



HAL
open science

Observance en parodontologie : hygiène, prescriptions, maintenance

Chloé Richecoeur

► **To cite this version:**

Chloé Richecoeur. Observance en parodontologie : hygiène, prescriptions, maintenance. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932117

HAL Id: hal-01932117

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932117v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE NANCY-METZ
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 2016

N°9091

THÈSE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par
Chloé RICHECOEUR

Née le 23 Mai 1990 à Longjumeau (France)

**Observance en Parodontologie :
Hygiène, Prescriptions, Maintenance**

Présentée et soutenue publiquement le lundi 25 Avril 2016

Examineurs de la thèse :

<u>Pr P. AMBROSINI :</u>	<u>Professeur des Universités</u>	<u>Président</u>
Dr J. GUILLET-THIBAUT :	Maître de Conférences	Juge
Dr E. BÖLÖNI :	Assistante Hospitalo-Universitaire	Juge
Dr F. CAMELOT :	Assistant Hospitalo-Universitaire	Juge

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE
Vice-Doyens : Pr Pascal AMBROSINI — Dr Céline CLEMENT
Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG – Pr M. VIVIER – Pr ARTIS -
Doyen Honoraire : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS
Professeur Emérite : Pr J.P. LOUIS
Maître de conférences CUM MERITO : Dr C. ARCHIEN

Sous-section 55-01 Odontologie pédiatrique	Mme Mme M. Mlle Mlle M.	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> JAGER Stéphanie PREVOST Jacques HERNANDEZ Magali LAUVRAY Alice MERCIER Thomas	Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Assistante * Assistante Assistant *
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme M. Mlle Mlle	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> EGLOFF Benoît BLAISE Claire LACHAUX Marion	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Assistante Assistante
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	Mme M. Mme	<u>CLEMENT Céline</u> CAMELOT Frédéric LACZNY Emily	Maître de Conférences * Assistant * Assistante
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. Mme M. M. Mlle Mlle	<u>AMBROSINI Pascal</u> BISSON Catherine JOSEPH David PENAUD Jacques BOLONI Eszter PAOLI Nathalie	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Assistante Assistante *
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	Mme M. Mlle M. Mlle M.	<u>GUILLET-THIBAUT Julie</u> BRAVETTI Pierre PHULPIN Bérengère DELAITRE Bruno KICHENBRAND Charlène MASCHINO François	Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Assistant Assistant Assistante * Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M.	<u>YASUKAWA Kazutovo</u> MARTRETTE Jean-Marc	Maître de Conférences * Professeur des Universités *
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. Mlle M.	<u>MORTIER Eric</u> AMORY Christophe BALHAZARD Rémy ENGELS-DEUTSCH Marc BON Gautier MUNARO Perrine VINCENT Marin	Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Assistant Assistante Assistant *
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. Mme Mme M. M. M. Mlle	<u>DE MARCH Pascal</u> SCHOUVER Jacques VAILLANT Anne-Sophie CORNE Pascale GILLET Marc HIRTZ Pierre KANNENGIESSER François SIMON Doriane	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences * Assistante * Assistant Assistant * Assistant Assistante
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mme Mme M. M.	<u>STRAZIELLE Catherine</u> MOBY Vanessa (Stutzmann) SALOMON Jean-Pierre HARLE Guillaume	Professeur des Universités * Maître de Conférences * Maître de Conférences * Assistant Associé

Souligné : responsable de la sous-section * temps plein

Mis à jour le 01.03.2016

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur Pascal AMBROSINI

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy 1

Vice-Doyen au budget et aux recherches hospitalières

Habilité à diriger des recherches

Professeur des Universités

Responsable de la sous-section de Parodontologie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en
acceptant de diriger et présider notre thèse.
Pour l'aide et la disponibilité que vous nous avez apportées au cours
de ce travail.
Pour vos qualités pédagogiques et humaines que nous admirons.
Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de
notre profond respect.

A notre Juge,

Madame le Docteur Julie GUILLET-THIBAUT

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancien interne

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier

Responsable de la sous-section : Chirurgie buccale, Pathologie et Thérapeutique,

Anesthésiologie et Réanimation

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous vous sommes infiniment reconnaissants de la spontanéité avec

laquelle vous avez accepté de juger notre thèse.

Nous nous souviendrons de votre pédagogie au sein de la faculté et

du service de soins.

Soyez assuré de notre considération et de notre profond respect.

A notre juge,

Madame le Docteur Eszter BÖLÖNI

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistante Hospitalo-Universitaire

Sous-section : Parodontologie

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous vous remercions pour vos précieux conseils et vos qualités

pédagogiques.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Frédéric CAMELOT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie légale

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous vous sommes infiniment reconnaissants de l'intérêt que vous avez manifesté et de l'aide précieuse que vous nous avez apportée pour la partie
statistiques.

Veillez recevoir nos sincères remerciements.

REMERCIEMENTS

A Jonathan. Parce que tu m'aimes et que tu trouves toujours de nouvelles façons de me le montrer.

A mes parents. Pour votre confiance et votre soutien sans faille tout le long de ces années d'étude.

A ma sœur, Stéphanie. Pour être toujours là au moment où j'en ai le plus besoin.

A Amélie. Pour veiller sur moi comme une deuxième sœur.

Aux petits loups. Camille, Max, Mélanie, Greg, Elodie, David, Hugo, Margaux, Ben, Alex et Romain. Difficile d'imaginer les années dentaires sans vous. Merci pour tous ces moments de partage.

A mes amis, ma famille et ma belle-famille. Pour vos encouragements et votre présence qui me sont indispensables.

A mes grands-pères. Pour avoir suivi mon parcours même depuis les étoiles.

« Il me prescrit mille médicaments.

Mais l'heure de la consultation seule est venue.

Celle de l'obéissance ne viendra que plus tard. »

Marcel Proust Lettres à Reynaldo. Hahn, VI - 38

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : CONCEPT DE L'OBSERVANCE

1. Généralités
2. Observance sur l'hygiène
3. Observance sur les prescriptions
4. Observance sur la maintenance
5. Les déterminants de l'observance
6. Vers une amélioration de l'observance thérapeutique ...

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE LOCALE

1. Objectifs de l'étude
2. Matériels et méthodes
3. Résultats

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

1. Taille des échantillons
2. Choix de la méthode employée : Auto-questionnaire
3. Analyse de la population
4. Hygiène bucco-dentaire
5. Conclusion de l'étude

CONCLUSION

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Stimulateur Butler (Charon et coll., 2013).....	26
Figure 2 : Hydropulseur (www.dentaly.org)	32
Figure 3 : Passage du fil dentaire (jetdentaire.com)	32
Figure 4 : Passage d'une brossette interdentaire (eugenol.com)	32
Figure 5 : Polygone d'évaluation du risque de développement ou de récurrence de maladie parodontale (perio-tools.com)	42
Figure 6 : Exemple de faible risque parodontal (Lang et Tonetti, 2003)	43
Figure 7 : Exemple de risque parodontal modéré (Lang et Tonetti, 2003).....	44
Figure 8 : Exemple de risque parodontal élevé (Lang et Tonetti, 2003)	44
Figure 9 : Comparaison statistique des différentes variables selon les 3 groupes. Les valeurs significativement différentes sont marquées par un numéro (1, 2, 3), de la moins à la plus significative. (König et coll., 2001)	46
Figure 10 : Comparaison des moyennes des profondeurs de poches au sondage durant les 4 premières années de maintenance, entre les patients observants (groupe A) et non-observants (groupe B). Les astérisques indiquent les valeurs significativement différentes. (**, ***) (König et coll., 2001)	47
Figure 11 : Moyenne de dents perdues par individu pendant 5 années de maintenance (Costa et coll., 2014).....	49
Figure 12 : Pourcentage de dents perdues par individu, à bon pronostic, après 11 ans de maintenance selon les 3 groupes (Kim et coll., 2014).....	50
Figure 13 : Pourcentage de dents perdues, à pronostic réservé, après 11 ans de maintenance selon les 3 groupes (Kim et coll., 2014)	50
Figure 14 : HBM, <i>Health Beliefs Model</i> (D'après Ogden, 2004)	55
Figure 15 : TRA, <i>Theory of Reasoned Action</i> (D'après Ogden, 2004).....	56
Figure 16 : TBP, <i>Theory of Planned Behaviour</i> (D'après Ogden, 2004).....	57
Figure 17 : Nombre de patients observants et non observants pendant la maintenance, selon la présence ou l'absence d'implants (Cardaropoli et Gaveglio, 2012)	60
Figure 18 : Les stades du changement de comportement (D'après Prochaska et Di Clementi, 1982)	69

Figure 19 : Répartition des patients du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy selon les catégories socio professionnelles (INSEE)	84
Figure 20 : Répartition de la fréquence de brossage de dents en fonction du sexe des patients	86
Figure 21 : Réponses à la question « Quand changez-vous votre brosse à dents ? »	87
Figure 22 : Répartition de la fréquence d'utilisation des brossettes et/ou du fil dentaire selon le sexe des patients	90
Figure 23 : Fréquence d'utilisation des solutions de bain de bouche selon 3 catégories de patients (population globale, avec CDP, sans CDP)	91
Figure 24 : Réponses à la question « Etes-vous satisfait de votre hygiène bucco-dentaire ? » des patients fumeurs	92
Figure 25 : Réponses à la question « Etes-vous satisfait de votre hygiène bucco-dentaire ? » des patients non fumeur	93
Figure 26 : Relation entre la satisfaction des patients vis à vis de l'hygiène bucco-dentaire et le souhait de recevoir ou non un enseignement/complément d'enseignement au CDP	94
Figure 27 : Réponses à la question « Quels sont les facteurs qui vous empêchent d'avoir une hygiène bucco-dentaire optimale ? »	95
Figure 28 : Réponses à la question « A quand remonte votre dernière visite chez un dentiste ? » auprès d'un échantillon de 1000 personnes, représentatif de la population française de plus de 18 ans entre le 1 et le 3 Octobre 2013 (IFOP, 2013)	106

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Le marché français des produits d'hygiène dentaire (Charon et coll., 2009)	31
Tableau 2 : Tableau comparatif entre l'approche cognitivo-comportementale et l'entretien motivationnel (D'après Miller et Rollnick, 1991)	73
Tableau 3 : Réponses à la question « Avez-vous déjà reçu un enseignement au contrôle de plaque au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy ? »	82
Tableau 4 : Répartition selon le sexe des patients du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy	83
Tableau 5 : Réponses à la question « Etes-vous fumeur ? »	84
Tableau 6 : Réponses à la question « A quelle fréquence vous brossez-vous les dents ? »	85
Tableau 7 : Répartition du temps de brossage selon la population étudiée	87
Tableau 8 : Réponses à la question « Quel type de brosse à dents utilisez-vous ? »	88
Tableau 9 : Répartition selon le sexe de l'utilisation d'un dentifrice fluoré	88
Tableau 10 : Répartition de la fréquence d'utilisation des brossettes et fil dentaire selon la population étudiée	89
Tableau 11 : Répartition des réponses à la question « Etes-vous satisfait de votre hygiène bucco-dentaire » selon la population étudiée	92
Tableau 12 : Réponses à la question « Souhaiteriez-vous un enseignement ou un complément d'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire ? » selon la population étudiée	93
Tableau 13 : Réponses au questionnaire 2 des patients en maintenance parodontale au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy	97
Tableau 14 : Enseignement au CDP réalisé selon le sexe	101

LISTE DES ABREVIATIONS

Aa : *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*

AAP : *American Academy of Periodontology*

CDD : Contrôle de plaque

CSP : Catégorie socio professionnelle

EM : Entretien Motivationnel

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

HBM : *Health Beliefs Model*

IR : *Irregular Complier*

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Pg : *Porphyromonas gingivalis*

RC : *Regular Complier*

SFPIO : Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale

SRM : *Self Regulation Theory*

TBP : *Theory of Planned Behaviour*

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TPS : Thérapeutique Parodontale de Soutien

TRA : *Theory of Reasoned Action*

UFSBD : Union Française de la Santé Bucco-Dentaire

INTRODUCTION

Les progrès de la médecine actuelle permettent aujourd'hui une amélioration de la santé et de la qualité de vie des patients souffrants de maladie chronique. Mais les contraintes médicales, psychologiques et sociales, liées à la maladie, conduisent le plus souvent à une observance insuffisante des malades chroniques. Selon un rapport de l'OMS, seuls 50% des patients atteints de maladie chronique respecteraient leur traitement dans les pays développés (Petersen, 2003). Le monde médical se retrouve souvent désarmé devant un patient non-observant. En effet, comment accepter qu'un patient, pourtant demandeur d'aide et de soins, ne suive pas correctement les conseils et les médicaments prescrits ?

La non-observance est un phénomène ancien. Hippocrate écrivait il y a plus de deux mille ans « Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent leurs médicaments » (Hippocrate, 1999). Les conséquences individuelles et collectives sont nombreuses car la non-observance est source d'aggravation des maladies chroniques, provoquant une surconsommation médicale importante, représentant ainsi un réel enjeu sanitaire et économique (Petersen, 2003).

Cependant, l'intérêt porté à l'observance est relativement récent. Il date de la deuxième moitié des années quatre-vingt, avec le développement de la santé publique et l'émergence de pathologie virale telle que le VIH (Chesney et coll., 2000).

Les problèmes d'observance s'étendent à toutes les spécialités médicales dont celle de l'odontologie. En parodontologie, l'observance s'étudie sur trois niveaux, à savoir l'hygiène bucco-dentaire, les prescriptions mais aussi la maintenance parodontale, c'est-à-dire le suivi au long terme des patients atteints de maladie parodontale chronique. Selon les sources, cette maladie toucherait de 20 à 50% des adultes dans la plupart des pays du monde (Albandar et coll., 2002). Une étude récente, menée aux Etats-Unis (Eke et coll., 2015), montre que 46% des adultes de plus de 30 ans souffrent de parodontite chronique à différents degrés.

La parodontite chronique est d'origine bactérienne. Induite par la plaque dentaire, elle est caractérisée par une altération de la gencive marginale, un saignement au

sondage, une augmentation de la profondeur du sulcus, avec l'apparition de poches parodontales, une perte de niveau de l'attache clinique, des récessions gingivales, une perte de l'os alvéolaire, de possibles atteintes de furcation, des mobilités, des migrations et des pertes dentaires. Elle peut être localisée ou généralisée si plus de 30% des sites sont atteints et touche les individus selon différents niveaux de sévérité.

Devant l'ampleur de cette maladie, les praticiens ont encore trop souvent tendance à mettre le patient au cœur de l'échec thérapeutique, le rendant ainsi seul responsable de l'évolution de sa maladie. Nous verrons comment différents autres facteurs interviennent pour prévenir la non-observance et ses conséquences.

Nous aborderons ce travail en trois parties distinctes. Dans un premier temps, une analyse de l'observance sur l'hygiène, les prescriptions et la maintenance parodontale sera proposée. Nous tenterons ainsi de comprendre le problème de la non-observance à travers la recherche de différents déterminants, avant de trouver des moyens visant à améliorer l'observance. Nous nous rendrons compte, dans un deuxième temps, de l'observance en matière d'hygiène bucco-dentaire et de maintenance parodontale à travers une enquête locale réalisée au sein du département de parodontologie, du service odontologie, du CHU de Nancy. Enfin, suite aux résultats de l'étude, nous tenterons de comprendre comment améliorer la prise en charge des patients.

PREMIERE PARTIE : CONCEPT DE L'OBSERVANCE

1. Généralités

1.1. Définitions

1.1.1. Observance thérapeutique

L'observance thérapeutique est décrite dès les années 1970 par Haynes. Ce dernier, cité par Chesney (Chesney et coll., 2000), la définit comme « le degré de coïncidence entre le comportement d'une personne et les conseils donnés par le médecin. »

D'après Sobel, elle correspond au fait de se conformer aux règles élaborées de façon consensuelle par les professionnels de santé et de suivre leur prescription (Sobel, 1997).

Ces définitions n'offrent aucune tolérance entre l'observance et la non-observance car le patient est réduit à un comportement. Ainsi, soit il est observant et applique les règles, soit il est non-observant et déroge aux règles édictées par le praticien. La notion de « patient passif » est retrouvée dans la littérature (Chesney et coll., 2000).

Mais certains auteurs apportent une autre dimension à l'observance (Lamouroux et coll., 2005). En effet, Lamouroux précise que le comportement d'un patient évolue dans le temps en fonction de différents facteurs. Un même patient peut donc alterner des phases d'observance et d'inobservance. Il fait alors référence à la prise en compte d'un ensemble de comportements, et non pas à un seul comportement qui définirait chaque patient. Lamouroux élargit la définition de l'observance comme étant « la dimension comportementale et mesurable d'une pratique de soin qui consiste à suivre la thérapeutique prescrite, ce qui englobe le traitement mais aussi l'ensemble des régimes associés et les styles de vie. »

L'observance est mesurable et quantifiable par des méthodes directes et indirectes que nous détaillerons.

1.1.2. *Compliance*

La « *compliance* » est l'équivalent anglais de l'« observance » (Loesche et coll., 1993). Dans la littérature française, le terme de « compliance » est encore parfois utilisé comme synonyme d'« observance » (Palazzolo et Lachaux, 1999). Cependant, la traduction française suggère de réserver la « compliance » à la littérature anglaise. En effet, « *To comply with* » signifie se soumettre, suivre conformément.

Les patients seraient alors divisés en deux catégories, les « bons » et les « mauvais » patients, c'est-à-dire les patients obéissants et les désobéissants. Il serait réducteur d'employer ce terme anglo-saxon dans la littérature française (Lamouroux et coll., 2005).

1.1.3. Adhérence ou adhésion thérapeutique

Certains auteurs ne font pas de distinction entre l'observance et l'adhérence ou l'adhésion thérapeutique (Mehta et coll., 1997). Cependant, ces deux termes abordent des notions différentes.

Blackwell utilise pour la première fois le terme d'adhérence thérapeutique, donnant une place plus active au patient (Blackwell, 1976). En effet, l'adhérence s'intéresse au point de vue du patient. Elle suggère que celui-ci doit adhérer à son traitement, c'est-à-dire accepter l'idée de recevoir un traitement et accepter les recommandations et prescriptions de son praticien.

Lamouroux la définit comme la « dimension attitudinale de l'observance thérapeutique » (Lamouroux et coll., 2005). L'adhérence est donc le caractère le moins quantifiable de l'observance thérapeutique. Elle comprend tous les facteurs pouvant améliorer ou freiner l'observance et donne une part de responsabilité au praticien. En effet, une alliance thérapeutique est nécessaire pour permettre l'adhésion au traitement (Sauvanet, 2008).

L'observance et l'adhérence sont donc deux notions distinctes mais indissociables pour comprendre les comportements de santé des patients. Le terme d'observance étant le plus fréquemment retrouvé dans la littérature, nous le choisirons par la suite tout en tenant compte de l'adhésion thérapeutique.

1.2. Le seuil de non-observance

1.2.1. Un choix difficile

Il n'existe aucun outil consensuel permettant de définir un seuil à partir duquel un patient est dit non-observant (Alvin, 2000).

Ainsi, chaque étude a ses propres critères d'observance et de non-observance, plus ou moins strictes. Elles ont également leur propre système de classification des individus. Certaines études classent les patients en deux catégories, observant ou non (Reinhardt et coll., 2010), d'autres ajoutent une troisième catégorie de patients dits « partiellement observant » (McCracken et coll., 2005), ou encore n'utilisent aucun système de classification préférant laisser les chiffres parler d'eux-mêmes (Ziebolz et coll., 2013). C'est pourquoi, il est souvent difficile de comparer les études entre elles.

Cependant, il est admis qu'une bonne observance se situe autour de 80% des prescriptions et recommandations médicales. Selon certains experts, une observance de l'ordre de 95% serait obligatoire à l'efficacité du traitement et permettrait d'éviter le développement d'éventuelles complications (Gauchet, 2008).

1.2.2. Savoir prendre du recul...

Il est important de tenir compte des critères d'observance et de non-observance propres à chaque étude, de considérer la population choisie, le nombre d'individus, et la durée de l'étude avant d'en tirer des conclusions.

Il est fréquent de retrouver des résultats divergents entre les études, mais l'essentiel est d'interpréter les chiffres selon ces différents facteurs, et ainsi prendre du recul sur les études afin de raisonner de façon objective.

Par exemple, une étude sur la maintenance (Delaatola et coll., 2014), montre un faible niveau d'observance. Sur 427 patients nécessitant un traitement parodontal, seuls 218 sont entrés en maintenance et seuls 10,5% de ces patients sont dits observants. Dans cette étude, un patient est observant s'il vient régulièrement aux rendez-vous avec moins de 6 mois d'intervalle. Il est non-observant s'il manque un seul de ses rendez-vous.

Une deuxième étude réalisée sur une population grecque (Demetriou et coll., 1995), indique un niveau d'observance plus élevé. Sur 521 patients sélectionnés, 27,4% sont observants mais les critères sont plus souples. En effet, un patient est dit observant s'il est présent à plus de 80% de ses rendez-vous. De plus, les patients sélectionnés ont déjà prouvé leur observance sur le traitement initial.

Mais malgré des chiffres différents, les deux études arrivent à la même conclusion, c'est-à-dire que l'observance sur la maintenance est insuffisante.

2. Observance sur l'hygiène

Le chirurgien dentiste est directement concerné par l'observance de ses patients qu'il peut étudier sur différents niveaux, à commencer par l'hygiène orale.

2.1. Généralités

2.1.1. Hygiène orale et état parodontal

Comme la plaque dentaire joue un rôle dans l'apparition des maladies parodontales, une hygiène bucco-dentaire optimale permet de prévenir ces maladies (Axelsson et Lindhe, 1978). En effet, des études à long terme ont démontré cette relation entre l'hygiène bucco-dentaire et la maladie parodontale ou carieuse (Axelsson et coll., 1991 ; Kaldahl et coll., 1993). Néanmoins, acquérir une hygiène orale optimale nécessite un enseignement de la part du praticien, qui joue un rôle majeur dans la prévention des maladies orales.

2.1.2. Un enseignement nécessaire à l'hygiène orale

Des études montrent que beaucoup d'individus présentent une déficience de l'hygiène orale (Van der Weijden et Hioe, 2005), et une technique de brossage pas suffisamment efficace (Macgregor et Rugg-Gunn, 1979). Proposer un enseignement à l'hygiène bucco-dentaire aux patients apparaît alors nécessaire afin d'améliorer le contrôle de plaque et donc prévenir les maladies orales comme la parodontite.

Une étude récente réalisée sur 120 femmes enceintes (Geisinger, 2013), a montré les effets positifs de l'enseignement sur les modifications de comportement des patients. Avant de recevoir un enseignement à l'hygiène orale, 29% des patientes se brossaient les dents 2 fois par jour ou plus contre 79% à la suite de cet enseignement, 4 semaines plus tard. 19% des femmes avaient une gencive sensible et saignante lors du brossage contre 3% après l'éducation proposée. Une réduction significative des indices de plaque et gingival de 54,7% et 48,4% respectivement, a également été observée.

2.1.3. Les recommandations

L'enseignement délivré au patient est basé sur les recommandations à l'hygiène bucco-dentaire, délivrées par l'UFSBD (UFSBD, 2013), l'union française de la santé bucco dentaire. Elles sont régulièrement renouvelées et les plus récentes datent de 2013.

L'UFSBD recommande 2 brossages par jour, matin et soir, avec un dentifrice fluoré pendant 2 minutes. Le brossage doit être complété systématiquement par l'utilisation quotidienne de fil dentaire chaque soir, dès le plus jeune âge. Au fil dentaire, peuvent s'y ajouter des brossettes interdentaires. L'usage d'un bain de bouche d'entretien est recommandé pour les patients présentant des difficultés à se brosser les dents ou à passer le fil dentaire, afin d'offrir une protection supplémentaire contre les caries et les maladies parodontales.

La brosse à dents doit être souple, à petite tête et doit être changée tous les 3 mois.

La technique doit être adaptée à l'âge. Dès l'apparition de la première dent et jusqu'à 2 ans, le brossage se fera uniquement le soir et à l'eau avec l'aide des parents. L'usage du dentifrice peut commencer à 2 ans, âge moyen à partir duquel l'enfant sait cracher. De 3 à 6 ans, 2 brossages par jour sont recommandés avec une méthode simple, dite « horizontale ». A partir de 6 ans, lorsque la motricité de l'enfant s'affine, la méthode B.R.O.S devient la technique la plus adaptée.

Elle recommande également une visite au moins une fois par an chez un praticien, une alimentation variée et équilibrée et la mastication d'un chewing-gum sans sucre pendant 20 minutes après une prise alimentaire.

Concernant l'usage de la brosse à dents électrique, il n'y a pas de recommandation particulière. En effet, bien que certaines études ont montré l'efficacité d'un brossage électrique en comparaison d'un brossage manuel (Robinson et coll., 2005 ; Rosema et coll., 2008), si les deux techniques sont correctement exécutées, il n'y aurait pas de différence significative (SFPIO, 2014 ; Van der Weijden et coll., 2011).

Les recommandations relatives à l'hygiène orale peuvent varier suivant les pays. Différentes études se sont intéressées aux habitudes des individus concernant par

exemple le temps de brossage (Emling et coll., 1981). Aux Etats-Unis, plus de 1000 personnes ont été interrogées par téléphone. 90% des individus ont déclaré se brosser les dents au moins une fois par jour, 80% ont affirmé utiliser un dentifrice fluoré et 40% du fil dentaire au moins une fois par jour (Schou, 1998, cité par Charon et coll., 2009).

L'interrogatoire représente l'une des méthodes d'évaluation de l'observance thérapeutique que nous allons décrire.

2.2. Moyens d'évaluation de l'observance

Le praticien dispose de différents moyens lui permettant de vérifier si le patient a bien suivi les recommandations relatives à l'hygiène bucco-dentaire. Il peut ainsi utiliser des méthodes directes ou indirectes ou combiner plusieurs méthodes, toujours dans le but d'une meilleure prise en charge de son patient. Les premières méthodes visent à retrouver des critères objectifs médicaux indiquant une bonne observance. Les suivantes constituent surtout un recueil de données à l'aide d'outils comme le questionnaire, impliquant la participation du patient dans l'évaluation de son observance.

2.2.1. Méthodes directes

Les méthodes directes visent à déterminer objectivement l'observance sur l'hygiène orale. Elles incluent la démonstration de brossage par le patient mais surtout un examen clinique, utilisant différents moyens et indices permettant de quantifier l'observance.

- La démonstration par le patient

Après un enseignement au contrôle de plaque (CDP), le praticien peut demander au patient d'effectuer les soins locaux recommandés devant lui. Il vérifie ainsi directement l'observance sur l'hygiène. Le patient ne doit pas paraître hésitant et doit pouvoir identifier avec précision les zones où il se retrouve en difficulté. Le chirurgien

dentiste peut ainsi adapter son enseignement, corriger et délivrer des conseils en fonction du patient et de la situation clinique.

- L'examen clinique

Indice de plaque

Le praticien peut comparer l'indice de plaque entre deux consultations, avant et après l'enseignement au CDP. Celui-ci doit diminuer si les soins locaux sont correctement effectués. Plusieurs indices sont mis à la disposition du praticien mais l'indice de plaque de Silness et Løe (Løe, 1967) est le plus communément utilisé.

Un révélateur de plaque peut également mettre en évidence la plaque dentaire. Mais cette technique n'est pas recommandée si le patient présente des prothèses fixées. En effet, celles-ci peuvent ne pas retenir la coloration à l'érythrosine, et ainsi augmenter anormalement le niveau d'observance du patient (Charon et coll., 2009).

Constater une diminution significative de la plaque dentaire ne suffit pas à valider l'observance. Un examen de la muqueuse gingivale doit compléter l'examen clinique.

Indice gingival et aspect de la muqueuse gingivale

Si le patient suit correctement les recommandations, l'indice gingival doit diminuer et la gencive doit retrouver un aspect sain rapidement, c'est-à-dire une couleur rose, un aspect piqueté et en peau d'orange. L'indice gingival de Silness et Løe est souvent utilisé (Løe, 1967). Il est possible de prendre des photographies intra buccale pour apprécier l'amélioration de l'état gingival.

La présence de lésions profondes empêche parfois l'amélioration de la santé gingivale. C'est le cas dans la parodontite agressive. A l'inverse, une gencive peut paraître saine alors que des lésions sont bien présentes. Ce cas de figure est retrouvé chez des patients fumeurs ou atteints de certaines pathologies immunitaires (Barbour et coll., 1997 ; Fredriksson et coll., 1999).

Saignement au sondage

Le sondage, à l'aide d'une sonde parodontale, permet de détecter les lésions actives mais aussi une inflammation gingivale localisée ou généralisée. Le praticien doit constater une diminution du saignement au sondage indiquant une amélioration de la santé gingivale.

Néanmoins, des précautions sont à prendre. La force exercée ne doit pas excéder 75g au risque de s'exposer à des « faux positifs » (Listgarten, 1980). De plus, en cas d'inflammation gingivale, le sondage peut être douloureux pour le patient et des contaminations de site en site peuvent apparaître (Charon et coll., 2009).

Saignement lors du passage des brossettes inter-dentaires et/ou fil dentaire

Les espaces interproximaux sont les zones les plus à risque de perte d'attache. Le passage de brossettes adaptées à la morphologie de ces espaces et du fil dentaire est donc indispensable à l'élimination de la plaque dentaire. Des douleurs et saignements apparaissent suite au passage des brossettes en cas de lésion active. Mais ces signes sont provisoires et ne doivent pas constituer un frein à l'observance. Le praticien doit constater une diminution du saignement et des douleurs après environ une semaine (Charon et coll., 2013).

Si le saignement est localisé, cela montre souvent un obstacle rendant le passage des brossettes difficile. Ces obstacles peuvent être liés à l'anatomie de la dent ou à la présence de tartre. S'il est généralisé, le saignement est souvent la cause d'un manque d'observance du patient.

Saignement à la stimulation

Le stimulateur Butler™ (Figure 1) peut détecter les zones actives donc inflammatoires. Il permet de contrer le problème de la contamination de site en site et délivre à la jonction dento-gingivale un mélange d'antiseptique à base d'eau oxygénée, de bicarbonate de soude et de chlorhexidine. L'entrée des lésions sera ensuite irriguée avec de l'eau oxygénée puis de la chlorhexidine. Suite au passage

du stimulateur, comme suite au passage des brossettes, si le saignement est localisé, la cause vient souvent d'un obstacle anatomique, mais s'il est généralisé, il s'agit d'un manque d'observance (Charon et coll., 2013).



Figure 1 : Stimulateur Butler (Charon et coll., 2013)

- Notion de « *White-coat compliance* »

Les méthodes directes, bien qu'elles soient objectivables, ont leurs limites. La notion de « *white-coat compliance* » est retrouvée dans la littérature anglaise (Gordon et coll., 1995). Elle signifie que le patient peut fournir, avant son rendez-vous, un effort inhabituel qui ne reflète pas son comportement quotidien vis-à-vis de l'hygiène orale. Ce phénomène peut alors masquer un faible niveau d'observance, surtout si elle est évaluée uniquement sur le contrôle de plaque.

2.2.2. Méthodes indirectes

Les méthodes indirectes permettent d'investir le patient dans l'évaluation de l'observance. Le patient peut ainsi s'auto-évaluer par différents moyens mis à sa disposition comme le questionnaire, le journal, le calendrier de brossage ou le minuteur électronique.

- Le questionnaire

La plupart des études utilisent le questionnaire ou l'interrogatoire comme moyen d'évaluation de l'observance des patients (Reinhardt et coll., 2010 ; Ziebolz et coll., 2013). C'est une méthode simple, peu coûteuse, et celle qui permet d'obtenir le plus d'informations.

Le praticien peut interroger son patient de deux façons différentes. Il peut être avec son patient et l'interroger ainsi oralement. Il peut aussi fournir le questionnaire au patient que celui-ci devra remplir et lui retourner dans un délai défini ultérieurement.

L'avantage de cette deuxième solution est un gain de temps important pour le praticien qui peut alors inclure plus de patients dans son étude. Cependant, la présence du praticien permet d'éclairer le patient sur d'éventuelles incompréhensions, et ainsi obtenir des réponses plus précises.

Cette méthode a néanmoins ses limites car elle repose principalement sur l'honnêteté des patients (Emling et coll., 1981; MacGregor et Rugg-Gunn, 1979). Elle devrait être complétée par une méthode directe afin de comparer les réponses obtenues à la réalité clinique.

- Le journal ou le calendrier de brossage

Le journal de brossage (McCracken et coll., 2005), est une deuxième méthode indirecte permettant de recueillir l'observance du patient. Il cible principalement la fréquence et le temps de brossage des dents sur une période définie. Il peut aussi être utilisé pour comparer l'efficacité de plusieurs techniques de brossage (Khocht, 1992). L'objectif de cette approche est de responsabiliser le patient et l'impliquer dans l'amélioration de son hygiène bucco-dentaire. Celui-ci doit remplir son journal ou son calendrier après chaque brossage et l'apporter lors de ses rendez-vous.

Cependant, recourir à un journal ou à un calendrier de brossage n'est pas la technique la plus précise ni la plus fiable. Elle est facile à mettre en place et peu coûteuse mais les informations recueillies sont limitées et dépendent, comme pour le questionnaire, de l'honnêteté des patients. L'observance peut ainsi être faussée. C'est pourquoi, des auteurs ont cherché à prouver l'efficacité d'une troisième méthode, le minuteur électronique (McCracken et coll., 2005).

- Le minuteur électronique

Le minuteur électronique permet d'enregistrer précisément le temps de brossage des dents. Les avantages sont la précision des mesures enregistrées et la

possibilité de cumuler ces mesures sur une période définie. En association avec l'usage d'une brosse à dent électrique, il peut contenir différents paramètres, comme un indicateur de puissance de brossage.

Une étude de janvier 2005 (McCracken et coll., 2005), permet de comparer deux moyens d'évaluation de l'observance, le journal de brossage et le minuteur. Le temps de brossage est évalué sur 18 patients pendant 8 mois. Les patients ont reçu les instructions suivantes ; 2 minutes de brossage matin et soir pendant 8 mois. Les deux premiers mois, les patients disposent d'un minuteur et d'un journal. Les quatre mois suivants, rien ne leur est donné et durant les deux derniers mois, seul le minuteur est utilisé pour l'évaluation de l'observance. Dans le journal, le patient doit entourer le nombre de minutes correspondant à chaque brossage, de 1 à 5 minutes.

Pour les deux premiers mois, les journaux indiquent 58% de patients observants contre 42% non-observants, alors que les minuteurs ne révèlent seulement que 34% de patients observants contre 56% partiellement ou non-observants. Les deux derniers mois, les minuteurs indiquent 24% de patients observants contre 76% partiellement ou non-observants. Un patient est dit partiellement observant si le temps de brossage est compris entre 1 minute 30 et 2 minutes.

Bien qu'elle ne concerne que peu d'individus, cette étude révèle un important écart de données entre celles du journal et celles du minuteur, démontrant ainsi l'efficacité du minuteur sur l'évaluation de l'observance en comparaison du journal de brossage.

Néanmoins, le coût de ces appareils est élevé et recourir à cette méthode peut soulever des questions éthiques. En effet, le patient a le droit au respect de sa vie privée et à son autonomie. C'est pourquoi, il est important de définir avec le patient les objectifs thérapeutiques de l'utilisation du minuteur et de s'assurer de la préservation de sa liberté individuelle.

Aucune méthode d'évaluation n'est plus indiquée qu'une autre. Le choix de la méthode, ou le plus souvent de la combinaison de plusieurs méthodes, prend en compte divers facteurs comme le temps disponible, l'aspect financier et éthique, le nombre d'individus mais surtout les objectifs de l'étude comme la prévention des

conséquences de la non-observance sur la santé bucco-dentaire et sur la santé générale.

2.3. Conséquences de la non-observance

Tout comme de mauvaises habitudes alimentaires, le tabagisme ou encore l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise hygiène bucco-dentaire constitue l'un des facteurs de risque d'affections bucco-dentaires (Petersen, 2003). Elle est alors directement liée à la santé bucco-dentaire, mais quand est-il de la santé générale ?

La cavité orale joue un rôle essentiel dans les grandes fonctions telles que la mastication, la déglutition, la respiration ou la phonation. Elle constitue de ce fait un miroir de la santé générale et l'une des premières étapes de défense de l'organisme contre les agressions externes, comme le passage de bactéries. Certaines maladies peuvent engendrer l'apparition, la progression et l'aggravation des maladies bucco-dentaires. Mais inversement, certaines maladies bucco-dentaires, le plus souvent en relation avec une hygiène bucco-dentaire insuffisante, peuvent être à l'origine de l'apparition, de la progression ou de l'aggravation des maladies générales. Ces répercussions à distance des maladies bucco-dentaires sur la santé générale, et en particulier sur les pathologies cardiaques, sont reconnues depuis le début du 19^{ème} siècle. Plus précisément, la parodontite augmenterait le risque de maladies cardiovasculaires, mais aussi de maladies broncho-pulmonaires, d'accouchement prématuré, de pré-éclampsie, de déséquilibre diabétique ou d'obésité (Vergnes et Nabet, 2012). La santé bucco-dentaire fait alors partie intégrante de la santé au sens large et influe sur la qualité de vie des individus.

L'impact de la non observance sur l'hygiène ne se limite donc pas à la cavité orale et à la santé bucco-dentaire. Elle peut être potentiellement néfaste sur la santé générale et par conséquent sur la qualité de vie des individus. La cavité orale nous permet de parler, de sourire ou d'embrasser. Une mauvaise observance peut venir entraver l'équilibre de vie des individus que l'on retrouve également à travers cette dimension psychologique et sociale (Petersen, 2003).

3. Observance sur les prescriptions

En parodontologie, l'étude de l'observance intéresse dans un deuxième temps les prescriptions. Bien que celles-ci ne soient pas systématiques, elles jouent parfois un rôle primordial dans le traitement de certaines maladies parodontales comme la parodontite agressive, la gingivite ou la parodontite ulcéro-nécrotique.

3.1. Prescrire en parodontologie

3.1.1. Les antiseptiques et autres moyens mécaniques d'élimination de la plaque dentaire

Ces produits permettent d'une part l'élimination mécanique de la plaque dentaire par l'utilisation de brosses à dents, brossettes interdentaires et fil dentaire. D'autre part, une action chimique apportée par les antiseptiques vient compléter l'action mécanique. La prescription de ces différents produits a toujours été d'actualité en parodontologie car la cible principale des traitements des maladies parodontales est restée et reste aujourd'hui encore la plaque dentaire. Les produits d'hygiène dentaire ont évolué au fil du temps en fonction des progrès réalisés sur les connaissances du biofilm que constitue la plaque dentaire (Charon et coll., 2009). Le tableau suivant (Tableau 1), montre que la plupart des produits ne sont pas prescrits mais achetés directement en grande surface ou en pharmacie. Cependant, ils doivent faire l'objet d'une véritable prescription car le choix de ces produits va dépendre du patient et de la situation clinique, donc nécessite une bonne connaissance de la part du praticien. La catégorie divers comprend notamment le fil dentaire et les brossettes interdentaires.

Tableau 1 : Le marché français des produits d'hygiène dentaire (Charon et coll., 2009)

	Dentifrices	Brosses à dents	Bains de bouche	Divers
Total/an (millions)	200	80	25	2,5
Par habitant/an	3,3	1,3	/	/
Prescriptions/an (millions)	12,1	/	8	5,1

Nous présenterons pour exemple quelques produits, parmi la multitude disponibles sur le marché ;

- Hygiène bucco-dentaire

Brosses à dents

D'après les recommandations, la brosse à dents doit être souple et à petite tête. Son efficacité a été validée depuis de nombreuses décennies. En effet, la simple diminution de la plaque dentaire supragingivale entraînerait un changement de couleur, de texture et de forme de la gencive presque immédiatement (Loe et coll., 1965).

Dentifrices

Les dentifrices permettent de désorganiser la plaque dentaire par l'association d'agents abrasifs comme le silicate ou l'alumine, et de détergents comme le sodium lauryl sulfate. L'adjonction d'antiseptiques comme la chlorhexidine ou le triclosan, potentialise le contrôle anti bactérien des dentifrices (Casamajor et Descroix, 2009).

- Contrôle de plaque interproximale : Hydropulseurs, fil dentaire et brossettes interdentaires



Figure 2 : Hydropulseur (www.dentaly.org)

Les hydropulseurs (Figure 2), sont des dispositifs délivrant un liquide sous pression par l'intermédiaire d'un système de pompe. Ils permettent de contrôler la plaque

interproximale par l'utilisation de solution d'irrigation à base d'antiseptique. Mais ils éliminent surtout les débris alimentaires, or la seule élimination des aliments ne suffit pas à obtenir une hygiène orale optimale.

Le fil dentaire (Figure 3), est un deuxième moyen de contrôle de plaque interproximale. Même s'il permet d'éliminer plus de plaque que le brossage seul, il est irrégulièrement utilisé par les patients



Figure 3 : Passage du fil dentaire (jetdentaire.com)

car la technique semble difficile à acquérir (Charon et coll., 2009).



Figure 4 : Passage d'une brossette interdentaire (eugenol.com)

Les brossettes interdentaires (Figure 4), seraient plus faciles à utiliser que le fil dentaire (Kiger et coll., 1991). D'après cette même étude, les brossettes permettraient un meilleur contrôle de plaque interproximale que la brosse à dents seule ou en association du fil dentaire, à condition que les espaces interproximaux soient suffisamment larges pour le passage des brossettes.

- Bains de bouche

Les solutions de bain de bouche permettent de contrôler la plaque dentaire et de réduire l'inflammation. La chlorhexidine est l'agent antibactérien de référence grâce à son spectre d'activité et sa rémanence. Sa concentration varie de 0,12 à 0,2%. Elle est prescrite sur de courtes durées de part ses effets secondaires tels que des colorations brunes sur les dents et la langue, des érosions muqueuses. Elle est inactivée par les composés organiques comme le sang et le pus, ce qui la rend inactive en sous gingival, à l'inverse de la polyvidone iodée (Bétadine*), antiseptique de référence en sous gingival. L'association fluorure d'amine-fluorure d'étain (Méridol*), les phénols et les huiles essentielles, peuvent également être utilisés. Ils ont pour principal avantage de provoquer des effets secondaires moindres par rapport à la chlorhexidine, ce qui permet de les prescrire sur une durée plus longue. Concernant le chlorure de cétylpyridinium, dans la catégorie des ammoniums quaternaire, il n'est pas recommandé dans la pratique de la parodontologie (Casamajor et Descroix, 2009).

3.1.2. Les antibiotiques

- Antibiothérapie systémique

La plaque dentaire étant l'agent étiologique primaire des gingivites et parodontites, un débridement sus et sous gingival associé à un contrôle de plaque méticuleux et à une maintenance régulière permet alors, dans la plupart des cas, de stabiliser à long terme la maladie parodontale. Néanmoins, certaines parodontites sont réfractaires au traitement, c'est le cas des parodontites agressives et des parodontites ulcéro-nécrotique qui nécessitent la prescription d'un antibiotique. Le choix de la molécule dépendra de nombreux facteurs comme le statut médical du patient et les éventuelles contre indications, les résultats de l'analyse microbiologique, le spectre d'activité, l'action recherchée, bactéricide ou bactériostatique ou la distribution dans les différents tissus parodontaux (Charon et coll, 2009). L'antibiothérapie n'est alors justifiée que dans de rares cas et, pour les patients en bonne santé, elle n'est pas indiquée dans la majorité des interventions de

chirurgie parodontale, à l'exception de l'utilisation des membranes. De plus, se pose la question de la résistance des bactéries aux antibiotiques et donc du rapport bénéfices/risques pour les patients. La décision doit alors reposer sur une étude soigneuse de chaque cas. Les molécules prescrites en parodontologie sont décrites par Casamajor et Descroix (Casamajor et Descroix, 2009).

Les pénicillines et principalement l'amoxicilline sont les plus fréquemment utilisées en parodontologie. Elles présentent un spectre large, une action bactéricide sur les bactéries Gram positifs et négatifs mais sont à l'origine de nombreuses allergies. L'amoxicilline est prescrite en monothérapie afin de prévenir les infections en post opératoire et en association avec le métronidazole dans le cadre du traitement des parodontites. Son association avec l'acide clavulanique (Augmentin*) n'a pas montré d'effet bénéfique.

Le métronidazole présente un spectre étroit, une action bactéricide, une excellente distribution tissulaire, n'induit pas de résistance et n'est pas actif sur Aa (*Aggregatibacter actinomycetemcomitans*), bactérie parodonto-pathogène, à la différence de la famille des tétracyclines.

Les tétracyclines et plus particulièrement la doxycycline et la minocycline sont parfois utilisées en parodontologie. Elles présentent un large spectre, une action bactériostatique, une excellente diffusion tissulaire mais la résistance à ces molécules est importante, expliquant les résultats contradictoires quant à leur utilisation.

Enfin, les macrolides ne sont pas adaptés aux traitements parodontaux à l'exception de l'azithromycine, macrolide de dernière génération qui a montré des résultats concluants. Il est actif sur Aa et Pg (*Porphyromonas gingivalis*) et sa posologie courte, 2 fois 250g par jour, en une prise et pendant 3 jours, favorise l'observance.

- Antibiothérapie locale

L'utilisation d'une antibiothérapie locale tout comme une antibiothérapie systémique se fait toujours en adjuvant du traitement mécanique d'élimination de la plaque et du tartre sus et sous gingival. Elle permet, suite à une application sous

gingivale, une concentration in situ importante, une diminution des résistances des bactéries aux molécules antibiotiques et des effets secondaires. Elle est principalement indiquée dans les sites parodontaux profonds et son utilisation est susceptible d'éviter une phase chirurgicale. L'antibiothérapie locale concerne principalement les formes galéniques sous forme de gel comme la minocycline à 2% (Parocline*) ou le gel de métronidazole à 25% (Elizol*). L'efficacité de ces gels est néanmoins discutable. Bien que le gel de minocycline ait montré une diminution significative de la profondeur des poches parodontales après deux semaines d'application sous gingivale, l'utilisation du gel de métronidazole n'a pas apporté de résultats concluants (Casamajor et Descroix, 2009).

3.2. Moyens d'évaluation de l'observance

Nous aborderons ici l'évaluation de l'observance médicamenteuse sans revenir sur les antiseptiques ou autres moyens mécaniques d'élimination de la plaque dentaire, étudiés précédemment. Des méthodes directes et indirectes permettent de dépister la non-observance médicamenteuse. Les premières sont plus fiables mais souvent très coûteuses et peu adaptées à la pratique de la parodontologie. L'analyse « coût-bénéfice » serait importante car nous avons vu que l'antibiothérapie n'était que rarement justifiée. Les méthodes indirectes sont plus simples à réaliser mais elles peuvent minimiser le taux de non-observance. Nous décrirons quelques unes de ces méthodes afin de les comparer entre elles mais cette liste n'est pas exhaustive.

3.2.1. Méthodes directes

- Mesure du taux sérique du médicament

Cette première méthode renseigne sur la dose prise par le patient. Elle est objective mais comporte quelques inconvénients. Les concentrations plasmatiques du médicament peuvent être influencées par les modifications métaboliques, variables selon les individus. De plus, se pose le problème d'une possible fausse impression d'observance. C'est la notion de « *white coat compliance* » décrite

précédemment (Gordon et coll., 1995 ; Osterberg et Blaschke, 2005). Les patients peuvent en effet augmenter leur niveau d'observance les jours avant la prise de sang et ainsi surestimer les résultats.

- Mesure des marqueurs biologiques sanguins

Les marqueurs biologiques constituent dans la plupart des cas des traceurs ajoutés à la molécule (Cromer et Tarnowski, 1989). Cette méthode comme la précédente est plutôt réservée au domaine de la médecine, car malgré le fait qu'elle soit objective, elle est surtout très coûteuse (Osterberg et Blaschke, 2005).

3.2.2. Méthodes indirectes

- Questionnaires

Interroger le patient à l'écrit ou à l'oral est la méthode la plus couramment utilisée pour évaluer l'observance. Elle est simple à mettre en place et peu onéreuse. Cependant, plus les visites sont espacées, plus le patient sera susceptible d'apporter des réponses erronées. De plus, dans cette méthode, les résultats peuvent facilement être modifiés par le patient (Osterberg et Blaschke, 2005). En effet, les différences de résultats entre l'autoévaluation par le patient et les dosages sanguins peuvent parfois s'élever jusqu'à 120% (Cromer et Tarnowski, 1989). Mais l'objectivité des réponses va dépendre de la qualité du questionnaire. Les questions doivent être ouvertes et l'interrogatoire doit se dérouler dans un climat de confiance afin de comprendre les difficultés rencontrées par le patient et améliorer ainsi l'observance thérapeutique.

- Journal

Mettre en place un journal d'observance est une seconde méthode tout aussi simple et peu coûteuse que la précédente. Elle permet d'investir le patient dans la thérapeutique mais le journal peut être plus ou moins bien tenu par le patient et demande une certaine rigueur. Comme pour le questionnaire, les résultats obtenus

après analyse du journal peuvent être aisément modifiés par le patient (Osterberg et Blaschke, 2005).

- Compte des comprimés

Cette méthode consiste à compter les comprimés restants sur la plaquette prescrite et ainsi d'en déduire le nombre de comprimés effectivement pris par le patient. Elle est simple à mettre en place et quantifiable mais elle ne permet pas de vérifier la date de prise des médicaments qui peut être modifiée par le patient. Celui-ci peut également manipuler les comprimés s'il souhaite cacher son inobservance (Osterberg et Blaschke, 2005).

- Piluliers électroniques

Les piluliers électroniques sont nombreux sur le marché. Ils permettent d'enregistrer l'heure et la durée de chaque ouverture. Certains disposent d'un système d'alarme pour éviter les oublis. Ces piluliers sont efficaces mais sont difficilement applicables à la pratique clinique de part le coût élevé de ces dispositifs (Bureau, 2001).

- Efficacité thérapeutique

L'efficacité thérapeutique est relativement simple à vérifier selon le cas, notamment par l'amélioration symptomatique, mais elle est multifactorielle et ne dépend donc pas uniquement de l'observance médicamenteuse (Osterberg et Blaschke, 2005).

La comparaison de ces différentes méthodes nous montre qu'il peut être intéressant de combiner plusieurs méthodes car aucune d'entre elles, qu'elle soit directe ou indirecte, n'est pleinement satisfaisante pour évaluer l'observance médicamenteuse des patients.

3.3. Conséquences de la non-observance

Evaluer l'observance médicamenteuse permet de prévenir les conséquences de la non-observance. La prise non adéquate d'un médicament peut retarder la guérison de la maladie mais aussi dans certains cas provoquer une aggravation des symptômes et donc une altération de l'état de santé des patients. Les complications de ces maladies engendrent des coûts évitables très importants. Une enquête a montré que plus de la moitié des économies potentielles de santé révèle de l'observance, soit environ 269 milliards de dollars pour 186 pays (IMS Health, 2012). Bien que la maladie parodontale ne fasse pas partie des maladies chroniques engendrant le plus de dépenses en médicaments, les conséquences en restent tout de même importantes. Mais comment expliquer la non-observance ? Elle provient principalement d'une mauvaise compréhension de la pathologie et par conséquence du traitement. Ainsi, les patients sous estiment les risques liés à la prise approximative de leur traitement (Carballo, 2014).

Pour lutter contre la non-observance médicamenteuse, le patient doit alors être accompagné dans le temps. Un suivi à long terme doit lui être proposé afin de l'informer régulièrement sur sa maladie, soulever ses éventuelles interrogations, mais surtout prévenir les risques de rechute de la maladie. L'accompagnement du patient sur le long terme s'inscrit dans le cadre de la maintenance.

4. Observance sur la maintenance

4.1. Généralités

4.1.1. Définition et rôles

Le traitement des maladies parodontales, poly bactériennes, se base essentiellement sur l'élimination des bactéries causales. La maintenance parodontale ou thérapeutique parodontale de soutien (TPS), permet de soutenir le contrôle du facteur bactérien dans le temps et prévenir la réactivation de la maladie parodontale. La récurrence se produit lorsqu'un site recommence à perdre de l'attache, après un changement local de la flore parodontale, après un changement de comportement du patient, ou les deux à la fois.

La maintenance suit la phase de traitement actif parodontal. Elle vise alors à pérenniser les résultats obtenus après ce traitement actif et soutenir le patient dans le maintien de sa santé bucco-dentaire (Hbibbi et coll., 2014).

4.1.2. Protocole de la maintenance

La maintenance parodontale se déroule suivant plusieurs étapes (Charon et coll., 2009 ; Cohen, 2003) ; le diagnostic, le traitement et la planification.

Dans un premier temps, un diagnostic doit être posé. Il commence par un entretien qui permet de remettre à jour le dossier médical du patient, la symptomatologie fonctionnelle, les facteurs de risques comme le tabac, la présence de maladies systémiques, sans oublier le stress et un rappel sur les antécédents familiaux. Au cours de cet entretien, des explications quant au déroulement de la séance de maintenance sont délivrées au patient.

L'examen clinique suit l'entretien. Celui-ci comprend la prise de radiographies cliniques, qui doivent être comparées avec celles du début et de la fin du traitement, ainsi qu'un examen clinique exo et endo buccal. Un examen des tissus mous et le dépistage d'éventuels cancers précèdent l'inspection des tissus dentaires. Celle-ci vise à repérer les mobilités, les traumatismes occlusaux, les caries coronaires ou

radiculaires, la présence de restauration défectueuse, les dents et sites à risques. Un bilan de sondage est indispensable à cette étape pour évaluer la profondeur des poches parodontales, le saignement, la quantité de plaque et de tartre, les suppurations, les lésions de furcation et les récessions gingivales.

Le diagnostic doit également comprendre les examens complémentaires. Leur fréquence est à déterminer selon plusieurs facteurs comme le degré de progression de la maladie. Ils correspondent à la prise d'un bilan radiographique ou bilan long cône qui doit être comparé avec le dernier bilan effectué afin d'apprécier l'évolution de la maladie. Des prélèvements biologiques peuvent être effectués si nécessaire.

La phase thérapeutique inclut dans un deuxième temps une motivation au contrôle de plaque, une sensibilisation aux facteurs de risques, des explications sur le rôle et l'importance de la présence régulière aux rendez-vous de maintenance, des ajustements occlusaux... La plaque dentaire, le tartre supra gingival et sous gingival doivent être supprimés par détartrage, polissage et par programmation des séances de surfaçage ou d'un traitement chirurgical si nécessaire.

La dernière phase est celle de la planification des prochains rendez-vous de maintenance si la maladie parodontale est stabilisée, ou des différentes séances thérapeutiques en cas de récurrence. La fréquence de maintenance doit être choisie selon le patient et la situation clinique, tous les 6 mois, 3 mois ou plus si besoin.

4.1.3. Observance et maintenance

Nous avons vu que la maintenance parodontale faisait partie intégrante du traitement des maladies parodontales. Des auteurs ont montré la relation de cause à effet entre l'accumulation de la plaque dentaire et le développement et l'aggravation des gingivites (Loe et coll., 1965). Une dizaine d'années plus tard, le lien entre la plaque dentaire et la maladie parodontale est à son tour établi (Lindhe et coll., 1975). Selon ces études, il semblerait que quelle que soit la thérapeutique employée, la maintenance est indispensable pour assurer la pérennité des résultats obtenus. En réalité, il est prouvé que le devenir de l'état du parodonte et par conséquent des dents, dépend plus de la qualité de la maintenance que du type de traitement dispensé (Gunsolley et coll., 1994).

Cependant, malgré le rôle primordial de la maintenance dans la réussite à long terme des traitements parodontaux, les études soulignent une faible observance sur la maintenance (Checchi et coll., 1994 ; Costa et coll., 2014 ; Delatola et coll., 2014). L'observance correspond à l'assiduité selon laquelle les patients suivent leurs rendez-vous de maintenance.

Malgré la variation du seuil d'observance selon les études et la population choisie, le niveau d'observance reste insuffisant, surtout lorsque le nombre d'années de maintenance augmente. En effet, plus le nombre d'années après le traitement actif augmente, plus l'observance pendant le programme de maintenance est faible (Checchi et coll., 1994 ; Ojima et coll., 2001). Dans la première étude, 414 patients suivent une maintenance de 1985 à 1988. 38% des patients sont parfaitement observants à 1 an contre 20% à 4 ans. En parallèle, le nombre de patients partiellement observants, présents au moins à 50% des rendez-vous, a sensiblement augmenté, passant de 37% à 46%, entre la première et la deuxième année de maintenance. La première année va alors déterminer si un patient va suivre ou non une maintenance régulière les années suivantes. Cependant, il est important de ne pas renoncer à motiver les patients car sur les individus ayant abandonné le programme, près de la moitié étaient réguliers jusqu'à ce qu'ils décident de l'arrêter. L'évaluation du risque de progression de la maladie parodontale pendant la maintenance va notamment permettre au praticien et aux patients d'apprécier les efforts fournis et de renforcer la motivation des patients.

4.2. Evaluation du risque parodontal

4.2.1. Généralités

Les patients en maintenance ont tous un risque plus ou moins élevé de récurrence de maladie parodontale. Contrairement à la population générale, ces patients doivent participer régulièrement à des programmes de maintenance et ceci tout au long de leur vie. L'évaluation de risque parodontal (Figure 5) va permettre d'une part de soutenir les patients dans leurs efforts mais aussi de déterminer la fréquence des rendez-vous de maintenance.

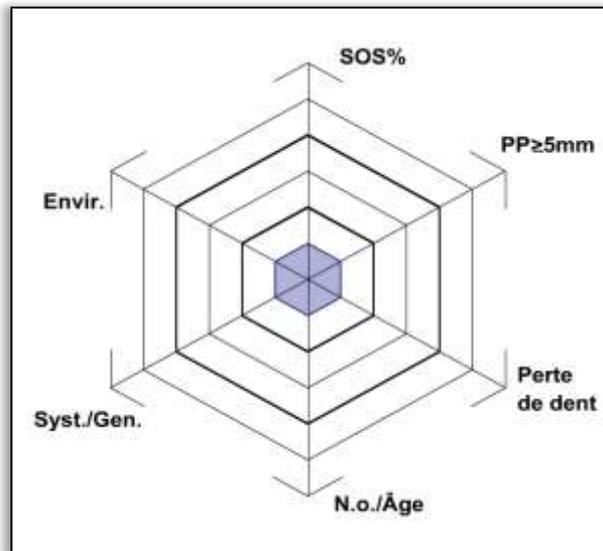


Figure 5 : Polygone d'évaluation du risque de développement ou de récurrence de maladie parodontale (perio-tools.com)

Chaque vecteur représente un facteur de risque. Une aire se dessine progressivement et indique un risque faible, modéré ou élevé, délimité par les 2 lignes en gras. Le risque est faible si l'aire se situe au centre du polygone, modéré si elle se trouve entre les 2 lignes et élevé si l'aire est à l'extérieur de la deuxième ligne. Tous les facteurs doivent être évalués ensemble car aucun d'entre eux n'est plus important qu'un autre.

4.2.2. Les différentes variables étudiées

Les 6 variables étudiées sont les suivantes :

- Pourcentage de saignement au sondage (SOS%)
- Nombre de sites avec une profondeur de poche $\geq 5\text{mm}$ (PP $\geq 5\text{mm}$)
- Nombre de dents manquantes (Perte de dent)
- Pourcentage de perte osseuse alvéolaire en fonction de l'âge (N.o./Age)
- Systémique/Etat général (Syst./Gen.)
- Environnement (Envir.)

Chaque variable a sa propre échelle pour définir un risque faible, modéré ou élevé.

Le pourcentage de saignement au sondage correspond au nombre de sites positifs au saignement au sondage, calculé en fonction de paramètres tels que le nombre de

dents ou d'implants, en incluant les dents de sagesse et le nombre de sites par dent ou par implant mesurés pour le saignement au sondage.

Le nombre de dents manquantes est compris entre 1 et 28, les dents de sagesse ne sont pas incluses dans le calcul.

Le calcul du pourcentage de perte osseuse alvéolaire se trouve en écrivant par incréments de 10% la quantité de perte d'os alvéolaire du site le plus atteint.

La variable "Systémique/Etat général" prend en compte le diabète de type I ou II, le polymorphisme de l'interleukine I ou le stress.

L'environnement fait surtout référence au tabac et classe les individus en plusieurs catégories ; non fumeur, ancien fumeur si l'arrêt du tabac est de 5 ans ou plus, fumeur occasionnel jusqu'à 10 cigarettes par jour, fumeur jusqu'à 20 cigarettes par jour, et gros fumeur si plus de 20 cigarettes par jour (Lang et Tonetti, 2003).

4.2.3. Quelques exemples

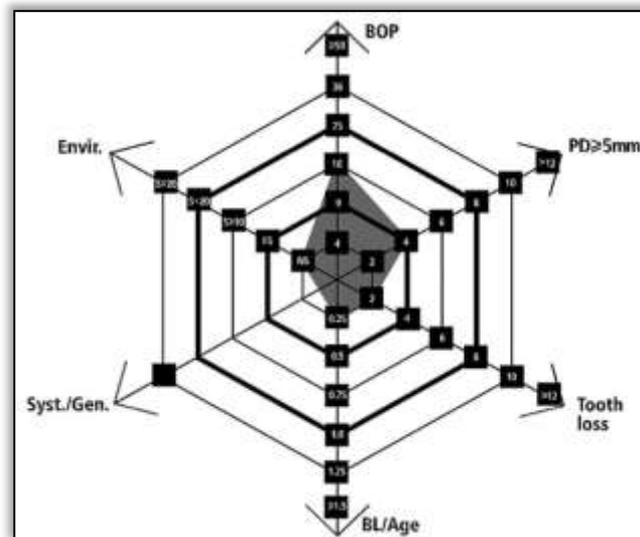


Figure 6 : Exemple de faible risque parodontal (Lang et Tonetti, 2003)

Le risque parodontal est faible lorsque tous les paramètres sont au centre du polygone, ou lorsqu'un seul paramètre se retrouve dans la zone de risque modéré (Figure 6).

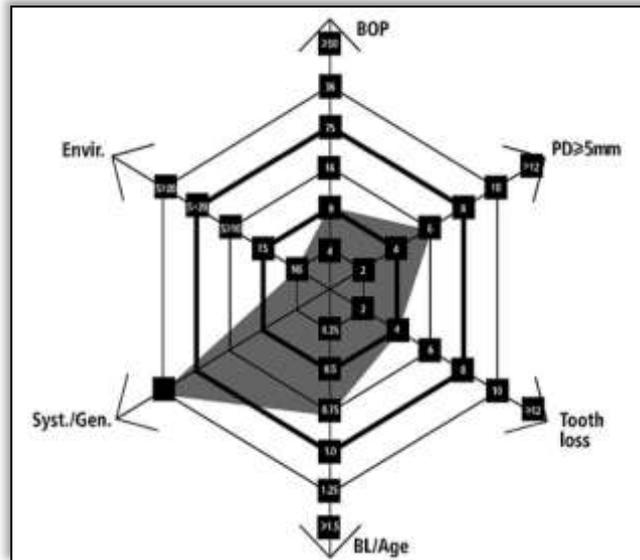


Figure 7 : Exemple de risque parodontal modéré (Lang et Tonetti, 2003)

Le risque parodontal est modéré lorsqu'au moins 2 paramètres sont dans la zone de risque modéré, mais au maximum 1 paramètre dans la zone à haut risque (Figure 7).

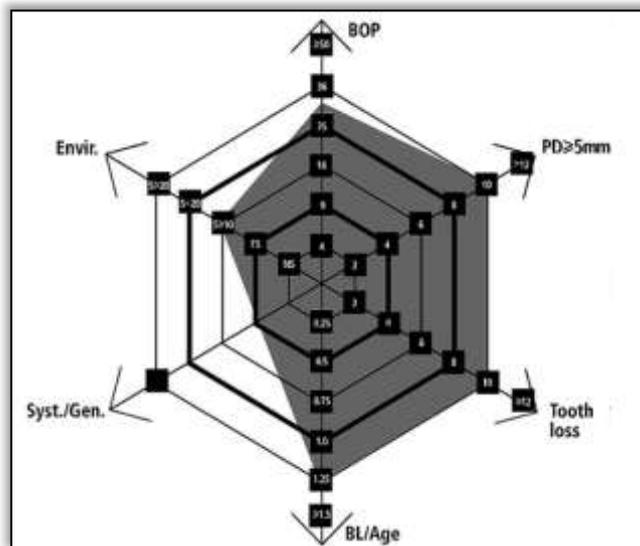


Figure 8 : Exemple de risque parodontal élevé (Lang et Tonetti, 2003)

Un patient est à haut risque parodontal si plus de 2 paramètres sont dans la zone de haut risque ou au-delà de cette zone (Figure 8).

4.3. La non-observance

4.3.1. La non-observance est-elle prédictible ?

Nous avons vu que le risque parodontal était déterminé en fonction de plusieurs variables. L'étude de variables cliniques, avant l'entrée en maintenance, nous permet-elle de dépister les patients observants et non-observants ?

L'étude suivante (Figure 9) porte sur la comparaison rétrospective de variables cliniques entre des patients observants et non-observants (König et coll., 2001). Elle évalue les conditions parodontales des patients à l'examen initial et durant la maintenance. Tous les patients présentent une parodontite chronique et sont divisés en 3 groupes. Les patients du groupe A sont dits observants et sont suivis durant dix années de maintenance, ceux du groupe B ont arrêté leur maintenance et les patients du groupe C ne sont jamais entrés en maintenance. Les variables évaluées sont l'âge, la mobilité dentaire, les atteintes de furcation, le nombre de dents, la profondeur de poche au sondage, l'indice de plaque...

Patient data variable	Group		
	A	B	C
no. of subjects	142	42	44
mean age±SD (years)	46±9	48±9	48±13
total treatment period±SD (years)	11.7±1.4	4.9±2.3	2.0±1.1
period of supportive periodontal therapy SPT±SD (years)	10.5±1.6	3.0±2.6	
mean number±SD of initially present teeth	24±4	22±6	23±4
mean number±SD of initially present molars	6±2	5±3	6±2
mean number±SD of teeth after surgery	22±5	21±6	
mean pocket probing depth PPD±SD (mm) initially	5.4±1.3	5.8±1.3	5.5±1.2
mean pocket probing depth PPD±SD (mm) after surgery	2.9±0.5 ²	3.1±0.6 ²	
mean frequency±SD (%) of teeth with max. PPD 1–3 mm initially	17±18	13±16	12±16
mean frequency±SD (%) of teeth with max. PPD 4–6 mm initially	60±23	55±24	63±22
mean frequency±SD (%) of teeth with max. PPD >6 mm initially	23±26	32±27	25±25
mean frequency±SD (%) of mobile teeth initially	11±20 ³	23±25 ^{2,3}	10±15 ²
mean frequency±SD (%) of molars with advanced furcation invasion	23±28	36±33	22±33
relative number of patients with mean plaque index >30% during SPT	49/142 ¹	22/39 ¹	

Figure 9 : Comparaison statistique des différentes variables selon les 3 groupes. Les valeurs significativement différentes sont marquées par un numéro (1, 2, 3), de la moins à la plus significative. (König et coll., 2001)

Cette étude indique que l'indice de plaque pendant la maintenance et la profondeur des poches parodontales après le traitement chirurgical sont significativement plus élevées pour les groupes B et C en comparaison du groupe A. Mais les résultats montrent également qu'à l'examen initial, peu de différences sont observées entre les 3 groupes sauf pour la mobilité, initialement plus importante dans les groupes B et C. Les patients observants et non-observants semblent alors avoir des conditions parodontales similaires. Autrement dit, la non-observance est difficilement prédictible à travers des variables cliniques.

Une seconde étude (Ojima et coll., 2005) cherche à mettre en évidence des facteurs pronostiques de la non-observance avec une approche différente. Elle étudie dans un premier temps les liens existant entre les comportements des patients vis-à-vis de l'hygiène orale, et l'observance aux rendez-vous de maintenance. Dans un deuxième temps, une éventuelle relation est recherchée entre les désirs ou souhaits des patients concernant leur santé bucco-dentaire et l'observance pendant la maintenance. Les habitudes et les désirs des patients sont évalués à travers un questionnaire à la première consultation, avant le début du traitement parodontal. Plus de 90% des patients émettent le désir de développer un brossage optimal et de

conserver leurs dents le plus longtemps possible. Or, la probabilité d'une assiduité aux rendez-vous de maintenance est estimée à seulement 52,7% après 5 ans. Malgré des pensées positives, les patients ne suivent alors pas pour autant une maintenance régulière sur une longue période. Néanmoins, de bonnes habitudes vis-à-vis de l'hygiène orale augmenteraient selon cette étude, la probabilité des patients à suivre une maintenance régulière.

Dépister les patients potentiellement non-observants durant la maintenance permettrait de prévenir les conséquences de la non observance. Le praticien pourrait en effet adapter la prise en charge de ses patients en fonction du profil de chacun. Cependant, il semble difficile de définir des profils à risque de non-observance sur la maintenance, même si de bonnes habitudes vis-à-vis de l'hygiène bucco-dentaire favoriseraient une bonne assiduité aux rendez-vous de maintenance.

4.3.2. Conséquences de la non-observance

A l'examen initial, les variables cliniques sont presque identiques entre les patients observants et non-observants (König et coll., 2001). Mais comment évoluent ces variables entre les deux groupes pendant la maintenance ? Quelles sont les conséquences de la non-observance ?

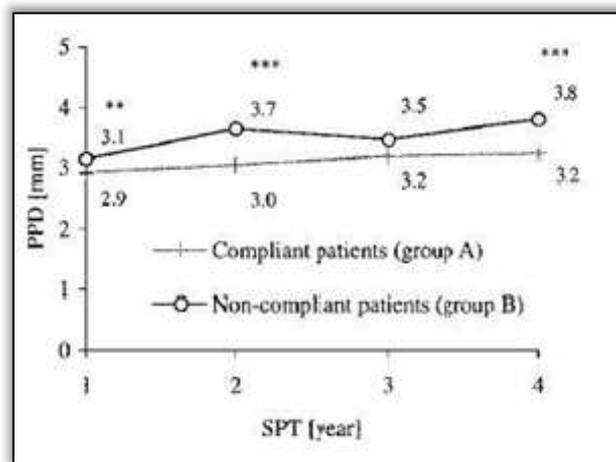


Figure 10 : Comparaison des moyennes des profondeurs de poches au sondage durant les 4 premières années de maintenance, entre les patients observants (groupe A) et non-observants (groupe B). Les astérisques indiquent les valeurs significativement différentes. (**, ***) (König et coll., 2001)

L'étude citée précédemment constate qu'au cours des 4 années de maintenance (Figure 10) les poches parodontales semblent être de plus en plus profondes dans le groupe B, en comparaison du groupe A, passant d'une moyenne de 2,9 à 3,2mm pour le groupe A contre 3,1 à 3,8mm pour le groupe B. Les résultats, en corrélation avec un indice de plaque plus élevé pour les patients non-observants, montrent que malgré des conditions parodontales semblables, les patients non-observants répondent moins favorablement à la maintenance que les patients observants. La variable la plus fréquemment évaluée dans les études correspond au nombre de dents perdues pendant la maintenance. En effet, la perte des dents constitue l'un des éléments les plus visibles de l'évolution de la maladie parodontale et a un réel impact sur la vie du patient, tant physiologiquement que psychologiquement. A travers plusieurs études, nous tenterons de comprendre l'impact de l'observance sur le nombre de dents perdues pendant la maintenance.

212 patients présentant une parodontite chronique (Costa et coll., 2014) ont bénéficié d'une maintenance de cinq années après le traitement actif (Figure 11). Les patients sont divisés en 2 groupes, réguliers (RC, *regular compliers*) et irréguliers (IR, *irregular compliers*) dans le suivi du programme de maintenance. En moyenne, ces deux groupes ont perdus respectivement 0.6 dents/personne soit 0,12 dents/an/personne et 1,8 dents soit 0,36 dents/an/personne pendant 5 ans. Les résultats obtenus sont en accord avec d'autres études longitudinales (Eickholz et coll., 2008 : 0,2 dents/an parmi RC contre 0,4 parmi IR ; Kocher et coll., 2000 : 0,049 dents/an parmi RC contre 0,257 parmi IR ; Matulienė et coll., 2010 : 0,11 dent/an parmi RC contre 0,33 parmi IR ; Ng et coll., 2011 : 0,03 dents/an parmi RC contre 0,22 parmi IR).

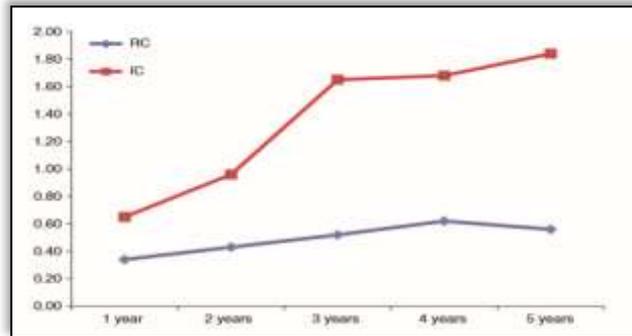


Figure 11 : Moyenne de dents perdues par individu pendant 5 années de maintenance (Costa et coll., 2014)

Les patients non-observants pendant la maintenance sont donc plus susceptibles de perdre leurs dents que les patients observants. Néanmoins, d'autres facteurs sont à prendre en compte dans l'interprétation de ces résultats. En effet, la perte dentaire est influencée par des facteurs de risque comme le tabac, le diabète, la sévérité de la maladie parodontale ou l'âge des individus. Les personnes de plus de 55 ans seraient plus susceptibles de perdre leurs dents. La cause de la perte dentaire est à préciser. Celle-ci peut ne pas être liée à l'évolution de la maladie parodontale mais à une fracture radiculaire par exemple (Costa et coll., 2014). Un autre élément également à prendre en compte est le pronostic dentaire initial. Il est décrit dans l'étude suivante portant sur une population coréenne (Kim et coll., 2014).

134 patients sont traités dans le cadre d'une maladie parodontale (Figure 12). Le nombre de dents perdues est évalué environ 11 ans après le traitement actif. Les patients sont classés en 3 catégories selon leur degré d'observance pendant la maintenance parodontale. Ils sont donc observants (CC), partiellement observants (EC), ou non-observants (NO). Les dents sont initialement diagnostiquées comme ayant un bon pronostic, un pronostic réservé ou condamnées. Les résultats montrent que les patients observants perdent sensiblement moins de dents à bon pronostic au cours de la maintenance que les patients non-observants (0,4% de dents perdues en moyenne contre 5,1%).

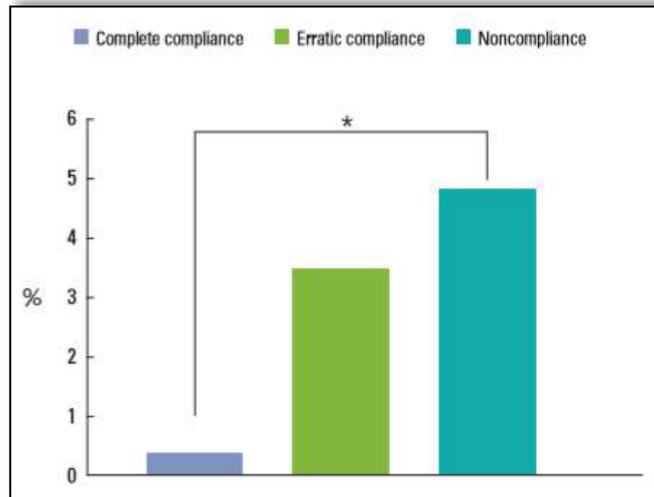


Figure 12 : Pourcentage de dents perdues par individu, à bon pronostic, après 11 ans de maintenance selon les 3 groupes (Kim et coll., 2014)

Concernant les dents à pronostic réservé (Figure 13), les valeurs sont significativement différentes entre les patients observants et partiellement observants d'une part (4,1% de dents perdues contre 30,7%), et observants et non-observants d'autre part (4,1% contre 25,6%).

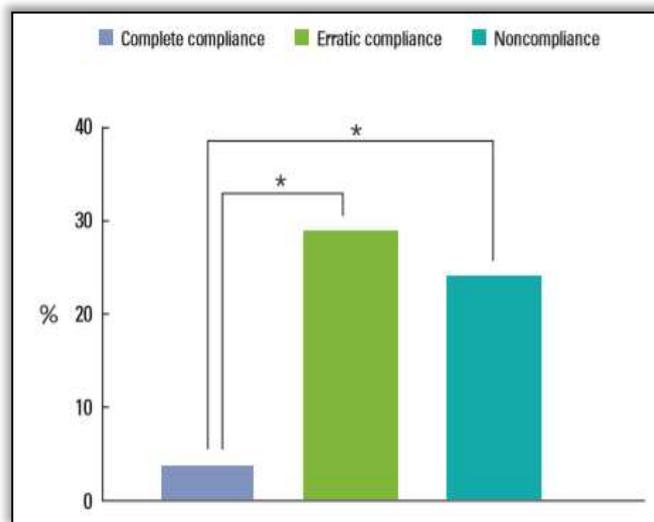


Figure 13 : Pourcentage de dents perdues, à pronostic réservé, après 11 ans de maintenance selon les 3 groupes (Kim et coll., 2014)

L'observance semble alors avoir un réel impact sur le nombre de dents perdues à bon pronostic et à pronostic réservé. Néanmoins, concernant le troisième groupe de dents jugées comme étant condamnées, aucune différence significative n'est observée sur les 3 groupes.

Intervenant à la suite du traitement parodontal actif, une maintenance parodontale de qualité et régulière réduit considérablement les risques de récurrence de la maladie. Mais les auteurs constatent une faible observance à ces rendez-vous de maintenance et les conséquences sont nombreuses, à commencer par la perte dentaire, le plus souvent très mal vécue par les patients. Comment expliquer cette faible assiduité aux rendez-vous de maintenance ? Dans le chapitre suivant, nous chercherons à identifier les différents déterminants pouvant influencer le niveau d'observance des patients.

5. Les déterminants de l'observance

L'observance thérapeutique est un phénomène dynamique qui peut évoluer chez un même individu en fonction de plusieurs facteurs. Pour comprendre l'observance, une approche multifactorielle est alors nécessaire.

Les déterminants de l'observance sont nombreux et nous verrons que les études ont parfois tendance à se contredire quant à l'influence de ces déterminants.

Nous avons vu qu'une bonne observance sur l'hygiène bucco-dentaire conduisait le plus souvent à une bonne observance sur la maintenance (Ojima et coll., 2005). C'est pourquoi, les déterminants de l'observance sur l'hygiène et la maintenance sont sensiblement les mêmes. Quant aux prescriptions, le nombre limité d'études en parodontologie ne nous permet pas de connaître objectivement les facteurs influençant l'observance.

Ce cinquième chapitre répertorie les facteurs les plus souvent retrouvés dans la littérature mais cette liste est non exhaustive. Elle comprend les facteurs liés au patient, les facteurs psycho sociaux décrits à travers différents modèles et théories, les facteurs locaux, les facteurs liés au traitement et au praticien.

5.1. Facteurs liés au patient

5.1.1. Sexe

En accord avec la plupart des études (Famili et Short, 2010 ; Furuta et coll., 2011 ; Gokulanathan et coll., 2014 ; Jönsson et coll., 2010 ; Kateeb, 2010 ; Ramseier et coll., 2014 ; Soolari et Rohn, 2003), mais contrairement à certaines (Checchi et coll., 1994 ; Fardal et coll., 2003 ; Ojima et coll., 2001), qui ne montrent aucun lien significatif entre l'observance et le sexe, il semblerait que les femmes soient plus observantes que les hommes.

5.1.1. Age

Les études reliant l'âge à l'observance des patients sont contradictoires. En effet, certaines n'indiquent aucun lien entre ces deux paramètres (Fardal et coll., 2003 ; Glavind, 1986 ; Mendoza et coll., 1991). Cependant, d'autres études montrent que l'âge peut influencer l'observance (Checchi et coll., 1994 ; Demetriou et coll., 1995 ; Ramseier et coll., 2014). En effet, selon ces études, plus le patient est âgé, plus l'impact sur l'observance serait négatif.

5.1.2. Catégorie socio professionnelle

La catégorie socio-professionnelle n'aurait pas d'influence significative sur l'observance (Loesche et coll., 1993).

5.1.3. Situation démographique

Aucun lien significatif n'a pu être établi entre l'observance des patients pendant la maintenance et la distance entre le lieu d'habitation et l'établissement de soin (Ojima et coll., 2001).

5.1.4. Tabac

Il existe une forte corrélation entre la consommation tabagique et le développement et l'aggravation des maladies parodontales. L'inflammation gingivale est masquée par la vasoconstriction nicotinique. Les symptômes classiques de l'inflammation comme les œdèmes et les rougeurs sont le plus souvent absents et la gencive saigne peu en comparaison de l'importance de l'inflammation parodontale. La discrétion de ces signes cliniques incite le patient à consulter une fois la maladie parodontale bien installée, compromettant le taux de succès de la thérapeutique (Bergström, 2004).

Mais quant est-il du rôle du tabac sur l'observance des patients ? Il serait un facteur de risque de non-observance selon les deux études suivantes (Delatola et coll., 2014 ; Jansson et Hagström, 2002), mais une étude récente (Ramseier et coll.,

2014), montre que quantitativement, il n'y aurait pas de différence significative sur l'observance, en particulier sur la maintenance, entre un patient fumeur ou non fumeur. Cette étude conclut en s'intéressant à la composante psycho-sociale qui aurait un réel impact sur l'observance.

5.2. La composante psychosociale

Plusieurs modèles psychosociaux adaptés à la pratique de l'odontologie ont été développés, afin de comprendre et améliorer l'observance des patients. Ils ont pour objectif de déterminer les facteurs influençant les comportements de santé des patients afin de prédire ces comportements. Ils sont basés sur des facteurs socio-cognitifs, interférant dans la prise de décision des comportements. Bien qu'ils présentent des similitudes, ils se distinguent dans le choix des processus cognitifs, des règles combinant ces processus ou encore dans la prise en compte de l'environnement social des patients.

Parmi tous ces modèles, seuls les plus communément utilisés seront décrits, le modèle HBM, *Health Beliefs Model*, TRA, *Theory of Reasoned Action*, TBP, *Theory of Planned Behaviour*, le sentiment d'auto efficacité et la théorie d'autorégulation de Leventhal.

5.2.1. Modèle HBM (*Health beliefs model*)

Le modèle HBM ou modèle de croyances relatives à la santé, est le premier modèle décrit par Rosenstock en 1974. Il stipule qu'un patient observe un comportement de soin s'il est conscient de la gravité du problème, s'il se sent concerné, si le comportement à adopter présente pour lui plus d'avantages que d'inconvénients, autrement dit si les bénéfices perçus sont plus importants que les barrières perçues, et s'il pense être capable d'adopter ce comportement.

Le changement de comportement d'un patient serait alors influencé selon ce modèle par la perception de sa propre vulnérabilité, de la sévérité de la maladie, des bénéfices et des obstacles (Umaki et coll., 2012).

La susceptibilité ou la vulnérabilité perçue inclut l'estimation du patient concernant sa prédisposition à développer une maladie.

La sévérité perçue est le sentiment perçu par le patient, concernant la gravité de la maladie.

Enfin, la dernière composante, les bénéfices et les barrières perçues, poussent le patient à peser le pour et le contre, entre la réalisation du comportement et les risques qu'il encourt.

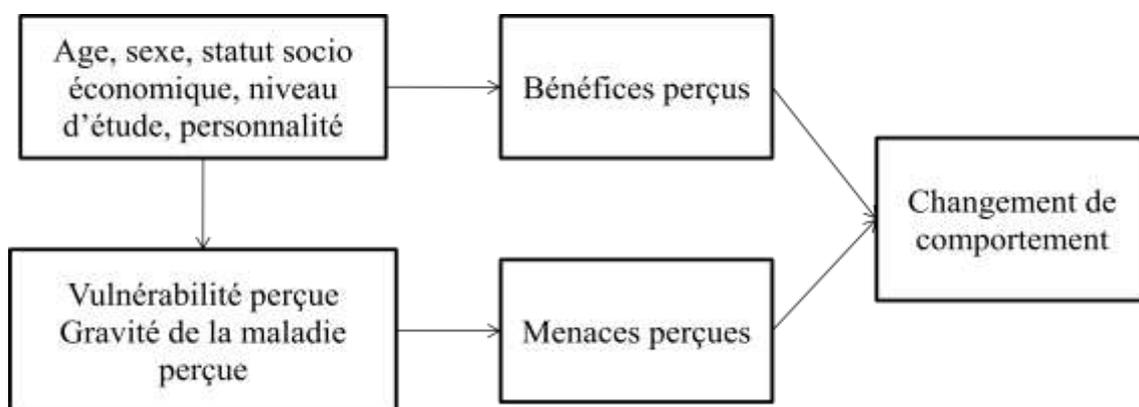


Figure 14 : HBM, *Health Beliefs Model* (D'après Ogden, 2004)

Le modèle HBM (Figure 14) est souvent critiqué car les auteurs notent une notion manquante correspondant à l'intention. Le modèle passe directement de la perception à la réalisation ou non du comportement, sans évoquer l'intention comportementale.

Mais la principale critique attribuée à ce modèle est qu'il suggère que les individus décident de s'engager dans un comportement de santé de façon rationnelle ou consciente, à la différence du modèle TRA. Le TRA, *Theory of Reasoned Action*, prend en effet en compte la valeur subjective et rentre ainsi en rupture avec les modèles cognitifs comme le HBM qui voient en l'être humain quelqu'un de rationnel (Ogden, 2004).

5.2.2. Modèle TRA (*Theory of Reasoned Action*)

La théorie de l'action raisonnée, développée par Fishbein et Ajzen en 1975, cherche à mettre en relation les variables suivantes ; les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements des individus. Cette théorie introduit la notion de l'influence sociale à travers les croyances normatives et les normes subjectives (Ogden, 2004). Les liens entre les différents paramètres sont décrits à travers le schéma suivant (Figure 15).

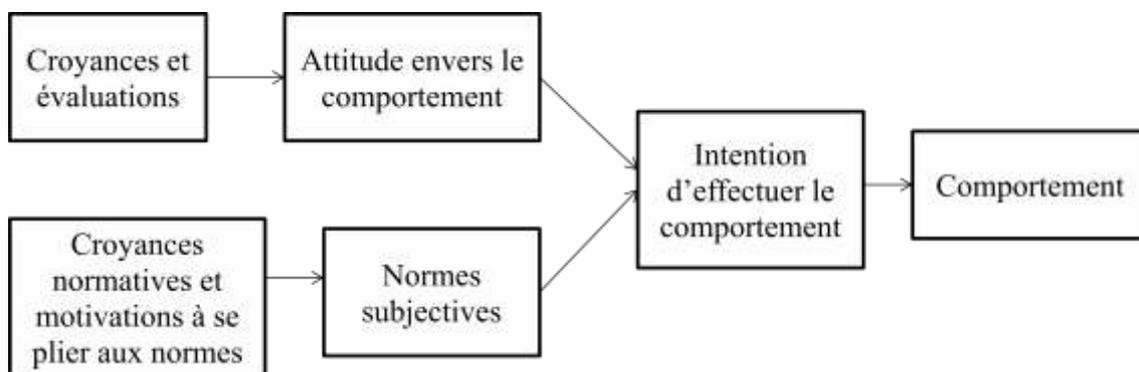


Figure 15 : TRA, *Theory of Reasoned Action* (D'après Ogden, 2004)

Le comportement d'une personne est ici liée à l'intention d'effectuer ce comportement.

L'intention est quant à elle dépendante de deux facteurs principaux, un facteur personnel qui est l'attitude de la personne envers le comportement et un facteur social, l'importance que l'individu accorde à l'opinion de son entourage, caractérisé par les normes subjectives.

L'attitude est liée aux croyances de l'individu et à l'évaluation des conséquences de la réalisation du comportement.

Enfin, les normes subjectives dépendent des croyances quant aux opinions d'autrui à propos de comportement, et aux motivations à se soumettre à l'avis d'autrui.

Le modèle TRA a été repris pour créer une nouvelle théorie, *Theory of Planned Behaviour*, s'intéressant à un autre facteur, le contrôle comportemental (Ogden, 2004).

5.2.3. Modèle TBP (*Theory of Planned Behaviour*)

La théorie du comportement planifié, ou TBP (Figure 16), décrit par Ajzen en 1991, intègre la notion de contrôle comportemental, autrement dit, la facilité ou la difficulté à adopter un comportement. Selon cette théorie, un individu ne peut pas développer une forte intention d'effectuer un comportement spécifique s'il croit ne pas pouvoir y arriver, ne pas disposer des ressources nécessaires (Umaki et coll., 2012).

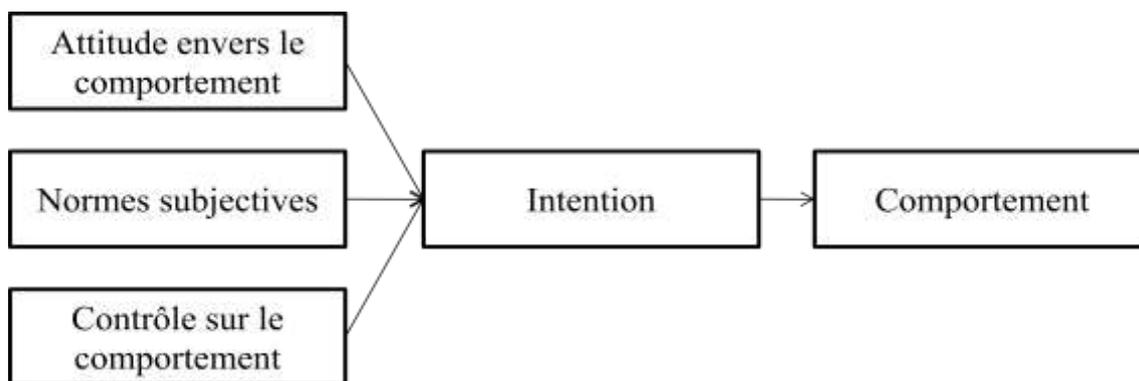


Figure 16 : TBP, *Theory of Planned Behaviour* (D'après Ogden, 2004)

5.2.4. L'auto-efficacité

Le Modèle TBP se rapproche de la notion d'auto efficacité, ou efficacité personnelle, définie par Bandura en 1977. Elle désigne les croyances d'un individu quant à sa capacité à reproduire un comportement spécifique et sa capacité à surmonter les problèmes pour continuer à reproduire ce comportement. Ce concept est très important car il va déterminer non seulement si une personne va réussir à appliquer un comportement, mais aussi sa capacité à fournir un effort important pour

changer son comportement, et sa capacité dans le temps à appliquer ce changement (Jönsson et coll., 2012).

Plusieurs études montrent la relation entre un sentiment d'auto efficacité élevé et un niveau d'observance élevé. Par exemple, dans l'étude suivante (Schüz et coll., 2006), plus l'auto-efficacité est élevée, plus la fréquence de brossage de dents, et de brossage inter-dentaire est élevée. Une seconde étude indique qu'une plus grande auto efficacité au début de l'étude, engendre une observance plus élevée sur l'hygiène orale 3 mois plus tard (Jönsson et coll., 2012).

5.2.5. Théorie de Leventhal (SRM ou *Self regulation theory*)

La notion d'auto efficacité prend alors en compte le facteur temps, tout comme la théorie de Leventhal. Ce facteur, bien qu'essentiel dans l'étude de l'observance thérapeutique, est absent des modèles précédents, HBM, TRA ou TBP. Le modèle d'auto-régulation, décrit par Leventhal et Cameron en 1987, s'inspire cependant de ces modèles. Il est le plus utilisé aujourd'hui et montre que le comportement de santé des patients en réponse à une maladie, est déterminé par la représentation que se font les patients de cette maladie. Celle-ci repose sur cinq dimensions ; l'identification de la maladie et de ses symptômes, l'évolution dans le temps de la maladie, les conséquences sociales, économiques et psychiques de la maladie, les facteurs de risques réels ou imaginaires de la maladie, tels que les facteurs génétiques ou un faible contrôle de plaque. Enfin la dernière dimension concerne le potentiel de guérison ou de contrôle de la maladie (Godard et coll., 2011).

Ces éléments sont étroitement liés les uns aux autres. Le fait de penser pouvoir avoir un contrôle sur la maladie ou de croire en une guérison est lié à la perception d'une durée relativement courte de la maladie et donc à des conséquences mineures.

Pour résumer, ces modèles permettent de prédire l'observance des patients et de comprendre les facteurs influençant l'observance et les différents liens les unissant. Ils sont rarement utilisés en tant que tel et les méthodes de mesure des différentes variables diffèrent en fonction des études. Certains auteurs recourent à plusieurs théories afin de tester leur propre modèle sur leur étude. Par exemple,

dans une étude de 2012 (Jönsson et coll., 2012), l'auto efficacité est ajoutée au modèle TRA, qui servira de base à l'étude.

Nous avons vu que les caractéristiques socio démographiques n'avaient pas une grande influence sur l'observance, mis à part le sexe où la femme semble être plus observante que l'homme. Le développement de ces modèles montre une prise de conscience de l'influence des facteurs socio psychologiques sur l'observance en matière de santé. Mais même si la composante psychosociale semble être un facteur clé de prédiction de l'observance, d'autres paramètres doivent également être pris en compte, comme les facteurs locaux, les facteurs liés au traitement et au praticien.

5.3. Facteurs locaux

Les facteurs locaux tels que le statut parodontal initial du patient, le degré de sévérité de la maladie parodontale ou la présence ou non d'implant dans la cavité orale influencent-ils l'observance en particulier sur la maintenance ?

5.3.1. Statut parodontal initial

Le statut parodontal initial inclut plusieurs paramètres comme l'indice de plaque, l'indice gingival, la mobilité dentaire, les atteintes de furcation et la profondeur des poches parodontales. Bien que le statut parodontal initial du patient ait une forte influence sur la réponse au traitement actif et sur la réponse à la maintenance, en accord avec plusieurs études (Checchi et coll., 1994 ; Delatola et coll., 2014 ; König et coll., 2001), aucun lien significatif ne semble être établi entre le statut parodontal initial du patient avant la mise en place du traitement actif, et l'observance aux rendez-vous de maintenance.

5.3.2. Sévérité de la maladie parodontale

Néanmoins, il semble que la sévérité de la maladie parodontale influencerait modérément l'observance aux visites de maintenance selon une étude récente (Delatola et coll., 2014) portant sur une population grecque. Cette étude montre que

la sévérité de la maladie parodontale, allant de la gingivite à la parodontite modérée à sévère, est positivement associée avec l'arrêt de la maintenance. Cependant, l'influence reste faible et d'après la théorie de Léventhal, l'observance va surtout dépendre de la représentation que se font les patients de la maladie et non pas de la maladie en elle-même.

5.3.3. La présence ou non d'implant dans la cavité orale

Selon l'étude suivante (Cardaropoli et Gaveglio, 2012), les patients présentant un ou plusieurs implants sont plus assidus aux rendez-vous de maintenance que les patients ne présentant aucun implant dans la cavité orale. En effet, pour les patients présentant un ou plusieurs implants, 88,1% sont observants contre 64,8% pour les patients n'ayant pas bénéficié d'une thérapeutique implantaire (Figure 17).

	Implants	No implants	Total
Compliant	37 (88.1%)	35 (64.8%)	73
Non-compliant	5 (11.9%)	19 (35.2%)	23
Total	42	54	96
$\chi^2 = 5.644$ $P = 0.018$.			

Figure 17 : Nombre de patients observants et non observants pendant la maintenance, selon la présence ou l'absence d'implants (Cardaropoli et Gaveglio, 2012)

Ces résultats montrent qu'une thérapeutique implantaire peut motiver le patient à retourner régulièrement en maintenance. Cette motivation vient probablement du fait que le patient est conscient de présenter un corps étranger dans sa cavité orale. Il est ainsi d'autant plus motivé à venir régulièrement contrôler la bonne adaptation de l'implant et l'absence de symptômes pouvant entraîner sa perte. L'impact psychologique lié à la pose d'un implant peut donc avoir une influence positive sur l'observance. De plus, les résultats de cette étude peuvent être influencés par des facteurs socio-économiques comme que le coût de la thérapeutique implantaire.

5.4. Facteurs liés au traitement

Nous allons étudier l'influence de 2 facteurs liés au traitement ; la chirurgie, et le coût du traitement.

5.4.1. Traitement chirurgical ou non chirurgical

Le traitement actif de la maladie parodontale peut inclure une phase chirurgicale. En effet, lors de la réévaluation, certaines poches parodontales trop profondes, peuvent persister. Elles nécessitent alors d'être supprimées par voie chirurgicale. Un traitement chirurgical est long, coûteux et demande un certain degré de coopération et de motivation de la part du patient. Mais cette motivation est-elle suffisante pour observer une plus grande assiduité aux rendez-vous de maintenance ? Les études montrent des résultats similaires sur l'observance entre les patients ayant bénéficié ou non d'un traitement chirurgical (Cardaropoli et Gaveglio, 2012 ; Checchi et coll., 1994). Néanmoins, d'après cette dernière étude que nous avons déjà citée, l'observance est proportionnelle au nombre d'interventions chirurgicales. L'observance complète passe de 26% pour une intervention chirurgicale effectuée, à 48% à partir de 4 interventions chirurgicales.

5.4.2. Coût du traitement

La relation entre le coût du traitement et l'observance est peu observée dans les études. Ainsi, il est difficile d'affirmer objectivement s'il existe un lien significatif entre ses deux paramètres, même si une étude n'en rapporte aucun (Fardal et coll., 2003).

Le nombre d'interventions chirurgicales semble avoir un impact sur l'observance mais quand est-il du rôle du praticien ?

5.5. Facteurs liés au praticien

Malgré la part de responsabilité importante du patient dans la réussite ou l'échec de son traitement, le chirurgien dentiste, de part ses croyances, sa capacité à développer une véritable alliance thérapeutique avec le patient, mais aussi avec tous les efforts d'éducation qu'il fournit en vue de prévenir la non-observance thérapeutique, joue un rôle primordial. Ainsi, le patient ne serait pas le seul acteur de l'observance...

5.5.1. Les croyances du praticien

Quelle que soit la discipline médicale, les croyances du soignant vis-à-vis du pronostic de la maladie peuvent altérer l'observance du patient. D'après Breen, l'observance est d'autant plus faible que le praticien est convaincu du mauvais pronostic de la maladie. En effet, le patient s'approprierait le pessimisme du praticien quant au succès de la thérapeutique proposée, favorisant la non-observance (Breen, 1998). Le praticien, en délivrant ses croyances aux patients, peut alors compromettre la qualité de l'observance et la réussite du traitement. Breen pense que la croyance dans l'efficacité du traitement a également un impact sur l'observance, au même titre que la croyance dans le pronostic. Le praticien projetterait ses croyances aux patients et ainsi sa confiance dans l'efficacité de la thérapeutique.

5.5.2. La qualité de la communication praticien-patient

Il est alors essentiel d'être motivé soi-même avant de chercher à motiver ses patients. Cette réflexion nous mène à l'importance d'une communication praticien-patient de qualité, fondamentale pour obtenir une bonne observance (Cascaes et coll., 2014). Certaines qualités sont préconisées comme l'empathie qui se trouve être à la base de la communication médicale. C'est la « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent » (Larousse). Il est important de ne pas confondre l'empathie avec la sympathie qui se définit comme un « penchant naturel, spontané et chaleureux de quelqu'un vers une autre personne » (Larousse). Quelqu'un d'empathique se doit d'être sincère, de reconnaître les ressentis et les

expressions de son interlocuteur, mais sans pour autant l'approuver systématiquement. L'empathie va alors permettre d'apporter plus facilement le soutien nécessaire au patient afin d'établir une relation de confiance. L'observance augmente avec la confiance que le patient accorde au praticien (Palazzolo et Lachaux, 1999). Cette relation thérapeutique doit devenir une véritable alliance thérapeutique, ou contrat thérapeutique, qui doit s'établir dès la consultation initiale. Il correspond à un consentement éclairé fondé sur la confiance et la coopération de l'individu.

5.5.3. Les efforts d'éducation

L'alliance thérapeutique implique des qualités humaines comme l'empathie mais aussi des efforts d'éducation de la part du praticien.

En parodontologie, l'éducation des patients passe par un enseignement au contrôle de plaque, en fournissant au patient des informations orales et écrites relatives à l'hygiène orale. L'objectif est de motiver le patient à maintenir une bonne santé bucco-dentaire, à prévenir le développement des maladies parodontales et les complications de la thérapeutique. Différents supports peuvent être utilisés comme des CDs, DVDs ou brochures. Le praticien effectue également une démonstration de la réalisation des soins locaux et soulève les éventuelles interrogations, les obstacles ou difficultés rencontrés (Reinhardt et coll., 2010). Mais cette méthode classique d'éducation a ses limites. Steward et Wolfe, cités dans l'étude suivante (Godard et coll., 2011) ont effectué en 1989 deux séances d'enseignement au CDP, permettant ainsi de corriger les erreurs relatives à l'acquisition de la méthode d'apprentissage lors de la deuxième séance. Ils ont observé une diminution significative de l'indice de plaque pendant plusieurs semaines mais, un an plus tard, ils ont constaté que les effets positifs sur l'hygiène orale avaient disparus.

Le praticien doit alors sans cesse renouveler ses efforts mais aussi innover, c'est-à-dire chercher d'autres moyens visant à améliorer l'observance thérapeutique à long terme de ses patients. Une étude a montré l'influence positive des efforts d'éducation des patients sur l'observance pendant la maintenance parodontale. Ces efforts comprennent notamment la consignation de l'observance au traitement dans les

dossiers, l'énumération des conséquences d'un manque d'observance, et l'identification des patients susceptibles de ne pas se plier au traitement parodontal avant le début de celui-ci (Wilson et coll., 1993).

Cependant, être pédagogue ne s'improvise pas et, malgré les efforts, les patients ne saisissent pas toujours les informations qui leurs sont délivrées. Des auteurs ont testé les connaissances de leurs patients sur l'hygiène bucco-dentaire et par conséquent, l'efficacité de leur enseignement (Charon et coll., 2009). Un quart seulement des patients ont « correctement répondu » après avoir reçu un enseignement au CDP. Il en résulte que même s'il est difficile d'assimiler les informations, il est essentiel de provoquer un changement d'attitude des patients vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire.

6. Vers une amélioration de l'observance thérapeutique ...

Nous venons d'aborder le rôle déterminant du praticien dans l'observance des patients. En effet, le premier pas vers une amélioration de l'observance, c'est avant tout de s'y intéresser et d'aborder la problématique avec le patient (Breen, 1998). Le sujet doit être amené avec tact et diplomatie pour ne pas risquer d'offenser le patient, mais il ne doit pas rester tabou. Le praticien doit également reconnaître sa part de responsabilité dans l'observance et chercher avec le patient des solutions visant à l'améliorer. Différentes approches peuvent être envisagées mais elles conduisent toutes vers une amélioration de la communication donc vers une amélioration de la relation praticien-patient.

6.1. Responsabiliser le patient

La plupart des individus sont plus assidus aux rendez-vous de maintenance s'ils ont la possibilité de choisir comment les programmer. En accord avec le praticien, le patient choisit s'il souhaite solliciter lui-même sa visite de maintenance où s'il laisse au praticien ou l'assistante le soin de lui rappeler ses rendez-vous. Il peut choisir également le mode de communication, par appel téléphonique ou par prise de rendez-vous directement au cabinet par exemple (Charon et coll., 2009).

6.2. Sensibiliser le patient le plus tôt possible

Obtenir une hygiène orale optimale demande du temps et des efforts constants de la part des patients. Sensibiliser les patients le plus tôt possible, dès l'enfance, va permettre d'entretenir leur intérêt et leur motivation en matière de santé bucco-dentaire, d'acquérir des bonnes habitudes qui vont perdurer à l'âge adulte et de prévenir les problèmes. En effet, la plupart des problèmes de santé bucco-dentaire peuvent être prévenus et sont réversibles dans les stades initiaux (Ramseier et coll., 2007). Améliorer l'observance thérapeutique demande alors également d'agir auprès des plus jeunes sous la forme de mise en place de programmes de prévention. Ces programmes ont pour objectif d'améliorer la santé bucco-dentaire des individus à long terme, par l'acquisition d'un comportement compatible avec une

hygiène orale optimale, et ainsi de prévenir les problèmes relatifs à l'observance thérapeutique. Des études ont montré l'efficacité des programmes d'intervention dans les écoles (Ramseier et coll., 2007 ; Watt et coll., 2006), mais la mise en place de ces programmes et le suivi des enfants ont un coût important (Watt et coll., 2006). Ils montrent néanmoins que les instituteurs et professeurs doivent être encouragés à éduquer leurs élèves à l'hygiène orale.

Les étudiants peuvent aussi être ciblés par les programmes de prévention dans le but de les responsabiliser. 49 étudiantes âgées d'une vingtaine d'années ont dans un premier temps reçus un enseignement au brossage. L'observance est ensuite évaluée à l'aide d'un questionnaire. Les résultats ont montré que 28,5% des étudiantes sont observantes après une semaine. Dans un deuxième temps, ces étudiantes ont dû à leur tour enseigner cette technique de brossage à d'autres étudiants du même âge. Suite à cet enseignement, l'observance a considérablement augmenté. 90% d'entre elles sont observantes après 3 mois et 82% après 9 mois. Responsabiliser les jeunes et les impliquer dans l'enseignement au CDP permet alors une amélioration de l'observance (Reinhardt et coll., 2010).

6.3. Prendre en charge la non-observance

L'observance thérapeutique n'est jamais acquise, elle doit sans cesse être entretenue et demande des efforts réguliers de la part du patient mais aussi du praticien. La non-observance, quant à elle, n'est pas une fatalité ! En effet, un patient non-observant peut, avec l'aide de son praticien, trouver les outils nécessaires pour changer son comportement. Une étude a suivi des patients en maintenance parodontale pendant un an (De Carvalho et coll., 2010). Certains patients non-observants ont soit abandonné le programme ou ne l'ont jamais intégré. Un deuxième groupe de patients dits partiellement observants ont manqué un ou plusieurs rendez-vous. Pour ces deux populations de patients, des informations supplémentaires ont été délivrées concernant la maladie parodontale, le rôle, l'importance et les conséquences de la maintenance. Des rappels quant à leurs rendez-vous de contrôle ont également été instaurés. Toutes ces mesures ont permis une amélioration significative de l'observance sur la maintenance. 27,7% des

individus étaient considérés comme non-observants au stade initial contre 9,5% après la mise en place d'une stratégie de motivation.

La non-observance doit alors être prise en charge car elle peut être réversible. Mais quelle est la conduite à tenir face à un patient non-observant ? Nous avons vu que répéter les informations peut être bénéfique. Il faut également éviter de culpabiliser le patient, valider la difficulté de réalisation des soins locaux, chercher à comprendre les raisons de ces difficultés et trouver des solutions pour les surmonter. Si un traitement parodontal chirurgical ou non chirurgical est en cours, il est recommandé de le stopper car si le patient est non-observant, le traitement est voué à l'échec. Enfin, si le patient a décidé de « démissionner », il faut toujours lui laisser une « porte ouverte » afin de ne pas rompre définitivement la relation thérapeutique (Charon et coll., 2011).

6.4. Améliorer l'éducation ; Les programmes individualisés d'éducation des patients

Afin d'éviter d'être confronté au problème de la non-observance, le praticien doit agir en passant par l'éducation des patients. Nous avons vu qu'une amélioration de l'éducation va dans le sens d'une amélioration de l'observance thérapeutique. Mais quelles méthodes employer ? Nous aborderons deux stratégies différentes, l'entretien motivationnel et la thérapie cognitivo-comportementale. Utilisées en complément de la technique standard d'éducation, nous chercherons à comprendre l'impact de ces deux approches sur l'observance thérapeutique.

6.4.1. L'entretien motivationnel (*Motivational Interviewing*)

- Définitions

L'entretien motivationnel (EM) constitue une approche prometteuse dans l'amélioration de l'observance des patients. Développée par deux psychologues, William R. Miller et Stephen Rollnick, cette méthode est « directive, centrée sur le patient, pour augmenter la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller et Rollnick, 2012).

Deux notions importantes sont soulevées, la motivation et l'ambivalence ;

Miller et Rollnick définissent la motivation comme étant la « probabilité qu'une personne entre, suit et adhère à un programme de changement. » Ils précisent que le professionnel n'est pas un spectateur du changement mais bien un acteur, car il influence la motivation du patient. L'EM va alors viser à faire ressortir la motivation intrinsèque du patient de façon durable, en l'aidant à identifier sa propre motivation.

L'ambivalence est un phénomène fréquent et normal qui empêcherait de faire des choix difficiles. Le praticien va avoir pour rôle d'aider le patient à explorer cette ambivalence en l'exprimant librement.

Cette technique est alors davantage ciblée sur l'objectif et sur la personne, qui va elle-même résoudre l'ambivalence avec l'aide du praticien. Celui-ci ne doit pas imposer mais guider le changement en étant directif. L'entretien doit se dérouler dans une atmosphère empathique où le patient joue un rôle actif dans le changement de son comportement. Il doit également viser à préserver l'autonomie de la personne et à respecter ses choix (Gache et coll., 2006).

- Les principes

L'entretien motivationnel est basé sur les quatre principes suivants :

- Exprimer l'empathie
- Rouler sur la résistance
- Développer les divergences
- Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité

Nous avons décrit dans le chapitre précédent l'efficacité personnelle et l'empathie.

La résistance signale que le patient peut ne pas partager entièrement le point de vue du praticien. Dans l'EM, on parle d'expression de la résistance au changement. Cette résistance est liée à la peur au changement or cette peur, irrationnelle, rend toute argumentation rationnelle inutile, aussi convaincante soit elle. Le principe est alors de prendre en compte cette résistance, c'est à dire accepter que le patient puisse ne pas être prêt au changement, accepter ses limites et ses peurs. L'EM implique ainsi

au praticien d'adapter sa stratégie dans le but de baisser la résistance au changement et de favoriser l'envie de changer (Gache et coll., 2006). Pour cela, il doit comprendre que le changement se produit par stades et doit identifier dans quel stade se trouve son patient (Figure 18).

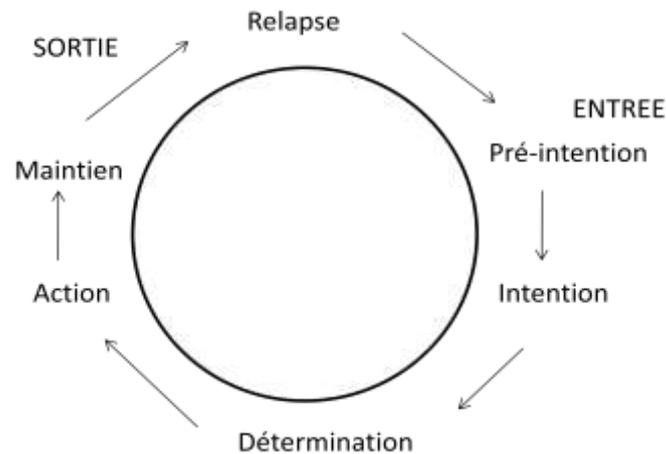


Figure 18 : Les stades du changement de comportement (D'après Prochaska et Di Clementi, 1982)

La pré-intention indique que le patient n'envisage pas le changement à l'inverse de l'intention où le patient envisage le changement. Durant la détermination, il veut commencer le changement. Le stade suivant correspond à l'action où le changement est en cours. Le maintien implique la mise en place d'un plan d'action pour maintenir le changement. Enfin le stade relapse ou rechute signifie la sortie du changement de comportement et la reprise du comportement initial (Prochaska et Di Clementi, 1982).

Les divergences correspondent au décalage entre ce que le patient est ou fait, et ce qu'il voudrait réellement être ou faire. L'EM vise à relever ces divergences et contradictions par la communication (Gache et coll., 2006).

- Les outils

L'EM repose sur plusieurs outils :

- Poser des questions ouvertes
- Valoriser le patient
- Pratiquer une écoute réflexive
- Résumer l'entretien.

Les questions ouvertes nécessitent des réponses longues à la différence des réponses courtes. Elles impliquent une réflexion de la part du patient sur sa situation et un sentiment de compréhension de la part du praticien.

Valoriser le patient, c'est le soutenir, l'encourager et ainsi entretenir la confiance entre le professionnel et le patient.

Pratiquer une écoute réflexive est plus difficile à mettre en place. Il s'agit de reprendre les points clés dans les réponses des patients et les utiliser pour faire progresser l'entretien dans la bonne direction, c'est-à-dire celle du changement de comportement.

Enfin, des résumés réguliers sont utiles pour permettre au patient d'assimiler les éléments importants, de les relier entre eux et d'y trouver une certaine logique (Gache et coll., 2006).

- Efficacité

Cette technique a prouvé son efficacité dans plusieurs domaines comme l'observance dans le traitement et le suivi du diabète, la toxicomanie ou le tabagisme (Rubak et coll., 2005). Mais quand est-il en odontologie ?

Un essai clinique (Jönsson et coll., 2010) a comparé l'efficacité de l'EM à un programme standard d'éducation sur des patients ayant eu recours à un traitement parodontal non chirurgical. Le suivi de ces patients a été réalisé sur un an après la fin du traitement. Cette étude a permis de démontrer l'efficacité de l'EM en comparaison d'un programme classique d'éducation, notamment par une diminution significative du saignement gingival.

Cependant, un regroupement et une analyse de plusieurs études concernant l'impact de l'EM sur la santé bucco-dentaire ont conclu que l'efficacité de cette méthode n'est pas encore avérée dans ce domaine car les études sont encore trop peu nombreuses. Les résultats sont tout de même optimistes et encouragent les professionnels à suivre des formations dédiées à l'apprentissage de cette technique (Cascaes et coll., 2014).

- Exemple d'application en parodontologie

Dans l'étude suivante (Godard et coll., 2011), un enseignement au CDP a été délivré à un premier groupe de patients. Dans le deuxième groupe, les patients ont bénéficié d'un EM en plus de l'enseignement.

L'EM, se basant sur les cinq dimensions de la théorie de l'auto-régulation de Léventhal, comprend les questions suivantes :

- « Quels symptômes vous ont conduits à consulter ?
- Depuis combien de temps avez-vous des problèmes de gencives ?
- Quelles conséquences ont vos problèmes de gencive sur votre vie quotidienne ?
- Quels types de soins oraux effectuez-vous régulièrement pour vos gencives et quels sont les facteurs qui aggravent vos problèmes ?
Quelle prise en charge et traitements aimeriez-vous avoir pour retrouver des dents et une gencive saine ? »

Durant le mois suivant, un deuxième entretien axé sur les difficultés de réalisation des soins locaux et sur les sentiments des patients quant à l'amélioration de leur santé bucco-dentaire a été réalisé dans le deuxième groupe.

Deux méthodes directes ont été choisies pour évaluer l'observance, le révélateur de plaque et l'indice de plaque.

Les modèles psychosociaux sont alors utilisés et adaptés afin de créer un EM propre à chaque patient et à chaque situation. Nous allons étudier une deuxième méthode, la thérapie cognitivo-comportementale ou TCC, appliquée en parodontologie dans le but d'une amélioration de l'observance thérapeutique. Tout comme l'EM, nous verrons que cette théorie inclut les modèles psychosociaux, notamment la théorie d'autorégulation et l'efficacité individuelle.

6.4.2. La thérapie cognitivo-comportementale

- Une deuxième vision de l'éducation (fin de la lecture)

La cognition provient du latin « *cognitio* » et signifie « l'action de connaître ». Elle correspond à l'« l'ensemble des structures psychologiques dont la fonction est la connaissance, par opposition aux domaines de l'affectivité » (Larousse).

L'approche cognitivo-comportementale a été utilisée pour la première fois dans le domaine de l'addictologie. Elle va « chercher à modifier des comportements et des cognitions dites « mal adaptés » en prescrivant des stratégies d'adaptation spécifiques, telles que la résolution de problèmes et l'apprentissage de stratégies de refus ou d'évitement en situations à hauts risques » (Rossignol, 1999).

A la différence de l'EM, elle prend pour acquis que le patient est déjà motivé et que les stratégies visant à augmenter sa motivation sont alors inutiles (Rossignol, 1998).

- Caractéristiques des deux stratégies

Afin de mieux comprendre cette approche, le tableau suivant (Tableau 2) compare les caractéristiques de l'entretien motivationnel et de la thérapie cognitivo-comportementale.

Tableau 2 : Tableau comparatif entre l'approche cognitivo-comportementale et l'entretien motivationnel (D'après Miller et Rollnick, 1991)

Approche cognitivo-comportementale	Entrevue motivationnelle
Prend pour acquis que le client est motivé ; aucune stratégie implicite n'est utilisée pour bâtir la motivation.	Utilise des principes et des stratégies précis afin de bâtir la motivation du client à l'amorce d'un changement.
Cherche à identifier et à modifier les cognitions mal adaptées.	Explore et reflète les perceptions du client sans les étiqueter ou les corriger.
Prescrit des stratégies d'adaptation spécifiques.	Aide le patient à faire ressortir ses propres stratégies d'adaptation.
Enseigne les comportements d'adaptation en utilisant l'entraînement, les mises en situation et la rétroaction.	La responsabilité du « comment » est laissée au patient ; aucun entraînement, ou mise en situation.
Enseigne des stratégies de résolution de problèmes.	Les processus de résolution de problèmes propres au patient sont mis en valeur.

- Exemples d'application en parodontologie

Les résultats des études montrent que l'association de la TCC à une méthode d'éducation traditionnelle est plus efficace dans l'amélioration de l'observance qu'une éducation standard seule (Jönsson et coll., 2006 ; Kakudate et coll., 2009 ; Philippot et coll., 2005). Mais comment l'appliquer en pratique ? Les modèles psycho-sociaux servent une fois encore de base à l'élaboration des TCC.

Utilisation du modèle d'autorégulation

Dans cette étude (Philippot et coll., 2005), 30 individus présentant une parodontite chronique sont divisés en deux groupes.

Dans les deux groupes, le premier rendez-vous inclut un examen parodontal suivi d'un diagnostic, d'un plan de traitement et d'un enseignement au CDP. Celui-ci comprend des informations écrites et orales sur l'hygiène orale ainsi qu'une

démonstration de l'utilisation des différents moyens mécaniques d'élimination de la plaque dentaire.

A la suite de l'examen parodontal, les patients remplissent un questionnaire portant sur leurs connaissances générales liées à la maladie parodontale et évaluent leur croyance comportementale à l'aide d'une échelle d'évaluation.

Dans le deuxième groupe, une fois le questionnaire rempli, le praticien vérifie et s'assure des bonnes connaissances du patient en suivant les 5 dimensions du modèle d'autorégulation à savoir, l'identification de la maladie, les conséquences, les causes, la durée et le contrôle. Un journal d'observance sur l'hygiène est ensuite donné au patient.

Deux semaines plus tard, de nouvelles explications sur l'hygiène sont fournies au patient et dans le deuxième groupe, une analyse approfondie du journal est réalisé avec le patient.

Un mois après le début du traitement parodontal, une évaluation de l'indice de plaque est effectuée.

Une diminution significative de la plaque dentaire entre le début du traitement et un mois plus tard est révélée dans le deuxième groupe. En effet, l'indice de plaque est passé de 0.43 à 0.19 alors que dans le premier groupe, cet indice est passé de 0.41 à 0.38. Cette étude montre d'une part que l'éducation traditionnelle est insuffisante et d'autre part que la prise en compte de la représentation de la maladie permet d'améliorer l'observance.

Utilisation du concept d'efficacité individuelle

L'étude suivante (Kakudate et coll., 2009) présente une deuxième approche de la TCC en se servant de la théorie d'efficacité individuelle de Bandura. Cette étude a également pour objectif de comparer l'efficacité d'une telle thérapie à une méthode plus traditionnelle.

38 patients présentant une parodontite chronique sont répartis en deux groupes. Le premier groupe dispose d'instructions et de démonstrations à l'hygiène orale. Le deuxième groupe dispose d'une TCC en plus de ces explications.

De nombreux paramètres sont évalués chaque semaine pendant 3 semaines, dont l'indice de plaque, la fréquence et la durée de brossage...

Cette thérapie, basée sur l'auto-efficacité, est développée suivant 6 étapes :

- Identifier le problème
- Développer la confiance
- Améliorer la conscience comportementale
- Développer et exécuter un plan d'action
- Evaluer le plan
- Maintenir le changement de comportement et prévenir la rechute

L'identification du problème passe par un questionnaire permettant d'évaluer les connaissances du patient, ses habitudes, les barrières perçues... La confiance s'acquiert par une argumentation du praticien et par la signature d'un « contrat de changement de comportement ». Pour améliorer la conscience comportementale, le patient dispose d'un journal de brossage. Le plan d'action est réalisé suivant les recommandations à l'hygiène orale. L'évaluation comprend un entretien permettant au patient d'exprimer ses difficultés. Une correction éventuelle du plan est réalisée à cette étape. Enfin, le maintien du changement implique de renforcer le comportement.

Lors des deux premières semaines, l'évaluation des paramètres ne montre pas de différence entre les deux groupes. Néanmoins, le deuxième groupe présente, lors de la dernière semaine, une augmentation significative de l'efficacité individuelle associée entre autre à une diminution de l'indice de plaque par rapport au premier groupe.

Cette étude montre une fois de plus l'intérêt d'une approche cognitivo-comportementale sur l'amélioration de l'observance des patients.

6.5. Agir auprès des professionnels de santé

Des formations se développent, permettant aux professionnels de santé d'acquérir les outils nécessaires dans le but d'une amélioration de l'observance thérapeutique. Ces formations concernent les chirurgiens dentistes, les assistants, les hygiénistes mais aussi les étudiants.

Une étude a été menée sur des étudiants en deuxième année d'école d'hygiéniste dentaire en Suisse (Croffoot et coll., 2010). Elle a permis de tester l'efficacité du coaching afin d'améliorer la capacité des étudiants à améliorer l'observance des patients. La méthode utilisée est celle de l'entretien motivationnel. Une première séance d'éducation des patients est enregistrée puis analysée dans le but de corriger et améliorer les différentes techniques utilisées lors des entretiens motivationnels. Une deuxième séance est également enregistrée. L'évaluation et l'analyse des entretiens motivationnels ont amélioré les compétences des étudiants en matière d'éducation des patients. En parallèle, l'observance des patients a augmenté.

Des étudiants en troisième année ont reçu une formation théorique sur l'entretien motivationnel (Hinz, 2010). Des travaux d'auto-évaluation ont ensuite été demandés dans lesquels ils ont dû répertorier les différentes techniques utilisées lors des entretiens avec les patients. L'auto-évaluation consiste à décrire les réactions des patients, les moyens utilisés en cas de patient réfractaire à l'entretien, les impressions des étudiants sur le déroulement et le choix du type d'entretien motivationnel. Cet exercice vise à déterminer et à améliorer après analyse, la capacité de ces étudiants à choisir et appliquer la bonne technique d'entretien motivationnelle, en fonction de différents facteurs comme le degré de volonté des patients. L'auto-évaluation a permis aux étudiants d'améliorer les résultats en matière d'observance en améliorant la communication avec les patients.

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE LOCALE

1. Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont multiples. Il s'agit dans un premier temps d'évaluer l'observance sur l'hygiène bucco-dentaire et sur la maintenance parodontale au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy. Deux questionnaires distincts avec deux populations différentes ont alors été élaborés. L'évaluation de l'observance nous conduit dans un deuxième temps vers les objectifs suivants ; comprendre la non-observance, rechercher les déterminants de l'observance et surtout chercher comment améliorer l'observance.

2. Matériels et méthodes

2.1. Questionnaires

Le questionnaire sur l'hygiène bucco-dentaire a été élaboré suivant les recommandations relatives à l'hygiène orale délivrées par l'UFSBD (Union française de la santé bucco dentaire). La première question nous informe si le patient a bénéficié d'un enseignement au CDP au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy. Deux populations sont ainsi étudiées et comparées, nous permettant d'évaluer l'efficacité de l'enseignement au CDP délivré aux patients.

Le second questionnaire sur la maintenance parodontale a été réalisé par nous-mêmes afin d'évaluer l'observance mais aussi la satisfaction des patients en maintenance.

2.1.1. Questionnaire 1 : Hygiène bucco-dentaire

1. Avez-vous déjà reçu un enseignement au contrôle de plaque au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy ?

Oui Non

2. Sexe :

Féminin Masculin

3. Age :

4. Profession :

5. Etes-vous fumeur?

Oui Non

6. A quelle fréquence vous brossez-vous les dents ?

Moins d'1 fois par jour

1 fois par jour

2 fois par jour

3 fois par jour

7. Combien de temps dure votre brossage de dents ?

Moins de 30 secondes

30 secondes à 1 minute

1 à 2 minutes

2 minutes ou plus

8. Quand changez- vous votre brosse à dents ?

Une fois par an ou moins

Tous les 6 mois

Tous les 3 mois

9. Quel type de brosse à dents utilisez-vous ?

Brosse à dents manuelle

Brosse à dents électrique

10. Utilisez-vous un dentifrice fluoré ?

Oui Non

11. Utilisez-vous des brossettes interdentaires et/ou du fil dentaire ?

Au moins une fois par jour, chaque soir
De temps en temps
Jamais

12. Utilisez-vous des solutions de bains de bouche ?

Régulièrement, en remplacement du brossage
Régulièrement, en complément du brossage
Rarement
Jamais

13. Etes-vous satisfait de votre hygiène bucco dentaire ?

Oui
Elle peut être améliorée
Non

14. Souhaiteriez-vous un enseignement à l'hygiène ou un complément d'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire ?

Oui Non

15. Quels sont les facteurs qui vous empêchent d'avoir une hygiène bucco-dentaire optimale ?

Le manque de temps
La douleur
Votre état de santé général
Une technique difficile à acquérir
Le manque d'information
Le manque de motivation ou d'intérêt
Autre : ...

16. Seriez-vous prêt à revenir au moins une fois par an pour un contrôle ?

Oui Non

Merci de votre participation au questionnaire.

2.1.2. Questionnaire 2 : Maintenance parodontale

1. Sexe :

Féminin Masculin

2. Age :

3. Profession :

4. Etes-vous fumeur?

Oui Non

5. Votre traitement parodontal a-t-il compris une phase chirurgicale ?

Oui Non

6. Etes-vous satisfait du traitement qui vous a été proposé ?

Oui
Partiellement
Non

7. Avez-vous déjà manqué un rendez-vous de maintenance ?

Oui Non

8. Seriez-vous prêt à revenir régulièrement en rendez-vous de maintenance, 2 à 4 fois par an ?

Oui
Non
Je ne sais pas

9. En cas de réponse négative, quelles raisons invoquez-vous ?

Le manque de temps
Le coût
Le manque de motivation
Le manque d'information
Autres :

Merci de votre participation au questionnaire.

2.2. Echantillonnage

Pour le questionnaire 1, nous avons voulu cibler l'ensemble des patients se présentant au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy. Quant au questionnaire 2, seuls les patients en rendez-vous de maintenance parodontale ont été interrogés.

2.3. Recueil des données

Notre enquête s'est étendue sur une période de 6 mois, du 20/10/2014 au 20/04/2015.

Les questionnaires 1, portant sur l'hygiène bucco-dentaire, ont été distribués aux patients installés en salle d'attente du département de parodontologie, après avoir reçus des informations quant aux objectifs de l'étude. Seuls les patients désireux de participer à l'étude ont reçu un questionnaire. Des explications orales des questions ont été délivrées à la demande des patients tout le long du remplissage du questionnaire.

Au cours des 6 mois, le recueil des données a été effectué aléatoirement au niveau des jours de la semaine et à toute heure, sur plusieurs vacations, afin de cibler une population la plus large possible. De plus, les patients ont été interrogés systématiquement avant leur rendez-vous afin que les éventuelles informations délivrées par les étudiants n'influencent pas les réponses au questionnaire.

Les questionnaires 2, ciblant une population bien précise ont été distribués au fauteuil, au cours des rendez-vous de maintenance. Des étudiants, internes et enseignants, ont participé à cette étude avec pour consigne et accord des patients, de poser les questions oralement afin de favoriser l'échange.

2.4. Critères d'inclusion des populations

Concernant le questionnaire 1, le choix d'inclure tous les patients du département de parodontologie est motivé par le fait d'obtenir une population hétérogène. Pour le questionnaire 2, nous avons décidé d'inclure uniquement les

patients en maintenance, et non en phase de réévaluation du traitement parodontal car nous avons voulu nous rendre compte de l'observance sur le long terme.

2.5. Analyse statistique des données

Les logiciels Excel® et Sphinx® ont permis l'analyse des données du questionnaire 1. Pour le questionnaire 2, seul le logiciel Excel® a été utilisé. Les différentes variables ont été comparées entre elles à l'aide du test statistique de Chi2 d'indépendance à un risque α à 5%. Ce test permet de tester l'indépendance entre deux variables. Deux variables sont dites indépendantes lorsqu'il n'existe aucun lien statistique entre elles.

3. Résultats

3.1. Questionnaire 1 : Hygiène bucco-dentaire

Nous avons obtenu 210 questionnaires sur une période allant du 20/10/2014 au 20/04/2015.

3.1.1. Enseignement au contrôle de plaque

Plus de la moitié des personnes interrogées (63,81%) ont déjà reçu un enseignement au CDP au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy (Tableau 3).

Tableau 3 : Réponses à la question « Avez-vous déjà reçu un enseignement au contrôle de plaque au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy ? »

	Effectifs	Pourcentage (en%)
Oui	134	63,81
Non	76	36,19
Total	210	100

3.1.2. Analyse de la population

- Sexe

La population interrogée est majoritairement féminine (57,14%) (Tableau 4).

Tableau 4 : Répartition selon le sexe des patients du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy

	Effectifs	Pourcentage (en%)
Féminin	120	57,14
Masculin	90	42,86
Total	210	100

- Age

L'âge moyen des patients est de 49,45 ans avec un écart-type de 15,88 ans. La médiane est de 50 ans. Le patient le plus jeune a 16 ans et le plus âgé, 79 ans.

- Catégorie socio-professionnelle

Nous avons utilisé la classification de l'INSEE qui définit 6 catégories socio-professionnelles (CSP), les agriculteurs, les artisans, commerçants et chefs d'entreprises, les cadres et professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires, les employés, les ouvriers. Nous avons ajouté 3 catégories, les étudiants, les retraités et les personnes sans profession.

Les retraités sont les plus nombreux (29,52%) (Figure 19).

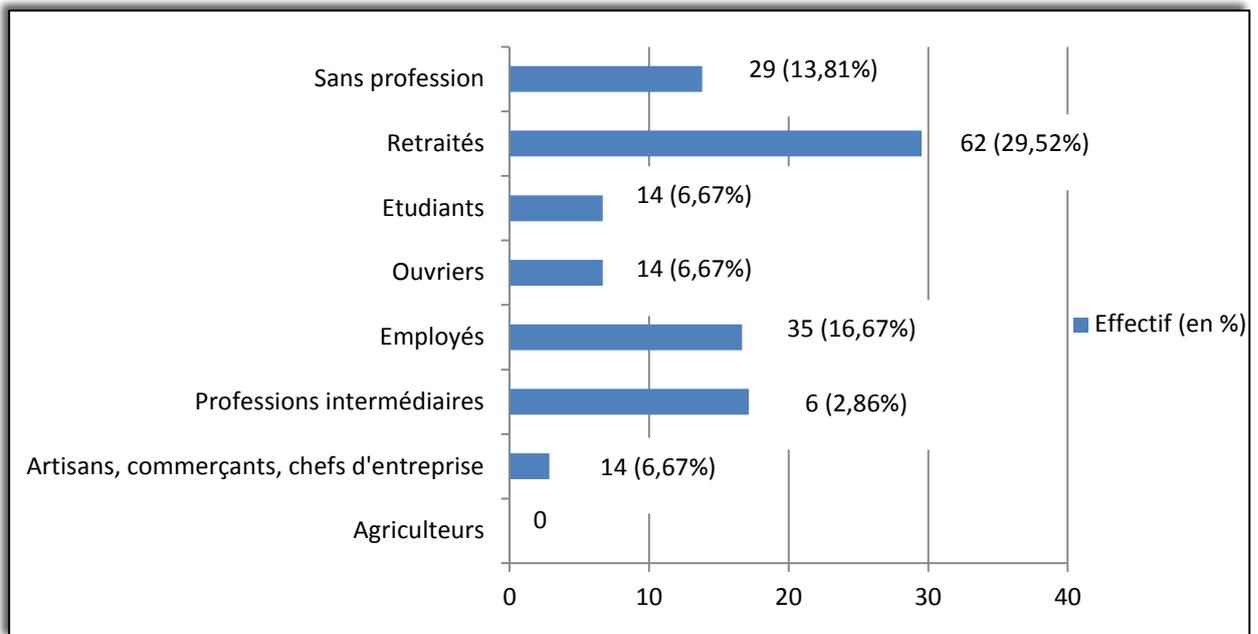


Figure 19 : Répartition des patients du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy selon les catégories socio professionnelles (INSEE)

- Cigarette

La majorité des patients (67,14%) est non fumeur (Tableau 5).

Tableau 5 : Réponses à la question « Etes-vous fumeur ? »

	Effectifs	Pourcentage (en%)
Oui	69	32,86
Non	141	67,14
Total	210	100

3.1.3. Hygiène bucco-dentaire

- Fréquence de brossage

Près de la moitié des patients affirment se brosser les dents 2 fois par jour (47,62%) (Tableau 6).

Tableau 6 : Réponses à la question « A quelle fréquence vous brossez-vous les dents ? »

	Effectifs	Pourcentage (en%)
Moins d'1 fois par jour	15	7,14
1 fois par jour	33	15,71
2 fois par jour	100	47,62
3 fois par jour	62	29,52
Total	210	100

Aucun lien statistiquement significatif n'a été observé entre la fréquence de brossage et le fait d'avoir bénéficié ou non d'un enseignement au CDP ($p = 0,4360$), l'âge des patients ($p = 0,2097$), la CSP des patients ($p = 0,1749$), le fait d'être fumeur ou non fumeur ($p = 0,0627$).

Néanmoins, les résultats montrent que les femmes se brossent les dents plus fréquemment que les hommes ($p < 0,001$). En effet, 89,17% des femmes se brossent les dents au moins 2 fois par jour contre 61,11% des hommes (Figure 20).

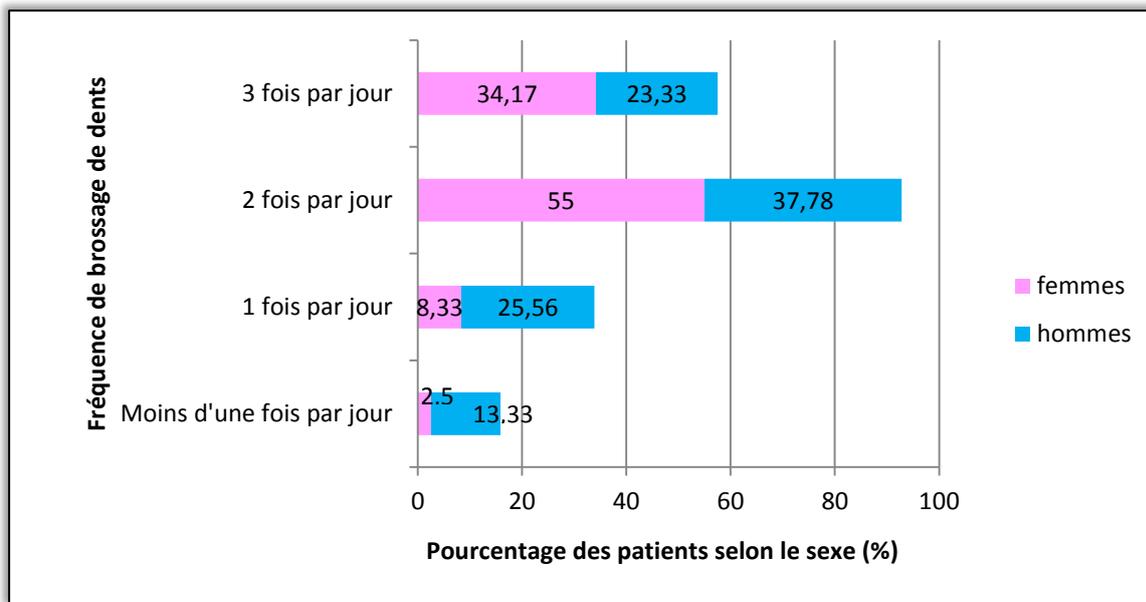


Figure 20 : Répartition de la fréquence de brossage de dents en fonction du sexe des patients

- Temps de brossage

Une différence significative a été observée entre le temps de brossage de dents et le fait d'avoir bénéficié ou non d'un enseignement au CDP ($p = 0,0044$). Mais cette différence concerne uniquement les temps de brossage de 1 à 2 minutes et de 2 minutes ou plus.

Le tableau ci-dessous (Tableau 7) inclut 3 populations. La population globale comprend tous les patients admis au département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy, les 2 suivantes sont les patients ayant bénéficié d'un enseignement au CDP (Avec CDP) et ceux n'ayant pas bénéficié de cet enseignement (Sans CDP).

56,58% des personnes n'ayant pas reçu d'enseignement au CDP se brossent les dents entre 1 à 2 minutes contre 35,82% des personnes ayant reçu cet enseignement. Mais seuls 17,11% des personnes n'ayant pas reçu d'enseignement se brossent les dents pendant au moins 2 minutes contre 39,55% des personnes ayant bénéficié de cet enseignement.

Les individus interrogés qui ont bénéficié d'un enseignement au CDP se brossent les dents plus longtemps que ceux qui n'en n'ont pas reçu.

Tableau 7 : Répartition du temps de brossage selon la population étudiée

	Population globale (%)	Avec CDP (%)	Sans CDP (%)
Moins de 30 secondes	2,86	2,24	3,95
30 secondes à 1 minute	22,38	22,39	22,37
1 à 2 minutes	43,33	35,82	56,58
2 minutes ou plus	31,43	39,55	17,11
Total	100	100	100

CDP = Contrôle de plaque

Aucun lien statistiquement significatif n'a été démontré entre le temps de brossage de dents et le sexe des patients ($p = 0,8321$), l'âge ($p = 0,3096$), la CSP ($p = 0,5804$), le fait d'être fumeur ou non ($p = 0,5591$).

- Fréquence de changement de brosse à dents

Plus de la moitié (55%) des patients changent leur brosse à dents tous les 3 mois contre 10% 1 fois par an ou moins et 35% tous les 6 mois (Figure 21).

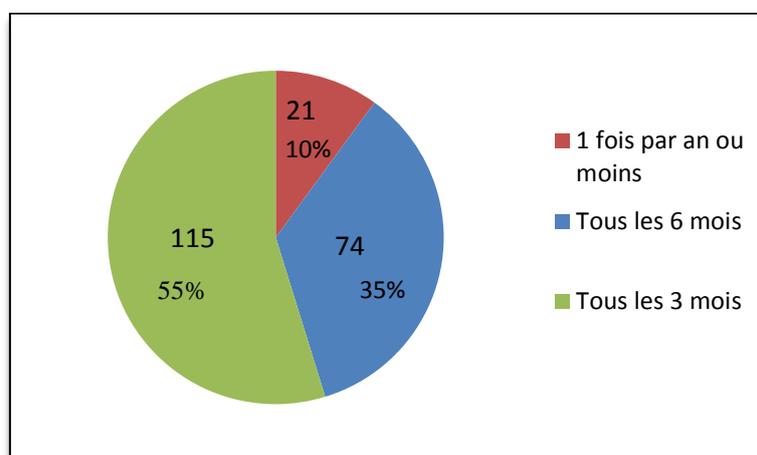


Figure 21 : Réponses à la question « Quand changez-vous votre brosse à dents ? »

Aucun lien significatif n'a été observé entre la fréquence de changement de brosse à dents et le fait d'avoir bénéficié d'un enseignement au CDP ($p = 0,5398$), le sexe ($p =$

0,0979), l'âge ($p = 0,5278$), la CSP ($p = 0,2059$), le fait d'être fumeur ou non ($p = 0,7890$)

- Type de brosse à dents utilisée

74,76% des patients utilisent une brosse à dents manuelle et 25,24% des patients utilisent une brosse à dents électrique (Tableau 8).

Tableau 8 : Réponses à la question « Quel type de brosse à dents utilisez-vous ? »

	Effectifs	Pourcentage (en%)
Oui	157	74,76
Non	53	25,24
Total	210	100

Aucun lien significatif n'a été observé entre le type de brosse à dents utilisé et le fait d'avoir bénéficié ou non d'un enseignement au CDP ($p = 0,5476$), la fréquence de brossage ($p = 0,4304$) et le temps de brossage ($p = 0,3457$).

- Dentifrice fluoré

La grande majorité des patients utilisent un dentifrice fluoré (64,90%).

Une différence significative est établie entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'utilisation d'un dentifrice fluoré ($p = 0,0156$). En effet, 74,16% des hommes utilisent un dentifrice fluoré contre 57,98% des femmes (Tableau 9).

Tableau 9 : Répartition selon le sexe de l'utilisation d'un dentifrice fluoré

	Population globale (%)	Femmes (%)	Hommes (%)
Dentifrice fluoré	64,90	57,98	74,16
Dentifrice non fluoré	35,10	42,02	25,84
Total	100	100	100

Fréquence manquante : 2

Aucun lien significatif n'a été observé entre l'utilisation d'un dentifrice fluoré et le fait d'avoir bénéficié ou non d'un enseignement au CDP ($p = 0,6117$), l'âge ($p = 0,8017$), la CSP ($p = 0,6574$), le fait d'être fumeur ou non ($p = 0,7074$).

- Brossettes et fil dentaire

Les patients ayant reçu un enseignement au CDP utilisent plus fréquemment les brossettes et le fil dentaire que ceux qui n'en ont pas reçu ($p < 0,0001$) (Tableau 10).

En effet, 52,22% des personnes ayant bénéficié d'un enseignement au CDP utilisent les brossettes et/ou le fil dentaire au moins une fois par jour contre seulement 22,37% des personnes n'ayant pas bénéficié de cet enseignement.

Dans la même logique, 52,63% des personnes n'ayant pas reçu un enseignement au CDP n'utilisent jamais de brossettes et/ou de fil dentaire contre 18,66% pour les personnes ayant reçu cet enseignement.

Tableau 10 : Répartition de la fréquence d'utilisation des brossettes et fil dentaire selon la population étudiée

	Population globale (%)	Avec CDP (%)	Sans CDP (%)
Au moins 1 fois par jour, chaque soir	43,33	55,22	22,37
De temps en temps	25,71	26,12	25,00
Jamais	30,95	18,66	52,63
Total	100	100	100

CDP = Contrôle de plaque

L'utilisation des brossettes et/ou du fil dentaire est statistiquement corrélée avec l'enseignement au CDP ($p < 0,0001$) mais aussi avec le sexe ($p = 0,0157$) et l'âge ($p = 0,0041$).

51,67% des femmes interrogées utilisent au moins une fois par jour les brossettes (ou le fil dentaire) contre seulement 32,22% des hommes. De la même manière, 38,89% des hommes n'en utilisent jamais contre 25% des femmes (Figure 22).

Plus on augmente en âge, plus l'utilisation des brossettes et/ou du fil dentaire est fréquente.

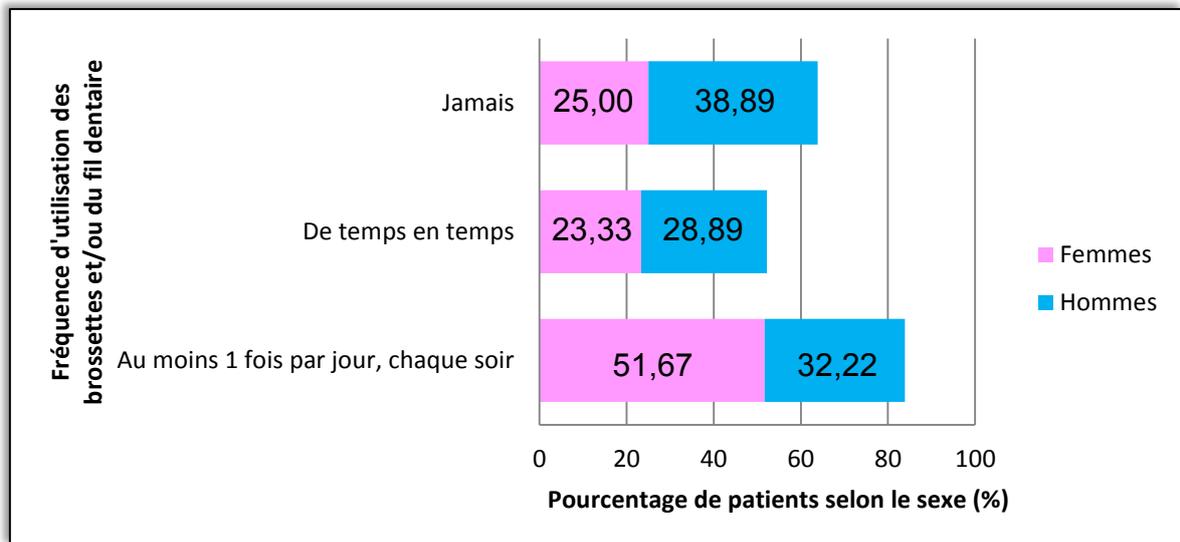
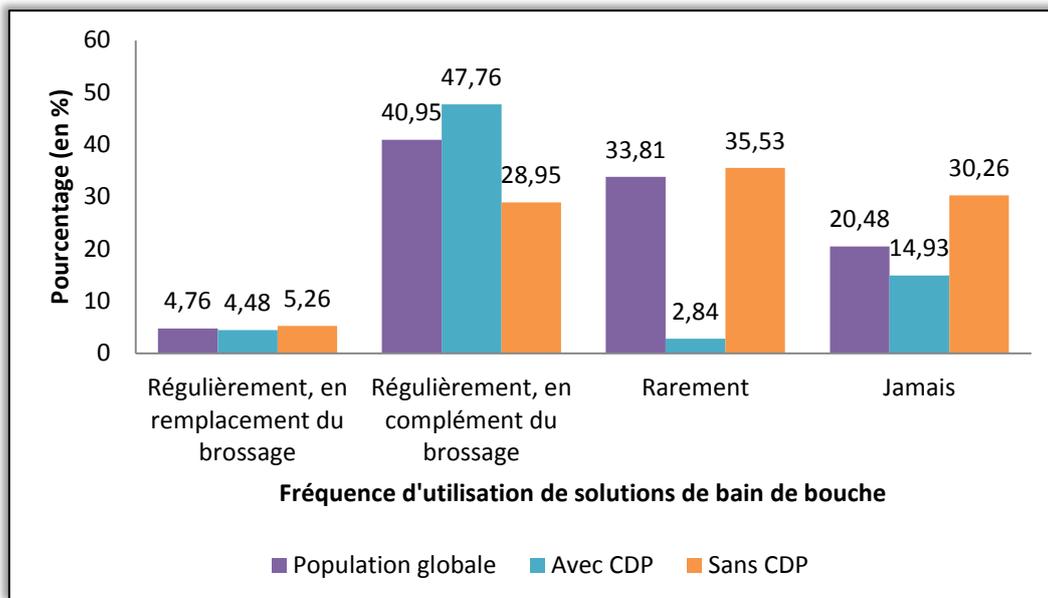


Figure 22 : Répartition de la fréquence d'utilisation des brossettes et/ou du fil dentaire selon le sexe des patients

Aucun lien n'a été retrouvé entre l'utilisation des brossettes et/ou du fil dentaire et la CSP ($p = 0,2070$), le fait d'être fumeur ou non ($p = 0,1770$).

- Bains de bouche

Un lien significatif ($p = 0,0192$) est retrouvé entre l'utilisation des solutions de bain de bouche et le fait d'avoir bénéficié ou non d'un enseignement au CDP (Figure 23). Les personnes ayant bénéficié d'un enseignement au CDP utilisent plus régulièrement, en complément du brossage, des bains de bouche (47,76%) que ceux qui n'en ont pas reçu (28,95%).



CDP : Contrôle de plaque

Figure 23 : Fréquence d'utilisation des solutions de bain de bouche selon 3 catégories de patients (population globale, avec CDP, sans CDP)

Aucun lien significatif n'a été observé entre la fréquence d'utilisation des solutions de bain de bouche et le sexe ($p = 0,0721$), l'âge ($p = 0,6952$), la CSP ($0,8529$), le fait d'être fumeur ou non ($p = 0,6673$).

3.1.4. Satisfaction des patients

La satisfaction des patients vis-à-vis de leur hygiène bucco-dentaire ne serait pas statistiquement reliée au sexe ($p = 0,1307$) ou à la CSP ($p = 0,8031$) mais à l'enseignement au CDP ($p = 0,0407$).

Les personnes ayant bénéficié d'un enseignement au CDP sont plus satisfaites de leur hygiène bucco-dentaire que celles qui n'ont pas reçu d'enseignement (Tableau 11).

Tableau 11 : Répartition des réponses à la question « Etes-vous satisfait de votre hygiène bucco-dentaire » selon la population étudiée

	Population globale (%)	Avec CDP (%)	Sans CDP (%)
Oui	42,38	46,26	35,53
Elle peut être améliorée	52,86	51,49	55,26
Non	4,76	2,24	9,26
Total	100	100	100

CDP : Contrôle de plaque

La satisfaction des patients est également statistiquement corrélée à l'âge ($p = 0,0330$), dans le sens où plus on augmente en âge plus les patients sont satisfaits de leur hygiène bucco-dentaire, et au fait d'être fumeur ou non fumeur ($p = 0,0049$).

12% des patients fumeurs ne sont pas satisfaits de leur hygiène bucco-dentaire (Figure 24) contre seulement 2% des patients non fumeur (Figure 25).

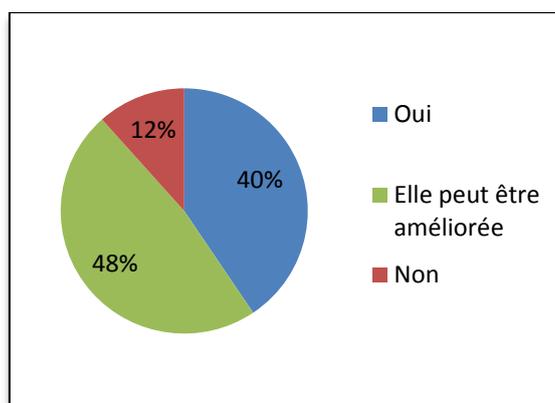


Figure 24 : Réponses à la question « Etes-vous satisfait de votre hygiène bucco-dentaire ? » des patients fumeurs

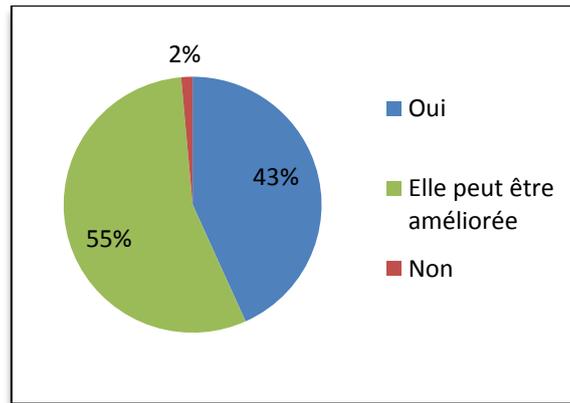


Figure 25 : Réponses à la question « Etes-vous satisfait de votre hygiène bucco-dentaire ? » des patients non fumeur

3.1.5. Enseignement ou complément d'enseignement souhaité

Le souhait de recevoir un enseignement au CDP ou un complément d'enseignement est statistiquement lié au fait d'en avoir déjà bénéficié d'un ou non ($p = 0,0091$).

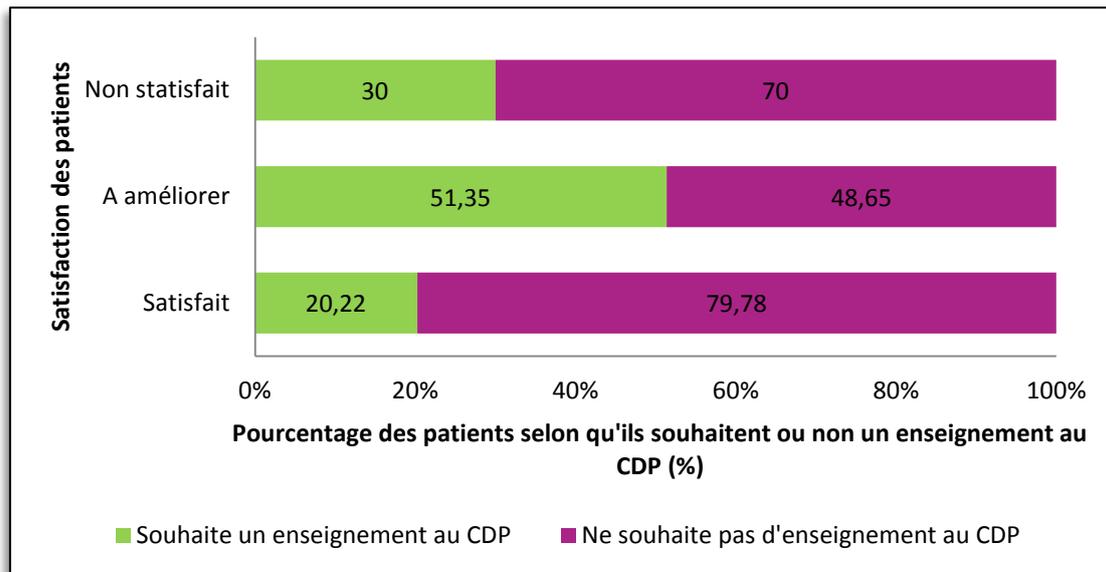
69,40% des personnes ayant reçu un enseignement au CDP ne souhaitent pas recevoir de complément à cet enseignement mais 30,60% souhaitent en recevoir un. 51,32% des personnes n'ayant pas reçu d'enseignement au CDP ne veulent pas en recevoir un mais 48,68% sont demandeurs (Tableau 12).

Tableau 12 : Réponses à la question « Souhaiteriez-vous un enseignement ou un complément d'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire ? » selon la population étudiée

	Population globale (%)	Avec CDP (%)	Sans CDP (%)
Oui	37,14	30,60	48,68
Non	62,86	69,40	51,32
Total	100	100	100

CDP = Contrôle de plaque

Mais le souhait de recevoir un enseignement ou complément d'enseignement au CDP est encore plus lié à la satisfaction des patients vis-à-vis de leur hygiène bucco-dentaire ($p < 0,0001$).



CDP = Contrôle de plaque

Figure 26 : Relation entre la satisfaction des patients vis à vis de l'hygiène bucco-dentaire et le souhait de recevoir ou non un enseignement/complément d'enseignement au CDP

70% des patients non satisfaits de leur hygiène bucco-dentaire ne souhaitent pas recevoir un enseignement au CDP. Sur les patients affirmant que leur hygiène peut être améliorée, seule la moitié désire recevoir un enseignement ou complément d'enseignement au CDP. Quant aux personnes satisfaites, près de 80% ne souhaitent pas recevoir d'enseignement complémentaire (Figure 26).

3.1.6. Les facteurs empêchant une hygiène bucco-dentaire optimale

Cette question est la seule pouvant inclure plusieurs réponses. 47 patients n'ont pas répondu à cette question.

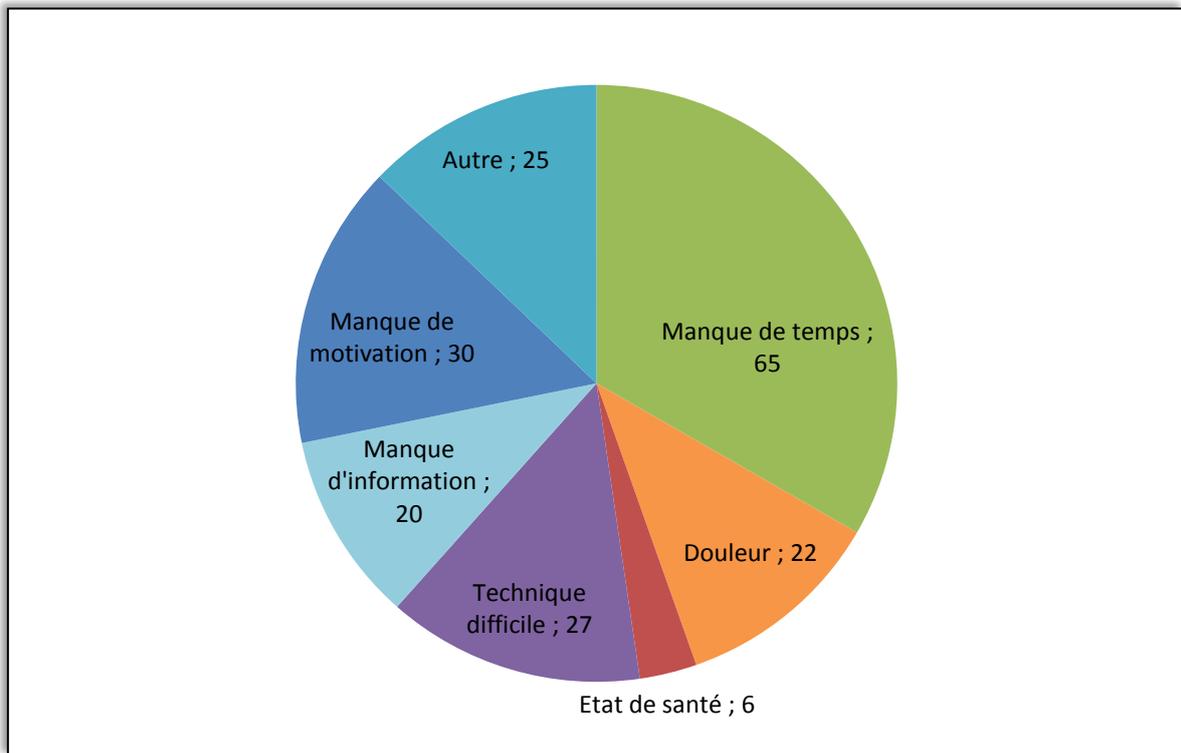


Figure 27 : Réponses à la question « Quels sont les facteurs qui vous empêchent d'avoir une hygiène bucco-dentaire optimale ? »

Le manque de temps (65 réponses) est le facteur le plus retrouvé (Figure 27).

Parmi les 25 personnes ayant répondu « autres », certaines ont proposé d'autres facteurs. Le tabac et le café d'une part et la fainéantise d'autre part sont retrouvés à 2 reprises. Les autres facteurs évoqués sont la dépression, les recommandations différentes selon les praticiens, le manque de discipline, un manque d'information dans la jeunesse, les obligations professionnelles, les oublis, la paresse, la présence de prothèses dentaires et le peu de pratique dans la famille.

3.1.7. Contrôle

97,62% des patients interrogés affirment être prêts à revenir au moins une fois par an pour un contrôle.

3.2. Questionnaire 2 : Maintenance parodontale

Seuls 12 questionnaires ont été collectés. La petite taille de notre échantillon rend les résultats inexploitable.

L'âge moyen des patients en maintenance du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy est de 49,58 ans avec un écart-type de 18,49 ans. La médiane est de 49 ans. Le patient le plus jeune a 24 ans et le plus âgé 76 ans.

Concernant la classification des patients selon les catégories socio professionnelles, 4 patients sont retraités, 4 entrent dans la catégorie « professions intermédiaires », 2 sont employés, 1 est artisan et 1 entre dans la catégorie « cadres et professions intellectuelles supérieures ».

Les autres questions du questionnaire sont reportées dans le tableau suivant (Tableau 13).

Tableau 13 : Réponses au questionnaire 2 des patients en maintenance parodontale au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy

Sexe	Femmes	Hommes	
	9	3	
« Etes-vous fumeur »	Oui	Non	
	2	10	
« Votre traitement a-t-il compris une phase chirurgicale ? »	Oui	Non	
	5	7	
« Etes-vous satisfait du traitement qui vous a été proposé ? »	Oui	Partiellement	Non
	10	2	0
« Avez-vous déjà manqué un rendez-vous de maintenance ? »	Oui	Non	
	2	10	
« Seriez-vous prêt à revenir régulièrement en rendez-vous de maintenance, 2 à 4 fois par an ? »	Oui	Non	Je ne sais pas
	11	1	0
« En cas de réponse négative, quelles raisons invoquez-vous ? »	1 : Eloignement		

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

1. Taille des échantillons

1.1. Questionnaires 1

Nous avons obtenu 210 questionnaires 1. Cette étude a demandé un investissement personnel important et 210 nous a semblé un nombre acceptable pour une bonne exploitation des résultats. Peu de patients ont refusé de participer à notre étude.

1.2. Questionnaires 2

Comment expliquer que seuls 12 questionnaires 2 ont été recueillis ? Ces questionnaires concernent uniquement les patients en maintenance parodontale à la différence des questionnaires 1 qui ciblent l'ensemble des patients admis au département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy. La population ciblée est donc réduite mais la prévalence des maladies parodontales étant élevée, les rendez-vous de maintenance devraient être nombreux. Nous avons constaté que devant la difficulté à recueillir les questionnaires, très peu de patients viennent en maintenance. Cependant, ce chiffre ne reflète pas le nombre de patients en maintenance pendant 6 mois. En effet, le recueil des données a demandé une participation des étudiants, des internes et des enseignants et tous n'ont pas pu proposer de questionnaire à leur patient en maintenance pour cause de manque de temps ou d'oubli principalement. Malgré cela, ce chiffre indique que trop peu de patients sont effectivement suivis à long terme après la fin du traitement actif de leur maladie parodontale. L'observance sur la maintenance est donc faible, en corrélation avec les études suivantes ; (Checchi et coll., 1994 ; Costa et coll, 2014 ; Delatola et coll., 2014).

Nous pouvons expliquer en partie cette faible observance par le fait que le traitement d'une maladie parodontale peut être très long et le changement d'année impliquant

un changement d'étudiants, peu de patients sont invités à revenir régulièrement en maintenance. Des efforts sur la transmission des patients d'année en année sont alors à faire.

La trop petite taille de notre échantillon rendant les résultats inexploitable, nous allons désormais nous concentrer sur l'analyse des résultats des questionnaires 1.

2. Choix de la méthode employée : Auto-questionnaire

L'auto-questionnaire est une méthode indirecte de recueil des données. Elle est simple à mettre en place, peu coûteuse et permet d'obtenir rapidement de nombreuses informations. Cependant, les réponses peuvent être en partie biaisées car l'auto-questionnaire repose sur l'honnêteté des patients. Ainsi, les patients peuvent connaître les réponses sans obligatoirement appliquer en pratique ce qu'ils écrivent. Comparer les réponses obtenues avec une méthode directe, comme un examen clinique pour les patients volontaires, aurait été intéressant mais plus difficile à mettre en place.

Néanmoins, notre présence constante a certainement permis de diminuer les biais. Nous avons encouragé la communication, apporté de nombreux conseils et explications aux questions mais aussi aux objectifs de notre étude. Nous avons eu le sentiment que la plupart des patients ont compris la nécessité de répondre honnêtement aux questions car l'exploitation des réponses conduit avant tout à une amélioration de leur prise en charge.

Peu de patients n'ont pas souhaité remplir le questionnaire et le principal obstacle rencontré est la barrière de la langue. En effet, notre étude a été majoritairement bien accueillie par les patients qui ont montré un certain intérêt et de la curiosité.

Enfin, le recueil des données en salle d'attente avant les rendez-vous nous a semblé le plus pratique. Les étudiants n'ont ainsi pas été perturbés dans leurs rendez-vous respectifs et les patients n'ont pas eu à se déplacer pour participer à notre étude.

3. Analyse de la population

La population interrogée est majoritairement féminine (57, 14%), non fumeuse (67,14%), la moyenne d'âge est de 49,45 ans en corrélation avec un grand nombre de retraités retrouvés (29,52%). Bien que seulement 210 personnes aient été questionnées, ces chiffres reflètent d'une manière générale la population rencontrée au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy. La moyenne d'âge relativement élevée, peut s'expliquer par le fait que la prévalence des maladies parodontales augmente avec l'âge allant jusqu'à 70 à 85% dans la catégorie des 60-65 ans (UFSBD). Ainsi, plus les patients augmentent en âge, plus ils sont susceptibles de consulter pour le traitement d'une maladie parodontale.

4. Hygiène bucco-dentaire

4.1. Enseignement au contrôle de plaque

Le questionnaire 1 permet dès la première question de classer les patients en 2 catégories, ceux qui ont bénéficié d'un enseignement au CDP au sein du département de parodontologie du service odontologie du CHU de Nancy (63,81%), et ceux qui n'ont pas bénéficié de cet enseignement (36,19%). Nous aurions pu poser la question suivante : « Avez-vous déjà consulté au sein du département de parodontologie ? ». En effet, tous les patients en première consultation devraient recevoir un enseignement au CDP, mais nous avons voulu préciser notre question pour réduire les biais. Les résultats sont tout de même biaisés car les patients ont pu percevoir un enseignement au CDP par d'autres moyens comme les médias, internet, en cabinet libéral... La comparaison des résultats obtenus entre ces 2 populations nous a tout de même semblé intéressante. En effet, l'un des objectifs est de montrer si l'enseignement au CDP délivré par les étudiants est réellement efficace, et de repérer les points à améliorer en vue d'une meilleure prise en charge des patients ainsi qu'une meilleure observance à l'hygiène bucco-dentaire.

Cette première question est celle qui a bénéficié le plus d'explications de notre part. Beaucoup de patients ont affirmé avoir reçu un enseignement à l'hygiène bucco-

dentaire sans avoir entendu les termes de « plaque dentaire ». La question a alors systématiquement été reformulée et expliquée. Notons qu'une bonne observance doit passer par des explications claires et précises. Avant de montrer aux patients comment éliminer la plaque dentaire, il est avant tout essentiel de leur enseigner ce qu'est réellement la plaque. Nous aurions pu ainsi inclure dans notre questionnaire une ou plusieurs questions permettant d'évaluer les connaissances des patients concernant la plaque dentaire.

4.2. Brossage

4.2.1. Fréquence de brossage

L'UFSBD recommande 2 brossages par jour, matin et soir. 22,85% des patients interrogés se brossent les dents moins de 2 fois par jour contre 77,14% au moins 2 fois par jour. Les femmes montrent une meilleure observance que les hommes sur la fréquence de brossage ($p < 0,001$). 89,17% des femmes se brossent les dents au moins 2 fois par jour contre 61,11% des hommes. Ce résultat est d'autant plus significatif lorsqu'on étudie les variables CDP réalisées et le sexe (Tableau 14). En effet, les hommes sont moins observants sur la fréquence de brossage mais sont pourtant plus nombreux que les femmes à avoir bénéficié d'un enseignement au CDP (67,78% contre 60,83%).

Tableau 14 : Enseignement au CDP réalisé selon le sexe

	Hommes (%)	Femmes (%)
Enseignement au CDP réalisé	67,78	60,83
Enseignement au CDP non réalisé	32,22	39,17
Total	100	100

Ces résultats encourageants concordent avec ceux d'une enquête nationale réalisée en 2010 par l'UFSBD qui montre que 2 français sur 3 se brossent les dents au moins 2 fois par jour (UFSBD).

4.2.2. Temps de brossage

En 2012, pour 47% des français, se brosser les dents prend au moins 2 minutes (UFSBD). Mais dans notre étude, seuls 31,43% des patients affirment se brosser les dents pendant au moins 2 minutes, conformément aux recommandations. L'enseignement au CDP délivré aux patients semble tout de même bénéfique. En effet, 39,55% des personnes ayant reçu l'enseignement se brossent les dents pendant au moins 2 minutes contre seulement 17,11% des personnes n'ayant pas reçu cet enseignement.

4.2.3. Fréquence de changement de brosse à dents

62% des français changent leur brosse à dents tous les 3 mois (UFSBD, 2012) en accord avec les recommandations délivrées par l'UFSBD, contre 55% des patients de notre étude. L'enseignement au CDP proposé aux patients ne semble pas influencer les résultats. Il serait alors judicieux d'insister auprès des patients sur ce point car l'efficacité du brossage dépend également d'un changement fréquent de brosse à dents.

4.2.4. Type de brosse à dents utilisé

74,76% des patients de notre étude utilisent une brosse à dents manuelle et 25,24% une brosse à dents électrique. Nous avons décidé d'inclure cette question afin de connaître l'impact du type de brosse à dents utilisé sur le temps et la fréquence de brossage, mais aussi pour savoir si l'enseignement au CDP influençait l'utilisation de l'une ou l'autre des brosses à dents, ce qui n'est pas le cas. Rappelons que les 2 types de brosse à dents ont une efficacité comparable si la technique est maîtrisée (Van der Weijden, 2011 ; SFPIO).

4.2.5. Utilisation d'un dentifrice fluoré

La majorité des patients interrogés (64,90%), utilisent un dentifrice fluoré et en particulier les hommes, 74,16% contre 57,98% des femmes. Cependant, ces

résultats sont biaisés car une grande partie des patients ignore la présence du fluor dans leur dentifrice, or la plupart des dentifrices vendus en Europe en contiennent. Nous avons le plus souvent répondu à la question en prenant connaissance de la marque du dentifrice. Mais nous avons constaté que trop peu de patients ont connaissance des effets bénéfiques du fluor. Il serait intéressant d'insister sur ce point lors de l'enseignement au CDP.

4.3. Brossettes et fil dentaire

Concernant l'usage des brossettes interdentaires et du fil dentaire, les résultats de notre étude sont encourageants car 43,33% des patients en utilisent au moins une fois par jour alors que d'après une étude réalisée en 2007, seulement 11% de la population française utiliserait du fil dentaire (UFSBD). Néanmoins, ces résultats sont à prendre avec du recul car l'auto-questionnaire implique de faire entièrement confiance aux patients. De plus, notre étude se déroulant au sein du département de parodontologie, la population rencontrée est susceptible d'être suivie pour le traitement d'une maladie parodontale d'où une sensibilisation importante des patients sur le bon usage des moyens mécaniques d'élimination de la plaque dentaire.

L'enseignement au CDP semble efficace car 55,22% des patients qui ont reçu cet enseignement utilisent quotidiennement des brossettes ou du fil dentaire contre 22,37% des patients qui n'ont pas reçu d'enseignement.

Notons que les femmes sont plus observantes que les hommes comme pour la fréquence de brossage. 51,67% utilisent quotidiennement des brossettes ou du fil dentaire contre 38,89% des hommes.

Enfin, plus l'âge augmente, plus les personnes sont susceptibles de développer une maladie parodontale, donc plus l'usage de ces moyens mécaniques d'élimination de la plaque dentaire est fréquent.

4.4. Bains de bouche

L'UFSBD recommande l'usage des solutions de bain de bouche en complément du brossage dans le cas où il serait difficile de se brosser les dents de façon optimale ou de passer le fil dentaire tous les soirs. Les résultats montrent que les patients qui ont reçu un enseignement au CDP semblent utiliser plus régulièrement, en complément du brossage, un bain de bouche que ceux qui n'en ont pas reçu (47,76% contre 28,98%). Seul 1 français sur 10 indique utiliser des bains de bouche au moins 1 fois par jour (smilemeyer, 2012). Tout comme pour l'usage du fil dentaire et des brossettes, les chiffres élevés rencontrés au sein du département de parodontologie peuvent s'expliquer par le fait que beaucoup de patients présentent une maladie parodontale et sont donc plus sensibilisés à l'usage des bains de bouche que la population générale.

Néanmoins, les patients ont souligné des discours contradictoires sur le bon usage des bains de bouche entre les différents praticiens rencontrés ou les étudiants. Il est alors important de se tenir informé des changements réguliers de recommandations en matière de santé bucco-dentaire.

4.5. Satisfaction des patients

Les résultats de notre étude montrent que très peu de patients ne sont pas satisfaits de leur hygiène bucco-dentaire (4,76% de non satisfaits contre 42,38% de satisfaits). Notons également que les patients qui ont bénéficié d'un enseignement au CDP sont plus satisfaits de leur hygiène bucco-dentaire que ceux qui n'en ont pas bénéficié (46,26% contre 35,53%). L'enseignement au CDP permet alors de prendre confiance en soit et de mieux appréhender les difficultés liées au brossage.

Plus l'âge augmente, plus les patients sont satisfaits. En effet, avec l'augmentation du développement des maladies parodontales avec l'âge, les patients sont de plus en plus sensibles à acquérir une hygiène bucco-dentaire optimale.

Les patients fumeurs sont plus nombreux à être insatisfaits de leur hygiène que les patients non fumeurs (12% contre 2%). Cependant, ce résultat est biaisé par le peu

de réponses négatives obtenues à la question « Etes-vous satisfait de votre hygiène bucco-dentaire ? »

Plus de la moitié de la population interrogée affirme que leur hygiène peut être améliorée (52,86%). Malgré ce chiffre élevé, près de la moitié de ces patients ne souhaitent pas recevoir un enseignement au CDP (48,65%). En effet, les patients sont peu désireux de recevoir un enseignement ou un complément d'enseignement au CDP. 62,86% ne sont pas demandeurs et 37,14% sont demandeurs.

La majorité des patients demandeurs n'ont pas encore reçu d'enseignement au CDP. Cependant, presque un tiers des patients ayant reçu un enseignement au CDP souhaitent recevoir un complément d'enseignement. Il ne faut alors pas hésiter à insister auprès des patients et contrôler à chaque rendez-vous que l'enseignement délivré est correctement assimilé.

4.6. Facteurs empêchant d'obtenir une hygiène bucco-dentaire optimale

Tous les obstacles évoqués par les patients, que ce soit le manque de temps en priorité, le manque de motivation, une technique difficile à acquérir ou encore la douleur, peuvent être contournés. En effet, le praticien et le patient doivent travailler ensemble pour résoudre les difficultés rencontrées. 20 patients soulignent un manque d'information, d'où l'importance de la qualité de l'enseignement au CDP.

4.7. Visites de contrôle

97,62% des patients de notre étude seraient d'accord pour venir régulièrement en contrôle, au moins une fois par an. Pourtant, une étude de 2013 a montré que seuls 59% des patients sont allés en consultation il y a moins d'un an (IFOP 2013) (Figure 28).

Les freins à la consultation répertoriés sont le sentiment de ne pas en avoir besoin, non priorité, coût supposé de consultation, peur du dentiste et manque de temps.

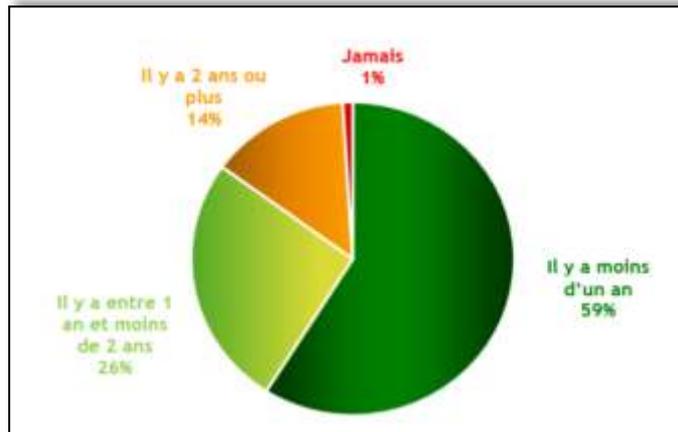


Figure 28 : Réponses à la question « A quand remonte votre dernière visite chez un dentiste ? » auprès d'un échantillon de 1000 personnes, représentatif de la population française de plus de 18 ans entre le 1 et le 3 Octobre 2013 (IFOP, 2013)

5. Conclusion de l'étude

L'observance pendant la maintenance parodontale semble très clairement insuffisante devant le peu de patients répondant à notre étude. Cette faible observance est constatée dans plusieurs études citées précédemment. Cependant, la non-observance n'est pas une fatalité et il n'est jamais trop tard pour provoquer un changement de comportement des patients. Améliorer la communication praticien-patient en vue de créer une véritable alliance thérapeutique va dans le sens d'une amélioration de l'observance.

Quand est-il de l'observance sur l'hygiène bucco-dentaire ? Il est difficile d'établir un seuil à partir duquel une population étudiée est dite observante ou non. Si plus de 50% des patients se brossent les dents au moins 2 fois par jour, devons-nous pour autant affirmer que l'observance est bonne ? Les résultats de l'étude semblent tout de même satisfaisants concernant la fréquence de brossage, l'usage du dentifrice fluoré, des brossettes et du fil dentaire ou des bains de bouche. La fréquence de changement de brosse à dents reste néanmoins insuffisante. Il en est de même pour le temps de brossage, même si l'enseignement au CDP a montré une influence positive sur les habitudes des patients. Cet enseignement est également bénéfique concernant l'usage quotidien des brossettes ou du fil dentaire, sur le bon usage des bains de bouche mais aussi sur le regard porté par les patients sur la qualité de leur hygiène bucco-dentaire. Cependant, il est important de se tenir informé des dernières mises à jour des recommandations afin que les patients n'aient pas le

sentiment de recevoir des discours contradictoires. L'enseignement au CDP doit également inclure des explications claires et précises sur le rôle du fluor mais surtout sur la plaque dentaire. Il est en effet important que les patients comprennent contre quoi ils doivent lutter afin d'obtenir une hygiène bucco-dentaire optimale.

Les femmes sont d'une manière générale plus observantes que les hommes, en accord avec les études suivantes, (Furuta, 2011 ; Jonsson et coll., 2010 ; Kateeb, 2010 ; Ramseier et coll, 2007). Si les autres facteurs ne semblent pas sensiblement influencer l'observance, rappelons que la composante psychosociale joue un rôle essentiel dans le comportement des patients, tout comme les étudiants eux mêmes. Il est important de toujours chercher à améliorer l'observance thérapeutique, en développant une relation de confiance avec les patients. Même si les patients sont globalement peu demandeurs de recevoir un enseignement ou un complément d'enseignement au CDP, le rôle des étudiants est également de leur démontrer l'efficacité d'un tel enseignement, de remettre en question la qualité de l'enseignement proposé et d'adapter la méthodologie à chaque patient.

CONCLUSION

La non-observance est encore trop souvent sous estimée par les praticiens. Selon l'OMS, résoudre le problème de la non-observance serait bien plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès médical (Petersen, 2003). Il est nécessaire que les praticiens y soient davantage sensibilisés et formés à l'éducation thérapeutique de leurs patients.

La non-observance ne doit pas être considérée comme un comportement déviant et irrationnel mais doit être abordée selon une approche multifactorielle. Le patient a sa propre part de responsabilité dans l'évolution de sa maladie chronique telle que la parodontite chronique. En effet, les différents modèles théoriques tel que le modèle HBM mettent en avant l'influence du caractère psychosocial sur l'observance. Mais cette approche est insuffisante pour comprendre la complexité de la non-observance. Le praticien doit partager la part de responsabilité de la prise en charge avec le patient. Ainsi, les contours de la relation praticien-patient doivent se redéfinir autour d'un partenariat, entre un praticien plus à l'écoute, moins dans le jugement, et un patient davantage autonome.

Les différents moyens mis à disposition pour améliorer l'observance conduisent à renforcer la relation thérapeutique, éduquer et motiver les patients. Il ressort de notre étude réalisée au sein du département parodontologie, service odontologie, du CHU de Nancy, que des explications claires et précises peuvent contourner les obstacles liés à la non-observance. Les méthodes psycho-comportementales, tels que l'entretien motivationnel ou la thérapie cognitivo-comportementale, adaptés à la pratique de la parodontologie, sont des aides applicables en consultation par les praticiens.

Néanmoins, si la responsabilité de la prise en charge doit être partagée, la décision revient au patient d'accepter et d'appliquer les recommandations liées aux mesures hygiéno-diététiques, de suivre les prescriptions délivrées, ou de revenir régulièrement en maintenance. Si le praticien a tout mis en œuvre pour favoriser l'adhésion du patient, mais que celui-ci refuse la prise en charge proposée, il est

important de respecter son choix car le patient a le droit de jouir de sa liberté individuelle. Cependant, le caractère dynamique de l'observance laisse penser qu'un changement de comportement peut toujours arriver. Il ne faut alors pas renoncer et éviter avant tout la rupture thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Albandar JM, Rams TE. Global epidemiology of periodontal diseases: an overview. *Periodontol 2000*. 2002;29:7–10.
2. Alvin P. L'adolescent et l'observance au traitement. *J Pédiatr Puéric*. 2000 Jun;13(4):225–9.
3. 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 Mar;18(3):182–9.
4. Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol*. 1978 May;5(2):133–51.
5. Barbour SE, Nakashima K, Zhang JB, Tangada S, Hahn CL, Schenkein HA, et coll. Tobacco and smoking: environmental factors that modify the host response (immune system) and have an impact on periodontal health. *Crit Rev Oral Biol Med*. 1997;8(4):437–60.
6. Bergström J. Tobacco smoking and chronic destructive periodontal disease. *Odontology*. 2004 Sep;92(1):1–8.
7. Blackwell B. Treatment adherence. *Br J Psychiatry*. 1976 Dec;129:513–31.
8. Breen R TJT. Noncompliance with Medication for Psychiatric Disorders: Reasons and Remedies. *CNS Drugs*. 1998;9(6):457–71.
9. Bureau M. L'observance thérapeutique, ses facteurs et ses enjeux. [Thèse]. Nancy : Université Henri Pointcaré ; 2001 : p 42.
10. Carballo J. Médicaments mal pris : 9 milliards d'euros d'économies possibles [Internet]. 2014 [consulté le 18 Juin 2015].
Disponible sur :
<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/11/12/23042-medicaments-mal-pris-9-milliards-deuros-deconomies-possibles>

11. Cardaropoli D, Gaveglio L. Supportive periodontal therapy and dental implants: an analysis of patients' compliance. *Clin Oral Implants Res.* 2012 Dec;23(12):1385–8.
12. Casamajor P, Descroix V. *La prescription ciblée en odontologie.* Paris : CdP ; 2009. *Prescrire en parodontologie* : p 201 - 208
13. Cascaes AM, Bielemann RM, Clark VL, Barros AJD. Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. *Rev Saude Publica.* 2014 Feb;48(1):142–53.
14. Charon J et coll. *Parodontie Médicale. Innovations cliniques.* 2nd édition. Paris : Cdp ; 2009 : p 366 - 367 et 211 – 219.
15. Charon J, Beaulieu J et Joachim F. La validation de l'observance thérapeutique [Internet]. *Le fil dentaire* ; 2013 [consulté le 5 Novembre 2014].
Disponible sur :
<http://www.lefildentaire.com/articles/clinique/parodontologie/la-validation-de-observance-therapeutique/>
16. Checchi L, Pelliccioni GA, Gatto MR, Kelescian L. Patient compliance with maintenance therapy in an Italian periodontal practice. *J Clin Periodontol.* 1994 May;21(5):309–12.
17. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. *Soc Sci Med.* 2000 Jun;50(11):1599–605.
18. Cohen RE, Research, Science and Therapy Committee, American Academy of Periodontology. Position paper: periodontal maintenance. *J Periodontol.* 2003 Sep;74(9):1395–401.
19. Costa FO, Lages EJP, Cota LOM, Lorentz TCM, Soares RV, Cortelli JR. Tooth loss in individuals under periodontal maintenance therapy: 5-year prospective study. *J Periodont Res.* 2014 Feb;49(1):121–8.
20. Croffoot C, Krust Bray K, Black MA, Koerber A. Evaluating the effects of coaching to improve motivational interviewing skills of dental hygiene students. *J Dent Hyg.* 2010;84(2):57–64.

21. Cromer BA, Tarnowski KJ. Noncompliance in adolescents: a review. *J Dev Behav Pediatr.* 1989 Aug;10(4):207–15.
22. De Carvalho VF, Okuda OS, Bernardo CC, Pannuti CM, Georgetti MAP, De Micheli G, et al. Compliance improvement in periodontal maintenance. *J Appl Oral Sci.* 2010 Jun;18(3):215–9.
23. Delatola C, Adonogianaki E, Ioannidou E. Non-surgical and supportive periodontal therapy: predictors of compliance. *J Clin Periodontol.* 2014 Aug 1;41(8):791–6.
24. Demetriou N, Tsami-Pandi A, Parashis A. Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. *J Periodontol.* 1995 Feb;66(2):145–9.
25. Eickholz P, Kaltschmitt J, Berbig J, Reitmeir P, Pretzl B. Tooth loss after active periodontal therapy. 1: patient-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. *J Clin Periodontol.* 2008 Feb;35(2):165–74.
26. Eke PI, Dye BA, Wei L, Slade GD, Thornton-Evans GO, Borgnakke WS, et coll. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol.* 2015 May;86(5):611–22.
27. Emling RC, Flickinger KC, Cohen DW, Yankell SL. A comparison of estimated versus actual brushing time. *Pharmacol Ther Dent.* 1981;6(3-4):93–8.
28. Famili P, Short E. Compliance with periodontal maintenance at the University of Pittsburgh: Retrospective analysis of 315 cases. *Gen Dent.* 2010 Feb;58(1):42–7.
29. Fardal O, Johannessen AC, Linden GJ. Compliance in a Norwegian periodontal practice. *Oral Health Prev Dent.* 2003;1(2):93–8.
30. Fawcett J. Compliance: definitions and key issues. *J Clin Psychiatry.* 1995;56 Suppl 1:4–8; discussion 9–10.
31. Fredriksson MI, Figueredo CM, Gustafsson A, Bergström KG, Asman BE. Effect of periodontitis and smoking on blood leukocytes and acute-phase proteins. *J Periodontol.* 1999 Nov;70(11):1355–60.

32. Furuta M, Ekuni D, Irie K, Azuma T, Tomofuji T, Ogura T, et al. Sex differences in gingivitis relate to interaction of oral health behaviors in young people. *J Periodontol*. 2011 Apr;82(4):558–65.
33. Gache C, Fortini A, Meynard M, Reiner Meylan J, Sommer. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Rev Med Suisse*. 2006;(80).
34. Geisinger ML, Robinson L et coll. Individualized Oral Health Education Improves Oral Hygiene Compliance and Clinical Outcomes in Pregnant Women with Gingivitis. *J Oral Hyg Health*. 2013;01(02)
35. Glavind L. The result of periodontal treatment in relationship to various background factors. *J Clin Periodontol*. 1986 Sep;13(8):789–94.
36. Godard A, Dufour T, Jeanne S. Application of self-regulation theory and motivational interview for improving oral hygiene: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol*. 2011 Dec;38(12):1099–105.
37. Gokulanathan S, Balan N, Aravind RJ, Thangavelu K. Patient compliance and supportive periodontal therapy: Study among young adults of Namakkal district. *J Pharm Bioallied Sci*. 2014 Jul;6(Suppl 1):171–3.
38. Gordon PM, Keohane SG, Herd RM. White coat effects. *BMJ*. 1995 Dec 23;311(7021):1704.
39. Gunsolley JC, Zambon JJ, Mellott CA, Brooks CN, Kaugars CC. Maintenance therapy in young adults with severe generalized periodontitis. *J Periodontol*. 1994 Mar;65(3):274–9.
40. Hbib A, Rhissassi M, Ennibi O. La maintenance parodontale : aspects théoriques et pratiques. *Actual Odonto-Stomatol*. 2014;(267):8.
41. Hinz JG. Teaching dental students motivational interviewing techniques: analysis of a third-year class assignment. *J Dent Educ*. 2010 Dec;74(12):1351–6.
42. Hippocrate. *Connaître, soigner, aimer : "Le Serment" et autres textes*. Paris: Seuil; 1999. 278p.

43. IFOP. Les Français, leur dentiste et l'accès aux soins bucco-dentaire. [Internet]. 2013 [consulté le 15 Mars 2015].
Disponible sur :
http://www.ifop.com/media/poll/2415-1-study_file.pdf
44. IMS Health. Améliorer l'observance, Traiter mieux et moins cher [Internet]. 2012 [consulté le 17 Août 2014].
Disponible sur :
<http://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/EMEA/France/Home%20Page%20Content/News/BrochureObservance-web.pdf>
45. Jansson LE, Hagström KE. Relationship between compliance and periodontal treatment outcome in smokers. *J Periodontol.* 2002 Jun;73(6):602–7.
46. Jönsson B, Lindberg P, Oscarson N, Ohrn K. Improved compliance and self-care in patients with periodontitis--a randomized control trial. *Int J Dent Hyg.* 2006 May;4(2):77–83.
47. Jönsson B, Baker SR, Lindberg P, Oscarson N, Ohrn K. Factors influencing oral hygiene behaviour and gingival outcomes 3 and 12 months after initial periodontal treatment: an exploratory test of an extended Theory of Reasoned Action. *J Clin Periodontol.* 2012 Feb;39(2):138–44.
48. Jönsson B, Ohrn K, Lindberg P, Oscarson N. Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. *J Clin Periodontol.* 2010 Oct;37(10):912–9.
49. Kakudate N, Morita M, Sugai M, Kawanami M. Systematic cognitive behavioral approach for oral hygiene instruction: a short-term study. *Patient Educ Couns.* 2009 Feb;74(2):191–6.
50. Kaldahl WB, Kalkwarf KL, Patil KD. A review of longitudinal studies that compared periodontal therapies. *J Periodontol.* 1993 Apr;64(4):243–53.
51. Kateeb E. Gender-specific oral health attitudes and behaviour among dental students in Palestine. *East Mediterr Health J.* 2010 Mar;16(3):329–33.

52. Khocht A, Spindel L, Person P. A comparative clinical study of the safety and efficacy of three toothbrushes. *J Periodontol.* 1992 Jul;63(7):603–10.
53. Kiger RD, Nylund K, Feller RP. A comparison of proximal plaque removal using floss and interdental brushes. *J Clin Periodontol.* 1991 Oct;18(9):681–4.
54. Kim S-Y, Lee J-K, Chang B-S, Um H-S. Effect of supportive periodontal therapy on the prevention of tooth loss in Korean adults. *J Periodontal Implant Sci.* 2014 Apr;44(2):65–70.
55. Kocher T, König J, Dzierzon U, Sawaf H, Plagmann HC. Disease progression in periodontally treated and untreated patients--a retrospective study. *J Clin Periodontol.* 2000 Nov;27(11):866–72.
56. König J, Plagmann HC, Langenfeld N, Kocher T. Retrospective comparison of clinical variables between compliant and non-compliant patients. *J Clin Periodontol.* 2001 Mar;28(3):227–32.
57. Lamouroux A et coll. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Resp.* 2005;22(31):4.
58. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent.* 2003;1(1):7–16.
59. Larousse É. Définitions. Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [consulté le 30 Janvier 2016].
Disponible sur :
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880>
60. Lindhe J, Hamp SE, Løe H. Plaque induced periodontal disease in beagle dogs. A 4-year clinical, roentgenographical and histometrical study. *J Periodont Res.* 1975 Nov;10(5):243–55.
61. Listgarten MA. Periodontal probing: what does it mean? *J Clin Periodontol.* 1980 Jun;7(3):165–76.
62. Loe H, Theilade E, Jensen SB. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol.* 1965 Jun;36:177–87.

63. Loe H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. *J Periodontol.* 1967 Dec;38(6):Suppl:610–6.
64. Loesche WJ, Grossman N, Giordano J. Metronidazole in periodontitis (IV). The effect of patient compliance on treatment parameters. *J Clin Periodontol.* 1993 Feb;20(2):96–104.
65. Macgregor ID, Rugg-Gunn AJ. A survey of toothbrushing sequence in children and young adults. *J Periodont Res.* 1979 May;14(3):225–30.
66. Macgregor ID, Rugg-Gunn AJ. Survey of toothbrushing duration in 85 uninstructed English schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1979 Oct;7(5):297–8.
67. Matuliene G, Studer R, Lang NP, Schmidlin K, Pjetursson BE, Salvi GE, et coll. Significance of Periodontal Risk Assessment in the recurrence of periodontitis and tooth loss. *J Clin Periodontol.* 2010 Feb;37(2):191–9.
68. McCracken G, Janssen J, Heasman L, Stacey F, Steen N, deJager M, et coll. Assessing adherence with toothbrushing instructions using a data logger toothbrush. *Br Dent J.* 2005 Jan 8;198(1):29–32; discussion 24.
69. Mehta S, Moore RD, Graham NM. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS.* 1997 Nov 15;11(14):1665–70.
70. Mendoza AR, Newcomb GM, Nixon KC. Compliance with supportive periodontal therapy. *J Periodontol.* 1991 Dec;62(12):731–6.
71. Miller WR, Rollnick S. Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9:25.
72. Miller, WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* New York: The Guildford Press.; 1991.
73. Ng MC-H, Ong MM-A, Lim LP, Koh CG, Chan YH. Tooth loss in compliant and non-compliant periodontally treated patients: 7 years after active periodontal therapy. *J Clin Periodontol.* 2011 May;38(5):499–508.
74. Ogden J. *Psychologie de la santé.* De Boeck. 2004. p 32 à 44 et 54.

75. Ojima M, Hanioka T, Shizukuishi S. Survival analysis for degree of compliance with supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol*. 2001 Dec;28(12):1091–5.
76. Ojima M, Kanagawa H, Nishida N, Nagata H, Hanioka T, Shizukuishi S. Relationship between attitudes toward oral health at initial office visit and compliance with supportive periodontal treatment. *J Clin Periodontol*. 2005 Apr;32(4):364–8.
77. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005 Aug 4;353(5):487–97.
78. Palazzolo J, Lachaux B. Entre compliance et liberté : le témoignage d'un patient. *L'Encéphale*. 1999;25(6):667–71.
79. Perio-tools. Evaluation du risque parodontal [Internet]. [consulté le 13 Janvier 2015].
Disponible sur :
<http://www.perio-tools.com/praf/fr/>
80. Petersen PE. Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde. [Internet]. 2003 [consulté le 20 Décembre 2014].
Disponible sur :
http://who.int/oral_health/media/fr/orh_report03_fr.pdf
81. 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 Jun;32(6):653–8.
82. Prochaska, James O. & DiClemente, Carlo C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy (Chic. Ill.)*. 1982;19(3):276- 287.
83. Ramseier CA, Kobrehel S, Staub P, Sculean A, Lang NP, Salvi GE. Compliance of cigarette smokers with scheduled visits for supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol*. 2014 May;41(5):473–80.
84. Ramseier CA, Leiggener I, Lang NP, Bagramian RA, Inglehart MR. Short-term effects of hygiene education for preschool (kindergarten) children: a clinical study. *Oral Health Prev Dent*. 2007;5(1):19–24.

85. Reinhardt CH, Noack MJ, Wassmer G, Hurrelmann K, Klein K. A strategy for encouraging young adults' adoption of a preferred oral hygiene technique. *Oral Health Prev Dent*. 2010;8(1):3–8.
86. Robinson PG, Deacon SA, Deery C, Heanue M, Walmsley AD, Worthington HV, et al. Manual versus powered toothbrushing for oral health. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD002281.
87. Rosema NAM, Timmerman MF, Versteeg PA, van Palenstein Helderma WH, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Comparison of the use of different modes of mechanical oral hygiene in prevention of plaque and gingivitis. *J Periodontol*. 2008 Aug;79(8):1386–94.
88. Rossignol V. L'Entrevue motivationnelle: une approche novatrice de la toxicomanie. *L'Intervenant*, Québec. 1999;15(2).
89. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005 Apr;55(513):305–12.
90. Sauvanet J-P. Diabète : « Observance ou alliance thérapeutique ? ». /data/revues/12623636/00310002/214/ [Internet]. 2008 [consulté le 22 Octobre 2014] Disponible sur :
<http://www.em-consulte.com/en/article/80374>
91. Schlueter N, Klimek J, Saleschke G, Ganss C. Adoption of a toothbrushing technique: a controlled, randomised clinical trial. *Clin Oral Investig*. 2010 Feb;14(1):99–106.
92. Schou L. Behavioral aspects of dental plaque control measures: an oral health promotion perspective. *Proceedings of the European workshop on mechanical plaque control*. Berlin: Quintessenz Verlag. 1998;(287):99.
93. 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 Sep;33(9):612–9.

94. Smilemeyer. Urgence prévention, vos dents méritent toutes votre attention [Internet]. 2012 [consulté le 14 Juin 2015].
Disponible sur :
http://www.smilemeyer.com/userfiles/DP_SanteBuccoDentaire2012.pdf
95. Sobel A. Observance en matière de santé. *Presse Med.* 1997 Mar 15;26(8):356–7.
96. Soolari A, Rokn AR. Adherence to periodontal maintenance in Tehran, Iran. A 7-year retrospective study. *Quintessence Int.* 2003 Mar;34(3):215–9.
97. UFSBD. Nos nouvelles recommandations. [Internet]. 2013 [consulté le 14 Août 2015]. Disponible sur :
<http://www.ufsbd.fr/espace-pro/notre-vision-de-la-sante-une-profession-en-mouvement/nos-nouvelles-recommandations/>
98. UFSBD. Chiffres clés par thématique | UFSBD [Internet]. [consulté le 20 Juillet 2015].
Disponible sur :
<http://www.ufsbd.fr/espace-public/espace-presse/chiffres-cles-par-thematique/>
99. Umaki TM, Umaki MR, Cobb CM. The psychology of patient compliance: a focused review of the literature. *J Periodontol.* 2012 Apr;83(4):395–400.
100. Van der Weijden FA, Campbell SL, Dörfer CE, González-Cabezas C, Slot DE. Safety of oscillating-rotating powered brushes compared to manual toothbrushes: a systematic review. *J Periodontol.* 2011 Jan;82(1):5–24.
101. Van der Weijden GA, Hioe KPK. A systematic review of the effectiveness of self-performed mechanical plaque removal in adults with gingivitis using a manual toothbrush. *J Clin Periodontol.* 2005;32 Suppl 6:214–28.
102. Vergnes JN., Nabet C. Promouvoir la santé bucco-dentaire. *Santé Homme.* 2012 Jan;(417):7–8.
103. Watt RG, Harnett R, Daly B, Fuller SS, Kay E, Morgan A, et al. Evaluating oral health promotion: need for quality outcome measures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006 Feb;34(1):11–7.

104. Wilson TG, Hale S, Temple R. The results of efforts to improve compliance with supportive periodontal treatment in a private practice. *J Periodontol.* 1993 Apr;64(4):311–4.

105. Ziebolz D, Klopfleisch S, Fresmann S, Hornecker E, Mausberg RF. Oral health of dental assistants and patients receiving maintenance--an investigation based on a district of Thuringia, Germany. *Int J Dent Hyg.* 2013 Nov;11(4):253–9.

106. SFPIO : Position sur le brossage oscillo rotatif. [Internet]. 2014 [consulté le 14 Août 2015].

Disponible sur :

<http://www.sfparo.org/espace-praticiens-et-membres/les-recommandations-de-la-sfpio/97-position-de-la-sfpio-sur-le-brossage-oscillo-rotatif.html>

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	10
TABLE DES FIGURES	11
TABLE DES TABLEAUX	13
LISTE DES ABREVIATIONS.....	14
INTRODUCTION	15
PREMIERE PARTIE : CONCEPT DE L'OBSERVANCE	17
1. Généralités	17
1.1. Définitions.....	17
1.1.1. Observance thérapeutique.....	17
1.1.2. <i>Compliance</i>	18
1.1.3. Adhérence ou adhésion thérapeutique	18
1.2. Le seuil de non-observance	19
1.2.1. Un choix difficile	19
1.2.2. Savoir prendre du recul.....	19
2. Observance sur l'hygiène	21
2.1. Généralités	21
2.1.1. Hygiène orale et état parodontal	21
2.1.2. Un enseignement nécessaire à l'hygiène orale	21
2.1.3. Les recommandations.....	22
2.2. Moyens d'évaluation de l'observance.....	23
2.2.1. Méthodes directes.....	23
2.2.2. Méthodes indirectes.....	26
2.3. Conséquences de la non-observance	29
3. Observance sur les prescriptions	30

3.1.	Prescrire en parodontologie	30
3.1.1.	Les antiseptiques et autres moyens mécaniques d'élimination de la plaque dentaire.....	30
3.1.2.	Les antibiotiques	33
3.2.	Moyens d'évaluation de l'observance.....	35
3.2.1.	Méthodes directes.....	35
3.2.2.	Méthodes indirectes.....	36
3.3.	Conséquences de la non-observance	38
4.	Observance sur la maintenance	39
4.1.	Généralités	39
4.1.1.	Définition et rôles	39
4.1.2.	Protocole de la maintenance.....	39
4.1.3.	Observance et maintenance	40
4.2.	Evaluation du risque parodontal	41
4.2.1.	Généralités.....	41
4.2.2.	Les différentes variables étudiées.....	42
4.2.3.	Quelques exemples	43
4.3.	La non-observance.....	45
4.3.1.	La non-observance est-elle prédictible ?	45
4.3.2.	Conséquences de la non-observance.....	47
5.	Les déterminants de l'observance	52
5.1.	Facteurs liés au patient	52
5.1.1.	Age	53
5.1.2.	Catégorie socio professionnelle	53
5.1.3.	Situation démographique	53
5.1.4.	Tabac.....	53
5.2.	La composante psychosociale	54

5.2.1.	Modèle HBM (<i>Health beliefs model</i>)	54
5.2.2.	Modèle TRA (<i>Theory of Reasoned Action</i>)	56
5.2.3.	Modèle TBP (<i>Theory of Planned Behaviour</i>)	57
5.2.4.	L'auto-efficacité.....	57
5.2.5.	Théorie de Leventhal (SRM ou <i>Self regulation theory</i>)	58
5.3.	Facteurs locaux	59
5.3.1.	Statut parodontal initial	59
5.3.2.	Sévérité de la maladie parodontale.....	59
5.3.3.	La présence ou non d'implant dans la cavité orale	60
5.4.	Facteurs liés au traitement	61
5.4.1.	Traitement chirurgical ou non chirurgical	61
5.4.2.	Coût du traitement	61
5.5.	Facteurs liés au praticien.....	62
5.5.1.	Les croyances du praticien	62
5.5.2.	La qualité de la communication praticien-patient.....	62
5.5.3.	Les efforts d'éducation.....	63
6.	Vers une amélioration de l'observance thérapeutique ...	65
6.1.	Responsabiliser le patient	65
6.2.	Sensibiliser le patient le plus tôt possible	65
6.3.	Prendre en charge la non-observance	66
6.4.	Améliorer l'éducation ; Les programmes individualisés d'éducation des patients	67
6.4.1.	L'entretien motivationnel (<i>Motivational Interviewing</i>).....	67
6.4.2.	La thérapie cognitivo-comportementale.....	72
6.5.	Agir auprès des professionnels de santé.....	76
DEUXIEME PARTIE : ENQUETE LOCALE.....		77
1.	Objectifs de l'étude.....	77

2.	Matériels et méthodes	77
2.1.	Questionnaires	77
2.1.1.	Questionnaire 1 : Hygiène bucco-dentaire	78
2.1.2.	Questionnaire 2 : Maintenance parodontale	80
2.2.	Echantillonnage	81
2.3.	Recueil des données	81
2.4.	Critères d'inclusion des populations	81
2.5.	Analyse statistique des données	82
3.	Résultats	82
3.1.	Questionnaire 1 : Hygiène bucco-dentaire	82
3.1.1.	Enseignement au contrôle de plaque	82
3.1.2.	Analyse de la population	83
3.1.3.	Hygiène bucco-dentaire	85
3.1.4.	Satisfaction des patients	91
3.1.5.	Enseignement ou complément d'enseignement souhaité	93
3.1.6.	Les facteurs empêchant une hygiène bucco-dentaire optimale	94
3.1.7.	Contrôle	95
3.2.	Questionnaire 2 : Maintenance parodontale	95
	TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	98
1.	Taille des échantillons	98
1.1.	Questionnaires 1	98
1.2.	Questionnaires 2	98
2.	Choix de la méthode employée : Auto-questionnaire	99
3.	Analyse de la population	100
4.	Hygiène bucco-dentaire	100
4.1.	Enseignement au contrôle de plaque	100
4.2.	Brossage	101

4.2.1. Fréquence de brossage	101
4.2.2. Temps de brossage	102
4.2.3. Fréquence de changement de brosse à dents.....	102
4.2.4. Type de brosse à dents utilisé	102
4.2.5. Utilisation d'un dentifrice fluoré	102
4.3. Brossettes et fil dentaire	103
4.4. Bains de bouche.....	104
4.5. Satisfaction des patients.....	104
4.6. Facteurs empêchant d'obtenir une hygiène bucco-dentaire optimale	105
4.7. Visites de contrôle	105
5. Conclusion de l'étude	106
CONCLUSION.....	108
BIBLIOGRAPHIE.....	110
TABLE DES MATIERES	121

RICHECOEUR Chloé

Observance en parodontologie : Hygiène, Prescriptions, Maintenance

Nancy 2016 – 125 pages – 28 figures – 14 tableaux

Th. Chir.-Dent. : Nancy : 2016

Mots clefs : Observance / Parodontologie / Hygiène / Prescriptions / Maintenance

Résumé :

L'observance intéresse de nombreux domaines médicaux car elle contribue fortement au succès thérapeutique. En parodontologie, elle s'étudie à travers l'hygiène bucco-dentaire, les prescriptions et la maintenance parodontale. L'observance dépend de plusieurs facteurs mais la composante psychosociale et la qualité de la relation praticien-patient jouent un rôle important.

Une enquête réalisée au sein du département de parodontologie, du service odontologie, du CHU de Nancy a permis de constater le faible niveau d'observance sur la maintenance en accord avec les études retrouvées dans la littérature. L'enseignement au CDP délivré aux patients par les étudiants a tout de même montré une certaine efficacité en matière d'hygiène bucco-dentaire.

L'objectif de ce travail est aussi de chercher à comprendre la non-observance et de suggérer des pistes visant à lutter contre ce phénomène.

Jury :

<u>Pr P. AMBROSINI</u> :	<u>Professeur des Universités</u>	<u>Président</u>
Dr J. GUILLET-THIBAUT :	Maître de Conférences	Juge
Dr E. BÖLÖNI :	Assistante Hospitalo-Universitaire	Juge
Dr F. CAMELOT :	Assistant Hospitalo-Universitaire	Juge

Adresse de l'auteur :

RICHECOEUR Chloé
35, Avenue Saint-Exupery
13250 SAINT-CHAMAS



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



Jury : Président : P. AMBROSINI – Professeur des Universités
Juges : J. GUILLET-THIBAUT – Maître de Conférence des Universités
E. BÖLÖNI – Assistante Hospitalier Universitaire
F. CAMELOT – Assistant Hospitalier Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: Mademoiselle RICHECOEUR Chloé

né(e) à: LONGJUMEAU (Essone)

le 23 mai 1990

et ayant pour titre : « Observance en parodontologie : hygiène, prescriptions, maintenance ».

Le Président du jury

P. AMBROSINI

Le Doyen
de la Faculté d'Odontologie

J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 9091 .

NANCY, le - 3 MARS 2016

Le Président de l'Université de Lorraine

P. MUTZENHARDT

