



# **EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE**

Ce livre blanc évalue la manière dont les professionnels de la santé bucco-dentaire peuvent améliorer l'hygiène orale de leurs patients en utilisant des stratégies et tactiques de changement de comportement basées sur des données probantes.



# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

## TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>RÉSUMÉ</b>  | <b>3</b>  |
| <b>INTRODUCTION &amp; APERÇU</b>   | <b>3</b>  |
| <b>LE CONTRÔLE DE PLAQUE ET SON IMPORTANCE</b>                               | <b>4</b>  |
| <b>IDENTIFICATION DES SOURCES DU COMPORTEMENT :</b>                          |           |
| <b>LE MODÈLE COM-B</b>   | <b>6</b>  |
| COMPRENDRE LA "CAPACITÉ, L'OPPORTUNITÉ ET LA MOTIVATION"                     |           |
| DANS LE MODÈLE COM-B   | 7         |
| FONCTIONS D'INTERVENTION DANS LE MODÈLE COM-B                                | 9         |
| <b>AUTRES TECHNIQUES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT</b>                       | <b>10</b> |
| L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL : UNE APPROCHE PRATIQUE                            | 10        |
| THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ   | 11        |
| ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS, PLANIFICATION ET AUTOSURVEILLANCE<br>(MODÈLE GPS) | 13        |
| MISE EN PRATIQUE DU GPS  | 14        |
| <b>REGARD SUR LA RECHERCHE</b>   |           |
| <b>LES DONNÉES SUPPORTANT LE GPS</b>   | <b>15</b> |
| <b>CONCLUSION</b>  | <b>16</b> |
| <b>ANNEXES</b>   | <b>17</b> |
| <b>RÉFÉRENCES</b>  | <b>18</b> |



# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

## RÉSUMÉ

La prévalence mondiale de la parodontite continue d'augmenter, ce qui a un impact sur la santé et la qualité de vie, mais alimente aussi le fardeau économique mondial associé à sa gestion. La parodontite, cependant, peut être prévenue, la recherche démontrant que les avantages économiques de son élimination l'emportent largement sur les coûts de traitements y étant relatifs.

En ce qui concerne la prévention elle-même, les données cliniques montrent clairement l'importance du contrôle de plaque. Nous devons cependant garder à l'esprit que le contrôle de plaque est surtout une question de comportement du patient et qu'il est associé à un haut niveau d'automatisation. Pour aider nos patients, nous devons mieux comprendre le comportement humain et l'ensemble complexe de facteurs qui influencent et stimulent le changement de comportement.

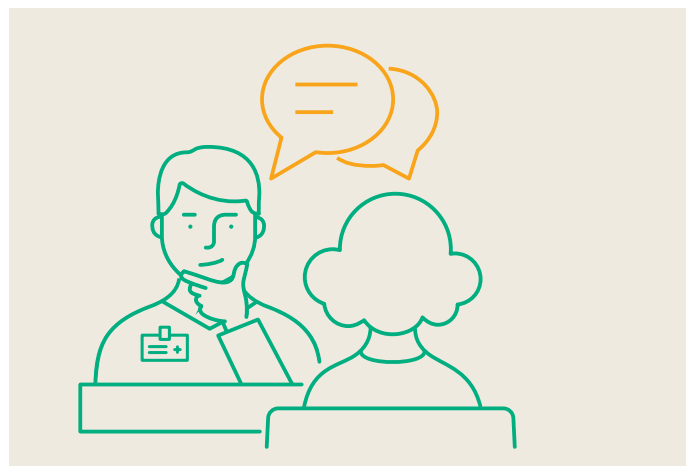
Ce livre blanc explore la littérature scientifique sur le comportement lié à l'hygiène bucco-dentaire. Il vise à identifier les sources du comportement à travers le modèle COM-B et la roue de changement du comportement, suivis de l'examen de trois modèles différents de changement de comportement fondés sur des données probantes, ainsi que leurs implications en santé bucco-dentaire : la théorie du comportement planifié, l'entretien motivationnel, et le modèle GPS (Goal setting, Planning, Self-monitoring ou établissement d'objectifs, planification, autosurveillance).

Le modèle GPS est approuvé par d'importantes associations internationales telles la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP). Il possède vraisemblablement le plus grand potentiel, étant pragmatique et facile à mettre en œuvre dans la pratique quotidienne, tout en s'appuyant sur les concepts de plusieurs modèles psychologiques validés.

## INTRODUCTION & APERÇU

De nombreuses maladies bucco-dentaires - telles que les maladies parodontales et les caries - sont évitables. Même si elles se développent, elles sont dans la plupart des cas gérables. Une accumulation de données souligne l'importance d'un contrôle de plaque approprié, quotidien et tout au long de la vie grâce à de bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire, comme le brossage des dents et le nettoyage interdentaire (Axelsson et al., 2004; Chapple et al., 2015). D'où le rôle crucial que jouent les professionnels des soins bucco-dentaires dans l'éducation et la motivation de leurs patients à adopter ces habitudes. Mais en cela réside aussi le plus grand défi : malgré les efforts d'éducation et de motivation, l'observance est très difficile à atteindre. Comment pouvez-vous, en tant que professionnel, vous assurer que le comportement de votre patient correspond à vos plans de traitement et à vos recommandations ?

**Ce livre blanc explore la manière dont les professionnels de la santé bucco-dentaire peuvent améliorer l'hygiène orale de leurs patients en utilisant des stratégies et tactiques de changement de comportement basées sur des données probantes.**





# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

## LE CONTRÔLE DE LA PLAQUE ET SON IMPORTANCE

Le développement de la plaque autour et dans le sillon gingival est le principal facteur de risque d'apparition d'une gingivite, un constat établi il y a près de six décennies par Løe et ses collègues (Løe et al., 1965). La progression de la gingivite vers la parodontite chronique, plus sévère, dépend d'un ensemble de facteurs de risque, notamment la génétique, la présence de maladies systémiques (p. ex. diabète sucré), la composition du microbiome buccal, les habitudes de vie (comme le tabagisme), et des facteurs liés aux dents (p. ex. problèmes occlusaux) (Genco et Borgnakke, 2013; Loos et al., 2015). Cependant, **le plus grand facteur de risque de progression de la gingivite vers la parodontite est l'accumulation de plaque** (Chapple et al., 2015). Fait intéressant, les poches parodontales, résultant d'une réponse inflammatoire aux agents pathogènes de la plaque, sont plus sujettes à une accumulation supplémentaire de plaque (Murakami et al., 2018). De plus, au cours de ce processus d'accumulation de plaque, la relation entre la réponse immunitaire de l'hôte et le biofilm passe d'une symbiose à une dysbiose. Cela signifie que le biofilm devient plus pathogène, induisant une réponse inflammatoire plus forte (Loos & Van Dyke, 2020). En d'autres termes, le système immunitaire et le biofilm pathogène interagissent pour former un cercle vicieux de progression auto-entretenu de la maladie. Pour briser cet engrenage, en prévenant et gérant ainsi la gingivite et, par conséquent, en prévenant la parodontite, un contrôle de plaque adéquat est absolument crucial (Chapple et al., 2015). Il en va de même pour les caries, bien que dans ce cas, le contrôle de plaque doit être combiné à deux mesures préventives d'égale importance, à savoir une exposition suffisante au fluor et la réduction de la consommation de sucres (Twetman, 2018).

**Les stratégies d'hygiène bucco-dentaire pour le contrôle de plaque peuvent généralement être réparties en 2 groupes : mécanique et chimique.**

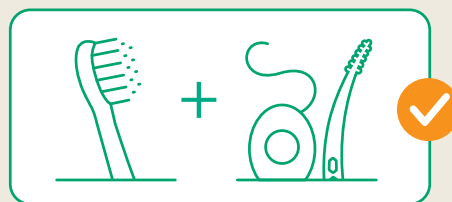
### • Contrôle mécanique de la plaque

Les deux piliers du nettoyage mécanique sont le brossage des dents et le nettoyage interdentaire, et cela reste la principale méthode d'élimination de la plaque. La recherche indique que le brossage avec une brosse à dents manuelle élimine

environ 42% de plaque, et ce pourcentage augmente à 46 % lors du brossage avec une brosse à dents électrique (Van der Weijden & Slot, 2015). Bien que ces constatations aient été faites sur la base d'un seul exercice de brossage, les données sur le long terme confirment qu'un brossage des dents deux fois par jour auto-déclaré est associé à moins de dents présentant des poches parodontales  $\geq 4\text{mm}$  (Joshi et al., 2018). Cela est aussi vrai pour les caries, à condition que le brossage des dents soit combiné avec l'utilisation d'un dentifrice fluoré (Figuero et al., 2017).

Alors que le brossage des dents est efficace pour éliminer la plaque dans une certaine mesure, il ne peut pas atteindre efficacement les zones interdentaires. Par conséquent, comme mentionné dans notre livre blanc "*Nettoyage interdentaire en prévention et dans la prise en charge des maladies parodontales*", il est crucial pour éliminer la plaque interdentaire d'utiliser des méthodes alternatives de nettoyage interproximal (Sälzer et al., 2020). Bien que le fil dentaire constitue une solution recommandée établie, des études indiquent que son efficacité est plutôt discutable (Berchier et al., 2008). A contrario, les brossettes interdentaires procurent une réduction additionnelle et significative de l'indice de plaque de l'ordre de 32% lorsqu'elles sont utilisées en complément du brossage des dents (Sälzer et al., 2015). Les bâtonnets interdentaires aux brins en caoutchouc sont également indiqués pour l'élimination de la plaque, avec un avantage supplémentaire en termes d'appréciation par le patient (van der Weijden et al., 2022)

## CONTRÔLE MÉCANIQUE DE LA PLAQUE



Les deux piliers du nettoyage mécanique sont la **brosse à dents** et le **nettoyage interdentaire**

### • Contrôle chimique de la plaque

Le contrôle mécanique de la plaque n'est pas toujours suffisant. **Pour les patients qui sont à risque accru de maladies parodontales, l'utilisation adjuvante d'agents chimiques peut être bénéfique** pour la réduction de la plaque (Escribano et al.,



# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

2016) et la prévention de la gingivite (Figuerio et al., 2019). En termes de réduction de la plaque, les dentifrices à la chlorhexidine et au triclosan, et les bains de bouche à la chlorhexidine et aux huiles essentielles ont la plus haute efficacité démontrée (Escribano et al., 2016). Pour la gestion de la gingivite, les bains de bouche contenant des huiles essentielles, du triclosan, de la chlorhexidine ( $\geq 0,10\%$ ) et du chlorure de cétypyridinium ( $> 0,05\%$ ) sont les plus efficaces (Figuerio et al., 2019).

## PRÉVALENCE DE L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE SUBOPTIMALE

De toute évidence, davantage d'efforts devraient être faits pour prévenir les maladies parodontales et les caries dentaires en favorisant une hygiène buccale appropriée. Les statistiques de prévalence parlent d'elles-mêmes. L'étude épidémiologique observationnelle sur le « Fardeau Global de la Maladie » a révélé qu'il y avait environ 1,1 milliard de cas de parodontite sévère



### L'impact économique mondial des maladies bucco-dentaires a été estimé à 442 milliards de dollars US en 2010

et 2 milliards de caries non traitées (sur dents permanentes) en 2019 (Chen et al., 2021; Wen et al., 2022). Lorsque des formes moins sévères de la parodontite et de la gingivite sont incluses, jusqu'à 90% de la population mondiale serait touchée (Pihlstrom et al., 2005). En termes de fardeau socio-économique, les chiffres sont également faramineux. Selon l'article récompensé par le Prix Mondial de la recherche en Parodontologie de Sunstar en 2018, **l'impact économique mondial des maladies bucco-dentaires a été estimé à 442 milliards de dollars US en 2010**, avec des coûts de traitement directs représentant environ 4,6 % des dépenses mondiales de santé (Listl et al., 2015). **Une analyse récente de la Fédération Européenne de Parodontologie et de l'Economist Intelligence Unit a confirmé les avantages de la prévention en révélant que, de loin, le plus grand retour sur investissement vient de l'élimination de la gingivite, c'est-à-dire que les bénéfices économiques de la prévention l'emportent sur les frais de traitements.**

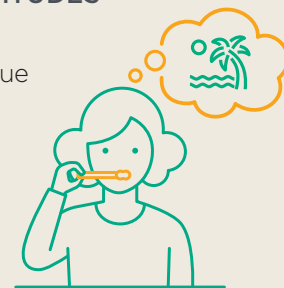
Sur la base de ce qui précède, nous pouvons conclure que **la promotion de bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire pour améliorer le contrôle de plaque n'est pas seulement essentielle, mais constitue également une approche rentable.** Et voici où cela devient intéressant.

## HYGIÈNE BUCCALE ET NEUROSCIENCE DES HABITUDES

La recherche montre que le contrôle de plaque est principalement une question de comportement, avec un niveau important d'automatisation (Raison et al., 2020). Et c'est aussi en cela que réside le plus grand défi. **Les habitudes sont difficiles à rompre et le changement comportemental est un processus extrêmement complexe et qui exige du temps.** En effet, c'est l'une des raisons pour lesquelles, malgré toutes les recherches et les connaissances fondamentales acquises, les maladies bucco-dentaires telles que les caries et les maladies parodontales restent une préoccupation majeure pour la santé (publique), y compris dans les pays développés. Mettre en pratique les connaissances disponibles reste un défi, en grande partie à cause des difficultés associées à l'amélioration de l'observance des instructions en hygiène bucco-dentaire via le changement de comportement requis de nos patients. **Dans ce livre blanc, nous explorerons la littérature scientifique pour évaluer si et comment nous pouvons utiliser des modèles basés sur des données probantes pour avoir un impact positif sur le comportement de nos patients.**

### LE CONTRÔLE DE PLAQUE REPOSE SUR DES HABITUDES

- La recherche montre que le **contrôle de plaque est principalement une question de comportement**, avec un haut niveau d'automatisation (Raison et al., 2020)



### LES HABITUDES SONT DIFFICILES À ROMPRE

- Nous devons garder à l'esprit la **nature complexe du comportement humain** lui-même (Suvan et al., 2022)
- **Le changement de comportement est extrêmement complexe et exige du temps**





# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

## IDENTIFICATION DES SOURCES DU COMPORTEMENT : LE MODÈLE COM-B

### LE MODÈLE EN UN COUP D'ŒIL

- Un modèle complet intégrant 19 facteurs impactant le changement de comportement
- Identifie 3 facteurs clés au cœur du changement de comportement : capacité, motivation et opportunité

Le plus grand défi associé à la démarche visant à modifier un comportement découle de la nature complexe du comportement humain lui-même (Suvan et al., 2022). Premièrement, les comportements comprennent de nombreux aspects différents et sont donc difficiles à encapsuler dans un modèle. Deuxièmement, alors que de nombreux modèles et théories du changement de comportement existent, ils ont tendance à avoir une ou plusieurs composantes qui se chevauchent, ce qui complique la recherche sur leur efficacité.

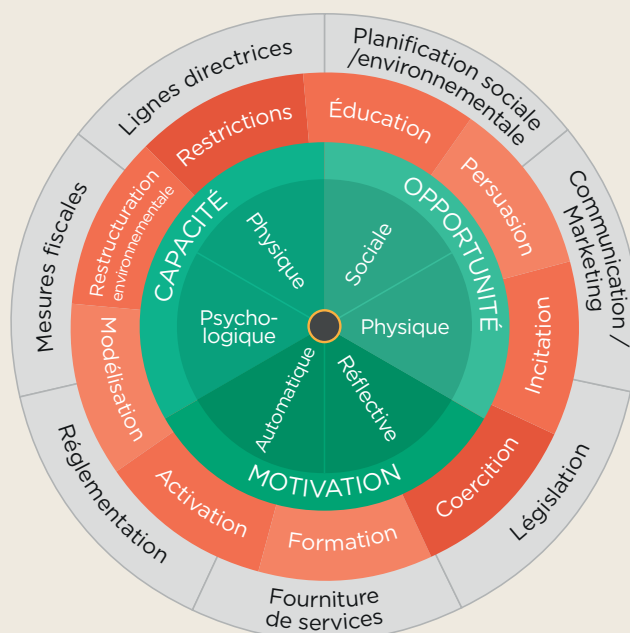
Cela rend difficile pour les professionnels de la santé bucco-dentaire le choix de l'approche à utiliser pour modéliser puis moduler les comportements en matière d'hygiène orale.

Pour tenter de s'attaquer à cette complexité, ce qu'on appelle la "roue du changement de comportement" (Michie et al., 2014; Michie et al., 2011) résume en un modèle unique 19 facteurs de changement de comportement, identifiés au moyen d'une revue systématique de la littérature (figure 1). Le modèle présente trois strates :

- les sources du comportement
- les fonctions des interventions
- les catégories de politiques.

Les catégories de politiques sont pour la plupart hors de la sphère de contrôle de la pratique quotidienne du professionnel de santé. Ce livre blanc se concentre donc uniquement sur les deux premières strates du modèle.

**La roue du changement de comportement** intègre 19 facteurs ayant un impact sur le changement de comportement, identifiés au moyen d'une revue systématique de la littérature



**SOURCES DU COMPORTEMENT**  
Opportunité, Motivation, Capacité

**FONCTIONS DES INTERVENTIONS**  
Éducation, Persuasion, Formation & plus

**CATÉGORIES DE POLITIQUES**  
Lignes directrices, Communication / Marketing, Fourniture de services & plus

Figure 1 : La roue du changement de comportement (adapté de Michie et al., 2014)





# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

## COMPRENDRE “LA CAPACITÉ, L’OPPORTUNITÉ ET LA MOTIVATION” DANS LE MODÈLE COM-B

La première, et centrale, strate de la roue du comportement vise à identifier et comprendre les sources du comportement. C’est aussi le point de départ pour un changement comportemental : **analyser vos patients et identifier les composantes du comportement qui doivent être ciblées afin de réussir à changer celui-ci**. Cette couche centrale est représentée par le modèle COM-B, qui signifie Capacité, Opportunité et Motivation (Behaviour system: Capability, Opportunity, and Motivation) - (figure 2).

Le modèle suggère que **la façon dont ces 3 composantes de base interagissent entre elles résulte en un certain comportement**,

et offre ainsi une cible correspondante pour une intervention de changement de comportement. Utilisons le comportement lié au nettoyage interdentaire comme exemple pour extrapoler ce modèle dans le cadre dentaire :

- La **Capacité (C)** signifie qu’un patient a les aptitudes physiques et psychologiques pour effectuer le comportement souhaité. Dans notre cas, cela signifie que le patient est capable de recevoir, comprendre et se souvenir d’informations (répétitives) sur les raisons pour lesquelles il est important de nettoyer ses espaces interdentaires, et quels accessoires lui sont adaptés. De toute évidence, la capacité est l’un des facteurs cruciaux à prendre en compte par le professionnel de la santé bucco-dentaire dans la modulation des comportements.

**Le modèle COM-B** reflète la connaissance de la littérature qui modélise les comportements humains en fonction des capacités, de la motivation et des opportunités. Il permet aux professionnels dentaires de s’appuyer sur ce que les patients font déjà, pour aller plus loin.

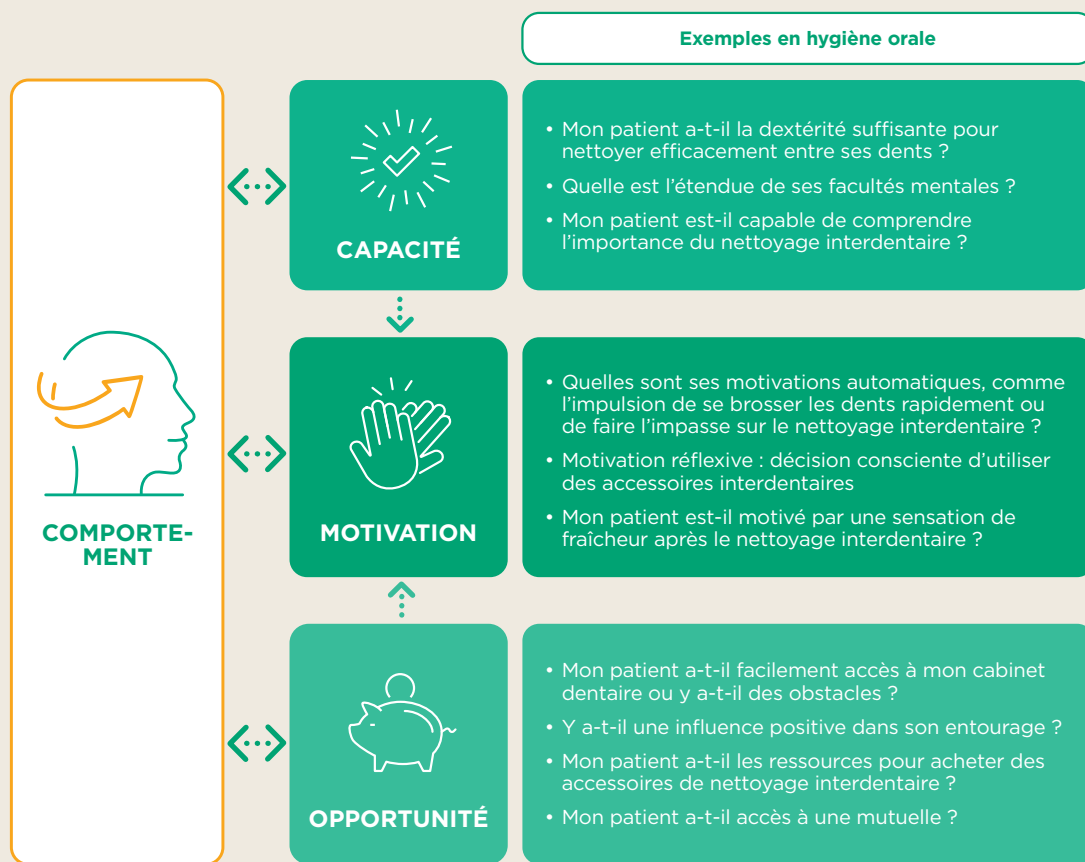


Figure 2 : Capacité, motivation et opportunité dans le modèle COM-B

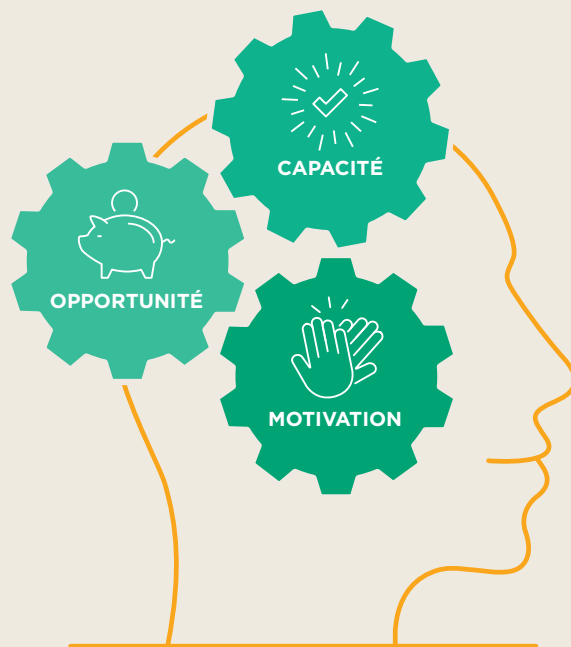


# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

- L'**Opportunité (O)** englobe l'environnement physique et social du patient, requis pour le comportement concerné. Dans notre cas, l'opportunité physique signifie avoir accès à un cabinet dentaire pour recevoir l'éducation et les instructions en matière de nettoyage interdentaire, et les ressources financières pour acheter les accessoires nécessaires, et/ou avoir accès à une mutuelle par exemple. Les opportunités sociales englobent l'influence interpersonnelle et l'exposition aux idées, aux normes culturelles, aux indices sociaux, etc. Essentiellement, le patient est-il entouré par des personnes qui pourraient l'influencer pour acquérir le nouveau comportement ? Par exemple, si le foyer au complet d'une personne s'engage à faire du nettoyage interdentaire un rituel dans la salle de bain le soir, l'adoption est facilitée. Un autre exemple est le fait que le nettoyage interdentaire est mieux intégré dans les habitudes sociétales dans certaines régions comparées à d'autres. Évidemment, ces opportunités physiques et sociales sont difficiles à influencer directement en tant que professionnel de santé, mais elles sont néanmoins importantes.
- La **Motivation (M)** dans ce modèle est constituée de deux composantes : automatique et réflexive. La motivation automatique fait référence aux impulsions, désirs, réactions émotionnelles, alors que la motivation réflexive implique planification, évaluation, prise de décision consciente, etc. Dans notre exemple du nettoyage interdentaire, la motivation automatique d'un patient pourrait inclure un sentiment de gratification instantanée lors de l'exécution du nettoyage interdentaire grâce à une sensation de propreté intense. La motivation réflexive pourrait s'expliquer par l'existence d'un plan, d'une intention et/ou d'une décision du patient pour commencer à effectuer le nettoyage interdentaire.

Il est important de noter que la capacité, l'opportunité et la motivation ne sont pas indépendantes l'une de l'autre, elles s'influencent plutôt chacune. Par exemple, la motivation d'un individu est susceptible d'augmenter lorsque certaines capacités et opportunités sont présentes ou s'améliorent. De plus, il est postulé par les auteurs que les capacités et les opportunités agissent comme des "portes" entre motivation et comportement, et que, pour que la motivation entraîne un changement de comportement, ces « portes » doivent être ouvertes (West & Michie, 2020). Enfin, le modèle COM-B contient des boucles de rétroaction positive et / ou négative, dans lesquelles un certain comportement peut exercer une influence positive ou négative sur la capacité, l'opportunité et la motivation. Pensez par exemple à la manière dont l'engagement dans un comportement de nettoyage interdentaire peut améliorer la capacité d'une personne au fil du temps, simplement via un effet d'apprentissage.

## LE COMPORTEMENT EST UNE INTERACTION ENTRE CAPACITÉ, OPPORTUNITÉ ET MOTIVATION







# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

## LES INTERVENTIONS DANS LE MODÈLE COM-B

La strate suivante de la roue du changement de comportement décrit les dénommées *Fonctions des interventions* qui ciblent une ou plusieurs composantes du modèle COM-B.

**Le tableau 1 ci-dessous indique les définitions, directement adaptées de la publication originale, ainsi que des exemples appliqués au nettoyage interdentaire.**

L'intervention la plus appropriée à chaque patient dépend de la composante du modèle COM-B qui nécessite le plus d'attention.

Sur le site [www.behaviorchangewheel.com](http://www.behaviorchangewheel.com), vous pouvez jouer avec la roue comportementale pour comprendre quelles interventions peuvent être utilisées pour traiter chaque composante. Bien que le modèle COM-B soit fondé sur la recherche et ait vraiment du sens, son utilisation dans la pratique et la recherche dentaires a été très limitée. Une revue de la littérature de 2021 a constaté que, jusqu'alors, seulement deux études ont utilisé le modèle, et dans les deux cas, il était en combinaison avec deux autres concepts de changement de comportement (Buchanan et al., 2021). Néanmoins, le modèle COM-B a beaucoup de potentiel, et les recherches futures devraient souligner son efficacité clinique.



| INTERVENTIONS                             | DÉFINITION  | EXEMPLE EN HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE   |
|---|---|---|
| <b>Éducation</b>                          | Augmenter les connaissances ou la compréhension   | Fournir au patient de l'information sur l'importance du nettoyage interdentaire   |
| <b>Persuasion</b>                         | Utiliser la communication pour induire un sentiment positif ou négatif, ou pour stimuler l'action   | Utiliser des ressources visuelles (vidéos par exemple) sur les accessoires interdentaires pour démontrer les bénéfices de leur utilisation  |
| <b>Incitation</b>                         | Créer l'attente d'une récompense  | Convaincre le patient des bénéfices à long terme du nettoyage interdentaire   |
| <b>Coercition</b>                         | Créer l'attente de punition ou d'un coût  | Expliquer que l'absence d'un nettoyage interdentaire peut entraîner le développement d'affections bucco-dentaires beaucoup plus coûteuses à traiter qu'à prévenir   |
| <b>Formation</b>                          | Transmettre des compétences   | Répéter la formation pratique au cabinet pour améliorer la qualité du nettoyage interdentaire   |
| <b>Habilitation</b>                       | Augmenter les moyens/réduire les obstacles pour augmenter la capacité (au-delà de l'éducation et de la formation) ou l'opportunité (au-delà de la restructuration de l'environnement) | Fournir une prophylaxie professionnelle pour soutenir les efforts de nettoyage interdentaire du patient   |
| <b>Modélisation</b>                       | Donner l'exemple pour susciter l'imitation ou l'atteinte de l'objectif  | Diriger votre patient vers un influenceur en matière de nettoyage interdentaire sur les réseaux sociaux   |
| <b>Restructuration de l'environnement</b> | Changer le contexte physique ou social  | Créer un espace agréable et confortable dans votre cabinet dentaire et discuter avec votre patient  |
| <b>Restrictions</b>                       | Utiliser des règles pour accroître l'opportunité d'atteindre le comportement ciblé (ou diminuer l'opportunité d'adopter des comportements concurrents)                                | Mettre en place des règles avec votre patient comme : rester dans la salle de bain sans la distraction du téléphone portable lors du rituel d'hygiène bucco-dentaire, incluant le nettoyage interdentaire ; essayer de se tenir à un rituel fixe, chronométrer la durée passée pour effectuer le rituel bucco-dentaire ; utiliser une application pédagogique pour favoriser l'observance |

Tableau 1 : Définitions du modèle COM-B et exemples des fonctions des interventions (adapté de Michie et al., 2011)



# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

## AUTRES TECHNIQUES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

La roue du changement de comportement nous a permis de replacer le changement de comportement dans un contexte plus large, afin que nous ayons une meilleure compréhension des sources du comportement qui peuvent être ciblées dans le cadre de recommandations de pratiques bucco-dentaires. Comme mentionné précédemment, il existe de nombreuses techniques de changement de comportement disponibles avec de nombreux chevauchements de composantes, ce qui rend impossible de les inclure toutes dans ce livre blanc d'une manière concise. Néanmoins, la prochaine section vous emmène à travers quelques-unes des techniques et concepts courants de changement de comportement, en plongeant dans la littérature scientifique pour explorer si et comment nous pouvons les utiliser pour comprendre et moduler le comportement de nos patients en matière de santé bucco-dentaire pour le bénéfice de tous.

### L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL (EM) : UNE APPROCHE PRATIQUE

#### LE MODÈLE EN UN COUP D'ŒIL

- La méthode d'influence comportementale la plus populaire et la plus connue en dentisterie
- Repose sur le fait de poser des questions appropriées qui peuvent agir comme une source puissante de changement de comportement ; les individus sont motivés au changement lorsque le changement est lié à quelque chose qui a de la valeur à leurs yeux
- Ses 3 principes clés sont la collaboration, l'évocation et l'autonomie (voir figure 3)

La communication avec votre patient est cruciale pour modifier son comportement, et la méthode sans doute la plus populaire et connue des méthodes d'influence comportementale en dentisterie est l'entretien motivationnel (EM). Selon Catley et al., "l'EM est basé sur l'hypothèse que les individus sont motivés à changer lorsque le changement est associé à quelque chose qui est important pour eux" (Catley et al., 2010). **Au centre de l'EM se trouvent trois éléments :**

- La collaboration (c-à-d. l'établissement d'un partenariat entre patient et professionnel)
- L'évocation (faire émerger des idées, plutôt que les imposer)

- L'autonomie (aider les patients à faire leurs propres choix, soulignant que le moteur du changement doit venir d'eux-mêmes) (Miller et Rollnick, 2012).

Lors de la mise en pratique de l'EM, il s'agit d'exprimer de l'empathie, d'explorer et de résoudre l'ambivalence (où en sommes-nous maintenant, et où voulez-vous être après le changement ?), d'éviter toute confrontation directe et de soutenir l'auto-efficacité du

### L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL REPOSE SUR 3 PRINCIPES CLÉS :



### L'EM consiste à faire s'exprimer les patients eux-mêmes plutôt que de leur dire quoi faire

L'EM est destiné à faciliter la conversation entre les professionnels de la santé bucco-dentaire et leurs patients, en leur permettant de **déterminer eux-mêmes ce qui est important pour eux et quel changement (objectif) ils veulent définir**, soulignant que le moteur du changement doit venir d'eux-mêmes

Figure 3 : Entretien motivationnel



# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

patient en insistant sur ses points forts et en renforçant sa confiance et sa croyance en ses capacités. Lorsque nous extrapolons l'EM à la roue du changement de comportement et au modèle COM-B, il est évident qu'ils sont fortement liés au volet motivation, et particulièrement à l'aspect réflexif. L'EM pourrait-il donc constituer une méthode pour aborder la composante motivationnelle de COM-B ? Qu'en disent les données d'études ?

Alors que l'EM, en tant qu'intervention pour susciter un changement de comportement dans le domaine bucco-dentaire, a fait l'objet de nombreuses recherches au fil des années, les données de son efficacité sont assez contradictoires, et souvent d'une qualité discutable. Quelques revues systématiques sur l'EM en dentisterie ont été publiées au cours de la dernière décennie. Par exemple, dans celle de Gao

un faible nombre de sessions (la plupart du temps une seule). Ils reconnaissent que l'EM pourrait améliorer la santé bucco-dentaire, mais dans de nombreux cas, une évaluation de la qualité de l'EM réalisé était manquante, ce qui rend difficile de savoir quel élément de l'intervention a permis un bénéfice sur la santé (Newton et Asimakopoulou, 2015; Newton & Asimakopoulou, 2018). Cette observation était partagée par Carra et al. dans leur revue systématique qui faisait partie des recommandations en pratique clinique de niveau S3 de la Fédération Européenne de Parodontologie. Carra et al. concluent de la même façon que l'EM peut améliorer l'hygiène buccale chez les patients atteints de maladie parodontale, mais que les données étaient non concluantes quant à son efficacité clinique en termes de réduction de la plaque et des saignements (Carra et al., 2020). En conclusion, bien que l'EM pourrait être un soutien au changement de comportement en hygiène bucco-dentaire, les différences fondamentales dans la conception et la mise en œuvre des études nous empêchent de tirer des conclusions définitives sur son efficacité.



**L'EM pourrait soutenir le changement de comportement en matière d'hygiène bucco-dentaire, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires.**

et al. de 2014 en santé parodontale, cinq publications sur sept ont montré que l'EM était supérieur à l'éducation conventionnelle en matière d'amélioration de l'hygiène orale (Gao et al., 2014). Une autre revue systématique, publiée en 2017, incluait 5 études portant sur l'effet de l'EM en complément de la thérapie parodontale sur les paramètres cliniques parodontaux et les facteurs psychologiques liés à l'hygiène bucco-dentaire (Kopp et al., 2017). Deux d'entre elles ont montré un bénéfice de l'EM sur les indices de saignement et de plaque (Jönsson et al., 2010; Jönsson et al., 2009), tandis qu'un autre article suggérait une amélioration de l'auto-efficacité en matière de nettoyage interdentaire (Woelber et al., 2016). En revanche, deux articles inclus dans la revue systématique n'ont pas pu démontrer un effet bénéfique de l'EM (Brand et al., 2013; Stenman et al., 2012). Les auteurs ont donc conclu que l'EM comme complément à la thérapie parodontale pourrait avoir un effet bénéfique, mais recommandent que d'autres recherches soient menées pour conforter cette conclusion. Cela est soutenu par Newton et Asimakopoulou, qui, dans leurs revues respectives de 2015 et 2018, suggèrent que la plupart des études sur les entretiens motivationnels en dentisterie ont de sérieux écueils, comme une courte durée (la plupart du temps 20 minutes) ou

## THÉORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIÉ

### LE MODÈLE EN UN COUP D'ŒIL

- Le comportement lié à la santé est prédit par l'intention d'effectuer ce comportement
- L'intention du patient est centrale et influencée par 3 facteurs : attitude, normes subjectives et contrôle comportemental perçu.

Un autre modèle classique de changement de comportement largement utilisé et étudié est la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991). Ce modèle se compose de quelques structures importantes, comme on peut le voir sur la figure 4, le concept central étant que le comportement lié à la santé est prédit par l'intention d'effectuer ce comportement.

De manière générale, plus l'intention est forte, plus il est probable qu'une personne applique le comportement. L'intention elle-même est influencée par trois facteurs majeurs :

- L'attitude
- Les normes subjectives
- Le contrôle comportemental perçu.

Essayons d'expliquer ce concept en prenant l'exemple du nettoyage interdentaire.



# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

Par **attitude**, nous entendons tous les sentiments négatifs et positifs, les connaissances, les idées préconçues, etc. lorsqu'on pense à effectuer le nettoyage interdentaire. Par exemple, quelqu'un pourrait dire : "Je n'aime pas avoir à nettoyer entre mes dents tous les jours" ou "Je pense qu'il est très important d'effectuer un nettoyage interdentaire régulièrement".

**Les normes subjectives** pourraient être expliquées comme une "pression des pairs", c'est-à-dire la perception de ce que les personnes influentes dans la vie d'un individu pensent qu'il devrait ou ne devrait pas faire. Dans notre exemple, cela pourrait être : "Je pense que mon chirurgien-dentiste et son assistante sont d'avis qu'il est crucial d'utiliser des accessoires interdentaires deux fois par jour" ou "mes amis pensent que le nettoyage interdentaire est inutile". Il est à noter que ces normes subjectives se recoupent avec la composante des opportunités sociales du modèle COM-B discuté précédemment.

Enfin, ce modèle inclut le **contrôle comportemental perçu**, à savoir la perception par l'individu de ses capacités à effectuer certains comportements. Dans

notre exemple, ce pourrait être : "Je pense que je vais réussir à utiliser une brossette interdentaire quotidiennement".

Dans cette théorie du comportement planifié, la question maintenant est : **Quelle est son efficacité dans l'amélioration du comportement en hygiène bucco-dentaire ?** Une étude scandinave a constaté que les composantes du modèle expliquent plus de la moitié de la variance sur les paramètres gingivaux au cours des 12 mois de suivi (Jönsson et al., 2012). Fait intéressant, l'auto-efficacité, une composante importante du contrôle comportemental perçu, semblait être le plus associée avec le comportement en hygiène orale, dans ce cas avec le nettoyage interdentaire. En d'autres termes, si un individu est très confiant en sa capacité à effectuer un nettoyage interdentaire quotidiennement, il s'agit d'une indication forte que cela entraînera effectivement ce comportement.

Plus récemment, cependant, la théorie du comportement planifié a fait l'objet d'un examen minutieux, et a même été jugée obsolète par quelques experts (Asimakopoulou & Newton, 2015). Selon une revue systématique de 2018, la théorie du comportement planifié ne prédit pas très bien le comportement (Newton & Asimakopoulou, 2018). Les auteurs expliquent que, alors que le modèle peut prédire l'intention dans une certaine mesure, cette intention n'est pas aussi étroitement liée au comportement qu'on le croyait. Selon une revue systématique de la base de données Cochrane, **seulement 20-30% du comportement réel en matière d'hygiène bucco-dentaire pourrait s'expliquer par les composantes du modèle** (Renz et al., 2007), un chiffre plus ou moins confirmé par une autre étude (Buunk-Werkhoven et al., 2011). Cela signifie essentiellement que si vous visez à changer le comportement de quelqu'un en influençant ses attitudes, ses normes subjectives et son contrôle comportemental perçu, il est peu probable que vous rencontriez le succès. Cela se reflète également dans les conversations qu'ont les professionnels dentaires avec leurs patients sur le changement de comportement. Des citations telles que les suivantes sont souvent entendues : "Je sais que le nettoyage interdentaire est important, je sais que je devrais le faire, mais ce n'est pas facile pour moi". Le plus probable est que, **le modèle sous-estime la complexité du comportement humain**, et est enclin à négliger les facteurs environnementaux et sociaux qui influencent le comportement (Asimakopoulou & Newton, 2015).

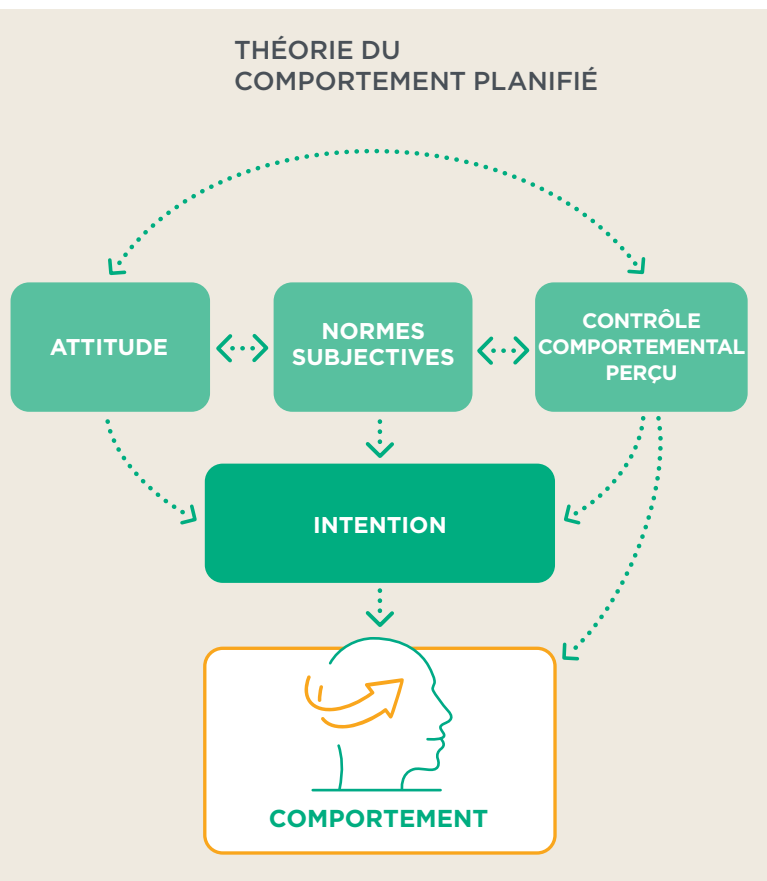


Figure 4 : Théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)



# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

## ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS, PLANIFICATION, ET AUTOSURVEILLANCE (MODÈLE GPS)

Quelques-uns des modèles comportementaux décrits précédemment peuvent sembler extrêmement théoriques et complexes, ce qui peut en partie expliquer leur succès limité dans la pratique. Il y a néanmoins eu des tentatives pour une approche simplifiée. Une revue systématique de 2015 a listé 15 études ayant examiné la relation entre l'observance aux recommandations d'hygiène bucco-dentaire et différentes interventions de changement comportemental basées sur des modèles psychologiques (Newton & Asimakopoulou, 2015). Ils ont de nouveau retrouvé une grande variété de modèles appliqués, mais une découverte intéressante s'est démarquée. **Quel que soit le cadre théorique appliqué, les interventions qui mettaient en œuvre l'établissement d'objectifs, la planification et l'autosurveillance (méthode nommée GPS pour Goal setting, Planification & Self-monitoring) en tant que composantes de cette intervention, semblaient réussir à modifier le comportement.** Cela nous ramène à la roue du changement de comportement dont nous avons discuté avant, par laquelle regrouper plusieurs théories dans un seul cadre est peut-être préférable que de s'appuyer sur une théorie spécifique pour expliquer tous les comportements humains.

Deux études suédoises examinées dans la partie sur l'Entretien Motivationnel (EM) incluent des éléments de l'EM ainsi que l'établissement d'objectifs et l'autosurveillance (Jönsson et al., 2010; Jönsson et al., 2009). Fait intéressant, ils ont trouvé que cette combinaison a donné des résultats significativement supérieurs en termes d'amélioration des indices gingivaux et de plaque, et de saignement au sondage par rapport à un programme d'éducation standard à la santé bucco-dentaire. Un essai contrôlé randomisé de 2019 a employé le GPS de façon plus concrète comme intervention sur le comportement, et a démontré qu'il pouvait améliorer significativement le comportement envers le nettoyage interdentaire et la santé parodontale (en réduisant les indices de plaque et de saignement) (Asimakopoulou et al., 2019). D'autres études ont démontré qu'une intervention incluant la planification et l'autosurveillance améliorait l'observance de l'utilisation du fil dentaire (Suresh et al., 2012; Zhou et al., 2015). **L'avantage majeur du concept GPS est sa simplicité**, alors que, toutes ses composantes sont des constructions théoriques qui ont leur fondement dans des modèles psychologiques validés. Le modèle GPS pourrait facilement être projeté sur la roue du changement de comportement par exemple. Ce potentiel a été souligné par le fait que, lors de son atelier de 2015 sur la prévention des maladies parodontales, la **Fédération Européenne de Parodontologie (EFP) a préconisé**

### LE MODÈLE GPS S'APPUIE SUR DES TRAVAUX ANTÉRIEURS ET EST RECOMMANDÉ PAR LA FÉDÉRATION EUROPÉENNE DE PARODONTOLOGIE (EFP)

MODÈLE COM-B

ENTRETIEN  
MOTIVATIONNEL

THÉORIE DU  
COMPORTEMENT PLANIFIÉ

#### MODÈLE GPS\*

Établissement d'objectifs, planification et autosurveillance



**L'ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS** par le professionnel de santé doit tenir compte de la capacité du patient, de sa motivation et de l'opportunité



La **PLANIFICATION** a lieu après l'évaluation des intentions du patient, via l'utilisation de l'Entretien Motivationnel pour comprendre ce qui compte pour le patient, et pour le libérer de la perception négative du contrôle comportemental



**L'AUTOSURVEILLANCE** responsabilise le patient, et est rendue possible par la collaboration avec le professionnel de santé bucco-dentaire par l'évocation, en faisant émerger les idées des patients au lieu de les imposer

\* Les composantes du modèle GPS sont des constructions théoriques ayant des fondements dans des modèles psychologiques validés.

Figure 5 : Le modèle GPS s'appuie sur des modèles de changement de comportement fondés sur des données validées





# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

**L'adoption du principe GPS** pour faciliter le changement comportemental en hygiène bucco-dentaire (Tonetti et al., 2015).

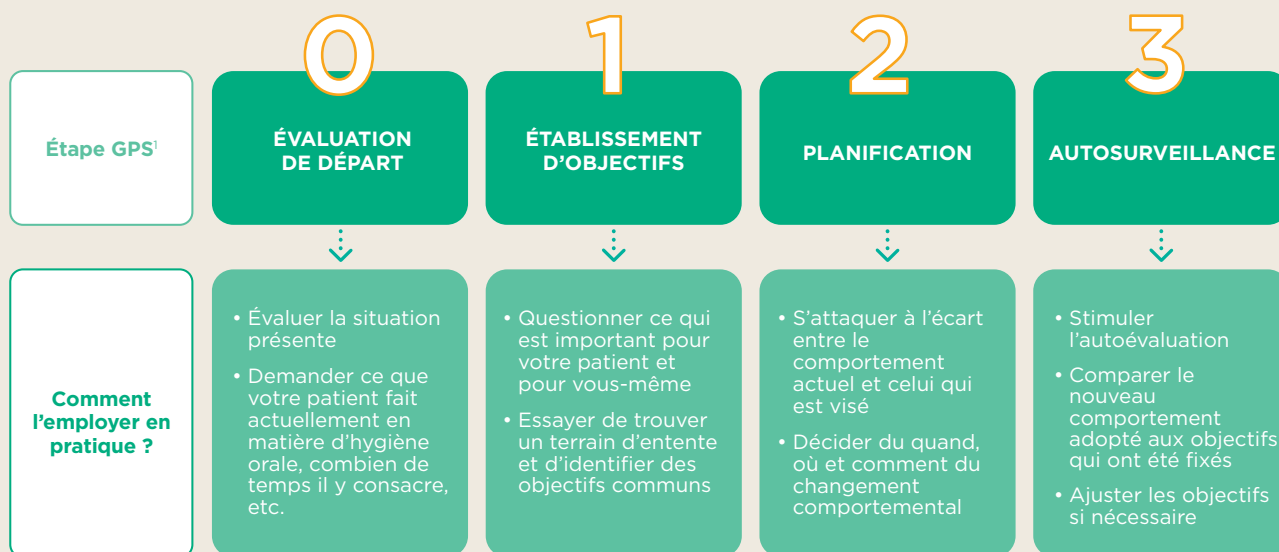
## MISE EN PRATIQUE DU GPS

Pour mettre en pratique le GPS, débutez par **une évaluation initiale**, en demandant au patient quel est actuellement son comportement en matière d'hygiène orale. Des questions comme "Que faites-vous actuellement" et "Combien de temps consacrez-vous à l'hygiène bucco-dentaire ?" peuvent aider à se faire une idée de sa situation présente. Une telle évaluation de base est cruciale pour la première étape du GPS : définir des objectifs. **L'important ici est que le patient et le professionnel définissent ces objectifs ensemble.** Que veulent vraiment les patients, et qu'est ce qui compte pour eux ? De la même manière, il est recommandé que le professionnel dentaire entreprenne le même processus de compréhension de ses propres objectifs. **Essayez de trouver un terrain d'entente, afin que vous et votre patient ayez un ou plusieurs objectifs en commun** sur lesquels vous pouvez commencer à travailler.

Suite à la conversation avec votre patient, vous avez pu identifier **un écart entre le**

**comportement actuel et celui qui est visé, ce qui illustre les changements qui doivent être apportés.** Ensuite vient la **planification**, une autre partie cruciale du GPS. Encore une fois, travaillez avec votre patient pour **décider quand, où et comment changer de comportement.** Par exemple, utilisez des questions concrètes comme "Quand comptez-vous vous procurer les produits nécessaires et commencer le nettoyage interdentaire ?" et "De quelle manière avez-vous l'intention d'utiliser ces accessoires interdentaires ?" Dans la phase finale du GPS - l'autosurveillance/autocontrôle - vous encouragez le patient à s'auto-évaluer (après un certain temps) sur la façon dont a changé son comportement en lien avec les objectifs fixés précédemment, par exemple en demandant "Comment ça s'est passé ? Avez-vous atteint l'objectif ?", "Pensez-vous que vous allez l'atteindre avec un peu plus de temps ?" ou "Comment vous sentez-vous vis-à-vis de l'objectif : devons-nous le modifier, le rendre plus ou moins ambitieux ?" Ce processus peut être effectué ensemble lors d'une consultation au cabinet où le professionnel peut fournir ses commentaires, mais il pourrait théoriquement aussi être effectué par le patient de manière autonome via une auto-évaluation.

**Le modèle GPS** offre aux chirurgiens-dentistes et aux assistant.es dentaires une approche conversationnelle simple et facile à mettre en œuvre pour la santé bucco-dentaire, pour obtenir l'engagement des patients - et surtout, un engagement que les patients prennent eux-mêmes (ou non) à la fin de la conversation



1. Newton JT, Asimakopoulou K. Behavioral models for periodontal health and disease. *Periodontol* 2000. 2018 Oct;78(1):201-211. doi: 10.1111/prd.12236. PMID: 30198131.

**Figure 6 : Mise en application du GPS en santé bucco-dentaire**





## REGARD SUR LA RECHERCHE

### LES DONNÉES SUPPORTANT LE GPS

#### “Gestion de l'hygiène bucco-dentaire comme facteur de risque de maladie parodontale : une revue systématique des approches psychologiques du changement comportemental pour un meilleur contrôle de plaque dans la prise en charge parodontale”

Le but de cette étude était de déterminer le rôle que les constructions psychologiques jouent dans l'observance aux recommandations d'hygiène buccale chez des patients atteints de maladie parodontale.

**Étude :** Revue systématique. Les études ont été regroupées selon leur protocole et évaluées en utilisant une méthodologie appropriée.

**Résultats :** Quinze études publiées ont été identifiées. Comprendre les avantages du changement de comportement et la gravité de la maladie parodontale sont des facteurs prédictifs importants de la probabilité d'un changement comportemental. Les spécifications des approches psychologiques employées dans ces études étaient généralement médiocres.

**Principaux points à retenir :** Malgré les détails insuffisants et l'hétérogénéité des modèles étudiés, la fixation d'objectifs, la planification et l'autosurveillance sont efficaces dans l'amélioration du comportement lié à la santé bucco-dentaire.

#### **Chercheur principal**

**Jonathon Timothy Newton**

Professeur à la Faculté de Dentisterie, Sciences Buccales et Crânio-faciales au King's College de Londres

Newton, J. T., & Asimakopoulou, K. (2015). *Managing oral hygiene as a risk factor for periodontal disease: a systematic review of psychological approaches to behaviour change for improved plaque control in periodontal management*. Journal of clinical periodontology, 42, S36-S46.

#### “L'efficacité d'un programme personnalisé d'éducation en santé bucco-dentaire sur le comportement en matière d'hygiène bucco-dentaire chez des patients atteints de maladie parodontale : étude contrôlée randomisée en aveugle (suivi d'un an)”

**Programme pédagogique personnalisé en santé bucco-dentaire de Göteborg :**

- Tient compte de l'état de santé bucco-dentaire
- Est basé sur des principes cognitivo-comportementaux
- Permet une personnalisation pour chaque participant, en fonction de son point de vue, de ses objectifs à moyen et long terme

**Étude :** Etude contrôlée randomisée, en aveugle, comparant 2 traitements sur 113 sujets (60 femmes et 53 hommes) affectés au hasard à un groupe expérimental ou témoin

**Comparaison :** Groupe expérimental : éléments d'Entretien Motivationnel (EM), ainsi qu'établissement d'objectifs et autosurveillance (ce que l'on a appelé GPS)

**Groupe témoin :** Traitement standard

**Résultats :** après 12 mois de suivi, le groupe EM/GPS présentait une amélioration plus forte que le groupe témoin sur l'ensemble des trois paramètres : Indice gingival (GI), Indice de plaque global (PII), Saignement au sondage (BoP)

**À retenir :** Les patients du groupe EM/GPS ont rapporté une fréquence plus élevée de nettoyage interdentaire quotidien et étaient davantage confiants sur le fait de pouvoir maintenir le niveau atteint du changement de comportement.

#### **Chercheur principal**

**Birgitta Jönsson**

Maître de conférences à l'Institut d'odontologie, l'Académie Sahlgrenska à l'Université de Göteborg

Jönsson, B., Ohn, K., Oscarson, N., & Lindberg, P. (2009). *The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behavior in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up)*. J Clin Periodontol, 36(12), 1025-1034. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2009.01453.x>



## CONCLUSION

Le contrôle de plaque est essentiel à la fois dans la prévention et la prise en charge efficace des affections buccales les plus fréquentes, telles que les maladies parodontales et les caries. Le fait que les patients présentent un contrôle de plaque approprié ou pas est principalement lié à leur comportement.

Un élément que ce livre blanc a clairement montré est que la complexité du comportement humain, combiné à l'abondance de modèles psychologiques conçus pour modifier ce comportement, rend difficile pour les professionnels de la santé bucco-dentaire d'adopter une approche concise et démontrée. Seuls quelques modèles ont été discutés, alors qu'il en existe beaucoup d'autres, comme l'Approche des Processus d'Action de Santé (Schwarzer, 2008), la Thérapie Cognitivo-Comportementale (Beck, 1970) et le modèle transthéorique (Prochaska & DiClemente, 1983). De manière significative, de nombreux aspects de ces modèles fondamentaux établis sont représentés dans la roue du changement comportemental et le modèle GPS. Les deux apparaissent comme allant droit au but pour comprendre les comportements des patients puis les moduler d'une manière relativement simple.

Enfin, nous voulons souligner que le changement comportemental ne peut se réaliser du jour au lendemain. Cela prend du temps et demande de l'engagement. Bien que les modèles théoriques puissent vous guider dans une certaine mesure, la relation avec votre patient reste toujours le fondement de tout ce que vous entreprenez.





# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

## ANNEXE I

### MODÈLE GPS - EXEMPLES DE QUESTIONS POUR COMMENCER

| ÉTAPE DU MODÈLE GPS                | DISCUSSION QUESTION TYPE  |   |
|------------------------------------|---|---|
| <b>0</b> ÉVALUATION DE DÉPART      | <p>Évaluer la situation présente</p> <p>Demander ce que votre patient fait actuellement en matière d'hygiène orale</p>  | <ol style="list-style-type: none"><li>1. À quoi ressemble votre rituel d'hygiène bucco-dentaire aujourd'hui ?</li><li>2. Quels accessoires/produits utilisez-vous déjà ?</li><li>3. À quelle fréquence les utilisez-vous ?</li><li>4. Combien de temps consacrez-vous à votre hygiène bucco-dentaire chaque jour ?</li></ol>  |
| <b>1</b> ÉTABLISSEMENT D'OBJECTIFS | <p>Questionner ce qui est important pour votre patient et pour vous-même</p> <p>Essayer de trouver un terrain d'entente et d'identifier des objectifs communs</p> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Avez-vous le sentiment que votre hygiène buccale est aussi optimale qu'elle pourrait l'être ?</li><li>2. À quel point est-il important pour vous d'avoir des dents saines ?</li><li>3. À quel point est-il important pour vous d'avoir une haleine fraîche ?</li><li>4. À quel point est-il important pour vous d'éviter la perte de dents et d'avoir à porter une prothèse dentaire ?</li><li>5. Avez-vous déjà été gêné par des saignements ou une sensibilité des gencives ?</li><li>6. Avez-vous déjà été dérangé par un problème de mauvaise haleine ?</li><li>7. Avez-vous une idée du lien qui existe entre maladies parodontales et santé générale ?</li><li>8. Que pourriez-vous accomplir de plus dans votre journée si vous n'investissiez pas 5 min de votre temps pour votre santé bucco-dentaire le matin et 5 min le soir ?</li></ol> |
| <b>2</b> PLANIFICATION             | <p>S'attaquer à l'écart entre le comportement actuel et celui qui est visé</p> <p>Décider du quand, où et comment du changement comportemental</p>                | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Quels outils allez-vous utiliser ?</li><li>2. Quand comptez-vous vous procurer les produits nécessaires ?</li><li>3. Quand comptez-vous commencer ?</li></ol>  |
| <b>3</b> AUTO SURVEILLANCE         | <p>Stimuler l'autoévaluation</p> <p>Comparer le nouveau comportement adopté aux objectifs qui ont été fixés</p> <p>Ajuster les objectifs si nécessaire</p>        | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Remarquez-vous encore des saignements lors du brossage ?</li><li>2. Combien d'accessoires interdentaires utilisez-vous en moyenne par semaine ?</li><li>3. À quelle fréquence nettoyez-vous entre vos dents ?</li><li>4. Votre problème de mauvaise haleine a-t-il été résolu ?</li><li>5. Mesurez-vous votre temps de brossage ?</li><li>6. Pensez-vous que votre situation s'est améliorée depuis votre dernière visite ?</li><li>7. Nous approchons-nous des objectifs que nous nous sommes fixés précédemment ? Si oui, a-t-on obtenu le résultat prévu ? Et si non, quelle en est la raison ?</li><li>8. Pensez-vous que l'objectif et la planification que nous avons établis plus tôt sont encore réalistes ? Devrions-nous essayer un autre accessoire, une autre technique, etc. ?</li></ol>  |



## RÉFÉRENCES

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Asimakopoulou, K., & Newton, J. T. (2015). The contributions of behavior change science towards dental public health practice: a new paradigm. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(1), 2-8.
- Asimakopoulou, K., Nolan, M., McCarthy, C., & Newton, J. T. (2019). The effect of risk communication on periodontal treatment outcomes: A randomized controlled trial. *Journal of Periodontology*, 90(9), 948-956. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/JPER.18-0385>
- Axelsson, P., Nyström, B., & Lindhe, J. (2004). The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults: results after 30 years of maintenance. *Journal of clinical periodontology*, 31(9), 749-757.
- Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior therapy*, 1(2), 184-200.
- Berchier, C., Slot, D., Haps, S., & Van der Weijden, G. (2008). The efficacy of dental floss in addition to a toothbrush on plaque and parameters of gingival inflammation: a systematic review. *International Journal of Dental Hygiene*, 6(4), 265-279. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00336.x>
- Brand, V. S., Bray, K. K., MacNeill, S., Catley, D., & Williams, K. (2013). Impact of single-session motivational interviewing on clinical outcomes following periodontal maintenance therapy. *Int J Dent Hyg*, 11(2), 134-141. <https://doi.org/10.1111/idh.12012>
- Buchanan, H., Newton, J. T., Baker, S. R., & Asimakopoulou, K. (2021). Adopting the COM-B model and TDF framework in oral and dental research: A narrative review. *Community Dent Oral Epidemiol*, 49(5), 385-393. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12677>
- Buunk-Werkhoven, Y. A., Dijkstra, A., & van der Schans, C. P. (2011). Determinants of oral hygiene behavior: a study based on the theory of planned behavior. *Community Dent Oral Epidemiol*, 39(3), 250-259. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00589.x>
- Carra, M. C., Detzen, L., Kitzmann, J., Woelber, J. P., Ramseier, C. A., & Bouchard, P. (2020). Promoting behavioral changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review. *Journal of clinical periodontology*, 47(S22), 72-89. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpe.13234>
- Catley, D., Goggin, K., & Lynam, I. (2010). Motivational Interviewing (MI) and its Basic Tools. In *Health Behavior Change in the Dental Practice* (pp. 59-92). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781118786802.ch4>
- Chapple, I. L., Van der Weijden, F., Doerfer, C., Herrera, D., Shapira, L., Polak, D., Madianos, P., Louropoulou, A., Machtei, E., Donos, N., Greenwell, H., Van Winkelhoff, A. J., Eren Kuru, B., Arweiler, N., Teughels, W., Aimetti, M., Molina, A., Montero, E., & Graziani, F. (2015). Primary prevention of periodontitis: managing gingivitis. *J Clin Periodontol*, 42 Suppl 16, S71-76. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12366>
- Chen, M. X., Zhong, Y. J., Dong, Q. Q., Wong, H. M., & Wen, Y. F. (2021). Global, regional, and national burden of severe periodontitis, 1990-2019: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Journal of clinical periodontology*, 48(9), 1165-1188. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jcpe.13506>
- Escribano, M., Figuero, E., Martín, C., Tobías, A., Serrano, J., Roldán, S., & Herrera, D. (2016). Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents: a systematic review and network meta-analyses of the Turesky modification of the Quigley and Hein plaque index. *J Clin Periodontol*, 43(12), 1059-1073. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12616>
- Figuero, E., Herrera, D., Tobias, A., Serrano, J., Roldan, S., Escribano, M., & Martin, C. (2019). Efficacy of adjunctive anti-plaque chemical agents in managing gingivitis: A systematic review and network meta-analyses. *Journal of clinical periodontology*, 46(7), 723-739.
- Figuero, E., Nóbrega, D. F., García-Gargallo, M., Tenuta, L. M., Herrera, D., & Carvalho, J. C. (2017). Mechanical and chemical plaque control in the simultaneous management of gingivitis and caries: a systematic review. *J Clin Periodontol*, 44 Suppl 18, S116-s134. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12674>
- Gao, X., Lo, E. C. M., Kot, S. C. C., & Chan, K. C. W. (2014). Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Periodontology*, 85(3), 426-437.



# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

- Genco, R. J., & Borgnakke, W. S. (2013). Risk factors for periodontal disease. *Periodontology* 2000, 62(1), 59-94. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2012.00457.x>
- Jönsson, B., Baker, S. R., Lindberg, P., Oscarson, N., & Ohrn, K. (2012). Factors influencing oral hygiene behavior and gingival outcomes 3 and 12 months after initial periodontal treatment: an exploratory test of an extended Theory of Reasoned Action. *J Clin Periodontol*, 39(2), 138-144. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01822.x>
- Jönsson, B., Ohrn, K., Lindberg, P., & Oscarson, N. (2010). Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. *J Clin Periodontol*, 37(10), 912-919. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2010.01590.x>
- Jönsson, B., Ohrn, K., Oscarson, N., & Lindberg, P. (2009). The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behavior in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). *J Clin Periodontol*, 36(12), 1025-1034. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2009.01453.x>
- Joshi, S., Suominen, A. L., Knuutila, M., & Bernabé, E. (2018). Toothbrushing behavior and periodontal pocketing: An 11-year longitudinal study. *J Clin Periodontol*, 45(2), 196-203. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12844>
- Kopp, S. L., Ramseier, C. A., Ratka-Krüger, P., & Woelber, J. P. (2017). Motivational interviewing as an adjunct to periodontal therapy - a systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 279.
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global Economic Impact of Dental Diseases. *Journal of dental research*, 94(10), 1355-1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
- Löe, H., Theilade, E., & Jensen, S. B. (1965). Experimental Gingivitis in Man. *The Journal of Periodontology*, 36(3), 177-187. <https://doi.org/https://doi.org/10.1902/jop.1965.36.3.177>
- Loos, B. G., Papantonopoulos, G., Jepsen, S., & Laine, M. L. (2015). What is the contribution of genetics to periodontal risk? *Dental Clinics*, 59(4), 761-780.
- Loos, B. G., & Van Dyke, T. E. (2020). The role of inflammation and genetics in periodontal disease. *Periodontol* 2000, 83(1), 26-39. <https://doi.org/10.1111/prd.12297>
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The behavior change wheel. A guide to designing interventions*. 1st ed. Great Britain: Silverback Publishing, 1003-1010.
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behavior change wheel: a new method for characterising and designing behavior change interventions. *Implementation science*, 6(1), 1-12.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Murakami, S., Mealey, B. L., Mariotti, A., & Chapple, I. L. (2018). Dental plaque-induced gingival conditions. *Journal of clinical periodontology*, 45, S17-S27.
- Newton, J. T., & Asimakopoulou, K. (2015). Managing oral hygiene as a risk factor for periodontal disease: a systematic review of psychological approaches to behavior change for improved plaque control in periodontal management. *Journal of clinical periodontology*, 42, S36-S46.
- Newton, J. T., & Asimakopoulou, K. (2018). Behavioral models for periodontal health and disease. *Periodontology* 2000, 78(1), 201-211.
- Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S., & Johnson, N. W. (2005). Periodontal diseases. *Lancet*, 366(9499), 1809-1820. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)67728-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)67728-8)
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390.
- Raison, M., Corcoran, R., Burnside, G., & Harris, R. (2020). Oral hygiene behavior automaticity: Are toothbrushing and interdental cleaning habitual behaviors? *Journal of Dentistry*, 102, 103470.
- Renz, A., Ide, M., Newton, T., Robinson, P., & Smith, D. (2007). Psychological interventions to improve adherence to oral hygiene instructions in adults with periodontal diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005097.pub2>
- Sälzer, S., Graetz, C., Dörfer, C. E., Slot, D. E., & Van der Weijden, F. A. (2020). Contemporary practices for mechanical oral hygiene to prevent periodontal disease. *Periodontology* 2000, 84(1), 35-44.



# EXPLORER LES STRATÉGIES DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT BASÉES SUR LES PREUVES SCIENTIFIQUES POUR AMÉLIORER L'HYGIÈNE ORALE

- Sälzer, S., Slot, D. E., Van der Weijden, F. A., & Dörfer, C. E. (2015). Efficacy of inter-dental mechanical plaque control in managing gingivitis - a meta-review. *J Clin Periodontol*, 42 Suppl 16, S92-105. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12363>
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Stenman, J., Lundgren, J., Wennström, J. L., Ericsson, J. S., & Abrahamsson, K. H. (2012). A single session of motivational interviewing as an additive means to improve adherence in periodontal infection control: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol*, 39(10), 947-954. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2012.01926.x>
- Suresh, R., Jones, K. C., Newton, J. T., & Asimakopoulou, K. (2012). An exploratory study into whether self-monitoring improves adherence to daily flossing among dental patients. *J Public Health Dent*, 72(1), 1-7. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00274.x>
- Suvan, J. E., Sabalic, M., Araújo, M. R., & Ramseier, C. A. (2022). Behavioral strategies for periodontal health. *Periodontology 2000*.
- Tonetti, M. S., Eickholz, P., Loos, B. G., Papapanou, P., van der Velden, U., Armitage, G., Bouchard, P., Deinzer, R., Dietrich, T., Hughes, F., Kocher, T., Lang, N. P., Lopez, R., Needleman, I., Newton, T., Nibali, L., Pretzl, B., Ramseier, C., Sanz-Sanchez, I., Suvan, J. E. (2015). Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol*, 42 Suppl 16, S5-11. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12368>
- Twetman, S. (2018). Prevention of dental caries as a non-communicable disease. *European Journal of Oral Sciences*, 126(S1), 19-25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eos.12528>
- Van der Weijden, F., Slot, D. E., van der Sluijs, E., & Hennequin-Hoenderdos, N. L. (2022). The efficacy of a rubber bristles interdental cleaner on parameters of oral soft tissue health-a systematic review. *Int J Dent Hyg*, 20(1), 26-39. <https://doi.org/10.1111/idh.12492>
- Van der Weijden, F. A., & Slot, D. E. (2015). Efficacy of homecare regimens for mechanical plaque removal in managing gingivitis a meta review. *J Clin Periodontol*, 42 Suppl 16, S77-91. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12359>
- Wen, P., Chen, M., Zhong, Y., Dong, Q., & Wong, H. (2022). Global burden and inequality of dental caries, 1990 to 2019. *Journal of dental research*, 101(4), 392-399.
- West, R., & Michie, S. (2020). A brief introduction to the COM-B Model of behavior and the PRIME Theory of motivation [v1]. *Qeios*.
- Woelber, J. P., Spann-Aloge, N., Hanna, G., Fabry, G., Frick, K., Brueck, R., Jähne, A., Vach, K., & Ratka-Krüger, P. (2016). Training of Dental Professionals in Motivational Interviewing can Heighten Interdental Cleaning Self-Efficacy in Periodontal Patients. *Front Psychol*, 7, 254. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00254>
- Zhou, G., Sun, C., Knoll, N., Hamilton, K., & Schwarzer, R. (2015). Self-efficacy, planning and action control in an oral self-care intervention. *Health Education Research*, 30(4), 671-681. <https://doi.org/10.1093/her/cyv032>