

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2017

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Juin 2017

Par Marie CANTAIS

Née le 04 Juillet 1992 à Dunkerque - France

ACTION BUCCO-DENTAIRE POUR LES ENFANTS DE ROUBAIX : LES ATELIERS
D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT PAR GROUPES PARENTAUX

JURY

Président : Mme le Professeur Monique-Marie ROUSSET

Assesseurs : M. le Docteur Laurent NAWROCKI

M. le Docteur Thibault BECAVIN

M. le Docteur Matthieu TERNOIS

ACADEMIE DE LILLE

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

**_*_*_*_*_*_*_*_*_

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

PLACE DE VERDUN

59000 LILLE

**_*_*_*_*_*_*_*_*_

Président de l'Université	:	X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P.-M. ROBERT
Doyen	:	E. DEVEAUX
Assesseurs	:	E. BOCQUET, L. NAWROCKI, G. PENEL
Chef des Services Administratifs	:	S. NEDELEC

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Émérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. PENEL	Doyen de la Faculté Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques
M.M. ROUSSET	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Conservatrice – Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale
P. BOITELLE	Prothèses
P. BEHIN	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous-Section d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. DE BROUCKER	Sciences Anatomiques et physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Odontologie pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie, Réanimation
C. LEFEVRE	Responsable de la Sous-Section Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie, Réanimation Chef du service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU de Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury...

Madame le Professeur Monique-Marie ROUSSET

Professeur des Universités, Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique
Praticien-Hospitalier, Service d'Odontologie du CHRU de Lille, 1986-2014
Docteur en Chirurgie Dentaire
Doctorat de l'Université de Lille 2, Mention Odontologie
Habilitation à diriger des recherches
Lauréate du prix international du G.I.R.S.O 1993

Certificat d'Etudes Supérieures de 3^{ème} cycle de Pédodontie – Prévention
Certificat de praticien réflexif en Education Thérapeutique du Patient

Membre-expert du Haut Conseil de Santé Publique (H.C.S.P.), « Commission
Prévention Education et Promotion de la Santé » 2007-2011
Membre-expert-associé du Haut Conseil de Santé Publique (H.C.S.P.), toutes
commissions, 2011-2015

Distinction in « Who's who in Medecine & Health Care »
Ed.2004-2005, New Providence, USA
Ed.2006-2007, New Providence, USA
Ed.2009-2010, New Providence, USA
Ed.2011-2012, New Providence, USA
Ed.2013-2014, New Providence, USA

Distinction in « Who's who in Science & Engineering »
Ed. 2009, New Providence, USA

Distinction in "International Health professional of the year"
IBC, Cambridge, England, 2010
IBC, Cambridge, England, 2012

Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et je vous en remercie.

Je vous suis très reconnaissante pour la qualité et la richesse des enseignements que vous m'avez prodigués tout au long de mon cursus.

Je vous prie de bien vouloir recevoir l'expression de mon plus grand respect.

Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Maître de Conférences des Universités, *Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation*
Praticien Hospitalier, Service d'Odontologie du CHRU de Lille
Docteur en Chirurgie Dentaire,
Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie),
Maîtrise en Biologie Humaine,
C.E.S. d'Odontologie Chirurgicale

Coordonnateur adjoint du D.E.S de Chirurgie Orale

Secrétaire du Collège Hospitalo-Universitaire de Médecine Buccale et Chirurgie Buccale

Vice Doyen Relations Intérieures et Extérieures de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Chef du Service d'Odontologie du Centre Abel Caumartin, CHRU de Lille

*Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse qui, je l'espère, sera à la hauteur de vos espérances.
Veuillez trouver dans ce travail l'assurance de ma profonde considération et de ma gratitude.*

Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN

Maître de Conférences des Universités, Sous-section Odontologie Conservatrice – Endodontie

Praticien Hospitalier, Service d'Odontologie du CHRU de Lille
Docteur en Chirurgie Dentaire,

Master I Informatique Médicale – Lille 2

Master II Biologie et Santé – Lille 2

Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice et Endodontie

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury, d'autant plus de part cette demande tardive.

Je tiens également à vous exprimer ma profonde reconnaissance pour votre enseignement clinique, ainsi que mon respect le plus sincère.

Monsieur le Docteur Matthieu TERNOIS

Docteur en Chirurgie-Dentaire

Ancien assistant hospitalo-universitaire, *Sous-Section d'Odontologie pédiatrique, et Service d'Odontologie*, CHRU de Lille

Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme inter-universitaire de soins dentaires sous sédation consciente

Master de recherche mention physiologie, physiopathologie et pharmacologie des systèmes intégrés et neurosciences – Virologie

Certificat de praticien réflexif en Éducation Thérapeutique du Patient

Chargé d'enseignement, *Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation*

Responsable de l'antenne "Action Bucco-Dentaire" au Centre Hospitalier de Roubaix

Vous me faites le plaisir de diriger cette thèse. Un grand merci pour votre confiance, votre disponibilité, votre bonne humeur et surtout d'avoir toujours été à l'écoute durant la rédaction de ma thèse.

Merci aussi pour votre enseignement clinique, qui a rendu les vacations du mardi soir au CES de Roubaix très agréables.

Recevez ici l'expression de mon profond respect et le témoignage de ma grande reconnaissance.

Table des matières

1	Introduction.....	14
2	La population pédodontique de Roubaix: une population fortement exposée à la maladie carieuse	15
2.1	Définition de la maladie carieuse	15
2.1.1	La maladie carieuse	15
2.1.2	Facteurs étiologiques de la carie de la petite enfance	16
2.1.3	Les répercussions de la maladie carieuse	18
2.1.3.1	Au niveau esthétique	18
2.1.3.2	Au niveau déglutition, mastication et phonation	18
2.1.3.3	Au niveau focal	19
2.1.3.4	Au niveau individuel et social	19
2.1.4	La maladie carieuse, une pathologie chronique ?	20
2.1.4.1	Définition d'une maladie chronique	20
2.1.4.2	La maladie carieuse, une pathologie chronique ?	20
2.2	Les facteurs d'exposition de l'enfant à Roubaix	21
2.2.1	La région des Hauts de France et la ville de Roubaix.....	21
2.2.2	Etat bucco-dentaire	21
2.2.3	Risque carieux individuel	22
3	Une solution : l'Action Bucco-Dentaire et l'Education Thérapeutique du Patient.....	23
3.1	Prévention et Promotion de Santé (Loi HPST)	23
3.2	L'Action bucco-dentaire pour les enfants de Roubaix dans le Centre d'Examen de Santé	23
3.3	L'Education thérapeutique du patient sous toutes ses formes.....	25
3.3.1	Définition et cadre législatif	25
3.3.2	Intervenants concernés par l'ETP	25
3.3.3	Populations bénéficiaires de l'ETP	26
3.3.3.1	Les patients	26
3.3.3.2	L'entourage du patient	26
3.3.4	Elaboration d'un programme d'ETP	26
3.3.5	Finalités de l'ETP	27
4	Mise en place d'ateliers d'Education Thérapeutique du Patient par groupes parentaux	28
4.1	Caractéristiques de l'atelier	28
4.1.1	Lieu et date	28
4.1.2	Population cible	28
4.1.3	Intervenants	28
4.2	Objectifs	28
4.2.1	Acquisition et maintien de compétences d'auto-soins.....	29
4.2.2	Mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation	29
4.3	Technique d'animation	30
4.3.1	Premier atelier	30
4.3.2	Second atelier	31
4.4	Contenu des séances	32
4.5	Déroulement de l'atelier	32
4.5.1	Premier atelier	32
4.5.2	Second atelier	34

4.6	Discussion et analyse	36
4.7	Les limites	36
5	Conclusion	37
	Références bibliographiques	38
	Annexes	41
	Annexe 1 : brochure donnée aux parents à l'issue de la première séance (Recto/verso)	41
	Annexe 2 : questionnaire pour l'évaluation initiale et l'évaluation finale du premier atelier	42
	Annexe 3 : questionnaire pour l'évaluation du second atelier	43

1 Introduction

Depuis de nombreuses années, l'indice carieux des enfants âgés de 6 à 12 ans en France a fortement diminué. Cela s'explique par la mise en place de nombreuses politiques de prévention pour favoriser l'accès aux soins, comme par exemple le programme « MT'dents ».

Cependant, des inégalités persistent. Les individus appartenant notamment à des groupes socio-économiques défavorisés sont encore fortement touchés par la maladie carieuse. En effet, on estime qu'actuellement 20% des enfants concentrent encore 80% de la pathologie carieuse (1).

Cette maladie présente de nombreuses conséquences, que ce soit au niveau de l'esthétique, de la phonation, de la déglutition, de la mastication mais aussi au niveau de la santé générale.

Il s'avère alors nécessaire, pour ces populations, de trouver des solutions alternatives pour leur prise en charge. Ainsi, en 2007 l'Action bucco-dentaire a été instaurée dans les locaux du Centre d'Examen de Santé (CES) de Roubaix, en partenariat avec la Ville de Roubaix, le Centre Hospitalier de Roubaix, la CPAM Roubaix - Tourcoing, l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Faculté de chirurgie dentaire de Lille et le Service d'odontologie du CHRU de Lille.

Dans le domaine de la santé, une approche éducative se développe de plus en plus dans le domaine des maladies chroniques : l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), mise en place initialement pour la prise en charge des patients diabétiques. Cela pourrait constituer une solution alternative intéressante pour la prise en charge de la pathologie carieuse, en postulant que celle-ci revêt un caractère chronique pour les populations défavorisées (2).

Lors de la prise en charge d'enfants au cabinet dentaire, il est important d'associer leurs parents dans la démarche. En effet, selon le modèle de Fisher-Owens (3), il est nécessaire d'inclure l'ensemble des sphères environnementales de l'enfant pour évaluer son risque carieux, y compris la sphère familiale (fratrie et parents). Ainsi, nous avons décidé d'aller à la rencontre des parents afin de voir ensemble ce qu'ils avaient réussi à mettre en place depuis le début des soins au CES et de réfléchir ensemble pour trouver des solutions aux problèmes persistant au niveau de la santé bucco-dentaire de leurs enfants.

L'objectif de cette thèse est de mettre en place un atelier d'ETP pour des parents d'enfants polycariés ou présentant une hygiène bucco-dentaire défaillante au sein du Centre d'Examens et de Soins de Roubaix.

Dans un premier temps, nous verrons que la population pédodontique de Roubaix est une population fortement touchée par la maladie carieuse.

Puis nous proposerons l'Education Thérapeutique du Patient comme solution alternative pour la prise en charge de ces patients.

Pour finir, nous axerons notre travail sur l'élaboration et la mise en place d'un atelier d'ETP par groupe parental au centre d'Examens et de soins de Roubaix.

2 La population pédiodontique de Roubaix: une population fortement exposée à la maladie carieuse

2.1 Définition de la maladie carieuse

2.1.1 La maladie carieuse

La carie dentaire est souvent considérée comme étant le « troisième fléau mondial ». C'est en effet l'une des maladies chroniques les plus répandues dans le monde. Ceci est dû au fait qu'elle peut toucher indistinctement n'importe quelle personne, à toute les périodes de la vie.

« La carie est une maladie infectieuse multifactorielle, transmissible et chronique, caractérisée par la destruction localisée des tissus dentaires » (Fejerskov, 2004 ; selwitz et al., 2007)

Elle est due à la production locale d'acides organiques par les bactéries cariogènes de la plaque (*Streptococcus*, *Lactobacillus*, *Actinomyces*) lorsque ces dernières sont en contact avec des sucres fermentescibles. Cette acidité est responsable d'une déminéralisation de l'émail quand le pH passe en dessous de 5,5 puis de la dentine, plus fragile, en dessous de 6,5.

La présence de calcium, de phosphate et de fluor dans la salive permet une reminéralisation de l'émail lorsque le pH remonte dans la bouche grâce au pouvoir tampon de la salive. En permanence et de manière physiologique, alternent des phases de déminéralisation et de reminéralisation de l'émail des dents.

Le développement de la carie provient d'un déséquilibre durable en faveur de la déminéralisation, c'est-à-dire lorsque la production acide est prolongée (temps de contact prolongé et/ou répété entre les bactéries, les sucres et l'émail de la dent) et/ou lorsque le pouvoir tampon de la salive est diminué. Les diverses interventions de prévention ont pour objectif de favoriser le processus de reminéralisation ou de lutter contre les processus de la déminéralisation (4).

Quand elles interviennent précocement chez l'enfant en bas âge et de façon sévère, on parle de carie précoce du jeune enfant (CPJE).

La carie précoce du jeune enfant est une maladie infectieuse d'origine bactérienne, de forme clinique virulente et évolutive, qui touche les nouveaux-nés et les enfants d'âge pré-scolaire (de 6 mois à 6 ans). Elle se caractérise par la présence d'une ou plusieurs lésions carieuses (cavitaires ou non) et/ou par des dents absentes (pour cause de carie) ou obturées chez des enfants âgés de 71 mois ou moins (5). Elle touche principalement les faces vestibulaires des incisives maxillaires et les molaires. Les lésions évoluant très rapidement vers des complications, il est nécessaire d'effectuer une prise en charge précoce (6).

Rappel : Depuis sa conception par KLEIN et PALMER en 1940, l'indice de sévérité de la carie qui établit la somme des dents Cariées, Absentes pour cause de carie ou Obturée (CAO) est universellement utilisé en épidémiologie bucco-dentaire pour mesurer quantitativement la maladie carieuse d'un individu, d'une population entière ou d'un groupe de sujets (7).

L'indice CAO s'applique aussi bien aux dents temporaires qu'aux dents permanentes. En ce qui concerne les dents temporaires, on parle plutôt de l'indice « co » pour ne pas confondre une chute physiologique de la dent avec une dent qui a été extraite pour cause de carie.

C'est un indice qui permet de constater les dommages causés par la carie.

Indice CAO= Nombre de dents CAO/ population examinée

Ce résultat permet de mesurer le niveau d'atteinte carieuse dans une population.

2.1.2 Facteurs étiologiques de la carie de la petite enfance

La maladie carieuse est une maladie multifactorielle. C'est la combinaison de quatre facteurs (sucres fermentescibles, bactéries pathogènes, susceptibilité individuelle et temps) qui conduit à l'apparition de cette pathologie, même si d'autres éléments environnementaux doivent également être pris en compte (8).

- *Le facteur Bactérien* : la transmission des bactéries cariogènes s'effectue après la naissance par contacts salivaires entre l'enfant et les parents (ou les proches). Dès leur apparition en bouche, les premières dents temporaires sont alors progressivement colonisées par des bactéries telles que les *streptocoques mutans* et les *Actinomyces*. Cette transmission se fait de manière verticale (lorsqu'on goûte les aliments ou lors de l'échange de cuillères), ou horizontale (échanges de tétines entre frères et sœurs par exemple) et s'effectue en général entre le 19^{ème} et le 31^{ème} mois ;
- *L'alimentation* : l'apport de sucres en excès, par exemple par la prise de biberons sucrés (jus de fruit, sodas, sirop...), et les grignotages au cours de la journée favorisent l'évolution de la carie. En effet, la fréquence de consommation des sucres, élevée lors des grignotages, est un facteur prédominant dans l'installation de la carie car cela augmente la production d'acides. Le pouvoir tampon de la salive est alors débordé et l'équilibre déminéralisation/reminéralisation rompu ;
- *Le temps* : plus la durée d'interaction entre les facteurs sucres fermentescibles et les bactéries pathogènes sera longue, plus le risque carieux sera augmenté. De même, la fréquence d'ingestion des sucres fermentescibles est primordiale. En effet, lors d'apports sucrés rapprochés en cas de grignotages, le pouvoir tampon de la salive ne peut plus compenser l'acidité créée et les déminéralisations se mettent en place ;

- *La susceptibilité individuelle* : une fragilité amélaire due à une altération des protéines amélaire, ou une consommation au long cours de médicaments sucrés, contenant du saccharose, augmente le risque de carie. De même, la xérostomie iatrogène peut être à l'origine de caries souvent multiples, précoces et rapidement évolutives. Celle-ci peut être causée par des médicaments tels que les psychotropes, les antihistaminiques, les antiarythmiques, les sympatomimétiques ;
- *Les groupes à risques* : malgré une diminution de la prévalence de la carie dentaire en France, près de 20% des enfants cumulent 80% de la pathologie carieuse. Ces enfants appartiennent à des groupes à risques qui n'ont pas toujours connaissance de l'importance de la santé bucco-dentaire pour la santé générale (1).

Dans les catégories sociales défavorisées, on observe souvent des habitudes d'hygiène inadaptées, accompagnées d'autres facteurs de risque tels que le statut économique, les facteurs éthiques, culturels, la malnutrition, l'immigration, ce qui aggrave les facteurs habituels de risque carieux (9). De même, dans ces milieux, la hiérarchie des priorités est différente, la santé étant fréquemment placée derrière l'emploi ou le logement. Ainsi les enfants se brossent moins régulièrement les dents. Le recours aux soins est également différent, se faisant principalement en situation d'urgence, avec des soins plus curatifs que préventifs.

La structure familiale et la composition de la fratrie ont, elles aussi, un fort impact. En effet, une enquête menée en 2006 à Clermont-Ferrand a révélé que *l'indice cao* est plus important quand la mère est sans emploi ou avec un faible niveau d'étude ($1,39 \pm 2,65$), de même lorsque l'un des deux parents est immigré ($1,4 \pm 2,78$) (1). Une deuxième étude réalisée en 2009 à Clermont-Ferrand a montré que lorsque la fratrie est composée de plus de 4 enfants *l'indice cao* est significativement plus important ($3,42 \pm 4,16$) (1).

Le Modèle de Fisher-Owens, créé en 2011, propose une approche biopsychosociale du processus carieux et constitue la modélisation actuellement retenue pour représenter le processus carieux.

Il permet de mettre en évidence les interactions entre les différents facteurs de risque carieux. En fonction des différents niveaux communautaires, familiaux et individuels, il inclue les cinq domaines déterminants de la santé : l'environnement social, l'environnement physique, les facteurs génétiques et biologiques, les comportements en matière de santé et les soins reçus au niveau dentaire et médical.

Ainsi, il est nécessaire de tenir compte de l'ensemble des sphères environnementales de l'enfant pour évaluer le risque carieux (figure 1).

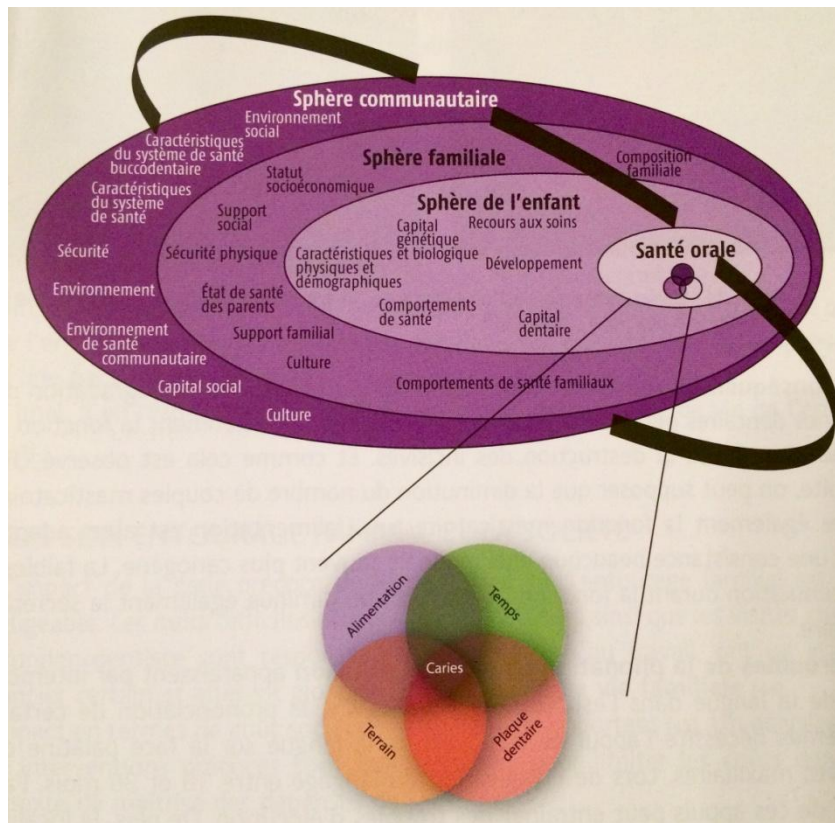


Figure 1 : Modèle de Fisher-Owens (3).

2.1.3 Les répercussions de la maladie carieuse

Chez l'enfant, la maladie carieuse présente de nombreuses répercussions, à différents niveaux. En effet, plusieurs fonctions sont affectées.

2.1.3.1 Au niveau esthétique

L'avulsion prématurée de dents ou la présence de dents cariées en bouche constituent un véritable préjudice esthétique pour le patient, ce qui peut être source de moqueries et de réflexions négatives entraînant une diminution de l'estime de soi et un repli sur soi-même. Cela est d'autant plus vrai dans notre société actuelle de consommation où les standards de l'esthétique, renvoyés par l'image des stars et de la publicité, sont primordiaux (10). De plus, dans la vie scolaire, les enfants peuvent être très durs entre eux et ne se font pas de cadeau.

2.1.3.2 Au niveau déglutition, mastication et phonation

La maladie carieuse peut altérer les fonctions de déglutition, mastication et phonation en raison des délabrements dentaires et des douleurs provoquées par les caries.

A cause des difficultés pour s'alimenter, on peut observer un déséquilibre alimentaire, des carences au niveau nutritionnel et une diminution de l'indice de masse corporelle qui peuvent être à l'origine de troubles de la croissance.

De plus, la perte de dimension verticale d'occlusion lors d'extractions prématurées des dents ou de délabrements dentaires importants engendre des perturbations de la croissance faciale.

Enfin, des malpositions linguales en raison d'extractions prématurées peuvent entraîner des troubles de la phonation qui nécessitent par la suite des mois voire des années d'orthophonie.

2.1.3.3 Au niveau focal

La carie dentaire peut entraîner des infections locales et locorégionales : cellulites maxillaires, ostéite, abcès sous-périostés et sous muqueux (11).

La bouche étant une porte d'entrée de nombreux micro-organismes, la maladie carieuse peut aussi être à l'origine d'infections focales comme des endocardites bactériennes. La carie dentaire, associée à des maladies systémiques, peut alors entraîner des co-morbidités.

Enfin, lors d'atteinte des dents lactéales, elle peut provoquer une fragilisation de la denture permanente. Une infection au niveau d'une dent lactéale peut en effet altérer le germe de la dent définitive sous-jacente. On considère que la carie précoce du jeune enfant constitue un facteur prédictif majeur de caries sur dents permanentes (12).

2.1.3.4 Au niveau individuel et social

Comme nous l'avons vu précédemment, les enfants peuvent être durs entre eux et la présence de nombreuses caries peut perturber l'intégration scolaire. Les douleurs peuvent causer des troubles du sommeil, entraînant une diminution des performances scolaires et un absentéisme de l'enfant à l'école mais également de ses parents sur leur lieu de travail afin de s'occuper de leur enfant, induisant potentiellement une baisse de salaire (13).

On observe donc une réelle altération de la qualité de vie de l'enfant mais également de son entourage (14) (15).

Enfin, il est à noter que la prise en charge de la maladie carieuse représente un coût non négligeable pour la société.

C'est pourquoi il s'avère nécessaire de privilégier les actions de dépistage et de prévention afin de maîtriser les dépenses en matière de santé (16).

2.1.4 La maladie carieuse, une pathologie chronique ?

2.1.4.1 Définition d'une maladie chronique

Selon l'OMS, une maladie chronique est « *un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies* ».

Les maladies chroniques sont définies par leur caractère évolutif, une ancienneté de plusieurs mois et un retentissement sur la vie quotidienne (fonctionnel, social, dépendance vis-à-vis d'un médicament ou d'une technologie, besoin de soins médicaux ou paramédicaux...).

Elles entraînent un bouleversement de la vie sociale, professionnelle, affective et familiale du patient.

Le patient doit apprendre à vivre au mieux avec sa maladie chronique, il doit savoir contrôler son évolution et gérer les limites qu'elle lui impose dans la vie de tous les jours au niveau social, affectif et professionnel (17).

2.1.4.2 La maladie carieuse, une pathologie chronique ?

Comme nous l'avons vu précédemment, la pathologie carieuse a des répercussions sur la santé générale, sur la qualité de vie du patient et c'est un facteur prédictif majeur de caries à l'âge adulte lorsqu'elle affecte la denture lactéale.

D'une part, elle présente des conséquences immédiates comme le préjudice esthétique, les infections, les douleurs, les problèmes d'alimentation et de sommeil. Mais elle possède également un caractère évolutif sur le long terme car elle peut engendrer des perturbations des fonctions orales, des troubles de la croissance, des troubles psychologiques et, associée à des maladies systémiques, des comorbidités. Chez les populations précaires, où la prévalence de la carie précoce du jeune enfant est la plus importante, le recours aux soins se fait tardivement et quand la situation est souvent avancée. Dans ce sens, la pathologie carieuse s'inscrit dans la durée (18)(19).

La maladie carieuse a donc une réelle influence sur la qualité de vie de l'enfant mais aussi celle de son entourage familial et elle présente un coût non-négligeable pour la société.

L'enfant atteint de CPJE doit apprendre à vivre avec sa pathologie, à continuer à jouer, rire, apprendre à l'école, etc. Les parents, eux, ont pour rôle de rétablir une bonne hygiène bucco-dentaire et alimentaire et apprendre à gérer l'évolution de la maladie carieuse de leur enfant.

Il est donc important de réaliser une prise en charge avec un suivi personnalisé du patient.

Ainsi, de par toutes ces caractéristiques, la pathologie carieuse, et plus particulièrement la carie précoce du jeune enfant, correspond à la définition de « *maladie évolutive, ayant une ancienneté de plusieurs mois, un retentissement sur la vie quotidienne et qui nécessite une prise en charge sur une longue période* ». Il devient alors légitime de la considérer comme étant une maladie chronique (2)(19).

Cette maladie a d'ailleurs été reconnue par certains auteurs comme étant la plus courante des maladies chroniques de l'enfant.

2.2 Les facteurs d'exposition de l'enfant à Roubaix

2.2.1 La région des Hauts de France et la ville de Roubaix

Le nouvel ensemble territorial des Hauts de France se compose du Nord-Pas-de-Calais et de la Picardie. Avec une population de près de 5,973 millions d'habitants, il représente le troisième espace le plus peuplé de France, derrière l'Île-de-France (11,898 millions) et l'ensemble constitué par l'Auvergne et Rhône-Alpes (7,695 millions), ce qui représente 9,4 % de la population de France métropolitaine en 2012 (20)(21).

Au 1er janvier 2015, la France recensait plus de 40000 chirurgiens dentistes actifs. La région des Hauts de France présente l'une des plus faibles densités de praticiens avec 47 dentistes pour 100 000 habitants, contre 63 praticiens pour 100 000 habitants au niveau national (22).

Roubaix est une ville du département du Nord et appartient à la Métropole Urbaine de Lille. Dans les années 1970, Roubaix est touché par une crise industrielle textile et l'on assiste à la fermeture de nombreuses usines dès 1975, entraînant un fort taux de chômage. En effet, Roubaix recense environ 95000 habitants avec un taux de chômage des 15 à 64 ans de 30,9% contre 10,9% dans la population nationale. Avec un taux de pauvreté en 2012 de 42% contre 13,9% dans la population nationale, la ville est considérée par certaines études comme étant l'une des plus pauvres de France (23).

2.2.2 Etat bucco-dentaire

Selon une étude réalisée en 2013 par le docteur Héloïse Beck au Centre d'Examens de Santé de Roubaix, *l'indice co* à l'âge de 6 ans en 2012 est de 4,09 pour la population pédiodontique de Roubaix contre 1,1 au niveau national. A 9 ans, elle est de 1,62 à Roubaix contre 1,27 en France.

On constate donc que la population roubaisienne entre 6 et 9 ans présente un état de santé bucco-dentaire bien plus inquiétant que la moyenne nationale.

La même étude a révélé, en comparant les *indices coCO*, qu'au niveau national plus de 33% des enfants de 6 ans a au moins une lésion carieuse ou une obturation en bouche et que 54% des enfants de 9 ans ont également au moins une dent atteinte. Pour la population de Roubaix, cela représente respectivement 73% et 85%.

La population pédiodontique de Roubaix est donc fortement touchée par la maladie carieuse et nécessite beaucoup plus de soins que la population générale française.

Dans ces populations à risque, la santé n'est pas la priorité principale des familles, celles-ci se préoccupant d'avantage du travail ou du logement. Les consultations se font très souvent lors de situations d'urgence, en cas de douleurs. La maladie carieuse est alors installée depuis un bon moment, la douleur étant un symptôme de la maladie. Cela inscrit la pathologie carieuse dans la durée.

La prise en charge de la maladie carieuse doit donc être faite sous l'angle des maladies chroniques. Il est important d'apprendre au patient à vivre avec sa maladie et de l'amener à modifier ses habitudes de vie afin qu'il puisse acquérir de nouvelles compétences.

Il devient alors légitime d'intégrer l'éducation thérapeutique dans le parcours de soin de ces patients comme moyen d'en limiter le développement.

Comme nous l'avons vu précédemment, la maladie carieuse est une maladie multifactorielle, due à de nombreux facteurs de risque. Nous pourrions évaluer l'exposition d'un individu face à la maladie carieuse en déterminant son Risque Carieux Individuel (RCI).

2.2.3 Risque carieux individuel

Le RCI est l'évaluation du risque carieux du patient faite par le chirurgien dentiste, de préférence lors de la première consultation. Il est déterminé à partir de facteurs de risque individuels tels que l'absence de brossage quotidien des dents avec du dentifrice fluoré, des grignotages sucrés fréquents entre les repas, la présence de caries ; et des facteurs de risque collectifs tels qu'un faible niveau socio-économique et/ou d'éducation de la famille, un mauvais état bucco-dentaire des parents ou de la fratrie, ou encore des antécédents de caries.

Ce risque carieux évolue, il varie en fonction de l'âge et au cours de la vie, on pourra par exemple noter une augmentation du RCI lorsque les jeunes patients sont en cours de traitement orthodontique ou en période d'adolescence, période durant laquelle le brossage des dents est souvent plus négligé.

On distinguera deux catégories de RCI : élevé ou faible.

En cas de RCI élevé, les méthodes de prévention seront primordiales, comme par exemple le scellement préventif des sillons dentaires et l'application de vernis fluorés (24). Il faudra également réapprendre au patient les règles d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, telles que le brossage au minimum bi-quotidien des dents avec un dentifrice fluoré ayant une teneur en fluor adaptée à l'âge ou l'arrêt des grignotages entre les repas.

Le RCI n'étant pas fixe, il doit être réévalué régulièrement par le praticien, au minimum 1 fois par an pour un patient à RCI faible et 2 fois par an en cas de RCI élevé (25).

La population pédodontique de Roubaix, comme nous l'avons vu précédemment, présente un niveau socio-économique faible, les patients vus en consultation ont très souvent de nombreuses caries en bouche et les grignotages sont fréquents. Nous pouvons donc classer cette population dans la catégorie élevée de RCI. La mise en place de politiques de prévention à Roubaix, notamment par la création de l'Action Bucco-dentaire, se justifie donc comme nous allons le voir maintenant.

Cependant, pour ces groupes définis « à risque » pour lesquels la carie précoce du jeune enfant persiste en dépit de larges campagnes de prévention, il s'avère nécessaire de développer également d'autres solutions alternatives (26).

3 Une solution : l'Action Bucco-Dentaire et l'Education Thérapeutique du Patient

Depuis 2000, de nombreuses politiques de prévention ont été mises en place afin de favoriser l'accès aux soins. La promotion de la santé a une place grandissante en santé et a été reconnue pour la première fois par la Charte d'Ottawa en 1986. C'est un « *processus qui confère aux personnes et aux communautés la capacité d'améliorer leur santé et d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé* » (27). C'est dans ce cadre que s'est développée l'Education thérapeutique du patient, qui a été reconnue et intégrée dans le parcours de soins par la loi du 21 juillet 2009, dite loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST).

3.1 Prévention et Promotion de Santé (Loi HPST)

La loi **portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires** a été promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au Journal officiel du 22 juillet 2009.

Elle affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé.

Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences Régionales de Santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Concernant l'hôpital, elle a pour but de renforcer le rôle du chef d'établissement, de créer des « communautés hospitalières de territoires » et d'améliorer la répartition des médecins sur le territoire.

Au niveau de la politique de santé publique et de prévention, la loi envisage l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs et elle prévoit la mise en place de dispositifs pour développer l'Education Thérapeutique du Patient.

Elle permet donc de donner un cadre législatif à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (28).

3.2 L'Action bucco-dentaire pour les enfants de Roubaix dans le Centre d'Examens de Santé

Depuis 2001, il a été mis en évidence que les populations défavorisées de la région sont particulièrement touchées par les problèmes dentaires, du fait de l'absence de

dépistage et d'information sanitaire à un âge décisif de l'évolution de la dentition (la carie dentaire concerne environ 60% des jeunes de 6 à 15 ans).

Ainsi, dès 1996, la ville de Roubaix a mené des actions de prévention bucco-dentaire afin de sensibiliser le plus grand nombre de parents à l'importance de la santé bucco-dentaire de leurs enfants.

Ces actions ont été menées auprès des structures suivantes :

- des actions de dépistage organisées : mise en place d'animation bucco-dentaires et de sensibilisation au brossage dentaire auprès des classes de petites sections de maternelle et des crèches de la ville de Roubaix avec le concours des Docteurs F. Bouras et M. Ternois;
- des interventions de terrain pluridisciplinaires: le mauvais état bucco-dentaire des jeunes roubaisiens et les difficultés liées aux conditions économiques des familles étaient des enjeux de santé publique majeurs pour lesquels il fallait trouver des solutions. L'idée d'un parcours de prise en charge coordonnée des enfants pour les soins dentaires est née de la motivation de D. Lefebvre, directeur de la santé de la ville de Roubaix, de MM. Rousset, PU-PH en odontologie pédiatrique à Lille, et de l'écoute favorable qu'ils ont trouvée auprès de la mairie. C'est dans le Centre d'Examens de Santé qu'a été instaurée en 2007 l'Action bucco-dentaire, sous la responsabilité d'un MCU-PH, le Docteur L. Nawrocki, avec un partenariat entre la Ville de Roubaix, le Centre Hospitalier de Roubaix, la CPAM Roubaix - Tourcoing, la Faculté de chirurgie dentaire de Lille et le Service d'odontologie du CHRU de Lille. Ce centre comporte 2 fauteuils dentaires et fonctionne les mardi soir et mercredi après-midi, 40 semaines par an. Il permet de prendre en charge les enfants âgés de 4 à 15 ans (29).

Les premiers dépistages réalisés à l'âge de 4 ans et le nombre d'anomalies constatées montrent bien l'importance d'une prévention primaire (actions de sensibilisation et d'apprentissage), secondaire (dépistage) et aussi d'une prévention tertiaire (amener les enfants à être soignés) pour les inciter à rejoindre les dispositifs de soins communs existants (chirurgiens-dentistes de ville).

L'action a aussi pour vocation à modifier les mentalités du côté des familles et des acteurs du monde de la santé, du monde éducatif et du monde social pour :

- passer de la dentisterie réparatrice à la dentisterie préventive et à la prophylaxie ;
- amener dans les cabinets dentaires les familles qui ne n'y rendent jamais (en ce sens les objectifs de ce projet rejoignent ceux des Centres d'Examens de Santé) ;
- habituer les habitants à aller chez le chirurgien-dentiste régulièrement, c'est-à-dire en dehors de besoins de soins pour une surveillance ;
- identifier très tôt les enfants à risque en mettant en évidence leurs déterminants de santé.



Figure 2 : le Centre d'Examens de Santé de Roubaix

3.3 L'Education thérapeutique du patient sous toutes ses formes

3.3.1 Définition et cadre législatif

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP) a été introduit par l'article 84 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire du 21 Juillet 2009.

Selon l'OMS, « *l'Education Thérapeutique du Patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur famille) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie* » (30).

3.3.2 Intervenants concernés par l'ETP

Pour un soignant, pratiquer l'éducation thérapeutique c'est adopter une manière de travailler qui favorise l'implication du patient dans les décisions et les actions

relatives à sa santé, le patient doit devenir acteur de sa propre santé. La mise en place de séances d'ETP s'effectue en équipe multi-professionnelle.

Ils doivent avoir acquis des compétences en ETP au cours de leur formation initiale et continue ou à travers une expérience reconnue par une validation des acquis (31).

D'autres professionnels peuvent intervenir dans la démarche d'ETP afin de proposer une aide aux difficultés rencontrées par le patient, son entourage ou par les professionnels de santé. Il peut par exemple s'agir de diététiciens afin d'aider à rétablir une hygiène alimentaire compatible avec la santé bucco-dentaire, ou de psychologues (31).

3.3.3 Populations bénéficiaires de l'ETP

3.3.3.1 Les patients

Un programme d'ETP peut être proposé à toute personne (enfant ou adulte) ayant une maladie chronique, quels que soient son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. Si le patient accepte de participer à un programme d'ETP, il est nécessaire d'adapter ce dernier aux attentes et aux besoins du patient (32). En effet, cela a pour but de le rendre acteur de sa santé et de l'aider à mieux vivre au quotidien avec sa maladie chronique.

3.3.3.2 L'entourage du patient

Les proches du patients (parents d'enfants ayant une maladie chronique, conjoint ou compagnon, frères et sœurs, enfants de patient malade, etc) peuvent être intégrés à la démarche d'ETP s'ils le désirent (32). Dans le cadre de la mise en place d'ateliers d'ETP en odontologie pédiatrique, l'implication de l'entourage familial de l'enfant, en particulier des parents, a une grande importance. En effet, ces derniers auront pour rôle de rétablir une bonne hygiène alimentaire et bucco-dentaire auprès de leurs enfants, et de leur expliquer l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire.

3.3.4 Elaboration d'un programme d'ETP

Il y a 4 grandes étapes pour mettre en place un programme d'Education Thérapeutique. Premièrement, il faut élaborer un diagnostic éducatif. Pour cela, il faut questionner le patient, connaître ses besoins, ses interrogations et son environnement social. Puis, il faut formuler avec le patient les compétences à acquérir en fonction de son projet et de la stratégie thérapeutique afin de définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage. Une fois fixés, les séances d'ETP peuvent se mettre en place. Enfin, à la fin des séances, il est nécessaire de réaliser une évaluation des compétences acquises.

En éducation thérapeutique, évaluer c'est : collecter des informations pertinentes, fiables, valides, les analyser et les comparer à des éléments de référence ou normes. Ces normes peuvent être objectives ou subjectives, internes ou externes à l'éducation thérapeutique en vue de prendre des décisions d'ordre thérapeutique,

éducatif, organisationnel, stratégique ou politique.

L'évaluation ne doit pas être utilisée comme une sanction médicale, éducative, institutionnelle ou sociale, ni être l'expression de toute autre forme de rapport excluant le patient de la situation d'évaluation.

3.3.5 Finalités de l'ETP

Les finalités spécifiques de l'ETP sont la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation et l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins (25).

Le patient devra acquérir des compétences d'auto-observation. Il doit reconnaître les symptômes de sa maladie et apprendre à écouter son corps, à être auto-vigilant sur son état de santé, afin de prévenir d'éventuels changements pathologiques. Il s'agira dans le cadre de la pathologie carieuse, de surveiller régulièrement ses dents afin de détecter d'éventuelles tâches blanches de déminéralisation, caries, gingivites, abcès, ou encore d'aller consulter chez le chirurgien-dentiste dès l'apparition de douleurs dentaires.

Il devra également assimiler des compétences de raisonnement et de décision. Il est important pour le patient de comprendre le processus carieux, le rôle de l'alimentation et de l'hygiène bucco-dentaire dans ce processus afin de modifier des comportements à risque.

Puis il y a les compétences sociales. En effet, le patient doit être capable de communiquer, d'expliquer à son entourage les symptômes, les conséquences et les traitements de sa maladie.

Toutes ces compétences seront réévaluées régulièrement, à la fois par le patient, mais aussi par les soignants. Elles permettront au patient de savoir porter un jugement objectif sur sa santé. Toutes ces compétences se mettront en place progressivement. Elles nécessiteront du temps et un suivi régulier de programmes d'éducation spécifiques.

Dans le secteur de l'odontologie pédiatrique, les parents sont aussi acteurs, dans des proportions plus ou moins importantes. En effet, ce sont eux qui transmettent les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaires à leurs enfants. Cela dépend de l'âge de l'enfant, de sa motivation, de sa maturité et de ses conditions de vie. L'ETP doit donc prendre en compte l'entourage familial pour être efficace.

4 Mise en place d'ateliers d'Education Thérapeutique du Patient par groupes parentaux

4.1 Caractéristiques de l'atelier

4.1.1 Lieu et date

Le premier atelier mis en place fut collectif et a été organisé le mercredi 29 mars 2017 à 14 heures 15. Il s'agissait d'une séance d'une heure, au Centre d'Examens de Santé situé au 15 rue de Maufaix à Roubaix, et réalisée avec les parents des enfants ciblés. Le second atelier s'est déroulé le mercredi 19 avril à 14 heures 30 en présence des enfants accompagnés de leurs parents.

4.1.2 Population cible

Pour la mise en place de notre atelier d'Éducation Thérapeutique nous avons ciblé, parmi la population soignée dans le cadre de l'action bucco-dentaire du CES de Roubaix (âgée de 4 à 15 ans), des familles d'enfants de 6 à 12 ans. Les enfants devaient au minimum avoir bénéficié d'un soin en bouche, avoir d'autres dents à traiter ou présenter une hygiène bucco-dentaire défailante. Idéalement, nous recherchions des familles avec plusieurs enfants, ceci n'étant pas un critère exclusif. Nous rappelons que pour la première séance, il s'agissait d'une séance organisée uniquement avec les parents et que, pour la seconde séance, nous avions convié les enfants accompagnés de leurs parents.

4.1.3 Intervenants

L'équipe éducative était formée du docteur Matthieu Ternois, chirurgien-dentiste formé à l'ETP, de Mme Blandine Louvieux, infirmière formée à l'ETP et de moi-même, équipe donc pluridisciplinaire. Nous avons proposé à une diététicienne de rejoindre notre action et d'y apporter son point de vue et ses connaissances, mais son emploi du temps n'a pas pu être compatible avec notre projet.

4.2 Objectifs

L'ETP participe à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie du patient et de ses proches.

Les finalités spécifiques de l'ETP sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins et de compétences d'adaptation.

4.2.1 Acquisition et maintien de compétences d'auto-soins

Les auto-soins représentent des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé.

Dans le cadre de la pathologie carieuse, il s'agira d'une part de comprendre le processus carieux ainsi que le rôle de l'alimentation et de l'hygiène bucco-dentaire dans ce processus. Il faudra rétablir une bonne hygiène bucco-dentaire qui consiste en un brossage au moins biquotidien pendant deux minutes minimum. Mais aussi instaurer un équilibre alimentaire compatible avec une bonne santé bucco-dentaire : eau pure à table, éviter les grignotages dans la journée, faire des repas équilibrés, etc. L'idéal étant d'étendre ces compétences à l'ensemble de la famille.

Le patient (et/ou ses parents) doit apprendre à réaliser une auto-surveillance de ses dents afin de repérer d'éventuels problèmes dentaires : tâches blanches de déminéralisation, dent cariée, cassée, abcès, mais aussi gingivites, plaque dentaire, mauvaise haleine ...

Enfin, l'importance de visites régulières chez le chirurgien-dentiste doit être comprise. Le patient ne doit pas attendre l'apparition de douleurs et, le cas échéant, il doit consulter le plus rapidement possible afin d'éviter des complications (31)(33).

4.2.2 Mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation

L'ETP s'appuie sur le vécu et l'expérience antérieure du patient, et prend en compte ses compétences d'adaptation (existantes, à mobiliser ou à acquérir). Selon l'OMS, les compétences d'adaptation sont « *des compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à des individus de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci* »(32).

Elles consistent notamment à :

- maîtriser son stress : celui de l'enfant mais également celui du parent qui peut influencer celui de l'enfant ;
- gérer son anxiété envers le chirurgien-dentiste ;
- apprendre pour l'enfant à communiquer à son entourage ses éventuels problèmes dentaires.

Les compétences d'adaptation reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient. Elles permettent de soutenir l'acquisition des compétences d'auto-soins.

L'acquisition de ces compétences tout comme leur maintien sont fondés sur les besoins propres du patient. Elles se développent au cours du temps grâce à l'ETP. Elles doivent être progressives et tenir compte de l'expérience de la maladie ainsi que de sa gestion par le patient.

4.3 Technique d'animation

4.3.1 Premier atelier

Pour la réalisation du premier atelier, nous avons dans un premier temps réalisé une évaluation initiale à l'aide d'un tableau regroupant plusieurs questions classées selon 3 catégories : habitudes alimentaires, habitudes d'hygiène, impact sur le quotidien (cf. annexe 2). Celle-ci s'est déroulée sous forme d'un vote à main levée. Nous avons prévu de le réaliser à l'aide d'un code couleur (carton vert = « oui »; carton rouge = « non ») mais, en raison du nombre de participants, nous avons demandé aux parents de répondre par « oui » ou « non » afin de favoriser le dialogue. Pour cette évaluation initiale, nous proposons aux parents de répondre aux différentes questions selon ce que leurs enfants auraient répondu.

Dans un deuxième temps, nous avons décidé d'utiliser une méthode de photolangage, aidés d'images pré-imprimées, afin que chacun puisse s'exprimer. Nous désirions vraiment mettre en place un échange entre l'ensemble des participants, sous forme d'une table ronde. Nous avons rassuré les parents sur l'absence de jugement porté sur eux afin de favoriser les interactions et éviter les inhibitions dans le groupe.

Nous regroupons ensuite les idées par catégories sur un tableau afin d'en discuter ensemble.

Enfin, nous terminons la séance avec une évaluation finale, à l'aide du même tableau que lors de l'évaluation initiale, et sur une discussion ouverte sur les apports de la séance. Nous leur avons remis une brochure informative afin de transmettre les informations à la maison (mise en annexe n°1).



Figure 3 : matériel utilisé au cours des ateliers

Le premier outil d'ETP en odontologie pédiatrique a été créé par le Professeur Rousset pour son mémoire de certification. Depuis, il a été amendé par elle avec la collaboration des Docteurs Ternois et Trentesaux, baptisé « le Parcours d'Elmy® » et réalisé par le département professionnel du laboratoire Colgate-Gaba. Comme tous les outils d'ETP, il est destiné à évoluer et dans ce but, a été offert à toutes les sections d'odontologie pédiatrique au niveau national qui lui apporteront d'autres améliorations au fil de son utilisation. Un jeu-outil est une façon très ludique de rassembler parents et enfants : nous proposons donc aux parents une deuxième rencontre avec l'équipe animatrice qui réunira parents et enfants autour du « Parcours d'Elmy® ». Réalisée le mercredi 19 Avril à 14h30, elle a pour but d'évaluer les informations transmises par les parents à leurs enfants depuis le premier atelier.

4.3.2 Second atelier

Le second atelier mis en place s'est donc organisé autour du Parcours d'Elmy®. Nous avons convié les enfants ciblés, accompagnés de leurs parents, afin de réaliser ensemble le jeu.

Au cours de cette séance, Nous avons réalisé un questionnaire à l'oral afin d'évaluer les compétences initiales des participants (cf. annexe 3). Puis, nous avons composé des équipes de deux personnes afin de réaliser le Parcours d'Elmy®. Enfin, nous avons terminé la séance par l'évaluation finale à l'aide du même questionnaire que pour l'évaluation initiale, afin d'apprécier l'acquisition des compétences.



Figure 4 : Les participants du deuxième atelier

4.4 Contenu des séances

Les messages à transmettre aux parents et aux enfants présents au cours des ateliers reprennent les objectifs éducatifs fixés ainsi que les questions et attentes des parents :

- il faut me brosser les dents deux fois par jour après les repas ;
- le soir, il ne faut pas manger ou boire des boissons sucrées après m'être brossé les dents ;
- le brossage doit être contrôlé par les parents ou par les grands parents ;
- il ne faut pas grignoter entre les repas ;
- je surveille mes dents tous les jours ;
- je dois aller voir mon chirurgien-dentiste tous les six mois et dès que je remarque un problème au niveau de mes dents ;
- une bonne santé bucco-dentaire aide à mieux dormir et à mieux réussir à l'école.

4.5 Déroulement de l'atelier

4.5.1 Premier atelier

L'atelier a duré environ 120 minutes.

Dans un premier temps, nous avons réalisé un tour de table afin que chacun d'entre nous puisse se présenter. Nous avons rappelé aux parents les objectifs de la séance en précisant bien l'absence de tout jugement porté durant la séance (20 minutes).

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé l'évaluation initiale (cf. annexe n°2). Nous avons demandé aux parents de répondre selon ce que leurs enfants auraient répondu. Cela nous a permis de déterminer les méconnaissances et les attentes des parents (30 minutes).

Ensuite, nous avons discuté tous ensemble. Il s'agissait pour les parents d'exprimer ce qui s'est amélioré et/ou ce qui reste encore difficile à mettre en place pour la santé bucco-dentaire de leurs enfants. Cela nous a permis de partager voire de trouver ensemble des solutions et des avancées pour l'ensemble du groupe. Nous avons regroupé l'ensemble de ces idées sur le tableau, aidés des images pré-imprimées (40 minutes).



Figure 5 : Tableau rempli avec les images pré-imprimées

Enfin, nous avons réalisé l'évaluation finale en utilisant le même questionnaire que lors de l'évaluation initiale (10 minutes). Cette évaluation nous permet de tester les connaissances des parents et ainsi de voir leur évolution par rapport à leurs connaissances initiales. Cela a pour but de mettre en évidence les informations qui ont correctement été intégrées par les parents et celles qui l'ont moins été, afin d'améliorer les séances ultérieures.

En fin de séance, nous proposons aux parents de participer, avec leurs enfants, à un deuxième atelier. Celui-ci a pour but d'évaluer les compétences acquises et transmises par les parents à leurs enfants. Nous fixons une date ensemble et nous leur remettons une brochure afin de renforcer l'acquisition des connaissances et de les transmettre au reste de la famille (cf. annexe n°1).



Figure 6 : Les participants du premier atelier accompagnés du Dr Ternois et de Mme Louvieux

4.5.2 Second atelier

Ce second atelier a duré environ une heure. Cinq enfants étaient présents, de 3 familles différentes. Il y avait 2 enfants de 13 ans, un enfant de 11 ans, un enfant de 10 ans et un enfant de 6 ans accompagné de son père.

Nous avons débuté la séance par un tour de table afin que chacun puisse se présenter. Cela a duré 5 minutes.

Puis nous avons réalisé l'évaluation initiale à l'aide du questionnaire (cf. annexe n°3). Nous avons demandé aux enfants de lever la main pour répondre « oui » ou de la laisser sur la table en cas de réponse négative (20 minutes).

Ensuite, nous avons constitué les binômes afin de réaliser le jeu. Nous avons volontairement séparé et mixé les fratries afin de favoriser les échanges. Nous avons pu réaliser deux fois le Parcours d'Elmy® ce qui nous a permis de revenir sur certains points et de renforcer les informations acquises au premier tour (25 minutes).

L'évaluation finale, réalisée avec le même questionnaire qu'initialement, nous a permis d'apprécier les compétences acquises au cours de la séance par les participants (20 minutes).



Figure 7: les participants et le Docteur Ternois autour du Parcours d'Elmy®



Figure 8 : Les participants révisent les méthodes de brossage à l'aide du modèle de bouche Gaba-Colgate

4.6 Discussion et analyse

Ces deux séances ont permis de revoir ensemble les différentes méthodes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire. Lors du premier atelier, l'un des parents présents consommait énormément de café sucré et ce tout au long de la journée. Cela nous a permis de rebondir sur l'importance de ne pas manger d'aliments ou de boissons sucrées après s'être brossé les dents, et d'autant plus avant d'aller dormir. Nous avons également pu conseiller de boire un verre d'eau après consommation alimentaire afin de réaliser un rinçage de la bouche.

Une des mamans allaitait sa fille durant la séance et lui a fait boire de l'eau dans sa gourde. Nous avons ainsi pu rappeler qu'il fallait nettoyer les dents des enfants dès leur apparition (à l'aide d'une compresse humide puis d'une brosse à dent) et qu'il ne fallait pas goûter les aliments des enfants pour ne pas leur transmettre nos bactéries buccales (contre lesquelles ils ne peuvent pas se défendre). Nous avons pu lui conseiller par exemple d'utiliser deux cuillères, une pour elle et une pour l'enfant.

Cette même maman avait ramené des gâteaux faits maison ce qui, en plus d'instaurer une ambiance conviviale, nous a permis de mentionner que l'on peut consommer de temps en temps des aliments moins carioprotecteurs, à condition que cela reste occasionnel et associé à un bon brossage des dents.

Au niveau de l'organisation, la première séance devait durer une heure mais s'est étendue à deux heures. Cela s'explique par le fait qu'il y avait peu de parents présents mais qu'ils étaient vraiment motivés et qu'ils posaient beaucoup de questions, permettant une réelle interaction dans le groupe. De plus, il est plus facile de fixer et d'imposer des temps d'expression à un grand groupe qu'en petit comité.

D'autre part, nous avons décidé de ne pas porter de blouse blanche afin de les mettre en confiance et de limiter les freins à la discussion. Les parents ne se sentant pas jugés sur leurs propos, ils étaient plus enclins à échanger, ce qui explique le prolongement de la séance.

A contrario, pour la deuxième séance avec les enfants, le Docteur Ternois avait mis une blouse blanche afin de conserver une certaine autorité car, même s'il s'agissait en apparence d'un jeu, les enfants devaient garder à l'esprit qu'ils étaient aussi présents pour apprendre.

4.7 Les limites

Différentes limites se sont révélées pour la mise en place de nos séances. Tout d'abord, le fait d'avoir réalisé une séance sans enfants et un mercredi après-midi a consisté un frein pour certains parents en raison des difficultés pour faire garder leurs enfants. En effet, plusieurs parents avaient validé leur venue la veille mais ne se sont finalement pas déplacés.

En parallèle, la grève des étudiants en chirurgie-dentaire a entraîné un ralentissement du fonctionnement de l'action bucco-dentaire. En effet, les consultations se limitaient alors aux contrôles à 6 mois ainsi qu'aux premières consultations, ce qui a compliqué le recrutement de notre population cible.

5 Conclusion

Malgré une diminution de l'indice carieux en France, la maladie carieuse est considérée comme étant la plus courante des maladies chroniques de l'enfant.

La mise en place de séances d'Education Thérapeutique du Patient dans le cadre de la prise en charge des enfants polycariés devient alors nécessaire et indispensable.

L'utilisation du Parcours d'Elmy® a permis d'apporter un côté ludique à l'atelier, chose indispensable pour pouvoir intéresser les enfants. Cela s'est reflété au cours du jeu quand les différentes équipes étaient prêtes à faire plusieurs fois le parcours afin de gagner le jeu, mais aussi dans une réflexion d'un des enfants présents au deuxième atelier. Celui-ci nous a avoué tout faire pour conserver des dents saines afin de pouvoir aller dans la « salle aux smileys » du CES, qui correspond à la salle où se réalisent les contrôles à six mois.

A l'issue des ateliers, les enfants étaient demandeurs et très motivés pour refaire une séance ultérieure. Ils ont trouvé cela très utile et étaient prêts à véhiculer les informations reçues à leur entourage. Cela amène l'idée de mettre en place au CES de Roubaix des ateliers plus régulièrement. Nous pourrions les réaliser en plusieurs étapes, avec des questions évoluant au fil des séances.

La réalisation de cette thèse m'a également permis de m'initier à une nouvelle méthode de communication avec mes patients. En effet, contrairement à une méthode parfois trop directive qui peut avoir pour effet de le culpabiliser, l'éducation thérapeutique incite le patient à exprimer lui-même les compétences à acquérir ou à maintenir pour améliorer sa santé bucco-dentaire. Ainsi, il pourra les appliquer beaucoup plus naturellement et ce sur le long terme.

La mise en application de l'Education Thérapeutique au cours de mon exercice libéral me semble donc indispensable. Il est nécessaire de discuter avec les patients, « d'entrer dans leur sphère » afin d'identifier des leviers sur lesquels s'appuyer. Cela doit se faire au cours de la première consultation, il faut privilégier le dialogue aux actes au cours de cette séance. Il serait utile de s'appuyer sur des images, des photos ou des illustrations car cela permet une représentation visuelle et incite au dialogue. Ces dernières pourraient aussi être placées dans la salle d'attente.

Pour les enfants fortement touchés par la maladie carieuse ou présentant une hygiène bucco-dentaire défavorable, le côté ludique étant primordial pour apprendre, il me semblerait intéressant de réaliser en parallèle, à raison d'une fois par mois ou tous les deux mois, une séance regroupant plusieurs enfants afin de réaliser le Parcours d'Elmy®. Cela pourrait se faire avec l'aide d'une assistante dentaire préalablement formée à l'Education Thérapeutique du Patient et éventuellement d'autres professionnels tels que des nutritionnistes ou des psychologues.

Références bibliographiques

1. DROZ D, GUEGUEN R, BRUNCHER R, GERHARD J-L, ROLAND E. Enquête épidémiologique sur la santé buccodentaire d'enfants âgés de 4 ans scolarisés en école maternelle. *Archives de pédiatrie*, 2006. 13:pp.1222-1229.
2. TRENTESAUX T, SANDRIN BERTHON B, STUCKENS C, HAMEL O, HERVE C. La carie dentaire comme maladie chronique, vers une nouvelle approche clinique, *Presse Médicale*, 2011. 40:pp.162-166.
3. FISHER OWENS SA, GANSKY SA, PLATT LJ, WEINTRAUB JA, SOOBADER M-J, BRAMLETT MD, et al. Influences on Children's Oral Health: A Conceptual Model. *Pediatrics*, 1 sept 2007. 14p.
4. Haute Autorité de la Santé. Stratégie de prévention de la carie dentaire - Synthèse et Prévention. Mars 2010. 26p.
5. B. BOUSFIHA, M. MTALSI, N. LAAROUSSI, S. ELARABI. La carie de la petite enfance : Aspects cliniques et répercussions [Internet]. [cité 4 janvier 2017]. Disponible sur: <http://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-carie-de-la-petite-enfance-aspects-cliniques-et-repercussions.html>
6. SERIGNE NDAME DIENG, Carie de la petite enfance : caractéristiques épidémiologiques et perspectives de prévention. [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. Dakar, 2007.
7. KLEIN H, PALMER CE. Study on dental caries. A procedure for recording and statistical processing of dental examination finding, *Journal of Dental Research*. Juin 1940; pp.243-256.
8. DELFOSSE C, TRENTESAUX T. La carie precoc du jeune enfant : du diagnostic a la prise en charge globale. *Editions CdP*. 125 p.
9. AIDA J, ANDO Y, OOSAKA M, NIIMI K, MORITA M. Contributions of social context to inequality in dental caries: a multilevel analysis of Japanese 3-year-old children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1 avril 2008; 36(2): pp. 149-156.
10. Jabin Z, Chaudhary S. Association of Child Temperament with Early Childhood Caries. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. décembre 2014. pp. 21-24.
11. BEGZATI A, BERISHA M, MRASORI S, XHEMAJLI-LATIFI B, PROKSHI R, HALITI F, et al. Early Childhood Caries (ECC) - Etiology, Clinical Consequences and Prevention [Internet]. Disponible sur: <https://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/48183.pdf>
12. Lee H-J, Kim J-B, Jin B-H, Paik D-I, Bae K-H. Risk factors for dental caries in childhood: a five-year survival analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. avril 2015; 43(2): pp.163-171.

13. TRENTESAUX T, BLAIZOT A, HERVE C, HAMEL O. Cavité buccale de l'enfant : un marqueur des inégalités sociales en santé. In: HERVE C, STANTON-JEAN M, MAMZER M-F, ENNUYER B Les inégalités sociales et la santé : Enjeux juridiques ; médicaux et éthiques Paris, Dalloz, 2015 p 195-206.
14. GOMES MC, PINTO SARMENTO TC de A, COSTA EMM de B, MARTINS CC, GRANVILLE-GARCIA AF, PAIVA SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2014; 12p.
15. LI MY, ZHI QH, ZHOU Y, QIU RM, LIN HC. Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life of preschool children. *European Journal of Paediatric Dentistry*. mars 2015;16(1):pp. 65-72.
16. CASAMASSIMO PS, THIKURRISY S, EDELSTEIN BL, MAIORINI E. Beyond the dmft: the human and economic cost of early childhood caries. *Journal of the American Dental Association*. juin 2009;140(6): pp. 650-657.
17. LEMOZY CADROY S. L'éducation thérapeutique : place dans les maladies chroniques. Exemple du diabète. *Médecine*. 2008. 11p.
18. LAULAN CMA. L'éducation thérapeutique du patient peut-elle améliorer la prise en charge de l'enfant atteint de carie précoce de l'enfance ? [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. Université de Bordeaux; 2016.
19. TRENTESAUX T. L'Education Thérapeutique du patient : Conceptualisation et enjeux éthiques en odontologie pédiatrique. Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université Paris Descartes en éthique médicale. Septembre 2011.185p.
20. INSEE. Nord-Pas-de-Calais et Picardie : troisième espace le plus peuplé de la nouvelle partition territoriale française [Internet]. [cité 4 oct 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=19&ref_id=22019
21. INSEE. Dossier complet - Commune de Roubaix (59512) [Internet]. [cité 4 oct 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codegeo=COM-59512
22. Insee - Densité des chirurgiens dentistes - Pour 100.000 habitants - Hauts-de-France [Internet]. [cité 8 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.bdm.insee.fr/bdm2/affichageSeries?recherche=idbank&idbank=001725017&codeGroupe=1639>
23. Insee. Comparateur de territoire - Commune de Roubaix (59512). 2016 [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-59512>
24. HAS. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_recos.pdf
25. Le fil dentaire - Détecter et prendre en charge un enfant à risque carieux élevé

[Internet]. 2010. Disponible sur:
<http://www.lefildentaire.com/articles/clinique/pedodontie/detecter-et-prendre-en-charge-un-enfant-a-risque-carieux-eleve/>. [consulté le 11 janvier 2017]

26. KREMER B, ROUSSET M.M, DECOCQ D. Une consultation spécifique aux jeunes enfants : analyse des comportements d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire. Conséquences sur la prise en charge thérapeutique. *Journal d'Odontostomatologie Pédiatrique*, 2005. 12(4): pp. 213–219.
27. ALBOUY-LLATY M. Prévention - Promotion de la santé - Éducation pour la santé - Éducation thérapeutique [Internet]. 2011. Disponible sur:
http://medphar.univ-poitiers.fr/santepub/images/staff_2011/0309_PEPETP.pdf
28. Loi HPST, hôpital, patients, santé, agences régionales de santé. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Vie publique - Juillet 2009. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-21-juillet-2009-portant-reforme-hopital-relative-aux-patients-sante-aux-territoires.html>. [consulté le 4 octobre 2016].
29. ROUSSET M-M, TRENTESAUX T, TERNOIS M. Un projet interprofessionnel pour un programme de santé publique : la prise en charge bucco-dentaire de l'enfant. *adsp*, mars 2010. n°70: pp. 55-57.
30. HAS. L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions- réponses [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf : 5p.
31. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé - Haute Autorité de Santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques - Guide méthodologique. Juin 2007. 122p.
32. HAS. ETP -Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet] ; octobre 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf. [consulté le 18 janvier 2017]
33. NUMA G. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique à destination de l'enfant polycarié. [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. Université du Droit et de la Santé de Lille 2; 2012.

Annexes

Annexe 1 : brochure donnée aux parents à l'issue de la première séance (Recto/verso)

Une carie, qu'est-ce que c'est ?



Lorsque l'on mange trop de sucre, ou que l'on ne se brosse pas les dents après les repas, les bactéries grignotent les dents.



A la longue, ces bactéries arrivent à percer les dents, ce qui forme un "trou". C'est très douloureux ! C'est une carie !



Le saviez-vous ? Sur les dents de lait, une carie peut abîmer la dent d'adulte qui pousse en dessous, c'est pour cette raison qu'il faut en prendre soin

A quoi reconnaît-on une carie ?



Au tout début, une carie est une coloration noire au niveau de la dent



si elle n'est pas soignée, on peut avoir un "trou" dans la dent



Comment éviter les caries ?

- 1 Il faut se laver les dents au moins deux fois par jour, le matin et le soir
- 2 Eviter de grignoter entre les repas, surtout les gateaux et les bonbons
- 3 A table, on boit de l'eau et on évite au maximum de boire des sodas ou du sirop.
- 4 Il est conseillé de prendre rendez-vous chez son dentiste au moins une fois par an
- 5 Tous les jours, on surveille ses dents, pour vérifier que l'on n'a pas de caries
- 6 Et si on a mal à une dent, ou un doute, on vient voir son dentiste

Avez-vous des caries ?

Annexe 2 : questionnaire pour l'évaluation initiale et l'évaluation finale du premier atelier

	CONNAISSANCES	
	VRAI	FAUX
HABITUDES ALIMENTAIRES		
Le soda est bon pour la santé, si il n'est bu que le midi		
Manger trop de légumes donne des caries		
Les chips contiennent beaucoup de sucres		
Le ketchup n'est composé que de tomates écrasées		
On ne peut pas manger de bonbons avant de dormir		
Les hamburgers des fast-foods sont très sucrés		
HABITUDE D'HYGIENE		
Un enfant peut manger des bonbons s'il vient de se laver les dents		
Avant de dormir, il faut se brosser les dents et boire un verre de sirop		
Un enfant ne doit pas se brosser les dents avec la brosse à dent de son frère		
A coté du lit, un enfant peut garder un gâteau au cas où il a faim dans la nuit		
Les dentifrices des adultes ne sont pas faits pour les enfants		
Il faut se brosser les dents après chaque repas		
IMPACT SUR LE QUOTIDIEN		
Les copains se moquent des dents cariées		
Mon enfant a un beau sourire si ses dents sont propres et en		

bonne santé		
Mon enfant dort mieux si ses dents ne lui font pas mal		
Mon enfant peut être fort à l'école si il ne dort pas bien durant la nuit		
Mon enfant peut avoir les mêmes dents que les autres enfants		

Annexe 3 : questionnaire pour l'évaluation du second atelier

A quoi servent les dents ?

- ☐ Manger ☐ Parler ☐ Mastiquer
☐ Sourire ☐ Chanter

LE BROSSAGE

Je me brosse les dents :

- ☐ Le matin ☐ Le soir ☐ Le midi ☐ Quand j'ai envie
☐ Au gouter ☐ Jamais

Avec une brosse à dent :

- ☐ D'adulte ☐ D'enfant ☐ Manuelle ☐ Electrique
☐ A moi ☐ Avec celle de mon grand frère ou de ma grande sœur ☐ Qui est neuve
☐ Qui a moins de 3 mois ☐ Qui a 6 mois ☐ Qui a 1 an

Avec un dentifrice :

- ☐ Celui de mes parents ☐ Pour enfant
☐ Au fluor ☐ Celui de mes grands frères et sœurs

Pendant :

- ☐ 1 min ☐ 2 min ☐ 3 min ☐ 10 min
☐ Le temps d'une chanson ☐ Avec le réveil ☐ Avec le chronomètre

Où et comment :

- ☐ Avec ma grande sœur ou mon grand frère
- ☐ Tout seul devant la télé
- ☐ Tout seul devant le miroir
- ☐ Je les laisse vérifier mon brossage
- ☐ Je ne les laisse pas vérifier mon brossage

Après avoir brossé mes dents je peux :

- ☐ Manger des bonbons ou un gâteau
- ☐ Boire de l'eau
- ☐ Boire de l'eau avec du sirop ou un verre de soda

LES ALIMENTS

Je mange :

- ☐ Quand je veux
- ☐ 5 à 6 fois par jour
- ☐ 4 fois par jour
- ☐ Entre les repas
- ☐ Je grignote souvent
- ☐ Avant d'aller me coucher
- ☐ Devant la télé

A table je bois :

- ☐ Du soda
- ☐ Du jus de fruits
- ☐ De l'eau pure
- ☐ De l'eau avec du sirop

Je grignote (aliments et boissons) entre les repas :

- ☐ Chips
- ☐ Bonbons
- ☐ Eau
- ☐ Gâteaux
- ☐ Glaces
- ☐ Fruits
- ☐ Eau avec sirop
- ☐ Sodas
- ☐ Boissons sucrées

Les aliments bons pour les dents :

- ☐fromage ☐lait ☐sirop ☐fruits
- ☐légumes ☐bonbons ☐boissons sucrées ☐viandes
- ☐hamburgers des fast-foods ☐eau ☐sodas ☐chips
- ☐gâteaux ☐glaces ☐ketchup

Les aliments pas très bons pour les dents :

- ☐fromage ☐lait ☐sirop ☐fruits
- ☐légumes ☐bonbons ☐boissons sucrées ☐viandes
- ☐hamburgers des fast-foods ☐eau ☐sodas ☐chips
- ☐gâteaux ☐glaces ☐ketchup

Je vais chez mon ami le dentiste :

- ☐Quand j'ai 6 ans ☐Quand j'ai 12 ans ☐Quand j'ai mal
- ☐Quand j'ai un papier pour y aller (Examen Bucco-dentaire par ex)
- ☐Jamais ☐Toutes les semaines ☐Tous les mois
- ☐Tous les 6 mois ☐1 fois par an

Avoir des dents en bonne santé :

- ☐M'empêche de bien dormir ☐Me permet de bien dormir
- ☐Me permet d'être plus concentré à l'école ☐Me permet d'avoir un beau sourire
- ☐Empêche d'avoir un beau sourire

Action bucco-dentaire pour les enfants de Roubaix : les ateliers d'Education Thérapeutique du Patient par groupes parentaux

CANTAIS Marie

p. 47 : ill. 8 ; réf. 33

Domaines : Prévention
Odontologie Pédiatrique

Mots clés Rameau: Education des patients
Enfants
Promotion de la santé

Mots clés FMeSH: Education du patient comme sujet
Enfant
Promotion de la santé

Résumé de la thèse :

Malgré une diminution de l'indice carieux chez les enfants de 6 à 12 ans en France depuis plusieurs années, la maladie carieuse touche encore fortement certaines populations, notamment des populations appartenant à des groupes socio-économiques défavorisés. La mise en œuvre de stratégies alternatives, complémentaires aux politiques de prévention déjà mises en place depuis de nombreuses années, se révèle alors nécessaire.

L'Education Thérapeutique du Patient (ETP), qui se développe dans le champ des maladies chroniques, s'avère être une solution intéressante. Par l'acquisition ou le maintien de compétences pour gérer au mieux sa maladie, elle participe à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé du patient.

L'objectif de cette thèse est d'organiser des ateliers d'ETP au sein du Centre d'Examens de Santé de Roubaix, auprès d'enfants fortement touchés par la maladie carieuse. Deux ateliers ont été mis en place : un premier atelier regroupait les parents des enfants ciblés ; et un second atelier a rassemblé les enfants et leurs parents.

JURY :

Président : Madame le Professeur Monique-Marie ROUSSET

**Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI
Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN
Monsieur le Docteur Matthieu TERNOIS**