



Faculté de
Chirurgie
Dentaire
UNIVERSITÉ DE LILLE

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2021

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 3 Mai 2021

Par Clémentine TRAJBER

Née le 23 novembre 1995 à Lille – France

La communication en santé :
Proposition d'une ébauche de livret patient à destination des patients de l'UF de
Parodontologie de Lille

JURY

Président : Madame le Professeur DELCOURT-DEBRUYNE Elisabeth

Assesseurs : Monsieur le Docteur AGOSSA Kevimy

Monsieur le Docteur PETIT Jérôme

Madame le Docteur DUBAR Marie

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen	:	E. BOCQUET
Vice-Doyen	:	A. de BROUCKER
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Émérite Parodontologie
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie légale
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire
C. CATTEAU	Responsable du département de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie légale
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
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
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de 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 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury...

Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Professeur Emérite des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de 3ème cycle en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Habilitation à diriger des Recherches

Maîtrise libre de Biologie Humaine

Membre titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Je vous remercie d'avoir accepté sans aucune hésitation la présidence de ce jury.
Aussi, je vous en suis reconnaissante et vous remercie de votre disponibilité. Veuillez
trouver ici, l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde estime.*

Monsieur le Docteur Kevimy AGOSSA

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lille – mention Sciences de la vie et de la santé

Certificat d'Études Supérieures de Parodontologie

Master Santé publique, Services de Santé et Recherche Clinique

Ancien Assistant des Hospices Civils de Lyon

Ancien Interne en Odontologie

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Responsable de l'Unité Fonctionnelle de Parodontologie au CHU de Lille

Vous avez accepté spontanément de siéger dans ce jury. Je vous suis profondément reconnaissante pour vos enseignements prodigués tout au long de mon cursus et de m'avoir donné goût à la Parodontologie. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect et de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Jérôme PETIT

Assistant Hospitalo-Universitaire des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Études Supérieures de Parodontologie – Université de Strasbourg

Merci d'avoir accepté avec spontanéité et enthousiasme de siéger au sein de ce jury. Pour votre disponibilité et votre gentillesse en clinique, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le Docteur Marie DUBAR

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine Bucco-Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine – mention Sciences de la vie et de la santé

Master Recherche Biosciences et Ingénierie de la Santé – spécialité Biotechnologies

Moléculaires et Bio-ingénierie Physiopathologie et Thérapeutique

Diplôme Inter-Universitaire en pédagogie médicale

Certificat d'Études Supérieures en Parodontologie

Assesseur à la Pédagogie

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger cette thèse. Votre disponibilité, vos encouragements et votre confiance, ont été de véritables moteurs dans la réalisation de ce travail. J'ai été touchée par votre gentillesse et votre investissement dès qu'une interrogation me venait à l'esprit. Je suis fière d'avoir réalisé ce travail à vos côtés et espère qu'il sera à la hauteur de vos attentes. Veuillez trouver dans cette thèse, l'expression de mon plus grand respect.

Je dédie cette thèse ...

Table des matières

Liste des abréviations	17
Introduction	18
1. La communication en santé et rationnel du choix d'un livret patient pour l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille	19
1.1. Intérêts de l'information et de la communication en santé	19
1.1.1. Définitions	19
1.1.2. La liberté de choix et le consentement	19
1.1.2.1 Faire des choix éclairés	19
1.1.2.2 L'importance du consentement	20
1.1.3. Le patient acteur de sa santé	21
1.1.4. La motivation à l'observance	22
1.2. Les outils de communication en santé	23
1.2.1 La communication verbale	23
1.2.1.1 Définition et objectifs	23
1.2.1.2 Avantages et inconvénients	24
1.2.2 La communication écrite	25
1.2.2.1 Définition et objectifs	25
1.2.2.2 Avantages et inconvénients	25
1.2.2.3 Une forme de communication écrite : la communication affichée ..	26
1.2.2.3.1 Définition et objectifs	26
1.2.2.3.2 Avantages et inconvénients	26
1.2.3 La communication numérique	28
1.2.3.1 Définition et objectifs	28
1.2.3.2 Avantages de la communication numérique	28
1.2.3.3 Inconvénients de la communication numérique	29
1.3. Interprétation de l'information	31
1.3.1 Les étapes du processus de communication	31
1.3.1.1 Écoute du patient : laisser place à la parole	31
1.3.1.2 Communiquer en tant que professionnel de santé	31
1.3.2 L'information dans le cadre du soin médical/paramédical	32
1.3.3 Supprimer les peurs liées à l'ignorance	33
1.3.3.1 Le rendez-vous chez le chirurgien-dentiste	33
1.3.3.2 Les solutions pour une meilleure approche du patient	34
1.4. Cas particulier de la relation patient-étudiants	35

1.4.1	La spécificité de cette relation	35
1.4.2	Les différents types de relation patient-étudiants	36
1.4.3	Les facteurs qui entravent la relation patient-étudiants	37
1.4.4	Les bénéfices de cette relation	38
1.4.4.1	Le développement de la confiance en soi pour les étudiants	38
1.4.4.2	Le développement de l'empathie chez les étudiants	38
1.4.4.3	Une meilleure observance des patients	38
1.5.	Intérêts de multiplier les supports de communication	39
1.5.1	Les limites à la compréhension du patient	39
1.5.1.1	Le degré limité de connaissances des patients dans le domaine de la santé	39
1.5.1.2	Le concept de « littératie » en santé	39
1.5.1.2.1	Définitions et enjeux	39
1.5.1.2.2	Les différents niveaux de littératie en santé	40
1.5.1.3	Le temps en consultation	41
1.5.2	Avantages de la multiplication des supports de communication	42
1.5.2.1	Favoriser la compréhension et la mémorisation	42
1.5.2.2	Accompagnement au-delà de la consultation médicale	42
2.	Méthodes de conception d'un livret patient	43
2.1.	Les points à respecter	50
2.1.1	Guide de conception d'un livret patient	50
2.1.1.1	Les critères	50
2.1.1.1.1	La mise à jour	50
2.1.1.1.2	Une information organisée et maîtrisée	50
2.1.1.1.3	Les points clés pour un livret efficace	51
2.1.2	Les questions à se poser	51
2.1.2.1	A qui s'adresse le message ?	51
2.1.2.2	A qui est destiné ce livret ?	52
2.1.3	Trucs et astuces	52
2.1.3.1	Améliorer la lisibilité	52
2.1.3.2	Les illustrations	52
2.1.3.3	Faciliter la compréhension des lecteurs	53
2.2.	Les éléments de fond	53
2.2.1	Lors de l'élaboration d'un livret patient	53
2.2.1.1	Informations indispensables	53
2.2.1.2	Éléments complémentaires inconstants	54

2.2.2	Analyse des livrets patients existants dans le domaine de la	
	Parodontologie	55
2.2.2.1	Informations indispensables	55
2.2.2.2	Éléments complémentaires inconstants	56
2.3.	Le design du livret	57
2.3.1	Le style du livret	57
2.3.2	La mise en forme	57
2.3.2.1	Les objectifs de la mise en forme	57
2.3.2.2	Les éléments de mise en forme	57
	2.3.2.2.1 La police et la typologie	57
	2.3.2.2.2 Les abréviations et les acronymes	58
	2.3.2.2.3 Le style d'écriture	58
	2.3.2.2.4 La couverture et les titres	59
	2.3.2.2.5 La couleur	59
	2.3.2.2.6 Les listes et les puces	59
	2.3.2.2.7 Les chiffres et les nombres	59
3.	Résultats – Le contenu du livret à destination des patients de l'UF de	
	Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille	61
3.1.	Introduction	62
3.2.	La maladie parodontale	62
3.2.1	Définition	62
3.2.2	Origines de la maladie	63
3.3.	Facteurs impliqués et risque médical	64
3.3.1	La plaque dentaire	64
3.3.2	Les facteurs locaux aggravants (modifiants)	65
3.3.3	Les facteurs environnementaux (prédisposants)	65
3.3.4	Les facteurs d'ordre général (prédisposants)	66
3.3.5	Les facteurs génétiques (antécédents familiaux)	66
3.3.6	Les facteurs impliqués dans votre maladie (à cocher avec le chirurgien- dentiste).....	66
3.3.7	Le risque médical	67
3.4.	Les différentes pathologies de la gencive	68
3.4.1	Anomalie du parodonte : la récession gingivale	68
3.4.2	La gingivite liée à la plaque dentaire	68
3.4.3	La parodontite	69
3.5.	La prise en charge au sein de l'UF de Parodontologie du CHU de Lille	70

3.5.1	L'enseignement au contrôle de plaque et prescriptions adaptées	71
3.5.2	Actes non chirurgicaux	75
3.6.	Conclusion	77
4.	Discussion	78
4.1.	La finalité du livret patient	78
4.1.1	Points positifs du livret – réponses aux objectifs visés	78
4.1.1.1	Donner l'information au patient	78
4.1.1.2	Impact sur le patient	79
4.1.1.3	Impact sur la relation patient – praticien	79
4.2.	La conception du livret	81
4.2.1	Difficultés rencontrées en rapport avec le patient	81
4.2.1.1	Différences d'alphabétisation entre les patients	81
4.2.1.2	Le niveau de connaissances de chacun	81
4.2.2	Difficultés rencontrées dans la réalisation de l'ébauche du livret	82
4.2.2.1	Les points clés à respecter pour un livret efficace	82
4.2.2.2	Le choix du contenu informatif	83
4.2.2.2.1	La question du site internet	83
4.2.2.3	Les photographies et les schémas	84
4.2.2.4	Les différentes versions envisagées	84
	Conclusion	85
	Références bibliographiques	87
	Table des illustrations	94
	Table des tableaux	95

Liste des abréviations

- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- UF : Unité Fonctionnelle
- mm : millimètre
- cm : centimètre
- m : mètre
- SGD : Sillon Gingivo-Dentaire
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

Introduction

La parodontologie est une des disciplines en chirurgie dentaire, qui n'est pas simple à appréhender par le patient. De par ses étiologies multiples, le patient doit intégrer la multitude de facteurs locaux et généraux qui peuvent influencer et interagir avec sa santé générale, ainsi que les conséquences locales de la maladie parodontale, bien souvent tardivement observées. Les patients doivent aussi intégrer qu'ils ont une part de responsabilité dans le succès de leur traitement ; ils doivent donc devenir des acteurs de leur santé bucco-dentaire et générale (1).

Au sein de l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille, la relation patient-étudiants n'est pas toujours évidente à mettre en place. Les étudiants externes ressentent souvent des difficultés à expliquer aux patients les origines et la prise en charge de la maladie parodontale à court, moyen et long terme.

Tout au long de leur formation initiale, les étudiants en Chirurgie-Dentaire de Lille reçoivent des informations sur la communication, ainsi que sur l'abord du patient, par le biais d'enseignements dirigés, de mises en situation ou encore de jeux de rôle dans l'objectif de leur faire acquérir des compétences en communication. Cependant ces enseignements restent peu fréquents et des difficultés peuvent apparaître lors de la confrontation à la réalité lorsqu'il s'agit de faire face aux interrogations du patient dans le cadre de la maladie parodontale (2).

L'objectif de cette thèse est d'aider les étudiants à délivrer une information fiable aux patients sur leur maladie parodontale par la création du contenu d'un futur livret à destination des patients de l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille.

Dans une première partie, la définition de la communication, l'intérêt de l'information et de la communication en santé pour la relation patient – praticien seront développés. Les différents outils de communication mis à la disposition des professionnels de santé et l'interprétation de l'information par le patient, y seront abordés ainsi que le rationnel du choix d'un livret patient pour l'UF de Parodontologie.

Dans une seconde partie, les méthodes de conception d'un livret patient seront étudiées. La troisième partie abordera le contenu informatif choisi pour le futur livret patient. Enfin, une discussion des points positifs, des limites et des perspectives sera développée dans la dernière partie.

1. La communication en santé et rationnel du choix d'un livret patient pour l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille

1.1 Intérêts de l'information et de la communication en santé

1.1.1 Définitions

La communication se définit comme l'art de faire passer un message à quelqu'un pour qu'il en prenne connaissance. Il s'agit d'un échange verbal ou non, entre un locuteur et son interlocuteur (3,4). Cet échange va permettre un transfert d'informations, dont l'objectif est de porter à la connaissance de l'autre, une indication, un renseignement ou une précision (5).

Dans le cadre de la santé, la communication est au centre de la pratique clinique. Cette communication professionnelle entre le praticien et le patient a deux objectifs : un échange d'informations et le développement d'une relation de confiance dans un cadre thérapeutique. Il est important que le professionnel de santé ait une approche centrée sur le patient pour que cela réponde à ses besoins et à ses interrogations (2).

Des informations claires, aideront le patient à faire ses choix quant aux décisions thérapeutiques qui le concernent. Le développement d'une relation de confiance permettra la réalisation des soins et le suivi du traitement dans les meilleures conditions possibles (6,7).

1.1.2 La liberté de choix et le consentement

1.1.2.1 Faire des choix éclairés

Pour que le patient puisse prendre part à la décision de son plan de traitement, l'information donnée par le praticien, soit par écrit, soit par oral, soit les deux, doit répondre à certains critères :

- Elle doit être hiérarchisée et respecter les données acquises et validées de la Science.
- Elle doit présenter les avantages des soins ainsi que les risques et les inconvénients, même les plus graves.
- Le praticien doit s'assurer d'être compréhensible par le patient.

A la suite de cette étape, il est important que le praticien s'assure que le patient ait bien compris l'ensemble des informations et que ce dernier fasse le choix de la solution thérapeutique qu'il envisage en accord avec le praticien (8).

Cette notion d'information est rappelée dans le cadre de la chirurgie dentaire, l'article R4127-233 du Code de la Santé Publique affirme que : « Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la Science » (9).

1.1.2.2 L'importance du consentement

Par définition, le consentement est l'accord que va donner un patient majeur et lucide à un traitement médical et/ou chirurgical après que son praticien l'ait informé des risques et des conséquences possibles dudit traitement (10). Une adaptation à chaque patient, à son niveau de compréhension et à son niveau d'autonomie reste primordiale : enfants, personnes âgées, illettrées, handicapées, dépendantes... qui nécessitent le relai d'un proche ou d'un tuteur pour la prise de décision concernant la thérapeutique proposée au patient.

Selon l'article 16-3 du Code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » (11).

L'information au préalable des patients est une obligation légale et nécessaire pour obtenir un consentement éclairé. Le praticien se doit de fournir au patient toutes les raisons d'accepter la thérapeutique proposée. Après avoir été informé, la décision d'accepter ou de refuser la thérapeutique revient au patient seulement. Le consentement du patient valide son engagement dans le plan de traitement proposé par le praticien (8).

Dans la spécialité qu'est l'Odontologie, les notions de soins et d'honoraires ne peuvent être séparées. De ce fait, il est important que le patient soit au courant des modalités de la prise en charge des soins, à savoir le coût et les conditions de remboursement par les régimes obligatoires de l'Assurance Maladie.

Le chirurgien-dentiste, en proposant une thérapeutique avec un coût élevé, établit un devis au préalable, pour informer le patient du montant global des honoraires. Ce devis est soumis à 3 obligations : ordinale, juridique et conventionnelle. L'acceptation du devis est la dernière étape validant le consentement éclairé du patient (8).

1.1.3 Le patient acteur de sa santé

En 1986, la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, avait pour objectif de favoriser la communication auprès des populations, pour leur donner les clés permettant de parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social (12).

La Charte de Bangkok en 2005, complète les notions et les méthodes de la Charte d'Ottawa et confirme que l'éducation et la communication pour la santé sont à privilégier. L'objectif est que les populations reconnaissent leurs problèmes de santé et participent à leurs solutions (13).

Grâce à une éducation thérapeutique personnalisée, le patient va pouvoir acquérir et développer les compétences de soins nécessaires pour son traitement. Cette notion d'éducation thérapeutique s'inscrit dans le cadre d'une démarche éducative, en parallèle des soins délivrés par le professionnel de santé (14).

La maladie parodontale est définie comme une maladie d'origine polymicrobienne composée de lésions inflammatoires sous la dépendance de facteurs généraux et du système immunitaire de l'hôte, affectant partiellement ou totalement les tissus composant le parodonte (gencive, os alvéolaire, cément, ligament parodontal) (15).

Les objectifs du chirurgien-dentiste lors de la communication avec le patient sont :

- D'exposer de manière compréhensible l'étiologie multifactorielle de la maladie parodontale.
- De promouvoir l'intérêt de la thérapeutique parodontale proposée afin que le patient y adhère.
- De sensibiliser le patient sur la nécessité d'observance à un contrôle de plaque optimal, condition incontournable à la réussite des thérapeutiques parodontales et au maintien des résultats dans le temps au même titre que l'observance à un suivi parodontal régulier (1,16).

L'objectif du professionnel de santé n'est donc pas réduit à délivrer des informations. Il est aussi de son obligation de s'assurer de la bonne compréhension du patient vis-à-vis des informations délivrées. Par ailleurs, en Parodontologie, l'engagement du patient à son traitement et plus largement à des comportements favorables pour sa santé générale sont une priorité permise uniquement grâce à une communication efficace du praticien (7).

1.1.4 La motivation à l'observance

Selon l'OMS, l'observance thérapeutique est considérée comme un enjeu majeur de la santé publique. Elle se définit comme la capacité du patient à prendre son traitement correctement, c'est-à-dire l'assiduité avec laquelle le patient va suivre le traitement prescrit. *Haynes* la définit comme « le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en termes de santé » (17).

L'évaluation de l'observance peut se faire :

- De manière clinique par l'évolution des symptômes/signes cliniques comme dans le cas de la maladie parodontale
- De manière non médicale grâce aux retours du patient par l'intermédiaire de questionnaires
- Ou de manière médicale, par le dosage de marqueurs spécifiques dans les fluides biologiques (18).

Pour motiver le patient à l'observance, il faut l'inclure dans le système de soins, le rendre acteur de l'évolution de sa maladie, lui indiquer les comportements favorables pour sa santé comme par exemple l'arrêt de toute consommation tabagique ou autres drogues, ou encore l'amélioration de son contrôle de plaque dentaire et interdentaire. Le plan de traitement est influencé par l'implication du patient, et cela nécessite que le patient ait bien compris les enjeux et les informations communiquées par le soignant (2,16).

L'adhésion thérapeutique, qui est une autre facette de l'observance, prend en compte la dimension psychologique du patient et les facteurs qui peuvent influencer le comportement d'observance du patient (18).

L'analyse des difficultés que le patient rencontrent dans sa vie quotidienne et les obstacles qui le freinent dans son observance, permettent de planifier des solutions concrètes et d'accompagner au mieux ce dernier vers la santé (7).

1.2 Les outils de communication en santé

Il est actuellement admis que la communication dans le domaine de la santé est une compétence nécessaire à tout chirurgien-dentiste, qui doit être intégrée à la formation des futurs praticiens comme cela est présenté dans le référentiel du « profil et compétences du futur odontologiste européen » approuvé par l'ADEE (Association Dentaire pour l'Éducation en Europe) (19).

A ce jour, il existe différents moyens de communiquer avec le patient, l'objectif final est que la communication soit efficace, pour que le patient saisisse l'ensemble des informations souhaitées pour comprendre et effectuer des choix éclairés concernant son traitement et les décisions que celui-ci entraîne. On peut compléter cet échange par de la documentation écrite, audiovisuelle ou des sites internet sûrs. Tous ces éléments participeront à l'éducation thérapeutique du patient ainsi qu'à son adhésion thérapeutique (6,7,20).

1.2.1 La communication verbale

1.2.1.1 Définition et objectifs

La communication verbale se définit comme un échange entre deux interlocuteurs face à face et passe en général par le langage (3). Ce moyen de communiquer avec le patient a lieu lors des consultations physiques. Les objectifs de la communication verbale sont de créer une atmosphère d'échange d'informations et de questionnement pour créer une relation de confiance.

Cette atmosphère privilégiée d'échange avec le patient, a pour vocation d'être rassurante, et grâce au temps accordé au patient, peut calmer ses doutes ainsi que ses inquiétudes sur ses pathologies (7).

1.2.1.2 Avantages et inconvénients

La communication verbale est sous l'influence du langage corporel. Ce dernier permet de savoir, de manière instantanée, le niveau de compréhension du patient. Les indices, tels que l'expression du visage, les gestes ou le regard, indiquent si le patient comprend et adhère aux informations qui lui sont soumises (7).

Dans le cas où le patient ne comprend pas, les propos peuvent être reformulés et réexpliqués de suite, dans le but de répondre à ses interrogations et éventuelles angoisses. Lors des échanges verbaux en consultation de soins, la qualité de la communication permet de participer à la création d'une relation de confiance patient-praticien, qui peut influencer elle-même de manière positive sur l'état de santé du patient (7).

Les inconvénients soulevés avec la communication verbale, sont que les mots énoncés peuvent véhiculer des émotions, des sentiments et selon le vécu des patients, modifieront la perception de l'information reçue par l'interlocuteur. Le professionnel de santé ne souhaite pas créer une relation d'autorité ni de supériorité avec le patient. C'est lors de cet échange verbal que le praticien peut s'assurer que le patient n'interprète pas de manière erronée les informations qui lui sont fournies (1,7).

1.2.2 La communication écrite

1.2.2.1 Définition et objectifs

La communication écrite comprend toutes les informations que le patient peut recevoir par l'intermédiaire de documents écrits standardisés, c'est à dire tout ce qui se lit et qui véhicule un message de santé. L'information écrite peut être transmise par de multiples supports tels que : des brochures, des feuilles de consignes post-opératoires, des livrets patients pour un séjour hospitalier, des affiches... (21).

La communication écrite a pour objectif de favoriser l'autonomie des patients dans la gestion de leur santé, en fournissant des informations sur les pathologies, les prises en charge, les traitements, les risques... Elle peut représenter une aide pour accompagner les patients lors du suivi de leur pathologie, mais aussi une source d'informations dont le patient dispose s'il le souhaite par différents biais (brochures, livret, affiches...) (22).

1.2.2.2 Avantages et inconvénients

Lors d'une consultation, l'échange d'informations non standardisées peut parfois se réduire aux questionnements du patient et sans structure, des oublis d'informations, indispensables à la qualité et/ou la sécurité de la prise en charge du patient, peuvent se produire. Le support écrit contient les informations nécessaires à la compréhension et/ou l'accompagnement du patient et apporte un support structuré standardisé complétant les informations fournies oralement par les professionnels de santé limitant ce risque d'oubli (21).

Cependant le manque d'homogénéité entre les différents outils de communication pourrait être néfaste pour la relation patient-praticien. En effet, cette hétérogénéité dans la communication écrite peut amener, dans certaines situations, à une incompréhension ou une insatisfaction des patients. La tension qui en résulte peut alors altérer la qualité de l'échange d'informations et impacter la qualité de la prise en charge (7).

1.2.2.3 Une forme de communication écrite : la communication affichée

1.2.2.3.1 Définition et objectifs

La communication affichée correspond à l'ensemble des supports visuels qui vont participer à transmettre une information au patient. Les supports utilisés sont variables : affiches murales, tableau d'affichage, dépliants ou écran avec visionnage de diapositives concernant un sujet précis. La salle d'attente peut être utilisée comme lieu d'échange d'informations et de communication. Certains professionnels de santé la considèrent comme vectrice de messages d'éducation à la santé, qui ont un but rassurant et ne se veulent ni intrusifs, ni culpabilisant auprès des patients (23).

L'objectif est que le patient ait accès à une information d'une autre manière, qu'il puisse en reparler avec son praticien lors d'une consultation ou qu'il puisse se renseigner par d'autres sources (numériques par exemple) pour approfondir le sujet et ses interrogations. Cela participe à l'autonomie du patient en tant qu'acteur de sa santé (23).

1.2.2.3.2 Avantages et inconvénients

Si l'on considère la communication affichée comme les informations présentées en salle d'attente des cabinets dentaires, certains facteurs entrent en compte pour la mémorisation des informations :

- Le temps passé en salle d'attente avant la consultation
- La relation patient-praticien
- Le sujet de l'information délivrée
- Le motif de consultation (consultation programmée ou consultation dans le cadre d'une infection aiguë)
- Le lieu d'attente, autant dans sa dimension spatiale, que dans sa dimension sociale, avec les enjeux que cela représente (23,24).

Il semblerait que les patients considèrent la salle d'attente comme le préambule à des informations abordées lors de la consultation. Ils attendent des précisions de la part de leur praticien. Cette information permet d'amorcer un discours éducatif et constructif avec le professionnel de santé et d'améliorer l'efficacité du message délivré en salle d'attente. Cependant, il est rare que le patient aborde de lui-même le sujet, et c'est au professionnel de santé d'amorcer la discussion. Par ailleurs, le patient est plus à même de s'intéresser aux informations affichées lorsqu'il est seul en salle d'attente, car une gêne sociale peut apparaître à la lecture de certains sujets de santé (addictions, drogues...) en présence d'autres patients (24).

Les informations affichées rencontrent parfois des difficultés d'intérêt, notamment lorsque le patient est confronté à un manque de renouvellement du contenu informatif, une accumulation ou une dispersion du contenu, ou tout simplement lorsque ce dernier ne se sent pas concerné par les informations délivrées. Une attente trop longue en salle d'attente peut aussi désintéresser le patient (24).

L'objectif est que l'information proposée en salle d'attente fasse un relais à la relation patient-praticien. C'est dans une atmosphère de bienveillance et d'écoute que l'échange d'informations, au cours de la consultation, sera bénéfique et complémentaire pour le patient (24).

Une mémorisation des informations affichées en salle d'attente peut avoir lieu, lorsque les patients sont déjà venus au cabinet. L'impact de ces informations peut être accentué lorsque les médias évoquent un sujet de santé de manière fréquente dans l'actualité, facilitant ainsi la mémorisation du contenu informatif par les patients (23).

Même si cette forme de communication est peu onéreuse, certains professionnels de santé ne préfèrent pas afficher d'informations en salle d'attente par crainte d'une non lecture probable ou d'une surinformation du patient (23,24).

1.2.3 La communication numérique

1.2.3.1 Définition et objectifs

La création d'internet est considérée comme une révolution dans les comportements humains dans le domaine de l'information et de la communication et a pu faire évoluer le système de soins. La communication numérique correspond à l'ensemble des médias tels que : le web, les médias sociaux ou encore les terminaux mobiles. La numérisation a changé la vie de tous et met à disposition l'information et le savoir, de manière illimitée. C'est un outil de communication moderne qui a une place importante dans nos vies et qui peut à tout moment influencer la relation patient-praticien (7,25).

La communication numérique dans le domaine de la santé a pour objectif de donner à tous la possibilité de trouver des informations par soi-même, qu'il s'agisse de la recherche d'informations sur une pathologie, sur un traitement, sur les risques qu'il comporte... Internet facilite l'accès aux données médicales pour les patients ainsi que pour les professionnels de santé et favorise la communication des professionnels de santé entre eux, et avec leurs patients. Les différents moyens de communication numérique peuvent autant être bénéfiques que néfastes (26).

1.2.3.2 Avantages de la communication numérique

La communication numérique rend le patient plus autonome, grâce aux informations qu'il peut chercher par lui-même. Il pourra poser des questions pertinentes à son praticien lors de prochaines consultations. Le patient se sentira rassuré lorsque les informations données par son médecin, et celles trouvées par lui-même coïncideront (7).

L'enseignement thérapeutique du patient peut se faire de manière complémentaire via les sites internet dédiés aux cabinets/service de soins ou d'autres moyens technologiques. Si le patient se sent impliqué et qu'il a accès à ces informations spécifiques mises à sa disposition, il pourra se sentir acteur de sa santé et participer au développement de son autonomie vers le bien-être et la santé (7).

Les nouvelles techniques de communication ont permis de faciliter la communication du patient avec son praticien et la création de téléconsultations. Ces dernières sont d'une grande utilité dans les zones sous dotées en médecins. Le développement de la

surveillance ou télésurveillance du patient à son domicile a été rendu possible grâce à ces nouvelles formes de communication (26).

Pour le professionnel de santé, il est désormais plus rapide de communiquer avec ses confrères par le biais de courriels. Les réseaux sociaux leur permettent également d'échanger ensemble leurs connaissances, de discuter des informations fournies sur le web, et de servir de zone de promotion pour de la formation continue. Il permet, en effet, le partage d'informations abondantes, actualisées et accessibles au plus grand nombre.

L'évolution des outils numériques au sein des structures de soins médicales a permis la numérisation des dossiers médicaux des patients et a même abouti à la création du Dossier Médical Partagé (DMP) : carnet de santé numérique qui conserve et sécurise les informations de santé des patients dans l'objectif de faciliter la coordination des soins entre professionnels de santé et respecter le droit du patient à être informé sur son état de santé (7,27,28).

1.2.3.3 Inconvénients de la communication numérique

La fiabilité des informations retrouvées sur internet est un des inconvénients de ce mode de communication. N'importe qui peut placer une information sur le web et le contenu de cette information n'est pas toujours vérifié d'un point de vue scientifique. De plus, toutes les populations n'ont pas un accès égal à ces informations (selon l'âge, le milieu social...).

L'utilisation d'internet par les patients pour leur santé révèlent différents usages tels que : la recherche de l'information sur les traitements ou la recherche d'avis différents de celui de leur praticien. Cela peut contribuer à augmenter les exigences du patient, qui va chercher une information qui lui correspond mieux ou dans laquelle il se sent plus confortable et ainsi mettre en péril la relation de confiance patient-soignant. Le développement de l'usage d'internet à ces fins, semble être à l'origine d'une augmentation des recours en justice depuis quelques années (7).

Le marché du médicament s'est développé également sur le web entraînant des risques de posologies erronées ou de mauvaises indications lors d'automédication des patients (7).

L'utilisation d'internet comme base de données médicales influence donc la communication soignant-patient. Toutefois, si l'information est bien utilisée, elle peut contribuer positivement à la relation de confiance et favoriser l'adhésion du patient dans le processus thérapeutique (7,25,27,28).

La communication patient-soignant peut passer par différents moyens, comme cités précédemment. La vigilance est toutefois de mise vis-à-vis des nombreuses ressources qui s'offrent aux patients de nos jours.

1.3 Interprétation de l'information

1.3.1 Les étapes du processus de communication

1.3.1.1 Écoute du patient : laisser place à la parole

Pour recueillir les informations du patient, le professionnel de santé doit être capable d'écouter le patient, de poser des questions adaptées à sa situation et de lui laisser un temps de parole adéquat avant l'examen clinique, idéalement au bureau. Le praticien pourra poser un diagnostic positif à partir du motif de consultation, des symptômes et des données recueillies lors de la consultation et de l'examen clinique (7,20).

Inviter le patient à exposer ses symptômes signifie lui laisser le temps de parler. L'interrompre régulièrement peut lui donner l'impression qu'il n'est pas invité à s'exprimer et lui donner le sentiment d'être en infériorité dans la relation. Laisser un temps suffisant en fin de consultation pour que le patient puisse poser ses questions et parler de ses craintes est également indispensable pour une communication à double sens dans la relation de soins (29).

1.3.1.2 Communiquer en tant que professionnel de santé

La médecine a souvent été considérée comme une science pour laquelle il fallait agir dans le silence. Au temps d'Hippocrate et de Platon, il était nécessaire de préserver l'ignorance des malades, seul le médecin savait ce qui était bon pour son patient. Les médecins ont longtemps caché la vérité aux malades lorsque celle-ci était jugée destructrice. Ce n'est qu'à partir du milieu du XIX^{ème} siècle que la communication entre praticien et patient a évolué et est devenue une compétence à part entière (20).

Depuis quelques années, le patient choisit son professionnel de santé, en général, pour ses compétences médicales mais aussi pour ses compétences relationnelles en termes de communication. Se sentir à l'aise, écouté, compris sont des critères retenus par les patients pour choisir leurs professionnels de santé lorsque cela est possible (20).

La communication doit être soignée et passe par la vulgarisation du discours médical de la part du praticien. Ce dernier doit s'adapter à l'interlocuteur en face de lui, en fonction de son contexte social et professionnel. Chaque mot utilisé peut être interprété, provoquer un message ou une émotion, d'où la nécessité d'utiliser un discours adapté (2).

L'environnement dans lequel se fait la consultation, les différents examens, puis l'annonce d'une pathologie, influence la compréhension et la communication.

Dans le cadre d'une première consultation chez un chirurgien-dentiste, dès les premiers instants le praticien pose des questions au patient concernant ses antécédents médicaux puis dentaires pour recueillir ses symptômes et ressentis. Puis, le patient est allongé sur le fauteuil dentaire, bouche ouverte, avec divers instruments autour de lui. Le rendez-vous étant anxiogène et parfois peu agréable pour certains, il ne serait donc pas judicieux d'annoncer une maladie parodontale dans ce contexte. Il est préférable de le redresser et d'amorcer le sujet lorsque l'examen dentaire se termine, face à face, assis à un bureau par exemple (1,2).

1.3.2 L'information dans le cadre du soin médical/paramédical

Le professionnel de santé échange avec le patient et/ou ses proches (en fonction de l'âge, d'un handicap ou de l'autonomie du patient), une information valide par son contenu scientifique. Il doit comprendre leur langage verbal et être sensible à leur langage non verbal, faire preuve de courtoisie, d'empathie, d'honnêteté et s'assurer de la compréhension des informations par le patient (6).

Le patient et le praticien abordent chaque consultation avec toutes les influences de leur vécu, de leurs croyances, de leurs expériences et de leur culture. L'intimité dans laquelle s'effectue l'échange entre les interlocuteurs, influence la sécurité du patient et l'incite davantage à confier ses émotions, ses symptômes, ses craintes et à poser ses questions (1,20).

Pour que le patient adhère et soit impliqué dans son plan de traitement, le professionnel de santé doit lui expliquer les choses de manière claire, avec des phrases simples pour faciliter sa compréhension. Le professionnel de santé doit vulgariser le jargon médical en s'adaptant à son niveau de connaissances et évaluer le désir du patient d'être informé. Dans un deuxième temps de la consultation, le praticien va s'assurer de la compréhension du patient, par l'intermédiaire de questions ouvertes, fermées, d'une reformulation, d'une synthèse et l'impliquer dans la décision finale du traitement. Toutes ces informations visent à faire du patient un acteur de sa santé, qui comprend, peut se questionner et agir (7,20,29).

Il semblerait qu'une bonne communication entre le professionnel de santé et le patient améliore le suivi du traitement ainsi que les résultats cliniques. On remarque que

les patients sont satisfaits et qu'ils prennent part aux décisions médicales qui les concernent. Il en résulte une relation de confiance et la formation d'un binôme patient-thérapeute gagnant pour la réussite des traitements (30).

1.3.3 Supprimer les peurs liées à l'ignorance

1.3.3.1 Le rendez-vous chez le chirurgien-dentiste

De nombreux patients, dès lors qu'ils franchissent la porte d'un cabinet dentaire, se sentent stressés voir angoissés. Dans l'inconscient collectif, le chirurgien-dentiste est représenté par des images de douleurs et donc génère des angoisses, des peurs voir des phobies. L'objectif est de mettre le patient en confiance pour assurer des soins dans les meilleures conditions possibles (31).

Par ailleurs, la position allongée du patient pendant le soin, n'est pas propice à la communication, ni à l'échange. L'imagination, les stimuli douloureux mémorisés, le manque d'explications, participent à accroître les difficultés de communication et de confiance envers le chirurgien-dentiste (1).

L'échelle des distances sociales nous rappelle que le chirurgien-dentiste et son patient, lors d'un soin, entretiennent une distance intime (de 0 à 0,45 mètre). Cette distance peut être perçue par le patient comme un envahissement et avoir des conséquences négatives sur leur relation (7).

Tableau 1 : Le type de distance selon les relations sociales (7)

<u>Type de distance selon la relation</u>	<u>Mesure</u>
Distance intime	De 0 à 0,45m
Distance personnelle amicale	De 0,45 à 1,2m
Distance sociale (professionnelle)	De 1,2 à 3,7m
Distance publique	Plus de 3,7m

1.3.3.2 Les solutions pour une meilleure approche du patient

La communication et la confiance sont les clés pour une bonne relation patient–chirurgien-dentiste, elles ont une influence sur la santé par l’intermédiaire des effets positifs sur le patient (compréhension, satisfaction et motivation). La confiance du patient se gagne par une attitude globale dès lors qu’il entre dans un cabinet dentaire et cela assure des soins dans de meilleures conditions.

Lorsque le patient arrive au cabinet dentaire, tous les membres du cabinet doivent favoriser l’accueil du patient dans une atmosphère bienveillante. Le praticien doit laisser la parole au patient, écouter ses craintes, ses symptômes et ses questionnements. Une position d’écoute active, et de non-jugement permettront les confidences du patient.

La communication non verbale permet, elle aussi, de rassurer le patient et de le mettre en confiance. Par un regard, un timbre de voix, des gestes non violents, le patient peut ressentir de l’empathie de la part du chirurgien-dentiste.

Pour mettre en confiance le patient, le chirurgien-dentiste doit questionner et écouter le patient, poser un diagnostic et expliquer le traitement proposé. User d’un langage positif, rassurer sur les faits et gestes, ainsi que sur les sensations que peut percevoir le patient pendant les soins va le mettre en confiance (7,31).

A côté de la communication verbale et non verbale, le praticien peut s’aider de la communication écrite qui pourra être lue en dehors de la consultation médicale pour approfondir ses messages et impliquer activement le patient dans la compréhension de sa pathologie et du traitement proposé.

1.4 Cas particulier de la relation patient-étudiants

Les études témoignent d'un retour positif de cette relation singulière, qui nécessite un encadrement permanent des professeurs, pour apprendre à centrer et personnaliser les soins sur chaque patient. Le contexte de formation estudiantine clinique nécessite de créer à la fois un environnement propice à l'apprentissage sans perdre de vue l'importance de la communication avec le patient (32–34).

1.4.1 *La spécificité de cette relation*

La relation médecin-patient est au cœur de la prestation des soins médicaux de qualité. Cette relation a une incidence sur la satisfaction des patients et sur les résultats biologiques, psychologiques et sociaux.

En 2002, une enquête auprès de 673 étudiants en médecine de différentes années, à l'aide de l'échelle PPOS (*Patient-Practitioner Orientation Scale*), a montré que les étudiants des dernières années avaient des attitudes plus centrées sur le médecin/paternalistes par rapport aux étudiants des premières années. Étant donné l'importance accordée à la satisfaction du patient et aux soins centrés sur le patient dans l'environnement médical actuel, leurs résultats amènent à explorer la dynamique de l'enseignement médical qui pourrait favoriser ou inhiber les attitudes des étudiants envers les soins centrés sur le patient (31).

En 2005, le recensement par A. Suikkala et H. Leino-Kilpi, à travers des entretiens semi-structurés, des témoignages d'étudiants infirmiers concernant leurs expériences, leur perception et leur attitude au cours des soins, a mis en avant le rôle important de cette relation patient-professionnel de santé en formation et le rôle crucial des formateurs dans le soutien de l'apprentissage. La durée du temps passé par l'étudiant avec le patient et l'atmosphère pendant l'activité de soins, se sont avérées influencer le type et la qualité de la relation. Les résultats de cette étude qualitative ont amené les formateurs à instaurer des programmes d'enseignement des compétences en communication et des valeurs professionnelles pour les étudiants infirmiers.

D'un autre côté, des entretiens semi-structurés avec une trentaine de patients a permis aux auteurs de mettre en évidence la volonté des patients de participer à l'apprentissage des étudiants car ces derniers ont besoin, dans le cadre de leurs études, d'une expérience clinique afin de mettre en pratique leurs compétences et de s'entraîner à porter un jugement clinique sur une situation (33,34).

1.4.2 Les différents types de relation patient-étudiants

Selon A. Suikkala et H. Leino-Kilpi, il existe 3 types de relations principales entre étudiants et patients (32) :

- Une **relation mécaniste** : cette relation est caractérisée par peu d'interactions entre le patient et l'étudiant. Les deux individus ne se connaissent pas et les étudiants sont centrés sur leurs besoins d'apprentissage. Ils considèrent qu'à un problème diagnostiqué il existe une solution thérapeutique et le patient est passif face à l'étudiant.
- Une **relation d'autorité** : cette relation est initiée par les étudiants qui considèrent ce qui est bien pour le patient. Il y a une interaction informelle entre les deux parties. Les étudiants aident les patients en répondant à leurs besoins et à leurs interrogations en leur fournissant les informations adéquates, mais les patients restent passifs, car les étudiants sont censés prendre les décisions.
- Une **relation facilitante** : le bien commun du patient et de l'étudiant, est fondé sur des valeurs d'égalité, de respect, d'empathie et d'encouragement mutuel avec une participation active des patients dans les soins. Les étudiants s'intéressent ici au bien-être de leurs patients en tenant compte de leurs opinions et de leurs souhaits.

1.4.3 Les facteurs qui entravent la relation patient-étudiants

Certains facteurs peuvent influencer la qualité et le type de relation (33) :

- Les **facteurs liés aux patients** : leurs attitudes, leur état d'esprit positif, leur non jugement face aux étudiants, influencent la communication de manière positive. Au contraire, une négativité ou une introversion de la part de ces derniers aura des répercussions néfastes, tout comme les patients qui souffrent de pathologies mentales ou sociales, pour lesquels une approche particulière devra être envisagée.
- Les **facteurs liés aux étudiants** : le succès d'une relation efficace réside dans l'intérêt des étudiants pour leurs patients ainsi qu'un état d'esprit positif et la capacité de faire face à leurs ressentis. Les traits de personnalité, tels que la négativité ou la timidité peuvent venir ternir cette relation. Par ailleurs, cette relation patient-étudiants peut être entachée par d'autres éléments : manque de communication, de connaissances, d'expériences, peur de nuire, ou incapacité à gérer le stress de leur patient.
- La **durée** et l'**atmosphère** pendant les soins influencent la relation patient-étudiant. La supervision ainsi que des commentaires encourageants du corps enseignant ou participant à la formation des étudiants, favorisent des meilleures relations avec les patients.

1.4.4 Les bénéfices de cette relation

1.4.4.1 Le développement de la confiance en soi pour les étudiants

Au cours de leur formation, les progrès des étudiants lors de l'acquisition des compétences professionnelles et relationnelles leur a permis d'augmenter leur confiance et leur estime de soi et de gagner en maturité. Ces échanges ont augmenté la confiance en leurs capacités (33).

1.4.4.2 Le développement de l'empathie chez les étudiants

L'empathie permet au médecin de comprendre les croyances et les émotions du patient et ainsi fournir des soins avec compassion. Elle se développe en se mettant à la place du patient pour comprendre ses expériences émotionnelles et ses questionnements. En tenant compte des préférences, des préoccupations et des émotions du patient, la communication empathique peut avoir un impact majeur sur la relation et sur les résultats des soins (32,34).

1.4.4.3 Une meilleure observance des patients

Les patients bénéficient de l'interaction sociale et thérapeutique avec les étudiants, et des progrès en autogestion sont constatés, ainsi qu'une meilleure observance de leur part. Des conséquences positives sur leur état de santé sont également remarquées (33).

1.5 Intérêts de multiplier les supports de communication

1.5.1 Les limites à la compréhension du patient

1.5.1.1 Le degré limité de connaissances des patients dans le domaine de la santé

Lorsque le professionnel de santé reçoit un patient en consultation, une prise en charge du patient dans sa globalité est nécessaire pour optimiser les soins. Le questionnement des patients sur différents sujets de santé, démontre souvent un grand degré d'ignorance de la part des patients.

Au-delà des différences biologiques, sociales et psychologiques entre les patients, il y a une volonté de la part du corps médical soignant, de transmettre à chacun, les éléments nécessaires à la compréhension de leur état pathologique (35,36).

1.5.1.2 Le concept de « littératie » en santé

1.5.1.2.1 Définitions et enjeux

La littératie se définit par « la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé » (35).

La problématique qui se pose, est que les personnes qui ont un faible niveau de littératie sont moins capables d'adopter des comportements favorables pour leur santé et de suivre les programmes de dépistage.

Considérée dans les années 1970, à ses prémices, comme la capacité à comprendre les mots compliqués du langage médical, la littératie s'est développée et englobe aujourd'hui les notions de compréhension des informations sur sa santé, de communication de ses besoins aux professionnels, ainsi que la capacité de saisir les instructions (35).

L'objectif est que l'ensemble des patients disposent de compétences sociales, personnelles et cognitives nécessaires, pour pouvoir agir lorsqu'ils sont malades, risque de le devenir ou simplement pour maintenir un bon état de santé général (35,37).

L'amélioration du niveau de littératie constitue un enjeu majeur de santé publique, et c'est pour cette raison que l'OMS met au cœur de ses politiques depuis quelques années des préconisations pour augmenter le niveau de littératie (35,38).

1.5.1.2.2 *Les différents niveaux de littératie en santé*

Tous les patients n'ont pas le même niveau de connaissances, ni les mêmes facultés, leur permettant de comprendre ou d'aller chercher une information par eux-mêmes. Les personnes en situation de vulnérabilité auront un risque plus élevé d'être touchées par les maladies chroniques et les complications qu'elles impliquent. L'objectif est de tendre vers plus d'équité, pour aider les personnes vulnérables (39).

Pour les documents écrits, il est important que la langue et le vocabulaire soient compris. Une enquête canadienne a décrit différents niveaux de littératie :

- Le **niveau 1** ou **littératie basique/fonctionnelle** : correspond aux compétences de base suffisantes pour la lecture et l'écriture, pour ainsi être capable d'affronter les situations du quotidien. Cette enquête a montré que 15% de la population avait de faibles capacités de lecture et était incapable de déterminer la quantité correcte de médicaments à partir des informations écrites sur l'emballage.
- Le **niveau 2** ou **littératie communicative/ informative** : se définit par des compétences cognitives et d'alphabétisation avancées qui, avec des compétences sociales sont utilisées pour participer aux activités quotidiennes, extraire des informations et appliquer de nouvelles informations à des circonstances changeantes.
- Le **niveau 3** ou **littératie critique** : se définit par un niveau de compétences cognitives avancées qui, associées à des compétences sociales, peut être appliqué pour analyser de manière critique les informations et utiliser ces informations pour exercer un contrôle sur les événements et les situations de la vie (40).

L'insuffisance de littératie a des effets négatifs directs et indirects sur l'état de santé général. Cependant, chez les personnes ayant un certain niveau de littératie, il ne faut pas perdre de vue que le vocabulaire médical est souvent un obstacle à la compréhension, quel que soit le niveau d'éducation des patients tant le jargon médical est très spécialisé et inconnu au profane (38).

1.5.1.3 Le temps en consultation

Selon certaines études, les professionnels de santé reconnaissent que le temps passé avec le patient en consultation, influence le contenu d'échange d'informations. Certains médecins sont plus « lents », d'autres sont plus « rapides », et ce temps passé en consultation peut modifier la quantité d'informations échangée.

Les professionnels de santé avouent que le temps en consultation peut être réduit dès lors que du retard s'accumulent ou par une surcharge de patients. Cela se traduit par moins d'écoute et une réduction du nombre d'informations délivrées nécessaires à une compréhension éclairée du patient.

Le livret patient permet de transmettre et de garantir aux patients un certain fil conducteur d'informations ainsi qu'une homogénéité en termes de contenu informatif. Ce livret s'inscrit dans un temps d'échange d'informations au cours d'une consultation (38).

Lorsque le patient ne reçoit qu'une information écrite sans explication orale complémentaire, certains risques peuvent être rencontrés : une incompréhension, une mauvaise interprétation, un message confus et entraîner un effet contraire à celui recherché initialement ou alors un abandon du patient dès le départ ou lors de son traitement. (35).

C'est pour cette raison qu'un bon usage de la communication écrite, associé à des informations orales qui se répètent et concordent, semble permettre de renforcer le processus de mémorisation du patient et donc sa participation active aux décisions et aux soins (41).

Des efforts sur la communication en santé via les nouvelles technologies de communication (médias, télévision, internet, applications mobiles) permettent d'accentuer les messages de santé souhaités.

1.5.2 Avantages de la multiplication des supports de communication

1.5.2.1 Favoriser la compréhension et la mémorisation

Certains éléments, évoqués précédemment, peuvent nuire à la compréhension et interférer dans le processus de mémorisation du patient. Les émotions du patient pendant la consultation, ses connaissances médicales limitées, ou les variations socio-culturelles, sont des composantes qui peuvent entraver sa compréhension.

Le professionnel de santé, au cours de l'entrevue médicale se doit de s'assurer de la bonne compréhension de ses interlocuteurs. Cela est nécessaire pour envisager la prise en charge de la pathologie dans sa globalité. La réussite des soins, du traitement envisagé et l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie sont des clés qui conditionnent son pronostic.

Ces efforts de la part du professionnel de santé à transmettre des informations, écouter les interrogations, vérifier de la bonne compréhension, sont des éléments qui participent à l'éducation thérapeutique du patient et conditionnent également la réussite de la prise en charge globale de la pathologie du patient (42,43).

1.5.2.2 Accompagnement au-delà de la consultation médicale

Grâce au livret, l'accompagnement du patient se poursuit à la maison. Le patient peut lire et relire les informations s'il a un doute ou une question. Le livret accompagne le patient dans le suivi de sa maladie à la maison, en favorisant une autogestion.

La remise d'un livret patient ou d'une brochure, lui permet également, s'il le souhaite, d'approfondir les informations du livret par divers outils numériques, notamment.

Le livret patient peut faire le relais entre le domicile et les consultations avec le professionnel de santé, cela peut encourager le patient à évoquer ses symptômes et ses interrogations avec le praticien (44,45).

2. Méthodes de conception d'un livret patient

Comme vu précédemment, l'information délivrée au patient, a pour objectif que ce dernier puisse exercer sa liberté, faire des choix éclairés et supprimer ses peurs liées à l'ignorance.

L'objectif de ce travail de thèse est de créer un support qui puisse être utilisé par les praticiens et les étudiants en chirurgie dentaire dans l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille, pour aider à l'éducation thérapeutique du patient et à une meilleure prise en charge de sa maladie parodontale en sollicitant son implication (46).

Les points à respecter dans la conception du livret pour l'UF ont été identifiés à partir de brochures, de livrets patient et de livrets d'accueil donnés à des patients (47–63) lors de leur hospitalisation ou suivi dans divers services médicaux (français et étrangers) ainsi que d'articles de recommandations dans la littérature scientifique internationale.

Le tableau de synthèse ci-dessous, reprend les points positifs et négatifs identifiés dans les livrets d'accueil et brochures analysés.

Tableau 2 : Analyse de livrets et brochures

(Tableau personnel)

<u>Type de support</u>	<u>Origine</u>	<u>Public ciblé</u>	<u>Objectifs visés</u>	<u>Points positifs</u>	<u>Points négatifs</u>
Livret d'accueil (47)	France, Centre Hospitalier de Rennes (Ille-et-Vilaine)	Tous les patients qui doivent être hospitalisés au Centre Hospitalier de Rennes	- Aider dans les démarches - Délivrer une information précise sur les conditions d'hospitalisation	- Objectifs clairement énoncés - S'adresse directement au patient (Vous) - Sommaire - Les points importants sont placés dans des encadrés colorés - Il y a un rappel des droits et devoirs du patient - Mise à disposition d'un questionnaire de satisfaction dans le livret à remettre à la sortie d'hospitalisation	- Il est long à lire : 68 pages - Les pages sont denses en écriture avec peu de photographies

<u>Type de support</u>	<u>Origine</u>	<u>Public ciblé</u>	<u>Objectifs visés</u>	<u>Points positifs</u>	<u>Points négatifs</u>
Livret d'accueil (48)	France, Groupe Hospitalier Paul Giraud (Val de Marne et Hauts de Seine)	Tous les patients devant être hospitalisés au sein d'un hôpital du groupe Paul Giraud	- Guider dans les démarches - Informer sur les modalités d'hospitalisation	- Objectifs clairement énoncés - S'adresse directement au patient (Vous) - Sommaire - Photographies de différents lieux de l'hôpital	- Les pages sont denses en écriture - Absence d'interaction spécifique avec le patient (pas de questionnaire ...)
Livret d'accueil (49)	France, Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois	Tous les patients devant séjourner à l'hôpital du Centre Hospitalier Sambre-Avesnois	- Faciliter le séjour à l'hôpital - Rappeler les engagements de l'hôpital envers le patient, ses droits et ses obligations	- Objectifs clairement énoncés - S'adresse directement au patient (Vous) - Photographies de différents lieux de l'hôpital - Les points importants sont placés dans des encadrés - Il y a un rappel des droits et obligations du patient	- Il est long à lire : 40 pages - Sommaire peu visible et peu détaillé pour le nombre de pages
Livret d'accueil (50)	France, Centre Hospitalier de Bordeaux	Tous les patients devant séjourner au Centre Hospitalier de Bordeaux	Apporter les informations utiles au déroulement du séjour, sur les services et les prestations dont le patient pourra bénéficier	- Objectifs clairement énoncés - S'adresse directement au patient (Vous) - Sommaire - Graphiques et photographies - Questionnaire de satisfaction dans le livret à remettre à la sortie - Il y a un rappel sur les devoirs du patient	- Les pages sont denses en écriture

<u>Type de support</u>	<u>Origine</u>	<u>Public ciblé</u>	<u>Objectifs visés</u>	<u>Points positifs</u>	<u>Points négatifs</u>
Brochure (51)	Suisse, Société Suisse d'Odontologie - stomatologie	Tous les patients atteints de maladie parodontale	Informers les patients sur la parodontite	- Court à lire : 4 pages - Les différents paragraphes sont matérialisés par des questions - Renvoie à un site pour de plus amples informations	- Ne s'adresse pas directement au patient - Peu de photographies et floues, comme pour les quelques schémas
Brochure (52)	France, Commune de Saint-Maur des Fossés (Val-de-Marne)	Tous les patients atteints de maladie parodontale	Informers les patients sur la gingivite, parodontite et péri-implantite	- Phrases accrocheuses du départ - Photographies, illustrations - Les différents paragraphes sont matérialisés par des questions - Court à lire : 6 pages - Mots ou phrases importantes en couleur	- Ne s'adresse pas directement au patient
Livret patient (53)	France, <i>Institute of Cardiom etabolism And Nutrition</i> (ICAN)	Tous les patients se préparant à une chirurgie de l'obésité	Informers les patients qui vont subir une intervention chirurgicale de l'obésité et les accompagner tout au long de leur parcours de soins	- Sommaire - S'adresse au patient (Vous) - Schémas pour simplifier le parcours de soins et expliquer les techniques de chirurgie - Espaces dédiées au patient pour qu'il réponde à des questions - Les questions fréquemment posées sont recensées - Renvoie à des sites pour de plus amples informations	- Il est long à lire : 54 pages - Beaucoup d'informations

<u>Type de support</u>	<u>Origine</u>	<u>Public ciblé</u>	<u>Objectifs visés</u>	<u>Points positifs</u>	<u>Points négatifs</u>
Brochure (54)	France, Haute Autorité de Santé (HAS)	Tous les patients atteints de diabète de type 2	Informers sur la prise en charge de la pathologie (bilan initial, traitement, surveillance)	- Court à lire : 8 pages - Renvoie à des sites internet pour de plus amples informations ou groupes d'associations - Glossaire qui permet au patient la compréhension des termes médicaux - Encadrés contrastés en bas de pages pour résumer les informations importantes en quelques points clés - S'adresse directement au patient (Vous)	- Pas de photographies, pas de schémas - Pas d'interaction avec le patient (questionnaire...)
Brochure (55)	Royaume-Uni, Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust	Tous les patients atteints de maladie parodontale	Informers sur la chirurgie parodontale, les avantages, les risques et les alternatives	- S'adresse directement au patient (Vous) - Il est court à lire : 3 pages - Paragraphes matérialisés par des questions - Rappel sur la notion de consentement et sur la volonté de faire participer le patient aux décisions thérapeutiques - Contacts pour conseils, questions, avec numéros de téléphone et sites	- Pas de schémas, pas de photographies

<u>Type de support</u>	<u>Origine</u>	<u>Public ciblé</u>	<u>Objectifs visés</u>	<u>Points positifs</u>	<u>Points négatifs</u>
Livret patient (56)	France, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon	Tous les patients qui vont subir une intervention cardiaque au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon	- Informer sur les dispositions à prendre en préopératoire et pour le séjour à l'hôpital - Donner des conseils pour la sortie à domicile	- Renseignements généraux et contacts de l'hôpital - S'adresse directement au patient (Vous) - Court : 12 pages	- Pas de photographies et peu de schémas - Peu de paragraphes mis en valeur - Les pages sont denses en écriture - Pas de sommaire
Livret patient (57)	France, Société de Pneumologie de Langue Française (SPLF)	Tous les patients atteints de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)	Informers les patients atteints de BPCO sur leur maladie et sa prise en charge	- Sommaire - Nombreux schémas, illustrations - Interaction du patient avec des espaces pour ses questions et notes - Paragraphes encadrés, couleurs - Phrases accrocheuses - Glossaire	- Long à lire : 24 pages

<u>Type de support</u>	<u>Origine</u>	<u>Public ciblé</u>	<u>Objectifs visés</u>	<u>Points positifs</u>	<u>Points négatifs</u>
Brochure (58)	France, Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale (SFPIO)	Tous les patients atteints de maladie parodontale	Informers tous les patients sur les maladies parodontales, leur diagnostic et leur prise en charge	- Court à lire : 2 pages - S'adresse directement au patient (Vous) - Paragraphes matérialisés avec des questions - Phrases courtes et accrocheuses - Graphique pour expliquer les signes de la maladie - Photographies pour expliquer les méthodes d'hygiène dentaire et interdentaire	- Pas d'interaction
Brochure (59)	Etats-Unis, American Dental Association (ADA)	Patients atteints de maladie parodontale	- Informer sur les différentes pathologies, les étiologies et les facteurs de risques - Expliquer le traitement ainsi que les méthodes d'hygiène	- Schémas explicatifs en lien avec des photographies de cas cliniques - Radiographies pour expliquer la maladie - Paragraphes encadrés pour retenir les informations essentielles - S'adresse au patient directement (Vous)	
Brochure (60)	Australie, Université d'Adélaïde	Tous les patients atteints de maladie parodontale	Informers des différents signes de la maladie, du rôle néfaste de la plaque dentaire et de l'objectif du traitement	- Il est court à lire : 2 pages - S'adresse directement au patient (Vous) - Photographies de cas cliniques pour illustrer - Paragraphes matérialisés par des questions - Phrases encadrées pour mettre en avant les informations	- Informations limitées sur les différentes pathologies

<u>Type de support</u>	<u>Origine</u>	<u>Public ciblé</u>	<u>Objectifs visés</u>	<u>Points positifs</u>	<u>Points négatifs</u>
Brochure (61)	France, Union Française pour la santé bucco-dentaire	Tous les patients	Informé et prévenir le patient sur la maladie parodontale ainsi que sur ses risques, et conseiller pour se protéger de la maladie	- Schémas explicatifs de la progression de la pathologie (de la gingivite à la mobilité terminale de la dent) - S'adresse directement au patient (Vous) - Lien vers vidéo explicative de la maladie - Paragraphes matérialisés par des questions - Court à lire : 1 page	- Contenu informatif simplifié et peu développé
Brochure (62)	France, Union Française pour la santé bucco-dentaire	Tous les parents	Informé les parents sur les conseils et méthodes de brossage pour les enfants à partir de 6 mois	- Court à lire : 2 pages - Schémas explicatifs en couleurs et méthodes selon l'âge de l'enfant - Les paragraphes sont matérialisés par des questions - Renvoie à une vidéo pour plus d'informations	- Ne s'adresse pas directement aux parents
Brochure (63)	France, Union Française pour la santé bucco-dentaire	Tous les patients	Informé les patients sur les gestes barrières pour lutter contre les caries et les maladies parodontales	- S'adresse directement au patient - Petites illustrations - Court à lire : 1 page	- Peu exhaustif, explications restreintes - Pas de photographies

N.B. La liste présentée dans le tableau ci-dessus n'est pas exhaustive des livrets et brochures existants sur le territoire français ni à l'étranger mais un échantillonnage qui aboutit aux mêmes conclusions concernant les points à respecter dans l'élaboration de documents de support de communication en santé.

2.1 Les points à respecter

2.1.1 Guide de conception d'un livret patient

2.1.1.1 Les critères

2.1.1.1.1 La mise à jour

La réalisation d'un livret patient n'impose pas de forme particulière obligatoire, cependant, le livret patient doit être mis à jour, dès lors que des nouveaux éléments d'informations apparaissent et justifient l'actualisation du support pédagogique. La version papier nécessitera du temps pour être mise à jour et réimprimée alors qu'une version numérique pourra, quant à elle, être mise à jour de manière presque instantanée (44).

Il est conseillé de revoir les informations énoncées dans le livret tous les 18 mois pour vérifier leur exactitude. Si le livret est rédigé dans d'autres langues, une veille à la mise à jour des versions étrangères, ainsi que des versions numériques est nécessaire (64).

2.1.1.1.2 Une information organisée et maîtrisée

Dans l'objectif de rendre l'information communiquée accessible au plus grand nombre, une structure et une organisation de celle-ci, pour faciliter sa lecture et capter l'intérêt des patients, est nécessaire. Il est alors judicieux de prévoir au début du livret un index pour que le patient puisse se repérer et retrouver rapidement les informations qu'il recherche.

L'information, doit par ailleurs, être maîtrisée : lors de la conception du support pédagogique, ce dernier ne doit pas être surchargé d'informations, pour éviter de perdre le patient. Un excès d'informations peut nuire à l'intérêt du support (44,46).

2.1.1.1.3 Les points clés pour un livret efficace

Le support pédagogique proposé doit être simple et attrayant. Les points importants nécessaires à respecter lors de la réalisation d'un livret à destination d'un patient semblent être (46) :

- Le niveau de lecture : le livret se doit de transmettre le plus d'informations possible au plus grand nombre de patients, quelle que soit leur origine.
- La clarté : elle est relative au format et à la taille d'impression du livret.
- L'exhaustivité : l'information est transmise de manière complète sur les pathologies, avec les références et les options de traitement.
- La crédibilité de la source de l'information : le livret délivre une information valide en termes de contenu scientifique.
- La pertinence : le contenu d'information est approprié au public ciblé et aux objectifs fixés pour ce public.
- L'acceptation des patients : ce que les patients considèrent comme utile.
- L'attractivité : l'attrait visuel semble avoir une importance pour les patients. Elle est liée à la clarté des documents proposés.
- L'actualité du contenu : une information scientifique actuelle et de qualité doit être fournie.
- La brièveté et la concision de l'information : la surabondance d'informations peut être nuisible pour la compréhension du document.

En résumé, la présentation doit être claire et facile à comprendre. L'information présentée doit permettre au patient de comprendre et d'agir pour sa santé après une seule lecture (64).

2.1.2 Les questions à se poser

2.1.2.1 A qui s'adresse le message ?

Il est important de visualiser le public cible du livret pour pouvoir s'adresser directement à lui. Pour faciliter la compréhension ainsi qu'une lecture efficace, l'usage d'iconographies peut être utile.

La rédaction et le contenu du livret doivent prendre en compte la diversité des patients à savoir : leur âge, leur sexe, leur religion, ainsi que les personnes présentant un handicap, une analphabétisation ou encore les personnes étrangères (64).

2.1.2.2 A qui est destiné ce livret ?

Pour la rédaction du livret, identifier au préalable quelles personnes vont être concernées par la lecture de ce document est indispensable. Dans le cas du livret patient au sein de l'UF de Parodontologie, le public visé est l'ensemble des patients du service qui vont suivre un traitement parodontal. L'objectif est de faire coïncider ce qu'ils veulent lire et savoir à travers ce livret d'informations, et ce que nous aimerions qu'ils sachent après lecture de ce livret (64).

2.1.3 *Trucs et astuces*

2.1.3.1 Améliorer la lisibilité

Pour aider et améliorer la lecture, le support doit être aisé à lire, il est donc important de favoriser la lisibilité. Lors de la rédaction, les informations les plus importantes doivent être présentées en premier sur le support pédagogique. Une lecture fluide et agréable conditionne l'attrait spontané ou non, du patient. La clarté et l'attractivité sont à privilégier lors de la création du livret, en laissant des espaces entre les paragraphes, des espaces verticaux vides entre les colonnes...

La couverture du livret doit être conviviale, car l'intérêt d'un livre est souvent déterminé par sa couverture. La page d'accueil du livret doit être attirante et accueillante. Une identification rapide du contenu est nécessaire au premier coup d'œil sur le livret, pour favoriser l'intérêt du patient (46).

2.1.3.2 Les illustrations

Ayant pour vocation de transmettre des informations ou un message et favoriser la compréhension des lecteurs ainsi que la lecture, l'usage d'iconographies/photographies pourra être requise lors de la rédaction. Ces illustrations seront encore plus présentes lors de la conception d'un livret pédagogique à destination des enfants (44).

2.1.3.3 Faciliter la compréhension des lecteurs

Dans le but de faciliter la compréhension, définir les termes spécialisés la première fois qu'ils sont utilisés et remplacer les mots et phrases compliquées par des alternatives plus simples devient nécessaire. Pour que le livret soit efficace, le langage ainsi que les informations doivent être appropriés à tout lecteur, et ce quel que soit son niveau de connaissances. Le message doit être clair et saisi en un coup d'œil du lecteur (64).

2.2 Les éléments de fond

Qu'il s'agisse d'un livret d'accueil, d'un carnet de suivi, d'une brochure patient, tous ces supports ont pour vocation de transmettre les informations indispensables pour le patient. Que les informations soient préopératoires, peropératoires ou post-opératoires, ou pour le suivi d'une pathologie chronique, elles ont pour objectif d'accompagner au mieux le patient dans la prise en charge de sa pathologie.

2.2.1 Lors de l'élaboration d'un livret patient

Ces livrets sont à destination du patient et ont pour vocation d'aider et d'accompagnement au mieux le patient dans l'approche thérapeutique de sa pathologie ou du dépistage. Ils permettent un encadrement et un suivi du patient à distance de l'hospitalisation et/ou de la période post-opératoire. Les éléments suivants ont été extraits des différents supports étudiés (53,54,56,57).

2.2.1.1 Informations indispensables

Il n'existe pas de consensus sur le contenu exact du livret patient, tant les sujets peuvent être variés. Les livrets ou brochures peuvent avoir comme objectif :

- De fournir des connaissances au patient pour comprendre la maladie
- D'informer sur les avantages et les inconvénients des soins
- De rappeler au patient les conseils du professionnel de santé
- D'inciter à participer à un dépistage.

Ces livrets ou brochures d'informations sont un outil de communication pour faire face à la maladie (65).

Les informations indispensables retrouvées dans les livrets patients sont relatives :

- A la définition et aux explications de la maladie et de ses origines.
- Aux dépistages de la maladie, ainsi qu'à sa prévention.
- Aux signes cliniques ressentis par le patient et les conséquences que la maladie peut entraîner dans la vie quotidienne.
- Aux thérapeutiques envisageables et aux médicaments lorsque ces derniers existent.
- Au suivi de la pathologie et à sa prise en charge, par le patient lui-même ainsi que l'encadrement par l'équipe médicale soignante.

Tous ces éléments ont pour but de fournir les informations nécessaires du début de la prise en charge de la pathologie jusqu'à la phase de maintenance, stabilisation ou guérison suivant la pathologie du patient.

2.2.1.2 Éléments complémentaires inconstants

Des informations supplémentaires pourront préciser les facteurs de risques associés ainsi que les examens complémentaires qui pourront être réalisés. Le livret peut être complété par des éléments ajoutés, pour interagir avec le patient (zones de commentaires libres pour favoriser l'interaction et l'expression du patient à travers ces encarts), pour l'orienter vers des services d'écoute, d'aides ou des groupes de paroles et vers les structures impliquées dans la prise en charge de la pathologie. Des liens vers des sources complémentaires d'informations peuvent y être ajoutées. Le livret peut aussi recenser les questions fréquemment posées par les patients.

2.2.2 Analyse des livrets patients existants dans le domaine de la Parodontologie

L'analyse des livrets existants et des brochures destinées aux patients dans le domaine de la Parodontologie (Tableau 2 – pages 43-49) a permis d'identifier des éléments récurrents, développés ci-dessous (51,52,55,58–61).

2.2.2.1 Informations indispensables

Les livrets et brochures destinés aux patients atteints de maladie parodontale développent de manière succincte les mêmes informations :

- La définition de la maladie parodontale (gingivite, parodontite) et les différents états progressifs de la maladie
- Les signes cliniques ressentis par le patient
- Les étiologies multiples de la maladie
- Les facteurs qui favorisent l'apparition de la maladie
- Les conseils et méthodes de brossage pour prévenir et stabiliser la maladie parodontale
- Les traitements non chirurgicaux et chirurgicaux pour stabiliser la maladie
- La maintenance parodontale et la nécessité d'un suivi régulier.

2.2.2.2 Éléments complémentaires inconstants

Certains livrets développent d'autres informations pour accompagner le patient dans une approche pluridisciplinaire, avec des éléments qui favorisent l'interaction des patients.

Concernant les éléments relatifs à la maladie parodontale et à sa prise en charge :

- Des schémas pour comprendre les conseils et méthodes de brossage, l'examen clinique (perte d'attache, profondeur de poche) ou encore le traitement parodontal.
- Des photographies cliniques pour différencier les différentes affections parodontales.
- Des images radiographiques pour illustrer la perte du support parodontal.
- Les traitements complémentaires, pour les sites n'ayant pas répondu au traitement étiologique de première intention.
- Des photographies avant/après traitement d'une gingivite ou d'une parodontite seraient intéressantes pour avertir des effets sur l'esthétique avec une mise en garde sur les récessions qui peuvent apparaître après traitement.
- Les conséquences en l'absence de traitement parodontal.

D'autres éléments moins spécifiques peuvent être ajoutés au livret patient :

- Des contacts pour la prise en charge des facteurs de risques du patient (médecin/addictologue/diététicien...).
- Un recensement de questions que les patients, atteints de pathologie parodontale se posent fréquemment (signes cliniques, évolution de la maladie, traitements à court, moyen et long terme...).
- Des liens internet et/ou numéros de téléphone vers le service de Parodontologie concerné, lorsque ce dernier a réalisé la brochure d'informations.

2.3 Le design du livret

2.3.1 Le style du livret

Lors de la rédaction du livret une vigilance vis-à-vis du style s'avère nécessaire. Le livret devra être rédigé dans un style compréhensible, qui utilise une terminologie simple. Il est important de vulgariser l'information médicale. Par ailleurs, le style administratif doit être évité, c'est-à-dire privilégier un style convivial formel, dans le but de rendre accessible le support.

L'usage d'iconographies peut favoriser la compréhension de tous, surtout lorsque le public visé est large (personnes illettrées, personnes étrangères ...) (44,65).

2.3.2 La mise en forme du livret

2.3.2.1 Les objectifs de la mise en forme

La mise en forme du livret a pour objectif de faciliter une lecture claire et fluide, et doit donc être soignée. L'usage des couleurs, de l'espace, de la taille de la police de caractère et des illustrations, répond à des exigences précises. Se rapprocher de professionnels de ce domaine pour réaliser une interaction cohérente entre tous ces éléments de mise en forme, peut se révéler utile et facilitera une lecture aisée (65).

2.3.2.2 Les éléments de mise en forme

2.3.2.2.1 La police et la typologie

Pour mettre en avant des informations importantes du livret patient, on peut jouer sur la taille de la typologie et par des caractères en gras qui mettent en avant une information et facilitent l'attrait visuel ainsi que la mémorisation.

Pour que la lecture du livret patient soit plus aisée et plus claire, il est préconisé d'utiliser une typologie entre 12 et 14 de taille de police.

Les titres seront souvent en gras avec une taille de police de caractère comprise entre 16 et 18 (au moins 2 tailles au-dessus de la police d'écriture pour les titres). Écrire avec 3 tailles de caractères différentes sur une même page est à éviter (46,64).

L'usage de majuscules est autorisé en début de phrases, pour les noms propres, les lieux ainsi que pour les maladies qui portent le nom d'une personne, mais il est conseillé de ne pas écrire des mots entiers en majuscule, ce qui pourrait entraîner des difficultés de lecture. Pour accentuer un paragraphe, celui-ci peut être écrit en blanc, sur fond coloré. Une veille à mettre la police d'écriture en gras pour faciliter la lisibilité doit être apportée (64).

2.3.2.2.2 *Les abréviations et les acronymes*

Lors de la rédaction d'un support pédagogique, l'usage d'abréviations ou d'acronymes peut être nécessaire. Une abréviation est la version courte d'un mot et un acronyme est formé par la ou les premières lettres d'une série de mots. Leur usage peut se révéler utile en cas de répétition dans un document. Il est demandé d'éviter les points et les espaces entre les lettres (*H.A.S devient HAS*).

Ces abréviations sont à utiliser avec modération, sauf lorsque les mots concernés sont plus connus sous leur acronyme plutôt que sous leur version complète (*exemple : CD / disque compact*).

Dès lors qu'un acronyme ou une abréviation est inséré dans un document, il faut l'annoncer également par sa version complète (64).

2.3.2.2.3 *Le style d'écriture*

Pour l'écriture, l'utilisation de mots inutiles qui rallongent les phrases sans leur apporter davantage de sens est à éviter, tout comme les introductions qui sont inutiles aux phrases. Par ailleurs, pour éviter de perdre le lecteur, il est conseillé de limiter le nombre de mots à 15 ou 20 par phrase et d'alterner le rythme avec des phrases longues et d'autres plus courtes (64).

Pour que le lecteur accroche lors de la lecture du livret et se sente concerné, lui écrire directement, en utilisant des formes personnelles telles que : « vous », « votre », « nous » et « notre » ... s'avère important.

L'utilisation de « etc... » est à éviter, les informations ne doivent pas être sous-entendues mais expliquées clairement (64).

2.3.2.2.4 *La couverture et les titres*

Les titres (et la couverture, si c'est une brochure) doivent permettre une identification rapide du contenu d'informations délivrées dans la brochure ou dans le livret patient. Le titre doit être préférentiellement court et résumé la totalité des informations contenues dans la partie correspondante. L'objectif des titres est de pouvoir localiser un contenu d'informations. En rendant les titres plus attirants cela contribue également à rendre le support pédagogique plus attractif (46).

2.3.2.2.5 *La couleur*

Pour la question de la couleur, il existe différentes mises en forme :

- Le noir et blanc, écriture noire sur fond blanc
- Le bicolore, deux couleurs sur fond blanc généralement
- Le multicolore, permet quant à lui plus de flexibilité au niveau du graphisme et des illustrations mais est plus onéreux (64).

En règle générale, un texte foncé est imprimé sur un fond clair, mais si on choisit de faire le contraire, l'utilisation d'une taille de caractères supérieure ou un texte en caractère gras seront nécessaires pour faciliter la lisibilité (66).

2.3.2.2.6 *Les listes et les puces*

Lors de la conception du livret, si le rédacteur est confronté à la réalisation d'une liste, il faut veiller à la commencer et la terminer sur une même page doit être apportée, et la liste ne devra pas excéder 8 points. La numérotation de la liste n'est nécessaire que lorsqu'il est énoncé des étapes chronologiques. Dans le cas où la liste est trop longue, l'utilisation de sous-titres pour la raccourcir est judicieuse (64).

2.3.2.2.7 *Les chiffres et les nombres*

Il est recommandé d'utiliser des chiffres lorsque ces derniers font références à des mesures (âge, doses...). L'écriture en lettres de un à neuf et en chiffres à partir de 10 est à privilégier (64).

Il existe donc une grande marge de manœuvre quant à la conception et la présentation du livret patient. Choisir une forme adaptée à la typologie des patients est conseillé. Un des objectifs principaux est de transmettre une information claire et de qualité au patient (44).

3. Résultats – Le contenu du livret à destination des patients de l’UF de Parodontologie du service d’Odontologie du CHU de Lille

Cette partie comprend les différentes informations qui pourront faire l’objet d’une mise en page future sous la forme d’un livret papier ou numérique à destination des patients pris en charge dans l’UF de Parodontologie du service d’Odontologie du CHU de Lille. La mise en forme attractive et le choix de la conception finale avec l’aide de service d’accompagnement pédagogique, suivie de tests auprès de patients de l’UF, fera l’objet d’une autre thèse d’exercice.

LIVRET PATIENT - PARODONTOLOGIE

Ce livret vous appartient. Il vous accompagnera tout au long de votre traitement parodontal.

Vous le tiendrez à jour lors de vos rencontres avec le chirurgien-dentiste et vous y noterez vos attentes et vos questions.

Ce livret est confidentiel, en cas de perte merci de l’adresser à Mr/Mme
au numéro de téléphone suivant

SOMMAIRE

3.1 Introduction	2
3.2 La maladie parodontale	2
3.3 Facteurs impliqués et risque médical	4
3.4 Les différentes pathologies de la gencive	8
3.5 La prise en charge au sein de l’UF de Parodontologie du CHU de Lille	10
3.6 Conclusion	17

3.1 Introduction

Si vous avez ce livret entre les mains, c'est que les étudiants ou praticiens qui vous prennent en charge au sein du service d'Odontologie, ont détecté une maladie des gencives et vous ont donc orienté vers une première consultation en Parodontologie. De votre côté vous avez peut-être ressenti : un saignement fréquent au brossage, une mobilité, une migration ou un déchaussement de certaines dents, une mauvaise haleine, ou des sensibilités localisées ou généralisées d'un point de vue dentaire. Ces symptômes, plus ou moins subjectifs, peuvent témoigner d'une maladie parodontale (61).



Les questions que je me pose sur ma maladie :

.....

.....

.....

3.2 La maladie parodontale

3.2.1 Définition

La maladie que vous présentez s'appelle une **maladie parodontale**. C'est une maladie infectieuse touchant toutes les structures autour de la dent, appelées le parodonte. Le parodonte est constitué de 4 éléments : la **gencive**, le **ligament parodontal** (jonction entre la racine dentaire et l'os), l'**os alvéolaire** (support de la dent dans la mâchoire) et le **cément** (recouvre la racine de la dent) (67,68).

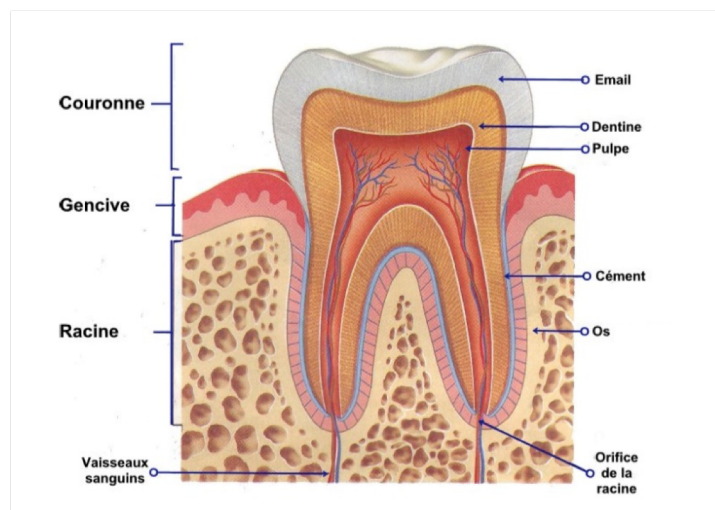


Figure 1 : Schéma d'une dent (69)

3.2.2 Origines de la maladie

La santé parodontale résulte d'un équilibre entre plusieurs facteurs :

- La présence de bactéries buccales bénéfiques (« bonnes » bactéries) contrecarrant la présence de bactéries parodontales potentiellement néfastes pour le parodonte (« mauvaises » bactéries)
- Un système immunitaire efficace limitant la multiplication des bactéries affectant le parodonte
- L'absence de facteurs généraux et locaux favorisant la multiplication ou l'action des bactéries affectant le parodonte

La maladie apparaît lors d'une perte d'équilibre entre ces facteurs. Il en résulte une inflammation des tissus autour de la dent, due à la présence des « mauvaises » bactéries qui peut aboutir *in fine* à la perte de la dent en l'absence de traitement (67,70).

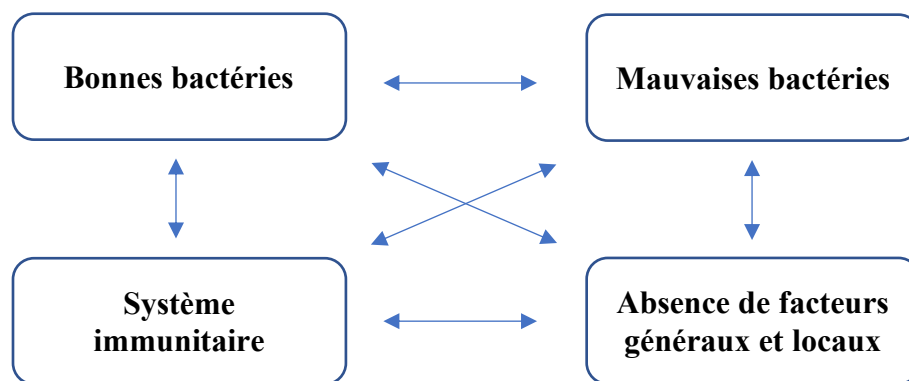


Figure 2 : Schéma des 4 facteurs en équilibre pour la santé parodontale
(Schéma personnel)

3.3 Facteurs impliqués et risque médical

3.3.1 La plaque dentaire

La **plaque dentaire** est le facteur principal à l'origine de l'**inflammation gingivale** et des **maladies parodontales**. Elle se définit comme un biofilm, c'est-à-dire une structure organisée au sein de laquelle se multiplient et survivent les bactéries.

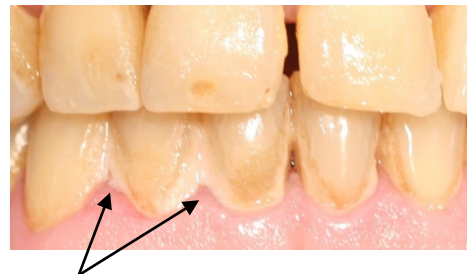
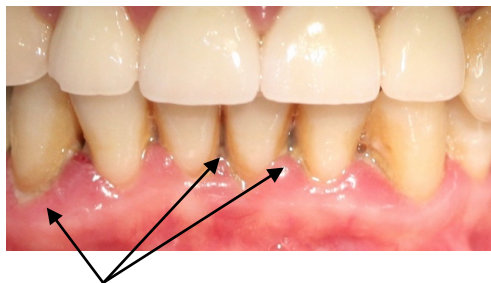
Elle est retrouvée au niveau des surfaces dentaires après les repas sous la forme d'un **enduit blanchâtre rendant la surface dentaire rugueuse**, elle est éliminée par le brossage bucco-dentaire lorsque celui-ci est efficace. La présence de ce biofilm à long terme sur les dents, peut permettre aux « mauvaises » bactéries le composant, de s'infiltrer entre la gencive et la dent et déclencher une infection touchant l'ensemble des tissus du parodonte (1,70).

Une minéralisation de la plaque dentaire se produit au contact des constituants salivaires aboutissant à la formation de **tartre**. La présence de tartre n'est donc pas inéluctable et peut être évitée par la réalisation d'un brossage bucco-dentaire (contrôle de plaque) efficace et régulier en éliminant la plaque dentaire avant sa minéralisation. Une fois le tartre installé, seule l'intervention mécanique professionnelle d'un chirurgien-dentiste pourra l'enlever.



Pourcentage de plaque lors du premier examen (à cocher avec le chirurgien-dentiste) :

- ☐ <25%
- ☐ 25-50%
- ☐ 50-75%
- ☐ 100%



Figures 3 et 4 : Photographies endobuccales avec de la plaque dentaire
(Courtoisie du Dr MERCIER)

3.3.2 Les facteurs locaux aggravants (modifiants)

A l'échelle de la bouche, il peut y avoir des facteurs qui entraînent et entretiennent une inflammation de la gencive de manière localisée ou généralisée à toutes les dents.

Ces facteurs peuvent être :

- Du **tartre**
- Une **malposition dentaire ou un problème d'occlusion**
- Une **restauration dentaire** inadaptée
- Une **couronne dentaire** mal ajustée
- Une **dent infectée**

Ils peuvent entraîner un mauvais accès au contrôle de plaque et/ou favoriser la formation rapide des biofilms (71).

3.3.3 Les facteurs environnementaux (prédisposants)

Le **tabagisme actif** (cigarette, pipe, cigarette électronique...) et l'**état psychique** sont deux facteurs qui peuvent influencer la maladie parodontale.

Le **tabac** est un des deux facteurs de risques principaux, responsable de la maladie parodontale. Il l'aggrave, et modifie la bonne cicatrisation des tissus lors des traitements parodontaux en inhibant les mécanismes de défense et en aggravant la réponse inflammatoire. Un sevrage tabagique améliore la santé parodontale (68,72).

Le **stress**, causé par des événements de la vie de tous les jours (travail, rupture, maladie, décès...), peut influencer le système immunitaire, en provoquant une augmentation d'hormones favorisant le développement de la maladie parodontale. De plus, il peut entraîner une baisse de motivation au suivi lors du traitement, voir l'abandon total des prescriptions et des conseils (61,71,73).

Le **régime alimentaire** peut agir sur votre santé parodontale. Une réduction des nutriments ingérés peut favoriser une modification du système immunitaire et influencer la maladie parodontale (58).

3.3.4 Les facteurs d'ordre général (prédisposants)

Il existe des pathologies systémiques (pathologies de l'organisme) et des facteurs qui affectent la santé de vos gencives. En voici quelques exemples :

- Le **diabète** est considéré comme un des facteurs principaux responsables de l'entretien de la maladie parodontale, quand ce dernier est déséquilibré (74).
- Les **maladies inflammatoires** (articulaires, de l'intestin...) peuvent entretenir l'inflammation parodontale (75).
- La **grossesse** et les **modifications hormonales**, peuvent entraîner une modification de l'irrigation sanguine gingivale, du métabolisme osseux, ou de la composition et du débit salivaire, générant une susceptibilité à une inflammation parodontale (76).
- Le **risque médicamenteux** : la santé du parodonte peut être influencée par la prise de médicaments comme des immunosuppresseurs ou immunodépresseurs, des antidépresseurs ou encore des traitements pour l'hypertension artérielle (77).
- **L'ostéoporose** : le changement squelettique peut avoir un impact sur les mâchoires et l'os alvéolaire et la progression de la maladie parodontale (78).

3.3.5 Les facteurs génétiques (antécédents familiaux)

Pour les cas de maladie parodontale chez les jeunes patients et les formes les plus précoces de parodontite (atteintes sévères chez les patients jeunes), l'origine génétique (antécédents familiaux de maladie parodontale chez les parents) constitue aussi un des facteurs de prédisposition (71).



3.3.6 Les facteurs impliqués dans votre maladie (à cocher avec le chirurgien-dentiste)

☐ Plaque dentaire	☐ Grossesse
☐ Tabac	☐ Risque médicamenteux
☐ Diabète	☐ Pathologies générales
☐ Stress	☐ Risque génétique

3.3.7 Le risque médical

La parodontite génère un impact sur la santé générale, c'est ce qu'on appelle le risque médical. Les bactéries présentes au niveau de la bouche induisent une inflammation et une infection à distance dans l'ensemble du corps humain et peuvent entretenir et déréguler le contrôle de pathologies générales sur différents organes (63,71).

Ce schéma résume les conséquences pathologiques de la maladie parodontale sur le corps humain à différents niveaux. La maladie parodontale est en lien avec (79) :

- Le **Diabète**
- Les pathologies **cardio-vasculaires** (AVC, infarctus du myocarde)
- L'**Accouchement prématuré** chez la femme enceinte
- Les **Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin** (Maladie de Crohn)
- La **Polyarthrite rhumatoïde**
- Les Maladies **neurodégénératives** telles que la maladie d'Alzheimer.

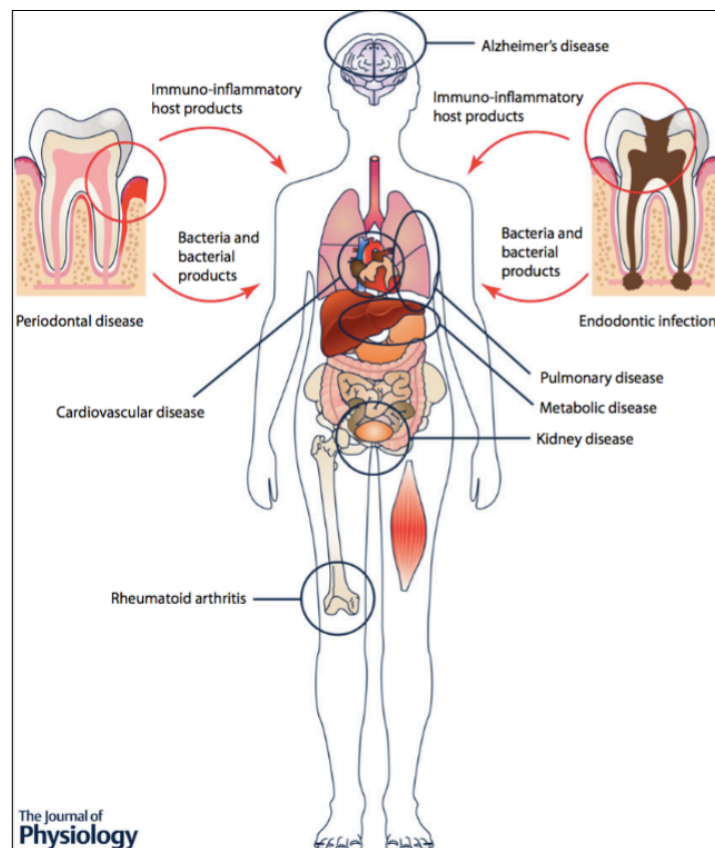


Figure 5 : Schéma simplifié de Kumar (79)

3.4 Les différentes pathologies de la gencive

3.4.1 Anomalie du parodonte : la récession gingivale

La **récession gingivale** est une altération muco-gingivale pouvant être occasionnée par un traumatisme (brossage bucco-dentaire inadéquat ou avec du matériel inadapté), ou par la parodontite (définition page 9). On constate une **rétraction** (récession) **de la gencive**, soit **localisée** (une ou plusieurs dents contiguës), soit **généralisée**. La découverte d'une partie de la racine dentaire peut causer des sensibilités (au froid, au chaud). Pour limiter l'apparition des récessions, la cause doit être éliminée (67).



Figure 6 : Photographie endobuccale d'une récession gingivale

(Courtoisie du Dr MERCIER)

3.4.2 La gingivite liée à la plaque dentaire

La gingivite correspond à l'inflammation de la gencive sans atteinte des autres éléments composant le parodonte. La gencive est **rouge**, **œdématisée**, et peut **saigner** au brossage. La **gingivite** peut évoluer en parodontite mais ce n'est pas systématique. Elle peut régresser après un enseignement à un contrôle de plaque efficace et grâce à la suppression des facteurs locaux aggravants et/ou environnementaux modifiables si présents (67).



Figure 7 : Photographie endobuccale d'une gingivite

(Courtoisie du Dr MERCIER)

3.4.3 La parodontite

Dès lors que l'inflammation atteindra les tissus profonds du parodonte (cément, ligament parodontal, os alvéolaire) la **parodontite** sera diagnostiquée. Les bactéries se sont infiltrées entre la dent et la gencive et ont entraîné la destruction des tissus profonds.

Un espace appelé **poche parodontale** se crée alors entre la dent et l'os, consécutivement à une perte d'attache de la dent. La poche parodontale constitue un réservoir aux « mauvaises » bactéries entretenant la maladie (67,80).

Les caractéristiques les plus fréquentes sont :

- **La racine parfois visible** (rétraction de la gencive)
- **Un dépôt gris/jaune sur les dents** (qui correspond au tartre)
- **Des espaces entre les dents élargis** (suite à la rétraction de la gencive)
- Des **mobilités** et/ou migrations **dentaires** (dent qui bouge)

La thérapeutique vise à arrêter la progression de la dégradation irréversible du support parodontal de la dent essentiellement par des thérapies mécaniques qui peuvent être associées à la prise concomitante de médicaments mais toujours accompagnées d'un enseignement répété à un contrôle de plaque efficace et à la suppression des facteurs locaux aggravants/environnementaux/généraux modifiables si présents (67).



Figure 8 : Photographie endobuccale d'une parodontite
(Courtoisie du Dr MERCIER)

3.5 La prise en charge au sein de l'UF de Parodontologie du CHU de Lille

En **rouge** vous trouverez les **étapes obligatoires** et en **bleu** les **étapes facultatives** en fonction de l'évolution de votre maladie. **Pensez à amener votre matériel de brossage à chaque rendez-vous.**

☐ Première consultation

Lors de la première consultation au sein du service, nous analyserons vos facteurs de risques éventuels et les habitudes défavorables qui pourraient être impliquées dans l'apparition de votre pathologie (67).

☐ Status radiographique

Vous allez bénéficier d'un examen radiographique complémentaire appelé status radiographique. Il s'agit d'un enchaînement de plusieurs radiographies unitaires qui permettent de déterminer la qualité et la quantité d'os résiduel précisément pour chaque dent ainsi que de confirmer ou infirmer la nécessité de soins dentaires complémentaires (par exemple si lésions carieuses, infections dentaires, restaurations inadéquates). A la suite de cet examen, le pronostic général de la maladie peut être établi (81,82).

☐ Bilan parodontal

Il correspond à l'analyse du status radiographique réalisé précédemment, en parallèle de l'examen de votre bouche pour pouvoir établir un diagnostic précis, un pronostic et un plan de traitement adapté et cohérent composé de séances thérapeutiques (68).

 <u>Sévérité de la maladie</u>	<u>Taux de progression</u>
☐ Stade 1 (débutante) ☐ Stade 2 (modérée) ☐ Stade 3 (sévère) ☐ Stade 4 (très sévère)	☐ Grade A (faible) ☐ Grade B (modéré) ☐ Grade C (rapide)

□ Séances thérapeutiques

La séance thérapeutique se base sur 2 axes : l'enseignement au contrôle de plaque et l'acte technique/mécanique effectué par le praticien.

3.5.1 *L'enseignement au contrôle de plaque et prescriptions adaptées*

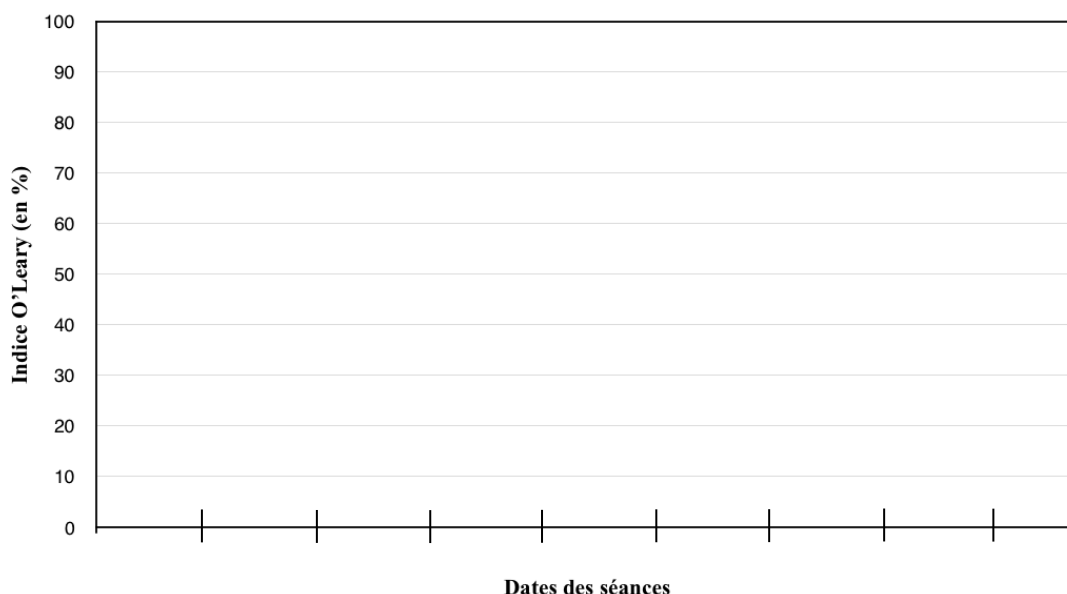
A chaque séance thérapeutique, l'indice de plaque, sera calculé par votre praticien. Il correspond au pourcentage de plaque dentaire restant après le brossage. Il tend à se rapprocher de 0 lorsqu'il ne reste plus de plaque dentaire.

L'objectif est de vous faire parvenir à un indice de plaque de moins de 20%. En effet, la clé du succès parodontal résulte dans l'élimination de la plaque dentaire, principal facteur responsable de la maladie (68,80).

Le diagramme suivant vous permet de suivre l'évolution de votre contrôle de plaque et des progrès que vous réalisez au fur et à mesure des séances thérapeutiques.

Tableau 3 : Diagramme de suivi

(Tableau personnel)



Conseils généraux en termes de contrôle de plaque en 5 points

L'hygiène buccale que vous allez pratiquer est un des piliers principaux pour traiter la maladie parodontale. Sans coopération de votre part, il n'y aura que très peu de succès du traitement et la maladie ne sera pas contrôlée.

Pour vous aider à améliorer votre contrôle de plaque dentaire au quotidien il existe différents moyens, que vous verrez avec votre praticien lors des séances. Ces conseils sont résumés sous la forme de 5 points :

- **Point n°1 : Définition de la zone interdentaire et du sillon gingivo-dentaire**

La plaque dentaire est le principal ennemi contre lequel vous allez vous battre. Elle vient se loger entre les dents et au niveau du sillon gingivo-dentaire (SGD) et c'est dans ces zones qu'il faudra s'attarder particulièrement et ce, sur toutes les dents.

Dans le contexte d'une maladie parodontale, il sera souvent évoqué l'hygiène interdentaire car le brossage dentaire simple ne l'élimine pas. Grâce au matériel et méthodes conseillés par votre praticien, vous serez à même d'éliminer la totalité de la plaque dentaire présente dans votre bouche (68).

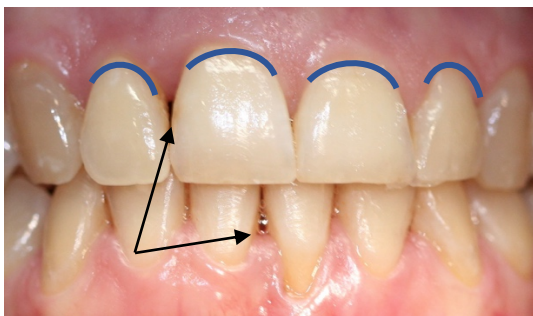


Figure 9 : Photographie endobuccale d'espaces interdentaires (flèches noires) et du sillon gingivo-dentaire (traits bleus)

(Courtoisie du Dr MERCIER)

- **Point n°2 : Brosse à dents**

Privilégier des brosses à dents avec une petite tête, des poils souples (15/100^e de diamètre maximum) et changer la brosse à dents tous les 3 mois en l'absence de signe d'usure précoce. Les poils durs donnent souvent l'image d'un brossage plus efficace, mais ils entraîneront à long terme des récessions de la gencive.

- **Point n°3 : Méthode de brossage**

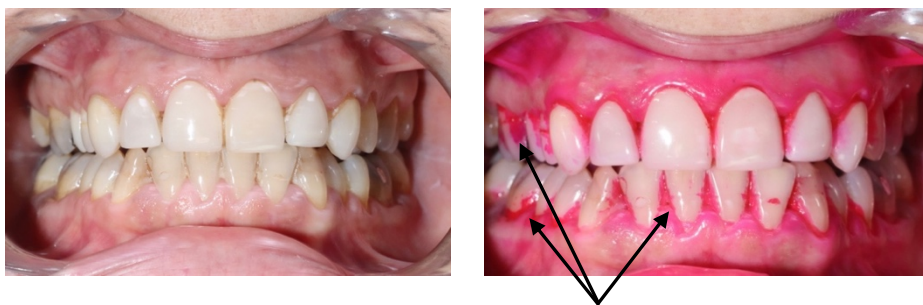
La meilleure technique est celle qui vous permettra d'éliminer complètement la plaque dentaire en insistant au niveau du sillon gingivo-dentaire et en interdentaire. Les mouvements horizontaux sont à bannir ainsi qu'une pression excessive lors du brossage. Il est recommandé **deux brossages** par jour, pendant **deux minutes**. Pour garder ses bonnes qualités la brosse à dent doit s'utiliser à sec, cela justifie d'avoir 2 brosses s'il y a 3 brossages dans la journée, et n'être ensuite rincée qu'à l'eau froide (62).

- **Point n°4 : Brossage interdentaire**

Il est complémentaire du brossage dentaire classique. En fonction de la taille de l'espace entre les dents, l'utilisation du fil dentaire ou des brossettes interdentaires est recommandée. Une brossette interdentaire efficace passe dans l'espace entre deux dents en frottant, sans forcer et sans flotter. La brossette est à privilégier au fil dentaire dès que son passage est possible, pour éviter de blesser et être plus efficace (67,68,83).

- **Point n°5 : Révélateur de plaque (Dentoplaque®, Inava)**

Les révélateurs de plaque dentaire peuvent être utilisés à la maison après un brossage afin de vérifier la qualité de ce dernier au moins une fois tous les 15 jours. Sur ces photographies, le brossage est inefficace au niveau des zones colorées, la plaque dentaire persistante est colorée en rouge (67).



Figures 10 et 11 : Photographies endobuccales avant/après pose du révélateur de plaque (Photographies personnelles)



Matériel nécessaire pour optimiser votre contrôle de plaque (à cocher avec votre chirurgien-dentiste) :

- **Le brossage dentaire**
 - ☐ Brosse à dents souple 15/100^{ème}
 - ☐ Brosse à dents manuelle
 - ☐ Brosse à dents électrique
- **Le brossage interdentaire**
 - ☐ Brossettes interdentaires
 - ☐ Fil dentaire
- **Aide à la visualisation de la plaque dentaire**
 - ☐ Révélateur de plaque dentaire
- **Dentifrice**
 - ☐ Fluoré
 - ☐ Désensibilisant

3.5.2 Actes non chirurgicaux

Au cours de la séance thérapeutique, le chirurgien-dentiste va procéder à un nettoyage précis de vos dents et de vos gencives, pour diminuer la présence des « mauvaises » bactéries. Le chirurgien-dentiste utilisera des instruments manuels et/ou ultrasoniques pour désorganiser et éliminer les dépôts bactériens adhérents sur les dents (68).

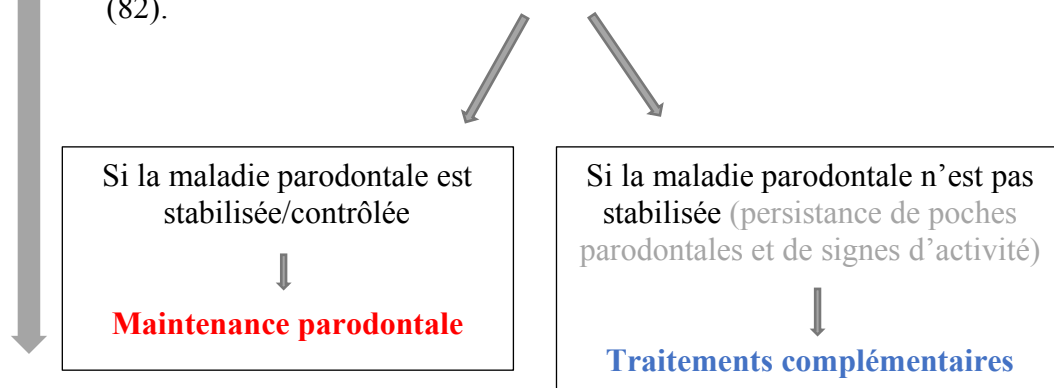
Au cours de chaque séance il sera effectué :

- Un **débridement** pour éliminer la plaque dentaire au-dessus et sous la gencive.
- Un **détartrage** pour éliminer le tartre
- Un **assainissement des poches parodontales**, dans le but de recréer un état de surface compatible et favorable à la cicatrisation des lésions du parodonte (71,81).

Le chirurgien-dentiste terminera chaque séance par une irrigation des poches sous la gencive avec des produits antibactériens et un polissage des surfaces dentaires.

□ Réévaluation

Cette séance aura lieu 2 ou 3 mois après votre dernière séance thérapeutique. Un bilan complet sera réalisé pour évaluer votre réponse au traitement effectué (82).



☐ Traitements complémentaires

Des traitements complémentaires peuvent être nécessaires lorsque la maladie ne s'est pas stabilisée à la suite des séances thérapeutiques, lorsque certains sites dentaires ont été réfractaires au traitement ou pour corriger des séquelles de la maladie, si cela est possible.

L'objectif est d'avoir accès, grâce à un traitement chirurgical, aux défauts responsables de l'inflammation persistante dans le but de :

- Réduire les poches parodontales
- Provoquer une régénération parodontale
- Améliorer la morphologie de la gencive pour faciliter l'hygiène dentaire et maintenir un contrôle de plaque optimal (68).

☐ Maintenance parodontale

Le suivi commence dès la fin du traitement lorsque la parodontite est stabilisée. A chaque séance de maintenance, un bilan parodontal complet sera effectué. Un examen radiologique complet peut être réalisé tous les 3 à 5 ans pour détecter précocement des lésions osseuses néoformées par comparaison avec les anciens clichés et suivre l'absence d'évolution de la maladie mais des clichés radiographiques isolés peuvent aussi être effectués en cas de symptomatologie clinique. La vérification du maintien d'un contrôle de plaque optimal est effectuée.

Le praticien, si nécessaire, pourra avoir recours à un acte mécanique, mais pourra aussi être amené à proposer un traitement complémentaire en cas de récurrence de la maladie. La fréquence des contrôles dépend de plusieurs facteurs (liste ci-dessous). Les séances de maintenance peuvent alors être espacées de 3 mois à 1 an selon votre risque parodontal (67,68,71).



La liste des facteurs suivants permettra à votre chirurgien-dentiste d'établir les délais entre les différentes séances de **maintenance** (liste à cocher) (84):

- ☐ Facteurs environnementaux (tabac)
- ☐ Facteurs systémiques/génétiques
- ☐ Rapport perte osseuse/âge
- ☐ Perte dentaire pour raison parodontale
- ☐ Poches parodontales $\geq 5\text{mm}$
- ☐ % saignement au sondage :

Pour que votre maladie se stabilise, vous et votre praticien devez travailler main dans la main. Vos efforts concernant le brossage dentaire à la maison et les facteurs généraux et locaux à modifier, couplés au traitement mécanique, pourront permettre une stabilisation de votre maladie (68,81).

De votre côté :

Vous vous engagez à effectuer avec sérieux le suivi parodontal à la fréquence précisée par le praticien car la maladie parodontale est une pathologie chronique pouvant récidiver. La maintenance parodontale permet de détecter précocement les signes de la récurrence et de garantir le contrôle de la maladie.

3.6 Conclusion

L'utilisation de bain de bouche et de dentifrices spécifiques peuvent combattre l'inflammation par leur action chimique, mais c'est bien l'action mécanique (le brossage dentaire et interdentaire) qui est la plus efficace. **Ainsi vous garantirez à long terme les résultats du traitement réalisé par votre chirurgien-dentiste (58).**

N'hésitez pas à faire part de vos difficultés rencontrées à votre praticien. Ci-dessous vous trouverez une zone de notes vous permettant de noter au fur et à mesure vos interrogations et/ou difficultés (71,82).

Notes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Discussion

4.1 La finalité du livret patient

4.1.1 Points positifs du livret – réponses aux objectifs visés

4.1.1.1 Donner l'information au patient

Le matériel éducatif distribué au patient, vise à fournir et expliquer des informations relatives à la maladie et aux traitements auxquels le patient sera confronté. L'objectif de ces supports pédagogiques imprimés est de sensibiliser le patient et de l'inciter à utiliser ces informations pour qu'elles soient bénéfiques à sa prise en charge. Délivrer une information de qualité aux patients, les entraîne à faire des choix éclairés et à exercer leur liberté (44).

Les livrets patients ont été développés dans le but d'aider les professionnels de santé et d'éduquer les patients. Ils constituent un véritable outil de communication qui vise à augmenter les connaissances des patients par rapport à leurs pathologies (21). Certaines informations pratiques de base éviteront au praticien de répéter plusieurs fois la même chose, par exemple de ne pas mouiller sa brosse à dent avant de l'utiliser.

Un livret destiné au patient peut réduire ses problèmes de santé et participer à son rétablissement, par un contenu encourageant et positif (21).

Dans l'ébauche du livret présentée, le contenu ciblé sur la maladie parodontale a pour objectifs de définir la maladie et les signes cliniques qu'elle peut générer, pour pouvoir rassurer le patient, et que ce dernier puisse comprendre les facteurs de risques et les facteurs étiologiques.

Le livret devrait permettre aux patients pris en charge dans l'UF de Parodontologie du CHU de Lille, une prise de conscience de leur pathologie, associée à la prise en charge qu'elle requiert, d'un point de vue des soins parodontaux, assurés par le chirurgien-dentiste, et du point de vue de leur autonomie, par les différentes méthodes d'hygiène enseignées et la nécessité d'observance. Le livret devrait également faire prendre conscience du traitement à court, moyen et long terme de la maladie parodontale, ainsi que du suivi parodontal nécessaire.

4.1.1.2 Impact sur le patient

La question de l'impact du livret sur le patient est nécessaire. Cet objectif est atteignable plus facilement, dès lors que le patient s'appropriera le livret et s'identifiera. Cela passe par une lecture où le patient se sent concerné : par des encadrés à remplir avec les questions qu'ils se posent. Si le livret a la possibilité de s'adapter à la pathologie du patient, cela favorise l'adhésion du patient au contenu pédagogique ainsi qu'à son traitement en globalité (44).

Un livret purement informatif n'a pas toujours le même impact sur les patients, à la différence d'un livret qui se veut interactif. Une communication et un livret sont considérés comme efficaces, lorsque les patients peuvent se gérer et prendre soin d'eux-mêmes. Un gain d'autonomie et une autogestion sont visés pour traiter les maladies chroniques (21,45).

Les obstacles que rencontrent les patients dans l'intérêt porté à un livret, sont le manque d'encouragements de la part du corps médical. Il est en effet important que les patients se sentent soutenus et qu'ils soient convaincus du rôle actif qu'ils ont dans leur traitement et dans leur guérison (45).

Dans l'ébauche du livret proposée, le choix d'ajouter des éléments d'interaction patient-praticien a été fait dans l'objectif de développer une information personnalisée, utile et ciblée.

4.1.1.3 Impact sur la relation patient-praticien

Le livret accompagne le patient tout au long de son traitement, et lui fournit une information sûre, qui confirme et peut approfondir le discours de son médecin. En apportant des informations au patient, le livret se veut rassurant. La relation de confiance entre le professionnel de santé et son patient peut s'établir en l'absence de craintes et d'angoisses. Le personnel soignant qui remet le livret doit user de ses compétences communicationnelles et de personnalisation afin de sensibiliser le patient à la nécessité d'adhésion (44).

Le stress peut modifier la capacité du patient à se concentrer et à retenir les informations prescrites par le praticien. Le livret a pour but de prolonger la relation patient-praticien au-delà de la consultation pour ainsi accompagner le patient à domicile. Le livret permet,

au cours des prochaines consultations, de revenir sur des difficultés rencontrées ou sur les interrogations du patient (42,85).

Dans l'ébauche de livret présentée, des zones spécifiques sont proposées pour que le patient puisse y noter ses interrogations ou difficultés au cours de la thérapie. Cependant un questionnement sur la suffisance de l'espace réservé aux notes du patient est intervenu au cours de l'élaboration du contenu du livret. En effet seules quelques lignes ont été laissées mais peut-être que des pages entières seraient plus appropriées. Ce point nécessite d'être testé avant une conception du livret à large échelle.

4.2 La conception du livret

4.2.1 Difficultés rencontrées en rapport avec le patient

4.2.1.1 Différences d'alphabétisation entre les patients

Aujourd'hui il existe un lien prouvé entre analphabétisation et problèmes de santé. L'objectif du livret est de rendre les soins de santé accessibles et de faciliter la compréhension de tous quel que soit le niveau d'alphabétisation (64).

Face à des lecteurs avertis, un traitement inconscient des indices visuels (forme des mots, ponctuation) pour en déterminer le sens, est systématiquement effectué. Face à des lecteurs moins avertis, la lecture se fait mot par mot, ils se fient alors aux indices visuels (majuscule, ponctuation, mise en page, images appropriées) pour leur permettre d'identifier des groupes de mots et leur signification.

C'est ainsi que réside le challenge de la réalisation des livrets patients pour tenter de transmettre les informations souhaitées au plus grand nombre (64).

4.2.1.2 Le niveau de connaissances de chacun

Les patients se différencient par leurs niveaux de connaissances et d'études variables et notamment l'absence de connaissances médicales pour nombre d'entre eux. Il est attendu du professionnel de santé, une approche individuelle et centrée sur le patient de manière à ce que ce dernier se sente pris en charge de manière personnalisée. Dans ce contexte, le livret patient doit être le plus accessible possible d'un point de vue du contenu médical. La surabondance d'informations est à éviter car elle peut nuire à la compréhension. Toute personne novice doit être en mesure de comprendre et de retenir les informations délivrées (44,86,87).

Il est possible que l'ébauche du livret soit trop exhaustive et qu'une lassitude apparaisse lors de la lecture par des patients moins avertis. Dans ce sens, l'objectif du livret serait contraire à celui initialement souhaité, car il provoquerait un désintérêt du patient pour la compréhension de sa pathologie et de son suivi.

4.2.2 Difficultés rencontrées dans la réalisation de l'ébauche du livret

4.2.2.1 Les points clés à respecter pour un livret efficace

Comme vu précédemment lors de la partie de méthodologie d'un livret destiné aux patients, il faut respecter différents critères, que nous avons tenté de suivre lors de cette ébauche :

- Un contenu actuel et mis à jour, sur les pathologies parodontales et les différents traitements a été recensé, et un effort sur la crédibilité et les sources d'informations scientifiques a été fait, pour fournir une information médicale de qualité au patient.
- L'exhaustivité du contenu a été respectée pour pouvoir délivrer les informations les plus complètes au patient, pour que ce dernier comprenne les enjeux, les origines et la globalité de la prise en charge thérapeutique que requiert la maladie parodontale.
- La brièveté et la concision, sont peut-être deux éléments qui ont été difficiles à respecter dans ce travail. En effet, si l'on se réfère aux brochures étudiées et comparées dans le domaine de la Parodontologie (Université d'Adélaïde, Société Française de Parodontologie et d'Implantologie Orale, American Dental Association, Société Suisse d'Odonto-stomatologie, Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire), les notions développées étaient plus brèves et plus concises. Cette ébauche de livret patient a pour vocation de donner le maximum d'informations pour l'accompagner tout au long de sa prise en charge au sein du service mais peut-être que le livret est trop exhaustif et trop important en termes de contenu (17 pages).
- Les conseils délivrés au sein de cette ébauche ont tenté de vulgariser le jargon du domaine de la Parodontologie mais cela n'empêche pas le fait que la maladie parodontale reste une pathologie complexe de par ses multiples facteurs étiologiques et ses facteurs de risques... Cela n'est pas simple à appréhender par le patient, et ce, quel que soit son niveau de lecture.
- Le style convivial et formel, utilisé au sein du livret a pour but de favoriser l'interaction avec le patient et augmenter son attractivité. La mise en forme à travers la police, la typologie, l'absence d'abréviation, la lisibilité... a tenté de respecter au maximum la méthodologie de rédaction d'un livret destiné aux patients.

4.2.2.2 Le choix du contenu informatif

La question de l'ampleur du contenu informatif, notamment sur les différentes pathologies parodontales, peut être remise en cause. Les patients reçus au sein de l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille sont souvent des patients atteints de parodontites à différents stades et à des vitesses de progression différentes.

Mais il est souvent rare de recevoir un patient au sein de l'UF de Parodontologie pour une simple récession gingivale ou une gingivite liée à la plaque dentaire (notions évoquées au sein de l'ébauche du livret, dans les différents types de pathologies parodontales).

Cette multiplication d'informations concernant les différentes pathologies parodontales, ne concernent pas la majorité des patients pris en charge au sein du service et peut contribuer à induire en erreur les patients ou tout simplement perdre l'intérêt de la lecture du livret.

L'objectif visé est de simplifier les informations pour aider le patient à comprendre sa pathologie et les conseils pour la prendre en charge. Un questionnement sur un contenu plus simple et plus direct est donc à envisager.

4.2.2.2.1 *La question du site internet*

Une question se pose sur le contenu exhaustif du livret. N'est-il pas plus judicieux d'exposer de façon succincte et non détaillée les différentes pathologies, méthodes d'hygiène ainsi que les différents traitements possibles, au sein du livret, et de renvoyer le patient vers un site internet, que nous pourrions créer et où seraient développées des explications complémentaires que le patient pourrait consulter selon sa volonté ?

Ce site internet, renverrait le patient vers des informations complémentaires plus détaillées, en lien avec sa pathologie. Cela permettrait de ne pas perdre le patient à la première lecture du livret et l'inciterait à consulter les informations complémentaires s'il le souhaite.

4.2.2.3 Les photographies et les schémas

Il serait sensé de remplacer les photographies proposées dans cette ébauche de livret patient avec des photographies réalisées par les praticiens exerçant au sein de l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille. Les photographies endobuccales des différents cas cliniques présentés, seraient plus intéressantes d'un point de vue des droits d'auteurs, mais le problème du droit à l'image des patients reste le même.

Par ailleurs, une réalisation personnalisée des différents schémas explicatifs, serait judicieuse pour diminuer le nombre de sources apportées au livret et ainsi le valoriser.

4.2.2.4 Les différentes versions envisagées

Chaque année de nombreux patients sont soignés au sein de l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille. Il arrive que les enseignants et les étudiants soient confrontés à des patients étrangers, dont la compréhension francophone n'est pas évidente. Si des traducteurs peuvent être sollicités dans le cadre du CHU pour faciliter la communication avec les patients, la question d'une version anglophone du livret pourra cependant être envisagée lors de sa future réalisation.

Conclusion

La communication est au cœur de la pratique médicale et nécessite d'être valorisée, pour permettre le développement d'une relation de confiance entre le professionnel de santé et le patient. La compréhension de la pathologie ainsi que l'adhésion du patient à la thérapeutique de soins sont visées pour ainsi favoriser l'autonomie de ce dernier dans la prise en charge de sa pathologie.

En chirurgie-dentaire, l'environnement de soins n'est pas toujours favorable à une bonne communication patient-praticien de par le stress et les angoisses souvent anticipées par le patient, pouvant interférer avec les informations que le professionnel de santé souhaite transmettre. Dans le domaine de la Parodontologie, la communication occupe une place essentielle pour permettre la compréhension de la pathologie et maintenir les résultats du traitement parodontal à long terme. Le succès et la réussite du traitement sont conditionnés par le temps passé avec le patient, par la qualité du traitement, mais aussi par l'implication du patient dans son traitement. Les patients doivent être des partenaires actifs dans leur processus de soins, et cette participation active résulte de la compréhension et de l'acceptation de la place importante qu'il occupe au cœur de la thérapeutique. Une amélioration des connaissances des patients et de la satisfaction de ces derniers, liée à leur participation et leur engagement dans le protocole de soins, ainsi qu'une augmentation significative des résultats cliniques qui permet de justifier de l'efficacité de tels livrets, ont été constatés dans la littérature scientifique (16,21,22,38,41,45).

Les perspectives de ce travail de thèse s'orientent inévitablement, vers la mise en forme du livret patient : lisible, agréable et interactive, qui permettrait, quel que soit le niveau de « littératie » du patient, que l'ensemble des informations transmises soient compréhensibles pour chacun. L'attractivité du support est un enjeu majeur également pour espérer que la majorité des patients adhèrent et y trouvent un intérêt.

Une évaluation, auprès d'un échantillon de patients pris en charge au sein de l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille, du contenu et de la mise en forme du livret devra être envisagée, de manière à mesurer l'influence du support sur la communication entre les étudiants et les patients, ainsi que la compréhension et l'adhésion des patients au protocole thérapeutique de soins.

Lors de la mise en forme définitive du livret, la question de la création d'un site internet devra également être envisagée, pour savoir si les informations complémentaires seront précisées au sein du livret ou si la création d'un site internet recensera ces informations nécessaires à la compréhension de l'ensemble de la pathologie parodontale par le patient.

Références bibliographiques

1. Charon J. Relation humaine et communication au cabinet dentaire aspects particuliers en parodontie. Paris: Ed. Cdp; 2014. 158 p.
2. Rosenzweig MQ. Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. Nurse Pract. 2012;37(2):1-4.
3. Larousse É. Définitions : communication - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
4. Larousse É. Définitions : communiquer - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communiquer/17568>
5. Larousse É. Définitions : information - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/information/42993>
6. Richard C, Lussier M-T, Galarneau S, Jamouille O. Compétence en communication professionnelle en santé. Pédagogie Médicale. 2010;11(4):255-72.
7. Richard Claude, Lussier Marie-Thérèse. La communication professionnelle en santé / sous la direction de Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier. 2e édition. Montréal Toronto Paris: Pearson Éditions du Renouveau pédagogique IncERPI; 2016. 828 p. (Sciences administratives).
8. Béry A. Information et consentement. EMC - Odontol. 2005;1(3):262-80.
9. Article R4127-233 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913037/2004-08-08
10. Larousse É. Définitions : consentement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>
11. Article 16-3 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419297/2004-08-07
12. Charte d'Ottawa [Internet]. [cité 17 mars 2021]. Disponible sur: http://ossieg.ccas.fr/wp-content/uploads/sites/4/2015/11/Charte_ottawa_France.pdf
13. Renaud L, Sotelo CR de. Communication et santé : des paradigmes concurrents. Sante Publique (Bucur). 2007;Vol. 19(1):31-8.
14. Gagnayre R, Traynard P. Éducation thérapeutique du patient. Encycl Méd Chir. 2020;11p.

15. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol.* 2018;89(S1):S1-8.
16. Turani D, Bissett SM, Preshaw PM. Techniques for effective management of periodontitis. *Dent Update.* 2013;40(3):181-4, 187-90, 193.
17. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in Health Care. Baltimore : Johns Hopkins University Press. 1979. 516 p.
18. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir.* 2005;22(1):31-4.
19. Cowpe J, Plasschaert A, Harzer W, Vinkka-Puhakka H, Walmsley AD. Profile and competences for the graduating European dentist - update 2009. *Eur J Dent Educ.* 2010;14(4):193-202.
20. Tate P. Soigner (aussi) sa communication: la relation médecin-patient. Bruxelles: De Boeck; 2005. 225 p.
21. Coudeyre E, Givron P, Vanbiervliet W, Benaïm C, Hérisson C, Pelissier J, et al. Un simple livret d'information peut contribuer à réduire l'incapacité fonctionnelle de patients lombalgiques subaigus et chroniques. Étude contrôlée randomisée en milieu de rééducation. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 2006;49(8):600-8.
22. Joshi H b., Newns N, Stainthorpe A, Macdonagh R p., Keeley Jr F x., Timoney A g. The development and validation of a patient-information booklet on ureteric stents. *BJU Int.* 2001;88(4):329-34.
23. Assathiany R, Kemeny J, Sznajder M, Hummel M, Van Egroo LD, Chevallier B. La salle d'attente du pédiatre : lieu d'éducation pour la santé ? *Arch Pédiatrie.* 2005;12(1):10-5.
24. Savall A, Michelet T, Bally J-N, Vallée J. Perception of health information in the general practitioner's waiting room. *Médecine.* 2018;14(1):40-5.
25. Salaschek M, Bonfadelli H. Digitale Gesundheitskommunikation: Kontext und Einflussfaktoren. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.* 2020;63(2):160-5.
26. Courbet D, Fourquet-Courbet M-P, Bernard F, Joule R-V. Communication persuasive et communication engageante pour la santé Favoriser des comportements sains avec les médias, Internet et les serious games. Press. 2013;15.
27. Ihler F, Canis M. Die Rolle des Internets für Gesundheitsinformationen in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. *Laryngo-Rhino-Otol.* 2019;98(S 01):S290-333.
28. Thoër C. Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? *Commun Rev Commun Soc Publique.* 2013;(10):1-24.

29. Faire dire: Elements bibliographiques [Internet]. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/faire_dire_references_bibliographiques.pdf
30. Talbot M, et al. Outils de communication II: la communication efficace...à votre service. Santé Canada; 2001.
31. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clin Cosmet Investig Dent. 2016;8:35-50.
32. Henry-Tillman R, Deloney LA, Savidge M, Graham CJ, Klimberg VS. The medical student as patient navigator as an approach to teaching empathy. Am J Surg. 2002;183(6):659-62.
33. Suikkala A, Leino-Kilpi H. Nursing student–patient relationship: Experiences of students and patients. Nurse Educ Today. 2005;25(5):344-54.
34. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship: Medical student attitudes. Med Educ. 2002;36(6):568-74.
35. Van den Brouck S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. La santé en action. 2017;(440):11-3.
36. Richard C, Lussier M-T. La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. Pédagogie Médicale. 2009;10(2):123-30.
37. 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. 2012;12:80.
38. Cheung A, Finegan BA, Torok-Both C, Donnelly-Warner N, Lujic J. A patient information booklet about anesthesiology improves preoperative patient education. Can J Anesth. 2007;54(5):355-60.
39. Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, Andrade V de, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. Sante Publique (Bucur). 2017;Vol. 29(6):811-20.
40. Rootman I, Ronson B. Literacy and Health Research in Canada: Where Have We Been and Where Should We Go? Can J Public Health Rev Can Sante Publique. 2005;96:S62-77.
41. Little P, Roberts L, Blowers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J, et al. Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain. Spine. 2001;26(19):2065-72.
42. Atchison KA, Black EE, Leathers R, Belin TR, Abrego M, Gironde MW, et al. A qualitative report of patient problems and postoperative instructions. J Oral Maxillofac Surg. 2005;63(4):449-56.

43. HAS. Boîte à outils - La communication et la sécurité du patient. 2016.
44. Elaborer et diffuser le livret d'accueil des personnes hospitalisées - Recommandations et propositions [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elaborer_et_diffuser_le_livret_d_accueil_des_personnes_hospitalisees_-_recommandations_et_propositions-2.pdf
45. Cuperus N, Smink AJ, Bierma-Zeinstra SM, Dekker J, Schers HJ, de Boer F, et al. Patient reported barriers and facilitators to using a self-management booklet for hip and knee osteoarthritis in primary care: results of a qualitative interview study. *BMC Fam Pract.* 2013;14(1):10.
46. Frost MH, Thompson R, Thiemann KB. Importance of Format and Design in Print Patient Information. *Cancer Pract.* 1999;7(1):22-7.
47. Livret d'accueil patient - CHU Rennes [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: https://www.chu-rennes.fr/documents/Documents/01-Hospitalisation/06-vos_droits_et_devoirs/01-droit_information_egal_acces_aux_soins_chartes/CHURennes_LivAccPatientMCO_BD_07.2019.pdf
48. Livret d'accueil des patients - Groupe hospitalier Paul Guiraud [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.gh-paulguiraud.fr/sites/default/files/2017-02/livretaccueil.pdf>
49. Le Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois vous accueille [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ch-sambre-avesnois.fr/fichs/16397.pdf>
50. Livret d'accueil patient - CHU Bordeaux [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/Patient-proches/Livret-d-accueil-patient-2021.pdf/>
51. Parodontite [Internet]. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: http://www.svmd.ch/_docs/sso/infos/pdf/parodontite.pdf
52. Brochure Parodontie Médicale [Internet]. Cabinet dentaire du Dr Véronique AMARD. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur: <https://dr-veronique-amard.chirurgiens-dentistes.fr/brochure>
53. Livret - Préparer la chirurgie de l'obésité chez l'adulte [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.ican-institute.org/wp-content/uploads/2015/02/LIVRET-PR%C3%89PARER-LA-CHIRURGIE-DE-LOB%C3%89SIT%C3%89-CHEZ-LADULTE.pdf>
54. La prise en charge de votre maladie, le diabète de type 2 [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/bd-07-059-diabete_2_mars_08.pdf
55. Periodontal gum surgery [Internet]. [cité 24 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/resources/patient-information/dental/periodontal-gum-surgery.pdf>

56. Livret - Intervention chirurgie cardiaque [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: https://www.chu-besancon.fr/fileadmin/user_upload/MEDIATHEQUE/Offres_de_soins/services/chirurgie_thoracique_et_cardio/LIVRET_intervention_chirurgie_cardiaque.pdf
57. Carnet de suivi BPCO-SPLF [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://splf.fr/wp-content/uploads/2016/03/Carnet-de-suivi_BPCO-SPLF-r-ouvert.pdf
58. Aperçu plaquette - Maladie Parodontale [Internet]. [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: https://www.sfpio.com/images/Articles/Apercu_plaquette_Mal_Paro.pdf
59. ADA - Patient Smart Perio Disease [Internet]. [cité 17 févr 2021]. Disponible sur: http://www.ada.org/en/~media/ADA/Publications/Files/ADA_PatientSmart_Perio_Disease.
60. What is periodontal disease [Internet]. [cité 21 oct 2020]. Disponible sur: https://www.adelaide.edu.au/arcpoh/dperu/cpep/pamphlets/What_is_periodontal_disease_Web.pdf
61. La maladie parodontale [Internet]. UFSBD. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/votre-sante-bucco-dentaire/la-maladie-parodontale/>
62. Fiche Conseil - Comment brosser les dents de vos enfants ? [Internet]. [cité 11 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2016/08/fiche-conseil-COMMENT-BROSSER-LES-DENTS-DE-VOS-ENFANTS-avec-video-.pdf>
63. Fiche Patient -Les gestes barrières contre les caries et les maladies parodontales [Internet]. [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2020/06/FICHE-PATIENT-Les-gestes-barri%C3%A8res-contre-les-caries-et-les-maladies-parodontales_010620-basse-d%C3%A9f.pdf
64. HSE Style guide [Internet]. [cité 8 sept 2020]. Disponible sur: https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/98048/HSE_Style_guide.pdf;jsessionid=91A903C364031181F2C13100F2144D90?sequence=1
65. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/elaboration_doc_info_patients_rap.pdf
66. Guideline on the readability of the labelling and package leaflet of medicinal products for human use [Internet]. [cité 27 janv 2021]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-2/c/2009_01_12_readability_guideline_final_en.pdf
67. Wolf HF, Rateitschak KH, Rateitschak EM. Parodontologie. Paris: Masson; 2005. 532 p.
68. Monnet-Corti V, Simonet P, Reners M. La parodontologie tout simplement. Press Edition Multimédia; 2018. 261 p. (Tout simplement).

69. Schéma dent [Internet]. [cité 2 nov 2020]. Disponible sur: <https://i0.wp.com/la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/wp-content/uploads/2018/08/sch%C3%A9ma-dent-jpg?ssl=1>
70. Pierrard L, Braux J, Chatté F. Étiopathogénie des maladies parodontales. 2020;9.
71. Davido N, Yasukawa K. Médecine orale et chirurgie orale, parodontologie. Paris: Maloine; 2016. 313 p. (Internat en Odontologie).
72. Zhang Y, He J, He B, Huang R, Li M. Effect of tobacco on periodontal disease and oral cancer. *Tob Induc Dis*. 2019;17.
73. Charon JA, Joachim F. Le diagnostic en parodontie: guide de l'examen clinique pour un plan de traitement adapté. Malakoff: Editions CdP; 2016. 91 p.
74. Dagorne C, Rangé H. Diabète et maladies parodontales. *Actualités Odonto-Stomatologiques*. 2014;267:27-34.
75. de Molon RS, Rossa Jr. C, Thurlings RM, Cirelli JA, Koenders MI. Linkage of Periodontitis and Rheumatoid Arthritis: Current Evidence and Potential Biological Interactions. *Int J Mol Sci*. 2019;20(18).
76. Zitzmann NU, Ramseier CA, Weiger R, Walter C. Pathogenèse, facteurs de risque et importance pour la santé générale. *Forum Med Suisse*. 2013;13(9):183-6.
77. Heasman PA, Hughes FJ. Drugs, medications and periodontal disease. *Br Dent J*. 2014;217(8):411-9.
78. Wang C-W (Jeff), McCauley LK. Osteoporosis and Periodontitis. *Curr Osteoporos Rep*. 2016;14(6):284-91.
79. Kumar PS. From focal sepsis to periodontal medicine: a century of exploring the role of the oral microbiome in systemic disease: Oral microbiome and systemic disease. *J Physiol*. 2017;595(2):465-76.
80. Fesquet O, Gibert P, Marsal P, Piscitello S, Orti V. Examen clinique des parodontites. 2020;9.
81. Charon J, Joachim F. Traitement des maladies parodontales [Internet]. 2017 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1780746>
82. Zunzarren Rodolphe. Guide clinique d'odontologie / Rodolphe Zunzarren,... ; en collaboration avec des enseignants de l'UFR d'odontologie de Bordeaux [préface de Véronique Dupuis]. 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. 313 p. (Pratique dentaire).
83. La brosse interdentaire [Internet]. ParoSphère. [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.parosphere.org/hygiène-orale/moyens-interdentaires/brosse-interdentaire/>

84. Evaluation du risque parodontal (PRA) - Faculté de médecine dentaire - Université de Berne - Suisse [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.perio-tools.com/pr/en/>
85. Assunção CM, Losso EM, Andreatini R, Menezes JVNB de. The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2013;31(3):175.
86. Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine*. 1999;24(23):2484-91.
87. Hahn SR. Patient-Centered Communication to Assess and Enhance Patient Adherence to Glaucoma Medication. *Ophthalmology*. 2009;116(11):S37-42.

Table des illustrations

Figure 1 : Schéma d'une dent (69)	62
Figure 2 : Schéma des 4 facteurs en équilibre pour la santé parodontale (Schéma personnel)	63
Figure 3 : Photographie endobuccale avec de la plaque dentaire (Courtoisie du Dr MERCIER)	64
Figure 4 : Photographie endobuccale avec de la plaque dentaire (Courtoisie du Dr MERCIER)	64
Figure 5 : Schéma simplifié de Kumar (79)	67
Figure 6 : Photographie endobuccale d'une récession gingivale (Courtoisie du Dr MERCIER)	68
Figure 7 : Photographie endobuccale d'une gingivite (Courtoisie du Dr MERCIER)	68
Figure 8 : Photographie endobuccale d'une parodontite (Courtoisie du Dr MERCIER).....	69
Figure 9 : Photographie endobuccale d'espaces interdentaires (flèches noires) et du sillon gingivo-dentaire (traits bleus) (Courtoisie du Dr MERCIER)	72
Figure 10 : Photographie endobuccale avant pose du révélateur de plaque (Photographie personnelle)	73
Figure 11 : Photographie endobuccale après pose du révélateur de plaque (Photographie personnelle)	73

Table des tableaux

Tableau 1 : Le type de distance selon les relations sociales (7)	33
Tableau 2 : Analyse de livrets et brochures (Tableau personnel)	43
Tableau 3 : Diagramme de suivi (Tableau personnel)	71

La communication en santé : Proposition d'une ébauche de livret patient à destination des patients de l'UF de Parodontologie de Lille
Clémentine TRAJBER - p.96: ill. 11 ; réf. 87

Domaines : Parodontologie

Mots clés Libres : Outil de communication ; Parodontologie ; Livret patient ; Information ; Méthodes

Résumé de la thèse

La parodontologie est une des disciplines en Odontologie, qui n'est pas simple à appréhender par le patient. De par ses étiologies multiples, le patient doit intégrer la multitude de facteurs locaux et généraux qui peuvent influencer et interagir avec sa santé générale, ainsi que les conséquences locales de la maladie parodontale. Le patient doit également comprendre sa part de responsabilité dans le succès de son traitement, et doit devenir un acteur de sa santé bucco-dentaire et générale.

Au sein de l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille, la relation patient-étudiants n'est pas toujours évidente à mettre en place. Les étudiants ressentent souvent des difficultés à expliquer aux patients les origines et la prise en charge de la maladie parodontale à court, moyen et long terme.

L'objectif de cette thèse est d'étudier la méthodologie de conception d'un livret patient et de créer le contenu d'un futur livret à destination des patients de l'UF de Parodontologie du service d'Odontologie du CHU de Lille, pour aider les étudiants à délivrer une information fiable aux patients sur leur maladie et permettre aux patients de comprendre et d'adhérer à la thérapeutique parodontale.

JURY :

Président : Madame le Professeur DELCOURT – DEBRUYNE Elisabeth

Assesseurs : Monsieur le Docteur AGOSSA Kevimy

Monsieur le Docteur PETIT Jérôme

Madame le Docteur DUBAR Marie