

5 NOVEMBRE 2015
Faculté de chirurgie dentaire
Université Paris-Descartes
Montrouge

15^{ème} JOURNÉE DE SANTÉ PUBLIQUE DENTAIRE

*Quelles éducations en
santé bucco-dentaire ?
(Éducation pour la santé - Éducation thérapeutique)*

ORGANISÉE PAR

La Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire
La Faculté de chirurgie-dentaire Université Paris-Descartes
Le Service de Santé publique dentaire du Conseil départemental du Val-de-Marne

SOUS LA PRÉSIDENCE SCIENTIFIQUE DE :



Madame le Professeur
Maryse WOLIKOW
Université Paris-Descartes



Monsieur le Professeur
Jean-François D'IVERNOIS
Université Paris 13

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Sylvie AZOGUI-LEVY – *U.F.R d'Odontologie-Université Paris Diderot*
Evelyne BAILLON-JAVON – *ASPBD*
Nadia BOUDRAI MIHOUBI – *LEPS, (EA 3412) – Université Paris 13*
Fabien COHEN – *S.S.P.D/.D.P.M.I.P.S – Conseil départemental du Val-de-Marne*
Frédéric COURSON – *U.F.R d'Odontologie-Université Paris Descartes*
Cyril CROZET – *LEPS, (EA 3412) – Université Paris 13*
Olivia GROSS – *LEPS, (EA 3412) – Université Paris 13*
Philippe HUGUES – *S.S.P.D/.D.P.M.I.P.S – Conseil départemental du Val-de-Marne*
Sylvie SAPORTA – *ASPBD*
Thomas TRENTESAUX – *U.F.R d'Odontologie-Université Lille 2*

15 ÈME JOURNÉE DE SANTÉ PUBLIQUE DENTAIRE

Quelles éducations en santé bucco-dentaire ?

(Éducation pour la santé - Éducation thérapeutique)

Société française des Acteurs
de la Santé publique bucco-dentaire
ASPBD
20 rue Gerbier
75011 PARIS
e-mail : aspsbd2003@yahoo.fr

Service de Santé publique dentaire
Hôtel du Département
94054 CRETEIL cedex
Téléphone : 01.56.72.70.08
e-mail : mbd.dis@valdemarne.fr

SOMMAIRE

OUVERTURE 5 **Dr Frédéric COURSON**, *Président de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire*

Marie KENNEDY, *Vice-Présidente chargée de la Petite enfance et de la PMI du Conseil départemental du Val-de-Marne*

Pr Maryse WOLIKOW, *UFR d'Odontologie – Université Paris-Descartes*

EVOLUTION DES CONCEPTS EN SANTE

Evolution des concepts de santé : les professionnels et les patients, leurs rôles et leur relation

9 **Pr Jean-Pierre DESCHAMPS**, *ancien Président du Comité Français d'éducation pour la santé et de la Fédération nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé (FNES)*

L'apport des usagers dans les recherches interventionnelles en éducation thérapeutique

12 **Olivia GROSS**, *Docteur en Santé publique - Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité - Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS), (EA 3412) ; Présidente de l'Association française des Dysplasies ectodermiques*

SANTE ORALE ET EDUCATIONS EN SANTE

Education Thérapeutique du Patient : d'abord une alliance !

19 **Dr Xavier DE LA TRIBONNIERE**, *Responsable de l'Unité transversale d'Education du Patient (UTEPE) CHRU de Montpellier*

Pourquoi et comment faire de l'EPS un outil majeur de lutte contre les inégalités sociales de santé ?

22 **Dr Stéphane TESSIER**, *Président de l'IREPS Ile-de-France*

Educations en médecine bucco-dentaire, pourquoi et comment adapter nos stratégies ?

25 **Dr Thomas TRENTESAUX**, *Maître de Conférences des Universités en Odontologie pédiatrique – UFR d'Odontologie – Université Lille 2*

EVOLUTION DE LA RECHERCHE INTERNATIONALE EN EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

28 **Pr Jean-François D'IVERNOIS**, *Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité - Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS), (EA 3412)*

EDUCATION THERAPEUTIQUE EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : APPROCHE PRATIQUE

- L'Éducation Thérapeutique du Patient en Odontologie :
Expérience pilote d'un programme en Parodontologie
au CHU de Nantes **39** **Dr Amélie ODIER**, *Chirurgien-dentiste, ingénieur en pédagogie de la santé et formatrice en santé - Nantes*
- Programme d'Éducation Thérapeutique du Patient :
« Quand la Psych...ose » : module bucco-dentaire **43** **Benoît TERRILLON**, *Cadre de Santé - Centre hospitalier La Chartreuse - Dijon*
- Place de la santé orale en psychiatrie dans les
programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient
interprofessionnels et pluriprofessionnels **46** **Dr Eric-Nicolas BORY**, *Odontologue des hôpitaux – Centre hospitalier Le Vinatier –Bron (69)*
- La personne âgée et sa santé bucco-dentaire :
l'enjeu des représentations cognitives avant
toute intervention d'EPS ou d'ETP **50** **Dr Cécile HVOSTOFF**, *Doctorante - Université Paris 13 - Sorbonne Paris Cité - Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS), (EA 3412)*

EDUCATION POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : APPROCHE PRATIQUE

- Étude qualitative, auprès de parents de jeunes enfants,
sur les impacts des actions de prévention bucco-dentaire
dans le Val-de-Marne **54** **Dr Ariane EID**, *Chirurgien-dentiste - Service de Santé publique dentaire - Conseil départemental du Val-de-Marne*
- Efficacité d'un programme de promotion de la santé
bucco-dentaire des patients schizophrènes: Etude EBENE
PHRC-I-Est 2014 **58** **Dr Frédéric DENIS**, *Odontologue des hôpitaux - Centre hospitalier La Chartreuse - Dijon*

POSTERS 61

OUVERTURE

Dr Frédéric COURSON

Président de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire

Chaque année la journée de santé publique dentaire propose un thème différent et il n'est pas facile au bout de 15 ans de dégager un thème qui n'ait pas déjà été exploré. Nous avons demandé à un large panel de membres et de partenaires quel sujet leur semblerait pertinent pour cette nouvelle journée. A l'unanimité l'éducation thérapeutique, avec la question de l'associé ou non à l'éducation pour la santé, a été plébiscitée d'une part parce que ce sujet n'avait jamais été abordé et d'autre part parce qu'il était d'actualité. Nous avons donc choisi démocratiquement de suivre l'avis du plus grand nombre.

Comme nous le verrons ce thème est à la croisée de questions sociétales, d'interrogations sur les pratiques professionnelles et de choix éthiques. La place des individus, la définition de leurs rapports et de leurs relations déterminent le fonctionnement d'une société et par là-même le fonctionnement au niveau de chaque activité. Or depuis quarante ans l'évolution des concepts régissant la santé a modifié l'approche que l'on pouvait avoir de celle-ci et en conséquence le rôle et le rapport

des différents acteurs concernés, entre autres patients et professionnels de santé. Les modèles d'interventions sanitaires ne peuvent plus être les mêmes et il convient donc d'en redéfinir les contours en s'appuyant sur des méthodes validées et éprouvées. Le modèle curatif traditionnel est dépassé depuis longtemps et l'approche doit devenir globale en privilégiant la prévention, avec autant que possible une participation des individus et des populations, et en associant le malade à sa prise en charge thérapeutique par une appropriation et une autonomie.

J'espère que cette journée organisée conjointement avec le Conseil départemental du Val-de-Marne et la Faculté de Chirurgie dentaire de l'Université Paris-Descartes vous apportera toutes les informations utiles à la compréhension et à la mise en œuvre de ces activités. Je remercie les deux co-présidents scientifiques, les professeurs Maryse Wolikow de l'Université Paris-Descartes et Jean-François d'Ivernois de l'Université Paris 13, ainsi que les membres du Comité scientifique pour l'élaboration d'un programme de grande qualité.

Marie KENNEDY

Vice-Présidente chargée de la petite enfance et de la PMI du Conseil départemental du Val-de-Marne

Monsieur le Président de l'ASPBD,
Madame la Présidente scientifique,
Monsieur le Président scientifique,

Etre acteur, réunir les acteurs, faire de chacun des acteurs,... Autant d'objectifs que nous nous assignons depuis 25 ans avec la mise en place d'un Service de Santé publique dentaire dans notre Département. C'est bien entendu la base de toute santé communautaire qui doit reposer sur l'éducation à la santé, et dans les cabinets associer l'éducation thérapeutique.

Deux faces d'une même pièce qui font l'objet de cette 15ème journée de santé publique dentaire, initiée et soutenue par le Conseil départemental du Val-de-Marne, portée par notre Service de Santé publique dentaire et par la Société française des Acteurs de la Santé publique

bucco-dentaire. Depuis quelques années ce partenariat s'est élargi à la Faculté de Chirurgie dentaire de l'Université René Descartes, ce dont nous nous félicitons.

Les acteurs de la promotion de la santé sont multiples ; d'une part, parce que leurs stratégies interpellent les usagers, les habitants, les professionnels, les décideurs, d'autre part parce que l'objet de leurs préoccupations sollicite de nombreuses compétences professionnelles. En matière de promotion de la santé, le rôle d'acteur, de l'individu à la communauté nous a toujours paru fondamental. Cette approche traverse toutes nos

activités, particulièrement celle en direction de la petite enfance. A ce niveau, notamment dans nos crèches départementales et nos centres de PMI, nous privilégions la formation des personnels et des parents, en ayant le souci permanent de l'éducation à la santé.

Pour autant, nous ne pouvons construire des protocoles et des outils adéquats, sans une bonne connaissance du milieu dans lequel nous voulons évoluer. Le bilan de santé des enfants de 3-4 ans mis en place en 2012 et généralisé depuis 2014 à toutes les écoles maternelles du Val-de-Marne y contribue en fournissant des informations affinées quartier par quartier, territoire par territoire, sur la prévalence carieuse.

Si l'on peut se réjouir qu'il existe toujours un examen bucco-dentaire à 6, 9, 12, 15 et 18 ans, et depuis peu au 4ème mois de grossesse, nous ne pouvons que déplorer la suppression de l'accompagnement de ces programmes dans les écoles en CP. C'est bien regrettable, car, vous le savez, c'est à cet âge que les indicateurs de santé et habitudes de vie rendent compte de fortes disparités selon le milieu social. Ainsi, la proportion d'enfants de cadres ayant au moins une dent cariée s'élève à 8 % contre 30 % chez les ouvriers. Les démarches et comportements liés à la prévention, comme l'hygiène bucco-dentaire, sont également très marqués socialement : si 60 % des enfants de cadres se brossent les dents plusieurs fois par jour, ils sont 47 % parmi les enfants d'ouvriers. C'est cette raison qui nous conduit à maintenir nos actions de santé publique dentaire, malgré la diminution drastique des moyens alloués par l'Etat à notre collectivité. Il m'apparaît utile de rappeler combien l'accès aux soins pour tous et les actions de prévention que nous développons sont essentielles à la vie de tous et relèvent de notre concep-

tion d'avenir de la société. Ceci d'autant que son efficacité a été prouvée, en présentant encore aujourd'hui une des meilleures santé bucco-dentaires d'Europe à 5/6 ans et à 12 ans.

Alors que s'achève la discussion sur la Loi de modernisation de notre système de santé, nous ne pouvons que constater la schizophrénie ministérielle, qui promeut dans un texte la prévention, et dans le même temps n'en donne pas les moyens.

L'éducation à la santé ne se résume pas à des messages, mais à la promotion d'un contexte favorable à des comportements adaptés en donnant des informations, en assurant le relais avec des services personnalisés, et plus globalement, en rendant plus lisible les stratégies de prévention. Plus encore, aujourd'hui, alors que nombre de citoyens vivent de grandes difficultés, en particulier d'accès aux soins, nous devons continuer à porter nos objectifs et nos exigences des moyens nécessaires à une véritable politique de santé publique dentaire en France, prônant l'éducation, la prévention et la promotion de la santé.

Mesdames, Messieurs, vous l'aurez compris, notre collectivité se réjouit du travail réalisé pour cette journée, et je vous en remercie, au nom de l'Exécutif départemental et du Président Christian Favier tout comme je remercie le Comité scientifique, l'ASPBD, la Faculté de Chirurgie dentaire et le Service de Santé publique dentaire conduit depuis 25 ans par le Dr Fabien Cohen qui a tant œuvré pour ses résultats et pour enrichir nos partenariats et nous quittera à la fin de cette année pour prendre une retraite bien méritée après cette belle mission accomplie.

Pr Maryse WOLIKOW

UFR d'Odontologie – Université Paris-Descartes

Bonjour à tous.

Je vous remercie de me donner la parole pour vous adresser ces quelques mots en tant que co-présidente scientifique et, comme cela a été rappelé, en tant que praticien en odontologie pédiatrique pendant ces très nombreuses années qui m'ont donné à la fois une vision professionnelle et générale.

Je partirai d'un constat. Pour de nombreux dentistes, leur pratique professionnelle, qu'elle soit libérale ou institutionnelle, s'exerce souvent de façon isolée et, en tous les cas, séparée du corps médical et des autres

professionnels de santé, notamment des hygiénistes-professionnels qui n'existe pas en France. Sans relancer le débat, nous connaissons tous la problématique concernant les acteurs de la santé et, dans notre profession, la carence d'autres intervenants que les chirurgiens-dentistes. Le plus souvent, le modèle dominant dans notre profession sépare la bouche du corps du patient, pour ne considérer que la dent, voire uniquement le trou dans la dent ! Il s'agit donc d'une pratique centrée sur la technique.

Votre présence ici marque votre intérêt pour une autre pratique, prenant en considération le patient face à sa santé, à sa maladie et qui choisit de le mettre au cœur de la relation. Les maladies carieuses et parodontales entraînent des séquelles nécessitant des soins d'une grande technicité. S'il est indéniable que l'acte de soin exige compétence et professionnalisme de la part du praticien, il doit se comprendre dans une globalité, dans le cadre du « prendre soin » du patient. Il renvoie également au « comment » et à un malade suffisamment autonome, engagé dans le soin.

A l'heure où la toute-puissance du praticien fait l'objet de débats, nous examinerons aujourd'hui les notions d'alliance thérapeutique, d'éducation, de renforcement des compétences des patients. C'est en nous appuyant sur la réalité de chacun, jamais tout à fait la même tant pour le patient que le praticien, que nous interrogerons les différentes stratégies de mise en œuvre de l'accompagnement. Nous nous pencherons également sur

la question du rôle de l'éducation dans la santé face aux problèmes d'accessibilité aux soins et aux inégalités sociales, thèmes récurrents aujourd'hui qui nous concernent tous. Après nous être ouverts aux données de la recherche internationale en matière d'éducation thérapeutique avec le Pr Jen-François d'Ivernois, nous nous intéresserons aux pratiques spécifiques que nous mettons en œuvre dans des contextes particuliers : la psychiatrie, le handicap, la petite enfance, la personne insulino-dépendante. Toutes ces situations, toutes vos expériences souligneront la variété des approches. Enfin, je tiens à saluer la diversité professionnelle et géographique des intervenants de ce colloque. Elle illustre l'impérieuse nécessité de mettre en commun des compétences et des expériences ainsi qu'un immense besoin de transversalité.

Je déclare donc ouverte la quinzième Journée de santé publique dentaire en souhaitant qu'elle vous soit fructueuse.

ÉVOLUTION DES CONCEPTS EN SANTE

ÉVOLUTION DES CONCEPTS DE SANTÉ : LES PROFESSIONNELS ET LES PATIENTS, LEURS RÔLES ET LEUR RELATION



Pr Jean-Pierre DESCHAMPS

Ancien Président du Comité français d'Éducation pour la Santé et de la Fédération nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé

Je présenterai de façon très générale l'évolution de la relation soignant-soigné en tentant de centrer mon propos, autant que faire se peut, sur la relation impliquant le chirurgien-dentiste. Dans ce cadre, nous aborderons plus

spécifiquement l'éducation pour la santé et son évolution au cours des dernières décennies. Nous verrons que la promotion de la santé nous offre un référentiel nouveau quant à l'éducation pour la santé et, plus globalement, aux relations entre les professionnels et les personnes. Enfin, je terminerai par un développement sur ce que l'éducation pour la santé exige en termes d'autonomie des personnes et sur les implications éthiques que cela induit.

Il existe de nombreuses images et caricatures de la relation soignant-soigné, médecin-patient. Il y a maintenant 92 ans que Jules Romains a écrit sa pièce de théâtre « Knock ou le Triomphe de la médecine » et force est de reconnaître que le Dr Knock sévit encore dans certains cabinets médicaux. Cette vision du médecin développant son acte technique sans demander l'avis du patient, en allant d'ailleurs bien au-delà du soin nécessaire, n'a peut-être pas complètement disparu, mais les choses ont quand même évolué. Dans le domaine bucco-dentaire, les caricatures sont également très nombreuses et faciles.

En 1951, les travaux du sociologue américain Talcott Parsons ont marqué une première évolution en introduisant la notion de rôles sociaux complémentaires du soignant et du patient. Cependant, cette interaction reste asymétrique et déséquilibrée, puisque le patient se borne à reconnaître le savoir et le pouvoir du professionnel : totalement passif, il en prend acte.

En 1956, deux médecins, Thomas Szasz et Marc Hollender, proposent trois degrés de relations thérapeutiques

en les situant sur un axe activité-passivité :

1. Le soignant est actif, le patient est passif.
L'exemple donné initialement est le coma. Malheureusement beaucoup de patients seront considérés comme comateux, c'est-à-dire que le soignant actif ne laissera pas d'activité au patient.
2. Le soignant dirige, le patient réagit et peut-être coopère.
La relation reste asymétrique.
3. Le soignant et le patient collaborent.
Cette situation est jugée idéale par les auteurs. Cela préfigure la notion « d'alliance » comme normalité des relations à instaurer.

En 1988, le psychosociologue français Jacques Bury montre que cette typologie d'interaction ne concerne pas seulement la relation entre un soignant et un patient, mais peut exister dans toutes les circonstances où intervient une relation entre un (des) professionnel(s) et une (des) personne(s) ou une population, dans une problématique beaucoup plus large de santé publique que celle proposée par Szasz et Hollender.

En 1934, Georges Duhamel, plus connu pour ses compétences d'écrivain que de médecin, avait défini le « colloque singulier » médecin-patient. Pendant mes études à Nancy, j'ai été bercé par l'apologie de cette approche. Cette expression était souvent complétée par la formule du Pr Louis Portes (1949), alors Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui considérait la rencontre entre le médecin et le patient comme celle d'une confiance et d'une conscience. Cet aphorisme a longtemps défini la principale modalité de la relation médecin-patient qui perdure encore aujourd'hui alors que ce concept est dépassé depuis des lustres et appartient au passé. Il signifie en effet que la confiance du patient envers le médecin est aveugle et que la conscience du médecin implique le pouvoir, ce qui promeut une relation inacceptable.

En 2013, deux chercheurs québécois, les Drs France Légaré et Holly O.Witteman, évoquent enfin la décision partagée. Ils indiquent que « *pour de nombreux patients, la consultation est le moment le plus opportun pour s'engager dans un processus de prise de décision partagée* ». Ils expliquent que « *La décision partagée est une voie prometteuse qui offre des solutions concrètes au contexte médical actuel. L'une de nos études a, par exemple, démontré qu'en misant sur la décision partagée, nous arrivons à diminuer la prescription d'antibiotiques pour traiter les infections respiratoires aiguës* ». Dans le même ordre d'idée, une étude américaine, publiée il y a une vingtaine d'années, avait montré que, chez les patients atteints de cancer, le fait de participer à la décision thérapeutique augmentait leur espérance de vie.

Ceci vaut également, à quelques nuances près, pour la chirurgie dentaire. Dans un article paru dans *l'Information dentaire* en mai 2011 Alain Amzallag et Rodolphe Cochet présentent la relation praticien-patient dans ce domaine comme « atypique » en soulignant « *qu'elle n'est pas comparable à celle entretenue avec un médecin généraliste ou spécialiste car le chirurgien-dentiste n'est pas un soignant comme les autres* ». Les différences tiennent aux conditions de déroulement de la consultation. Ainsi, en entrant dans le cabinet du chirurgien-dentiste, le patient est immédiatement dirigé vers le fauteuil, alors qu'il s'assoit d'abord devant le médecin généraliste pour lui expliquer son cas. Ils notent que « *la relation praticien-patient induit des rapports dominant-dominé que l'on croit effacés par la dimension technique de l'acte de soin. Ce modèle paternaliste, transmis par notre culture hospitalo-universitaire, perpétue des modèles de comportement obsolètes en dehors du cabinet* ». Ils indiquent que « *Proposer une alliance thérapeutique à son patient revient à prendre en compte l'ensemble de ses attentes* ».

Les relations interhumaines ont donc progressivement évolué en quelques décennies. La politique sociale et la politique de santé ont donné un rôle plus actif ou moins inactif au public. On voit ainsi apparaître les termes de participation, d'empowerment (notion malheureusement intraduisible correctement en français), d'autonomie et de démocratie sanitaire - qui paraît aujourd'hui davantage un vœu qu'une réalité. La relation soignant-soigné en clinique a donc changé, suivant en cela l'évolution de la relation entre le système de santé ou le système social et la personne ou la population, parce que la société a changé.

La marche pour les droits civiques à Washington, en 1963, illustre le réveil des populations, en particulier les plus marginalisées. De même, le mouvement

hippie appelle à un autre monde où les relations entre les personnes seraient différentes, 1968 se situant à l'apogée de cette démarche. Pendant les années soixante, une grande partie des populations, en particulier les jeunes, a exprimé cette soif de changement dans tous les pays. C'est aussi le temps de la décolonisation.

Quelles conséquences ces modifications ont-elles entraînées dans l'éducation pour la santé ? Les photos antérieures à cette période témoignent d'une réalité de l'époque. On y voit l'enseignant délivrant une leçon de santé magistrale devant des écoliers alignés et bien sages. Si vous tapez aujourd'hui le terme *Health Education* dans un moteur de recherche d'images, vous trouverez la même scène. Il semble donc que le monde n'a pas changé pour tout le monde. Il existe bien évidemment d'autres moyens d'éducation pour la santé, en particulier bucco-dentaire, notamment en direction des enfants, utilisant des méthodes plus participatives et plus joyeuses.

Un autre virage intéressant le système de santé intervient dans les années 1970. En 1969, un comité d'experts d'une quinzaine de personnes de différents pays chargé de travailler sur les objectifs de l'éducation à la santé se réunit au siège de l'Organisation mondiale de la Santé à Genève. Ce comité définit un premier objectif consistant à modifier le comportement sanitaire de la personne et de la collectivité et à renforcer les comportements favorables préexistants. Le deuxième objectif paraît plus surprenant. Il s'agit de développer chez les personnes le sens des responsabilités pour leur propre santé et celle de la collectivité, mais aussi d'accroître leurs aptitudes à participer de manière constructive à la vie de la collectivité. Enfin, l'éducation sanitaire tend à promouvoir le sens de la dignité et de la responsabilité de la personne en même temps que celui de la solidarité et de la responsabilité collective. Il est étonnant qu'en 1969, une vision globale de l'éducation pour la santé relève très nettement, comme nous le verrons ultérieurement, non seulement de la santé publique, mais aussi de son éthique.

En France, Simone Veil, grand Ministre de la Santé, introduit à cette époque les premières campagnes médiatiques en utilisant la télévision comme outil d'éducation pour la santé. L'Etat, qui jusque-là menait des actions parcellaires, prend des mesures à grande échelle. Il lance notamment en 1975, et pour la première fois, une campagne sur le tabac et, une sur le handicap avec comme slogan : « Apprenons à vivre ensemble ». Ces années ont donc été l'occasion d'une mise en question d'une éducation basée sur l'apport de connaissances, les injonctions, la passivité des intéressés. Pour que cela soit efficace, des actions de terrain indivi-

duelles ou communautaires complémentaires à l'utilisation des médias ont été mises en place, les campagnes médiatiques seules ne constituant pas une éducation pour la santé mais au mieux une information voire une communication gouvernementale. C'est également à cette époque que l'éducation pour la santé se dote de méthodes et ne repose plus uniquement sur la bonne volonté de personnes engagées dans cette démarche sans formation ni méthode. Cela suppose une évaluation, une professionnalisation permettant aux acteurs de terrain de bénéficier de formations, de conseils méthodologiques, etc. et enfin une réflexion éthique.

En 1978 se tient la Conférence d'Alma-Ata sur l'organisation des services de santé. A cette occasion est créé le vocable « soins de santé primaires ». Pour le Ministère français de la Santé de l'époque, ce concept ne présente d'intérêt que pour les pays en développement. Contrairement à la France, plusieurs pays d'Europe changent alors la dénomination de leur Direction générale de la Santé, par exemple en Direction générale des Soins de Santé primaires. Dans la déclaration finale d'Alma-Ata, les soins de santé primaires sont définis comme « *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes [...] scientifiquement valables et socialement acceptables, [...] accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation [...].* Le texte précise : « *Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* » et « *les soins de santé primaires [...] exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins, [...] et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer* ». Il s'agit là d'un changement considérable. Pour la petite histoire, cet événement, organisé sous la houlette de l'OMS et de l'UNICEF à Alma-Ata, au Kazakhstan — à l'époque en Union soviétique —, a été la première conférence internationale après Yalta réunissant Russes et Américains à un haut niveau. Un des vice-présidents de la conférence est Edward Kennedy, frère du président défunt et membre influent du Congrès ; il représentait les Etats-Unis. Ce fait illustre bien que la santé apparaissait alors comme un sujet consensuel au niveau mondial autorisant des relations entre nations au sens politique le plus large.

En 1986 la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé confirme ces tendances. Elle formule d'une part que c'est « *un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé [...]. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réa-*

liser pleinement leur potentiel de santé » et d'autre part que « *[...] les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé* ». Elle propose cinq domaines d'action :

- établir des politiques publiques de bonne santé,
- développer les aptitudes individuelles,
- renforcer l'action communautaire,
- créer des environnements supportifs,
- réorienter les services de santé.

Je terminerai ce parcours dans le temps par le Plan national d'éducation pour la santé, proposé en 2001, en France, par le Comité français d'Education pour la Santé et par la Direction générale de la Santé. En préambule, le texte précise que « *l'éducation appliquée à la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité* ». Nous sommes bien là proches de la problématique des relations entre professionnels, populations et institutions.

Je citerai enfin l'une de nos collègues du Comité français d'Education pour la Santé, qui se consacre aujourd'hui à l'éducation thérapeutique du patient, le Dr Brigitte Sandrin-Berthon. Elle propose la même chose en posant la question : Éducation à la santé, de quelle relation s'agit-il ?

- Amener les patients à respecter les prescriptions et les conseils médicaux ?
- Transmettre aux patients des connaissances sur leur maladie et leur traitement ?
- Apprendre aux patients à gérer les risques qu'ils prennent ?
- Construire avec les patients des réponses adaptées à leurs besoins de santé et à leurs attentes ?

L'éducation pour la santé implique l'autonomie des personnes. A cet égard, un rapport de l'INSERM s'interrogeait en 2005 dans les termes suivants : « *Dans quelle mesure un professionnel de la santé peut-il intervenir sur le mode de vie des personnes ? Comment (...) modifier ses habitudes en respectant son autonomie, sa liberté de choix et d'action pour son bien-être, et en limitant son ingérence dans sa vie privée ?* ». Nous pouvons en effet nous demander de quel droit nous pouvons nous immiscer dans l'intimité des personnes. Agata Zielinski, professeur de philosophie et professeur d'éthique à la faculté de médecine de Nancy, note quant à elle en 2009 : « *L'autonomie, aussi paradoxal que cela puisse paraître à première vue, est pétrie de relation, se développe dans une dynamique relationnelle* ». Cette remarque d'une philosophe est intéressante. L'autonomie ne consiste

pas à renvoyer la personne à sa solitude. Elle poursuit : « *Respecter la dignité de la personne, c'est bien la considérer comme capable de faire des choix raisonnables ; des choix qui seront bons pour elle et susceptibles d'être bons pour toute autre personne dans les mêmes conditions* ». L'éducation pour la santé et le rapport soignant-soigné renvoient donc aussi bien à une relation singulière que plurielle avec des groupes ou des populations.

En 1979, Tom Beauchamp et James Childress publient aux Etats-Unis « Les principes de l'éthique biomédicale », ouvrage basé sur le Rapport Belmont présenté peu avant. Ils font de l'autonomie de la personne le premier principe à respecter. Viennent ensuite la « bienfaisance », la « non-malfaisance » et la justice sociale. Il est utile de rappeler ici que la bioéthique ne concerne pas seulement la biologie ou les techniques médicales de pointe mais intéresse aussi la santé publique. Selon Svandra, philosophe contemporain, « *le principe d'autonomie semble être devenu aujourd'hui l'alpha et l'oméga de l'éthique médicale* » et, nous pouvons y ajouter, de la santé publique. Force est de constater, en effet, que les termes « autonomie des personnes et des groupes, droit des patients, responsabilité, solidarité » font aujourd'hui partie de notre lexique professionnel et marquent une réelle nouveauté.

J'aborderai ma conclusion par une référence au procès de Nuremberg, en 1947, où une vingtaine de médecins nazis ont été jugés et condamnés pour les expérimentations menées sur des détenus déportés. Les attendus du jugement, appelés Code de Nuremberg, ont été considérés comme le premier texte directeur d'éthique de la santé. Cependant, seul le consentement éclairé de la personne à des recherches y était évoqué. Très rapidement, les réflexions de Nuremberg ont été élargies en les appliquant aux situations cliniques et de santé publique. Elles ont abouti, en 1952, à la Déclaration d'Helsinki, qui constitue la première formulation de l'éthique en matière de santé.

Pour finir, je citerai Jonathan Mann, premier directeur d'ONUSIDA et professeur de santé publique : « *La réflexion et l'action pour les droits de la personne sont devenues indissociables de la santé publique* ».



L'APPORT DES USAGERS DANS LES RECHERCHES INTERVENTIONNELLES EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Olivia GROSS

*Docteur en Santé publique – Université Paris 13 - Sorbonne Paris Cité
Laboratoire Educations et Pratiques de santé (LEPS), (EA 3412)
Présidente de l'Association française des Dysplasies ectodermiques*

Depuis une quarantaine d'années, les déclarations successives de l'OMS insistent sur la nécessité d'accroître la participation des patients afin d'améliorer leur bien-être et l'efficacité du système de santé. Cette orientation vient d'une part du constat de l'échec des politiques et actions dites verticales (top-down) dans lesquelles les usagers ne se reconnaissent pas et qu'ils ne s'approprient donc pas, d'autre part, parallèlement, elle provient de la pression des associations, qui, dans la lignée des collectifs VIH, réclament que les usagers deviennent acteurs du système de santé tant au niveau individuel que collectif. Ces deux mouvements simultanés ont conduit à

une institutionnalisation de l'engagement des patients. Il existe différents types d'engagements des patients acteurs du système de santé :

- les patients représentants d'usagers dans le cadre de la loi de 2002 participent aux politiques de santé et à la gouvernance du système de soins au nom des associations agréées qu'ils représentent ;
- les patients experts ou disposant d'une expertise participent :
 - aux recherches et aux soins dans les services hospitaliers, les réseaux dans le cadre de l'ETP ou dans le champ de la santé mentale en tant que médiateur de santé pair.

- à la formation initiale et continue des professionnels de santé ;
- les patients lambda qui participent :
 - via le recueil d'expérience par les questionnaires de satisfaction, les enquêtes ;
 - à leurs propres soins.

C'est tout cet ensemble qui constitue la « démocratie en santé ».

Mon exposé se concentrera sur l'engagement dans la recherche et dans le soin. L'engagement des patients dans la recherche est protéiforme :

- certains s'engagent dans l'activisme thérapeutique, cherchant à stimuler les recherches biomédicales ;
- d'autres, dits « service user researchers », deviennent eux-mêmes chercheurs, souvent en sciences humaines et sociales, souvent pour travailler sur l'engagement des patients dans le système de santé ou sur la relation de soins ;
- Et enfin, il existe des recherches dites « communautaires », « collaboratives » ou « participatives » qui sont des recherches menées avec les usagers plutôt que pour les usagers.

C'est ce dernier type de recherches que je m'attacherai à évoquer ici dans le cadre d'un soin particulier qui est celui de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). L'ETP est un soin visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

La loi HPST de 2009 autorise les associations de patients à se positionner comme coordinateur de programmes d'éducation thérapeutique. De plus, émerge la figure du patient intervenant dans ces programmes en tant que co-éducateur ou aide à la conception des programmes. Elle fait l'objet de recherches financées, notamment, par la DGS, et jouit d'une reconnaissance officielle.

Cependant, cette figure de patient soulève encore des interrogations. Ainsi, dans le contexte français, le Pr Grimaldi estime que : « *le concept de patient expert est certes novateur, mais source de confusion et donc de suspicion.* » Dans le contexte britannique, pourtant beaucoup plus avancé en la matière, Armstrong décrit quant à lui : « *un manque de compréhension de ce que peut apporter l'engagement des usagers et de la manière de mettre en œuvre ces actions.* »

Il était donc intéressant d'évaluer la contribution des usagers dans le cadre des recherches interventionnelles en ETP, en apportant des réponses aux questions suivantes :

- qui sont ces usagers ?
- quels sont leurs profils (compétences, formation) ?
- quand et pourquoi leur contribution est-elle sollicitée ?

- quelles difficultés cette contribution soulève-t-elle ?

Pour ce faire, j'ai mené une recherche de la littérature à l'aide des mots clés recommandés par les chercheurs des domaines des recherches collaboratives et de l'éducation thérapeutique. Cette stratégie a rapporté 121 articles. J'ai exclu les revues de littérature ou les articles hors champs (Prévention, recherche exploratoire non-interventionnelle, recherche non-originale ou rapport d'étape d'une éducation non destinée aux patients). 32 articles ont été retenus, qui ont fait l'objet d'une analyse quantitative et qualitative.

Il est étonnant de constater combien ces publications sont récentes. Le plus ancien article date de 2007, mais l'énorme majorité a été publiée durant ces cinq dernières années. Les Etats-Unis sont le pays avoir le plus publié dans ce domaine. Les problématiques de santé couvertes concernent en grande majorité le diabète et à la marge, l'hypertension. Les populations cibles des interventions sont en général très éloignées du système de soins, culturellement minoritaires ou socialement défavorisées.

S'agissant des usagers acteurs aux côtés des professionnels, j'ai repéré quatre profils différents :

- Une personnalité hybride qui, me semble-t-il, n'existe pas en France. Il s'agit de professionnels de santé totalement immergés dans la communauté dont ils s'occupent et qui en sont d'ailleurs eux-mêmes issus ;
- les activistes militants, qui ressemblent aux leaders associatifs tels que nous les connaissons en France ;
- les leaders sociaux, qui jouissent d'une reconnaissance de leur communauté antérieure à toutes les interventions ;
- les patients lambda (real persons), membres de la communauté.

On peut regretter que les articles ne justifient jamais le profil auquel ils ont recours en fonction du type d'intervention.

Cinq types de compétences de ces usagers sont décrits :

- des compétences sociales : il est fait état en particulier de leur leadership et de leur altruisme ;
- des compétences émotionnelles : ils font preuve de réflexivité, d'empathie, de capacités à gérer les conflits ;
- des compétences interculturelles : ils sont les porte-parole de leur communauté sur laquelle ils disposent d'une véritable expertise concernant le vécu de la maladie, ses problématiques de santé, sociales, culturelles. Ils possèdent également une bonne connaissance des ressources locales à disposition et une aptitude à la collaboration ;

- des compétences pédagogiques : ils collaborent notamment à la mise au point d'outils, de messages, à leur intelligibilité, à leur pertinence et les diffusent ;
- des compétences de recherche.

Ces compétences sont souvent renforcées par des formations ad hoc. Celles-ci apparaissent très hétérogènes en termes de durée (de quelques heures à 195 heures dans un cas). Les patients y sont formés aux instruments de la recherche et aux connaissances sur la maladie. Il est intéressant de constater que, lors de ces formations, certains temps sont consacrés à la formation des professionnels par les patients, notamment sur les spécificités socioculturelles de la population cible. On se situe là dans une éthique de l'acculturation, de la co-formation où il s'agit d'apprendre les uns des autres.

J'ai distingué six phases de collaboration dans ces recherches interventionnelles :

- une phase antérieure à l'intervention, servant à l'organisation de la collaboration ;
- une phase de priorisation, où sont définis le thème de l'intervention ou de la recherche et ses critères de succès ;
- une phase de protocole, où tout est prévu y compris la logistique liée à l'intervention ;
- la réalisation de l'intervention, avec le recrutement des patients, l'action d'éducation, le recueil des données ;
- la phase d'intégration, avec l'analyse et l'évaluation ;
- la phase de dissémination, où sont diffusés les résultats à plus large échelle.

J'ai identifié 22 actions réparties en fonction de ces phases (Schéma 1). Toutes les actions ont été relevées, de celles apparaissant une seule fois (comme l'avis des usagers sur le recrutement des professionnels chargés de l'étude) à celles rencontrées le plus souvent (beaucoup d'articles rapportent des formations).

On constate que la collaboration fait l'objet d'explicitations, les usagers sont rémunérés dans un quart des situations et ils sont intégrés dans le comité de pilotage de l'intervention ou de la recherche dans un tiers des situations.

S'agissant de l'activité d'éducation thérapeutique, les usagers sont souvent acteurs dans la réalisation de l'action éducative, ils sont également très impliqués dans le recrutement des patients et dans leur fidélisation ainsi que dans l'identification des besoins éducatifs de la population cible de l'intervention.

Dans le champ de la recherche, de façon inattendue, les patients participent au recueil des données et à leur analyse alors qu'en revanche leur avis est moins sollicité quant à l'éthique de l'intervention, y compris dans la rédaction du consentement.

Les raisons pour collaborer avec les usagers se justifient essentiellement à l'aune d'une aide à la logistique, d'une aide au recrutement, d'une meilleure acceptabilité des interventions et d'une qualité des apports pédagogiques. Ces raisons correspondent donc à des principes utilitaristes visant à améliorer l'efficacité des interventions. Cependant, d'autres arguments plaident en faveur de principes d'ordre épistémologique, puisqu'il est fait état de l'excellente connaissance de la communauté des malades, des usagers et de leurs besoins permettant de réaliser des interventions sur mesure.

Un certain nombre de difficultés sont rapportées. Certaines sont d'ordre méthodologique, en particulier s'agissant de l'éthique des recherches. Ainsi, plusieurs articles soulignent que les usagers peinent à se plier aux contraintes éthiques. Par exemple, ils se passeraient volontiers du consentement ou remettent en cause l'enregistrement des focus groups.

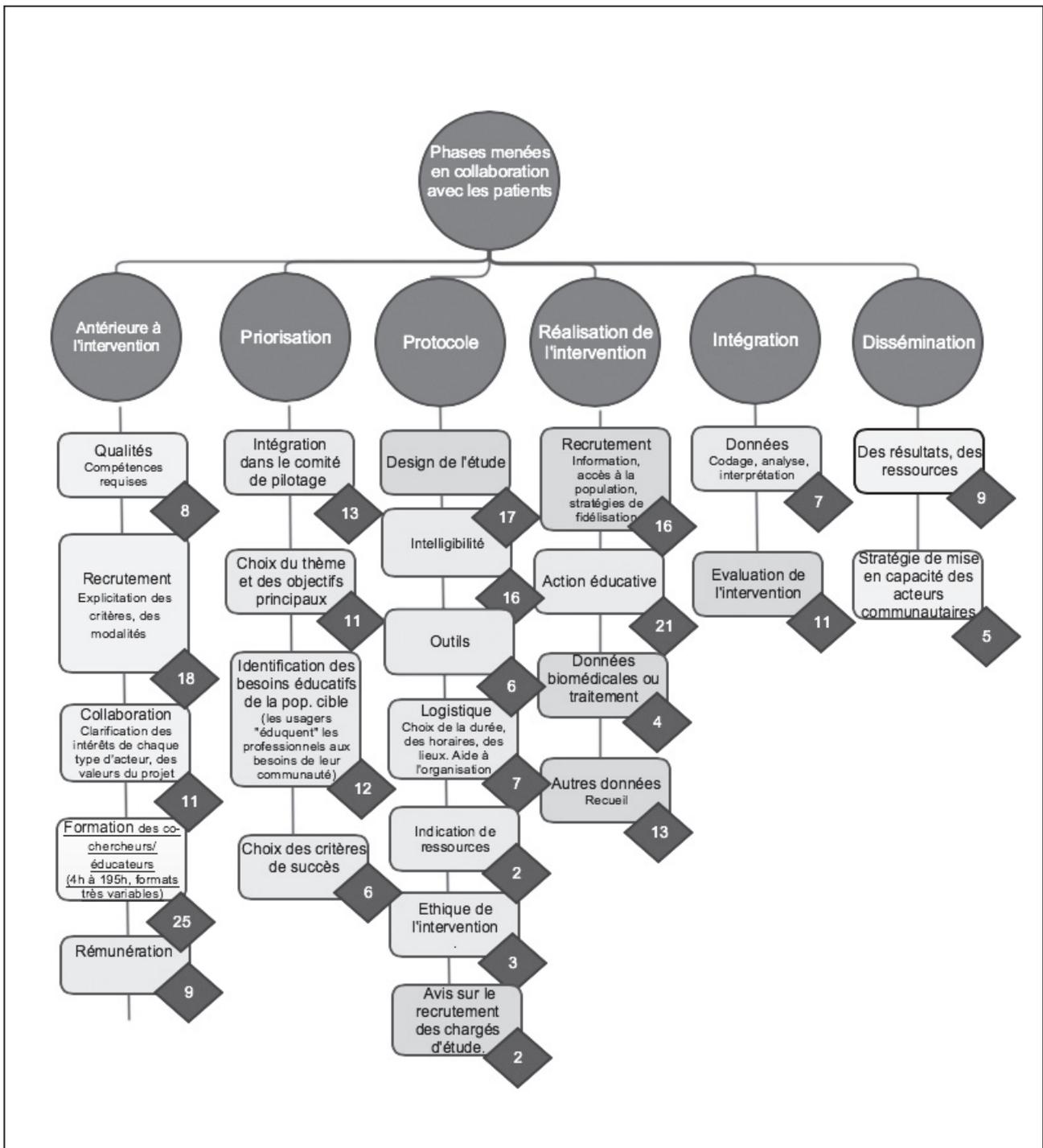
Il existe également des contraintes d'ordre organisationnel. Les interventions sont plus onéreuses car dans plus d'un quart des situations les usagers sont rémunérés. La durée des interventions se trouve majorée car elles nécessitent un temps de mise en confiance mutuelle, des phases d'échanges entre toute l'équipe pour s'assurer de l'adéquation des messages et pour promouvoir une cohésion d'équipe.

Des difficultés en termes de gestion de ressources humaines sont également relevées, car de bonnes compétences de prévention des conflits s'avèrent indispensables. Il est nécessaire de s'entendre sur les valeurs importantes pour chacun, de clarifier les rôles, de rendre en particulier toutes les décisions transparentes, notamment en ouvrant l'accès aux données et documents.

Enfin, on note des difficultés émotionnelles. En effet, le patient peut être amené à revisiter un vécu potentiellement perturbant, se sentir intimidé vis-à-vis des acteurs professionnels, voire, dans certains cas, instrumentalisé. De même, le professionnel peut ressentir une peur de perdre le pouvoir en partageant son champ de pratique et de savoir, comme il peut être perturbé par la nécessité de structurer ses connaissances pour être en mesure de les communiquer.

Il est également intéressant de connaître les raisons pour lesquelles les acteurs s'engagent dans une collaboration interprofessionnelle. J'ai donc regardé ce qui en est dit dans la littérature. Dans certains cas, il s'agit d'obtenir un meilleur équilibre des pouvoirs, ce qui peut apparaître comme une des motivations des usagers. Usagers et professionnels peuvent vouloir maximiser les chances de succès. Enfin cela permet de répondre à une pression exogène (appels d'offres, lois, effet de mode) et on peut imaginer que cet aspect motive en particulier les professionnels.

Schéma 1



Comme nous l'avons observé antérieurement, la collaboration n'est possible que s'il existe en amont une clarification des intérêts respectifs, qui peuvent être très différents les uns des autres. Par ailleurs, elle ne peut se développer que s'il existe des zones de chevauchements entre activités et savoirs des uns et des autres car celles-ci s'avèrent propices aux interactions mais cependant

aussi aux tensions puisque certains peuvent avoir peur qu'on marche sur leurs plates-bandes.

Il me semble donc indispensable que l'action de collaboration fasse l'objet d'un protocole décrivant les motivations des uns et des autres, les valeurs données à la collaboration, les modalités pratiques précises ainsi que la reconnaissance obtenue par les acteurs afin de

corriger, au bénéfice des patients, la reconnaissance académique dont bénéficient les professionnels dans leurs recherches.

Cette analyse s'est heurtée à des limites. Tout d'abord, les articles publiés ne suivent pas une trame fixe. L'absence d'actions rapportées ne signifie donc pas que celles-ci n'ont pas eu lieu. A cet égard, les données quantitatives présentées doivent être considérées avec prudence : elles servent surtout à mettre en lumière des tendances. Il est également vraisemblable que de nombreux auteurs mettent en œuvre des pratiques collaboratives sans les signaler : un effort de pédagogie dans leur direction apparaît nécessaire. Dans cette perspective, la grille présentée, bâtie sur un principe de réalité à partir des études réalisées par des professionnels de santé et d'interventions en ETP, peut proposer un cadre d'analyse rétrospectif des pratiques et constituer un guide pour les actions et leur valorisation.

En synthèse, il apparaît que, malgré certaines difficultés méthodologiques, organisationnelles, émotionnelles et de gestion des ressources humaines, la contribution des usagers peut être une réalité dans tous les aspects des recherches et des interventions en ETP. Elle améliore l'efficacité et l'ajustement épistémologique des interventions. Elle réclame, de la part des usagers, des compétences de recherche, sociales, interculturelles, émotionnelles, pédagogiques et de gestion des conflits. Enfin, elle convoque une culture de la réciprocité des apprentissages et une culture de la collaboration.

DÉBAT

Jean-François D'IVERNOIS

On ne peut soupçonner une approche par trop autocratique de la médecine de la part d'André Grimaldi. Partant du constat que les médecins se soignent mal, il interrogeait la légitimité des patients à participer à l'éducation de leurs pairs. Quelles réponses la recherche que vous avez menée vous permet-elle de formuler à cette objection ? Les patients intervenant dans les programmes d'éducation thérapeutique sont-ils eux-mêmes des « patients modèles » ou comme tous les autres ?

Olivia GROSS

La valeur thérapeutique d'un patient venant en aide à un autre reste sans égal car c'est la parole de l'expérience qui est exprimée et celle-ci a un poids particulier. Elle est complémentaire, la parole savante s'incarne dans un savoir d'expérience qui est rapporté : les mots utilisés, le vécu emportent sans doute la conviction pour certains profils de patients, si ce n'est pas approprié pour tous les patients il serait dommage de s'en priver. Sont-ils des patients modèles ? Je ne le pense pas. L'erreur est aussi riche d'enseignement. Dire « j'ai mal surveillé mon pied et j'ai été amputé » est très parlant. Toute expérience est bonne à prendre sous réserve d'une distanciation, d'un recul sur soi et que l'on identifie le général derrière le singulier : cela est réalisé en renforçant les compétences pour ce type d'intervention.

Fabien COHEN

*Chef du Service de Santé publique dentaire
Conseil départemental du Val-de-Marne*

Dans les études que vous avez analysées, avez-vous enregistré une limite à la participation du patient ?

Olivia GROSS

Si tel avait été le cas, je l'aurais rapporté. Cette question me permet de préciser qu'un certain nombre de ces recherches sont des études randomisées. On compare l'attitude de patients de même type dans le modèle traditionnel d'éducation et dans le modèle de co-éducation. Le gain est tout à fait objectif, notamment en termes de fidélisation : dans le premier cas, ils désertent le programme après quelques séances alors qu'ils vont à son terme lorsque des patients co-éducateurs y participent. Sur certains indicateurs de cette nature le résultat est flagrant, c'est la raison pour laquelle j'ai mis en exergue l'acceptabilité des programmes. La limite reste avant tout organisationnelle, car les interventions sont plus longues.

Jean-François D'IVERNOIS

Ma question s'adresse à Jean-Pierre Deschamps. Je voudrais solliciter sa réflexion sur la confrontation entre l'éthique et tout ce qui se passe autour du numérique, les

big data, les cloud santé et les objets connectés. Les moyens existent aujourd'hui de rassembler la totalité des données sur la santé des personnes. La sécurité sociale met un frein à ouvrir l'énorme quantité de données aux chercheurs par crainte que différents organismes, notamment les compagnies d'assurance, s'en saisissent. Les systèmes mis en place par les grandes surfaces permettent d'ores et déjà de connaître la consommation des clients. Il arrivera peut-être un jour que, devant l'importance de la consommation de produits sucrés, les soins dentaires soient moins remboursés. En 2014, le Ministère de la Santé avait mis en place un système de surveillance des pompes à pression positive utilisées par les patients atteints d'apnée du sommeil : s'ils ne les utilisaient pas, au bout d'un certain temps elles ne leur étaient plus fournies. Devant le tollé suscité par cette mesure, qui transformait pour la première fois la télé-surveillance en télé-flicage, le Conseil d'Etat a rappelé que le Ministère de la Santé n'avait aucune autorité pour décider du remboursement d'un soin en fonction de l'observance. Pour en revenir à la problématique de l'éthique, très aiguë autour du développement des données du big data et du numérique, comment peut-on y relier l'éducation pour la santé : bon comportement récompensé, mauvais comportement puni ?

Jean-Pierre DESCHAMPS

Il me semble difficile de répondre à l'ensemble de la problématique soulevée. La disponibilité de l'information par les médias et, plus récemment, par internet donne aux usagers un pouvoir de discussion sur leur santé avec les soignants. Cependant ceci recouvre le meilleur et le pire. S'il est positif que les personnes soient informées, il est bon que les soignants les mettent en garde sur les abus possibles de l'information. Tous les soignants sont confrontés à la nécessité d'indiquer qu'il est bien d'aller chercher l'information sur internet mais qu'il faut s'assurer de la qualité d'information des sites et se méfier des sites dont l'objectif n'est pas votre qualité de vie. Ceci constitue un élément important d'éducation pour la santé aujourd'hui commençant dès l'école avec la formation des jeunes consommateurs qui initialement concernait seulement les aliments mais s'étend maintenant aussi à internet.

Dans le domaine des objets connectés et de l'enregistrement des données, des progrès considérables ont été réalisés. Un diabétique est aujourd'hui en mesure de doser immédiatement sa glycémie. La transmission des données à une institution, l'Assurance Maladie en général, soulève effectivement un véritable problème éthique. J'ignore si l'Assurance Maladie se le pose.

Pénaliser les patients pour ne pas avoir utilisé les pompes

misés à leur disposition mérite discussion d'un point de vue éthique. Je ne considère pas a priori que l'Assurance Maladie commet un abus. Si le patient n'utilise pas le système de régulation de pression respiratoire pour ses apnées du sommeil, il semble légitime que l'institution n'en supporte pas le coût relativement élevé, sous réserve que cela se fasse dans le cadre d'une relation éducative en cherchant à connaître les raisons de la non-utilisation. Il s'agit bien là d'un problème de relations entre les patients, les professionnels de santé et l'Assurance Maladie.

Maurice CHATEAU

Président du Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Val-de-Marne

Je voulais évoquer un fait qui devrait vous interpeller. Nous sommes intervenus à la suite d'une déclaration par une patiente très choquée par le manque d'hygiène d'un cabinet où elle s'était rendue sans le connaître. Nous avons rendu visite à ce confrère, proche de la retraite, aux capacités professionnelles incontestables, qui rencontrait des problèmes personnels. Malgré l'état d'hygiène déplorable de ce cabinet, que nous avons fermé, la patientèle, qui comptait également des médecins, était nombreuse. La psychologie des patients nous a paru étonnante : ils semblaient s'être habitués à la dégradation, au fil du temps, des lieux.

Jean-François D'IVERNOIS

Vous soulevez le problème de la relation de confiance. Nous avons vu dans différentes affaires que cette confiance résiste à l'analyse par l'utilisateur.

Jean-Pierre DESCHAMPS

Je me montrerais moins pessimiste. Nous connaissons mal les raisons pour lesquelles tel patient consulte tel soignant. Qu'attend le patient du soignant : un cabinet à l'aspect irréprochable ou de l'empathie ? Où place-t-il la priorité dans son contact avec le soignant ? Cette question mérite d'être posée.

Par ailleurs, vous évoquez un problème que j'ai souvent constaté, celui des soignants malades, en particulier des médecins malades mentaux. J'ai souvent discuté de ce sujet avec mon Conseil départemental et mon Conseil régional de l'Ordre, en Lorraine. Ils s'avouent perplexes et non outillés pour faire face à ces situations où l'état mental du médecin est connu et représente potentiellement un danger pour les patients. Il n'existe pas de dispositions réglementaires pour agir : il reste le dialogue avec le soignant concerné, sans

pouvoir le contraindre, et le dépôt de plainte de patients à l'égard du soignant si tant est que des éléments puissent y donner lieu ce qui est rare. Ce problème extrêmement difficile n'a toujours pas été résolu en médecine et se pose dès les études. Des diplômes de docteurs en médecine sont délivrés à des personnes dont on sait qu'elles ont un problème de santé mentale qui peut être grave sans qu'il soit pour autant possible d'intervenir d'une quelconque façon.

Stéphane TESSIER

Vous décrivez le comportement de la grenouille placée dans de l'eau froide chauffée progressivement qui s'habitue à la température, alors qu'elle bondit si elle est plongée dans de l'eau bouillante. Jean-François soulignait tout à l'heure la substitution de la pression économique à l'éducation pour la santé. Il y a dix ans, j'ai entendu une assurance privée déclarer officiellement à une tribune comme celle-ci qu'elle menait une réflexion sur le déremboursement des prothèses dentaires si la personne ne pouvait justifier de consultations chez un chirurgien-dentiste pendant les dix années précédentes. Progressivement, la pression monte et un discours se met en place, considérant que les personnes se feront soigner si elles sont touchées économiquement, délégitimant ainsi la question éducative telle qu'elle nous a été décrite. Il s'agit, me semble-t-il, d'un problème fondamental de la société dont nous devons avoir conscience.



SANTÉ ORALE ET ÉDUCTIONS EN SANTÉ

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : D'ABORD UNE ALLIANCE !

Dr Xavier DE LA TRIBONNIERE

Responsable de l'Unité transversale d'Éducation du Patient (UTEP) - CHRU de Montpellier

Je suis parti du principe que certains connaissaient mal l'éducation thérapeutique du patient et je reviendrai donc aux bases en partant du patient plutôt que des concepts et des lois, que nous évoquerons ultérieurement. Je terminerai par les notions de posture éducative, d'alliance et de valeurs.

La terminologie « éducation thérapeutique » provoque souvent des réactions de la part des soignants. On le constate dans les formations où, sur quinze professionnels, deux ou trois s'interrogent sur ces termes. A plus forte raison, les patients peuvent aussi être interpellés. Bien évidemment, le terme « éducation » ne s'entend pas comme un formatage, un embrigadement, une information neutre qui ne serait que du contenu. Il ne s'agit pas non plus de conseil. L'éducation décrit la transmission de compétences centrées sur le patient en face de soi. Le mot « thérapeutique » insiste, quant à lui, sur l'engagement dans une démarche de gestion de la maladie. Il recouvre une notion de traitement pas uniquement médicamenteux et inclut les comportements de santé, les mesures d'hygiène, etc. L'éducation thérapeutique du patient fait partie du soin : elle ne vient pas « en plus » mais augmente la qualité du soin.

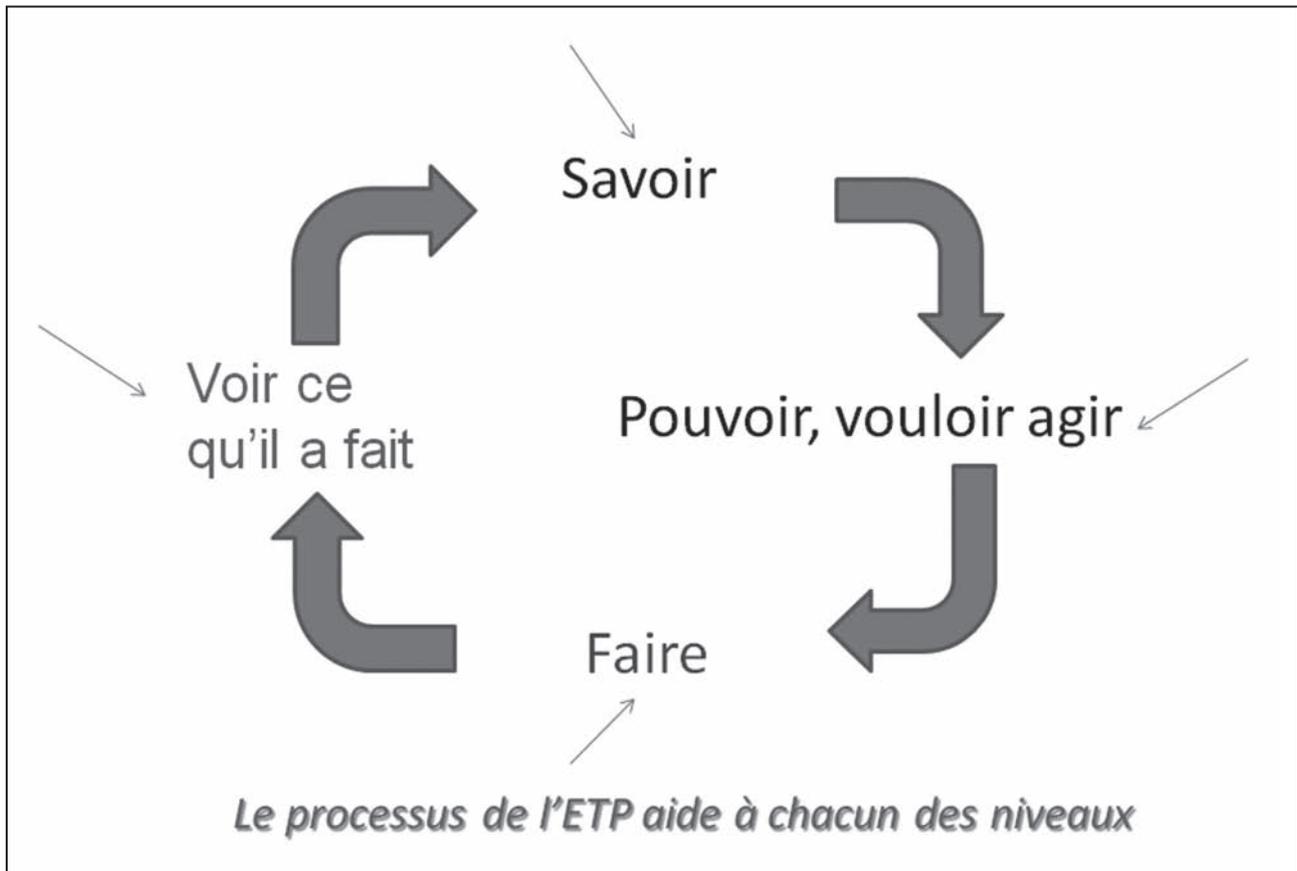
Nous nous faisons tous des représentations différentes d'un concept, d'une chose ou d'un mot. Cette notion est extrêmement importante à garder en tête, car nous avons été formatés à penser pour le patient, à deviner son besoin et nous nous trompons souvent. Le patient doit s'exprimer, et en premier lieu, doit apporter son accord. L'ETP est une proposition, et non une obligation, visant à l'aider à gérer sa maladie chronique et à l'accompagner sur le plan psychosocial pour qu'il vive au mieux la maladie et jouisse d'une bonne qualité de vie. Précisons que la finalité de l'éducation thérapeutique est que le patient vive au mieux avec sa maladie, et non qu'il devienne autonome; mais l'autonomie est une condition essentielle, philosophique et éthique pour y parvenir. De plus, l'autonomie s'inscrit dans un continuum entre rien

et tout, et chaque personne définit le niveau d'autonomie qu'elle veut atteindre.

Au début du XXe siècle, la démarche d'éducation du patient a été portée par les professions paramédicales. Elle s'est développée ensuite chez les médecins et intéresse aujourd'hui tous les métiers : les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes, les assistantes sociales, les diététiciens, les pharmaciens, etc. Comme tous les professionnels de la santé, les chirurgiens-dentistes sont concernés par l'éducation thérapeutique. Pourquoi ? Parce qu'il existe des pathologies chroniques en odontologie. Charles Mano (Éthique et Santé 2015) en donne trois exemples : l'odontologie pédiatrique avec les caries précoces de l'enfant, la parodontopathie et l'orthopédie dento-faciale avec des ruptures de traitement chez les adolescents ; Parce qu'également, beaucoup de pathologies chroniques s'accompagnent de troubles dentaires : diabète, infection VIH, etc.

Quelles sont les conditions de l'action ? Doté d'un savoir expérientiel, le patient doit savoir pour agir. Mais pour engager ce cheminement visant à gérer au mieux sa maladie et à développer son autonomie, le savoir ne suffit pas: le patient doit aussi pouvoir et vouloir agir. Également, il doit éprouver un sentiment suffisant d'efficacité personnelle et d'estime de soi pour agir pour lui, être motivé, avoir un but à atteindre. Prendre en compte sa temporalité permet au soignant de tenir un discours adéquat pour que le patient puisse acquérir les compétences dont il a besoin au bon moment. Une fois l'action émise, le patient l'évalue. Le processus du vivant peut se représenter comme une roue qui n'arrête pas de tourner et évolue dans la mesure où une nécessité se fait sentir. En résumé, on voit bien l'articulation entre ces notions de savoir, pouvoir et vouloir agir, faire, vérifier ce qui a été fait et recommencer pour avancer (Schéma 1). Le processus d'éducation thérapeutique aide à tous ces niveaux et ne se limite donc pas à la seule notion de savoir. Il intervient dans le développement du pouvoir

Schéma 1



du patient et dans l'augmentation de son sentiment d'efficacité personnelle et de sa motivation. En termes de « faire », cela consiste à accompagner le patient lorsqu'il agit : changer un comportement de santé, prendre un traitement. « Voir ce qu'il a fait » revient à développer la notion d'évaluation et d'autoréflexion du patient sur lui-même, lui permettant de s'adapter au mieux et d'avoir la vie la meilleure possible.

Dans une démarche éducative, il convient de partir des besoins explicites du patient, de ses souhaits, de ses attentes. On peut schématiquement distinguer :

- les besoins émotionnels et existentiels : être écouté, compris et aidé ;
- les besoins cognitifs : savoir, comprendre ;
- les besoins d'adaptation : vivre avec la maladie, en rejoignant les notions de pouvoir et vouloir pour mettre en œuvre un changement dans les faits.

Si, en tant que professionnels de santé, nous sommes habitués à répondre aux besoins cognitifs, nous sommes parfois moins compétents pour ce qui relève des besoins d'adaptation visant à aider le patient à développer ses différentes compétences psychosociales. Quant

aux besoins existentiels et émotionnels, nous nous y intéressons que si nous avons le temps. Pourtant, ils correspondent aux besoins définis par Maslow après les besoins physiologiques et de sécurité, à savoir les besoins d'appartenance, de reconnaissance et de réalisation personnelle. Ces derniers besoins ne sont donc pas anecdotiques et doivent faire l'objet d'une réelle attention.

Plutôt que de connaissances, nous préférons évoquer en ETP les compétences du patient. La compétence peut se définir comme un savoir-agir complexe en situation. On définit des compétences d'auto-soins (gérer sa maladie), et des compétences d'adaptation psychosociale, (vivre avec sa maladie). En miroir des compétences du patient, il est logique que le soignant-éducateur développe des compétences en termes relationnels et pédagogiques. Sur ce dernier point, la pédagogie préconisée est active et centrée sur les besoins du patient. Elle est associée à une connaissance psychologique et sociale suffisante du patient.

En ETP, la transposition de l'équation « qualité du soin = qualité technique + qualité relationnelle » aboutit

à la formulation suivante : « qualité du soin éducatif = qualité pédagogique et d'accompagnement + qualité relationnelle », d'où la nécessité de formation à la pédagogie ainsi que de réflexions et de revisitation de sa propre relation avec les patients. Cette réflexion a d'ailleurs une incidence sur le soin en lui-même.

La relation soignant-soigné met en jeu deux expertises : le savoir scientifique du soignant et le savoir expérientiel du patient. Deux intentions différentes se rencontrent. Pour le chirurgien-dentiste, il s'agit de soigner une carie, de réduire des risques de récurrence, d'éviter les troubles de l'alimentation, de restaurer une dent, de poser une prothèse, de redresser des dents, etc. Le patient s'exprimera d'une autre façon et dira : « je veux manger normalement, je ne veux pas avoir mal, je veux avoir une belle denture, des dents blanches, une bonne haleine, je veux garder mes dents ». Ces intentions exprimées de façon différente nécessitent de bien communiquer. On voit là l'importance de la relation et de l'alliance thérapeutique, qui se définit comme un espace d'humanité permettant au patient de se sentir sujet. Pour ce faire, le soignant doit chausser les lunettes du patient et tendre l'oreille, en essayant d'imaginer son monde. Brigitte Sandrin note à ce propos : « Nous sommes modifiés par nos patients au fil du temps ».

Nous évoquons ici les deux composantes de la relation :

- la confiance : confier, se confier à l'autre avec la vulnérabilité que cela induit, dans une atmosphère positive amenant une satisfaction. Cette communication de haut niveau ne se limite pas à des faits médicaux et techniques : le patient livre son récit de vie à l'autre et à cet égard, la notion de respect s'avère tout à fait essentielle ;
- l'empathie, qui peut schématiquement se définir comme la compréhension des émotions et des sentiments du patient en le lui faisant savoir. Elle permet de ressentir émotionnellement son récit de vie. Pour mieux saisir cette notion, nous pouvons nous interroger sur la situation suivante : un enfant perd son ballon rouge par la fenêtre. Vous êtes l'adulte qui l'accompagne. Vos réactions peuvent relever de quatre concepts possibles :
 - l'antipathie. Je lui dis : « c'est bien fait pour toi, je t'avais prévenu et tu perds encore ton ballon, va dans ta chambre » ;
 - la sympathie : je pleure avec l'enfant, ce qui n'est guère efficace ;
 - l'apathie. Je dis à l'enfant : « je vais t'acheter un nouveau ballon, et même deux pour que tu arrêtes de pleurer » ;
 - l'empathie. Je le prends dans mes bras et je lui dis :

« je comprends ta peine »... et je peux aussi lui racheter un ballon.

En transposant cette situation au patient, nous constatons que nous avons été formés dans nos études initiales à l'apathie alors que le patient attend de nous de l'empathie.

Pour résumer brièvement le processus éducatif porté par une équipe de soins, s'adresse à des patients atteints de maladies chroniques. A ceux-ci sont proposées des activités éducatives structurées, basées sur une pédagogie active centrée sur le patient et portée par une équipe interdisciplinaire. La situation du patient est en effet trop complexe pour qu'un seul professionnel puisse répondre à toutes les questions. Le processus éducatif vise à la fois une bonne gestion de la maladie et des traitements, l'autonomie du patient, sa qualité de vie, tout en étant en accord avec ses valeurs.

Le programme éducatif devrait être systématiquement proposé aux patients atteints de maladie chronique. Rappelons enfin qu'il est réglementé par la loi et soumis à une autorisation préalable de la part de l'ARS.

Le modèle pédagogique de l'ETP est systémique. Il comprend :

- un bilan des besoins du patient et de ses attentes en termes de savoir, de savoir-faire et de savoir-être (diagnostic éducatif) ;
- une détermination des objectifs éducatifs et d'accompagnement, définis avec le patient ;
- un plan personnalisé d'actions éducatives individuelles ou collectives, étalé sur plusieurs semaines ou mois ;
- une évaluation des acquis : vérifier ce que le patient a acquis, repérer ce qu'il a encore besoin d'acquérir.

La participation de patients à la co-construction du programme, sa co-évaluation et la co-animation est nécessaire et bénéfique.

La dynamique éducative en France est forte, bien que les besoins sont encore immenses, et loin d'être couverts. On compte actuellement 3950 programmes dans notre pays (données FIR 2014).

La transposition en chirurgie dentaire dépend du cadre professionnel. Dans un service d'odontologie, un programme éducatif peut tout à fait être porté par l'équipe; certains le font déjà. Au sein d'un cabinet dentaire en ville, il est toujours possible au chirurgien-dentiste d'adopter à titre individuel, une posture éducative, c'est à dire :

- adopter une attitude empathique : « il est bienveillant envers moi » ;
- pratiquer une écoute active et attentive au non-verbal: « il me donne la possibilité de m'exprimer » ;
- poser des questions ouvertes autorisant le récit de vie au-delà du récit de la maladie : « il s'intéresse à ce que je vis » ;
- reformuler, c'est-à-dire s'efforcer de comprendre l'autre et le lui montrer : « il s'efforce de comprendre ce que je vis, il vérifie d'avoir bien compris ce que je pense » ;
- mettre des mots sur les émotions : « il respecte ce que je ressens, il tente de se mettre à ma place » ;
- renforcer le sentiment d'efficacité personnelle afin que le patient prenne conscience qu'il est capable d'avancer dans son autonomie : « il me soutient, me motive, renforce mon estime de moi ».

L'éthique du soin repose sur des valeurs : l'humanisme, le respect, l'autonomie, la bienveillance, la responsabilité. Même si les normes médicales scientifiques sont essentielles à considérer, la norme sous-jacente en éducation thérapeutique du patient, est au bout du compte celle du patient. C'est ce que Philippe Barrier nomme « l'autonormativité ». C'est le patient qui détermine sa propre norme de santé.

En conclusion, l'ETP en odontologie est une réalité et une opportunité. Elle se base sur l'alliance dans la relation pour passer « de la tâche au prendre soin », comme l'exprime Walter Hesbeen, professeur en soins infirmiers à Louvain. Elle implique de cibler l'humain plutôt que la maladie, de faire un peu plus, ce qui relève de la générosité, et un peu mieux, ce qui revient à la finesse.

POURQUOI ET COMMENT FAIRE DE L'EPS UN OUTIL MAJEUR DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ?

Dr Stéphane TESSIER

Président de l'IREPS Ile-de-France



Les inégalités sociales de santé sont l'objet de débats à tous les niveaux et, en premier lieu, parmi les politiciens. Elles représentent, en effet, un enjeu majeur de santé publique en France et en Ile-de-France tout particulièrement, où certaines populations restent beaucoup plus favorisées que d'autres. Cet écart se traduit en indicateurs de santé et singulièrement en indicateurs de santé bucco-dentaire. Dans les quartiers prioritaires, les problématiques bucco-dentaires s'avèrent beaucoup plus importantes.

Certains déterminants responsables de cette situation sont connus : régime alimentaire très sucré, manque de connaissances, défaut d'hygiène bucco-dentaire. C'est aussi un moindre recours aux soins lié, d'une part, à l'idée prédominante — somme toute assez juste — que les soins dentaires sont douloureux et onéreux et, d'autre part, à la stigmatisation géographique de ces quartiers où la densité de praticiens est faible. Dans la ville où je travaille, par exemple, la file d'attente au centre municipal de santé, financièrement accessible, est d'un an. Tous ces éléments sont décrits. En revanche, la faiblesse

de l'auto-estime l'est beaucoup moins alors qu'elle représente la question cruciale pour ces populations en situation de précarité. « Je ne suis pas bien, je suis dans la galère, je suis pauvre » devient une notion intégrée par la personne. Cette notion de ne pas être bien c'est également la notion d'avoir une bouche en mauvaise santé. Dans les populations les plus précarisées, dans les centres d'hébergement social ou d'urgence voire en milieu carcéral, progressivement le « je suis dans la galère » se traduit par « j'ai une bouche en mauvaise santé » qui devient un indicateur d'identité violente signifiant à la société : « je ne suis pas bien ». Nombre de mes étudiants participant à la PASS bucco-dentaire de la Salpêtrière s'étonnent que leurs patients qui sont en galère ne poursuivent pas leurs soins alors qu'ils sont gratuits. En fait, ils viennent uniquement lorsqu'ils souffrent. Ils ne veulent pas soigner cette bouche tant qu'ils ne seront pas capables de dire : « je vais me soigner les dents parce que je le vauds bien ». La première étape consiste à comprendre

pourquoi cette bouche en mauvaise santé constitue un signe extérieur de galère et d'identité. La deuxième vise à permettre à la personne de surmonter ces handicaps auto-infligés. Bien évidemment, la prévention nécessite de croire en l'avenir : à quoi sert de me brosser les dents si je ne crois pas en demain ? A quoi sert de me faire soigner en anticipant d'éventuelles douleurs, si je suis persuadé que, demain, je serai malade, je n'existerai plus, je n'aurai plus envie ? C'est d'abord un esprit de volonté que l'éducation pour la santé cherche à construire.

Mais au-delà de ces aspects, il convient de ne pas négliger les inégalités sociales de santé d'ordre systémique, autrement dit qui procèdent de l'organisation du système lui-même. L'éducation thérapeutique du patient, plus encore que l'éducation pour la santé, est créatrice d'inégalités ne serait-ce que dans les processus d'inclusion. Elle fait appel à de multiples critères : le patient doit être francophone, « cortiqué », etc. De ce fait, toute une frange de la population se trouve exclue de ces processus éducatifs, augmentant les inégalités sociales de santé. Ainsi, dans le foyer de travailleurs migrants où j'interviens, nous sommes confrontés au vieillissement. Sur les 400 personnes qui y résident, 50 sont diabétiques et aucune ne bénéficie d'un programme d'éducation thérapeutique parce que ne répondant pas aux critères exigés. Autre contribution du système à l'augmentation des inégalités : les politiques de la ville destinées aux quartiers prioritaires, sont passées d'une gestion par la ville à une gestion par l'intercommunalité. Les intervenants vont devoir consacrer de plus en plus de temps à des réunions de coordination, à de la bureaucratie et finalement, ils ne seront plus présents sur le terrain auprès des populations qui en ont le plus besoin. En outre la pression économique tend à se substituer de plus en plus à l'accompagnement éducatif. Lorsqu'une assurance complémentaire propose de dérembourser des prothèses au vu de la non-consommation antérieure de soins, qui sera bien entendu concerné ? Les personnes les plus en situation de précarité qui n'auront pas eu les moyens d'aller chez le dentiste.

Malheureusement, l'éducation pour la santé n'aura strictement aucun effet sur ces inégalités systémiques.

L'EPS est une discipline contre-intuitive. Pétris par l'Éducation nationale, nous considérons que l'éducation vise à combler des lacunes, tout comme la médecine vise à soigner des malades ou la justice à punir les délits. Chaque institution dispose de son corpus de mots et d'interventions. A ceci près que l'Éducation pour la Santé ne se pratique pas à partir des éléments pédagogiques de l'Éducation nationale. Elle n'est ni paternaliste, ni verticale, ni descendante. Or nous partageons tous cette pédagogie de l'entonnoir (top-down), où un sachant déverse son savoir sur un ignorant censé l'avalier.

Les institutions en particulier procèdent par thématisation en considérant que des programmes ciblés peuvent répondre aux problèmes épidémiologiques de santé (caries, pathologies cardio-vasculaires, etc.). Or, depuis 40 ans, force est de reconnaître que les programmes verticaux — appliqués avec une grande violence dans les pays en développement en particulier — déstructurent totalement le tissu sanitaire et nourrissent la défiance de la population à l'égard du système de santé. Le Botswana, en résistant à ces priorisations et en structurant son système horizontalement, a pu gagner la confiance des populations envers le système de santé : alors qu'il est l'un des pays les plus touchés par le VIH, le sida est traité par la trithérapie et de ce fait, est considéré comme n'importe quelle autre maladie. Si l'épidémie d'Ebola s'est transformée en catastrophe, c'est parce que personne n'avait confiance dans les systèmes de santé des pays concernés.

Les grandes campagnes médiatiques comportent aussi des dangers. On se souvient tous du mouvement de panique provoqué par une communication sur la présence d'arsenic dans des aliments de consommation courante. Quelle est leur utilité ? Ces campagnes sont réalisées par des marketeurs qui visent à marquer les esprits. Toute la publicité tend à brutaliser les esprits pour que l'on se souvienne des campagnes. Les marketeurs savent aussi se glisser dans le politiquement correct, ce qui va aller dans le bon sens. Ils vont également culpabiliser pour satisfaire ceux qui ne sont pas stigmatisés. Or au malaise que provoque cette stigmatisation répond la recherche d'une « béquille » (tabac, alcool, tranxène), à l'opposé de la démarche éducative évoquée : je me sens bien, je me soigne, je me prends en charge, je respecte les recommandations parce que je le vauds bien. La fin ne justifie en aucun cas les moyens. Source supplémentaire d'inégalité, la langue représente un obstacle ainsi que le sentiment de ne pas être concerné par le message.

En 2012, l'INPES a émis une série de recommandations sur les campagnes marketing soulignant la nécessité d'éviter ces registres culpabilisants, stigmatisants, terroristes. C'était pour mieux se dédire, en 2014, avec une grande campagne sur le tabac. On voyait un lit d'hôpital vide et en voix off, une femme disait : « mon mari je te quitte parce que j'ai fumé » ou un homme disait « ma femme je t'ai bien aimé mais voilà j'ai fumé et maintenant je suis mort ». Cette campagne a d'ailleurs fait l'objet de pétitions dénonçant sa cruauté.

Il convient de distinguer l'éducation pour la santé de l'éducation à la santé. J'accorde une importance fondamentale à cette réflexion. L'éducation à la santé met les personnes dans une posture d'apprenant de dogmes autosuffisants, alors que l'éducation pour la santé constitue un processus contribuant à la santé. La

santé n'en est pas le seul objectif, c'est la construction des compétences psychosociales. L'éducation doit coûte que coûte favoriser l'auto-estime.

L'éducation pour la santé est issue du mouvement des années 60 dont l'héritage, estimaient certains récemment, devait être éradiqué pour revenir aux fondamentaux. Que sont ces fondamentaux ? Savoir lire et écrire ou bien être citoyen et savoir se comporter et juger de façon critique la véracité, par exemple par rapport aux injonctions de l'industrie agroalimentaire ? Cette question rejoint la notion fondamentale de l'éthique. De quel droit dictons-nous des comportements, singulièrement à une personne en grande précarité ? Dans quelles limites et avec quel objectif ? Attendons-nous que toutes les personnes à la fin d'une session d'éducation pour la santé se fassent soigner, se brossent les dents ou participent à un dépistage ? Ou bien attendons-nous que la personne se sente un peu mieux avec elle-même et acceptons-nous des personnes, en particulier en grande précarité, qu'elles deviennent progressivement en accord avec elles-mêmes jusqu'au jour où elles se sentiront mériter les soins et y auront recours ? Les notions d'évaluation et d'indicateurs apparaissent très différentes. L'autonomie de choix reste fondamentale et il convient de ne pas faire peser trop de responsabilités individuelles sur les populations en grande précarité. Enjoindre à une mère, qui vit du RSA, de donner à manger cinq fruits et légumes par jour à ses quatre enfants alors qu'elle ne peut leur offrir qu'un plat de pâtes revient à la culpabiliser et voue la démarche éducative à l'échec. Il est impératif que la recommandation prenne en compte l'environnement dans lequel elle s'inscrit, en adaptant le discours (reformulation), pour finalement parvenir à un accommodement raisonnable, comme l'appellent les Canadiens.

Les professionnels de la santé que nous sommes oublient que cette charte critique doit d'abord reposer sur le premier principe d'Hippocrate : ne pas nuire. Il existe ainsi une charte d'éthique en éducation pour la santé. Un de ses principes est ainsi le respect des équilibres individuels et sociaux. Il formule que tout comportement, quel que soit son impact sur la santé, représente un état d'équilibre. Avant de prétendre modifier ce comportement, il nous revient de comprendre quel équilibre il représente pour la personne afin de proposer un autre état d'équilibre où ce comportement sera absent. La caricature c'est le SDF qui boit ses dix litres de rouge par jour, lui dire d'arrêter de boire est complètement absurde. Pour cela, il faudrait être en mesure de lui proposer un autre état d'équilibre où l'alcool sera absent. Cela passera par la sécurisation. Cela rejoint mon propos sur les étudiants, désorientés face aux SDF qui cessent de se faire soigner : cette bouche en

mauvais état représente un état d'équilibre.

Pour conclure, il me semble indispensable de reconstruire une culture commune autour de ce que peut être l'éducation pour la santé. En effet, la circulaire de 2001 sur les schémas régionaux en éducation pour la santé a été complètement oubliée, laminée au profit de programmes thématiques et d'actions ciblées — la tuberculose, l'alcool, le tabac, le cannabis —. Or l'éducation pour la santé vise la construction collective de compétences psychosociales grâce auxquelles les personnes deviennent des citoyens capables de gérer leur vie et de se protéger. Ainsi, la situation d'addiction des jeunes en Ile-de-France s'est dégradée ces dix dernières années. Sans que l'on puisse affirmer que cette dégradation relève d'une telle réorientation, force est de constater que les actions ciblées n'ont pour le moins pas eu l'effet escompté !

Mobiliser la recherche en éducation pour la santé ne s'avère pas non plus un thème politiquement porteur pour de multiples raisons. Ainsi, l'éducation pour la santé, comparée aux équipements, ne coûte rien : 40 000 euros pendant un an pour un éducateur. Et ne rien coûter constitue un péché mortel dans notre société. La recherche ne se mobilise pas et les institutions peuvent considérer qu'il est possible de réaliser des économies en toute discrétion. De fait, qui va aller manifester pour la disparition des éducateurs pour la santé ? Pour celle d'une IRM oui, il y aura du monde... Il est pourtant indispensable de mobiliser le secteur universitaire de la recherche afin de démontrer que l'ETP et l'EPS, en utilisant des méthodes différentes de celles de l'Éducation nationale, peuvent engendrer des effets à moyen et long terme. Il convient donc de trouver des échéances autres qu'institutionnelles ou électorales.

Enfin, j'invite tous les acteurs que nous sommes, éducateurs et soignants, à pratiquer tous les matins notre gymnastique éthique et réfléchir sur ce qui nous légitime à nous infiltrer dans la vie de nos contemporains, jusqu'où on a le droit d'aller, et où faut-il s'arrêter pour préserver leur libre arbitre.



EDUCATIONS EN MÉDECINE BUCCO-DENTAIRE : POURQUOI ET COMMENT ADAPTER NOS STRATÉGIES ?

Dr Thomas TRENTESAUX

*Maître de Conférences des Universités en Odontologie pédiatrique
UFR d'Odontologie - Université Lille 2*

De nombreuses pathologies bucco-dentaires peuvent aujourd'hui être évitées. Les facteurs de risques sont

connus et l'éducation pour la santé bucco-dentaire est indiquée. Elle a fait ses preuves tant dans une approche populationnelle qu'individuelle. Ainsi, chez les enfants de 6 et 12 ans, l'indice carieux a fortement diminué depuis une trentaine d'années, sous l'effet conjugué de recommandations pour l'usage de fluorures et de l'éducation pour la santé renforcée en milieu scolaire. À l'échelle individuelle, les résultats s'avèrent également très importants. Une initiative comme l'examen bucco-dentaire a permis d'inciter au dépistage précoce. La participation est de l'ordre de 50 % à 6 ans. Ce taux a également progressé de 4 % entre 2011 et 2012 pour les jeunes adultes âgés de 18 ans avec une augmentation du recours global à un chirurgien-dentiste. Cependant, les enfants déjà sensibilisés restent les plus nombreux à consulter un chirurgien-dentiste, même si des progrès ont été enregistrés parmi ceux qui n'en avaient pas l'habitude.

Pour autant, et malgré les efforts déployés, les résultats restent très insuffisants. Ainsi, une enquête menée dans le cadre du projet de l'Alliance pour un futur sans carie montre qu'aujourd'hui 9 Français sur 10 ont déjà souffert d'une carie et 8 sur 10 de plusieurs bien qu'ils aient été informés que les caries dentaires peuvent entraîner des répercussions sur l'ensemble de l'organisme. À l'échelle mondiale, les résultats n'apparaissent pas meilleurs. L'OMS signale que 60 à 90 % des enfants scolarisés et la majorité des adultes dans les pays développés présentent des caries dentaires, ce qui fait de cette pathologie le troisième fléau mondial. Les conséquences sont extrêmement importantes non seulement pour le patient, mais aussi pour la société en termes économiques. Néanmoins, 1 Français sur 2, et notamment les jeunes, ne change rien à ses habitudes après une carie.

Diverses raisons expliquent l'efficacité seulement partielle de l'éducation pour la santé bucco-dentaire. Tout d'abord, elle repose souvent sur une information délivrée à l'occasion d'une consultation chez le chirurgien-dentiste, de manière orale, sans support. L'augmentation des supports, parfois disponibles chez les

chirurgiens-dentistes, permettrait de renforcer la rétention de cette information. Outre leur contenu, les messages sont souvent formulés sur un ton injonctif ou prescriptif, empreint d'un jugement de valeur parfois culpabilisant. Par ailleurs, le patient consulte dans une situation de stress où il lui est beaucoup plus difficile de retenir l'information. Ensuite, le praticien y consacre un temps proportionnel à la réceptivité qu'il perçoit chez le patient : moins celui-ci se montre réceptif, plus l'information sera brève. A cela s'ajoute la question centrale de l'addiction au sucre. Des études ont montré l'implication des mêmes circuits neuronaux dans la dépendance aux drogues et au sucre. Il est donc difficile d'imaginer, comme pour les drogues, régler ce problème dont souffrent certains adolescents en une seule séance d'information.

Il existe pourtant une volonté d'amélioration avec, d'une part, l'évolution de la relation soignant-soigné, du modèle paternaliste à la décision partagée avec un discours plus orienté vers la négociation que l'interdiction et, d'autre part, des interventions plus précoces et la répétition des messages. Néanmoins, les représentations changent peu, comme on le constate en interrogeant un panel d'adultes qui considèrent pour plus de la moitié que tout le monde aura forcément au moins une carie dans sa vie, la considérant encore comme une fatalité.

Parallèlement, avec l'allongement de la durée de vie, les maladies chroniques augmentent. Environ 15 millions de personnes en souffrent aujourd'hui en France. A certaines d'entre elles (diabète, asthme, hypertension artérielle, etc.) sont associées des répercussions au niveau bucco-dentaire. Même si les liens ne sont pas toujours clairement établis, l'OMS considère que « la forte corrélation entre plusieurs maladies bucco-dentaires et des maladies non transmissibles chroniques est principalement due à des facteurs communs de risque ».

Parallèlement, certaines pathologies bucco-dentaires deviennent chroniques dans les groupes à risque, c'est-à-dire pour des populations en situation de vulnérabilité. La carie dentaire chez le jeune enfant constitue ainsi un facteur prédictif majeur de développer des caries

à l'âge adulte ou adolescent. L'exemple de cet enfant de 5 ans qui a été soigné sous anesthésie générale et que l'on retrouve 8 ans plus tard avec un état bucco-dentaire tout aussi dégradé (Photos 1 et 2), confirme que la pathologie carieuse, chez ces patients, s'installe dans la chronicité.

Photo 1



Photo 2



Ces constats nous obligent à changer de paradigme et à repenser nos stratégies éducatives. Nous ne sommes plus face à des pathologies aiguës que l'on pouvait traiter de façon simple et ponctuelle, pour lesquelles les facteurs de risque étaient connus et certainement simplifiés à l'extrême, mais face à des pathologies qui s'installent dans la durée avec des comorbidités associées importantes. Le modèle curatif seul, basé sur le soin technique, n'apparaît plus efficace. Le nouveau paradigme nous oriente vers une approche biopsychosociale prenant en compte un patient dans son environnement, ses difficultés en termes de recours aux soins, de parcours de santé et ses difficultés sociales. Cette évolution nous invite à réfléchir autrement à notre pratique, en passant de l'art dentaire à la médecine bucco-dentaire, et nous engage à considérer la prise en charge du patient d'une façon plus globale.

Dans ce changement de paradigme, la subjectivité de la maladie intervient également. Canguilhem, médecin et philosophe, a montré que la même maladie peut avoir des répercussions pour certains alors qu'elle ne représente pas un obstacle à la vie pour d'autres. Nos patients ont des normes, des hiérarchies de valeurs et des représentations différentes auxquelles il convient de porter attention pour pouvoir établir une relation conduisant à un changement de comportement plus favorable à une bonne santé bucco-dentaire. J'ai moi-même constaté, en demandant à une patiente de 26 ans, polycariée, de positionner sa situation bucco-dentaire sur une échelle de gravité, le décalage existant entre ma représentation de chirurgien-dentiste et sa représentation subjective. C'est précisément au sein de cet espace de travail qu'il est possible de développer l'éducation thérapeutique. L'éducation thérapeutique nécessite un accompagnement sur le long terme dans le but de développer des compétences, de renforcer, modifier voir remplacer les comportements en place et d'en adopter d'autres, plus favorables. Cette éducation thérapeutique s'intègre dans le parcours de soin. Elle associe soin et éducation. Cette éducation thérapeutique s'adresse à nos patients qui ne répondaient pas à l'éducation pour la santé et pour lesquels nous avons besoin d'un accompagnement, d'un développement des compétences et l'utilisation d'outils spécifiques. (Schéma 1).

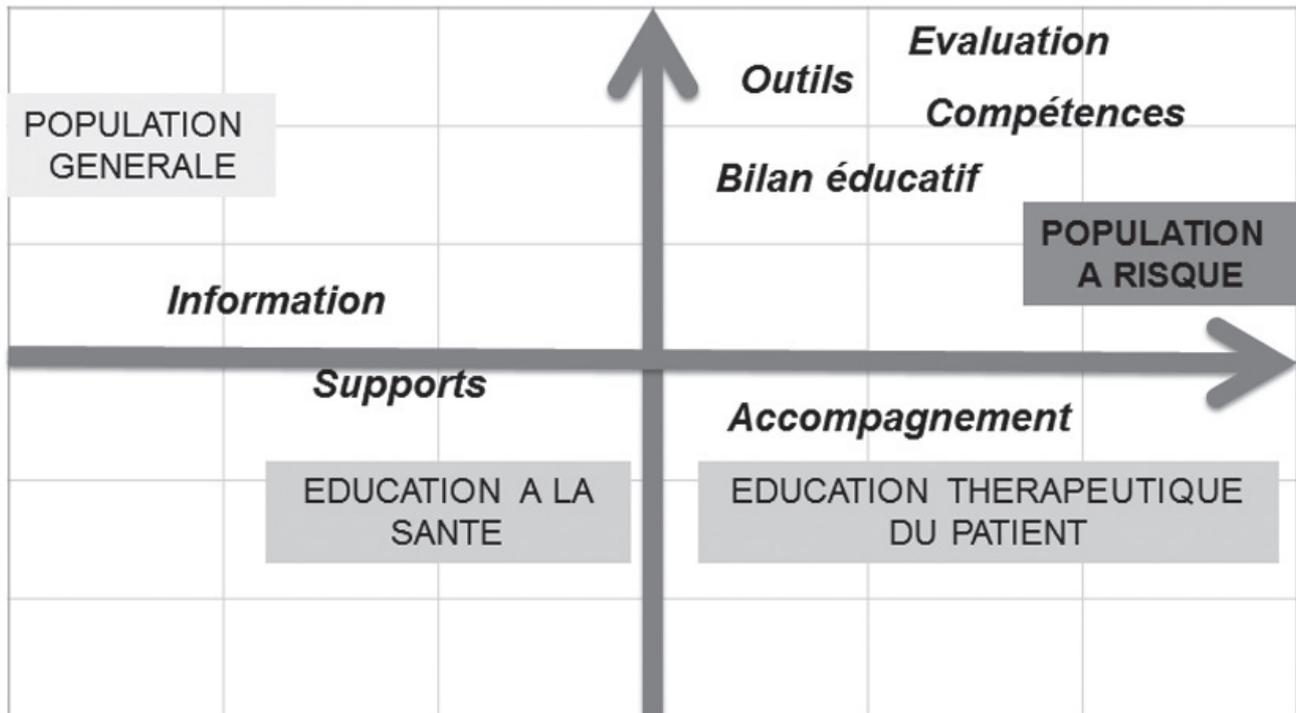
De manière schématique, il existe trois portes d'entrée pour l'éducation thérapeutique en médecine bucco-dentaire : les maladies chroniques avec des facteurs de risque communs, les problématiques bucco-dentaires chroniques et les populations à risque. Il y aura bien sûr des liens entre ces trois éléments.

L'exemple le plus cité en matière d'éducation thérapeutique c'est celui du diabète. Il représente le modèle historique. On sait aujourd'hui que la parodontite constitue la sixième complication du diabète et qu'il existe une relation à double sens entre le diabète et les pathologies bucco-dentaires. Il paraît dès lors assez simple pour un chirurgien-dentiste d'intégrer dans un programme d'éducation thérapeutique sur le diabète un volet bucco-dentaire. D'autres pathologies, comme la sclérodermie, pourraient être aussi citées.

La carie précoce de l'enfant fournit un autre exemple. Sa reconnaissance comme maladie chronique permet de développer un programme d'éducation thérapeutique entre la première consultation et l'anesthésie générale dans le but d'instaurer une modification de comportement et d'éviter l'écueil de la récurrence carieuse.

Dans une approche populationnelle, l'éducation thérapeutique concerne les enfants, les personnes âgées, les patients porteurs d'un handicap, de troubles psychiatriques ou encore les personnes privées de liberté.

Schéma 1



Penser une éducation thérapeutique en médecine bucco-dentaire nous oblige à nous remettre en question. Il s'agit de :

- repenser notre approche du patient ;
- modifier notre rapport au temps ;
- prendre en compte l'environnement ;
- disposer de lieux dédiés ;
- travailler en pluridisciplinarité.

Les nombreux obstacles à cette éducation sont liés à :

- la formation des éducateurs et des praticiens ;
- l'écriture des programmes et leur reconnaissance par les ARS ;
- le développement d'outils ;
- les patients.

En forme de conclusion, je vous invite à vous impliquer dans l'éducation thérapeutique qui apporte des résultats très intéressants et qui se structure actuellement dans nos disciplines. Les obstacles sont nombreux, la route est semée d'embûches mais les expériences qui vous seront présentées dans les communications montrent que cet engagement est possible en médecine bucco-dentaire.

ÉVOLUTION DE LA RECHERCHE INTERNATIONALE EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Pr Jean-François D'IVERNOIS,

*Université Paris 13 - Sorbonne Paris Cité
Laboratoire Éducatifs et Pratiques de Santé (LEPS), (EA 3412)*



Depuis plus de trente ans, mes collaborateurs et moi-même œuvrons à développer le concept d'éducation thérapeutique. Les débuts ont été un peu difficiles, car lorsque nous allions à la rencontre des sociétés savantes, nous étions accueillis avec sympathie mais scepticisme. La question récurrente était alors : Qu'est-ce qui nous prouve que ça marche ? Qu'est-ce qui nous prouve que c'est efficace ? Aujourd'hui, on ne se pose plus cette question car chaque spécialité médicale dispose d'un corpus suffisamment important d'articles qui montrent qu'effectivement, sur tel ou tel critère, l'éducation du patient est efficace. De nos jours, ce sont d'autres types de décideurs, à des niveaux plus élevés, qui nous demandent d'apporter les preuves de l'efficacité de cette pratique.

Avec mon collaborateur Vincent de Andrade, nous nous sommes donc attelés à apporter une réponse, même partielle, à cette question, non pas en revoyant la littérature comme nous le faisons régulièrement, discipline par discipline (diabète, asthme, bronchite etc...), mais en nous intéressant aux résultats quantitatifs, sur la base d'une analyse bibliométrique. Pour cela, nous ne sommes pas entrés dans le détail des articles, mais avons considéré le volume de l'ensemble des publications, la quantité d'articles publiés et la typologie des recherches.

Je vous présenterai successivement les objectifs de cette étude, les résultats de l'analyse bibliométrique, puis une analyse qualitative des tendances de la recherche en éducation du patient, obtenue à partir de l'ensemble de la littérature.

Les objectifs

La recherche avait pour objectifs de vérifier l'existence d'une progression en volume du nombre d'articles de recherche sur l'éducation du patient dans les maladies chroniques, de dégager les caractéristiques des publications et d'analyser les perspectives de recherche en éducation du patient.

La méthode

Ce type de travail comporte dès le départ un handicap, puisque l'éducation du patient porte des noms différents dans la littérature internationale. Le terme le plus fréquent est celui de « patient education ». Les Américains, qui sont de très gros producteurs de recherche en éducation des patients, utilisent plutôt le terme de « self-management ». En Europe, nous préférons celui de : « therapeutic patient education ». Lorsque vous interrogez les bases de données pour mener une recherche bibliographique, vous pouvez utiliser à la fois les termes de « patient education », « self-care » et « self-management », qui sont synonymes dans la littérature. Nous avons mené notre recherche sur plusieurs banques de données, dont bien sûr PubMed, en priorité, ainsi que sur Scopus et CINAHL. Pour être certains que le terme « éducation du patient » ne soit pas simplement mentionné une fois dans le corps de l'article mais entre bien dans notre analyse, nous avons pris la précaution de comptabiliser les articles dans lesquels le terme « éducation du patient » était cité à la fois dans le titre, dans le résumé et dans les mots-clés.

Les résultats de l'analyse bibliométrique

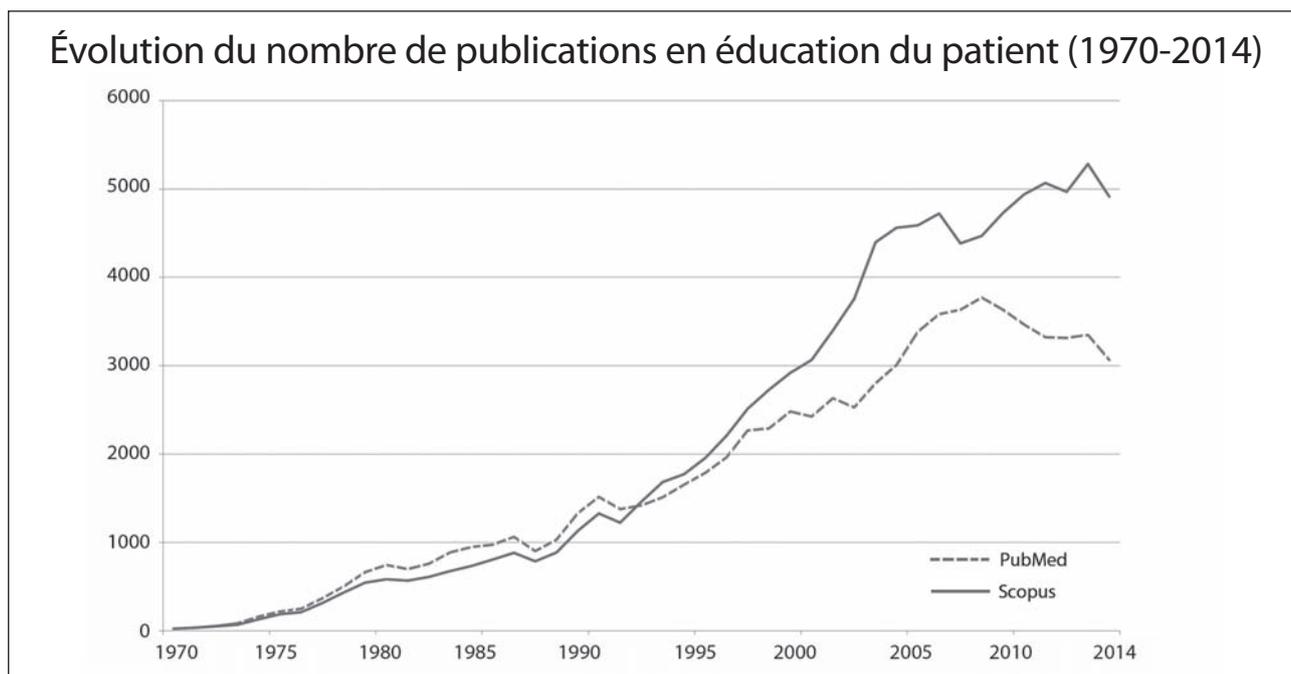
La recherche s'étend sur près de quarante ans, de 1970 à 2014. Notre analyse porte jusqu'en 2014, les publications de 2015 n'étant pas encore enregistrées dans les banques de données. Le graphique 1 montre qu'avant 1970 l'éducation du patient ne fait pratiquement pas l'objet de recherches, mais que par la suite la progression est impressionnante. La courbe continue correspond à Scopus et celle en pointillés, à PubMed. La banque de données Scopus recense davantage de publications que PubMed car elle est plus ouverte, en particulier sur les sciences humaines et les sciences infirmières, alors que PubMed est centrée sur les publications médicales. De 1970 à 2014, PubMed enregistre 77 854 articles publiés

sur l'éducation du patient, dans plus de 5 000 journaux, alors que Scopus enregistre 113 522.

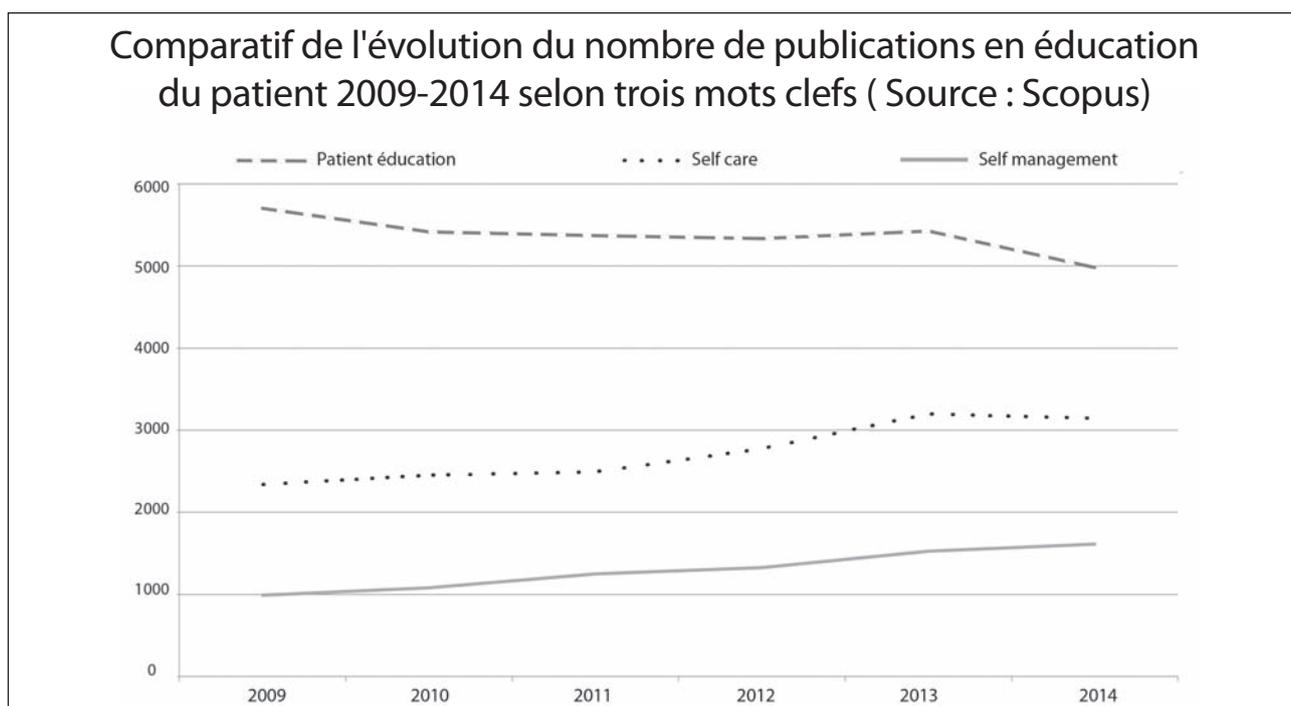
La progression est prodigieuse. Sur PubMed, de 1970 à 2014, elle est à hauteur de 13 827 %, alors que l'ensemble des publications médicales ne progresse que de 441 % au cours de la même période. On constate donc un véritable engouement de la communauté scientifique pour le concept d'éducation du patient. Pour

répondre à l'objection selon laquelle les mots-clés utilisés pour la recherche pourraient influencer les résultats, nous avons cherché à savoir si les données obtenues en volume dépendaient des termes utilisés : le graphique 2 montre des courbes de progression similaires avec l'emploi des termes : « patient education », « self-care » ou « self-management ».

Graphique 1



Graphique 2

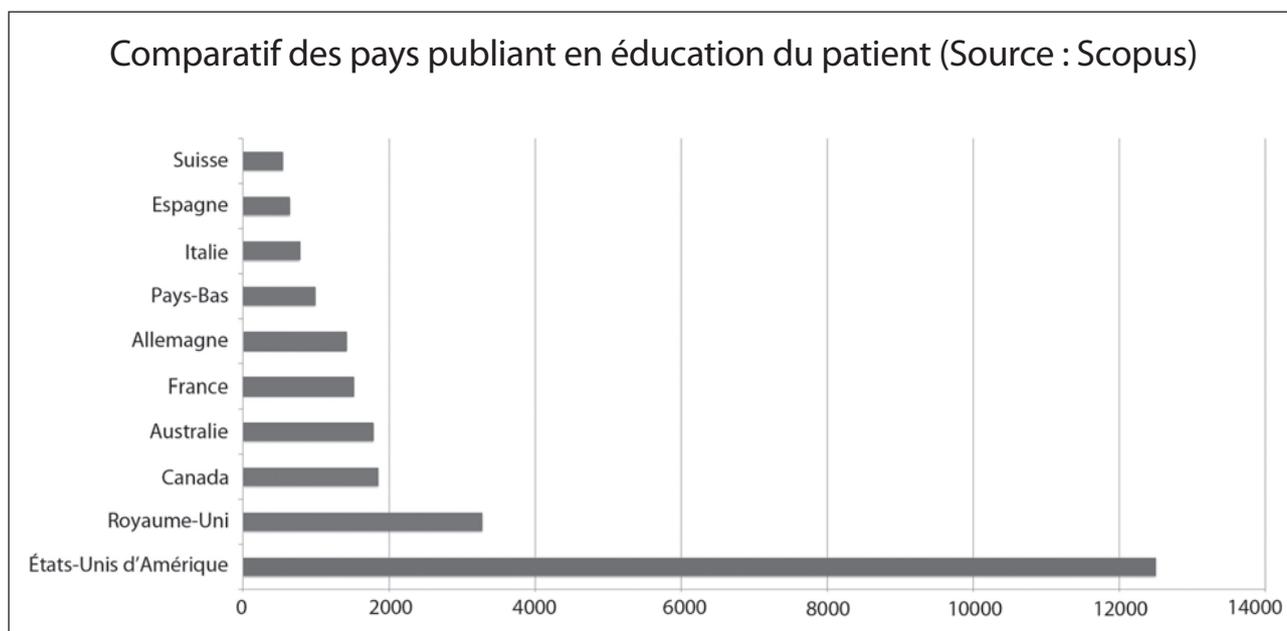


Nous pouvons alors nous demander quels sont les pays qui publient le plus sur l'éducation du patient (Graphique 3). Le pays qui publie le plus- et de très loin - sont les Etats-Unis d'Amérique. Certaines des valeurs sous-tendues dans le concept d'éducation du patient correspondent, en effet, au système de valeurs nord-américain, telles que l'autonomie ou le « faire par soi-même ». D'autre part, les américains ont développé très tôt des politiques dites de : « disease management », ou de gestion du système de santé par maladie. Le concept d'éducation du patient est plutôt anglo-saxon, puisqu'après les Etats-Unis se trouvent le Royaume-Uni, le Canada, l'Australie, puis l'Europe, avec la France, qui est le premier pays d'Europe pour ces publications. La

cartographie montre clairement que l'Europe et l'Amérique du Nord sont les plus gros contributeurs mondiaux de la recherche scientifique sur l'éducation du patient.

Nous avons souhaité analyser plus finement l'évolution de la recherche en éducation du patient en comparant une recherche que nous avons réalisée sur la période 1999-2009 avec la période ultérieure : 2009-2014 (Tableaux 1 et 2). La première colonne comptabilise le « total des publications » sur les maladies chroniques, et la deuxième concerne les études centrées sur l'éducation du patient. Pendant la première période, 1999-2009, la discipline qui publiait le plus sur l'éducation du patient était, de très loin, l'endocrinologie.

Graphique 3



Mais considérant le total des disciplines médicales ayant produit 1 337 000 publications sur les maladies chroniques, au cours de la période 1999-2009, on observe que 13 000 d'entre elles, soit 1 %, concernent l'éducation du patient. En comparant avec la période 2009-2014, on constate une baisse globale de la proportion d'articles sur l'éducation du patient par rapport aux articles publiés sur les autres aspects des maladies chroniques, puisque la recherche en éducation du patient ne représente plus que 0,53% de la production scientifique. Ce fléchissement est observé à partir de 2010.

Nous allons nous intéresser maintenant au rapport entre maladies chroniques et éducation du patient sur la période 2004-2014 (Tableau 3). Certaines maladies,

telles que l'hémophilie ou l'apnée du sommeil, concentrent un plus grand nombre de publications sur l'éducation du patient que d'autres, l'asthme par exemple. Nous pouvons penser que l'asthme fait l'objet d'un plus faible nombre d'études car les résultats déjà obtenus sont considérés comme suffisants pour ne pas avoir à continuer à défricher la voie. Alors que la drépanocytose intéresse particulièrement les chercheurs en matière d'éducation du patient, les problèmes liés à l'obésité sont moins présents. Nous ne disposons pas des chiffres sur les accidents vasculaires, mais une augmentation est néanmoins constatée. Le nombre de publications varie donc selon les disciplines mais aussi selon les maladies. L'attention du chercheur se porte ainsi plus ou moins fortement sur l'éducation du patient.

Evolution des publications en éducation du patient (disciplines) / publications sur les maladies chroniques. Comparaison (Source : PubMed)

Tableau 1. (1999 - 2009)

Disciplines	Total ≠ études MC	Total ≠ études EP	Ratio (%)
Endocrinologie	206 046	4 050	1.96
Pneumologie	98 069	1823	1.85
Néphrologie-Urologie	39 584	523	1.32
Infectiologie (SIDA)	63 597	782	1.22
Psychiatrie	207 422	2 376	1.14
Dermatologie	16 067	139	0.86
Rhumatologie	165 155	1 234	0.74
Cardiologie et maladies cardiovasculaires	315 430	1 789	0.56
Gastro-entérologie	56 982	290	0.50
Neurologie	90 008	441	0.48
Hématologie	77 525	129	0.16
Total	1 335 885	13 576	1.01

Tableau 2. (2009 - 2014)

Disciplines	Total ≠ études MC	Total ≠ études EP	Ratio (%)
Endocrinologie	181 742	2 368	1.30 ↘
Pneumologie	230 971	1 334	0.58 ↘
Néphrologie-Urologie	128 462	733	0.57 ↘
Infectiologie (SIDA)	45 474	366	0.80 ↘
Psychiatrie	263 106	1 739	0.66 ↘
Dermatologie	188 503	1 343	0.71 ↘
Rhumatologie	43 064	478	1.11 ↗
Cardiologie et maladies cardiovasculaires	441 354	2 438	0.55 =
Gastro-entérologie	300 356	820	0.27 ↘
Neurologie	502 136	2 087	0.42 ↘
Hématologie	138 167	285	0.21 ↗
Oncologie	639 472	2 545	0.40
Total	3 102 807	16 536	0.53 ↘

Tableau 3

Evolution des publications en éducation du patient par maladie (2004-2014) (Source : PubMed)

	Progression des publications sur les maladies chroniques (%)	Progression des publications en éducation du patient (EP)
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	+133,32%	+3,94%
Apnée du sommeil	+79,66%	+44,00%
Asthme	+49,09%	+0,69%
Rhinite allergique	+72,26%	+14,29%
Migraine	+17,79%	+4,73%
Démence vasculaire	-5,84%	En hausse
Insuffisance cardiaque	+99,81%	+2,06%
Cardiac ischaemia	+13,85%	+1,44%
Lupus érythémateux disséminé	+58,05%	+77,78%
Psoriasis	+145,79%	+62,50%
Drépanocytose	+69,04%	+100,00%
Hémophilie	+53,74%	+44,44%
Hépatite chronique	+76,04%	+16,00%
Rectocolite ulcéreuse	+117,52%	+43,75%
Dyslipidémie	+12,46%	+1,47%
Obésité	+204,98%	+1,04%
Insuffisance rénale chronique	-1,03%	+1,59%
SIDA	-42,21%	+1,54%

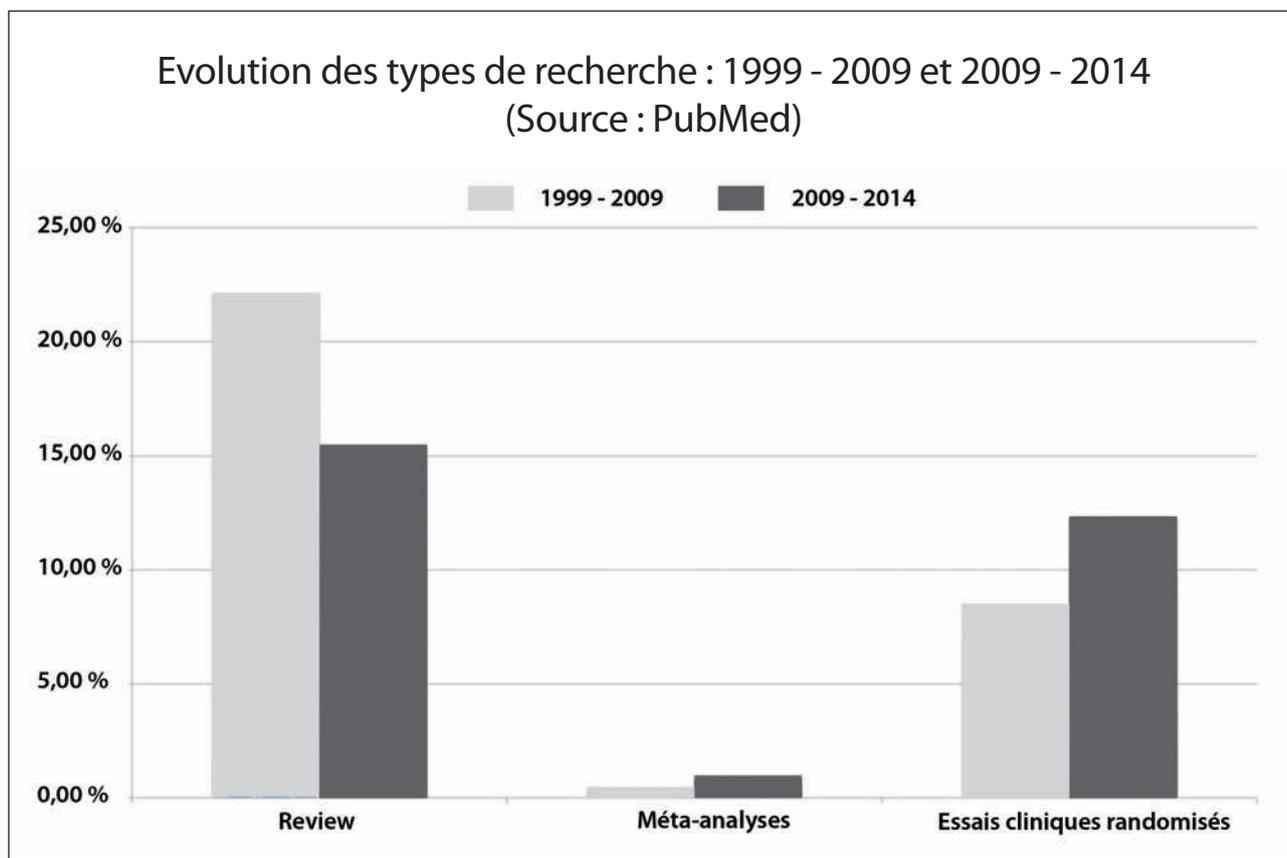
De quelles sortes de publications s'agit-il ? La grande majorité des publications sont des revues de littérature (Graphique 4). Sur les deux périodes comparées, à savoir 1999-2009 et 2009-2014, les méta-analyses connaissent une progression, ainsi que les essais cliniques randomisés. De 1970 à 2014, on compte plus de 13 000 revues de littérature, plus de 6 000 essais cliniques randomisés et 397 méta-analyses. Par comparaison, des thérapeutiques médicamenteuses qui auraient justifié près de 400 méta-analyses, comme c'est le cas avec l'éducation du patient, ne sont pas nombreuses ; il suffit qu'il en existe deux ou trois pour qu'elles soient considérées comme étant vérifiées. Une question d'ordre épistémologique se pose alors sur cette sorte d'acharnement à vouloir « sur-démontrer » que l'éducation est efficace ! S'agissant d'une thérapeutique non médicamenteuse, et d'une pratique complètement inhabituelle par rapport à la tradition pharmacologique installée depuis deux siècles, il était probablement inévitable qu'il faille insister vraiment pour montrer que les résultats étaient réels. Il est en effet inhabituel de soigner par l'intelligence de l'émotion partagée.

Au cours de la décennie 2004-2014, en odontologie, on retrouve dans Pubmed mention de 335 références, dont 55 revues de littérature, 4 essais randomisés contrôlés.

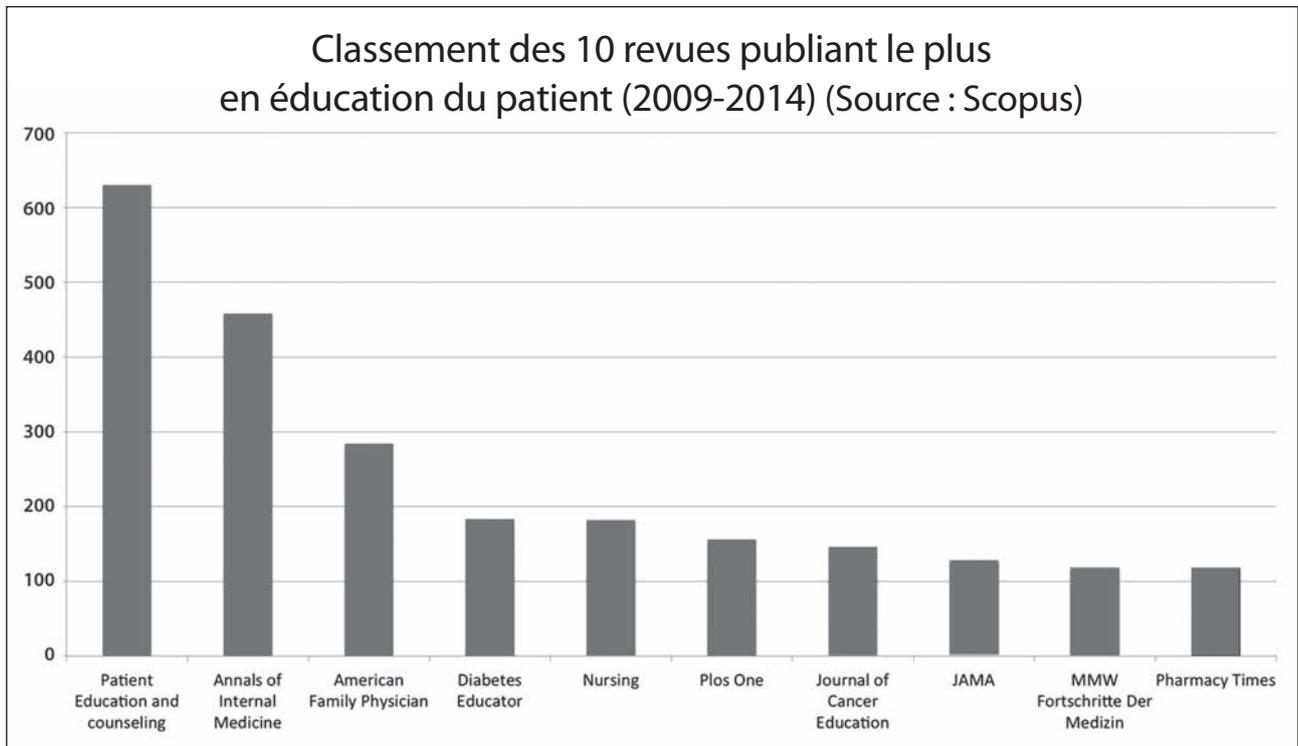
Quelles sont les dix revues qui publient le plus sur l'éducation du patient ? Sur la période 2009-2014, la revue la plus prestigieuse en ce qui concerne l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique, Patient Education and Counseling, se situe en première ligne, juste devant de grandes revues de médecine, telles que Annals of Internal Medicine. (Graphique 5)

L'éducation thérapeutique du patient est une appellation nouvelle par rapport à celle de « patient education ». Elle date du rapport de l'OMS sur l'éducation thérapeutique, publié en 1998. A partir de cette date, la progression des publications sous l'appellation « éducation thérapeutique » est identique à celle sur l'éducation du patient (Graphique 6).

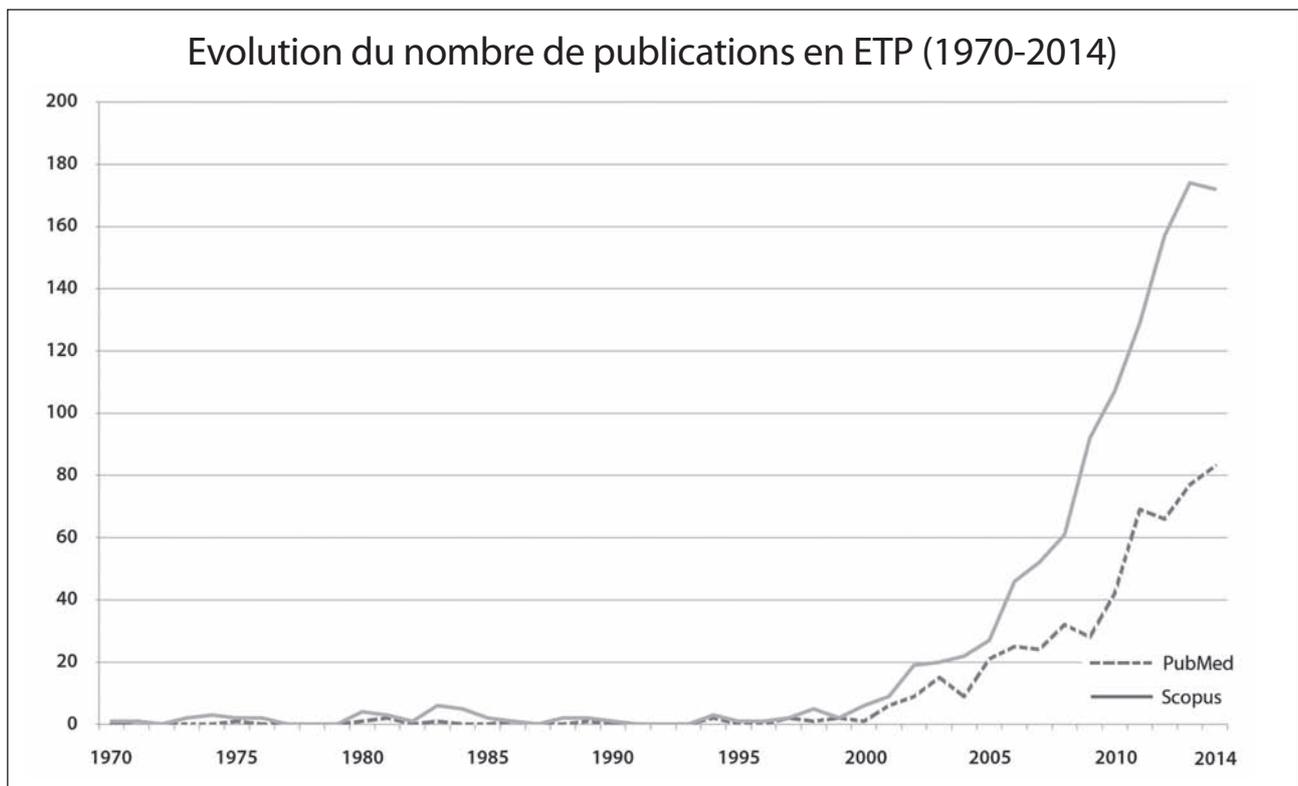
Graphique 4



Graphique 5



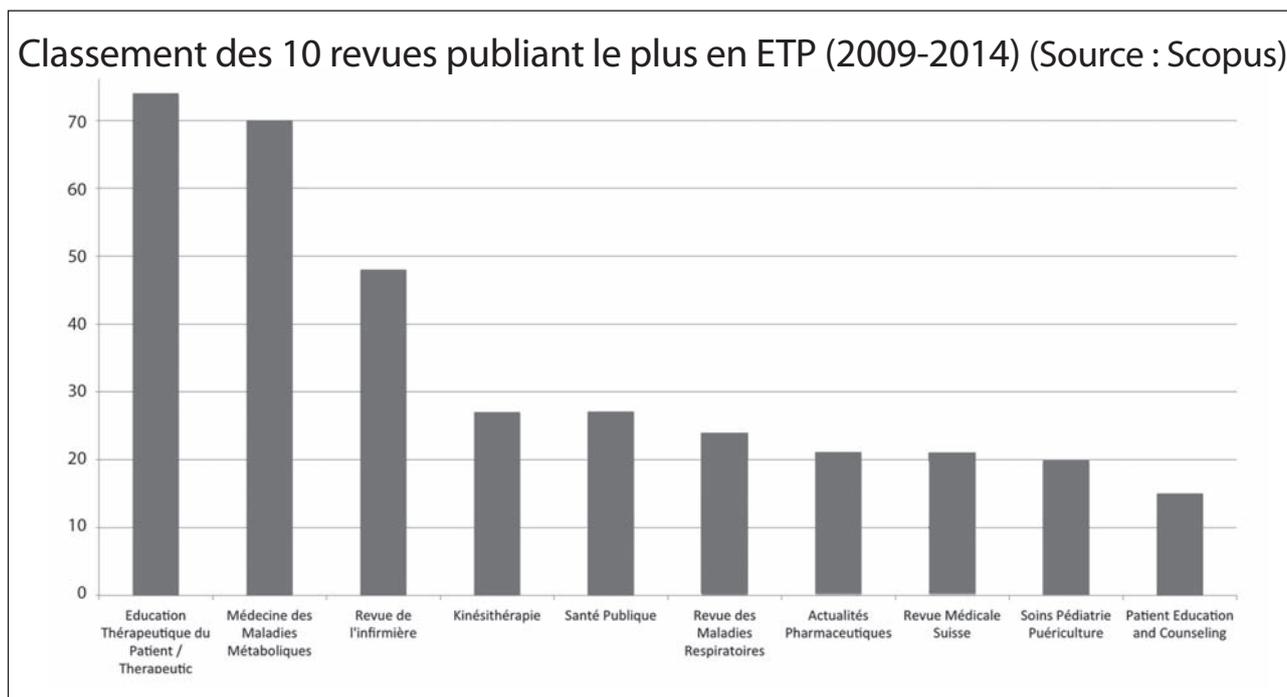
Graphique 6



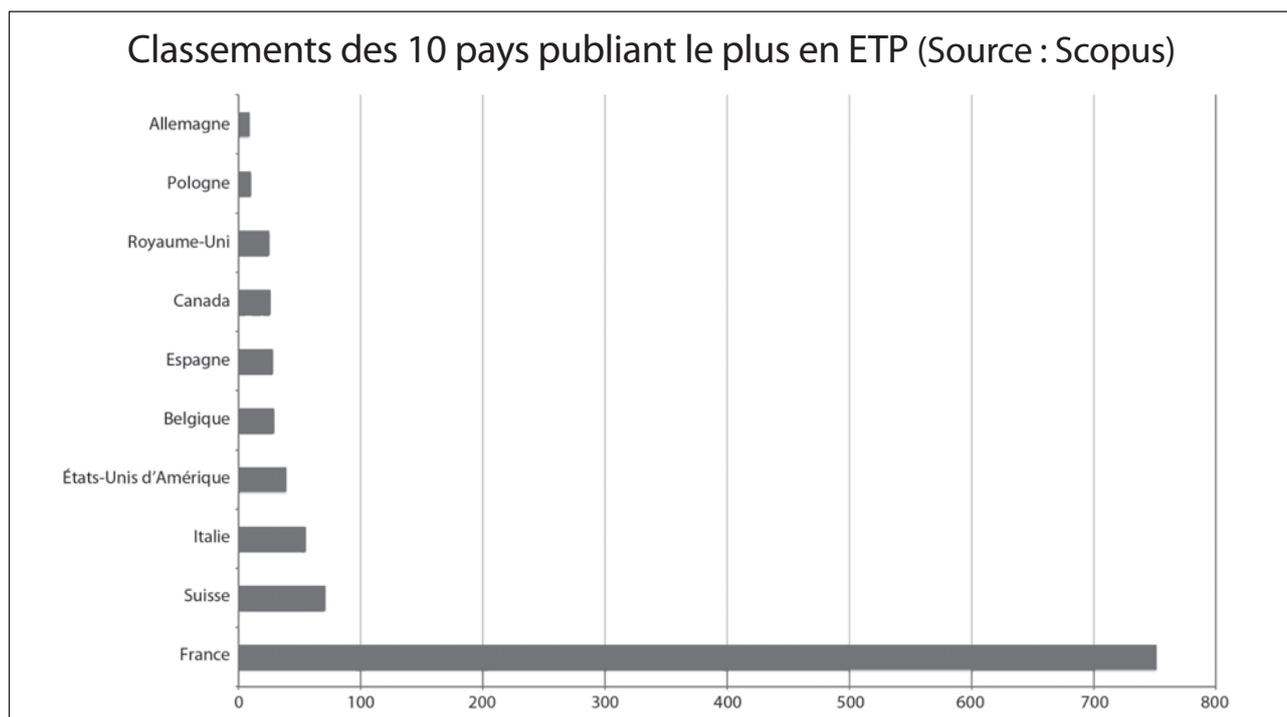
En termes de revues, L'Education Thérapeutique du Patient est au premier rang, suivie de Médecine des Maladies Métaboliques (Graphique 7). Les pays qui publient le plus avec l'appellation « éducation thérapeutique »

sont la France, puis la Suisse et l'Italie (Graphique 8). La cartographie montre que la production scientifique en matière d'éducation thérapeutique du patient est largement concentrée en Europe.

Graphique 7



Graphique 8



En synthèse, la production scientifique en matière d'éducation du patient a connu un grand bond en avant ; cette pratique est actuellement scientifiquement légitime. Nous pouvons désormais le démontrer au moyen des milliers de publications et des centaines de méta-analyses réalisées. Nous pouvons passer à l'étape suivante, qui consiste à se demander comment fonctionne l'éducation du patient, quelle méthode est la plus adaptée (en tête à tête ou en groupe, en mêlant les deux, ou par Internet ?) Il s'agit de savoir aussi ce qu'il reste d'une éducation initiale sans suivi ou accompagnement. L'ensemble de ces questions doit être exploré. On passe donc progressivement d'une recherche sur l'efficacité à une recherche sur l'efficience.

Analyse qualitative

L'analyse qualitative que nous présentons est basée sur l'expérience de notre laboratoire en matière de revues de littérature. Les études plus nombreuses se retrouvent dans des revues de sciences cliniques, qui s'intéressent aux bénéfices biocliniques d'un programme d'éducation du patient, à court et à moyen terme. Il s'agit alors de savoir si le patient se porte cliniquement mieux, c'est-à-dire si ses paramètres cliniques et biologiques se sont améliorés. D'autre part, les différentes stratégies d'éducation du patient font l'objet d'évaluation, à travers des essais randomisés contrôlés qui comparent les différents modes d'intervention. Enfin, les rapports entre l'observance thérapeutique et l'éducation thérapeutique sont spécialement investigués.

Les sciences humaines et sociales sont présentes dans la recherche sur l'éducation thérapeutique.

Les sciences de l'éducation, plus particulièrement la pédagogie de la santé, s'intéressent tout d'abord à l'intelligibilité, c'est-à-dire à ce que les patients apprennent et comprennent. En particulier, il s'agit de savoir si la culture en santé du patient (ou health literacy) est un obstacle qui peut être surmonté, s'il est possible d'éduquer des patients dont la health literacy est faible. D'autre part, notre laboratoire est particulièrement engagé dans la recherche sur l'éducation des patients pluri-pathologiques, car si l'on sait éduquer un diabétique ou un asthmatique, on sait moins bien le faire dans le cas d'un diabétique asthmatique hypertendu et souffrant de troubles cardiaques... Or avec le vieillissement de la population, le nombre de ces patients pluri-pathologiques augmente considérablement. Est-il pertinent de leur faire suivre des programmes d'éducation successifs, ou n'est-il pas préférable d'imaginer des programmes adaptés à leur état ? Comment organiser, sur le plan pédagogique, ces programmes ? Comment regrouper des personnes qui ne souffrent pas des mêmes maladies ?

Il s'agit là d'un véritable défi. Nous nous intéressons également à de nouveaux modèles d'évaluation de l'éducation thérapeutique, sachant que ceux existants n'ont pas donné entière satisfaction.

La psychologie de la santé est une discipline présente dès le départ de l'éducation thérapeutique. Les psychologues de la santé s'intéressent aux modifications des états mentaux et cherchent à savoir si l'éducation thérapeutique améliore des dimensions telles que l'estime de soi, l'auto efficacité, le coping. Ils s'intéressent aussi aux états psychopathologiques : l'éducation thérapeutique permet-elle de diminuer le stress, l'anxiété, la dépression ? Ils s'intéressent enfin aux jugements des patients : l'éducation améliore-t-elle leur qualité de vie, leur donne-t-elle satisfaction ? Enfin ils considèrent les représentations en santé : l'éducation modifie-t-elle ces représentations ou bien celles-ci lui font-elles obstacle ? La sociologie de la santé est également impliquée, dans la mesure où les recherches sur la transformation du patient en nouvel acteur de santé (patient expert/patient éducateur/e-patient...) sont nombreuses. Le fait que le patient devienne partenaire et que grâce à l'éducation une alliance puisse être envisagée entre soignants et soignés, témoigne, en termes sociologiques, du passage du patient consommateur de soins en producteur de soin, d'objet de soin en sujet. Ce changement mérite d'être investigué, d'autant que de l'autre côté, la transformation du soignant-soignant en soignant-éducateur pose aussi de nombreuses questions. Les associations de patients deviennent des partenaires incontournables dans l'éducation des patients. Et, bien sûr, nous devons aussi considérer les inégalités sociales de santé et les obstacles socioculturels qui font barrière à l'éducation thérapeutique du patient.

Dans le domaine de la santé publique, l'accessibilité à l'éducation thérapeutique constitue un véritable problème. Il ne faudrait pas que celle-ci renforce les inégalités sociales de santé. Les malades chroniques sont très nombreux, ne serait-ce que les diabétiques, et ils devront être éduqués tous, en dehors des hôpitaux, lieux privilégiés pour l'éducation des patients. Une nouvelle offre éducative devra être créée sur le territoire avec probablement de nouveaux intervenants et aussi des niveaux de compétences différents (par exemple, entre un patient qui doit apprendre à gérer une pompe à insuline ou un traitement insulino-requérant et le diabétique inaugural qui prend des comprimés). Il convient donc d'envisager des niveaux d'éducation différents et d'assurer une meilleure répartition des actions d'éducation sur le territoire. Dans ce domaine, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) réalise, sur l'ensemble du territoire national une éducation thérapeutique itinérante en se rapprochant des besoins des populations qui n'ont pas accès à l'éducation.

Comment l'organisation du système de soins peut-elle désormais compter avec l'éducation thérapeutique ? Les analyses médico-économiques révèlent une réduction de la mortalité, liée à l'éducation, en ce qui concerne particulièrement l'insuffisance cardiaque et pour plusieurs autres maladies chroniques un retardement des complications, une réduction du nombre de crises et des durées d'hospitalisation, ce qui entraîne un abaissement des coûts de santé, même si au départ, l'éducation coûte cher.

Conclusion

Les perspectives de recherche dans le domaine de l'éducation du patient se situent à la frontière de plusieurs disciplines, à la fois cliniques, économiques,

sociales, des sciences humaines et même juridiques. Leur nature multi/interdisciplinaire convoque des méthodes d'investigation et d'analyse différenciées, aussi bien qualitatives que quantitatives. Ce champ particulièrement riche mobilise des personnes de disciplines qui n'avaient pas nécessairement l'habitude de travailler ensemble.

QUESTIONS

De la salle

Pouvez-vous apporter une précision sur l'une des courbes que vous avez montrées où l'on constate une progression suite à l'intervention de l'OMS ? Une très légère augmentation des publications est observée au début des années 1980. Comment s'explique cette progression et pourquoi ne s'est-elle pas poursuivie à ce moment-là ?

Jean-François D'IVERNOIS

Comme nous dirions en radiologie, il s'agit d'un artefact. C'est lié à la manière dont sont gérées les banques de données. L'analyse bibliométrique n'est pas aussi précise qu'une analyse chimique en spectrophotométrie. Les banques de données récoltent des articles dans un certain nombre de revues, mais elles interrogent ou pas les mêmes revues. Ainsi, certaines revues apparaissent dans la banque de données Scopus, qui est la banque de données d'Elsevier, et pas dans pubmed alors qu'on trouvera des mêmes revues, par exemple le Jama, dans toutes les banques de données. Il se produit parfois des superpositions et des effets liés à l'équation de recherche utilisée. Il est par exemple possible qu'une interrogation de la banque de données portant sur le mot-clé « therapeutic patient education » recueille des articles contenant à la fois les termes « patient education » et « therapeutic ». Pour l'extraction, l'article est considéré comme portant sur « therapeutic patient education ». Il s'agit d'un problème technique. L'analyse bibliométrique est je ne dirais pas rudimentaire mais assez grossière.

De la salle

Cela ne reflète pas seulement les propositions de publications, mais aussi l'acceptation de la part des revues. En 1983, ma proposition d'une publication sur l'éducation thérapeutique des patients bushmen exposés à la tuberculose a été refusée car considérée comme trop « exotique ». En effet, on considérait à l'époque que les Bushmen étaient « inéducables ». Une analyse dans d'autres secteurs que PubMed et Scopus, dans les sciences de l'éducation par exemple, révélerait-elle d'autres tendances ?

Jean-François D'IVERNOIS

Pour simplifier et ne pas alourdir la présentation avec les chiffres, nous n'avons mentionné que les deux plus importantes banques de données dans le monde, à savoir PubMed et Scopus. Mais nous avons par exemple également interrogé PsycInfo, banque de données qui recueille des articles de teneur psychologique, ainsi que Sign@l, banque de données de l'ensemble des recherches sur Internet. Elles donnent des résultats tout à fait comparables. Nous avons également interrogé la littérature grise, à travers la banque de données Worldcat, qui recense les livres. La progression constatée est également impressionnante. Sur la période 1970-2014, 1 695 livres ont porté sur l'éducation du patient.

En interrogeant les différentes bases de données, telles que Open Grey, consacrée notamment aux thèses et mémoires, ou Worldcat, sur les livres, ainsi que celles consacrées aux articles, on constate un mouvement général qui rend compte

de l'intérêt de la communauté scientifique pour cette pratique. Très peu d'interventions médicamenteuses génèrent une telle masse de tentatives de preuves. Pour autant, elles ne sont pas toutes concluantes et certains essais contrôlés randomisés montrent que la méthode ne fonctionne pas. Dans de nombreux cas, des défauts méthodologiques sont constatés.

Nous vivons dans la culture des chiffres, selon laquelle ce qui est vrai est ce qui est chiffré. Je réalise de la recherche quantitative, donc le chiffre, mais aussi qualitative. Le besoin d'apporter des preuves chiffrées amènera à se servir d'instruments qui génèrent des chiffres, tels que des questionnaires et des échelles validés statistiquement, auxquels on soumet les patients. L'élargissement, lié à l'envie de mesurer le plus de chose possible, de ces questionnaires, qui portent sur des thèmes comme la qualité de vie, l'anxiété, le stress, l'état dépressif, aboutit du fait du répondant à des conclusions paradoxales. Il ressort ainsi que la dépression peut s'améliorer parallèlement à l'augmentation du stress, selon des correspondances qu'il est difficile d'expliquer et à propos desquelles les auteurs s'engagent dans les discussions. Un entretien semi-directif bien conduit auprès même d'un nombre plus réduit de patients offre des résultats beaucoup plus intéressants, exacts et pertinents.

De la salle

Le nombre d'appel d'offres en éducation thérapeutique du patient a-t-il augmenté au cours des dix dernières années ?

Jean-François D'IVERNOIS

Nous avons bénéficié d'un appel d'offres, que nous n'avions pas imaginé, de l'INCA en oncologie. Qu'est-ce qui va générer un appel d'offre ? Une transition épistémologique. Par exemple, en cancérologie, les chimiothérapies peuvent désormais être réalisées à domicile, ce qui implique l'éducation des patients. Du coup il faut savoir en quoi éduquer, qui éduquer et comment et cela fera l'objet d'un appel d'offres. Cela peut-être souvent un questionnement, entre autres autour de l'observance. Par exemple cela peut être le constat que les malades du sida ne sont pas totalement observants, alors qu'il existe des thérapeutiques, de même pour les épileptiques ou les schizophrènes, qui pourraient mener une vie normale s'ils prenaient leur thérapie. Ces questions se retrouvent dans les appels d'offres et génèrent de la recherche.

EDUCATION THERAPEUTIQUE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE : APPROCHE PRATIQUE



L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN ODONTOLOGIE : EXPÉRIENCE PILOTE D'UN PROGRAMME EN PARODONTOLOGIE AU CHU DE NANTES

Dr Amélie ODIER

Chirurgien-dentiste, ingénieur en pédagogie de la santé et formatrice en santé Nantes

Cette expérience pilote, de conception et d'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique à destination des patients touchés par la maladie parodontale, a été menée dans le Service hospitalo-universitaire d'Odontologie de Nantes entre 2009 et 2013.

La mise en œuvre de ce projet a été portée par l'équipe de l'unité fonctionnelle de parodontologie. Celle-ci a été soutenue par la coordinatrice de l'unité transversale d'éducation thérapeutique (UTET) du CHU de Nantes, pour la structuration du programme et sa présentation à l'ARS. Par ailleurs, l'intervention d'un designer a permis de favoriser une appropriation et la cohésion de l'équipe autour du projet, et de concevoir ensemble des outils pertinents.

Je vais présenter ce projet, qui repose sur une approche structurée de santé publique, et mettre en évidence la confrontation de la démarche éducative au contexte hospitalo-universitaire de l'odontologie. Ce projet structuré autour de différentes étapes, de la genèse à la mise en œuvre du programme d'ETP parodontal, s'est traduit par le lancement d'une consultation en éducation thérapeutique, dont je vous exposerai la richesse, les enseignements et les difficultés de mise en œuvre.

Le contexte

Tout au long de sa vie, le patient est susceptible de développer une, voire plusieurs maladies chroniques, qui peuvent avoir des répercussions sur sa santé bucco-dentaire. Réciproquement, certaines affections bucco-

dentaires ont un impact sur le développement ou l'aggravation de certaines maladies chroniques. Dans ce sens, la maladie parodontale, très largement répandue parmi la population adulte, présente à travers ce contexte de chronicité un intérêt majeur pour l'éducation thérapeutique.

D'une part, la recherche s'oriente de plus en plus vers l'explicitation des liens entre la maladie parodontale et les maladies systémiques, telles que le diabète ou les maladies cardiovasculaires, sur lesquelles elle peut avoir des répercussions considérables. D'autre part, la prise en charge du patient atteint de maladie parodontale nécessite une implication de ce dernier dans son traitement, ne serait-ce qu'à travers le contrôle de sa plaque dentaire et son implication dans un suivi régulier dans le cadre d'une maintenance. Dans ce sens, l'éducation thérapeutique nous semblait intéressante pour confronter sa démarche éducative au contexte de la maladie parodontale et du patient.

Nous nous sommes référés aux recommandations de l'HAS pour structurer le programme d'ETP, en essayant d'être le plus explicites et transparents possible dans sa conception. Nous avons ainsi défini des objectifs précis et un référentiel de compétences propres à la parodontologie, dans la visée d'en favoriser l'appropriation par l'ensemble de l'équipe et présenter le projet au niveau institutionnel, aussi bien à l'hôpital qu'à l'Agence régionale de Santé des Pays-de-la-Loire. Un autre élément clé résidait dans la formation des étudiants, personnes ressources fondamentales pour la mise en œuvre et le déploiement de notre programme.

Objectif

Appliqué à la parodontologie, l'ETP a pour objectif de favoriser l'autonomie de nos patients, dans l'acceptation de la maladie et la gestion du traitement, afin d'améliorer leur santé bucco-dentaire et générale et leur qualité de vie, ainsi que celle de leur entourage.

Matériel et méthode

L'équipe de parodontologie a conçu un référentiel de compétences, à travers l'outil d'éducation appelé « l'étoile de compétences ». Sept compétences qu'il semblait important que le patient acquiert tout au long de sa prise en charge parodontale ont été retenues. (Fiche 1)

Face à une file active de trois cents patients par an, il était difficile à l'échelle d'une vacation disponible par semaine de pouvoir être pertinent, et nous avons dû opérer des choix pour recruter et sélectionner nos patients. Nous avons orienté notre programme vers des patients atteints d'une parodontie chronique sévère ou agressive, associée à au moins un facteur de risque, à savoir le stress, le tabac, le diabète ou un antécédent cardiovasculaire. Il pouvait s'agir d'un patient ayant déjà été suivi ou non en parodontologie. Notre programme était également à destination de patients en échec ou en récurrence de maladies parodontales en lien avec une insuffisance de connaissances ou de motivation. Dans tous les cas, le patient devait être motivé et volontaire pour s'engager de façon éclairée dans notre programme d'éducation.

Un questionnaire d'inclusion diffusé auprès des étudiants, dans un souci de bien recruter nos patients avant de leur proposer une offre d'éducation thérapeutique, a été élaboré. (Fiche 2)

La démarche éducative se réfère aux recommandations de l'HAS, qui proposent quatre grandes étapes autour du patient :

- L'établissement d'un diagnostic éducatif à travers un premier échange ou plusieurs entretiens ;
- L'élaboration avec le patient d'objectifs d'apprentissage qui permettront d'établir une alliance thérapeutique ;
- La mise en œuvre d'une ou plusieurs séances éducatives, à l'échelle individuelle, afin d'améliorer ses compétences ;
- Enfin, l'évaluation qui permet de réajuster avec le patient nos objectifs et ainsi, soit de renforcer le suivi éducatif, soit d'encourager le patient vers plus d'autonomie.

Pour le diagnostic éducatif, nous avons dû élaborer une trame d'entretien dans l'objectif de favoriser l'expression du patient tout en ayant une écoute active en tant que praticien. Cela demande une formation à la technique d'entretien et à l'empathie, afin d'écouter le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il pense savoir, ses croyances, les représentations qu'il peut avoir autour de sa maladie et de son traitement et d'intégrer ses freins et ressources ainsi que ses projets de vie qui peuvent être altérés par sa maladie ou vers lesquels il aimerait orienter son avenir.

La formation initiale que nous avons intégrée à notre démarche s'est adressée principalement aux étudiants de quatrième et cinquième années, dans le cadre de séminaires d'une journée. Ces formations ont mobilisé plusieurs participants autour d'objectifs pédagogiques clairs pour sensibiliser les étudiants à l'ETP et les impliquer sur le plan clinique en tant que relais de l'éducation thérapeutique en appliquant une démarche éducative avec leurs patients. Cela a aussi permis de concevoir des outils avec la participation de certains étudiants motivés. Avec l'intégration du parcours éducatif du patient dans la prise en charge globale parodontale, les étudiants pouvaient mieux visualiser dans les cours la démarche éducative et son inscription comme un continuum de la prise en charge globale de leurs patients.

Nous avons élaboré des outils de communication autour de ce programme en direction de nos collègues praticiens hospitaliers du champ des soins dentaires. Ces outils servaient aussi d'appui aux étudiants dans leur propos et d'aide lorsqu'ils informaient les patients sur l'existence de la consultation, en indiquant le jour, les modalités et les objectifs du programme, afin qu'ils puissent savoir s'ils étaient intéressés.

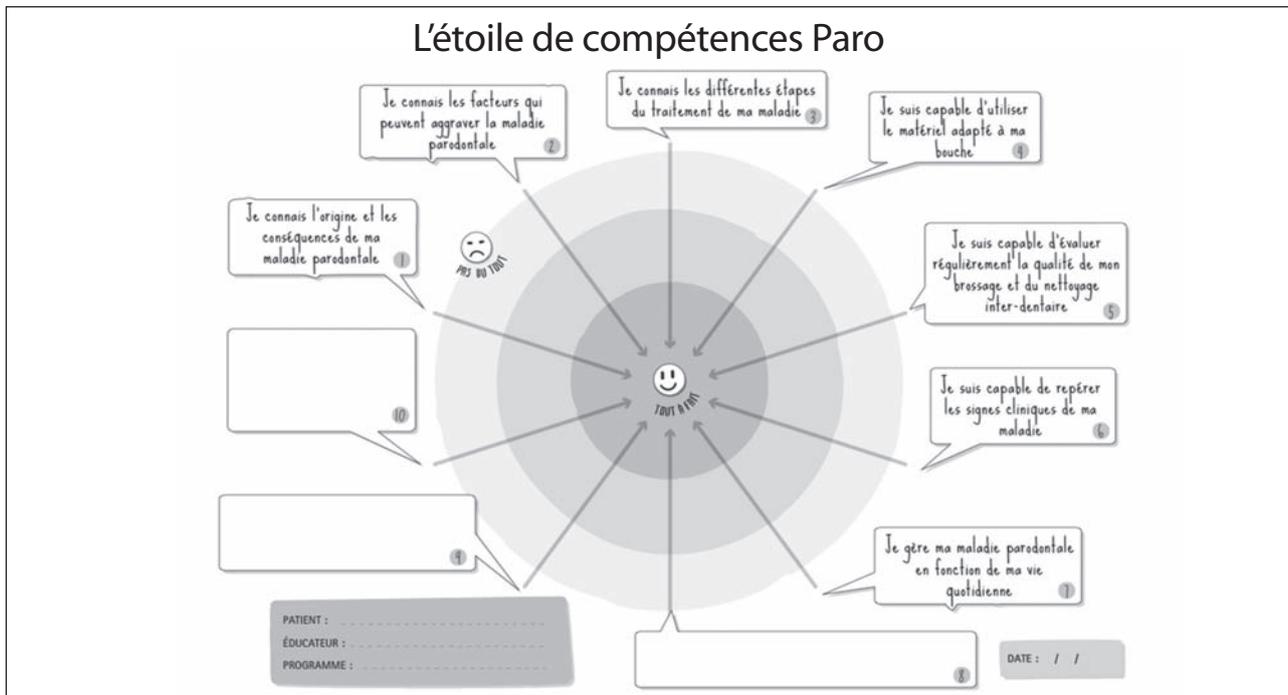
En collaboration avec le designer, nous avons formalisé un livret patient comprenant les objectifs élaborés conjointement, dans lequel il pouvait objectiver son niveau de connaissances et évaluer sa progression sur le plan éducatif.

Pour l'analyse de la consultation nous avons considéré la période de mars 2011 à juin 2012.

Résultats

Nous avons ciblé une trentaine de patients par an. Sur l'ensemble des questionnaires d'inclusion remplis, huit étaient exploitables et nous ont permis de proposer une offre concrète d'éducation thérapeutique aux patients. Six d'entre eux l'ont acceptée, quatre diagnostics éducatifs ont été réalisés et trois étoiles de compétences ont pu être remplies avec les patients.

Fiche 1



Fiche 2

Le questionnaire d'inclusion

INCLUSION-ADHESION DU PATIENT AU PROGRAMME ETP

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objectif d'accompagner les patients atteints d'une maladie parodontale à mieux gérer leur maladie au quotidien en leur permettant :

- 1) De mieux comprendre les causes et les conséquences de leur parodontite
- 2) D'évaluer les facteurs aggravant leur maladie parodontale
- 3) De mettre en œuvre une aide personnalisée permettant d'agir sur ces facteurs

Le programme consiste en une 1^{ère} consultation d'1 heure conduite, le lundi après-midi, par le Dr Odier ou le Dr Demoersman.

Au cours de cette consultation sera établi un état des lieux des connaissances de la maladie et du traitement, des facteurs de risques, et des difficultés rencontrées par le patient.

A l'issue de la consultation, un programme personnalisé sera défini avec le patient, l'étudiant et l'éducateur, dégageant des objectifs de traitement individualisés. Un suivi avec d'autres consultations pourra alors être planifié.

Tous les patients atteints de maladie parodontale ne pourront pas participer au programme d'ETP. Seuls les patients consentants et répondant aux critères définis ci-dessous y participent.

Proposition de consultation ETP si :

1. PRIMO PATIENT et
Parodontite sévère
Présence Facteurs de risques :
2. BESOIN CHIRURGIE mais
Control plaque insuffisant :
Connaissance maladie insuffisant :
3. RECIDIVE ou échec thérapeutique
Control plaque insuffisant : score >
Connaissance maladie insuffisant : score >

Ce questionnaire a pour but d'évaluer rapidement les critères permettant d'inclure les patients dans le programme d'ETP.

Partie I : reporter votre diagnostic de la maladie parodontal en cochant les cases correspondantes.
 Parties II et III : chaque réponse permet de définir un score à reporter dans la 1^{ère} colonne. Si le résultat de l'addition des scores de plusieurs questions d'une même partie remplit les conditions de la colonne de droite, cocher OUI.

Date :

Nom de l'étudiant :

I. PATHOLOGIE PARODONTALE

1. NOUVEAU PATIENT

A. GINGIVITE

B. PARODONTITE

Agressive

Chronique

Localisée

Généralisée

Sévère

Modérée

2. RECIDIVE

3. ECHEC THERAPEUTIQUE

4. besoin chirurgie

II. FACTEURS DE RISQUES (FR)

1. EVALUATION DU STRESS :

Vous considérez-vous comme une personne stressée ?

A. Niveau de stress

Pas du tout Un peu beaucoup extrêmement

score 0 1 2 3

B. Fréquence du stress

Jamais parfois souvent tout le temps

score 0 1 2 3

2. TABAC

Fumez-vous ? oui non

A. Si oui, combien de cigarette par jour ?

Nbre de cigarette / jr 0 5 10 20 40

score 0 1 2 3 4

B. Souhaitez-vous arrêter de fumer ? oui non

score 1 0

C. Avez-vous déjà essayé d'arrêter ? oui non

score 1 0

3. DIABETE

A. Vous a-t-on diagnostiqué un diabète ?

Etiquette patient

patient

SCORE

SI A+B ≥ 3 cocher

A : ...

+

B : ...

=

si A+B+C ≥ 3 cocher

A : ...

+

B : ...

+

C : ...

=

OUI

L'entretien pour le diagnostic éducatif durait en moyenne entre 40 minutes et une heure. Il a pu être filmé et servir d'outil didactique aux étudiants. Le recueil des informations du diagnostic a apporté de nombreuses informations sur les besoins, les connaissances et les représentations de nos patients sur l'origine de leur maladie et sur leur traitement, ainsi que sur les répercussions psychosociales de la maladie sur leur vie et sur leur entourage.

L'étoile de compétences est remplie avec le patient, qui est invité à se situer par rapport à une compétence, afin d'évaluer si il se sent compétent ou non. Par exemple, sur la compétence : « Je connais l'origine et les conséquences de ma maladie parodontale », si le patient ne se sent pas du tout compétent, il convient de se mettre d'accord sur la planification d'une séance éducative qui lui permettra de mieux connaître les facteurs aggravants de sa maladie.

Sur les trois patients qui ont rempli leur étoile de compétences, six séances éducatives ont pu être proposées, permettant de tester et de réajuster les outils élaborés en fonction des besoins des patients. Seul un patient a été vraiment suivi au long cours en éducation thérapeutique.

Au niveau universitaire et clinique, les étudiants ont participé à l'élaboration d'outils, certains d'entre eux ont pu acquérir de nouvelles compétences éducatives et s'engager dans des projets de recherche à travers des thèses qui ont été soutenues ultérieurement.

Analyse et discussion

Sur le plan de l'analyse des entretiens de diagnostic éducatif, les données sont peu exploitables sous l'angle quantitatif. La dimension qualitative est néanmoins intéressante, car elle apporte une multiplicité d'informations sur le vécu du patient par rapport à sa maladie, sur ses connaissances, ses représentations et ses croyances, ainsi que sur ses besoins et ses attentes, ses émotions et ses perceptions. Cette piste nous semble particulièrement intéressante à exploiter pour identifier les besoins des patients.

La création de la consultation a permis de confronter les données théoriques autour de l'ETP à une pratique structurante de notre approche éducative et d'adapter nos outils aux besoins des patients.

Au niveau hospitalo-universitaire, la mise en place de la consultation s'est avérée assez complexe, du fait des lourdeurs administratives, impliquant des changements de jours, de lieux et de dates. Par ailleurs, les collègues n'étaient pas tous motivés par l'éducation thérapeutique. Le contexte hospitalo-universitaire ne favorise pas la sélection et le suivi des patients, ce qui a pénalisé notre démarche.

Au niveau institutionnel, la présentation de notre projet à l'ARS a été accueillie très favorablement. Cependant, il nous a été demandé de revoir notre démarche, très centrée sur le dentaire, dans le sens du développement de transversalités. Cette demande a été vécue comme un échec par le chef de service, et à ce jour, le programme d'éducation thérapeutique a été arrêté et la formation initiale n'a pas été reconduite.

Quelques éléments positifs nous encouragent néanmoins à poursuivre nos efforts à l'égard de la formation initiale des étudiants, ainsi que la réflexion, en favorisant l'engagement des praticiens hospitaliers et en développant les transversalités, à travers l'association avec l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la santé globale de nos patients (diabétologues, tabacologues, psychologues, pharmaciens, diététiciens, ...).

PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT : « QUAND LA PSYCH... OSE » : MODULE BUCCO-DENTAIRE

Benoît TERRILLON

Cadre de Santé - Centre hospitalier La Chartreuse – Dijon



Je présenterai une spécificité de l'éducation thérapeutique, dans le domaine de la psychiatrie. Les publications en éducation thérapeutique sont souvent en lien avec les spécificités médicales. En psychiatrie, nous n'avons pas trouvé d'éléments, les chiffres étant probablement trop faibles pour qu'ils apparaissent. Le problème de patients souffrant de poly-pathologies se pose en psychiatrie. La complexité s'ajoute donc à la complexité.

En psychiatrie, nous avons toujours la volonté d'oser. Nous nous sommes questionnés sur un programme d'éducation thérapeutique pour des patients présentant des troubles schizophréniques et c'est dans ce contexte que nous avons trouvé le titre « Quand la psych... ose ». Nous sommes très en retard en la matière, puisque la charte d'Ottawa sur la promotion de la santé date de 1986 et le rapport de l'OMS de 1996, avant la loi HPST et le décret de 2010. Notre programme vient seulement d'être validé par l'ARS de Bourgogne en 2015.

La région de Bourgogne comprend un bassin de population d'environ 1,5 million d'habitants. En 2015, seulement deux programmes d'éducation thérapeutique ont été validés par l'ARS Bourgogne pour les patients présentant des troubles psychiatriques.

Ce programme d'éducation thérapeutique comprend une partie psychiatrique et une autre partie somatique. Nous avons porté nos efforts sur la définition d'un programme comportant une prise en charge globale du patient, y compris somatique.

La réflexion autour de ce programme a été initiée en 2013 et a abouti à la validation par l'ARS en 2015. En psychiatrie il est habituel de travailler en pluridisciplinarité. Le programme a été élaboré par une équipe dont le caractère pluridisciplinaire avait été renforcé. Celle-ci était composée de 14 personnes, parmi lesquelles des médecins, somaticiens et psychiatres, des cadres santé, infirmiers, aides-soignants, un chirurgien-dentiste, une diététicienne et une assistante sociale. Le groupe a travaillé sur une logique de parcours patient, selon le découpage du département de psychiatrie en secteurs, et nous nous sommes appuyés sur les structures existantes pour définir un parcours de soins dans le cadre de notre programme d'éducation thérapeutique.

Nous sommes parvenus à faire inscrire l'axe d'éducation thérapeutique de façon continue dans le projet d'établissement et de soins, ce qui a été validé une nouvelle fois pour les quatre années qui viennent. Cette reconnaissance institutionnelle est très importante pour nous.

Pour les critères d'inclusion, qui sont demandés dans le cahier des charges de l'ARS et de l'HAS, cela concerne les maladies chroniques classées ALD30 parmi lesquelles nous avons choisi les troubles schizophréniques, qui étaient les plus présents dans les services concernés, pour des patients de 18 à 55 ans habitant dans le secteur de prise en charge et donnant leur accord.

Après l'étude de la file active potentielle, composée de 120 patients, avec des équipes travaillant dans ces unités, nous pensons pouvoir former un groupe d'environ 25 patients.

Le programme vise à améliorer la qualité de vie du patient souffrant de troubles psychotiques. Nous travaillons beaucoup en psychiatrie sur la qualité de vie. Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- mieux connaître sa maladie et ses limites ;
- favoriser le lien en luttant contre l'isolement, l'exclusion et éviter la stigmatisation ;
- maintenir ou développer des compétences nécessaires pour mieux vivre sa maladie chronique et favoriser son autonomie (compétences d'auto-soins et d'auto-adaptation) ;
- inclure les familles et les différents partenaires du réseau dans la prise en charge du patient, sachant que l'un des ateliers concerne les familles ;
- accompagner le patient dans la cité et lui permettre de trouver sa place de citoyen ;
- aider le patient à réaliser son projet de vie.

Le programme est ambitieux, puisqu'il compte sept ateliers, chacun pouvant être découpé en plusieurs séances. Nous avons défini trois grandes thématiques :

- Vivre mieux la maladie et son traitement, qui se décompose en trois ateliers :
 - « Comment ça va ? », pour entrer en contact avec le patient, échanger avec lui et savoir où il en est;
 - « Ma vie à travers l'art », comprenant toutes les médiations artistiques qui peuvent être utilisées en psychiatrie pour que le patient puisse exprimer ses ressentis ;
 - « Médicament médicament », faisant référence à l'observance médicamenteuse dans un atelier conçu de façon ludique.
- Gérer la vie quotidienne, qui comprend deux ateliers:
 - « Je mange et je sais », sur l'hygiène alimentaire et la diététique ;
 - « Sourire à la santé », qui consiste à inclure dans notre programme d'éducation thérapeutique la santé orale des patients présentant des troubles schizophréniques.
- Développer la vie en société, qui repose sur deux ateliers :
 - « Parlons-en » : atelier à destination des familles;
 - « Si on sortait » : accompagner le patient dans la cité.

Nous avons également défini les grandes finalités de notre programme :

- prendre conscience de son état de santé ;
- développer une meilleure connaissance de soi et des ressources ;
- développer des connaissances sur sa maladie et sa prise en charge.

L'atelier qui nous concerne plus précisément, qui fait partie de la deuxième thématique, est intitulé « Sourire à la santé ». Il se décompose en trois séances de 45 minutes à une heure selon la possibilité de concentration des patients. Ces séances se déroulent en intra et extra hospitalier, car nous avons travaillé selon une logique de parcours patient et nous disposons d'une structure hospitalière en service d'hospitalisation et d'un centre médico-psychologique rattaché à ce service, situé à environ 45 minutes de route.

Notre diagnostic éducatif a intégré un certain nombre d'items pouvant être repris ensuite avec le patient au cours des ateliers. Nous demandons au patient s'il a une brosse à dents, quelle est la date de sa dernière visite chez le dentiste et, plus largement, quelles sont ses habitudes par rapport à l'entretien de sa bouche, afin de déterminer l'importance pour lui de se laver les dents.

Enfin, parmi les intervenants, nous comptons un chirurgien-dentiste, qui intervient au sein de notre établissement et qui est mobile sur les structures extrahospitalières, une infirmière qui exerce en extra hospitalier et une autre qui exerce des missions transverses au sein de notre équipe médicale.

Les objectifs généraux de l'atelier sont les suivants :

- améliorer son hygiène bucco-dentaire ;
- acquérir des notions en alimentation et être sensibilisé aux dangers du tabac, dans la mesure où l'atelier ne doit pas être centré sur les problèmes de caries, mais plus largement sur l'hygiène bucco-dentaire et l'ensemble des facteurs qui influencent l'état de santé buccale ;
- être attentif au confort de sa bouche, pour verbaliser son ressenti ;
- amener le patient à prendre rendez-vous chez un dentiste, seul ou accompagné.

La première séance est centrée sur les représentations et consiste à prendre un temps avec le patient pour connaître ses représentations sur sa santé et plus particulièrement sa bouche. Pour travailler sur cette thématique avec des patients schizophrènes, nous nous sommes basés sur des éléments simples autour de massages du visage, en incitant le patient à passer sa langue partout dans sa bouche pour qu'il exprime ce qu'il ressent (si c'est humide, sec, douloureux et le ressenti du passage sur les dents). Tout au long de l'atelier, le patient prend des notes sur un cahier, qui sert de fil rouge pour l'évaluation. Il est important qu'il puisse aussi écrire son ressenti et les questions qu'il souhaite aborder à la séance suivante. Le patient peut également intégrer quelques photographies, en tant qu'outil de photolangage, pour des éléments douloureux par exemple.

Les objectifs de la deuxième séance, plus technique, sont les suivants :

- savoir mettre en pratique les techniques de brossage ;
- évoquer des notions simples d'hygiène ;
- manipuler et utiliser les outils existants ;
- sensibiliser aux dangers du tabac et de l'alcool ;
- simplifier l'accès au brossage, notamment en milieu hospitalier.

Cette séance comporte quatre ateliers. Le premier sur les techniques de brossage est centré sur ce que le patient sait faire, c'est-à-dire son savoir expérientiel. Si un patient dans le groupe se propose comme patient référent ou expert, il peut intervenir dans le groupe. Un atelier « Soins de bouche et risques carieux » constitue un temps d'échanges permettant de savoir si au sein du

groupe certains peuvent expliquer comment prévenir les caries. Deux autres ateliers sont intitulés « Prothèse » et « Ce qui est bon pour ma bouche ». Nous disposons de mallettes pédagogiques proposant différents outils. Au début du programme d'éducation thérapeutique, il est remis au patient une trousse contenant le nécessaire avec une brosse à dents et du dentifrice. En outre, les structures extrahospitalières offrent un système d'affiches murales dans les différentes pièces. L'évaluation de cette deuxième séance est toujours réalisée de façon individualisée avec le chirurgien-dentiste de l'hôpital, à trois mois. Nous nous attachons toujours à avoir un temps d'évaluation en groupe et un autre individuel, pour le suivi du patient. Le document de référence est toujours constitué par le carnet que le patient peut soit laisser sur place soit emporter.

Enfin, la dernière séance est consacrée à l'accompagnement. Elle a pour objectif d'établir un projet de soins personnalisé et d'amener le patient à trouver seul ou accompagné des solutions à ses problèmes dentaires. Un patient qui ne souhaite pas prendre seul rendez-vous chez le dentiste peut en effet être accompagné par une infirmière du CNP auquel il est rattaché. L'important pour nous est qu'il prenne conscience de son besoin d'aller chez le dentiste et qu'il accepte de s'y rendre, peu importe de quelle façon.

Des entretiens individualisés sont organisés avec le chirurgien-dentiste en reprenant le livret de suivi. Des propositions de prise en charge peuvent être suggérées en fonction des besoins du patient ainsi que la poursuite de différents programmes. Dans le cadre de notre programme d'éducation thérapeutique, le patient choisit en concertation avec les soignants les ateliers auxquels il va participer. Si l'atelier autour de l'équilibre alimentaire n'est pas ciblé, il est possible d'accompagner le patient vers cet atelier si besoin.

L'évaluation est toujours réalisée à l'aide du cahier individualisé avec le chirurgien-dentiste à six mois et à un an. La problématique du suivi concerne les patients qui sortent de la file active. En psychiatrie, la rupture dans la prise en charge est très fréquente et fait partie de la pathologie. Nous serons donc probablement confrontés à cette problématique dans un délai d'un an et nous devons déterminer quelle méthode mettre en place pour essayer de ramener les patients vers le soin.

Nous essayons de programmer cet atelier sur un mois, afin que les séances ne soient pas trop rapprochées mais qu'il ne se déroule pas sur une trop longue durée, de façon à ce qu'éventuellement, après six mois ou un an, en fonction de l'évaluation, le patient puisse intégrer un nouvel atelier et qu'entre chaque séance il n'ait pas l'impression d'avoir oublié et de devoir tout recommencer.

Le nombre de patients par atelier a été estimé à six, pour créer une interaction dans le groupe et que chacun puisse s'exprimer. Nous essaierons d'ouvrir l'atelier à d'autres patients, pour une première sensibilisation, et qu'ils puissent être transférés sur les différents programmes d'éducation thérapeutique dans nos établissements. Enfin, nous avons la chance de disposer d'une équipe pluridisciplinaire au sein de notre établissement, comptant avec un chirurgien-dentiste très impliqué, qui est une personne relais.

PLACE DE LA SANTÉ ORALE EN PSYCHIATRIE DANS LES PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT INTERPROFESSIONNELS ET PLURIPROFESSIONNELS



Dr Eric-Nicolas BORY

Odontologiste des hôpitaux - Centre hospitalier Le Vinatier – Bron (69)

Les médicaments psychotropes ont des effets délétères sur la cavité buccale. Les neuroleptiques présentent de nombreux effets indésirables sédatifs, extrapyramidaux, anticholinergiques (d'intensité variable selon les neuroleptiques), prise

de poids, hyperlipidémie, hyperglycémie et diabète, troubles de la déglutition, etc. Les effets indésirables des antidépresseurs sont également multiples. Les anciennes générations d'antidépresseurs tricycliques provoquaient des phénomènes de bouche sèche très importants.

Les effets indésirables des psychotropes sont résumés dans le tableau 1 avec leur impact sur la santé orale. Les effets anticholinergiques entraînent une sécheresse de la bouche plus ou moins sévère, en augmentant les risques carieux et parodontaux, ainsi que le risque fonctionnel par une mauvaise tenue des prothèses. L'augmentation de l'appétit dû aux neuroleptiques amène les personnes à consommer une grande quantité d'aliments sucrés et gras, la prise d'aliments sucrés provoquant l'augmentation des risques carieux et parodontal. Beaucoup de patients sont diabétiques et présentent des risques carieux et parodontal élevés. L'effet de sédation induit par ces médicaments masque les douleurs et entraîne des prises en charge tardives. Les patients sont plus négligents par rapport à l'hygiène bucco-dentaire, ce qui favorise caries et maladies parodontales. Quant aux troubles extrapyramidaux, ils engendrent des mouvements dyskinétiques, parfois du bruxisme, ce qui rend plus difficiles le brossage des dents et la tenue des prothèses amovibles car la mandibule bouge de manière parfois importante.

Au niveau de l'état bucco-dentaire, ces personnes présentent, en comparaison avec la population adulte générale, deux fois plus de dents absentes, et trois fois plus (voire cinq à sept fois plus dans certaines publications) de dents cariées non traitées. La perte de l'estime de soi peut expliquer un état de dégradation, la

non-prise en charge et l'absence de ressenti du besoin de soins, puisqu'un tiers à la moitié des patients seulement estime avoir besoin de recourir à des soins.

Parmi les facteurs de risques, la durée d'hospitalisation joue un rôle important (plus elle est longue, plus l'état bucco-dentaire se détériore), ainsi que le manque d'hygiène, parfois dû à un manque d'accès aux produits d'hygiène bucco-dentaire. La prise de psychotropes s'accompagne d'effets secondaires, notamment de bouche sèche avec diminution du pouvoir tampon de la salive. Les addictions (alcool, tabac, drogues) accroissent également grandement les risques. Enfin, il convient d'évoquer également le non-recours aux soins. Pour ces patients nous pouvons parler véritablement de chronicité des pathologies bucco-dentaires avec des conséquences très importantes sur l'état de santé orale et aussi sur la santé générale, l'image de soi, le confort...

Au Centre hospitalier Le Vinatier, l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) se développe, deux thèmes impliquant la santé orale. Un premier thème concerne les patients en surpoids ou en obésité. Le deuxième thème concerne la problématique de la bouche sèche avec la mise en place d'un atelier interprofessionnel.

L'ETP autour du surpoids et de l'obésité s'adresse à des patients poly-pathologiques qui ne peuvent pas être pris en charge dans les programmes habituels à cause de la composante psychiatrique. Le programme d'ETP sur cette thématique comporte deux ateliers sur la santé bucco-dentaire :

- la santé et l'hygiène bucco-dentaire ;
- alimentation et santé bucco-dentaire.

Pour la prise en charge du patient en surpoids ou obèse, un groupe étoffé a été mis en place comprenant médecin somaticien, chirurgien-dentiste, pharmacien, psychiatre, enseignant d'activité physique adaptée, infirmière, animatrice sociale, diététicienne, cadre de soin, assistante sociale et psychomotricien. Toutes ces personnes ont suivi une formation validante. Le programme d'ETP a pour objectifs d'accompagner le patient dans le développement de compétences personnelles

pour permettre d'améliorer sa qualité de vie, prévenir l'apparition de complications évitables et améliorer le bien-être et l'estime de soi.

L'objectif du programme d'ETP n'est pas une perte de poids immédiate pendant le séjour, mais l'amélioration de l'estime de soi et du plaisir de l'alimentation en recourant à des aliments qui ne font pas grossir et pris en quantité raisonnable.

Le schéma 1 présente les étapes de la mise en œuvre de l'atelier. Le programme se déroule sur six semaines et un suivi est organisé par une infirmière à un, trois, six mois et plus. L'étape de préadmission consiste en la rencontre du médecin qui réalise un Bilan Educatif Partagé (BEP) et propose différents ateliers. En parallèle, est effectué un BEP en santé orale, avec détermination des besoins en soins. Une décision est ensuite prise en réunion de concertation avec l'ensemble des professionnels impliqués avant la période d'hospitalisation. Un programme précis est défini pour chaque patient, comprenant trois ateliers indispensables : la diététique, le travail sur l'image de soi et l'activité physique, un accent particulier étant mis sur le deuxième point. D'autres ateliers sont proposés de manière optionnelle comme la santé bucco-dentaire ou les troubles de l'addiction. La liste des thèmes est le suivant :

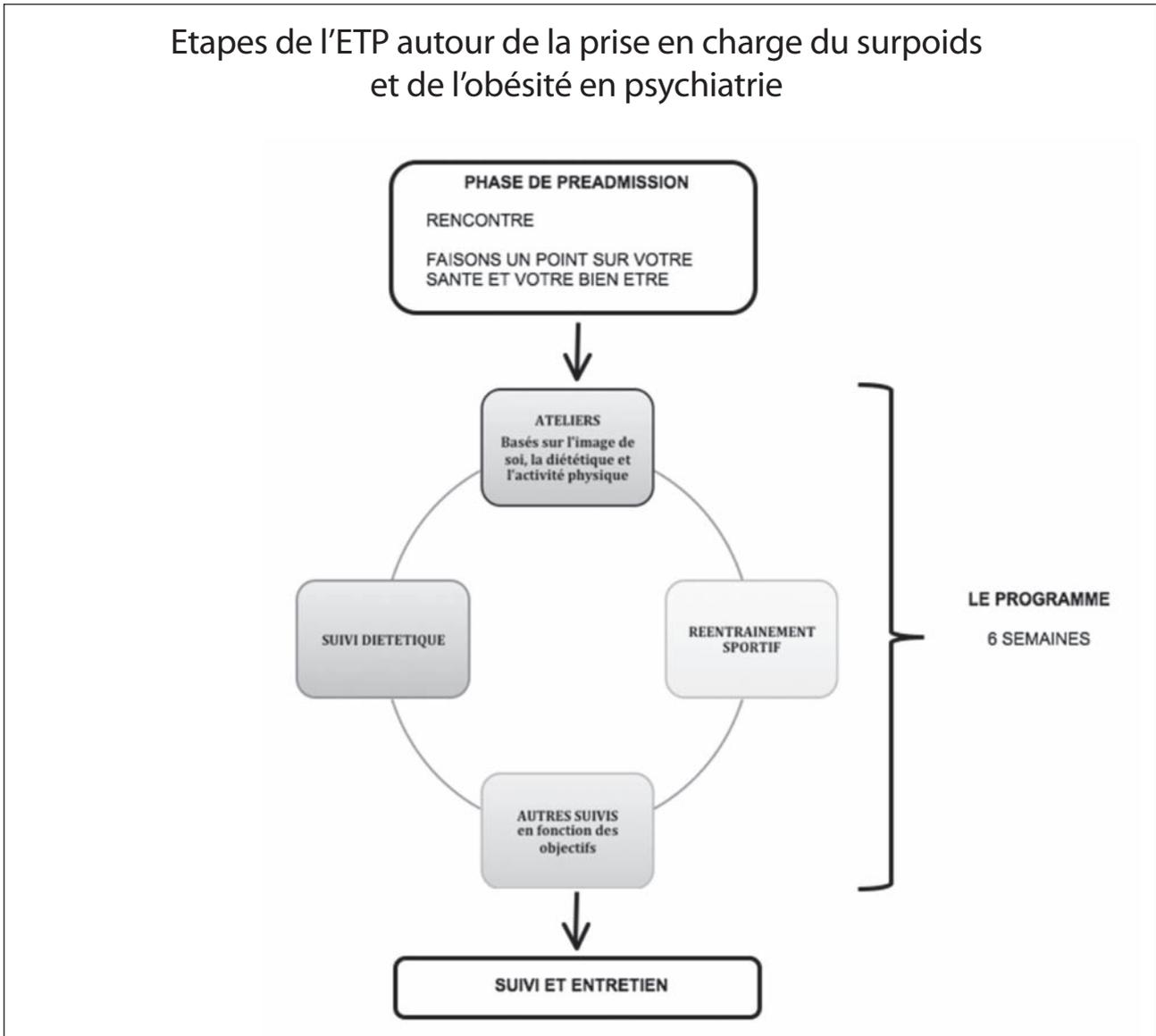
- « Qui sommes-nous ? » permettant à chaque patient de se présenter et de constituer un groupe cohérent qui se connaît, avec un effet renforçateur ;
- « Nutrition ». Il a un rôle très important ;
- « Mon corps Emois », pour travailler sur la représentation de son corps ;
- « Réentraînement à l'effort » ;
- « Course ». Cela consiste à effectuer des courses avec les patients pour choisir les bons aliments ;
- « Cuisine ». Cela consiste à préparer les aliments et à déguster en comparant différentes recettes allégées, tout aussi bonnes que les autres ;
- « Les boissons » ;
- « La santé bucco-dentaire » ;
- « le tabac » ;
- « Table ronde » entre patients et professionnels ;
- une séance de cinéma sur le thème de l'alimentation.

La santé orale a été fortement recommandée pour 70 % des patients et a été suivie par 80 % d'entre eux. Les deux ateliers sur ce thème ont permis d'apporter des connaissances et des compétences à 100 % des participants qui ont dit avoir appris beaucoup sur l'importance de la santé orale et les techniques d'hygiène bucco-dentaire.

Tableau 1

Effets indésirables des psychotropes en santé orale				
Effet indésirable	Manifestation	Risque carieux	Risque parodontal	Risque fonctionnel
Effets anticholinergiques	Sécheresse de la bouche	↗	↗	↗
Augmentation de l'appétit	Consommation d'aliments sucrés et gras	↗	↗	
Diabète	Caries et maladies parodontales	↗	↗	
Sédation	Douleur masquée Négligence de l'HBD	↗	↗	
Troubles extrapyramidaux	Mouvements dyskinétiques, bruxisme	↗	↗	↗

Schéma 1



Ils ont permis de compléter les informations, notamment sur les aliments acides et sucrés. Avant les ateliers, des échanges avec des diététiciens avaient pour but de combiner les informations de chacun. Il est ainsi apparu que les diététiciens recommandaient des boissons light sans tenir compte de l'acidité qui intervient dans la composition de certains sodas. Enfin ils ont permis de renforcer les conseils diététiques et ont contribué à renforcer l'estime de soi. Lorsque la psychomotricienne demande aux patients de réaliser un schéma de leur représentation corporelle au début du séjour, presque tous les patients dessinent un corps difforme, ventru, avec un sourire triste, bouche fermée. A la fin du séjour, les corps sont moins difformes, grâce à une meilleure acceptation de leur apparence physique, et les visages retrouvent

des sourires et des dents. Des prises en charge individuelles étaient proposées lors des ateliers, ainsi que des consultations pour initier une prise en charge de soins dentaires, en hôpital ou en ville.

Le deuxième atelier sur la bouche sèche est axé autour d'un travail interdisciplinaire avec l'intervention d'un médecin somaticien, d'un chirurgien-dentiste, d'un pharmacien et d'un psychiatre. Les médecins somaticiens et psychiatres sont particulièrement inquiets des effets indésirables des neuroleptiques, pouvant conduire à l'arrêt d'un traitement suite à un problème de bouche sèche. Les conséquences sont désastreuses sur la santé bucco-dentaire avec des lésions généralisées étendues, progressant rapidement et évoluant vers la perte préma-

turée des dents. Au niveau des prothèses, un inconfort important est également observé.

Les objectifs de cet atelier sont notamment l'amélioration de la qualité de vie des patients en psychiatrie, le travail dans le cadre d'un partenariat pluridisciplinaire et transversal, l'aide au patient à prendre soin de lui-même et à gérer certains effets secondaires des médicaments, le renforcement de la compliance du patient au traitement psychiatrique et l'acquisition de connaissances et de compétences.

Avant la mise en place de l'atelier, nous avons précisé les objectifs de chaque professionnel :

- pour le médecin somaticien : prévenir les ruptures thérapeutiques liées aux effets indésirables et établir un lien entre le service de psychiatrie et l'atelier d'ETP ;
- pour le pharmacien : aider le patient à mieux connaître les problèmes de bouche sèche de manière à mieux vivre avec ceux-ci et renforcer l'analyse pharmaceutique en précisant les effets indésirables médicamenteux, avec une alerte du prescripteur, la proposition de correcteurs et réunions de concertation si nécessaire ;
- pour le chirurgien-dentiste : aider le patient à prendre soin de sa santé orale et prévenir les pathologies bucco-dentaires et leurs complications (douleur, infection, perte prématurée des dents, disgrâce esthétique...).

Les objectifs communs sont regroupés autour des thèmes suivants :

- L'augmentation de l'acceptation et l'observance du traitement (il n'est pas question d'interdire ou de recommander l'arrêt d'un psychotrope parce qu'il provoque des phénomènes de bouche sèche !);
- la prise en charge des effets indésirables ;
- la prévention des complications ;
- la diminution des risques de rechute, notamment par l'arrêt du traitement ;
- l'accompagnement du patient ;
- l'amélioration de la qualité de vie et de l'espérance de vie.

Une analyse de la littérature a été réalisée concernant le traitement de la bouche sèche. Des recommandations ont été trouvées pour le patient irradié dans la zone cervico-faciale, le patient atteint du syndrome de Gougerot et la personne âgée. Nous n'avons trouvé aucune étude portant sur le patient psychiatrique.

L'atelier bouche sèche a été créé dans le but de gérer ce problème au quotidien. Les patients inclus sont ceux

souffrant de maladies psychiatriques, stabilisés ou non, prenant des médicaments anticholinergiques et se plaignant ou non de bouche sèche. Le critère d'exclusion concerne les patients en chambre d'isolement ou d'apaisement. L'atelier accueille de quatre à six participants.

L'orientation vers cet atelier est réalisée par un psychiatre ou un médecin somaticien en vue d'un BEP. Il peut être également proposé par un soignant ou par voie d'affichage. L'inscription se fait après le BEP réalisé par le médecin somaticien qui détermine avec le patient quels sont les ateliers à suivre. Le dossier médical informatisé de l'hôpital permet de recueillir les informations et de les transmettre aux différents praticiens du groupe d'ETP pour anticiper une réunion de concertation préalable aux ateliers.

La présence des quatre professionnels à l'atelier vise la mise en cohérence du discours. Les horaires ont été choisis en fonction des périodes où les patients psychiatriques sont le plus disponibles. Deux séances de 45 minutes sont organisées.

L'ensemble des participants a valorisé l'approche interdisciplinaire, qui apporte complémentarité, synergie, cohérence, assurance, pertinence et diversité. Alors que le dentiste n'est pas forcément à l'aise pour expliquer que la bouche est sèche à cause des médicaments, le médecin somaticien est plus insistant sur le sujet et la position du psychiatre est encore plus ferme, indiquant que le patient a le droit de savoir que la bouche sèche fait partie des effets secondaires et qu'il doit apprendre à gérer ce problème. Le fait d'être nombreux permet de se conforter et d'aller au fond des choses. La préparation d'un atelier demande du temps pour aboutir à une formalisation et une structuration réfléchie. Au moins 6 réunions de 2 heures ont été nécessaires pour élaborer l'organisation des ateliers. L'atelier d'éducation thérapeutique est avant tout construit pour le patient.

Cet atelier est l'aboutissement d'un long travail. La mise en commun des compétences et des réflexions de chacun prend du temps, mais permet de se centrer sur le patient et non sur la discipline et peut ensuite inspirer d'autres travaux. Par exemple, des ateliers similaires ont été organisés pour des patients schizophrènes, ainsi que pour des patients qui présentent des troubles de l'addiction.

La place de la santé orale dans cet atelier renforce l'adhésion du patient au programme global d'ETP, contribue à améliorer la compliance du patient au traitement psychiatrique, apporte cohérence et soutien, améliore la relation de confiance entre patients et praticiens sur la base d'un discours cohérent entre les professionnels qui accompagnent le patient et améliore la prise en charge globale du patient.

LA PERSONNE ÂGÉE ET SA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : L'ENJEU DES REPRÉSENTATIONS COGNITIVES AVANT TOUTE INTERVENTION D'EPS OU D'ETP

Dr Cécile HVOSTOFF

Doctorante – Université Paris 13

Sorbonne Paris Cité- Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS), (EA 3412)



En premier lieu et constat, la question n'est pas de savoir si la personne âgée peut apprendre, mais quel apprentissage est possible pour elle. En effet, son apprentissage repose davantage sur la base de ses propres connaissances et expériences. Il se traduit par la transformation des conceptions antérieures et s'effectue en situation, dans un contexte signifiant pour la personne. Une intervention en éducation pour la santé ou thérapeutique du patient est donc pertinente chez la personne âgée.

Le deuxième constat est le vieillissement de la population avec une très grande variabilité interindividuelle de l'état de santé bucco-dentaire. La majorité de cette population a pris soin de sa santé bucco-dentaire, il convient de continuer de la promouvoir auprès d'elle et une intervention d'éducation pour la santé doit également lui être adressée. Une étape nécessaire dans cette éducation consiste en la mise en place de compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie.

L'intervention en éducation peut prendre la forme d'une éducation pour la santé (EpS) ou d'une éducation thérapeutique du patient (ETP). En éducation pour la santé, selon le modèle PRECEDE PROCEED (Green et Kreuter, 1991), l'étape du diagnostic éducationnel examine trois facteurs, dont les facteurs prédisposants constitués par les connaissances, les croyances, les attitudes, les valeurs. En éducation thérapeutique du patient lors de l'élaboration du diagnostic éducatif trois questions principales se posent: Quel est le projet du patient ? Quels sont les apprentissages nécessaires ? Quels sont les facteurs limitant et facilitant l'éducation du patient ? (D'Ivernois et Gagnayre, 2013).

Quel que soit le type d'intervention recherché, les représentations et les connaissances sont présentes et doivent être prises en compte. Dès lors, un certain nombre de questions se posent : Que savons-nous de ce qu'ils savent ? Que savons-nous de la façon dont ils s'expliquent leur santé ou leurs maladies bucco-dentaires ? Sur ce sujet, les données sont rares et nous avons orienté notre travail pour commencer à répondre à ces questions. Nous avons choisi de partir sur les représentations.

Dans le Larousse, une représentation est une image, une figure, un symbole, qui représente un phénomène, une idée.

Nous ne pouvons pas nous appuyer sur ce type de définition trop générale. Nous sommes donc allés chercher du côté des sciences cognitives. Je commencerai par un exemple. Lorsque vous avez une pomme devant vous, vous avez deux possibilités : soit vous établissez une relation physique avec la pomme, vous la prenez et votre organisme l'ingère, soit vous établissez une relation cognitive. Dans ce cas, vous modifiez la structure physique de la pomme à travers un substitut, en créant une forme originale propre à l'individu. Vous vous représentez la pomme autrement si, par exemple, ce fruit vous fait penser aux tartes de votre grand-mère. Il existe trois types de représentations cognitives :

- 1- Représentation comme inscription
Où on explique comment un état interne est créé lorsque les organes de captation de l'agent sont affectés par un objet externe ou interne.
Exemple : l'œil = organe de vision ;
- 2- Représentation comme classification
Pour expliquer les opérations qu'un agent doit effectuer pour traiter la multitude d'informations différentes qu'il reçoit de son organe de captation ;
- 3- Représentation comme catégorisation
Pour expliquer comment l'agent se situe par rapport à ses représentations et surtout, comment elles sont mises en interrelation avec les uns et les autres pour construire des systèmes complexes « croyances » et, finalement, les situer par rapport à des actions dans l'environnement.

Une représentation cognitive peut donc se définir comme la forme d'un état interne qu'un agent crée lorsqu'il est en relation cognitive avec son environnement.

L'objectif de cette étude consiste à identifier chez la personne âgée les représentations cognitives exprimées,

qui peuvent constituer des obstacles à l'acquisition de compétences et à leur mise en œuvre.

Nous nous appuyons sur nos recherches qualitatives, qui reposent sur la théorisation ancrée (Strauss et Corbin, 1990). Pierre Paillé a détaillé une méthode d'analyse croisée sur des verbatim, c'est-à-dire un compte rendu mot pour mot des propos du répondant lors de l'entretien. Cette analyse s'effectue en 6 étapes dont les deux premières étapes sont la codification et la catégorisation. La phase de codification consiste à écrire sur le verbatim, ligne par ligne, des mots et expressions sur ce qui est exprimé, en se posant la question de ce qui est dit, factuellement. A partir des codes établis, il convient de dégager des idées plus abstraites ou grands thèmes, c'est la phase de catégorisation.

Notre échantillon est composé de personnes âgées autonomes, forcément non représentatives puisque la population des personnes âgées se caractérise par une grande hétérogénéité. L'échantillonnage est réalisé par phénomène de saturation.

Pour l'instant nous avons travaillé sur dix entretiens avec quatre messieurs et six dames, de 66 à 91 ans, issus de départements différents. Ils résident tous à leur domicile, une seule femme habitant dans un hôtel car elle est suivie par les services sociaux. Dans trois cas les entretiens ont été réalisés en UGA en fin d'hospitalisation pour une grippe. Ces entretiens, semi-directifs, sont anonymes et nécessitent un consentement préalable. Le guide d'entretien cherche, à partir des déclarations de l'individu sur sa santé bucco-dentaire, à identifier les représentations cognitives, les connaissances et les perceptions, ainsi que leurs places relatives. La conception de cet entretien repose d'une part sur des concepts de psychologie de la santé (les causes de la maladie, le sens de la maladie, le sentiment d'auto-efficacité) (Bandura, 1980), d'autre part sur le Health Belief Model (Rosenstock, 1960) qui postule qu'un individu adopte un comportement de prévention ou observe un comportement de soin s'il est conscient de la gravité du problème, s'il se sent concerné, si le comportement adopté présente pour lui plus d'avantages que d'inconvénients et s'il croit qu'il est capable de le réaliser.

Notre entretien se décline en trois grandes parties :

- l'état de santé déclaré ;
- la santé subjective ;
- l'environnement du patient.

Seuls les premiers résultats sur la santé subjective seront présentés.

En ce qui concerne la santé subjective, nous avons essayé de poser des questions permettant d'identi-

fier les représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires et sur la santé bucco-dentaire. Pour les représentations cognitives sur les maladies, nous avons choisi cinq maladies bucco-dentaires, en adoptant des termes compréhensibles pour les répondants et qu'ils utilisent eux-mêmes : les caries, la gencive qui saigne, les dents qui bougent, la sensation de bouche sèche et les dents qui grincent. Au niveau des représentations cognitives sur la santé bucco-dentaire, nous nous sommes intéressés aux notions de bonne santé bucco-dentaire, de mauvaise santé bucco-dentaire, de dents en bonne santé et de gencives en bonne santé.

Concernant les représentations cognitives des maladies bucco-dentaires, pour les cinq pathologies identifiées lors du guide d'entretien, les questions suivantes ont été posées, réparties en quatre catégories :

- l'attribution causale de la maladie : « Selon vous, à quoi est due ... ? » ;
- le mécanisme d'apparition : « Selon vous, par quel mécanisme apparaît ... ? » ;
- la perception de la gravité : « Selon vous est-ce que c'est grave d'avoir ... ? » ;
- la croyance en une action efficace pour éviter la maladie et pour la soigner : « Selon vous, comment peut-on éviter... ? Selon vous comment peut-on soigner... ? ».

Les résultats sont donnés dans le tableau 1. Il y a trois codes regroupant les thèmes: la connaissance odontologique, la représentation, ne sais pas. Entre parenthèses est indiqué le nombre de fois où les codes sont présents sur l'ensemble des verbatim. Il est ainsi possible de repérer où se situent les représentations, la perception de la gravité, les croyances d'une action efficace et plus particulièrement, au niveau de la pathologie de la carie. C'est sur l'attribution causale et le mécanisme d'apparition que l'on observe le plus grand nombre de représentations. Par exemple, pour la mobilité des dents, l'élasticité liée à l'âge est mise en cause et, pour les caries, c'est la production interne du corps. Parmi les mécanismes d'apparition, le code « c'est comme du bois pourri » est cité pour la carie, selon l'expression de la personne elle-même. En ce qui concerne la mobilité, « les chairs n'accepte plus le corps, il devient étranger ».

La perception de la gravité est présente cependant de façon très variable selon les individus. La croyance en une action efficace est plutôt faible, comme en témoigne l'augmentation des « Ne sais pas », surtout pour la mobilité, la sécheresse buccale et le bruxisme. Ce manque de croyance en une action efficace pose des difficultés.

Enfin, la pathologie de la carie est spécifique. Elle recueille un nombre de codes plus important au

Tableau 1

Représentations cognitives sur les maladies bucco-dentaires					
	Caries	Gingivite	Mobilité	Sècheresse B	Bruxisme
Attribution causale	Connaissance (14) Représentation (4)	Connaissance (3) Représentation (3) Ne sait pas (2)	Connaissance (3) Représentation (7) Ne sait pas (1)	Connaissance (5) Représentation (1) Ne sait pas (1)	Connaissance (4) Représentation (1)
Mécanisme d'apparition	Connaissance (4) Représentation (9) Ne sait pas (3)	Connaissance (3) Représentation (4) Ne sait pas (21)	Connaissance (4) Représentation (7)	Connaissance (1) Représentation (1) Ne sait pas (2)	Connaissance (1) Représentation (2) Ne sait pas (1)
Perception de gravité	Oui (6) Conditionnel (2) Non si on les soigne, à Eviter Représentation (2)	Oui (3) Conditionnel (3) Non Représentation (2)	Oui (5) Conditionnel Représentation (1)	Oui (3) Conditionnel (2) Représentation (1) Ne sait pas (2)	Oui Connaissance (2) Ne sait pas (1)
Croyance en action efficace (Eviter)	Connaissance (12) Représentation (2) Ne sait pas (2)	Connaissance (5) Ne sait pas (2)	Connaissance (3) Représentation (3) Ne sait pas (6)	Connaissance (8) Ne sait pas (3)	Connaissance (3) Ne sait pas (2)
Croyance en action efficace (Soigner)	Connaissance (10) Représentation (1) Ne sait pas (1)	Connaissance (3) Représentation (3) Ne sait pas (3)	Connaissance (2) Représentation (2) Ne sait pas (5)	Ne sait pas (5)	Ne sait pas (2)

Tableau 2

Représentations cognitives sur la santé			
Avoir une bonne santé BD	Ressemble une dent en bonne santé	Ressemble une gencive en bonne santé	Avoir un mauvais état bucco-dentaire
(7) Définition par opposition (2) Mastication (4) Visite chez le dentiste (3) Avoir des dents saines -Soins élémentaires journalier -Haleine fraîche -On est bien dans sa bouche - Ca sens le solide, sans crainte	(4) Définition par opposition (6) L'apparence -Dents propres et soignées - En nombre suffisant - La régularité des dents n'est pas garant d'une bonne santé - Bien innervée et l'apparence	(6) Définition par opposition (3) Rose - Pas de réponse - Bon lien entre le dent et la gencive -Il faut brosser la gencive	(9) Description physique -Etre laxiste, laisser les choses se faire - le contact avec la personne est perturbé -Avoir des problèmes, aller chez le dentiste -Ne plus avoir le courage de lutter parce qu'on n'y croit plus -C'est une bouche qui dit « Ne m'oublie pas » -C'est quand la bouche est une préoccupation -Pb de confort, de douleurs et de soins à l'infini

niveau des connaissances. L'attribution causale, comme par exemple la présence des bactéries, fait l'objet de 14 codes de connaissance, alors que l'attaque de l'émail en comporte quatre. La croyance en une action efficace pour l'éviter comme le brossage de dents et d'autres codes de connaissance sont exprimés. Enfin il y a une croyance dans la possibilité de l'éviter. Cette démarche de réflexion est absente sur les autres pathologies.

Concernant la santé bucco-dentaire, le constat part d'une description physique déclaratif de l'état bucco-dentaire du répondant. Les questions suivantes sont posées « Selon vous, c'est quoi avoir... ? » ou « Selon vous, à quoi ressemble... ? » sur les thèmes suivants :

- avoir une bonne santé bucco-dentaire
- à quoi ressemble une dent en bonne santé
- à quoi ressemble une gencive en bonne santé
- avoir un mauvais état bucco-dentaire

Les résultats montrent que la situation de référence est de ne pas avoir une mauvaise santé bucco-dentaire (Tableau 2). En effet, les répondants savent bien décrire une mauvaise santé bucco-dentaire : tartre, carie, mauvaise haleine, bouche sèche, saignement de gencive. Aussi la bonne santé bucco-dentaire est en grande partie définie par opposition à la mauvaise santé bucco-dentaire. Par exemple, les codes sont « Ne pas avoir de carie », « Ne pas avoir de saignement de gencive ». De même pour l'aspect d'une dent en bonne santé ou de la gencive en bonne santé.

Il est à noter que l'apparence aide à définir la bonne santé bucco-dentaire d'une dent ou d'une gencive. Même si cette apparence n'est pas simple à caractériser, surtout concernant les dents « brillante, pas corrodée ». Nous pouvons dire que la santé bucco-dentaire est définie par opposition, ce qui correspond à décrire la santé générale par l'absence de pathologies. Le raisonnement a priori des patients semble s'orienter de cette façon. Il peut être remarqué que le thème « mauvais état bucco-dentaire » regroupe des connaissances et des représentations liées au vécu des individus.

D'autres thèmes, en cours d'exploitation, sont apparus spontanément et ne correspondent pas forcément à des questions. La seule question sur la douleur causée est la suivante : « Est-ce qu'actuellement vous avez mal aux dents ? ». Dans l'ensemble des entretiens, les patients répondent négativement mais ils l'évoquent ensuite dans leur discours. Ils expriment ainsi différents thèmes, qui peuvent être retrouvés dans différents codes, comme l'âge, l'hérédité, la douleur, le parcours de santé et l'esthétique. Cette dernière revêt une importance particulière et fait place à une forte ambivalence.

Nous pouvons constater que les représentations cognitives en santé bucco-dentaire existent et qu'elles peuvent être mises en évidence. Elles influencent le comportement de santé, aussi elles peuvent être des facteurs limitants ou facilitants lors d'une intervention en éducation.

Aussi toute intervention en EpS ou en ETP concernant la santé bucco-dentaire devrait prendre en compte ces représentations cognitives et chercher à proposer une définition positive de la santé bucco-dentaire.

EDUCATION POUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE : APPROCHE PRATIQUE

ETUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE PARENTS DE JEUNES ENFANTS SUR LES IMPACTS DES ACTIONS DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE DANS LE VAL-DE-MARNE



Dr Ariane EID

Chirurgien-dentiste – Service de Santé publique dentaire – Conseil départemental du Val-de-Marne

Depuis plus de vingt ans, le Conseil départemental du Val-de-Marne a développé un programme de prévention bucco-dentaire qui s'adresse aux enfants et adolescents, de la naissance à 18 ans. Ce programme est mis en œuvre dans les lieux accueillant les enfants et adolescents, structures départementales telles que les crèches, les centres de protection maternelle et infantile et les foyers de l'aide sociale à l'enfance, ainsi que les établissements scolaires. Les actions consistent principalement en de l'éducation pour la santé, complétée par la délivrance de kits d'hygiène bucco-dentaire, et dans une moindre mesure en des dépi-
stages.

En 2009, avant de fixer les orientations du troisième programme de prévention qui devait être mis en place pour la période 2010 - 2016, nous avons souhaité réaliser une évaluation globale du dispositif dédié à la petite enfance. Les enquêtes épidémiologiques effectuées, tous les 5 ans, à cinq et six ans fournissaient des données quantitatives sur l'état de santé bucco-dentaire, qu'il semblait important de compléter par une connaissance des représentations des parents et de leur appréciation des actions. Nous avons donc mis en place une étude en collaboration avec le bureau d'études GMV Conseil.

Objectifs

Cette étude avait comme objectifs :

1. Identifier et comprendre les représentations, pratiques et croyances sur la santé bucco-dentaire ;
2. Évaluer les facteurs susceptibles d'avoir fait évoluer les pratiques ;

3. Mesurer la mémorisation et l'impact des actions réalisées par le Service de Santé publique dentaire sur les comportements ;
4. Apporter des préconisations afin de renforcer l'adéquation du programme de prévention bucco-dentaire aux attentes du public concerné.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, reposant sur trente entretiens en face à face réalisés auprès d'un échantillon de parents ayant au moins un enfant de moins de sept ans et étant concerné par les actions de prévention, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de leurs enfants.

L'échantillon a été constitué, en termes de représentativité, sur la base d'une diversité selon les paramètres : taille des fratries (familles ayant un enfant unique, jusqu'à une famille de 8 enfants), catégories socioprofessionnelles (avec un sur-échantillon de familles modestes), origines ethniques, niveaux d'étude et lieux d'habitation.

Les résultats

• Pratiques bucco-dentaires

En ce qui concerne les perceptions, trois registres ont été évoqués pour définir l'hygiène bucco-dentaire : « santé » qui est majoritaire, « beauté » et « social » qui est minoritaire. Le pourquoi et le pour qui de l'hygiène bucco-dentaire varient selon les registres. (Tableau 1)

A partir de ces trois registres de perception, trois attitudes, qui vont conditionner une éducation et des comportements différents, ont été mises en évidence face à la santé bucco-dentaire, qui ont permis de déterminer trois profils de parents : les rigoureux, les passifs et les non-initiés. (Tableau 2 et tableau 3). Les trois profils de parents correspondent à des caractéristiques différentes

Tableau 1

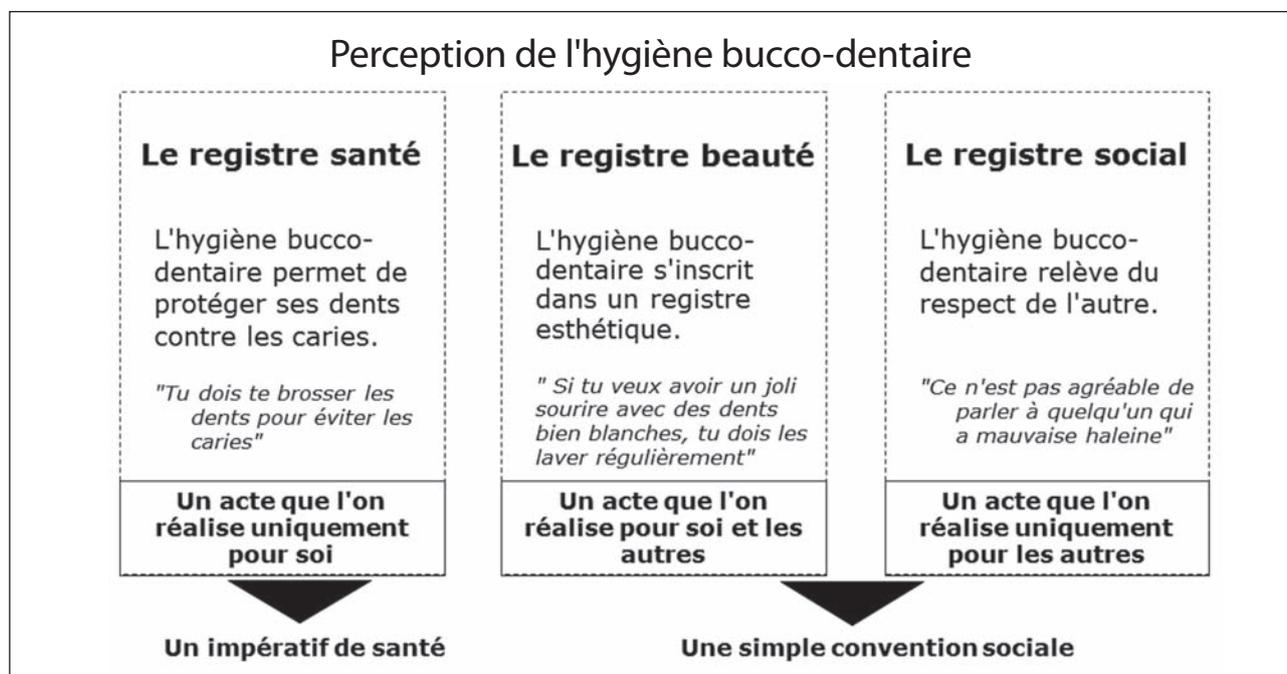


Tableau 2

3 attitudes face à la santé bucco-dentaire qui déterminent 3 profils de parents

Les rigoureux	Les passifs	Les non initiés
Ils utilisent uniquement le registre santé pour en parler.	Ils utilisent les 3 registres.	Ils utilisent davantage les registres beauté et social pour en parler
<p>Des parents qui soit ont reçu une éducation similaire, soit ont eu des problèmes carieux importants dont ils veulent préserver leurs enfants.</p> <p>Le brossage est une étape obligatoire et nécessaire.</p> <p>Elle fait partie de l'éducation et constitue un véritable rituel.</p>	<p>S'ils lui reconnaissent un enjeu santé, le brossage est tout de même perçu comme un moment fortement contraignant qui empiète sur autre chose : le départ à la crèche, le coucher...</p> <p>D'autres leçons d'éducation passent avant : bien manger, avoir fait ses devoirs, le passage aux toilettes avant le coucher...</p> <p>Une opinion qu'ils justifient en jugeant le discours de santé publique (= 2 fois par jour min), comme excessif et relevant plus d'une convention sociale.</p>	<p>Ils ne pratiquaient pas régulièrement le brossage avant de venir vivre en France, ils ne connaissent pas cette "norme".</p> <p>Ils le jugent facultatif, son utilité étant plus liée à l'esthétique (avoir de belles dents) et à la facilitation de l'intégration puisqu'ils estiment avoir une bonne "résistance dentaire".</p>

Tableau 3

3 attitudes face à la santé bucco-dentaire qui déterminent 3 profils de parents		
Les rigoureux	Les passifs	Les non initiés
Le brossage est une priorité.	Le brossage est important.	Le brossage est accessoire.
<p><i>" J'ai eu beaucoup de problèmes dentaires, encore aujourd'hui d'ailleurs, et je ne veux pas que cela arrive aux petits "</i></p> <p><i>" Je me brosse les dents même dans la journée si je mange un gâteau "</i></p> <p><i>" Je ne peux pas aller me coucher ou sortir le matin sans m'être brossé les dents, il faut qu'elles soient propres, c'est important, et puis on m'a appris comme ça "</i></p>	<p><i>" Le brossage c'est important c'est vrai, mais si on l'oublie ce n'est pas dramatique "</i></p> <p><i>" C'est tellement la course le soir, qu'on ne peut pas tout surveiller "</i></p> <p><i>" Je préfère leur apprendre d'autres choses comme par exemple bien manger ou le pipi du soir, ils sont encore petits "</i></p>	<p><i>" Je leur dis qu'il faut se brosser les dents pour avoir les dents blanches et propres mais moi je n'ai pas été habituée, dans mon pays, tout le monde ne le fait pas "</i></p> <p><i>" On n'a pas de problème dans la famille, elles sont solides, on craint rien "</i></p> <p><i>" On les brosse de temps en temps "</i></p>

Tableau 4

Caractéristiques selon les profils de parents		
Les rigoureux	Les passifs	Les non-initiés
<i>Structure du foyer</i>		
Plutôt des foyers traditionnels avec 2 parents Taille de la fratrie de 1 à 3 enfants.	Des foyers traditionnels et monoparentaux. Taille de la fratrie de 1 à 3 enfants.	Des foyers traditionnels et monoparentaux. La taille de la fratrie de 3 à 5 enfants.
<i>Catégorie socio-professionnelle</i>		
Majorité de CSP moyennes à élevées.	Majorité de CSP moyennes.	Majorité de CSP basses
<i>Origine</i>		
Majorité de familles ayant toujours vécu en France.		Majorité de famille en France depuis moins de dix ans.

en termes de structure du foyer, de catégorie socio-professionnelle et d'origine. (Tableau 4)

Quel que soit le modèle d'éducation, le lien entre alimentation et santé bucco-dentaire est rarement fait.

Face au recours aux soins, les attitudes sont davantage communes aux trois groupes, puisque pour ces trois profils la première visite chez le dentiste a rarement lieu avant l'âge de six ans et, quand elle a lieu, c'est à l'occasion d'une douleur, d'un traumatisme ou d'une consultation gratuite qui leur est proposée. Des différences existent cependant en ce qui concerne le repérage de la carie. Dans le premier groupe, il est souvent réalisé par la mère, alors que dans le troisième groupe, il fait suite à un dépistage. Enfin, les parents des deux premiers groupes reconnaissent au dentiste un rôle préventif. En ce qui concerne les freins à la consultation les trois groupes expriment à la fois une peur parentale et le coût des soins, qu'ils reconnaissent cependant ne pas connaître précisément. Quelques différences sont observées au niveau du recours aux soins. En particulier, des parents du premier groupe, qui sont les plus motivés et investis, expriment des difficultés pour trouver un dentiste qui soigne les enfants. Dans les deux autres groupes, les parents manifestent un certain désintérêt lorsqu'ils signalent que les dents des enfants sont neuves et qu'elles tomberont, ou lorsqu'ils expriment leur croyance en la protection naturelle des dents.

• Impact des actions de prévention

✓ Efficacité dans la modification des comportements

Les actions de prévention bucco-dentaire sont jugées positives par tous les profils de parents d'abord parce qu'elles s'inscrivent dans une démarche proactive et ensuite parce qu'elles permettent d'augmenter les connaissances de son enfant et les siennes sur le sujet. Dans le premier groupe, ces actions de prévention servent à renforcer les convictions des parents et à approfondir les pratiques déjà acquises. Dans le deuxième groupe, ces actions revêtent une grande importance, car elles servent de piqures de rappel, s'agissant de parents désinvestis mais qu'il est possible de motiver facilement en leur rappelant l'importance de l'hygiène bucco-dentaire. Dans le troisième groupe, les actions de prévention auront peu d'impact si elles ne sont pas répétées et approfondies. Les évolutions de comportement sont lentes et difficiles.

Cependant les actions de prévention ne sont pas attendues. Le jugement positif semble ainsi plus relever d'une adhésion de principe.

✓ Limites et axes d'amélioration

Selon les parents les actions de prévention circonscrites dans le temps, dans l'espace et dans leur périmètre d'intervention, sont de fait déconnectées du quotidien de la famille. Le brossage est une technique difficile à apprendre qui mériterait plus d'attention.

Les actions concrètes sont les plus appréciées par les parents :

- Une mise en pratique : le brossage systématique le midi
- La mise à disposition d'outils spécifiques pour le faire : la remise d'un kit d'hygiène
- Un examen médical : le dépistage bucco-dentaire
- Un rendez-vous dédié pour en parler : la consultation avec le dentiste
- Des "cours" pour apprendre la technique de brossage : l'initiation à l'école

Pour gagner en efficacité, elles doivent à la fois se prolonger dans le quotidien et être personnalisées. En effet, les parents, comme les enfants, apprécient des actions qui s'adressent directement à eux.

Discussion

Des actions de prévention identiques pour tous les profils risquent de ne pas être appréhendées de la même manière et ainsi de ne pas être aussi efficaces auprès de tous les publics. Le registre de communication doit être adapté. Ainsi, si le registre de la santé est efficace en direction du premier profil des parents, celui de la beauté et du lien social touche davantage les parents du deuxième groupe.

Les actions de prévention sont efficaces dès lors qu'elles alimentent et renforcent le dispositif éducatif déjà en place.

Trois axes permettent d'apprécier et d'optimiser les actions de prévention conduites : des actions concrètes, qui s'inscrivent et se prolongent dans le quotidien et qui les concernent personnellement. Ces trois axes permettent de hiérarchiser l'impact des actions actuellement conduites, selon trois niveaux :

- Les actions efficaces en l'état : brossage systématique le midi, remise du kit d'hygiène, camion de dépistage
- Les actions qui nécessitent d'être améliorées : consultation du chirurgien-dentiste en PMI, et initiation au brossage
- Les actions peu efficaces en l'état : consultation du médecin en PMI, et bain de bouche fluoré

Une autre voie d'amélioration consiste à développer ces actions en ciblant le couple parent/enfant. En effet,

nos actions étant essentiellement axées sur les enfants, elles ne permettaient pas aux parents de jouer un rôle efficace de relais. Il apparaît en outre que l'implication des parents pour les rendre acteurs de la santé bucco-dentaire de leurs enfants constitue un élément majeur d'efficacité de nos actions.

L'amélioration doit également concerner le recours aux soins, puisqu'il demeure problématique pour les moins de six ans. A côté des représentations et croyances des parents, l'accès aux soins de ces enfants reste encore une difficulté en France.

EFFICACITÉ D'UN PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS SCHIZOPHRÈNES : ETUDE EBENE PHRC-I-EST 2014

Dr Frédéric DENIS

Odontologiste des hôpitaux - Centre hospitalier La Chartreuse – Dijon



Cette étude, financée à hauteur de 260 000 euros par la DOGS dans le cadre d'un PHRC interrégional, est en cours de réalisation, aussi je n'exposerai pas ses résultats mais son protocole.

Je présenterai rapidement le contexte de l'étude et les hypothèses de recherche, l'originalité de ce projet, les résultats que nous en attendons, les objectifs, les critères de jugement et le schéma de l'étude. Dans la dernière partie de cette présentation, j'insisterai sur l'étape, préliminaire de cette étude, de la construction du programme.

La schizophrénie est un trouble psychique sévère qui concerne 1 % de la population mondiale. Il s'agit d'une maladie ubiquitaire, qui touche l'ensemble des populations, quels que soient l'ethnie ou le niveau socio-économique. Ce problème de santé concerne environ 600 000 personnes en France. Cette maladie se caractérise par différents symptômes. Certains sont dits positifs et prennent la forme d'hallucinations ou de délires ou correspondent à une discordance de la pensée, avec des troubles de la fonction exécutive. Ils se manifestent par exemple par le désir du patient de vouloir prendre rendez-vous chez un chirurgien-dentiste et par son incapacité d'organiser l'ensemble des séquences pour honorer son rendez-vous. Cette maladie se caractérise également par des symptômes dits négatifs sous formes

de repli sur soi, de symptômes autistiques et de déni du corps, particulièrement important dans le cadre de la prise en charge somatique de ces malades. Enfin, cette maladie évolue souvent, mais pas toujours, selon un mode déficitaire et s'accompagne de troubles cognitifs.

La schizophrénie fait l'objet d'une méconnaissance de la comorbidité somatique des professionnels de la santé et des chercheurs. Pendant longtemps, la prise en charge de la maladie psychiatrique était séparée de celle des troubles somatiques. Pour information, concernant la prise en charge des troubles somatiques, parmi lesquels se comptent les troubles bucco-dentaires, une enquête récente réalisée en Rhône-Alpes dans le cadre d'un mémoire à l'université, a démontré que le temps des chirurgiens-dentistes dans les hôpitaux psychiatriques de Rhône-Alpes, était en moyenne, pour cent lits, de 0,04 en équivalent temps plein.

En dépit des avancées significatives récentes dans la pharmacothérapie de la schizophrénie, l'amélioration de la santé physique de ces patients reste un défi à prendre en compte et à inclure dans le plan thérapeutique global. L'espérance de vie des patients qui présentent un trouble psychique sévère comme la schizophrénie est encore aujourd'hui 15 à 20 % inférieure à celle des patients de la population générale.

Les troubles bucco-dentaires font partie de ces comorbidités sur lesquelles il est nécessaire de se pencher. La santé bucco-dentaire est concernée par le lien avec la maladie mentale précédemment décrit, ainsi que par la

pharmacopée qui induit des troubles, effets secondaires, en particulier la diminution du débit salivaire mais aussi pour certains traitements l'hyper-salivation. Pour les antipsychotiques de première génération, il convient de citer les effets extrapyramidaux, notamment des tremblements, qui rendent difficiles les gestes du brossage, ce qui implique implicitement la notion d'accompagnement au quotidien, voire la nécessité d'utiliser des outils adaptés. Les antipsychotiques de seconde génération produisent moins d'effets extrapyramidaux et induisent moins de problèmes de tremblement mais ont des effets dits métaboliques, à travers un continuum de manifestations comme le syndrome métabolique. Il existe un lien entre les différentes composantes de ce syndrome, dont les troubles cardiovasculaires, et la maladie parodontale, la relation entre la maladie parodontale et les troubles cardiovasculaires ischémiques étant à double sens. La première cause de mortalité de ces patients, indépendamment du suicide, est la maladie cardiovasculaire. La mauvaise hygiène alimentaire est l'un des symptômes du déni du corps et reflète la mauvaise habitude de ne pas prendre soin de soi. On constate également un lien avec la précarité : à partir du moment où un patient est confronté à une maladie mentale, il lui est évidemment difficile d'assurer une activité professionnelle et de s'insérer socialement. Il en découle la perte d'emploi, des situations de précarité ainsi qu'une difficulté à accéder au logement. L'alcool et les substances psychoactives peuvent être à l'origine des premières bouffées délirantes, des premiers épisodes psychotiques, ainsi que de l'entretien des troubles psychotiques. Enfin, le tabac constitue trop souvent dans l'institution psychiatrique un lien pour ritualiser le patient. Les méfaits du tabac sur la santé bucco-dentaire sont connus.

L'un des objectifs de cette recherche consiste en l'élaboration d'un programme de promotion de la santé bucco-dentaire adapté aux patients schizophrènes qui puisse améliorer les indices de santé bucco-dentaire de ces patients.

La recherche dans ce domaine est relativement pauvre. Certaines études s'interrogent sur la santé orale des patients qui présentent des troubles psychiques, mais la problématique du patient schizophrène, du patient bipolaire, du patient souffrant de troubles obsessionnels compulsifs ou de dépression majeure, présente des spécificités et n'est pas comparable. Dans la littérature, les études sur la santé orale de ces patients restent relativement rares.

Les programmes de prévention des troubles somatiques ou de promotion de la santé chez les patients schizophrènes sont peu nombreux. Un nombre très réduit d'entre eux sont publiés et les études ne rendent pas compte de leurs évaluations et de leur efficacité. Ces programmes sont souvent construits sur des recommandations

d'experts mais rarement sur des études scientifiques solides.

L'une des originalités de ce programme a trait à son caractère pluridisciplinaire. Notre étude est en effet menée avec divers professionnels de santé (des médecins somaticiens, des psychologues, des psychiatres, des odontologistes..), mais aussi des patients, qui participent à l'élaboration du programme, ainsi que des représentants des familles et des spécialistes de l'éducation thérapeutique et de la promotion de la santé de l'IREPS. Aucune étude n'a intégré des patients à un groupe d'experts dans une démarche de recherche dans ce domaine.

Nous espérons une amélioration de la prise en charge bucco-dentaire en milieu psychiatrique. Cette amélioration doit s'appuyer sur un changement des pratiques, mais aussi un rapprochement des savoirs sur le psychisme et le somatique, le dentaire et le médical, au profit d'une approche globale. Probablement plus en psychiatrie qu'ailleurs, les savoirs sont relativement cloisonnés entre le psychique et le somatique, et le dentaire est plutôt absent. Nous espérons donc un rapprochement en la matière et une intégration de la problématique bucco-dentaire dans la prise en charge psychiatrique. En outre, au travers de la prise en compte du savoir profane des patients et leur participation à l'élaboration de l'étude, il s'agit par une valorisation qu'ils amorcent un premier pas vers leur autonomisation et leur réinsertion sociale.

L'objectif primaire est d'évaluer l'efficacité à 3, 6 et 12 mois d'un programme de promotion de la santé bucco-dentaire sur l'hygiène bucco-dentaire des patients schizophrènes. Les objectifs secondaires sont d'évaluer :

- Indice CAO, OHI-S
- Echelle de qualité de vie et de qualité de santé orale
- Aptitude des patients à intégrer une démarche éducative
- Intégration du programme dans le projet de soins de l'établissement

Le critère de jugement principal, est l'indice Community Periodontal Index (CPI) que nous allons évaluer à 3 et 6 mois. Il s'agit d'un indice clinique parodontal. Les données de la littérature estiment que 40 % des patients schizophrènes présentent un CPI supérieur à 3 contre environ 10 % des personnes dans la population générale. Sur cette base, une réduction de 20 % de la proportion de patients ayant un CPI supérieur ou égal à 3 serait nécessaire pour montrer l'efficacité du programme. Pour montrer une telle différence, en tenant compte de l'effet « cluster » ($CCI=0,01$) et de la variabilité de la taille du cluster ($CV=0,37$), il est nécessaire d'inclure 202 patients (101/groupe) avec une puissance $\beta=80\%$ et un risque $\alpha=5\%$. En tenant compte d'une proportion de 10 % de

patients perdus de vue, il serait nécessaire d'inclure 230 patients dans l'étude, soit 115 patients par groupe. Il s'agit donc d'une randomisation en ouvert non pas de patients mais de groupes de patients qui recevront ou pas le programme. Etant entendu que si le programme montrait son efficacité les groupes témoins n'ayant pas reçu le programme pourront en bénéficier ultérieurement.

Douze établissements participeront à cette étude : trois en Bourgogne, quatre en Franche-Comté, deux en région Rhône-Alpes, un en Alsace, un en Lorraine et un en région Limousin. Ce programme repose sur une phase préliminaire de construction d'un programme de promotion de la santé qui a été réalisé avec les patients souffrant de schizophrénie, des professionnels de santé et des accompagnants de personnes malades. Pour cela la méthode du focus groupes avec un guide d'entretiens préparé au préalable a été utilisée. Les personnes interrogées ont pu exprimer leurs idées, leurs représentations et leurs connaissances de la santé orale et des façons de l'améliorer en tenant compte des besoins spécifiques des patients schizophrènes. Le retour de l'analyse de ces entretiens a montré à la surprise des professionnels, que les connaissances des patients sont importantes dans le domaine de la santé orale. Un des principaux aspects mis en avant par la contribution des patients est la nécessité d'une aide motivationnelle basée sur l'amélioration de l'estime de soi. Ils expriment que les troubles de la santé orale sont en lien avec de nombreux problèmes de santé et considèrent qu'une approche pluridisciplinaire est indispensable à l'éducation thérapeutique du patient schizophrène.

Pour ces personnes il existe une appréhension de la visite chez le dentiste qu'il convient de démystifier pour favoriser l'accès à cette consultation de façon préventive et pas uniquement curative et/ou en urgence. Les ressources cognitives sont importantes dans le domaine de la santé bucco-dentaire, l'information dans ce domaine sera brève. Concernant les comportements sociaux

vis-à-vis de la santé orale, le déficit motivationnel doit être stimulé positivement par des notions visant l'amélioration de la qualité de vie (l'hygiène alimentaire, l'image et l'estime de soi, l'insertion sociale...). L'approche coercitive ou infantilissante est largement rejetée. Les patients mettent en avant leur pouvoir de décisions et l'autonomisation dans la gestion de leurs soins. Il est donc important de préciser les limites de l'accompagnement du patient dans le cadre d'un programme de soins. Le choix des outils éducatifs a été unanime par les membres du groupe de travail pour :

- Un film montrant le cabinet dentaire et son environnement sous un axe positif et agréable ;
- Des supports visuels de promotion de la santé orale en rapport avec le bien-être ;
- Un carnet de bord permettant le suivi des activités initiées au cours du programme, de l'évolution des représentations et l'évaluation de la fréquence du brossage.

Trois séances d'éducation à la santé d'une durée de 45 mn seront co-animées par un professionnel de l'IREPS et un soignant référent de l'établissement après une séance initiale de recueil des représentations.

Un délai d'une à deux semaines sera respecté entre chaque séance. Le mode éducatif sera à la fois cognitif et socioconstructiviste, les conceptions initiales du patient de la santé orale étant au cœur du processus d'apprentissage.

Pour conclure, il reste à tester le programme éducatif de cette recherche auprès d'un établissement témoin pour valider la pertinence des outils et la méthode de passation. Si ce programme montre son efficacité, cette recherche interventionnelle constituera une étape dans le changement des pratiques professionnelles et dans l'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques psychiatriques, véritable enjeu de santé publique.

POSTERS

EVALUATION D'UN NOUVEL OUTIL PÉDAGOGIQUE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

MARQUILLIER T, DELFOSSE C, CATTEAU C, TRENTESAUX T

U.F.R d'Odontologie – Université Lille 2

Introduction

L'éducation thérapeutique du patient se développe en médecine bucco-dentaire, notamment dans le cadre de la prise en charge de la carie dentaire chez l'enfant, désormais reconnue comme maladie chronique. L'aspect ludique d'un jeu est un outil motivationnel reconnu chez l'enfant. Privilégier l'interactivité et la personnalisation des supports permet de le captiver davantage et de mieux correspondre à ses centres d'intérêts.

Face à la nécessité de développer des outils pédagogiques adaptés à l'odontologie pédiatrique, un jeu de l'oie « Le parcours d'Elmy », visant à améliorer les connaissances en matière de santé orale des enfants âgés de 4 à 7 ans porteurs de caries précoces, a été créé.

Objectifs

Ce travail visait d'une part, à mesurer l'évolution des connaissances immédiatement après le jeu, et d'autre part à évaluer qualitativement l'outil pédagogique.

Matériels et méthodes

15 patients accompagnés de leurs parents ont été reçus en séance individuelle de 45 minutes. En début de séance, un quizz évaluant les connaissances de l'enfant est renseigné. L'enfant participe ensuite au jeu de l'oie, pendant lequel il est amené à s'exprimer sur chacune des cases rencontrées. En fin de séance, l'enfant renseigne à nouveau le quizz

d'évaluation des connaissances. Les réponses au quizz ont été comparées pour évaluer la modification des connaissances de l'enfant et de ses parents avant et après la séance. Un entretien semi-directif, conduit principalement auprès des parents, a été réalisé en fin de séance de manière à recueillir leur point de vue sur la séance et le jeu.

Résultats

Une amélioration des connaissances en matière d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire des enfants et de leurs parents a été observée.

Les parents se sont déclarés, pour la majorité, favorables à l'intégration de séances d'éducation thérapeutique dans la prise en charge curative classique.

La réalisation des séances suggère d'apporter des modifications à l'outil pédagogique.

Discussion/Conclusion

« Le parcours d'Elmy » apparaît être un outil pédagogique plus particulièrement adapté à l'enfant d'au moins 6 ans. L'étude a mis en évidence la nécessité de faire évoluer le jeu afin de correspondre au mieux aux besoins des patients et de leur famille. Les parents ont, en majeure partie, jugé cette séance utile, ce qui nous conforte dans l'idée de développer un programme d'éducation thérapeutique à destination des jeunes patients polycariés.

IMPLICATION DE L'UNITÉ FONCTIONNELLE DENTAIRE DANS L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DIABÉTIQUE EN MILIEU CARCÉRAL

LONGUEPEE A, COUVREUR-DEBYSER M, LUNEAU E, BECART-ROBERT A

C.H.R.U de Lille

Introduction

Les unités fonctionnelles dentaires des unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) du CHRU de Lille sont implantées au sein des centres pénitentiaires d'Annoeulin et Sequedin. La prévention, l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé, des populations carcérales, font partie des missions de l'UCSA définies par la loi du 18 janvier 1994. Les unités médicales et dentaires travaillent en lien étroit dans la prise en charge globale du patient et disposent d'une unité fonctionnelle dédiée à la prévention et à l'éducation du patient. L'équipe dentaire s'est notamment intégrée au projet d'éducation thérapeutique consacré au patient diabétique.

Méthodologie de l'ETP

Une séance intitulée « Adapter son suivi dentaire en fonction du diabète » est intégrée dans la chronologie des séances dispensées. Les chirurgiens-dentistes ont élaboré une fiche pédagogique détaillée qui structure le déroulement de la séance et sa durée (70 minutes environ). Elle définit les objectifs à atteindre tant par les participants que par les formateurs. L'objectif premier est de définir et comprendre le lien entre diabète, état dentaire dégradé et conséquences nutritionnelles. L'objectif second est de promouvoir les soins dentaires au sein de cette population à risques. Le troisième objectif consiste à accompagner le patient vers un brossage des dents en adéquation avec les recommandations de l'UFSBD. Les patients diabétiques participent à un atelier de groupe, d'effectif réduit. Le groupe est animé par un chirurgien-dentiste et une assistante dentaire. Chaque participant dispose d'un support écrit. Une trousse d'échantillons, une plaquette explicative ainsi qu'une fiche de conseils pour la sortie sont remises à chaque participant. A la fin de la séance, il est demandé de remplir une grille d'évaluation du contenu de la session afin de vérifier la compréhension du message véhiculé.

Résultats

Depuis la mise en œuvre, 40 patients ont été inclus dans le programme, 15 sont actuellement en cours de programme. 18 séances dentaires (16 individuelles et 2 collectives) ont été réalisées

Discussion

Parmi les difficultés rencontrées, le niveau de scolarisation, les contraintes logistiques inhérentes au milieu carcéral et relatives au cloisonnement des populations ou encore la barrière de la langue ont gêné la mise en application. Une version anglaise du fascicule est en cours d'élaboration. L'utilisation d'un support informatique aurait facilité les échanges et l'interactivité mais n'est actuellement pas autorisée par l'administration pénitentiaire.

Conclusion

Ce projet se poursuit et dans le même temps un nouveau projet concernant le patient sous méthadone est en cours de préparation et sera prochainement mis en application.

JOURNÉE DE PROMOTION ET D'ÉDUCATION À LA SANTÉ ORALE DE LA FEMME ENCEINTE ET DU TOUT-PETIT

CAMELOT F, JAGER S., LACZNY E, DROZ D., MARTRETTE J.M.), CLEMENT C.

U.F.R d'Odontologie de Nancy – Université de Lorraine

Introduction

Les femmes enceintes ignorent souvent qu'une bonne santé orale participe au bon déroulement de la grossesse. Des conseils préventifs doivent impérativement leur être donnés et il est indispensable de faire savoir que les soins dentaires, contrairement aux idées reçues, peuvent être réalisés au cours de la grossesse. Elles ignorent par ailleurs également que la prévention bucco-dentaire de leur enfant à naître débute dès les premiers jours. Ces messages étant encore aujourd'hui trop peu répandus, nous avons souhaité organiser une journée de promotion et d'éducation à la santé orale de la femme enceinte et du tout-petit.

Méthodes

Cette journée s'est déroulée au sein de la Maternité Régionale du CHRU de Nancy le 24 février 2015. Nous sommes intervenus auprès des patientes, venues consulter pour diverses raisons à la Maternité. Notre équipe était composée de quatre enseignants hospitalo-universitaires et de 16 étudiants, tous issus de la Faculté d'Odontologie de Nancy. Plusieurs réunions ont permis de préparer les étudiants à cette journée. Un fil conducteur leur a été remis afin de s'assurer de la validité du message communiqué et de permettre à tous les intervenants d'avoir le même discours. À travers des jeux de rôles, ils ont pu tester leur discours préventif et s'entraîner à répondre aux diverses questions possibles des consultantes. Au cours de la journée, les étudiants ont pu communiquer grâce à divers supports

pédagogiques : contenus imagés présentés sur tablettes numériques, démonstrations de brossage, dépliants, posters... En parallèle, lors de cette journée, une présentation suivie d'une discussion a été organisée par les enseignants d'Odontologie (en Santé Publique et Parodontologie) pour les professionnels de périnatalité afin d'insister sur le lien entre la santé bucco-dentaire et le bon déroulement de la grossesse.

Résultats

78 patientes ont pu être sensibilisées lors de cette journée qui a également permis d'ouvrir le dialogue avec 40 professionnels de santé (un praticien hospitalier, 8 sages-femmes et 31 étudiantes sages-femmes).

Discussion

Les rencontres, tant avec les patientes qu'avec les praticiens, ont été particulièrement enrichissantes et de nombreuses réponses ont pu être apportées ce jour. Par ailleurs, le dialogue entre praticiens a permis de renforcer des liens entre les différentes professions, ce qui semble indispensable si l'on souhaite promouvoir la santé bucco-dentaire dès le début de la grossesse. Enfin, cette journée a permis de présenter les consultations spécialisées pour les femmes enceintes et les tout-petits récemment mises en place au service d'Odontologie du CHU de Nancy.

PROMOUVOIR LA SANTÉ ORALE DANS LES SERVICES D'ADDICTOLOGIE : EXPÉRIENCE AU CHRU DE LILLE

MIRAGLIA J¹, BLAIZOT A¹, BENICE C², CATTEAU C¹

1 U.F.R d'Odontologie – Université Lille 2

2 Service d'Addictologie - CHRU Lille

Contexte

L'addiction aux substances psychoactives peut avoir des conséquences néfastes sur la santé orale résultant de la toxicité des produits consommés et de la négligence de l'individu sur sa santé. Depuis septembre 2013, dans le cadre de l'évaluation complète, médicale et psychologique, accompagnant le sevrage des substances psychoactives,

une consultation bucco-dentaire est proposée aux patients hospitalisés à temps complet dans le Service d'Addictologie (Hôpital Fontan 2) du CHRU de Lille. Cette consultation, conduite en chambre, se compose d'un entretien libre avec le patient et d'un examen clinique (miroir, sonde, source lumineuse d'appoint). Elle vise à évaluer le besoin en soins

des patients et à les informer des alternatives thérapeutiques et des modalités de prise en charge. C'est aussi un moment propice pour échanger sur les comportements favorables à la santé orale.

Objectifs

Dresser le bilan d'activité et décrire l'état de santé bucco-dentaire des patients reçus en consultation.

Matériels et méthodes

Ont été inclus dans l'étude les consultations réalisées entre septembre 2013 et juin 2014. Les données ont été extraites des fiches renseignées au cours des consultations. Une analyse descriptive des données a été réalisée.

Résultats

Sur la période d'étude, 104 consultations ont été réalisées, réparties sur 30 demi-journées. Les 104 patients (88 hommes, 16 femmes) reçus en consultation avaient un âge moyen de 43(±9) ans ; 60,6 % d'entre eux étaient hospitalisés pour un sevrage éthylique et 17,3 % pour un sevrage éthylique associé à celui d'une drogue. La dernière visite

chez un chirurgien-dentiste remontait à plus d'un an pour 61,5 % des patients. Au cours des 3 derniers mois, 38,5 % des patients avaient présenté une douleur ou une gêne bucco-dentaire. Une anxiété à l'idée d'aller chez le chirurgien-dentiste a été rapportée par 37% des patients. L'indice CAOD moyen était de 17,8(±8,35). Parmi les patients dentés (n=100), 80 % présentaient au moins une lésion carieuse non traitée et 47 % au moins un foyer infectieux d'origine dentaire. Une inflammation gingivale a été observée chez 73 % des patients dentés ; 60 % des patients ont déclaré se brosser les dents moins de 2 fois par jour. La démonstration d'une technique d'hygiène orale et/ou prothétique adaptée a été réalisée en salle de bain pour 43 patients.

Conclusion

Cette étude a permis de montrer l'intérêt de proposer une consultation bucco-dentaire dans le cadre du sevrage des substances psychoactives. Un travail de réflexion sur le développement d'un atelier d'éducation à la santé orale et de dépliant d'information sur les risques sur la santé orale liés à la consommation de substances psychoactives est en cours.

FORMER LE PRATICIEN À ÉDUIQUER LE PATIENT DANS LE CADRE DE SA SANTÉ ORALE : UNE EXPÉRIENCE D'ENSEIGNEMENT EN FORMATION INITIALE

VITAL S, COLOMBIER M.L, HVOSTOFF C, WOLIKOW M

U.F.R d'Odontologie – Université Paris-Descartes

Se former à l'éducation thérapeutique ne correspond pas uniquement à l'apprentissage des modalités selon lesquelles le soignant va transmettre à son patient les informations nécessaires à la maîtrise de sa maladie et à la poursuite de son traitement. Il s'agit également d'acquérir la capacité de réaliser un diagnostic éducatif, en sachant se centrer sur les compétences du patient. Quels que soient les modèles utilisés, plus scientifiques ou plus pragmatiques, cette approche clinique se différencie du traitement curatif des manifestations aiguës des pathologies carieuse ou parodontale.

Les concepts d'éducation du patient sont le plus souvent enseignés en formation continue, universitaire ou professionnelle. Dans le cadre d'une réforme pédagogique portée par notre faculté à partir de 2009, nous avons fait le choix d'aborder en formation initiale, les notions de l'éducation thérapeutique et du prendre soin, en nous appuyant sur l'éthique de l'approche clinique et de la relation soignant-soigné.

La construction de cet enseignement par une équipe pluridisciplinaire a permis une pédagogie centrée sur l'étudiant, avec pour finalité l'acquisition de compétences nécessaires à l'étudiant dans l'optique de son insertion professionnelle. Il se décline dès le DFGSO2, parallèlement à la découverte du patient lors des premiers stages cliniques et évolue jusqu'en DFASO1, au travers d'enseignements dirigés, de séminaires et de cours magistraux.

Ces enseignements sont assurés par des praticiens de plusieurs disciplines, afin de garantir la transversalité des notions abordées, et la diffusion au cœur des pratiques cliniques.

Nous analyserons les bénéfices et limites de cette expérience pédagogique, en évoquant les freins et résistances institutionnels.

PROGRAMME AUTISME ET SANTÉ ORALE (PASO) : ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE DES PERSONNES AVEC AUTISME ET PRÉSENTANT D'AUTRES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (TED)

MIRANDA S, LAURENDON C, BORY E-C

SOHDEV

Introduction

La prise en charge bucco-dentaire des personnes avec autisme et présentant d'autres troubles envahissants du développement (TED) est souvent inadaptée et constitue la première catégorie de soins somatiques concernée par le renoncement aux soins. L'absence d'éducation aux gestes d'hygiène et d'une prise en charge adaptée peut être à l'origine de souffrances physique et psychique avec parfois, apparition ou aggravation de troubles du comportement. Toutes ces conditions, ainsi que le manque d'autonomie de ces personnes, amènent souvent à un renoncement aux soins et favorisent l'apparition de pathologies bucco-dentaires avec parfois des complications douloureuses et infectieuses. Ces pathologies finissent par être traitées en urgence et sous la contrainte ou conduisent à des extractions multiples sous anesthésie générale. Le PASO est inspiré du Programme TEACCH « Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children » et repose sur des démarches de structuration complémentaires de l'espace, du temps et de la communication. Différentes étapes d'accompagnement spécifique, des recommandations et des consignes sont proposées aux familles et aux professionnels pour faciliter la prise en charge sur le long terme et rendre les soins dentaires acceptables et acceptés. Le PASO est cité dans le Troisième Plan Autisme comme étant un exemple de dispositif pouvant permettre de modéliser un programme d'action national à décliner en régions. Ce programme propose notamment un ensemble d'outils de communication et de médiation permettant d'améliorer ou d'intégrer l'hygiène bucco-dentaire au quotidien et de faciliter la prise en charge en cabinet dentaire (pictogrammes, bandes son, bande dessinées...). L'ensemble de ces outils ont été validés par un Comité Scientifique composé d'experts et des représentants des usagers dans le domaine de l'autisme sur le plan national. La diffusion nationale des outils a eu lieu à partir du 1er octobre 2013 auprès des familles (téléchargement gratuit <http://www.sohdev.org>) et auprès des professionnels sous forme de mallette pédagogique.

Matériel et méthode

Le parcours de prise en charge du PASO et la diffusion nationale d'outils de communication ont fait l'objet d'une évaluation mesurant l'impact du dispositif et les bénéfices obtenus grâce à ce programme.

L'administration de questionnaires d'évaluation en ligne auprès de 747 personnes (390 professionnels et 357

familles) ayant téléchargé les outils du PASO en ligne ou acquis la mallette pédagogique a permis de mesurer l'impact du PASO.

3 types de questionnaires ont été administrés auprès des familles, des professionnels et des Centre Ressource Autisme. Le taux de retour était de 4 %.

Résultats

L'utilisation des outils du PASO a permis de mettre en évidence une nette amélioration du brossage avant/après leur utilisation (plutôt mauvaise et très mauvaise avant : 80 % ; après : 0 %. Par ailleurs, la fréquence de brossage s'est également améliorée (1 fois par semaine ou jamais avant : 60 % ; après 0 %). De plus, l'attitude de la personne en cabinet dentaire a permis de réduire le refus de 33 % à 6 % et d'augmenter la coopération des patients.

Discussion et conclusion

La pertinence de ces outils a permis d'améliorer l'hygiène bucco-dentaire au quotidien et de mieux préparer les visites chez le dentiste. Ces outils sont désormais proposés également sous forme d'application numérique.

Afin de répondre aux besoins des usagers et aux exigences du Troisième Plan Autisme, l'association SOHDEV propose également des modules d'accompagnement aux aidants familiaux et professionnels.

Perspectives

- Suite à la diffusion des outils du PASO, une adaptation sous forme d'application numérique est en cours de finalisation, cette application sera disponible gratuitement et utilisable sur tablettes, androïdes et Smartphone.
- Renforcement de la formation des professionnels.
- Accompagnement des professionnels pour la mise en place du PASO en institution.
- Adaptation d'outils pour les adultes avec autisme.
- Intégration dans la pratique libérale pour un parcours dans le milieu ordinaire.

POURQUOI UN DIU SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP ?

DENIS F^{1,2,4}, TROJAK B³, EUVRARD E⁴, PECHEUR M⁴, MEYER C

1-Centre hospitalier La Chartreuse, Dijon

2-EA 481 Laboratoire de Neurosciences-Université de Franche comté

3-Service de Psychiatrie et d'Addictologie, CHU de Dijon

4-Service de Chirurgie maxillo-faciale, Stomatologie, Odontologie hospitalière, CHU de Besançon

Introduction

La prise en charge de la santé des personnes handicapées est formalisée en médecine depuis longtemps. Les parcours de soins sont identifiés et coordonnés. Indissociable de la bonne santé globale, la question de la prise en charge de la santé orale pose problème en France.

Contexte

800 000 personnes sont empêchées à minima dans leurs activités sociales de la vie quotidienne. Parmi elles combien sont limitées dans leurs accès à la santé bucco-dentaire (BD) ? Or la mauvaise santé BD a un impact majeur sur la qualité de vie et sur la santé en générale (douleurs, infections, troubles alimentaires, diabètes, obésités...). 86 % des praticiens expriment ne pas avoir reçu de formation sur les soins spécifiques. Ils considèrent que c'est l'un des principaux motifs d'échecs de leur prise en charge de patients handicapés.

Objectif

Offrir une formation aux professionnels de la santé à la rencontre particulière avec la personne handicapée et à ses besoins de santé orale. Identifier et mettre en œuvre le parcours de soins bucco-dentaires coordonnés. Planifier et organiser des programmes de prévention et de promotion de la santé orale. Promouvoir l'inscription de la santé orale dans le projet des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Conclusion

Le DU « Prise en charge de la santé orale des patients handicapés » a pour but de fédérer un large public afin de répondre à un constat partagé par tous, « l'état de santé bucco-dentaire catastrophique » des patients handicapés. Enjeu majeur de santé publique, la santé orale des patients handicapés dépasse largement la compétence individuelle des acteurs du soin.

LE PROGRAMME DE PRÉVENTION CONVENTIONNEL M'T DENTS : QU'EN EST-IL 8 ANS APRÈS ?

SEDDIKI A, MOUSSA-BADRAN S

U.F.R d'Odontologie - Université de Reims

Contexte

La prévention bucco-dentaire reste un domaine souffrant de fortes inégalités (sociales, territoriales), et cela selon toutes les études menées par les politiques publiques.

Longtemps sous-estimée, la prévention bucco-dentaire est devenue une priorité des politiques de santé publique actuelles ; cela à des fins aussi bien sanitaires qu'économiques à long terme

Ainsi le 1er janvier 2007, un programme conventionnel de prévention bucco-dentaire sous le slogan « MT dents » à destination des jeunes a vu le jour faisant suite à un examen dit Bilan Bucco-Dentaire mis en place par la convention de 1997.

Il s'articule autour d'une stratégie de communication de grande envergure ainsi que d'une mobilisation et

collaboration étroite entre les partenaires conventionnels et les relais sanitaires et sociaux de l'enfance. Huit ans après, il est légitime d'évaluer la portée de ce dispositif.

Objectifs

L'objectif de ce travail de thèse d'exercice est d'analyser le dispositif « MT dent », répondant aux questions suivantes :

- La population cible a-t-elle été atteinte?
- La santé bucco-dentaire des jeunes s'est-elle améliorée?
- Quelles modifications peut-on apporter pour récolter les bénéfices escomptés de cette prévention bucco-dentaire à long terme?

Matériels et Méthodes

Une analyse des données de la DREES, de l'INPES, des dossiers de presse de la caisse nationale des travailleurs salariés ainsi qu'un courrier adressé à la CPAM de la Marne sur l'évolution du recours au dispositif selon les tranches d'âge a été réalisée.

Résultats

Les données de la DREES de 1997 à 2006 montrent un pourcentage d'enfants indemnes de carie qui est en constante progression (de 12 à 56,0 %). L'indice carieux passe de 0,9 à 1,60 à 12 ans en fonction de la catégorie socio-professionnelle des parents. 38 % des soins remboursés concernent les enfants d'ouvriers contre 15 % des enfants de cadres. Selon les chiffres de la CNAMTS le recours à l'EBD diminue avec l'âge, les soins de suite sont concentrés vers l'âge de 12 ans. Le taux de recours à l'EBD a augmenté de 10 % entre 2007 et 2014.

Conclusion

Malgré une campagne de communication de grande envergure, un taux de participation de près de 30 % pour les tranches d'âge où l'EBD est dit « obligatoire » (6 et 12 ans) de nombreuses inégalités d'accès à ce dispositif restent notables. Ce dispositif concernait 3 millions d'enfant chaque année depuis 2007, avec les restrictions budgétaires annoncées ce dispositif ne concernera plus que 20 000 enfants. Sachant que 20 % des personnes cibles ayant répondu à ce dispositif était déjà « prévento conscientes », il semblerait qu'une réflexion d'adaptation de ce système soit nécessaire afin d'atteindre « l'objectif zéro carie » tant souhaité.

L'ORAL HEALTH LITERACY (OHL) COMME DÉTERMINANT DE SANTÉ BUCCODENTAIRE: ETUDE PILOTE SUR UNE POPULATION ADULTE AU SÉNÉGAL

DIENG S N¹, LOMBRIL P¹, AZOGUI-LEVY S², CISSE D³

1 Laboratoire Educations et Pratiques de santé – Université Paris 13

2 U.F.R d'Odontologie – Université Paris Diderot

3 Département d'Odontologie – Université de Dakar

Problématique

Les pays d'Afrique francophone partagent avec la France une conception de la santé orientée vers les soins curatifs et une faible attention à la santé bucco-dentaire (SBD). L'amélioration de la SBD dans ces pays suppose, entre autre, de réorienter les services de santé et plus précisément d'améliorer l'OHL individuelle et collective

Ce dernier désigne la capacité des individus à trouver, comprendre et utiliser les informations pour interagir avec les services de soins, promouvoir une bonne santé et prévenir les maladies bucco-dentaires. Un faible OHL s'associe généralement avec une prévalence accrue de maladies bucco-dentaires. Les études sur l'OHL ont été menées majoritairement dans les pays développés et en lien avec l'utilisation des services de soins curatifs. Dans un pays en développement comme le Sénégal, il semble nécessaire de mesurer le niveau d'OHL et son lien avec les actions de prévention.

Objectif

Evaluer l'OHL dans une population adulte et analyser les facteurs sociaux et d'état de santé bucco-dentaire qui sont associés.

Méthodes

Un échantillon de 400 adultes sénégalais sera constitué de manière aléatoire dans une banlieue de Dakar. Les données seront recueillies à l'aide d'un questionnaire estimant les CSO, renseignant sur les caractéristiques socioéconomiques, les pratiques de prévention et l'état de santé bucco-dentaire.

Résultats attendus

Notre hypothèse principale est que le niveau moyen d'OHL est faible et que les pratiques préventives sont associées à un OHL élevé et à une meilleure santé bucco-dentaire.

Discussion

Améliorer le niveau d'OHL est susceptible de renforcer des comportements préventifs de santé orale des individus. Des programmes de prévention en SBD adaptés aux moyens disponibles seraient particulièrement importants dans ce pays aux ressources économiques et sanitaires limitées et où les soins bucco-dentaires sont très inégalement accessibles.

DÉTERMINANTS SOCIO-ÉCONOMIQUES DU BESOIN DE SOINS BUCCO-DENTAIRES : UNE ANALYSE DE LA COHORTE SIRS 2010

TROHEL G¹, BERTAUD V¹, SOLER M², CHAUVIN P², GRIMAUD O³

1 U.F.R d'Odontologie – Université de Rennes

2 UMRS 707 – INSERM

3 EHESP

Contexte

La santé bucco-dentaire s'est améliorée en France. Cependant, il persiste des inégalités liées au statut socio-économique des individus.

Objectifs

L'objectif de notre étude est de mesurer le besoin de soins bucco-dentaires et d'identifier les déterminants individuels, socio-économiques et comportementaux susceptibles d'expliquer ses variations au sein d'une population adulte.

Méthodes

L'étude est une analyse transversale des données 2010 de la cohorte SIRS. L'échantillon comprend 2997 individus. Nous avons calculé la prévalence du besoin de soins bucco-dentaires en fonction des facteurs individuels, socio-économiques et comportementaux. Nous avons estimé un modèle de régression logistique afin d'identifier les caractéristiques les plus fortement associées au niveau de besoin.

Résultats

En 2010, la prévalence du besoin de soins bucco-dentaires était de 35,0 % (IC95 % [32,3-37,8]) dans la population francilienne adulte francophone. La prévalence était plus

faible chez les personnes avec un niveau d'éducation supérieur (31,3 % [27,9-34,6]), de nationalité française (31,3 % [28,0-34,6]) et avec une assurance maladie complète (sécurité sociale + complémentaire : 32,8 % [30,2-35,4]). Elle diminuait à mesure que le statut socioéconomique augmentait, sans que l'évolution soit strictement linéaire. Elle était plus faible également chez les individus ayant réalisé une visite de contrôle dans les 2 années précédant l'enquête. L'analyse multi variée révélait que les caractéristiques socioéconomiques les plus fortement associées à un besoin de soins buccodentaires étaient : le niveau d'éducation (OR = 1,21 [1,02-1,44]), le niveau de revenu (OR = 1,66 [1,92-2,12]) et l'origine (OR = 1,53 [1,26-1,86]).

Conclusion

Les résultats confirmaient l'existence d'une prévalence du besoin de soins bucco-dentaires plus élevée chez les adultes à faible statut socioéconomique. Dans notre étude le niveau d'éducation, le niveau de revenu mais aussi l'origine des individus étaient plus fortement associés au besoin de soins que ne l'était le niveau de couverture assurantielle.

LES DÉTERMINANTS DU RECOURS AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES DES POPULATIONS SÉNÉGALAISES

LO CMM

Département d'Odontologie – Université de Dakar

Dans le contexte de mise en place de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au Sénégal il est primordial d'anticiper sur les difficultés liées à la problématique du recours aux soins bucco-dentaires pour une réduction importante des inégalités sociales afin de garantir son succès et sa pérennité.

Objectifs

L'objectif de notre étude était d'identifier les déterminants

du recours aux soins bucco-dentaires des populations sénégalaises.

Matériels et méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive. Notre enquête a concerné tous les patients de la région de Dakar qui concentre les 2/3 des structures dentaires publiques et les 3/4 des structures dentaires privées du pays. Un sondage à deux degrés a été réalisé consistant

d'abord au choix au hasard de 12 structures (6 publiques et 6 privées) puis dans un second temps au choix au hasard de 600 patients selon un pas de 2 ; en tenant compte de la faible fréquentation des structures privées, 1/5 des patients (120) y ont été interrogés, les 4/5 (480) l'ayant été dans les structures dentaires publiques.

Résultats

Nos résultats ont montré que les patients habitant à moins de 5 km ou entre 5 à 10 km de la formation sanitaire la plus proche ont plus recours aux structures dentaires publiques qu'aux autres types de recours avec respectivement 15 % et 26 %, que les individus qui n'ont aucune source de revenu ou une seule source ont tendance à recourir aux structures dentaires publiques avec respectivement 17 % et 34 %. Sur l'ensemble de la population d'étude, 38 % ont recours aux structures dentaires publiques et payent eux-mêmes les soins alors que 12.5 % seulement ont recours aux structures dentaires privées et ont une mutuelle de santé..

Conclusion

La distance entre le lieu d'habitation et la structure sanitaire, le type de profession, le niveau d'étude, le revenu mensuel et le type de prise en charge sont les facteurs influençant le recours aux soins bucco-dentaires des populations sénégalaises. Pour améliorer ce recours, nous avons formulé des recommandations s'appuyant sur les formes d'organisation innovantes des populations sénégalaises telles que les groupements féminins (groupe de 10 à 20 femmes) qui bénéficient de financement pour développer des activités économiques, les dahira qui sont des regroupements d'entraide et de solidarité d'hommes et de femmes à connotation religieuse, les associations sportives et culturelles, les groupements d'intérêt économique pour surmonter les obstacles au recours aux soins bucco-dentaires.

LES DIFFICULTÉS DÉCLARÉES PAR LE PERSONNEL SOIGNANT DES EHPAD SUR LES SOINS D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRES DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

BENDERDOUCH H, SCHVALLINGER F, HVOSTOFF C

APPOLINE

Introduction

Une grande proportion des personnes âgées dépendantes qui résident en EHPAD a des besoins de soins en santé bucco-dentaire non couverts. Les actions de santé proposées pour améliorer l'état bucco-dentaire sont la formation du personnel soignant à l'hygiène bucco-dentaire, la mise en place de bilan bucco-dentaire systématique et la mise en place d'un réseau de soins. (Cohen et Hennequin, 2006). Le réseau de santé bucco-dentaire Appolline propose dans le cadre d'une expérimentation financée par l'ARS, la mise en place de séances de formation du personnel soignant et de séances de dépistage dans 38 EHPAD de l'Essonne. Ce poster a pour objectif d'amener des éléments de réflexion sur les difficultés du personnel soignant à réaliser quotidiennement les soins d'hygiène bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes.

Méthodes

A chaque formation, un questionnaire avant et un questionnaire après ont été mis en place. La construction des questionnaires repose sur du déclaratif et cherche à comprendre quelles peuvent être les difficultés rencontrées par le personnel soignant devant la bouche d'un résident. Le questionnaire « avant formation » pose 12 questions selon 2 catégories : les connaissances et les pratiques. Le questionnaire « après formation » pose d'abord 6 questions sur la formation et la qualité des interactions pendant

la séance puis il cherche à identifier les besoins suscités par cette formation (exemple : besoin de formation pratique, besoin de réactualisation des connaissances tous les 6 mois). Les formations touchent environ 5 à 10 personnes soignantes par séance.

Résultats

Les premiers résultats montrent sur 212 questionnaires « avant formation » : 95,3 % considèrent que la toilette buccale fait partie de la toilette corporelle, 50,9 % déclarent avoir peur de mettre les doigts dans la bouche, 53,8 % déclarent avoir peur de blesser le patient en retirant la prothèse amovible, 81,9 % considèrent que la bouche est un espace intime et 53,3 % pensent que la carie est une maladie. Sur les questionnaires « après formation », 95 % des personnes sont satisfaites de la formation. Des résultats plus détaillés seront présentés dans le poster.

Discussion

Ce travail permet, d'une part, de renseigner sur les difficultés déclarées par le personnel soignant à la réalisation des soins d'hygiène bucco-dentaire. D'autre part, ces questionnaires sont des outils pour adapter les discussions aux difficultés exprimées par le groupe lors de la formation. Nous analyserons l'ensemble des résultats pour dégager les limites et les avantages de ce type de formation.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRE DE L'ÉTUDE BUCCODOR : CLINICAL TRIALS : NCT02167724

DENIS F^{1,2}; MILLOT I³, ABELLO N⁴, SOUDRY-FAURE A⁴

1-Centre hospitalier La Chartreuse, Dijon

2-EA 481 Laboratoire de Neurosciences-Université de Franche comté

3-Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé de Bourgogne

4-Unité de recherche clinique réseau d'aide méthodologique, CHU de Dijon

Introduction

La schizophrénie concerne 1% de la population mondiale et 600 000 personnes en France. La mauvaise santé orale des patients schizophrènes fait consensus parmi les soignants et les accompagnants. Elle est un des facteurs de stigmatisation dont souffrent ces patients. Un des éléments le plus visible est l'édentement, même si un nombre important de caries ou de dents non soignées (douleur, infection) sont aussi constatés. Il n'existe pas en France de données pertinentes relatives à ce problème de santé publique. Dans ce contexte, l'étude BUCCODOR (Evaluation multicentrique de santé bucco-dentaire de patients schizophrènes en Côte d'Or, financement ARS Bourgogne, Clinical Trials : NCT02167724) doit apporter des données objectives en rapport avec les déterminants de la santé orale de cette population à l'échelle d'un département français. Nous proposons de présenter les résultats préliminaires de cette étude.

Patients et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle multicentrique et exhaustive de la population de patients schizophrènes en Côte d'Or suivi en intra hospitalier et en ambulatoire. Le critère de jugement principal est l'indice CAO (Carié,

Absente, Obturé). Il permet de mesurer quantitativement la maladie carieuse d'un individu. Le critère de jugement secondaire est un indice d'hygiène, l'Oral Health Index-simplified (OHIS). 120 sujets sont nécessaires à la réalisation de cette étude (CAO moyen 24,5±8,1, précisions de 95 % IC=[23-26]). Le screening des patients est issu de la file active des établissements ayant la charge des patients schizophrènes sur le département. Il sera réalisé sur la base de la CIM 10 (F20). 120 patients seront alors tirés au sort par appariement sur l'âge, le sexe, la durée de leur prise en charge, leur secteur de résidence par rapport aux caractéristiques de la population générale des schizophrènes extraites des DIM (département d'information médicales).

Conclusion

Une bonne connaissance des déterminants de la santé orale des patients schizophrènes, dans sa dimension sociale et environnementale, permettra de mieux comprendre leurs besoins de santé orale. Les résultats de cette étude serviront de fondement à l'élaboration d'un programme de soins et de prévention spécifique adapté à ces populations en Côte d'Or.

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX LIÉ À L'UTILISATION DE L'EAU CIRCULANT DANS LES UNITS DENTAIRE : EXPÉRIENCE D'UN CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LIZON J, FLORENTIN A, MARTRETTE J.M, CAMELOT F, RIVIER A, CLEMENT C, RABAUD C

C.H.R.U de Nancy

Introduction

Suite au déménagement d'une des unités d'odontologie, une étude de la qualité de l'eau en sortie des unités dentaires a montré la présence d'une dérive avec un biofilm important (flores revivifiables aérobies à 22°C et/ou 36°C ≥ 300 UFC/mL et micro-organismes opportunistes : Pseudomonas aeruginosa, Legionella pneumophila) pour 5 fauteuils sur 8. Nous rapportons ici les différentes étapes qui nous ont permis in fine d'obtenir une eau de qualité « eau pour soins standard » avec absence de pathogènes et de Legionella sp, sur l'ensemble du parc dentaire.

Méthode

Notre établissement possédait 44 fauteuils dentaires alimentés en eau du réseau. Nous avons, successivement, mis en place plusieurs actions correctives dont l'efficacité est précisée ci-dessous.

Résultats

Après être repassés à une alimentation en eau stérile, avoir revu des procédures de maintenance quotidienne (purge, vidange des circuits) et réalisé une désinfection

ponctuelle au Dialox® (mélange de peroxyde d'hydrogène et d'acide peracétique) associée à un changement de toutes les tubulures accessibles, 38 (89 %) fauteuils n'étaient pas conformes après 30 jours de suivis, dont 8 pour une non-conformité critique (7 pour la présence de *L. pneumophila* séro-groupe 1 et 1 pour la présence de *P. aeruginosa*). Après une deuxième désinfection selon le même protocole, 22 (50 %) fauteuils n'étaient pas conformes mais sans non-conformité critique. Les flores revivifiables aérobies à 22°C et/ou 36°C augmentaient progressivement de J1 à J30 (de 12 à 131 UFC/mL en moyenne) témoignant d'un développement du biofilm persistant dans les tubulures ou les micro-connectiques. Aussi, un traitement de l'eau par désinfection continue a été testé. Le traitement retenu a été fourni par la société KOMET©. Ce procédé utilisait deux types de produits : d'une part, Alpron© (mélange de biguanides et de tosylchloramide de sodium) utilisé quotidiennement sur les fauteuils en activité et d'autre part, Bilpron© (éthylène-diamine-tétra-acétique, PHB-ester, hexaméthylènebiguanide) désinfectant utilisé pendant les périodes d'inactivité pour stabiliser le développement du biofilm dans les tubulures. Depuis lors, l'ensemble des fauteuils est resté conforme après deux ans d'utilisation. De plus, les flores revivifiables aérobies à 22°C et 36°C sont restées très faibles, de l'ordre de quelques UFC/mL.

Discussion

Au final, le traitement par désinfection continue associée à l'usage d'eau stérile et aux procédures de maintenance quotidienne a permis de rétablir la qualité de l'eau en sortie des unités dentaires tout en garantissant la sécurité des soins.



