

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

[Année de soutenance : 2018]

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 12 DECEMBRE 2018

Par Nicolas DEVAUX

Né le 15 Mars 1991 à Lomme – France

LA LITTERATIE EN SANTE ORALE, QUEL LIEN AVEC L'EDUCATION
THERAPEUTIQUE DU PATIENT,

JURY

Président : Professeur Etienne Deveaux

Assesseurs : Docteur Caroline Delfosse

Docteur Thomas Trentesaux

Docteur Céline Catteau

Membre invité : Docteur Thomas Marquillier

Présentation de la Faculté Dentaire et de l'Université de Lille

Liste des enseignants

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

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable du Département de Biologie Orale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département 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.

Remerciements

Professeur Etienne Deveaux, Docteur Delfosse, Docteur Catteau, Docteur Marquillier, pour avoir rendu cette soutenance possible en acceptant d'en être le jury. **Docteur Marquillier** pour avoir accepté d'être mon directeur de thèse, **Docteur Trentesaux** pour avoir accepté de prendre la suite de cette direction . **Docteur Catteau** pour avoir accepté d'être membre de ce jury au pied levé.

Table des matières

1	Introduction	7
2	Matériels et méthodes	11
3	Résultats.....	15
4	Discussion.....	19
	4.1 La sémantique de la littératie.....	19
	4.2 Mesurer le degré de littératie en santé.....	22
	4.3 Mesure en médecine bucco-dentaire.....	24
	4.4 L'impact sur les patients.....	33
	4.4.1 De la mère à l'enfant.....	33
	4.4.2 Les disparités sociodémographiques.....	36
	4.4.3 Littératie en santé orale et négligence.....	37
	4.4.4 Le cas des femmes enceintes.....	39
	4.4.5 Littératie et prévention concernant les parents.....	40
	4.4.6 Les effets sur la maladie parodontale.....	41
	4.4.7 La communication praticien/patient.....	43
	4.4.8 Le point de vue de l'enfant.....	45
	4.4.9 Expériences et ressenti du patient.....	46
	4.5 Formation et intérêt pour les professionnels.....	47
5	Conclusion	52
	Références bibliographiques	55
	Table des illustrations.....	58
	Annexes	60
	Annexe 1 : REALD-99	59
	Annexe 2 : REALM-D	60

1 Introduction

Afin de bien appréhender la relation entre l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et la Littératie en Santé Orale il est important de bien comprendre chacune de ces deux notions.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), **l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique** [43].

L'éducation thérapeutique du patient a pour but de former les patients à l'autogestion, à l'adaptation du traitement à leur propre maladie chronique, et à leur permettre de faire face au suivi quotidien. Elle contribue également à réduire les coûts des soins de longue durée pour les patients et la société. Elle est essentielle pour une autogestion efficace et pour la qualité des soins des maladies de longue durée, même si les patients souffrant de maladies aiguës ne doivent pas en être exclus. L'éducation thérapeutique du patient doit être réalisée par des soignants formés, et doit être conçue pour permettre au patient (ou à un groupe de patients et aux familles) de gérer le traitement de leur maladie et de prévenir les complications, tout en maintenant ou en améliorant leur qualité de vie. Son but principal est de produire un effet thérapeutique complémentaire à ceux de toutes les autres interventions (pharmacologiques, kinésithérapie, entre autres).

Toujours selon l'OMS, **la littératie en santé englobe les connaissances, la motivation et les capacités sollicitées pour trouver, comprendre, soupeser et utiliser de l'information** ayant trait à la santé en vue de développer une opinion et **de prendre des décisions** au quotidien en matière de soins de santé, de prévention de maladie et de promotion de la santé au quotidien et d'ainsi **maintenir ou augmenter la qualité de vie** [5].

Il est très important de distinguer la littératie en santé de la littératie en générale. En effet, dans une étude publiée en janvier 2012 par le Consortium health literacy project european [36], une description plus approfondie du terme littératie est exprimée. Selon l'United nation education, science and culture organization (UNESCO), le mot anglais « literate » avait au départ comme définition « familier avec la littérature » ou encore « bien éduqué », « cultivé ». Il prit ensuite la forme, à la fin du 19^e siècle, de quelqu'un ayant des connaissances sur un sujet bien précis et faisant d'autant plus référence aux capacités d'une personne à lire tout en le comprenant un texte donné sur le sujet. En ce qui concerne la santé orale et dans le cas de ces dernières années, une évolution de cette définition en 4 domaines de littératie basés sur 4 notions distinctes a été apportée :

- 1) la littératie comme un ensemble de compétences autonomes,
- 2) la littératie comme pratique, application et comme contexte défini,

- 3) la littératie comme un processus d'apprentissage,
- 4) la littératie comme compréhension de texte.

Tout cela pour aboutir au fait que la littératie est à la fois une transformation de l'individu en lui-même par son apprentissage, ses connaissances et leur mise en pratique associée à une transformation du contexte de la société de par son évolution d'un point de vue économique, socio-culturel et politique.

Cette définition globale de la littératie en santé peut de ce fait être appliquée à notre domaine de compétences qu'est la chirurgie dentaire. Il sera alors plus approprié de parler de littératie en santé orale.

Il faut savoir que la littératie en santé orale est de plus en plus étudiée et qu'il existe maintenant de nombreuses publications traitant du sujet. Cette littératie en santé orale présente un certain nombre de composantes. Elle est en perpétuelle évolution et les outils ayant trait à ce domaine suivent celle-ci. Il est réducteur de caractériser la littératie en santé orale d'apprentissage de l'information en santé orale tout en gardant en tête le degré d'alphabétisation de notre patient alors que ce n'est pas exactement cela. Le principe premier avait pour optique d'évaluer les capacités de compréhension de nos patients lorsque des mots issus du vocabulaire de la santé orale leur étaient présentés. Il s'agissait là d'une unique capacité de reconnaissance. Or la littératie, comme développée plus en aval dans ce travail, ne se limite pas à une simple compréhension du vocabulaire. Elle met en jeu beaucoup d'autres facteurs tout aussi importants que la connaissance et la compréhension des termes.

Avec l'évolution de la définition du terme de littératie en santé orale sont arrivés d'autres composants comme la compréhension des mécanismes de la santé orale, la connaissance et la compréhension de ses différents concepts mais également celle des facteurs de risque des différentes maladies. Les besoins des patients ainsi que ceux des professionnels de santé ont évolués. Il ne suffit plus, pour les praticiens, de donner un traitement et « d'espérer » que le patient le suive ou encore de pratiquer un acte sans expliquer quoique ce soit au patient à propos des raisons de l'intervention, de ce qui va être réalisé et des possibles conséquences de celle-ci. L'évolution de la prise en charge dans notre profession est maintenant dans une optique de prise de conscience du patient par rapport à son état de santé et dans son positionnement en tant que réel acteur de cette santé.

Le patient se place alors au centre du processus de soins et la littératie en santé orale va s'inscrire, tout comme la littératie en santé, dans sa pratique quotidienne et dans son évolution mais également dans celle de la société. Les connaissances des concepts, la reconnaissance des mots, la reconnaissance des différents facteurs de risques, la capacité d'interprétation des différentes notions mais également la connaissance des conséquences de ses actions sur sa santé, c'est tout cela qui va venir placer le patient comme le décisionnaire de sa santé orale. Le praticien intervient en termes de « formateur » pour ses patients lorsque la prévention est abordée, d'« enseignant » lorsque les concepts ainsi que les différents termes

leurs sont expliqués, lorsque leur est apporté les différentes informations qui pourront leur être nécessaires. Il se place en « professionnel » lorsqu'une intervention se présente comme nécessaire.

A cela viennent s'ajouter d'autres composantes que sont le milieu socio-démographique et socio-économique, l'âge, le niveau d'éducation de la personne, son origine et son langage maternel. Il est également question de l'accès à l'information que lui présente la société, les différentes promotions de la santé orale ainsi que tout ce qui est mis en place en termes de prévention et de réduction des facteurs de risques et des maladies, les différentes structures permettant un accès aux soins, par exemple. La littératie en santé orale prend en compte l'intégralité de ces composantes au sein de la société.

Les chirurgiens-dentistes sont de plus en plus confrontés, dans leur pratique quotidienne, à l'augmentation du nombre de maladies chroniques telles que la carie [39] ou encore la parodontite et ce quel que soit l'âge du patient. La prise en charge personnelle des patients est un facteur déterminant dans cette lutte contre les maladies buccales mais bien souvent le praticien se retrouve face à des patients qui n'ont pas forcément conscience d'être dans l'erreur ou qui n'ont pas suffisamment d'informations pour se rendre compte que leur prise en charge personnelle n'est pas des plus efficaces. C'est là que l'éducation thérapeutique du patient intervient en médecine bucco-dentaire.

Son intérêt premier est d'éduquer le patient quant aux différentes maladies buccales (carie dentaire [39], parodontite, et autres) mais également quant aux différentes techniques et capacités sociales permettant d'éviter le développement de celles-ci (technique de brossage, matériel adapté) ainsi qu'aux différents facteurs de risques qui sont, pour la plupart, communs à d'autres maladies chroniques de la santé en générale (le diabète, les problèmes cardiaques, par exemple). Selon la Haute autorité de la santé (HAS), la prévention se divise en 3 parties [45]:

- 1) la prévention primaire dont le but est d'agir avant l'apparition de la maladie (vaccination, sensibilisation aux différents facteurs de risques),
- 2) la prévention secondaire dont le but est d'intervenir aux prémices de la maladie (c'est le stade du dépistage),
- 3) la prévention tertiaire dont le but est d'agir sur les possibles complications et les risques de récurrence lorsque la maladie est déjà installée.

Il apparaît alors que l'éducation thérapeutique du patient est l'un des meilleurs atouts de prévention tertiaire, à l'heure actuelle, car il intervient une fois la pathologie installée. De plus l'ETP permet une implication du patient dans la prise en charge de sa santé buccale, il devient alors lui aussi un acteur des soins à part entière.

Le lien avec la littératie en santé orale devient alors bien plus évident puisque le but de l'éducation thérapeutique du patient est le même avec une subtilité : la littératie prend en compte les aptitudes du patient mais également ses connaissances, sa motivation, son degré de

compréhension de l'information dans le but d'aider le patient à maintenir voire à améliorer sa qualité de vie.

Il est difficilement possible de séparer l'éducation thérapeutique du patient de la littératie en santé orale car **l'ETP est un instrument d'amélioration et d'optimisation de la littératie en santé orale de ses patients** qui cible le même but d'information et d'amélioration des connaissances dans le but d'améliorer la qualité de vie liée à la santé orale. Ce travail réalisé de manière individuelle avec chacun de ses patients peut paraître long mais il me semble être une des obligations primordiales du métier de chirurgien-dentiste : informer, expliquer les informations voire les différents choix possibles, s'adapter au patient de manière à assurer notre travail de prévention et à adapter au mieux notre prise en charge à la personne.

Il est important, lorsque le sujet de la littératie est abordé, de bien cibler les capacités et les aptitudes du patient à reconnaître les mots et les concepts, à les comprendre lorsque ceux-ci sont replacés dans leur contexte et à les interpréter. Cela permet au praticien d'adapter de manière plus efficace sa prise en charge tout en établissant les différents objectifs à valider avec le patient. Cela permet de déterminer comment avancer avec le patient de manière à obtenir les meilleurs résultats possibles. De plus, chaque patient étant différent, cela permet de déterminer quels objectifs atteindre, comment et en combien de temps les atteindre.

Se dessine alors un véritable enjeu pour la société dans la littératie en santé orale car une évolution positive de celle-ci serait caractérisée par une amélioration de la qualité de vie liée à la santé orale de manière individuelle mais également à l'échelle de la société.

Le terme de littératie en santé orale apparaît pour la première fois en 2002 [9] mais c'est dans un article paru en septembre 2005 que la définition de littératie est apportée ainsi que son intérêt dans la pratique dentaire [31]. Par la suite, une augmentation des publications à ce sujet-là va être observée, de 271 publications recensées sur PubMed depuis la première parution en 2002 à 256 ces 10 dernières années et jusqu'à 160 uniquement pour ces 5 dernières années. Il y a donc une augmentation exponentielle des publications concernant la littératie en santé orale, ce qui prouve bien un intérêt croissant pour ce domaine qui découle directement du domaine de la littératie en santé.

C'est dans l'optique de comprendre et de pouvoir expliquer l'intérêt au sein de la pratique dentaire de la littératie en santé orale que cette thèse a été entreprise avec pour objectif principal de faire une mise à jour des références bibliographiques des connaissances existantes et disponibles sur le moteur de recherche PubMed.

2 Matériels et méthodes

Comme précisé précédemment dans l'introduction, ce travail est un travail bibliographique qui répond à un protocole de recherche particulier afin d'être le plus exhaustif et le plus pertinent possible.

Il a donc été pris le parti de se concentrer sur un moteur de recherche permettant d'avoir accès à une très grande majorité des publications médicales et de médecine bucco-dentaire internationales, que ce soit des articles issus de revues scientifiques ou encore des études organisées ainsi que des tests à la manière de sondages. Il s'agit ici du moteur de recherche PubMed.

Le moteur de recherche PubMed est un moteur de recherche gratuit développé et géré par le National center for biotechnology information (NCBI) à la National library of medicine [46]. Son accès est gratuit pour les étudiants ainsi que pour les professionnels de santé présentant une adresse universitaire. Dans le cas contraire il est nécessaire de s'enregistrer au préalable en créant un compte de manière à avoir accès aux ressources que propose le moteur de recherche. Il faut savoir que, d'après le site PubMed, 90% des résultats qui seront retrouvés lors d'une recherche sur les 10 dernières années présentent un lien gratuit vers le texte complet. De plus ce moteur de recherche présente de nombreuses fonctionnalités permettant de faire des recherches poussées que ce soit avec des mots-clefs ou encore avec les noms des auteurs, les titres des articles ou des revues dans lesquels ceux-ci ont été publiés.

Ce moteur de recherche permet de détailler de manière très précise et ciblée la recherche en question. Dans le cas présent, pour ce qui est de la littérature en santé orale, les premières publications datent de 2002 [9] à 2005 [31] mais les véritables débuts de l'intérêt porté à ce domaine remontent eux à environ une dizaine d'années. Le parti a été pris d'encadrer cette recherche entre août 2008 et août 2018 (soit les 10 dernières années). En réalité, les recherches de ce travail ayant commencées en 2017 utiliser des articles de 2007 rentrait dans le bon intervalle de temps. Ces articles seront placés dans les articles ajoutés dans le tableau de résultats.

En ce qui concerne la recherche en elle-même, PubMed utilise, en termes de mots-clés, le MeSH [47] (Medical subject headings) qui est le thésaurus de référence dans le domaine médical. Ce MeSH fut construit par la NLM (U.S. National library of medicine) et c'est également cette NLM qui le met à jour chaque année. La version française du MeSH est, quant à elle, mise à jour chaque année par l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) qui d'ailleurs est le partenaire français de la NLM.

Dans ce cas de figure, l'intérêt portait sur la littérature en santé et surtout en santé orale. Le MeSH pour la littérature en santé orale était oral health literacy. Il ne donnait qu'un nombre très restreint de résultats dont un certain nombre ne correspondaient pas réellement au sujet

recherché. Il a été choisi de scinder la Littérature en Santé Orale en 2 axes qui sont d'un côté la littérature en santé (MeSH : health literacy) et de l'autre la santé orale (MeSH : oral health) de manière à obtenir un nombre de résultats plus importants mais surtout plus ciblés sur le sujet. Le fait de diviser la recherche en appliquant 2 mots-clés permet d'apporter une précision supplémentaire.

Dans le but d'avoir une recherche vraiment exhaustive et efficace, pour chacun des MeSH a été ciblé une recherche par apparition de ceux-ci dans le texte complet. En effet PubMed permet de définir la manière dont la recherche sera effectuée à savoir si les MeSH n'apparaissent que dans le titre ou seulement dans le résumé ou encore dans le texte complet ce qui permet un travail de recherche plus précis et correspondant à la demande du sujet.

De tout cela s'est dégagée la partie la plus importante de la recherche : l'équation de recherche. C'est celle-ci qui permet à quiconque souhaitant reprendre les données brutes d'obtenir exactement les mêmes résultats. Ensuite il suffit d'appliquer les mêmes filtres que dans cette recherche pour obtenir une copie conforme à celle effectuée pour ce travail.

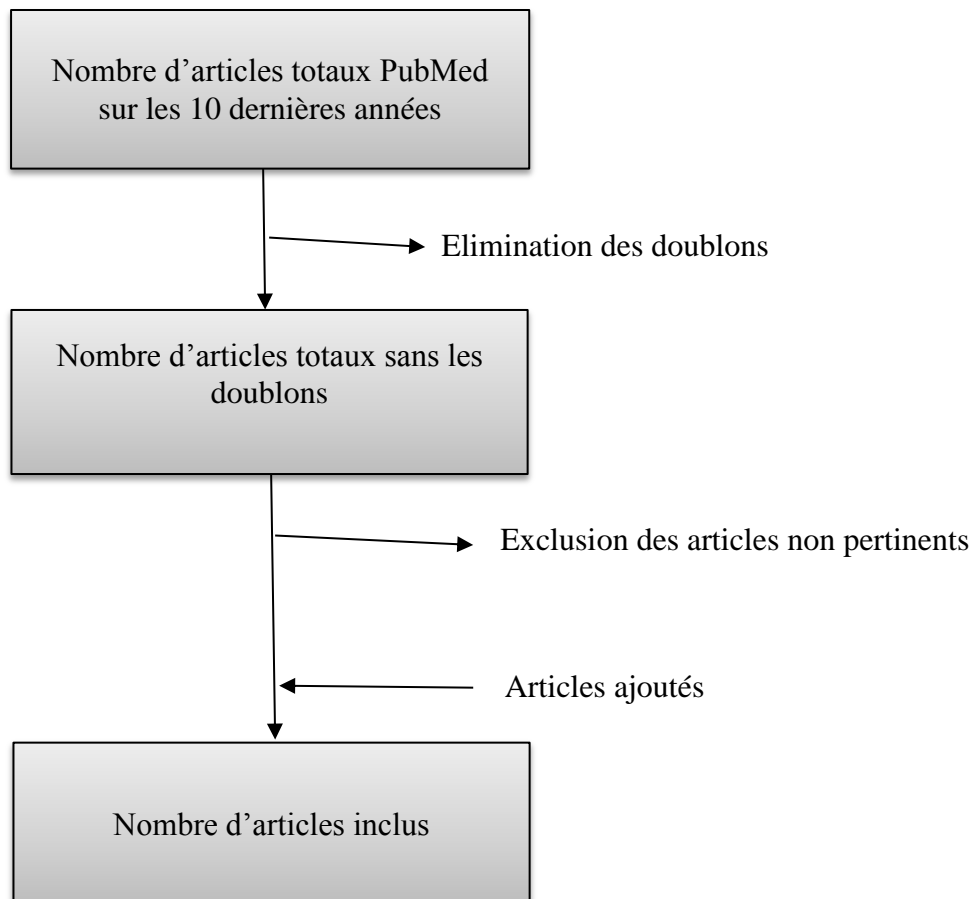
Ici l'équation de recherche est : (health literacy[Text Word]) AND oral health[Text Word].

Il faut ensuite appliquer le filtre de période présenté, sur PubMed, en « publications dates » et l'on y choisit « 10 years ».

Cette partie ne représente que la manière de procéder pour la recherche mais une fois celle-ci réalisée il reste encore à trier et à analyser l'intégralité des résultats qui seront obtenus.

Dans le cadre de cette étude bibliographique sur le thème de la littérature en santé orale, les résultats ont été présentés sous la forme d'un tableau schématique. Il est plus précis de parler d'un organigramme exposant la méthode de sélection des différents résultats obtenus suite à la recherche effectuée sur PubMed.

Cet organigramme se construit à partir d'une recherche basée sur l'équation de recherche (health literacy[Text Word] AND oral health[Text Word] filtrée sur la période des 10 dernières années.



Le principe de sélection des résultats intéressants dans le cadre de cette recherche est des plus simple.

Dans un premier temps il faut rentrer l'équation de recherche au sein de la barre de recherche du moteur PubMed. Une fois la recherche aboutie il ne faut pas oublier d'appliquer le filtre temps qui est de 10 ans. Est ainsi obtenu le nombre total de résultats sur les 10 dernières années

Arrive ensuite le moment de sélectionner et de trier une première fois tous les résultats. Pour cela, on commence par enregistrer, sur le logiciel Zotero, tous les résultats dans la bibliothèque avant de cliquer sur l'icône doublons et d'y choisir l'option : « fusionner les doublons ». Le nombre total de résultats de recherche sans plus aucun doublon est alors obtenu.

Viens maintenant le moment de présélection des résultats. Celui-ci se fait de manière assez simple puisqu'il suffit, dans un premier temps, d'éliminer les articles non pertinents et non utiles pour le travail en se basant sur leur titre et sur leur résumé (qu'il soit article, sondage, étude médicale).

Une fois cette sélection réalisée et les articles non pertinents exclus il est possible d'inclure, si nécessaire, d'autres articles qui sont hors de l'équation de recherche mais qui paraissent avoir leur place dans le travail.

Le nombre d'articles inclus qui seront utilisés pour le travail est alors déterminé. Il restera un dernier tri qui sera appliqué avant que ces articles ne se voient intégrés à la bibliographie qui est celui de la pertinence de leur contenu. Seulement après lecture et analyse des articles inclus sera déterminé le nombre de références bibliographiques qui seront utilisées.

Il est alors nécessaire, afin d'affiner la recherche, d'établir une grille de lecture.

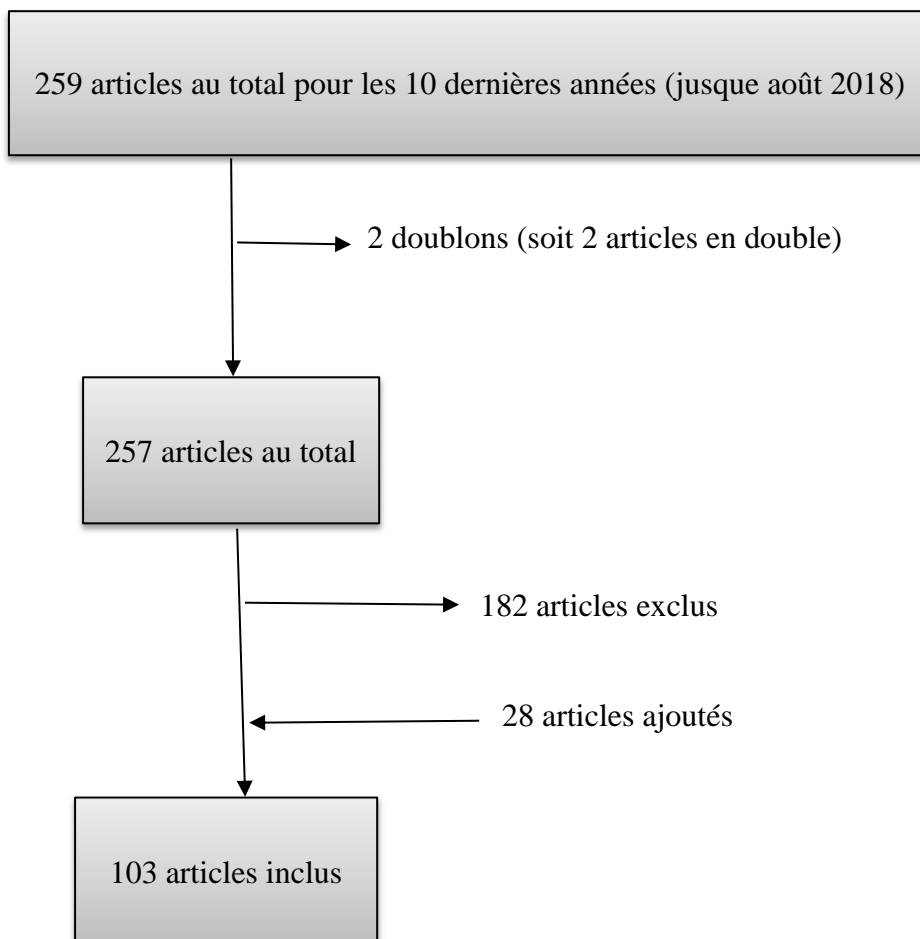
En effet, dans le choix des articles, plusieurs notions vont entrer en jeu :

- l'article traite-t-il de la littératie en santé orale ?
- existe-t-il une définition et une explication de la littératie en santé orale ?
- existe-t-il un outil de mesure de la littératie en santé orale ?
- l'article apporte-t-il des notions permettant de relier l'importance de la littératie en santé orale avec notre pratique ?
- la littératie orale et la santé orale du patient sont-elles corrélées ?
- existe-t-il des formations afin d'améliorer l'éducation du patient en ce qui concerne la santé orale par le praticien ?
- comment adapter notre pratique et définir nos objectifs en ce qui concerne la littératie en santé orale ?
- peut-on inscrire l'article dans le cadre de la pratique pédiatrique ?
- la littératie en santé orale et la maladie parodontale sont-elles mises en relation avec la femme enceinte ?
- la démarche pluridisciplinaire entre-t-elle dans les objectifs de la littératie en santé orale et inversement ?

Voilà les points importants qui vont être recherchés dans les différents articles afin d'établir une définition de ce qu'est la santé orale mais également afin d'améliorer la pratique en ce qui concerne l'éducation de nos patients. A cela s'ajoute également les différentes corrélations qui peuvent être trouvées entre la littératie en santé orale et les différents composants de la pratique dentaire.

3 Résultats

Cette partie se présente sous la forme du même organigramme que précédemment accompagné d'un tableau regroupant l'intégralité des articles Pubmed retenus et utilisés au sein de la discussion.



Le nombre d'articles inclus correspond ici à tous les articles Pubmed sélectionnés à partir des titres et résumés auxquels seront rajoutés tous les articles inclus (ne figurant pas parmi les résultats de l'équation de recherche) pour des raisons de pertinence. Cela ne correspond qu'au nombre d'articles inclus avant lecture complète de ceux-ci.

Suite à la lecture des 103 articles et en gardant en tête la grille de lecture, le nombre d'articles gardés pour la discussion s'élève à 21.

Au sein de la discussion, 21 articles référencés PubMed ont été utilisés. Le tableau suivant se propose de les lister en énonçant les auteurs, les titres, l'année de publication ainsi que les différents points importants décrits dans ces articles.

Tableau 1 : Recensement des articles retenus pour la discussion.

Auteurs	Titre	Année de publication	Points essentiels
Atchinson KA, Gironda MW, Messadi D, Der-Martirosian C.	Screening for oral health in an urban dental clinic.	2010	Création d'un nouvel instrument de mesure de la littératie en santé orale et en santé générale : le REALM.
Daly B, Clarke W, McEvoy W, Periam K, Zoitopoulos L.	Child oral health concerns amongst parents and primary care givers in a Sure Start local programme.	2010	Prévention et promotion de la santé orale chez les jeunes enfants. Enseignement des professeurs. Ressenti des parents. Manœuvres mises en place pour améliorer la littératie en santé orale.
Jackson RD, Coan LL, Hughes E, Eckert GJ.	Introduction of health literacy into the allied dental curriculum : firsts steps and plans.	2010	Les compétences des praticiens. Comment les former. L'importance de déterminer le niveau de littératie en santé orale des patients pour leur prise en charge.
Macek MD, Haynes D, Wells W, Bauer-Leffler S, Cotten PA, Parker RM.	Measuring conceptual health Kknowledge in the context of oral health literacy : preliminary results.	2010	Développement d'un test de mesure des connaissances dans les contextes : le CMOKH.
Vann WF JR, Lee JY, Baker D, Divaris K.	Oral health literacy among female caregivers : impact on oral health outcomes in early childhood.	2010	Il est question d'une corrélation possible entre le niveau de littératie de la mère et l'état de santé orale de l'enfant. Education de la mère.
Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vaan WF Jr.	The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers.	2011	Introduction de la notion de qualité relative de vie en santé orale.

Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Lee SY, Vaan WF Jr.	Oral health literacy levels among a low-income WIC population.	2011	Corrélation possible entre littératie en santé orale et niveau d'éducation. Possible différence de niveau de littératie en santé orale en fonction de la « race ».
Macek ,MD, Manski MC, Schneiderman MT, Meakin SJ, Haynes D, Wells W, Bauer-Leffler S, Cotten PA.	Knowledge of oral health issues among low-income Baltimore adults : a pilot study.	2011	Techniques de communication afin d'avoir une prévention efficace. Déterminer le niveau de littératie en santé orale.
Richman JA, Huebner CE, Leggott PJ, Mouradian WE, Mancl LA.	Beyond word recognition : understanding pediatric oral health literacy.	2011	Corrélation possible entre la littératie en santé orale des parents et l'état bucco-dentaire de l'enfant. La reconnaissance du vocabulaire est-il un indicateur de l'état bucco-dentaire de l'enfant.
Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vaan WF Jr.	Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time.	2012	Littératie en santé orale et prise en charge personnelle pour les femmes enceintes de leur premier enfant.
Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Vann WF Jr.	The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect.	2012	Corrélation possible entre la littératie en santé orale, l'état de santé orale et la négligence dentaire.
Bress LE.	Improving oral health literacy – the new standard in dental hygiene practice.	2013	Améliorer la communication de la part des praticiens. Le côté financier du patient.
Gironda M , Der-Martirosian C, Messadi D, Holtzman J, Atchinson K.	A brief 20-item dental/medical health literacy screen (REALMD-20).	2013	Simplification du REALMD.
Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL 3rd.	Health literacy : a pathway to better oral health	2014	La communication entre le patient et le praticien. Influence de la société sur la littératie en santé orale.

Khan K, Ruby B, Goldblatt RS, Schensul JJ, Reisine S.	Khan K, Ruby B, Goldblatt RS, Schensul JJ, Reisine S.	2014	Idée de différence entre reconnaître le vocabulaire et comprendre les concepts dans leur contexte.
Wehmeyer MM, Corwin CL, Guthmiller JM, Lee JY.	The impact of oral health literacy on periodontal health status.	2014	Corrélation possible entre la littératie en santé orale et la maladie parodontale. Prévention de la maladie parodontale.
Benzian H, Greenspan JS, Barrow J, Hutter JW, Loomer PM, Stauf N, Perry DA.	A competency matrix to global oral health.	2015	Idée de pluridisciplinarité en ce qui concerne la littératie en santé orale. Les différents acteurs de la littératie en santé orale. Les compétences nécessaires aux différents intervenants.
Freeman R.	Storytelling, sugar snacking, and toothbrushing rules : a proposed theoretical and developmental perspective on children's health and oral health literacy.	2015	La littératie en santé orale adaptée à l'enfant. Techniques et codes de communication avec l'enfant.
Benadof D, Hajishengallis E, Cole A, Vidal C.	Oral health literacy demand in the pediatric dental clinic : a pilot study.	2017	Comment communiquer avec les parents lors des rendez-vous en pédodontie et comment améliorer leur littératie en santé orale. Quelles sont les demandes des patients.
Holtzman JS, Atchinson KA, Macek MD, Markovic D.	Oral health literacy and measures of periodontal disease.	2017	La littératie en santé orale et la maladie parodontale. Implication et éducation concernant les facteurs de risques.
Fico AE, Lagoe C.	Patient's perspectives of oral healthcare providers' communication : considering the impact of message source and content.	2018	Idée de corrélation entre la littératie en santé orale et les expériences du patient. Idée d'anxiété du patient comme frein aux soins.

4 Discussion

Afin de bien comprendre les tenants et les aboutissants de la littératie en santé orale il est important de comprendre comment s'est développé ce terme et à quoi celui-ci correspond.

Comme précédemment expliqué en introduction, il faut bien comprendre que la littératie en santé générale et la littératie en santé orale sont deux choses différentes. Pour améliorer la littératie en santé générale, agir sur la littératie en santé orale est un bon moyen. Il est important de cerner la différence entre littératie en santé générale et littératie en santé orale.

4.1 La sémantique de la littératie

Comme précisé dans l'étude menée par le Consortium health literacy project european [36] publiée en janvier 2012, le mot anglais « literate » qui est à l'origine même du terme littératie (ou « literacy » en anglais) n'a pas toujours eu la définition actuelle d'aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne. Au départ il s'agissait de quelqu'un qui était « familier avec la littérature » ou même « bien éduqué ». Nous avons déjà développé cette origine et son développement au sein de l'introduction de ce travail et de ce fait ne sera fait ici qu'un rappel [36]. Au départ utilisé pour quelqu'un de familier avec la littérature, la signification du terme évoluera, dans les dernières années du 19^e siècle, pour décrire quelqu'un ayant des connaissances dans un domaine donné. Il sera vu par la suite, soit plus récemment en ce qui concerne notre pratique, une évolution de cette signification en 4 notions qui sont :

- 1) la littératie comme un ensemble de compétences autonomes,
- 2) la littératie comme pratique, application et comme contexte défini,
- 3) la littératie comme un processus d'apprentissage,
- 4) la littératie comme texte.

A l'heure actuelle, la littératie se place dans le développement même de l'individu par l'évolution de ses connaissances, des apprentissages et de leur mise en pratique tout en s'ancrant dans une dimension environnementale avec l'évolution des sociétés, des contextes économiques mais également des contextes géopolitiques.

Le terme « health literacy » (soit littératie en santé) a connu une évolution similaire ayant pour première définition la capacité à manipuler les mots et les chiffres dans un contexte médical pour évoluer petit à petit vers une dimension plus large de compréhension et d'utilisation d'un ensemble de capacités plus complexes et interconnectées comme lire et écrire les différentes informations ayant rapport à la santé ou encore les besoins en terme de

communication avec les différents professionnels médicaux ainsi que la compréhension des informations, conseils et instructions ayant trait à la santé.

Il est important de noter que les premières études qui ont été menées sur ces thèmes de la littératie et de la littératie en santé l'ont principalement été en Amérique du Nord et plus précisément dans des pays comme les Etats-Unis et le Canada. Ce n'est que plus tardivement que le sujet intéresse des professionnels européens qui s'impliquent, depuis le début des années 90, de plus en plus activement dans les études et le développement d'un meilleur niveau de littératie des populations.

Toujours selon cette même étude du Consortium health literacy project european, avant de pouvoir réellement aborder le thème de la littératie et celui de la littératie en santé plus précisément il faut déjà caractériser de manière explicite le terme en lui-même car de nombreux auteurs de nationalités différentes ne présentent pas systématiquement la même définition pour ce même terme ni les mêmes facteurs influençant la littératie. Ces différentes définitions analysées ont permis de mettre en évidence 6 domaines importants pour un unique terme. Se retrouve ainsi :

- 1) les capacités, compétences et habilités,
- 2) les actions,
- 3) les ressources et informations,
- 4) les objectifs,
- 5) le contexte sans oublier,
- 6) le facteur temps.

Ces 6 composantes résultent d'un travail minutieux réalisé à partir des 17 définitions préalablement établies par différents auteurs.

De là en est ressorti un point essentiel en ce qui concerne le terme de littératie en santé. En effet, il est alors plus cohérent de parler de concept multifactoriel ancré dans le temps et dans la société faisant intervenir l'individu en tant que tel mais également son environnement, son niveau d'instruction, l'« influence » de son entourage et de ses pairs. La société elle-même joue également un rôle majeur quant à l'accès aux connaissances ainsi qu'aux différentes structures médicales et sociales mais également d'un point de vue de promotion, d'information et de développement de la santé (figure 1).

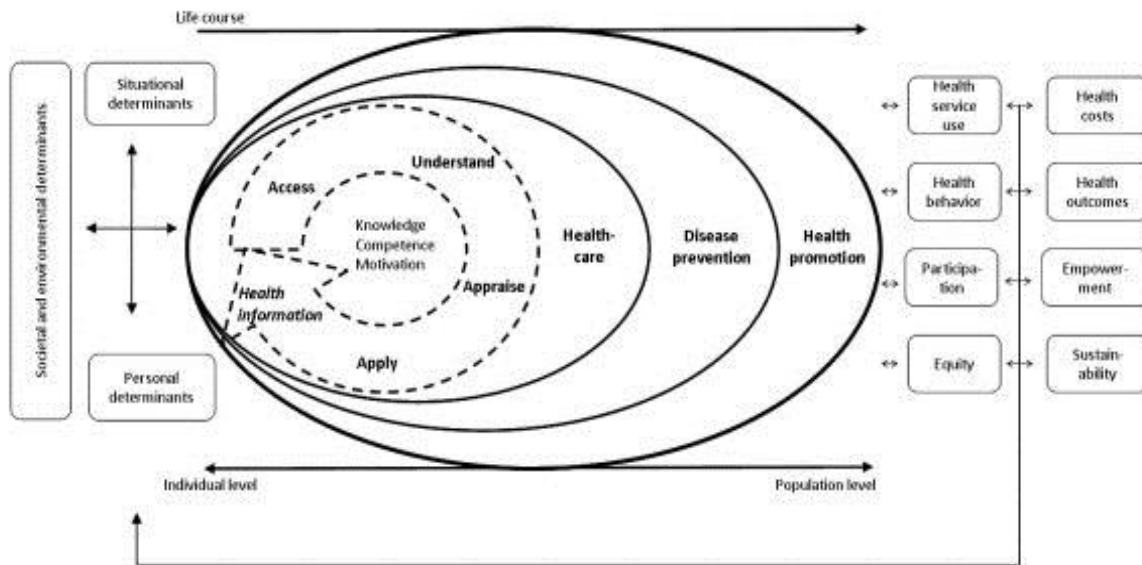


Figure 1 : Modèle d'intégration des différents composants de la littératie en santé [36]

Il se dessine ainsi un véritable enjeu à la fois individuel mais également populationnel général ainsi que sociétal. La santé prend alors une dimension à la fois économique et sociale et la littératie en santé s'inscrit comme un facteur déterminant de son évolution. Il est alors possible de décrire 3 grandes catégories dans cette étude de la littératie en santé que sont le domaine de la santé lui-même, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ressort alors, pour la première catégorie, l'idée de capacité d'accès à la connaissance ainsi qu'aux différents objectifs des soins, de compréhension de ceux-ci, d'interprétations et de jugement par rapport à ces différentes données, le tout accompagné de conseils et de compléments d'information par le personnel compétent. La seconde catégorie fait, elle, plus référence à la capacité d'accès aux différentes informations concernant les facteurs de risques des maladies mais également à la capacité de compréhension et d'évaluation de ceux-ci de manière à prendre les bonnes décisions. La troisième catégorie se place plus dans le sens d'une interprétation et d'une évaluation des différents facteurs de santé à la fois physiques et environnementaux, soit individuels, soit sociétaux.

Il est important de souligner que, dans ce travail du Consortium health literacy project european, une très bonne description est faite de ce qu'est la littératie en santé mais surtout de l'impact que celle-ci peut avoir sur la société. Au-delà de l'individu lui-même, c'est vraiment une problématique de publique et de l'économie de la santé qui est soulevée.

4.2 Mesurer le degré de littératie en santé

La littératie en santé a donc une place primordiale dans la pratique dentaire courante et tend à avoir une place de premier choix dans nos prises en charge de manière à obtenir les meilleurs résultats possibles autant en termes de thérapie qu'en termes de prévention et d'engagement du **patient en tant qu'acteur à part entière de sa santé**. Il est donc nécessaire **d'aborder un point important de ce processus qui est la détermination, chez le patient, de sa capacité à reconnaître les mots, comprendre ce qu'il lit, ses compétences de communication ainsi que ses connaissances du contexte de santé**.

Pour ce faire, une étude préliminaire fut menée en avril 2013 ayant pour but de mesurer les connaissances des concepts de santé de la littératie en santé orale [25]. Il faut savoir que cette première étude fut menée dans la ville de Baltimore aux Etats-Unis et que seule une centaine de personnes y furent incluses.

Le principe de l'étude était des plus simple et avait pour objectif, en plus de celui de mesurer les connaissances des concepts de santé de la littératie en santé orale, celui de créer un test valide et facilement reproductible dans la pratique de tous les jours.

Pour ce faire et en amont de ce test encore à l'essai, il est important de présenter 2 tests qui ont faits partie intégrante de l'étude : le « rapid estimate of adult literacy in medicine » (REALM) et le « short test of functional health literacy in adults » (Short-TOFHLA ou S-TOFHLA).

Le « **rapid estimate of adult literacy in medicine** » (REALM), décrit dans une étude parue en juin 1993 [8], est **un instrument de dépistage utilisé dans la pratique médicale** lors de la prise en charge primaire du patient **lors du premier rendez-vous**. **Le but est d'identifier les patients présentant une capacité de lecture faible**. Il permet donc d'estimer la capacité de lecture d'un individu et se présente comme un instrument facilement utilisable lors de la première consultation dans le but d'adapter le dialogue avec le patient. L'intérêt du REALM en pratique est que celui-ci peut être réalisé en une à deux minutes par un praticien avec un minimum d'entraînement. Cela fait de ce test un outil rapide et facilement reproductible avec un minimum de formation.

Le second test préalable de cette étude préliminaire permettant de mesurer les connaissances des concepts de santé de la littératie en santé orale, le **S-TOFHLA** [2], est une modification du « test of functional health literacy in adults » (TOFHLA). Le test non modifié, présenté dans une étude menée en octobre 1995 [28], a **pour but de mesurer la littératie fonctionnelle en santé des patients**. **Il évalue leur capacité à comprendre les différentes tâches relatives à la santé qui leurs sont exposées et non seulement leur capacité à les lire**. Le test mesure la capacité de compréhension, incluant la capacité de lecture et de facilité à aborder et à comprendre des passages en prose ainsi que des informations chiffrées. Il s'agit bien là d'une dimension plus pratique et non plus uniquement

théorique du questionnaire. Le principe réside dans un ensemble de 50 questions de compréhension de lecture et 17 questions basées sur les capacités mathématiques des patients. Contrairement au REALM, le TOFHLA est plus long à mettre en place puisqu'il faut environ 22 minutes au praticien pour le faire faire à son patient. Il permet de déterminer les capacités de lecture et de compréhension du patient par rapport au matériel relatif à la santé (et au domaine intéressé). De plus et malgré son temps de réalisation relativement conséquent, ce test représente un outil fiable et facilement reproductible dans la pratique.

Pour faciliter la réalisation du TOFHLA, une étude fût menée en septembre de l'année 1999 [2] dans le but de simplifier ce test tout en conservant sa pertinence. L'objectif de cette étude était de réduire le temps d'administration du TOFHLA par le praticien auprès de son patient de manière à en faciliter l'accès. Le résultat en est la création d'un nouveau test, le « short test of functional health literacy in adults » ou S-TOFHLA, qui présente une durée d'administration de 12 minutes. Pour cela il y a eu une diminution de 17 items d'arithmétique et de notions de calculs et des 3 passages en prose à une version ne présentant plus que 4 items d'arithmétique et 2 passages en prose. Le principe du test reste le même que celui du test originel à savoir **d'évaluer la capacité des patients à lire et comprendre les « protocoles » de soins pour un domaine donné ainsi que leurs connaissances sur la maladie chronique et leur capacité d'auto-gestion, de maintien de leur santé et d'utiliser les différents services de soins à leur disposition** et non pas leur capacité à lire et prononcer correctement des mots donnés (cela relève du test REALM). Il est possible, par ailleurs, de noter une corrélation entre le S-TOFHLA et le REALM même si celle-ci n'est pas totale du fait qu'un individu peut être capable de lire et de prononcer correctement un mot sans forcément être capable de savoir à quoi cela correspond réellement et inversement. Les résultats du test mettent également en évidence que les patients ayant fait 8 années ou moins d'étude présentent, pour beaucoup, un degré insuffisant de littératie fonctionnelle en santé. Pour les patients ayant fait des études après le lycée, donc en facultés ou en écoles, ils présentent, pour beaucoup, un degré suffisant de littératie. Pour ceux ayant effectué entre 9 et 12 années d'études, il est plus difficile de déterminer lesquels présentent un degré suffisant par rapport à ceux qui sont en insuffisance. Pour ces patients, il existe des programmes d'éducatifs à la santé et il est à noter qu'avec ces programmes et un minimum d'encadrement, ces patients s'en sortent très bien dans leur éducation en santé mais également dans prise en charge personnelle de leur santé au quotidien, que ce soit pour une pratique donnée (comme le brossage de dents) ou pour le suivi des traitements.

Il est important de comprendre que ces tests ont été déterminés à la fois dans un but de prévention, de maintien des bases déjà acquises par les patients mais également de promotion de l'éducation de la santé afin d'améliorer les pratiques médicales au sens large mais également pour améliorer la santé du patient et plus généralement de la société.

4.3 Mesure en Médecine Bucco-Dentaire

Ces 2 tests ainsi présentés ci-dessus ont permis de donner naissance à un test adapté, lui, à la pratique dentaire. C'est ainsi qu'est apparu, en septembre 2010, une étude consacrée au CMOKH, le « **comprehensive measure of oral health knowledge** » [25], qui introduit pour la première fois dans un test l'idée de la connaissance des différents concepts en plus des différentes capacités déjà incluses dans la notion de littératie qu'étaient la reconnaissance des mots, la compréhension de ce qui était lu et les compétences de communication. Cette étude a été réalisée sur 100 adultes issus de la ville de Baltimore aux Etats-Unis auxquels on a préalablement fait passer les 2 tests exposés ci-dessus : le Realm [8] et le S-TOFHLA [2]. Les adultes présents dans cette étude sont tous des personnes présentant de faibles revenus. Comme précisé dans cette étude et selon une enquête américaine du National Assessment of adult literacy datant de 2003 [44], seuls 22% des adultes américains présentaient des capacités basiques en littératie et seulement 14% présentaient de capacités en littératie au-delà des bases requises. Toujours selon cette étude, les personnes les plus touchées par les difficultés en littératie étaient, en Amérique, les adultes avec un statut socio-économique faible, les personnes âgées ainsi que les personnes pour lesquelles l'anglais n'était pas le langage maternel mais bien une deuxième langue.

Pour développer un protocole d'étude réalisable et reproductible, l'équipe en charge de ce projet s'est donc réunie au préalable pour étudier les différentes possibilités de mise en place du test mais également dans le but de faire ressortir les domaines qui allaient intéresser ce test. Ils ont donc mis en évidence 4 domaines qui représenteraient les 4 concepts sur lesquels les personnes sélectionnées devaient répondre. Ces 4 domaines sont :

- 1) les connaissances basiques en santé orale,
- 2) la prévention et la gestion des caries dentaires,
- 3) la prévention et la gestion des maladies parodontales,
- 4) la prévention et la gestion des cancers oraux.

A partir de là et sur ces 4 sujets, 41 questions ouvertes furent écrites dans le but de procéder à un test pilote à l'enquête.

Ce test pilote a été réalisé par 16 adultes sélectionnés sur le campus de la ville de Baltimore. Chacune des 41 questions ouvertes a été posée en face-à-face à chacun des 16 participants de cette étude pilote. De plus, le REALM [8] et le S-TOFHLA [2] furent administrés à chacun des participants accompagné d'une enquête sociodémographique, sur leur historique dentaire et sur leur comportement en ce qui concernait les visites chez le chirurgien-dentiste. Les participants ont ensuite été réunis de manière à procéder à un débriefing et à adapter le protocole final de l'étude.

Suite à cette étude pilote, le questionnaire a été légèrement remanié, passant de 41 questions à 44 avec 2 questions concernant la prévention des caries dentaires et des maladies

parodontales qui furent supprimées et 5 questions de connaissances basiques qui furent ajoutées. Ces questions portaient sur les connaissances concernant les implants dentaires pour l'une d'elle et sur l'anatomie et les termes spécifiques dentaires pour les 4 autres. Pour ce qui est des réponses, le questionnaire présente chacune des questions comme des questions à choix multiples et pour ce qui est de ces choix, l'équipe a réutilisé les réponses données par les personnes ayant participé à l'étude pilote. C'est ainsi qu'il est possible de retrouver une version finale présentant **44 questions à choix multiples** réparties sur nos 4 domaines préalablement définis soit **20 questions sur les connaissances basiques en santé orale, 8 questions pour la prévention et la gestion des caries dentaires, 8 questions pour les maladies parodontales et enfin 8 questions sur les cancers oraux**. Toutes ces questions ayant été soumises à 15 praticiens du Maryland afin d'être validées et intégrées au test final. Le REAL et les S-TOFHLA furent également administrés en fin de séance dans le but de comparer les résultats que l'on obtiendrait grâce à ce nouveau test avec les résultats que l'on avait pu obtenir avec le REALM et le S-TOFHLA.

Les résultats du CMOHK [25] se divisent en 3 catégories qui classent les sujets répondant en 3 groupes distincts. On voit ainsi un premier groupe qualifié de « poor » (soit pauvre) en termes de compréhension des concepts en santé orale et qui correspond à un score au CMOHK compris entre 0 et 11. Vient ensuite la seconde catégorie qualifiée, elle, de « fair » (soit acceptable) et qui va correspondre à un score au CMOHK compris entre 12 et 14. Vient ensuite la dernière catégorie, la plus haute, celle qui est qualifiée de « good » (soit bien) et qui représente les patients ayant une compréhension des concepts en santé orale qualifiée de satisfaisante. Cette troisième catégorie correspond à un score au CMOHK compris entre 15 et 23. Dans l'étude qui est présentée, l'équipe s'est aperçu qu'il est possible de ranger environ 42% des participants dans la plus haute des catégories soit dans la catégorie « good » ce qui représente quasiment la moyenne.

Cette étude a donc permis de créer le CMOHK [25], test qui peut être mis en corrélation avec le REALM et le S-TOFHLA. Une bonne ressemblance entre les résultats du CMOHK et ceux du REALM peut être notée car ces 2 tests sont basés sur la reconnaissance d'un vocabulaire spécialisé mais également sur la prononciation de ces mots et sur leur compréhension. Pour ce qui est d'une corrélation entre les résultats du CMOHK et ceux du S-TOFHLA, celle-ci est moindre que dans le cas du REALM mais cela peut s'expliquer de 2 manières. La première est que cette étude n'a été menée que sur 100 personnes ce qui est peu et ce qui peut donc expliquer pourquoi les résultats sont moins similaires, la part de la population impliquée n'étant pas représentative de la population globale. La deuxième raison est que le S-TOFHLA est un test basé sur de la compréhension en lecture et sur la compréhension des concepts mais en aucun cas nécessitant une connaissance particulière du vocabulaire et des concepts en santé et en termes de maladie.

Ces 3 instruments de la littératie en santé associés aux différentes variables sociodémographiques sélectionnées permettent donc de mesurer les différentes capacités du

patient en ce qui concerne la littératie en santé et cela a permis de créer un schéma conceptuel à la fois applicable pour la littératie en santé et pour la littératie en santé orale. Ce schéma est basé sur 4 composants exprimant la littératie en santé :

- 1) la reconnaissance des mots,
- 2) la compréhension de la lecture,
- 3) la connaissance des concepts,
- 4) les capacités de communication.

Ce schéma place, au centre de ces 4 composants, la partie la plus importante interconnectée avec les autres, la prise de décision appropriée de la part du patient (figure 2).

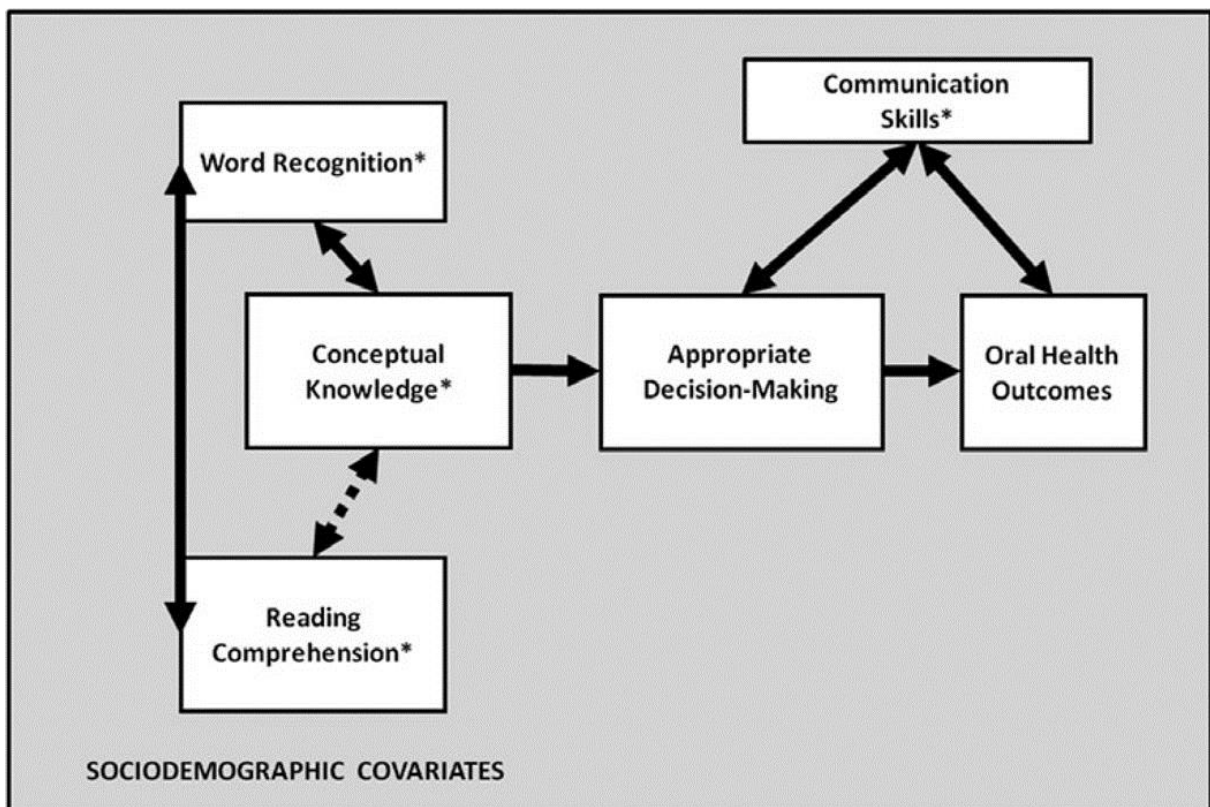


Figure 2 : Structure conceptuelle des associations entre les différents composants de la littératie en santé et les conséquences sur la santé orale [25]

Il est à souligner ainsi une corrélation entre la reconnaissance des mots et la connaissance des concepts. Par contre, la flèche reliant la compréhension de la lecture et la connaissance des concepts est, elle, en pointillée, car comme détaillé un peu plus haut, la compréhension de la lecture ne nécessite pas nécessairement une reconnaissance des mots employés ni des concepts. Il est également mis en évidence que **les capacités de communication ont un rôle à jouer à la fois en ce qui concerne la prise de décision appropriée de la part du patient mais également en ce qui concerne les conséquences sur**

la santé orale. En effet, il est important pour le patient de pouvoir discuter des différents choix qui s'offrent à lui en termes de soins mais également de comprendre les conséquences que peut avoir une mauvaise prise de décision sur sa santé orale. C'est pourquoi la connaissance des concepts en ce qui concerne la santé orale, ses différentes affections, ses prises en charge possibles mais également les concepts d'hygiène quotidienne et de prise en charge personnelle au long cours est quelque chose sur laquelle les praticiens ne doivent pas hésiter à passer plus de temps.

Une seconde étude fut menée en hiver 2011 dans la ville de Baltimore sur des adultes présentant un faible revenu [26]. Cette étude avait pour but de déterminer le niveau de littératie en santé orale d'une partie de la population de Baltimore, la même portion que lors de la première étude sur le CMOHK [25] mais également de mettre en évidence la position privilégiée des praticiens pour influencer sur le niveau de littératie des patients. La bonne communication avec le patient est essentielle de manière à pouvoir discuter avec un vocabulaire accessible à celui-ci. De plus, le praticien peut aider le patient à améliorer sa compréhension des concepts lorsque c'est possible et lui inculquer les bases concernant la prévention et la gestion des maladies.

L'étude expose également 5 règles principales de communication pour que l'information soit efficacement transmise :

- 1) ne pas émettre d'hypothèse quant au niveau de connaissances du patient,
- 2) montrer de l'empathie,
- 3) reconnaître le rôle de soutien du médecin de famille,
- 4) encourager et supporter le patient,
- 5) maintenir un suivi si nécessaire.

Ces 5 règles permettent un bon développement de la relation patient-praticien mais il ne faut jamais omettre le patient lors des prises de décisions. Sa participation aux choix va lui permettre déjà de mieux comprendre les tenants et les aboutissants mais cela va également lui permettre de développer une certaine confiance vis-à-vis de nous. Cette relation de confiance est bénéfique car un patient plus à l'aise aura moins peur de poser les questions qui le tourmentent et n'hésitera pas à demander des compléments d'informations lorsque cela lui paraîtra nécessaire.

Il ne faut en aucun cas prendre le savoir pour acquis car cela peut nuire aux prises de décisions à la fois en termes de prévention que de thérapeutique. Chez les patients ayant un niveau insuffisant de littératie liée à la santé orale, prendre les connaissances pour acquis va avoir un effet plutôt délétère puisque l'information ne sera pas obligatoirement comprise. Le but du praticien étant d'assurer une bonne prévention et une bonne promotion de la santé orale, l'objectif ici ne sera pas atteint. Il ne faut pas hésiter, de la part du praticien, à se former en continu et à s'informer des mises à jour sur le sujet de manière à employer les bonnes

stratégies de communication et d'atteindre l'objectif fixé de prévention, maintien et promotion de la qualité de la santé orale des patients.

Il y a ici 2 études : l'une qui met au centre de la réflexion la prise de décision appropriée du patient par rapport à ses capacités et la seconde qui rappelle en plus de cela les bonnes manières de communication avec le patient pour atteindre cette bonne prise de décision. Tout cela n'est possible que grâce à des recueils de données permettant de déterminer le niveau de littératie en santé orale du patient. Le REALM le S-TOFHLA et le CMOHK.

Il faut savoir que les tests comme le REALM ou encore le TOFHLA sont des tests principalement adaptés à la pratique médicale globale et non adaptés de base la pratique dentaire. Il faut savoir que ces tests ayant faits leur preuve, plusieurs équipes se sont posées la question d'en développer des versions dédiées à la pratique dentaire et qui soient réalisables et reproductible tout autant que le REALM et le TOFHLA. C'est ainsi que durant le mois de mai 2007, 2 instruments de la littératie en santé orale furent développés dans le but d'être aussi efficaces que le REALM et le TOFHLA : il s'agit du REALD-30 [24] et du TOFHLID [15].

Le premier des deux instruments dont il sera question ici est le **REALD-30** qui correspond à un acronyme pour « rapid estimate of adult literacy in dentistry » et présente 30 questions test. Dans sa première version qui est également la plus longue, le test présentait 99 questions test et était donc appelé REALD-99 [30] (annexe 1) Il faut savoir que ce test se base sur son homonyme médical, le REALM, pour ce qui est de la forme. Cette étude part du principe que la littératie en santé dentaire est importante car elle est liée et de très près aux conséquences sur la santé dentaire, au statut et à l'état dentaire du patient mais également à la qualité de vie du patient d'où l'importance de développer ce REALD-30.

Pour le développer, 200 sujets furent recrutés au centre de soins ambulatoires du système hospitalier universitaire de Caroline du Nord. Pour être participant de ce développement, chacun des participants devait répondre à plusieurs critères : parler anglais, être au minimum âgé de 18 ans et ne pas dépasser 80 ans, ne pas présenter de maladie ou de problème mental, ne pas présenter de problème de vue ou encore d'audition et ne démontrer aucun signe d'intoxication et de dépendance à l'alcool ou à la drogue. Le REALD-30 se voulant dans le même design que le REALM, il s'administre en face à face avec le patient et c'est le praticien qui pose les questions. Là en l'occurrence il s'agit de reconnaissance de mots. Les 30 mots présents dans le questionnaire viennent tous d'un même manuel, le « American dental association glossary of common dental terminology ». On peut y ajouter des mots communément rencontrés dans des brochures de matériel à usage dentaire ou sur des affiches d'informations. Le questionnaire est fait de manière à ce que la difficulté de compréhension des mots soit croissante pour le patient, commençant avec des mots simples et basiques pour évoluer vers des mots plus compliqués présentant plus de syllabes et étant plus subtils. La prononciation des mots a également été définie préalablement de manière à n'avoir aucun biais vis-à-vis de cela et vient l'ouvrage « American heritage dictionary ». Ici est présenté un test noté de 0 (insuffisant en ce qui concerne la littératie en santé orale) à 30 (largement

suffisant en ce qui concerne la littératie en santé orale) car chaque question correctement répondue rapporte 1 point. Chaque individu a passé le REALD-30, le REALM et le TOFHLA et s'est également vu poser plusieurs questions concernant sa situation socio-démographique, son état de santé dentaire, sa pratique, ses visites en cabinet ainsi que sa qualité de vie liée à sa santé orale. Le but étant toujours de valider ce test qu'est le REALD-30 et de voir quelles sont ses points communs avec les tests de médecine générale. Les patients ont également eu à répondre à une version courte du questionnaire Oral Health Impact Profile (OHIP-14) [35] correspondant à 14 questions concernant le degré auquel les problèmes de santé oral peuvent affecter la qualité de vie au quotidien.

Le résultat de cette étude est que le REALD-30 a une très bonne corrélation avec le REALM ce qui n'est pas des plus étonnant puisqu'il en est une adaptation basée sur le même schéma de réalisation. La mesure de la qualité de vie liée à la santé orale du patient est obtenue non pas par le REALD-30 mais bien par les 14 questions posées par le OHIP-14 [35] qui ne se base pas que sur la perception personnelle du patient de son état de santé orale, de ses connaissances et de sa propre prise en charge mais également sur d'autres facteurs pouvant influencer la santé orale et sa prise en charge (typiquement il a pu être retrouvé des questions plus personnelles aux patients comme leur âge, leur statut relationnel, leur nombre d'enfants). Le REALD-30 est un bon test de reconnaissance des mots mais comme précisé dans l'étude, il ne présente que 30 mots ce qui peut paraître peu face à l'étendu du domaine dentaire. Le but serait alors d'ajouter de nouveaux mots dans ce questionnaire de manière à tester de manière plus approfondi les aptitudes de reconnaissances et de compréhension des mots de la part des patients.

Le REALD-30 comme le REALM n'est, au final, qu'un test de reconnaissance des mots et uniquement cela. L'étude met en évidence le fait que cet unique aspect du test est également sa limite car il ne prend en aucun cas en compte la compréhension des concepts, des chiffres et des différents composants de la santé orale. Pour cela, il est possible de voir une évolution avec le développement du CMOHK qui lui, prend en compte ces différents composants dans sa réalisation. En novembre de l'année 2014, une autre étude met également en évidence le fait que le REALD-30, test de reconnaissance du vocabulaire dans le domaine bucco-dentaire, ne nécessite pas forcément la compréhension du dit vocabulaire mais permet juste de vérifier que le patient est capable de prononcer les mots et de globalement les définir [21]. Afin d'avoir une réelle compréhension de ce vocabulaire dans le contexte demandé et de réellement pouvoir juger que le patient comprend bien les choses, des brochures informatives sur le sujet de la santé bucco-dentaire sont un bon outil d'éducation. Elles permettent de remettre les mots dans leur contexte et de définir convenablement les différents points importants en ce qui concerne les affections possibles de la cavité buccale et plus généralement de la sphère orale ainsi que leurs signes, symptômes et facteurs de risque.

Toujours en mai 2007, un autre instrument de la littératie en santé orale fut développé dans le but d'évaluer cette fois ci le degré de littératie fonctionnelle en santé orale du patient

et non plus uniquement sa capacité à reconnaître le vocabulaire spécifique : on parle du « test of functional health literacy in dentistry », le **TOFHLID** [15]. Le but étant que le REALD-30 et le TOFHLID puisse être utilisés de concert. Tout comme pour le REALD-30, le but de l'étude a été ici de tester la validité du test en le basant sur un test déjà existant qui est le TOFHLA.

Pour cette étude, l'équipe s'est basée sur le TOFHLA qui est le test de compréhension en médecine générale afin de développer le TOFHLID ciblé, lui, pour la pratique dentaire. Il contient à la fois des questions de compréhension de la lecture concernant la littératie en santé orale ainsi que des questions mathématiques basées, elles aussi, sur notre pratique. On va ainsi retrouver des questions ayant rapport à la teneur en fluor des dentifrices mais également des questions relatives à la régularité des rendez-vous chez un praticien ou encore relatives au nombre nécessaire de brossage par jour ainsi qu'à leur durée minimale. Le TOFHLID va présenter, dans ces questions de compréhension de lecture, des phrases à trous avec un choix multiple de réponses (en règle générale 4 réponses). Ces réponses sont choisies de manière simple : la bonne réponse est intégrée aux choix et les autres réponses sont des réponses qui vont se rapprocher au niveau de la prononciation de celle-ci ce qui permet d'avoir un test pertinent.

Le but de l'étude étant de mettre en évidence la validité de ce nouveau test, l'équipe a décidé d'utiliser les autres tests en référence et de prouver une certaine corrélation entre ces différents tests. Pour cela, l'utilisation de la matrice multitrait-multimethod (MTMM) [42] fut choisie. Le principe de cette MTMM est de prouver une corrélation entre les différentes études. On peut ainsi voir apparaître une corrélation entre le TOFHLID et le TOFHLA de par leur forme quasi identique et leur méthode d'administration similaire. Une corrélation entre le TOFHLID et le REALM apparaît elle aussi. La Corrélation la plus importante se trouve entre le TOFHLID et le REALD-99 et c'est ce qui nous intéresse le plus. En effet, même si ce nouveau test présente une bonne corrélation avec nos tests médicaux classiques, le but ici était d'en valider la structure dans le domaine de la santé orale or, la corrélation entre le TOFHLID et le REALD-99 (qui est un test de reconnaissance de vocabulaire adapté de notre pratique) est de plus de 80% ce qui prouve l'efficacité de cette étude. De plus la corrélation entre ces 2 tests est visible dans la partie de compréhension de lecture puisque le vocabulaire employé dans celle-ci revêt une importance capitale quant au choix des réponses.

Ce test est présenté comme un bon point de départ dans ce qui est la compréhension des concepts dans notre pratique dentaire mais ne permet pas, seul, de déterminer le degré de littératie que peut posséder le patient. Cela mis à part, il reste un très bon point de départ dans le développement d'instruments adaptés à l'étude de la littératie en santé orale.

Cette étude permet également de mettre en évidence le fait que, malgré une corrélation entre nos tests adaptés à la médecine bucco-dentaire et les tests utilisés plutôt en médecine classique, il est important de développer des instruments propres à notre pratique. Il se

retrouve une divergence non négligeable entre les tests et c'est aussi cela qui permet de conclure à la validité du TOFHLID et, par extension, du REALD-99 (donc du REALD-30).

Le problème soulevé par ces 2 tests que sont le REALD-30 (adapté du REALD-99) et le TOFHLID est qu'ils ne permettent de mesurer qu'une partie des capacités en littératie liée à la santé orale d'un individu. **C'est la compréhension et la connaissance du vocabulaire, de la lecture et de certains concepts qui est mise à l'honneur avec ces tests mais ils ne prennent pas en compte la prise de décision personnelle et réfléchie de l'individu ni l'impact de ses pratiques et encore moins l'influence de ses pairs, de son entourage et de la société dans son éducation en santé.** Ce sont ces points importants qui ont été rajoutés et développés lors de la création du CMOHK [25] qui ont été traités préalablement. Une utilisation de ces tests permet un abord superficiel du problème mais ne suffit pas à déterminer où se situe un patient par rapport à sa relation à la santé orale. Le niveau de littératie en santé orale est propre à chaque individu et est déterminé par une somme de facteurs propres à la personne mais également à son milieu de vie et à la société dans laquelle il évolue. C'est pourquoi l'utilisation du CMOHK permet un abord plus complet de la littératie en santé orale.

En termes de littératie en santé, il est bien visible maintenant qu'il y a une différence entre la littératie en santé dite générale et la littératie en santé orale. Néanmoins, elles ont toutes les deux les mêmes origines. Il faut savoir que durant l'automne de l'année 2010 [1], une étude a été menée dans un centre médical urbain de Los Angeles en Californie et avait pour but de créer un nouvel instrument de mesure de la littératie en santé et en santé orale. Cet outil est le regroupement de 2 outils exposés plus en amont qui sont : le REALM (« rapid estimate on adult literacy in medicine » en médecine générale) et le REALD-30 (« rapid estimate on adult literacy in dentistry » adapté à notre pratique). L'objectif de cette étude était donc de créer un instrument, le REALM-D (annexe 2).

Pour se faire, l'équipe a décidé de partir du REALM qui est un test de reconnaissance de mots présentant 66 mots répartis en 3 colonnes de 22 de difficulté croissante. La colonne 1 est la plus simple et présente des mots d'une syllabe alors que la colonne 3, la plus dure, présente, elle, des mots de 3 syllabes.

Dans un premier temps, il fut demandé à 28 personnes recrutées parmi les étudiants chirurgiens-dentistes de l'université de Californie (UCLA) et parmi les nouveaux patients de la clinique dentaire de UCLA de repérer, dans les 66 mots que présente le REALM, les mots qu'ils avaient déjà entendus lors de visites chez le chirurgien-dentiste ou qui faisait référence, selon eux, au domaine bucco-dentaire. Parmi ces mots, 18 furent très fréquemment cités et l'équipe fit le choix de les conserver. C'est ainsi que, après avoir inclus les 18 mots les plus fréquemment retrouvés au REALM (6 dans chacune des 3 colonnes), l'équipe mit au point le REALM-D [1]. Ce test présente donc 84 mots à reconnaître.

Pour déterminer la validité de ce test, 200 patients adultes de la UCLA School of Dentistry Oral Diagnosis Clinic ayant fait leur première consultation entre janvier 2005 et juin 2006 furent recrutés. Les critères ici étaient que chacun des patients ait plus de 18 ans, sans problème cognitif, de vue ou d'audition et ne présentant pas de difficultés à comprendre les questions posées en anglais. Dans cette étude, le critère de l'anglais en tant que langage maternel n'est pas retenue ce qui rend les résultats plus ouverts et moins restreints. Au sein de cette étude et de part ce refus du critère de l'anglais comme langage maternel, 20% de personnes répondantes se démarquent de par leur langage maternel différent de l'anglais ce qui, selon l'équipe, représente la disparité que l'on peut trouver chez les patients de la clinique dentaire de Los Angeles. Il est également à noter, dans les informations de recrutement des participants, que les déterminants socio-démographiques sont pris en compte (âge, genre, race, ethnie, niveau d'éducation).

Selon les résultats de cette étude, il apparaît que le REALM-D présente une très bonne corrélation avec le REALM (duquel il est tiré). Il est à noter que les participants ayant comme langage principal l'anglais présentent un meilleur score au REALM-D que leurs compatriotes. Par ailleurs, l'étude met également en avant le fait que les participants ayant un autre langage maternel que l'anglais mais ayant un niveau d'éducation élevé présentent un très bon score au REALM-D. Cette constatation montre une association entre l'éducation en règle générale et la facilité de compréhension en termes de vocabulaire en littérature en santé et santé orale. Il est quand même placé une limite à cette éducation car, selon l'équipe et aux vues des résultats, un stade seuil est atteint pour les participants présentant 17 années ou plus d'étude [1].

Le test REALM-D peut être reproduit et utilisé pour détecter des différences de reconnaissance des termes médicaux et dentaires à la fois entre les différents groupes de population mais également entre les personnes qui parlent l'anglais de par leur naissance et leurs compatriotes qui ne le parle qu'en langage secondaire. Il répond au critère d'être un instrument rapide d'utilisation et reproductible et est efficace dans des cas où la compréhension praticien patient est plus compliquée (dû au fait d'un écart de langage). En effet, il permet de cibler les lacunes du patient assez rapidement ce qui permet au praticien de s'adapter et de mettre en place ses objectifs de soins et de prise en charge plus facilement. Il permet également de fixer des objectifs d'éducation avec le patient pour améliorer ses connaissances et donc sa prise en charge personnelle.

Ce test mêlant vocabulaire du domaine médical et du domaine bucco-dentaire est donc un très bon outil de diagnostic du niveau de compréhension de nos patients.

Au sein de cette étude, il est également abordé le sujet de l'information du patient et de sa recherche personnelle de connaissances. Ainsi, **il est à noter que de plus en plus de patients décident, avant même d'avoir un quelconque avis médical, de se renseigner en passant par le web** et ses sites plus ou moins pertinents. En parallèle de cela, on voit de plus en plus de sites dédiés aux différents domaines médicaux et bucco-dentaires faire leur apparition. Il est important de bien analyser les différentes informations que ces sites peuvent présenter et

tout aussi important de ne pas se fier uniquement à ce qui y est dit mais de se rapprocher des praticiens formés dans les différents domaines de manière à avoir une information et un conseil optimal. De plus, un certain nombre de ces sites demandent, au préalable, de posséder un certain niveau de connaissance pour être capable de bien comprendre l'information, de l'analyser et de prendre la meilleure décision. C'est là une limite à la recherche personnelle et une nécessité de prendre conseil auprès des professionnels formés.

Il faut savoir que quelques années plus tard, en 2013, une autre étude sur le REALM-D [1] a été menée et a permis d'élaborer un test plus court. Ce test est le REALMD-20 [14] et présente 20 mots à reconnaître en lieu des 84 mots présents dans le REALM-D. Cela permet une administration plus rapide du test par les différents praticiens et celui-ci permet de visualiser rapidement, à la fois en santé buccale et en médical, le niveau de reconnaissance des mots du patient ce qui donne une idée de sa compréhension. C'est un outil facile à utiliser et qui permet de se faire une idée du niveau de compréhension des patients et donc déjà de prévoir les différents objectifs envisagés.

4.4 L'impact sur les patients

4.4.1 De la mère à l'enfant

Faisant le lien avec la littératie en santé orale de nos patients et les différentes méthodes afin d'en déterminer le niveau, une étude parue en décembre 2010 [40] s'est intéressée au lien qui pouvait exister entre le niveau de littératie en santé orale ainsi que les comportements concernant l'hygiène dentaire des mères et la répercussion de ceux-ci sur l'état bucco-dentaire et les habitudes d'hygiène des jeunes enfants. Cette étude avait pour but de déterminer si l'on pouvait trouver une corrélation entre le niveau de littératie en santé orale de par les connaissances et les comportements des mères et les habitudes d'hygiène et de maintien de la santé bucco-dentaire de leurs enfants. Il faut savoir que selon une étude américaine de 2009 [38], la prévalence des caries chez les enfants de 2 à 4 ans était de 18% entre 1988 et 1994 et qu'elle est passée à 24% entre 1999 et 2004. Il est donc possible de noter une évolution négative et non-négligeable de ces caries précoces des jeunes enfants. L'étude ici présente a pour but de comprendre le pourquoi et de permettre une amélioration de l'état bucco-dentaire des jeunes enfants en passant par l'éducation des parents.

Pour ce faire, 1273 groupes enfant/mamans furent recrutés sur 9 sites différents de l'état de Caroline du Nord en Amérique et participèrent au projet « Caroline oral health literacy » (le COHL) [40]. Chacun de ces groupes fut recruté dans le « Women, infants and children's supplemental nutrition program » (WIC). Dans ce projet, les informations demandées aux mères prenaient également en compte l'âge, l'ethnie, l'éducation et le nombre d'enfants. Pour les ethnies, 3 seulement furent conservées : les femmes blanches, afro-américaines et natives

américaines (indiennes d'Amérique). Les hommes n'étant que très peu impliqués dans chacune de ces 3 ethnies, ils furent exclus ainsi que les asiatiques (ils ne représentaient pas une proportion suffisante) et les personnes qui ne sont pas nées avec l'anglais comme langage maternel. Pour les enfants, le genre, l'âge et l'ordre de naissance fut également demandé.

Le déroulement de l'étude était relativement simple :

- 1) dans un premier temps, il était demandé aux mamans de remplir le REALD-30 [24],
- 2) le second temps consistait à répondre à 6 questions de connaissance par « d'accord », « pas d'accord » ou « ne sait pas » portant sur le fluor ou encore sur les conséquences que pouvaient entraîner les caries et maladies dentaires chez les jeunes enfants,
- 3) le troisième temps demandait à répondre à des questions portant sur l'hygiène orale et les comportements à risque de développer des caries chez le jeune enfant [11]. Les 4 questions étant « brossez-vous les dents de votre enfant chaque jour ? », « A quelle fréquence votre enfant boit-il des jus de fruits ? », « A quelle fréquence lui donnez-vous des sucreries ? » et « Mettez-vous ou avez-vous déjà couché votre enfant en lui laissant un biberon ? »,
- 4) la dernière question portait sur l'évaluation de l'état de santé oral de l'enfant.

Les résultats de cette étude montrent qu'il **existe un réel lien entre le niveau de littératie en santé orale et les comportements au quotidien en termes d'hygiène dentaire et son report sur l'état de santé bucco-dentaire de l'enfant**. On peut noter notamment que 88% des personnes présentes dans cette étude ont répondu brosser les dents de leur enfant chaque jour. On note tout de même qu'un **niveau de littératie insuffisant chez le parent impacte directement sur les comportements et le niveau de santé bucco-dentaire du jeune enfant**. Le fait de poser également des questions sur l'hygiène alimentaire apportée à l'enfant a permis, durant l'étude en elle-même, aux praticiens l'encadrant de sensibiliser les mères sur la dangerosité du biberon nocturne ainsi que sur la dangerosité d'un abus de jus de fruits. Sans pour autant priver l'enfant, le jus de fruit ne doit rester qu'occasionnel et avoir le statut plus de récompense que d'un acquis. En cela, c'est déjà une bonne avancée pour diminuer le risque de caries précoces du jeune enfant.

Il est à noter également le fait que, aux vues des résultats, un **haut niveau de littératie en santé orale est associé à un bon état bucco-dentaire** et indépendant à la fois de l'ethnie, de l'âge, de l'éducation ou encore du nombre d'enfants. Ces caractéristiques sont inhérentes à la personne mais avec une bonne intervention et une bonne stratégie, il est possible d'obtenir une amélioration des connaissances et des comportements relatifs à la santé orale.

Cette étude suggère également qu'un niveau insuffisant de littératie en santé orale sera souvent accompagné de comportements non adaptés à la santé bucco-dentaire de l'enfant et que le REALD-30 est un bon outil de détection de cette insuffisance. Le but, par la suite, est

d'accompagner le parent sur la bonne voie pour l'informer et le sensibiliser de manière à ce que la santé bucco-dentaire de l'enfant n'en pâtisse pas. Plus les parents seront informés et formés, moins le risque de développement de caries précoces du jeune enfant sera grand. Voilà le but de la sensibilisation à la littératie en santé orale mis en avant par cette étude [40].

En 2011, une autre étude intervient également sur la corrélation possible entre le niveau de littératie en santé orale des parents et ses répercussions sur la santé bucco-dentaire des enfants [29]. Elle a pour but de déterminer si la reconnaissance du vocabulaire, que l'on retrouve dans la littératie en santé orale, peut être utilisée comme indicateur de la santé orale des enfants. Pour cela, les 45 parents participants se sont soumis à un test en 3 parties utilisant 35 termes régulièrement trouvés en odontologie pédiatrique. Le test portait sur la reconnaissance des mots, la connaissance du vocabulaire et la compréhension de celui-ci. Cette étude conforte l'idée que la seule capacité à savoir lire les mots n'est en aucun cas un indicateur adéquat dans le cas de la santé bucco-dentaire de l'enfant s'il n'y a pas de connaissances et de compréhension derrière. Elle affirme de nouveau le point soulevé précédemment qui est que **la littératie en santé orale ne se limite pas à savoir lire le vocabulaire mais nécessite bien d'autres compétences toutes aussi importantes comme le fait d'être capable de comprendre les concepts dans leur contexte ou encore d'avoir la capacité de prendre les bonnes décisions thérapeutiques.**

En Angleterre, dans le sud-est de la ville de Londres, une équipe a mené une campagne de promotion de la santé orale auprès à la fois des parents et des personnels d'enseignement préscolaire [7]. Le but était là encore de voir le niveau de littératie en santé orale des parents et des personnels soignant et l'importance de celui-ci vis-à-vis de l'état bucco-dentaire de l'enfant. En plus de cela, le programme (ou « Sure start local program » dans ce cas précis) avait également pour but de sensibiliser les parents sur le brossage, l'alimentation et sur les différents accès aux soins. La plupart des parents possédant un niveau suffisant de littératie en santé orale ont soulevé un certain nombre de barrières à la mise en place de leurs connaissances à savoir : la fatigue, la confiance qu'ils ont en leurs capacités, les informations confuses, les tentations sucrées fortement répandues et le manque de praticiens soignant les enfants dans les environs.

De ce fait, le SSLP a mis en place un service d'informations fiables et faciles d'accès pour épauler ces parents mais également des interventions chez les personnels d'enseignement préscolaire de manière à les sensibiliser à l'importance des bonnes habitudes comportementales en ce qui concerne l'alimentation et l'hygiène bucco-dentaire. Le but étant de toucher les plus jeunes très tôt de manière à ce qu'ils intègrent rapidement les bonnes habitudes et de diminuer le risque de caries précoces du jeune enfant tout en les rendant autonomes et efficaces. Cela passe à la fois par l'enseignement et la présence parentale.

Il est ainsi possible de voir que de nombreuses techniques d'éducation, d'accès à l'information et de promotion de la santé orale sont mises en place pour améliorer les prises en charge personnelles de nos patients ainsi que leur comportement mais également pour que

la santé bucco-dentaire de leurs enfants soit optimale. Il ne faut pas oublier non plus que de nombreux professionnels contribuent à cette évolution positive des prises en charge (les chirurgiens-dentistes, les enseignants, les nutritionnistes, les infirmiers). Le développement de ces programmes montre également l'intérêt que porte la société à la santé orale.

4.4.2 Les disparités sociodémographiques

Au printemps de l'année 2011 arrive également une autre étude menée en Caroline du Nord et qui a pour but de déterminer le degré de littératie en santé orale et d'examiner si il est possible de voir une différence significative entre les populations à faible revenu de différentes races [22]. Il faut savoir que le terme de « race » ici employé n'a rien de discriminatoire mais, comme expliqué dans cette étude, il s'agit d'un système arbitraire de classification visuelle sans aucune connotation biologique quelconque et sans aucune connotation raciste.

Les personnes acceptées au sein de cette étude avaient été sélectionnées dans le « Women, infants and children's (WIC) supplemental food program ». Pour se faire, elles furent sélectionnées dans des sites choisis sur 5 critères :

- 1) la région géographique,
- 2) la diversité rurale et urbaine,
- 3) la démographie de population,
- 4) le fait que les cliniques « Women, infants and children » (WIC) soient très actives,
- 5) l'établissement d'une relation de travail avec les enquêteurs.

Pour être acceptés, les participants devaient soit avoir plus de 18 ans, soit avoir 5 ans ou moins et surtout parler anglais car le test de mesure de la littératie en santé orale était administré en anglais. Chacun des participants eut d'abord à répondre au REALD-30 [24] administré par un chirurgien-dentiste formé à son utilisation puis à 8 questions COHL (Carolina oral health literacy [40]). Si la personne était déclarée apte à participer à l'étude, elle était emmenée dans une zone privée pour répondre à une interview d'une demi-heure.

Les données collectées incluaient 5 domaines : les informations socio-démographiques, la santé dentaire et la prise en charge, les conséquences sur la santé orale, l'efficacité personnelle et la littératie en santé orale.

Dans les informations démographiques se trouvait : l'âge, le genre, la race, l'ethnie, le niveau d'éducation, le statut marital et le nombre d'enfants. Pour la race, 3 distinctions furent conservées : blancs, natif américain ou natif d'Alaska et afro-américain.

Les résultats de cette étude ont montré que, **le degré de littératie en santé orale et le niveau d'éducation étaient positivement corrélés** mais également que selon les races, les blancs présentaient un niveau de littératie en santé orale plus haut que les natifs américains ou encore que les afro-américains qui, eux, présentaient un niveau de littératie en santé orale certes similaire mais en-dessous de celui des blancs. Se pose ici la question du pourquoi. Cette étude est la première à faire cette corrélation entre le degré de littératie et les différences raciales en santé orale. Il existe, comme citées dans cette étude, des études similaires pratiquées en médecine générale mais c'est la première fois que l'on se pose la question pour notre domaine. L'équipe parle ici d'une possible disparité de l'accès et aux soins, et aux connaissances, mais également un manque d'encadrement. Le but de l'étude était de montrer s'il y avait une différence de niveau de littératie en santé orale liée aux différences raciales et c'est le résultat auquel elle arrive.

4.4.3 Littératie en santé orale et négligence

Une autre étude présentée en décembre 2011 met en évidence la corrélation qui peut être faite entre la littératie en santé orale (OHL) et la qualité de vie relative en santé orale (OHRQoL : « Oral health-related quality of life ») [10]. Cette étude, également menée avec des participants choisis au sein du « Women, infants and children's project » (WIC), met en évidence la corrélation à noter entre la littératie en santé orale et la qualité de vie relative en santé orale. A savoir que **plus le niveau de littératie en santé orale d'un patient est faible, moins sa qualité de vie relative en santé orale sera bonne**. Là où l'étude présente une certaine limitation c'est que pour cette qualité de vie, tout est subjectif et c'est le patient qui rapporte ses impressions et sa vision de son état de santé orale. Il est intéressant de noter qu'un bon niveau de littératie en santé orale est associé à une bonne qualité de vie relative en santé orale mais que du point de vue des patients, ce résultat n'est pas toujours celui obtenu. Certains d'entre eux vont se satisfaire de leur santé orale insuffisante avec un niveau de littératie insuffisant et d'autres qui ont pourtant un bon niveau de littératie en santé orale vont se déclarer insatisfaits de leur santé orale alors que celle-ci est largement suffisante. Cela met en avant le côté subjectif du patient et ne reflète pas de manière objective les résultats des tests.

Toujours en Caroline du Nord et toujours en association avec le « Carolina oral health literacy project » (COHL) [40], une étude parut en mai de l'année 2012 [23] s'intéresse à l'association possible qui pourrait être retrouvée entre la littératie en santé orale (OHL), le statut, l'état de la santé orale (OHS) et la négligence dentaire (DN). Cette étude cherche à voir si l'efficacité personnelle du patient est un médiateur ou un modificateur de ces précédentes associations. Comme il n'existe aucune donnée mettant en relation l'efficacité personnelle et la littératie en santé orale, l'équipe a dû procéder de manière empirique dans la réalisation de cette étude.

Il faut savoir que cette étude fut menée en Caroline du Nord et que les participants à celle-ci furent recrutés au sein du « Special supplemental nutrition program for women, infants and children » (WIC) déjà vu plus en amont dans différentes études. Ici il s'agit de récupérer les données de 1405 personnes, données qui proviennent de participants de 2007 à 2009. Pour cette étude, c'est encore une population à faible revenu qui est ciblée. De plus, le parti a été pris d'exclure les hommes, les asiatiques ainsi que les personnes qui ne possèdent pas l'anglais comme langage maternel. On a donc des données de 2007 à 2009 provenant du « Carolina oral health literacy project » (COHL) de 1405 femmes participant au « Special supplemental nutrition program for women, infants and children » (WIC).

Pour ce qui est de la mesure de la littératie en santé orale (OHL), l'équipe a choisi d'utiliser un instrument de reconnaissance de mots qui est le REALD-30 [24].

Pour la négligence dentaire (DN), il fut pris le parti d'utiliser une version modifiée de la « Dental neglect scale » (DNS) [27]. Pour cette version, il était demandé aux participants de répondre à 6 questions pour décrire leur comportement vis-à-vis de leurs dents. Chaque question admettait 2 réponses, « définitivement non » et « définitivement oui » et chaque bonne réponse apportait 4 points. Les 6 questions de ce test sont :

- 1) je prends soins de mes dents uniquement chez moi,
- 2) je reçois les soins dentaires que je devrais,
- 3) j'ai besoin de soins dentaires mais je retarde,
- 4) je me brosse les dents aussi bien que je le devrais,
- 5) je contrôle le grignotage entre les repas aussi bien que je le devrais,
- 6) je considère que ma santé dentaire est quelque chose d'important.

Pour l'état de santé oral (OHS), l'équipe a utilisé la question du « National health and nutrition examination survey » qui est : Comment décririez-vous l'état de votre bouche et de vos dents ? avec pour réponse les choix excellent, très bon, bon, juste ou pauvre.

Puis fut mesurée l'efficacité personnelle à partir des 10 questions du « General self-efficacy scale » (GSES).

Enfin, les caractères socio-démographiques furent également notés et mesurés.

Aux vues des résultats, un niveau élevé de littératie en santé orale est associé à un meilleur état de santé orale. Par contre, **cette étude montre qu'il n'y a pas beaucoup de corrélation entre la littératie en santé orale et la négligence dentaire. Cela signifie que la littératie n'influence pas en soi la négligence dentaire.** Il apparaît que la **corrélation entre la littératie en santé orale et l'efficacité personnelle est faible.** De plus, l'efficacité personnelle présente une corrélation inversée avec la négligence dentaire : plus le patient sera efficace, moins il présentera de négligence et inversement. **Cette étude met en exergue le fait que la littératie en santé orale est associée à un meilleur état de la santé orale mais**

qu'elle ne présente pas de corrélation avec la négligence dentaire qui, finalement, relève uniquement de la responsabilité du patient. Par ailleurs, elle met aussi en avant le fait que l'efficacité personnelle et la négligence dentaire sont étroitement liés et qu'ils peuvent, l'un comme l'autre, intervenir comme des médiateurs de l'effet de la littératie en santé orale sur l'état de santé orale du patient [23].

Il est important de bien comprendre les implications de cette étude. Elle permet de mettre en évidence le fait que le patient a beau présenter un niveau de littératie en santé orale élevé, ce n'est pas pour autant que l'état de santé orale de celui-ci sera nécessairement aussi bon. Il y a une part de motivation dans le maintien d'un état bucco-dentaire sain et dans le maintien d'une prise en charge efficace et c'est là qu'intervient la négligence dentaire. Celle-ci influence directement l'efficacité personnelle du patient bien plus que son niveau de littératie en santé orale. Thomson et Locker [37] définissent la négligence dentaire comme « l'échec de la mise en place des précautions pour maintenir la santé orale, l'échec de l'obtention des soins dentaires nécessaires et une négligence physique de la cavité orale. »

4.4.4 Le cas des femmes enceintes

En septembre de l'année 2012 parait une autre étude sur la corrélation qu'il peut y avoir entre la littératie en santé orale et le savoir en santé orale pour les femmes enceintes de leur premier enfant [18]. Cette étude fait suite à une étude parue en 2011 [25] qui mettait en évidence la corrélation entre la reconnaissance des mots d'un côté et la littératie en santé orale et le savoir en santé orale de l'autre. Ici, il est question de femmes enceintes pour la première fois. Cela représente, selon l'équipe, 40% des 6 millions de femmes enceintes chaque année. Comme précisé dans les études traitées en amont, un faible niveau de littératie en santé orale a un impact sur la prise en charge personnelle de ces patientes ainsi que sur leur état de santé orale. Là où l'étude montre un point intéressant, c'est que pour une femme enceinte pour la première fois, un faible niveau de littératie orale est associé à un niveau relatif du savoir de la grossesse et à des comportements non adaptés. De plus la littératie en santé orale dans ce groupe de patientes va avoir plus d'impact sur leur état de santé orale que chez les femmes qui n'attendent pas d'enfant. La raison en est que les primipares présentent plus d'inquiétudes en ce qui concerne leur santé en générale ainsi que leur santé buccale et les répercussions que celle-ci peut avoir sur la santé de leur futur enfant.

Pour cette étude, 132 femmes enceintes de leur premier enfant furent recrutées en Caroline du Nord au sein du WIC (le « Women, infants and children's project ») et durent passer plusieurs entretiens :

- 1) le premier pour répondre au REALD-30 [24], qui est un test de reconnaissance des mots,

- 2) le second dans le but de répondre à 6 questions de connaissances admettant les réponses « d'accord », « pas d'accord » ou « ne sait pas ». Les questions portaient sur les pratiques courantes et les connaissances du matériel utilisé dans le domaine et venaient d'une enquête sur le savoir au quotidien [33],
- 3) le dernier dans le but de collecter leurs informations démographiques : le comté dans lequel elles résident, la race, l'ethnie, le niveau d'éducation, le statut marital et l'âge.

Selon les résultats présentés par cette étude, la littératie en santé orale et le savoir en santé orale sont fortement corrélés. Les primipares sont considérées comme un groupe à risques en ce qui concerne le développement de maladies et d'infections buccales mais également du fait que ces problèmes buccaux peuvent avoir une répercussion sur le développement du fœtus. On retrouve dans ce groupe de nombreuses femmes qui vont se renseigner et chercher les informations relatives à la santé et à la santé orale de leur propre chef et c'est là que la corrélation littératie en santé orale et savoir en santé orale va avoir un énorme impact. Un faible niveau de littératie en santé orale va être une barrière à la recherche d'informations ce qui explique que ces femmes vont avoir un niveau de savoir à propos de la santé orale faible. De plus, les patientes enceintes pour la première fois sont plus motivées à la recherche d'informations en rapport avec la santé et cela ouvre des opportunités quant à l'amélioration de leur savoir en santé [34]. Il y a donc une association positive entre la littératie en santé et la recherche d'informations. **Pour les femmes enceintes, le fait d'avoir les connaissances nécessaires pour prévoir et contrôler les maladies orales pendant la grossesse et la petite enfance revêt une grande importance car cela va affecter à la fois la mère et son enfant.** Pour les praticiens, cela est un bon point dans le processus d'éducation du patient même s'ils soulèvent quelques barrières comme la culture et la langue qui diffèrent ou encore le fait de ne pas avoir le discours adéquat en termes de compréhension pour le patient.

Sur les dernières études utilisées en amont, il est souvent question du WIC. Il faut savoir que celui-ci a été créé par le « Food and nutrition service of the US department of agriculture » et qu'il a pour but de cibler les femmes, nourrissons et enfants présentant des risques de malnutrition. Ce WIC présente plusieurs buts : améliorer les résultats de la santé des patients en faisant la promotion d'une alimentation nutritive, d'une éducation de la nutrition, en conseillant et en se plaçant comme référent dentaire ou médical pour faciliter la prise en charge et la bonne santé durant la grossesse, les suites de couches, la période nourrisson et la petite enfance. Il faut savoir que pour beaucoup de personnes pauvres aux Etats-Unis, le WIC est bien souvent le premier contact avec un organisme de soins et d'aide à la santé. Le but de cet organisme, en plus d'apporter conseils et facilités à ces personnes et également de détecter les familles présentant un niveau insuffisant de littératie en santé et en santé orale de manière à mieux conseiller et aiguiller. C'est, pour la société, un outil non négligeable de la santé [23].

4.4.5 Littérature et prévention concernant les parents

En 2013, une étude est réalisée dans la ville de Baltimore dans le Maryland et a pour but de déterminer ce que les parents savent et font en ce qui concerne la prévention des caries dentaires [19]. Cette étude rapporte que beaucoup d'adultes ne sont pas suffisamment informés en ce qui concerne la carie dentaire ou encore en ce qui concerne les moyens de s'en prémunir. On retrouve notamment, pour les personnes en demande d'informations plus importante, les personnes qui vont avoir ou qui viennent d'avoir leur premier enfant.

Il est reconnu dans l'étude que beaucoup de la prévention faite en ce qui concerne les caries dentaires traite du fluor. En effet, beaucoup des personnes interrogées connaissent le fluor et ses effets de part toutes les publicités le mentionnant ou encore les panneaux publicitaires prônant les bienfaits du fluor dans les dentifrices. Même si ces patients ne connaissent pas le mécanisme de fonctionnement des molécules de fluor, elles ont néanmoins conscience qu'il s'agit d'une protection contre la carie.

Au-delà de cela, on trouve des parents qui n'hésitent pas à mettre au lit leur enfant avec un biberon, ce qui n'est en aucun cas conseillé. C'est également là-dessus que les chirurgiens-dentistes peuvent intervenir lorsqu'ils font de la prévention car le biberon nocturne est un véritable fléau en ce qui concerne la carie du jeune enfant. Il ne faut pas hésiter à faire de la prévention et à promouvoir les bons comportements et les bonnes habitudes d'hygiène tout en travaillant, avec le patient, à la modification des pratiques à risques.

Il est également mis en évidence dans cette étude que, en ce qui concerne la santé bucco-dentaire des enfants, la mère a tendance à être plus impliquée que le père même si cela n'est pas systématique. Il n'est donc pas surprenant que dans cette étude, les mères soient plus au fait sur les connaissances en termes de prévention des caries dentaire que les pères.

Le but de cette étude était de savoir jusqu'où allaient les connaissances des patients en ce qui concerne la prévention des caries chez les jeunes enfants mais également de montrer que la prévention ne s'arrête jamais. En tant que professionnel de la santé, il est de notre devoir de prévenir le développement de la carie mais également de travailler avec le patient sur l'élimination des facteurs de risques comme par exemple le biberon nocturne. Même si les patients présentent une certaine connaissance des risques et des habitudes d'hygiène, il ne faut jamais oublier qu'ils ne possèdent pas tout le savoir que le chirurgien-dentiste possède et qu'il n'est donc pas à l'abri d'une erreur.

4.4.6 Les effets sur la maladie parodontale

Cette partie traite de la maladie parodontale dans le cadre de l'importance que revêt celle-ci à la fois sur les femmes enceintes mais également sur l'influence que celle-ci peut

avoir par rapport à la santé de leur enfant. La corrélation entre la littératie en santé orale et la maladie parodontale est un aspect important de la discussion.

En 2014 [41], une autre étude réalisée en Caroline du Nord a mis en évidence l'existence d'une corrélation existant entre la littératie en santé orale et la maladie parodontale. La maladie parodontale est une maladie chronique qui touche énormément d'américains et qui est couramment rencontrée par les praticiens au cours de leur pratique quotidienne. Il est estimé, par l'American academy of periodontology, à plus de 50% le nombre d'adultes ayant entre 55 et 64 ans présentant au moins une dent avec une maladie parodontale modérée à sévère. Cette étude propose de mettre en évidence la corrélation qu'il y a entre littératie en santé orale et maladie parodontale.

Pour ce faire, tous les participants furent recrutés au sein de la University of North Carolina graduate periodontology clinics. Plusieurs étapes furent nécessaires afin de pouvoir produire des résultats et chaque participant eut plusieurs étapes de questionnaire. Tout d'abord, chacun des patients du répondre au REALD-30 avant de se voir poser 5 questions fermées concernant ses connaissances quant au domaine dentaire :

- 1) est-il normal d'avoir du sang au niveau des gencives lors du brossage des dents ou lors du passage du fil dentaire ?
- 2) la plaque dentaire est à l'origine de maladie des gencives si elle n'est pas nettoyée au niveau des dents et des gencives,
- 3) avoir une mauvaise haleine qui persiste est un symptôme de maladie gingivale.
- 4) la présence de pus entre la gencive et la dent est quelque-chose de commun aux gencives saines,
- 5) les dents peuvent se mettre à bouger voire être perdues si vous avez une maladie gingivale.

Ensuite, les participants se virent posés des questions sur leurs habitudes comportementales vis-à-vis de la santé orale sur différents domaines de l'hygiène orale : les habitudes en ce qui concerne le tabac, la fréquence du brossage, la fréquence d'utilisation du fil dentaire, la fréquence de rinçage ou encore sur l'utilisation de dentifrice.

Pour finir, les informations socio-démographiques furent récupérées soit la race, l'ethnie, le genre, le statut marital, l'éducation, l'âge, le revenu annuel familiale, les propriétés immobilières, le statut d'assurance dentaire ainsi que le statut de fumeur ou non.

Cliniquement, le statut parodontal de chaque patient fut analysé afin de déterminer comment le classer. Le classement établi par le CDC (Center for disease control and prevention) [27] répertorie 3 classements :

- 1) la parodontite sévère,
- 2) la parodontite modérée,

3) la parodontite légère ou la bonne santé parodontale.

Aux vues des résultats de cette étude, il est mis en évidence une corrélation entre la littératie en santé orale ainsi que la santé parodontale. Les résultats montrent qu'un **faible niveau de littératie en santé orale s'accompagne d'un moins bon état de santé parodontale**, que lorsque le patient présente un niveau élevé de littératie. L'étude met en évidence que la connaissance de la maladie n'est pas directement liée à la maladie en elle-même quant à son statut car le fait de bien connaître la maladie parodontale n'exclut en rien la possibilité de la déclarer. **La littératie ne se réduit pas qu'à la connaissance de celle-ci mais prend également en compte les capacités du patient à la prévention mais également au maintien de son état parodontal** et si besoin au soin de celui-ci. Elle inclut également la capacité à comprendre l'information et la mettre en pratique. Cette étude met également en avant l'association de la littératie en santé orale (comme énoncé précédemment) mais également de la race et du statut de fumeur avec la maladie parodontale. Les habitudes de vie interviennent tout autant que le comportement en ce qui concerne l'hygiène dans la maladie parodontale. La littératie en santé orale et donc la littératie en ce qui concerne la maladie parodontale est primordiale afin d'améliorer les statut bucco-dentaire des patients [41].

Pour rester dans le thème de la maladie parodontale en santé orale, une étude datant de 2017 confirme le fait qu'avoir un bon niveau de littératie en santé orale et en santé générale n'est pas directement lié à la maladie parodontale [17]. Elle met en évidence le fait que, pour ce qui est de la maladie parodontale, la connaissance et les capacités de compréhension des patients n'est pas l'association principale permettant de la prévoir. En effet d'autres associations entrent en compte ici. Il est notamment question du diabète sucré qui est lié à la maladie parodontale, l'un pouvant déséquilibrer l'autre et inversement, mais également des comportements à risque comme le fait de fumer. **Elle confirme le fait que la littératie en santé orale n'est qu'un médiateur de la maladie parodontale** et que celle-ci sera plus en association avec des maladies systémiques ou des comportements à risque. En plus d'agir sur la maladie parodontale en elle-même, l'éducation du patient passe également par une sensibilisation à ces comportements et facteurs de risque mais également par un travail de prise en charge pour ce qui concerne le diabète sucré [17].

4.4.7 La communication patient/praticien

En 2014 est mis en évidence la relation entre la littératie en santé orale et la relation de communication que vont présenter les praticiens avec leurs patients [16]. Cette étude traite également du statut en santé orale des patients et, aux vues de ses résultats, conclue que les femmes sont plus rigoureuses que les hommes en ce qui concerne la santé buccale et que les blancs sont plus rigoureux que les noirs (il est toujours ici proscrit l'idée de racisme car il s'agit d'un classement de population et non d'un jugement). Il y est également retrouvé l'idée que les patients présentant un niveau d'éducation élevé ainsi qu'une sécurité d'un point de

vue financier vont avoir un statut bucco-dentaire qui sera meilleur. Un niveau de littératie en santé orale est associé, en règle générale, à un bon statut bucco-dentaire.

La corrélation entre la communication praticiens et patients et la littératie en santé orale est, quant à elle, décrite plutôt à sens unique en termes de bénéfice. En effet, selon l'équipe, une bonne relation entre le professionnel de santé et son patient n'est pas nécessairement corrélée à un bon niveau de littératie en santé orale par contre, **un bon niveau de littératie en santé orale permet une meilleure communication entre le praticien** et son patient dans le sens où la barrière du langage sera moins élevée. Il est donc à noter qu'un bon niveau de littératie en santé est à la fois associé à une bonne relation de communication entre le praticien et son patient mais également avec un bon état bucco-dentaire. **La communication entre le chirurgien-dentiste et son patient peut être qualifiée de médiateur entre le niveau de littératie en santé orale et l'état bucco-dentaire des patients** [16].

Un bon niveau de littératie en santé orale permet donc au patient de mieux comprendre les informations qui lui sont transmises et permet également plus de confiance de sa part lorsqu'il souhaite poser des questions ou demander des informations complémentaires. Ce n'est pas pour autant que le praticien n'a plus de rôle à jouer dans cette éducation du patient. En effet il reste le professionnel de référence et ne doit pas perdre de vue la prévention des différentes maladies associées à la sphère buccale et la promotion du matériel nécessaire à l'hygiène quotidienne et au maintien d'un bon état de santé bucco-dentaire.

Cette étude développe aussi le fait que beaucoup de patients vont maintenant prendre le temps de s'informer par eux-mêmes et que plus leur niveau de littératie en santé orale est élevé, plus leur esprit critique vis-à-vis des informations qu'ils vont trouver sera aiguisé. Le développement de guides et de brochures à destination des patients et regroupant les différentes maladies touchant la sphère buccale est quelque chose que prône cette étude de manière à ce que le patient puisse avoir une référence papier en plus de ce que le chirurgien-dentiste va lui apporter comme informations. Ces différentes brochures pourraient être disposées en salle d'attente et contenir le nom, les signes et les symptômes des différentes maladies bucco-dentaires tout en y incluant les facteurs de risques et les différentes manières de les éviter.

Cette étude traite, par la même occasion, des implications de la littératie en santé orale en ce qui concerne la société. Il est possible de voir que beaucoup de patients vont être réceptifs aux différentes publicités, qu'elles soient télévisées ou incluses dans des revues, ayant rapport à la santé et qu'elles vont être une source d'informations pour beaucoup d'entre eux. Il est donc nécessaire d'adapter le langage employé dans ces différents supports de manière à toucher le plus de monde possible et de manière à ce que la population ne voit pas l'emploi de mots du domaine médical comme un frein. Là encore, les patients présentant un niveau de littératie en santé orale n'auront aucun mal à comprendre ces différentes informations mais, dans le cadre de la santé publique, c'est le maximum de la population qu'il faut toucher et non pas simplement un petit groupe qui pourrait être qualifié d'élite [16].

4.4.8 Le point de vue de l'enfant

Il est question, dans la plupart des études précédemment citées en ce qui concerne l'impact de la littératie en santé orale sur les patients, de la relation entre le niveau de littératie en santé orale des parents et son implication sur l'état de santé bucco-dentaire de leurs enfants. En 2015 est parue une étude centrée sur les mécanismes de réceptions et de mise en pratique des informations fournies à la fois par les parents mais aussi par leurs professeurs ou encore par leur chirurgien-dentiste de la part des enfants [13]. Cette étude se base sur l'enfant et non plus exclusivement sur leur entourage adulte.

En effet, il est ici question de la façon dont l'information doit être donnée pour qu'elle est l'effet escompté sur la santé bucco-dentaire de l'enfant. Il faut savoir qu'en fonction de l'âge et du développement psychologique de l'enfants, une même information ne va pas être perçue de la même manière. Dans ce travail, il est à noter que beaucoup d'adultes vont simplement donner l'information sans forcément prendre le temps de l'expliquer à l'enfant. Or l'équipe en charge de ce travail veut ici sensibiliser le monde adulte sur sa différence avec le monde de l'enfance. Il n'est pas rare que l'adulte perde de vue le côté imaginaire de l'enfant, les diverses sources d'intérêt qui le stimulent ainsi que les codes qui régissent son monde (figure 3).

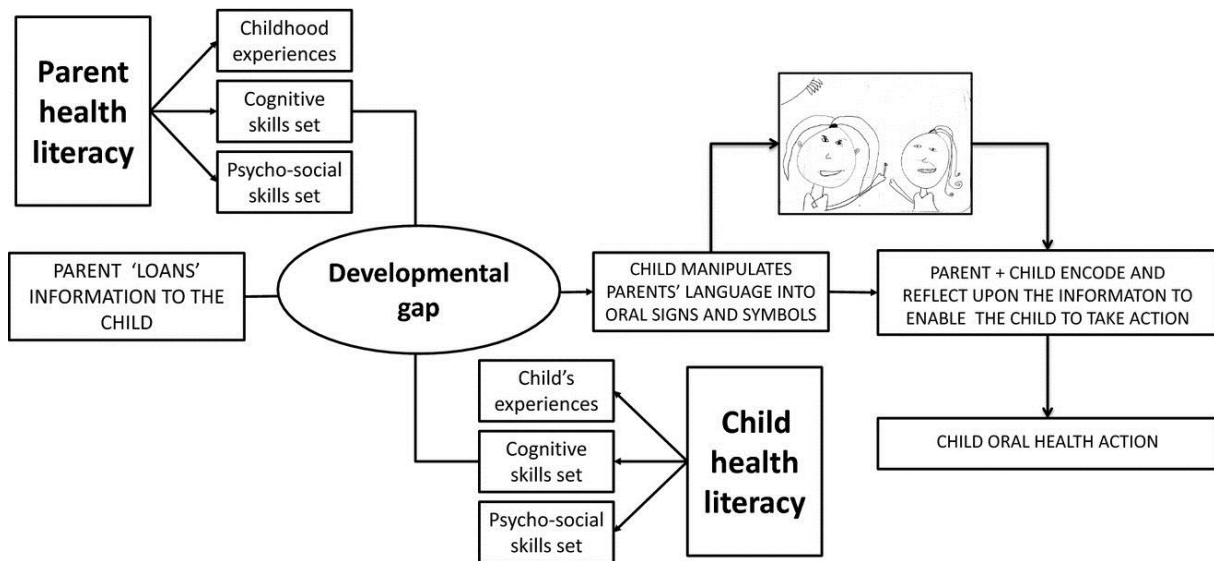


Figure 3 : Schéma des principaux échanges d'informations sur la santé de l'adulte à l'enfant [13]

En accord avec cette étude, il ne faut pas perdre de vue que **l'enfant ne va pas avoir la même façon de réfléchir que l'adulte et que si l'information ne lui est pas expliquée** en prenant un minimum de temps avec lui il y a peu de chances qu'elle ait un réel impact sur sa pratique. Cette étude a pour but d'établir une ligne directrice quant aux comportements en termes d'éducation à la santé orale à avoir avec l'enfant. Les principaux points à ne pas oublier sont de bien prendre le temps d'expliquer à l'enfant l'information donnée mais également le pourquoi et le comment l'appliquer dans sa pratique quotidienne. Il ne faut pas hésiter non plus à se servir d'images fortes pour l'enfant comme les superhéros ou encore le monde magique des princesses et des licornes. Autant de références qui représentent des codes dans l'univers de l'enfant. Une adaptation à l'âge et au sexe de celui-ci est nécessaire mais l'utilisation d'images et de symboles forts resteront pour lui plus parlant qu'un long discours explicatif et trop ancré dans le réel.

Le principe est de pousser l'enfant à s'identifier à ses héros favoris de manière à ce que celui-ci voit l'hygiène bucco-dentaire et la prévention de la maladie comme un moyen de ressembler au dit héros. En leur fixant un but qu'ils sont à même de comprendre, le travail d'éducation et de sensibilisation à la santé orale devient alors plus facile et plus efficace.

Cette étude prône également cette utilisation des codes de ce monde imaginaire dans la pratique du chirurgien-dentiste de manière à faciliter la prise en charge de l'enfant mais également de manière à établir avec lui une relation de confiance dans laquelle l'enfant ne se sent pas perdu et incompris [13].

4.4.9 Expériences et ressenti du patient

En ce qui concerne les patients en règle générale, leur ressenti par rapport à tout ce qui va avoir rapport aux soins dentaires n'est pas le même. En effet, en août 2018, une étude met en lumière les effets des expériences, négatives et positives, des patients et leurs implications dans leur prise en charge en ce qui concerne leur santé orale [12]. Il est notamment mis en évidence le fait que **les patients ayant eu des expériences positives lors des rendez-vous et des soins avec leur praticiens vont avoir une meilleure santé orale et une meilleure prise en charge personnelle ainsi qu'un meilleur niveau de littératie en santé orale en raison de la relation entre eux-mêmes et leur praticien**. Ils seront plus enclins à suivre les conseils et à honorer leurs rendez-vous dans le but de maintenir leur qualité de santé orale. Ce qui diffère avec les patients ayant eu de mauvaises expériences au cours de leurs rendez-vous. En effet, ces patients vont avoir tendance à développer une certaine forme d'anxiété en ce qui concerne notre pratique et vont se détourner de nous. Cela va également impacter sur leur niveau de littératie qui sera plus faible que celui des patients pour qui les expériences furent positives.

Il est à noter qu'un patient anxieux et qui se détourne de notre pratique va avoir moins tendance à faire confiance aux professionnels de santé en ce qui concerne la santé orale et va être moins observant des conseils de prévention ou encore de prise en charge quotidienne.

A cela s'ajoute un point soulevé par cette étude qui est que, contrairement aux chirurgiens-dentistes, les expériences, qu'elles soient négatives ou positives, vont avoir moins d'influence sur la prise en charge de la santé orale lorsqu'il s'agit d'un hygiéniste dentaire.

Il est donc important, de la part des chirurgiens-dentistes, d'établir une relation de confiance avec les patients et de le mettre à l'aise, notamment dans le cas de patients anxieux, pour ne pas les perdre. Le ressenti du patient vis-à-vis de notre profession joue un très grand rôle à la fois en ce qui concerne son assiduité à honorer ses rendez-vous mais également en ce qui concerne ses habitudes d'hygiène et sa capacité à recevoir et mettre en pratique les informations et les conseils qui lui seront donnés [12].

4.5 Formation et intérêt pour les professionnels

La littératie en santé orale est donc quelque chose qui paraît nécessaire à la bonne évolution de la santé de notre société mais, et comme c'est le cas depuis le début de cette discussion, on parle beaucoup de ce qu'elle représente du point de vue du patient. Or, pour avoir une influence auprès de nos patients et bien les conseiller il est important que les praticiens aient les compétences et les réflexes nécessaires. C'est ce qui a fait l'objet d'une étude publiée en 2010 dans le Journal of dental education [20]. Cette étude se penche à la fois

sur le ressenti du patient face à ces tests de mesure de leurs capacités en littératie liée à la santé orale mais également sur le ressenti que peuvent avoir les praticiens.

L'étude en question a été menée à la Indiana university school of dentistry localisée à Indianapolis est a pour but de vérifier la formation des étudiants en hygiène dentaire qui y travaillent en clinique ainsi que la façon dont les patients interrogés réagissent et de savoir si leur niveau de compétence en littératie liée à la santé orale est suffisant ou inadapté. Pour les futurs praticiens, cette étude présentait également un intérêt pédagogique puisqu'elle permettait de vérifier si leur formation concernant les conséquences que pouvait induire un degré insuffisant en termes de littératie était satisfaisante et dans le cas contraire les former. Elle avait également pour but la sensibilisation des étudiants aux différents moyens d'identifier les patients nécessitant une assistance supplémentaire en ce qui concerne l'éducation à la santé orale.

Pour cela, les patients consentants pour participer à cette étude devaient remplir le questionnaire qu'est le S-TOFHLA et par la suite, les étudiants en hygiène dentaire avaient pour rôle de « corriger » ce test en y annotant leurs propres impressions, conclusions et interrogations. L'objectif étant ici de savoir s'ils étaient capables de déceler les patients nécessitant plus d'accompagnement que les autres mais également s'ils étaient capables d'interpréter le test et de savoir quels étaient les points à retravailler.

La question des réactions des patients face à ce test se posa alors. Une majorité des étudiants se mis d'accord sur un point qui est que l'administration du S-TOFHLA (entre 20 et 30 minutes) était trop longue à mettre en place dans un rendez-vous classique et le test ne ciblait pas suffisamment le domaine de l'hygiène dentaire, ce qui représentait un problème pour l'interprétation. Dans le cas des patients, ils firent face à plusieurs types de réactions telles que des patients offusqués de se voir proposé de remplir un test de « connaissances ». Mais pour la plupart, les étudiants ont plutôt décrit des patients qui n'y voyaient pas d'inconvénients et qui étaient plus intéressés par la connection que l'on pouvait trouver entre la littératie et leur propre santé dentaire.

Cela a mis en exergue le problème des tests non ciblés et c'est pour cela que l'étude fut également menée en utilisant les test TOFHLID et OHLI [28] (lui aussi basé sur le test TOFHLA et se présentant sous forme de questions à choix multiples avec une partie de compréhension de lecture et une partie de compréhension mathématique). Avec l'utilisation de ces 2 tests ciblés au domaine dentaire, l'interprétation des résultats et la définition d'une future prise en charge du patient par les étudiants s'est révélée plus simple. Cette étude a également permis aux étudiants de mieux cibler les besoins de leurs patients en termes d'éducation ainsi que la mise en place de cours et d'activités ayant un rapport étroit à la littératie en santé orale et pour les praticiens déjà diplômés de développer l'information dans leur formation continue. Par la suite, l'administration de l'école et le Health literacy committee de l'université a mis en place, sur base de volontariat de la part des étudiants mais également de la part du corps professoral, une revue régulière du matériel utilisé nécessaire

pour les patients mais également une revue constante des avancées en terme de littératie en santé et en santé orale de manière à ce que la formation des étudiants soit toujours à la pointe de ce qui se fait et se développe en termes d'éducation des patients.

Il est également à noter que de nombreux patients (toujours en Amérique) cherchent des informations sur la littératie en santé sur internet et que parmi eux, environ 15% font des recherches en ce qui concerne la littératie en santé orale. Face à la difficulté de trouver des informations pertinentes et dans le but de venir en aide à ces patients, l'école a publié sur son propre site web des informations relatives à la littératie en santé orale. Le but étant de remédier à la difficulté d'accès à une information fiable et de pouvoir, par la suite, compter ces patients dans leur programme de soins afin d'améliorer leur prise en charge.

Cette étude illustre bien l'importance de suffisamment **connaître les capacités de nos patients** car cela nous permet de **mieux répondre à leurs attentes** en ce qui concerne les soins mais, comme démontré ici, cela nous permet aussi à nous, praticiens, de mieux **cibler leurs besoins** et leurs nécessités que ce soit en termes de prise en charge mais également en termes **d'éducation et d'accompagnement** de ceux-ci dans leur santé orale. Cette étude illustre bien le fait qu'un praticien capable d'appréhender les problèmes de ses patients et de cibler les facteurs de risques ainsi que les lacunes de ceux-ci sera plus efficace dans ses processus de prise en charge et dans son accompagnement vis-à-vis de leur santé orale.

En 2013, une autre étude tend à inclure dans le programme d'éducation des étudiants en chirurgie-dentaire de l'université du Maryland de nouvelles techniques de communication afin d'améliorer la littératie en santé orale d'un point de vue des connaissances des patients [6]. Cette étude met en évidence le fait que la santé orale est un composant essentiel de la santé générale et qu'elle impacte autant le patient en ce qui concerne sa qualité de vie que la société d'un point de vue financier. En effet, un patient ayant suffisamment de connaissances mais également les attitudes et les comportements adéquats en ce qui concerne ses habitudes d'hygiène et de santé orale sera un patient qui coutera moins cher à la société. Ce constat part du principe réel qu'un patient éclairé sera plus efficace dans sa prise en charge et nécessitera donc moins d'interventions plus ou moins coûteuses qu'un patient avec un faible niveau de littératie en santé orale. D'où l'intérêt d'améliorer les techniques de communication et ce dès les années universitaires sans oublier de sensibiliser les étudiants à la formation en continue tout au long de leur carrière.

Le Global oral health interest group of the consortium of universities for global health (GOHIG-CUGH) a initié, en avril 2015, une étude basée sur l'interconnection des professionnels de santé en ce qui concerne la santé de leurs patients [4]. En effet, dans cette étude, ce qui est mis en avant est la nécessité de former les professionnels de santé aux différentes maladies intervenant au niveau de la sphère orale de manière à avoir un travail de prévention et de soins pluridisciplinaires. Il est à noter que le but, ici, est d'améliorer la prise en charge de la santé orale dans le but d'améliorer la santé générale des patients. La nécessité d'être formé n'est donc plus à prouver.

Au sein de cette étude, l'équipe en charge a défini 4 groupes distincts de personnes intervenant ou ayant les capacités d'intervenir sur la santé orale et ce dans différents pays du monde. On retrouve ainsi :

- 1) groupe 1 : les étudiants en chirurgie-dentaire, les internes et les dentistes,
- 2) groupe 2 : la communauté des professionnels de santé, les hygiénistes dentaires et les thérapeutes dentaires,
- 3) groupe 3 : Les professionnels de santé en générale,
- 4) groupe 4 : les non-professionnels de santé dans les endroits publics.

Pour ce qui est du groupe 1, les compétences nécessaires en santé orale sont des compétences qui vont être acquises durant les études à la fois théoriques et cliniques mais également avec l'expérience du travail ainsi qu'avec la formation continue. Il est ici question de prévention, de détection et de soins des différentes affections de la sphère buccale. A cela sera également ajouté des compétences en termes de médecine générale de manière à avoir un travail d'équipe pluridisciplinaire efficace.

Dans le cas du second groupe, les compétences nécessaires à ce travail pluridisciplinaire centré sur la santé orale sont les mêmes que pour le premier groupe. Ces professionnels vont également avoir un rôle de conseil mais peuvent également être amené à réaliser les soins d'urgence ou encore les technique ART (Atraumatic restorative therapy). La partie où l'équipe en charge de cette étude émet une légère réserve en ce qui concerne ce groupe c'est que ces professions ne sont pas reconnues dans tous les pays.

Pour ce qui est du troisième groupe, il va réunir des professions comme les physiciens, les pharmaciens, les infirmières ou encore les puéricultrices qui sont des professions pouvant être confrontées aux problèmes oraux dans leurs travail quotidien. Ces professionnels doivent être formés à la prévention mais également à la reconnaissance des différentes maladies buccales et être capable de déterminer quand il faut adresser une urgence. Ces compétences dépendent également de leur entraînement dans le domaine bucco-dentaire.

En ce qui concerne le dernier groupe, le groupe 4, il va regrouper les parents mais également les professeurs ou encore les défenseurs des consommateurs. Ces personnes vont être considérées, en ce qui concerne les parents, comme des modèles pour les enfants et ils vont avoir un rôle de promotion de la santé orale en leur inculquant les bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire ou encore d'alimentation. Les professeurs entre eux aussi dans cette catégorie de personne de par leur rôle d'enseignement ce qui nécessite, au préalable, qu'eux aussi est appris les bons gestes, les bonnes habitudes et les bons réflexes. Pour ce qui est des défenseurs des consommateurs, ils interviennent dans la sensibilisation des consommateurs et représentent des voix à ne pas négliger. En effet, les gens les écoutent et suivent leurs conseils ce qui renforce l'idée qu'une formation est nécessaire pour eux aussi. Le groupe 4 nécessite de posséder des compétences de reconnaissance des maladie orales mais également en termes de soins personnels et d'action sur leur environnement, entourage et communauté. Comme le

dit si justement l'équipe en charge de cette étude, ce groupe peut être une influence positive sur la prévention de la santé orale et la promotion des maladies de la sphère orale à la fois chez eux mais également à l'extérieur [4].

La santé orale a donc un impact direct sur la santé générale des patients et améliorer celle-ci aura des effets positifs sur la santé des patients. Cette étude montre bien les différents acteurs ayant la possibilité d'intervenir dans la prévention, la reconnaissance et la promotion des différentes maladies de la sphère orale et met en évidence la nécessité d'avoir un travail d'équipe pluridisciplinaire pour être le plus efficace possible. Evidemment, pour permettre ce travail pluridisciplinaire, les différents intervenants nécessitent des **formations** et en cela on agit sur **la littératie en santé orale de ces professionnels**.

En ce qui concerne la méthode d'administration des informations aux patient dans le cadre des rendez-vous en odontologie pédiatrique, une étude datant du mois de septembre 2017 a décrit un certain nombre de composants essentiels à la bonne communication avec le patient [3]. Celle-ci met en évidence que lors du premier rendez-vous en odontologie pédiatrique, il ne faut pas hésiter à prendre son temps de manière à bien expliquer aux parents tout ce qui va se passer en ce qui concerne leur enfant. De plus il ne faut pas, en tant que praticien, s'enfermer dans un monologue de jargon médical dans lequel le patient ne trouvera pas sa place et se retrouvera, de fait, mis à l'écart. Selon cette étude, la meilleure technique de communication se résume à établir un dialogue avec les parents de manière à construire réellement un échange et de ne pas hésiter à utiliser un vocabulaire plus commun. Il ne faut pas non plus oublier que le praticien se trouve ici au cœur d'une relation triangulaire entre lui, les parents et l'enfant. L'information doit donc atteindre les 2 autre parties en question. L'avantage du praticien est que, connaissant son sujet, il va avoir plus de facilités à modifier ses tournures de phrases de manière à être le mieux compris des parents. De plus, il ne faut pas hésiter à renseigner les patients en termes de prévention sur le brossage dentaire mais également sur sa durée, la technique à employer, l'alimentation sucrée ou encore le grignotage.

Les parents ont également des questions en ce qui concerne la santé orale de leurs enfants. Là encore il faut prendre le temps de les écouter et de les conseiller mais ne pas oublier de répondre à leurs questions de façon compréhensible. Cette étude met aussi en avant le fait que les informations données aux patients, ceux-ci vont les étudier, en reparler ensemble et en tenir compte dans leur pratique quotidienne et qu'une grosse partie du travail de prévention se fait en dehors du cabinet en ce qui concerne les enfants. Les parents représentent une influence qui se doit d'être positive et c'est en grande partie par une communication et une relation de confiance établie avec le praticien que cela est possible.

Cette étude a pour but de mettre en garde contre les rendez-vous trop expéditifs ou encore les monologues saturés de termes médicaux qui ne feront que décontenancer les parents. **Prendre le temps, ne pas hésiter à expliquer à nouveau de différentes manières, établir un dialogue, répondre aux questions, conseiller, faire de la prévention, c'est autant de**

caractéristiques qui nécessitent un entraînement de la part du praticien et qui représenteront une certaine forme d'amélioration de la littératie en santé orale du patient [3].

5 Conclusion

La littératie en santé orale est un sujet qui intéresse de plus en plus les professionnels de santé ces dernières années. En effet, la littératie en santé orale représente un atout majeur en ce qui concerne l'éducation thérapeutique des patients. Elle se présente également comme un outil de prévention et de promotion de la santé orale.

La littératie en santé orale se définit par un certain nombre de composants regroupant la reconnaissance du vocabulaire, la capacité de lecture du patient, la capacité de compréhension des concepts replacés dans leurs contextes ainsi que la capacité du patient à prendre ses propres décisions en ce qui concerne la santé orale. La littératie en santé orale place le patient au centre de son parcours personnel et le chirurgien-dentiste, en tant que praticien, n'apparaît que comme influence sur la littératie en santé orale du patient.

Il est possible de voir, au sein de ce travail, que ce sujet a intéressé bon nombre d'équipes sur ces 10 dernières années et que de nombreuses avancées ont été faites. Il est notamment possible de voir l'apparition de différents tests de détermination de la littératie comme le « rapid estimate of adult literacy in medicine » ou encore le « test of functional health literacy adults » mais également d'autres tests adaptés à notre pratique comme le « rapid estimate of adult literacy in dentistry-30 » qui est un test de reconnaissance de vocabulaire ou encore le « test of functional health literacy in dentistry » qui représente lui un test de compréhension. Le développement du « comprehensive measure of oral health knowledge » a également pu être abordé. Il s'agit d'un test utilisant à la fois de la reconnaissance de mots mais également de la compréhension de concepts en santé orale. D'autres études ont montré qu'il était possible de créer un test utilisable à la fois en santé orale et en santé générale : le « rapid estimate of adult literacy in medicine-dentistry ».

Au-delà de ces tests, les enquêtes étudiées dans ce travail ont également permis de mettre en évidence l'importance de la littératie en santé orale et l'impact de celle-ci sur les patients. Notamment en mettant en évidence des corrélations telles que celles existantes entre le niveau de littératie en santé orale des parents et ses répercussions sur la santé bucco-dentaire des enfants. Il a également été mis en évidence la corrélation entre la littératie en santé orale ainsi que la maladie parodontale. De nombreux composants supplémentaires sont à ajouter dans la balance tel que le diabète sucré, la négligence dentaire ou encore le fait de fumer. Ces

composants représentent bien souvent des facteurs de risques sur lesquels on peut agir en tant que professionnels de santé en éduquant nos patients.

La communication entre le praticien et le patient est quelque chose de primordial dans l'amélioration de la littératie en santé orale. Même si de nombreux patients vont avoir de plus en plus tendance à se renseigner d'eux-mêmes en utilisant internet, le chirurgien-dentiste reste une référence en ce qui concerne la santé bucco-dentaire. Le but, au quotidien, est de réussir à déterminer le niveau de littératie en santé orale du patient afin de se fixer des objectifs à atteindre dans le but d'améliorer la prise en charge et la santé orale du patient.

Cette relation de communication doit être basée sur la confiance et doit être un dialogue et non un monologue médical de la part du praticien. Ce travail avance également les différentes techniques de communication qu'il faut utiliser avec les patients. L'important est de bien comprendre son patient et ses demandes et si nécessaire de s'adapter (c'est ce qui arrive notamment pour les enfants). Dans le cas des enfants, la difficulté réside dans le fait que l'adulte vit dans son monde de réel alors que l'enfant, lui, reste ancré dans le monde du rêve et de l'imaginaire. Utiliser des symboles, des images, des références de ce monde magique est une technique primordiale pour développer une réelle relation de communication avec l'enfant et lui transmettre les informations de manière efficace.

Chez l'adulte, il ne faut pas hésiter à reformuler et réexpliquer mais surtout à l'intégrer dans le processus de soins. Plus le patient sera inclus dans les prises de décisions et dans la prise en charge, plus il se sentira concerné et sera motivé à bien faire. Responsabiliser le patient est un bon moyen d'améliorer sa demande en termes de littératie en santé orale et en termes d'éducation. A la différence, des patients qui vont avoir de mauvaises expériences en ce qui concerne le domaine dentaire sont des patients qui risquent de développer de l'anxiété vis-à-vis de leur santé orale et qui vont avoir un comportement à risque comme le fait de ne pas honorer ses rendez-vous. Ces patients seront également moins enclins à l'amélioration de leur niveau de littératie en santé orale.

Il est possible de noter que certaines études proposent des solutions afin d'améliorer la littératie en santé orale du patient par l'utilisation de brochures explicatives regroupant les maladies de la sphère orale, les signes de celles-ci, les symptômes, les facteurs de risques. Ces

brochures comme les publicités télévisuelles ou au sein de magazines sont des bons outils de prévention des maladies bucco-dentaire et de promotion de la santé orale.

La nécessité d'avoir un travail pluridisciplinaire est également mise en avant. Ce qui est intéressant à noter c'est que l'éducation thérapeutique des patients peut être plus efficace lorsque plusieurs professionnels de plusieurs disciplines s'y intéressent. Ici et dans le but d'améliorer la santé générale, l'amélioration de la littératie en santé orale et par la même de la santé orale est nécessaire. Dans les professionnels intervenants il est possible de retrouver les étudiants, internes et chirurgiens-dentistes qui vont avoir un rôle majeur d'information, de prévention et de promotion mais également de conseil. Dans certains pays, les hygiénistes dentaires peuvent également intervenir mais ces professions ne sont pas reconnues partout. Les professions de santé en règle générale interviennent également dans la reconnaissance des pathologies et dans la capacité à juger les urgences à adresser. Ces professions comme infirmière, pharmacien, ont également un rôle de conseil. Les dernières personnes intervenant ici sont les parents ou encore les enseignants qui ont un rôle de modèle. Ils ont pour but d'influencer positivement les habitudes de l'enfant et de lui enseigner les bons gestes.

L'important, en ce qui concerne la littératie en santé orale liée à notre pratique, est que nous soyons formés à la façon de l'améliorer. Il est donc important de développer des formations dans le cursus initial mais également en tant que formation continue pour former les étudiants et les praticiens de manière à avoir un discours efficace en termes d'éducation et compréhensible pour le patient. Ces formations commencent à se développer et même si une partie de notre éducation en ce qui concerne l'amélioration de la littératie en santé orale se fait de manière empirique par l'expérience, il est important de pouvoir se référer à sa formation.

La littératie en santé orale prend une place de choix dans notre société et l'enseignement thérapeutique de nos patients est primordial en vue d'améliorer ce niveau de littératie. Il ne faut pas oublier, d'un point de vue santé publique cette fois ci, qu'améliorer la littératie en santé orale des patients se traduit également par une diminution des coûts en termes de soins. Autant d'aspects qu'il ne faut pas négliger si les professionnels en santé orale désirent à améliorer la santé et la prise en charge de leurs patients.

Références bibliographiques

1. Atchison KA, Gironda MW, Messadi D, Der-Martirosian C. Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *J Public Health Dent.* 2010;70(4):269- 75.
2. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns.* sept 1999;38(1):33- 42.
3. Benadof D, Hajishengallis E, Cole A, Vidal C. Oral literacy demand in the pediatric dental clinic: a pilot study. *Int J Paediatr Dent.* sept 2017;27(5):326- 33.
4. Benzian H, Greenspan JS, Barrow J, Hutter JW, Loomer PM, Stauf N, et al. A competency matrix for global oral health. *J Dent Educ.* avr 2015;79(4):353- 61.
5. Boland L, Stacey D. RÉFLEXION SUR LA RECHERCHE La littératie en santé dans la pratique clinique et en recherche. *Can Oncol Nurs J Rev Can Soins Infirm En Oncol.* 2016;26(4):362- 4.
6. Bress LE. Improving oral health literacy - the new standard in dental hygiene practice. *J Dent Hyg JDH.* déc 2013;87(6):322- 9.
7. Daly B, Clarke W, McEvoy W, Periam K, Zoitopoulos L. Child oral health concerns amongst parents and primary care givers in a Sure Start local programme. *Community Dent Health.* sept 2010;27(3):167- 71.
8. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med.* juin 1993;25(6):391- 5.
9. Diogo SJ. Academy backs amalgam, oral health literacy. *Gen Dent.* oct 2002;50(5):394- 6.
10. Divaris K, Lee JY, Baker AD, Vann WF. The relationship of oral health literacy with oral health-related quality of life in a multi-racial sample of low-income female caregivers. *Health Qual Life Outcomes.* 1 déc 2011;9:108.
11. Douglass JM, Tinanoff N, Tang JM, Altman DS. Dental caries patterns and oral health behaviors in Arizona infants and toddlers. *Community Dent Oral Epidemiol.* févr 2001;29(1):14- 22.
12. Fico AE, Lagoe C. Patients' Perspectives of Oral Healthcare Providers' Communication: Considering the Impact of Message Source and Content. *Health Commun.* août 2018;33(8):1035- 44.
13. Freeman R. Storytelling, sugar snacking, and toothbrushing rules: a proposed theoretical and developmental perspective on children's health and oral health literacy. *Int J Paediatr Dent.* sept 2015;25(5):339- 48.
14. Gironda M, Der-Martirosian C, Messadi D, Holtzman J, Atchison K. A brief 20-item dental/medical health literacy screen (REALMD-20). *J Public Health Dent.* 2013;73(1):50- 5.

15. Gong DA, Lee JY, Rozier RG, Pahel BT, Richman JA, Vann WF. Development and Testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLiD). *J Public Health Dent.* 1 mars 2007;67(2):105- 12.
16. Guo Y, Logan HL, Dodd VJ, Muller KE, Marks JG, Riley JL. Health literacy: a pathway to better oral health. *Am J Public Health.* juill 2014;104(7):e85-91.
17. Holtzman JS, Atchison KA, Macek MD, Markovic D. Oral Health Literacy and Measures of Periodontal Disease. *J Periodontol.* janv 2017;88(1):78- 88.
18. Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann WF. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *J Am Dent Assoc* 1939. sept 2012;143(9):972- 80.
19. Horowitz AM, Kleinman DV, Wang MQ. What Maryland adults with young children know and do about preventing dental caries. *Am J Public Health.* juin 2013;103(6):e69-76.
20. Jackson RD, Coan LL, Hughes E, Eckert GJ. Introduction of health literacy into the allied dental curriculum: first steps and plans for the future. *J Dent Educ.* mars 2010;74(3):318- 24.
21. Khan K, Ruby B, Goldblatt RS, Schensul JJ, Reisine S. A pilot study to assess oral health literacy by comparing a word recognition and comprehension tool. *BMC Oral Health.* 18 nov 2014;14:135.
22. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Lee S-YD, Vann WF. Oral health literacy levels among a low-income WIC population. *J Public Health Dent.* 2011;71(2):152- 60.
23. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Vann WF. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *Am J Public Health.* mai 2012;102(5):923- 9.
24. Lee JY, Rozier RG, Lee S-YD, Bender D, Ruiz RE. Development of a Word Recognition Instrument to Test Health Literacy in Dentistry: The REALD-30 – A Brief Communication. *J Public Health Dent.* 1 mars 2007;67(2):94- 8.
25. Macek MD, Haynes D, Wells W, Bauer-Leffler S, Cotten PA, Parker RM. Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. *J Public Health Dent.* 2010;70(3):197- 204.
26. Macek MD, Manski MC, Schneiderman MT, Meakin SJ, Haynes D, Wells W, et al. Knowledge of oral health issues among low-income Baltimore adults: a pilot study. *J Dent Hyg JDH.* 2011;85(1):49- 56.
27. Page RC, Eke PI. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol.* juill 2007;78(7 Suppl):1387- 99.
28. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* oct 1995;10(10):537- 41.
29. Richman JA, Huebner CE, Leggott PJ, Mouradian WE, Mancl LA. Beyond word

- recognition: understanding pediatric oral health literacy. *Pediatr Dent.* oct 2011;33(5):420- 5.
30. Richman JA, Lee JY, Rozier RG, Gong DA, Pahel BT, Vann WF. Evaluation of a Word Recognition Instrument to Test Health Literacy in Dentistry: The REALD-99. *J Public Health Dent.* 1 mars 2007;67(2):99- 104.
 31. Rudd R, Horowitz AM. The role of health literacy in achieving oral health for elders. *J Dent Educ.* sept 2005;69(9):1018- 21.
 32. Sabbahi DA, Lawrence HP, Limeback H, Rootman I. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* oct 2009;37(5):451- 62.
 33. Shick EA, Lee JY, Rozier RG. Determinants of dental referral practices among WIC nutritionists in North Carolina. *J Public Health Dent.* 2005;65(4):196- 202.
 34. Shieh C, McDaniel A, Ke I. Information-seeking and its predictors in low-income pregnant women. *J Midwifery Womens Health.* oct 2009;54(5):364- 72.
 35. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* août 1997;25(4):284- 90.
 36. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 25 janv 2012;12:80.
 37. Thomson WM, Locker D. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study. *Community Dent Oral Epidemiol.* déc 2000;28(6):414- 8.
 38. Tomar SL, Reeves AF. Changes in the oral health of US children and adolescents and dental public health infrastructure since the release of the Healthy People 2010 Objectives. *Acad Pediatr.* déc 2009;9(6):388- 95.
 39. Trentesaux T, Sandrin-Berthon B, Stuckens C, Hamel O, Hervé C. [Dental caries as chronic disease, a new therapeutic approach]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. févr 2011;40(2):162- 6.
 40. Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood. *J Dent Res.* déc 2010;89(12):1395- 400.
 41. Wehmeyer MMH, Corwin CL, Guthmiller JM, Lee JY. The impact of oral health literacy on periodontal health status. *J Public Health Dent.* 2014;74(1):80- 7.
 42. Widaman KF. Multitrait-multimethod models in aging research. *Exp Aging Res.* Autumn-Winter 1992;18(3- 4):185- 201.
 43. Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization). *Africa.* avr 1953;23(02):158.
 44. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of

Adult Literacy. 2003;76.

45. Haute Autorité de Santé - Prévention [Internet]. [consulté le 30 oct 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention
46. PubMed [Internet]. [consulté le 16 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.nlm.nih.gov/bsd/pubmed.html>
47. Le MeSH bilingue anglais - français [Internet]. [consulté le 3 oct 2018]. Disponible sur: <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/>

Tables des illustrations

Tableau 1 : Recensement des articles retenus pour la discussion.....	16
Figure 1 : Modèle d'intégration des différents composants de la littératie en santé [36].....	2
1	
Figure 2 : Structure conceptuelle des associations entre les différents composants de la littératie en santé et les conséquences sur la santé orale [25].....	26
Figure 3 : Schéma des principaux échange d'informations sur la santé de l'adulte à l'enfant [13].....	45

Annexes

Annexe 1 : **Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-99 [30]**

Column 1	Column 2	Column 3	Column 4
1. Bite	26. Approval	51. Veneer	76. Malignant
2. Sugar*	27. Pulp*	52. Panoramic	77. Esthetic
3. Smoking*	28. Mouth rinse	53. Orthodontics	78. Diagnosis
4. Tooth	29. Splint	54. Instrument	79. Abscess*
5. Floss*	30. Toothpaste	55. Nutrition	80. Incipient*
6. Habits	31. Mouth guard	56. Inflammation	81. Halitosis*
7. Brush*	32. Denture*	57. Restoration*	82. Calculus
8. Diet	33. Fracture	58. Fluoride*	83. Avulsion
9. Dentist	34. Enamel*	59. Bacteria	84. Malocclusion*
10. Canine	35. Erupt	60. Evaluation	85. Incisor
11. Socket	36. Tongue	61. Plaque*	86. Transmissibility
12. Molar	37. Sealant*	62. Biopsy	87. Microorganisms
13. Oral	38. Genetics*	63. Sterilization	88. Gingiva*
14. Filling	39. Varnish	64. Prescription	89. Ankylosis
15. Bleeding	40. Referral	65. Suture	90. Dentition*
16. Snacking	41. Copayment	66. Radiograph	91. Bruxism*
17. Bridge	42. Coverage	67. Trauma	92. Hyperemia*
18. Cavity	43. Surgery	68. Extraction*	93. Analgesia*
19. Recall	44. Sedation	69. Operative	94. Amalgam
20. Implant	45. Deductible	70. Porcelain	95. Hypoplasia*
21. Cancer	46. Diabetes	71. Benign	96. Apicoectomy*
22. Braces*	47. Discolored	72. Periodontal*	97. Temporomandibular*
23. Speech	48. Caries*	73. Fistula*	98. Neuralgia
24. Teething	49. Infection	74. Fluorosis	99. Malalignment
25. Bleach	50. Cyst	75. Cellulitis*	

* Denotes words contained in the REALD-30.
REALD, Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry.

Annexe 2 : Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Dentistry [1]

REALM-D Instrument (6 dental terms per column)		
List 1	List 2	List 3
Fat	Fatigue	Allergic
Flu	Pelvic	Menstrual
Pill	Jaundice	Testicle
Teeth	Dentures	Extraction
Dose	Infection	Colitis
Eye	Exercise	Emergency
Stress	Behavior	Medication
Pain	Hygiene	Amalgam
Smear	Prescription	Occupation
Nerves	Notify	Sexually
Germ	Gallbladder	Alcoholism
Tongue	Root Canal	Bacteria
Meals	Calories	Irritation
Disease	Depression	Constipation
Cancer	Miscarriage	Gonorrhea
Caries	Insurance	Gingivitis
Caffeine	Pregnancy	Inflammatory
Attack	Arthritis	Diabetes
Kidney	Nutrition	Hepatitis
Brushing	Calculus	Anesthetic
Hormones	Menopause	Antibiotics
Herpes	Appendix	Diagnosis
Seizure	Abnormal	Potassium
Abscess	Toothache	Periodontitis
Bowel	Syphilis	Anemia
Asthma	Hemorrhoids	Obesity
Rectal	Nausea	Osteoporosis
Incest	Directed	Impetigo

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille 2 : Année 2018 – N°:

La littératie en santé orale, quel lien avec l'Education Thérapeutique du patient? /
DEVAUX Nicolas.- p. (53) : ill. (4) ; réf. (47).

Domaines : Communication

Mots clés Rameau: éducation des patients, littératie

Mots clés FMeSH: pédodontie, littérisme

Résumé de la thèse :

La littératie en santé englobe les connaissances, la motivation et les capacités sollicitées pour trouver, comprendre, soupeser et utiliser de l'information ayant trait à la santé. L'objectif est de développer une opinion et de prendre des décisions au quotidien en matière de soins de santé, de prévention de maladie et de promotion de la santé et ainsi maintenir ou augmenter la qualité de vie.

L'objectif de la thèse est de recenser les écrits traitant de la littératie en santé orale et d'appréhender le développement et l'évolution de celle-ci sur ces 10 dernières années. Le travail réalisé comprend une explication et une définition de ce qu'est en premier lieu la littératie puis les différents outils permettant de mesurer celle-ci. Par la suite, ce travail présente également une définition de ce qu'est la littératie en santé orale (adapté à notre domaine de compétences) et les moyens de l'évaluer. Il est également décrit au travers de diverses études les implications de la littératie en santé orale pour les patients. Le cas de la femme enceinte, la transmission des savoirs et des gestes de la mère à l'enfant, l'idée de négligence, la réception des connaissances du point de vue de l'enfant, la relation entre le patient et son praticien sont ainsi explorés. Pour terminer, ce travail aborde la question des compétences et des formations des professionnels de santé à la littératie en santé orale. Ce travail se propose donc d'établir les différents composants de la littératie en santé orale ainsi que l'importance d'améliorer ce niveau de littératie pour les patients et le lien qu'elle entretient avec l'Education Thérapeutique du Patient.

JURY :

Président : Professeur Etienne Deveaux

Asseseurs : Docteur Caroline Delfosse

Docteur Thomas Trentesaux

Docteur Céline Catteau

Membre invité : Docteur Thomas Marquillier