

Juin 2015
Première édition

Éducation thérapeutique à l'hygiène orale

FAQ des dentistes

Document de synthèse proposé par ParoSphère
association loi 1901 à but non lucratif



Comment annoncer la maladie à un patient ? Faut-il privilégier l'usage de certains mots ? En exclure d'autres ?

Chaque patient a des croyances, un vécu et un niveau socio-culturel qui lui est propre. Après avoir écouté le motif de consultation du patient, l'établissement d'un dialogue est indispensable afin de tenter de cerner au mieux sa personnalité. Dès lors, il est nécessaire de choisir les éléments à présenter au patient dans les premiers instants (1, 2). Les observations faites sur dans un cadre médical montrent que les patients retiennent mieux ce qu'il leur a été dit en premier et ce qu'ils considèrent comme étant le plus important. Il est possible que ceci soit valide dans le cadre dentaire.

Les explications données sur la maladie doivent être les plus simples possibles, en utilisant des mots clés et phrases d'accroches permettant à la fois de faire comprendre au patient qu'il est atteint d'une pathologie, sans le submerger de données médicales qu'il ne pourra pas interpréter et qui n'auront pas d'impact sur ce que le praticien attendra de lui par la suite. Il faut faire com-

prendre aux patients que la maladie parodontale n'est pas universelle, qu'ils sont différents du reste de la population et qu'ils développeront la maladie même s'ils ont une hygiène équivalente à leurs voisins. Il ne faut pas qu'ils aient l'impression d'avoir une bouche sale, mais qu'ils prennent conscience qu'ils doivent avoir une meilleure hygiène que le reste de la population. Le parallèle avec le diabète, maladie bien connue par la population générale, semble assez efficace pour expliquer la chronicité de la maladie et l'importance de la participation active au traitement du patient

Il faut introduire le concept de « facteurs de risque » ainsi que le dysfonctionnement de leur système de défense par rapport à la plaque dentaire accumulée au contact de la gencive. Insister sur le fait qu'un brossage « plus efficace » que celui de la population générale est un prérequis indispensable à la stabilisation de la maladie.

Est-il vraiment nécessaire d'expliquer l'hygiène orale à mes patients ? Je leur propose déjà un détartrage annuel, des scellements des sillons, d'utiliser un dentifrice au fluor et je leur dis de passer le fil dentaire.

Les maladies carieuses et parodontales sont liées à la présence d'un biofilm, et donc indirectement à l'hygiène orale de nos patients. Seules, les thérapeutiques symptomatiques (soins restaurateurs ou détartrage) n'empêchent pas la formation de nouvelles caries et la progression de la parodontite. Elles doivent être accompagnées d'une éducation thérapeutique performante (3).

Si les patients ne prennent pas conscience des causes de leurs problèmes dentaires, la thérapeutique court à l'échec sur le long terme. Il y aura une récurrence, et ce, quelles que soient les prouesses techniques réalisées par le praticien. Cette récurrence sera accentuée si une thérapeutique de soutien n'est pas respectée (4). La majorité des patients nécessitent une éducation thérapeutique, car ils sont 70% à être atteints par une maladie parodontale (5).

La mise en place d'une véritable éducation thérapeutique est donc un prérequis indispensable à tout traitement parodontal : la désorganisation quotidienne et efficace du facteur étiologique, la plaque dentaire, permet de maîtriser les pathologies. Il n'est donc pas possible de se contenter de simples conseils prodigués à la volée (6). Cette éducation thérapeutique a pour objectif de transmettre les connaissances nécessaires pour acquérir un comportement de santé orale la plus efficace et le moins contraignant.

Il s'agit donc de mettre en place une relation tripartite « praticien/patient/temps » (7). L'OMS définit l'éducation thérapeutique comme « un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou à maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et permanente de la prise en charge du patient » (8).

Le professionnel de santé semble être le mieux placé pour jouer le rôle social de médiateur et de régulateur de la santé. Il permet effectivement d'améliorer les résultats thérapeutiques et éducatifs à condition qu'il soit lui-même convaincu de l'utilité de ce rôle (6).

Quelle différence fait-on entre les expressions suivantes : éducation thérapeutique à l'hygiène orale, enseignement à l'hygiène orale, motivation à l'hygiène orale, et entretien motivationnel à l'hygiène orale ?

Toutes ces expressions sont utilisées dans un même objectif : rendre l'hygiène orale de nos patients la plus efficace possible. Il est nécessaire de distinguer 4 étapes dans l'éducation thérapeutique :

- ◆ l'enseignement à l'hygiène orale :
 - ◇ l'information (expliquer la raison de sa maladie),
 - ◇ l'enseignement des méthodes de brossage (comment l'enseigner et quelle technique) ;
- ◆ la motivation à l'hygiène orale qui passe par un entretien motivationnel à l'hygiène orale :
 - ◇ l'observance des conseils (comment faire pour que le patient applique nos conseils),
 - ◇ le maintien dans le temps (comment faire pour que le patient ne se relâche pas).

L'éducation thérapeutique à l'hygiène orale est une prise en charge « non technique ». Elle ne correspond ainsi à aucun acte de notre nomenclature. Elle regroupe les trois autres expressions qui constituent les différentes phases de celle-ci. La première phase dans l'ordre chronologique est l'enseignement à l'hygiène orale (EHO), puis vient le temps de la motivation et enfin, celui de l'entretien motivationnel. Ces trois phases sont en général interdépendantes et c'est au praticien d'adapter son discours en fonction du degré de progression du patient.

L'EHO est précédé de l'annonce de sa maladie au patient. S'en suit alors l'explication du plan de traitement, puis l'enseignement des méthodes de brossage. La méthode la plus couramment employée est la méthode « tell, show, do » (en français : dire, montrer, faire) (9).

Tell - Le patient doit comprendre qu'il

est différent du reste de la population : il développera la maladie même s'il a une hygiène équivalente à son voisin, sain. Il ne faut pas lui dire qu'il a « une bouche sale », mais lui faire prendre conscience que son hygiène orale doit être meilleure que celle de la majeure partie de la population (10). Il est donc nécessaire de lui expliquer le dysfonctionnement de son système de défense par rapport à l'accumulation et la maturation de plaque dentaire et s'il présente des « facteurs de risque » (tabac, diabète, encombrement dentaire...).

Il semble intéressant d'imager la situation pour rendre la situation plus concrète (7) : « votre situation est semblable à celle d'un patient diabétique », « notre traitement va améliorer la probabilité de conserver vos dents », « votre contrôle de plaque doit être plus rigoureux que le mien (professionnel de santé) » : ce sont des messages forts qui montrent l'importance de l'investissement attendu.

Show - Pour faire comprendre au patient sa pathologie, il est important de lui montrer :

- ◆ les signes cliniques (saignements, récessions, perte des papilles),
- ◆ les signes radiographiques (quantifier leur perte osseuse par rapport au niveau initial),
- ◆ l'étiologie (la plaque dentaire et sa transformation en tartre),
- ◆ la technique pour retirer la plaque dentaire, en bouche (pas uniquement sur un modèle),
- ◆ l'évolution espérée du traitement puis de la guérison.

Do - Il faut que le patient s'entraîne et pratique les techniques enseignées devant le praticien, afin de valider ce qui a été acquis. Il faut s'efforcer de

prodiguer des encouragements positifs tout en renforçant la technique du patient.

La phase de « motivation » à l'hygiène orale se fait tout au long des séances. Avant que les patients ne deviennent co-gérants de leur santé, ils franchissent plusieurs étapes, qui rythment une adaptation graduelle à leur nouvelle condition. L'équipe soignante doit reconnaître les diverses étapes de l'évolution psychologique du patient et agir en conséquence (8). Il est important d'évaluer la capacité du patient à réaliser les changements nécessaires. C'est sur ces bases que de nombreux concepts ont été développés dans les années 1970 par des psychanalystes à travers « l'entretien motivationnel » (11) et le « modèle transthéorique du changement » (12). Ces concepts seront étudiés dans la question suivante.

Pour certains, ce n'est qu'une fois l'ensemble de ces concepts acquis que les séances de soins « techniques » pourront débuter. Pendant et après les séances techniques, la phase motivationnelle doit se poursuivre au travers de la phase la plus importante : le suivi permanent (ou maintenance) (13).



Comment évaluer la motivation d'un patient à modifier ses habitudes d'hygiène orale? Est-ce compliqué pour un patient de changer ses habitudes ? Combien de temps faut-il pour changer les habitudes d'un patient ?

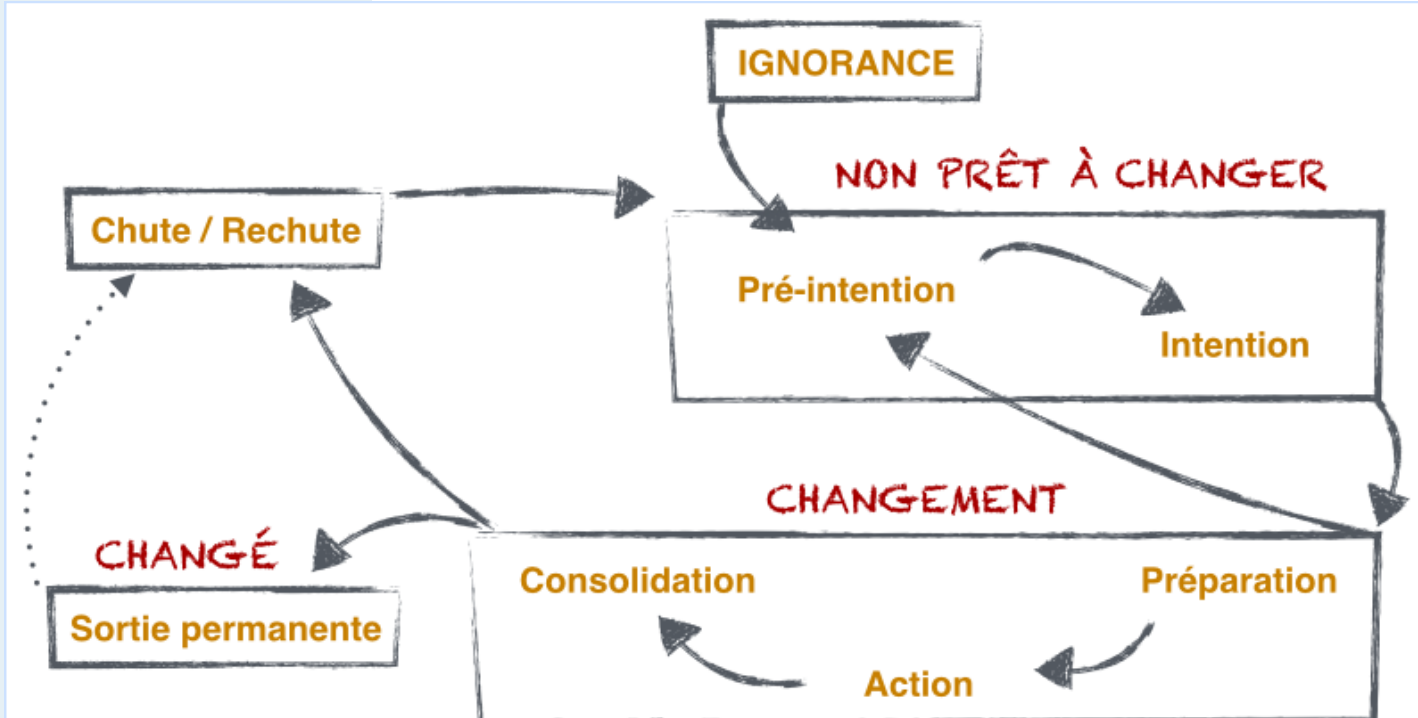
Changer les habitudes de brossage, acquises depuis le plus jeune âge, n'est pas une tâche aisée. Le changement à court terme est plus facile à réaliser que le changement permanent, qui est l'objectif le plus pertinent.

Il est nécessaire d'évaluer la compliance du patient lors des rendez-vous initiaux puis de suivi. Le plus souvent, la compliance est évaluée avec l'indice de plaque, mais ce dernier n'indique qu'une compliance à court terme : il arrive que les patients brossent de manière plus appliquée juste avant leur rendez-vous chez le dentiste. C'est pourquoi certains auteurs préfèrent utiliser l'indice de saignement plutôt que l'indice de plaque, plus prédictif, mais qui varie en fonction de la réponse de l'hôte (9).

Le motif de consultation peut permettre d'avoir une idée de la future compliance, le plus souvent lié à la

présence de symptômes désagréables. Si le traitement proposé s'accompagne de bénéfices immédiats, ne nécessitent qu'un changement de mode de vie minime et ne provoque pas d'effet défavorable, alors la compliance du patient est favorisée (9). En parodontie, la problématique majeure est que nos patients se trouvent rarement dans ce cas de figure.

Une fois au courant de sa pathologie et de ses traitements, l'attitude du patient évolue et passe par différents stades. Le concept de « modèle théorique du changement », évoqué par les psychologues Prochaska et Di Clemente (9), se destinait à prendre en charge des patients ayant des comportements addictifs (toxicomanie, alcoolisme). Ce concept divise le changement comportemental en 6 étapes : précontemplation, contemplation, préparation, action, maintenance et rechute. Il est possible de s'en servir



pour évaluer l'état psychologique des patients à un instant donné.

Lors de la précontemplation, le patient est conscient qu'il doit changer de comportement, mais il est réticent. L'entretien motivationnel doit être mis en place : il faut discuter les « pour » et « contre » du changement comportemental et exposer des informations petit à petit.

Lors de la contemplation, le patient hésite, il n'est pas encore prêt et pèse le « pour » et « contre » du changement comportemental, mais ne réussit pas à se décider. Les patients peuvent rester bloqués à cette étape très longtemps : ce sont des « contemplateurs chroniques ».

Lors de la préparation, le praticien

façon beaucoup plus rapide. Il faut montrer l'importance du travail qui a été effectué jusqu'alors et comprendre qu'il serait dommage d'en perdre le bénéfice.

Pour les maladies parodontales (chroniques et non douloureuses), instaurer un changement de comportement semble être la composante essentielle du succès thérapeutique (initiale et de soutien). Les stratégies qui emploient l'éducation et la motivation des patients comme seule approche ne semblent pas parfaitement efficaces.

Récemment, les études s'orientent vers une nouvelle technique pour faire changer le comportement des patients : l'entretien motivationnel. Ce concept a été créé pour le dia-

son rythme. Il est fonction de son niveau socio-culturel, de ses attentes, de son motif de consultation initial et de sa volonté à réellement s'inscrire dans un changement comportemental sur le long terme. L'application de cet entretien motivationnel au niveau dentaire a révélé que les résultats obtenus sur le long terme étaient au moins aussi bien qu'une simple séance d'enseignement à l'hygiène orale (11). D'autres études montrent que le taux d'adhérence des patients atteints de parodontites chroniques à court terme (6 mois à 1 an) en terme d'hygiène orale est sous la barre des 50% (9).

« Récemment, les études s'orientent vers une nouvelle technique pour faire changer le comportement des patients : l'entretien motivationnel. »

répète une fois de plus les « pour » et « contre » en encourageant le patient à changer progressivement. Il est alors intéressant d'utiliser différentes techniques pour exposer les mêmes idées : verbal (dialogue, question-réponse) ou imagé (schémas, miroir de courtoisie, photos, vidéos)... Tout cela vise à aider le patient à mieux connaître son problème.

Lors de l'action, le patient n'est plus réticent. Il doit néanmoins être encouragé et ses remarques doivent être écoutées. Il est important de lui montrer que ses efforts ont apporté des améliorations visibles.

Lors de la maintenance, le praticien aide le patient à maintenir dans le temps le niveau de changement qu'il a acquis.

Lorsque la maintenance n'est pas respectée, le patient peut subir une « (re)chute » et se retrouver à nouveau en phase de contemplation. Les discussions doivent alors reprendre et la progression vers les étapes suivantes peut se faire de

bête, la polymédication ou encore le tabagisme. Ce concept est une approche de la relation d'aide, conceptualisée dans les années 1980. Il s'agit d'un style de conversation collaboratif qui permet de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. La méthode propose l'exploration des motivations et des capacités de changement. L'entretien motivationnel permet la mise en application de principes éthiques fondamentaux.

Le changement de comportement repose donc sur (14) :

- ◆ la perception du risque (que va-t-il se passer si je ne change pas ?),
 - ◆ l'efficacité (la technique enseignée est-elle vraiment utile ?),
 - ◆ la récompense (ce changement de comportement apporte-t-il de meilleurs résultats ?),
 - ◆ la facilité de réalisation (faut-il fournir beaucoup d'efforts ?).
- (14)

Ainsi, chaque patient va évoluer à



Existe-t-il un support pédagogique plus efficace qu'un autre ?

Pour réaliser l'éducation thérapeutique, il est possible d'utiliser différents supports : vidéo, livres, brochures ou encore la démonstration sur modèle ou en bouche. Il semble que plus le support pédagogique est personnalisé, plus il est efficace. Par exemple, un spot de prévention qui s'adresse à tout le monde est perçu comme s'adressant surtout aux autres et donc à personne.

Il est nécessaire que les patients comprennent leur maladie et connaissent les mesures préventives. Moins les patients sont ignorants, plus ils sont compliants (15). De plus les patients les plus jeunes, les plus vieux et les moins éduqués ont tendance à être ceux qui nécessitent le plus de soins (16).

Il semble néanmoins que la technique utilisée importe peu, en tout cas pour l'efficacité à court terme. Dans les études, différents supports sont utilisés :

- entretien personnel, manuel d'auto-éducation, vidéo ou combinaison de technique (auprès d'employés d'une compagnie de téléphone). Les résultats ne montrent pas de différence dans l'amélioration des indices de plaque et de saignement lors des rendez-vous de contrôle alors qu'aucun traitement n'était réalisé. Dans cette étude, il est possible que la répétition des rendez-vous de contrôle, ainsi que la communication entre les patients (collègues de bureau) aient eu un impact motivationnel (16).

- diaporama sur écran seul ou associé à une démonstration de brossage sur modèle (auprès de collégiens). Les résultats ne montrent pas de différence significative entre l'amélioration des indices gingivaux ou de plaque (17).

- enseignement par un professionnel (25-30 min) ou programme d'auto-instruction et d'auto-examen (dans un contexte d'omnipratique). Les ré-

sultats ne montrent pas de différence en termes d'indice de plaque et de saignement lors des contrôles au 3e et 6e mois. Dans cette étude, le matériel de brossage était fourni au patient. Les questionnaires montraient également une satisfaction des patients du programme autodidactique (18).

Certaines astuces, comme cocher les actions faites dans un agenda permet aux patients de s'autocontrôler et améliore ainsi leur hygiène orale (19).



Combien de temps doit durer un entretien motivationnel à l'hygiène orale ?

De nombreux points doivent être abordés lors des séances de motivation et de formation à l'hygiène orale.

Un trop grand nombre de paramètres rentrent en compte pour qu'il soit possible de répondre à cette question. Une chose est sûre, c'est que cela va dépendre du nombre de séances qui vont y être consacrées : si peu de séances sont consacrées, le temps de ces séances devra être augmenté, si de nombreuses séances y sont dédiées, la durée des séances pourra être diminuée.

Lors de ces séances plusieurs points seront abordés :

- ♦ information sur la maladie et sur les traitements,
- ♦ prescription du matériel, enseignement,
- ♦ vérification de l'acquisition des techniques.

Il a été montré que plus l'enseignement à l'hygiène orale était poussé, plus les patients étaient compliants avec les conseils donnés(20).

Il semble que ce temps varie en fonction du besoin des patients, de leur rapi-

dité de compréhension, de leur adhésion au plan de traitement, de la quantité de matériel nécessaire, de leur niveau d'hygiène de base, de l'éventuel passé d'EHO, de la dextérité du patients et du résultat que l'on souhaite espérer : le niveau d'hygiène orale ne devra pas être le même chez un patient polycarieux atteint d'une parodontite agressive avancée, avec de nombreuses surfaces radiculaires exposées que chez un patient atteint uniquement d'une parodontite chronique superficielle.

Par ailleurs, les études récentes sur l'entretien motivationnel réalisé sur des séances répétées une à deux fois par semaine sur un mois semblent irréalisables en cabinet privé. Elles sont très chronophages et leur rémunération n'est pas encore reconnue en France.

Le patient doit rester le point central de l'entretien motivationnel. La durée des séances sera dictée par la vitesse d'adaptation des patients et sera modulée par les contraintes techniques et économiques inhérentes au bon fonctionnement d'un cabinet dentaire.

Faut-il répéter les séances de motivation à l'hygiène orale ? Si oui, pourquoi et sous quel format ?

Bien sûr il est difficile d'apprendre à skier ou à jouer au tennis en une unique séance de quelques minutes. Il est également rare d'arrêter de fumer grâce à une unique séance chez un tabacologue. Dès lors, il apparaît évident qu'il est nécessaire de réaliser plusieurs séances d'enseignement et de motivation à l'hygiène orale.

De surcroît, la compliance du patient ne consiste pas seulement à désorganiser quotidiennement toute la plaque dentaire, il devra également adhérer aux séances de suivi.

Dans une étude, dans laquelle les patients étaient réexaminés 1 à 2 ans après avoir eu leur traitement parodontal étiologique, 49% présentaient une compliance jugée insuffisante (12).

Plusieurs études se sont penchées sur les différentes organisations de ces séances d'EHO :

- ◆ 3 séances de 30 minutes contre 3 séances de 15 minutes (réalisées dans un intervalle de 2 semaines) : l'indice de plaque était significativement diminué dans les deux

groupes, aucune différence ne pouvait être observée lors des séances de suivi (à 3 et 24 mois) (21).

- ◆ 2 séances de 60 minutes contre 5 séances de 30 minutes : les 2 groupes affichent des résultats identiques (indice de plaque, indice de saignement, profondeur de sondage) lors des séances de suivi (à 3 et 48 mois)(22).
- ◆ 1 séance d'instruction à l'hygiène orale seule ou renforcée par 2 visites supplémentaires (chez des collégiens). Le groupe ayant reçu les séances de renforcement montraient de meilleurs indices de plaque à chaque visite, et ce chez tous les participants (pendant 1 an) (23).
- ◆ 1 séance d'EHO renforcée ou non par une deuxième visite après 3 mois (chez des réfugiés chiliens, en Suède). À 6 mois les résultats ont montré une diminution de l'indice de saignement (24).

Dès lors, il ne semble pas qu'une façon de procéder se démarque.

Le patient doit-il venir avec son propre matériel à une séance d'éducation thérapeutique ?

Selon certains (9), il est nécessaire d'informer plutôt que de donner des conseils. Il ne faudrait pas faire de prescription. Les patients doivent s'approprier l'information et prendre conscience de l'importance de leur coopération.

À l'inverse, pour d'autres (38), réaliser une prescription du matériel de brossage a plus d'impact sur le patient, car elle lui permet de réaliser qu'elle est individualisée. Fournir des échantillons lors du premier rendez-vous ne permettrait pas

d'intégrer le patient dans son parcours de soin, nécessaire au changement comportemental. Tout ce qui est gratuit perd significativement de la valeur.

à notre connaissance, aucune étude n'a montré de différence de degré de compliance en fonction du mode d'obtention des instruments d'hygiène orale. Nous pensons qu'un patient doit savoir comment commander son matériel et avoir conscience de son coût, pour éviter qu'il continue d'utiliser la même bro-

sette ou brosse à dents, car il ne possède plus de nouveaux échantillons. Dans le même esprit, il semble intéressant que les patients aient toujours du matériel en réserve afin de pouvoir remplacer rapidement leur matériel utilisé.

Cependant, dans la majorité des études, le matériel d'hygiène orale est remis au patient. Ce procédé doit probablement simplifier les protocoles de ces études.

Les séances peuvent elles se faire à plusieurs, et cela a-t-il un intérêt pour le patient ?

Les séances initiales (exposition de la maladie, enseignement à l'hygiène) doivent impérativement être faites de façon individuelle pour des raisons de confidentialité et de respect du secret médical.

Cependant, lors de la poursuite des séances d'enseignement à l'hygiène orale et pour les phases de motivation, qui peuvent durer plusieurs séances (25), les patients peuvent être rassemblés par petits groupes (5 ou 6 patients) en table ronde. Ces séances s'apparentent à celles des « alcooliques anonymes » ou « weight watchers ». Cela peut apporter un gain de temps au praticien, mais aussi de riches échanges d'astuces et d'échange d'expériences personnelles, permettant de rompre avec l'isolement.

L'intérêt de ces séances est concret, mais pour le moment, son efficacité n'a pas été démontrée.

Lorsque l'hygiène orale paraît efficace après plusieurs années de suivi, une séance d'éducation thérapeutique à l'hygiène orale est-elle nécessaire ?

Comment établir la fréquence des maintenances ?

De la même façon que certains patients alternent les régimes et les festins, le même cas de figure peut se produire entre hygiène orale rigoureuse et contrôle de plaque perfectible. Le plus souvent ces changements s'estompent avec le temps. Pour être un succès, la stabilisation des maladies parodontales ou carieuses ne peut donc s'envisager que dans la durée. Les séances de maintenance parodontale/carieuse ne servent pas seulement à placer du vernis fluoré ou à débriquer les poches parodontales. Elles sont aussi utiles pour « remotiver » indirectement les patients à leur hygiène orale. En effet le contrôle de plaque et l'hygiène alimentaire se font sans surveillance professionnelle et la compliance du patient évolue au cours du temps : sans rappels, la « motivation » a tendance à se dégrader avec le temps.

Ainsi, dans ces séances de maintenance parodontale, certains auteurs consacrent 10% du temps (5-7 minutes sur une séance d'une heure) à « raviver » la motivation des patients (26).

Une étude a montré qu'après avoir passé un an sans voir le dentiste, les patients sont toujours capables de mettre en œuvre efficacement les techniques de brossage acquises et

enseignées, mais ils ne les appliquent pas. Mêmes si le temps nécessaire a été pris initialement lors des séances d'EHO, cela ne suffit pas à modifier les habitudes des patients durablement. Les rappels lors des séances de suivi semblent indispensables (27).

Une autre étude montre qu'après avoir été suivi en maintenance parodontale stricte (tous les 3 mois) pendant 6 ans, les patients peuvent garder un niveau d'hygiène élevé si les séances sont plus espacées (tous les 6 ou 12 mois), et ce, pendant au moins 9 ans. Il semble donc, qu'avec un suivi rigoureux à intervalles réguliers et rapprochés sur plusieurs années, un contrôle de plaque de qualité puisse être ancré de manière durable dans les habitudes des patients.

Il est donc nécessaire, dans un premier temps, de suivre les patients de manière rapprochée avant qu'ils parviennent à changer durablement leurs habitudes d'hygiène orale. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'il sera possible d'espacer les séances de suivi (4, 28).

Pour être efficace dans le temps, les conseils doivent être les plus simples possibles pour ne pas « submerger » le patient. Le praticien doit se demander s'il serait lui-même capable de réaliser tout ce qu'il demande au patient. En

Accessoires complémentaires prescrits	Nombre de patients	Compliance à 3 ans (accessoires complémentaires utilisés)			
		0	1	2	3
1	3	0	3 (100%)	-	-
2	26	13 (50%)	6 (23%)	7 (27%)	-
3	15	6 (40%)	4 (27%)	5 (33%)	0

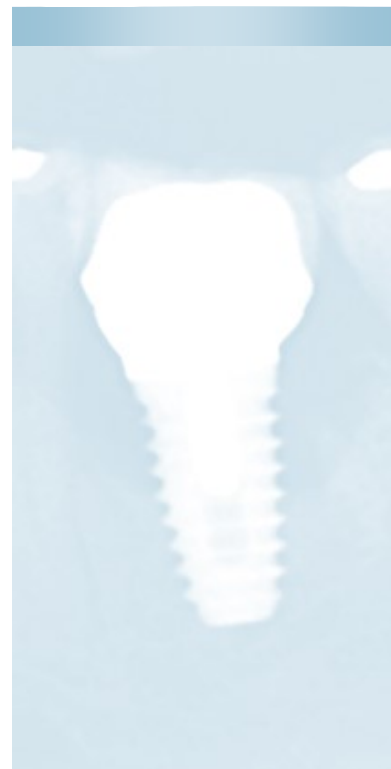
effet, une étude a montré qu'aucun des patients à qui 3 différents accessoires de brossage interdentaire avaient été prescrits n'utilisait encore ces 3 techniques (cf. tableau) au bout de 3 ans. Pour autant, aucun n'arrête de se brosser les dents. Dans cette étude, les accessoires les plus abandonnés sont la brosse monotouffe (73%), le fil dentaire (51%), les brossettes (44%) et enfin les bâtonnets interdentaires (27%). Les accessoires les plus utilisés quotidiennement sont le bâtonnet interdentaire (53%), les brossettes (34%) et le fil dentaire (18%) (29).

La fréquence des maintenances doit être établie à la fin de la thérapeutique initiale en fonction des paramètres suivants : compliance actuelle, état de santé général et sévérité de la maladie

mois. Une séance de rappel s'avérerait alors indispensable (31).

Une situation poussée à l'extrême a été réalisée sur des patients opérés par chirurgies d'assainissement des 4 secteurs. Des instructions d'hygiène orale leur ont été données à 2 semaines postopératoires. Un groupe était revu toutes les 2 semaines et l'autre tous les 6 mois pendant 2 ans. Tous les paramètres cliniques étaient améliorés dans le groupe test et dégradés dans le groupe témoin (indice gingival, indice de plaque et profondeur de sondage). Dans ce groupe témoin, la cicatrisation était moins bonne (32).

En général, pour les patients suivis, la compliance est insuffisante. Plus de la moitié des « perdus de vue » le sont dès la première année de suivi, et trois quarts dès la deuxième année. Une fois



« Pour être efficace dans le temps, les conseils doivent être les plus simples possibles. »

(30). Cette fréquence sera remise en question à chaque nouvelle séance de maintenance. Elle sera fonction du maintien de la santé parodontale et du contrôle de plaque. Une étude réalisée sur une population défavorisée a montré une amélioration des indices (plaque et saignement) dans un groupe ayant reçu 3 séances d'EHO à l'aide de divers supports. Cependant les patients avaient tendance à voir ces mêmes indices se dégrader aux contrôles du 6e

la barre des 2 années de suivi franchie, le risque diminue considérablement. D'autre part, il a été prouvé que la mise en place d'implants a tendance à rendre le patient plus assidu à ses rendez-vous de suivi. Il semblerait que les patients soient fortement motivés à contrôler la « nouvelle chose » qui leur a été mis en bouche et qui leur a demandé un investissement financier (33).

Faut-il expliquer l'usage de la brosse à dents et celui des moyens d'hygiène interdentaires durant la même séance ?

Si l'on en croit les théories développées plus haut sur les étapes du changement comportemental, il semble que l'exposition des différents moyens d'enseignement à l'hygiène parodontale doive se faire progressivement : étape par étape.

Cela dépend également du temps disponible pour réaliser les enseignements. Lorsque 4 séances de démonstrations sont possibles, les enseignements sont séparés. Lorsque seulement 2 séances sont disponibles, les enseignements sont regroupés, sans que cela n'affecte le contrôle de plaque final. En revanche les séances d'enseignement devront être plus longues (22).

Là encore il n'y a pas, à notre connaissance, d'études faisant état d'une différence en terme de qualité du contrôle de plaque dans les deux cas de figure.





Que faire si mon patient ne parvient pas à modifier suffisamment ses habitudes d'hygiène orale ? Doit-on interrompre le traitement ou le modifier ?

Bien sûr, lorsque l'on se retrouve dans ce cas, deux solutions s'offrent à nous : persévérer ou abandonner tout simplement. Il nous semble important de distinguer les patients qui font des efforts, mais dont la dextérité n'est pas suffisante, de ceux qui ne s'investissent pas suffisamment.

Dans le cas où les patients font des efforts, il faut avant tout insister sur les points positifs, afin de montrer au patient qu'il va dans le « bon sens » mais qu'il reste des éléments à améliorer. En revanche, s'il s'agit d'un manque de « motivation », c'est l'alliance thérapeutique qui a été mal comprise. Nos explications n'ont pas été suffisamment convaincantes. Le patient n'a pas saisi son rôle clé dans le succès thérapeutique à long terme et n'est pas encore rentré dans la phase d'action (du « modèle transthéorique du changement »). À tout moment, ces patients peuvent changer de comportement en rentrant dans la phase active, mais ils

augmente à court terme (à 2 semaines et 2 mois). Il faut donc simplifier leur changement de comportement en permettant aux patients de se projeter dans cette situation (34, 35).

Il faut également garder à l'esprit que les études n'ont pas encore permis d'identifier un indice de plaque maximum compatible avec la maintenance de la santé parodontale. Toutefois, un indice de 20% à 40% pourrait être toléré par la majorité des patients, tout en gardant à l'esprit que celui-ci doit être mis en relation avec la réponse inflammatoire de l'hôte (26).

Lorsque l'on sait que la réussite du traitement parodontal repose sur le contrôle dans le temps de l'inflammation, il est aisé de comprendre qu'à partir du moment où le patient n'arrive pas à améliorer son contrôle de plaque, la thérapeutique dite « classique » ne pourra s'effectuer dans les règles de l'art. à tel point que

« Le patient n'a pas saisi son rôle clé dans le succès thérapeutique à long terme et n'est pas encore rentré dans la phase d'action. À tout moment, ces patients peuvent changer de comportement en rentrant dans la phase active. »

peuvent aussi ne jamais y parvenir.

Comme vu plus haut, les patients suivent mieux les conseils de brossage dans le temps lorsqu'ils sont simples. Il semble que surmener les patients, dans l'objectif qu'ils en fassent un minimum, ne soit pas efficace (29). Il faut également voir si le patient arrive à intégrer les recommandations dans son planning quotidien. Par exemple, lorsqu'une intervention d'une minute est faite pour savoir « quand, comment et où » les patients comptent utiliser le fil dentaire, sa fréquence d'utilisation

certain auteurs préfèrent avoir un contrôle de plaque de moins de 15% afin de pouvoir réaliser une chirurgie de régénération (36). Dans le cas inverse, la réalisation de ces chirurgies aboutit le plus souvent à un échec, et l'alternative qui aujourd'hui semble la plus efficace est la thérapeutique « palliative » avec des maintenances rapprochées.

Une étude compare un enseignement à l'hygiène classique à une séance plus poussée (avec symptômes, causes, conséquences, durée de traitement,

check liste, techniques mises en œuvre). Les explications plus poussées aboutissent à de meilleurs résultats (37). Dès lors, ces entretiens peuvent également être nécessaires lors de la maintenance parodontale. Dans une étude, un entretien motivationnel a été comparé à des séances de maintenance renforcée (2 séances) chez des patients peu compliants 1 à 2 ans après la phase étiologique de leur traitement parodontal. Le groupe qui a reçu l'entretien motivationnel présentait un meilleur contrôle de plaque et une meilleure réduction de la profondeur de sondage. Ils n'avaient en revanche qu'une faible tendance à réduire l'indice de saignement. Augmenter la responsabilité du patient améliore sa compliance à 3 mois (12).

Ainsi, une modification insuffisante des habitudes d'hygiène par le patient ne permettra pas au praticien de réaliser une thérapeutique dans les conditions optimales. Celle-ci devra être modulée en fonction du patient pour éviter les échecs, et la mise en place de maintenances rapprochées pourra être une solution palliative.

Une autre alternative, en cas d'échec avec un patient sur sa motivation peut aussi être de tout simplement adresser ce dernier vers un autre praticien. Parfois, ce simple changement pourra être salutaire. Là encore, s'il s'agit ici de bon sens, il manque encore aujourd'hui les études allant dans ce sens.

Le temps de brossage est-il important ? Doit-on proposer un temps minimum à consacrer au brossage de dents ?

Il n'est pas rare que certains patients nous racontent mettre beaucoup de cœur à l'ouvrage pour mettre en œuvre une technique de brossage efficace, car bien sûr « les dents c'est important ».

Si on s'attarde sur le temps et la technique de brossage de la population générale, on remarque qu'ils sont inadaptés. Dans leur inconscient les patients pensent passer du temps à se brosser les dents, alors que la durée moyenne de brossage ne se situe qu'entre 24 et 60 secondes (39). Cependant, la durée de brossage n'est en aucun cas garante d'un bon contrôle de plaque. Par exemple, lorsqu'un brossage plus long est imposé à des enfants, on remarque que très peu de plaque est retirée après la première minute de brossage. Cela s'explique par le fait que ces derniers ont tendance à brosser les mêmes endroits en boucle : ils repassent aux endroits déjà brossés lors de la première minute. La technique utilisée est donc plus importante que le temps consacré (40).

De plus si l'on s'attarde sur les recommandations données par l'UFSBD, le temps de brossage conseillé a été réévalué à la baisse, passant de 3 à 2 minutes.

Lorsqu'un enseignement à l'hygiène orale est réalisé à l'aide d'une brosse à dents électrique, il est souvent conseillé au patient de passer entre 2 à 5 secondes par face de dents accessibles. Un patient totalement dentés jusqu'aux deuxième molaires devrait donc y passer entre 2min24 et 6 minutes.

Plus qu'un temps, c'est donc l'objectif d'avoir brossé « toutes les faces de toutes les dents » (sous-entendu faces interdentaires comprises) qu'il faut inculquer au patient. Il est donc nécessaire de lui faire comprendre que le brossage se termine uniquement lorsque cet objectif est atteint. Ce temps est long pour un patient qui vient de changer ses habitudes et qui ne maîtrise pas encore la méthode de brossage. Par la suite, l'amélioration de sa dextérité permettra de réduire la durée du brossage. La sensation de « bouche désinfectée » doit devenir une nécessité pour le patient, qui ne pourra alors plus se passer d'une hygiène rigoureuse.



Technique du rouleau simplifiée

Choix de la brosse à dents

- ◆ Brins souples ($\leq 20/100$ mm)
- ◆ Petite tête
- ◆ Brins rapprochés (brosse dense)
- ◆ Manche rigide

Tenue de la brosse à dents

- ◆ Tenir la brosse à pleine main
- ◆ Poser le pouce sur le manche du même côté que les brins

Position initiale

- ◆ Brins orientés à 45° vers les racines dentaires
- ◆ Brins posés sur la gencive (dans la technique originale, les brins sont posés sur le sillon gingivo-dentaire)
- ◆ Pression modérée

Mouvement

- ◆ De la gencive vers la dent (« du rose vers le blanc »)
- ◆ Effectuer plus de 4 passages par dent
- ◆ Se déplacer dent par dent (viser une dent à chaque séquence de 4 passages)

Avertissements

- ◆ Placer la brosse verticalement pour les faces palatines/linguales des secteurs incisivo-canins, au-delà du sillon gingivo-dentaire
- ◆ Insister sur les faces mésio-palatines des prémolaires
- ◆ Ne pas oublier les faces occlusales
- ◆ Ne pas oublier les faces distales des dernières dents de chaque arcade



Technique de Bass

Choix de la brosse à dents

- ◆ Brins souples ($\leq 15/100$ mm)
- ◆ Petite tête
- ◆ Brins rapprochés (brosse dense)
- ◆ Manche rigide

Tenue de la brosse à dents

- ◆ Tenir la brosse entre 3 doigts (position stylo)
- ◆ Ne pas serrer fort

Position initiale

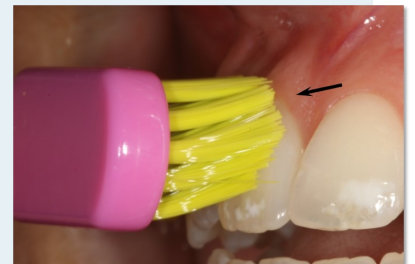
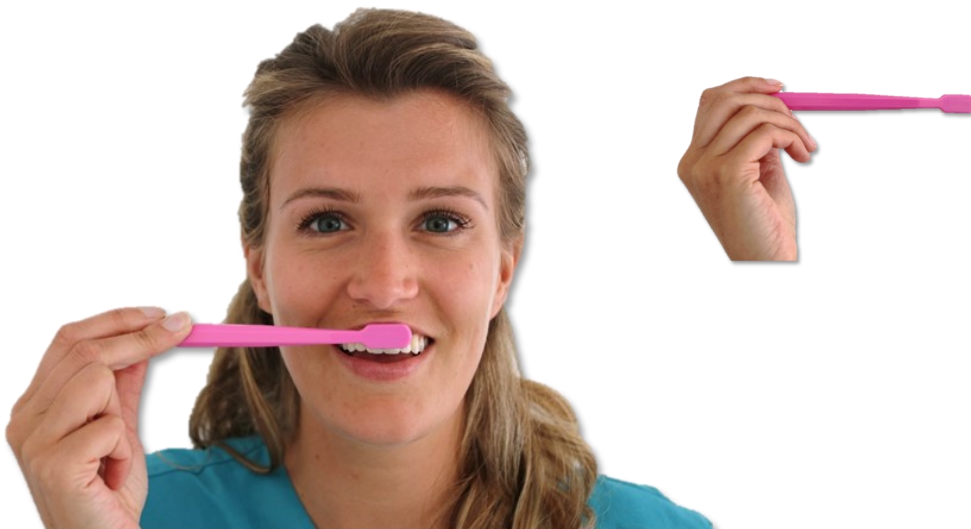
- ◆ Brins orientés à 45° vers les racines dentaires
- ◆ Brins posés sur le sillon gingivo-dentaire
- ◆ Pression faible
- ◆ Sentir les brins se glisser au niveau du sillon gingivo-dentaire

Mouvement

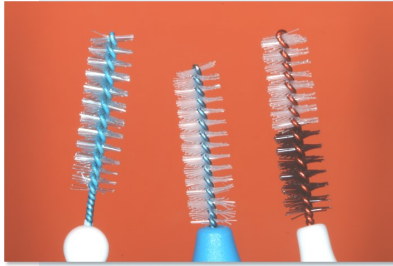
- ◆ Mouvement antéro-postérieur
- ◆ Très faible amplitude (les poils se déplacent sur les dents de façon imperceptible)

Avertissements

- ◆ Placer la brosse verticalement pour les faces palatines/linguales des secteurs incisivo-canins, l'extrémité de la tête au niveau du sillon gingivo-dentaire
- ◆ Insister sur les faces mésio-palatines des prémolaires
- ◆ Ne pas oublier les faces occlusales
- ◆ Ne pas oublier les faces distales des dernières dents de chaque arcade



Utilisation des brossettes interdentaires



Choix de la brosse interdentaire

- ◆ Brins mediums ou souples
- ◆ Forme cylindrique
- ◆ Tige métallique fine
- ◆ Manche rigide
- ◆ Règle des « 3 F » : la brosse doit *Frotter* sans *Flotter* ni *Forcer*

Tenue de la brosse

- ◆ Approcher les doigts de la tête de la brosse



Insertion de la brosse

- ◆ Insertion sous le point de contact
- ◆ Trajectoire horizontale si l'espace le permet
- ◆ Trajectoire en V à sommet apical si l'espace ne permet pas la trajectoire horizontale
- ◆ Passage vestibulaire partiel, puis palatin/lingual partiel si les trajectoires précédentes ne sont pas possibles

Mouvement

- ◆ Avec une brosse parfaitement calibrée, un aller-retour suffit



Avertissements

- ◆ Ne pas oublier les lésions interradiculaires
- ◆ Un saignement cède à partir de 3-4 jours de brossage interdentaire régulier
- ◆ Modifier la trajectoire si l'on a l'impression de se blesser
- ◆ Recalibrer régulièrement les brossettes
- ◆ Changer de brosse tous les 7 à 10 jours



1. Ley P. Psychological studies of doctor-patient communication. In: Rachman S, editor. *Contributions to medical psychology*. Oxford: Pergamon Press; 1997. p. 9-42.
2. Sheiham A. Current concepts in health education. In: Shanley D, editor. *Efficacy of treatment procedures in periodontics*. Chicago: Quintessence Publishing; 1980. p. 23-40.
3. Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *J Clin Periodontol* 1981;8(3):239-48.
4. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol* 2004;31(9):749-57.
5. Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *J Periodontol Res* 2007;42(3):219-27.
6. Gatto F. Apprendre à éduquer le patient. *ADSP* 1999;26:70-74.
7. Freeman R. The psychology of dental patient care. 10. Strategies for motivating the non-compliant patient. *Br Dent J* 1999;187(6):307-12.
8. OMS. Éducation thérapeutique du patient : programme de formation continue pour les professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS; 1998.
9. Chapple ILC, Hill K. Getting the message across to periodontitis patients: the role of personalised biofeedback. *International Dental Journal* 2008;58(5):294-306.
10. Morris AJ, Steele J, White DA. The oral cleanliness and periodontal health of UK adults in 1998. *Br Dent J* 2001;191(4):186-92.
11. Gao X, Lo ECM, Kot SCC, Chan KCW. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J Periodontol* 2014;85(3):426-37.
12. Jönsson B, Lindberg P, Oscarson N, Ohn K. Improved compliance and self-care in patients with periodontitis--a randomized control trial. *Int J Dent Hyg* 2006;4(2):77-83.
13. HAS-INPES. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses; 2007.
14. Renz ANPJ, Newton JT. Changing the behavior of patients with periodontitis. *Periodontol* 2000 2009;51:252-68.
15. Deinzer R, Micheels W, Granrath N, Hoffmann T. More to learn about: periodontitis-related knowledge and its relationship with periodontal health behaviour. *J Clin Periodontol* 2009;36(9):756-64.
16. Lim LP, Davies WI, Yuen KW, Ma MH. Comparison of modes of oral hygiene instruction in improving gingival health. *J Clin Periodontol* 1996;23(7):693-7.
17. D'Cruz AM, Aradhya S. Impact of oral health education on oral hygiene knowledge, practices, plaque control and gingival health of 13- to 15-year-old school children in Bangalore city. *Int J Dent Hyg* 2013;11(2):126-33.
18. Glavind L, Christensen H, Pedersen E, Rosendahl H, Attström R. Oral hygiene instruction in general dental practice by means of self-teaching manuals. *J Clin Periodontol* 1985;12(1):27-34.
19. Sniehotta FF, Schwarzer R, Scholz U, Schüz B. Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology* 2005;35(4):565-76.
20. Traeen B, Rise J. Dental health behaviours in a Norwegian population. *Community Dent Health* 1990;7(1):59-68.
21. Söderholm G, Egelberg J. Teaching plaque control. II. 30-minute versus 15-minute appointments in a three-visit program. *J Clin Periodontol* 1982;9(3):214-22.
22. Söderholm G, Nobréus N, Attström R, Egelberg J. Teaching plaque control. I. A five-visit versus a two-visit program. *J Clin Periodontol* 1982;9(3):203-13.
23. Emler BF, Windchay AM, Zaino SW, Feldman SM, Scheetz JP. The value of repetition and reinforcement in improving oral hygiene performance. *J Periodontol* 1980;51(4):228-34.
24. Zimmerman M, Bornstein R, Martinsson T. Simplified preventive dentistry program for Chilean refugees: effectiveness of one versus two instructional sessions. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21(3):143-7.
25. Saporta S. L'éducation thérapeutique du patient appliquée à la parodontologie. *Acquir Immune Defic Syndr* 2008;2:20-25.
26. Lang NP, Brägger U, Salvi GE, Tonetti MS. Supportive periodontal therapy (SPT). In: Lindhe J, Lang NP, Karring T, editors. *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. 5 ed. Munksgaard: Blackwell; 2008. p. 1297-321.
27. Stewart JE, Wolfe GR. The retention of newly-acquired brushing and flossing skills. *J Clin Periodontol* 1989;16(5):331-2.
28. Axelsson P, Lindhe J, Nyström B. On the prevention of caries and periodontal disease. Results of a 15-year longitudinal study in adults. *J Clin Periodontol* 1991;18(3):182-9.
29. Johansson LA, Oster B, Hamp SE. Evaluation of cause-related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. *J Clin Periodontol* 1984;11(10):689-99.
30. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent* 2003;1(1):7-16.
31. Legler DW, Gilmore RW, Stuart GC. Dental education of disadvantaged adult patients: effects on dental knowledge and oral health. *J Periodontol* 1971;42(9):565-70.
32. Nyman S, Rosling B, Lindhe J. Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery. *J Clin Periodontol* 1975;2(2):80-6.
33. Cardaropoli D, Gaveglione L. Supportive periodontal therapy and dental implants: an analysis of patients' compliance. *Clin Oral Implants Res* 2012;23(12):1385-8.
34. Sniehotta FF, Araújo Soares V, Dombrowski SU. Randomized controlled trial of a one-minute intervention changing oral self-care behavior. *J Dent Res* 2007;86(7):641-5.
35. Schüz B, Sniehotta FF, Wiedemann A, Seemann R. Adherence to a daily flossing regimen in university students: effects of planning when, where, how and what to do in the face of barriers. *J Clin Periodontol* 2006;33(9):612-9.
36. Cortellini P, Bowers GM. Periodontal regeneration of intrabony defects: an evidence-based treatment approach. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995;15(2):128-45.
37. Philippot P, Lenoir N, D'Hoore W, Bercy P. Improving patients' compliance with the treatment of periodontitis: a controlled study of behavioural intervention. *J Clin Periodontol* 2005;32(6):653-8.
38. Rozenzweig D. Manuel de prévention dentaire - propositions à l'intention des odontologistes et des assistantes pour l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire: Masson; 1988.
39. Cancro LP, Fischman SL. The expected effect on oral health of dental plaque control through mechanical removal. *Periodontol* 2000 1995;8:60-74.
40. Hodges C, Bianco J, Cancro L. The removal of dental plaque under timed intervals of tooth-brushing. *J Dent Res*; 1981; 1981. p. 425.

ParoSphère

2, rue du Roule
75001 Paris
Site web : www.parosphere.org
Messagerie : info@parosphere.org

Président : Frédéric Duffau
Vice-Président : Philippe Doucet
Secrétaire : Nam Ngo
Secrétaire adjoint : Martin Biosse Duplan
Trésorier : Morgan Lowenstein



Groupe de travail

Nadia Benderdouche (Docteur en Chirurgie Dentaire)³

Alexandra Crépin (Assistante dentaire qualifiée)⁵

Mathieu Dalibard (Docteur en Chirurgie Dentaire)³

Frédéric Duffau (Docteur en Chirurgie Dentaire)¹

Alexandre Epailard (Docteur en Chirurgie Dentaire)⁴

Ichai Lanati (Docteur en Chirurgie Dentaire)³

Natacha Margat-Gaudry (Secrétaire médicale)⁵

Alexandre Mathieu (Docteur en Chirurgie Dentaire)⁴

Sébastien Moreaux (Docteur en Chirurgie Dentaire)¹

Mathilde Myra (Docteur en Chirurgie Dentaire)²

Myriam Yousfi (Docteur en Chirurgie Dentaire)⁵

Ons Zouiten (Docteur en Chirurgie Dentaire)⁵

¹ Projet brosse à dents manuelle

² Projet brosse à dents électrique

³ Projet moyens d'hygiène interdentaire

⁴ Projet éducation thérapeutique

⁵ Iconographie, vidéo