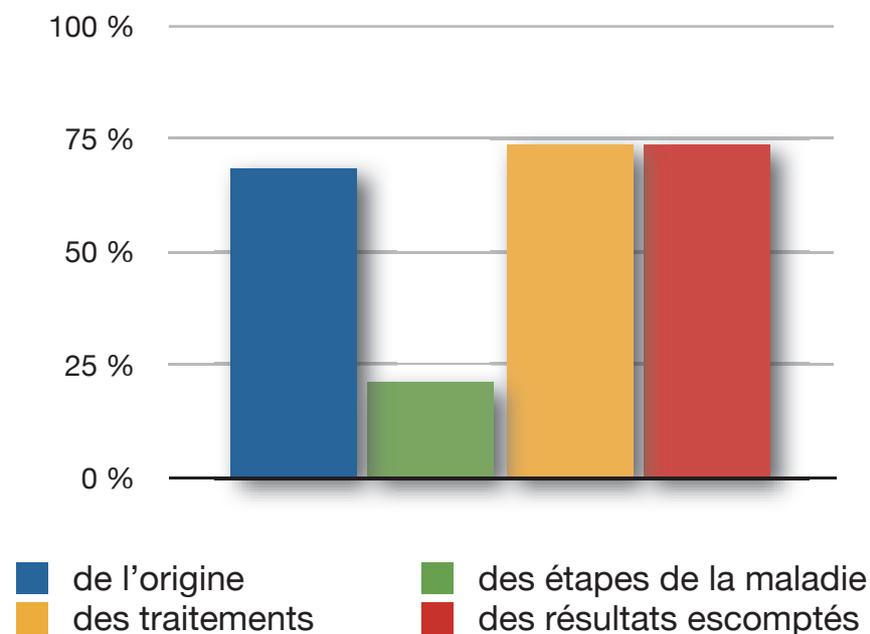
**- Connaissance du patient sur l'origine de la maladie parodontale ;**



**Figure 26 : Connaissance du patient concernant la maladie parodontale**

Concernant la connaissance de l'origine de la maladie, le patient a surtout assimilé la présence de tartre (73%) et la plaque dentaire (84%). Les facteurs génétiques, facteurs de risque, ou les maladies systémiques, sont très peu cités.

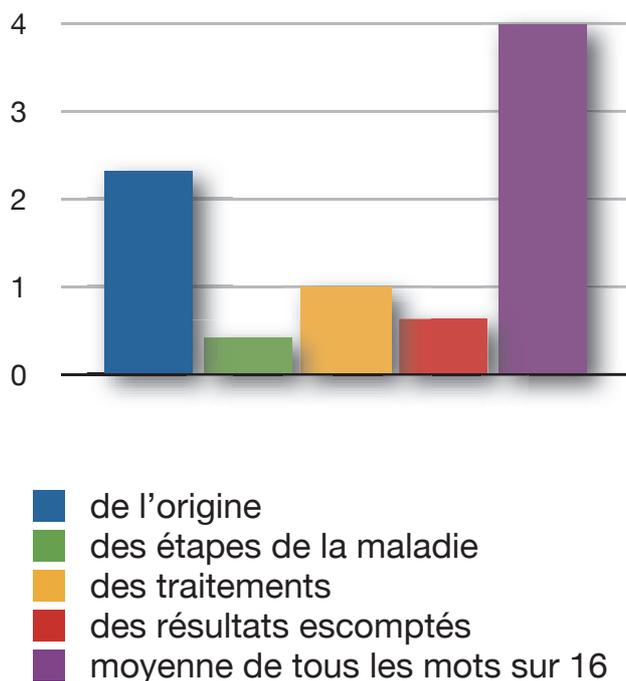
**- Selon le patient, les thèmes abordés par l'étudiant lors de l'explication de la maladie parodontale**



**Figure 27 : Connaissance du patient concernant la maladie parodontale**

68% parlent de l'origine, 74% parlent du traitement et des résultats escomptés, enfin moins de 25% parlent des étapes de la maladie.

- Moyennes des nombres de mots clés que le patient est capable de restituer un des thèmes en fonction des thèmes ;



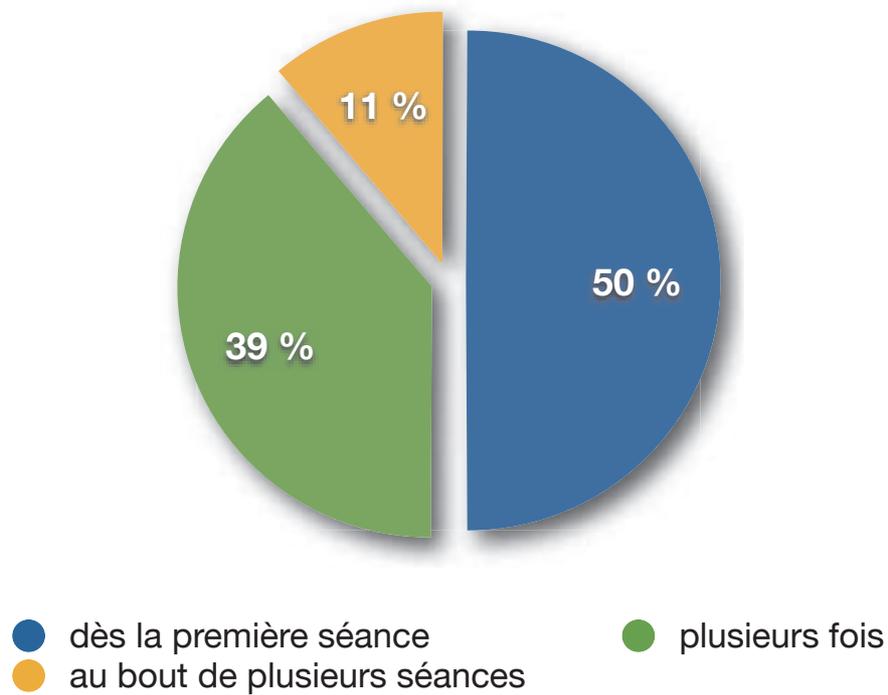
**Figure 28 : Moyenne des nombres de mots clés cités par le patient sur les différents thèmes abordés**

Nous demandions au patient s'il pouvait expliquer brièvement sa maladie par 4 mots clés sur chaque thème.

Sur 16 mots clés attendus, seul 4 en moyenne ont été cités par les patients. L'origine de la maladie reste la mieux représentée, à travers les termes de; mauvaise hygiène, tartre et tabac...

## II-4-2-2- Les prescriptions

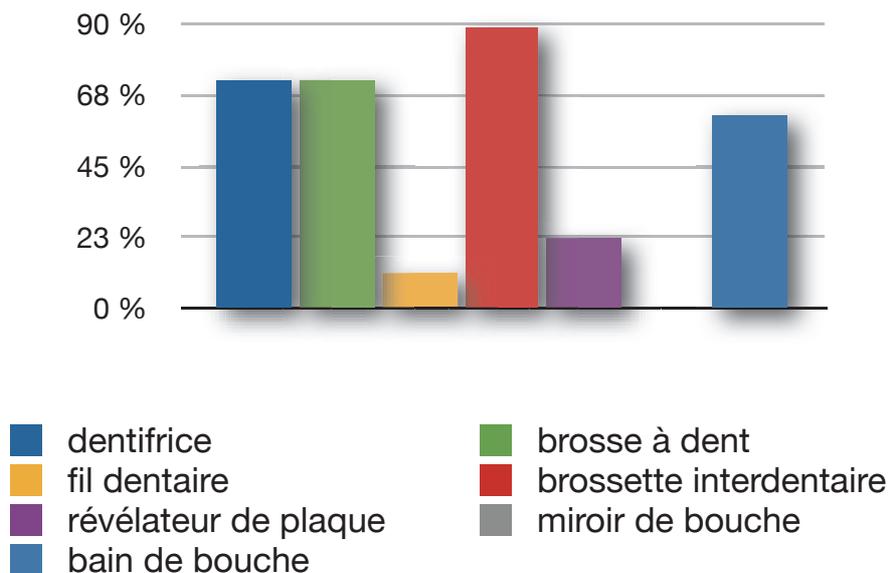
### - A quel moment la prescription a-t-elle été réalisée?



**Figure 29 : Période de réalisation de la prescription**

Seuls 39% reprennent la prescription du matériel à l'hygiène au moins deux fois.

### - Ce qui a été prescrit ?



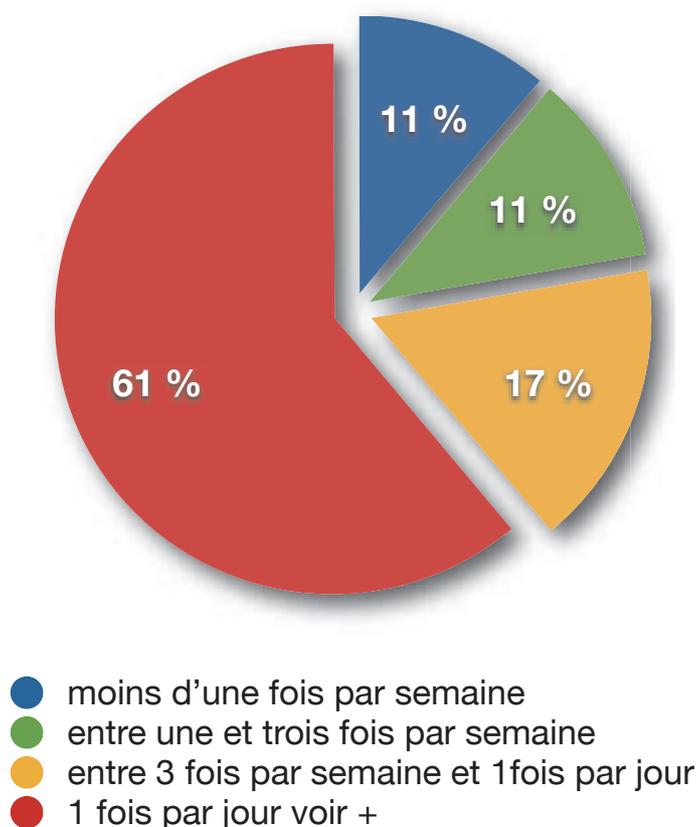
**Figure 30 : Le matériel prescrit pour le patient**

Majoritairement, dentifrice, brosse à dent, brossettes inter-dentaires et bains de bouche sont prescrits. Par contre, très peu de fil dentaire et aucun révélateur de plaque, ni de miroir intra-buccal ne sont conseillés.

**- Le patient pense-t-il avoir suivi les conseils de l'étudiant ?**

94% des patients pensent avoir suivi les conseils donnés par leur étudiant.

**- Fréquence d'utilisation de la brossette inter-dentaire**



**Figure 31 : Fréquence de l'usage de brossette inter dentaire**

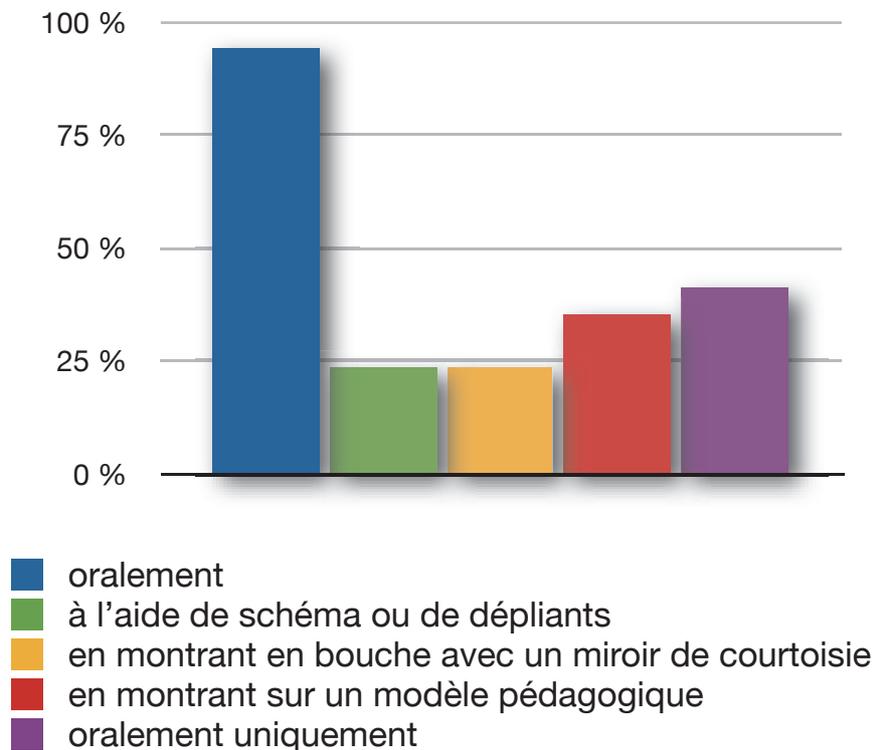
61% des patients affirment utiliser les brossettes inter-dentaires une fois par jour voir plus, tandis que 17% les utilisent entre 3 fois par semaine et une fois par jour.

**- Le patient utilise t-il le miroir pour faire ses manoeuvres d'hygiène bucco-dentaire en bouche ?**

50% des patients utilisent le miroir pour réaliser ses manoeuvres d'hygiène bucco-dentaire en bouche. Le miroir utilisé par ces patients est le miroir de la salle de bain, en effet, le miroir intrabuccal n'a pas été prescrit par les étudiants.

### II-4-2-3- Explication de la thérapeutique

#### - Comment a été réalisée l'explication de la thérapeutique



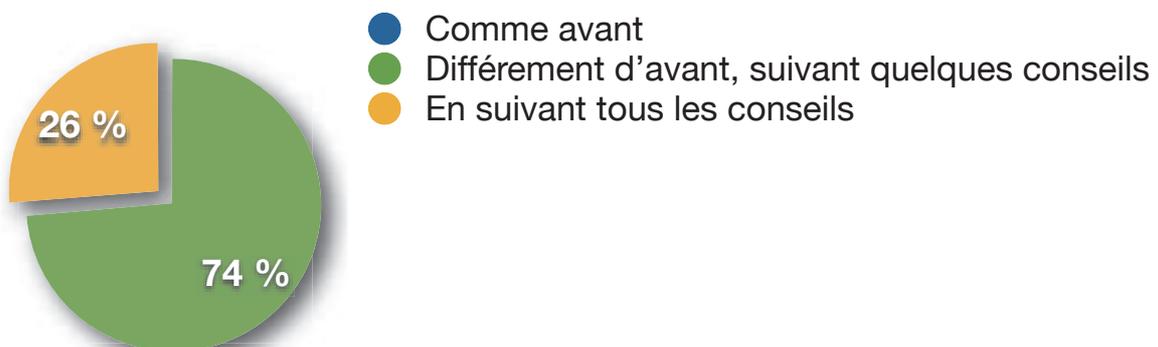
**Figure 32 : Méthode de réalisation de l'explication de la thérapeutique.**

Selon les patients, 94% des étudiants ont réalisé l'explication de la thérapeutique oralement (associée ou non à des schémas, dépliants, ou à une explication en bouche...), dont 41 % uniquement à l'oral.

#### - Le patient a-t-il changé sa manière de se brosser les dents ?

95% des patients affirment avoir changé leur manière de se brosser les dents.

#### - Comment se brosse t-il les dents ?

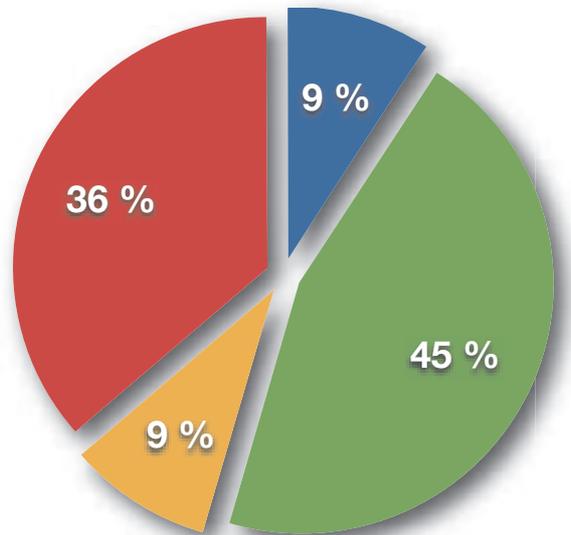


**Figure 33 : usage des méthodes de brossage suite aux explications**

**- Le patient sait-il évaluer son brossage ?**

58% des patients affirment savoir évaluer leur brossage.

**- Comment celui-ci l'évalue t-il ?**

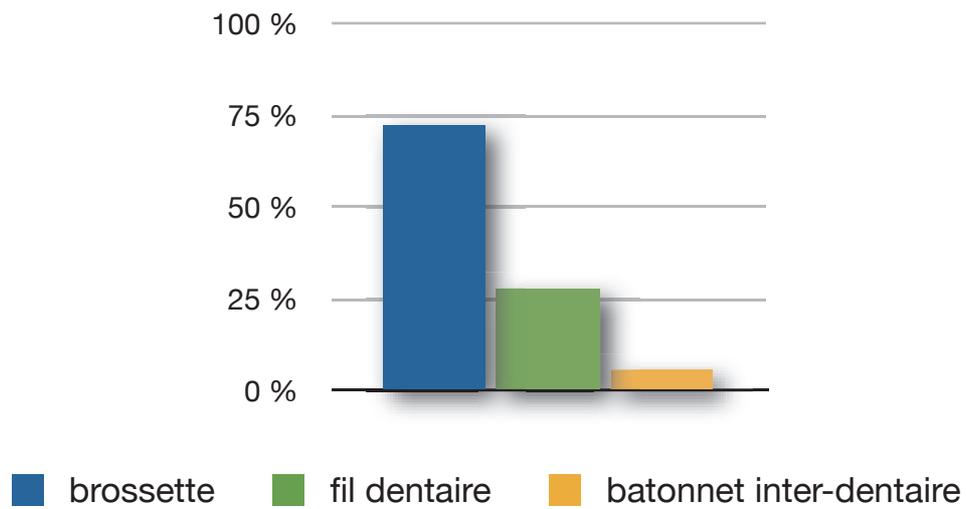


- avec révélateur de plaque
- aspect des gencives
- saignement lors brossage
- au temps passé

**Figure 34 : Méthode d'évaluation de brossage utilisée par le patient.**

45% des patients évaluent leur brossage en fonction de l'aspect de leurs gencives après le brossage, tandis que 36% l'évaluent au temps passé, 9 % l'évaluent par rapport au saignement lors du brossage. Enfin, 9% l'évaluent grâce au révélateur de plaque.

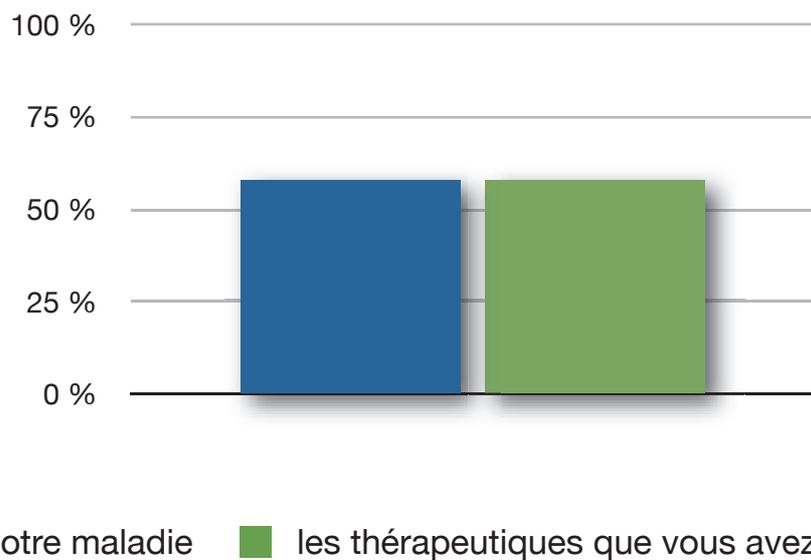
**- Le patient sait-il utiliser ?**



**Figure 35 : Pourcentage de patient sachant utiliser les différents types de matériels.**

72% des patients disent savoir utiliser leurs brosettes inter dentaires, tandis que 28% disent savoir utiliser le fil dentaire.

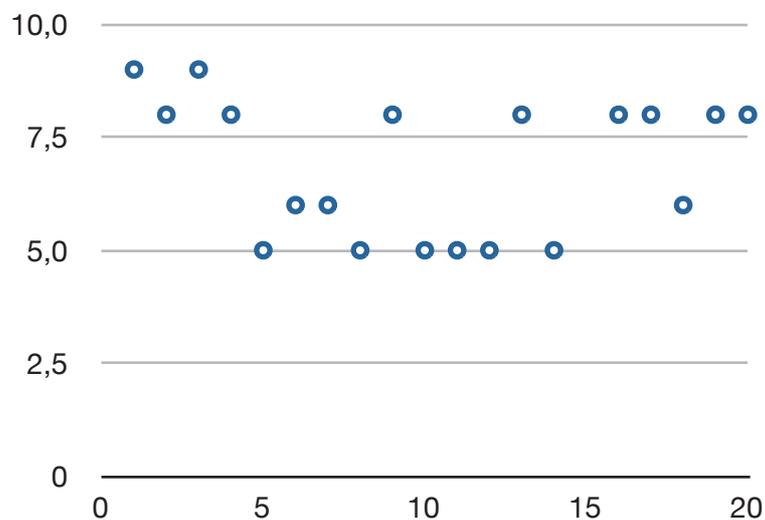
#### II-4-2-4- Représentation patient/praticien



**Figure 36 : Pourcentage de patient sachant utiliser les différents types de matériels.**

Seuls 58% des patients pensent pouvoir réexpliquer leur maladie ou leur thérapeutique.

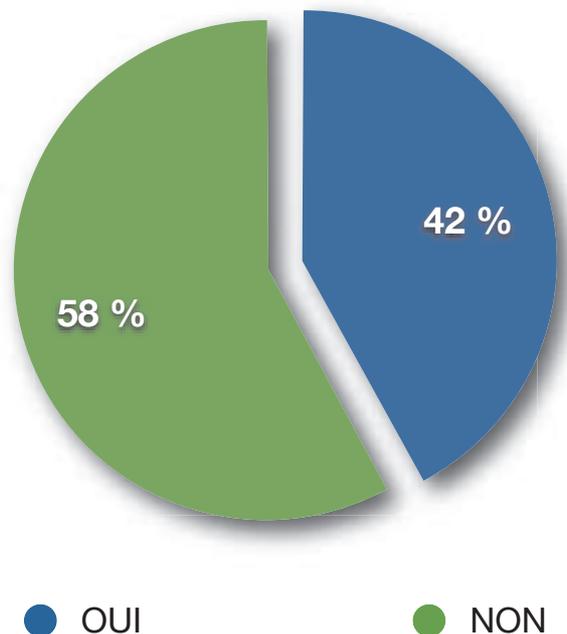
#### - Auto-évaluation de son brossage par le patient sur une échelle de 0 à 10



**Figure 37 : Ensemble de note entre 0 et 10 sur la méthode de brossage utilisée par le patient lors de leur auto-évaluation.**

La moyenne des notes est de 6,8, avec des résultats compris entre 5 et 9.

**- Intérêt du patient concernant une éventuelle séance sur la santé parodontale.**



**Figure 38 ; Intérêt du patient pour une éventuelle séance sur la santé parodontale.**

**II-4-2-5- Conclusion**

Lors de cette étude descriptive nous pouvons observer dans un premier temps que les patients ont eu plusieurs intervenants au cours de leur parcours de soins, ce qui peut avoir pour conséquence un manque de ligne de conduite dans l'apport d'information concernant leur maladie et pas de réel suivi quant à l'apprentissage des objectifs. Dans un second temps, 84% des patients pensent avoir compris leur maladie, cependant lorsqu'on leur demande de citer des mots clés pour expliquer leurs maladies ils n'en citent que quatre sur seize en moyenne. Ce qui met en évidence la subjectivité de leurs réponses. Enfin, 42% des patients sont favorables à une séance d'éducation thérapeutique et donc sensibilisés à l'importance de l'apport d'information pour stabiliser leur maladie.

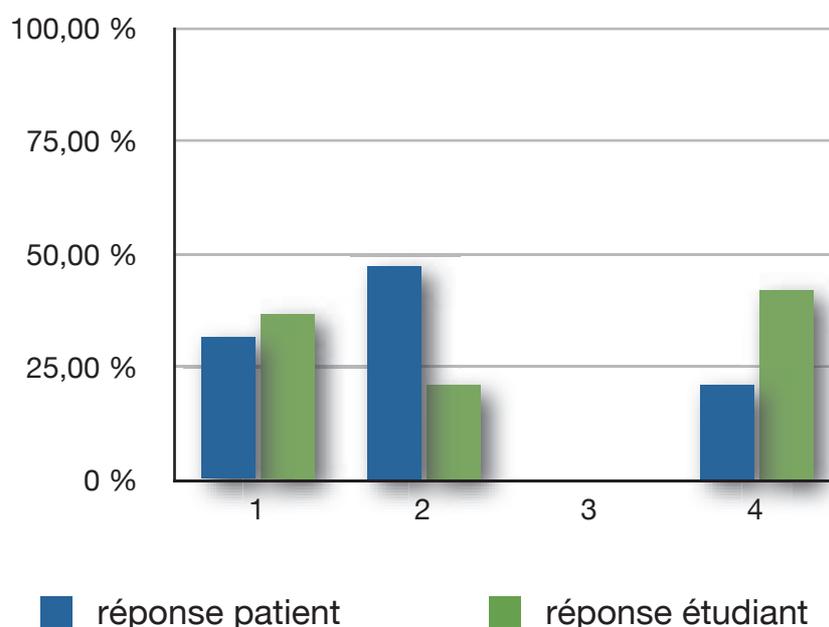
### II-4-3- Comparaison des réponses des questionnaires patients étudiants.

Cette partie est une analyse observationnelle, descriptive et comparative des résultats des questionnaires qui a pour but de dresser un état des lieux des informations apportées par les étudiants sur la maladie et son traitement, avec une attention particulière au sujet de la motivation à l'hygiène bucco-dentaire.

#### II-4-3-1- Explication de la maladie

Pour les patients recrutés dans ce travail, le motif principal de contrôle de plaque n'est pas la présence de nombreuses caries. En effet, les patients sont pris en charge pour le traitement d'une parodontite, donc il semble normal que les étudiants mettent en avant principalement le critère parodontal.

#### - à quel moment explique t-on la maladie?



**Tableau 39: à quel moment la maladie est-elle expliquée ?**

1; au cours de la première séance, après le diagnostic

2; au cours du traitement

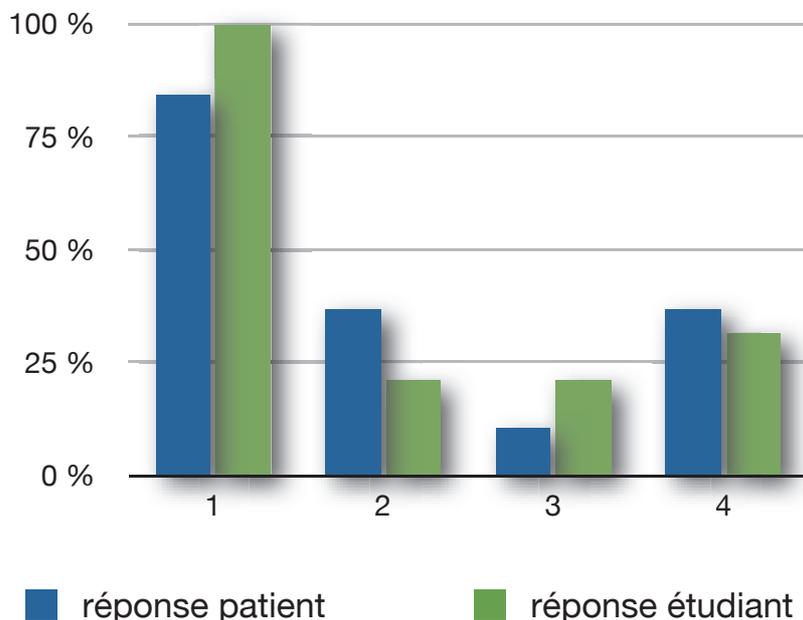
3; uniquement sur demande du patient

4; au cours de la première séance et au cours du traitement

Nous pouvons observer une différence concernant l'apport d'information. 42% des étudiants interrogés affirment donner l'information au cours de la première séance et au cours du traitement, tandis que 21% des patients interrogés le disent. Nous retrouvons cette différence pour les informations données au cours du traitement, que l'intention des étudiants et la perception des patients soient différentes. En effet, le patient pose plus facilement des questions au cours du traitement, alors que l'étudiant considère qu'il est important de livrer le message dès le début du traitement. En effet, nous observons que

47% des patients disent recevoir l'information au cours du traitement tandis que 21% des étudiants le déclarent.

### - Comment l'explication a-t-elle été donnée ?



**Tableau 40 : Comment l'explication est-elle réalisée ?**

1; oralement

2; à l'aide de schéma

3; en bouche avec un miroir

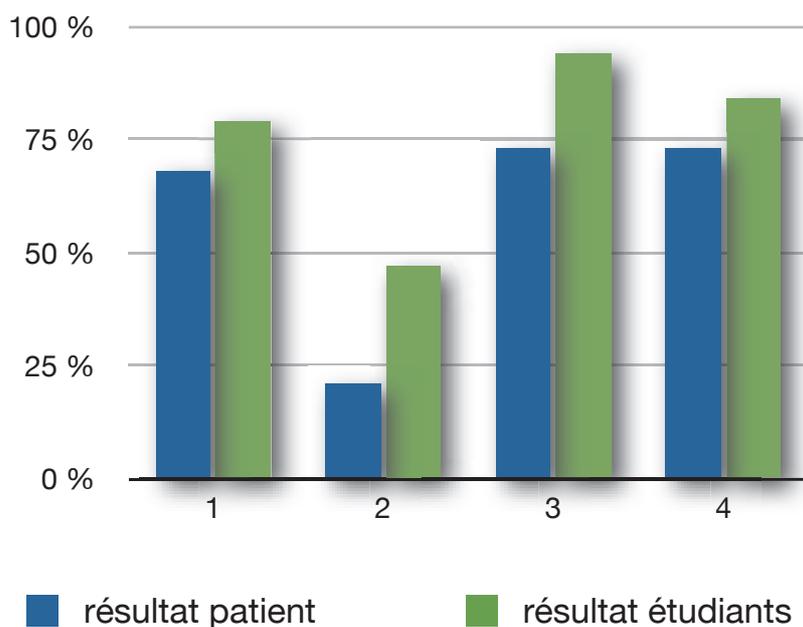
4; en s'appuyant sur des radiographie

Concernant cette question il semble y avoir un décalage entre ce que disent les étudiants et ce qu'en disent les patients.

100% des étudiants disent expliquer la maladie parodontale oralement, alors que seuls 84% des patients le notifient. 21% des étudiants l'expliquent à l'aide de schémas et de dépliants ou en montrant en bouche, tandis que 36% des patients ont eu des explications à l'aide de schémas et 10% à l'aide de miroir. Concernant, l'explication à l'aide de modèle pédagogique cité par l'étudiant, le patient n'en parle même pas.

Ces nombreuses différences peuvent être attribuées à la multiplicité des intervenants ayant expliqué la maladie au patient ; en effet, 57% des patients ont déjà obtenu des informations par le praticien qui les suivait et qui les a orienté au CHU. 42% ont obtenu des informations lors de leur consultation d'entrée.

## - Quels thèmes ont été abordés lors de l'explication ?



**Tableau 41: Thèmes abordés lors de l'explication.**

1; l'origine de la maladie parodontale

2; Les mécanismes de mise en place de la maladie

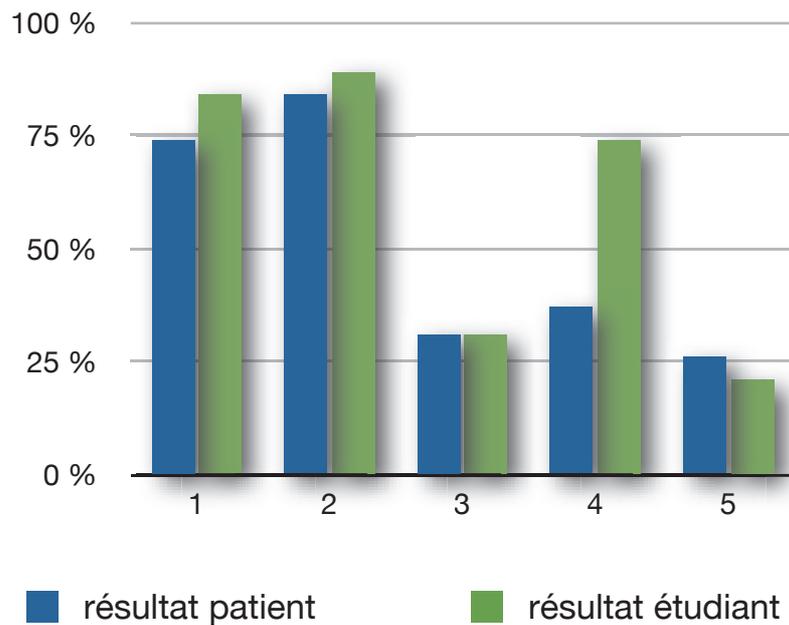
3; les principes de traitement

4; les résultats escomptés

Tout d'abord, les réponses des étudiants sont toujours au-dessus de celles des patients dans les 4 compartiments, ce qui va dans le sens de confirmer une perte d'information compréhensible...

Selon les étudiants et patients, les thèmes abordés sont en premier les principes de traitement de la maladie parodontale, puis les résultats escomptés, ensuite vient l'origine de la maladie, et enfin les mécanismes de mise en place de la maladie. **Concernant ce dernier thème, moins d'un étudiant sur 2 affirme aborder ce thème tandis que 1/4 patient le souligne, ce qui est très faible.**

## - En ce qui concerne l'origine de la maladie parodontale



**Tableau 42 : Origine de la maladie parodontale**

1; plaque

2; tartre

3; maladie systémique

4; facteurs de risques présents

5; facteurs génétiques

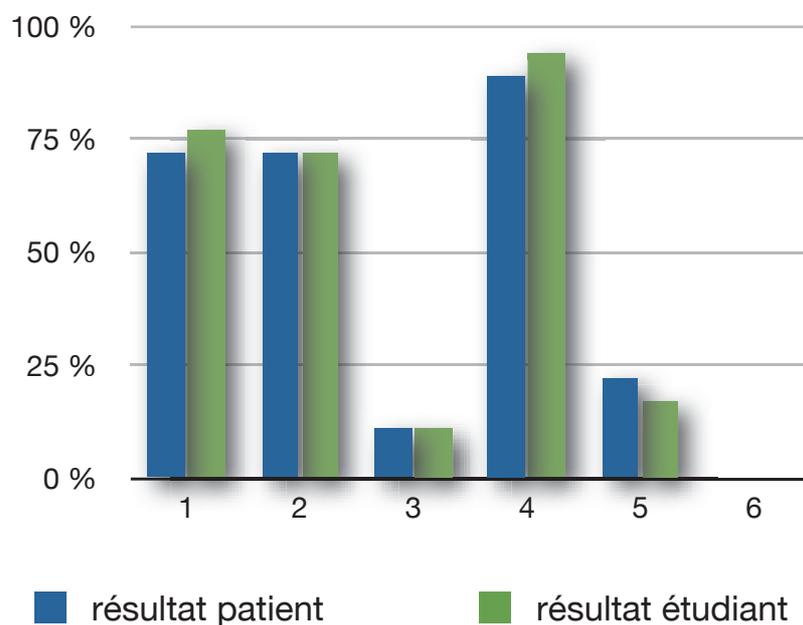
Concernant l'origine de la maladie, les étiologies citées par étudiants et patients semblent se correspondre, ils parlent tout d'abord du tartre, puis de la plaque dentaire, ensuite viennent les facteurs de risques. Enfin, et avec un pourcentage très faible nous avons les **maladies systémiques et les origines génétiques. Seulement 21% des étudiants affirment en parler.** De plus, nous pouvons observer qu'il semble y avoir une différence concernant les facteurs de risques présents. L'origine de cette différence peut être due soit à un manque d'objectivité de l'étudiant au moment de l'étude, en effet les étudiants répondent aux questionnaires en donnant les meilleures réponses. Mais la différence peut être aussi due à une perte d'information entre ce que dit l'étudiant et ce que comprend son patient. Enfin, nous pouvons noter que le tartre est cité avant la plaque dentaire, alors que l'origine de la maladie parodontale est la plaque dentaire. Peut être que les étudiants cherchent à simplifier et vulgariser. Le but n'est pas d'amener le patient au niveau de l'étudiant mais de lui faire comprendre le message.

## II-4-3-2- Les prescriptions

### - A quel moment la prescription a-t-elle été réalisée ?

44% des étudiants donnent leur prescription au moment de la première séance, tandis que 50% patients disent avoir eu leur prescription à la première séance. Ce qui correspond. Cependant, nous avons pu observer que seulement 39% des étudiants la refont plusieurs fois : **61% des étudiants ne réévaluent pas l'usage du matériel face à l'évolution des soins et du changement de comportement du patient.**

### - Ce qui a été prescrit ?



- 1; dentifrice
- 2; brosse à dent
- 3; fil dentaire
- 4; brossette inter dentaire
- 5; révélateur de plaque
- 6; miroir intra-buccal

**Tableau 43 : Ce qui a été prescrit**

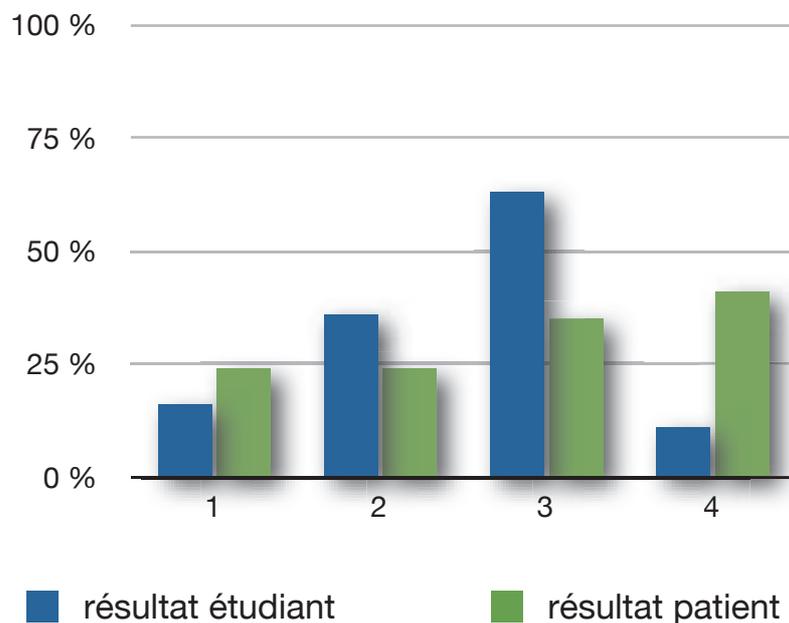
La perte d'information semble limitée. Nous pouvons observer que d'une manière globale les réponses semblent se correspondre. Cependant, nous pouvons noter l'importante prescription des brossettes interdentaires par les étudiants (94) tandis que le fil dentaire ainsi que le révélateur de plaque n'est prescrit qu'à 11%.

### II-4-3-3- Explication de la thérapeutique

#### - Comment l'explication a-t-elle été réalisée ?

Selon les étudiants, seul 10% d'entre eux l'expliquent uniquement à l'oral tandis que les patients parlent de 41% des étudiants, ce qui peut mettre en évidence soit un manque d'objectivité des étudiants qui a envie de répondre correctement aux questions, soit un décalage entre ce que comprend le patient et ce qu'explique l'étudiant.

63% des étudiants s'aident d'un miroir pédagogique, 15% s'aident de schéma et dépliants. De plus les 15% des étudiants qui expliquent à partir de schéma et dépliants utilisent aussi le modèle pédagogique. Enfin, 37% des étudiants le montrent en bouche.



1; à l'aide de schéma ou dépliant

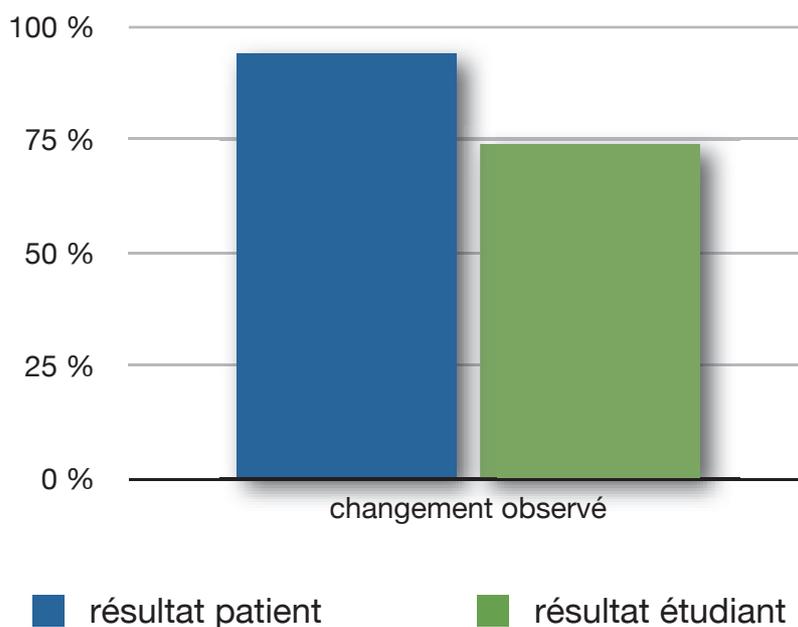
2; en montrant en bouche avec un miroir

3; avec un modèle pédagogique

4; oralement uniquement

**Tableau 44 : Comment l'explication des manoeuvres d'hygiène a-t-elle été donnée?**

## - Résultat chez les patients ;



**Tableau 45 : Changement de comportement**

À 95% les patients estiment avoir changé de comportement par rapport au contrôle de plaque. Cependant, selon les étudiants, seul 74% des patients ont changé de comportement, ce qui met en évidence le fait que les patients répondent en partie pour faire plaisir aux étudiants ou ces patients ont compris mais ils n'arrivent pas à mettre en pratique les techniques préconisées. Ce qui est aussi observable lorsque nous leur demandons comment ils réalisent leur brossage ; seul 26% suivent tous les conseils de leur étudiant.

Lorsque nous avons demandé aux étudiants d'objectiver le changement de comportement de son patient, seul 30% des étudiants interrogés ont prit conscience d'un réel changement chez leurs patients. En effet, seulement 30% parlent soit de révélateur de plaque soit des indices parodontaux.

#### II-4-3-4- Représentation patient praticien

100% des étudiants pensent que leur patient a pris conscience de sa maladie et 95% des patients pensent avoir compris leur maladie. Seulement 58% des patients pensent pouvoir réexpliquer leur maladie ou la thérapeutique.

Nous avons demandé au patient de s'auto-évaluer en se donnant une note de 0 à 10 concernant leur brossage par rapport à ce que leur a expliqué de faire l'étudiant. En moyenne, nous obtenons 6,8.

Enfin, seul 42% sont éventuellement intéressés pour une séance d'éducation à la santé parodontale.

## II-5- Discussion

L'objectif de cette étude a été d'analyser comment est réalisée la motivation à l'hygiène au sein du secteur de parodontologie au CHU de Nantes. Cette étude a permis de mettre en évidence les limites des méthodes utilisées et l'intérêt de la mise en place de séances d'éducation thérapeutique du patient. Nous pourrions ainsi comparer le ressenti du patient face à la méthode utilisée par l'étudiant. Pour cela nous avons choisi une méthode semi-dirigée pour laisser libre court au patient et à l'étudiant de s'exprimer. Nous sommes partis sur une méthode mixte constituée de QCM, pour réaliser une analyse descriptive et de questions ouvertes pour explorer éventuellement des sujets qui n'auraient pas été abordés autrement.

Dans un premier temps, la mise en place d'un questionnaire destiné aux étudiants de D3 et T1 nous a mis en difficulté au niveau du recrutement des binômes, puis au niveau de la méthode de réalisation des questionnaires.

En effet, la motivation au contrôle de plaque réalisée par l'étudiant du binôme patient étudiant est le principal critère de recrutement de ces binômes. Cependant, dans le cadre de l'enseignement, les étudiants doivent réaliser un certain nombre d'acte (soumis à un CONTRAT DE POINTS). Dans le souci de remplir ces objectifs, les patients sont malheureusement souvent confiés d'un étudiant à un autre. De plus, le remaniement des objectifs pédagogiques et cliniques pour les étudiants D3 et T1 fut un obstacle. En effet, les T1 n'ont plus de contrat en parodontologie et seuls ceux qui sont intéressés par cette discipline suivent généralement des patients pour ce problème. De plus, les étudiants de T1 en option parodontologie prennent en charge un certain nombre de patient pour une thérapeutique chirurgicale ; la thérapeutique initiale étant généralement effectuée par un étudiant de D3 ou D2. Dès lors, le recensement des couples patient/étudiant, notamment des couples T1/patient s'est avéré plus délicat.

D'autre part concernant les questionnaires, nous avons pu observer au fil des réponses données par les étudiants ou par leurs patients, un manque d'impartialité. En effet, du côté étudiant, même si le questionnaire est anonyme, il nous a semblé qu'ils essayaient de répondre le plus "correctement" possible aux questions comme pour un examen, plutôt que de dire ce qu'ils faisaient vraiment. Du côté patient, nous avons observé au fil des questionnaires, qu'ils tentent d'éviter de «pénaliser» leur étudiant.

Enfin, concernant la méthode utilisée ; lors de l'enquête réalisée, nous avons pu observer que le protocole proposé n'était pas réellement respecté. En effet, lors de l'explication de la maladie, seulement 20% des étudiants utilisent des schémas ou montrent en bouche afin d'illustrer leurs explications. Seul 1/4 aborde le thème de la mise en place de la maladie parodontale. Seul le thème de l'origine de la maladie parodontale semble compris par le patient.

Concernant les prescriptions, seul 10% des étudiants prescrivent fil dentaire ou révélateur de plaque. De même, lors des explications des prescriptions, seul 10% la réalisent comme le stipule le protocole.

Enfin, dans certains cas, l'intervention inéductible de plusieurs protagonistes (le praticien qui les a orienté au CSD, lors de la consultation d'entrée, les étudiants, les praticiens attachés et assistants qui encadrent les vacances) a pu jouer sur les réponses de ces derniers.

Pour diminuer l'implication de ces éléments, nous aurions pu observer comment était réalisée une séance de motivation à l'hygiène et interroger le patient sur ce qui a été compris.

Néanmoins, nous avons pu dans une certaine mesure, évaluer le protocole utilisé actuellement. Cette méthode mise à la disposition des étudiants par le département de parodontologie correspond en partie à une technique de type «tell, show, do» (35) déjà citée précédemment. Elle a montré certaines limites : désintérêt du dentiste ou du patient, temps limité consacré aux explications et moyens d'explications limités. Aucune considération n'est faite concernant la théorie du changement. Dans un premier temps, nous pouvons observer un désintérêt de la part du praticien (étudiant). En effet, 61% des étudiants interrogés ne réévaluent pas leurs prescriptions et seulement 10% prescrivent du révélateur de plaque ou du fil dentaire. Ils semblent réaliser cet acte, de manière contrainte, sans réelle conviction et sans réelle compréhension de son importance. Seul 10% des étudiants interrogés semblent avoir intégré cette approche à leur manière de gérer leur patient. Ce «désintérêt» semble être contagieux vis-à-vis des patients : puisque seulement 42% des patients interrogés souhaitent réaliser une séance d'éducation à la santé parodontale. Les patients pensent avoir tout compris ou pensent ne pas avoir besoin de consacrer plus de temps à la prise en charge de leur maladie parodontale.

Une grande part de ces patients n'ont pas intégré l'importance des changements à apporter à leur hygiène orale dans le cadre du traitement de leur maladie parodontale. Il faudrait éventuellement réussir à motiver les étudiants pour qu'ils motivent leur patient. En effet, ils ne semblent pas encore faire le lien entre l'obtention d'une hygiène bucco-dentaire performante et la réussite d'une thérapeutique parodontale. Ce problème est observé quelles que soient les méthodes utilisées. Une étude réalisée par Gatto et Coll en 1997(18) auprès de 20 professionnels de santé inscrits dans un cycle de formation continue montre cela. En effet, cette étude est réalisée sur des professionnels de santé n'ayant pas reçu de formation concernant l'éducation thérapeutique du patient. L'hypothèse du peu de compétence des thérapeutes (kinésithérapeutes dans ce cas) à favoriser la modification des comportements nuisibles à la santé des patients a été testée. Selon cette dernière, la difficulté des praticiens à mettre en place des actions d'éducation à la santé au cours de leur pratique était liée au contenu de leur formation initiale et à l'absence de formation en pédagogie et en éducation de santé. Cette étude montre que les thérapeutes ne peuvent alors se placer comme de véritables médiateurs du changement des comportements nuisibles à la santé. Leur formation initiale ne leur permet pas de donner ce rôle. En effet, les conclusions de cette étude montrent que les professionnels de santé ont tendance à inhiber, par leurs intentions et par leur discours thérapeutique, l'apprentissage des patients qu'ils ont à leur charge.

L'acquisition de savoir semble être l'élément essentiel dans la mise en place d'un changement de comportement et le maintien de ce dernier. L'étude que nous avons

réalisée semble mettre en avant que les patients pensent être très au courant de leur maladie, mais ne sont pas capables de l'expliquer à un proche en quelques mots clés. De même, les explications ne sont pas toujours complètement suivies par le patient à 100 % (« suiviez-vous les conseils donnés par l'étudiant ? »). Ils s'en inspirent principalement en fonction de leur propre représentation de leur maladie. Le savoir semble jouer sur l'acquisition de changement de comportement et notamment sur la compréhension de l'intérêt de réaliser cette action. Dans une étude statistique de Deinzer et Coll (12), réalisée par téléphone auprès de 1001 sujets allemands ayant plus de 14 ans, les participants répondent aux questions concernant la définition, l'étiologie, et les facteurs de risques de la maladie parodontale, ainsi que les risques associés et les mesures pour prévenir ces risques. Ils ont aussi interrogé les participants sur leur comportement d'hygiène bucco-dentaire. L'étude conclue que l'éducation à la santé parodontale doit être améliorée au niveau communautaire. Surtout au niveau des écoliers, des personnes âgées et les personnes qui ont eu moins d'éducation. La connaissance des mesures préventives (les techniques d'hygiène, la compréhension du rôle de la plaque, une détection rapide des parodontites) a été reconnue comme étant fortement rattachée à un comportement actuel et positif de santé bucco-dentaire. Cela implique que les mesures préventives doivent être la cible des futures interventions.

Dans un second temps, en moyenne une motivation à l'hygiène réalisée par les étudiants interrogés dans l'étude dure 16 min avec un minimum de 5 minutes et un maximum de 30 minutes. L'étude de N. Kakudate et coll (30) compare l'efficacité à court terme de la méthode traditionnelle de motivation à l'hygiène (groupe contrôle) à une méthode d'éducation basée sur l'entretien motivationnel (groupe d'étude). Chaque groupe est vu 20 minutes une fois par semaine pendant 3 semaines. Le groupe étudié bénéficie en plus durant 10 minutes d'un approche en 6 étapes de développement pour l'éducation du patient. Ils en concluent qu'il y a peu de différence entre les deux groupes au niveau clinique et comportemental sur les premières visites et l'auto-efficacité semble être la même. Cependant, après la troisième visite (troisième semaine), le groupe d'étude présente une auto-efficacité élevée, un faible indice de plaque, et un temps de brossage nettement plus important que le groupe contrôle. A court et moyen terme, une efficacité plus importante de l'entretien motivationnel est démontré par rapport à une méthode de type "tell, show, do". Le temps consacré par les étudiants concernant l'éducation au contrôle de plaque est inférieur à cette étude (groupe de contrôle), même si 70% des étudiants interrogés lors de notre étude y reviennent aux consultations suivantes : l'explication n'excède pas quinze minutes en moyenne. L'amélioration de l'auto-efficacité du patient après une éventuelle consultation d'ETP seraient alors très nette. Une étude de Jönsson B. Et Coll (29) évalue sur 113 sujets l'effet d'un programme d'éducation à la santé bucco-dentaire sur la santé parodontale par rapport à une méthode standard (les praticiens ont donné aux participants des informations structurées sur la maladie parodontale, ses conséquences, le rôle d'une attention particulière à la réalisation des manoeuvres d'hygiène bucco-dentaire ainsi que, les méthodes pour les réaliser correctement. Une démonstration est donnée si nécessaire). Cette étude a duré 12 mois,

et mesure le saignement au sondage, la profondeur de poche, la fermeture des poches et l'indice de plaque. Jönsson et coll en concluent que le programme éducatif donne de meilleurs résultats que la méthode standard. Nous pouvons aussi observer l'importance de la méthode utilisée dans une autre étude de Gatto et Coll (18). En effet, dans cette étude réalisée dans le milieu de la rééducation fonctionnelle, les résultats entre deux groupes ont été comparés ; le premier groupe appelé «expérimental» a bénéficié au cours de soins de dispositifs pédagogiques spécifiques correspondant à une éducation thérapeutique avec des thérapeutes formés en pédagogie et en éducation à la santé. Tandis que le second groupe considéré comme «témoin» a bénéficié d'une démarche pédagogique centrée sur la maladie. Cette étude met l'accent sur l'intérêt de l'éducation à la santé en montrant que plus le patient a acquis un savoir-faire au niveau de la gestion de son corps, de sa maladie, de ses soins, suivant son environnement, meilleurs sont les résultats sur le plan thérapeutique et sur le plan éducatif. Cela signifie que les thérapeutes devraient s'attacher à favoriser l'appropriation de savoir et de savoir-faire de la part de la population.

Nous avons également constaté que la méthode utilisée par les étudiants ne prend pas en considération le changement du patient, ou sa motivation à changer. En effet, chez les patients interrogés, la mise en place d'une motivation à l'hygiène ne semble pas réaliser suite à une demande du patient. Yeclahova D et coll (29) ont réalisé une métaanalyse de 32 études qui comparent l'effet de l'entretien motivationnel sur la santé comparée au modèle standard dans différents secteurs de santé. Ils mettent en évidence que l'entretien motivationnel est le système le plus efficace pour acquérir un changement de comportement dans la santé et qu'il existe un grand besoin de développer cette approche dans le domaine de la santé bucco-dentaire et notamment en parodontologie.

# CONCLUSION

Ce questionnaire, réalisé afin d'évaluer l'intérêt de la mise en place d'une séance d'éducation thérapeutique, nous a permis de constater dans un premier temps une inadéquation entre ce qui est demandé aux étudiants, ce qui est réellement fait et le ressenti des patients. Cette enquête nous permet alors de mettre en évidence un nombre important d'intervenants rencontrés par le patient au cours de son parcours de soin. Il serait intéressant de mettre en place une feuille de route avec les différents objectifs nécessaires à l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire. Ainsi, chaque intervenant pourra évaluer les compétences acquises par le patient et combler les éventuelles lacunes. De plus, nous avons noté un désintérêt des étudiants vis-à-vis de l'importance d'expliquer au patient la maladie parodontale. Or, comme le souligne l'étude de Deinzer et Coll (12) l'apprentissage de la maladie parodontale, de ses conséquences et de l'importance de la prévention a d'importantes répercussions sur le comportement du patient vis-à-vis de son hygiène bucco-dentaire. Cela ne semble pas évident pour nos étudiants, car ils n'ont pas été sensibilisés par ce phénomène (manque de formation, manque d'expérience). La mise en place d'une séance d'éducation thérapeutique du patient pourra permettre de sensibiliser l'étudiant sur l'importance de cette démarche.

L'éducation thérapeutique du patient, comme le définit l'OMS "vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique"(36). De façon plus concrète, lors des séances d'éducation, il va se créer un partenariat entre le praticien et le patient pour que ce dernier développe notamment des compétences de savoir (connaissance de la maladie parodontale et ses conséquences) et des compétences d'auto-soins (hygiène bucco-dentaire...). Un changement de comportement durable en matière d'hygiène bucco-dentaire est ainsi attendu.

L'éducation thérapeutique du patient nécessite la mise en place d'une structure organisée, constituée par des praticiens formés et sensibilisés à cette approche. Le développement de cette discipline permettrait ainsi de réaliser une meilleure prise en charge globale du patient avec un maintien d'une santé parodontale plus durable dans le temps.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1. AES T.

Periodontal maintenance.  
Aus Dent J 2009;**54**:(1 Suppl):S110-S117.

### 2. ASSAL JP.

Traitement des maladies de longue durée; de la phase aiguë à la phase chronique. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge.  
Encycl Méd Chir (Paris), Médecine, 25005 A 10, 1996, **18**.

### 3. BAUMANN M, DESCHAMPS JP, PELCHEVIS M et TURSZ A.

Projets de recherche et memoires en santé publique et communautaire.  
Guide pratique.  
Nancy: Centre International de l'enfance, département de santé publique de la Faculté de Médecine de Nancy, 1991.

### 4. BERCY P et TENENBAUM H.

Prophylaxie du patient.  
In; TENENBAUM.ed Parodontologie: du diagnostic à la pratique.  
Bruxelles: De Boeck et Larcier, 1996.

### 5. BOURGEOIS D et BOEHNI P.

Surveillance, épidémiologie et maladies parodontales.  
Encycl Méd Chir (Paris), Odontologie, 23444 A 10, 2002, **6**.

### 6. BOURGEOIS P, BOUCHARD P et MATTOUT C.

Epidemiology of periodontal status in dental adults in France, 2002-2003.  
J Periodont Res 2007;**42**(3):219-227.

### 7. BRECX M, BROWNSTONE E, MACDONALD L et coll.

Efficacy of Listerine®, Meridol® and Chlorhexidine to regular tooth cleaning measures.  
J Clin Periodontol 1992;**19**(3):202-207.

### 8. BURT BA.

Concept of risk in dental public health.  
Commun Dent Oral Epidemiol 2005;**33**(4):240-247.

### 9. CHAPPLE ILC et HILL K.

Getting the message across to periodontitis patients: the role of personalised biofeedback.  
Int Dent J 2008;**58**(S5):294-306.

### 10. CUNGI C.

L'alliance thérapeutique.  
Les psychothérapies.  
Les grands dossiers de science humaine 2009;15.

### 11. DECCACHE A et LAVENDOMME E.

Information et du patient.  
Bruxelles: De Boeck University, 1989:45.

- 12. DEINZER R, MICHEELIS W, GRANRATH N et HOFFMANN T.**  
More to learn about: periodontitis-related knowledge and its relationship with periodontal health behaviour.  
J Clin Periodontol 2009; **36**(9);756-764.
- 13. DUFFORT JT.**  
Facteurs de risque «facteurs aggravants « Les patients qui nécessitent une attention particulière».  
Dialogue 1999;**6**:13-15.
- 14. DUHAMEL L.**  
Motivation des patients avec application individuelle d'un programme intensif pour l'obtention de la santé buccale.  
Schweiz Monastsschr Zahmed 1979;**89**(12):1257-1270.
- 15. DUYNINH T, ORTI V, JAME O et coll.**  
Classification des maladies parodontales.  
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23441A10, 2005.
- 16. FREEMAN R.**  
The psychology of dental patient care. 10 Strategies for motivating the non-compliant patient.  
Br Dent J 1999;**187**(6):307-312.
- 17. GAGNAYRE R et TRAYNARD PY.**  
L'éducation thérapeutique du patient.  
Encycl Med Chir (Paris), AKOS, 7-1027, 2002, **11**.
- 18. GATTO F.**  
Apprendre à éduquer le patient.  
Actual D S P 1999;**26**:70-74.
- 19. GENON P et ROMAGNA-GENON C.**  
Le traitement parodontal raisonné.  
Paris: CdP, 1999.
- 20. GOLAY A, LAGGER G et GIORDAN A.**  
La place de l'éducation dans la thérapie.  
In; GOLAY, ed. Comment motiver le patient à changer?  
Paris: Maloine, 2010.
- 21. HAFFAJEE A et SOCRANSKY S.**  
Frequency distributions of periodontal attachment loss. Clinical and microbiological features.  
J Clin Periodontol 1986;**13**:(4)25-36.
- 22. HAROLD L.**  
Listening to patient.  
CDA J 2007; **35**(3): 183.
- 23. HARTEMANN-HEURTIER A et ESCHWEGE F.**  
L'annonce du diagnostic.  
In: SIMON, ed. Education Thérapeutique; Prévention des maladies chroniques. 2ème ed.  
Paris: Masson, 2009.

**24. HAUTE AUTORITE DE SANTE.**

Recommandations : Education Thérapeutique du patient ; Définition, finalités et organisation.

Juin 2007.

<http://www.has-sante.fr>.

**25. HOVAGUEM A.**

Hygiène buccale; la place de la brosse à dent et les méthodes de brossages.

Dent News 1997;**18**(5):15-20.

**26. INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION A LA SANTE.**

L'éducation thérapeutique du patient en 15 Questions-reponses.

[http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/07/pdf/Questions\\_reponsesETP.pdf](http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/07/pdf/Questions_reponsesETP.pdf)

**27. JEPSEN S.**

The role of manual toothbrushes in effective plaque control : advantages and limitations.

In : LANG NP, ATTSTROM R, LOE H,eds. Proceedings of the European workshop on mechanical plaque control.

London : Quintessence, 1998:121-137.

**28. JOHANSSON LK, ÖSTER B et HAMP SE.**

Evaluation of cause related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations.

J Clin Periodontol 1984;**11**(10):689-699.

**29. JÖNSSON B, ÖHRN K, LINDBERG P et OSCARSON N.**

Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health.

J Clin Periodontol 2010; **37**(11): 912-919.

**30. KAKUDATE N., MORITA M., SUGAI M et KAWANAMI M.**

Systematic cognitive behavioural approach for oral hygiene instruction: A short-term study. Patient Educ Counsel 2009;**74**:191-196.

**31. KINANE DF, JENKINS WM et PATERSON AJ.**

Comparative efficacy of the standard flossing procedure and a new floss applicator in reducing interproximal bleeding; a short-term study.

J Periodontol 1992;**63**(9):757-760.

**32. LINDHE Jan.**

Oral biofilms and calculus.

In: LINDHE J,ed. Clinical Periodontology and Implant Dentistry,Volume 1, 5ème ed.

Oxford; Blackwell Munksgaard;2008:183-202.

**33. LINDHE J, OKAMOTO H, YONEYAMA T et coll.**

Longitudinal changes in periodontal disease in untreated subjects.

J Clin Periodontol 1989;**16**(10):662-670.

**34. LOOS B, CLOFFEY N et CRIFFER M.**

Effect of oral hygiene measures on clinical and microbiological parameters of periodontal disease.

J Clin Periodontol 1988;**15**(4):211-216.

**35. NEWTON JN.**

Psychological models of behaviour change and oral hygiene behaviour in individual with periodontitis: a call for more and better trials of interventions.  
J Clin Periodontol 2010;**37**(10):910-911.

**36. OMS, BUREAU REGIONAL POUR L'EUROPE**

Education thérapeutique du patient, programme de formation continue par des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandation d'un groupe de travail de l'OMS, Copenhague. Bruxelles, 1998, p.84.  
<http://www.formatsante.org/download/OMS.pdf>

**37. PARESKEVAS S.**

Effect of a combination of amine/stannous fluoride dentifrice and mouthrinse in periodontal maintenance patients.  
J Clin Periodontol 2004;**31**(3):177-183.

**38. PETERSON PE et OGAWA H.**

Strengthening the prevention of periodontal disease. The WHO approach.  
J Periodontol 2005;**76**(12):2187-2193.

**39. RAMBERG P, LINDHE J, DAHLEN G et VOLPE AR.**

The influence of gingival inflammation on de novo plaque formation.  
J Clin Periodontol 1994;**21**(1):51-56.

**40. SAPORTA S.**

L'éducation thérapeutique du patient appliquée à la parodontologie.  
J Soc Odontol Paris. 2008;**2**:20-22.

**41. SCHWEITZ B et PICARD N.**

Brosses à dents électriques rotatives oscillantes et pulsatiles.  
Inf Dent 2002;**84**(42):5-8

**42. SCIENCE AND THERAPY COMMITTEE OF AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY.**

Epidemiology of periodontal diseases.  
J Periodontol 2005;**76**(9):1406-1419.

**43. SVOBODA JM et DUFOUR T.**

Prophylaxie des parodontopathies et hygiène buccodentaire.  
Encycl Med Chir (Paris), Odontologie, 23447 E 10, 2004, **9**.

**44. TRAYNARD PY et GAGNAYRE R.**

L'éducation thérapeutique du patient atteint de maladie chronique.  
in : TRAYNARD PY et GAGNAYRE R, eds. Education thérapeutique ; Prévention et maladies chroniques. 2ème ed.  
Paris : Masson, 2009.

**45. WEST FELT E, NYMAN S, SOCKANSKY S et LINDHE J.**

Significance of frequency of professional root cleaning for healing following periodontal surgery.  
J Clin Periodontol 1983;**10**(2):148-156.

**46. WORLD HEALTH ORGANISATION.**

Health Topics; Chronic disease.

<http://www.who.int/topics/chronic-diseases/en/>

**47. WIKIPEDIA.**

Biofeedback.

<http://fr.wikipedia.org/wiki/Biofeedback>

**48. YEVLOHOVA D et SATUR J.**

Models for individual oral health promotion and their effectiveness: a systematic review.

Aust Dent J 2009;**54**:190-197.

# ANNEXE

## Questionnaire Patient

### **Vous présentez une maladie parodontale;**

Vous a t-on expliqué votre maladie?

- oui  
Non

Quand vous l'a t-on expliquée?

- dès la première séance  
Après le diagnostic (après plusieurs séances)  
Au cours du traitement, à chaque séances  
À votre demande? Si oui, votre maladie vous a t'elle été expliqué?

Si oui, comment l'explication as t'elle été donnée?

- oralement uniquement  
À l'aide de schéma, de dépliant  
En bouche avec un miroir de courtoisie  
En s'appuyant sur des radiographie

Pensez-vous avoir compris votre maladie?

- Oui  
non

En ce qui concerne l'origine de la maladie parodontale, vous as t-on parlé;

- du tartre  
De la plaque dentaire  
Des maladies générales éventuellement présentes comme le diabète  
Des facteurs de risques présents  
Des facteurs génétiques

Vous as t-on parlé;

- de l'origine de votre maladie, si oui, pourriez-vous la réexpliquer  
Des étapes de la maladie. Si oui, pourriez vous l'expliquer?.  
Des traitements si oui, pourriez-vous l'expliquer?  
Des résultats escomptés à la suite des traitements?, si oui, pourriez-vous les réexpliquer?

## Prescription

Vous a t'on ptrescrit du materiel de brossage?

- Oui  
 Non

Si oui, quand a t elle eu lieu? (question ouverte)

- des la première séance (en une seule fois)  
 Plusieurs fois  
 Au bout de plusieurs seances.

Que vous as t-on prescrit?

- Du dentifrice  
 Une Brosse à dents  
 Du Fil dentaire  
 Des Brossette interdentaire  
 Du Révélateur de plaque  
 Un Miroir "de bouche"  
 Du Bain de bouche

Pensez vous avoir suivit les prescriptions et conseil donné par votre étudiants?

- Oui  
 Non

Si non, pourquoi? (question ouverte)

Avez-vous changé de brosse à dent?

- Oui  
 non

Fil dentaire- brosette inter dentaire

- Moins d'une fois par semaine  
 Entre une fois et trois fois par semaine  
 Entre 3 / sem et 1/ jour  
 1/jour voir +

Utilisez-vous votre miroir?

- Oui  
 Non

Questionnaire patient

**Explication de la thérapeutique**

Vous a t-on expliqué les soins?

- oui
- Non

Comment vous l'a t on expliqué?

- oralement
- À l'aide de schéma et de dépliant
- autres
- En montrant en bouche avec un miroir de courtoisie
- En montrant sur un modèle pédagogique

Avez vous changer votre manière de vous brosser les dents?

- oui
- Non

Évaluez-vous votre brossage?

- oui
- non

Si oui, comment?

- avec du révélateur de plaque
- Aspect de mes gencives

Seriez-vous capable d'expliquer à un proche la thérapeutique que vous avez suivi?

- oui
- Non

Comment utilisez vous votre brose à dent?

- comme avant
- Différemment d'avant, avec quelques conseil de l'étudiant
- Avec tout les conseils de l'étudiant

Pensez-vous savoir utiliser les système de brossage inter-dentaire?

- brossette
- fil dentaire
- Batonnet inter-dentaire

### **Représentation patient / praticien**

Pensez-vous avoir pris conscience de votre maladie?

- oui
- non

Pourriez-vous expliquer à un proche:

- votre maladie (origine et mécanisme)
- Les thérapeutiques que vous avez suivi

Si vous évaluez votre brossage par rapport à ce que vous a appris l'étudiant, où vous situeriez vous sur une échelle de 0 à 10?

Seriez-vous intéressé par une séance d'éducation sur votre santé parodontale?

- oui
- Non

## Questionnaire étudiant

Pensez vous qu'il est important de motiver son patient au contrôle de plaque ?

- oui
- non

Le faites vous systématiquement ?

- oui
- non

Combien de temps y consacrez vous?  
(question ouverte)

**Votre patient en cours de soins sera interrogé dans l'autre volet.**

Par quelle voie votre patient vous a t'il été confié ?

- par un autre étudiant (suite de traitement ou suivi)
- suite à la consultation d'entrée de parodontologie du Pr Soueidan
- dans le cadre d'une prise en charge globale au CSD

Une motivation au contrôle de plaque a-t-elle été réalisée chez ce patient ?

- oui
- non

Qu'est ce qui a indiqué la mise en place d'une motivation au contrôle de plaque chez ce patient (plusieurs réponses possibles) ?

- le diagnostic d'une maladie parodontale
- la constatation d'une déficience de l'hygiène en général et du contrôle de plaque en particulier chez ce patient
- la présence d'une inflammation gingivale, de saignements
- la présence d'une lyse osseuse constatée de manière fortuite sur le bilan radiologique initialement réalisé (panoramique dentaire ... etc)
- la survenue d'abcès d'origine parodontale ou de douleurs gingivales
- une demande explicite du patient
- la présence d'une halitose
- la présence de nombreuses caries

**1-Votre patient présente donc une pathologie parodontale (gingivites et parodontites)**

*Avez-vous expliqué sa maladie à votre patient ?*

- oui
- non

*Quand l'avez-vous expliqué (plusieurs réponses possibles) ?*

- après en avoir effectué le diagnostic
- dès la première séance
- au cours du traitement, à chaque séance
- uniquement après des demandes d'explications par le patient

*Si oui, comment avez-vous procédé (plusieurs réponses possibles) ?*

- oralement uniquement
- à l'aide de schémas, de dépliants
- en montrant en bouche avec un miroir de courtoisie
- en s'appuyant sur les radiographies

*Avez-vous parlé (plusieurs réponses possibles) ?*

- de l'origine de la pathologie parodontale que présente votre patient
- des mécanismes de mise en place de la pathologie
- des principes de traitement
- des résultats escomptés après traitement

*Au niveau des origines de la pathologie parodontale, vous avez évoqué les rôles :*

- de la plaque dentaire
- du tartre
- des maladies systémiques éventuellement présentes
- des facteurs de risques présents
- des facteurs génétiques

## **2-Prescription**

*Avez-vous réalisé une prescription à votre patient ?*

- oui
- non

*Si oui, quand l'avez-vous prescrite ?*

- dès la première séance en une seule fois
- dès la première séance et au cours du traitement initial
- au cours du traitement initial
- à la fin du traitement initial

*Qu'avez-vous prescrit ?*

- dentifrice
- brosse à dents
- fil dentaire
- brossettes interdentaires
- révélateur de plaque
- miroir intrabuccal

*Vous avez prescrit le matériel en fonction de (plusieurs réponses possibles)*

- ce que possédait déjà le patient
- de sa pathologie parodontale
- de l'examen clinique du patient
- des capacités psychomotrices et intellectuelles de votre patient

*Avez-vous expliqué à votre patient comment utiliser son matériel ?*

- oui
- non

*Si oui, quand le lui avez-vous expliqué ?*

- au moment de la prescription
- au cours des séances suivantes

*Comment lui avez-vous expliqué son utilisation (plusieurs réponses possibles) ?*

- oralement uniquement
- à l'aide de schémas, de dépliants
- en montrant en bouche avec un miroir de courtoisie
- en montrant sur un modèle pédagogique

Si vous lui avez montré en bouche, vous avez procédé (plusieurs réponses possibles)

- avec du révélateur de plaque
- en faisant brosser le patient au préalable suivant sa technique
- en lui montrant directement en bouche les manœuvres à effectuer
- en lui faisant essayer les manœuvres à effectuer

### **3-Explication de la thérapeutique**

*Avez-vous expliqué la thérapeutique à votre patient ?*

- oui
- non

*Si oui, quand l'avez-vous expliqué?*

- dès la première séance en une seule fois
- dès la première séance et au cours du traitement initial
- au cours du traitement initial
- à la fin du traitement initial

*Comment l'avez-vous expliqué (plusieurs réponses possibles) ?*

- oralement uniquement
- à l'aide de schémas, de dépliants
- en montrant en bouche avec un miroir de courtoisie
- en montrant sur un modèle pédagogique

*Avez-vous observé un changement de comportement chez votre patient ?*

- oui
- non

*Comment l'avez-vous objectivé et mesuré ? (plusieurs réponses possibles)*

- suite à un questionnement du patient
- en utilisant du révélateur de plaque
- en utilisant des indices parodontaux avant et après enseignements du contrôle de plaque
- à l'œil nu, suivant l'aspect des gencives
- uniquement par appréciation de l'enseignant

#### **4-Representation patient/praticien**

Pensez-vous que votre patient a pris conscience de sa maladie ?

- oui
- non

Le pensez vous capable d'expliquer sa maladie à un proche ?

- oui
- non

Essayez vous de motiver vos patients au contrôle de plaque ?

- oui
- non

Si oui quand est ce que vous le motivez ?

- dès la première séance en une seule fois
- dès la première séance et au cours du traitement initial
- au cours du traitement initial
- à la fin du traitement initial
- quand le patient ou l'enseignant le demande

Parlez vous de ?

- brossage
- hygiène
- retrait de la plaque dentaire
- contrôle de plaque

**MAHE Joséphine.** La mise en place d'une consultation d'éducation thérapeutique du patient en parodontologie au sein du service d'odontologie restauratrice et chirurgicale. - 93f. ; ill. ; Tabl. ; 48 ref. ; 30 cm. (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2011)

## Résumé

L'éducation thérapeutique du patient ou ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Les parodontites sont des maladies chroniques qui sont éligibles pour un suivi et une éducation thérapeutique du patient. Ce travail passe en revue le concept de l'ETP et ses applications en parodontologie, puis dans une deuxième partie, rapporte les résultats d'une enquête réalisée au centre de soins dentaires de Nantes à l'aide d'un questionnaire, auprès des patients et des étudiants, au sujet de la motivation à l'hygiène, des mécanismes de la pathologie ainsi que de son traitement. Les résultats de ce travail descriptif et observationnel, ont permis de constater un décalage entre l'information apportée par les étudiants et celle retenue par les patients. Ce travail préliminaire permettra de mieux cerner les besoins dans ce domaine pour optimiser la prise en charge des patients.

**Rubrique de classement:** Parodontologie

## Mots clé mesh

Parodontie/periodontics  
Éducation du patient comme sujet/patient education as topic  
Enquête sur les soins de santé/Health Care Surveys  
Qualité de soins/Health Care Quality

## Jury

Président et directeur : Professeur Soueidan A.  
Assesseur : Professeur Amouriq Y.  
Assesseur : Docteur Demoersman J.  
Assesseur : Docteur Odier A.

## Adresse de l'auteur

3 rue Guépin- 44000 Nantes