

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2017

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 13 Décembre 2017

Par Grégoire BRIDENNE

Né(e) le 23 09 1991 à Dunkerque – France

EVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur G.PENEL

Assesseurs :

Madame le Docteur A.BLAIZOT

Monsieur le Docteur T.BECAVIN

Madame le Docteur A.DENYS

Président de l'Université : Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services : P-M. ROBERT
Doyen : Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens : Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI,
Pr. G. PENEL
Responsable des Services : S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité : L. LECOCQ

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie.
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques.

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Conservatrice- Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous- Section d' Orthopédie Dento-Faciale
C.CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.
A. De BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C.DELFOSSE	Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie Réanimation.
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L.NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie, Réanimation

	Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques, Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie.
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres de mon jury...

Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Biologie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université René DESCARTES (PARIS V)

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Habilitation à diriger des recherches

Vice-Doyen Recherche de la faculté de Chirurgie Dentaire

Responsable du Département de Biologie Orale

*Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence
de mon jury de thèse.*

*Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et veuillez trouver ici
l'expression de mon profond respect pour l'attention que vous portez à vos
étudiants.*

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

*Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé,
Odontologie Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique, Spécialité éthique médicale et bioéthique - Université de Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé Publique, spécialité épidémiologie clinique - Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Docteur BLAIZOT,

*J'ai longtemps repoussé, avant de m'y jeter, j'ai appréhendé, avant d'apprécier.
Comment vous dire merci, merci pour votre gentillesse, votre patience, votre
générosité, les conseils riches que vous m'avez prodigué, sans oublier les
nombreuses fautes d'orthographe que vous avez corrigé. Les mots ne suffisent
pas à exprimer le respect et la reconnaissance que j'ai pour vous. Vous m'avez
guidé sans me dicter et accompagné sans me juger. Merci pour tout.*

Monsieur le Docteur Thibault BÉCAVIN

Maître de conférences des Universités - Praticien hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Dentisterie Restauratrice Endodontie

Docteur en chirurgie dentaire

Master I Informatique Médical - Lille 2

Master II Biologie et Santé - Lille 2

Docteur de l'Université de Lille 2

Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

Merci d'avoir accepté avec spontanéité de siéger au sein de ce jury.

Pour votre gentillesse et votre disponibilité auprès des étudiants notamment en clinique, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Alizée DENYS

Assistante hospitalo-Universitaire des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

*Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé,
Odontologie Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Je vous suis très reconnaissant de siéger au sein de ce jury.

Je vous souhaite de la réussite dans votre carrière qui je l'espère sera riche.

Table des matières

Introduction.....	14
1. Contexte	16
1.1. Objectifs visés par l'apprentissage de la prévention bucco-dentaire.....	17
1.1.1. Le cursus de formation initiale et ses objectifs généraux.....	17
1.1.2. Définition de la prévention.....	19
1.1.3. Compétences visées par l'apprentissage de la prévention bucco-dentaire.....	20
1.2. Définition des auto-soins.....	23
1.2.1. Historique.....	23
1.2.2. Auto-soins bucco-dentaires.....	25
1.2.3. Auto-soins bucco-dentaires des étudiants en chirurgie-dentaire.....	27
1.3. Influence du contexte familial sur les auto-soins des étudiants en chirurgie dentaire	30
1.4. Influence de la formation sur les auto-soins des étudiants en chirurgie dentaire.....	32
1.4.1. Mieux comprendre son futur métier pour mieux se soigner et mieux soigner les autres.....	32
1.4.2. Éléments essentiels de la théorie du constructivisme.....	33
1.4.3. Réflexion sur l'initiation au changement.....	34
1.4.4. Le processus d'apprentissage.....	36
1.5. Synthèse de la première partie.....	39
2. Revue de la littérature des auto-soins bucco-dentaires des étudiants en chirurgie dentaire	41
2.1. Objectif.....	41
2.2. Méthode.....	41
2.3. Résultats et analyse.....	42
2.3.1. Comparaison des pratiques d'auto-soins entre les étudiants en chirurgie dentaire et les étudiants d'autres disciplines que la chirurgie dentaire	43
2.3.1.1. Etudiants en chirurgie dentaire versus étudiants en sciences technologiques.....	43
2.3.1.2. Etudiants en chirurgie dentaire versus étudiants ingénieurs.....	44
2.3.2. Comparaison des pratiques d'auto-soins entre les étudiants en chirurgie dentaire et les autres étudiants de santé.....	45
2.3.3. Comparaison des pratiques d'auto-soins chez les étudiants en chirurgie dentaire	48
2.3.3.1. Selon leur sexe.....	48
2.3.3.2. Selon les pays.....	50
2.3.3.2.1. Entre la Grande-Bretagne et la Chine.....	50
2.3.3.2.2. Entre la Grèce et le Japon.....	51
2.3.3.2.3. A travers le monde.....	51
2.3.3.3. Au fur et à mesure du cursus de formation	54
2.3.3.3.1. Entre première et dernière année du cursus.....	54
2.3.3.3.1.1. En Grande-Bretagne et en Chine.....	54
2.3.3.3.1.2. En Croatie.....	54
2.3.3.3.1.3. En Inde.....	55
2.3.3.3.2. Selon les phases pré-clinique et clinique.....	56
2.3.3.4. Selon le type d'université : publique ou privée	59
3. Réflexions sur les évolutions de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire	60
3.1. Débuter l'enseignement de la prévention bucco-dentaire précocement dans la formation initiale.....	61

3.2. Développer une approche pédagogique interactive et dynamique en prévention bucco-dentaire.....	63
3.2.1. Une approche pédagogique basée sur la preuve	63
3.2.2. Le recours à des patients normalisés dans la conduite de jeux de rôle.....	65
3.2.3. Le recours à l'éducation interprofessionnelle.....	67
3.2.4. L'auto-évaluation par les pairs	69
3.3. Intégrer la multiculturalité.....	72
3.4. Penser la mise en pratique clinique comme un tournant dans la formation du futur professionnel de santé.....	75
CONCLUSION:.....	77
Références bibliographiques.....	79
Annexe 1.....	83

Introduction

La pratique de l'art dentaire est définie comme comportant «la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants» (1). Ainsi, le chirurgien-dentiste a une mission de prévention vis à vis des patients, qui passe notamment par un accompagnement dans l'adoption et le maintien de comportements compatibles avec leur santé bucco-dentaire et/ou la mise en œuvre d'actes prophylactiques professionnels. Les étudiants en odontologie, futurs professionnels de santé, constituent à ce titre un groupe important à étudier quant aux auto-soins en matière de santé orale qu'ils mettent en œuvre pour eux-mêmes quotidiennement. Les pratiques d'auto-soins sont fondées sur des activités entreprises à un certain âge de la vie afin de se préserver, de maintenir sa santé, de poursuivre son développement personnel, d'assurer son bien-être tout en favorisant les éléments nécessaires pour le fonctionnement humain. En d'autres termes, les pratiques d'auto-soins visent à maintenir et favoriser sa propre santé, ici plus particulièrement orientée vers la santé orale (2).

Avec des connaissances et des comportements adaptés, l'étudiant en odontologie pourrait jouer un rôle de modèle pour ses proches d'abord, puis les patients qu'il prendra en charge dans le futur, et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé orale de la population. Ses compétences en matière de prévention se développent progressivement au cours de sa formation initiale en odontologie via l'enseignement en prévention bucco-dentaire notamment. Pour autant, quels liens fait-il entre l'acquisition de ces compétences en tant que futur « soignant », et ses

auto-soins personnels en tant que « soigné » ? Il semble que parfois l'étudiant se sente assez peu directement concerné/visé par cet enseignement, ne le conduisant ainsi pas à modifier ou s'interroger sur ses propres comportements. Comment peut-on alors espérer que ce même étudiant puisse adopter une juste posture avec les patients qu'il sera amené à prendre en charge ?

La refonte de l'enseignement de prévention bucco-dentaire conduite au sein de la Sous-section Prévention, Épidémiologie, Économie de la santé, Odontologie légale de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille, a été l'occasion de réfléchir sur les évolutions à prévoir pour cet enseignement afin de mieux impliquer l'étudiant en odontologie dans son apprentissage, l'aider à réfléchir voire à modifier, dans un premier temps, ses auto-soins bucco-dentaires, puis dans un second temps, mieux accompagner les patients dans cette démarche.

Cette thèse rapporte dans une première partie le contexte dans lequel s'est initiée la réflexion, en revenant sur les objectifs de l'enseignement de prévention bucco-dentaire, la définition des auto-soins, ainsi que les liens entre auto-soins et contexte familial, et formation. Dans une deuxième partie nous décrivons, au moyen d'une revue de la littérature, les niveaux d'auto-soins des étudiants rapportés dans la littérature scientifique et les comparons. Nous proposons dans une troisième partie, des pistes sur une évolution de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire en formation initiale au sein de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille.

1. Contexte

Dans cette première partie, nous allons expliciter le contexte dans lequel s'est initiée la réflexion sur une évolution de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire, en revenant sur les objectifs de cet enseignement, la définition des auto-soins, ainsi que les liens entre auto-soins et contexte familial, et processus d'apprentissage. Les auto-soins bucco-dentaires sont en effet acquis très tôt, dès l'enfance mais vont aussi pouvoir évoluer au cours du temps, et notamment via la formation initiale à l'exercice de l'odontologie, maillon essentiel dans la formation du professionnel de santé qu'est le chirurgien-dentiste.

1.1. Objectifs visés par l'apprentissage de la prévention bucco-dentaire

1.1.1. Le cursus de formation initiale et ses objectifs généraux

Les études en vue du diplôme d'état de Docteur en chirurgie dentaire se composent de trois cycles (3) :

- Le diplôme de formation générale en sciences odontologiques sanctionne le premier cycle ; il comprend 6 semestres de formation validés par l'obtention de 180 crédits européens, correspondant au niveau licence (3). Les deux premiers semestres sont ceux de la première année commune aux études de santé, organisée par l'arrêté du 28 octobre 2009 ;
- Le diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques sanctionne le deuxième cycle ; il comprend 4 semestres de formation validés par l'obtention de 120 crédits européens correspondant au niveau master ;
- Le troisième cycle comporte soit un cycle court de 2 semestres de formation au-delà du diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques, soit un cycle long, en application des dispositions de l'Article L. 634-1 du Code de l'éducation (3), de 6 à 8 semestres de formation pour les étudiants reçus au concours de l'internat en odontologie (3); et enfin la soutenance de la thèse.

Si au cours du deuxième cycle des études odontologiques, les étudiants adoptent leur rôle de professionnel de santé au contact des patients venant bénéficier de soins dentaires, confrontant ainsi leurs connaissances et compétences à la réalité des patients, c'est au cours des premières années de formation qu'ils apprennent les bases du métier de chirurgien-dentiste.

La formation générale en sciences odontologiques a en effet pour objectifs (4) :

- 1° L'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste ;
- 2° L'acquisition de connaissances dans les domaines de la séméiologie médicale, de la pharmacologie et des disciplines odontologiques ;
- 3° L'apprentissage du travail en équipe et des techniques de communication, nécessaires à l'exercice professionnel.

Ainsi, durant ces années, les étudiants vont aborder des notions de prévention telles que l'hygiène bucco-dentaire (avec le contrôle mécanique et chimique de la plaque dentaire) ou l'alimentation. Ils auront donc la possibilité de confronter ces connaissances à leurs propres pratiques d'auto-soins et d'adopter ou non les conseils préconisés durant la formation sur eux-mêmes dans leur quotidien. L'adoption de ces comportements sera vue par certains comme une simple révision des habitudes déjà mises en place lors de l'enfance, et par d'autres, comme une remise à niveau essentielle pour développer les bons réflexes en matière de prévention bucco-dentaire.

1.1.2. Définition de la prévention

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter et réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps (5).

En odontologie, la prévention regroupe l'ensemble des moyens propres à prévenir la survenue et/ou la récurrence de maladies bucco-dentaires (caries, gingivites, parodontopathies notamment). Elle associe donc chez le professionnel de santé bucco-dentaire :

- D'un côté, des conseils voir un accompagnement du patient à l'adoption et au maintien de comportements en matière d'hygiène bucco-dentaire, de vie et d'alimentation, compatibles avec sa santé ;
- Et de l'autre côté, des actes professionnels de prévention tels qu'un contrôle périodique, un nettoyage prophylactique et débridement, des soins carieux précoces, l'application de topiques fluorés ou la réalisation de scellements de sillons notamment. Il s'agit également plus largement de la prise en charge de pathologies bucco-dentaires existantes, d'en éviter l'aggravation et la récurrence.

Une étude qualitative conduite en 2016 chez des étudiants en chirurgie dentaire en premier cycle dans une université sud-africaine, a cherché à savoir si les attitudes et les comportements des étudiants vis-à-vis de leur propre état de santé bucco-dentaire pouvaient refléter leur compréhension de l'importance des activités de prévention bucco-dentaire (6). Les auteurs ont montré que l'enseignement de prévention bucco-dentaire permettait à l'étudiant de réfléchir sur ses propres

pratiques et ses comportements (habitudes de vie, alimentation, tabac, alcool...). Suite à cet enseignement, l'étudiant semblerait donc réfléchir sur ses propres pratiques, mais va t-il pour autant en changer ? Autrement dit, dans quelle mesure les premières années d'études peuvent-elles servir de déclic à une évolution des pratiques d'auto-soins de santé bucco-dentaire chez les étudiants en odontologie ?

1.1.3. Compétences visées par l'apprentissage de la prévention bucco-dentaire

L'ADEE (Association for Dental Education in Europe) a défini en 2009 le profil de compétences du futur odontologiste européen, celui-ci est actuellement mis à jour mais son contenu n'est pas encore disponible. Ce document propose pour chaque domaine d'activité, une ou plusieurs compétences générales et spécifiques s'y rapportant, dont le niveau est indispensable pour débiter une pratique autonome et indépendante du métier. Il s'agit donc de compétences fondamentales (connaissances, attitudes, habiletés) pour résoudre la majorité des problèmes rencontrés dans la pratique professionnelle générale (7).

Sept grands domaines ont ainsi été structurés autour du/de la (7):

- Professionnalisme,
- Communication interpersonnelle et comportement social,
- Connaissance fondamentale, Information et compétence informatique,
- Collecte des informations et constitution du dossier médical,
- Diagnostic et plan de traitement,
- Thérapeutique : Assurer et maintenir la santé bucco-dentaire,

- Prévention et promotion de la santé.

A partir de ces domaines, des compétences générales et secondaires ont été déclinées.

Seules 2 de ces 7 compétences portent sur des connaissances théoriques, ce qui laisse sous entendre l'importance de la mise en situation clinique et de la pratique dans la formation du chirurgien-dentiste.

On retrouve la notion de prévention bucco-dentaire dans différents domaines de compétences (7):

- Dans le recueil des informations cliniques (domaine 4) : le chirurgien-dentiste doit être capable d'analyser le régime alimentaire du patient et d'identifier les facteurs de risque pour la santé bucco-dentaire ;
- Dans le diagnostic et l'élaboration du plan de traitement (domaine 5) : l'odontologiste doit être capable de reconnaître les cas ou le comportement du patient contribuant à l'installation de problèmes bucco-faciaux et identifier les situations qui requièrent leur diagnostic, leur prévention ou leur prise en charge ;
- La thérapeutique ayant pour but d'établir et de maintenir la santé bucco-dentaire (domaine 6) : l'odontologiste doit être capable d'éduquer les patients en s'appuyant sur les concepts actuels de prévention, de l'évaluation des risques et des traitements des maladies bucco-dentaires qui garantissent un bon état de santé buccale et générale et améliorent la qualité de vie des individus. Il doit aussi être capable de prévenir l'apparition de lésions carieuses en donnant des instructions d'hygiène buccale, de donner des conseils nutritionnels, de prescrire et contrôler les

effets des agents pharmaceutiques, d'exécuter les procédures de prévention, de développer l'éducation thérapeutique, de procéder au détartrage, de dresser un programme d'entretien en coopération avec une équipe d'hygiénistes, d'évaluer les risques des patients, de développer l'éducation thérapeutique et d'aider les patients à cesser de fumer.

- Pour ce qui est du domaine propre à la prévention bucco-dentaire dans la population, le chirurgien-dentiste diplômé doit être « capable de promouvoir et améliorer la santé bucco-dentaire des individus, des familles et des différents groupes de populations » (domaine 7 : prévention et promotion de la santé). Cette compétence générale se décline en 3 compétences spécifiques, à savoir (7) :
 - Mettre en pratique les principes de promotion pour la santé et de prévention contre les maladies par l'intermédiaire des mesures globales en direction des individus et de la population en relation avec l'évaluation des facteurs de risque liés à la santé générale ;
 - Expliquer les interactions complexes entre la santé bucco-dentaire, la nutrition, la santé générale, les médicaments, et les maladies qui peuvent affecter la santé bucco-dentaire et les maladies de la bouche ;
 - Et donner des conseils diététiques appropriés.

1.2. Définition des auto-soins

1.2.1. Historique

Ce terme a une origine anglaise «self-care» qui correspond à un mode de vie incluant différentes composantes comme la prévention, l'hygiène alimentaire ou encore l'éducation physique.

La définition la plus ancienne de l'OMS (1983) reste probablement la plus citée : «Self-care in Health» désigne les activités que les individus, les familles et les communautés entreprennent dans le but d'améliorer la santé, de prévenir les maladies, de limiter la maladie et de rétablir la santé. Ces activités sont dérivées des connaissances et des compétences issues de l'expérience professionnelle. Ils sont entrepris par des personnes laïques en leur propre nom, soit séparément, soit en collaboration participative avec des professionnels (8).

Une définition plus récente de l'OMS, est plus spécifique dans plusieurs domaines, et a servi de base à de nombreux dérivés : « Le self-care est ce que les gens font eux-mêmes pour établir et maintenir la santé, et pour prévenir et traiter la maladie. Il s'agit d'un concept large englobant l'hygiène (générale et personnelle), la nutrition (type et qualité des aliments consommés), le mode de vie (activités sportives, loisirs, etc), les facteurs environnementaux (conditions de vie, habitudes sociales, niveau de revenu, croyances culturelles, ect) et l'automédication » (9).

Bien sûr, l'OMS n'est pas le seul organisme à expliciter la notion d'auto-soins. La définition des auto-soins fournie par le Ministère de la santé du Royaume-Uni (10) stipule que : «L'auto-soin fait partie de la vie quotidienne. C'est le soin apporté par les individus à leur propre santé et bien-être, et inclut les soins prodigués à leurs

enfants, à leur famille, à leurs amis et à d'autres personnes dans les quartiers et les communautés locales. La prise en charge personnelle comprend les actions que les individus et les soignants prennent pour eux-mêmes, leurs enfants, leurs familles et les autres pour rester en forme et maintenir une bonne santé physique et mentale ; répondre aux besoins sociaux et psychologiques ; prévenir la maladie ou les accidents ; prendre soin des maux mineurs ; et maintenir la santé et le bien-être après une maladie aiguë ou un séjour à l'hôpital » (10).

Les piliers des auto-soins à l'échelle individuelle pourraient être organisés en 7 domaines (11):

- la littératie en santé : la capacité des personnes à obtenir, traiter et comprendre les informations et les services de santé de base nécessaires pour prendre des décisions appropriées en matière de santé.
- La conscience de soi de la condition physique et mentale : connaître votre indice de masse corporelle (IMC), votre taux de cholestérol, votre tension artérielle; s'engager dans le dépistage de la santé.
- l'activité physique : pratiquer une activité physique d'intensité modérée comme marcher, faire du vélo ou participer à des activités sportives à une fréquence souhaitable.
- l'alimentation saine : avoir une alimentation nutritive et équilibrée avec des niveaux appropriés d'apport calorique.
- l'évitement ou l'atténuation des risques : cesser de fumer, limiter la consommation d'alcool, se faire vacciner, pratiquer des rapports sexuels sans risque, utiliser des écrans solaires.
- la bonne hygiène : se laver les mains régulièrement, se brosser les dents,

laver les aliments.

- l'utilisation rationnelle et responsable des produits, services, diagnostics et médicaments : être conscient des dangers et utiliser de manière responsable.

L'implication des individus dans leurs auto-soins semble devenue une véritable tendance de société qui répond à un besoin exprimé par les patients, de plus en plus à la recherche de bien-être, d'autonomie et soucieux de préserver leur santé. Ce mouvement se retrouve également dans le développement de démarches telles que celle de l'éducation thérapeutique du patient, qui selon la Haute Autorité de Santé, vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (12).

1.2.2. Auto-soins bucco-dentaires

Des progrès considérables ont été réalisés dans notre compréhension des déterminants des maladies bucco-dentaires. La pratique d'auto-soins adaptés apparaît comme une mesure préventive efficace pour maintenir la santé bucco-dentaire voire pour l'améliorer en l'associant à une prise en charge professionnelle.

Ainsi, les auto-soins bucco-dentaires pourraient être définis comme l'ensemble des techniques efficaces pour prévenir les pathologies de la cavité buccale dont les principales sont représentées par la carie et la maladie parodontale.

Parmi les 7 domaines précédemment décrits, on les retrouve dans le domaine 1, 4, 5, 6 et 7 :

- la littératie en santé : qui consiste à comprendre les conseils écrits ou oraux donnés par le chirurgien-dentiste et à les suivre de manière adéquate.
- l'alimentation saine : qui passe par les apports nutritifs favorables à la bonne santé dentaire (magnésium, vitamines B et C, phosphore, calcium et fluor) et par le fait d'éviter les aliments sucrés ou acides qui jouent un rôle clé dans le processus carieux.
- l'évitement ou l'atténuation des risques : en diminuant les comportements à risque pour la santé bucco-dentaire (tabac, alcool, drogue...).
- la bonne hygiène : en réalisant un brossage dentaire deux fois par jour à l'aide de dentifrice fluoré, en s'aidant d'adjuvants au brossage et en consultant le chirurgien-dentiste une fois par an afin de réaliser un contrôle.
- l'utilisation rationnelle et responsable des produits, services, diagnostics et médicaments.

Ces auto-soins contribuent plus largement au maintien de la santé générale de l'individu. A l'inverse, des auto-soins bucco-dentaires insuffisants ou inadaptés pourraient contribuer à une dégradation de la santé bucco-dentaire voire générale ainsi qu'à des récives de pathologies bucco-dentaires stabilisées ce qui représente un problème clé dans la prise en charge de la maladie parodontale (13).

Une étude menée en 2010 en Norvège a mis en avant des liens entre l'estime de soi et les comportements bucco-dentaires. Ainsi, une meilleure compréhension

des facteurs psychologiques associés à l'hygiène buccale pourrait favoriser le développement et l'amélioration des stratégies thérapeutiques à utiliser dans les programmes d'amélioration de la santé bucco-dentaire, ainsi que des programmes de prévention et d'éducation. L'estime de soi joue alors un rôle non-négligeable dans la pratique des auto-soins bucco-dentaires (14).

1.2.3. Auto-soins bucco-dentaires des étudiants en chirurgie-dentaire

Les professionnels de santé bucco-dentaire, leurs croyances et leurs attitudes en matière de santé influent non seulement leurs propres habitudes comme toute personne, mais aussi leur capacité à motiver les patients à prendre et maintenir des mesures préventives adaptées à leur santé bucco-dentaire (10). Les étudiants en formation initiale de chirurgie dentaire représentent les futurs promoteurs de la santé bucco-dentaire et pourraient donc constituer des modèles d'auto-soins au fur et à mesure qu'ils progressent dans leur cursus pour leurs proches puis pour leurs patients. Il semble donc important de connaître les niveaux d'auto-soins des étudiants et leur évolution au fur et à mesure de leur progression dans le cursus universitaire, autrement dit connaître les attitudes et les comportements en matière de santé bucco-dentaire.

Cependant jusqu'à récemment, peu d'attention a été accordée aux auto-soins chez les étudiants en odontologie, notamment en raison de la difficulté à les quantifier. C'est le questionnaire HU-DBI proposé par Kawamura au début des années 1990 qui y a notamment contribué. Il s'agit de l'inventaire du comportement dentaire de l'Université d'Hiroshima (appelé HU-DBI pour

Hiroshima University Dental Behavioral Inventory) destiné à évaluer les attitudes et les comportements en matière de santé bucco-dentaire. Il a d'abord été administré au Japon et a démontré être un instrument utile pour comprendre les perceptions des patients et les comportements de santé bucco-dentaire. Ensuite, il a été utilisé pour évaluer les différences dans les comportements de santé bucco-dentaire entre les étudiants en chirurgie dentaire de différents pays en raison des différences de programme et de culture. C'est pourquoi nous l'utiliserons, dans la deuxième partie de ce travail, pour faire le point sur les données disponibles sur cette question : quels sont les niveaux d'auto-soins des étudiants et quelles différences entre les étudiants en chirurgie dentaire de différents pays, de différents cursus ou de différents niveaux notamment ?

Le HU-DBI a été traduit dans différentes langues afin d'étudier les attitudes d'auto-soins dans différentes populations et de comparer les résultats entre ces populations. La version française de ce questionnaire est présentée en Annexe 1. Selon les traductions et les versions utilisées, de légères modifications ont été apportées à la formulation des items.

Quelque soit la version utilisée, le HU-DBI comporte 20 questions aux réponses dichotomiques («d'accord» / «pas d'accord»). Un score de 0 (réponse incorrecte) ou 1 (réponse correcte) est attribué à 12 des 20 items. Pour la version française des réponses «d'accord» sont attendues aux items 4, 9, 11, 12, 16 et 19, et des réponses «pas d'accord» attendues aux items 2, 6, 8, 10, 14 et 15, selon la version, les items 9 et 10 peuvent être modifiées. Ensuite, un score total fournissant une estimation quantitative des attitudes et comportements en santé orale, compris entre 0 et 12, est calculé en faisant la somme des 12 précédents scores obtenus. Le score maximum possible est de 12, les scores les plus élevés

représentant les meilleures attitudes en matière de santé bucco-dentaire. Ce calcul reste inchangé selon la version du questionnaire utilisée.

1.3. Influence du contexte familial sur les auto-soins des étudiants en chirurgie dentaire

Sans pour autant approfondir cette voie, il paraît important de rappeler l'impact de l'unité familiale sur l'adoption de comportements favorables à la santé dès le plus jeune âge.

En 1999, la chercheuse britannique, Ruth Freeman a utilisé la notion de carrière de santé qu'elle a défini comme étant « le développement et l'évolution des attitudes en matière de santé et les comportements tout au long de la vie d'un individu » (15). La carrière de santé d'une personne commence dès la naissance, les attitudes familiales exerçant donc les premières influences sur les perceptions de la santé d'un individu : c'est la socialisation primaire. Pendant l'enfance et l'adolescence, les attitudes au regard de la santé sont affectées par des amis et des pairs : c'est la socialisation secondaire. Au fil du temps, l'environnement professionnel et les comportements de la société (les normes sociales) contribuent à nouveau à modifier sa perception de la santé : c'est la socialisation tertiaire. La carrière de santé se décrit donc comme l'évolution des perceptions de la santé avec le temps et l'âge. Elle a ensuite ajouté la notion de carrière de santé dentaire, spécifique à la cavité buccale.

Ainsi, certains contextes peuvent influencer les pratiques d'auto-soins bucco-dentaires aux différents stades de la socialisation mais plus ces pratiques sont apprises précocement dans la vie de l'individu, plus elles sont ancrées profondément (15).

Les auto-soins des étudiants en chirurgie dentaire sont donc empreints, tout comme ceux de leurs congénères, de leur contexte antérieur de vie (socialisation primaire et secondaire) et de leur environnement. Ainsi, l'origine socio-culturelle des familles des étudiants influencent leurs auto-soins.

Les étudiants se situent durant leur formation dans une période de transition dynamique et de développement qui les fait passer de l'adolescence à l'âge adulte. Le statut d'étudiant constitue donc un moment charnière avec une autonomisation plus grande et la possible apparition de comportements à risque pouvant affecter la santé. À ce stade, beaucoup d'entre eux se retrouvent à vivre seuls, loin de chez eux, sans contrôle parental, pour la première fois de leur vie, et sont confrontés à la responsabilité de leur santé, de leur mode de vie et de leurs comportements (16).

On comprend alors l'importance de travailler sur ces auto-soins durant le parcours universitaire des étudiants avant qu'ils ne deviennent professionnels de santé et à leur tour, accompagnateurs de l'évolution de ces comportements chez les patients.

1.4. Influence de la formation sur les auto-soins des étudiants en chirurgie dentaire

1.4.1. Mieux comprendre son futur métier pour mieux se soigner et mieux soigner les autres

Durant ses 5 années de formation, l'étudiant en chirurgie dentaire se pose souvent beaucoup de questions sur son futur métier, son rôle au cabinet dentaire.

Une étude néo-zélandaise conduite en 2011 a cherché à savoir comment les étudiants se représentent leur futur métier entre le début et la fin de la première année de leur cursus de formation initiale de chirurgie dentaire (17). Ils ont reçu un questionnaire anonyme le premier et dernier jour de cours de l'année où il leur a été demandé de qualifier leur perception de leur futur métier et leur principale crainte. Les résultats ont montré que les étudiants mettent l'accent sur la notion de dentisterie réparatrice, ils se voient essentiellement comme des intervenants chargés de soigner les caries des patients et ont soulevé comme difficulté centrale l'interaction avec les patients (17). L'étudiant se percevrait donc davantage comme un futur technicien chargé de soulager et de réparer, plutôt que comme un soignant aux attitudes préventives. Ce ressenti qu'a l'étudiant au début de sa formation change-t-il au fur et à mesure de son cursus de formation ?

Une seconde étude néo-zélandaise conduite en 2013 sur le sujet a exploré la façon dont les étudiants en chirurgie dentaire caractérisent leur futur métier à la fin de leurs 2ème et 3ème années d'étude (18). Les résultats de l'enquête semblent

proches de ceux de la précédente étude indiquant que leurs opinions n'évolueraient qu'assez peu. Les étudiants considèrent toujours leur futur métier comme une intervention, un acte censé traiter les lésions carieuses des patients. Les problèmes liés au patient restent les principales sources de difficultés et de craintes. Cependant, leurs réponses ont indiqué une plus grande attention à la gestion des patients et au travail en équipe, deux notions peu retrouvées lors de la première enquête (18).

Ainsi une des difficultés des étudiants à mieux se soigner et mieux soigner leurs patients viendrait du fait qu'ils ne se considèrent pas comme de véritables soignants chargés de promouvoir la santé bucco-dentaire, et par là, la santé générale, mais plutôt comme des techniciens bucco-dentaires.

1.4.2. Éléments essentiels de la théorie du constructivisme

Selon Bruner, la théorie constructiviste de l'apprentissage est centrée sur l'idée d'un sujet actif qui construit de nouveaux concepts à partir de connaissances déjà installées. Le sujet sélectionne et transforme l'information, élabore des hypothèses et prend des décisions, relie et organise le fruit de ce travail à sa structure cognitive. En 1996, Bruner a ajouté à sa théorie l'aspect socioculturel de l'apprentissage. Il met en avant l'importance de la maturation psychologique, de la motivation et de la participation de l'élève dans un processus de découverte. Il insiste également sur la nécessité d'une structuration cohérente des connaissances pour favoriser le processus d'appropriation des savoirs (19).

La connaissance des concepts préventifs et la capacité de l'étudiant à adopter les

bonnes attitudes reposent sur le principe du constructivisme, de la pensée critique et de la coopération (6). Le noyau essentiel du constructivisme est dû au fait que les étudiants développent leurs propres connaissances et leur sens à partir de leurs expériences. Ainsi, l'enseignement devrait être guidé par de multiples approches pédagogiques comme l'apprentissage interactif, l'apprentissage en équipe, l'apprentissage basé sur des problématiques cliniques reconnaissant le lien entre l'acquisition de connaissances théoriques et son application à l'environnement clinique, ainsi que la mise en application pratique en clinique (6).

1.4.3. Réflexion sur l'initiation au changement

D'une manière générale, apprendre c'est acquérir, s'approprier des connaissances, construire de nouvelles compétences, mais aussi modifier sa façon de penser et d'agir. Autrement dit, c'est aller de ce que l'on sait vers ce que l'on ignore, c'est donc prendre le risque de quitter une zone connue et souvent confortable vers une zone inconnue souvent moins confortable au moins au début. En première approximation, on peut considérer l'apprentissage comme une modification stable et durable des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être d'un individu, modification attribuable à l'expérience, à l'entraînement, aux exercices pratiqués par cet individu (19).

L'étudiant en odontologie sélectionne et transforme l'information, élabore ses hypothèses et prend ses décisions en matière de santé bucco-dentaire. Il s'offre donc à lui deux possibilités : conserver ses habitudes d'auto-soins préalables ou adapter ses habitudes aux nouvelles connaissances acquises lors de

l'enseignement de prévention bucco-dentaire. Cet enseignement pourrait donc conduire les étudiants à une modification des attitudes à l'égard de leurs pratiques d'auto-soins, en particulier sur des activités telles que la technique de brossage, l'utilisation d'adjuvants mécaniques (comme le passage du fil dentaire, de brossettes ou encore d'un jet hydro-pulsé) et chimiques (comme le type de dentifrice, solutions dentaires), l'arrêt d'habitudes nocives (telles que la consommation tabagique ou d'alcool) ou l'hygiène alimentaire.

L'apprentissage des gestes compatibles avec la santé bucco-dentaire repose sur l'acquisition d'automatismes. Enseigner ces automatismes revient à inculquer des comportements, des attitudes, des réactions, des gestes professionnels. Enseigner c'est entraîner les élèves à produire les réponses attendues selon les problèmes rencontrés. Dans cette perspective, l'effort d'enseignement est particulièrement centré sur les conditions de mise en activité, sur les manières de faire travailler qui peuvent entraîner des changements dans les comportements des apprenants. Si on privilégie le rapport aux élèves, enseigner revient à faire apprendre, faire étudier, guider, accompagner les élèves dans les mises en activité que l'on propose. Privilégier le rapport aux élèves c'est privilégier les processus d'acquisition et de construction de connaissances par les élèves. C'est insister sur les mises en activité des élèves à travers lesquelles ils effectuent un travail d'appropriation de connaissances, de maîtrise de savoir-faire (19).

Cependant, lors de l'apprentissage de la prévention bucco-dentaire tel qu'il était classiquement enseigné, cette réflexion et cette auto-évaluation ne semblaient pas suffisamment orientées vers l'étudiant lui-même. L'apprentissage aux étudiants des gestes compatibles avec la santé bucco-dentaire ne signifie pas qu'ils vont

nécessairement adopter ces gestes. L'accent mis sur l'auto-développement par la modification des comportements de santé bucco-dentaire est implicitement intégré dans le cursus, sans mention directe des efforts spécifiques pour développer cette compétence, ni formulation explicite des avantages voire des inconvénients à tirer de cette modification. Cette absence d'explicitation pourrait freiner l'étudiant à intégrer ces nouveaux comportements, voire même à les nier.

1.4.4. Le processus d'apprentissage

Pour Piaget, celui qui apprend n'est pas simplement en relation avec les connaissances qu'il apprend : il organise son monde au fur et à mesure qu'il apprend, en s'adaptant. Cette perspective constructiviste insiste sur la nature adaptative de l'intelligence, sur la fonction organisatrice, structurante qu'elle met en œuvre. Cette capacité d'adaptation s'appuie sur deux processus d'interaction de l'individu avec son milieu de vie : l'assimilation et l'accommodation (19).

Le processus d'assimilation se caractérise donc par l'intégration de nouvelles idées, analyses, notions, situations à des cadres mentaux déjà existants. L'accommodation, elle, consiste en une action de l'environnement sur l'individu qui va avoir pour effet de provoquer des ajustements dans la manière de voir, de faire, de penser du sujet, en vue de prendre en compte ces données nouvelles quelque peu perturbantes. Ces deux processus à la fois complémentaires et antagonistes que sont l'assimilation et l'accommodation caractérisent l'intelligence, entendue comme adaptation, c'est à dire comme recherche du meilleur équilibre possible entre les deux, c'est à dire aussi entre l'individu et son milieu de vie : c'est l'équilibration. L'approche constructive en matière d'apprentissage ouvre donc sur des pratiques de pédagogie active considérant davantage l'élève comme l'artisan

de ses connaissances (19).

L'apprentissage théorique des connaissances clés en matière de prévention bucco-dentaire ne semble pas suffisant pour permettre aux étudiants de modifier leurs comportements ni de savoir expliquer aux patients les attitudes adaptées. Comme cela est expliqué dans une étude comparative menée en 2008 entre les étudiants de chirurgie dentaire de première et de dernière année d'une université de chirurgie dentaire indienne (20), les attitudes ne sont pas tirées des manuels scolaires, elles sont acquises par interaction sociale, de sorte que la responsabilité de développer des attitudes saines dépend des interactions avec ses parents et ses enseignants.

Ce sont bel et bien l'apprentissage actif, la confrontation à la réalité, l'expérience qui constituent le fil conducteur de l'apprentissage de la dentisterie préventive à la mise en pratique concrète : savoir comment prendre soin de sa santé et comment soigner les autres.

Ainsi, pour l'étudiant, apprendre d'abord en tant que patient lui permettrait ensuite de mieux comprendre son rôle de professionnel. On pourrait voir cela comme un passage de relai : l'acquisition des connaissances et compétences seraient guidées par les enseignants de prévention bucco-dentaire, puis appliquées par les étudiants sur eux-mêmes, avant d'accompagner à leur tour les patients dans ces auto-soins. Ce transfert aurait le mérite de clarifier la pensée de l'étudiant qui serait alors également plus clair dans ses propos. C'est ce que l'on pourrait qualifier d'apprentissage actif ou inter-actif.

Travailler sur ses propres pratiques d'auto-soins, pourrait pousser l'étudiant à se considérer d'abord comme un « soigné » avant de devenir un « soignant » ; cela pourrait peut-être le conduire à porter, par la suite, un regard moins critique sur les pratiques d'auto-soins des patients, ayant été lui-même en position de patient dans le cadre de sa santé orale. Cet aspect pourrait donc contribuer au développement de son empathie envers les patients, mais aussi de sa capacité d'écoute, voire d'adaptation entre recommandations scientifiques et pratiques quotidiennes. Carl Rogers précise qu'être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent. C'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur, en percevoir les causes de la même façon que lui... » (21).

Un apprentissage basé sur l'expérience de l'étudiant favoriserait donc la mise en application de schémas cognitifs favorables au développement d'auto-soins compatibles avec la santé bucco-dentaire ainsi que l'adoption d'une attitude empathique nécessaire au professionnel de santé pour construire avec le patient une prise en charge globale.

1.5. Synthèse de la première partie

L'apprentissage de la prévention bucco-dentaire constitue un apprentissage complexe et nécessite à la fois l'assimilation des connaissances théoriques et l'accommodation de ses connaissances à son environnement personnel et professionnel. Ces deux notions que sont l'assimilation et l'accommodation sont essentielles, complémentaires et constituent un équilibre grâce auquel les étudiants pourront à la fois adopter des attitudes compatibles avec leur propre santé bucco-dentaire et accompagner celles des patients.

Tout étudiant entre dans le cursus de formation initiale de chirurgien-dentiste avec un bagage d'habitudes de vie, fortement liées à ce qui lui a été appris durant son enfance. Il semble que l'enseignement de la prévention bucco-dentaire, tel qu'il été pratiqué, ne soit pas suffisamment orienté vers l'étudiant. Il a donc parfois tendance à ne pas appliquer ces enseignements sur lui-même, ce qui rend encore plus hypothétique, l'accompagnement à la mise en œuvre auprès des patients.

D'autre part, le regard de l'étudiant sur son futur travail reste très archaïque se considérant, au vu des données disponibles, davantage comme un intervenant chargé de soigner les caries que comme un promoteur de la santé bucco-dentaire. Il faut donc travailler sur ce regard pour permettre à l'odontologie de devenir plus préventive mais aussi mieux intégrée dans la santé, le bien être et la qualité de vie des individus.

Ces différentes notions doivent donc être mieux prises en compte dans les

programmes de formation de prévention bucco-dentaire pour permettre aux futurs chirurgien-dentistes de développer leurs connaissances, mais surtout leurs compétences et leurs attitudes.

Dans le deuxième chapitre, nous cherchons à évaluer plus précisément les niveaux d'auto-soins des étudiants en chirurgie dentaire et à les comparer avec ceux d'autres filières et au sein de la filière odontologique.

2. Revue de la littérature des auto-soins bucco-dentaires des étudiants en chirurgie dentaire

2.1. Objectif

L'objectif de ce chapitre est d'évaluer les attitudes et comportements en santé orale des étudiants en odontologie mesurés via le questionnaire HU-DBI, et de les comparer avec ceux d'autres disciplines, entre eux entre différents pays, selon leur âge et au cours de la formation initiale en odontologie. Pour cela, une revue de la littérature des données publiées a été conduite à partir de 2005.

2.2. Méthode

La recherche bibliographique a été conduite via la base de données Pubmed. Le terme HU-DBI n'y étant pas référencé dans la base de données comme mot-clé MeSH, il a dû être directement entré comme « texte libre ».

Pour être retenu, le texte intégral des articles devait avoir été publié entre janvier 2005 et juin 2017, être disponible gratuitement en ligne ou via l'abonnement du Service Commun de la documentation de l'Université de Lille 2, être rédigé en français ou en anglais.

La recherche a été complétée par l'examen des références bibliographiques des articles précédemment sélectionnés.

Les résultats et la discussion sont présentés conjointement dans le paragraphe

(2.3) suivant par type de comparaison afin d'en faciliter la lecture et la comparaison.

2.3. Résultats et analyse

18 études ont pu être obtenues dont les résultats sont présentés ci-après. Elles sont principalement issues de revues orientées vers l'odontologie. On peut noter une diversité importante des zones géographiques dans lesquelles ces études ont été conduites, dans cette revue de littérature.

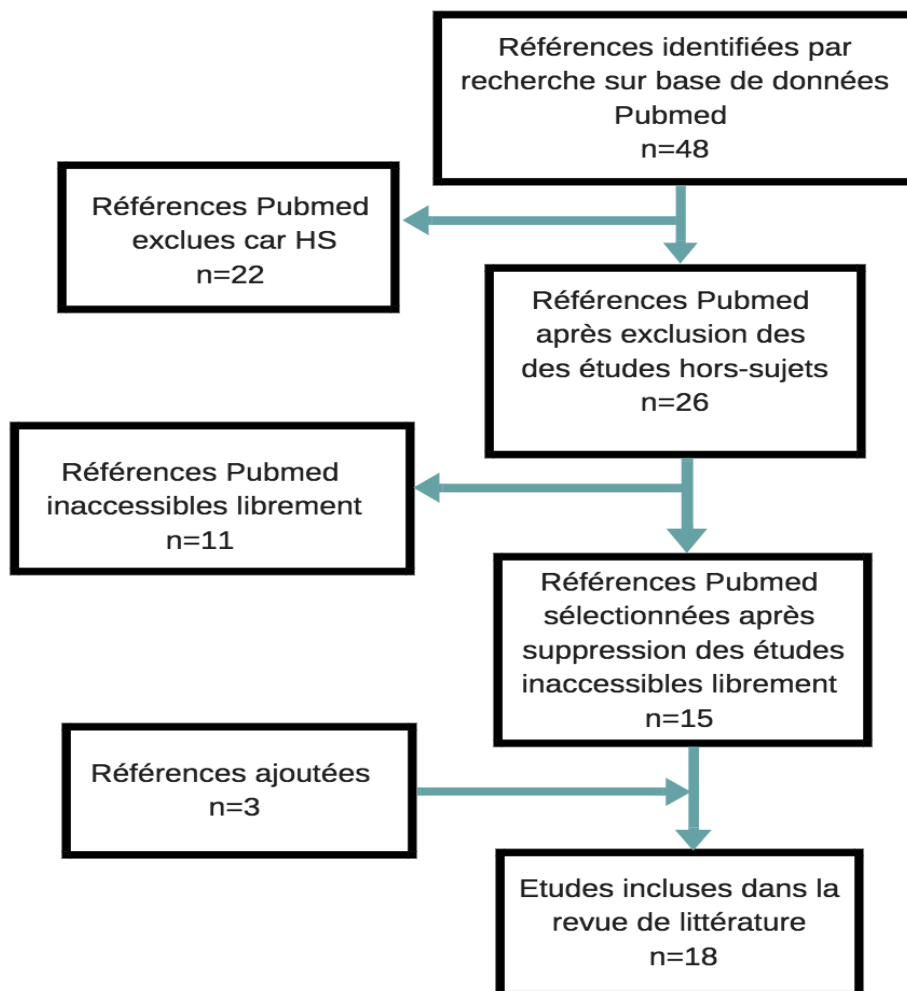


Figure 2 : Diagramme de flux de la sélection des articles de la revue de littérature des auto-soins bucco-dentaires des étudiants en odontologie

2.3.1. Comparaison des pratiques d'auto-soins entre les étudiants en chirurgie dentaire et les étudiants d'autres disciplines que la chirurgie dentaire

Cette première comparaison est intéressante pour savoir si les niveaux d'auto-soins des étudiants sont différents avant même le début de leur parcours universitaire et si la formation délivrée aux étudiants en chirurgie dentaire leur permet de modifier davantage leurs habitudes que les étudiants d'autres disciplines que la chirurgie dentaire.

2.3.1.1. Etudiants en chirurgie dentaire versus étudiants en sciences technologiques

Une étude conduite en Lituanie en 2014 a évalué les habitudes de santé bucco-dentaire, le mode de vie et l'impact de l'éducation sur les comportements et la santé bucco-dentaire entre un groupe d'étudiants en chirurgie dentaire, subdivisé entre un sous-groupe en phase préclinique et un sous-groupe en phase clinique, et un second groupe d'étudiants en sciences technologiques (pas d'information sur l'année d'étude) via le questionnaire HU-DBI (22).

Le score moyen HU-DBI des étudiants en odontologie avec une activité clinique était significativement plus élevé que le score du 2ème sous-groupe n'ayant pas encore débuté son activité clinique (scores moyens respectivement de 6,81 et 5,96) ($p = 0,001$). Les scores moyens des deux sous-groupes d'étudiants en chirurgie dentaire étaient significativement plus élevés que ceux du groupe d'étudiants en sciences technologiques (score moyen de 5,37) ($p < 0,05$).

Les comportements et les connaissances en santé bucco-dentaire étaient

davantage compatibles avec la santé bucco-dentaire chez les étudiants en chirurgie dentaire que chez les étudiants en sciences technologiques, et ce dès le début du cursus. Les auteurs expliquent ces résultats par le fait qu'environ 30% des élèves en odontologie avaient des parents chirurgiens-dentistes, certains d'entre eux étant déjà davantage motivés dans les soins bucco-dentaires car leurs familles seraient plus prudentes en matière de santé bucco-dentaire (22). Ainsi, on vérifie ici bien le rôle du contexte familial de l'étudiant dans le développement de ses auto-soins bucco-dentaires.

Pour ce qui est de l'amélioration des scores au cours du cursus en odontologie, plusieurs études, qui seront rapportées par la suite, ont confirmé que les attitudes en matière de santé bucco-dentaire deviennent plus positives avec l'avancée en âge et le niveau universitaire.

2.3.1.2. Etudiants en chirurgie dentaire versus étudiants ingénieurs

Une étude menée en Colombie en 2012 a comparé les attitudes et les comportements en matière de santé bucco-dentaire des étudiants en chirurgie dentaire à celles des étudiants en ingénierie à l'aide du questionnaire HU-DBI (23). A terme, cette étude visait à modifier les programmes de formation en chirurgie dentaire en Colombie pour améliorer les attitudes et les comportements des étudiants en matière de santé bucco-dentaire. Au premier semestre, il n'y avait aucune différence significative entre les étudiants en génie civil et en odontologie quelles que soient les questions, à l'exception de la question n° 4 qui traite de la présence d'un dépôt blanchâtre sur les dents ($p=0,021$). Par contre, les étudiants en fin de cursus de chirurgie dentaire présentent un résultat au

questionnaire HU-DBI supérieur aux étudiants en chirurgie dentaire de début de cursus et aux étudiants en génie civil, ceci étant expliqué par l'impact positif de l'expérience acquise lors de la formation en chirurgie dentaire sur les attitudes et les comportements en santé orale.

2.3.2. Comparaison des pratiques d'auto-soins entre les étudiants en chirurgie dentaire et les autres étudiants de santé

Une étude conduite au Yémen en 2016 a comparé le score au questionnaire HU-DBI entre les étudiants en chirurgie dentaire et en médecine (24). Dans l'ensemble, le score moyen au questionnaire et donc le niveau d'auto-soins pour l'ensemble de l'échantillon (étudiants en médecine et en chirurgie dentaire) était faible ($4,91 \pm 1,58$), sans différence significative entre les étudiants en chirurgie dentaire et en médecine ($P > 0,05$).

Une autre étude menée en Roumanie en 2005 utilisant le questionnaire HU-DBI a comparé les niveaux d'auto-soins bucco-dentaires entre un groupe d'étudiants en médecine et un groupe d'étudiants en chirurgie dentaire, afin de mesurer l'impact des programmes de formation en chirurgie dentaire sur la santé bucco-dentaire, les attitudes à l'égard de la prévention et les soins bucco-dentaires (25). Le score moyen des étudiants en chirurgie dentaire était supérieur à celui des étudiants en médecine ($6,39 \pm 1,64$ versus $5,9 \pm 1,79$), mais les différences n'étaient pas statistiquement significatives. Certes, les étudiants en chirurgie dentaire présentaient un score légèrement plus élevé, expliqué par leur formation spécifique en prévention bucco-dentaire, mais les étudiants en médecine avaient tout de même mis en avant des attitudes positives d'auto-soins bucco-dentaires.

Ces études confirment que les étudiants en chirurgie dentaire et en médecine ne développeraient pas d'attitudes compatibles avec la santé bucco-dentaire différentes.

Parallèlement à cette question, une étude conduite au Canada en 2016 sur l'attitude préventive en santé au regard de la consommation tabagique rapporte des résultats intéressants. L'objectif était de déterminer si les étudiants en chirurgie dentaire, en ostéopathie et en médecine développaient des attitudes comparables de prévention de la santé en prenant pour exemple le conseil de l'arrêt du tabac au cours des consultations avec les patients (26). Contrairement aux étudiants ostéopathes (seulement 21%), la plupart des étudiants en médecine (99,2%) et des étudiants en chirurgie dentaire (94,9%) ont estimé qu'il était de leur responsabilité professionnelle de conseiller les patients au sujet de l'arrêt du tabac. Cela dit, les étudiants en médecine se sont dits beaucoup plus à l'aise et confiants en matière de prévention que les étudiants en chirurgie dentaire. Une autre spécificité a été relevée, les étudiants qui étaient d'anciens fumeurs étaient beaucoup plus confiants pour traiter le sujet de l'arrêt du tabac que les étudiants non-fumeurs. Bien que presque tous les étudiants répondants en chirurgie dentaire et en médecine se soient déclarés capables de prodiguer les bons conseils aux patients, les étudiants en médecine et les anciens fumeurs étaient donc plus à l'aise et confiants pour aborder ce sujet (26). Dans cette étude, les étudiants en chirurgie dentaire ont davantage cité le manque de temps que les autres étudiants. D'autre part, les étudiants en médecine reçoivent généralement plus de formation que les étudiants en chirurgie dentaire pour interroger et conseiller les patients ce qui pourrait expliquer qu'ils sentent une plus grande efficacité, un plus grand confort et une plus grande confiance dans le domaine du

conseil à l'arrêt du tabac que les étudiants en chirurgie dentaire. Enfin, il est intéressant de noter le rôle de l'expérience personnelle pour évoquer un sujet de santé (les anciens fumeurs se sentent plus à l'aise que les non-fumeurs pour parler d'arrêt du tabac). Cet aspect semble bel et bien en lien avec la question des auto-soins.

2.3.3. Comparaison des pratiques d'auto-soins chez les étudiants en chirurgie dentaire

2.3.3.1. Selon leur sexe

Une étude a évalué les différences, selon le sexe, des connaissances, des attitudes et des comportements en matière de santé bucco-dentaire chez les étudiants en chirurgie dentaire en Palestine en 2010 (27). Les étudiants âgés de 18 à 22 ans de l'Université d'Al Quds ont complété la version anglaise du questionnaire HU-DBI. Les résultats ont montré que les femmes ont des attitudes plus préventives et des comportements plus positifs pour la santé bucco-dentaire avec des visites plus régulières chez le chirurgien-dentiste, une sensibilisation aux auto-soins et au brossage des dents plus marquée que les hommes.

Même si cette étude a été menée en Palestine, ces résultats semblent confirmer l'idée selon laquelle les étudiantes développent généralement des comportements plus préventifs que les étudiants, que ce soit pour leur propre santé ou pour celle de leurs patients.

Une étude réalisée au Yémen a également montré que les femmes auraient des attitudes et des comportements plus compatibles avec la santé bucco-dentaire que les hommes (24). Les femmes sont plus préoccupées par les visites chez le chirurgien-dentiste, par la surveillance des gencives (saignements et couleur) et elles se brossent les dents une fois de plus par jour que les hommes. Les auteurs expliquent que les femmes, pour des raisons de psychologie interne, se soucieraient généralement davantage de leur corps et de leur apparence, et consulteraient donc plus souvent les professionnels de santé pour un traitement ou un conseil (24).

Dans une étude comparant le niveau d'auto-soin chez les étudiants en chirurgie dentaire au Japon et en Grèce, les femmes, que ce soit au Japon ou en Grèce, présentaient également un score moyen au questionnaire HU-DBI légèrement supérieur à celui des hommes mais ce résultat n'était pas statistiquement significatif (28).

Une étude menée en Iran en 2007 a précisé quelques différences entre les genres en s'intéressant aux attitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire des étudiants en chirurgie dentaire (29). Une enquête par questionnaire a été menée auprès de 327 étudiants en chirurgie dentaire dans 7 universités. Le questionnaire portait sur l'âge, le sexe, l'emploi des parents, les soins bucco-dentaires, les examens bucco-dentaires les plus récents, la connaissance de la dentisterie préventive et les attitudes à son égard. Les femmes ont signalé des fréquences significativement plus élevées dans le brossage des dents, l'utilisation de dentifrice fluoré et le passage du fil dentaire par rapport aux hommes. Les hommes ayant des antécédents de lésions carieuses ont, quant à eux, signalé des fréquences plus faibles de grignotage entre les repas que les femmes (29).

Ces résultats ne seraient néanmoins pas valables pour tous les pays, et notamment la Chine (30). Dans ce pays, ce sont les étudiants en chirurgie dentaire qui auraient un score HU-DBI légèrement supérieur aux étudiantes : 4,99 pour les femmes contre 5,17 pour les hommes ($p > 0,001$) (30).

En Grande-Bretagne, à l'inverse, on retrouve des attitudes plus préventives chez les étudiantes en chirurgie dentaire que leurs congénères (7,4 au score HU-DBI

pour les filles contre 7,21 chez les garçons) sans différence significative néanmoins (30).

Ainsi les différences selon le genre seraient à nuancer selon le contexte culturel, qui semble bien être un élément central en matière d'auto-soins bucco-dentaires et qui va être commenté dans le paragraphe suivant (2.3.3.2).

2.3.3.2. Selon les pays

2.3.3.2.1. Entre la Grande-Bretagne et la Chine

Une étude conduite en 2005 a comparé les scores au questionnaire HU-DBI des étudiants en chirurgie dentaire en Chine et en Angleterre, les résultats mettant en avant des différences significatives (30):

- Concernant les attitudes de santé orale : parmi les étudiants chinois, 29% pensaient inévitable le fait de perdre ses dents avec l'âge contre seulement 7% des étudiants anglais. Environ 80% des étudiants chinois ne pensaient pas que le seul brossage des dents pouvait éviter l'apparition d'une maladie parodontale contre 30% d'étudiants anglais.
- Concernant l'hygiène orale : parmi les étudiants chinois, 75% ont déclaré avoir remarqué une pellicule blanche sur leurs dents contre seulement 11% des étudiants anglais. Chez les étudiants anglais, 72% regardent parfois dans un miroir après s'être brossé les dents contre 32% des chinois. Seulement 5% des étudiants anglais déclarent des saignements gingivaux contre 32% des étudiants chinois.
- Concernant les visites chez le chirurgien-dentiste : parmi les étudiants chinois, 54% consultent chirurgien-dentiste uniquement quand ils ont des

douleurs contre 13% des étudiants anglais.

- Concernant les scores au questionnaire HU-DBI : le score moyen des étudiants en chirurgie dentaire anglais est de 7,33 contre 5,07 chez les étudiants en chirurgie dentaire chinois.

2.3.3.2.2. Entre la Grèce et le Japon

Une étude menée en 2005 a exploré les différences interculturelles des comportements auto-déclarés en matière de santé bucco-dentaire entre les étudiants en chirurgie dentaire grecs et japonais via le questionnaire HU-DBI (28). Le score moyen au questionnaire des étudiants en chirurgie dentaire japonais de l'Université d'Hiroshima était significativement plus élevé que celui des grecs (7,40 contre 6,86, $p=0,001$), ce qui indique des meilleurs comportements d'auto-soins chez les étudiants japonais. Cette différence a été principalement attribuée, par les auteurs, au mode de pensée particulier asiatique de traiter les notions de santé et de maladie. Il est en effet différent des concepts occidentaux traditionnels, la plupart des comportements de santé au Japon étant appris et pratiqués à la maison.

2.3.3.2.3. A travers le monde

Une première enquête interculturelle menée dans 18 pays en 2005 a identifié des similitudes et des différences dans les attitudes et les comportements de santé bucco-dentaire auprès de 904 étudiants en première année de chirurgie dentaire en utilisant le questionnaire HU-DBI, traduit dans leurs langues respectives (31).

L'analyse des données a notamment permis de regrouper les différents pays étudiés en 2 groupes en fonction des similitudes de réponses.

Le premier groupe représenterait une conception qualifiée d'«occidentale» des auto-soins bucco-dentaires comprenant : l'Australie, le Royaume-Uni, l'Irlande, la Belgique, le Brésil, l'Allemagne, l'Italie, la Finlande et la France.

Le deuxième groupe représenterait une conception qualifiée d'«orientale» comprenant la Chine, l'Indonésie, Israël, la Grèce, le Japon, la Corée, Israël, Hong Kong, la Malaisie, la Thaïlande et la Grèce.

L'Australie et le Royaume-Uni étaient les deux pays présentant le plus de similitudes, proches de l'Irlande.

La Grèce et la Malaisie avaient des comportements semblables en matière de comportements de santé bucco-dentaire bien que les situations géographiques soient très différentes.

La comparaison des données des conceptions dites occidentales et orientales indiquait par exemple qu'une fréquence plus élevée d'orientaux se rendent chez le chirurgien-dentiste uniquement lorsqu'ils ont mal aux dents comparativement aux occidentaux ($p < 0,001$). Seule une petite proportion d'occidentaux (8%) pensait inévitable le fait de perdre ses dents contre 33% des orientaux ($p = 0,001$).

L'enquête semble confirmer l'idée qu'une partie des comportements et des attitudes en santé orale puisse être lié à la culture des étudiants et que le questionnaire HU-DBI puisse permettre de mettre en évidence ces similitudes culturelles (31).

Une étude similaire a exploré en 2006 les attitudes et les comportements de 17 pays en matière de santé bucco-dentaire chez 1096 étudiants de dernière année

de chirurgie dentaire par le biais du questionnaire HU-DBI, traduit dans leurs langues respectives (32). De la même façon que précédemment, les pays ont pu être répartis en deux groupes :

Le premier groupe se composait de 12 pays : 1 océanique (Australie), 1 du Moyen-Orient (Israël), 7 européens (Irlande du Nord, Angleterre, Finlande, Grèce, Allemagne, Italie et France) et 3 d'Asie (Corée, Thaïlande et Malaisie).

Le second groupe était composé de 5 pays : 1 sud-américain (Brésil), 1 européen (Belgique) et 3 asiatiques (Chine, Indonésie et Japon).

Les fréquences des réponses positives dans les 3 items suivants du questionnaire HU-DBI ont été significativement plus élevées dans le second groupe que dans le premier groupe, à savoir :

- «Je me préoccupe de la couleur de mes dents»,
- «J'ai remarqué des dépôts blancs sur mes dents»,
- et «Je suis dérangé par la couleur de mes gencives».

Ces études fournissent des informations intéressantes quant à l'importance des différences interculturelles dans les comportements et attitudes en santé orale, qu'il convient donc de prendre en compte dans l'orientation des programmes de formation mais aussi plus largement dans les politiques de santé et les collaborations internationales de recherche (32).

2.3.3.3. Au fur et à mesure du cursus de formation

2.3.3.3.1. Entre première et dernière année du cursus

2.3.3.3.1.1. En Grande-Bretagne et en Chine

Une étude menée en 2005 en Chine et en Grande-Bretagne a comparé les scores au questionnaire HU-DBI des étudiants au cours de leur cursus en chirurgie dentaire. Les auteurs rapportent qu'au cours de leur cursus, le score au questionnaire HU-DBI des étudiants chinois et anglais ne cesse d'augmenter (30). Cette augmentation soulève l'idée que l'étudiant assimile les concepts théoriques en matière de prévention bucco-dentaire : c'est l'assimilation, il les applique lors de sa formation pratique et clinique, ce qui va l'amener à adapter ses propres habitudes : c'est l'accommodation ; et donc à faire évoluer ses comportements : c'est l'équilibre entre l'assimilation et l'accommodation.

2.3.3.3.1.2. En Croatie

Une étude conduite en 2012 à l'Université de Zagreb en Croatie au moyen de la version croate du questionnaire HU-DBI avait pour objectif d'étudier les comportements en matière de santé bucco-dentaire et les attitudes des étudiants en chirurgie dentaire de la première à la dernière année de leur cursus (33). Le score moyen du questionnaire était de $6,62 \pm 1,54$, et la valeur la plus élevée du score HU-DBI a été obtenu en quatrième année des études ($7,24 \pm 1,54$).

Le sentiment qu'il faut parfois beaucoup de temps pour se brosser les dents était généralement mieux accepté par les étudiants de sixième année (26%) que par les étudiants de première et deuxième année (19%). Seulement 11.8% des étudiants de deuxième année ont déclaré avoir déjà utilisé du révélateur de plaque

pour évaluer la propreté de leurs dents contre 32% de ceux de cinquième année. Les étudiants de sixième année étaient, quant à eux, moins préoccupés par la visite chez le chirurgien-dentiste, qu'ils reportaient la plupart du temps jusqu'à ce qu'ils aient des douleurs dentaires. Ce dernier résultat semblerait indiquer qu'une augmentation des connaissances contribue à la fois à des attitudes positives pour la santé bucco-dentaire au quotidien, mais aussi à une plus grande confiance en soi entraînant des comportements plus à risque tels que des visites moins régulières chez le chirurgien-dentiste.

2.3.3.3.1.3. En Inde

Une étude menée dans la ville d'Udaipur, au Rajasthan, en Inde en 2008 a comparé les différences dans les connaissances, les attitudes et les comportements en matière de santé bucco-dentaire chez les étudiants en chirurgie dentaire de première et dernière année (20). Cette étude n'a pas utilisé le questionnaire HU-DBI mais un autre questionnaire structuré auto-administré comprenant 37 questions à choix multiple. Il nous a cependant paru utile d'en rapporter les résultats.

Les connaissances et les fréquences des attitudes en matière de santé bucco-dentaire étaient significativement plus élevées chez les étudiants de dernière année que chez les étudiants de première année ($P < 0,001$).

Parmi les répondants de première année, 91,8% des étudiants contre 95,5% de ceux de dernière année utilisaient une brosse à dents ainsi que du dentifrice pour se brosser les dents. Parmi ceux-là, 59,3% des étudiants de première année et 64,3% de ceux de dernière année utilisaient du dentifrice fluoré.

Il existe donc bien un lien entre le niveau d'étude en chirurgie dentaire et les comportements d'hygiène dentaire au quotidien.

2.3.3.3.2. Selon les phases pré-clinique et clinique

Une étude a comparé les attitudes en matière de santé bucco-dentaire des étudiants en chirurgie dentaire en phase préclinique (deuxième et troisième) et clinique (quatrième à sixième) au College of Dentistry, Université de Dammam en Arabie Saoudite via la version anglaise du questionnaire HU-DBI (34). Le score moyen au questionnaire HU-DBI était significativement plus élevé chez les étudiants en phase clinique que chez les étudiants en phase préclinique (7 versus 5,8, $p=0,019$).

Davantage d'étudiants en phase clinique qu'en phase préclinique étaient préoccupés par la mauvaise haleine (85,0% versus 69,0%, sans différence significative) et se brossaient soigneusement les dents (94,5% contre 65,5%, $p<0,05$).

La majorité des étudiants en phase clinique (74,0%) et en phase préclinique (55,1%) étaient en désaccord avec l'affirmation selon laquelle ils n'avaient jamais bénéficié d'enseignement professionnel afin d'apprendre à se brosser les dents. La plupart des étudiants en phase clinique (87,0%) et préclinique (77,6%) ont déclaré qu'ils n'utilisaient pas une brosse à dents à poils durs. Davantage d'étudiants en phase clinique vérifiaient leurs dents dans le miroir après le brossage que d'étudiants en phase préclinique (94,5 % versus 43,1 %, $p<0,05$).

Les résultats de cette étude ont montré des différences importantes dans les attitudes en matière de santé bucco-dentaire entre les étudiants en chirurgie

dentaire en phase clinique et ceux en phase préclinique. Les étudiants en phase clinique ont montré de meilleures attitudes ce que les auteurs expliquent par leur expérience clinique (34).

Une autre étude menée dans des universités privées et publiques en Arabie Saoudite en 2013 a également relevé un score moyen au questionnaire HU-DBI plus élevé chez les étudiants en chirurgie dentaire en phase clinique ($7,50 \pm 1,55$) par rapport à ceux en phase préclinique ($6,61 \pm 2,03$) (34).

Une autre étude a comparé en 2011 les différences entre les attitudes et les comportements en matière de santé bucco-dentaire chez les étudiants en chirurgie dentaire en phase préclinique et en phase clinique en Turquie par le biais du questionnaire HU-DBI (35). Le score HU-DBI moyen des étudiants en phase clinique ($7,47 \pm 1,86$) était significativement supérieur à celui des étudiants en phase préclinique ($6,00 \pm 1,86$) ($p < 0,001$), le score moyen global des étudiants étant de $6,53 \pm 2,00$ (22). La proportion d'étudiants en phase préclinique résignés à avoir de fausses dents plus tard (30%) était significativement plus élevée que celle d'étudiants en phase clinique (10%) ($p < 0,001$). Les étudiants en phase clinique étaient significativement moins susceptibles d'utiliser une brosse à dents à poils durs que les étudiants en phase préclinique (15% versus 24%, $p < 0,01$) et 32% des étudiants en phase préclinique brossent avec force contre 17% des étudiants cliniciens ($p < 0,001$). Un quart des élèves en phase préclinique ont signalé des saignements de gencive tandis que 13% des étudiants en phase clinique l'ont fait ($p < 0,001$).

Une seconde étude menée en 2010 en Turquie a également rapporté des différences importantes dans les attitudes et les comportements de santé bucco-dentaire entre les étudiants en chirurgie dentaire en phase préclinique et ceux en phase clinique. Il pourrait même être possible de différencier les étudiants cliniciens des étudiants pré-cliniciens via leurs réponses au questionnaire HU-DBI, avec une probabilité de 85% (36). Néanmoins, les résultats de cette étude mettent globalement en évidence des comportements compatibles avec la santé bucco-dentaire relativement faibles chez les étudiants turcs qui pourraient, selon les auteurs, être améliorés par des programmes plus complets visant à promouvoir les pratiques d'hygiène bucco-dentaire des étudiants et leurs connaissances dès le début de la formation en odontologie.

Une autre étude menée en 2006 a comparé les différences d'attitudes et de comportements de santé bucco-dentaire chez les étudiants en médecine et en chirurgie dentaire lorsqu'ils étaient en première et en dernière année d'étude à l'Université de Pékin en Chine via la version chinoise du questionnaire HU-DBI (37). Les résultats de l'étude ont montré que le cursus de chirurgie dentaire permettrait aux étudiants de chirurgie dentaire comparativement aux étudiants en médecine d'améliorer leurs pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Les auteurs ajoutent que le niveau de connaissance et la mise en application clinique des concepts de prévention bucco-dentaire semblerait être un facteur contribuant à ce changement d'attitude (37).

Les différences de comportements observées entre les étudiants en phase préclinique et clinique du cursus de chirurgie dentaire dans ces différentes études

confirmeraient l'importance du passage en phase clinique dans l'amélioration des auto-soins des étudiants.

2.3.3.4. Selon le type d'université : publique ou privée

L'étude conduite dans les universités privées et publiques en Arabie Saoudite en 2013 via le questionnaire HU-DBI rapporte un score moyen significativement plus élevé chez les étudiants des universités publiques ($7,59 \pm 1,72$) par rapport aux étudiants des universités privées ($6,69 \pm 1,46$) ($p < 0,05$) (34).

Cette étude est la seule que l'on a pu retrouver comparant les auto-soins des étudiants en chirurgie dentaire entre université publique et privée ce qui rend difficile la généralisation de ce résultat Et ce, d'autant plus que cette distinction est complètement liée à l'organisation du système de formation au métier de chirurgien-dentiste selon les pays (existence ou non d'université privée).

3. Réflexions sur les évolutions de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire

L'apprentissage de la prévention bucco-dentaire devrait encourager l'étudiant à remettre en cause ses habitudes d'hygiène bucco-dentaire et à prendre des décisions concrètes en vue d'éventuelles modifications de ses pratiques d'auto-soins, contribuant ainsi au maintien de sa santé bucco-dentaire et générale, mais aussi à une réduction des inégalités de santé fréquemment rencontrées chez les étudiants entrant dans leur cursus universitaire. Ainsi, l'enseignement de la prévention bucco-dentaire relève d'une importance toute particulière dans la formation du chirurgien-dentiste contribuant non seulement à modifier la façon dont l'étudiant gère ses auto-soins au quotidien, mais aussi son attitude clinique en tant que futur professionnel de santé.

Dans le cadre d'une refonte de l'enseignement de prévention bucco-dentaire conduite au sein de la Sous-section Prévention, Epidémiologie, Economie de la santé, Odontologie légale de la Faculté de Chirurgie dentaire de Lille, et au vu des éléments discutés dans les deux premiers chapitres de ce travail, 4 axes principaux, explicités dans les paragraphes suivants seraient à prendre en compte.

3.1. Débuter l'enseignement de la prévention bucco-dentaire précocement dans la formation initiale

Plusieurs raisons précédemment évoquées et synthétisées ici peuvent justifier la mise en place d'un enseignement précocement dans la formation initiale.

Certains contextes notamment socio-culturels ou économiques peuvent influencer les pratiques d'auto-soins bucco-dentaires des individus. Il semblerait également que, plus les pratiques sont apprises précocement dans la vie de l'individu, plus elles sont ancrées profondément (38). Ainsi, ces modifications dans l'enseignement contribueraient donc non seulement à promouvoir le plus précocement possible la santé orale et générale des étudiants, mais aussi à diminuer les inégalités pouvant exister entre les étudiants entrant dans leur cursus universitaire.

Les résultats des études discutés dans la revue de littérature (20) et (33) mettent en avant l'importance de commencer le plus tôt possible l'enseignement de la prévention bucco-dentaire afin de faciliter l'apprentissage des connaissances par les étudiants, de remettre en question leurs habitudes, et d'accéder à des auto-soins compatibles avec la santé bucco-dentaire. Laisser du temps à l'étudiant pour remettre en question ses propres habitudes et développer des auto-soins compatibles avec sa santé bucco-dentaire, c'est aussi lui permettre de confronter, pour sa propre personne, respect des recommandations émises par les professionnels, réalité des pratiques dans la vie quotidienne, et vision de la

personne dans sa globalité avant qu'il n'applique à son tour ces principes avec les patients.

La littérature scientifique rapporte également qu'un enseignement précoce de la prévention bucco-dentaire permettrait d'améliorer la représentation que les étudiants se font de leur futur métier au travers d'une attitude plus préventive pour eux et leur environnement proche (amis, familles...) mais aussi de contribuer à souligner l'importance d'une prise en charge globale de la santé. Ainsi, à terme, cet enseignement précoce pourrait aider au changement du regard de l'étudiant, futur chirurgien-dentiste, sur son rôle au cabinet dentaire, l'importance de son attitude en matière de prévention, et plus largement son rôle dans le maintien de la santé et de la qualité de vie des patients.

Ainsi, le premier axe à privilégier pour une évolution de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire serait de débiter l'enseignement le plus tôt possible dans le cursus de formation initiale, soit si possible dès la deuxième année.

3.2. Développer une approche pédagogique interactive et dynamique en prévention bucco-dentaire

Si l'on souhaite davantage impliquer l'étudiant dans son apprentissage pour qu'il réfléchisse voire modifie ses propres pratiques, l'approche pédagogique doit être davantage interactive, dynamique. Ainsi, différents exemples d'approches pédagogiques originales que ce soit pour la formation et/ou l'évaluation mis en place dans différents pays sont décrits ci-après, à titre d'exemples.

3.2.1. Une approche pédagogique basée sur la preuve

Ce type d'approche a notamment été développé au Royaume-Uni suite au constat suivant. Dans les sociétés occidentales, le brossage des dents avec du dentifrice fluoré fait aujourd'hui partie intégrante du quotidien en matière d'hygiène bucco-dentaire. Une grande variété de matériel et de produits d'hygiène, que ce soit pour le contrôle mécanique ou chimique de la plaque bactérienne est disponible. Les fabricants en font largement la promotion, par la publicité, via divers supports (télévisuels, internet, presse écrite, encarts dans les hyper-supermarchés et parapharmacies notamment) pouvant être à l'origine d'une certaine confusion chez les patients voire chez les professionnels de santé non/mal informés. Par exemple, les conseils sur l'anatomie de la brosse à dents, la méthode de brossage, la fréquence ou la durée idéale du brossage peuvent sembler parfois

contradictoires. Ce constat souligne la nécessité que les chirurgien-dentistes soient capables de fournir des conseils précis, cohérents et fondés sur des preuves aux patients (39).

Ainsi, le Conseil général dentaire du Royaume-uni transmet les directives que les écoles dentaires doivent fournir aux chirurgiens-dentistes diplômés. Les chirurgiens-dentistes et les hygiénistes devraient être «compétents dans les principes de promotion de la santé bucco-dentaire» et «donner aux patients les différentes méthodes de contrôle de la plaque à la fois chimique et mécanique » (39). Le Ministère de la santé du Royaume-Uni souligne que les chirurgiens-dentistes ont le devoir de fournir des conseils préventifs cliniquement appropriés. Pour cela, il met à disposition des professionnels de santé une boîte à outils fondés sur des preuves scientifiques, contenant des conseils clairs tels que :

- Se brosser les dents deux fois par jour avec du dentifrice fluoré,
- Utiliser du dentifrice fluoré avec au moins 1,350 ppm de fluorures,
- Brosser la seconde fois avant le coucher,
- Ne pas se rincer les dents directement après le brossage pour laisser le dentifrice agir.

Jusqu'à présent, peu de données sont disponibles quant à la mesure dans laquelle les professionnels de santé bucco-dentaire britanniques adhèrent à cette orientation. Une étude conduite en 2012 au Royaume-uni a cherché à savoir si les conseils d'hygiène bucco-dentaire délivrés par 121 étudiants étaient justement conformes à ces recommandations fondées sur les données probantes fournies par le Ministère de la Santé. Il a été constaté que la majorité des répondants

fournissaient des conseils d'hygiène bucco-dentaire appropriés à leurs patients (39).

3.2.2. Le recours à des patients normalisés dans la conduite de jeux de rôle

Les patients dits « normalisés » sont des acteurs formés qui jouent le rôle de véritables patients dans des scénarios d'entretiens cliniques réalistes utilisés dans la formation des professionnels de santé. L'utilisation de patients normalisés permet de créer un environnement sécurisant, dans lequel les étudiants peuvent apprendre et être évalués en simulant au plus près une situation clinique, et recevoir des commentaires de ces patients qui sont formés à cet effet. Ainsi, le cadre proposé est réaliste, prédéterminé mais aussi contrôlé (40).

Les patients normalisés ont été utilisés dans la formation en odontologie à diverses fins, telles que la formation et l'évaluation des étudiants en odontologie gériatrique, dans la présentation de plans de traitement, pour le développement de compétences relationnelles, pour la délivrance de conseils sur le tabagisme ou pour la gestion des urgences médicales. Les patients normalisés ont également été largement utilisés dans l'éducation interprofessionnelle (se référer au paragraphe 3.2.3) (41).

C'est principalement aux USA que les patients normalisés ont été utilisés pour former les étudiants en chirurgie dentaire depuis la première année d'étude jusqu'aux premières expériences cliniques aux compétences fondamentales en

communication, à la conduite d'un examen et la rédaction de dossiers.

Dans un avenir proche, avant ou parallèlement au recours à des patients normalisés, la conduite de jeux de rôle pourrait être organisée en impliquant les étudiants en odontologie tour à tour en tant que professionnel de santé, patient voir accompagnant de patient. Ce type d'approche pourrait favoriser le sentiment d'implication des étudiants, faire émerger des réflexions quant aux auto-soins qu'ils réalisent et leurs différents comportements, verbaliser les changements qu'ils pourraient envisager et leurs freins...

3.2.3. Le recours à l'éducation interprofessionnelle

Selon l'OMS, l'éducation interprofessionnelle survient lorsque des étudiants de deux professions ou plus, apprennent entre eux, à développer une collaboration efficace afin d'améliorer la santé des patients.

La Collaboration interprofessionnelle pour l'éducation (IPEC) à sa création se composait de six organisations professionnelles, y compris celles de l'enseignement dentaire, infirmier et médical. Actuellement, elle compte une vingtaine d'organisations notamment celle de l'académie d'ostéopathie, de nutrition, de chiropractie ou encore de psychologie. Différentes commissions et groupes d'experts ont identifié le potentiel de l'éducation interprofessionnelle (IPE) pour améliorer la pratique collaborative contribuant ainsi à des résultats positifs sur la santé des patients et plus largement de la population (42).

Il faut reconnaître que, selon les pays, la prévention bucco-dentaire peut s'inscrire dans un travail en équipe visant un objectif commun de santé bucco-dentaire, cette équipe ne se limitant alors pas uniquement aux chirurgiens-dentistes. Différents corps de métiers de santé tels que les chirurgiens-dentistes, les hygiénistes, les médecins, les infirmiers et les pharmaciens travaillent alors ensemble pour fournir aux patients des conseils cohérents et précis (41). Pour se faire, l'IPE a pour objectif de rassembler les étudiants des différents domaines de la santé dans un environnement éducatif commun afin de promouvoir la pratique collaborative et l'apprentissage en groupe. Cet apprentissage se réalise par le biais de divers scénarios cliniques dans lesquels des patients normalisés interagissent avec une équipe interprofessionnelle d'étudiants en santé.

Historiquement, l'IPE impliquait les étudiants en médecine et en sciences infirmières. Jusqu'à tout récemment, il n'y avait qu'une implication minime des étudiants en chirurgie dentaire dans les programmes d'IPE ce qui donnait aux chirurgiens-dentistes une expérience trop limitée dans les domaines médicaux et contribuait au manque de reconnaissance par les autres professionnels de l'importance de la santé bucco-dentaire pour la santé globale du patient.

Cependant, la participation des étudiants en chirurgie dentaire aux programmes d'IPE augmenterait comme le rapporte une étude récente, révélant que 39 des 51 universités de chirurgie dentaire américaines et canadiennes mettraient en place des expériences éducatives en collaboration avec des universités de médecine (41). Parmi ces 51 universités, 29 ont également déclaré développer une interaction interprofessionnelle avec une université de soins infirmiers. Les initiatives les plus récentes d'IPE ont impliqué des étudiants en chirurgie dentaire américains avec des étudiants en médecine et en soins infirmiers, mais aussi avec des étudiants en pharmacie, en physiothérapie, en ergothérapie, en orthophonie ou encore en imagerie diagnostique (41).

Une étude menée aux USA, à l'Université de New York lors de l'année 2013-14, avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une simulation clinique d'IPE dans une expérience d'étude de cas (42). Les compétences en matière de santé bucco-systémique ont été évaluées avant et après la rencontre interprofessionnelle ; ces compétences étaient au nombre de 6 : la communication, la collaboration, la responsabilité, l'approche avec la famille, la résolution des conflits et la capacité à travailler en équipe. L'expérience s'est déroulée sur trois jours avec environ 100 étudiants participants chaque jour, répartis en petites équipes multi-disciplinaires

(un étudiant infirmier, un étudiant en chirurgie dentaire et deux étudiants en médecine). Le cas clinique en question traitait une problématique de santé commune aux différents corps de métiers, axée sur les manifestations orales des maladies chroniques comme le diabète et était joué par un patient normalisé.

Sur la période d'étude, il y a eu un changement significatif des scores moyens des niveaux de compétence en matière de santé bucco-systémique entre la phase de pré-test et de post-test chez les trois types d'étudiants ($p < 0,001$). L'analyse a également révélé qu'il y avait un changement statistiquement significatif dans les scores moyens des six domaines de compétence interprofessionnelle chez l'ensemble des étudiants y ayant participé ($p < 0,001$). Cette étude a révélé qu'un programme standardisé, reproductible et interprofessionnel sur la santé bucco-systémique était un moyen efficace d'enseigner et d'évaluer les compétences d'éducation clinique interprofessionnelle (42).

3.2.4. L'auto-évaluation par les pairs

L'auto-évaluation par les pairs est une forme d'évaluation formative voire sommative centrée sur l'étudiant. Il s'agit, comme son nom l'indique, d'évaluer un étudiant par le biais d'un autre étudiant. Par exemple, en ce qui concerne la chirurgie dentaire, un étudiant-clinicien interagit avec un patient normalisé à travers divers scénarios cliniques tandis que un étudiant-observateur remplit une feuille d'évaluation pour récapituler ce qu'il observe au cours de la rencontre. A la fin du scénario, l'étudiant-clinicien fait un court exercice de réflexion pendant que le patient normalisé complète rétroactivement une liste de points de contrôle. Enfin, cet exercice se conclut par une discussion des trois acteurs afin de faire le

point sur l'entrevue. Les entrevues sont également souvent filmées afin d'être visionnées lors des cours pour débriefer avec l'ensemble des étudiants (43).

Au Japon, une loi sur la santé et la sécurité scolaire prévoit que tous les étudiants reçoivent régulièrement des examens de santé (16) et les japonais travaillent notamment sur l'auto-évaluation de la santé bucco-dentaire des étudiants qui consiste à faire évaluer la santé bucco-dentaire de l'étudiant par lui-même. Les auteurs concluent que la prévention des facteurs défavorables à la santé bucco-dentaire devrait être surveillée le plus précocement possible par un examen médical et dentaire régulier chez tout les étudiants et particulièrement les étudiants en chirurgie dentaire (16).

Au vu des précédents éléments discutés, il semble important de placer l'étudiant au cœur de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire, pour différentes raisons rappelées ci-après.

La formation initiale en odontologie se situe temporellement à un moment clé de la vie de la personne, derrière l'étudiant, qui doit se responsabiliser et prendre des décisions qui peuvent avoir des conséquences pour sa santé.

Il semble que l'étudiant pourrait être acteur de sa propre santé avant d'être acteur de la santé des patients. Cela pourrait permettre qu'il se sente plus proche de ce que vit le patient dans la relation de soins avec le chirurgien-dentiste, et de fait adopte une posture moins dirigiste, plus empathique, à l'écoute des besoins et des attentes du « patient ».

Ainsi, rendre l'étudiant acteur de son enseignement, c'est tendre vers une professionnalisation précoce et donc vers une prise de responsabilité concernant

les attitudes compatibles avec la santé bucco-dentaire.

Le deuxième axe à privilégier pour une évolution de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire serait de développer une approche pédagogique dynamique et interactive pour se rapprocher au maximum du contexte clinique du futur professionnel de santé en diversifiant les outils selon les thématiques abordées, par exemple, l'utilisation des données probantes au cours de scénarios de situations cliniques conduits par les étudiants en odontologie mais aussi d'autres disciplines de santé, voire des patients normalisés.

3.3. Intégrer la multiculturalité

Avec le développement de l'immigration et du multiculturalisme dans la plupart des sociétés, la question de savoir comment les différences culturelles influent sur la vie, l'éducation, la santé, le recours aux soins de santé et toute situation qui nécessite une gestion de la diversité, a été un domaine d'intérêt croissant et de défi. Des préoccupations ont également été soulevées sur les populations immigrantes recevant des soins de santé de qualité inférieure en raison de problèmes de communication ou d'accès aux dispositifs de protection sociale notamment. Dans ce contexte, le domaine de la «compétence culturelle» est devenu une stratégie de plus en plus importante pour réduire les disparités dans le domaine de la santé et déterminer le succès d'un système de soins (44).

La compétence culturelle peut être définie comme un processus dans lequel la société et l'individu ont un engagement continu à apprendre sur les différences culturelles et à travailler efficacement dans le contexte culturel d'un patient pour obtenir des résultats similaires chez des groupes ethniques différents (44). Les principaux domaines de compétence culturelle décrits dans la littérature comprennent les quatre composantes suivantes : la sensibilisation, l'attitude, la connaissance et les compétences. Cela met en évidence le besoin de réflexion, d'empathie, de curiosité et de respect, ainsi que la compréhension de l'importance du point de vue du patient, de son opinion, de ses croyances et de son contexte psychosocial et culturel. On sait aujourd'hui que les compétences culturelles peuvent être acquises, pratiquées et perfectionnées (44).

Les insuffisances en matière de compétence culturelle pendant la prestation de soins de santé peuvent entraîner des erreurs de diagnostic, des occasions

manquées pour les examens et des médicaments prescrits et pris de manière inappropriée. Malgré l'intérêt croissant de la plupart des professions de santé, des rapports constatent le manque d'importance accordé à la compétence culturelle dans la formation, et notamment en odontologie (44).

Prenons l'exemple de la population australienne qui est multiculturelle, avec des populations issues de plus de 200 pays, de 124 groupes religieux, parlant près de 400 langues différentes. L'accent croissant sur les compétences culturelles dans la prestation de soins de santé a conduit les universités australiennes à inclure l'éducation transculturelle dans la formation des professionnels de santé. Néanmoins, si de nombreuses institutions australiennes reconnaissent la compétence culturelle comme une compétence importante et nécessaire pour leurs diplômés, une étude a révélé que le programme de formation des docteurs en chirurgie dentaire à l'École dentaire de Melbourne, ne présente encore qu'un contenu limité sur les concepts et les compétences transculturelles comparativement à l'enseignement reçu par les étudiants en sciences infirmières (45).

Dans une autre étude réalisée en 2016 à l'Université de Melbourne en Australie, la majorité des étudiants (72%) et des nouveaux diplômés perçoivent la formation comme abordant insuffisamment la question de la multiculturalité (44). Cette étude a inclus 12 superviseurs cliniques, avec une ancienneté moyenne de 7,9 années. La majorité estimait que les facteurs culturels étaient importants pour une bonne gestion des patients. Même ceux qui ont estimé que les facteurs culturels étaient moins importants, reconnaissaient que les compétences culturelles pouvaient

améliorer la communication et les rapports entre étudiants et patients, et que les étudiants capables de comprendre la culture du patient ont tendance à obtenir de meilleurs résultats. Les superviseurs cliniques ont estimé que les étudiants étaient, dans l'ensemble, capables de gérer les rapports avec le patient et de fournir des traitements adéquats à des patients de milieux culturels différents. Néanmoins lorsqu'un problème affecte les étudiants pendant la prise en charge des patients culturellement et linguistiquement divers, il est difficile de savoir si cela a été causé par la culture de l'étudiant, du patient ou encore par le manque d'expérience de l'étudiant (44).

Le troisième axe sur lequel réfléchir pour une évolution de l'enseignement serait d'intégrer la multiculturalité et les compétences culturelles compte tenu de la diversité culturelle à la fois des patients et des étudiants en chirurgie dentaire de nos sociétés actuelles.

3.4. Penser la mise en pratique clinique comme un tournant dans la formation du futur professionnel de santé

Les compétences requises pour l'exercice clinique de la prévention bucco-dentaire précédemment discutées mettent l'accent sur la pratique, ce qui sous-entend l'importance de la mise en situation clinique lors de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire. Seules les connaissances en matière de prévention bucco-dentaire nécessitent un apprentissage théorique.

Compte tenu des compétences à acquérir, il est primordial que l'étudiant puisse contextualiser les connaissances théoriques, autrement dit, construire un pont entre ces connaissances et sa pratique auprès d'un patient. Néanmoins, la construction de ce pont nécessite probablement un entre-deux, entre la connaissance théorique et la pratique sur un patient. Ainsi, passer par des ateliers pseudo-cliniques où les étudiants jouent tour à tour le rôle du chirurgien-dentiste, de patient, d'assistant voire un jour d'hygiéniste, pourrait leur permettre d'être plus à l'aise lors de leur entrée en clinique. Comme précédemment rapporté dans des exemples étrangers, le recours à des patients normalisés ou à des jeux de rôle entre étudiants filmés pourrait permettre de prendre conscience et d'ajuster les postures en variant également les situations et les contextes des patients. Ces ateliers pourraient améliorer les premiers contacts de l'étudiant avec «le patient» et la confiance en soi de l'étudiant se répercutant alors positivement sur la conduite des soins et le développement d'une relation de soins sereine.

Même si cela dépasse le cadre strict de la refonte de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire, l'accès à la clinique pourrait se faire de façon moins

soudaine et par étape avec par exemple : un accès à la salle clinique en dehors des horaires d'ouverture de celle-ci pour les étudiants qui se mettraient alors en situation et adopteraient les différents rôles sur certains actes ou actions d'éducation réalisables entre eux.

Par exemple, les programmes de chirurgie dentaire et de diplôme en hygiène bucco-dentaire en Afrique du sud sont structurés de telle sorte que l'étudiant est initié à la dentisterie préventive au second semestre de la première année et est exposé à une formation préclinique en laboratoire sur les têtes fantômes. L'étudiant est ensuite introduit dans l'environnement clinique au début de la deuxième année. Les étudiants commencent à travailler les uns sur les autres pendant une période de deux semaines pour acquérir des compétences cliniques et diagnostiques avant d'être au contact des patients en clinique (6).

On peut aussi imaginer la mise en place de tutorats entre étudiants novices et étudiants plus expérimentés et ménager des temps afin que les étudiants puissent exprimer leurs « retours d'expériences » à posteriori.

Ainsi, le quatrième axe de réflexion de l'évolution de l'enseignement pourrait porter non seulement sur la mise en œuvre d'ateliers pédagogiques préparatoires, mais aussi d'un accès à l'environnement clinique précoce et réfléchi pour favoriser une meilleure contextualisation des concepts théoriques en matière de prévention bucco-dentaire.

CONCLUSION:

La refonte de l'enseignement de prévention bucco-dentaire conduite au sein de la Sous-section Prévention, Épidémiologie, Économie de la santé, Odontologie légale de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille, a été l'occasion de réfléchir sur le processus d'apprentissage, et son transfert sur les auto-soins des étudiants vu comme acteur de leur propre santé bucco-dentaire avant de devenir co-acteur de la santé de la population.

Quatre pistes principales d'évolution de l'enseignement de la prévention bucco-dentaire ont pu être proposées, à savoir, débiter le plus tôt possible dans le cursus, développer une approche pédagogique interactive et dynamique, intégrer la notion de multiculturalité et penser la mise en pratique clinique comme un tournant dans la formation du futur professionnel de santé qu'est l'étudiant en chirurgie dentaire.

Chacun des axes cités précédemment mérite d'être approfondi avant d'être intégré dans l'enseignement de la prévention bucco-dentaire.

L'impact de ce nouveau programme d'enseignement au sein de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille sur les auto-soins des étudiants pourra être évalué par le biais du questionnaire HU-DBI, outil de référence de la mesure du niveau d'auto-soins.

A terme si le niveau d'auto-soins bucco-dentaire des étudiants, futurs professionnels de santé, s'améliore, on peut espérer une vision du métier

davantage orientée vers la prévention, ce qui in fine, pourrait contribuer à une meilleure santé et qualité de vie de la population.

Références bibliographiques

1. Article R1142-46. Code de la santé publique.
2. Orem D. Nursing: Concepts of practice (6th Ed.). 2001.
3. Article L634-1. Code de l'éducation.
4. Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/3/22/ESRS1106857A/jo>
5. Rapport Flajolet: LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
6. Singh S. Can undergraduate student learning in prevention influence oral health self-care practices? – a report from a South African University. Int J Dent Hyg;15(4):e100-12.
7. Gérard Lévy, Lecas J. Profil et compétences du futur odontologiste européen [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.adee.org/documents/taskforces/fr_profil_et_competences_propositions_de_corrections.pdf
8. Service WHOHE. Health education in self-care : possibilities and limitations. 1984 ; Disponible sur: <http://www.who.int/iris/handle/10665/70092>
9. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication [Internet]. Disponible sur: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>
10. Brock C. Self Care – A Real Choice Self Care Support – A Practical Option [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://www.bmsu.ac.ir/UserFiles/Self%20Care.pdf>
11. Webber D, Guo Z, Mann S. SELF-CARE IN HEALTH: WE CAN DEFINE IT, BUT SHOULD WE ALSO MEASURE IT? SelfCare J [Internet]. 11 sept 2015 ; Disponible sur: <http://selfcarejournal.com/article/self-care-in-health-we-can-define-it-but-should-we-also-measure-it/>
12. HAS. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
13. Sniehotta FF, Araújo Soares V, Dombrowski SU. Randomized controlled trial of a one-minute intervention changing oral self-care behavior. J Dent Res. juill 2007;86(7):641-5.
14. Dumitrescu A, Zetu L, Teslaru S. Instability of self-esteem, self-confidence, self-

liking, self-control, self-competence and perfectionism: associations with oral health status and oral health-related behaviours. *Int J Dent Hyg.* 1 févr 2012;10(1):22-9.

15. Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. *BRITISH DENTAL JOURNAL*, VOLUME 187, NO. 1. 1999;
16. Kojima A, Ekuni D, Mizutani S, Furuta M, Irie K, Azuma T, et al. Relationships between self-rated oral health, subjective symptoms, oral health behavior and clinical conditions in Japanese university students: a cross-sectional survey at Okayama University. *BMC Oral Health.* 6 nov 2013;13:62.
17. Anderson V, Kang M, Foster Page L. First-year oral health and dentistry student perceptions of future professional work. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur.* févr 2012;16(1):e166-173.
18. Tan AS, Anderson VR, Foster Page LA. Second and third year oral health and dental student perceptions of future professional work. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur.* nov 2013;17(4):241-50.
19. Barnier G. Théories de l'apprentissage et pratiques d'enseignement.
20. Sharda AJ, Shetty S. A comparative study of oral health knowledge, attitude and behaviour of first and final year dental students of Udaipur city, Rajasthan, India. *Int J Dent Hyg.* nov 2008;6(4):347-53.
21. L'empathie, qu'est-ce que c'est ? [Internet]. AFDEM. 2006. Disponible sur: <https://www.afdem.org/articles/empathie/>
22. Pacauskiene IM, Smailiene D, Siudikienė J, Savanevskyte J, Nedzelskiene I. Self-reported oral health behavior and attitudes of dental and technology students in Lithuania. *Stomatologija.* 2014;16(2):65-71.
23. Jaramillo JA, Jaramillo F, Kador I, Masuoka D, Tong L, Ahn C, et al. A comparative study of oral health attitudes and behavior using the Hiroshima University-Dental Behavioral Inventory (HU-DBI) between dental and civil engineering students in Colombia. *J Oral Sci.* mars 2013;55(1):23-8.
24. Halboub ES, Al-Maweri SA, Al-Jamaei AA, Al-Wesabi MA, Shamala A, Al-Kamel A, et al. Self-Reported Oral Health Attitudes and Behavior of Dental and Medical students, Yemen. *Glob J Health Sci.* 01 2016;8(10):56676.
25. Onlineredaktion QV-G Neue Medien. International Poster Journal of Dentistry and Oral Medicine [Internet]. Disponible sur: https://ipj.quintessenz.de/index.php?doc=html&abstractID=21021&new_language=de
26. Allen SR, Kritz-Silverstein D. Dental vs. Medical Students' Comfort with Smoking Cessation Counseling: Implications for Dental Education. *J Dent Educ.* août 2016;80(8):959-65.
27. Kateeb E. Gender-specific oral health attitudes and behaviour among dental students in Palestine. *East Mediterr Health J Rev Sante Mediterr Orient Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit.* mars 2010;16(3):329-33.

28. Polychronopoulou A, Kawamura M. Oral self-care behaviours: comparing Greek and Japanese dental students. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur.* nov 2005;9(4):164-70.
29. Khami MR, Virtanen JI, Jafarian M, Murtomaa H. Oral health behaviour and its determinants amongst Iranian dental students. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur.* févr 2007;11(1):42-7.
30. Komabayashi T, Kwan SYL, Hu D-Y, Kajiwarra K, Sasahara H, Kawamura M. A comparative study of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University - Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) between dental students in Britain and China. *J Oral Sci.* mars 2005;47(1):1-7.
31. Kawamura M, Wright F a. C, Declerck D, Freire MCM, Hu DY, Honkala E, et al. An exploratory study on cultural variations in oral health attitudes, behaviour and values of freshman (first-year) dental students. *Int Dent J.* août 2005;55(4):205-11.
32. Komabayashi T, Kawamura M, Kim K-J, Wright FAC, Declerck D, Goiâs M do CMF, et al. The hierarchical cluster analysis of oral health attitudes and behaviour using the Hiroshima University--Dental Behavioural Inventory (HU-DBI) among final year dental students in 17 countries. *Int Dent J.* oct 2006;56(5):310-6.
33. Badovinac A, Božić D, Vučinac I, Vešligaj J, Vražić D, Plancak D. Oral health attitudes and behavior of dental students at the University of Zagreb, Croatia. *J Dent Educ.* sept 2013;77(9):1171-8.
34. Alam Moheet I, Farooq I. Self-reported differences between oral health attitudes of pre-clinical and clinical students at a dental teaching institute in Saudi Arabia. *Saudi Dent J.* oct 2013;25(4):149-52.
35. Yildiz S, Dogan B. Self reported dental health attitudes and behaviour of dental students in Turkey. *Eur J Dent.* juill 2011;5(3):253-9.
36. Peker K, Uysal O, Bermek G. Dental training and changes in oral health attitudes and behaviors in Istanbul dental students. *J Dent Educ.* sept 2010;74(9):1017-23.
37. Rong WS, Wang WJ, Yip HK. Attitudes of dental and medical students in their first and final years of undergraduate study to oral health behaviour. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur.* août 2006;10(3):178-84.
38. Freeman R. the psychology of dental patient care: The determinants of dental health attitudes and behaviours. *Br Dent J.* 10 juill 1999;187(1):4800192.
39. Morgan MZ, Verkroost S, Hunter L. Evidence-based prevention: a comparison of oral hygiene advice given by dental and dental care professional students. *Int J Dent Hyg.* mai 2013;11(2):121-5.
40. Johnson JA, Kopp KC. Effectiveness of standardized patient instruction. *J Dent Educ.* mars 1996;60(3):262-6.
41. Anders PL, Scherer YK, Hatton M, Antonson D, Austin-Ketch T, Campbell-Heider N. Using Standardized Patients to Teach Interprofessional Competencies to Dental

Students. J Dent Educ. janv 2016;80(1):65-72.

42. Haber J, Hartnett E, Allen K, Crowe R, Adams J, Bella A, et al. The Impact of Oral-Systemic Health on Advancing Interprofessional Education Outcomes. J Dent Educ. févr 2017;81(2):140-8.
43. Quick KK. The Role of Self- and Peer Assessment in Dental Students' Reflective Practice Using Standardized Patient Encounters. J Dent Educ. août 2016;80(8):924-9.
44. Mariño R, Ghanim A, Morgan M, Barrow S. Cultural competency and communication skills of dental students: clinical supervisors' perceptions. Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur. nov 2017;21(4):e101-8.
45. Mariño R, Morgan M, Hopcraft M. Transcultural dental training: addressing the oral health care needs of people from culturally diverse backgrounds. Community Dent Oral Epidemiol. oct 2012;40 Suppl 2:134-40.

Annexe 1

Questionnaire d'auto-évaluation des attitudes et comportements en santé orale des étudiants en odontologie

ANNEE 2017/2018

Quelques questions pour connaître votre profil :

N° Etudiant :

Année d'étude : 2^{ème}
3^{ème}

1. Sexe :

☐ Femme

☐ Homme

2. Age : ____ans

3. Environnement familial dans lequel vous avez majoritairement grandi :

☐ Rural (≤2000
habitants)

☐ Urbain (>2000
habitants)

4. Redoublant ou triplant :

☐ Oui

☐ Non

5. Principale source de revenus durant vos études (veuillez cocher une seule réponse) :

☐ Bourse d'études

☐ Famille

☐ Travail

☐ Emprunt

6. Situation professionnelle actuelle de vos parents :

	Mère	Père
Agriculteur exploitant	☐	☐
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	☐	☐
Cadre ou profession intellectuelle supérieure (exemple : professeur agrégé, médecin, chercheur...)	☐	☐
Profession intermédiaire (exemple : instituteur, infirmier...)	☐	☐
Employé (exemple : technicien, agent de maîtrise, ouvrier, chauffeur...)	☐	☐
Retraité(e)	☐	☐
Personne sans activité professionnelle (exemple : étudiant, personne au foyer, chômeur...)	☐	☐
Décédé(e)	☐	☐

Pour répondre aux questions qui suivent, cochez la case « oui » ou « non ». Le but de ce questionnaire est seulement d'améliorer notre enseignement de la prévention bucco-dentaire. Nous vous demandons donc de répondre le plus honnêtement possible.

	Oui	Non
1. Je ne redoute pas d'aller chez le dentiste.	☐	☐
2. Mes gencives saignent parfois au brossage.	☐	☐
3. La couleur de mes dents me préoccupe.	☐	☐
4. J'ai relevé un dépôt blanchâtre sur mes dents.	☐	☐
5. J'utilise une brosse à dents pour enfant.	☐	☐
6. Je suis résigné(e) à avoir de fausses dents plus tard.	☐	☐

7. La couleur de mes gencives me préoccupe.	☐	☐
8. L'état de mes dents empire en dépit de brossages quotidiens.	☐	☐
9. Je brosse soigneusement chaque dent.	☐	☐
10. Je n'ai jamais appris la bonne façon de se brosser les dents.	☐	☐
11. Je n'ai pas besoin de dentifrice pour un brossage efficace.	☐	☐
12. Je vérifie souvent l'état de mes dents dans un miroir après le brossage.	☐	☐
13. Ma mauvaise haleine me préoccupe.	☐	☐
14. Le seul brossage ne protège pas des maladies gingivales.	☐	☐
15. Je ne vais chez le dentiste que lorsque j'ai mal aux dents.	☐	☐
16. J'ai utilisé un colorant pour vérifier la propreté de mes dents.	☐	☐
17. J'utilise une brosse à dents dure.	☐	☐
18. Je ne suis satisfait(e) que si je brosse avec force.	☐	☐
19. J'ai parfois l'impression de me brosser les dents trop longtemps.	☐	☐
20. Mon dentiste m'a dit que je me brossais bien les dents.	☐	☐

Figure 1 : Le questionnaire HU-DBI (version française utilisée pour la conduite de l'étude (30) obtenu du Pr Gerard Levy à la demande du Dr Blaizot)

EVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT DE LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE

BRIDENNE Grégoire.- p.85 : ill.2 ; réf.45

Domaines : Prévention

Mots clés Rameau: auto-soins ; étudiants en odontologie ; attitudes ; habitudes ; santé bucco-dentaire

Mots clés FmeSH: auto-soins ; étudiants en odontologie ; attitudes ; habitudes ; santé bucco-dentaire

Mots clés Libre: questionnaire HU-DBI

La refonte de l'enseignement de prévention bucco-dentaire conduite au sein de la Sous-section Prévention, Épidémiologie, Économie de la santé, Odontologie légale de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille, a été l'occasion de réfléchir sur les évolutions à prévoir pour cet enseignement afin de mieux impliquer l'étudiant en odontologie dans son apprentissage, l'aider à réfléchir voire à modifier, dans un premier temps, ses auto-soins bucco-dentaires, puis dans un second temps, mieux accompagner les patients dans cette démarche.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN

Madame le Docteur Alizée DENYS