L'éducation thérapeutique du patient en parodontie

Alexandre Epaillard

Alexandre Mathieu

Frédéric Duffau

Le rôle prépondérant de l'enseignement thérapeutique du patient dans la prise en charge des maladies chroniques, dont font partie les maladies parodontales, n'est plus à démontrer. La clé de la réussite du traitement est de donner aux patients les outils pour qu'ils deviennent les acteurs de leur propre santé. Ainsi, ils doivent appliquer les conseils de santé qui leur sont donnés et souvent modifier leurs habitudes de vie[1]. En parodontologie, un patient est dit compliant s'il parvient à modifier et à améliorer ses habitudes d'hygiène orale et s'il est assidu à ses séances de thérapeutique parodontale de soutien (TPS)[2].

Une étude récente[3] montre qu'en moyenne, après une thérapeutique parodontale menée avec succès, près d'un quart des patients ne suivent pas assidûment les séances de TPS. La majorité des personnes perdues de vue, le sont les deux premières années, ceci s'accroissant avec le temps.

En règle générale, pour être suivis, les conseils donnés aux patients doivent permettre de se débarrasser des symptômes, apporter des bénéfices immédiats sans causer d'effets défavorables, et induire un changement d'habitude minime[4]. Cependant, la plupart du temps, du fait de la chronicité de la maladie parodontale et de l'absence de symptomatologie, la compliance des patients reste faible[5].

Définition : qu'est-ce que l'éducation thérapeutique (ETP) ?

Selon la HAS[6], l'ETP vise à aider les patients atteints d'une maladie chronique à mieux vivre avec leur pathologie. Il s'agit d'un processus continu et permanent, faisant partie intégrante de la prise en charge.

En parodontologie, l'objectif est double : restaurer la santé parodontale du patient ET maintenir ces résultats dans le temps afin d'améliorer sa qualité de vie (biologique ET psychologique). L'ETP a donc de nombreux objectifs (dans l'ordre). Ainsi, le patient doit :

- comprendre sa maladie et son propre rôle dans le traitement ;
- recevoir des conseils simples et faciles à mettre en œuvre ;
- maîtriser les techniques d'hygiène buccodentaire enseignées ;
- connaître les comportements à risque et être accompagné pour bien les contrôler ;
- comprendre l'intérêt de se présenter aux séances de TPS ;
- comprendre l'importance de ne pas relâcher ses efforts dans le temps ;
- savoir autodépister des signes éventuels de récidive.

La compréhension de la maladie et le changement comportemental attendu de nos patients sont fondamentaux dans le succès immédiat de l'ensemble des thérapeutiques, mais aussi dans leur pérennité. C'est pourquoi, depuis les années 1970, de nombreuses études s'intéressent aux changements de comportement des patients dans le cadre de pathologies chroniques (patients diabétiques, asthmatiques, atteints d'un cancer) ou de conduites addictives (tabac, alcool, drogues).

Les psychologues, Prochaska et DiClemente, ont ainsi défini la théorie du changement[7]. Tout patient aux prises avec un problème de dépendance se trouve à un instant donné dans un état psychologique plus ou moins avancé de changement

000_000_T_vol13_n4_Epaillard_Fr.indd 317 12/12/2016 16:55:08

comportemental. Le modèle initialement décrit comporte six phases.

À l'échelle de la parodontologie, le problème de dépendance peut être défini comme la difficulté du patient à changer ses habitudes de brossage et ses comportements à risque. Ceci équivaut au passage du stade « non prêt à changer » (précontemplation, contemplation), au stade « changement » (préparation, action), puis au stade « compliance » (maintenance). Il faut garder à l'esprit que chaque patient « changé » est susceptible à n'importe quel moment de revenir en arrière ou de passer au stade de « récidive », même après des années d'action et de maintenance bien menées[8] : rien n'est jamais définitivement acquis.

Nous avons simplifié le schéma de Prochaska et DiClemente afin de le rendre plus adapté à la parodontologie **Fig. 1**.

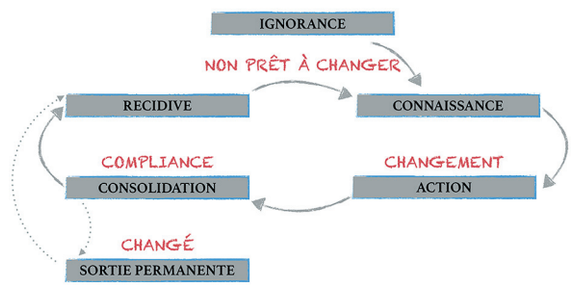

Fig. 1 Schéma simplifié du changement comportemental d'un patient dans le cadre d'une maladie parodontale.

En général, lors de la première consultation, le patient est ignorant : soit il n'est pas au courant qu'il a une maladie parodontale, soit il ne sait pas qu'il doit changer ses habitudes pour se soigner. Il faut savoir que les habitudes d'hygiène orale découlent de fondements très personnels (liés à l'éducation, à la culture et à l'importance accordée à la santé buccodentaire). Le fait de se présenter à la consultation marque une volonté de se soigner et laisse percevoir une dynamique de changement potentielle. À ce moment l'ETP prend tout son sens : elle permet de donner au patient des connaissances (adaptées à son niveau socioculturel) qui permettront d'induire les modifications de ses habitudes d'hygiène. Cette phase est la plus importante, et chez certains patients, elle pourra parfois durer des années.

Une fois le patient motivé et prêt à changer, arrive la phase de changement. En parodontie, le patient débute son traitement parodontal, il arrive en séance d'ETP muni de son matériel de brossage.

Avec toutes les informations qu'il aura reçues, le patient va intégrer de nouveaux comportements dans son quotidien : c'est la phase de compliance. Il peut être intéressant d'aider le patient à s'organiser pour intégrer ces changements. Une étude a montré que lorsque les praticiens prenaient moins d'une minute pour demander au patient où, quand et comment il allait passer le fil dentaire, un plus grand nombre l'utilisait après deux mois[9].

La compliance reste susceptible de s'effriter plus ou moins rapidement : le patient peut alors évoluer vers une phase de récidive. C'est pourquoi l'ETP ne s'arrête pas lorsqu'à la réévaluation parodontale, le patient semble avoir compris sa maladie parodontale et acquis une hygiène orale et des comportements adaptée. De simples rappels, non exhaustifs, de ces informations à chaque rendez-vous semblent garantir une stabilité des résultats obtenus et laissent percevoir une éventuelle sortie permanente du cycle de changement. Lorsque les patients réussissent à maintenir un bon niveau de compliance pendant six ans, il semble qu'ils puissent conserver ce niveau dans le temps avec un suivi plus espacé[10].

Les deux phases essentielles de l'éducation thérapeutique du patient sont :

- « l'éducation thérapeutique initiale » (ETI) qui correspond aux premiers rendez-vous ;
- « l'éducation thérapeutique de soutien » (ETS) qui correspond aux séances de motivation régulières au cours de celles de TPS.

Lors de l'ETI, comme pour toute maladie chronique, une méthode appelée « entretien motivationnel » semble porter ses fruits sur le changement comportemental du patient[9]. L'entretien motivationnel est une approche de la relation d'aide, conceptualisée par Miller et Rollnick (années 1980). Il s'agit d'un style de conversation collaboratif permettant de renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement. Le patient doit se sentir concerné et comprendre que ses actions font partie intégrante du traitement, sa participation étant la clé de la réussite. Il ne s'agit donc plus de réciter des informations, mais de dialoguer avec un partenaire. Ceci afin d'encourager le patient à identifier et exprimer ses propres besoins dentaires, ses motivations et à l'aider à comprendre ce qu'il doit changer[7]. Dans ces entretiens, le praticien intervient peu, le plus souvent uniquement pour recentrer le dialogue.

Le changement de comportement repose sur la perception du risque (que va-t-il se passer si je ne change pas ?), l'efficacité (la technique enseignée est-elle vraiment utile ?), la récompense (ce changement de comportement apporte-t-il de

000_000_T_vol13_n4_Epaillard_Fr.indd 318 12/12/2016 16:55:08

meilleurs résultats ?), la facilité de réalisation (faut-il fournir beaucoup d'efforts ?)[11].

Dans certains cas, il est nécessaire de laisser du temps au patient, il faut détecter le moment où le patient est capable d'adopter une attitude de changement comportementale[7] Avant ce stade, cela risque de se solder par un échec. Une fois le moment venu, il sera alors possible d'exposer et de dialoguer avec le patient. Il est donc indispensable de laisser le temps nécessaire au patient pour être prêt à changer.

Leproblème essentiel du parodontiste reste le facteur temps. Il est en effet difficile d'intégrer et de facturer ces multiples séances dans une pratique libérale. C'est ce que nous avons tenté de décrire en troisième partie de cet article.

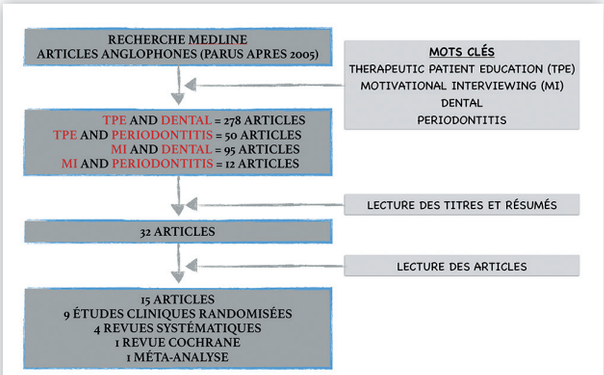

Fig. 2 Méthode de recherche bibliographique Medline.

Efficacité de l'éducation thérapeutique

En parodontie, l'objectif principal des études portant sur l'ETP est de montrer que ces techniques apportent une réelle amélioration dans la compliance obtenue chez les patients, par rapport à une simple séance « traditionnelle » dite « d'enseignement à l'hygiène orale ».

Matériel et méthode

Une revue systématique de la littérature a été menée sur Medline selon la méthode exposée dans la **figure 2**.

Dans la plupart des études, la compliance a été évaluée grâce à l'indice de plaque, mais ce dernier n'indique qu'une compliance à court terme car il peut varier d'un jour à l'autre. C'est pourquoi certains auteurs préfèrent utiliser l'indice de saignement qui est plus prédictif que l'indice de plaque, mais qui peut également varier en fonction de la réponse de l'hôte.

Résultats

Les études cherchent à montrer une variation significative des résultats cliniques chez les patients lorsqu'ils sont soumis à des séances d'entretien motivationnel, par rapport à des séances d'enseignement à l'hygiène orale dit « traditionnels ». Le nombre de séances, le temps imparti à chaque séance et le contenu des séances ont été étudiés.

Concernant l'organisations des rendez-vous, il semble que le temps passé et le nombre de séances nécessaires varient en fonction des patients, de leur rapidité de compréhension, de leur niveau d'hygiène dentaire initial, de leur dextérité, de leur adhésion au plan de traitement, et de la quantité de matériels utilisés pour l'enseignement[12]. Par ailleurs, plus le nombre de séances dédiées à l'entretien motivationnel est grand, plus les résultats semblent positifs[13]. Cependant, l'organisation de ces séances (quelques séances longues ou beaucoup de séances courtes) a peu d'influence sur le résultat[9,11]. Enfin, les patients jeunes, âgés et de faible niveau socioculturel sont les sujets demandant le plus d'attention[11].

À court terme, le support d'enseignement importe peu : manuel d'auto-éducation, vidéo ou combinaisons de techniques, diaporama sur écran seul ou associé à une démonstration de brossage sur modèle, enseignement oral par un professionnel (25 à 30 min) ou programme d'auto-instruction et d'auto-examen, les résultats ne montrent pas de différence significative au niveau de l'amélioration des indices gingivaux ou de plaque[14].

En ce qui concerne le risque de récidive, l'application de l'entretien motivationnel en parodontologie a révélé que les résultats obtenus sur le long terme étaient au moins aussi efficaces qu'une simple séance d'enseignement à l'hygiène orale[13]. Une étude montre qu'après avoir passé un an sans voir de praticien, les patients sont toujours capables de mettre en œuvre efficacement les techniques de brossage enseignées mais les appliquent peu, mêmes si elles semblaient acquises à l'issue de la thérapeutique initiale. Une autre étude montre qu'après avoir été suivi en maintenance parodontale stricte (tous les trois mois) pendant six ans, les patients peuvent garder un niveau d'hygiène élevé si les séances sont plus espacées (tous les six ou douze mois), et ce, pendant au moins neuf ans. Il semble donc, qu'avec un suivi rigoureux à intervalles réguliers et rapprochés sur plusieurs années, un contrôle de plaque de qualité puisse être ancré de manière durable dans les habitudes des patients[15].

Il est donc nécessaire, dans un premier temps, de suivre les patients de manière rapprochée avant qu'ils ne parviennent à

000_000_T_vol13_n4_Epaillard_Fr.indd 319 12/12/2016 16:55:08

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. Il semble qu'à partir de deux ans de maintien d'une bonne compliance par le patient, celui-ci accroît considérablement ses chances de ne pas récidiver[16].

Pour résumer, bien que les études ne semblent pas, à l'heure actuelle, donner des résultats significatifs justifiant l'emploi systématique de l'entretien motivationnel, nous pouvons penser que :

- plus les patients ont compris leur maladie, son évolution, et l'intérêt du changement de comportement, plus ils sont compliants ;
- les plus jeunes, les plus âgés et les niveaux socioculturels les plus modestes ont tendance à être ceux qui nécessitent le plus de séances de motivation ;
- plus la méthode est centrée sur le patient, lui permettant de se sentir concerné par le traitement, plus elle semble porter ses fruits à court terme, mais aussi à long terme. C'est ici que l'entretien motivationnel prend tout son sens ;
- plus le nombre de séances est grand, et plus le temps consacré au dialogue avec le patient est important, plus les résultats sont favorables. L'emploi d'une méthode plus qu'une autre ne donne aujourd'hui pas de résultats significatifs ;
- la répétition des informations à chaque séance de TPS, fait partie intégrante de l'ETS, et permet de minimiser le risque de récidive du patient, qui décroît sensiblement à partir de deux ans de suivi rigoureux et de bonne compliance.

Proposition de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique lors d'une prise en charge parodontale

Première séance

Elle est fondamentale, même si aucun soin n'est réalisé. Cette séance permet de poser les bases et de fluidifier le traitement futur. Le praticien doit essayer de cerner le plus rapidement possible lors de l'entretien clinique le niveau de motivation du patient, ses connaissances concernant sa maladie, et son vécu en rapport avec elle. Il s'agit de faire parler le patient pour le mettre à la fois dans un climat de confiance, et pour lui permettre de tenter d'expliquer ses gènes avec ses propres mots. L'entretien clinique doit être fait en face-à-face avec le patient, dans un cadre propice au dialogue (bureau) **Fig. 3**.

Une fois au fauteuil, le diagnostic clinique est posé par le praticien. Quelques signes de la maladie parodontale sont montrés au patient pour lui en faire prendre conscience et surtout pour lui montrer ses manifestations cliniques. Les plus simples et les plus marquants sont la mobilité dentaire, le saignement au sondage, l'insertion lente d'une sonde dans une poche profonde, la perte de hauteur de papilles, les récessions parodontales, la teinte de la gencive et la présence de tartre. Lorsque cela est possible, il est intéressant de montrer l'association de certains paramètres avec la présence de plaque dentaire. Tous ces paramètres visuels sont intéressants car, avec un minimum d'attention, ils sont facilement décelables par le patient lui-même. Et surtout, ils vont lui permettre par la suite de savoir dépister les symptômes d'une récidive de la maladie. Les patients ne retiennent pas tout ce qui leur a été montré et expliqué lors de ce premier entretien. C'est pourquoi, à la fin de cette première séance, le praticien devra exposer la chronologie du traitement au patient, en lui remettant, si possible, une fiche récapitulative des séances, associée à un devis détaillé, un consentement éclairé, et la prescription éventuelle du bilan long cône.

Si possible, le matériel de brossage nécessaire doit être prescrit précisément (à l'aide d'un ordonnancier) en insistant pour que celui-ci soit rapporté au rendez-vous suivant. Cependant, il est aussi possible de demander au patient d'apporter son propre matériel de brossage, en précisant que si ce dernier n'est pas adapté, une prescription lui sera faite. Pour simplifier les séances futures et les petites corrections de gestuelle, il est préférable que les patients apportent leur matériel de brossage à chaque séance.

Pour conclure, il sera nécessaire d'insister sur le fait que la réussite du traitement passera par une compliance indispensable de sa part, quand à la qualité de l'hygiène et à la régularité des séances de TPS.

Deuxième séance

Elle signe le début du plan de traitement : c'est une séance clé et la plus longue de l'ETP. L'objectif, toujours pour rendre le patient acteur, est d'associer la démonstration à la pratique. Le patient doit apporter son matériel de brossage et/ou celui prescrit en première consultation. Tout au long de la séance, il ne faut pas hésiter à lui demander s'il a des questions concernant la maladie ou son traitement.

Une partie de ce rendez-vous est réalisé avec un miroir, au fauteuil ou au-dessus d'un lavabo **Fig. 4**. La technique de brossage doit être montrée directement sur le patient, puis réalisée par celui-ci immédiatement après. Il est conseillé de commencer par la réalisation du brossage interdentaire qui est souvent une nouveauté pour les patients. En effet, ce qui est expliqué en premier est perçu comme étant le plus important.

000_000_T_vol13_n4_Epaillard_Fr.indd 320 12/12/2016 16:55:08

Fig. 3 L'entretien clinique au bureau face au patient permet de le mettre dans les meilleures conditions pour s'exprimer.

Fig. 4 Les explications données par le praticien doivent êtres suivies par la réalisation par le patient de ce qui vient d'être évoqué.

Fig. 5 Chaque séance permet de revoir au fauteuil si les techniques sont bien acquises par le patient.

De plus, si la démonstration est faite correctement, ce n'est pas la partie la plus technique de notre enseignement. Il est essentiel de prévenir le patient qu'il est habituel que l'utilisation des brossettes soit inconfortable et induise des saignements les premiers jours (cet inconfort peut être comparé à la désinfection d'une plaie béante).

Il est important d'aider nos patients en simplifiant le changement : plus les conseils donnés seront simples, plus ils seront suivis[17]. Pour cette raison, il est généralement conseillé de ne pas prescrire plus de deux tailles différentes de brossettes interdentaires, de préciser qu'elles s'utilisent sans dentifrice, et enfin qu'il suffit de les rincer et de les laisser sécher à l'air libre.

Puis, la technique de brossage est enseignée en commençant par les faces les plus compliquées à atteindre (linguales et palatines) ainsi que les faces distales des dents terminales de l'arcade.

La séance se termine en insistant sur l'importance de l'application immédiate de tous ces conseils. Le patient doit comprendre que le traitement commence réellement dès ce moment. Si le bilan long-cône est réalisé au cabinet, il est possible de le faire lors de cette même séance.

Séances de débridement

En règle générale, ces séances sont destinées à la réalisation des détartrages et des surfaçages radiculaires. En début de rendez-vous, dans de nombreux cas, les patients parleront d'eux-mêmes de leur brossage et de l'amélioration des indices cliniques montrés en première séance (arrêt des saignements, amélioration du confort, diminution de l'halitose). Il est fondamental qu'ils se rendent compte des bienfaits de ce nouveau brossage, qu'ils comprennent qu'ils ont commencé à « s'auto-soigner ». Cela renforce la motivation des patients de manière inconsciente. Il est alors possible de donner de nouveaux conseils ou de corriger la gestuelle **Fig. 5**.

Il ne faut pas hésiter à faire des comparaisons entre cet apprentissage et ceux de la vie quotidienne (« vous n'avez pas appris à lire en une semaine »), à expliquer qu'il est normal de rencontrer des difficultés et que la durée de brossage va diminuer avec l'expérience (« un bébé marche tout doucement, alors que vous savez courir aujourd'hui »).

Séance de réévaluation

Le contrôle de plaque est la première chose à évaluer avant d'envisager de mettre en place de nouvelles thérapeutiques. Il faut vérifier que le patient a réussi à acquérir certains automatismes. Le développement d'une nouvelle habitude prend en moyenne soixante-six jours, c'est donc le bon moment pour le vérifier[16].

Séances de TPS

La maintenance doit permettre d'améliorer encore d'avantage le contrôle de plaque, et ainsi d'obtenir une progression de l'amélioration des paramètres cliniques.

Séances de chirurgie parodontale

Dans certains cas, lorsque le brossage reste difficile à certains endroits, chez les patients très compliants, des interventions chirurgicales peuvent améliorer les possibilités de contrôle de plaque. Après ces interventions, l'adaptation du matériel d'hygiène devra être vérifiée.

Cette revue de la littérature nous permet de conclure que l'entretien motivationnel semble apporter des améliorations dans les modifications de comportement qu'un parodontiste

000_000_T_vol13_n4_Epaillard_Fr.indd 321 12/12/2016 16:55:14

attend de son patient. La connaissance de sa maladie, de ses symptômes, de son évolution et des moyens de la traiter au quotidien, va permettre de renforcer la motivation du patient, lui offrant une meilleure compliance initiale et dans le temps. Ceci permet de minimiser la tendance naturelle à la récidive et de maintenir le patient impliqué tout au long de son existence, afin d'améliorer sa qualité de vie, principal objectif de l'ETP. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. *Haynes RB. A critical review of the determinants of patient compliance with therapeutic regimes. In: Sackett DL, Haynes RB, eds, Compliance With Therapeutic Regimens. Baltimore : The Johns Hopkins University Press, 1976 ; 322 p.*
2. *Axelsson P, Lindhe J. The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. J Clin Periodontol 1981(8):281-294.*
3. *Cardaropoli D, Gaveglio L. Supportive periodontal therapy and dental implants: an analysis of patients' compliance. Clin Oral Implants Res. 2012;23(12):1385-8.*
4. *Chapple ILC, Hill K. Getting the message across to periodontis patients: the role of personalised biofeedback. International Dental Journal, 2008;58(S5):294-306.*
5. *Jönsson B., Lindberg P, et coll. Improved compliance and self-care in patients with periodontitis - A randomized control trial. Int J Dent Hyg, 2006;(4)77-83.*
6. *HAS-INPES. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses ; 2007.*
7. *Freeman R. The psychology of dental patient care. 10 strategies for motivating the non- compliant patient. Br Dent J. 1999;187(6):307-12.*
8. *Saporta S. L'éducation thérapeutique du patient appliquée à la parodontologie= J. Soc Odontol. Paris : 2008 ; 2:20-25.*
9. *Sniehotta FF, Araújo Soares V, Dombrowski SU. Randomized controlled trial of a one-minute intervention changing oral self-care behavior. J Dent Res. 2007;86(7):641-5*
10. *Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. Results after 6 years. J Clin Periodontol. 1981;8(3):239-48.*
11. *Gao X, Lo EC, Kot SCC, Chan KC. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. J Periodontol. 2014;85(3):426-37*
12. *Cascaes AM, et coll., 2014, Effectiveness of motivational interviewing at improving oral health: a systematic review. Rev Saúde Pública. 2014;48(1):142-153.*
13. *Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. J Periodontol 2005 Dec;76(12):2187-93.*
14. *Werner H, Hakeberg M, et coll. Psychological Interventions for Poor Oral Health: A Systematic Review. J Dent Res. 2016;95(5) 506-514.*
15. *Renz AN, Newton JT. Changing the behavior of patients with periodontitis. Periodontol 2000. 2009;51:252-68.*
16. *Brady TJ, Murphy L, et coll. A meta-analysis of health status, health behaviors, and healthcare utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. Prev Chronic Dis. 2013;10:120112.*
17. *Johansson LA, Oster B, Hamp SE. Evaluation of cause-related periodontal therapy and compliance with maintenance care recommendations. J Clin Periodontol. 1984 Nov;11(10):689-99.*

Dr Alexandre Epaillard

alexandre.epaillard@gmail.com

Dr Alexandre Mathieu

Dr Frédéric Duffau

000_000_T_vol13_n4_Epaillard_Fr.indd 322 12/12/2016 16:55:14