

Faculté de santé publique

Évaluation de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire sur base de l'indice d'hygiène orale simplifiée par les hygiénistes bucco-dentaires

Mémoire réalisé par

Yasemin Gulec

Promoteur·rice(s)

William D'Hoore

Tania Vanhée

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

2025-2026

Faculté de santé publique

Évaluation de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire sur base de l'indice d'hygiène orale simplifiée par les hygiénistes bucco-dentaires

Mémoire réalisé par

Yasemin Gulec

Promoteur·rice(s)

William D'Hoore

Tania Vanhée

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

2025-2026

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à mon promoteur, Monsieur William D’Hoore, ainsi qu’à ma co-promotrice, Madame Tania Vanhée, pour leur accompagnement, leur disponibilité, leurs conseils avisés et leur soutien tout au long de ce travail. Leur expertise et leurs remarques pertinentes ont grandement contribué à l’élaboration et à l’aboutissement de ce mémoire.

J’adresse aussi mes remerciements à l’UCLouvain Faculté de santé publique ainsi qu’à l’ensemble des enseignants et intervenants pour la qualité de formation reçue et les connaissances transmises durant mon parcours académique.

Je remercie également le département de dentisterie de l’Erasmus Medical Center pour leur accueil et pour avoir autorisé la collecte des données nécessaires à la réalisation de cette étude.

Je tiens également à remercier chaleureusement ma famille, et particulièrement ma mère, Madame Houria Oulid, pour son soutien inconditionnel, ses encouragements et sa présence constante tout au long de ma formation.

Enfin, je remercie sincèrement mes amis et collègues pour leur soutien moral, leur motivation et les précieux moments de partage tout au long de cette expérience.

PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

UTILISATION DE L'IA

Ce mémoire a bénéficié de l'assistance d'une Intelligence Artificielle, tels que Deepl et ChatGPT pour la reformulation de certaines sections et l'aide à la traduction d'articles scientifiques, sans intervenir au contexte.

NOM et PRENOM : GULEC YASEMIN

Titre du mémoire : Évaluation de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire sur base de l'indice d'hygiène orale simplifiée par les hygiénistes-bucco-dentaires.

Promoteur-riche et Co promoteur-riche : D'Hoore William et Vanhée Tania

Date : 05/2026

Gulec, Yasemin. (2026). *Évaluation de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire sur base de l'indice d'hygiène orale simplifiée par les hygiénistes bucco-dentaires.* Mémoire de fin d'études, Université catholique de Louvain (UCLouvain), Faculté de santé publique.

RÉSUMÉ

Contexte : La santé bucco-dentaire est un enjeu majeur de santé publique, fortement influencé par les comportements individuels et les déterminants sociaux. Les maladies parodontales sont fréquentes et souvent liées à l'accumulation de plaque dentaire. Les interventions éducatives visent à améliorer les pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Des modèles comportementaux, tels que le Health Belief Model, décrivent que la motivation et les perceptions des patients jouent un rôle important dans l'adoption des comportements. Dans ce contexte, il est pertinent d'évaluer l'efficacité de ces interventions sur le contrôle de plaque.

Méthodes : Une étude quantitative rétrospective de type avant-après a été réalisée auprès des patients adultes. Le score d'hygiène orale simplifié (OHI-S) a été évalué lors de la première consultation (T0) et d'une consultation de suivi (T1), après une intervention éducative réalisée par des hygiénistes bucco-dentaires. Les variables socio-démographiques et cliniques ont également été recueillies.

Résultats : Une amélioration statistiquement significative du score OHI-S a été observée entre T0 et T1, qui indique une amélioration du contrôle de plaque à court terme. Aucune association n'a été mise en évidence avec les variables socio-démographiques. Par ailleurs, un décalage a été observé entre les pratiques d'hygiène déclarées et l'état clinique, ce qui laisse supposer que la qualité des pratiques peut être insuffisante malgré une fréquence élevée déclarée.

Discussion : Ces résultats confirment l'efficacité des interventions éducatives à court terme et vont dans le sens des données des études. L'analyse à partir du Health Belief Model suggère que les facteurs cognitifs et motivationnels influencent l'adoption des comportements d'hygiène favorables. L'absence de lien avec les caractéristiques sociodémographiques indique que ces interventions peuvent être bénéfiques pour différents profils de patients.

Conclusion : Les interventions éducatives en hygiène bucco-dentaire améliorent le contrôle de plaque à court terme, mais un suivi continu est nécessaire pour assurer des changements durables des comportements.

Mots clés : OHI, promotion de la santé, hygiéniste bucco-dentaire, HBM.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	10
2. CADRE THÉORIQUE	13
2.1. La maladie parodontale	13
2.2. Les outils de dépistage.....	15
2.2.1. L'indice d'hygiène orale simplifié	16
2.3. La profession d'hygiéniste bucco-dentaire.....	18
2.3.1. La motivation d'hygiène orale	18
2.4. Le Health Belief Model	20
2.5. La promotion de la santé bucco-dentaire.....	20
2.6. L'identification des lacunes de la littérature et justification de l'étude	21
3. MÉTHODOLOGIE ET MATÉRIEL	22
3.1. L'objectif	22
3.2. La description de l'échantillon.....	23
3.2.1. Le public cible.....	23
3.2.2. Les critères d'inclusion	23
3.2.3. Les critères d'exclusion	23
3.2.4. L'échantillon.....	23
3.3. Le déroulement de l'intervention/protocole	24
3.3.1. La justification de l'intervalle entre les rendez-vous.....	24
3.4. Les hypothèses de recherche	25
3.5. Les dispositifs de collecte des données	25
3.5.1. La source des données.....	25
3.5.2. L'outil de collecte.....	26
3.6. Le dispositif d'analyse des données.....	26
3.7. Les considérations éthiques.....	27
3.7.1. Le consentement et l'exemption.....	27
3.7.2. L'absence de conflits d'intérêts	27
3.7.3. La balance bénéfices/risques	27
4. RÉSULTATS	28
4.1. Les statistiques descriptives	28
4.1.1. La description de la population.....	28
4.1.2. Les caractéristiques cliniques et comportementales à T0.....	29
4.1.3. L'analyse principale : évolution de l'OHI.....	31
4.2. Le test statistique	32
5. DISCUSSION.....	38

5.1.	Les résultats principaux et interprétation	38
5.2.	L'influence des caractéristiques sociodémographiques	39
5.3.	La discordance entre pratiques déclarées et état clinique	40
5.4.	La comparaison avec la littérature	41
5.5.	Les limites des interventions éducatives et apport de la promotion à la santé	42
5.6.	Les limites et forces de l'étude	43
5.7.	Les perspectives de recherche	44
5.8.	L'utilité sociale et implication en santé publique	45
6.	CONCLUSION	46
7.	BIBLIOGRAPHIE	47
8.	ANNEXES	54
8.1.	L'accord du comité d'éthique	54
8.2.	Le cahier d'observation pour la collecte de données	55

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Modèle épidémiologique pour les facteurs de risques parodontaux, d'après Bouchard et al.	14
Figure 2 : Hygiène interdentaire (Brossette interdentaire à quoi ça sert ?, s. d.)	19
Figure 3: Health Belief Model (Chan et al., 2023)	20

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

OHI	Oral Hygiene Index
OMS	Organisations Mondiale de Santé
HBD	Hygiéniste bucco-dentaire
HBM	Health Belief Model
DPSI	Dutch Periodontal Screening Index
FDI	Fédération Dentaire Internationale
EMC	Erasme Medical Center
HUB	Hôpital Universitaire de Bruxelles
EFP	European Federation of Periodontology
HOD	Hygiène à domicile
BIM	Bénéficiaire d'intervention majorée

1. INTRODUCTION

« *La bouche, miroir de votre santé !* » Dr Bruno Donatini.

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut non seulement affecter des pathologies bucco-dentaires localisées, mais aussi entraîner un impact négatif sur les fonctions orales des personnes, leur estime de soi, leur bien-être général et leurs activités sociales (*Santé bucco-dentaire et Qualité de vie*, <https://www.fdiworldddental.org/fr/sante-bucco-dentaire-et-qualite-de-vie> : accédé le 08.11.25).

Selon le Dr Petersen (*Education Santé*, <https://educationsante.be/les-maladies-bucco-dentaire-dans-le-monde/> : accédé le 08.11.2025) « *Une mauvaise santé bucco-dentaire peut avoir des répercussions importantes sur l'état de santé général et sur la qualité de la vie* ».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît la santé bucco-dentaire comme un enjeu de santé publique, en la considérant comme un élément indissociable de la santé générale. En effet, la présence de maladies buccales dégrade la santé systémique, la réussite scolaire et la participation sociale. Les épisodes de douleurs, les troubles du sommeil et l'anxiété associés à ces maladies rendent la prévention et l'éducation en hygiène bucco-dentaire essentielles (Glick et al., 2016).

Selon le rapport de soins bucco-dentaires 2023 - 2024 publié par Sciensano, 57,3% de la population se brossent les dents au moins deux fois par jour et le nettoyage interdentaire est effectué par seulement 10,7% (Janssens & Demarest, s. d.). Les maladies parodontales présentent une prévalence estimée à environ 20% à 40% de la population adulte (*Parodontologie*, https://www.chuliege.be/jcms/c2_26236352/en/parodontologie-chirurgie-bucco-dentaire-et-chirurgie-implantaire/parodontologie : accédé le 08.11.2025). Ces données montrent l'existence d'un écart significatif entre les recommandations de santé publique et les comportements d'hygiène réellement adoptés, mettant en évidence les risques spécifiques, notamment les maladies parodontales.

Parmi les pathologies bucco-dentaires, la maladie parodontale occupe une place particulière. Il s'agit d'une pathologie d'origine bactérienne dont la prise en charge tardive conduit à la perte de l'organe dentaire (Rzeznik, 2020, *Parodontie clinique*, p. 3). L'accumulation de biofilm bactérien s'installe dans le sillon dento-gingival, ce qui provoque une réponse inflammatoire des tissus gingivaux. Elle est marquée par une rougeur parfois même un saignement,

caractéristiques d'une gingivite (Bergeron, s. d.). Non traitée, cette gingivite persistante, causée par l'invasion bactérienne, progresse par une réaction du système immunitaire pouvant entraîner une résorption osseuse (*La maladie parodontale : Etiologie*, <https://www.parodontologie.be/maladie-parodontale-etiology-facteurs> : accédé le 16.09.2025). Il s'agit d'une forme irréversible de la maladie parodontale : la parodontite.

Les maladies parodontales sont définies comme multifactorielles. Elles sont influencées par plusieurs facteurs, tels que des inégalités à l'accès aux soins dentaires, notamment liées à des facteurs financiers ou à une offre de soins insuffisante. De plus, des facteurs individuels, tels que la méconnaissance ou une faible littératie en santé bucco-dentaire, peuvent être associés à l'adoption de comportements non-favorables à la santé bucco-dentaire (Santos et al., 2024).

En effet, les comportements d'hygiène bucco-dentaire jouent un rôle déterminant dans la survenue et l'évolution des maladies parodontales. La fréquence de brossage, l'utilisation des moyens auxiliaires interdentaires et la qualité générale de l'hygiène orale sont liés à un risque accru de la parodontite (Lertpimonchai et al., 2017). Lors de la prise en charge des patients atteints de maladies parodontales, les facteurs tels que les attitudes et les connaissances du patient sont également à prendre en compte. L'évaluation de ces éléments permet d'améliorer l'état parodontal et de motiver les patients à adopter des habitudes d'hygiène bucco-dentaire plus adaptées (Sabounchi et al., 2016).

Il ne suffit pas d'informer les patients. Il faut également agir sur leurs motivations, leurs capacités et leur environnement, comme illustré dans une revue systématique s'appuyant sur une approche fondée sur les modèles psychologiques du comportement de santé : le Health Belief Model (HBM) (Chan et al., 2023).

Ce modèle créé par Rosenstock, centré sur les croyances de l'individu, repose sur plusieurs dimensions clés : la perception du risque, la gravité perçue de la maladie, les bénéfices et barrières perçus liés à l'action, ainsi que le sentiment d'auto-efficacité (Rosenstock, 1974). Autrement dit, le patient adopte des comportements préventifs lorsqu'il se sent à risque de la maladie, perçoit les conséquences, croit dans l'efficacité des mesures préventives et se sent capable de les mettre en œuvre.

En renforçant ces croyances positives et en réduisant les barrières perçues, les hygiénistes bucco-dentaires peuvent favoriser l'adoption de comportements d'hygiène efficaces et durables.

Les interventions éducatives fondées sur le HBM s'inscrivent pleinement dans une logique de promotion de la santé : elles permettent non seulement d'améliorer les indices cliniques tels que l'Index d'Hygiène Orale (OHI), mais aussi de transformer la relation du patient à sa propre santé, en le rendant acteur de son bien-être bucco-dentaire (Chan et al., 2023).

Il existe une large variété d'indices permettant d'évaluer la plaque, allant de méthodes non quantitatives basées sur l'observation clinique directe, à des méthodes quantitatives plus objectives (D'Elia et al., 2023a). Ces indices se distinguent par leur sensibilité, leur complexité, leur champ d'application et les surfaces qu'ils examinent. Par exemple, *l'indice de plaque* de Silness et Loe (1964) ou *l'indice visible de plaque* (Ainamo et Bay, 1975) permettent d'évaluer la présence ou l'étendue du biofilm selon des critères bien définis, mais parfois limités à certaines zones, comme les espaces interdentaires ou marginaux. D'autres outils, plus détaillés, reposent sur une subdivision des surfaces dentaires en plusieurs secteurs, comme *le Rustogie Modified Navy Plaque Index*, qui offre une cartographie très précise du biofilm. Mais ce type d'outil nécessite plus de temps en clinique et une formation spécifique (D'Elia et al., 2023a).

Dans le cadre d'une recherche centrée sur l'éducation thérapeutique et les interventions motivées par des modèles comportementaux, tels que le Health Belief Model, il est intéressant de choisir un indice à la fois fiable, reproductible, sensible aux variations et facilement applicable en pratique clinique. L'OHI répond à ces critères. Il permet une évaluation directe, structurée et quantifiable de la présence de biofilm sur des surfaces dentaires représentatives, tout en restant rapide à utiliser et compréhensible (D'Elia et al., 2023a). Cet indice est fréquemment utilisé dans les études scientifiques pour évaluer les comportements d'hygiène bucco-dentaire (Chan et al., 2023; Ojahanon et al., 2013; Sabounchi et al., 2016).

Le choix de ce sujet s'inscrit dans le souhait de mettre en évidence le rôle de l'hygiéniste bucco-dentaire dans la prévention et la promotion de la santé orale auprès du public. Dans le contexte belge, où la profession d'hygiéniste bucco-dentaire est récente, cette recherche met en valeur son implication dans les stratégies de prévention et d'éducation thérapeutique.

Dans ce contexte, cette recherche s'intéresse à la question suivante : " Quel est l'impact des interventions d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire entre le premier et le deuxième rendez-vous chez des patients autonomes en fonction du score obtenu par l'OHI ?"

Afin de mieux comprendre le fondement de cette question, il est nécessaire de présenter le cadre théorique, qui permettra de définir les principaux concepts liés à la santé bucco-dentaire.

2. CADRE THÉORIQUE

2.1. La maladie parodontale

Selon la Fédération Européenne de Parodontologie (EFP), la parodontite est une maladie inflammatoire chronique et multifactorielle, associée à la présence du biofilm dysbiotique. Elle se caractérise par une réponse immunitaire qui joue un rôle central dans le mécanisme de destruction progressive des tissus de soutien de la dent (*EFP new Classification of periodontal and peri-implant diseases*, https://www.efp.org/fileadmin/uploads/efp/Documents/Campaigns/New_Classification/Guidance_Notes/report-02.pdf : accédé le 11.11.2025) .

Les maladies parodontales représentent l'une des atteintes infectieuses chroniques les plus répandues dans le monde. Elles sont initiées par une inflammation réversible appelée gingivite (Chakar et al., 2021). La gingivite est une inflammation qui se présente par une gencive rouge, gonflée et saignante facilement. La gingivite induite par la plaque dentaire peut être efficacement prévenue grâce à une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, reposant sur le brossage dentaire et l'utilisation de fil interdentaire (*Gingivite - Troubles bucco-dentaires*, <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-bucco-dentaires/parodontopathies/gingivite> : accédé le 11.11.25).

Si cette dernière n'est pas traitée, elle peut évoluer vers une forme irréversible, la parodontite, caractérisée par la perte d'attache clinique (CAL), la formation de poches parodontales et la présence de saignements. Si cette dernière n'est pas prise en charge à temps, elle peut entraîner la perte des dents (Sanz et al., 2020).

Bien que la formation du biofilm bactérien soit à l'origine de l'inflammation gingivale, la parodontite en tant que maladie se distingue par la présence d'une inflammation persistante et d'altérations irréversibles des structures de soutien dentaire (Tonetti et al., 2015).

D'où l'importance d'agir en amont afin de prévenir l'initiation des processus inflammatoires, plutôt que de se limiter au traitement de pathologies déjà installées (*Rzeznik, 2020, Parodontie clinique, p. 9*). Les maladies parodontales sont définies comme multifactorielles. Les facteurs de risque liés à la présence des maladies parodontales sont soit :

- Environnementaux : modifiables tels que les facteurs nommés au-dessus.

- Liés à l'hôte : non modifiables comme l'âge, le diabète, etc.

Sur la Figure 1, on peut observer à quel niveau les différents facteurs de risque interagissent et conduisent à la parodontite chronique passant par le lien de causalité allant de l'exposition au résultat. Au départ, les facteurs prédisposants, tels que l'âge, le statut social, l'éducation, les conditions de vie, l'environnement et les habitudes de vie, créent un terrain favorable à la maladie, mais leur lien avec la parodontite est indirect. Il s'agit des facteurs de risque distaux (Hûe Tâm Manon Naras, 2022).

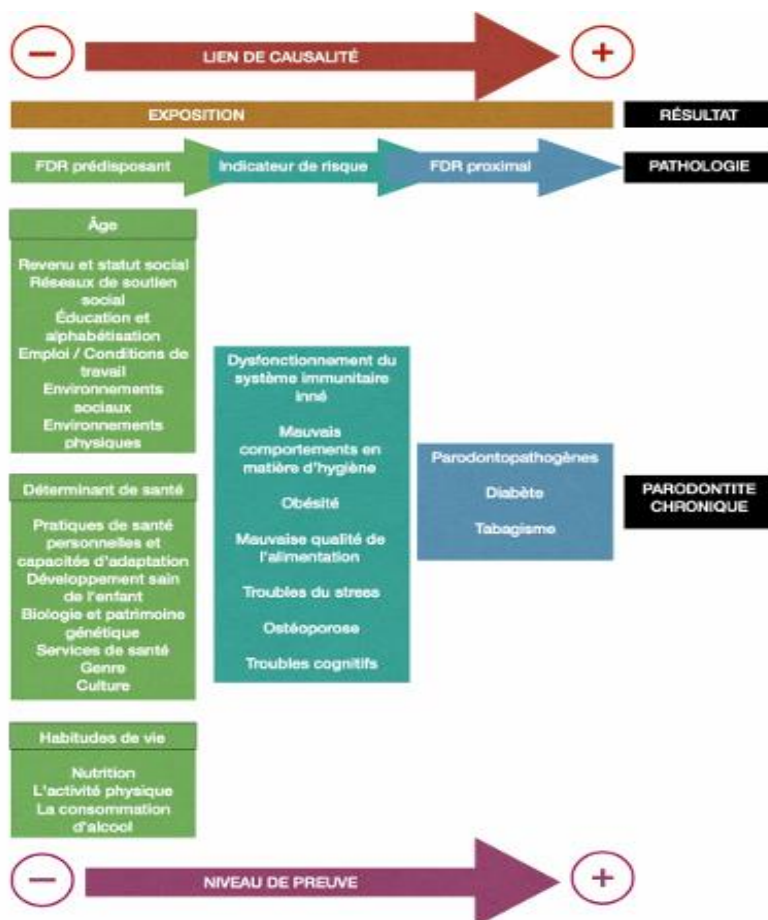


Figure 1: Modèle épidémiologique pour les facteurs de risques parodontaux, d'après Bouchard et al. (Hûe Tâm Manon Naras, 2022).

Ensuite, les indicateurs de risques, tels que le comportement (hygiène, alimentation), l'état immunitaire, l'obésité, etc. sont classés dans les facteurs de risque intermédiaires. En effet, des mauvais comportements d'hygiène bucco-dentaire peuvent être associés à un risque de parodontite (Hûe Tâm Manon Naras, 2022).

Finalement, les facteurs de risque proximaux, tels que le diabète et le tabac, présentent un lien plus direct avec la maladie.

Ce schéma représente un enchaînement de facteurs qui ont un lien avec la maladie : certains

facteurs sont plus directement liés à la maladie. D'autres sont importants mais impliquent des voies plus indirectes, donc un niveau d'impact direct plus faible.

La parodontite entraîne des conséquences esthétiques comme l'édentement ou les récessions gingivales. La récession gingivale est définie comme le déplacement du bord gingival vers la racine, entraînant une exposition de la surface radiculaire de la dent (EFP European Federation of Periodontology, 2020). Il présente aussi des conséquences fonctionnelles, notamment des

mobilités dentaires, des douleurs à la mastication et des problèmes nutritionnels. Ces manifestations impactent significativement la qualité de vie des patients sur les plans émotionnel, social et fonctionnel (Hûe Tâm Manon Naras, 2022; *Santé bucco-dentaire et Qualité de vie*, <https://www.fdiworldddental.org/fr/sante-bucco-dentaire-et-qualite-de-vie> : accédé le 08.11.25). Plus la maladie est avancée, plus son impact est marqué et influence négativement la qualité de vie.

De plus, la relation entre parodontite et santé générale est réciproque. L'état général favorise ou aggrave la maladie, tandis que la parodontite provoque une comorbidité pour plusieurs pathologies systémiques, par exemple les maladies cardiovasculaires (Dietrich et al., 2013) ou le diabète du type 2 (Chapple et al., 2013), etc.

Le diagnostic de la maladie parodontale suit la classification spécifique recommandée par l'EFP. Il s'agit de l'évaluation selon le stade et le grade de la parodontite. Le processus d'évaluation du stade de la parodontite repose sur deux dimensions : la sévérité et la complexité. La sévérité détermine le degré de destruction et de détérioration des tissus causés par la parodontite. La complexité consiste à déterminer le niveau de difficulté du contrôle de la maladie. L'évaluation du grade vise à déterminer la probabilité de l'évolution de la parodontite au fil du temps ainsi que la réactivité du patient au traitement. Ce diagnostic permet d'ajuster le plan de traitement et le suivi préventif après la prise en charge initiale (*EFP new Classification of periodontal and peri-implant diseases*, https://www.efp.org/fileadmin/uploads/efp/Documents/Campaigns/New_Classification/Guidance_Notes/report-02.pdf : accédé le 11.11.25)

2.2. Les outils de dépistage

La relation de cause à effet entre la présence du biofilm et les maladies parodontales souligne l'importance d'évaluer l'état d'hygiène bucco-dentaire des patients à l'aide d'indices de plaque. Ainsi, disposer d'un indice d'hygiène orale fiable et adapté fait partie d'un objectif essentiel pour le praticien. C'est pourquoi de nombreux indices ont été développés et perfectionnés au cours des dernières années (D'Elia et al., 2023b).

Selon leur conception, ces indices peuvent mesurer une maladie, des manifestations associées (symptômes, réponse au traitement) ou des facteurs étiologiques tels que la plaque dentaire. Enfin, chaque indice possède un champ d'application privilégié, allant des études

épidémiologiques et des essais cliniques au suivi de la motivation et de l'hygiène du patient (D'Elia et al., 2023b).

Les indices de plaques peuvent être classés selon plusieurs critères, ce qui facilite l'interprétation des résultats. Une distinction importante repose sur le degré d'objectivité de l'évaluation : certains indices sont non quantitatifs et reposent entièrement sur l'observation clinique et l'expérience de l'examineur, tandis que d'autres sont quantitatifs et s'appuient sur des mesures reproductibles telles que le révélateur de plaque pour estimer les dépôts de plaque.

Ces indices peuvent également être répartis en deux groupes selon l'étendue des sites examinés.

- Les indices en bouche complète, qui évaluent toutes les dents et toutes leurs surfaces ;
- Les indices simplifiés, qui se limitent à des sites sélectionnés (D'Elia et al., 2023b).

En Belgique, l'outil de dépistage principal en parodontologie est le DPSI (Dutch Periodontal Screening Index), intégré depuis 2006 dans la nomenclature parodontale. Son objectif est de fournir aux praticiens un moyen simple et rapide pour évaluer la santé gingivale et identifier les patients nécessitant un examen plus approfondi et un traitement adapté. Le DPSI classe les patients dans l'une des trois catégories : A, B ou C (*La maladie parodontale : Étiologie*, <https://www.parodontologie.be/maladie-parodontale-etiology-factors> accédé le 16.09.2025).

- Catégorie A (DPSI 0, 1, 2) ne nécessite aucun examen complémentaire
- Catégorie B (DPSI 3-) ou C (DPSI 3+ ou 4) un bilan plus détaillé requis.

Dans les cas des patients qui sont classés dans la catégorie B ou C, ils seront invités à réaliser un examen parodontal complet pour un diagnostic et un plan de traitement plus précis (*La maladie parodontale : Dépistage et diagnostic*, <https://www.parodontologie.be/maladie-parodontale-depistage-diagnostic> accédé le 15.11.25).

Cependant, le DPSI n'a pas été conçu pour mesurer directement la quantité de plaque ni pour évaluer l'évolution de l'hygiène bucco-dentaire en tant que tel. Il s'agit avant tout d'un outil de dépistage parodontal, ce qui limite sa pertinence dans le cadre d'une étude centrée sur l'hygiène orale (Rahim et al., 2023),(Asif et al., 2019).

2.2.1. L'indice d'hygiène orale simplifié

Afin d'évaluer la qualité d'hygiène bucco-dentaire, il est nécessaire d'avoir une méthode quantitative à la fois simple et précise. Contrairement aux indices parodontaux tels que le DPSI, l'OHI est directement corrélé au niveau de la qualité d'hygiène bucco-dentaire (John C Green

Jack R Vermillion, 1964). Son utilisation dans une étude est pertinente afin d'évaluer l'impact d'une démarche éducative non seulement sur l'évolution de la quantité de plaque dentaire, mais également sur l'observation des pratiques d'hygiène adaptées (Santos et al., 2024).

Greene et Vermillion ont introduit cet outil afin d'évaluer l'état d'hygiène orale dans les études épidémiologiques. L'indice d'hygiène orale simplifiée représente une version raccourcie de l'OHI original. Le score OHI évalue 12 surfaces d'une dentition complète. L'OHI-S évalue seulement six surfaces de six dents, dont les quatre premières molaires permanentes ainsi que les incisives centrales supérieures droites et inférieures gauches. L'OHI-S permet une évaluation plus rapide mais moins sensible que l'original (Garg & Nasir, 2024).

Les critères de score pour la plaque et le tartre pour ces deux indices sont identiques.

Pour la plaque :

0	Aucune plaque
1	Plaque couvrante $\leq 1/3$ de la surface
2	Plaque couvrante entre $1/3$ et $2/3$
3	Plaque couvrante $> 2/3$

Pour le tartre :

0	Aucun tartre
1	Tartre couvrant $\leq 1/3$ de la surface
2	Tartre couvrant entre $1/3$ et $2/3$
3	Tartre couvrant $> 2/3$

Ce examen se réalise soit visuellement soit avec une sonde exploratrice (Garg & Nasir, 2024).

L'interprétation clinique du score est la suivante : une valeur comprise entre 0 et 1,2 indique une bonne hygiène orale, un score entre 1,3 et 3,0 correspond à une hygiène suffisante et un score allant de 3,1 à 6, reflète une mauvaise hygiène bucco-dentaire (Ojahanon et al., 2013).

Une amélioration du score après l'obtention des instructions d'hygiène orale traduit la capacité à intégrer les recommandations reçues, à les appliquer correctement et à maintenir ces pratiques dans la durée. Une étude met en évidence une augmentation de 44% de sujets avec une bonne hygiène (score OHI-S favorable) après un programme d'éducation de 3 mois (Shirahmadi et al., 2024).

2.3. La profession d'hygiéniste bucco-dentaire

Les hygiénistes bucco-dentaires jouent un rôle important dans la prise en charge des maladies parodontales. À l'origine, si cette profession a été créée dans le but de répondre aux besoins croissants des populations en matière de santé bucco-dentaire, elle s'inscrit aujourd'hui dans une approche de promotion de la santé et de prévention (Boche, 2023).

Au-delà de la réalisation de soins prophylactiques, l'hygiéniste bucco-dentaire inclut un rôle éducatif essentiel visant à rendre le patient autonome dans la gestion de sa santé bucco-dentaire (Boche, 2023).

Grâce à une formation spécifique, l'hygiéniste bucco-dentaire possède une expertise approfondie en matière de prévention et de maintien de la santé orale. Son champ de compétences englobe à la fois la maîtrise des techniques de nettoyage professionnel et l'accompagnement des patients au développement de compétences d'hygiène orale adaptées à leur situation, tout en tenant compte de leurs connaissances, de leurs représentations et de leurs conditions de vie. Cette approche vise la capacité à agir sur leur propre santé. Il s'agit d'un acteur clé du processus éducatif décrit par Rzeznik, en participant activement à la construction de l'alliance thérapeutique, fondée sur le dialogue et la co-construction des objectifs de soins. Cette relation permet de renforcer la motivation du patient dans la prévention des maladies parodontales (Rzeznik et al., 2022; Tonetti et al., 2015).

Par ailleurs, l'hygiéniste bucco-dentaire joue un rôle dans la sensibilisation aux facteurs de risque. Cela inclut notamment l'explication du lien entre alimentation et santé parodontale, l'impact du tabac, ou encore l'importance d'une régularité dans les soins. L'éducation délivrée par les hygiénistes améliore significativement les indices de plaque et de saignement gingival, démontrant ainsi l'efficacité de leurs interventions éducatives dans la prévention et le contrôle des maladies parodontales (Löe, 2000 ; Tonetti et al., 2017).

2.3.1. La motivation d'hygiène orale

Lors d'une première consultation chez l'hygiéniste bucco-dentaire, un bilan complet de l'hygiène orale et de la santé gingivale est effectué. Puis l'hygiéniste bucco-dentaire accompagne le patient dans l'apprentissage de techniques d'hygiène dentaire adaptées à sa situation. Cette démarche inclut l'exploration des habitudes existantes, l'identification des difficultés rencontrées et la recherche conjointe de solutions réalistes pour améliorer les

habitudes d'hygiène bucco-dentaire (Hygiéniste bucco-dentaire, <https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/professions-paramedicales/hygieniste-bucco-dentaire> : accédé le 26.03.2025).

a) Les méthodes de brossage

Les méthodes de brossage constituent un élément central du contrôle du biofilm dentaire. Un brossage manuel réalisé avec une technique appropriée, notamment avec une inclinaison d'environ 45° vers le sillon gingival et des mouvements doux et systématiques, permet une réduction significative de la plaque dentaire. En comparaison, les brosses à dents électriques utilisant des mouvements oscillants ou soniques ont démontré une efficacité supérieure dans la réduction de la plaque et de l'inflammation gingivale. L'efficacité de brossage que ce soit électrique ou manuel dépend des recommandations de durée et de fréquence par jour (deux minutes, deux fois par jour) (Yaacob et al., 2014).

b) L'hygiène interdentaire

Les espaces interdentaires constituent un site majeur d'accumulation du biofilm bactérien, justifiant un nettoyage spécifique dans une approche préventive. Il existe différents moyens de

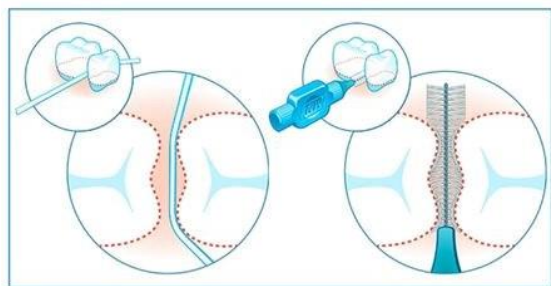


Figure 2 : Hygiène interdentaire (Brossette interdentaire à quoi ça sert ?, s. d.)

nettoyage adaptés aux espaces interdentaires indiqués pour enlever efficacement cette plaque (Rzeznik et al., 2022). Les principaux moyens utilisés sont : le fil dentaire, les brossettes interdentaires cylindriques ou coniques, qui existent en différentes tailles, et les soft picks (bâtonnet souple en silicone) (Slot et al., 2008).

Parmi les différents moyens disponibles, les brossettes interdentaires semblent comme les plus efficaces pour éliminer le biofilm, lorsqu'elles sont correctement adaptées à la taille de l'espace interdentaire. Leur action repose sur un nettoyage mécanique doux, assuré par des brins souples capables de s'adapter à l'anatomie interdentaire limitant des risques de lésions des tissus gingivaux. En comparaison, le fil dentaire, l'hydropulseur ou encore les cure-dents siliconés semblent présenter une efficacité plus limitée. Cette différence pourrait s'expliquer par une action incomplète sur le biofilm. Ainsi, le choix de l'outil et la maîtrise de la technique d'utilisation sont essentiels pour garantir une hygiène interdentaire efficace des tissus parodontaux (Rzeznik et al., 2022).

2.4. Le Health Belief Model

L'adoption des recommandations en matière d'hygiène bucco-dentaire dépend de l'adhésion du patient à ces comportements. Les initiatives éducatives ne peuvent cependant être réellement efficaces que si elles intègrent les déterminants psychologiques qui les influencent.

Le Health Belief Model (HBM), développé par Rosenstock en 1996, est l'un des modèles les plus utilisés pour comprendre les comportements de santé (Chan et al., 2023). Ce modèle est centré sur les croyances de l'individu et repose sur plusieurs dimensions : la perception du risque (*susceptibility*), la gravité perçue de la maladie (*severity*), les bénéfices et les obstacles (*barriers*) perçus liés à l'action, ainsi que le sentiment d'auto-efficacité (Chan et al., 2023).

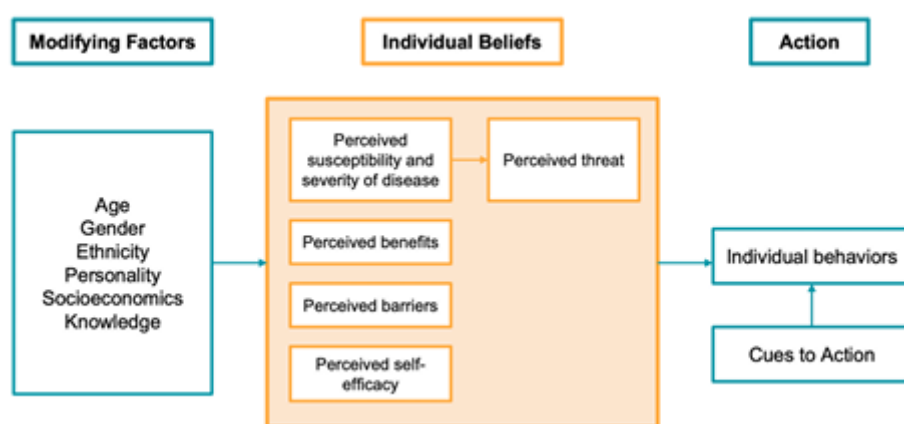


Figure 3: Health Belief Model (Chan et al., 2023)

En favorisant des croyances positives et en réduisant les barrières perçues, le HBM permet d'améliorer non seulement les comportements d'hygiène bucco-dentaire (brossage, nettoyage interdentaire), mais aussi les résultats cliniques, notamment par une réduction de la plaque dentaire et du saignement gingival. Ces effets ont été observés lors de l'étude de comportements préventifs de la carie dentaire (Oveisi et al., 2019). Cependant, des adultes atteints d'une parodontite ont vu l'OHI-S et leurs signes d'inflammation gingivale significativement diminuer après une intervention éducative autour du HBM (Chan et al., 2023).

2.5. La promotion de la santé bucco-dentaire

Le HBM s'inscrit dans une logique de promotion de la santé, telle que définie par l'OMS. La promotion de la santé s'inscrit dans une approche globale de santé publique visant à améliorer l'état de santé des populations tout en réduisant les inégalités sociales de santé. Selon la Charte

d'Ottawa, la promotion de la santé correspond à un processus permettant aux individus et aux communautés d'accroître leur contrôle sur les déterminants de leur santé et d'améliorer celle-ci. Elle ne se limite donc pas à la prévention des maladies, mais englobe également des actions visant à renforcer les ressources individuelles et collectives favorables à la santé (*OMS, 1999*).

L'OMS distingue trois niveaux de prévention (Rzeznik et al., 2022).

- La prévention primaire, s'adresse aux patients en bonne santé, ne présentant pas encore de signes cliniques visibles. Elle a pour objectif d'empêcher l'apparition de la maladie en agissant sur les facteurs de risque et en favorisant des comportements favorables à la santé. Dans le domaine bucco-dentaire, cela passe notamment par la promotion de bonnes pratiques d'hygiène orale, l'éducation à la santé et la sensibilisation aux facteurs influençant la santé parodontale.
- La prévention secondaire, correspond à la détection précoce et la prise en charge des atteintes initiales afin d'éviter leur évolution. Dans le cas des maladies parodontales, il s'agit des patients présentant une gingivite, une pathologie encore réversible, pouvant évoluer vers des formes plus sévères en l'absence de prise en charge.
- La prévention tertiaire, enfin, a pour but de limiter les complications et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques ou irréversibles. Dans le cas de la parodontite, maladie irréversible, les interventions visent principalement à stabiliser l'état parodontal, à prévenir les récurrences et, lorsque cela est nécessaire, à effectuer la réhabilitation fonctionnelle et esthétique du patient (Rzeznik et al., 2022).

Dans ce cadre, l'hygiéniste bucco-dentaire joue un rôle important, dans l'application de ces modèles théoriques et principes de promotion de la santé, en proposant des interventions individualisées visant à modifier les comportements d'hygiène bucco-dentaire.

2.6. L'identification des lacunes de la littérature et justification de l'étude

Les maladies parodontales résultent d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux, où le contrôle du biofilm dépend directement des habitudes d'hygiène bucco-dentaire des patients.

L'indice OHI-S permet d'évaluer objectivement cette hygiène, dont l'hygiéniste bucco-dentaire joue un rôle important dans l'éducation et la prévention. Cependant, l'efficacité de ces

interventions reste variable, notamment en raison des difficultés à modifier durablement les comportements.

Bien que le Health Belief Model aide à comprendre ces comportements, son application en pratique reste limitée et peu d'études mesurent concrètement l'impact des interventions éducatives de l'hygiéniste bucco-dentaire sur l'évolution du score OHI-S. Dans le contexte belge, où la profession est récente, il est pertinent d'évaluer cet impact entre deux consultations.

Cette recherche s'intéresse à la question suivante : quel est l'impact des interventions d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire sur un indice entre le premier et le deuxième rendez-vous chez des patients autonomes en fonction du score obtenu par l'OHI ?

3. MÉTHODOLOGIE ET MATÉRIEL

Cette étude rétrospective, observationnelle et monocentrique se base sur l'analyse de données cliniques existantes issues des dossiers médicaux électroniques du service de dentisterie de l'Hôpital Erasme (HUB- Erasme Medical Center).

3.1. L'objectif

L'objectif de cette étude est l'évaluation indirecte des comportements d'hygiène bucco-dentaire, via l'évolution du score OHI-S, à la suite d'une intervention de l'éducation à la santé bucco-dentaire réalisée par des stagiaires hygiénistes bucco-dentaires. Cette démarche s'inscrit dans une approche de promotion de la santé et mobilise les principes du Health Belief Model, en tenant compte des représentations, des perceptions et des besoins du patient afin d'adapter l'intervention éducative.

L'efficacité de cette intervention est évaluée en comparant le score de l'indice d'hygiène orale simplifiée entre la première consultation (T0) et une consultation de suivi (T1) chez les mêmes patients.

Ce modèle a été choisi car il permet d'analyser l'efficacité des interventions éducatives déjà réalisées dans un cadre de pratique réel, sans modification de la prise en charge habituelle des patients.

3.2. La description de l'échantillon

3.2.1. Le public cible

La population étudiée est constituée de patients adultes autonomes, consultants le service de dentisterie de l'EMC et pris en charge par des stagiaires hygiénistes bucco-dentaires dans le cadre de leur pratique clinique.

3.2.2. Les critères d'inclusion

Patients âgés de 18 ans ou plus
Patients autonomes
Patients ayant bénéficié d'une première consultation (T0) et d'une deuxième consultation (T1)
Dossiers médicaux comportant un score OHI-S renseigné à T0 et T1
Patients comprenant la langue utilisée pour les instructions d'hygiène (principalement français)

3.2.3. Les critères d'exclusion

Patients présentant des limitations physiques ou cognitives entravant la compréhension ou l'application des instructions d'hygiène (troubles cognitifs, handicap sévère, arthrose sévère de la main, ...)
Patients complètement édentés (absence complète de dents naturelles)
Patients absents au second rendez-vous
Patients ne comprenant pas la langue utilisée pour les instructions d'hygiène

3.2.4. L'échantillon

L'échantillon est constitué de 54 patients, sélectionnés de manière consécutive parmi les dossiers répondant aux critères d'inclusion. Il comprend à la fois des patients primo-consultants et des patients déjà suivis au sein de la consultation.

Ce nombre a été jugé réaliste et méthodologiquement acceptable au regard, du volume de patients prise en charge quotidiennement au sein du service, de la disponibilité de dossiers complets et des données de la littérature indiquant qu'un effectif compris entre 25 et 50 participants est généralement suffisant pour mettre en évidence une différence significative dans des études similaires évaluant l'impact d'interventions éducatives en hygiène bucco-dentaire (Chebib et al., 2025; Eckhardt et al., 2025).

Les mêmes patients sont évalués à deux temps distincts (T0 et T1), constituant ainsi un échantillon apparié.

3.3. Le déroulement de l'intervention/protocole

Lors de la première consultation, le patient est pris en charge par un stagiaire hygiéniste bucco-dentaire. Cette consultation débute par la collecte d'informations générales concernant le patient, notamment ses antécédents médicaux, ses habitudes d'hygiène bucco-dentaire et ses pratiques de brossage. Une évaluation clinique de l'état de santé bucco-dentaire, d'inflammation gingivale ou d'autres indicateurs pertinents de l'hygiène orale sera réalisée.

Dans un second temps, le stagiaire explore avec le patient ses représentations et ses connaissances concernant la santé bucco-dentaire. Cette discussion permet de mieux comprendre les perceptions du patient, ses habitudes et les éventuelles difficultés rencontrées dans la réalisation des soins d'hygiène orale. Cette étape vise à adapter l'accompagnement éducatif à la situation spécifique du patient et à favoriser l'acquisition de compétences en matière d'hygiène bucco-dentaire, en tenant compte de ses besoins.

Lors d'un second rendez-vous, qui correspond le plus souvent à la consultation de nettoyage prophylactique, une nouvelle évaluation de l'hygiène bucco-dentaire est réalisée. Le stagiaire discute également avec le patient l'évolution de ses pratiques d'hygiène orale, de sa compréhension des informations reçues lors de la première consultation. Cet échange permet d'apprécier le niveau d'approbation des connaissances et des compétences par le patient et de soutenir son autonomie dans la gestion de sa santé bucco-dentaire.

Le dispositif d'éducation utilisé en promotion de la santé est la mise à disposition d'informations compréhensibles, adaptées au niveau du patient (mise à disposition des illustrations comme les albums de motivation dont dispose chaque stagiaire) et scientifiquement validées ainsi que l'action éducative de proximité dont la discussion avec le patient sur ses habitudes de brossage et ses représentations de l'hygiène bucco-dentaire. L'idée n'est pas seulement d'informer mais de développer des compétences en santé, qui vont permettre de progressivement avoir un contrôle de sa propre santé bucco-dentaire (Aujoulat, WFSP2109 et WFSP2119, 2025).

3.3.1. La justification de l'intervalle entre les rendez-vous

Pour cette étude, un intervalle entre moins d'une semaine et quatre semaines entre le premier et le second rendez-vous d'éducation à la santé bucco-dentaire a été déterminé sur base de la littérature scientifique portant sur les effets à court terme des interventions éducatives en

prévention bucco-dentaire, ainsi que la durée de collecte de données accordée par le comité d'éthique.

En effet, une amélioration significative du contrôle de plaque dès sept jours est observée après un rendez-vous d'instruction d'hygiène orale avec une réduction significative de l'indice de plaque et de l'indice gingival (Ibrahim et al., 2025a; Soldo et al., 2020).

De ce fait, le choix d'un intervalle inférieur à une semaine jusqu'à quatre semaines permet d'évaluer l'adhésion immédiate du patient aux recommandations des comportements d'hygiène bucco-dentaire sur le court terme.

3.4. Les hypothèses de recherche

Hypothèse nulle (H0) : il n'existe pas de différence significative du score d'hygiène orale (OHI-S) entre la première consultation (T0) et la deuxième consultation après l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire (T1).

Hypothèse alternative (H1) : il existe une différence significative du score d'hygiène orale (OHI-S) entre la première consultation (T0) et la deuxième consultation après éducation à l'hygiène bucco-dentaire (T1).

Cette étude examine également si certains facteurs sociodémographiques et cliniques peuvent influencer l'évolution du score OHI-S.

3.5. Les dispositifs de collecte des données

3.5.1. La source des données

Les données ont été extraites du dossier médical électronique DENTADMIN du service de dentisterie de l'EMC. La date de collecte a commencé le 2 février 2026 et a duré jusqu'au 10 mars 2026.

L'identification des dossiers a été réalisée à l'aide de filtres prédéfinis, comme une consultation réalisée par un stagiaire hygiéniste bucco-dentaire, patient adulte et la présence d'un score OHI renseigné à la première et à la deuxième consultation.

3.5.2. L'outil de collecte

Les données ont été exportées dans un fichier Excel sécurisé, comprenant uniquement des données codées à des fins d'analyse.

Les variables collectées sont les suivantes :

Données sociodémographiques	Données cliniques (T0)	Données relatives à l'intervention éducative	Données Clinique (T1)
- Âge - Sexe - Primo-arrivant ou habitué - Statut BIM	- Date de la consultation - Score OHI initial - Présence de gingivite ou de parodontite	- L'hygiène orale à domicile (HOD) - Techniques d'hygiène délivrées	- Date de la consultation - Score OHI

3.6. Le dispositif d'analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 30.0.0.0 (IBM, Armonk, USA).

Au niveau de l'analyse descriptive, les variables quantitatives, comme le score OHI-S, sont décrites par leur moyenne, écart-type ou médiane et intervalle interquartile, selon la distribution. Les variables qualitatives comme le sexe, les tranches d'âge, l'hygiène orale à domicile, la présence de gingivite et la technique d'hygiène orale, sont décrites par des fréquences et des pourcentages.

Au niveau de l'analyse comparative, étant donné le caractère apparié des données (mêmes patients à T0 et T1), le test t apparié de Student (si la distribution est normale) ou le test de Wilcoxon (si la distribution est non normale) est utilisé. Une variable de différence (Δ OHI) a été calculée en soustrayant le score OHI à T1 du score à T0, permettant d'évaluer l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire. Cette variable a ensuite été utilisée pour analyser l'association entre l'amélioration de l'hygiène orale et certaines variables sociodémographiques (genre, statut BIM, délais entre les consultations, âge). Pour ces comparaisons entre deux groupes indépendants, notamment selon genre ou le statut BIM, le test de Mann-Whitney a été utilisé. Le seuil de significativité statistique est fixé à $p < 0,05$.

3.7. Les considérations éthiques

Étant donné que cette recherche utilise des données cliniques existantes issues des dossiers médicaux électroniques du service de dentisterie, le protocole de recherche a fait l'objet d'une demande d'avis formelle auprès du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'Hôpital Universitaire de Bruxelles.

La date de soumission du dossier au comité d'éthique est le 7 novembre 2025. Le comité d'éthique a rendu un avis favorable à la réalisation de cette étude (numéro de référence : P2025/578), dont l'accord est présenté en annexe. Cette recherche est conduite dans le respect de la Déclaration d'Helsinki, des principes de Bonnes Pratiques Cliniques (GCP), de la loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Aucune procédure invasive, aucun acte médical supplémentaire, aucun médicament, ni dispositif médical ne sont requis spécifiquement pour les besoins de l'étude.

3.7.1. Le consentement et l'exemption

Étant donné la nature rétrospective du projet, aucun consentement écrit explicite n'a été recueilli auprès des patients. Une demande d'exemption de consentement a été introduite auprès du comité d'éthique et justifiée par les données analysées existantes au moment de la soumission du projet ; l'étude porte sur un nombre élevé de dossiers, rendant l'obtention du consentement individuel peu réaliste ; une partie des patients n'est plus suivie régulièrement ou n'est plus joignable ; aucun risque supplémentaire n'est encouru par les patients ; aucune donnée directement identifiante n'est utilisée dans l'analyse.

3.7.2. L'absence de conflits d'intérêts

Cette recherche déclare ne comporter aucun conflit d'intérêts, financier ou scientifique.

3.7.3. La balance bénéfices/risques

L'étude ne présente aucun risque direct ou indirect pour les patients, dans la mesure où elle repose exclusivement sur l'analyse de données existantes.

Les bénéfices attendus sont principalement une meilleure compréhension de l'impact des interventions d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, une amélioration potentielle des pratiques cliniques des hygiénistes bucco-dentaires, une contribution à l'évaluation de stratégies de promotion de la santé orale en milieu hospitalier.

4. RÉSULTATS

4.1. Les statistiques descriptives

4.1.1. La description de la population

L'échantillon étudié comprend 54 patients, dont 53,7% des femmes (n=29) et 46,3% d'hommes (n=25).

Sexe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	F	29	53,7	53,7	53,7
	H	25	46,3	46,3	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tableau 1 : Répartition des patients selon le sexe (n=54).

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 45-64 ans (53,7%), suivie des patients âgés de 65 ans et plus (22,2%).

Tranche d'âge

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-29 ans	4	7,4	7,4	7,4
	30-44 ans	9	16,7	16,7	24,1
	45-64 ans	29	53,7	53,7	77,8
	65 ans et +	12	22,2	22,2	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tableau 2 : Répartition des patients selon les tranches d'âge (n=54).

Concernant le statut socio-économique, une majorité des patients bénéficie du statut BIM (57,4%), tandis que 42,6% n'en bénéficient pas.

Statut BIM

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Non	23	42,6	42,6	42,6
	Oui	31	57,4	57,4	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tableau 3 : Répartition des patients selon le statut socio-économique (BIM) (n=54).

4.1.2. Les caractéristiques cliniques et comportementales à T0

Les habitudes d'hygiène orale à domicile sont hétérogènes. La majorité des patients déclarent un brossage deux fois par jour, parfois associé à l'utilisation de brossettes interdentaires.

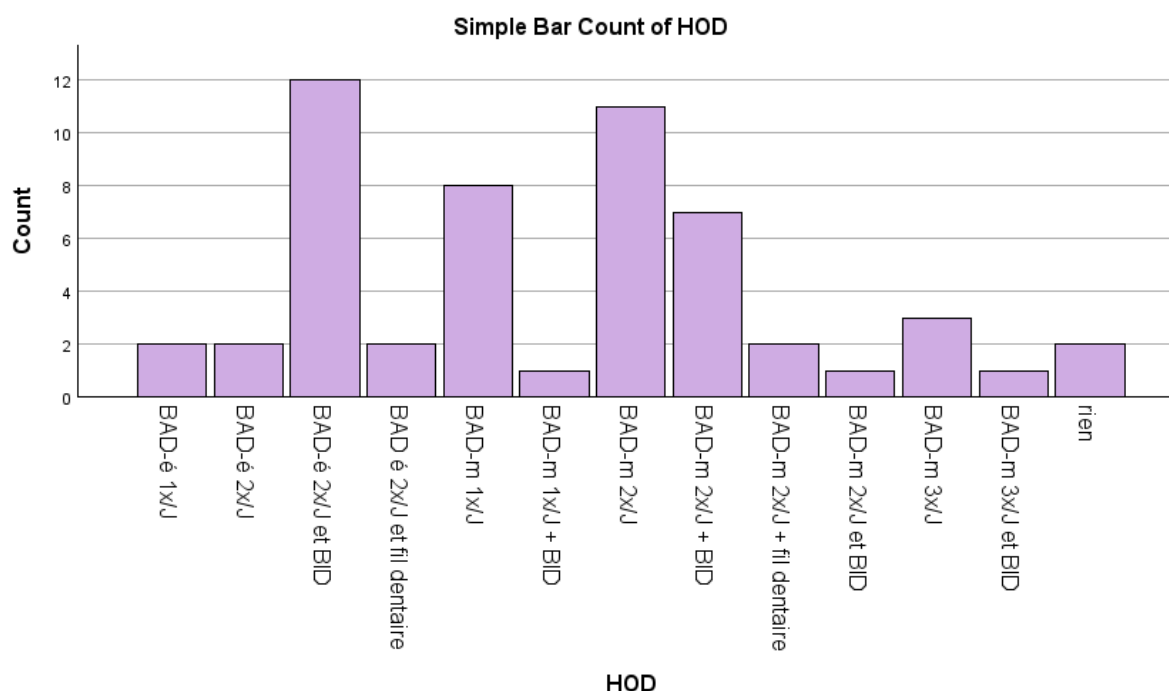


Tableau 4 : Distribution des habitudes d'hygiène orale à domicile chez les patients (n=54).

Légende : BAD – é (brosse à dent électrique), BAD-m (brosse à dent manuelle), fil dentaire, BID (brossettes interdentaires), une ou deux fois par jour.

La majorité des patients sont des habitués (63,0%), contre 37% de primo-arrivants.

Fréquence rdv

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Habitué	34	63,0	63,0	63,0
	Primo-arrivant	20	37,0	37,0	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tableau 5 : Répartition des patients selon la fréquence des consultations dentaires (n=54).

La parodontite est très fréquente dans l'échantillon, avec une prévalence de 82,2% (n=46).

Parodontite

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Non	8	14,8	14,8	14,8
	Oui	46	85,2	85,2	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tableau 6 : Prévalence de la parodontite au sein de l'échantillon (n=54).

La gingivite est observée chez 57,4% des patients (n=31).

Gingivite

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Non	23	42,6	42,6	42,6
	Oui	31	57,4	57,4	100,0
	Total	54	100,0	100,0	

Tableau 7 : Prévalence de la gingivite au sein de l'échantillon (n=54).

4.1.3. L'analyse principale : évolution de l'OHI

Le score moyen d'OHI est de 1,77 (avec dispersion autour de cette moyenne) $\pm$ 1,04 avant intervention et de 1,41 $\pm$ 0,94 après intervention à la deuxième consultation.

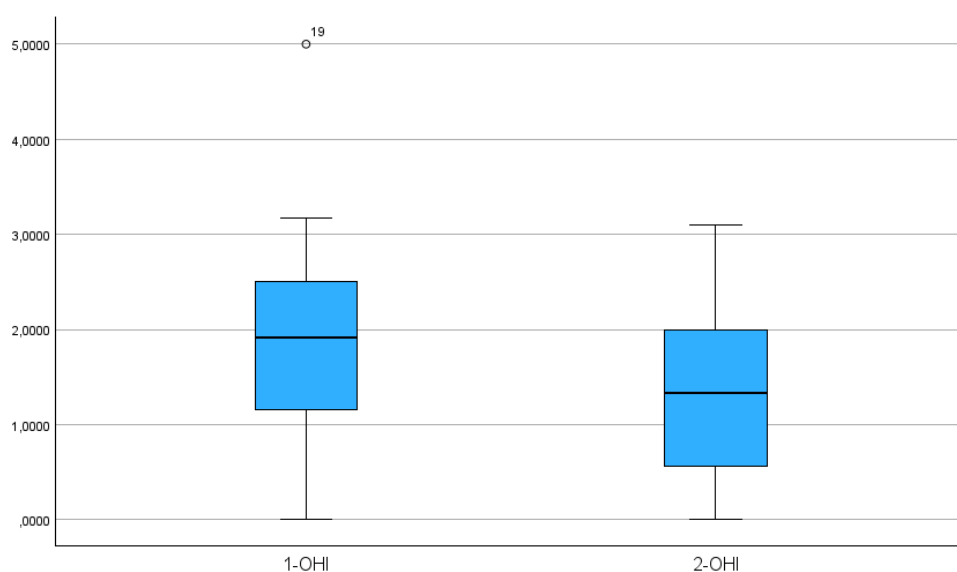


Tableau 8 : Comparaison des scores OHI avant et après intervention

La majorité des patients (57,4%) sont revenus entre 1 et 2 semaines à la deuxième consultation, dont le deuxième score OHI a été prélevé.

Intervalle de temps entre la première et la deuxième consultation

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 semaines	31	57,4	57,4	57,4
	< 1 semaine	11	20,4	20,4	77,8
	1 mois +	3	5,6	5,6	83,3
	2 semaines +	9	16,7	16,7	100,0
Total		54	100,0	100,0	

Tableau 9: Distribution des intervalles entre les consultations (n=54).

4.2. Le test statistique

a) L'évolution du score OHI (T0 vs T1) - Test t apparié

Paired Samples Test

Paired Differences							Significance			
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	One-Sided p	Two-Sided p
					Lower	Upper				
Pair 1	1-OHI - 2-OHI	,3621500	,8032002	,1093017	,1429186	,5813814	3,313	53	<,001	,002

Paired Samples Correlations

			Significance		
			Correlation	One-Sided p	Two-Sided p
	N				
Pair 1	1-OHI & 2-OHI	54	,676	<,001	<,001

Les résultats mettent en évidence une amélioration significative de l'hygiène bucco-dentaire après intervention, comme le montre la diminution du score moyen d'OHI de $1,77 \pm 1,04$ avant intervention à $1,41 \pm 0,94$ après intervention.

Cette différence, analysée à l'aide d'un test t Student pour groupes appariés, est statistiquement significative ($t=3,31$; $p=0,002$).

b) L'analyse des facteurs associés à l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire

L'association entre l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire, évaluée à partir de la différence du score OHI entre T0 et T1 (Δ OHI), et certaines variables sociodémographiques et cliniques a été analysée à l'aide de tests non paramétriques.

Le test de Shapiro-Wilk a montré que la distribution de la variable Δ OHI s'écartait d'une distribution normale ($p = 0,018$), ce qui explique l'utilisation des tests non paramétriques, notamment le test de Mann-Whitney pour les comparaisons entre groupes indépendants.

Mann-Whitney Test

Ranks

	Genre_num	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Différence OHI (T0-T1)	F	29	26,33	763,50
	H	25	28,86	721,50
	Total	54		

Test Statistics^a

	Différence OHI (T0-T1)
Mann-Whitney U	328,500
Wilcoxon W	763,500
Z	-,590
Asymp. Sig. (2-tailed)	,555

L'analyse ne met pas en évidence de différence significative de l'amélioration du score OHI-S (Δ OHI) en fonction du genre (Test de Mann-Whitney : $U = 328,5$; $Z = -0,590$; $p = 0,555$). Les rangs moyens étaient de 26,33 chez les femmes et de 28,86 chez les hommes, indiquant une amélioration comparable entre les deux groupes.

L'association entre Δ OHI et la variable du statut BIM a été analysée à l'aide du test Mann-Whitney.

Mann-Whitney Test

Ranks

	Statut BIM	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Différence OHI (T0-T1)	Non	23	29,28	673,50
	Oui	31	26,18	811,50
	Total	54		

Test Statistics^a

	Différence OHI (T0-T1)
Mann-Whitney U	315,500
Wilcoxon W	811,500
Z	-,718
Asymp. Sig. (2-tailed)	,473

Aucune différence significative n'a été observée dans l'amélioration du score OHI-S selon le statut BIM (Test de Mann-Whitney : $U = 315,5$; $Z = -0,718$; $p = 0,473$).

Les patients non-BIM présentaient un rang moyen légèrement plus élevé (29,28) que les patients BIM (26,18), sans que cette différence ne soit statistiquement significative.

Correlations

			Différence OHI (T0-T1)	Tranche d'âge
Spearman's rho	Différence OHI (T0-T1)	Correlation Coefficient	1,000	-,230
		Sig. (2-tailed)	.	,094
		N	54	54
	Tranche d'âge	Correlation Coefficient	-,230	1,000
		Sig. (2-tailed)	,094	.
		N	54	54

L'analyse de corrélation de Spearman, utilisée en raison du caractère ordinal de la variable "tranche d'âge" ainsi que de la distribution non normale de la variable ΔOHI , n'a pas mis en évidence de relation significative entre l'âge et l'amélioration du score OHI-S ($\rho = -0,230$; $p = 0,094$). Cette corrélation négative faible suggère une tendance non significative à une moindre amélioration avec l'augmentation de l'âge.

Correlations

			Différence OHI (T0-T1)	Intervalle de temps
Spearman's rho	Différence OHI (T0- T1)	Correlation Coefficient	1,000	-,022
		Sig. (2-tailed)	.	,874
		N	54	54
	Intervalle de temps	Correlation Coefficient	-,022	1,000
		Sig. (2-tailed)	,874	.
		N	54	54

Aucune corrélation significative n'a été observée entre le délai entre les deux consultations et l'amélioration du score OHI ($\rho = -0,022$; $p = 0,874$), indiquant l'absence de relation entre ces deux variables.

Dans l'ensemble aucune des variables cliniques étudiées (Gingivite ($p=0,618$) ; Parodontite ($p=0,807$) ; Fréquence de rdv ($p=0,733$) et Habitude d'hygiène bucco-dentaire à domicile ($\rho = 0,077$; $p = 0,580$)) n'est significativement associée à l'amélioration du score Δ OHI.

c) L'analyse des facteurs associés à l'hygiène bucco-dentaire à T1

Une analyse complémentaire a été réalisée afin d'évaluer l'influence de certaines variables sociodémographiques (genre et statut BIM) sur le score d'hygiène bucco-dentaire à T1.

Le test de Shapiro-Wilk indique que la distribution de la variable OHI à T1 s'écarte significativement de la normalité, malgré un test de Kolmogorov-Smirnov non significatif. Des tests non paramétriques ont été réalisés : le test de Mann-Whitney pour le statut BIM et le genre, ainsi qu'une corrélation de Spearman pour le délai entre les deux consultations.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
2-OHI	,080	54	,200*	,944	54	,014

*. This is a lower bound of true significance.

Mann-Whitney Test

Ranks

	Statut BIM	N	Mean Rank	Sum of Ranks
2-OHI	Non	23	19,46	447,50
	Oui	31	33,47	1037,50
	Total	54		

Test Statistics^a

2-OHI

Mann-Whitney U	171,500
Wilcoxon W	447,500
Z	-3,245
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

Une différence significative du score OHI à T1 a été observée selon le statut BIM (U=171,5 ; p= 0,001), les patients BIM présentant des valeurs significativement plus élevées.

Mann-Whitney Test

Ranks

	Sexe_num	N	Mean Rank	Sum of Ranks
2-OHI	F	29	25,40	736,50
	H	25	29,94	748,50
	Total	54		

Test Statistics^a

2-OHI

Mann-Whitney U	301,500
Wilcoxon W	736,500
Z	-1,061
Asymp. Sig. (2-tailed)	,289

Aucune différence significative du score OHI à T1 n'a été observée selon le genre (U= 301 ; p=0,289).

Mann-Whitney Test

Ranks

	Fréquence rdv N		Mean Rank	Sum of Ranks
2-OHI	Habitué	34	25,31	860,50
	Primo-arrivant	20	31,23	624,50
	Total	54		

Test Statistics^a

2-OHI

Mann-Whitney U	265,500
Wilcoxon W	860,500
Z	-1,338
Asymp. Sig. (2-tailed)	,181

a. Grouping Variable:

Fréquence rdv

De plus, l'analyse de Mann-Whitney n'a pas mis en évidence de relation significative entre la fréquence du rendez-vous et le score OHI-S à T1 (U = 265,5 ; p = 0,181).

Ces résultats montrent que le facteur socio-économique, comme le statut BIM, influence le niveau d'hygiène bucco-dentaire après intervention, tandis que le genre et la fréquence de rendez-vous ne semblent pas jouer un rôle significatif.

5. DISCUSSION

5.1. Les résultats principaux et interprétation

La santé bucco-dentaire représente un enjeu de santé publique majeur, étroitement lié aux comportements individuels et aux déterminants sociaux. Dans ce contexte, les interventions éducatives en matière de santé occupent une place importante, visant à améliorer les pratiques d'hygiène et à renforcer les compétences des individus pour prévenir les maladies bucco-dentaires.

L'hygiéniste bucco-dentaire s'inscrit pleinement dans cette démarche en tant qu'acteur clé de la prévention et de la promotion de la santé. Il accompagne le patient dans l'acquisition de connaissances et de compétences, ce qui favorise ainsi son autonomie et son implication dans la gestion de sa santé bucco-dentaire.

Les approches centrées sur la promotion de la santé et les modèles comportementaux, comme le Health Belief Model, permettent de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à l'adoption de comportements favorables à la santé.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact d'une intervention éducative en hygiène bucco-dentaire sur l'évolution du score d'hygiène orale (OHI-S) entre une première consultation et une consultation de suivi menée par des stagiaires hygiénistes bucco-dentaires. Les résultats de cette étude mettent en évidence plusieurs éléments importants.

Tout d'abord, en ce qui concerne les résultats principaux, les résultats montrent une amélioration statistiquement significative du score OHI-S après l'intervention éducative, avec une diminution du score moyen entre T0 et T1. Ces résultats indiquent que les interventions éducatives permettent d'améliorer le contrôle de la plaque à court terme chez les patients adultes autonomes, ce qui permet ainsi de rejeter l'hypothèse nulle.

Cette amélioration se traduit probablement par une adhésion des patients à des compétences en santé, permettant aux patients de mieux comprendre, adapter et intégrer les comportements favorables à leur santé bucco-dentaire.

Afin d'expliquer ces résultats, ceux-ci peuvent être interprétés par la mise en œuvre des principes du Health Belief Model (Chan et al., 2023). En mobilisant ce modèle, ces interventions contribuent à renforcer la perception du risque, les bénéfices perçus ainsi que le sentiment d'auto-efficacité qui sont des éléments clés dans l'adoption de comportements

favorables à la santé. Cela confirme ainsi l'intérêt d'intégrer les modèles théoriques dans les interventions en promotion de la santé.

Toutefois, le Health Belief Model a été mobilisé comme cadre théorique d'interprétation des comportements d'hygiène bucco-dentaire observés, sans mesure directe de ses dimensions psychologiques, telles que la perception du risque, les bénéfices perçus ou le sentiment d'auto-efficacité.

Par ailleurs, bien que l'amélioration soit statistiquement significative, l'ampleur de la diminution du score OHI-S reste modérée, compte tenu de la durée du suivi, ce qui pourrait indiquer que les changements de comportements nécessitent probablement un accompagnement à plus long terme.

5.2. L'influence des caractéristiques sociodémographiques

L'absence d'association significative entre l'amélioration du score OHI-S et les variables sociodémographiques, telles que le genre, l'âge ou le statut socio-économique, et cliniques, indique que ces interventions éducatives peuvent être utiles à l'ensemble des patients, quel que soit leur profil.

Le statut socio-économique dans cette étude a été mesuré à travers le statut d'intervention majorée (BIM). L'absence d'association significative entre l'amélioration du score OHI-S et le statut BIM pourrait suggérer que l'intervention éducative a pu profiter aux patients indépendamment de leur niveau de vulnérabilité socio-économique, c'est-à-dire que la diminution du score OHI-S après intervention éducative est similaire chez les patients, quel que soit leur niveau socio-économique. Dans le contexte belge, le statut BIM correspond à l'intervention majorée, c'est-à-dire un dispositif permettant un meilleur remboursement des soins sur base de certaines situations sociales ou de plafonds de revenus de ménage (INAMI. *Intervention majorée : meilleur remboursement de frais médicaux.* <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/intervention-majoree> : accédé le 11.04.26).

Cette absence de différence est en partie soutenue par des études, qui montrent que les facteurs comportementaux, tels que le brossage dentaire et l'hygiène interdentaire, influencent la santé bucco-dentaire indépendamment du statut socio-économique. Toutefois, ces comportements ne permettent de réduire que partiellement les inégalités sociales en santé (Mbawalla et al., 2010).

Par exemple, même si deux patients améliorent leur hygiène bucco-dentaire après l'intervention éducative, le patient se trouvant dans une situation socio-économique plus défavorisée peut rester davantage exposé au risque de maladies parodontales. Cela peut s'expliquer par d'autres facteurs, tels que des conditions de vie moins favorables ou encore certaines habitudes alimentaires.

Ces éléments pourraient également expliquer qu'une différence significative du score OHI-S à T1 en fonction du statut BIM ait été observée, malgré l'amélioration globale des scores.

Ainsi, même si améliorer les habitudes d'hygiène est important, cela ne suffit pas toujours à compenser toutes les inégalités sociales en santé bucco-dentaire.

Dans une perspective de promotion de la santé, ces résultats soulignent le potentiel des interventions éducatives à réduire les inégalités en santé en renforçant les compétences des individus et leur capacité à agir sur leur santé, quel que soit leur contexte socio-économique.

5.3. La discordance entre pratiques déclarées et état clinique

Un décalage apparaît entre les pratiques d'hygiène bucco-dentaire déclarées et l'état clinique réel. En effet, la majorité d'entre eux déclarent se brosser les dents deux fois par jour et utiliser des moyens d'hygiène interdentaire, ce qui peut sembler en contradiction avec la prévalence élevée de gingivite et de parodontite observée au sein de l'échantillon. La gingivite, en tant que stade initial réversible, et la parodontite, forme plus avancée, illustrent les conséquences d'un contrôle de plaque insuffisant.

Ce constat peut s'expliquer par un biais de désirabilité sociale, mais aussi par le fait que la fréquence des pratiques ne garantit pas leur efficacité (Mbawalla et al., 2010).

La qualité du brossage, la maîtrise des techniques et l'utilisation correcte des moyens interdentaires jouent un rôle déterminant dans le contrôle de plaque et la prévention des maladies parodontales (Lertpimonchai et al., 2017).

Les interventions éducatives s'inscrivent dans plusieurs niveaux de prévention. Chez certains patients, elles relèvent d'une prévention primaire, en agissant sur les comportements afin d'éviter l'apparition des maladies bucco-dentaires. Chez les patients atteints de gingivite, elles participent à une prévention secondaire, en favorisant une prise en charge précoce d'une inflammation encore réversible. Enfin, chez les patients présentant une parodontite, elles

s'inscrivent dans une logique de prévention tertiaire, visant à limiter la progression de la maladie et à prévenir les complications (Rzeznik et al., 2022).

Ces éléments renforcent la pertinence des interventions éducatives. Elles permettent non seulement d'améliorer les pratiques d'hygiène à court terme, comme observé au sein du score OHI-S, mais aussi d'agir en amont sur les facteurs de risque comportementaux, en cohérence avec les principes de promotion de la santé.

Afin d'interpréter ces résultats, il est pertinent de les mettre en lien avec la littérature existante.

5.4. La comparaison avec la littérature

L'étude quasi expérimentale menée par Lloclla-Saune et al. (2024) présente des résultats qui sont en accord avec ceux observés dans cette étude. Elle met en évidence une amélioration significative du score OHI-S après une intervention éducative, indépendamment des caractéristiques sociodémographiques des participants.

Les auteurs montrent également que cette amélioration s'accompagne d'une progression des connaissances et des pratiques d'hygiène bucco-dentaire, soulignant le lien entre l'acquisition de connaissances et la modification des comportements.

D'autres études similaires mettent en évidence un effet rapide des interventions éducatives en santé bucco-dentaire. Elles montrent une amélioration rapide du contrôle de plaque et une diminution de l'inflammation gingivale (Ibrahim et al., 2025b; Soldo et al., 2020).

Cette évolution rapide, également observée dans notre étude, montre que les patients sont capables d'adapter leurs pratiques bucco-dentaires à court terme. L'étude reflète une meilleure compréhension des gestes et une prise de conscience des enjeux de santé, éléments essentiels dans l'initiation du changement comportemental (Ibrahim et al., 2025b).

Toutefois, cette même étude met en évidence que ces améliorations sont souvent transitoires et tendent à diminuer avec le temps en l'absence de suivi régulier. De plus, cette étude montre les limites des approches éducatives centrées principalement sur la transmission d'instructions (Ibrahim et al., 2025b).

5.5. Les limites des interventions éducatives et apport de la promotion à la santé

Les interventions éducatives apparaissent efficaces à court terme, mais insuffisantes pour induire des changements durables de comportements (Ibrahim et al., 2025b).

Dans ce contexte, l'intégration des principes de la promotion de la santé apparaît essentielle, en renforçant les compétences des individus, leur capacité à agir sur leur santé et leur autonomie dans la gestion de leurs comportements de santé.

Dans cette perspective, les interventions fondées sur des modèles théoriques, tels que le Health Belief Model, apportent une meilleure compréhension.

Une étude randomisée menée chez des patients atteints de maladies parodontales montre qu'une intervention éducative basée sur ce modèle permet une amélioration significative du contrôle de plaque ainsi que des indicateurs parodontaux. Ces résultats sont associés à une augmentation du sentiment d'auto-efficacité, ainsi qu'à une meilleure perception du risque et des bénéfices liés aux comportements d'hygiène bucco-dentaire (Chan et al., 2023).

Contrairement aux approches d'instruction classiques, cette intervention ne se limite pas à communiquer des informations, mais agit sur la manière dont les patients perçoivent leur santé. Elle renforce notamment leur perception de risque de maladie, les bénéfices du brossage de qualité, ainsi que leur motivation à changer. Cela favorise une meilleure adhésion aux pratiques d'hygiène (Chan et al., 2023).

Les auteurs soulignent également que l'intégration de ces dimensions permet non seulement d'initier le changement, mais aussi de mieux soutenir son maintien dans le temps (Lawati & Al-Harthi, 2025). Ces résultats sont cohérents avec ceux observés ici, où une amélioration du score OHI-S a également été observée à court terme. Elles montrent que les interventions éducatives gagneraient à être renforcées par des approches issues de la promotion à la santé afin de favoriser des changements plus durables des comportements d'hygiène bucco-dentaire (Lawati & Al-Harthi, 2025).

5.6. Les limites et forces de l'étude

Ce mémoire de recherche présente certaines limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Tout d'abord, le recueil de certaines données repose sur les déclarations des patients, ce qui peut introduire un biais de désirabilité sociale. Les patients peuvent avoir en effet tendance à surestimer leurs pratiques d'hygiène bucco-dentaire, ce qui peut expliquer le décalage observé entre les comportements déclarés et l'état clinique.

Ensuite, l'intervalle de suivi relativement court entre la consultation initiale et le suivi constitue une limite, ne permettant d'évaluer que les effets à court terme des interventions éducatives. Cependant, des études soulignent que les changements de comportements nécessitent souvent un accompagnement prolongé pour être maintenus dans le temps.

Enfin, la recherche monocentrique, la taille de l'échantillon et l'implication de différents stagiaires hygiénistes bucco-dentaires peuvent limiter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population.

Malgré ces limites, cette étude présente plusieurs forces. Tout d'abord, elle s'inscrit dans un contexte clinique réel, ce qui renforce la validité et leur applicabilité à la pratique professionnelle des hygiénistes bucco-dentaires.

L'utilisation du score OHI-S constitue également un point fort de cette étude, en tant qu'indicateur simple, reproductible et sensible aux variations des pratiques d'hygiène bucco-dentaire, permettant d'évaluer de manière objective l'impact des interventions (D'Elia et al., 2023a; John C Green Jack R Vermillion, 1964.). Bien que les indices évaluant l'ensemble des surfaces dentaires soient généralement considérés comme plus complets, les indices simplifiés, tels que OHI-S, représentent une alternative pertinente dans certains contextes, notamment en recherche et pratique clinique. En effet, l'évaluation d'un nombre limité de dents facilite la mise en œuvre de l'examen, en le rendant plus rapide et accessible, particulièrement dans le cadre de programmes éducatifs. Malgré cette simplicité, l'OHI-S conserve une sensibilité suffisante pour détecter les variations du contrôle de plaque et les changements de comportements, ce qui en fait un outil adapté à l'évaluation d'interventions en promotion de la santé (Lloclla-Sauñe et al., 2024).

Enfin, les résultats mettent en évidence le rôle des hygiénistes bucco-dentaires dans l'accompagnement des patients et soulignent l'importance des interventions éducatives dans

l'amélioration des comportements d'hygiène contribuant ainsi à la réduction des inégalités en santé. Cette profession permet de soutenir une approche globale de promotion de la santé bucco-dentaire en améliorant l'accès à la santé pour l'ensemble de la population.

5.7. Les perspectives de recherche

Ces résultats ouvrent plusieurs pistes pour de futures recherches. Tout d'abord, il serait pertinent d'évaluer l'impact des interventions éducatives en hygiène bucco-dentaire sur le long terme, étant donné que plusieurs études montrent que les améliorations observées après une intervention sont souvent transitoires et tendent à diminuer en l'absence de suivi régulier.

Ensuite, l'intégration de stratégies éducatives ou de programmes de suivi individualisés pourrait être explorée afin de renforcer le maintien des comportements d'hygiène dans le temps, ces approches étant reconnues comme plus efficaces pour induire des changements durables (Tonetti et al., 2015).

De plus, le développement d'approches innovantes, telles que des interventions numériques ou des outils de santé connectés, pourrait améliorer l'adhésion des patients et favoriser le suivi des recommandations d'hygiène bucco-dentaire (Scheerman et al., 2020).

Il serait également intéressant d'explorer plus en profondeur les déterminants du changement de comportement, notamment à travers l'utilisation de modèles théoriques dans des populations plus larges et plus diversifiées (Lawati & Al-Harthi, 2025). Il serait intéressant d'inclure davantage le public socio-économiquement défavorisé.

Dans ce cadre, l'intégration d'un questionnaire structuré basé sur les dimensions du Health Belief Model apparaît particulièrement pertinente afin de mieux comprendre les mécanismes du changement comportemental observé. En effet, plusieurs études ayant appliqué ce modèle en santé bucco-dentaire ont utilisé des questionnaires évaluant la perception du risque, la gravité perçue, les bénéfices et les barrières, ainsi que le sentiment d'auto-efficacité des patients. Ces dimensions permettent d'explorer les facteurs cognitifs et motivationnels influençant l'adoption des comportements d'hygiène.

L'utilisation d'un tel outil, avant et après l'intervention éducative, permettrait non seulement d'évaluer l'évolution des connaissances, mais aussi de mesurer les changements dans les représentations et la motivation des patients. Cela offrirait une compréhension plus fine de

l'efficacité des interventions, en identifiant les leviers et les freins au changement de comportement (Chan et al., 2023; Lawati & Al-Harthi, 2025).

Si le Health Belief Model pouvait permettre d'interpréter les résultats observés, les dimensions psychologiques n'ont pas non plus été mesurées dans cette étude, ce qui constitue une piste d'amélioration supplémentaire pour de futures recherches.

Ces différentes pistes de recherche s'inscrivent dans une approche de promotion de la santé et pourraient contribuer à optimiser l'efficacité des interventions en hygiène bucco-dentaire.

5.8. L'utilité sociale et implication en santé publique

Au-delà de ces perspectives de recherche, il convient également de souligner l'utilité sociale de ces résultats. Sur le plan de la santé publique, les résultats de cette étude présentent un intérêt certain. Les maladies bucco-dentaires étant évitables, l'amélioration des pratiques d'hygiène est essentielle pour prévenir leur apparition et leur évolution.

Dans ce contexte, le rôle des hygiénistes bucco-dentaires s'inscrit dans les recommandations internationales en parodontologie, qui soulignent que la première étape de la prise en charge de ces maladies repose sur le contrôle des facteurs de risque et l'éducation du patient, incluant l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire et le soutien au changement de comportement. Cette phase initiale, axée sur la prévention, souligne l'importance des interventions visant à encourager la motivation et l'adhésion du patient aux recommandations.

Dans le contexte belge, où la profession d'hygiéniste bucco-dentaire est récente, ces professionnels interviennent en amont des pathologies et contribuent ainsi à une approche plus préventive du système de soins, en complément des soins curatifs. Ils favorisent également un meilleur accès à l'éducation à la santé pour la population.

Enfin, le fait que ces interventions soient efficaces indépendamment des caractéristiques sociodémographiques indique qu'elles peuvent être accessibles à un large public et contribuer à réduire les inégalités en matière de santé. Ces actions permettent d'agir sur les déterminants comportementaux et de favoriser des changements durables, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie des individus et à réduire la charge des maladies bucco-dentaires au niveau de la population.

6. CONCLUSION

En conclusion, cette étude met en évidence l'efficacité des interventions éducatives en matière d'hygiène bucco-dentaire pour améliorer le contrôle de la plaque à court terme chez les patients adultes autonomes. La diminution significative du score OHI-S entre la consultation initiale et la consultation de suivi confirme que ces interventions permettent de modifier les comportements d'hygiène bucco-dentaire, au moins à court terme.

Ces résultats soulignent l'importance de l'éducation à la santé pour acquérir des compétences favorables à la santé bucco-dentaire. Ils mettent également en évidence le rôle important des hygiénistes bucco-dentaires qui, par leur accompagnement, favorisent l'autonomie des patients et leur implication dans la gestion de leur santé.

Toutefois, le caractère transitoire de ces améliorations montre que ces interventions doivent être envisagées sur le long terme. En effet, les comportements de santé sont complexes et multifactoriels, et leur maintien nécessite l'intégration d'approches issues de la promotion de la santé.

Ces résultats confirment donc l'intérêt de développer des interventions éducatives adaptées, intégrant des modèles théoriques du changement comportemental, afin d'optimiser leur efficacité et de contribuer à une amélioration durable de la santé bucco-dentaire, tant au niveau individuel que populationnel.

7. BIBLIOGRAPHIE

Aujoulat, I. (2025). *Promotion de la santé 1 (WFSP2109)* [Support de cours, Université catholique de Louvain].

Aujoulat, I. (2025). *Promotion de la santé 2 (WFSP2119)* [Support de cours, Université catholique de Louvain].

Asif, S. M., Naheeda, S., Assiri, K. I., Almubarak, H. M., Kaleem, S. M., Zakirulla, M., Baig,

F. A. H., & Kota, M. Z. (2019). Oral hygiene practice and periodontal status among two tribal population of Telangana state, India- an epidemiological study. *BMC Oral Health*, 19(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0705-1>

Bergeron, M. (s. d.). Prévention des maladies parodontales : Analyse comparée des facteurs nutritionnels et bactériens. 2024.

Boche, D. (s. d.). Hygiéniste dentaire ou assistant(e) dentaire de niveau 2 : Le point en 2022. 2023.

Chakar, C., Menassa, G., & Khayat, R. (2021). Periodontal Microbiome Part I : A Literature Review. *International Arab Journal of Dentistry*, 12(1), 40-47. <https://doi.org/10.70174/iajd.v12i1.609>

Chan, C. C. K., Chan, A. K. Y., Chu, C. H., & Tsang, Y. C. (2023). Theory-based behavioral change interventions to improve periodontal health. *Frontiers in Oral Health*, 4. <https://doi.org/10.3389/froh.2023.1067092>

Chapple, I. L. C., Genco, R., & working group 2 of the joint EFP/AAP workshop. (2013). Diabetes and periodontal diseases : Consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Periodontology*, 84(4 Suppl), S106-112. <https://doi.org/10.1902/jop.2013.1340011>

Chebib, N., Rotzinger, S., Maccarone-Ruetsche, N., Sioufi, R., Mojon, P., & Müller, F. (2025). The impact of a personalized oral health instruction form on oral health

indices in institutionalized older adults : A randomized, controlled, single-blinded clinical trial. *BMC Oral Health*, 25, 1769. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-07102-y>

D'Elia, G., Floris, W., Marini, L., Corridore, D., Rojas, M. A., Ottolenghi, L., & Pilloni, A. (2023). Methods for Evaluating the Effectiveness of Home Oral Hygiene Measures—A Narrative Review of Dental Biofilm Indices. *Dentistry Journal*, 11(7), 172. <https://doi.org/10.3390/dj11070172>

Dietrich, T., Sharma, P., Walter, C., Weston, P., & Beck, J. (2013). The epidemiological evidence behind the association between periodontitis and incident atherosclerotic cardiovascular disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 40 Suppl 14, S70-84. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12062>

Eckhardt, N. M., von Kohout, M., Bleiel, D., Polidori, M. C., & Barbe, A. G. (2025). Efficacy of an oral hygiene intervention on a geriatric ward : From sample size calculation to dropout-driven disillusionment - a randomised controlled study. *BMC Oral Health*, 25, 1654. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-07047-2>

EFP European Federation of Periodontology. (2020, avril 10). *Mucogingival conditions in the natural dentition—Tutorial by Søren Jepsen* [Enregistrement vidéo]. <https://www.youtube.com/watch?v=dskauUOJ58g>

EFP new Classification of periodontal and peri-implant diseases. (s. d.). Consulté 11 novembre 2025, à l'adresse https://www.efp.org/fileadmin/uploads/efp/Documents/Campaigns/New_Classification/Guidance_Notes/report-02.pdf

Garg, S., & Nasir, S. (2024). Comparative evaluation of oral hygiene status by using oral hygiene index, simplified oral hygiene index, and modified oral hygiene index :

Revalidation of modified oral hygiene index. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 28(4), 461. https://doi.org/10.4103/jisp.jisp_399_23

Gingivite—Troubles bucco-dentaires. (s. d.). Manuels MSD pour le grand public.

Consulté 11 novembre 2025, à l'adresse

<https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-bucco-dentaires/parodontopathies/gingivite>

Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016).

A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *The Journal of the American Dental Association*, 147(12), 915-917.

<https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.10.001>

Hûe Tâm Manon Naras, L. (s. d.). Évaluation du niveau de connaissance des patients du pôle de médecine bucco-dentaire du CHU de Pellegrin face à la maladie parodontale. Étude qualitative. 2022, 78.

Hygiéniste bucco-dentaire. (2018, mars 21). SPF Santé publique.

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/professions-paramedicales/hygieniste-bucco-dentaire>

Ibrahim, A. J., Murshed, A. A., & Hadi, I. Z. (2025a). Short-Term Efficacy of Oral Hygiene Instruction on Gingival Inflammation and Plaque Control Across Age Groups. *Journal of Medical Sciences and Technical Health*, 2(1), 12-18.

<https://doi.org/10.69788/jmsth/2025.02.03>

Intervention majorée : Meilleur remboursement de frais médicaux | INAMI. (s. d.).

Consulté 12 avril 2026, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/intervention-majoree>

Janssens, M., & Demarest, S. (s. d.). Enquête de santé 2023—2024 : Santé bucco-dentaire. *Avril 2025*.

John C Green Jack R Vermillion, 1964. (s. d.). Scribd. Consulté 24 novembre 2025, à l'adresse <https://www.scribd.com/document/735221638/1964-John-C-Green-Jack-R-Vermillion>

La maladie parodontale : Dépistage et diagnostic. (s. d.). Consulté 15 novembre 2025, à l'adresse <https://www.parodontologie.be/maladie-parodontale-depistage-diagnostic>

La maladie parodontale : Etiologie. (s. d.). Consulté 16 septembre 2025, à l'adresse <https://www.parodontologie.be/maladie-parodontale-etologie-facteurs>

Lawati, Z., & Al-Harhi, L. (2025). *Effectiveness of Health Belief Model on the Compliance of Periodontal Patients with Plaque Control : A Randomized Control Trial*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1011494>

Lertpimonchai, A., Rattanasiri, S., Arj-Ong Vallibhakara, S., Attia, J., & Thakkestian, A. (2017). The association between oral hygiene and periodontitis : A systematic review and meta-analysis. *International Dental Journal*, 67(6), 332-343. <https://doi.org/10.1111/idj.12317>

Lloclla-Sauñe, S., Briceño-Vergel, G., Ladera-Castañeda, M., Huamaní-Echaccaya, J., Romero-Velásquez, L., Hernández-Huamaní, E., Aroste-Andía, R., Cervantes-Ganoza, L., & Cayo-Rojas, C. (2024). Impact of an Educational Intervention on Oral Health Knowledge and Bacterial Plaque Control in Male Secondary School Students in a Peruvian Province : A Quasi-Experimental Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 205-217. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S448217>

- Mbawalla, H. S., Masalu, J. R., & Astrøm, A. N. (2010). Socio-demographic and behavioural correlates of oral hygiene status and oral health related quality of life, the Limpopo-Arusha school health project (LASH) : A cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 10, 87. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-87>
- Ojahanon, P. I., Akionbare, O., & Umoh, A. O. (2013). The oral hygiene status of institution dwelling orphans in Benin City, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 16(1), 41. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.106732>
- OMS, 1999. (s. d.). Consulté 15 mars 2026, à l'adresse <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/751c8af9-0e4c-4950-9388-e5bb16e468cd/content>
- Oveisi, S., Zahedifar, F., Atashgar, E., Yadegary, Z., Amole, N., & Taherkhanee, S. (2019). Prediction of Dental Caries Preventive Behaviors using Health Belief Model (HBM). *Health Education and Health Promotion*, 7, 105-109. <https://doi.org/10.29252/HEHP.7.3.105>
- Parodontologie*. (s. d.). CHU de Liège. Consulté 8 novembre 2025, à l'adresse https://www.chuliege.be/jcms/c2_26236413/en/parodontologie-chirurgie-bucco-dentaire-et-chirurgie-implantaire/parodontologie
- Rahim, A., Hassan, S., Ullah, N., Noor, N., Ahmed, Rafique, R., Khattak, F. A., & Afaq, S. (2023). Association and comparison of periodontal and oral hygiene status with serum HbA1c levels : A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 23, 442. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03042-7>
- Rzeznik, M., Jungo, S., & Chamieh, F. (2022). *Parodontie clinique : Une approche moderne et préventive*.

Sabounchi, S., Torkzaban, P., Sabounchi, S., & Ahmadi, R. (2016). Association of Oral Health Behavior-Related Factors With Periodontal Health and Oral Hygiene. *Avicenna Journal of Dental Research, Inpress*. <https://doi.org/10.17795/ajdr-29827>

Santé bucco-dentaire et Qualité de vie. (s. d.). Consulté 8 novembre 2025, à l'adresse <https://www.fdiworldddental.org/fr/sante-bucco-dentaire-et-qualite-de-vie>

Santos, I. C., Colaço, C., Canales, G. D. la T., Proença, L., Polido, M., Mendes, J. J., Canhão, H., & Manso, A. C. (2024). Comparison of the Effects of Oral Hygiene Instruction Methods on Oral Hygiene and Self-Perception in Older Adults : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 13(24), 7642. <https://doi.org/10.3390/jcm13247642>

Sanz, M., Herrera, D., Kebschull, M., Chapple, I., Jepsen, S., Beglundh, T., Sculean, A., Tonetti, M. S., & EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. (2020). Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *Journal of Clinical Periodontology*, 47 Suppl 22(Suppl 22), 4-60. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13290>

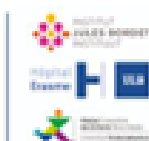
Scheerman, J. F. M., van Meijel, B., van Empelen, P., Verrips, G. H. W., van Loveren, C., Twisk, J. W. R., Pakpour, A. H., van den Braak, M. C. T., & Kramer, G. J. C. (2020). The effect of using a mobile application (« WhiteTeeth ») on improving oral hygiene : A randomized controlled trial. *International Journal of Dental Hygiene*, 18(1), 73-83. <https://doi.org/10.1111/idh.12415>

Shirahmadi, S., Bashirian, S., Soltanian, A. R., Karimi-shahanjarini, A., & Vahdatinia, F. (2024). Effectiveness of theory-based educational interventions of promoting oral

- health among elementary school students. *BMC Public Health*, 24(1), 130.
<https://doi.org/10.1186/s12889-023-17528-0>
- Slot, D., Dörfer, C., & Van der Weijden, G. (2008). The efficacy of interdental brushes on plaque and parameters of periodontal inflammation : A systematic review. *International Journal of Dental Hygiene*, 6(4), 253-264.
<https://doi.org/10.1111/j.1601-5037.2008.00330.x>
- Soldo, M., Matijević, J., Malčić Ivanišević, A., Čuković-Bagić, I., Marks, L., Nikolov Borić, D., & Jukić Krmek, S. (2020). Impact of oral hygiene instructions on plaque index in adolescents. *Central European Journal of Public Health*, 28(2), 103-107.
<https://doi.org/10.21101/cejph.a5066>
- The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. (1974). *Health Education & Behavior*, 2(4), 354-386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- 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. *Journal of Clinical Periodontology*, 42(S16), S5-S11. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12368>
- Yaacob, M., Worthington, H. V., Deacon, S. A., Deery, C., Walmsley, A. D., Robinson, P. G., & Glenny, A. (2014). Powered versus manual toothbrushing for oral health. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(6), CD002281.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002281.pub3>

8. ANNEXES

8.1. L'accord du comité d'éthique



Mme Tania VANHEE
Hôpital
Route de Lennik 808 - Bâtiment P
1070 Anderlecht (Brussels)

Brussels, January 16 2026

**Comité d'Ethique
Hospitalo-Facultaire
H.U.B – ULB (021/406)**

Secrétariat
T 02 555 37 07
T 02 541 35 95
M comite.ethique.hub@hubruelles.be

Président et Vice-Présidents
Dr D. Schmartz
Dr L. Moretti
Mr F. Devaux

Dear Mme VANHEE,

Please find further on the answer of the Ethics Committee concerning the below mentioned study.

ETHICS COMMITTEE APPROVAL

We, undersigned, "Board Members" of Ethics Committee HUB-ULB
808, route de Lennik
B-1070 Brussels, Belgium

confirm that the documents submitted for approval were initially examined on 09/12/2025 (dd/mm/yyyy).

After examination of the answers to the comments received the 12/01/2026, the Ethics Committee gave its agreement on 16/01/2026 to the following documents:

- Protocol (Reference: P2025/578 / NA) entitled: "Evaluation de l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire sur base de l'index d'hygiène orale (OHI) par les hygiénistes bucco-dentaire." (Your Ref.: Version 2 date undefined)

The following document(s), included in the submission file, has/have also been reviewed:

- Ethics Committee's Application form signed the 07/11/2025, version 2 dated January 4, 2026
- Investigator's Curriculum Vitae
- Research Data Table
- GDPR Statement, dated and signed on October 22, 2025

We also confirm the suitability of the local investigator and his team and the quality of local facilities.

This agreement is valid from 16/01/2026 till 30/06/2026.

The Committee reminds the investigator of his personal responsibility for this project. We consider **your responsibility**, in accordance with the recommendations of ICH-GCP (E6):

Point 3.3.6: no subject should be admitted to a trial before the IRB/IEC issues its written approval/favourable opinion of the trial.

Point 3.3.7: no deviations from, or changes of, the protocol should be initiated without prior written IRB/IEC approval/favourable opinion of an appropriate amendment, except when necessary to eliminate immediate hazards to the subjects or when the change(s) involves only logistical or administrative aspects of the trial (e.g., change of monitor(s), telephone number(s)).

Moreover, end trial results will be transmitted to the Committee.

If Dutch speaking participants have to be recruited for this study, it is your responsibility to submit to the Ethics Committee a Dutch version of the information sheet and consent form.

We hereby confirm that this Ethics Committee is organized and operates according to ICH GCP and the applicable law and regulations.

Dr D. SCHMARTZ
Chairman

 (Name Printed here)

8.2. Le cahier d'observation pour la collecte de données

Données	Exemple
<u>Code de construction</u>	OHI-058
<u>Sexe</u>	H/F
<u>Âge</u>	64
<u>Date 1' Consultation</u>	24.9.25
<u>Date 2' Consultation</u>	5.11.25
<u>1-OHI</u>	3,1
<u>2-OHI</u>	1,2
<u>HOD</u>	Brossage dentaire 2x/J
<u>IHO</u>	Motivation brossettes interdentaire et le brossage dentaire
<u>Parodontite</u>	Oui
<u>Gingivite</u>	Oui
<u>Statut BIM</u>	Oui
<u>Habitué/Primo-arrivant</u>	Oui

