

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur Corinne TADDEI-GROSS

Doyens honoraires : Professeur Robert FRANK
Professeur Maurice LEIZE
Professeur Youssef HAIKEL

Professeurs émérites : Professeur Henri TENENBAUM

Responsable des Services Administratifs : Mme Françoise DITZ-MOUGEL

Professeurs des Universités

Vincent BALL	Ingénieure Chimique, Energétique - Génie des Procédés
Agnès BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
François CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
Jean-Luc DAVIDEAU	Parodontologie
Youssef HAIKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier HUCK	Parodontologie
Marie-Cécile MANIERE	Odontologie Pédiatrique
Florent MEYER	Sciences Biologiques
Maryline MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Anne-Marie MUSSET	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Corinne TADDEI-GROSS	Prothèses
Béatrice WALTER	Prothèses
Matthieu SCHMITTBUHL	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie

Département (Juin 2024)

Maîtres de Conférences

Youri ARNTZ	Biophysique moléculaire
Sophie BAHI-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Yves BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
Fabien BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Abdessamad BOUKARI	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Claire EHLINGER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier ETIENNE	Prothèses
Florence FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Catherine-Isabelle GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques - Biophysique - Radiologie
Sophie JUNG	Sciences Biologiques
Nadia LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique
<i>Disponibilité (Nov. 2020)</i>	
Davide MANCINO	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Damien OFFNER	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Catherine PETIT	Parodontologie
François REITZER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Martine SOELL	Parodontologie
Marion STRUB	Odontologie Pédiatrique
Xavier VAN BELLINGHEN	Prothèses
Delphine WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
<i>Département (Mars 2021)</i>	
Etienne WALTMANN	Prothèses

Equipes de Recherche

Nadia JESSEL	INSERM / Directeur de Recherche/Directrice d'UMR
Philippe LAVALLE	INSERM / Directeur de Recherche
Pierre SCHAAF	UNISTRA / Professeur des Universités / Directeur d'UMR
Bernard SENGER	INSERM / Directeur de Recherche

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Olivier HUCK

Nous vous sommes reconnaissant de l'honneur que vous nous accordez en tant que président cette thèse.

Je vous prie d'agréer l'expression de ma plus grande reconnaissance pour votre disponibilité et votre humour au cours des vacations au sein de l'Unité Fonctionnelle de parodontologie que j'ai eu l'occasion d'effectuer au cours de mes années cliniques.

Ce fût un réel plaisir d'avoir pu assister à vos cours et travailler à vos côtés en tant qu'étudiant.

À Madame le Docteur Catherine-Isabelle GROS

C'est un très grand honneur que vous me faites d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance à l'égard de ces années de cours de radiologie ainsi qu'à l'égard de la rigueur et des principes que vous vous êtes évertuées à nous enseigner tant lors de ces derniers que lors de nos vacations cliniques.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes plus grands remerciements quant à vos disponibilités.

À Madame le Docteur Catherine PETIT

Je vous prie d'agréer l'expression de mes remerciements les plus sincères pour la disponibilité dont vous avez su faire preuve en tant que directrice de cette thèse. Celle-ci n'aurait pas été possible sans vos conseils, vos corrections, votre accompagnement, votre bienveillance, votre patience et votre rigueur tout au long de ce travail. Pour cela, veuillez recevoir toute ma gratitude.

Merci également pour vos conseils et votre présence au long des nombreuses vacations au sein de l'Unité Fonctionnelle de parodontologie que j'ai eu l'occasion de passer à vos côtés et sans lesquelles l'idée de ce sujet de thèse n'aurait sans doute jamais germée.

Milles mercis.

À Monsieur le Docteur Gabriel FERNANDEZ DE GRADO

Je vous prie d'agréer l'expression de mes plus profonds remerciements pour avoir accepté de siéger au sein de ce jury.

Je vous remercie pour votre disponibilité et vos conseils au cours de ces années d'études que ce soit lors des cours magistraux ou des quelques vacations que j'ai pu partager avec vous au sein de l'Unité Fonctionnelle du CASU.

Veillez trouver ici l'assurance de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Christian BOEHLER

Je vous remercie d'avoir accepté si joyeusement de siéger dans ce jury en tant que membre invité.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus grande gratitude quant à vos disponibilités lors de mes vacances au sein de l'Unité Fonctionnelle d'OC. Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés dans cette bonne humeur qui vous caractérise si bien.

Merci milles fois pour vos précieux conseils lors de mes stages cliniques

À papa et maman, *merci pour avoir cru en moi et m'avoir toujours soutenu au long de mes années d'étude. Je n'en serai pas là où j'en suis sans vous et votre amour. Merci infiniment pour toutes les valeurs que vous avez sues me transmettre et que je chéris aujourd'hui.*

À Amandine, *ma petite sœur adorée ! D'aussi loin que je me souviens, tu as toujours été là à mes côtés. Merci pour ton amour, ton soutien et ta gentillesse à nulle autre pareille. Je t'aime très fort ma petite sœur, je serai toujours là pour toi.*

À mamie Ginette, papi Roland et mamie Monique, *merci pour tout l'amour que vous m'avez donné au long de ces années et pour tous les beaux souvenirs que j'ai aujourd'hui. Je vous aime infiniment.*

À Ambre-Georgia, *ma très chère gnominette. Que de souvenirs et de rigolades partagés au fil de toutes ces années d'amitié. Tu m'auras fait découvrir la bière et le café et je t'aurais mis à Wow. Les cours et la clinique n'auraient pas été pareils sans ta bonne humeur. Merci pour ta présence indéfectible et ton amitié sans faille.*

À Jean-Baptiste, Pierre-Jean, Paul-Alexandre, Ophélie, Khaled, Maxime, Ines, Jocelyn, *mes amis de dentaire et de repas au stift. Merci pour votre amitié et tous les moments passés ensemble lors de ces longues années.*

À Thomas, Nicolas, Guillaume, Nebil, Frédéric, Jean, Noé, David, Vincent, Anne-Cécile, *mes amis les plus sincères. Chacun de vous m'a tellement apporté au long de ma vie que je ne saurai jamais assez comment vous remercier. Merci pour tous les moments passés ensemble et ceux que nous passerons encore.*

À Dr Kraus, Manon, Sophie, Valérie et Sabrina, *merci pour votre accueil au sein du cabinet dentaire du Dr Kraus. J'ai été incroyablement chanceux de pouvoir rejoindre votre équipe et vous remercie pour votre bonne humeur et votre accompagnement depuis mon arrivée.*

À Eric et Emmanuelle, *mon parrain et ma marraine. Merci pour votre présence et votre soutien tout au long de ma vie.*

À Wow, Monster Hunter et au tennis *qui m'ont accompagné tout au long de la rédaction de cette thèse. Merci !*

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021

N° 46

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire le 09 juillet 2021

par

BIEGLE Valentin

Né le 26/11/1996 à Strasbourg

ELABORATION D'UN FASCICULE DE PROMOTION DE LA SANTE BUCCO-
DENTAIRE A DESTINATION DES PATIENTS DU DEPARTEMENT DE
PARODONTOLOGIE DU POLE DE MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCO-
DENTAIRE DES HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Président : Professeur HUCK Olivier

Asseseurs : Docteur GROS Catherine-Isabelle

Docteur PETIT Catherine

Docteur FERNANDEZ DE GRADO Gabriel

Membre invité : Docteur BOEHLER Christian

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
CHAPITRE I – La compliance en parodontologie	9
1. Description anatomo-pathologique de la maladie parodontale	10
1.1. Le parodonte sain.....	10
1.1.1. Définition du parodonte.....	10
1.1.2. La gencive.....	10
1.1.3. L'os alvéolaire.....	11
1.1.4. Le ligament alvéolo-dentaire.....	11
1.1.5. Le cément.....	11
1.2. Les pathologies parodontales.....	12
1.2.1. Les gingivites.....	12
1.2.2. Les parodontites.....	13
2. Prévention des maladies parodontales et compliance	14
2.1. Définitions.....	14
2.1.1. Concept de prévention.....	14
2.1.2. Concept de compliance.....	15
2.2. Rôle de la compliance dans la prévention primaire de la maladie parodontale.....	15
2.3. Rôle de la compliance dans la prévention secondaire de la maladie parodontale.....	17
2.4. Rôle de la compliance dans la prévention tertiaire de la maladie parodontale.....	20
CHAPITRE II – L'information du patient	23
1. Historique de la relation patient praticien	24
1.1. L'Antiquité.....	24
1.1.1. L'Égypte antique (4000-1000 av JC).....	24

1.1.2.	La Grèce antique (600-100 av JC).....	24
1.2.	Moyen-Âge et Renaissance (400-1600).....	25
1.3.	Des lumières à nos jours (à partir de 1700).....	26
1.3.1.	Les tournants du XVIIIème siècle.....	26
1.3.2.	Vers une approche centrée sur le patient (depuis le XXème siècle).....	27
1.3.2.1.	L'idée du patient en tant que personne.....	27
1.3.2.2.	La notion de « patient empowerment ».....	28
1.3.2.3.	Définition de « l'approche centrée sur le patient ».....	28
1.3.2.4.	L'Education Thérapeutique du Patient.....	31
1.4.	Récapitulatif.....	32
2.	Besoins et droits à l'information des malades dans les cadres déontologiques, juridiques et institutionnels actuels.....	33
2.1.	Le cadre déontologique.....	33
2.1.1.	Le Code de déontologie médicale.....	33
2.1.2.	Le Code de déontologie dentaire.....	34
2.2.	Le cadre juridique français.....	34
2.2.1.	Les points essentiels de la loi Kouchner.....	35
2.2.2.	Les autres points importants figurant dans le CSP.....	36
2.3.	Les recommandations nationales et supranationales.....	37
2.3.1.	Au niveau français : la HAS.....	37
2.3.2.	Au niveau européen : charte citoyenne et directives européennes.....	37
2.3.3.	Au niveau mondial : l'OMS.....	38
3.	Délivrance de l'information.....	38
3.1.	Moyens et supports d'information existants.....	38
3.1.1.	Délivrance verbale et discussions avec le patient.....	39
3.1.2.	Le support écrit.....	40
3.1.3.	Le support informatique et numérique.....	43
3.1.4.	Les enregistrements audio.....	45
3.1.5.	Les enregistrements vidéo.....	46
3.1.6.	Les jeux-vidéos dédiés à l'apprentissage ou « serious games ».....	47

3.1.7. La démonstration.....	48
3.2. Le contenu et les caractéristiques de l'information.....	49
3.3. Quand délivrer l'information ?.....	50
3.4. La traçabilité de l'information.....	51
3.5. L'évaluation de l'information délivrée.....	51
CHAPITRE III – Elaboration du fascicule.....	52
1. Choix du support de fascicule écrit.....	53
2. Recommandations de la HAS concernant l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé.....	55
2.1. Démarche préconisée par la HAS.....	55
2.2. Préparation à l'élaboration du fascicule.....	56
2.2.1. Analyser la pertinence de la demande.....	56
2.2.2. Définir le thème, le public et le type de document.....	56
2.2.3. Élaborer une stratégie de diffusion et de mise à disposition du document.....	57
2.2.4. Identifier les données de la littérature scientifique et les évaluer.....	57
2.2.5. Faire participer les patients et les usagers à l'identification de leurs besoins et de leurs attentes.....	58
2.2.6. Identifier les documents existants à l'intention du public sur le thème et les évaluer.....	58
2.2.7. Définir le contenu, les messages essentiels, les points clés et la structure du document.....	59
2.2.8. Appliquer les conseils de rédaction et de présentation.....	60
3. Élaboration de la maquette du fascicule.....	62
3.1. Rédaction du script du document.....	62
3.2. Conception de la maquette du dépliant.....	64
3.3. Niveau de lecture.....	69
3.4. Discussions.....	70

CONCLUSIONS	72
PAGE DES SIGNATURES	75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	77
TABLE DES ANNEXES	93

Liste des abréviations

CSP : Code de la Santé Publique

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

LAD : Ligament alvéolo-dentaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

Dans le cadre de cette thèse d'exercice, nous avons souhaité réaliser un travail axé sur la prévention qui pourrait s'intégrer dans le fonctionnement habituel du département de parodontologie du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Notre objectif était de trouver un moyen de renforcer la compliance des patients du département et qui serait complémentaire des méthodes déjà utilisées.

Cette idée nous a d'abord poussé à approfondir la raison d'être de ce travail, c'est-à-dire la nécessité d'une bonne compliance du patient dans le cadre du suivi parodontal. La prévention en parodontologie est un exercice complexe mais pour lequel nous disposons d'un recul conséquent. Ainsi, et avec les bases de la maladie parodontale en tête, nous nous attacherons d'abord à évaluer le rôle de la compliance en parodontologie à travers les différents niveaux de prévention qui peuvent être concernés par la discipline. Nous verrons grâce à eux qu'une bonne compliance du patient est un enjeu capital en parodontologie et qu'il est parfaitement justifié de chercher à l'obtenir par le plus grand nombre de moyens possibles.

Le patient tient de ce fait un rôle fondamental dans la réussite de son traitement. En effet, il doit devenir acteur de sa prise en charge. Pour ce faire, il a besoin d'être parfaitement informé sur la situation de sa maladie. Il nous a donc semblé important de consacrer une autre partie de cette thèse à l'information du patient de manière générale.

En analysant les modalités du partage d'information médicale au fil des siècles à travers le prisme changeant de la relation patient-praticien, nous constaterons que celle-ci a pris une place prépondérante dans le cadre de l'émergence d'un abord médical de plus en plus centré sur le patient.

Nous verrons que cette place a d'ailleurs été largement reconnue à l'échelle nationale et internationale. Aujourd'hui, l'information du patient tient un rôle à part entière en déontologie médicale et a le droit à ses propres règles juridiques et recommandations par diverses institutions. Nous montrerons que le patient a gagné des droits et que des besoins lui sont aujourd'hui reconnus en matière d'information.

Malgré tout, une question reste encore en suspens. Comment peut-on ou doit-on délivrer cette information pour qu'elle ait le plus d'impact possible sur le patient ? En analysant la littérature, nous ferons l'inventaire des différents supports d'information existants et de leurs caractéristiques afin de choisir le plus adapté à notre démarche. Nous verrons aussi que ces différents supports doivent délivrer une information selon des critères qui sont très bien définis et que nous devons prendre en compte.

Après cet état des lieux sur la prévention en parodontologie et l'information du patient, notre réflexion nous a conduit à choisir le format écrit de fascicule pour promouvoir la compliance du patient. Son élaboration sera décrite dans une ultime partie faisant la part belle à différentes recommandations de mise en œuvre. C'est grâce à celles-ci que nous avons aujourd'hui l'honneur de vous présenter le résultat de notre réflexion sur la prévention et la compliance en parodontologie. Nous espérons que ce fascicule pourra profiter aux différents acteurs ainsi qu'aux patients du département de parodontologie et qu'il aura l'occasion de remplir les fonctions que nous lui avons destinées lors de sa création.

CHAPITRE I

LA COMPLIANCE EN PARODONTOLOGIE

1. Description anatomo-pathologique de la maladie parodontale

1.1. Le parodonte sain

1.1.1. Définition du parodonte

Le parodonte est défini comme l'ensemble des structures qui assurent la fixation et le soutien de la dent sur les maxillaires. On peut distinguer un parodonte profond qui comprend l'os alvéolaire, le ligament alvéolo-dentaire (LAD) ainsi que le cément et un parodonte superficiel qui inclut les tissus gingivaux (1).

Le parodonte est considéré comme sain dans le cas d'une absence d'inflammation cliniquement détectable (2).

1.1.2. La gencive

La gencive est un tissu épithélio-conjonctif faisant partie de la muqueuse buccale. Elle peut se décomposer en plusieurs parties (3) :

- La gencive marginale ou gencive libre en direction coronaire qui entoure le collet de la dent et délimite avec elle un sillon gingivo-dentaire aussi appelé sulcus.
- La gencive attachée, portion plus apicale et attachée à l'os alvéolaire sous-jacent par un ensemble de fibres de collagène. Elle dispose d'un aspect caractéristique rose pâle granité dit « piqueté en peau d'orange ».
- La muqueuse libre, encore plus apicalement qui est elle lâche, rouge foncée et qui est séparée de la gencive attachée par la jonction muco-gingivale

- La gencive papillaire qui est elle située au niveau des embrasures interdentaires et qui forme les papilles interdentaires.

1.1.3. L'os alvéolaire

Il s'agit d'un tissu conjonctif qui s'organise autour des alvéoles contenant des dents. Il est composé de deux corticales externes d'os lamellaire compact, d'une partie centrale spongieuse et d'une portion qui borde l'alvéole appelée lame cribreuse ou lamina dura. Cette dernière est perforée par les canaux de Volkman permettant l'ancrage des fibres du LAD par l'intermédiaire des fibres de Sharpey (3).

1.1.4. Le ligament alvéolo-dentaire

Il s'agit d'un tissu conjonctif composé de cellules et d'une matrice extracellulaire dont le rôle est de permettre l'ancrage de la dent dans l'alvéole. Ce dernier se fait par le biais de faisceaux fibreux entre l'os alvéolaire et le ciment. Ces faisceaux sont terminées de chaque côté par les fibres de Sharpey prises dans l'os alvéolaires et le ciment radiculaire. L'épaisseur du LAD sain varie entre 0.15 et 0.38mm (3).

1.1.5. Le ciment

Le ciment est un tissu minéralisé recouvrant la dentine radiculaire. Il comprend une partie acellulaire qui permet l'ancrage des fibres extrinsèques de Sharpey issues du LAD ainsi qu'une partie cellulaire en regard de la racine dentaire. Son épaisseur assez fine (de 50 à 200µm) augmente apicalement ainsi qu'avec l'âge (3,4).

1.2. Les pathologies parodontales

1.2.1. Les gingivites

Les gingivites correspondent à des lésions inflammatoires qui se limitent aux tissus du parodonte superficiel et au sein desquelles on distingue 2 groupes (2,3,5-7) :

- Les gingivites induites par le biofilm ou plaque dentaire définies comme « une lésion inflammatoire résultant d'interactions entre le biofilm ou plaque dentaire et la réponse immuno-inflammatoire de l'hôte, qui est localisée à la gencive et n'atteint pas le système d'attache (cément, desmodonte et os alvéolaire). Cette inflammation demeure confinée à la fibro-muqueuse gingivale, ne s'étend pas au-delà de la ligne de jonction muco-gingivale et est réversible après réduction de l'accumulation de plaque au niveau et en apical du rebord marginal gingival ». Ces gingivites sont non spécifiques et représentent un facteur de risque majeur de parodontite.
- Les gingivites non-induites par la plaque qui peuvent être d'origine génétique, infectieuses, néoplasiques, traumatiques ou encore la conséquence de pathologies inflammatoires, auto-immunes, endocriniennes, nutritionnelles, métaboliques ou issues de processus réactionnels. Elles ne sont généralement pas résolues par la seule élimination de la plaque dentaire mais cette dernière en est un facteur aggravant.

N'ayant pas de définition universelle, le diagnostic de la gingivite est essentiellement clinique. L'inflammation qui la marque est notamment caractérisée par des signes et symptômes tels que l'œdème gingival, le saignement et l'inconfort au sondage ou encore l'érythème gingival.

1.2.2. Les parodontites

Les parodontites correspondent à des maladies inflammatoires d'origine principalement infectieuse irréversibles touchant et entraînant la destruction du parodonte profond. La nouvelle classification des maladies parodontales qui a été définie à Chicago en 2017 conjointement par l'Académie Américaine de Parodontologie (AAP) et la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP) distingue 3 grands types de parodontites (3,8,9) :

- Les maladies parodontales nécrosantes comprennent la gingivite nécrosante, la parodontite nécrosante ainsi que la stomatite nécrosante. Elles correspondent à des lésions ulcéro-nécrotiques du parodonte d'origine infectieuse apparaissant à l'occasion de conditions systémiques prédisposantes tel qu'un déficit immunitaire mais également favorisées par le stress ou la consommation de tabac.
- Les parodontites comme manifestations de maladies systémiques définies par analogies aux gingivites du même type.
- Les parodontites à proprement parler qui sont classées selon 3 critères :
 - a. Stades : en fonction de la sévérité et complexité de prise en charge
Stade I : Parodontite débutante
Stade II : Parodontite modérée
Stade III : Parodontite sévère avec potentiellement perte dentaire supplémentaire
Stade IV : Parodontite sévère avec risque de perte dentaire
 - b. L'étendue et la distribution : localisée ; généralisé ; touchant les molaires/incisives
 - c. Grades : Evaluation du risque de progression rapide (4), anticipation de la réponse au traitement (5)
Grade A : taux de progression faible
Grade B : taux de progression modéré
Grade C : taux de progression rapide

A la suite des travaux de Loë et al. (1978, 1986) et Socransky et al. (1984), l'équipe de Gilthorpe (2003) évoque la parodontite comme une maladie chronique de site qui évolue de manière cyclique (succession de périodes d'accélération et de rémission) et dont la susceptibilité est variable tant entre individus qu'entre les différents sites d'un même individu. Ce concept implique que la parodontite est une maladie qui nécessite un suivi régulier du patient dans le temps et que la compliance de celui-ci est un facteur clé de la réussite de son traitement (10-13).

2. Prévention des maladies parodontales et compliance

2.1. Définitions

2.1.1. Concept de prévention

L'OMS définit en 1948 la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Elle scinde ce concept en 3 parties distinctes (14) :

- La prévention primaire qui concerne « l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition ; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en terme environnementaux et sociétaux. ». Elle se place avant l'apparition de la maladie puisqu'elle vise à l'éviter.
- La prévention secondaire « qui cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques. ». Elle se place en début d'évolution de la maladie et vise à limiter son évolution.

- La prévention tertiaire qui insiste sur la nécessité de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. ». Elle se place une fois la maladie installée et vise à réduire les effets ou séquelles d'une pathologie voire de son traitement.

2.1.2. Concept de compliance

Le concept de compliance d'origine anglo-saxonne rejoint le concept d'observance thérapeutique plus français et pour lequel le Larousse donne cette définition : « Façon dont un patient suit, ou ne suit pas, les prescriptions médicales et coopère à son traitement » (15).

Pour Debout (2012), ce concept « qualifie l'adoption par une personne d'un comportement pourvoyeur de résultats escomptés potentiellement positifs en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé. Le changement induit peut concerner un comportement de santé ou un programme thérapeutique prescrit dans le cadre d'une pathologie. ». Cela inclut par exemple la rigueur du suivi médical nécessaire et le respect des rendez-vous, la mise en application des recommandations d'un praticien ou encore le respect de ses prescriptions. C'est un processus qui implique le patient personnellement et qui est influencé par les capacités du professionnel de santé à pouvoir agir sur la motivation de ce dernier par le biais de leviers et de différents outils (16).

2.2. Rôle de la compliance dans la prévention primaire de la maladie parodontale

La parodontite figure parmi les maladies les plus répandues à travers la population mondiale et toucherait 20 à 50% de celle-ci (17,18). Ses effets délétères se situent tant au niveau oral où elle aboutit notamment à la perte dentaire que

systémique où elle peut impacter des affections métaboliques graves telles que les maladies cardio-vasculaires, diabète ou autres polyarthrites rhumatoïdes (18-20). Ainsi, la prévention de l'apparition de la maladie parodontale apparaît comme une priorité à l'échelle internationale et il a même été recommandé par l'OMS de l'intégrer aux politiques de santé publique de prévention des maladies infectieuses (21). Dans ce cadre, certains auteurs comme Albano et al. (2019) considèrent que la prévention primaire de la maladie parodontale porte une dimension plus collective que ses homologues secondaires et tertiaires qui seraient plus individualisées. Albano oppose ainsi le concept « d'éducation à la santé » associé à la prévention primaire où l'usage de campagnes d'information à de larges échelles est possible et celui « d'éducation du patient » plus individuel dans le cadre des autres types de prévention (22). Il faut noter qu'ici, nous nous intéresserons plus à l'abord de la prévention primaire sous l'angle de la relation patient-praticien et non pas sous celui d'une politique plus générale de santé publique.

La prévention primaire de la parodontite au niveau de l'individu vise à prévenir l'apparition de la maladie parodontale par le biais du contrôle de l'inflammation gingivale et de la plaque dentaire. Elle s'effectue à la fois au niveau du professionnel de santé et celle de l'individu, ces deux niveaux étant complémentaires (23) :

- Le professionnel de santé peut effectuer une élimination mécanique de la plaque dentaire chez le patient par le biais de la réalisation de détartrages périodiques, s'impliquer dans la gestion des facteurs de risque de la maladie parodontales tels que certaines maladies systémiques, les facteurs locaux ou la consommation de tabac mais aussi délivrer des conseils de santé bucco-dentaire afin de permettre un changement de comportement du patient pour lui assurer un meilleur contrôle de sa situation gingivale (19).
- Le patient, suivant les recommandations du professionnel de santé, a à sa disposition différents outils afin de pouvoir réaliser ce contrôle. L'efficacité globale des brosses à dents tant manuelles qu'électriques sur la réduction globale de la plaque n'est plus à prouver (24) et l'utilisation de brossettes

interdentaires est aujourd'hui reconnu comme le moyen le plus efficace de contrôler la plaque interproximale vis-à-vis d'autres outils tels que le fil interdentaire ou les bâtonnets (25). Des agents chimiques anti-plaque tels que la chlorhexidine utilisée en bain de bouche semblent efficaces sur l'accumulation de plaque et le niveau d'inflammation gingivale mais leurs effets adverses préconisent plutôt une utilisation au cas par cas que généralisée dans ce cadre.

On peut donc observer que la prévention primaire de la parodontite implique fortement la coopération du patient à son traitement et de fait une forte notion de compliance. L'information par le professionnel de santé est dès lors un vecteur fort pour permettre d'assurer cette dernière. Ainsi, lors du onzième atelier européen sur la parodontologie et la prévention des maladies parodontales et péri-implantaires de 2015, un consensus a retenu l'importance de la prévention en parodontologie et que l'élimination mécanique de la plaque n'aurait que peu d'intérêt sans cette dernière dans le cadre de la réduction de la gingivite. De plus, il est promu l'intérêt à long terme d'une telle démarche préventive dans ce cadre. Il est alors recommandé à tous les parodontologues d'adopter l'utilisation d'un programme d'hygiène orale individualisé en fonction des patients et qui devra permettre un changement de comportement. Cet effort préventif devra également être soutenu dans le temps pour se montrer efficace (26). Des études longitudinales de 6 mois ont d'ailleurs pu démontrer les effets bénéfiques sur la réduction du niveau de plaque et du niveau de gingivite d'une phase unique d'instructions d'hygiène orale par le passé (23).

2.3. Rôle de la compliance dans la prévention secondaire de la maladie parodontale

Lorsque le patient est atteint de parodontite, la prévention secondaire va principalement consister à stabiliser le processus de la maladie ainsi qu'à limiter les récurrences de cette dernière. Les concepts de prévention primaires relatifs à la

diminution de l'inflammation gingivale et de la plaque restent valides dans le cadre de cette démarche. Cependant, à ce stade d'évolution de la maladie, un traitement non chirurgical voire chirurgical de la maladie doit être envisagé et une maintenance efficace mise en place afin de répondre à ces objectifs. Ces techniques incluent par exemple le détartrage-surfaçage radiculaire, l'usage de médicaments antibiotiques ou encore des techniques de greffes ou de lambeaux mise en place par le professionnel de santé car le contrôle notamment de la plaque sous-gingival n'est plus entièrement possible sans traitement actif à cause des caractéristiques de la maladie parodontale (profondeur de poche importante, anatomie osseuse altérée et d'accès difficile, agressivité de la flore parodontopathogène) (27).

Lorsque le suivi parodontal peut être mené à bien et que l'on soit dans le cas d'un traitement non chirurgical ou chirurgical, on constate de réels effets bénéfiques sur des paramètres clés de la maladie parodontale comme la réduction de la profondeur de poches ou le nombre de dents perdues au fil du temps (28-30). Ces données sont valables tant pour les parodontites chroniques que celles agressives selon l'ancienne classification de l'Armitage (1999). La perte dentaire semble d'ailleurs être nettement prépondérantes chez des patients non réguliers dans leur suivi, leur perte dentaire étant deux fois plus importante que celle des patients décrits comme compliants réguliers dans une étude de Lee et al. (2015) (31). Tout ceci contribue à suggérer un bénéfice fort de la compliance sur la prévention secondaire de la parodontite.

Plus récemment, Preus et al. (2020) ont montré que l'information du patient au sein d'une phase dite « hygiénique » d'une durée de 3 mois précédant le traitement parodontal permettait une amélioration des scores de saignement au sondage, de l'indice de plaque et une réduction de la profondeur de poche chez des patients atteints de parodontite par rapport à un groupe contrôle qui ne recevait pas cette information lors de la première consultation (32).

D'autres auteurs comme Albano et al. (2019) ont rapporté l'efficacité de diverses ressources d'éducation du patient telles que les livrets, sites internet ou programmes informatiques sur des paramètres tels que le niveau de plaque ou d'inflammation gingivale mais aussi une amélioration de la prise en charge par le patient de sa maladie (22). Cependant, la problématique de ce genre de méthodes reste leur efficacité dans le temps qui n'est pas démontrée sur de longues échelles temporelles. Il pourrait être nécessaire d'effectuer des phases de rappel avec le même style de technique afin d'améliorer la compliance des patients surtout quand on sait que leur compliance est généralement mauvaise et diminue avec le temps. En effet, selon plusieurs études, plus de 50% des patients seraient dit non compliant et peut observer des pertes de compliances allant jusqu'à 43% sur un an dans certains cas (33-36). L'aspect économique semble en être la raison principale, car le coût du traitement semble prendre l'ascendant sur les conséquences de la maladie parodontale dans le raisonnement des patients. Cet état de fait souligne l'importance de maintenir les efforts préventifs dans le temps comme préconisé par Tonetti et al. (2015) (26). L'information serait ainsi une étape clé du traitement initial puis de la maintenance parodontale puisqu'elle permettrait de garder les patients motivés et plus compliant (37,38). Cela signifie alors un meilleur respect des rendez-vous, une efficacité plus grande de la thérapeutique initiale, un diagnostic et une prise en charge plus rapide des rechutes et une meilleure gestion par le patient de sa maladie.

Dans leur étude de 2015, Vatne et al. ont démontré que les patients qui reçoivent une information complète sous forme orale et écrite préalablement au traitement parodontal sont plus satisfaits par leur suivi et reconnaissent cet enseignement comme essentiel à la compréhension du traitement et de son suivi y compris en phase de maintenance. La plupart des patients considèrent de même que l'information reçue est nécessaire à un changement de comportement concernant leur hygiène bucco-dentaire. L'étude note également que la délivrance d'une information aussi complète sur la maladie parodontale, son traitement et la place du patient dans la réussite du traitement permet d'obtenir un très bon niveau de compliance (39).

2.4. Rôle de la compliance dans la prévention tertiaire de la maladie parodontale

La parodontite est associée à de nombreuses incapacités, complications ou maladies chroniques qui rentrent dans le cadre de la prévention tertiaire (19,40-44) :

- Maladies cardio-vasculaires : la maladie parodontale est un facteur de risque significatif d'apparition de telles pathologies comme les maladies coronariennes ou artérielles périphériques mais également de crises cardiaques. Cette association avec la maladie parodontale est documentée à un niveau élevé de preuve et fait consensus.
- Maladies métaboliques : une relation à double sens et interactive a été établie à haut niveau de preuve entre la maladie parodontale et le diabète. Il semblerait que la parodontite favorise le processus d'insulino-résistance et qu'un traitement parodontal permettrait un meilleur contrôle de la glycémie chez les patients diabétiques. Les parodontites sont en général plus sévères chez ces derniers également. Une relation plus faible semble aussi exister entre la parodontite et l'obésité et entre la parodontite et les syndromes métaboliques. Cependant, concernant les autres maladies systémiques, les associations de causalités avec la parodontite ne sont pour l'heure pas démontrées.
- Troubles lors de la grossesse : la parodontite a été identifiée comme un facteur de risque de troubles tels que des infections maternelles, des naissances prématurées ou encore un faible poids à la naissance. Cependant, une thérapie parodontale menée lors de la grossesse ne semble pas affecter positivement ces troubles et le niveau de preuve est modéré. L'accent devrait être mis sur la promotion d'une bonne hygiène orale chez les femmes enceintes notamment vis-à-vis du risque de gingivite gravidique bien documenté.

- Polyarthrite rhumatoïde : les deux pathologies se basent sur des processus inflammatoires similaires. La parodontite est fortement prévalente chez les patients souffrant de cette pathologie et elle semble à l'origine de mécanismes auto-immuns renforçant les effets délétères de cette dernière. Contrôler la parodontite dans ce cadre pourrait ainsi avoir un effet bénéfique sur la polyarthrite rhumatoïde. Cependant, l'association entre les deux pathologies n'est pas encore établie à un niveau de preuve élevé.

- Maladies respiratoires : une relation à double sens pourrait exister entre les pathologies pulmonaires obstructives chroniques et la parodontite qui en serait un facteur de risque. Certaines mettent en évidence l'implication de la flore parodonto-pathogène dans certaines pneumonies bactériennes. Le rôle des parodonto-pathogènes dans ces maladies fait consensus mais pas la relation à double sens au niveau de preuve actuel.

- Maladies rénales chroniques : il existerait également une relation à double sens avec la parodontite dans le cas de ces maladies. La parodontite en serait un facteur de risque et un traitement parodontal permettrait d'améliorer les paramètres de ces maladies chez les patients atteints. Il a aussi été montré une plus forte mortalité chez les patients souffrant de maladie rénale chronique combinée à une parodontite. Cependant, le niveau de preuve actuelle de l'association n'est pas élevé.

- Cancers : le risque de cancers et notamment de cancers touchant la cavité buccale, l'œsophage, le pancréas ou de cancers gastriques est augmenté chez les patients atteints de parodontites. La parodontite pourrait être un facteur de risque de ces derniers

- Altération des fonctions cognitives : quelques sources à niveau de preuve réduit notent un effet délétère de la maladie parodontale sur les fonctions cognitives des personnes âgées notamment par le biais de circulation sériques de marqueurs inflammatoires spécifique de la maladie parodontale. Il est à noter que le déclin des fonctions physiques et mentales lié à l'âge impact négativement sur les possibilités d'hygiène orale et de contrôle de la maladie parodontale.

De nombreuses maladies chroniques ont été associées à la maladie parodontale à des niveaux de preuve élevés pour certains comme les maladies cardio-vasculaires ou le diabète. Dans ce cadre, le contrôle de la maladie parodontale et de ses récurrences par un suivi régulier pourrait permettre de réduire le risque de complications associées à ces diverses pathologies ce qui nécessite une compliance élevée du patient. En outre, un abord multidisciplinaire semble nécessaire afin de pouvoir prendre en charge au mieux les patients dans leur parcours de soin qui peut figurer ces différentes maladies de manière concomitantes (45). Les patients souffrant de parodontites doivent d'ailleurs être informés de ces risques connus lors de leur suivi et les patients souffrant de pathologies chroniques doivent être informés des risques parodontaux associés et référés vers les professionnels de santé adéquats (40).

CHAPITRE II

L'INFORMATION DU PATIENT

1. Historique de la relation patient-praticien

Le rapport du patient à l'information délivrée par un professionnel de santé a évolué au fil des siècles parallèlement à l'évolution des rapports patients-praticiens. Il nous semble donc intéressant de rappeler dans le cadre de ce chapitre la manière dont ces derniers ont évolué au fil des siècles, cela dans le but de pouvoir mieux appréhender la situation actuelle en termes de besoins et droits du patient à l'information en santé et comment elle s'intègre au sein de l'éducation du patient.

1.1. L'Antiquité

1.1.1. L'Égypte antique (4000-1000 av JC)

Les origines des relations entre patients et praticiens remonteraient aux relations entre prêtres et fidèles existantes à cette époque. L'approche de la médecine incorporait alors une grande part de croyances et de magie et la figure du soigneur n'était pas clairement dissociée de celle du prêtre faisant appel à des compétences reçues des dieux. Dans ce cadre, le soignant est vu en tant que figure patriarcale d'autorité qui va utiliser sa connaissance ou son don pour soigner un malade, ce dernier étant totalement passif et n'attendant autre chose que la guérison par des forces qui le dépassent (46,47).

1.1.2. La Grèce antique (600-100 av JC)

La Grèce antique constitue un grand tournant dans l'approche de la médecine car leur système médical abandonne la croyance magique pour expliquer les maladies. On voit le développement d'une approche plus orientée vers le rationnel et l'empirique le tout dans le cadre d'un système politique démocratique où les citoyens avaient possibilité de s'exprimer dans la vie publique (47).

L'éthique médicale se développe également par le biais du Serment d'Hippocrate qui place déjà le malade au centre de la pratique médicale (48) :

« J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement [...] Dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades [...] » (49).

La notion de devoir du soignant envers le malade est donc déjà bien présente à cette époque mais on peut voir par la première phrase citée que la connaissance et donc l'information médicale et leur usage restent encore l'apanage des membres de la profession d'Asclépios. On est toujours en présence d'une relation hiérarchique mais le nouveau cadre de droits et devoirs encadrant la relation patient-praticien rend celle-ci plus égalitaire qu'avant.

1.2. Moyen-Âge et Renaissance (400-1600)

Un retour à la piété et à une place prépondérante de la croyance caractérise la période suivant la chute de l'empire romain d'occident en 476. Ainsi, le surnaturel reprend ses droits sur la raison ce qui se caractérisera notamment par la multiplication des chasses aux sorcières puis se prolongera par le mouvement de l'inquisition dès le XIIIème siècle. Dans ce cadre, le soignant bénéficie à nouveau d'une aura magique et puissante qui le place au-dessus de son patient qui se retrouve dominé et sans mot à dire (47).

Ce constat s'étiolo vers la fin du Moyen-Âge alors que la médecine cherche à se professionnaliser (50). A partir de la fin du XIIIème siècle, on constate l'émergence de différents titres universitaires pour accéder au statut de médecin et la profession se rationalise de nouveau avec l'émergence de la théorie humorale qui cherche à comprendre le fonctionnement du corps humain. Le patient reprend une certaine importance par divers questionnement déontologiques qui prolongent ce qui avait pu se faire en Grèce Antique et le cadre du soin est même parfois régi par des actes notariés. On peut dire que les idées nouvelles de la Renaissance

modifient à nouveau la relation patient-praticien dans un sens plus égalitaire à l'image de la Grèce antique.

1.3. Des lumières à nos jours (à partir de 1700)

1.3.1. Les tournants du XVIIIème siècle

Le modèle de maladie prépondérant au cours du XVIIIème est basé sur le symptôme. Lors de cette période, les soignants sont peu nombreux et les patients souvent issus des classes supérieures voire aristocratiques, il y a donc une compétition entre les médecins qui veulent satisfaire leur patient. L'examen clinique n'a que peu de place et le diagnostic est surtout basé sur le ressenti du patient et ses besoins : on traite le symptôme et pas la maladie. Cet état de fait place le patient dans une position dominante inédite par rapport au soignant puisqu'il guide l'attitude de ce dernier (51).

La donne change complètement vers la fin du XVIIIème siècle quand le lieu principal de la pratique médicale devient l'hôpital avec dès lors beaucoup de patients issus de catégories défavorisées. On assiste également à l'émergence de la microbiologie et de la chirurgie ce qui participe à un passage vers un modèle de maladie biomédical. On cherche dorénavant l'origine de la maladie au travers d'une lésion, le symptôme n'est plus la maladie, c'est ce que l'on appelle le modèle « biomédical ». L'examen clinique devient la norme et le patient est dépendant entièrement des connaissances du soignants qui permettent d'effectuer le diagnostic. Le soignant est de nouveau une figure paternaliste et le patient une figure passive dans ce contexte (47).

1.3.2. Vers une approche centrée sur le patient (depuis le XXème siècle)

1.3.2.1. L'idée du patient en tant que personne

L'émergence des théories psychosociales et psychanalytiques par des auteurs comme Freud et Breuer dans les années 50 vont placer le patient comme une personne à part entière dans la relation patient-praticien. Ce dernier mérite alors une écoute attentive et devrait participer de manière active à la consultation médicale : le patient, son histoire et sa personnalité doivent être prises en compte par le médecin (52).

Par la suite, l'idée d'une participation mutuelle entre le patient et le praticien en médecine est reprise et théorisée par certains modèles de relation patient-praticien notamment proposés par Szasz et Hollender (1956) ou Balint (1964) (47).

Sur les 3 modèles proposés par Szasz et Hollender (activité-passivité, guidance-co-opération et participation mutuelle), les deux derniers mettent l'emphase sur une idée d'interaction entre patient et praticien et d'un patient vu en tant que personne. Dans la « guidance-co-opération », le patient est conscient de son problème et cherche à être guidé par le praticien qui reste dans une position dominante tandis que « la participation mutuelle » place les deux acteurs sur un pied d'égalité avec comme but d'aider le patient à se prendre en charge dans le cadre de sa maladie. Le modèle « d'activité-passivité » quant à lui se base sur une relation où le soignant est complètement dominant et dans laquelle le patient ne contribue pas activement (53,54).

Balint propose quant à lui un modèle « d'investissement mutuel » au sein duquel le patient apprend du praticien et le praticien du patient. Les deux acteurs se rendent attentifs à leurs besoins mutuels par un procédé impliquant la répétition de consultations au fil du temps et cela dans une idée qu'à la fois le patient et le praticien puissent tirer un bénéfice de cette approche. On est

encore une fois ici dans une logique interactive dans laquelle le patient joue un rôle actif (47,54,55).

1.3.2.2. La notion de « patient empowerment »

Aussi appelée « autonomisation des patients » en Français, cette notion apparue vers la fin du XXème siècle est large et renvoie aussi bien au niveau collectif qu'individuel. Dans le cadre des maladies chroniques comme la parodontite, cette notion s'applique au niveau individuel. Il s'agit alors à la fois d'un processus et d'une issue recherchés impliquant une collaboration des patients avec les praticiens. Le but est d'aider les patients à acquérir des connaissances et outils afin de leur permettre de pouvoir exercer un meilleur contrôle sur leur condition et de pouvoir effectuer des décisions éclairées (56).

1.3.2.3. Définition de « l'approche centrée sur le patient »

Dès 1976, certains auteurs comme Byrne et Long proposent l'idée d'une consultation centrée sur le patient s'opposant au modèle « biomédical » précédemment en vigueur qui permettrait au patient une plus grande implication dans le processus de soin (57).

Mead et Bower (2000) dans leur revue de littérature identifient cinq dimensions de « l'approche centrée sur le patient » qui la distinguent du modèle « biomédical » évoqué précédemment (II.1.3.1) (58) :

- La perspective biopsychologique : le patient peut souffrir de problèmes qui dépassent le cadre biomédical et le praticien devrait y être attentif. Dans ce cadre, certains auteurs comme Stewart et al. (1995) considèrent que la promotion de la santé est un facteur essentiel de l'approche centrée sur le patient (59).

- Le « patient en tant que personne » : cette dimension consiste à appréhender la manière dont le patient ressent sa maladie. Il faut considérer l'expérience personnelle du malade et pas seulement sa maladie. (II.1.3.2.1)
- Partager le pouvoir et les responsabilités : il s'agit de pouvoir effectuer une transition entre le modèle de « guidance-co-opération » de Szasz et Hollander et le modèle de « participation mutuel » des mêmes auteurs (II.1.3.2.1) selon une idée proche de celle de Balint (II.1.3.2.1). Le pouvoir notamment de décision est partagé avec le patient par le soignant et cela implique également que le patient se prenne en charge dans le cadre de sa maladie. Cette notion rejoint le concept de « patient empowerment » vu précédemment (II.1.3.2.2) et implique notamment que le patient reçoive une information adéquate vis-à-vis de sa situation.
- L'alliance thérapeutique : le praticien et le patient doivent aboutir à une compréhension commune des buts et des implications du traitement. Cela implique une attitude émotive positive mutuelle entre les deux parties comme vu avec la théorie de Balint précédemment (II.1.3.2.1)
- Le « médecin en tant que personne » : pour des auteurs comme Balint et al. (1993) ou Winefield et al. (1996), l'approche centrée sur le patient est une « médecine à deux personnes » et le médecin doit aussi être attentif à ses propres réponses émotionnelles en plus de celles du patient (60,61).

La Haute Autorité de Santé, dans le cadre d'un outil d'amélioration des pratiques professionnelles publié en 2015 insiste également sur la nécessité d'une approche centrée sur le patient. Elle envisage la relation patient-praticien comme un duo fonctionnant en partenariat au sein duquel l'expérience du patient et l'expertise du praticien sont complémentaires. Elle définit aussi 3 piliers dans le cadre de cette démarche (62) :

- La personnalisation des soins.

- Le développement et le renforcement des compétences du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager.
- La continuité des soins dans le temps.

Mésenge, dans son livre de 2002, évoque spécifiquement le couple patient-praticien en chirurgie dentaire (63). Pour lui, l'information et la communication sont au centre de la relation de confiance liant les deux parties du couple. Dans ce contexte, Il évoque l'idée d'une information de plus en plus désacralisée que recherche aujourd'hui le patient en tant que réelle attente. Pour Mésenge, le praticien peut adopter trois postures différentes vis-à-vis du patient. Il peut être passif et ne pas exprimer de point de vue vis-à-vis de son patient, agressif en exprimant avec véhémence sa conviction ou encore affirmé prenant position tout en prenant en compte son interlocuteur. La dernière position rejoint l'idée d'approche centrée sur le patient et est décrite comme la plus efficace pour établir une bonne relation de confiance avec son patient. Les avantages dans ce cas seraient mutuellement bénéfiques pour les deux parties avec notamment une meilleure observance du patient et un praticien qui sera moins stressé.

D'autres auteurs contemporains évoquent l'importance de la relation centrée sur le patient en chirurgie dentaire (64-69). Dans ce cadre, la communication et l'information devraient mettre les deux parties sur un pied d'égalité, permettant notamment une plus grande participation du patient dans les décisions relatives au traitement. Les deux acteurs devraient aujourd'hui contribuer dans ce cadre et le dentiste ne devrait plus être une figure paternaliste. L'interactivité avec le praticien semble également bénéfique à l'appréciation du praticien par le patient, ce qui est positif pour la relation de confiance.

1.3.2.4. L'Education Thérapeutique du Patient

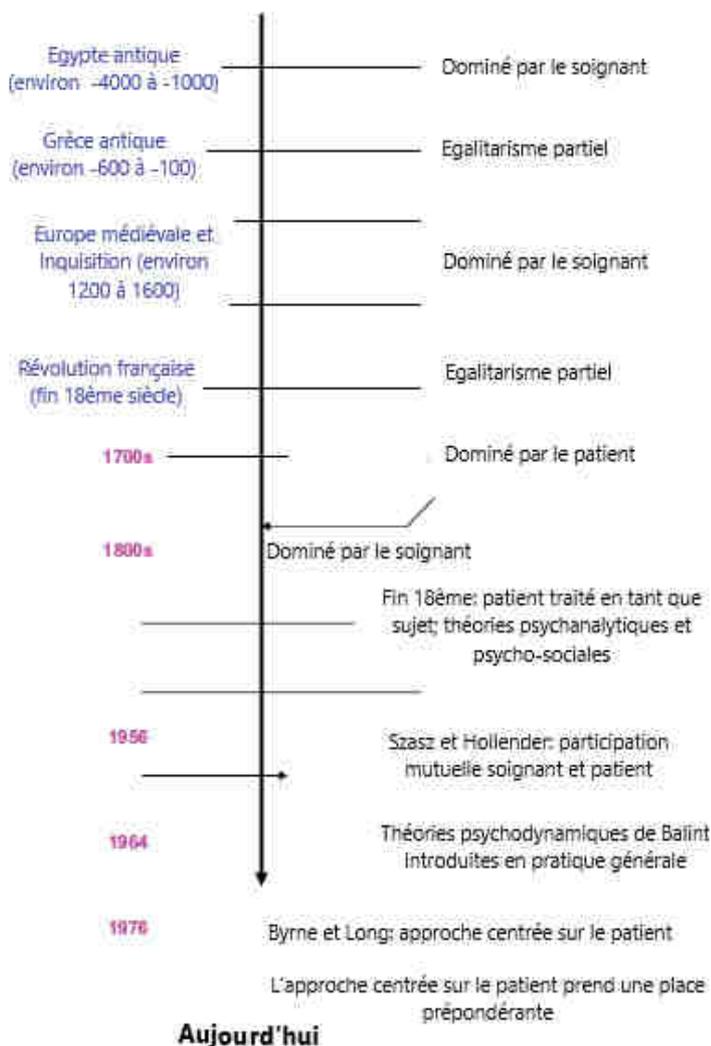
L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) est une approche multidisciplinaire de la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique (70). Elle vise à apprendre au patient à s'autogérer dans le cadre de sa maladie en lui apprenant à adapter son traitement ou encore à prévenir les complications ceci dans le but d'améliorer sa qualité de vie. Cette approche nécessite la formation des personnels de santé et a montré des effets bénéfiques dans le cadre de la prise en charge de certaines maladies chroniques comme l'asthme ou le diabète (réduction des hospitalisations qui signe un meilleur contrôle de la pathologie notamment). Cette démarche s'inscrit dans la droite lignée de « l'approche centrée sur le patient » décrite par le patient et est recommandée aujourd'hui dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques au niveau international. (Organisation Mondiale de la Santé 1998)

A titre de référence, L'OMS donne cette définition de l'ETP (recommandations dans le cadre de son programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques) :

« L'éducation thérapeutique du patient est définie comme d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leurs vies avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (70).

1.4. Récapitulatif

Le praticien a bien souvent disposé d'une position paternaliste dans le cadre de ses rapports avec les patients au fil des siècles. Néanmoins, la donne a su évoluer progressivement et le XXème siècle a vu l'émergence de « l'approche centrée sur le patient » qui fait aujourd'hui consensus en termes de prise en charge. Cet état de fait suppose qu'à l'heure actuelle, le patient doit pouvoir se prendre en charge dans le cadre de sa maladie et le professionnel de santé doit l'y aider. Cette transition passe forcément par une place très importante de l'information que va recevoir le patient dans le cadre de son suivi médical afin qu'il puisse prendre des décisions éclairées et jouer un rôle actif dans le cadre de son traitement. Au final, chaque patient a aujourd'hui des droits et besoins reconnus en matière d'information dans le domaine de la santé.



Ligne temporelle de l'évolution de la relation patient praticien (d'après Kaba et Sooriakumaran) – (47)

2. Besoins et droits à l'information des malades dans les cadres déontologiques, juridiques et institutionnels actuels

Comme décrit précédemment, le patient est aujourd'hui pensé en tant que personne. On lui reconnaît des droits et des besoins à l'information en santé qui figurent aujourd'hui de manière écrite par l'intermédiaire de textes de loi, codes déontologiques ou autres recommandations par des organismes nationaux et supranationaux.

2.1. Le cadre déontologique

Ce cadre englobe les codes de déontologies régissant différentes professions médicales comme les médecins ou les chirurgiens-dentistes. Les principes déontologiques émis dans ces codes sont repris à l'identique dans un cadre de droit au sein du Code de la Santé Publique que nous verrons plus tard et nous ferons ici la correspondance entre les deux codes lorsque cela est nécessaire.

2.1.1. Le Code de déontologie médicale

D'après l'article 35 du Code de déontologie médicale (article R.4127-35 du CSP), « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. » (71).

Sur ce point, le site internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins précise ainsi les qualités de l'information à délivrer : elle doit être « synthétique, hiérarchisée, compréhensible et personnalisée » et doit présenter « les alternatives possibles, les bénéfices attendus ainsi que leurs inconvénients et les risques éventuels » (72).

Le site précise également que l'information orale est primordiale et doit se réaliser au cours d'un entretien individuel. Il détaille qu'un complément d'information sous forme de document écrit peut être remis au patient en plus de cette information orale.

2.1.2. Le Code de déontologie dentaire

L'article 33 du Code de déontologie dentaire (article R.4127-233 du CSP) précise que le dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige « à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science » (73).

Ici, le terme « éclairé » renvoie à la notion d'information due au patient dans le cadre des soins développée dans l'article 35 du Code de déontologie médicale cité précédemment.

2.2. Le cadre juridique français

On va s'intéresser ici à la réglementation concernant l'information en santé en France au travers des lois adoptées et des codes présents en droit français. La principale référence en droit français en santé est le Code de la Santé Publique qui traduit les lois adoptées par le parlement en matière de santé. La plupart des lignes concernant les droits du patient aujourd'hui traduites dans le CSP sont issues de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (aussi appelée loi Kouchner). Nous allons voir ici les grandes lignes de cette loi et les principaux points du CSP concernant la délivrance de l'information à un patient (74,75).

2.2.1. Les points essentiels de la loi Kouchner

On s'intéresse surtout ici au titre 2 de la loi (Démocratie sanitaire) qui précise et confère une plus grande importance aux droits des patients et des malades. Par son article 11, elle ajoute plusieurs lignes à l'article L1111-2 du CSP (75) :

- « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. » : cette ligne délimite le périmètre du droit à l'information du patient en santé, c'est la première fois qu'une telle précision est apportée en matière de droits des malades.
- « Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. » : l'information du patient devient un devoir du professionnel de santé.
- « Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. » : l'information sur l'état de santé d'un patient nécessite la présence du professionnel de santé qui s'adresse directement à celui-ci.
- « Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé » : les professionnels de santé peuvent se référer à des recommandations officielles dans le cadre de la délivrance de l'information au patient.

Une ligne est également ajoutée à l'article L.1111-1 du CSP :

- « Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose » : l'accès à ces droits s'accompagne de devoirs pour les patients qui s'engagent à garantir un bon fonctionnement du système de santé.

2.2.2. Les autres points importants figurant dans le CSP

L'essentiel des articles et sous-articles du CSP actuel concernant l'information du patient correspondent à ceux cités précédemment (2.2.1). On peut également relever d'autres articles intéressants non issus de la loi Kouchner (76) :

- Extrait de l'article L1111-2 : « Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. » : un des devoirs du service public est de permettre un accès à grande échelle de l'information médicale à la population
- Extraits de l'article L1111-4 : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » : la loi française prévoit que le patient est acteur des décisions médicales le concernant et que ces dernières ne peuvent intervenir qu'après consentement éclairé, c'est-à-dire après une information complète préalable telle que décrite dans les autres articles du CSP.

2.3. Les recommandations nationales et supranationales

2.3.1. Au niveau français : la HAS

Par le biais d'une recommandation de bonne pratique publiée en 2012 concernant la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé, la HAS précise au niveau national plusieurs champs sur lesquels nous reviendrons ultérieurement. En s'appuyant sur la loi Kouchner et le CSP, elle détaille ainsi quels doivent être le contenu et la qualité de l'information, quelles sont les modalités de délivrance de celle-ci et comment elle devrait être évaluée (77).

En se basant sur le CSP, la HAS détaille aussi plusieurs droits fondamentaux des patients quant à l'information en santé, il s'agit du droit à l'information et au respect de la confidentialité ainsi que du droit à participer à la décision médicale (il nécessite une information dans le but de pouvoir effectuer un choix éclairé) (78).

2.3.2. Au niveau européen : charte citoyenne et directives européennes

En 2002, l'Active Citizenship Network, un réseau européen d'organisations civiques propose une Charte Européenne des Droits des Patients en se basant sur une participation civique (annexe 1). Plusieurs des droits proposés dans cette charte concernent l'information du patient. On y retrouve notamment le droit à l'information, le droit au consentement éclairé, le droit à la liberté de choix ainsi que le droit au traitement personnalisé qui se base tous sur les notions d'information libre et éclairée telles qu'énoncées précédemment (II.2.1 et 2.2) (79,80).

Cette charte n'a pour l'instant pas encore été complètement transposée dans la législation européenne. Aujourd'hui, au niveau européen, la Directive 2011/24/UE du 09/03/2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers a seulement permis de reconnaître le

droit à l'information et le droit à la liberté de choix sur l'ensemble des droits cités précédemment (81).

2.3.3. Au niveau mondial : l'OMS

Dans son Guide pédagogique pour la sécurité des patients publié en 2015 et destiné à la formation des professionnels de santé, l'OMS aborde plusieurs notions concernant l'information des patients. Il rappelle notamment la nécessité d'un consentement éclairé fondé sur le droit à l'information. Il détaille aussi ce que devrait contenir celle-ci et insiste fondamentalement sur le fait que la démarche du professionnel de santé doit permettre d'impliquer le patient dans sa prise en charge (82).

3. Délivrance de l'information

Dans cette section, nous allons voir quels sont les différents supports d'information utilisés en santé, les caractéristiques de l'information délivrée, son contenu ou encore la manière dont on peut l'évaluer.

3.1. Moyens et supports d'information existants

Nous allons nous intéresser aux différents supports d'informations existants et à leurs effets sur les patients, avantages et inconvénients décrits dans la littérature. Nous nous basons ici sur les catégories de support d'information identifiées par Friedman et al. (2011) dans le cadre de leur revue de littérature (83).

3.1.1. Délivrance verbale et discussions avec le patient

La délivrance de l'information par voie verbale au patient est comme vu précédemment un impératif légal et déontologique en France quand il s'agit de l'informer sur son état de santé (2.1 et 2.2). Cette voie de délivrance de l'information devrait donc être employée systématiquement lors de chaque consultation médicale (77). En outre, comparée à d'autres méthodes, la délivrance d'une information médicale au patient par le biais de discussion avec le praticien semble avoir la préférence de ces derniers pour certains auteurs en cancérologie dans la littérature (84-85).

L'information verbale est perçue par les patients comme la source d'information ayant le plus de poids dans certaines études menées en anesthésiologie, ceci serait notamment un reflet du besoin d'interaction du patient avec le professionnel de santé que ne permettrait pas les autres supports d'information (86,87). Ce mode de délivrance est associé à une satisfaction élevée et à une amélioration des connaissances du patient sur sa maladie (cela inclut notamment les signes de la maladie, les traitements ou encore les signes d'évolution de la maladie) (88).

Paradoxalement, plusieurs sources dont une méta-analyse de Theis et Jonhson (1995) rapportent que la délivrance verbale de l'information serait en fait la méthode la moins efficace dans le cadre d'une volonté d'éducation du patient (88). Plusieurs auteurs soulignent l'importance de la combiner avec une autre source d'information notamment écrite comme des livrets (88,89). En effet, l'information orale seule semble parfois difficile à assimiler et n'offre au patient que sa propre mémoire en tant que source de référence (90). La combinaison avec une autre source d'information semble efficace afin d'augmenter la connaissance du patient sur sa maladie par rapport à la seule information orale (88,91,92) même si certains auteurs ne rapportent pas de différence (93). Cette association permet également d'obtenir une satisfaction élevée des patients quant à l'information reçue (90,91,93).

Concernant les maladies chroniques, une étude a démontré que la combinaison de l'information écrite associée à l'information verbale ne permet pas d'améliorer le contrôle de l'hypertension artérielle sur la durée comparativement à l'information verbale seule. Cependant, l'étude n'incorpore pas de rappels ultérieurs au patient qui auraient pu lui permettre de maintenir sa motivation dans le temps (93).

Sur le thème des informations que le patient reçoit en chirurgie dentaire, il a été montré que les conseils personnels relatifs à l'hygiène bucco-dentaire ou encore les projections futures sont mal retenues par le patient si elles ne sont évoquées qu'oralement. Les patients retiennent majoritairement les actes techniques effectués lors du rendez-vous et leurs principaux problèmes dentaires (94). En outre, la plupart des dentistes varient très peu leurs modes de communication. Il semble alors nécessaire de diversifier ces derniers notamment pour permettre au patient de se remémorer plus efficacement les détails d'une consultation (95). On peut par exemple proposer l'usage d'un support écrit, audiovisuel ou autre délivré au patient en plus de l'information orale afin d'améliorer la compliance de la part du patient. Malgré tout, une intervention d'hygiène orale en début de traitement semble efficace pour améliorer le niveau de connaissance des patients (96-99) et dans certains cas des paramètres cliniques tels que le niveau de plaque ou d'inflammation gingivale à court terme (98,99). Les caractéristiques personnelles du praticien telles que son caractère, ses valeurs ou encore ses compétences semblent prépondérantes dans la réussite de l'utilisation de ce support (97).

3.1.2. Le support écrit

Un support d'information écrit peut consister en tout document écrit mis à disposition par le professionnel de santé à son patient qu'il s'agisse d'un livret, d'un prospectus, d'une brochure, d'un magazine ou encore d'un poster. Ce type de support peut être disponible en salle d'attente ou délivré par le praticien au moment de la prise de rendez-vous sur place ou de la consultation. Il peut être

utilisé pour un affichage de l'information inamovible (cas d'un poster affiché au mur en salle d'attente) ou encore pour transmettre une information que le patient pourra emporter avec lui (distribution d'un prospectus par le praticien ou mise à disposition en salle d'attente).

Les supports d'informations écrits comme les brochures sont évalués comme une source d'information importante par les patients juste derrière l'information orale délivrée par le praticien (100,101) et sont souvent recommandés en complément de cette dernière (88,89). Comme vu précédemment (II.3.1.1), un complément d'information écrit semble permettre d'obtenir un meilleur effet sur la connaissance du patient sur sa maladie (88,91,92). Il est aussi bénéfique pour sa satisfaction (90,91,93,102) et souvent perçu par le patient comme utile pour améliorer sa relation avec le praticien, sa propre connaissance ou la manière dont il peut gérer ses problèmes de santé (100,101). Le principal avantage du support écrit par rapport à l'information orale seule serait qu'il constitue un point de départ puis de repère efficace tout au long du traitement (103). On peut voir ce support comme une ressource à laquelle pourra se référer le patient tout au long du traitement et qui ne sera pas soumise à une altération de la mémoire du patient (102). Il est aussi à noter que ces avantages semblent encore plus marqués lorsque l'information écrite est délivrée en amont de la consultation plutôt que lors de celle-ci (104).

Le problème principal quant à l'utilisation du support écrit est le niveau de lecture des patients. L'information doit pouvoir être comprise par le plus grand nombre et il est en ce sens recommandé d'adapter le niveau de lecture à la patientèle ciblée afin que l'information contenue puisse être efficace et accessible (83,89). Il semblerait que de manière générale, les supports écrits existants à ce jour sont souvent trop complexes pour une majorité des patients ce qui pourrait contribuer à renforcer les inégalités en matière d'accès à l'information en santé (105). Une solution à ce problème serait d'intégrer des illustrations au sein du texte. Cela permet de manière générale d'améliorer la compréhension du support écrit et fonctionne encore mieux chez les patients

ayant un niveau littéraire plus faible (106). A contrario, une simplification excessive de l'information ne serait pas non plus souhaitable dans le cadre d'une approche d'éducation du patient. En effet, effectuée de manière systématique, elle amputerait l'information de trop d'éléments ce qui nuirait à la possibilité du patient d'effectuer un choix éclairé (107).

En outre, la barrière de la langue est une problématique importante des supports écrits et textuels lorsque l'on considère que la patientèle est aujourd'hui multiculturelle et polyglotte. En France, il est ainsi recommandé par la HAS de traduire les documents d'information médicale dans les principales langues étrangères parlées dans le pays. Dans ce cadre, il faudra s'assurer de la bonne traduction par des professionnels des informations délivrées afin que ces dernières ne soient pas erronées (77).

Le support écrit pose également le problème de la manière dont est orientée l'information pour le patient. Selon Dixon-Woods (2001), les supports d'information écrits peuvent aussi bien être utilisés comme un outil de « patient empowerment » que comme un outil plus commercial ou encore orienté vers l'intérêt du professionnel de santé qui peut s'en servir. Dans ce cadre, deux modèles de contenu sont identifiés. Le modèle « patient empowerment » coïncide avec les objectifs de la démarche éponyme (II.1.3.2.2) tandis que le modèle « patient education » (ne pas confondre avec l'ETP) dans lequel le patient est vu comme passif et où l'information est utilisée pour atteindre des objectifs biomédicaux fixés par le professionnel de santé (vision paternaliste de la relation patient-praticien) (108).

En chirurgie dentaire, le livret a été décrit comme un moyen efficace d'éducation du patient par Albano et al. (2019) (22). Insua et al. (2017) préconisent également l'utilisation d'un tel support dans le cadre de la prévention et de l'information des patients sur la péri-implantite (109). Cependant, certaines études en orthodontie nuancent cette efficacité. Il

semblerait que la présentation de l'information sous forme picturale par le biais de cartes heuristiques, acronymes ou encore par l'utilisation d'un support informatique comme une présentation par diapositives soit plus efficace pour le rappel d'information que la distribution d'un seul livret textuel (110,111). L'utilisation de dessins sur une brochure semble notamment très efficace auprès d'une population infantile afin d'obtenir une amélioration à court terme de la santé bucco-dentaire (amélioration du niveau de plaque et d'inflammation gingivale) (112). L'efficacité du support écrit en chirurgie dentaire semble également être améliorée s'il est associé à d'autres méthodes d'information (113). Cependant, si les études reconnaissent en général l'amélioration de la connaissance de la maladie, leurs résultats sont plus contrastés concernant la possibilité de changement de comportement à la suite d'une telle intervention (97).

3.1.3. Le support informatique et numérique

Les supports d'informations informatiques et numériques en santé peuvent se présenter sous de nombreuses formes allant du site internet permettant de mettre à disposition divers documents en ligne au programme exécutable à partir d'une ressource en ligne ou d'un CD-rom. Ils permettent l'utilisation d'une large gamme d'outils comme le texte, les images ou encore le format vidéo afin de véhiculer l'information et misent souvent sur l'interactivité de leur contenu pour les aider à informer le patient. Ce type de support permet en général au patient de jouer un rôle plus actif dans sa prise en charge (114).

De nombreuses revues et méta-analyses existent concernant ce support (114-120) et toutes mettent en évidence son efficacité pour améliorer le niveau de connaissance du patient ainsi que sa satisfaction. Certaines études mettraient même en avant un avantage de ce format au niveau de la connaissance par rapport aux méthodes plus traditionnelles comme les discussions ou le support écrit (117) ainsi qu'un meilleur maintien dans le temps de ces connaissances (119). Ce support serait également idéal dans le cadre

de la notion de « patient empowerment » et permettrait au patient d'être plus actif, impliqué dans le processus de décision et favoriserait l'interaction avec le professionnel de santé (121).

Cependant, l'efficacité de ce support concernant les résultats cliniques des patients est plus hétérogène et les revues de Lewis (2003), Wofford (2005) et Fox (2009) sur le sujet concluent toutes qu'un impact positif dans ce domaine ne saurait être affirmé (114-116). En outre, même si le support semble dans de nombreux cas supérieurs aux informations délivrées par le personnel de santé en présentiel, il convient de ne pas oublier que le contact humain a toujours la préférence des patients de manière générale (122). Ce type de support peut donc convenir en tant que complément d'information mais pas en remplacement de l'information délivrée par le praticien. Au rang des inconvénients, on retrouve également la nécessité d'adapter le contenu en termes de niveau de lecture comme vu précédemment pour le support écrit (83,89) et d'accessibilité vis-à-vis de la patientèle ciblée qui doit disposer d'un accès à internet et à un matériel informatique adéquat (112). On peut noter que la plupart des études sur le sujet sont relativement anciennes par rapport à la vitesse d'évolution de ce support d'information et il pourrait être intéressant de réévaluer son impact aujourd'hui. En outre, aucune étude n'a pour l'instant suivi l'impact de ces techniques sur la compliance à long terme du patient.

En chirurgie dentaire, le support numérique par le biais de vidéos web ou de programmes de e-learning a déjà pu montrer des résultats intéressants quant à l'amélioration de la connaissance de la maladie ou de certains paramètres cliniques comme le niveau de plaque ou d'inflammation gingivale (22,112,113). Il semble intéressant de le combiner à d'autres supports et le bon accès aux technologies informatiques et à internet détermine en partie son efficacité (112,113). Concernant les ressources internet disponibles auprès du grand public dans le domaine de la parodontologie, Chestnutt (2002) a mis en évidence une surcharge d'information disponible et la difficulté de trier les sites par qualité de l'information à l'issue d'une recherche web (123). La plupart

des sites semblent contenir des informations conformes aux données de la science mais un certain nombre sont à vocation commerciale plus qu'éducative et de rares autres présentent des informations fausses. Il incombe alors au praticien de pouvoir guider le patient vers des ressources numériques fiables et validées scientifiquement.

3.1.4. Les enregistrements audio

L'enregistrement audio d'une consultation ou d'informations médicales peut être un moyen de fournir une information à laquelle le patient pourra se référer avant ou après une consultation. Ce type d'enregistrement, autrefois réalisé sur cassette, est aujourd'hui facilité par l'essor des smartphones qui permettent un enregistrement facile et ne demandant que peu d'efforts supplémentaires au praticien dans le cadre d'une consultation habituelle.

Ce type de format confère plusieurs avantages. Il se révèle d'abord moins coûteux que l'élaboration d'un support textuel ou informatique puisqu'il nécessite seulement un outil d'enregistrement sonore dont une majeure partie de la population dispose aujourd'hui par le biais des smartphones. Le patient dispose ensuite du loisir de pouvoir réécouter mot pour mot l'intervention du professionnel de santé et ceci à n'importe quel moment. Le support offre également la possibilité d'impliquer ses proches en leur faisant écouter l'enregistrement (124). Du point de vue des patients, il s'agit d'une ressource considérée comme importante et qui génère une satisfaction assez haute (124-126). Elle est également associée à un gain en termes de connaissance et de rappel d'information par rapport à la seule information orale (124-127), ce gain étant potentialisé par la combinaison avec d'autres outils comme le support textuel (128). Ce support favoriserait également le self-management voire la prise de décision ce qui ferait de lui un outil utile dans le cadre du « patient empowerment » (124,127,129,130) et contribue pour certaines études à réduire l'anxiété des patients notamment avant une intervention chirurgicale (129).

Néanmoins, le gain en connaissance de ce support utilisé seul ne semble pas supérieur à celui d'autres media précédemment cités comme le support écrit et la réduction de l'anxiété semble loin d'être généralisable (124,126). Il est aussi à noter que le type d'information délivrée semble être important. En effet, il a été montré que délivrer une information trop générale par ce biais réduisait le niveau de connaissance des patients (131). Enfin, les sources d'information concernant ce support étant relativement anciennes en général, il pourrait être intéressant d'évaluer comment les nouvelles technologies ont pu l'impacter dans la décennie précédente.

3.1.5. Les enregistrements vidéo

L'enregistrement vidéo d'une consultation ou d'un contenu à caractère informatif pour le patient suit la même idée que l'enregistrement audio. Le patient pourra là aussi se référer à une ressource fournie par le professionnel de santé avant ou après une consultation mais cette fois-ci avec l'apport d'une information visuelle.

Les résultats concernant des critères comme la satisfaction du patient, les connaissances ou encore l'anxiété sont très hétérogènes concernant ce format. Plusieurs revues réalisées précédemment dans ce domaine ne rapportent pas d'amélioration significative sur ces différents plans. Plusieurs reconnaissent une amélioration du niveau de satisfaction par rapport à une absence de ressource vidéo (132,133) et mettent en évidence une amélioration du niveau de connaissance notamment par rapport à l'information verbale seule (120) mais ces résultats n'ont pas valeur de preuve forte selon une revue Cochrane datant de 2014 (134). Dans cette dernière regroupant 16 études, Synnot et al s'intéressent particulièrement à la présentation audio-visuelle d'informations dans le cadre du consentement éclairé nécessaire à la participation à des essais cliniques. Cela inclut notamment pour certaines des études comprises des enregistrements vidéo. Leurs conclusions générales sont que de tels contenus peuvent améliorer légèrement la connaissance du patient

sur l'essai clinique à un niveau de preuve faible. Ils constatent également que les preuves concernant l'augmentation de la satisfaction dans ce cadre sont de mauvaise voire très mauvaise qualité et que le niveau de preuve concernant l'impact sur l'anxiété est insuffisant. La revue conclut également à un manque de preuve quant à l'éventuelle supériorité du support audio-visuel par rapport aux supports verbaux et écrits.

3.1.6. Les jeux-vidéos dédiés à l'apprentissage ou « serious games »

L'utilisation des jeux-vidéos en tant que support d'information éducatif pour le patient n'est pas encore monnaie courante bien qu'elle présente des perspectives intéressantes. A noter qu'on parle bien ici de « serious games », aussi traduit en français par jeux sérieux, spécifiquement conçus dans un but pédagogique. Ainsi, en 2004, Oblinger donnait déjà plusieurs arguments en faveur de ceux-ci (135). Il reconnaît que le support permet de supporter une approche d'apprentissage basée sur la résolution de problème et qu'il favorise l'activation de connaissances précédemment acquises pour progresser. De plus, il permet au joueur de recevoir un retour d'information rapide sur les actions réalisées et leurs conséquences et il ferait un bon outil d'auto-évaluation par la présence notamment de mécaniques de scoring ou d'obstacles à franchir. Oblinger ajoute que la dimension communautaire et sociale de certains jeux pourrait en outre être favorable au partage d'expérience et à une mécanique d'apprentissage de groupe.

Au niveau de la littérature actuelle, les données empiriques sur les avantages des jeux-vidéos en tant que support d'information pour l'éducation des patients à des fins médicales sont plutôt limitées mais tendent à montrer un effet bénéfique de ce support notamment chez la population plus jeune (enfants et adolescents). Les principaux avantages du support dérivent de son côté ludique et interactif. Il serait notamment bénéfique au processus d'acquisition des connaissances, favoriserait l'engagement du patient ainsi qu'un

changement d'attitude positif quant à la santé et les comportements associés (136,137).

Cependant, ce support ne semble pas nécessairement plus efficace que les autres sur les points cités précédemment et semble plutôt recommandé en complément d'autres moyens d'information (136). Le développement d'un jeu-vidéo est également un processus très long et coûteux ce qui rend ce support assez compliqué à mettre en place dans la pratique et encore plus si l'on souhaite un déploiement rapide.

3.1.7. La démonstration

Il s'agit ici de donner du corps à l'information prodiguée en s'appuyant notamment sur des ressources comme des illustrations ou encore des objets physiques comme des maquettes ou des modèles. La démonstration peut par exemple permettre de montrer de manière gestuelle une action à effectuer au patient et à un fort impact visuel. Elle permet également une forte implication du patient.

Elle semble très efficace en matière de résultats cliniques obtenus dans différentes disciplines médicales (88) et notamment en chirurgie dentaire. Certains auteurs recommandent de l'inclure systématiquement dans les protocoles d'éducation à l'hygiène ciblant les patients (138). Par exemple, des démonstrations de brossage de dents par des professionnels de santé ont déjà pu permettre associées à d'autres méthodes d'impacter positivement sur des paramètres cliniques tels que le niveau de plaque chez des patients atteints d'un handicap mental (113).

3.2. Le contenu et les caractéristiques de l'information

La HAS, dans le cadre de recommandations effectuées en 2012 et citées précédemment (II.2.3.1) détaille le contenu et les qualités que doit avoir une information médicale (77). Ces caractéristiques sont par ailleurs redondantes avec celles évoquées par l'OMS (II.2.3.3) (82).

En termes de contenu, l'information délivrée doit faire état de l'état de santé de la personne et son évolution probable. Elle doit aussi, en cas de maladie, détailler ses caractéristiques et son évolution avec ou sans traitement en expliquant notamment l'impact sur la qualité de vie. Concernant les soins à effectuer, ses derniers doivent être détaillés quant à leurs objectifs, leur utilité et leur degré d'urgence et leur rapport bénéfice/risque doit également être évoqué tout comme les alternatives disponibles. Enfin, le suivi doit aussi être évoqué. Le contenu de l'information doit donc pour la HAS permettre un consentement libre et éclairé du patient. La présence de ce consentement éclairé avant tout acte médical est aussi évoquée en chirurgie dentaire notamment par Kakar et al. (2014) qui insiste sur la nécessité d'un consentement écrit et signé avant toute procédure invasive ou irréversible (139).

En termes de qualités, l'information doit être « synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée ». Elle doit donc être à la fois construite et claire, aller à l'essentiel et surtout s'adapter aux capacités du patient et à ses particularités qu'elles soient socio-culturelles ou psychologiques. La HAS précise également que l'information doit se baser sur les données actuelles de la science et que l'information devrait être pensée pour être aussi accessible aux personnes en situation de handicap. Il conviendrait également de la rendre disponible dans d'autres langues couramment parlées.

Dans leur revue de littérature de 2011, Friedman et al. détaillaient d'ailleurs déjà les avantages d'une information spécifique et structurée dans le cadre d'une

éducation du patient quant aux gains en terme de connaissance et de satisfaction des patients (83). Tonetti et al. mettaient eux aussi en évidence en 2015 l'importance de l'individualisation des méthodes d'instruction du patient mais cette fois-ci en parodontologie puisqu'ils recommandent la mise en place systématique d'un programme d'hygiène orale adapté aux besoins de chaque patient (26).

3.3. Quand délivrer l'information ?

En France, l'information doit dans tous les cas être évoquée au cours de la consultation médicale (impératif légal et déontologique).

Il est également possible en complément de délivrer une information précédant la première consultation notamment par le biais d'un support écrit. Cette modalité de délivrance répond à un besoin d'information du patient en amont de la consultation (140). En effet, les patients cherchent souvent déjà eux-mêmes une information préalable et sont notamment motivés par la possibilité d'acquérir des connaissances pour pouvoir mieux échanger avec le professionnel de santé et être plus actif dans le processus de diagnostic et de décision. Ils souhaitent donc être acteurs de leurs choix en santé. Par ailleurs, délivrer l'information en amont semble avoir plusieurs avantages (104). Ce type de procédé est en général considéré comme informatif et utile par les patients et semble avoir un effet positif sur le niveau de connaissance de ces derniers ainsi que de réduire le niveau de confusion lors de la première consultation.

Enfin, l'information doit également être donnée tout au long du traitement dans le cadre d'un suivi (77). Les patients ressentent souvent le besoin de pouvoir évaluer les décisions médicales, de s'auto-évaluer et de savoir comment gérer leur traitement ou leur maladie au quotidien et l'information ne devrait pas se cantonner à la première consultation (140).

3.4. La traçabilité de l'information

La HAS précise que les informations délivrées au patient doivent être mentionnées dans son dossier médical. Cela inclut notamment la mention de la personne qui a délivré les informations, la date de délivrance et les problématiques qui y sont associées ainsi que les moyens mis en œuvre pour y remédier en cas de difficultés de communication ou de compréhension. La délivrance de l'information ne requiert pas de confirmation signée, sa seule mention dans le dossier suffit en cas de litige (77).

3.5. L'évaluation de l'information délivrée

Pour la HAS, elle est un impératif et doit s'effectuer à plusieurs niveaux (77). On doit pouvoir évaluer les pratiques d'informations en vérifiant auprès des personnes si l'information a bien été délivrée et sous quelle forme en analysant les dossiers médicaux afin de s'assurer de la traçabilité de l'information. Il faut dans un deuxième temps évaluer la satisfaction des personnes quant à l'information reçue. Enfin, il est nécessaire de vérifier la qualité des documents d'accompagnement comme les ressources écrites. Cela implique d'évaluer la méthode l'élaboration des documents ainsi que leur contenu scientifique mais aussi de vérifier leur source (identifier l'auteur, l'organisme, la date de publication notamment).

La HAS a notamment élaboré en 2008 un document récapitulant les critères d'évaluation de la qualité des documents écrits d'information (annexe 2) (141).

CHAPITRE III

ELABORATION DU FASCICULE

1. Choix du support de fascicule écrit

Après avoir établi la nécessité d'une bonne compliance du patient en parodontologie et décrit les différentes modalités d'information du patient notamment au travers des différents supports disponibles, notre choix s'est porté vers le format écrit de fascicule afin de fournir une information complémentaire aux patients du département de parodontologie du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

Dans le cadre du fonctionnement actuel de ce département, l'information du patient tant au niveau de la maladie parodontale que de sa prise en charge ou encore l'enseignement et la motivation à l'hygiène bucco-dentaire sont réalisés par les étudiants externes et internes en chirurgie dentaire ainsi que par les enseignants titulaires. Cette information transmise oralement dans son intégralité lors de la séance de bilan parodontal initial est réitérée partiellement à chaque passage du patient dans le service de parodontologie en fonction de la compliance du patient. Elle est aussi réalisée par le biais de démonstrations sur un modèle de présentation de l'utilisation d'outils tels que des brosses à dents, des brossettes interdentaires ou encore via le concours de supports illustrés. Les étudiants exerçant dans le département de parodontologie reçoivent une formation standardisée pour pouvoir délivrer cette information par le biais de cours magistraux, de séances de travaux dirigés et de travaux pratiques de simulation sur patient standardisé. Lors de leurs vacations cliniques, les étudiants sont supervisés par des séniors. Les étudiants sont également sensibilisés à la nécessité d'adapter l'information délivrée en fonction des besoins du patient. Dans ce cadre, aucun support écrit standardisé à vocation préventive n'est actuellement délivré aux patients.

Bien que les procédés déjà utilisés ont pu prouver leur efficacité respective (II.3.1.1 et II.3.1.7) et permettent notamment une excellente personnalisation de l'information, il nous semble essentiel de souligner leurs limites. En effet, bien que les étudiants reçoivent une formation standardisée, la délivrance orale et par le biais de démonstration de l'information se révèle être très opérateur dépendant. Son impact est ainsi variable en fonction de l'intervenant et notamment de ses facultés de

communication et d'explication. Les contraintes temporelles liées à l'enchaînement de différents patients au cours d'une vacation et aux aléas cliniques peuvent également conduire l'étudiant à composer avec un temps plus ou moins réduit pour délivrer cette information et ainsi en impacter sa qualité. Des oublis ne sont également pas à exclure de la part de celui-ci. Nous avons également vu précédemment que les patients ont souvent du mal à se rappeler de toutes les informations délivrées lors d'une consultation. Elles sont nombreuses et plus ou moins complexes ce qui constitue une difficulté à leur mémorisation. On est donc en présence d'une somme de facteurs externes liés au communicant et de facteurs internes liés au patient qui peuvent fortement impacter les capacités d'apprentissages comme déjà décrit par Treacy et Mayer (2000) (142).

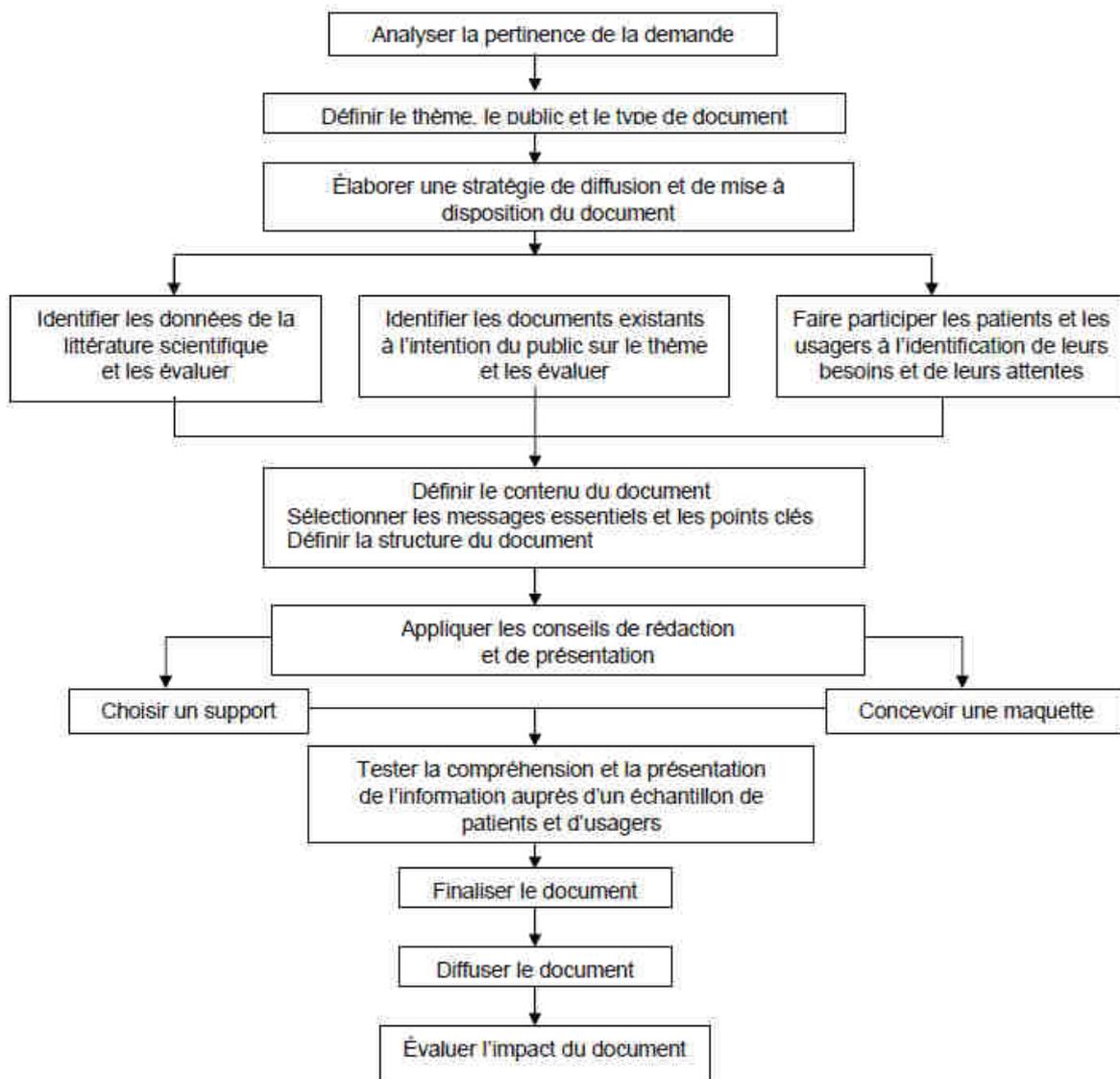
Ainsi, le choix d'un support de communication écrit pour compléter cette information nous semble judicieux. En effet, les effets bénéfiques et potentialisant de l'association de ce support avec la délivrance orale et les démonstrations ont déjà été montrés (II.3.1.1 et II.3.1.2). En outre, il permet un meilleur contrôle de l'information délivrée puisqu'elle est standardisée et choisie en amont par son concepteur. Le support écrit peut également servir de fil rouge à l'étudiant lors de ses explications orales et ainsi limiter les risques d'oubli mais également de support mémo-technique pour le patient qui pourra s'en servir afin de se remémorer de manière plus efficace les différents éléments de la consultation et s'en référer avant les séances ultérieures. Il est donc également utile en tant que moyen d'implication du patient dans le cadre des notions d'approche centrée sur le patient et de « patient empowerment ».

Le format spécifique du fascicule permet de condenser les informations les plus importantes dans un document de taille réduite et facilement stockable, transportable et distribuable. Il permet aussi d'intégrer facilement des illustrations en plus du contenu écrit. Nous nous attarderons sur les recommandations existantes quant à l'élaboration d'un tel support dans la partie suivante.

2. Recommandations de la HAS concernant l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé

2.1. Démarche préconisée par la HAS

Dans un guide méthodologique daté de 2008, la HAS recommande de suivre l'arborescence suivante lors de la rédaction d'un document d'information écrit et sur laquelle nous nous baserons pour l'élaboration de notre document (143) :



Dans le même document, les différentes étapes de la démarche sont décrites précisément et nous essayerons de nous y conformer par la suite.

2.2. Préparation à l'élaboration du fascicule

2.2.1. Analyser la pertinence de la demande

L'intérêt de concevoir un document d'information pour les patients du service de parodontologie se justifie par l'importance de la compliance en parodontologie telle que décrite dans la partie I où l'on a notamment pu voir l'intérêt de la mise en place d'une phase d'hygiène orale préalable au traitement. Il se justifie également par le besoin actuel d'information exprimé par les patients tel que décrit dans la partie II dans le cadre de l'approche centrée sur le patient recommandée à l'heure actuelle. En outre, comme expliqué précédemment, un tel document n'est actuellement pas existant au sein du département de parodontologie. L'objectif de notre démarche, à savoir favoriser la compliance des patients en parodontologie, nous semble légitime et pertinente puisque cela permet une meilleure prise en charge de la maladie parodontale et puisqu'elle est appuyée par des données scientifiques.

2.2.2. Définir le thème, le public et le type de document

Le thème du document, décrit par la HAS comme les messages essentiels à aborder touche ici à la compréhension de la maladie parodontale, de ses modalités de traitement et des moyens à mettre en œuvre par le patient afin de permettre son contrôle.

Le public ciblé est l'ensemble des patients admis au département de parodontologie du pôle de médecine et chirurgie bucco-dentaire des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg qui sont généralement adressés spécifiquement pour des problèmes parodontaux. On part donc du principe que la population cible est une population atteinte de maladie parodontale de manière consciente ou non. Son spectre est varié en termes d'âge et de caractéristiques socio-

culturelles. La plupart du temps, les patients admis en première consultation au service n'ont pas eu de traitements parodontaux préalables.

Le type de document choisi est un document écrit d'information de type fascicule tel que justifié en III.1.

2.2.3. Élaborer une stratégie de diffusion et de mise à disposition du document

Après avis initial de la commission des thèses, cette partie du travail devrait être réalisée dans une autre thèse distincte.

On peut néanmoins légitimement imaginer une distribution en main propre du document par l'étudiant lors de la phase d'enseignement à l'hygiène bucco-dentaire du bilan parodontal. Ce dernier est réalisé au début de la prise en charge de chaque patient nécessitant un suivi parodontal dans le département de parodontologie.

2.2.4. Identifier les données de la littérature scientifique et les évaluer

Cette étape correspond à la rédaction des parties I et II de cette thèse issue de recherches bibliographiques sur la compliance en parodontologie et sur les modalités d'information du patient.

2.2.5. Faire participer les patients et les usagers à l'identification de leurs besoins et de leurs attentes

En 2006, Attfield et al. (140) ont étudié le comportement d'un panel de patients anglais en matière de recherche d'information médicale. Cette équipe s'est penchée sur les éléments déclencheurs à la motivation des patients pour rechercher par eux même une information. Ils ont découvert que dans un désir d'utiliser les ressources des services de santé de manière judicieuse et efficace, certains patients avaient tendance à devancer voire compléter les informations reçues directement par leur praticien lorsqu'ils sont en attente d'un nouveau traitement ou après l'annonce d'un nouveau diagnostic.

En parodontologie, les patients semblent souvent très insatisfaits de l'approche préventive vis-à-vis de la parodontite. En 2002, Lee et al. ont déterminé que les deux principales attentes de leurs patients vis-à-vis de l'information médicale sont « le besoin de connaissance concernant la prévention de la maladie parodontale » et « le besoin de connaissance concernant les méthodes de contrôle des récurrences » (144). Le fascicule doit donc présenter un volet préventif permettant de répondre à ces attentes spécifiques. Fait intéressant, les patients ayant déjà reçu un traitement parodontal ont indiqué que les questions concernant la douleur associée au traitement, la peur du traitement ou le coût du traitement les préoccupaient et faisaient l'objet de recherche active de leur part. Cependant, cette population, non naïve pour la prise en charge parodontale n'est pas la cible principalement visée par notre fascicule.

2.2.6. Identifier les documents existants à l'intention du public sur le thème et les évaluer

Aucun fascicule écrit n'est actuellement exploité comme moyen d'information et de prévention des patients du département de parodontologie

des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. La Société Française de Parodontologie et Implantologie Orale a développé très récemment une plaquette d'information à l'usage des cabinets privés (145). Il nous paraissait intéressant de développer notre propre fascicule spécifique à l'exercice au pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaire. Enfin, de tels documents peuvent avoir été développés à des fins d'utilisations privées par certaines structures ou praticiens libéraux mais nous n'avons pas pu en prendre connaissance ni y avoir accès du fait de leur nature (documents non destinés à une large distribution).

2.2.7. Définir le contenu, les messages essentiels, les points clés et la structure du document

A la lumière de nos précédentes recherches, les objectifs spécifiques de notre document sont les suivants :

- Apporter des informations pour une meilleure compréhension de la maladie parodontale, de la nécessité et des modalités de son traitement afin d'aider à la prise de décision.
- Décrire les moyens à mettre en œuvre par le patient afin d'améliorer le contrôle de la maladie parodontale.
- Permettre un rappel des informations délivrées oralement et à l'aide de démonstrations.
- Obtenir une meilleure compliance du patient lors de son traitement au sein du département de parodontologie.
- Permettre un niveau de lecture et de compréhension accessible au plus grand nombre.
- Être facilement transportable et consultable rapidement par le patient.

Pour répondre à ces objectifs, notre fascicule contiendra plusieurs parties bien distinctes :

- Description de la maladie parodontale et de ses conséquences : identifier quel est le problème, sa cause et pourquoi le traiter est important.
- Description du traitement parodontal : quelle est la solution au problème, comment le traiter et quels sont les effets du traitement.
- Description des méthodes de prévention et de contrôle à appliquer par le patient : comment le patient peut s'impliquer dans la prise en charge de sa maladie.

Afin que le fascicule soit facilement transportable et consultable rapidement, nous pensons qu'un document au format de dépliant en 3 volets à partir d'un format A4 replié serait adapté dans le cadre de notre démarche.

2.2.8. Appliquer les conseils de rédaction et de présentation

La HAS regroupe ses conseils en 6 rubriques suivant la forme proposée par le Centre de formation et de perfectionnement des journalistes (146) :

- La sémantique : elle regroupe le langage et le choix des termes.
- La syntaxe : il s'agit de la longueur et de la complexité de phrases ainsi que de la fonction des mots en leur sein.
- La structure du texte : elle concerne la hiérarchie des informations et leur mise en évidence dans le texte.
- La charte graphique et visuelle : elle concerne le choix des caractères, de leur taille et police et le choix des couleurs au sein du document.
- Les tableaux et illustrations : elle concerne les conseils relatifs à la mise en place de photographies ou autres sources iconographiques dans le document
- La mise en page : il s'agit de la disposition du texte et des illustrations au sein du document.

Les principaux conseils sont résumés dans l'encadré suivant tiré du guide de la HAS (143) :

Encadré 1. Préférences des patients et des usagers pour la présentation des documents écrits.

😊	😞
<ul style="list-style-type: none">• ton positif, rassurant, encourageant, optimiste, constructif• information honnête, pratique, non condescendante• personnalisation : utilisation du « vous » plus impliquant• vocabulaire d'usage, clair, facile à lire et à comprendre• phrases courtes, explication des termes• texte concis, avec une structure visible• caractères lisibles• édition professionnelle• mélange équilibré du texte et des illustrations• éléments interactifs qui favorisent la participation active : liste de questions pour préparer une consultation, possibilité d'enregistrer des informations sur les symptômes et leur évolution, espace pour des notes personnelles	<ul style="list-style-type: none">• ton négatif, alarmiste, trop centré sur ce qui va mal• information masquant les problèmes réels• dépersonnalisation : parler des patients en général• langage et explications compliqués, texte mal écrit• texte trop long, termes trop techniques• texte trop dense et non structuré• taille trop petite des caractères• édition d'amateur, d'apparence « bon marché »• présentation triste, non attractive

Figure 1 : conseils sur la présentation des documents écrits à visée informative pour les patients d'après le guide de la HAS

La liste exhaustive de tous les conseils étant très longue, nous renvoyons le lecteur vers ce guide pour plus de détails. En supplément de ces conseils, nous avons également pris en compte des recommandations issues de quelques agences et départements d'universités américaines qui disposent d'une littérature fournie en la matière :

- Centers for Disease Control and Prevention (147).
- Agency for Healthcare Research and Quality (148).
- Center for Medicare and Medicaid Services (149).
- Health Literacy Studies, Harvard (150).

Nous avons essayé de condenser et prendre en compte ces différentes recommandations pour l'élaboration du fascicule. Elles pourraient toutes être regroupées également dans les différentes rubriques évoquées par la HAS et

nous invitons le lecteur à se référer aux diverses sources citées pour plus de détail.

3. Elaboration de la maquette du fascicule

Le travail de cette thèse se focalise sur la conception de la maquette du fascicule mais ne concerne pas son évaluation et sa diffusion. Pour rappel, nous avons choisi de concevoir un document écrit de type dépliant à 3 volets basé sur un format A4. Il devra répondre aux critères décrits en III.2.2.7.

3.1. Rédaction du script du document

Nous avons d'abord mis par écrit les informations que voulions voir figurer dans les 3 parties évoquées précédemment. Ces informations sont issues des sources documentaires de notre recherche bibliographique pour le premier chapitre de cette thèse traitant de la compliance en parodontologie. Nous avons déjà à ce stade appliqué les recommandations de la HAS en termes de rédaction notamment quant à la sémantique, la syntaxe et la structure du texte lors de cette étape afin de faciliter la conception de la maquette du dépliant.

Cela nous a permis de transposer le contenu de notre recherche bibliographique en message textuel à destination des patients. Nous avons porté une attention toute particulière à la simplification des structures de phrases, à l'utilisation de la voix active ainsi qu'à la personnalisation de l'information afin que le texte soit facilement accessible, compréhensible et puisse impliquer le patient.

C'est également à ce stade que nous avons défini la structure à adopter en termes d'enchaînement des informations au sein de notre document. Nous avons voulu donner une progression logique à notre propos. Nous avons ainsi débuté par la description de la maladie parodontale, de son origine et de ses effets sur la santé bucco-dentaire et générale. Nous avons donné à chacun de ces points un

paragraphe dédié pour que le patient puisse bien les identifier. Nous avons ensuite décidé de couvrir l'aspect préventif et curatif de la maladie d'abord au travers d'un paragraphe sur le rôle du patient au travers des techniques d'hygiène bucco-dentaire puis par un paragraphe sur le traitement de la maladie en milieu professionnel en nous basant sur le protocole appliqué au service de parodontologie. Nous avons également évoqué dans ce dernier paragraphe les effets secondaires potentiels du traitement parodontal non chirurgical. Enfin, nous avons voulu impliquer encore plus le patient en rédigeant une dernière partie sous forme de conseils à destination du patient suivant un modèle de question réponse avant de rappeler les points essentiels de notre document dans une conclusion. Ainsi, les 3 parties évoquées en III.2.2.7 sont abordées dans notre script et notre document répond aux recommandations de la HAS en termes de caractéristiques et contenu de l'information délivrée.

Après avoir décidé de la trame de notre fascicule avec ses différents paragraphes, titres et son contenu textuel futur, nous avons pu mettre en forme l'ensemble au travers du format de dépliant.

3.2. Conception de la maquette du dépliant

Nous avons choisi un format de papier A4 que nous plions ensuite en 3 pour donner un dépliant avec un rabat central dans un format réduit adapté au transport. Ce pliage nous donne 6 pages individuelles sur lesquelles il est possible d'intégrer du contenu tels que sur le schéma suivant :

Page 5 (Rabat)	Page 6	Page 1
-------------------	--------	--------

Page 2	Page 3	Page 4 (Rabat)
--------	--------	-------------------

Le logiciel Microsoft Word a été utilisé pour réaliser le fascicule. Nous avons ainsi placé nos différents paragraphes dans l'ordre chronologique déjà décrit précédemment. Pour la mise en page, nous avons fait attention à adopter un code de polices et de couleurs qui permet de bien identifier les titres et les différents points du texte au travers de l'utilisation de différentes tailles de polices, de l'utilisation du gras pour les titres et des marqueurs • et – pour hiérarchiser notre propos et créer de la structure. Nous avons également choisi de mettre en gras les

mots clefs du texte et nous avons eu recours à l'encadrement de manière parcimonieuse pour mettre en valeur certains passages du document. Le numéro des différentes pages est indiqué en bas à droite afin de pouvoir retrouver facilement le sens de lecture du dépliant.

Chaque page est dédiée à une thématique précise afin de structurer encore plus le document :

- Page 1 : description de la maladie parodontale (titre : La maladie parodontale).
- Page 2 : mécanisme et cause de la maladie parodontale (titre : Pourquoi j'ai attrapé cette maladie ?).
- Page 3 : conséquences bucco-dentaires et générales de la maladie parodontale (titres : Qu'est-ce que ça entraîne ? / Est-ce que c'est mauvais pour ma santé ?).
- Page 4 : le rôle du patient au quotidien dans la prise en charge de sa maladie (titre : J'ai un rôle à jouer).
- Page 5 : description de la prise en charge professionnelle et des effets du traitement (titre : Le rôle du dentiste).
- Page 6 : conseils sous forme de questions réponses et conclusions (titres : Les conseils pour votre maladie / Conclusions).

Nous avons adopté un code couleur simple à 3 couleurs (fond blanc, corps de texte noir et titres en rouge) pour que le document reste facilement lisible et nous avons été attentifs à laisser des espaces libres pour l'aérer. Nous avons également décidé d'intégrer des illustrations puisque ce mode de communication se combine bien au texte (II.3.1.2). Ainsi, la maquette contient des schémas que nous avons réalisé à l'aide du logiciel informatique paint.net ou des fonctions basiques de Microsoft Word mais aussi des images libres de droits trouvées dans des banques d'images telles que Wikimedia Commons et créditées dans le document si nécessaire. Leur but est d'habiller et d'illustrer le texte de certains paragraphes pour permettre une meilleure compréhension apporter une touche d'humour et un ton plus léger pour l'une d'entre elles.

Vous pourrez trouver la maquette finale de notre dépliant sur les deux pages suivantes de cette thèse.

La maladie parodontale

Les conseils pour votre maladie

- Comment savoir si ma gencive est inflammée ?
Une gencive inflammée est rouge et gonflée. Elle saigne facilement au brossage et à l'alimentation. Une gencive saine est rose pâle. Elle ne saigne pas au brossage.

- Que faire si mes gencives saignent au brossage ?

Les gencives saignent à cause de l'accumulation de plaque dentaire. Il faut donc brosser encore mieux aux endroits où elles saignent.

- Pourquoi la brosse à dents ne suffit pas ?

Une grande partie (35%) des surfaces dentaires n'est pas accessible à la brosse à dents. Vous devez donc toujours utiliser des brossettes interdentaires en plus de la brosse à dents.

- Je peux me guérir juste avec des médicaments ?

Non car les médicaments ne permettent pas d'enlever la plaque dentaire. Il faut l'action mécanique du brossage pour l'enlever.

Conclusions

- Votre maladie parodontale est causée par les bactéries de la plaque dentaire.
- La maladie au stade parodontite est irréversible et chronique mais elle se traite.
- Votre brossage dentaire et interdentaire doit être une priorité.
- Vous devez être suivi régulièrement par un dentiste.

Le rôle du dentiste

- Le bilan parodontal : votre chirurgien-dentiste évalue la gravité de votre maladie et vous propose un traitement adapté à vos besoins.

- Le traitement parodontal : Votre chirurgien-dentiste enlève les bactéries infectant les gencives par plusieurs moyens :

- Le traitement parodontal non chirurgical : votre chirurgien-dentiste enlève les bactéries par un détartrage et un surfaçage. Cela consiste à nettoyer la plaque et enlever les bactéries jusqu'au fond des poches parodontales. Votre chirurgien-dentiste aura besoin de plusieurs séances pour ce traitement. Vous devrez renouveler cette étape tant que la maladie reste active.
- Le traitement parodontal chirurgical : la chirurgie est parfois nécessaire si le traitement non

- La maintenance parodontale : La maladie parodontale est chronique et peut redevenir active des années après votre traitement. Vous serez vu en contrôle tous les 6 mois pour éviter la réactivation de votre maladie.

- Est-ce que ce traitement a des effets secondaires ?

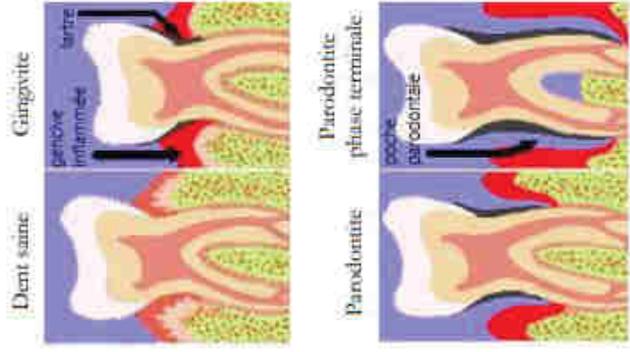
- Votre traitement va stopper l'évolution de la maladie en éliminant l'inflammation. Vos gencives vont donc dégonfler.
- Les racines des dents peuvent devenir visibles si votre maladie avait déjà détruit votre os. Les dents sont parfois plus sensibles au froid dans les semaines après le traitement. Ces phénomènes sont normaux et des solutions existent pour diminuer leur impact.

La maladie parodontale est une infection bactérienne inflammatoire de vos gencives et de l'os qui porte vos dents.

- Elle a plusieurs stades de gravité :

- La gingivite : vos gencives sont inflammées de façon réversible. L'os n'est pas touché.
- La parodontite : l'inflammation détruit vos gencives et votre os. Ils se détachent de vos dents ce qui crée un espace : la poche parodontale.

- La maladie est irréversible au stade parodontite. On dit qu'elle est chronique. Elle aboutit à la perte des dents.



Pourquoi j'ai attrapé cette maladie ?

- Votre maladie parodontale est causée par une **accumulation de bactéries** infectant les gencives.
- Elles s'accumulent sous forme de **plaque dentaire** et de **tartre**. Cela arrive à cause d'un **manque de brossage**.



- Cette accumulation crée des **poches parodontales**.
- Les bactéries se déplacent sous la gencive dans les **poches parodontales** si elles ne sont pas enlevées.
- Les bactéries dans les **poches parodontales** entraînent la **maladie**.
- Votre **maladie** peut aussi être aggravée par des **facteurs de risque** : tabac, stress, alimentation ou diabète par exemple.



Des bactéries infectent vos gencives

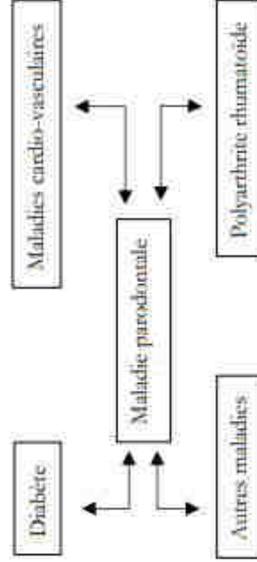
Crédit : - plaque dentaire : Just Jules / CC-BY-SA 4.0
- dessin : Gaspard / CC-BY-SA 3.0

Qu'est-ce que ça entraîne ?

- La maladie parodontale est **indolore** au début. Vous ne la remarquez pas.
- Des **symptômes** apparaissent quand votre maladie s'aggrave :
 - Gencives **rouges** et **gonflées**
 - Gencives **douloureuses**
 - Gencives qui **saignent** lors du brossage ou de l'alimentation
 - Mauvaise **haléine**
 - **Déchaussement** des dents : les **racines** deviennent **visibles**
 - Dents qui **bougrent**
 - Dents qui **s'écartent**
 - Dents qui **tombent**

Est-ce que c'est mauvais pour ma santé ?

- **Oui** car la maladie parodontale est associée à **plusieurs autres maladies** :
- Elle peut **aggraver** et être **aggravée** par d'autres **maladies chroniques** :



- Si vous **traitez** votre maladie parodontale, vous aidez à **traiter** ces autres **maladies**.

J'ai un rôle à jouer

Vous **augmenterez beaucoup** les **résultats** du traitement parodontal avec une **hygiène bucco-dentaire** adéquate.

- **Le brossage de dents** :
 - Brossez-vous les dents **2 fois par jour** le matin et le soir pendant **2 minutes**. Utilisez une **brosse à dent à poils souples** manuelle ou électrique en fonction des recommandations de votre chirurgien-dentiste.



- **Les brossettes interdentaires = indispensables**
 - Utilisez des **brossettes interdentaires** pour compléter votre brossage.
 - Leur usage est **indispensable** car il est prouvé que la brosse à dents n'accède pas à la zone entre les dents.



- **Les médicaments** : Les bains de bouche et antibiotiques sont à prendre **seulement sur recommandation** de votre chirurgien-dentiste.

Crédit : - image de brosse : Clairemouk / CC-BY-SA 4.0

3.3. Niveau de lecture

Dans le processus de conception, la HAS préconise de tester le niveau de lecture des documents d'information écrits à l'aide de l'indice de Rudolf Flesch et du Fog Index qui sont des tests conçus pour déceler le niveau d'études nécessaire à la compréhension d'un texte en anglais (143).

Nous avons utilisé un site internet (151) afin d'effectuer l'analyse sémantique et de syntaxe de notre dépliant qui sont nécessaires afin d'obtenir les résultats de ces tests. Pour notre texte, nous avons obtenu un score de 27 à l'indice de Rudolf Flesch et de 13 au Fog Index. Ces scores indiquent un texte très difficile à comprendre de niveau universitaire si on se fie aux barèmes appliqués dans leur description.

Après ces résultats, nous nous sommes interrogés sur la pertinence d'utilisation de tests destinés à la langue anglaise pour un document rédigé en français et nous avons recherché d'autres tests ou outils plus adaptés à la langue française. Il se trouve que la littérature française sur le sujet reprend les travaux anglophones pour les transposer à notre langue (152). Cependant quelques outils accessibles en ligne se proposent d'évaluer le niveau de lecture des textes en français :

- Le site Scolarius indique se baser sur la « Flesh Formula » (Rudolf Flesch, 1951), la « Gunning Formula » (Robert Gunning, 1952), la « Fry Formula » (Edward B. Fry, 1968) ainsi que sur la « Easy Listening Formula » (Irving Fang, 1966) et nous octroie un score de 85 qui correspond à un niveau de compréhension d'école primaire (153).
- Le site Translated labs (154) utilise l'indice Gulpease (155) qui est un indice italien pour l'appliquer au français et nous donne une facilité de lecture dite moyenne correspondant à un niveau situé entre école primaire et collègue.

- Un dérivé de l'indice de Rudolf Flesch a aussi été conçu pour l'espagnol, une autre langue latine proche du français. Il s'agit de l'indice de Szigriszt Pazos pour lequel notre texte obtient un 75 ce qui correspond à un niveau de compréhension d'un enfant âgé de 12 ans (156).

Ainsi, les méthodes ou tests plus adaptés aux langues latines octroient un niveau de lecture bien plus abordable que ceux destinés à l'anglais pour notre dépliant. Cela peut s'expliquer par la sémantique et la syntaxe plus simples de la langue anglaise. La HAS n'évoque pas ces tests mais il nous semblait intéressant de les mentionner car ils apportent un autre éclairage sur le niveau de lecture de notre document. Si l'on se fie seulement aux tests recommandés par la HAS, on peut conclure que notre dépliant est trop compliqué à comprendre pour une majeure partie de la population ciblée par notre dépliant alors que si on prend en compte les autres tests cités, notre dépliant paraît bien plus abordable.

3.4. Discussions

Nous pensons que notre document remplit bien la majorité des objectifs qui étaient fixés en III.2.2.7. Malgré tout, on a pu voir que son niveau de lecture peut être sujet à débat compte tenu de la nature des tests utilisés. Il serait intéressant de concevoir et distribuer un questionnaire complémentaire à destination des usagers pour pouvoir mieux cerner la manière dont notre document est compris et jugé.

De plus, il faudrait étudier l'impact de notre document sur l'amélioration de la compliance des patients en réalisant par exemple une étude cas-témoin.

En outre, ce document n'a pas été conçu par le procédé de discussions multidisciplinaires ou avec la collaboration de patients comme peut le recommander la HAS. Cela constitue une limite à notre travail car malgré nos

efforts pour être objectifs, nous gardons un statut de praticien qui a pu influencer la conception du document. Cela peut ainsi limiter sa vocation de placer le patient en tant qu'acteur de sa maladie comme il était souhaité au départ. Nous ne sommes pas non plus experts en conception de documents et en communication et une aide extérieure provenant de ce milieu aurait pu être intéressantes afin de multiplier les points de vue.

Enfin, le format restreint du dépliant nous a obligé à effectuer une sélection des informations que nous avons jugées les plus pertinentes afin de pouvoir diffuser notre message à la population ciblée dans le respect des recommandations actuelles et des normes actuelles de la science. Nous avons essayé d'être complet et de concilier information claire, précise mais néanmoins compréhensible. Là encore, un questionnaire complémentaire pourrait être utile afin de vérifier si ces objectifs que nous pensons remplis sont perçus de la même manière par les patients.

CONCLUSIONS

Notre travail de thèse est le fruit d'une réflexion autour de la problématique du renforcement de la compliance des patients du département de parodontologie du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaire des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

La compliance du patient est un élément fondamental de la réussite du traitement en parodontologie. Le chirurgien-dentiste doit contrôler les deux problématiques suivantes : s'assurer que le patient a bien compris dès le début son rôle dans la réussite du traitement parodontal et lui permettre de maintenir cette motivation au long cours. Or, nous savons que l'observance et le comportement du patient vis-à-vis de son hygiène orale et de son hygiène de vie s'écarte des recommandations du praticien avec le temps. Dès lors, l'obtention et le maintien de la compliance du patient en parodontologie nécessite des efforts pour être améliorée

Dans le contexte actuel, ces efforts se traduisent notamment par la nécessité d'améliorer la qualité de l'information délivrée par le professionnel de santé au patient. S'il est vrai que l'information du patient est une obligation déontologique et légale traduisant une évolution de la relation patient-praticien vers un modèle « centré sur le patient », au fil du temps, elle est également devenue un outil très puissant dans le but d'obtenir cette fameuse compliance tant désirée. Or nous avons découvert que le medium vecteur de l'information et le contenu de l'information transmise impactent la perception par le patient de sa place dans la réussite de son traitement et donc son implication. Le choix du moyen de transmission de l'information médicale est donc crucial pour que le patient puisse se positionner en tant qu'acteur dans le cadre de son traitement. Cette forme de « patient empowerment » augmentant significativement l'observance de nos patients, il nous revient donc, en qualité de professionnels de santé, de l'utiliser à bon escient et donc de connaître ses tenants et aboutissants et la façon dont elle est aujourd'hui encouragée et encadrée.

Notre thèse nous a permis de comprendre que l'information médicale doit être véhiculée par plusieurs voies pour être intégrée. La méthode du « dire, montrer, faire »,

efficace pour une adhésion initiale à un discours médical ne permet pas d'obtenir une compliance au long cours pour un grand nombre de patients. Il nous est apparu que le fait de compléter le discours oral et la démonstration par un fascicule écrit à destination du patient permet à ces derniers de revenir sur les notions évoquées durant la séance d'enseignement et motivation à l'hygiène orale au fauteuil pour mieux les comprendre et les appliquer. Nous avons ainsi décidé de concevoir un fascicule sous forme de dépliant à destination des patients. Aidés par les recommandations de la HAS et en suivant un cheminement précis, nous avons pu utiliser le travail de recherche bibliographique effectué en première partie de cette thèse afin de concevoir pas à pas une maquette de dépliant. En réalisant ce travail, nous avons pu constater que la conception d'un document à destination des patients n'est pas simple et répond à de nombreuses règles qui doivent être appliquées sous peine de ne pas avoir les effets escomptés par le concepteur. Cette maquette porte ainsi de nombreuses ambitions. Une éventuelle étude future suite à sa distribution pourra nous dire si notre dépliant est bien accueilli et si sa vocation de renforcer l'adhésion et l'observance du patient à son traitement est une réalité.

Concevoir ce fascicule a été une très bonne expérience. Le fil conducteur a été d'essayer de se mettre à la place du patient à tous les moments de sa conception et de trouver les meilleurs moyens de lui délivrer une information qui puisse lui être utile et pertinente. Nous espérons avoir réussi en cela même si nous sommes conscients que notre travail a aussi ses propres limites et qu'il pourrait gagner à être complété ou poursuivi à l'avenir.

PAGE DES SIGNATURES

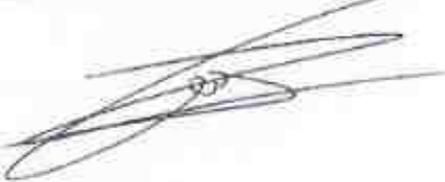
SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : BIEGLE Valentin

Titre de la thèse : Elaboration d'un fascicule de promotion de la santé bucco-dentaire à destination des patients du département de parodontologie du pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-dentaire des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Directeur de thèse : Docteur Catherine PETIT



VU

Strasbourg, le :

Le Président du Jury,



Professeur O. HUCK



VU

Strasbourg, le : 24 JUIN 2021

Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,



Professeur C. TADDEI-GROSS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - parodonte [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/parodonte/15184>
2. Chapple ILC, Mealey BL, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S68–S77. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12940>
3. Michel Goldberg, Jean-Luc Ardouin, Yann Barrandon, Jean-Pierre Bernimoulin, Martine Bonnaure-Mallet, et al. Maladies parodontales: thérapeutiques et prévention. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 1999, 256 p., figures, tableaux. hal-01570658
4. Elsevier. Anatomie dentaire [Internet]. Elsevier Connect. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/anatomie-dentaire>
5. Stamm JW. Epidemiology of gingivitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 1986;13(5):360-6.
6. Page RC. Gingivitis*. *Journal of Clinical Periodontology*. 1986;13(5):345-55.
7. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Non–plaque-induced gingival diseases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2018;45(S20):S28-43.
8. Caton J, Armitage G, Berglundh T, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol*. 2018;89(Suppl 1):S1–S8. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0157>
9. Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Annals of Periodontology*. 1999;4(1):1-6.
10. Loe H, Anerud A, Boysen H, Smith M. The natural history of periodontal disease in man. The rate of periodontal destruction before 40 years of age. *J Periodontol*. déc 1978;49(12):607-20.
11. Loe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol*. mai 1986;13(5):431-45.

12. Socransky SS, Haffajee AD, Goodson JM, Lindhe J. New concepts of destructive periodontal disease. *J Clin Periodontol.* janv 1984;11(1):21-32.
13. Gilthorpe MS, Zamzuri AT, Griffiths GS, Maddick IH, Eaton KA, Johnson NW. Unification of the « Burst » and « Linear » Theories of Periodontal Disease Progression: A Multilevel Manifestation of the Same Phenomenon. *J Dent Res.* 1 mars 2003;82(3):200-5.
14. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948
15. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - observance thérapeutique [Internet]. [cité 18 janv 2021]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/observance_therapeutique/185323
16. Debout C. Compliance. In : Formarier M éd. *Les Concepts en Sciences Infirmières.* 2ème édition. Toulouse, Association de Recherche en Soins infirmiers; 2012. P112-114.
17. Periodontal Country Profiles [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <https://www5.dent.niigata-u.ac.jp/~prevent/periodo/contents.html>.
18. Sanz M, D'Aiuto F, Deanfield J, Fernandez-Avilés F. European workshop in periodontal health and cardiovascular disease-scientific evidence on the association between periodontal and cardiovascular diseases: A review of the literature. *Eur Heart J Suppl.* 2010;12(Suppl B):B3–12.
19. Nazir MA. Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *Int J Health Sci (Qassim).* 2017;11(2):72-80.
20. Bahekar AA, Singh S, Saha S, Molnar J, Arora R. The prevalence and incidence of coronary heart disease is significantly increased in periodontitis: A meta-analysis. *American Heart Journal.* 1 nov 2007;154(5):830-7.
21. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the Prevention of Periodontal Disease: The WHO Approach. *Journal of Periodontology.* 2005;76(12):2187-93.

22. Albano MG, d'Ivernois JF, Andrade V de, Levy G. Patient education in dental medicine: A review of the literature. *European Journal of Dental Education*. 2019;23(2):110-8.
23. Chapple ILC, Weijden FAV der, Doerfer C, Herrera D, Shapira L, Polak D, et al. Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *Journal of Clinical Periodontology*. 2015;42(S16):S71-6.
24. Weijden FAV der, Slot DE. Efficacy of homecare regimens for mechanical plaque removal in managing gingivitis a meta review. *Journal of Clinical Periodontology*. 2015;42(S16):S77-91.
25. Sälzer S, Slot DE, Van der Weijden FA, Dörfer CE. Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis--a meta-review. *J Clin Periodontol*. avr 2015;42 Suppl 16:S92-105.
26. Tonetti MS, Eickholz P, Loos BG, Papapanou P, Velden U van der, Armitage G, et al. Principles in prevention of periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*. 2015;42(S16):S5-11.
27. Petersilka GJ, Ehmke B, Flemmig TF. Antimicrobial effects of mechanical debridement. *Periodontology 2000*. 2002;28(1):56-71.
28. Graziani F, Karapetsa D, Alonso B, Herrera D. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? *Periodontology 2000*. 2017;75(1):152-88.
29. Graetz C, Plaumann A, Schlattmann P, Kahl M, Springer C, Sälzer S, et al. Long-term tooth retention in chronic periodontitis – results after 18 years of a conservative periodontal treatment regimen in a university setting. *Journal of Clinical Periodontology*. 2017;44(2):169-77.
30. Graetz C, Sälzer S, Plaumann A, Schlattmann P, Kahl M, Springer C, et al. Tooth loss in generalized aggressive periodontitis: Prognostic factors after 17 years of supportive periodontal treatment. *J Clin Periodontol*. juin 2017;44(6):612-9.
31. Lee CT, Huang HY, Sun TC, Karimbux N. Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Dent Res*. juin 2015;94(6):777-86.
32. Preus HR, AL-Lami Q, Baelum V. Oral hygiene revisited. The clinical effect of a prolonged oral hygiene phase prior to periodontal therapy in

- periodontitis patients. A randomized clinical study. *Journal of Clinical Periodontology*. 2020;47(1):36-42.
33. Wilson TG. Compliance and its role in periodontal therapy. *Periodontology* 2000. 1996;12(1):16-23.
 34. Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag*. sept 2005;1(3):189-99.
 35. Mendoza AR, Newcomb GM, Nixon KC. Compliance With Supportive Periodontal Therapy. *Journal of Periodontology*. 1991;62(12):731-6.
 36. Ojima M, Hanioka T, Shizukuishi S. Survival analysis for degree of compliance with supportive periodontal therapy. *Journal of Clinical Periodontology*. 2001;28(12):1091-5.
 37. Cohen RE, Research, Science and Therapy Committee, American Academy of Periodontology. Position paper: periodontal maintenance. *J Periodontol*. sept 2003;74(9):1395-401.
 38. Shiva CYK, Mukta VS, Vinay KM. Patient Education and Motivation. *Adv Dent & Oral Health*. 2017; 7(1): 555708. DOI: 10.19080/ADOH.2017.07.555708
 39. Vatne JF, Gjermo P, Sandvik L, Preus HR. Patients' perception of own efforts versus clinically observed outcomes of non-surgical periodontal therapy in a Norwegian population: an observational study. *BMC Oral Health* [Internet]. 17 mai 2015 [cité 20 févr 2020];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4443543/>
 40. Winning L, Linden GJ. Periodontitis and systemic disease. *BDJ Team*. 27 nov 2015;2(10):1-4.
 41. Tonetti MS, Dyke TEV. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Periodontology*. 2013;84(4S):S24-9.
 42. Chapple ILC, Genco R. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Periodontology*. 2013;84(4S):S106-12.
 43. Sanz M, Kornman K. Periodontitis and adverse pregnancy outcomes: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Periodontology*. 2013;84(4S):S164-9.
 44. Linden GJ, Herzberg MC. Periodontitis and systemic diseases: a record of discussions of working group 4 of the Joint EFP/AAP Workshop on

- Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Periodontology*. 2013;84(4S):S20-3.
45. Arigbede AO, Babatope BO, Bamidele MK. Periodontitis and systemic diseases: A literature review. *J Indian Soc Periodontol*. 2012;16(4):487-91.
 46. Edelstein L. A history of medicine. *Archives of Internal Medicine*. 1937;5:201.
 47. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*. 1 févr 2007;5(1):57-65.
 48. Singer C. Hippocrates and the Hippocratic Collection. *Encyclopedia Britannica*. 2000;11:583.
 49. Serment d'Hippocrate (texte original) - Ordre des médecins - Ordomedic [Internet]. [cité 4 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/serment-hippocrates/>
 50. Nicoud M. Éthique et pratiques médicales aux derniers siècles du Moyen Âge. *Médiévales Langues, Textes, Histoire*. 1 juin 2004;(46):5-10.
 51. Jewson N. Disappearance of the sickman from medical cosmologies 1770-1870. *Sociology*. 1976;10:225-44.
 52. Breuer J, Freud S. Studies on Hysteria. In: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press, Ltd.; 1955.
 53. Szasz T, Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*. 1956;97:585-92.
 54. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher: apports croisés de la littérature. *Sante Publique*. 2007;Vol. 19(5):413-25.
 55. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pittman Medical; 1964.
 56. Cerezo PG, Juvé-Udina ME, Delgado-Hito P. Concepts and measures of patient empowerment: a comprehensive review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. août 2016;50(4):667-74.
 57. Byrne P, Long B. Doctors talking to patients. HMSO. London; 1976.

58. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*. oct 2000;51(7):1087-110.
59. Stewart M, Brown J, Weston W. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. Sage. London; 1995.
60. Balint M, Courtenay M, Elder A. *The doctor, the patient and the group Balint revisited*. London: Routledge; 1993.
61. Winefield H, Murrell T, Clifford J. The search for reliable and valid measures of patient-centredness. *Psychol Health*. 1996;11:811-24.
62. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
63. Mésenge C. La dent : la douleur, le patient et le praticien. In : *La douleur dentaire*. Editions CREAMFIRST. 2002. P44 – 47.
64. Sondell K, Söderfeldt B. Dentist—Patient Communication: A Review of Relevant Models. *Acta Odontologica Scandinavica*. janv 1997;55(2):116-26.
65. Gale E, Carlsson S, Ericsson A, Jontell M. Effects of dentists' behavior on patients' attitudes. *J Am Dent Ass*. 1984;109:444-6.
66. Schouten B, Hoogstraten J, Eijkman M. Dutch dental patients on informed consent: knowledge, attitudes, self efficiency and behavior. *Patient Educ Counsel*. 2002;46:47-54.
67. Freeman R. A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction. *Br Dent J*. 1999;186:503-6.
68. Joffe H. Adherence to health messages. A social and psychological perspective. *Int Dent J*. 2000;50:295-303.
69. Breuers J, Felling A, Truin G, et al. Patient orientation and professional orientation of Dutch dentists. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32:115-24.
70. Education Thérapeutique du Patient [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 1998 [cité 08 oct 2020]. Disponible sur : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
71. Code de déontologie médicale [Internet]. Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre. 2019 [cité 08/10/2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

72. L'information du patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/linformation-patient>)
73. Dentistes ON des C. Consulter le Code de déontologie [Internet]. 2009 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/index.php?id=32>
74. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=CCD6FBA8465EC33EEA8845FDF8F99258.tplqfr42s_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200429
75. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
76. Section 1 : Principes généraux (Articles L1111-1 à L1111-9) - Légifrance [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006185255/2020-04-29/>
77. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2012 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
78. Droits des usagers : Information et orientation [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 9 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1715928/fr/droits-des-usagers-information-et-orientation
79. What is a "Charter of Rights" and what is needed for [Internet]. Active Citizenship Network. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.activecitizenship.net/charter-of-rights/what-is-a-charter-of-rights-and-what-is-needed-for.html>
80. European Charter of Patient's Rights [Internet]. Active Citizenship Network. 2002 [cité 12 oct 2020]. Disponible sur : http://www.activecitizenship.net/images/patientsrights/poster_france.pdf
81. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé

transfrontaliers – eur-lex [Internet]. [cité 12 oct 2020]. Disponible sur : <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:FR:P>
DF

82. Guide pédagogique de l’OMS pour la sécurité des patients édition multiprofessionnelle [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2015 [cité 12 oct 2020] ; 192-208. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250728/9782111395572-fre.pdf?sequence=1>
83. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. Effective Teaching Strategies and Methods of Delivery for Patient Education: A Systematic Review and Practice Guideline Recommendations. *J Canc Educ*. 1 mars 2011;26(1):12-21.
84. Fisch, M., Unverzagt, E., Hanna, M., Bledsoe, P., Menke, C., & Cornetta, K. Information preferences, reading ability, and emotional changes in outpatients during the process of obtaining informed consent for autologous bone-marrow transplantation. *Journal of Cancer Education*. 1998 ;13 :71–75.
85. Johansson, S., Steineck, G., Hursti, T., Fredrikson, M., Furst, C.J., & Peterson, C. Aspects of patient care: Interviews with relapse-free testicular cancer patients in Stockholm. *Cancer Nursing*. 1992 ;15 : 54–60.
86. Puro H, Pakarinen P, Korttila K, Tallgren M. Verbal information about anesthesia before scheduled surgery – contents and patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*. 1 mars 2013;90(3):367-71.
87. Capuzzo M, Landi F, Bassani A, Grassi L, Volta CA, Alvisi R. Emotional and interpersonal factors are most important for patient satisfaction with anaesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005;49:735–42.
88. Theis SL, Johnson JH. Strategies for teaching patients: a meta-analysis. *Clin Nurse Spec*. 1995 ;9:100–120.
89. Chelf JH, Agre P, Axelrod A, Cheney L, Cole DD, Conrad K, et al. Cancer-Related Patient Education: An Overview of the Last Decade of Evaluation and Research. 2001;28(7):12.
90. Andersson V, Otterstrom-Rydberg E, Karlsson A-K. The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. *Pain Management Nursing*. 1 oct 2015;16(5):634-41.

91. Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Educ Res.* 1 août 2005;20(4):423-9.
92. Cheema E, Sutcliffe P, Weickert MO, Singer DRJ. A randomised controlled trial of the impact of structured written and verbal advice by community pharmacists on improving hypertension education and control in patients with high blood pressure. *Eur J Clin Pharmacol.* 2018;74(11):1391-5
93. Bo M, Amprino V, Dalmaso P, Argentero PA, Zotti CM. Written versus verbal information for patients' education on healthcare-associated infections: a cross-sectional study. *Journal of Hospital Infection.* 1 déc 2015;91(4):358-61.
94. Misra S, Daly B, Dunne S, Millar B, Packer M, Asimakopoulou K. Dentist–patient communication: what do patients and dentists remember following a consultation? Implications for patient compliance. *Patient Prefer Adherence.* 17 juin 2013;7:543-9.
95. Rozier RG, Horowitz AM, Podschun G. Dentist-patient communication techniques used in the United States: The results of a national survey. *The Journal of the American Dental Association.* 1 mai 2011;142(5):518-30.
96. Amoo-Achampong F, Vitunac DE, Deeley K, Modesto A, Vieira AR. Complex patterns of response to oral hygiene instructions: longitudinal evaluation of periodontal patients. *BMC Oral Health.* 2 mai 2018;18(1):72.
97. Kay E, Vascott D, Hocking A, Nield H, Dorr C, Barrett H. A review of approaches for dental practice teams for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* 2016;44(4):313-30.
98. Van der Weijden F, Else Slot D. Oral hygiene in the prevention of periodontal diseases: the evidence. *Periodontology 2000.* 2011;55:104-23.
99. Watt R, Marinho V. Does oral health promotion improve oral hygiene and gingival health? *Periodontology 2000.* 2005;37:35-47.
100. Moerenhout T, Borgermans L, Schol S, Vansintejan J, Van De Vijver E, Devroey D. Patient health information materials in waiting rooms of family physicians: do patients care? *Patient Prefer Adherence.* 4 juin 2013;7:489-97.
101. Maskell K, McDonald P, Paudyal P. Effectiveness of health education materials in general practice waiting rooms: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* déc 2018;68(677):e869-76.

102. Gaston CM, Mitchell G. Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 1 nov 2005;61(10):2252-64.
103. Walker JA. What is the effect of preoperative information on patient satisfaction? *British Journal of Nursing*. 2007;16(1):27-32.
104. McPherson CJ, Higginson IJ, Hearn J. Effective methods of giving information in cancer: a systematic literature review of randomized controlled trials. *J Public Health (Oxf)*. 1 sept 2001;23(3):227-34.
105. Protheroe J, Estacio EV, Saidy-Khan S. Patient information materials in general practices and promotion of health literacy: an observational study of their effectiveness. *Br J Gen Pract*. mars 2015;65(632):e192-7.
106. Michielutte R, Bahnson J, Dignan M, Schroeder EM. The use of illustrations and narrative text style to improve readability of a health education brochure. *Journal of Cancer Education*. 1992;7:251-60.
107. Zarcadoolas C. The simplicity complex: exploring simplified health messages in a complex world. *Health Promot Int*. 1 sept 2011;26(3):338-50.
108. Dixon-Woods M. Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Social Science & Medicine*. 1 mai 2001;52(9):1417-32.
109. Insua A, Monje A, Wang H-L, Inglehart M. Patient-Centered Perspectives and Understanding of Peri-Implantitis. *Journal of Periodontology*. 2017;88(11):1153-62.
110. Patel JH, Moles DR, Cunningham SJ. Factors affecting information retention in orthodontic patients. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1 avr 2008;133(4, Supplement):S61-7.
111. Thickett E, Newton JT. Using written material to support recall of orthodontic information: a comparison of three methods. *Angle Orthod*. 2006;76(2):243–250.
112. Al Bardaweel S, Dashash M. E-learning or educational leaflet: does it make a difference in oral health promotion? A clustered randomized trial. *BMC Oral Health*. 10 mai 2018;18(1):81.
113. Mun S-J, Chung W-G, Min S-H, Park J-K, Kim C-B, Kim N-H, et al. Reduction in dental plaque in patients with mental disorders through the dental

- hygiene care programme. *International Journal of Dental Hygiene*. 2014;12(2):133-40.
114. Fox MP. A systematic review of the literature reporting on studies that examined the impact of interactive, computer-based patient education programs. *Patient Education and Counseling*. 1 oct 2009;77(1):6-13.
115. Lewis D. Computers in patient education. *Comput Inform Nurs*. 2003;21:88-96.
116. Wofford J, Smith E, Miller D. The multimedia computer for office-based patient education: a systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2005;59:148-57.
117. Trevena LJ, Barratt A, Butow P, Caldwell P. A systematic review on communicating with patients about evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2006;12(1):13-23.
118. Ryhänen AM, Siekkinen M, Rankinen S, Korvenranta H, Leino-Kilpi H. The effects of Internet or interactive computer-based patient education in the field of breast cancer: A systematic literature review. *Patient Education and Counseling*. 1 avr 2010;79(1):5-13.
119. Beranova E, Sykes C. A systematic review of computer-based softwares for educating patients with coronary heart disease. *Patient Education and Counseling*. 1 avr 2007;66(1):21-8.
120. Gysels M, Higginson IJ. Interactive technologies and videotapes for patient education in cancer care: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Support Care Cancer*. 1 janv 2007;15(1):7-20.
121. Salonen A, Ryhänen AM, Leino-Kilpi H. Educational benefits of Internet and computer-based programmes for prostate cancer patients: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 1 janv 2014;94(1):10-9.
122. Stoop AP, van't Riet A, Berg M. Using information technology for patient education: realizing surplus value? *Patient Education and Counseling*. 1 août 2004;54(2):187-95.
123. Chestnutt I. The nature and quality of periodontal related patient information on the world-wide web. *British Dental Journal*. 2002;193(11):657-9.
124. Santo A, Laizner AM, Shohet L. Exploring the value of audiotapes for health literacy: a systematic review. *Patient Education and Counseling*. 1 sept 2005;58(3):235-43.

125. McClement SE, Hack TF. Audio-taping the oncology treatment consultation: a literature review. *Patient Education and Counseling*. 1 mars 1999;36(3):229-38.
126. Tattersall MH, Butow PN. Consultation audio tapes: an underused cancer patient information aid and clinical research tool. *The Lancet Oncology*. 1 juill 2002;3(7):431-7.
127. Scott JT, Entwistle VA, Sowden AJ, Watt I. Giving tape recordings or written summaries of consultations to people with cancer: a systematic review. *Health Expectations*. 2001;4(3):162-9.
128. Bruera E, Pituskin E, Calder C, Neumann CM, Hanson J. The addition of an audiocassette recording of a consultation to written recommendations for patients with advanced cancer. *Cancer*. 1999;86:2420-5.
129. Hoseini S, Soltani F, Beygi MB, Zarifsanee N. The effect of educational audiotape programme on anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(11-12):1613-9.
130. Davison BJ, Degner LF. Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nurs*. 1997;20:187-96.
131. Dunn SM, Butow PN, Tattersall MH, Jones QJ, Sheldon JS, Taylor JJ, et al. General information tapes inhibit recall of the cancer consultation. *J Clin Oncol*. 1993;11:2279-85.
132. Jeste D, Dunn L, Folsom D, Zisook D. Multimedia educational aids for improving consumer knowledge about illness management and treatment decisions: a review of randomized controlled trials. *J Psychiatr Res*. 2008;42:1-21.
133. Meilleur KG, Littleton-Kearney MT. Interventions to improve patient education regarding multifactorial genetic conditions: A systematic review. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2009;149A(4):819-30.
134. Synnot A, Ryan R, Prictor M, Fetherstonhaugh D, Parker B. Audio-visual presentation of information for informed consent for participation in clinical trials. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 [cité 5 nov 2020];(5). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003717.pub3/full?highlightAbstract=informed%7Cparticipation%7Cinform%7Cin%7Cfor%7C>

- particip%7Cconsent%7Ctrial%7Cpresentation%7Cclinical%7Ctriangles%7Caudi%
7Cfour%7Cof%7Cvisual%7Cinformation%7Caudio%7Cclinic%7Cpresent
135. Oblinger D. The next generation of educational engagement. *Journal of Interactive Media in Education*. 2004;8:1-18.
 136. Papastergiou M. Exploring the potential of computer and video games for health and physical education: A literature review. *Computers & Education*. 1 nov 2009;53(3):603-22.
 137. Kato PM. Video Games in Health Care: Closing the Gap. *Review of General Psychology*. juin 2010;14(2):113-21.
 138. Ashkenazi M, Baruch O, Levin L. Oral hygiene instructions provided by dental hygienists: Results from a self-report cohort study and a suggested protocol for oral hygiene education. *Quintessence international* (Berlin, Germany : 1985). 26 févr 2014;45:265-9.
 139. Kakar H, Gambhir RS, Singh S, Kaur A, Nanda T. Informed consent: Corner stone in ethical medical and dental practice. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 1 janv 2014;3(1):68-71.
 140. Attfield S, Adams A, Blandford A. Patient information needs: Pre- and post-consultation. *Health informatics journal*. 1 juill 2006;12:165-77.
 141. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et usagers du système de santé. Critères d'évaluation de la qualité des documents écrits d'information [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2008 [cité 07/11/2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_recommandations.pdf
 142. Treacy JT, Mayer DK. Perspectives on cancer patient education. *Semin Oncol Nurs*. févr 2000;16(1):47-56.
 143. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2008 [cité 04 mars 2021]. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/elaboration_doc_info_patients_rap.pdf
 144. Lee JM, Song KB, Sohn HY, Jeong SH, Kwon HK. Comparison between patient expectation before and satisfaction after periodontal surgical treatment. *J Periodontol*. 1 sept 2002;73(9):1037-42.

145. Ce que vous devez savoir sur les maladies parodontales [Internet]. SFPIO. [cité 25 juin 2021]. Disponible sur : https://www.sfpio.com/images/Articles/Aperçu_plaquette_Mal_Paro.pdf
146. Guéry L. Le secrétariat de rédaction. De la copie à la maquette de mise en page. Paris: Éditions du Centre de formation et de perfectionnement des journalistes; 1990.
147. Simply Put, A guide for creating easy-to-understand materials, Third Edition [Internet]. Center for Disease Control and Prevention. 2009 [cité 08 mars 2021]. Disponible sur : https://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/simply_put.pdf
148. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, DeWalt DA, Brach C, Cifuentes M, Albright K, West, DR. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition. (Prepared by Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus under Contract No. HHS290200710008, TO#10.) AHRQ Publication No. 15-0023-EF. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. January 2015
149. Toolkit for Making Written Material Clear and Effective [Internet]. Center for Medicare and Medicaid Services. 2010 [cité 08 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit>
150. Rudd RE. Assessing and Developing Health Materials [Internet]. Health Literacy Studies. 2012 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/practice/innovative-actions/>
151. Séparateur de syllabes [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.separarensilabas.com/index-fr.php>
152. Benoit J-P. Revue critique des formules de lisibilité (60 ans de formules de lisibilité : qu'en reste-t-il ?). Pratiques. 1986;52(1):45-63.
153. Scolarius [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.scolarius.com/submissions/174502>
154. Service d'analyse de lisibilité - API et démo [Internet]. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://translatedlabs.com/lisibilit%C3%A9-du-texte>
155. Lucisano P, Piemontese ME. GULPEASE: una formula per la predizione della difficoltà dei testi in lingua italiana. Scuola e città. 1988 ;39(3) :110-24
156. Szigriszt Pazos F. Sistemas Prelectivos de legibilidad del mensaje escrito: formula de perspicuidad [Thèse de doctorat d'Université] [Internet].

Madrid: Faculté de science de l'information; 1993 [cité 15 mars 2021].
Disponible sur: <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//19911996/S/3/S3019601.pdf>

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Charte Européenne des Droits des Patients - (80)



1 Droit aux mesures de prévention
Chaque personne a droit à un service de prévention de la maladie approprié.

2 Droit d'accès
Chaque personne a le droit d'accéder aux services de santé que son état requiert. Les services de santé doivent garantir l'égalité d'accès à tous, sans discrimination sur la base des ressources financières, du lieu de résidence, de la catégorie de maladie ou des horaires d'accès aux services.

3 Droit à l'information
Chaque personne a le droit d'accéder à toutes les informations concernant son état de santé, les services de santé, comment y avoir accès et à tout ce que la recherche scientifique et l'innovation technologique rendent disponibles.

4 Droit au consentement éclairé
Chaque personne a le droit d'accéder à toute information qui pourrait lui permettre de participer activement aux décisions concernant sa santé; cette information est un préalable à toute procédure ou traitement, y compris la participation à la recherche scientifique.

5 Droit à la liberté de choix
Chaque personne a le droit de choisir librement parmi les différentes procédures de traitement, structures de soin et personnels soignants, sur la base d'informations appropriées.

6 Droit à l'intimité et à la confidentialité
Chaque personne a droit à la confidentialité des informations qui la concernent, y compris celles relatives à son état de santé et aux procédures diagnostiques ou thérapeutiques auxquelles elle pourrait être soumise. Elle a également droit au respect de son intimité durant les examens, les visites spécialisées et les traitements médicaux/chirurgicaux en général.

7 Droit au respect du temps des patients
Chaque personne a le droit de recevoir le traitement dont elle a besoin dans un délai bref et déterminé à l'avance. Ce droit s'applique à chaque phase du traitement.

8 Droit au respect des normes de qualité
Chaque personne a le droit d'accéder à des services de santé de haute qualité, sur la base du respect de normes précises et clairement définies.

9 Droit à la sécurité
Chaque personne a le droit de ne pas être victime du mauvais fonctionnement des services de santé ou d'erreurs médicales; elle a droit à des services de santé et des traitements qui répondent à des normes de sécurité élevées.

10 Droit à l'innovation
Chaque personne a le droit d'avoir accès à des procédés innovants, y compris en matière de diagnostic, et en conformité aux normes internationales et indépendamment des considérations économiques ou financières.

11 Droit de ne pas souffrir inutilement
Chaque personne a le droit, dans la mesure du possible, de ne pas souffrir, quelle que soit la phase de sa maladie.

12 Droit au traitement personnalisé
Chaque personne a droit à des parcours diagnostics ou thérapeutiques conçus, dans la mesure du possible, en fonction de ses besoins personnels.

13 Droit de réclamation
Chaque personne a le droit de faire une réclamation toutes les fois qu'elle subit un dommage et a le droit de recevoir une réponse en retour.

14 Droit à être dédommagé
Chaque personne a le droit de recevoir un dédommagement suffisant et dans des délais raisonnablement courts toutes les fois où elle subit un dommage physique, moral ou psychologique causé par un examen ou traitement médical.

⇒ **Droits de citoyenneté active**
La Charte proclame également 3 droits de citoyenneté active, qui reconnaissent à tous les individus et groupes de citoyens organisés la possibilité de promouvoir et de vérifier le respect des droits des patients. Ils sont en tant que tels le corollaire nécessaire des 14 droits de la Charte.

Droit d'accomplir des activités d'intérêt général
Droit d'accomplir des activités visant à la défense des droits
Droit de participer à l'élaboration des politiques dans le secteur de la santé



PATIENTS' RIGHTS HAVE NO BORDERS

Annexe 2 : Critères d'évaluation des documents écrits d'information par la HAS - (141)

Critères d'évaluation de la qualité des documents écrits d'information

Critères d'évaluation de la rigueur de l'élaboration d'un document écrit d'information

- Implication des patients ou des usagers à toutes les étapes de l'élaboration du document
- Implication des experts de différentes disciplines
- Hiérarchisation de l'information : identification d'un message principal et de points clés
- Description précise du sujet abordé et de son importance : champs couverts (soins, investigation, thérapeutique, dépistage, etc.), ainsi que les limites du thème
- Précision et clarté des objectifs du document
- Description précise du public auquel le document est destiné
- Lien explicite entre le document d'information et les recommandations professionnelles ou les synthèses bien construites sur le plan méthodologique ou sur une synthèse de la littérature réalisée au préalable
- Description précise de la manière et du moment opportun d'utilisation du document dans une stratégie de participation du patient ou de l'utilisateur aux décisions qui le concernent
- Choix d'un support pratique, facile à actualiser et peu encombrant
- Définition précise d'une stratégie de diffusion comportant les canaux de diffusion les plus adaptés à la cible et les modalités de mise à disposition du document
- Test de la lisibilité, de la compréhension du document, de sa présentation
- Évaluation de l'utilisation du document et de la satisfaction des utilisateurs
- Planification de l'actualisation du document

Critères d'évaluation du contenu d'un document écrit d'information

- Prise en compte des attentes et des questions posées par les patients ou les usagers
- Précision et explicitation des données validées sur lesquelles se fondent les informations
- Présentation objective de l'information (non biaisée et équilibrée en particulier sur les bénéfices et les risques, les conséquences des traitements)
- Présentation des informations quantitatives sur la fréquence de la maladie ou des symptômes
- Description des bénéfices/risques et des conséquences des traitements et des soins sur la vie quotidienne et tous les aspects de la qualité de vie
- Description précise et concrète d'une conduite à tenir
- Proposition d'une liste de questions que le patient ou l'utilisateur peut poser au professionnel de santé
- Intégration d'une rubrique de sources d'information complémentaires
- Application des conseils de rédaction et de présentation d'un document écrit : être concis, simple et compréhensible, utiliser un langage et un ton appropriés, sans dramatisation ni optimisme excessif, choisir des illustrations pertinentes et adaptées
- Mention claire des rédacteurs du document, des différents secteurs d'activité avec lesquels ils sont en lien, les sources d'informations et de financement
- Mention de la date d'élaboration sur le document

Le rôle du dentiste

- **Le bilan parodontal** : votre chirurgien-dentiste évalue la **gravité** de votre maladie et vous propose un **traitement** adapté à vos besoins.

- **Le traitement parodontal** : Votre chirurgien- dentiste **enlève les bactéries** infectant les gencives par plusieurs moyens :

- **Le traitement parodontal non chirurgical** : votre chirurgien-dentiste enlève les bactéries par un détartrage et un surfaçage. Cela consiste à **nettoyer la plaque** et **enlever les bactéries** jusqu'au fond des poches parodontales. Votre chirurgien-dentiste aura besoin de plusieurs séances pour ce traitement. Vous devrez **renouveler cette étape** tant que la maladie reste active.
- Le traitement parodontal chirurgical : la chirurgie est parfois nécessaire si le traitement non

- **La maintenance parodontale** : La maladie parodontale est **chronique** et peut **redevenir active** des années après votre traitement. Vous serez vu en **contrôle tous les 6 mois** pour éviter la réactivation de votre maladie.

- **Est-ce que ce traitement a des effets secondaires ?**

- Votre traitement va stopper l'évolution de la maladie en éliminant l'inflammation. Vos gencives vont donc dégonfler.
- Les racines des dents peuvent devenir visibles si votre maladie avait déjà détruit votre os. Les dents sont parfois plus sensibles au froid dans les semaines après le traitement. Ces phénomènes sont normaux et des solutions existent pour diminuer leur impact.

Les conseils pour votre maladie

- **Comment savoir si ma gencive est inflammée ?**

Une **gencive inflammée** est **rouge** et **gonflée**. Elle **saigne** facilement au brossage et à l'alimentation. Une gencive saine est rose pâle. Elle ne saigne pas au brossage.

- **Que faire si mes gencives saignent au brossage ?**

Les gencives saignent à cause de l'accumulation de plaque dentaire. Il faut donc **brosser encore mieux** aux endroits où elles saignent.

- **Pourquoi la brosse à dents ne suffit pas ?**

Une grande partie (35%) des surfaces dentaires n'est pas accessible à la brosse à dents. Vous devez donc toujours **utiliser des brossettes interdentaires** en plus de la brosse à dents.

- **Je peux me guérir juste avec des médicaments ?**

Non car les médicaments **ne permettent pas** d'enlever la plaque dentaire. Il faut l'action mécanique du **brossage** pour l'enlever.

Conclusions

- Votre maladie parodontale est causée par les bactéries de la plaque dentaire.
- La maladie au stade parodontite est irréversible et chronique mais elle se traite.
- Votre brossage dentaire et interdentaire doit être une priorité.
- Vous devez être suivi régulièrement par un dentiste.

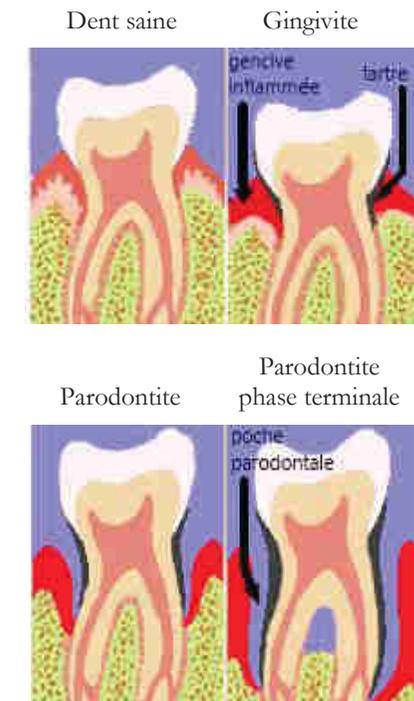
La maladie parodontale

La maladie parodontale est une **infection** bactérienne **inflammatoire** de vos **gencives** et de l'**os** qui porte vos dents.

- Elle a plusieurs stades de gravité :

- **La gingivite** : vos gencives sont inflammées de façon **réversible**. L'os n'est pas touché.
- **La parodontite** : l'inflammation **détruit** vos gencives et votre os. Ils se détachent de vos dents ce qui crée un espace : la **poches parodontale**.

- La maladie est **irréversible** au stade parodontite. On dit qu'elle est **chronique**. Elle aboutit à la **perte** des dents.



Pourquoi j'ai attrapé cette maladie ?

- Votre maladie parodontale est causée par une **accumulation de bactéries** infectant les gencives.
- Elles s'accumulent sous forme de **plaque dentaire** et de **tartre**. Cela arrive à cause d'un **manque** de brossage.



- Cette accumulation crée des **poches parodontales**.
- Les bactéries se déplacent **sous la gencive** dans les **poches parodontales** si elles ne sont pas enlevées.
- Les bactéries dans les **poches parodontales** entretiennent la **maladie**.
- Votre **maladie** peut aussi être **aggravée** par des **facteurs de risque** : tabac, stress, alimentation ou diabète par exemple.



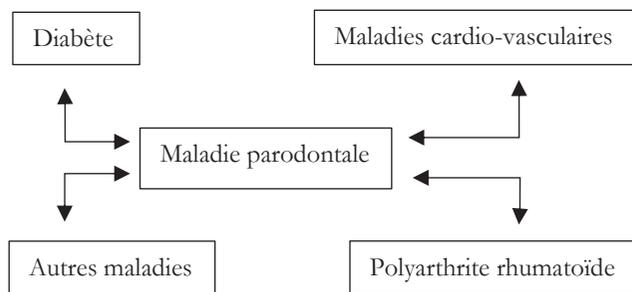
Des bactéries infectent vos gencives

Qu'est-ce que ça entraîne ?

- La maladie parodontale est **indolore** au début. Vous ne la remarquez pas.
- Des **symptômes** apparaissent quand votre maladie **s'aggrave** :
 - Gencives **rouges** et **gonflées**
 - Gencives **douloureuses**
 - Gencives qui **saignent** lors du brossage ou de l'alimentation
 - Mauvaise **haleine**
 - **Déchaussement** des dents : les **racines** deviennent **visibles**
 - Dents qui **bougent**
 - Dents qui **s'écartent**
 - Dents qui **tombent**

Est-ce que c'est mauvais pour ma santé ?

- **Oui** car la maladie parodontale est associée à **plusieurs autres maladies** :
- Elle peut **aggraver** et être **aggravée** par d'autres **maladies chroniques** :



- Si vous **traitez** votre maladie parodontale, vous aidez à **traiter** ces autres **maladies**.

J'ai un rôle à jouer

Vous **augmenterez beaucoup** les **résultats** du traitement parodontal avec une **hygiène bucco-dentaire** adéquate.

• Le brossage de dents :

- Brossez-vous les dents **2 fois par jour** le matin et le soir pendant **2 minutes**. Utilisez une **brosse à dent à poils souples** manuelle ou électrique en fonction des recommandations de votre chirurgien-dentiste.



• Les brossettes interdentaires = **indispensable**

- Utilisez des **brossettes interdentaires** pour compléter votre brossage.
- **Leur usage est indispensable** car il est prouvé que la brosse à dents n'accède pas à la zone entre les dents.



- **Les médicaments** : Les bains de bouche et antibiotiques sont à prendre **seulement sur recommandation** de votre chirurgien-dentiste.