

# Éducation thérapeutique à l'hygiène orale

Questions/Réponses  
pour les chirurgiens-dentistes



PAROSPHERE  
FORMATION



PAROSPHERE



# Éducation thérapeutique à l'hygiène orale

## Questions/Réponses pour les chirurgiens-dentistes

### Sommaire

Comment puis-je annoncer la maladie parodontale aux patients ?

-4-

Dois-je vraiment expliquer l'hygiène orale à mes patients ?

-4-

Existe-t-il une différence entre enseignement, éducation thérapeutique, motivation et entretien motivationnel à l'hygiène orale ?

-5-

Comment évaluer la motivation d'un patient à modifier ses habitudes d'hygiène orale ?

Et est-ce compliqué de changer ses habitudes ?

-6-

Combien de temps faut-il pour changer les habitudes de brossage d'un patient ?

-8-

Quel est le support pédagogique le plus efficace ?

-8-

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

-9-

Ai-je intérêt à répéter les séances de motivation à l'hygiène orale ?

-10-

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

-10-

Lorsque le brossage paraît efficace plusieurs années de suite, est-ce nécessaire de réaliser une nouvelle séance d'éducation thérapeutique ? Et comment établir la fréquence des maintenances ?

-11-

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

-12-

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

-12-

Si mon patient ne modifie pas suffisamment ses habitudes d'hygiène orale, dois-je modifier le traitement ou l'interrompre ?

-13-

La durée de brossage est-elle importante ?

-14-

Les patients reviennent-ils régulièrement aux rendez-vous de maintenance ?

-14-

## Comment puis-je annoncer la maladie parodontale à mes patients ?

Faut-il privilégier certains mots, en exclure d'autres ?

Chaque patient a des croyances, un vécu et un niveau socio-culturel qui lui sont propres. Après avoir écouté son motif de consultation, l'établissement d'un dialogue est indispensable afin de tenter de cerner au mieux sa personnalité. **Les observations faites dans un cadre médical montrent que les patients retiennent mieux ce qu'il leur a été dit en premier** : ils le considèrent comme étant le plus important. Dès lors, il est nécessaire de bien choisir les éléments à leur présenter dans les premiers instants<sup>1,2</sup>.

Les explications données sur la maladie doivent être les plus simples possibles, en utilisant des mots clés et phrases d'accroche.

Il est important de faire comprendre au patient qu'il est atteint d'une maladie, sans le submerger de données médicales qu'il ne pourra pas interpréter ou qui ne lui seront pas utiles.

Les patients doivent comprendre que la maladie

parodontale n'est pas une fatalité; mais qu'ils ne la stabiliseront pas s'ils n'améliorent pas leur contrôle de plaque. Il est indispensable de ne pas leur donner l'impression qu'ils ont une bouche sale, mais leur faire prendre conscience qu'ils doivent vraiment avoir une hygiène orale meilleure que le reste de la population.

Établir le parallèle avec le diabète, maladie bien connue, semble assez efficace pour expliquer la chronicité de la maladie et l'importance de leur participation active au traitement.

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

## Dois-je vraiment expliquer l'hygiène orale à mes patients ?

Je leur propose déjà un détartrage annuel, des scellements des sillons et je leur conseille d'utiliser un dentifrice au fluor et du fil dentaire.

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

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

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

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

Le professionnel de santé semble être le mieux placé pour jouer le rôle social de médiateur et de régulateur de la santé. Il permet effectivement d'améliorer les résultats thérapeutiques et éducatifs, mais, pour cela, il doit avant tout être lui-même convaincu de l'utilité de ce rôle<sup>6</sup>.

## Existe-t-il une différence entre enseignement, éducation thérapeutique, motivation et entretien motivationnel à l'hygiène orale ?

Toutes ces expressions sont utilisées dans un même objectif : rendre l'hygiène orale de nos patients la plus efficace possible. **L'éducation thérapeutique** à l'hygiène orale est une prise en charge « technique » qui ne correspond à aucun acte de notre nomenclature. Elle regroupe les trois autres expressions qui constituent les différentes phases de celle-ci. Il est nécessaire de distinguer 2 phases comprenant 2 étapes chacune :

- **l'enseignement :**

- ◇ information (expliquer la raison de la maladie),
- ◇ enseignement des méthodes de brossage (quelle technique choisir et comment la réaliser) ;

- **la motivation**, qui passe par un **entretien motivationnel :**

- ◇ observance immédiate des conseils (l'application de nos conseils par les patients),
- ◇ observance dans le temps des conseils, leur maintien (la persévérance dans l'application de nos conseils).

La première phase est consacrée à l'enseignement à l'hygiène orale (EHO). Elle est suivie de la motivation puis de l'entretien motivationnel. Ces trois phases sont en général interdépendantes et le discours doit être adapté au degré de progression du patient.

L'EHO commence par l'annonce de sa maladie et de l'explication du plan de traitement. S'ensuit l'enseignement de la technique de brossage. La méthode la plus couramment employée est celle du « tell, show, do » (dire, montrer, faire)<sup>9</sup> :

**Tell** - Le patient doit comprendre qu'il est différent du reste de la population, plus « fragile » : il développera la ma-

ladie même s'il a une hygiène orale équivalente à celle de son voisin, sain. Sans lui dire qu'il a une bouche « sale », il faut lui faire prendre conscience que son hygiène orale doit être la plus efficace possible, meilleure que les autres<sup>10</sup>. Il est intéressant de lui expliquer le dysfonctionnement de son système de défense qui ne permet pas de faire face à l'accumulation et à la maturation de la plaque dentaire. S'il présente des facteurs de risque (tabac, diabète, malposition dentaire...), ces derniers doivent être exposés en expliquant qu'ils « affaiblissent » encore plus leur système de défense.

Imager le contexte permet de le rendre plus concret<sup>7</sup> : « cette maladie est chronique, comme le diabète : il n'est pas possible de l'éradiquer, on ne peut que la stabiliser », « le traitement prolonge la durée de vie de vos dents », « à partir d'aujourd'hui, votre contrôle de plaque doit être plus rigoureux que celui de la majorité de la population ». Il s'agit de messages forts qui montrent l'importance de l'investissement attendu.

**Show** - Pour faire prendre conscience de la pathologie, il est important de montrer aux patients :

- les signes cliniques marquants (saignements, suppuration, mobilités, récessions, ouverture des espaces interdentaires, poches parodontales),
- les signes radiographiques (montrer la perte osseuse et la comparer au niveau initial),
- l'étiologie (la cause principale : la plaque dentaire, qui mature et se transforme en tartre),
- la technique de brossage permettant de retirer la plaque dentaire.

Cette technique doit être montrée en bouche, et pas uniquement sur un modèle pédagogique.

- l'évolution espérée du traitement vers la stabilisation parodontale (qui ne sera acquise que si les efforts de brossage et de suivi perdurent).

**Do** - La technique de brossage doit être réalisée par le praticien, puis par le patient. Il est ainsi possible de le corriger et de valider ce qui est acquis. Il faut veiller à prodiguer des encouragements positifs tout en renforçant la technique du patient.

Il faut garder à l'esprit que la phase d'enseignement à l'hygiène orale se poursuit (bien que de manière plus succincte) lors des séances suivantes. En effet, pour que les patients puissent devenir des cogérants autonomes de leur santé, ils passent par plusieurs étapes d'adaptation au changement. Il est nécessaire de changer leurs habitudes et/ou d'en intégrer de nouvelles. De nombreux concepts ont été développés dans les années 1970 par des psychanalystes à travers « l'entretien motivationnel »<sup>11</sup> et le « modèle transthéorique du changement »<sup>12-14</sup> (voir question suivante).

Certains praticiens ne débutent les séances de soins qu'une fois l'ensemble de ces concepts acquis. Après les séances techniques, la phase motivationnelle, la plus délicate, doit se poursuivre avec un suivi permanent (maintenance), phase la plus importante<sup>15</sup>.

# Comment évaluer la motivation d'un patient à modifier ses habitudes d'hygiène orale ?

## Et est-ce compliqué de changer ses habitudes ?

Il est intéressant de distinguer la mise en place d'une nouvelle habitude et la modification d'une (mauvaise) habitude, souvent ancienne. **Il est en effet plus compliqué de changer des habitudes acquises depuis le plus jeune âge, que d'en créer une nouvelle.** Il faut également distinguer le changement à court terme, plus facile à réaliser que le changement à long terme (voire permanent), objectif le plus pertinent.

Ce changement à court terme sera estimé lors des premiers rendez-vous, puis lors du suivi, en analysant la compliance du patient. Il sera facile de l'évaluer en l'interrogeant sur les difficultés qu'il a pu rencontrer ainsi qu'en relevant l'indice de plaque. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que l'indice de plaque n'indique qu'une compliance à court terme : il est fréquent que les patients brossent de manière plus appliquée juste avant leur rendez-vous. Il faudra donc le corrélérer à l'indice de saignement, plus prédictif, mais variable avec la réponse de l'hôte<sup>9</sup>.

La future compliance est parfois liée au motif de consultation, notamment lorsqu'il est lié à la présence de symptômes désagréables. Lorsque le traitement proposé s'accompagne de bénéfices immédiats (disparition des symptômes), qu'il ne nécessite qu'un changement de mode de vie minime (lorsque les conseils sont d'application simple)

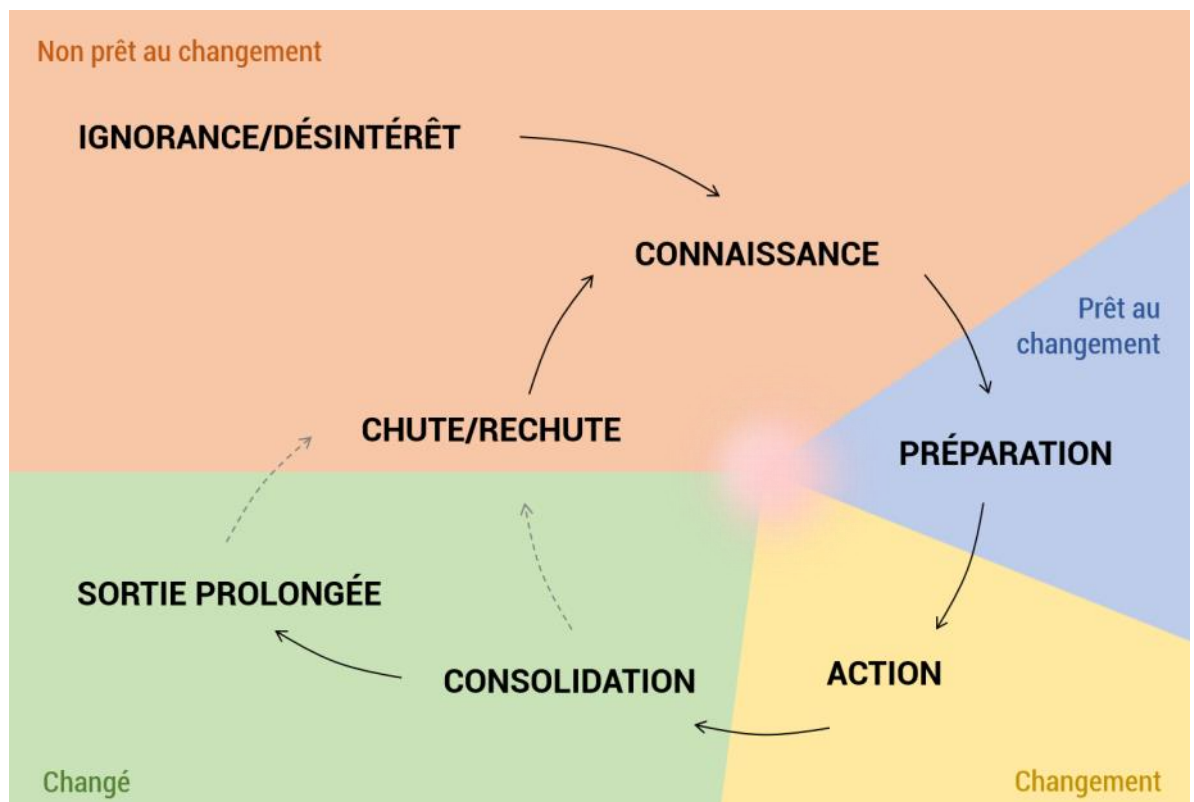
et ne provoque pas d'effet défavorable, cela favorise la compliance du patient<sup>9</sup>. La problématique majeure est qu'en parodontie nos patients se trouvent rarement dans ce cas de figure.

## Le modèle transthéorique du changement

Lors de la première consultation, le patient n'est pas au courant de sa maladie et/ou il ne sait pas qu'il doit changer ses habitudes de brossage pour pouvoir la traiter ; il est en phase d'**ignorance**. Une fois au courant de la pathologie et de son traitement, l'attitude du patient évolue et passe par différents stades. Ces stades ont été décrits par les psychologues Prochaska et Di Clemente sous le nom de « modèle transthéorique du changement » (Figure 1)<sup>12,13</sup>. Initialement, ce modèle se destinait à la prise en charge de patients au comportement addictif (tabagisme, toxicomanie, alcoolisme). Il est possible de s'en servir pour évaluer l'état psychologique des patients à un instant donné. Ce concept, que nous avons tenté d'adapter, divise le changement comportemental en 5 étapes :

- **Connaissance** (pré-contemplation et contemplation) : lors de la phase initiale, le patient a compris qu'il devait changer de comportement, mais il est réticent. Les « pour » et « contre » du changement de comportement doivent être exposés petit à petit. Le patient hésite, il ne

Figure 1  
Modèle transthéorique du changement



s'est pas décidé en faveur du changement. Certains peuvent rester bloqués à cette étape un long moment : ceux sont des « chroniques ». Pour aider les patients à mieux connaître leur problème, il est alors intéressant d'utiliser différentes techniques pour exposer les mêmes idées : verbal ou imagé (schémas, miroir de courtoisie, photos, vidéos...).

- **Préparation** : la balance du patient penche en faveur du « pour » et, encouragé, il peut franchir le premier pas : acheter le matériel de brosse à dents qui lui a été prescrit et se présenter au rendez-vous d'enseignement à l'hygiène orale.

- **Action** : le patient n'est plus réticent, la séance d'enseignement est réalisée. Néanmoins, il doit être encouragé dans son apprentissage et ses remarques doivent être écoutées.

- **Consolidation** : lors des séances ultérieures, il est important de lui montrer que ses efforts ont apporté des améliorations visibles (réduction de l'inflammation gingivale, de l'inconfort du brossage, meilleure dextérité). Il doit poursuivre ses efforts. Ainsi tout deviendra plus fluide, naturel, et lui demandera progressivement moins d'efforts. Cette phase pourrait permettre au patient d'accéder à une phase de **sortie prolongée**.

- **Maintenance** : le patient est aidé à maintenir dans le temps son changement de comportement au niveau adéquat.

- **Chute/rechute** : le patient se « relâche » et ne fournit plus les efforts nécessaires (la maintenance n'est pas respectée, la technique de brossage n'est plus appliquée ou sa qualité devient insuffisante...).

- **Connaissance** : le patient se retrouve à nouveau en phase initiale. La balance des « pour » et des « contre » peut alors à nouveau évoluer et le patient franchir à nouveau les étapes suivantes. Le franchissement de ses étapes peut se faire de façon beaucoup plus rapide que la fois précédente. Le praticien pourra montrer l'importance du travail effectué jusqu'alors pour faire prendre conscience qu'il serait dommage d'en perdre le bénéfice.

Les maladies parodontales étant chroniques et le plus souvent non douloureuses, il est essentiel d'instaurer un changement de comportement

pour mener à bien la thérapeutique sur le long terme. Malheureusement, les stratégies qui emploient l'éducation et la motivation comme seule approche semblent parfois être insuffisantes.

### Entretien motivationnel

Depuis peu, pour faire changer le comportement des patients, certains s'orientent vers une nouvelle technique : l'entretien motivationnel. Ce concept a été créé pour les patients diabétiques, polymédiqués ou encore fumeurs. Ce concept est une approche de la relation d'aide, conceptualisée dans les années 1980. Il s'agit d'un mode de conversation collaborative permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et ainsi son engagement vers le changement. La méthode explore des motivations et des capacités de changement et permet la mise en application de principes éthiques fondamentaux. Le changement de comportement<sup>16</sup> repose donc sur :

- la perception du risque (que va-t-il se passer si je ne change pas ?),
- l'efficacité (la technique qui m'a été enseignée est-elle vraiment utile ?),
- la récompense (ce changement de comportement m'est-il bénéfique ?),
- la facilité de réalisation (ce changement me demande-t-il beaucoup d'efforts ?).

Ainsi, chaque patient évolue à son rythme. Ce rythme est fonction de son niveau socio-culturel, de ses attentes, de son motif de consultation initial et de sa volonté à réellement s'inscrire dans un changement comportemental sur le long terme. L'application de cet entretien motivationnel dans le cadre dentaire a révélé que les résultats obtenus sur le long terme étaient au moins aussi bien qu'une simple séance d'enseignement à l'hygiène orale<sup>11</sup>. D'autres études montrent que le taux de compliance à l'hygiène orale des patients atteints de parodontites chroniques (6 à 12 mois) est à court terme inférieur à 50 %<sup>9</sup>.



## Combien de temps faut-il pour changer les habitudes de brossage d'un patient ?

Une habitude est une disposition acquise (automatisme, « reflexe », routine). Elle est relativement stable et permanente. Une fois ancrée, elle devient une sorte de seconde nature, elle est vouée à être conservée.

C'est en quelque sorte un pouvoir qui facilite l'effort.

L'idéal est donc de transformer les « mauvaises » habitudes de nos patients en « bonnes » habitudes. Ainsi, la réalisation des nouveaux soins quotidiens demandera de moins en moins d'efforts et sera ancrée de plus en plus solidement dans leur planning quotidien.

**Pour que les nouveaux gestes deviennent plus rapidement automatisés, il faut conseiller aux patients de se raisonner pour pratiquer uniquement le brossage enseigné et de ne plus réaliser du tout l'ancien brossage.**

En effet :

- si les patients continuent de pratiquer leur ancienne technique de brossage et pratiquent de temps en temps la nouvelle, ils risquent par souci de simplicité,

de très rapidement abandonner cette dernière.

- si les patients ne se « forcent » pas à pratiquer la nouvelle technique, leur dextérité n'augmentera pas et sa réalisation restera éternellement fastidieuse et peu efficace.

Il semble aussi que le fait de ne pas pratiquer la nouvelle technique lors d'un événement inhabituel ou d'un événement sortant de la routine hebdomadaire (vacances, déplacement) n'influence pas l'installation de la nouvelle habitude.

Lors de la séance de réévaluation parodontale, le contrôle de plaque est la première chose qui doit être évaluée. S'il est acquis, il est alors possible d'envisager la mise en place de nouvelles thérapeutiques. Les séances de réévaluations parodontales ayant souvent lieu à 2 mois, c'est un bon moment pour vérifier l'adoption des nouvelles habitudes. En effet, il semble que le développement d'un nouvel automatisme prenne en moyenne soixante-six jours<sup>17</sup>.

## Quel est le support pédagogique le plus efficace ?

Pour réaliser l'éducation thérapeutique, différents supports peuvent être utilisés : vidéo, livres, brochures ou encore la démonstration sur modèle ou en bouche. Il semble que plus le support pédagogique est personnalisé, plus il est efficace. **Par exemple, un spot de prévention qui s'adresse à tout le monde est souvent perçu comme s'adressant aux « autres » et donc à personne.** Souvent, ceux qui nécessitent le plus de soins sont les patients les plus jeunes, les plus âgés et ceux qui n'ont pas fait d'études supérieures<sup>18</sup>.

Il est nécessaire de faire comprendre la maladie et de faire connaître les mesures préventives. Moins les patients sont ignorants, plus ils sont compliants<sup>18</sup> : ils doivent comprendre pourquoi ils doivent appliquer nos recommandations.

Dans les études, il semble que la technique d'enseignement utilisée importe peu, en tout cas pour l'efficacité à court terme. Pour appuyer ces propos, voici 3 études qui comparent :

- **Entretien personnel, remise d'un manuel d'auto-éducation, projection d'une vidéo consacrée à l'hygiène orale ou combinaison de plusieurs de ces**

**techniques.** Il n'y a pas de supériorité dans l'amélioration des indices de plaque et de saignement. Cette étude a été réalisée auprès d'employés d'une même compagnie de téléphone et aucun traitement au fauteuil n'était réalisé (uniquement des séances consacrées à l'hygiène orale). Il est possible que la répétition des rendez-vous de contrôle, ainsi que la communication entre les patients, collègues de bureau, aient eu un impact motivationnel et un effet sur la technique employée<sup>19</sup>.

- **Projection d'un diaporama, seul ou associé à une démonstration de brossage sur modèle pédagogique.** Cette étude a été réalisée auprès de collégiens dans plusieurs écoles. Les résultats à 9 mois ne montrent pas de différence significative entre l'amélioration des indices de plaque ou gingival<sup>20</sup>.
- **Enseignement d'environ 30 minutes par un professionnel de santé ou mise en place d'un programme d'auto-instruction et d'auto-examen.** Cette étude a été réalisée dans un contexte d'omnipratique et le matériel de brossage était fourni au patient. Une fois de plus, les résultats (à 3 et 6 mois) ne montrent pas de différence en termes d'indice de plaque et de sai-



gnement. Les questionnaires montraient également une satisfaction des patients du programme autodidactique<sup>21</sup>.

Selon ces données, il n'y a donc pas une seule technique pour enseigner l'hygiène orale à nos patients. Il existe en revanche certaines astuces, comme cocher les actions faites dans un agenda pour que les patients puissent s'autocontrôler, ce qui permet d'améliorer leur hygiène orale<sup>22</sup>.



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

Un trop grand nombre de paramètres entrent en compte pour qu'il soit possible de répondre complètement à cette question. Une chose est sûre : cela dépend du nombre de séances qui y sont accordées. En effet, si peu de séances y sont consacrées, le temps de ces séances devra être augmenté, et si de nombreuses séances y sont dédiées, la durée des séances pourra être diminuée. Sans connaître de durée idéale, il a été montré que plus l'enseignement à l'hygiène orale était poussé, plus les patients étaient compliants avec les conseils donnés<sup>23</sup>.

Lors de ces séances plusieurs points devront être abordés :

- information sur la maladie et sur son traitement,
- prescription du matériel néces-

saire,

- enseignement de la technique de brossage,
- vérification de l'acquisition progressive de la technique.

Il semble que ce temps varie en fonction du besoin des patients, de leur rapidité de compréhension, de leur volonté d'adhérer au plan de traitement, de la quantité de moyens d'hygiène orale nécessaire, de leur niveau d'hygiène de base, de leurs éventuels enseignements déjà reçus, de leur dextérité et du résultat espéré. En effet, le niveau d'hygiène orale ne devra pas être le même chez un patient polycarieux atteint d'une parodontite agressive avancée, avec de nombreuses surfaces radiculaires exposées, que chez un patient atteint uniquement d'une parodontite chronique

superficielle.

Il est intéressant de noter que les études récentes sur l'entretien motivationnel nécessitent une à deux séances par semaine sur un mois. Il semble donc que cette organisation très chronophage et dont la rémunération n'est pas reconnue en France soit irréalisables en cabinet privé.

En conclusion, le patient doit rester le point central de l'entretien motivationnel. **La durée des séances doit être fonction de la vitesse d'adaptation des patients**, tout en trouvant un équilibre avec les contraintes économiques inhérentes au bon fonctionnement du cabinet dentaire.



## Ai-je intérêt à répéter les séances de motivation à l'hygiène orale ?

Bien sûr ! Il est, par analogie, difficile d'apprendre à skier ou à jouer au tennis en une unique séance de quelques minutes. Il est également rare d'arrêter de fumer grâce à une unique séance chez un tabacologue. Il apparaît donc évident que plusieurs séances d'enseignement et de motivation à l'hygiène orale soient nécessaires.

De plus, la compliance du patient réside dans sa capacité à désorganiser quotidiennement toute la plaque dentaire, mais aussi et surtout à adhérer aux séances de suivi. En effet, ce suivi est très délicat à instaurer sur le long terme. Une étude qui a réexaminé les patients 1 à 2 ans après la fin du traitement parodontal initial montre que 49 % d'entre eux présentaient une compliance insuffisante<sup>14</sup>.

Plusieurs études se sont penchées sur l'organisation des séances d'EHO en proposant des comparaisons différentes :

- **3 séances de 30 minutes contre 3 séances de 15 minutes** (réalisées dans un intervalle de 2 semaines). Il semble que ces 2 solutions donnent des résultats équivalents concernant l'indice de plaque, significativement diminué

lors des séances de suivi (à 3 et 24 mois)<sup>24</sup>.

- **2 séances de 60 minutes contre 5 séances de 30 minutes.** Les 2 groupes affichent des résultats identiques (indice de plaque, indice de saignement, profondeur de sondage) lors des séances de suivi (à 3 et 48 mois)<sup>25</sup>.
- **1 séance d'instruction à l'hygiène orale seule ou renforcée par 2 visites supplémentaires sur une population de collégiens.** Le groupe ayant reçu les séances de renforcement montrait de meilleurs indices de plaque à chaque visite, ce chez tous les participants lors des séances de suivi (jusqu'à 12 mois)<sup>26</sup>.
- **1 séance renforcée ou non par une seconde séance 3 mois plus tard,** sur une population de réfugiés chiliens, en Suède. À 6 mois les résultats ont montré une diminution de l'indice de saignement légèrement supérieure dans le groupe ayant reçu la seconde séance<sup>27</sup>.

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

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

Certains pensent qu'il est préférable d'informer plutôt que de prescrire<sup>9</sup>. Ainsi, les patients s'approprient l'information, l'analysent et peuvent ainsi s'investir davantage dans le traitement. Ils peuvent ainsi prendre conscience de l'importance de leur coopération.

À l'inverse, d'autres pensent qu'une prescription du matériel de brossage a plus d'impact sur le patient, car cette prescription est individualisée : c'est le matériel dont il a besoin<sup>28</sup>.

Dans tous les cas, fournir des échantillons au premier rendez-

vous ne permettrait pas d'intégrer le patient dans son parcours de soin et ne favoriserait pas le changement comportemental. De plus, tout ce qui est gratuit a tendance à perdre significativement de la valeur. Malgré tout, aucune étude à notre connaissance n'a montré de différence de degré de compliance en fonction du mode d'obtention des instruments d'hygiène orale. Nous pensons qu'un patient doit être capable de se procurer son matériel de brossage et avoir conscience de son coût. Cela permet d'éviter qu'ils se retrouvent à court

d'échantillons et continuent d'utiliser la même brosse ou brosse à dents, ou qu'ils ne s'en servent plus. Dans le même esprit, il semble intéressant de conseiller aux patients d'avoir toujours du matériel en réserve afin de pouvoir remplacer rapidement leur matériel usé.

Malheureusement, dans la majorité des études que nous avons analysées, le matériel d'hygiène orale est remis directement au patient. Ce procédé est probablement utilisé pour simplifier les protocoles de ces études.

## Lorsque le brossage paraît efficace plusieurs années de suite, est-ce nécessaire de réaliser une nouvelle séance d'éducation thérapeutique ?

### Et comment établir la fréquence des maintenances ?

De la même façon que certains patients alternent les régimes et les festins, ce que l'on croyait acquis pour l'hygiène orale s'estompe avec le temps et les mauvaises habitudes reviennent. C'est en partie pour cette raison que des séances de suivi sont indispensables afin de stabiliser les maladies parodontales ou carieuses dans la durée.

Les séances de maintenance ne servent pas seulement à placer du vernis fluoré ou à débrider les poches parodontales. Elles sont aussi utiles pour « remotiver » indirectement les patients à l'hygiène orale. En effet le contrôle de plaque et l'hygiène alimentaire se font sans surveillance professionnelle : ils sont dépendants de la compliance du patient, et celle-ci évolue au cours du temps. Ainsi, sans rappel, la « motivation » a tendance à se dégrader dans la durée. C'est pourquoi, certains auteurs consacrent 10 % du temps des séances de maintenance parodontale, (5-7 minutes sur une séance d'une heure) à « raviver » la motivation des patients<sup>29</sup>.

**Une étude a constaté qu'après un an sans voir de dentiste, les patients sont toujours capables de mettre en œuvre efficacement les techniques de brossage enseignées, mais qu'ils ne les appliquent pas.** Prendre le temps nécessaire aux séances d'EHO initiales ne suffit pas à modifier durablement les habitudes des patients. Il est donc indispensable de poursuivre les efforts avec des séances de suivi<sup>30</sup>.

Pour ne pas « submerger » les patients et favoriser l'application des conseils d'hygiène orale, ces derniers doivent être les plus simples possibles. Il faut se demander si nous serions nous-mêmes capables de réaliser tout ce que nous demandons à nos patients. En effet, une étude a montré qu'aucun des patients à qui 3 différents accessoires de brossage avaient été prescrits ne les utilisait encore tous au bout de 3 ans (Tableau). Pour autant, aucun n'arrête de se brosser les dents. Dans cette étude, les accessoires les plus abandonnés sont la brosse monotouffe (73 %), le fil dentaire (51 %), les brossettes (44 %) et enfin les bâtonnets interdentaires (27 %). Les accessoires les plus utilisés quotidiennement sont les bâtonnets interdentaires (53 %), les brossettes (34 %) et le fil dentaire (18 %)<sup>31 32</sup>.

La fréquence des maintenances doit être établie à la fin de la thérapeutique initiale en fonction de la compliance actuelle, de l'état de santé général et de la sévérité de la maladie<sup>32</sup>. Cette fréquence doit être réévaluée à chaque nouvelle séance de maintenance. Elle sera fonction de la stabilité de la santé parodontale et du contrôle de plaque. Une étude réalisée sur une population défavorisée a montré une amélioration des indices (plaque et saignement) dans un groupe ayant reçu 3 séances d'EHO à l'aide de divers supports. Cependant, ces mêmes indices se dégradent au contrôle du 6<sup>e</sup> mois. Une

séance de rappel s'avérait alors indispensable<sup>33</sup>.

Une situation (poussée à l'extrême) a été réalisée sur des patients qui avaient subi des chirurgies d'assainissement des 4 secteurs et reçu des instructions d'hygiène orale à 2 semaines postopératoires. Les patients étaient ensuite revus toutes les 2 semaines ou tous les 6 mois pendant 2 ans. Tous les paramètres cliniques étaient améliorés dans le groupe avec le suivi toutes les 2 semaines et étaient dégradés dans le groupe avec le suivi tous les 6 mois (indice gingival, indice de plaque et profondeur au sondage). Dans le groupe revu tous les 6 mois la cicatrisation était moins bonne<sup>34</sup>.

Une autre étude montre qu'après avoir été suivi en maintenance parodontale stricte tous les 3 mois, avec des rappels d'EHO pendant 6 ans, les patients étaient ensuite capables de garder un niveau d'hygiène élevé avec des séances plus espacées (tous les 6 ou 12 mois) et ce, pendant au moins 9 ans<sup>4,35</sup>. Il semble donc qu'un suivi rigoureux, régulier et rapproché sur plusieurs années, ancre efficacement et durablement les habitudes de brossage des patients.

**Il est ainsi nécessaire de commencer par des suivis rapprochés pour permettre aux patients de changer durablement leurs habitudes d'hygiène orale. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'il sera possible d'espacer les séances de suivi.**

**Tableau 1**  
Compliance selon le nombre d'accessoires prescrits.

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

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

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

Cela dépend également du temps disponible pour réaliser les enseignements. Lorsque 4 séances de démonstrations sont possibles, les enseignements sont séparés. Lorsque

seulement 2 séances sont disponibles, les enseignements sont regroupés, sans que cela n'affecte le contrôle de plaque final. En revanche, les séances d'enseignement sont plus longues<sup>25</sup>.

Il est cependant intéressant de distinguer la modification d'une habitude et la création d'une nouvelle habitude. Par exemple, un patient qui n'utilise pas de manière efficace sa brosse à dents et n'a jamais utilisé de moyens

de brossage interdentaire devra changer une « mauvaise habitude », modifier un automatisme (le brossage à l'aide de la brosse à dents) et ajoutera une nouvelle habitude, créer un nouvel automatisme (l'utilisation de brossettes interdentaires, par exemple). Mais là encore il n'y a pas, à notre connaissance, d'études faisant état d'une différence en terme de qualité du contrôle de plaque dans les deux cas de figure.

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

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

Cependant, lors de la poursuite des séances d'enseignement à l'hygiène

orale et pour les phases de motivation, qui parfois s'étalent sur plusieurs séances<sup>36</sup>, les patients peuvent être rassemblés par petits groupes en table ronde (5 ou 6 patients). Ces séances s'apparentent à celles des « alcooliques anonymes » ou « watchers ». Cela peut apporter un

gain de temps au praticien, mais aussi de riches échanges d'astuces et d'expériences personnelles, permettant de rompre avec l'isolement.

L'intérêt de ces séances est concret, mais pour le moment, son efficacité n'a pas été démontrée. De plus, leur mise en place semble compliquée.



## Si mon patient ne modifie pas suffisamment ses habitudes d'hygiène orale, dois-je modifier le traitement ou l'interrompre ?

Lorsque l'on se retrouve dans cette situation, deux solutions s'offrent à nous : persévérer ou abandonner, tout simplement. Il nous semble important de distinguer les patients qui font des efforts (qui sont « motivés »), mais dont la dextérité n'est pas suffisante, de ceux qui ne s'investissent pas suffisamment (qui ne sont pas « motivés »).

Pour les patients motivés, il faut commencer par les points positifs, leur montrer qu'ils vont dans le bon « sens » mais qu'ils doivent encore améliorer certains éléments. En revanche, les patients qui ne sont pas motivés sont ceux qui ont mal compris l'alliance thérapeutique, ils n'ont pas saisi leur rôle clé dans le succès thérapeutique. Cela veut dire que nos explications n'ont pas été suffisamment convaincantes ou qu'elles n'étaient pas adaptées à notre patient. Les patients ne sont pas encore rentrés en phase d'action (du « modèle transthéorique du changement »), il leur manque le « déclic » qui leur fera rentrer dans la phase active du changement<sup>12,13</sup>. Ce dernier peut prendre du temps, voire ne jamais arriver.

Comme nous l'avons vu dans un paragraphe précédent, **les patients suivent mieux les conseils simples**. Ainsi, il semble que surmener les patients, dans l'objectif qu'ils en fassent un minimum, ne soit pas efficace<sup>31</sup>. Il est probablement préférable d'insister sur les points primordiaux dans un premier temps, et de garder les aspects moins importants pour la suite. En effet, il n'y a pas d'intérêt à obtenir une compliance complète immédiatement, qui risque d'être perdue sur du court terme. Il est préférable d'obtenir une compliance modérée qui perdurera sur le long terme.

Il apparaît qu'il est important d'aider les patients à intégrer nos recommandations dans leur planning quotidien. Une étude a montré que prendre une minute en fin de séance d'enseignement à l'hygiène orale pour savoir « quand, comment et où les patients comptent utiliser le fil dentaire », permet d'augmenter la fréquence d'utilisation à court terme (à 2 et 8 semaines). **Il est donc intéressant d'accompagner les patients en leur simplifiant le changement de comportement et en leur permettant de se projeter dans ces nouvelles actions**<sup>37,38</sup>.

Il faut également garder à l'esprit que les études n'ont pas encore permis d'identifier un indice de plaque maximum compatible avec la maintenance de la santé parodontale. Toutefois, un indice de 20 % à 40 % pourrait être toléré par la majorité des patients. Il faut cependant garder à l'esprit que :

- l'indice de plaque doit être mis en relation avec la réponse inflammatoire de l'hôte<sup>29</sup> ;
- l'indice de plaque doit être le plus faible possible au niveau des zones les plus atteintes ;
- plus la plaque dentaire est ancienne (et donc mature), plus elle est virulente. La plaque dentaire désorganisée l'est beaucoup moins.

Comme la réussite du traitement parodontal repose sur le contrôle dans le temps de l'inflammation, il est aisé de comprendre qu'à partir du moment où le patient n'arrive pas à améliorer son contrôle de plaque, la thérapeutique conventionnelle ne peut pas s'effectuer dans les règles de l'art. À tel point que certains auteurs préfèrent abaisser l'indice de plaque à moins de 15 % avant de réaliser une chirurgie de régénération parodontale<sup>39</sup>. En effet, ces chirurgies aboutissent le plus souvent à l'échec lorsque le contrôle de plaque n'est pas maîtrisé. Il semble donc préférable de réaliser une thérapeutique « palliative » avec des maintenances rapprochées tant que le contrôle de plaque reste perfectible.

Lorsque l'on compare une séance d'enseignement à l'hygiène conventionnelle à une séance d'enseignement à l'hygiène plus poussée (explication des symptômes, des causes, des conséquences, de la durée de traitement et des techniques mises en œuvre), la séance exhaustive donne de meilleurs résultats<sup>40</sup>. **Il est utile que les patients comprennent ce qui leur arrive et ce qui leur sera fait. Ils s'approprient ainsi le traitement.**

Dès lors, il est possible de donner de plus en plus de détails au fil des séances initiales, voir même lors des séances de maintenance parodontale. Une étude menée chez des patients peu compliants, a comparé l'entretien motivationnel *versus* 2 séances de maintenance renforcées, 1 à 2 ans après le début de la thérapeutique parodontale non chirurgicale. Trois mois plus tard, le groupe de l'entretien motivationnel présentait une meilleure compliance qui se traduisait par un meilleur contrôle de plaque et une meilleure réduction de la profondeur de sondage. Ainsi il est intéressant d'augmenter la responsabilité des patients pour améliorer leur compliance<sup>14</sup>.

Chez les patients réfractaires, une solution palliative est de mettre en place des maintenances rapprochées. Une autre option, en cas de manque de motivation, peut être de l'adresser vers un confrère qui tiendra un discours complémentaire au nôtre, ou qui sera plus adapté au patient.

## La durée de brossage est-elle importante ?

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

Pourtant, si l'on s'attarde sur le temps et la technique de brossage de la population générale, on remarque qu'ils sont inadaptés. Dans leur inconscient les patients pensent passer du temps à se brosser les dents, alors que la durée moyenne de brossage ne se situe qu'entre 24 et 60 secondes<sup>41</sup>. Cependant, la durée de brossage n'est en aucun cas garante d'un bon contrôle de plaque. Par exemple, lorsqu'un brossage plus long est imposé à des enfants, on remarque que très peu de plaque est retirée après la première minute de brossage. Cela s'explique par le fait que ces derniers ont tendance à brosser les mêmes endroits en boucle : ils repassent aux endroits déjà brossés lors de la première minute. La technique utilisée et le parcours suivi par la brosse à dents sont donc plus importants que le temps consacré<sup>42</sup>.

C'est sans doute pour cela que l'UFSBD propose désormais un temps de brossage de 2 minutes au lieu de 3.

Lorsqu'un enseignement à l'hygiène orale est réalisé à l'aide d'une brosse à dents électrique, il est souvent conseillé au patient de passer entre 2 à 5 secondes par face de dents accessibles. Un patient totalement denté jusqu'aux deuxièmes molaires devrait donc y passer entre 2 minutes 24 secondes et 6 minutes.

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

## Les patients reviennent-ils régulièrement aux rendez-vous de maintenance ?

Quelles que soient les prouesses thérapeutiques d'assainissement réalisées, si les patients ne se présentent pas aux séances de suivi parodontal, le traitement court à l'échec. Il a été montré que les patients non suivis dans un programme de maintenance après avoir reçu des chirurgies parodontales subissaient une perte d'attache clinique 3 à 5 fois plus élevée que s'ils ne traitaient pas leur parodontite. Ainsi, aucune technique de chirurgie n'est capable de prévenir la perte d'attache en l'absence de maintenance<sup>43</sup>.

L'importance du suivi parodontal n'est plus à démontrer, cependant, les patients respectent trop peu ces rendez-vous. Et malheureusement, il est compliqué de connaître les facteurs qui peuvent influencer la compliance aux séances de maintenance. En effet, les études se contredisent souvent. Par exemple, pour certaines, les hommes sont plus compliants que les femmes<sup>44</sup>, alors que, pour d'autres, ce sont les femmes qui sont plus com-

pliantes<sup>45</sup>.

Par ailleurs, le taux de patients perdus de vue varie en fonction des études.

Ainsi, une première étude montre un fort taux de perdus de vue. Entre 40 et 53 % ne se présentaient jamais en séance de maintenance. Parmi les patients ne se présentant plus aux séances de suivi, 40 à plus de 50 % « disparaissaient » dès la première année, et 75 % dès la deuxième année. De plus, parmi la faible proportion de patients qui se présentaient aux séances de suivi, 40 % le faisaient irrégulièrement<sup>46</sup>.

Une seconde étude montre également un fort taux de perdus de vue : 49 % ne se présentaient jamais en séance de suivi. Parmi tous les patients qui ont commencé un suivi, plus de la moitié l'a été pendant moins de 2 ans, et seuls 10 % se sont présentés régulièrement en séance de maintenance<sup>47</sup>.

Une troisième montre de meilleurs résultats : 77 % se sont présentés aux

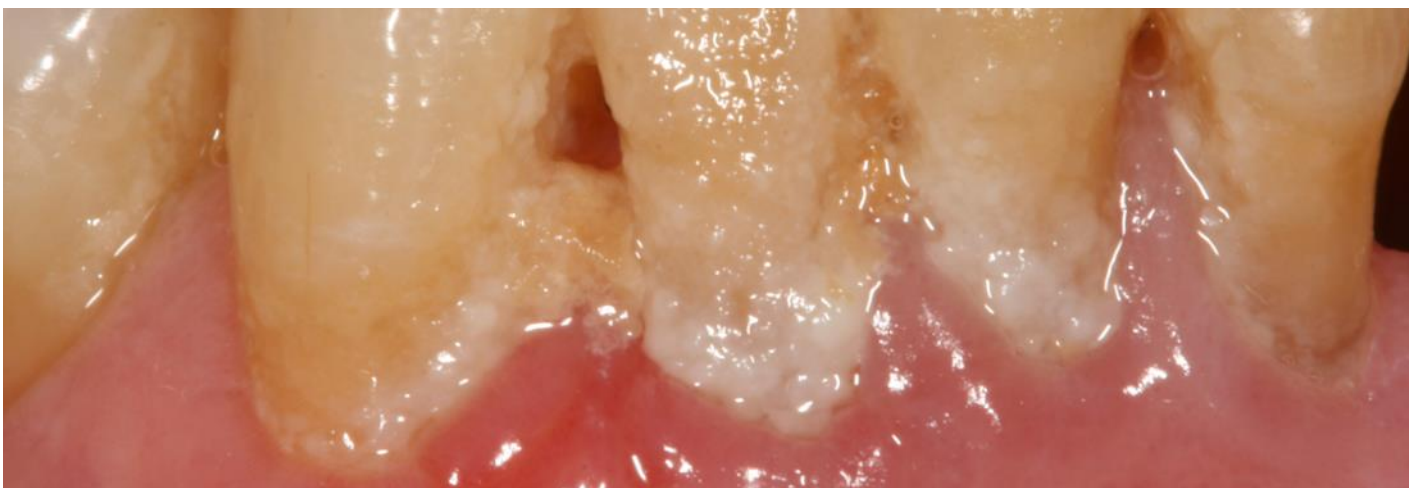
RDV de suivi pendant les 5 années de l'étude. D'autre part, dans cette population, les patients ayant eu recours à la mise en place d'implants étaient les plus assidus aux rendez-vous de suivi. Il semblerait que les patients soient fortement motivés à contrôler « l'investissement » qui leur a été mis en bouche. Cette étude conclue que s'ils se présentaient aux séances de suivi pendant plus de 2 ans, ils avaient tendance à rester sur leur lancée<sup>48</sup>.

Une dernière montre que les patients atteints d'une parodontite agressive généralisée sont plus compliants que les patients atteints d'une parodontite chronique. En effet 85 % se présentaient en maintenance contre 55 %<sup>49</sup>.

Il semble donc que le respect des rendez-vous de suivi soit fortement dépendant des moyens mis en œuvre et de la population étudiée. Il est donc primordial de prévenir les patients de l'importance du suivi parodontal et de son coût, au même titre que l'hygiène orale, dès la première consultation<sup>49</sup>.

## Ressources bibliographiques

- Ley, P. in *Contributions to Medical Psychology* (ed. Rachman, S.) 9–42 (Pergamon Press, 1977). doi:10.1016/B978-0-08-020511-3.50006-2
- Sheiham, A. in *Efficacy of treatment procedures in periodontics* (ed. Shanley, D.) 23–40 (Quintessence Publishing, 1980).
- Axelsson, P. & Lindhe, J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. *J. Clin. Periodontol.* 8, 239–48 (1981).
- Axelsson, P., Nyström, B. & Lindhe, J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J. Clin. Periodontol.* 31, 749–57 (2004).
- Bourgeois, D., Bouchard, P. & Mattout, C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002–2003. *J. Periodontal Res.* 42, 219–27 (2007).
- Gatto, F. Apprendre à éduquer le patient. *Actual. Doss. en santé publique* 26, 70–74 (1999).
- Freeman, R. The psychology of dental patient care. 10. Strategies for motivating the non-compliant patient. *Br. Dent. J.* 187, 307–12 (1999).
- Organisation Mondiale de la Santé. *Education Thérapeutique du Patient : programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques.* (1998).
- Chapple, I. L. C. & Hill, K. Getting the message across to periodontitis patients: the role of personalised biofeedback. *Int. Dent. J.* 58, 294–306 (2008).
- Morris, A., Steele, J. & White, D. The oral cleanliness and periodontal health of UK adults in 1998. *Br. Dent. J.* 191, 186–192 (2001).
- Gao, X., Lo, E. C. M., Kot, S. C. C. & Chan, K. C. W. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *J. Periodontol.* 85, 426–437 (2014).
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. *The trans-theoretical approach : crossing traditional boundaries of therapy.* (Dow Jones-Irwin, 1984).
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog. Clin. Biol. Res.* 156, 131–40 (1984).
- Jonsson, B., Lindberg, P., Oscarson, N. & Ohn, K. Improved compliance and self-care in patients with periodontitis - a randomized control trial. *Int. J. Dent. Hyg.* 4, 77–83 (2006).
- HAS-INPES. *L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses.* (2007).
- Renz, A. N. P. J. & Newton, J. T. Changing the behavior of patients with periodontitis. *Periodontol.* 2000 51, 252–268 (2009).
- Lally, P., van Jaarsveld, C. H. M., Potts, H. W. W. & Wardle, J. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *Eur. J. Soc. Psychol.* 40, 998–1009 (2010).
- Deinzer, R., Micheelis, W., Granrath, N. & Hoffmann, T. More to learn about: periodontitis-related knowledge and its relationship with periodontal health behaviour. *J. Clin. Periodontol.* 36, 756–64 (2009).
- Lim, L. P., Davies, W. I., Yuen, K. W. & Ma, M. H. Comparison of modes of oral hygiene instruction in improving gingival health. *J. Clin. Periodontol.* 23, 693–7 (1996).
- D'Cruz, A. & Aradhya, S. Impact of oral health education on oral hygiene knowledge, practices, plaque control and gingival health of 13- to 15-year-old school children in Bangalore city. *Int. J. Dent. Hyg.* 11, 126–133 (2013).
- Glavind, L., Christensen, H., Pedersen, E., Rosendahl, H. & Attström, R. Oral hygiene instruction in general dental practice by means of self-teaching manuals. *J. Clin. Periodontol.* 12, 27–34 (1985).
- Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U. & Schüz, B. Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *Eur. J. Soc. Psychol.* 35, 565–576 (2005).
- Traeen, B. & Rise, J. Dental health behaviours in a Norwegian population. *Community Dent. Health* 7, 59–68 (1990).
- Söderholm, G. & Egelberg, J. Teaching plaque control. II. 30-minute versus 15-minute appointments in a three-visit program. *J. Clin. Periodontol.* 9, 214–22 (1982).
- Söderholm, G., Nöbréus, N., Attström, R. & Egelberg, J. Teaching plaque control. I. A five-visit versus a two-visit program. *J. Clin. Periodontol.* 9, 203–13 (1982).
- Emler, B. F., Windchay, A. M., Zaino, S. W., Feldman, S. M. & Scheetz, J. P. The value of repetition and reinforcement in improving oral hygiene performance. *J. Periodontol.* 51, 228–34 (1980).
- Zimmerman, M., Bornstein, R. & Martinsson, T. Simplified preventive dentistry program for Chilean refugees: effectiveness of one versus two instructional sessions. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 21, 143–7 (1993).
- Rozenzweig, D. *Manuel de prévention dentaire : propositions à l'intention des odontologistes et des assistantes pour l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire.* (Masson, 1988).
- Lang, N. P., Brägger, U., Salvi, G. E. & Tonetti, M. S. in *Clinical periodontology and implant dentistry* (eds. Lindhe, J., Lang, N. P. & Karring, T.) 1297–321 (Blackwell Munksgaard, 2008).
- Stewart, J. E. & Wolfe, G. R. The retention of newly-acquired brushing and flossing skills. *J. Clin. Periodontol.* 16, 331–2 (1989).
- Johansson, L. A., Oster, B. & Hamp, S. E. Evaluation of cause-related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. *J. Clin. Periodontol.* 11, 689–99 (1984).
- Lang, N. P. & Tonetti, M. S. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev. Dent.* 1, 7–16 (2003).
- Legler, D. W., Gilmore, R. W. & Stuart, G. C. Dental education of disadvantaged adult patients: effects on dental knowledge and oral health. *J. Periodontol.* 42, 565–70 (1971).
- Nyman, S., Rosling, B. & Lindhe, J. Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery. *J. Clin. Periodontol.* 2, 80–6 (1975).
- 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.* 18, 182–9 (1991).
- Saporta, S. L'éducation thérapeutique du patient appliquée à la parodontologie. *J. Soc. Odontol. Paris* 2, 20–5 (2008).
- Sniehotta, F. F., Araújo Soares, V. & Dombrowski, S. U. Randomized controlled trial of a one-minute intervention changing oral self-care behavior. *J. Dent. Res.* 86, 641–5 (2007).
- Schüz, B., Sniehotta, F. F., 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.* 33, 612–9 (2006).
- Cortellini, P. & Bowers, G. M. Periodontal regeneration of intrabony defects: an evidence-based treatment approach. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 15, 128–45 (1995).
- 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.* 32, 653–8 (2005).
- Cancro, L. P. & Fischman, S. L. The expected effect on oral health of dental plaque control through mechanical removal. *Periodontol.* 2000 8, 60–74 (1995).
- Hodges, C., Bianco, J. & Cancro, L. The removal of dental plaque under timed intervals of tooth-brushing. *J. Dent. Res.* 60, 425 (1981).
- Nyman, S., Lindhe, J. & Rosling, B. Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. *J. Clin. Periodontol.* 4, 240–249 (1977).
- Perrell-Jones, C. & Ireland, R. S. What factors influence patient compliance with supportive periodontal therapy in a general practice setting? *BDJ* 221, 701–704 (2016).
- Ramseier, C. A. et al. Compliance of cigarette smokers with scheduled visits for supportive periodontal therapy. *J. Clin. Periodontol.* 41, 473–80 (2014).
- Novaes, A. B., de Lima, F. R. & Novaes, A. B. Compliance with supportive periodontal therapy and its relation to the bleeding index. *J. Periodontol.* 67, 976–80 (1996).
- Delatola, C., Adonogianaki, E. & Ioannidou, E. Non-surgical and supportive periodontal therapy: predictors of compliance. *J. Clin. Periodontol.* 41, 791–6 (2014).
- Cardaropoli, D. & Gaveglione, L. Supportive periodontal therapy and dental implants: an analysis of patients' compliance. *Clin. Oral Implants Res.* 23, 1385–8 (2012).
- Agrawal, N., Jain, R., Jain, M., Agarwal, K. & Dubey, A. Compliance with supportive periodontal therapy among patients with aggressive and chronic periodontitis. *J. Oral Sci.* 57, 249–254 (2015).



# PAROSPHERE

Association à but non lucratif, loi 1901  
2, rue du Roule  
75001 Paris  
Site web : [www.parosphere.org](http://www.parosphere.org)  
E-mail : [info@parosphere.org](mailto:info@parosphere.org)

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

Droits réservés ParoSphère

## Groupe de travail

- Alexandra Crépin (Assistante dentaire qualifiée)<sup>5</sup>
- Matthieu Dalibard (Docteur en Chirurgie Dentaire)<sup>3</sup>
- Frédéric Duffau (Docteur en Chirurgie Dentaire)<sup>1</sup>
- Alexandre Epailard (Docteur en Chirurgie Dentaire)<sup>4</sup>
- Ichai Lanati (Docteur en Chirurgie Dentaire)<sup>3</sup>
- Natacha Margat-Gaudry (Secrétaire médicale)<sup>5</sup>
- Alexandre Mathieu (Docteur en Chirurgie Dentaire)<sup>4</sup>
- Sébastien Moreaux (Docteur en Chirurgie Dentaire)<sup>1</sup>
- Mathilde Myara (Docteur en Chirurgie Dentaire)<sup>2</sup>
- Myriam Yousfi (Docteur en Chirurgie Dentaire)<sup>5</sup>
- Ons Zouiten (Docteur en Chirurgie Dentaire)<sup>5</sup>

- <sup>1</sup> Projet brosse à dents manuelle
- <sup>2</sup> Projet brosse à dents électrique
- <sup>3</sup> Projet moyens d'hygiène interdentaire

- <sup>4</sup> Projet éducation thérapeutique
- <sup>5</sup> Iconographie, vidéo

## PAROSPHERE, c'est aussi :

Des flyers gratuits pour votre salle d'attente : [www.parosphere.org](http://www.parosphere.org)



Un site web pour compléter l'information que vous donnez à vos patients : [www.parosphere.org](http://www.parosphere.org)



Des cycles de formation continue pour vous faire progresser en parodontologie : [www.parosphereformation.fr](http://www.parosphereformation.fr)

