

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

[Année de soutenance : 2018]

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2018

Par HOCHÉZ Corentin

Né le 10 Décembre 1992 à Cambrai - France

EVALUATION PAR LES PATIENTS D'UN OUTIL D'INFORMATION

JURY

| | |
|-----------------------|--|
| Président : | Monsieur le Professeur Guillaume PENEL |
| Assesseurs : | <u>Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT</u> Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN Madame le Docteur Ingrid SOONEKINDT |
| Membre(s) invité(s) : | Monsieur le Docteur Hugo SAOUDI |

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 | : | Pr. J-C. CAMART |
| Directeur Général des Services de l'Université | : | P-M. ROBERT |
| Doyen | : | Pr. E. DEVEAUX |
| Vice-Doyens | : | Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL |
| Responsable des Services | : | S. NEDELEC |
| Responsable de la Scolarité | : | M.DROPSIT |

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

| | |
|----------------------|--|
| P. BEHIN | Prothèses |
| T. COLARD | Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux |
| E. DELCOURT-DEBRUYNE | Professeur Emérite Parodontologie |
| E. DEVEAUX | Dentisterie Restauratrice Endodontie Doyen de la Faculté |
| G. PENEL | Responsable du Département de Biologie Orale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|----------------------|---|
| T. BECAVIN | Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| A. BLAIZOT | Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale. |
| F. BOSCHIN | Responsable du Département de Parodontologie |
| E. BOCQUET | Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale |
| C. CATTEAU | Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale. |
| A. de BROUCKER | Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux |
| T. DELCAMBRE | Prothèses |
| C. DELFOSSE | Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique |
| F. DESCAMP | Prothèses |
| A. GAMBIEZ | Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| F. GRAUX | Prothèses |
| P. HILDEBERT | Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| J.M. LANGLOIS | Responsable du Département de Chirurgie Orale |
| C. LEFEVRE | Prothèses |
| J.L. LEGER | Orthopédie Dento-Faciale |
| M. LINEZ | Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| G. MAYER | Prothèses |
| L. NAWROCKI | Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille |
| C. OLEJNIK | Biologie Orale |
| P. ROCHER | Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux |
| L.ROBBERECHT | Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| M. SAVIGNAT | Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux |
| T. TRENTESAUX | Odontologie Pédiatrique |
| J. VANDOMME | Responsable du Département de Prothèses |

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 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.

Je dédie cette thèse à ...

Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Biologie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université René Descartes (PARIS V)

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Habilitation à Diriger des Recherches

Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Responsable du Département de Biologie Orale

***Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.***

***Veillez trouver dans ce travail l'expression
de ma plus profonde reconnaissance et de
tout mon respect.***

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en éthique médicale de l'Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique, Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes (Paris V)

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologie – Université Paul Sabatier (Toulouse III)

Vous avez accepté spontanément avec la plus grande gentillesse de me diriger dans l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon sincère attachement, de mes remerciements affectueux et l'hommage de ma profonde admiration.

Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Dentisterie Restauratrice Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master I Informatique Médicale – Lille 2

Master II Biologie et Santé- Lille 2

Docteur de l'Université de Lille

Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

***Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie
de ce jury.***

***Je vous prie de trouver en cet ouvrage le
témoignage de mon estime et d'accepter mes
respectueux remerciements.***

Madame le Docteur Ingrid SOONEKINDT

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Ta présence au sein de mon jury de thèse me touche énormément.

Tu m'as fait profiter de la qualité de tes conseils, de ton soutien et de ta confiance tout au long de mon parcours universitaire. Merci infiniment.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 12 |
| 1. Contexte..... | 13 |
| 1.1 Généralités..... | 13 |
| 1.1.1 Santé publique et conduite addictive | 13 |
| 1.1.2 Santé bucco-dentaire et conduite addictive..... | 13 |
| 1.1.3 Difficultés de recours aux soins bucco-dentaires | 14 |
| 1.1.4 Prévention bucco-dentaire..... | 15 |
| 1.2 Création d'une consultation bucco-dentaire au sein de l'Hôpital Fontan 2..... | 16 |
| 1.3 Recommandations en matière de conception d'un outil pédagogique destiné aux usagers..... | 17 |
| 1.3.1 Etapes d'élaboration d'un outil pédagogique..... | 17 |
| 1.3.2 Objectif d'un outil pédagogique | 19 |
| 1.3.3 Champ d'application | 20 |
| 1.3.4 Finalités d'un outil pédagogique..... | 20 |
| 1.4 Création de l'outil pédagogique | 21 |
| 1.4.1 Création d'un premier prototype..... | 21 |
| 1.4.2 Modifications proposées..... | 23 |
| 1.4.3 Création d'un second prototype..... | 24 |
| 1.4.3.1 Modifications du fond | 24 |
| 1.4.3.2 Modifications de forme..... | 26 |
| 1.4.3.3 Impression du second prototype..... | 27 |
| 1.4.3.4 Avis de professionnels..... | 27 |
| 1.5 Evaluation de l'outil pédagogique créé..... | 27 |
| 1.5.1 Recommandation de la Haute Autorité de Santé..... | 27 |
| 1.5.2 Objectifs de l'étude..... | 28 |
| 2. Méthode | 29 |
| 2.1 Conception de la recherche | 29 |
| 2.1.1 Plan expérimental | 29 |
| 2.1.1.1 Précisions sur la législation française..... | 29 |
| 2.1.1.2 Choix d'une recherche à méthodologie qualitative..... | 33 |
| 2.1.1.3 Choix de l'entretien individuel semi-directif | 34 |
| 2.1.2 Définition de la population étudiée..... | 36 |
| 2.1.2.1 Critères d'inclusion..... | 36 |
| 2.1.2.2 Critères de non inclusion..... | 36 |
| 2.1.3 Critères d'évaluation | 36 |
| 2.1.4 Calcul du nombre de sujets..... | 37 |
| 2.1.5 Stratégie d'analyse..... | 37 |
| 2.2 Logistique de l'étude..... | 38 |
| 2.2.1 Equipe participante | 38 |
| 2.2.2 Lieu de réalisation de la recherche..... | 39 |
| 2.2.3 Déroulement pratique de la recherche | 39 |
| 2.2.4 Durée de l'étude..... | 40 |
| 2.2.5 Critères d'arrêt de participation à l'étude..... | 40 |
| 2.2.6 Bénéfices, risques et contraintes de l'étude | 40 |
| 2.3 Droits d'accès aux données et documents sources..... | 41 |
| 2.4 Considérations éthiques et légales..... | 41 |
| 2.5 Démarches auprès des autorités compétentes..... | 42 |
| 2.5.1 Soumission du projet à un Comité de Protection des Personnes..... | 42 |

| | |
|---|-----------|
| 2.5.2 Déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés | 43 |
| 2.6 Synthèse de la méthodologie de la recherche | 43 |
| 3. Résultats | 45 |
| 3.1 Caractéristiques des participants | 45 |
| 3.1.1 Refus des participants | 45 |
| 3.1.1 Genre et âge | 45 |
| 3.1.2 Activité professionnelle | 45 |
| 3.1.3 Raisons de l'hospitalisation | 46 |
| 3.1.4 Existence de pathologies | 46 |
| 3.1.5 Consommation tabagique journalière | 46 |
| 3.1.6 Examen bucco-dentaire | 47 |
| 3.2 Compréhension de l'outil | 47 |
| 3.2.1 Contenu de l'outil | 47 |
| 3.2.2 Conséquences bucco-dentaires | 47 |
| 3.2.3 Hygiène bucco-dentaire | 48 |
| 3.3 Lisibilité de l'outil | 49 |
| 3.3.1 Feuilletage par le participant | 49 |
| 3.3.2 Recherche d'une page donnée dans l'outil | 49 |
| 3.3.3 Informations complémentaires | 49 |
| 3.4 Présentation de l'outil | 50 |
| 3.4.1 Format de l'outil | 50 |
| 3.4.2 Les illustrations | 50 |
| 3.5 Points positifs et pistes d'amélioration rapportés | 51 |
| 3.5.1 Points positifs | 51 |
| 3.5.2 Améliorations de l'outil | 52 |
| 3.5.3 Recommandation de l'outil | 53 |
| 4. Discussion | 54 |
| 4.1 Limites et intérêts | 54 |
| 4.1.1 Méthode de sélection des participants | 54 |
| 4.1.2 Caractéristiques des participants | 55 |
| 4.1.3 Saturation des données de l'analyse qualitative | 57 |
| 4.1.4 Intérêts | 57 |
| 4.2 Des résultats | 58 |
| 4.2.1 Compréhension de l'outil | 58 |
| 4.2.2 Lisibilité de l'outil | 58 |
| 4.2.3 Format de l'outil | 59 |
| 4.3 Modifications réalisées suite à l'étude | 60 |
| 4.3.1 Ajout de photographies | 60 |
| 4.3.2 Modifications de forme | 60 |
| 4.3.3 Evaluation du coût de fabrication d'un exemplaire | 60 |
| Conclusion | 62 |
| Références bibliographiques | 63 |
| | 67 |
| Table des tableaux | 68 |
| Table des illustrations | 69 |
| Annexes | 70 |
| Annexe 1 : Note d'information et recueil du consentement | 70 |
| Annexe 2 : Guide d'entretien | 74 |

Introduction

La santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé générale et est essentielle à la qualité de vie (1). Malgré une amélioration depuis quelques décennies, le recours à un chirurgien-dentiste demeure très inégal selon les populations et les inégalités sociales existent dès le plus jeune âge. Le renoncement aux soins bucco-dentaires est particulièrement déterminé socialement (2). Pour améliorer la prise en charge des patients, il est nécessaire d'y intégrer la notion de promotion de la santé (3).

La promotion de la santé est le processus par lequel les individus et les professionnels de soins sont activement engagés afin d'assurer que chacun ait l'accès aux informations et aux outils de santé nécessaires et de favoriser un environnement propice à ce que les individus et les communautés acquièrent le contrôle de leur santé (4). Ce processus implique la création d'initiatives autonomisantes, participatives, complètes, équitables, durables via une gamme de stratégies multiples, à la fois individuelles (modes de vie, habitudes de vie) et environnementales (conditions de vie) (5).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'autonomisation du patient est essentielle lorsque l'on aborde la promotion de la santé. Il convient de développer et de mettre en œuvre des méthodes qui tiennent compte et respectent l'avis des patients (6).

De plus, la promotion de la santé passe par la communication qui est un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné. Le défaut de communication entraîne un impact direct sur la qualité et la sécurité des patients (7).

Dans l'optique de contribuer à une démarche de promotion de la santé bucco-dentaire, un outil pédagogique d'information sur les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives, a été créé à l'intention des personnes consultant dans le Service d'addictologie de l'Hôpital Fontan 2 (CHRU de Lille).

L'objectif de ce travail est d'évaluer la lisibilité, la compréhension et la présentation de cet outil par les patients avant sa mise en fonction dans le service. Nous exposerons, tout d'abord, le contexte dans lequel cet outil a été créé et les étapes préalables à la création d'un outil pédagogique. Puis, nous détaillerons l'élaboration de la méthode utilisée pour mener l'étude. Ensuite, nous présenterons les différents résultats obtenus, avant de discuter des limites et intérêts. Enfin, nous terminerons en évoquant des perspectives à ce travail.

1. Contexte

1.1 Généralités

1.1.1 Santé publique et conduite addictive

L'addiction est un phénomène mondial, dont les impacts sont multiples. Ces impacts sont à la fois sanitaires, médicaux et sociaux, conduisant à un problème majeur de santé publique.

L'OMS définit l'addiction comme « un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements ». La dépendance se caractérise par la survenue de symptômes de sevrage en cas d'absence de la substance ou d'activité addictive, ainsi que par le développement d'une tolérance impliquant une augmentation de la dose nécessaire – quels que soient les signes de destruction physique ou psychique (8).

En France, chaque année la consommation de substances psychoactives est à l'origine de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies (9). La première des substances psychoactives posant problème en termes de sécurité est l'alcool, en effet le nombre de décès liés à la consommation d'alcool se situe entre 40 000 et 50 000, soit près de 10% de la mortalité toutes causes confondues (10). Bien que les ventes d'alcool diminuent régulièrement en France, elles restent parmi les plus élevées d'Europe, et les conséquences de cette consommation nocive et à risque continuent de préoccuper les responsables de santé (10).

1.1.2 Santé bucco-dentaire et conduite addictive

Les conséquences d'une consommation excessive et régulière de différentes substances psycho-actives sur la santé bucco-dentaire sont clairement établies (11).

La consommation régulière de cannabis entraîne une diminution de production de la salive, responsable d'une sécheresse buccale. La fumée de cannabis est en effet extrêmement toxique et susceptible de provoquer des lésions des muqueuses et des parodontites. La consommation de cannabis associée à celle du tabac augmente le risque de développer des cancers des voies aéro-digestives supérieures (12).

L'abus chronique de méthamphétamine (drogue de synthèse) peut conduire à de multiples dangers pour la santé. La substance est associée à des effets particulièrement dévastateurs sur la santé bucco-dentaire, tels que la survenue de lésions carieuses, d'une inflammation gingivale ou de xérostomie (13).

La consommation intensive de certaines substances illicites, comme l'héroïne, peut également entraîner des effets fortement délétères sur la santé bucco-dentaire (14). On observe une augmentation du risque de lésions carieuses ou de parodontite. Chez la personne consommatrice d'héroïne, des lésions pré-cancéreuses sont également plus souvent rapportées. Ces lésions pré-cancéreuses peuvent évoluer en lésions cancéreuses.

Comme en témoigne la littérature scientifique, l'état de santé bucco-dentaire des personnes présentant une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives est très souvent altéré, ce qui peut être également à l'origine de répercussions sur la santé générale chez des personnes dont l'état de santé général et la qualité de vie sont déjà souvent fortement amoindris (15).

Des recherches ont notamment montré que des maladies parodontales non traitées pourraient être associées à un risque augmenté de maladies cardio-vasculaires, de maladies broncho-pulmonaires, d'accouchements prématurés, de pré-éclampsies (hypertension artérielle associée à la grossesse), de déséquilibre du diabète, d'activité de la polyarthrite rhumatoïde et d'obésité (16). Les hypothèses avancées reposent notamment sur le passage dans la circulation sanguine de bactéries orales pathogènes et de molécules de l'inflammation, capables d'entretenir ou d'engendrer un processus inflammatoire à distance de la cavité buccale.

Ainsi, les effets des substances elles-mêmes sur les tissus durs et mous de la cavité buccale peuvent expliquer que l'état de santé bucco-dentaire des personnes souffrant d'addictions soit compromis. D'autre part, les conséquences de l'addiction sur l'environnement de la personne telles que son alimentation, ses habitudes d'hygiène en général et buccale en particulier, son état de santé général ou le recours aux soins bucco-dentaires retentissent également *in fine* sur la santé bucco-dentaire et générale, et plus largement sur la qualité de vie de ces personnes (11).

1.1.3 Difficultés de recours aux soins bucco-dentaires

Malgré les conséquences bucco-dentaires importantes liées à la consommation de substances psycho-actives, les personnes souffrant d'addictions ne recourent que peu fréquemment au chirurgien-dentiste, exception faite de situations ponctuelles d'urgence, la douleur et le préjudice esthétique étant souvent à l'origine de la première consultation (14). Les raisons de ce faible recours sont multiples et intriquées entre elles, dépassant bien souvent le cadre strict de la santé orale.

Parmi ces raisons, on décrit fréquemment des difficultés socio-économiques, des représentations défavorables à la santé orale, l'existence d'autres préoccupations qu'elles soient médicales ou sociales occupant le premier plan, un seuil de tolérance à la douleur plus élevé, ou encore le refus de la part de certains professionnels de prendre en charge ces patients (17).

Il ne faut pas non plus négliger l'impact de la dépendance sur la vie de ces personnes. Cette phase de dépendance est souvent marquée par une rupture profonde avec le mode de vie antérieur. La substance psycho-active devient le centre d'intérêt principal de la personne dépendante qui abandonne la société à laquelle elle appartient. Cette disparition des repères s'associe à des altérations du caractère. L'individu montre un désintérêt pour les autres ainsi que pour lui-même (18). L'addiction accentue les problèmes de dépréciation, de rejet de son corps, qui apparaissent dans le discours et peuvent s'accompagner de somatisations, d'attitudes hypocondriaques, de distorsions au niveau de la représentation du corps (19). La souffrance bucco-dentaire et la détérioration de l'image de soi peuvent également accentuer des troubles psychiatriques et anxio-dépressifs. L'addiction devient alors une forme d'automédication qui permettrait de faire face à la négativité de soi, de dépasser un phénomène déplaisant, la conduite addictive provoquant ainsi un soulagement (20). Ces phénomènes concourent à expliquer que ces personnes ne recourent que peu souvent aux professionnels de santé bucco-dentaire, conduisant à une aggravation de la situation bucco-dentaire. La situation s'aggravant, la personne enfermée dans un cercle vicieux, n'ose plus aller au contact du professionnel du fait de son état bucco-dentaire, la confrontant à une réalité trop difficile à supporter et culpabilisante, à laquelle peuvent aussi s'ajouter des expériences passées négatives de recours au chirurgien-dentiste.

1.1.4 Prévention bucco-dentaire

D'une manière générale, la question de la santé bucco-dentaire a été jusqu'à aujourd'hui, insuffisamment traitée sous l'angle de la prévention et de la promotion de la santé. Les maladies bucco-dentaires sont quasiment toujours perçues par la population, comme une sorte de fatalité, et non, comme des maladies en grande partie évitables par des comportements quotidiens adaptés. Pourtant la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire s'inscrivent pleinement dans le champ plus large de l'éducation pour la santé, la rejoignant sur de nombreux aspects comme les soins d'hygiène corporelle ou alimentaire et la réduction des comportements à risque.

Néanmoins, si la santé bucco-dentaire relève de la responsabilité individuelle, elle revêt des dimensions socio-culturelles très fortes, convoque l'estime de soi, mobilise des habiletés et des compétences, interagit avec l'ensemble de la santé globale de la personne. Elle devrait donc être au cœur de toute démarche éducative en santé. Par ailleurs, elle apparaît comme un marqueur socio-économique, un domaine malheureusement symbole de renoncement aux soins, voire du refus de soins (21).

Agir sur l'estime de soi et sur les facteurs qui lui sont favorables est un levier d'action majeur : estime de soi et santé bucco-dentaire nécessitent d'être conjuguées harmonieusement pour que les démarches de santé publique bucco-dentaire puissent être efficaces (22).

Il est donc légitime que la santé bucco-dentaire puisse occuper sa place dans les actions d'éducation pour la santé, particulièrement auprès de personnes défavorisées que ce soit sur les plans économiques et/ou socio-culturels telles que les personnes souffrant d'addictions notamment. Le chirurgien-dentiste, par une approche curative et préventive, a donc toute sa place pour accompagner ces personnes en leur redonnant confiance et sérénité, à travers l'absence de douleurs bucco-dentaires, le rétablissement des fonctions et de l'esthétique (23).

1.2 Création d'une consultation bucco-dentaire au sein de l'Hôpital Fontan 2

Depuis 2013, le Service d'addictologie de l'Hôpital Fontan 2 et le Service d'odontologie du CHRU de Lille collaborent étroitement. Une consultation hebdomadaire bucco-dentaire au sein de l'Hôpital Fontan 2 est conduite par une équipe constituée d'un praticien hospitalier chirurgien-dentiste et de deux étudiants de troisième cycle court de formation odontologique initiale.

Tout patient hospitalisé à temps complet à sa demande en vue de la prise en charge d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives dans le secteur d'addictologie générale du Service d'addictologie de l'Hôpital Fontan 2 se voit proposer, parmi les différents examens, une consultation bucco-dentaire afin de, selon sa situation :

- Faire le point sur son état de santé bucco-dentaire ;
- Recevoir une information personnalisée et adaptée à ses besoins sur les comportements favorables à sa santé bucco-dentaire ;

- Initier/Optimiser le recours aux soins bucco-dentaires à la sortie de son hospitalisation, que ce soit vers un chirurgien-dentiste de ville ou le Service d'odontologie. Il n'existe néanmoins pas à l'heure actuelle de filière de soin spécifique pour ces patients au sein du Service d'odontologie.

D'une manière plus générale, cet entretien vise à rassurer le patient pour qu'il perçoive la nécessité de s'engager activement dans sa santé bucco-dentaire, en créant un dialogue avec lui dans une posture bienveillante à son égard.

A la suite de la création de cette consultation bucco-dentaire et afin de l'optimiser, la question de la mise à disposition des usagers du service, d'un outil d'information, à type de livret, en libre consultation, sur les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives s'est rapidement posée. En effet, il est apparu intéressant de pouvoir diversifier en quelque sorte les portes d'entrées de ces patients hospitalisés vers un recours aux soins bucco-dentaires, que ce soit par le biais de la consultation bucco-dentaire et/ou par la lecture en autonomie d'un document d'information. D'autre part, l'hospitalisation s'étalant sur plusieurs jours, et le patient se trouvant dans une dynamique positive de reprise en main de sa vie, le moment semblait également propice pour que le patient soit enclin à feuilleter un document de ce type.

Un tel outil doit cependant répondre à des règles d'élaboration et de validation, qui ont été précisées par la Haute Autorité de Santé dans son guide méthodologique intitulé « Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » (24).

1.3 Recommandations en matière de conception d'un outil pédagogique destiné aux usagers

1.3.1 Etapes d'élaboration d'un outil pédagogique

Les différentes étapes de conception d'un document pédagogique selon la HAS sont présentées sous forme schématiques sur la Figure 1 (24).

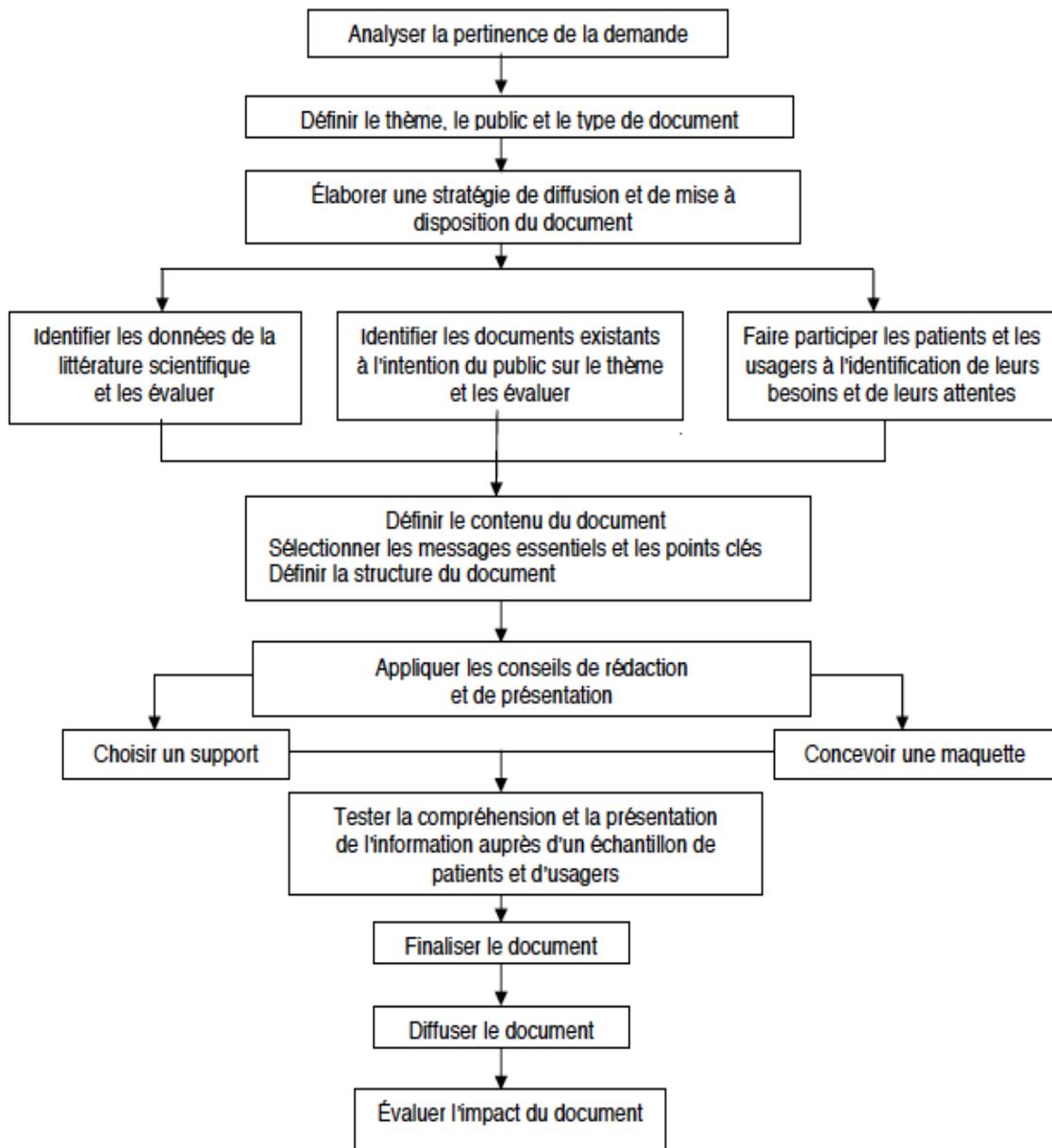


Figure 1 : Etapes d'élaboration d'un outil pédagogique (24)

1.3.2 Objectif d'un outil pédagogique

Selon la HAS, un document écrit d'information vise à mettre à disposition des patients, des usagers du système de santé et de leurs proches, une information écrite compréhensible, reposant sur des sources d'informations valides. Un tel document peut être utile aux professionnels de santé qui sont tenus par la Loi du 4 mars 2002 relative aux « droits des malades et à la qualité du système de santé » d'informer chaque personne soignée. Les professionnels de santé peuvent trouver dans ces documents écrits une information

synthétique, pertinente et claire qui peut faciliter la communication et/ou compléter les informations et les préconisations fournies à la personne prise en charge, et l'aider à prendre des décisions concernant sa santé (24).

Un outil pédagogique peut ainsi être intéressant pour faire prendre conscience d'un éventuel facteur de risque ou d'un comportement à risque pour la santé et de l'intérêt de modifier une habitude de vie. Il peut également permettre de comprendre l'intérêt d'un soin pour arrêter la progression d'une maladie ou d'un problème de santé (25).

1.3.3 Champ d'application

La HAS rappelle néanmoins qu'un document écrit n'est en aucun cas destiné à se substituer à l'information orale mais (26):

- Il la complète en permettant au patient ou à l'usager de s'y reporter et/ou d'en discuter avec les professionnels de santé qui le prennent en charge ;
- Il accompagne le patient ou l'usager dans la compréhension du but et du déroulement des soins et des examens, des interventions et des différentes étapes du traitement ;
- Il contribue à la participation active aux soins des patients ;
- Il peut être utilisé dans des démarches explicites de promotion de la santé, d'éducation pour la santé ou d'éducation du patient.

1.3.4 Finalités d'un outil pédagogique

La nécessité d'informer les personnes soignées à partir des données scientifiques est reconnue aux niveaux international et européen. L'utilisation des documents écrits d'information dans une véritable stratégie cohérente de communication, visant à faciliter la participation des personnes à la prise de décision les concernant, est particulièrement soulignée (27).

Le Conseil de l'Europe pour sa part reconnaît « le droit des patients et des citoyens à recevoir et à avoir facilement accès à une information pertinente au sujet de leur santé et des soins de santé les concernant sous une forme et dans une langue compréhensible par eux » (24).

1.4 Création de l'outil pédagogique

1.4.1 Création d'un premier prototype

Dans le contexte de prise en charge des patients hospitalisés dans le Service d'addictologie, il paraissait intéressant de pouvoir compléter l'offre proposée en lien avec la santé bucco-dentaire par un outil en libre consultation, diversifiant ainsi les portes d'entrée éventuelles vers le recours aux soins bucco-dentaires. Ainsi, l'outil créé pourrait à la fois éveiller l'intérêt des patients pour leur santé bucco-dentaire et de ses liens avec leur conduite addictive, ou être un soutien à l'information apportée lors de la consultation bucco-dentaire. Ainsi un outil d'information des usagers sur les conséquences bucco-dentaires possibles d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives a été créé au cours de deux précédents travaux de thèse d'exercice en vue du diplôme de Docteur en chirurgie dentaire conduits sous la direction du Docteur Françoise CATHALA et soutenus à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille. A savoir :

- Un premier travail intitulé : « Le patient consommateur de cocaïne : prise en charge des conséquences bucco-dentaires et démarche préventive » mené par Quentin DAQUET, a permis la création d'une première ébauche de document pour ce qui concerne l'addiction à la cocaïne (mémoire soutenu le 31/01/15) (28);
- Un second travail intitulé : « Conséquences bucco-dentaires des substances psychoactives : élaboration d'un outil d'information pour les patients consultant en service d'addictologie » mené par Clément BUREAU a permis la création du premier prototype portant sur les répercussions possibles sur la santé orale des principales substances psychoactives (mémoire soutenu le 16/09/16).

L'objectif de cet outil est d'informer et de sensibiliser les patients sur les conséquences buccales possibles de la consommation de substances psycho-actives et de présenter succinctement les principaux auto-soins quotidiens recommandés en matière de prévention bucco-dentaire. Cet outil est conçu pour être abordable par le plus grand nombre d'usagers, par sa simplicité et son accessibilité. Selon la HAS, il s'agit donc de l'étape du choix de support et de la conception d'un prototype (Figure 2).

Le support choisi ici est celui d'un classeur contenant des fiches synthétiques sur les principales substances psychotropes. Cet outil serait dans un premier temps mis à disposition des patients hospitalisés à temps plein à leur demande dans le secteur d'addictologie générale du Service d'addictologie de l'Hôpital Fontan 2, en lecture libre

dans les parties communes du service. Une extension de son utilisation pourrait être envisagée secondairement si l'intérêt s'en faisait sentir notamment dans des structures d'accueil de jour de patients souffrant d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives. On pourrait également discuter de la pertinence de mettre cet outil à disposition des patients dans les salles d'attente des cabinets médicaux et dentaires.

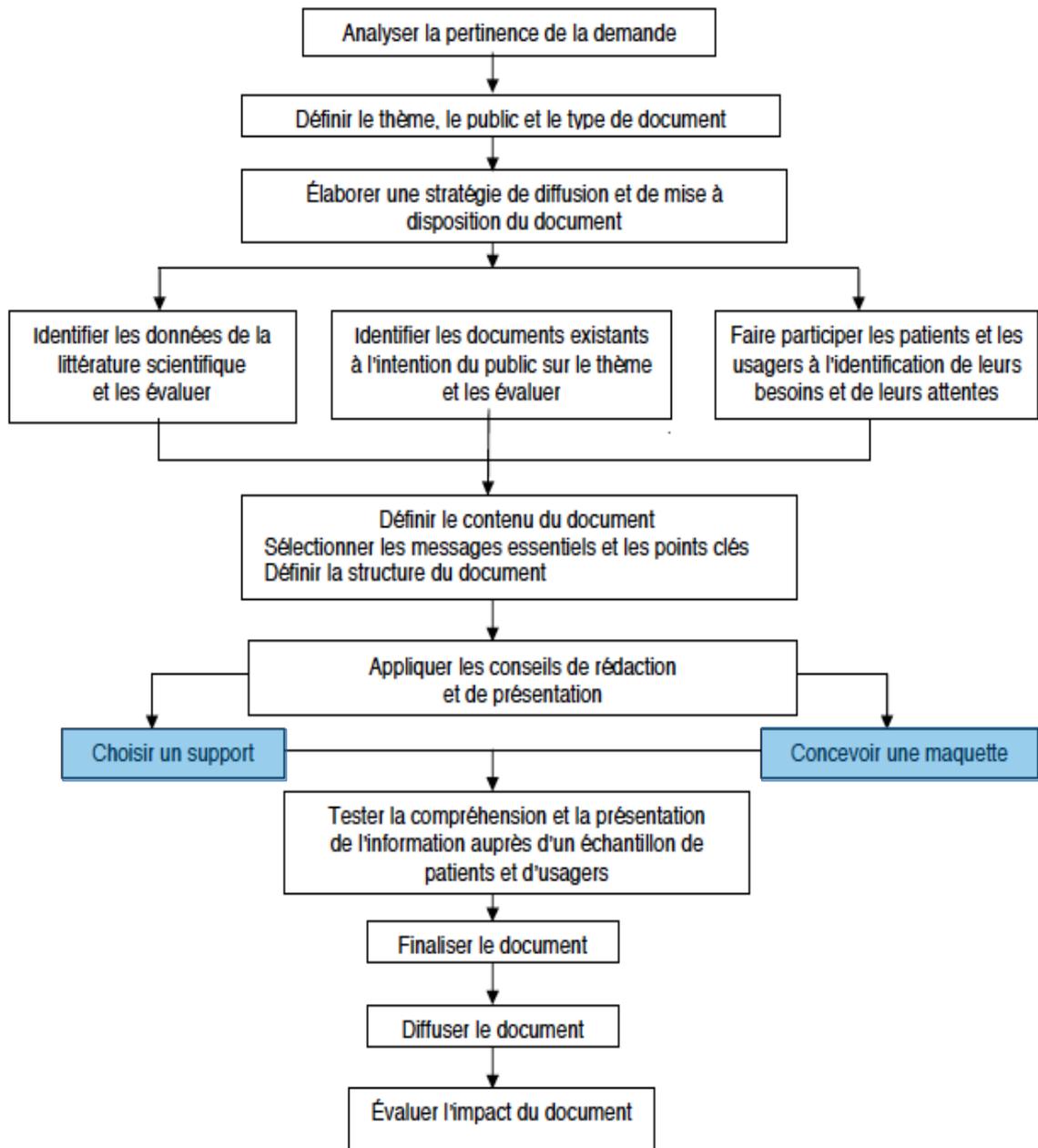


Figure 2 : Etapes de création du premier prototype (24)

1.4.2 Modifications proposées

Lors de la soutenance de la thèse de Clément BUREAU, en vue du Diplôme de Docteur en chirurgie dentaire, des modifications ont été proposées par les membres du jury, composé des Docteurs Céline CATTEAU, Thibault BECAVIN, et Françoise CATHALA, sous la présidence du Professeur Guillaume PENEL.

Ces suggestions ont principalement concerné :

- L'apposition d'une mention sur les droits d'auteurs et d'utilisation du livret ;
- Le choix de mots moins élémentaires tout en restant accessibles d'une personne non initiée au domaine ;
- Une harmonisation des illustrations selon un modèle unique ;
- Le choix d'illustrations plus proches de la réalité clinique pour que les patients puissent se sentir concernés.

La question du choix du type d'illustration (images à type de dessin ou de schéma versus photographies) a fait l'objet d'un débat animé au sein du jury, au cours duquel différents arguments ont été défendus. D'un côté, on peut soutenir l'intérêt des photographies marquant une certaine fidélité à la réalité, sans pour autant aller vers des « images chocs » pouvant conduire à un sentiment de malaise chez des patients déjà en difficulté par rapport à l'image de soi ou se sentant parfois coupables de la situation. Ces arguments peuvent donc aussi tendre à préférer le choix de schémas plus neutres mais rendant plus difficiles la projection sur soi-même de la situation présentée. Lors de la soutenance de la thèse, cet aspect n'ayant à notre connaissance pas été tranché complètement, la question du choix du type d'illustration est développée dans cette présente étude.

Après sa soutenance, Clément BUREAU a autorisé la Sous-section Prévention Epidémiologie, Economie de la santé, Odontologie légale de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille à poursuivre le travail en modifiant le premier prototype de manière à permettre une utilisation concrète du document. Du fait de mon activité hebdomadaire dans la consultation bucco-dentaire conduite dans le Service d'addictologie durant l'année universitaire 2016-2017, j'ai sollicité les Docteurs Céline CATTEAU et Alessandra BLAIZOT pour mener un travail de thèse dans cette thématique. Elles m'ont alors proposé de poursuivre le travail précédemment commencé, ce que j'ai accepté.

1.4.3 Création d'un second prototype

A l'issue de la prise de connaissance des différentes remarques du jury, des modifications de forme et de fond ont été apportées au premier prototype via un travail de collaboration entre les Docteurs Céline CATTEAU, Alessandra BLAIZOT et moi-même, donnant naissance à un second prototype.

1.4.3.1 Modifications du fond

Une nouvelle analyse de la littérature scientifique a été conduite afin de s'assurer de l'adéquation des informations apportées avec les dernières données scientifiques disponibles. Les références bibliographiques utilisées par Clément BUREAU ainsi que celles ajoutées au cours de cette nouvelle analyse sont présentées de façon synthétique dans le Tableau 1 ci-après.

Tableau 1 : Synthèse des données de la littérature sur les conséquences bucco-dentaires des substances psychoactives utilisées pour rédiger l'outil d'information

| Substances | Références issues de la thèse de Clément Bureau (9) | Références ajoutées par Corentin Hochez dans le cadre du présent travail |
|------------|---|--|
| Alcool | Pesci-Bardon C, Prêcheur I. L'alcool : une drogue licite aux conséquences bucco-dentaires non négligeables. Actual Odont-Stomatol. 2013 ; 262 :25-32 (29). | |
| Tabac | Krüll M, Bornstein M, Walter C, Ramseir C. Altérations de la muqueuse buccale associées au tabagisme Rev Mens Sisse OdontoStomatol. 2006 ; 116 :1270-4 (30). Sidqui M, Amine K, Kissa J. Incidence du tabac sur l'état parodontal.Le courrier du dentiste. 2000 ;10 :12-15 (31). | |

| | | |
|------------------------|--|---|
| Cannabis | <p>Versteeg PA, Slot DE, Van der Velden U, Van der Weijden GA. Effects of cannabis usage on the oral environment: a review. <i>Int J Dent Hyg.</i> 2008 ; 6 :315-20 (12).</p> <p>Cohen F, Lowenstein M. Les effets délétères du cannabis sur la santé bucco-dentaire. <i>Le courrier des addictions.</i> 2010 ; 12 :16-7 (32).</p> | |
| Cocaïne | <p>Daquet Q. Le patient consommateur de cocaïne. Thèse pour le diplôme de Docteur en chirurgie dentaire. Lille, Faculté de chirurgie dentaire. 2015 (28).</p> | <p>Blanksma CJ, Brand HS. Cocaine abuse: orofacial manifestations and implications for dental treatment. <i>Int Dent J.</i> 2005 ; 55 :365-9 (33).</p> <p>Brand HS, Gonggijp S, Blanksma CJ. Cocaine and oral health. <i>Br Dent J.</i> 2008 ; 204 :365-9 (34).</p> |
| Héroïne | <p>Rees TD. Oral effects of drug abuse. <i>Crit Rev Oral Biol Med.</i> 1992 ; 3 :163-84(17).</p> | <p>Titsas A, Fergusuon MM. Impact of opioid use on dentistry. <i>Aust Dent J.</i> 2002 ; 47 : 94–98 (35).</p> |
| Médicaments | | <p>Titsas A, Fergusuon MM. Impact of opioid use on dentistry. <i>Aust Dent J.</i> 2002 ; 47 : 94–98 (35).</p> |
| Ecstasy | <p>Brand HS, Dun SN, Nieuw Amerongen AV. Ecstasy (MDMA) and oral health. <i>Br Dent J.</i> 2008 ; 204 :77-81 (36) .</p> | |
| Méthamphétamine | <p>Donaldson M, Goodchild J. Oral health of the methamphetamine abuser. <i>Am J Health – Syst Pharm.</i> 2006. 63 ; 2078-82 (37).</p> <p>Klasser G, Epstein J. Methamphetamine and its impact on dental care. <i>Clinical Practice. JCDA.</i> 2005; 71:759-62 (38) .</p> | <p>Hamamoto DH, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. <i>Oral Dis.</i> 2009 ;15 : 27-37 (39).</p> |

1.4.3.2 Modifications de forme

Les principales modifications de forme par rapport au premier prototype ont porté sur les aspects suivants :

- Un changement de typographie ainsi qu'une mise au format justifié du texte ont permis d'améliorer l'ergonomie et la lisibilité de l'outil pédagogique.
- La partie portant sur les auto-soins quotidiens recommandés en matière de prévention bucco-dentaire a été déplacée à la fin du livret, de manière à centrer le document sur son premier objectif, à savoir les répercussions possibles d'une addiction à une substance psychoactive sur la santé orale.
- L'encadré expliquant l'utilisation du fil dentaire et des brossettes inter-dentaires a été supprimé. Cette utilisation est généralement conseillée au cas par cas et surtout montrée au patient directement dans sa cavité buccale. Dans le cas présent, les explications apportées uniquement via le livret, donc par écrit, paraissaient difficiles, en terme de compréhension voire inadaptées pour un certain nombre de patients.
- L'outil a été placé sous la licence Creative Commons. Le projet Creative Commons propose des contrats-type ou licences pour la mise à disposition d'œuvres en ligne (40). Les licences Creative Commons sont fondées sur le droit d'auteur. Alors que le régime du droit d'auteur classique incite à garder l'exclusivité sur la totalité des droits (« tous droits réservés »), ces licences encouragent à n'en conserver qu'une partie (« certains droits réservés »). Cette possibilité paraissait intéressante dans le présent contexte, étant donné que l'objectif du livret vise à être à terme utilisé par tous ceux qui le souhaitent tout en conservant la paternité par ces différents auteurs. Ces licences permettent ainsi au public d'utiliser les œuvres, sous certaines conditions, selon les préférences définies par les auteurs. La procédure se fait en ligne, il n'y a aucun document à signer. Il suffit simplement que l'auteur choisisse la licence parmi les 6 combinaisons d'options existantes en répondant à quelques questions sur l'interface. Les options choisies dans le cas présent sont : « Attribution + Pas d'utilisation Commerciale + Partage dans les mêmes conditions » signifiant que le titulaire des droits autorise l'exploitation de l'œuvre originale à des fins non commerciales, ainsi que la création d'œuvres dérivées, à condition qu'elles soient distribuées sous une licence identique à celle qui régit

l'œuvre originale. Le logo à apposer sur l'outil correspondant à cette option est, présenté sur la Figure 3 ci-après.



Figure 3 : Licence Creative Commons : Attribution + Pas d'utilisation commerciale + Partage dans les mêmes conditions (40).

1.4.3.3 Impression du second prototype

L'outil a été imprimé sur un support cartonné. Une reliure rigide rappelant celles d'un livre a été choisie afin d'assurer une protection aux tensions lors des différents feuilletages qu'allait requérir l'étude. Enfin, l'outil a été protégé par deux feuilles plastifiées transparentes.

1.4.3.4 Avis de professionnels

A l'issue de cette phase et dans le but d'être au plus près des préoccupations des patients visés par le document, les remarques et commentaires du Professeur Olivier COTTENCIN, Responsable du Service d'addictologie, du Docteur Hasma BOURAS, Praticien hospitalier dans le Service durant l'année universitaire 2016-1017, et de l'ensemble de l'équipe soignante impliquée quotidiennement auprès de ces patients, ont été pris en compte.

1.5 Evaluation de l'outil pédagogique créé

1.5.1 Recommandation de la Haute Autorité de Santé

Selon la HAS, de nombreux outils pédagogiques concernant la santé générale existent et sont utilisés quotidiennement mais peu d'entre eux sont évalués (24). Il est cependant nécessaire, pour qu'un outil pédagogique soit considéré comme efficace, d'en respecter les différentes étapes d'élaboration puis d'évaluation.

Il est préconisé, qu'une fois qu'une maquette du document d'information a été élaborée, et avant sa diffusion, on puisse en tester la lisibilité, la compréhension et la présentation auprès de patients futurs cibles du document, via une méthodologie précise proposée par la HAS. Ce document a donc servi tout au long de ce travail de base méthodologique.

A l'issue de cette phase, les modifications jugées nécessaires doivent être apportées, puis seulement à ce moment-là, le document est mis en fonction. Ensuite, une fois la diffusion en cours, il convient alors d'en évaluer l'impact.

1.5.2 Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude était d'évaluer la compréhension, la lisibilité et la présentation de l'information afin de finaliser l'outil d'information sur les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives destiné aux personnes consultant le Service d'addictologie (Hôpital Fontan 2, CHRU de Lille) conformément aux recommandations de la HAS (Figure 4). On a fait l'hypothèse que, grâce à cette évaluation et aux modifications qu'elle générerait, le document d'information serait davantage adapté et pertinent pour le public visé.

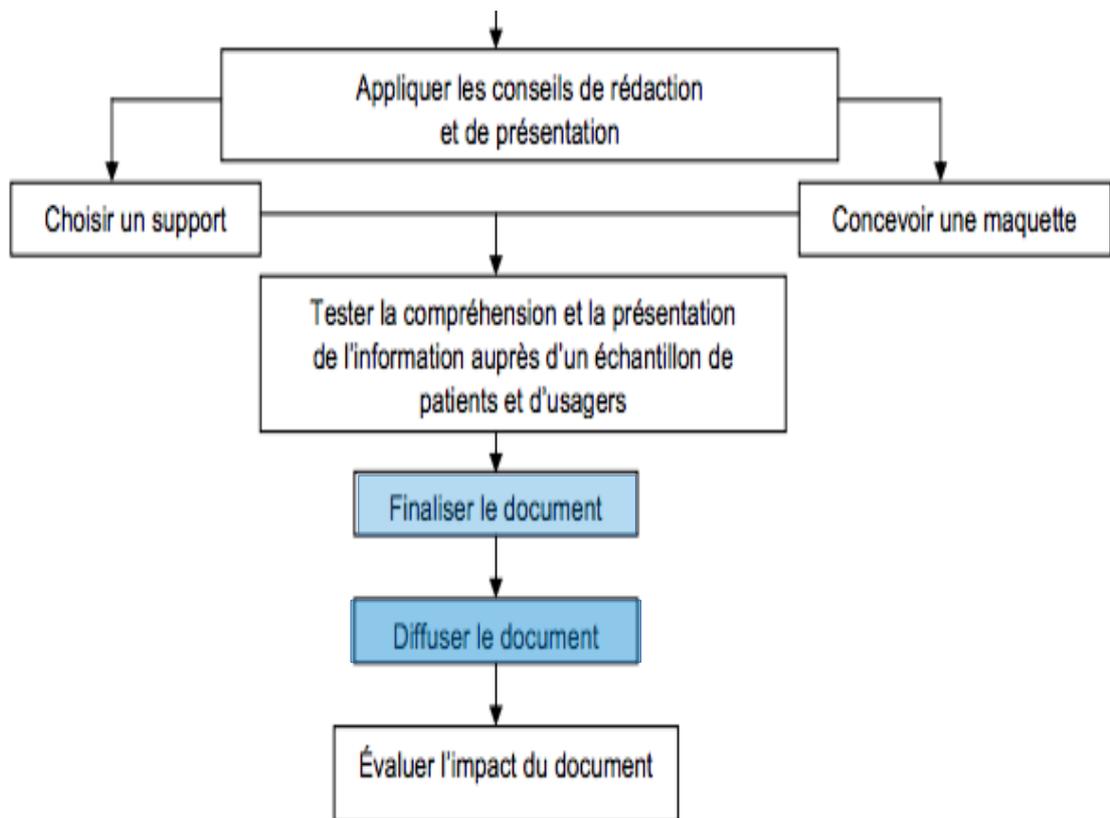


Figure 4 : Etapes effectuées lors de cette étude conformément aux recommandations de la HAS

2. Méthode

2.1 Conception de la recherche

2.1.1 Plan expérimental

2.1.1.1 Précisions sur la législation française

Selon la loi Jardé n°2012-300 du 12/03/2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (Code de santé publique, Articles L1121-1 à 17), cette étude a été considérée au démarrage du travail (début d'année civile 2017) comme une recherche interventionnelle à risques et contraintes minimales (Figure 5) (41). Il était donc nécessaire de rédiger un protocole en vue de soumettre préalablement à sa conduite le projet à un Comité de Protection des Personnes (CPP) et d'en recueillir un avis favorable (42).

En effet, au cours de cette étude, il allait être demandé aux participants leurs avis sur un document, ce qui sortait du cadre de la définition d'une recherche non interventionnelle (il ne s'agit pas d'un acte ou d'un produit utilisé de manière habituelle, sans procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic, de traitement ou de surveillance).

A cette date, nous étions en réalité en attente des décrets d'application venant préciser les modalités pratiques des différents champs de recherche définis par cette loi.

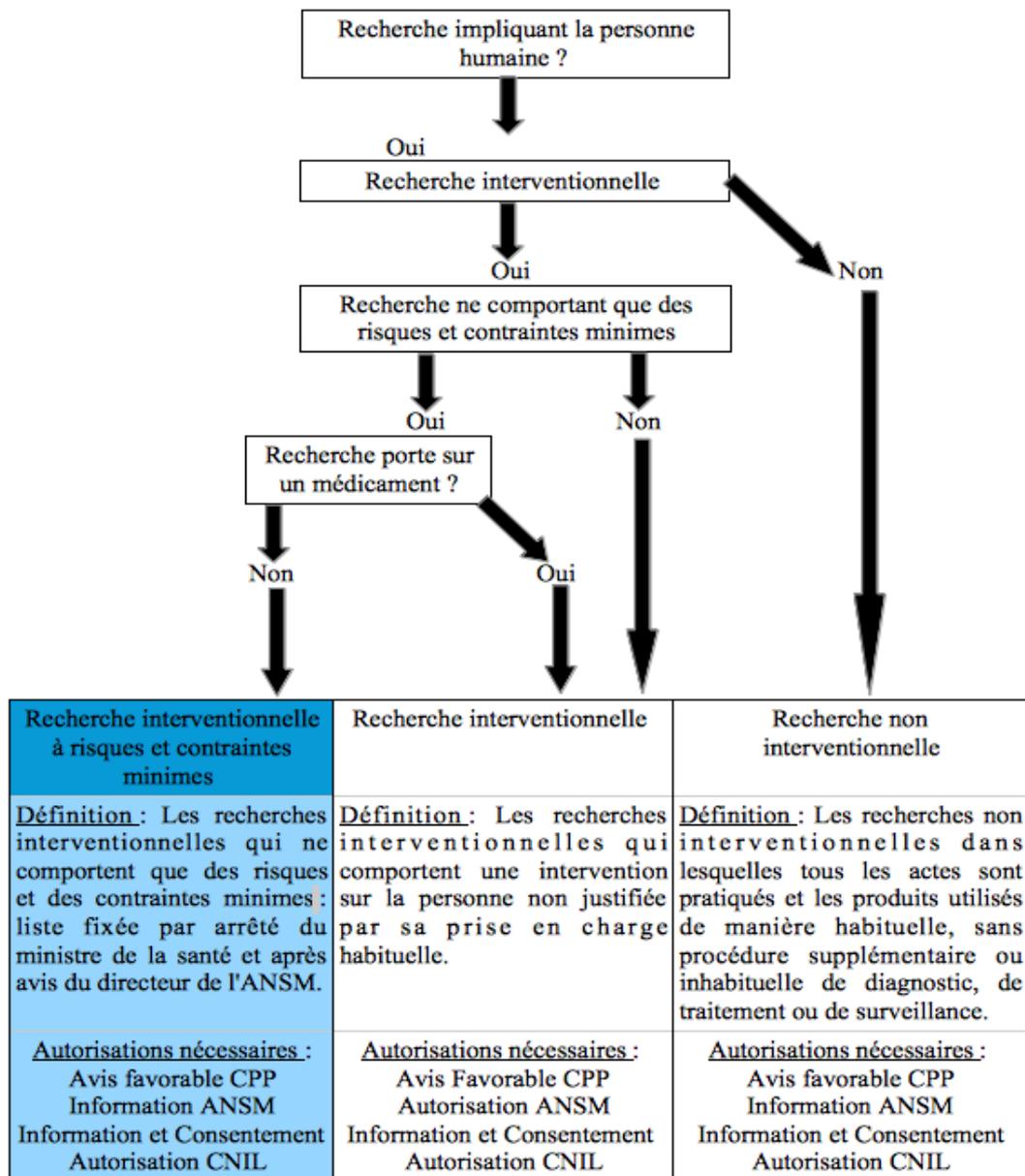


Figure 5 : Représentation schématique des différents types de recherche définis par la loi Jardé (41).

Compte tenu des modifications apportées par décret délimitant les recherches considérées comme n'impliquant pas la personne humaine (Décret n°2017-884 du 09/05/2017), cette étude n'a finalement pas été, considérée au regard de la législation comme impliquant la personne humaine (43).

En effet, selon ce décret, « ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes

saines ou malades, n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I et qui visent à réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé ». (Figure 6) (41).

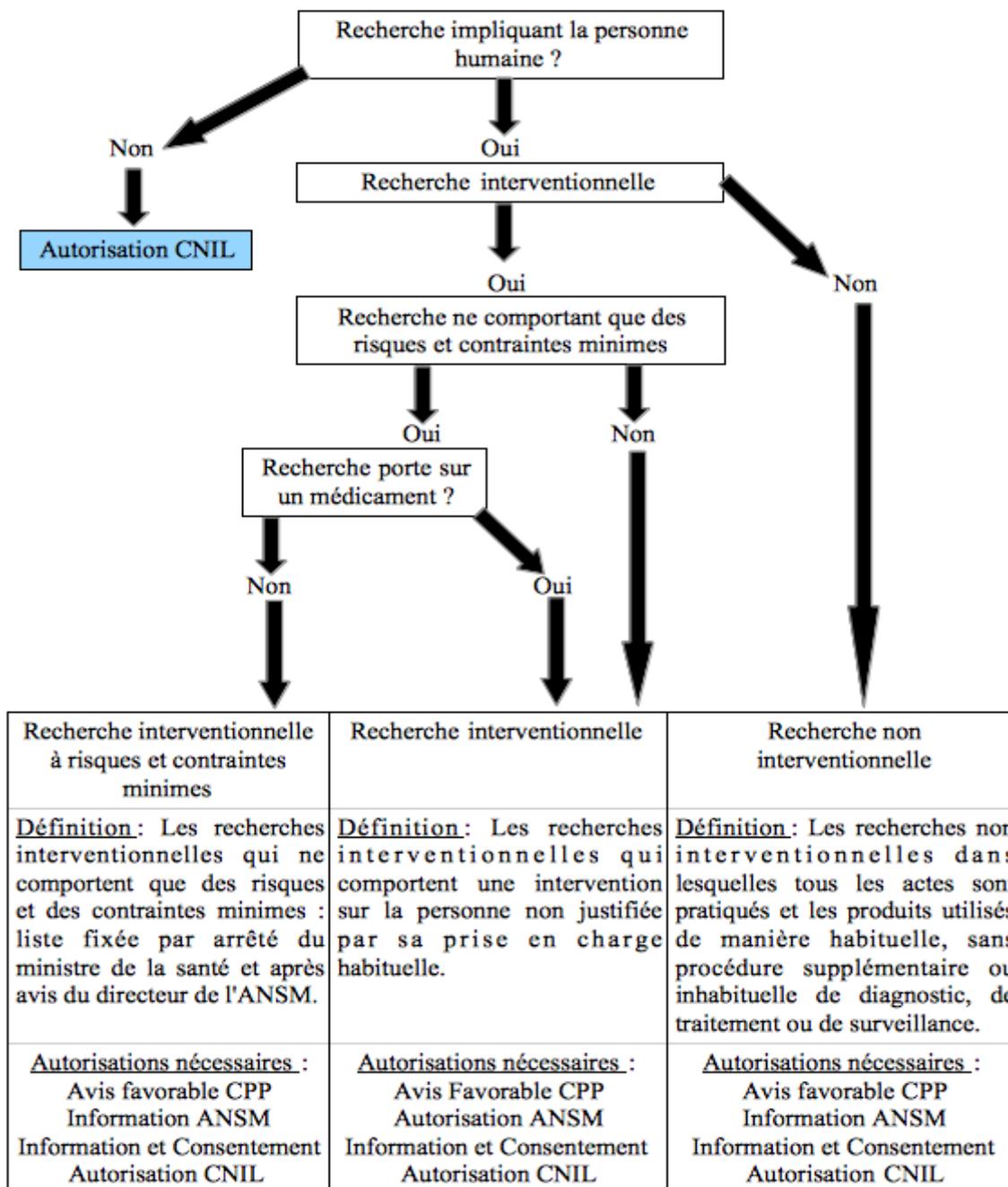


Figure 6 : Représentation schématique des différentes recherches suite à la parution du décret n°2017-884 du 09/05/2017 (41).

Ce décret précise que dans ce cadre, l'avis préalable favorable du CPP n'est pas nécessaire. Il faut néanmoins s'assurer de la conformité du traitement de données à caractère personnel dans le cadre de l'étude avec la loi informatique et libertés via la Commission Nationale de

2.1.1.2 Choix d'une recherche à méthodologie qualitative

Ce projet de recherche s'inscrit comme recommandé dans le guide méthodologique de la HAS, dans le cadre d'une recherche qualitative. La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité, il n'y a pas opposition mais complémentarité entre les deux, car elles n'explorent pas les mêmes champs de la connaissance (Tableau 2).

La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative (44).

Tableau 2 : Différences entre recherche quantitative et qualitative (44).

| Recherche quantitative | Recherche qualitative |
|---|---|
| Questions plutôt biomédicales | Plutôt adaptée à l'étude de phénomènes sociaux |
| Mesure, quantifie des variables | Explore l'existence et la signification de ces phénomènes |
| Relations causales entre des variables mesurables | Compréhension du contexte Etude des sujets dans leur environnement |
| Teste des hypothèses | Crée des hypothèses |
| Déductive | Inductive |

Le but de la recherche qualitative vise le développement de concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), donnant une importance particulière aux significations, aux expériences et aux opinions de tous les participants (45). La méthode qualitative permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des patients, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. A ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.

Dans ce travail, on ne cherche donc pas à faire évaluer l'outil par un échantillon représentatif de la population visée mais à comprendre les difficultés que pourraient rencontrer les futurs utilisateurs de l'outil afin de le modifier en conséquence, et donc, de

s'assurer en amont de la diffusion de celui-ci, qu'il est adapté au regard de leurs connaissances et représentations.

2.1.1.3 Choix de l'entretien individuel semi-directif

La méthode utilisée est celle de l'entretien semi-directif (ou semi-structuré) en face à face (24). Il s'agit de l'une des deux méthodes recommandées dans le guide méthodologique de la HAS, l'autre étant le groupe de discussion ou focus groupe (Figure 7) (46).

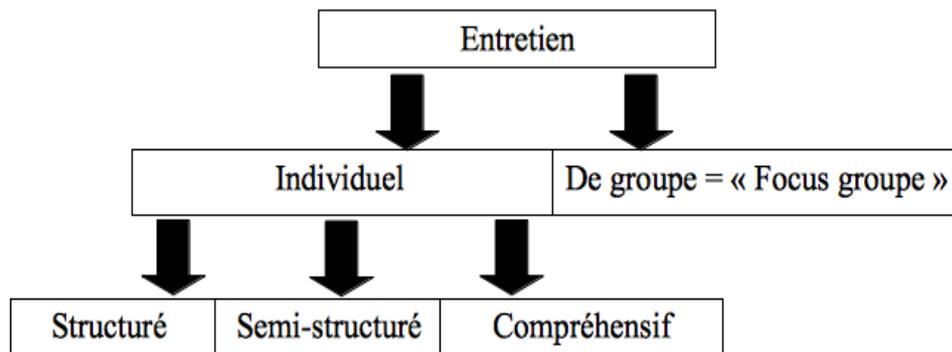


Figure 7 : Représentation schématique des différentes techniques de recueil de données par entretien

Au regard des différentes limites décrites au focus groupe, il a été préféré l'entretien individuel. Les limites du focus groupe résultent des aspects négatifs de l'interaction de groupe. On peut en effet constater des réticences chez certains participants à exprimer des idées personnelles au sein d'un groupe. Il peut se dégager des normes de groupe, sources de blocage. Il peut également apparaître des relations de hiérarchie (effets de leader d'opinion) ou conflictuelles entre les participants. Enfin il peut exister des difficultés matérielles à réunir des personnes d'horizons différents et l'animateur être compétent en animation de groupe (Tableau 3) (46).

L'entretien, quant à lui, évite les limites précédemment décrites des focus groupes et reste faisable dans la présente étude du fait d'un nombre relativement restreint de personnes à interroger.

Tableau 3 : Différences entre entretien individuel et focus groupe (47)

| Focus Groupe | Entretien individuel |
|---|---|
| Dynamique de groupe (à gérer), 6 à 8 personnes | Plus de profondeurs, sujets délicats |
| Plusieurs avis en même temps | Plus facile d'exprimer son avis |
| Milieu expérimental et neutre | Peut se faire dans le milieu naturel |
| Moins de déplacements pour les chercheurs | Déplacement du chercheur pour chaque entretien |
| Deux chercheurs | Un chercheur |
| Plus difficile à organiser (demande de la disponibilité des participants) | Plus facile à organiser (adaptation plus facile aux besoins des participants) |
| Durée : 90 minutes | Durée : 30 minutes |
| Saturations d'idées : 3 à 6 | Saturations d'idées : 15 à 20 |

La HAS recommande également que l'entretien individuel soit semi-directif, plutôt que directif ou non directif (Tableau 4).

Tableau 4 : Principales caractéristiques des trois types d'entretiens (48)

| Entretien directif | Entretien semi-directif | Entretien non directif |
|--|---|---|
| Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées | Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé | Discours continu |
| Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis | Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer | Aucune question préparée à l'avance |
| Information partielle et réduite | Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi | Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente |
| Information recueillie rapidement ou très rapidement | Information recueillie dans un laps de temps raisonnable | Durée de recueil d'informations non prévisible |
| Inférence assez faible | Inférence modérée | Inférence exclusivement fonction du mode de recueil |

Les entretiens semi-structurés sont menés sur la base d'une structure souple consistant en des questions ouvertes qui définissent le domaine à explorer, à partir duquel l'interviewer ou l'interviewé peut diverger afin de poursuivre une idée plus en détail (49).

2.1.2 Définition de la population étudiée

2.1.2.1 Critères d'inclusion

La population étudiée était constituée de patients adultes hospitalisés à temps complet, à leur demande dans le secteur d'addictologie générale du Service d'addictologie (Hôpital Fontan 2, CHRU Lille), pour la prise en charge d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives, maîtrisant la lecture du français courant et capables de s'exprimer oralement en français. La HAS recommande pour la constitution du panel de veiller à une diversification des profils (24). Dans le cas présent, on a veillé à diversifier les profils en termes d'âge, de sexe, de substances en rapport avec l'addiction, ou de niveau socio-économique.

2.1.2.2 Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient : personne mineure ou sous tutelle ; personne ne maîtrisant pas la lecture du français courant ou ne pouvant s'exprimer oralement en français, personne sourde et/ou muette et/ou aveugle, personne dans l'impossibilité de recevoir une information éclairée ou de donner son consentement libre et éclairé.

2.1.3 Critères d'évaluation

L'évaluation se faisait au cours d'un entretien semi-directif réalisé à l'aide d'un guide d'entretien et d'observation. L'entretien commençait par le recueil de quelques données permettant de déterminer les caractéristiques des personnes interviewées. Conformément aux recommandations de la HAS, les éléments suivants ont ensuite été évalués :

- L'opinion générale sur le document ;
- La lisibilité et la compréhension ;
- La présentation et l'organisation : logique, hiérarchie, liens entre les messages clés ;
- La quantité d'information (trop ou pas assez) ;
- L'utilité et l'aspect des illustrations (notamment le choix entre photographies et/ou schémas) ;
- L'utilisation potentielle sur le terrain ;
- Les modalités de mise à disposition et les différentes utilisations possibles (qui

remet, quand, où et comment).

2.1.4 Calcul du nombre de sujets

Le nombre de sujets requis est, selon les recommandations de la HAS, volontairement restreint à 10 à 12 participants. Ce nombre de sujets à inclure fut donc fixé *a priori*. La recherche qualitative se base en général, pour déterminer le nombre de personnes à inclure dans une étude, sur la notion de saturation des idées qui est atteinte lorsqu'il n'y a plus de nouvelles idées qui émergent lors des entretiens avec un échantillon donné (47).

2.1.5 Stratégie d'analyse

D'un point de vue pratique, les entretiens ont été conduits par moi-même, et sous la responsabilité du Docteur Alessandra BLAIZOT. J'ai été préalablement formé à la conduite et à l'analyse d'entretiens semi-directifs par le Docteur Alessandra BLAIZOT, elle-même formée à la conduite d'études de recherche qualitative. En cas de besoin, je pouvais compter sur son aide.

Chaque entretien a été enregistré via l'application Dictaphone Audiomemo pour Ipad® (Apple®), après avoir obtenu l'accord du participant. L'enregistrement permettait de limiter la prise de notes durant les entretiens, et donc de se centrer sur l'échange avec le participant, tout en autorisant une ré-écoute ultérieure. La tablette utilisée a été prêtée par la Sous-section Prévention, Epidémiologie, Economie de la santé, Odontologie légale de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille. Ces enregistrements ont été anonymisés et stockés par la Sous-section.

Les entretiens ont été minutieusement analysés de manière à ce que, pour chacun des critères d'évaluation précédemment décrits, on puisse statuer sur les améliorations à apporter au document écrit. Cette analyse a été effectuée par un binôme de chercheurs, composé du Docteur Alessandra BLAIZOT et de moi-même. En cas de doute ou de désaccord, les avis du Docteur Céline CATTEAU et/ou du Professeur Olivier COTTENCIN pouvaient être consultés.

Si d'importantes modifications étaient demandées par les participants et pour tenir compte au mieux de la variabilité des patients et/ou des usagers, l'équipe pouvait décider de soumettre à nouveau la maquette modifiée à l'avis d'un autre panel de sujets.

Les données permettant de préciser les caractéristiques des participants ont été rapportées

sous la forme d'effectifs (genre, classe d'âge, activité professionnelle, raisons de l'hospitalisation, consommation tabagique journalière, existence de pathologies générales). La moyenne de l'âge accompagnée des extrêmes a également été calculée.

Les données collectées portant sur les objectifs de l'étude ont fait l'objet d'une analyse de contenu par thématique. Cette analyse s'est basée sur un processus inductif puisque les investigateurs ne disposaient pas pour la majorité des questions d'élément *a priori*. Les résultats de cette analyse ont été présentés soit sous la forme de texte, soit sous la forme de tableaux synthétiques des réponses des participants. Selon les questions, des extraits de verbatim des participants ont également été rapportés.

Concernant le niveau de recommandation (à graduer entre 0 et 10), une moyenne accompagnée des extrêmes a été calculée.

2.2 Logistique de l'étude

2.2.1 Equipe participante

L'équipe participante pluridisciplinaire était constituée de :

1/ Professionnels de la santé orale, à savoir :

- Moi-même, co-investigateur, étudiant en odontologie dans le cadre de mon travail de thèse en vue du Diplôme de chirurgien-dentiste (Université de Lille) ;
- Le Docteur Alessandra BLAIZOT, investigateur coordonnateur, chirurgien-dentiste, maître des conférences des universités, praticien hospitalier (Université de Lille, CHRU de Lille) ;
- Le Docteur Céline CATTEAU, co-investigateur, chirurgien-dentiste, maître des conférences des universités, praticien hospitalier, Responsable de l'Unité Fonctionnelle Prévention-Santé publique du Service d'odontologie (Université de Lille, CHRU de Lille).

2/ Professionnels de l'addictologie :

- Le Professeur Olivier COTTENCIN, co-investigateur, médecin, professeur des universités, praticien hospitalier, Responsable du Service d'addictologie (Université de Lille, Hôpital Fontan 2 - CHRU de Lille) ;

- Ainsi que l'équipe soignante du secteur d'addictologie générale du Service d'addictologie (Hôpital Fontan 2 - CHRU de Lille).

2.2.2 Lieu de réalisation de la recherche

Le lieu de la recherche se situait dans le secteur d'hospitalisation à temps complet, secteur d'addictologie générale du Service d'addictologie (Hôpital Fontan 2, CHRU Lille).

Ces entretiens ont eu lieu dans la chambre de chaque participant, le jour de la consultation bucco-dentaire hebdomadaire (à savoir les jeudis matins) de la période d'étude.

2.2.3 Déroulement pratique de la recherche

Chaque jour de conduite de l'étude, un moment de discussion était conduit de façon informelle entre l'équipe soignante du secteur d'addictologie générale et moi-même afin de me préciser les patients hospitalisés ce jour-là, disponibles et susceptibles de répondre aux critères de sélection définis. Une fois les éventuels participants identifiés, j'entrais en contact avec chacun.

Chaque entretien était précédé de la présentation de l'étude et du recueil de l'accord de participation (recueil du consentement écrit, daté et signé). La lettre d'information ainsi que le formulaire de recueil du consentement sont disponibles en Annexe 1. Une fois les accords obtenus pour la participation à l'étude et l'enregistrement audio, l'entretien démarrait.

La maquette du document était remise au participant en lui demandant de se concentrer sur les chapitres relatifs à son addiction. Un temps de feuilletage et de lecture libre était laissé au participant durant lequel je relevais les réactions notables du participant. Ce temps de lecture avait été estimé entre 5 et 10 minutes, variable selon la co-existence d'addictions à plusieurs substances psychoactives.

Une fois que le participant estimait avoir pris suffisamment connaissance du document, l'entretien commençait. Celui-ci était animé par moi-même m'appuyant de façon souple et adaptée selon les situations sur le guide d'entretien et d'observation, préalablement imprimé sur support papier. Ce guide est disponible en Annexe 2.

Le participant était invité à s'exprimer librement sur les différentes questions et pistes de discussion proposées, en l'aidant à s'exprimer si nécessaire. Il était prévu que je prenne quelques notes au cours de l'entretien pour me permettre de rebondir plus facilement sur les

éléments apportés par le participant.

Une fois l'ensemble des questions abordées, je m'assurais que le participant ait pu apporter l'ensemble des éléments qu'il souhaitait, et proposais, si ce dernier en était d'accord, de clôturer l'entretien.

La durée de l'entretien en elle-même était estimée entre 20 et 30 minutes.

2.2.4 Durée de l'étude

Le temps de participation à la recherche pour chaque sujet se prêtant à celle-ci (présentation de l'étude, recueil du consentement, lecture du livret, entretien) était estimé entre 30 et 45 minutes, selon la situation du participant.

La durée de la conduite de la recherche était fixée à 4 mois maximum ou jusqu'à l'obtention du nombre d'entretiens requis. La conduite de l'étude a débuté en septembre 2017. La durée de l'analyse des données a été fixée à 4 mois maximum. Le promoteur se réservait le droit d'interrompre l'étude en raison d'un défaut d'inclusion. L'étude pouvait être arrêtée par décision conjointe de l'autorité compétente, du promoteur ou de l'investigateur coordonnateur.

2.2.5 Critères d'arrêt de participation à l'étude

Aucun motif d'arrêt de participation à l'étude n'a été prévu hormis ceux prévus par la législation. Chaque participant pouvait sortir de l'étude par décision de l'autorité administrative compétente, du promoteur et de l'investigateur coordonnateur mais aussi par décision d'un co-investigateur ou par décision de l'intéressé lui-même conformément à la réglementation et comme il est mentionné dans le formulaire de recueil du consentement. La décision du participant d'interrompre sa participation n'avait aucune conséquence sur sa prise en charge au sein du CHRU de Lille.

Tout arrêt de participation entraînait le recrutement d'un participant supplémentaire afin d'atteindre le nombre de sujets initialement prévu pour l'étude.

2.2.6 Bénéfices, risques et contraintes de l'étude

Les bénéfices attendus pour les sujets participant à cette étude portent sur leur rôle d'acteur dans la constitution de l'information mise à disposition auprès des futurs patients, ainsi que sur de meilleures connaissances personnelles des conséquences bucco-dentaires de leur

addiction à une ou plusieurs substances psychoactives et sur les auto-soins quotidiens recommandés en prévention bucco-dentaire. Afin de valoriser la participation de chaque participant pour son aide dans cette étude, un temps de retour sur les informations lues lui était proposé après chaque entretien l'aidant ainsi à clarifier sa situation, voire à proposer des pistes pour la suite de son parcours bucco-dentaire.

Aucun risque n'était prévu. La seule contrainte envisagée portait sur le temps accordé par chaque participant à l'entretien. Cette contrainte était néanmoins à relativiser étant donné que les sujets impliqués dans la recherche l'étaient, durant leur séjour d'une durée habituelle de 13 jours d'hospitalisation, et en dehors de toute autre obligation liée à l'hospitalisation (autre rendez-vous, permission de sortie, examen...).

2.3 Droits d'accès aux données et documents sources

L'investigateur s'engageait à accepter les contrôles du promoteur, ou de l'inspecteur de l'autorité administrative compétente. Il garantissait l'accès aux données sources (fichiers informatiques, documents de l'étude...).

2.4 Considérations éthiques et légales

La recherche a été conduite conformément au protocole rédigé en amont de la conduite de celle-ci, aux bonnes pratiques cliniques et aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'investigateur était responsable du déroulement de l'étude.

L'investigateur s'engageait :

- A garder les données sources ainsi que les documents administratifs relatifs au protocole ;
- A ne pas inclure de volontaire avant la réception des autorisations officielles du Comité de Protection des Personnes (dans le cas où celui-ci serait nécessaire) et de l'autorité compétente ;
- A respecter le protocole ;
- A conduire l'étude suivant les principes moraux, réglementaires, éthiques, et

scientifiques qui régissent la recherche clinique ;

- A recueillir le consentement éclairé et écrit de chaque volontaire ;
- A rapporter tout événement indésirable grave.

Les sujets disposaient d'une information complète orale et écrite précisant le déroulement de l'étude. Une lettre d'information a été remise au sujet avant son inclusion dans l'étude (Annexe 1).

Un consentement éclairé signé était recueilli pour chaque participant avant leur entrée dans l'étude (Annexe 2, formulaire). Aucun acte spécifique au protocole ne devait commencer sans l'accord signé du participant.

La lettre d'information et le formulaire de consentement étaient établis en 3 exemplaires dont un exemplaire était remis au participant.

Le consentement était signé par l'investigateur et le participant se prêtant à la recherche.

2.5 Démarches auprès des autorités compétentes

2.5.1 Soumission du projet à un Comité de Protection des Personnes

Compte tenu du calendrier durant lequel le protocole de recherche a été conçu (à savoir après la promulgation de la Loi Jardé sur les recherches impliquant la personne humaine et avant la parution du décret précisant les limites de ce cadre), un rapprochement auprès de la Direction de la Recherche du CHRU de Lille a été initié qui a conduit à la décision de rédiger un dossier en vue d'une soumission du projet à un CPP (50). Les CPP sont des instances officielles chargées de veiller à la protection des personnes qui participent à une recherche médicale. A ce titre, ils analysent les dossiers soumis et donnent leur accord ou non pour la conduite de chaque projet soumis en amont de sa mise en œuvre. Ils ont la responsabilité de concilier la protection individuelle des personnes qui acceptent de contribuer aux progrès de la médecine et le développement des recherches qui conditionnent ces progrès dans l'intérêt de toute la société (51).

Suite à la parution du décret précédemment cité durant ce laps de temps, et le classement de la recherche hors cadre «impliquant la personne humaine» qui s'en est suivi, le dossier n'a donc finalement pas nécessité de soumission préalable à un CPP (43).

2.5.2 Déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés

Le projet de recherche a également fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) par le biais du CHRU de Lille sous le N° CNIL DEC16-184.

La CNIL accompagne les professionnels dans leur mise en conformité et aide les particuliers à maîtriser leurs données personnelles et exercer leurs droits. Elle analyse l'impact des innovations technologiques et des usages émergents sur la vie privée et les libertés. Enfin, elle travaille en étroite collaboration avec ses homologues européens et internationaux pour élaborer une régulation harmonisée (52).

2.6 Synthèse de la méthodologie de la recherche

Le tableau ci- après (Tableau 5) présente de façon synthétique la méthodologie de la recherche.

Tableau 5 : Représentation synthétique de la méthodologie de la recherche.

| | |
|------------------------------|--|
| PROMOTEUR | CHRU Lille |
| TITRE | Evaluation d'un outil d'information sur les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives |
| OBJECTIFS | Evaluer la lisibilité, la compréhension et la présentation d'un outil écrit d'information à l'intention des personnes consultant le service d'addictologie (CHRU Lille) conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé |
| PLAN EXPERIMENTAL | Etude qualitative par entretiens semi-directifs individuels |
| CRITERES D'EVALUATION | 1/ Opinion générale sur le document 2/ Lisibilité et compréhension de l'information 3/ Présentation et organisation de l'information 4/ Quantité d'information 5/ Utilité et aspect des illustrations |

| | |
|--|--|
| | 6/ Modalités de mise à disposition et différentes utilisations possibles |
| CRITERES D'INCLUSION | Patients adultes hospitalisés à temps plein à leur demande dans le secteur d'addictologie générale du Service d'addictologie de l'Hôpital Fontan 2 (CHRU Lille) pour la prise en charge d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives, maîtrisant la lecture du français courant et capables de s'exprimer oralement en français |
| CRITERES DE NON INCLUSION | Personne mineure ou sous tutelle Personne ne maîtrisant pas la lecture ou ne pouvant s'exprimer oralement en français Personne sourde et/ou muette et/ou aveugle Personne dans l'impossibilité de recevoir une information éclairée ou de donner son consentement libre et éclairé |
| NOMBRE DE PARTICIPANTS | 10 à 12 patients |
| STRATEGIE D'ANALYSE STATISTIQUE | Etudier les résultats pour chacun des critères d'évaluation et décider des améliorations à apporter au document écrit |
| PROCEDURE D'INVESTIGATION SPECIFIQUE A L'ETUDE ET DIFFERENCES PAR RAPPORT A LA PRISE EN CHARGE HABITUELLE | Conduite d'un entretien semi-directif après lecture du document écrit d'information |
| EVALUATION DES BENEFICES ET DES RISQUES LIES À LA RECHERCHE | Participation à la constitution de l'information en matière de santé bucco-dentaire mise à disposition des patients Amélioration des connaissances sur les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives Pas de risque |
| DUREE DE CONDUITE DE L'ETUDE | 4 mois maximum |

3. Résultats

3.1 Caractéristiques des participants

3.1.1 Refus des participants

Deux personnes identifiées par l'équipe soignante du secteur d'addictologie générale comme susceptibles de présenter les critères d'inclusion ont refusé de participer à l'étude. L'un d'entre eux a refusé de participer à une étude avant de connaître le sujet de l'étude tandis que l'autre a répondu « ne pas se sentir concerné ». Au total, 11 personnes ont accepté de se prêter à la recherche.

3.1.1 Genre et âge

Parmi les 11 participants, 10 étaient des hommes. L'âge moyen des participants était de 37,5 ans. Le plus jeune avait 24 ans et le plus âgé 52 ans (Tableau 6).

Tableau 6 : Distribution des participants par classe d'âge (N=11)

| Âge | < 30 ans | 31-40 ans | 41-50 ans | > 50 ans |
|----------|----------|-----------|-----------|----------|
| Effectif | 2 | 6 | 2 | 1 |

3.1.2 Activité professionnelle

Le Tableau 7 présente les métiers des participants.

Tableau 7 : Distribution des participants selon leur métier (N=11)

| Métier | Chef de nettoyage | Ingénieur | Carreleur | Cuisinier | Jardinier | Téléconseiller | Commercial |
|----------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|------------|
| Effectif | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 2 |

Parmi les 11 participants, 8 participants n'exerçaient pas d'activité professionnelle lors de l'étude.

3.1.3 Raisons de l'hospitalisation

Parmi les 11 participants, 10 ont déclaré présenter une addiction à l'alcool qui pour 2 d'entre eux était associée à une autre addiction (cannabis ou héroïne et benzodiazépines) (Tableau 8).

Tableau 8 : Distribution des participants selon leur addiction (N=11)

| Substance psycho-active à l'origine de l'addiction | Substance unique | Multiples substances | | |
|--|------------------|----------------------|------------------------------------|-------------------|
| Type de substance | Alcool | Cocaïne + Cannabis | Alcool + Héroïne + Benzodiazépines | Alcool + Cannabis |
| Effectif | 8 | 1 | 1 | 1 |

3.1.4 Existence de pathologies

Quatre participants ont déclaré souffrir de pathologies générales autres que les addictions. Deux participants souffraient d'une pathologie du foie, l'un souffrant d'une Hépatite C, sous traitement et l'autre d'une cirrhose. L'un des participants souffrait d'un cancer du colon et d'une pancréatite, et présentait un antécédent de tumeur cérébrale. Enfin le dernier des participants souffrant d'une pathologie générale avait subi une néphrectomie du rein droit.

3.1.5 Consommation tabagique journalière

Parmi les 11 participants, 10 ont déclaré une consommation tabagique quotidienne dont un par cigarette électronique (Tableau 9).

Tableau 9 : Distribution des participants selon leur consommation tabagique journalière (N=11)

| Consommation tabagique journalière | 10-20 cigarettes | 21-30 cigarettes | 31-40 cigarettes | > 40 cigarettes | Cigarette électronique | Non fumeur |
|------------------------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------------|------------|
| Effectif | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |

3.1.6 Examen bucco-dentaire

Deux participants ont bénéficié d'un examen bucco-dentaire à la suite de l'entretien, dans le cadre de la consultation hebdomadaire.

Un participant avait déjà bénéficié d'un examen bucco-dentaire deux mois auparavant au cours de cette même consultation.

3.2 Compréhension de l'outil

3.2.1 Contenu de l'outil

Les 11 participants ont avec leurs propres mots, décrit l'outil comme expliquant les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psycho-actives. Parmi les participants, 3 d'entre eux ont évoqué les conseils d'hygiène bucco-dentaire également apportés par l'outil.

L'ensemble du panel a répondu « oui » à la question « est ce que l'information contenue dans cet outil est, selon vous, facile à comprendre ? ». Les participants pensaient à l'unanimité que les illustrations permettaient de mieux comprendre le texte. Certains participants ont argumenté leurs propos en indiquant qu'il est « primordial d'avoir des illustrations », que « les illustrations sont importantes », tout en gardant « un juste milieu entre le texte et les illustrations ». Le terme « équilibré » a été cité par 8 participants.

3.2.2 Conséquences bucco-dentaires

Les participants devaient expliquer avec leurs propres mots les conséquences possibles de leur(s) addiction(s) sur la santé bucco-dentaire (Figure 8). La majorité a rapporté des risques de parodontite ou de lésions carieuses.

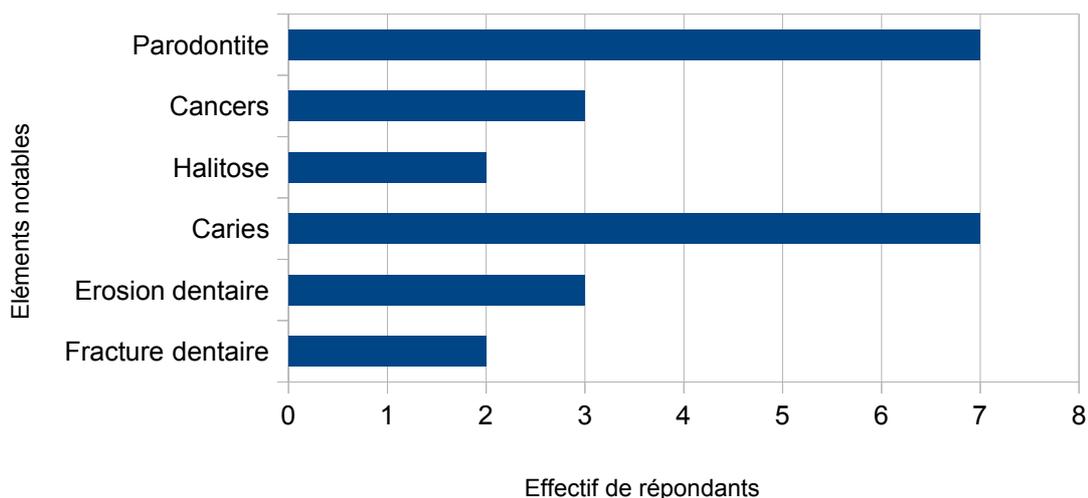


Figure 8 : Distribution des réponses des participants à la question « Pouvez-vous expliquer les conséquences possibles de votre addiction sur la santé bucco-dentaire ? » (11 répondants, plusieurs réponses possibles par répondant)

3.2.3 Hygiène bucco-dentaire

Les participants devaient citer deux éléments importants figurant dans l'outil en matière d'hygiène bucco-dentaire (Figure 9). Un participant n'a pas pu apporter de réponse n'ayant pas remarqué la présence de ces informations dans le livret. Hormis ce participant, tous ont rapporté des éléments relatifs à la technique de brossage, 4 ont évoqué l'hygiène alimentaire et le matériel nécessaire au brossage.

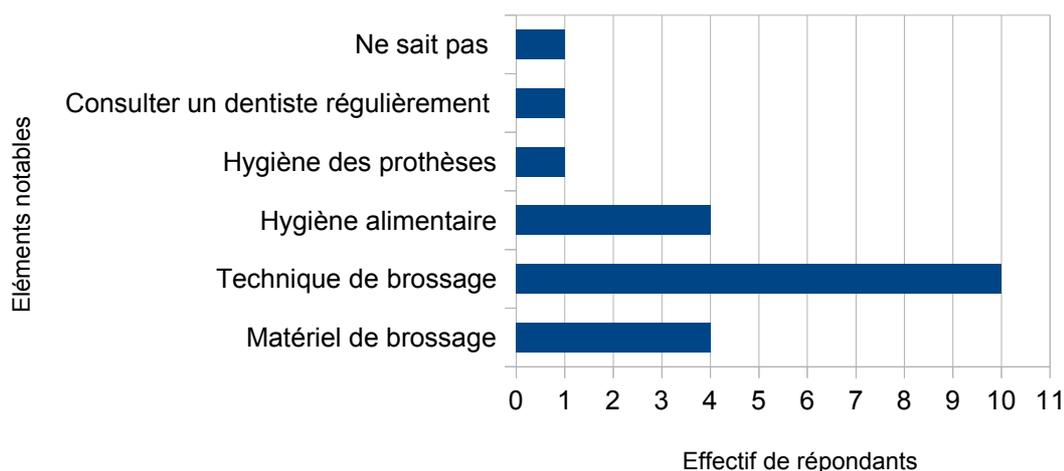


Figure 9 : Distribution des réponses des participants à la question «Pouvez-vous donner deux éléments importants en matière d'hygiène bucco-dentaire ? » (11 répondants, plusieurs réponses possibles par répondant)

3.3 Lisibilité de l'outil

3.3.1 Feuilletage par le participant

Les éléments notables, sur la façon de feuilleter l'outil d'information par le participant pour la première fois sont rapportés sur la Figure 10.

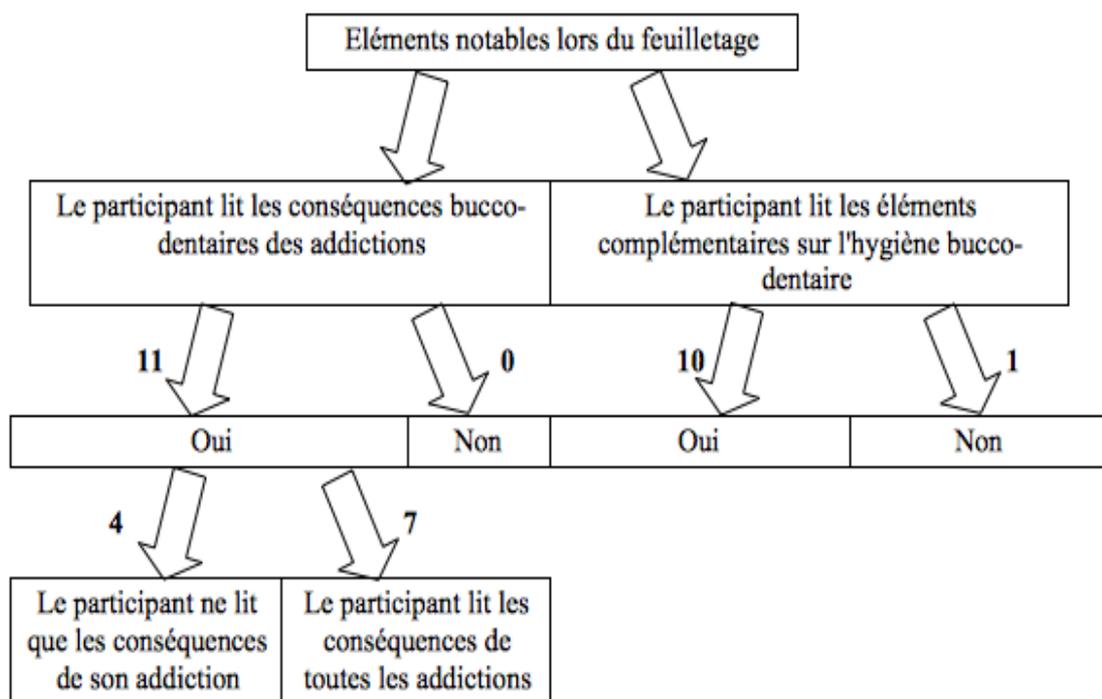


Figure 10 : Distribution des participants en fonction des éléments notables du feuilletage de l'outil (N=11).

3.3.2 Recherche d'une page donnée dans l'outil

Les participants devaient retrouver une page précise, à ma demande, qui expliquait les conséquences d'une addiction dont ils ne souffraient pas, puis, toujours à ma demande, la ou les page(s) qui explique(nt) les conséquences de leur(s) addiction(s). Tous les participants ont été capables de retrouver ces pages et ont mis entre 1 et 30 secondes pour les retrouver individuellement.

3.3.3 Informations complémentaires

Les patients devaient répondre à la question « Peut-on, selon vous, retrouver dans l'outil des conseils pour obtenir des informations complémentaires ? ».

Trois participants ont cité les sources des informations disponibles à la fin du livret

d'information. Huit participants n'ont pas su répondre à cette question, n'ayant pas vu les sources à la fin du livret. Parmi ces 8 participants, 3 ont précisé qu'ils n'avaient pas besoin d'informations complémentaires, car selon eux, l'outil se suffisait en lui-même.

3.4 Présentation de l'outil

3.4.1 Format de l'outil

Les 11 participants ont répondu « oui » à la question « La présentation de l'outil vous a-t-elle donné envie de le feuilleter ? ».

Les arguments permettant de justifier leurs réponses, concernaient « la mise en page », « le texte accompagné de photos », « les termes techniques expliqués ».

3.4.2 Les illustrations

Les patients pensaient à l'unanimité que les illustrations permettaient de mieux comprendre le texte. Selon les 11 participants, l'outil était équilibré entre quantité de texte et d'illustrations.

Les patients devaient préciser leur préférence entre photographies et schémas, pour illustrer l'outil d'information. Leurs préférences sont rapportées dans le Tableau 10.

Tableau 10 : Distribution des réponses des participants à la question « Etes-vous plus à l'aise avec les photographies ou avec les schémas ? » (N=11)

| Type d'illustrations | Schémas | Photographies de la réalité | Photographies « chocs » | Schémas et photographies |
|----------------------|---------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Effectif | 0 | 8 | 1 | 2 |

Les arguments cités par les participants, en faveur de photographies reflétant la réalité, étaient : « les photos chocs sur les paquets de cigarette, ça ne marche pas », « les schémas sont gênants, on dirait des dessins de bébé », « les photos rendent mieux la réalité », « les photos sont plus parlantes ».

3.5 Points positifs et pistes d'amélioration rapportés

3.5.1 Points positifs

Les points positifs de l'outil évoqués par les participants portaient notamment sur l'initiative de réaliser un outil à leur disposition. Les participants ont également apprécié la mise en page de l'outil, l'équilibre entre les photographies et le texte et la facilité de compréhension liée notamment à l'explication des termes scientifiques. Deux des participants ont jugé l'outil comme étant complet (Figure 11).

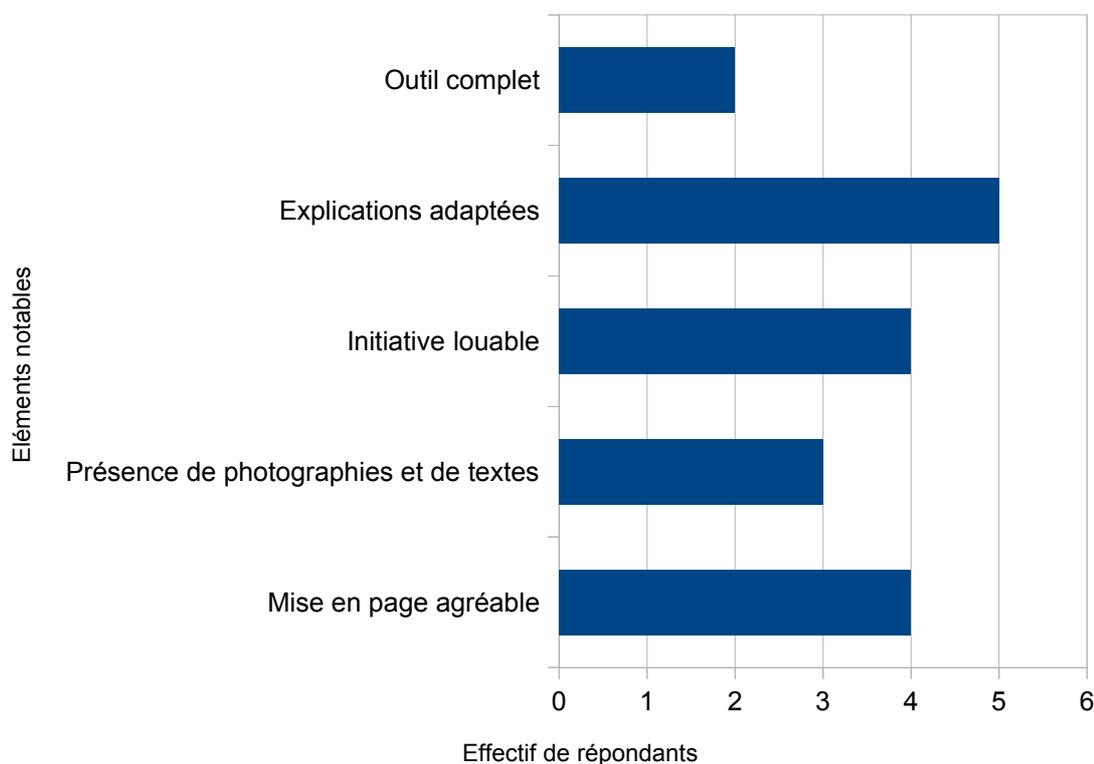


Figure 11 : Distribution des points positifs évoqués par les participants (11 répondants, plusieurs réponses possibles par répondant) .

Certains patients ont ajouté d'autres éléments tels que : « l'outil ne doit pas être plus scientifique », « on se sent concerné », « ça donne envie d'être lu », « première fois que je trouve un truc bien foutu », « ça fait réagir, prendre conscience ».

3.5.2 Améliorations de l'outil

Les participants ont évoqué des points négatifs à l'outil d'information, et ont donc proposé des améliorations à celui-ci (Figure 12). Toutes les pistes proposées portaient sur des aspects de forme liés au support utilisé.

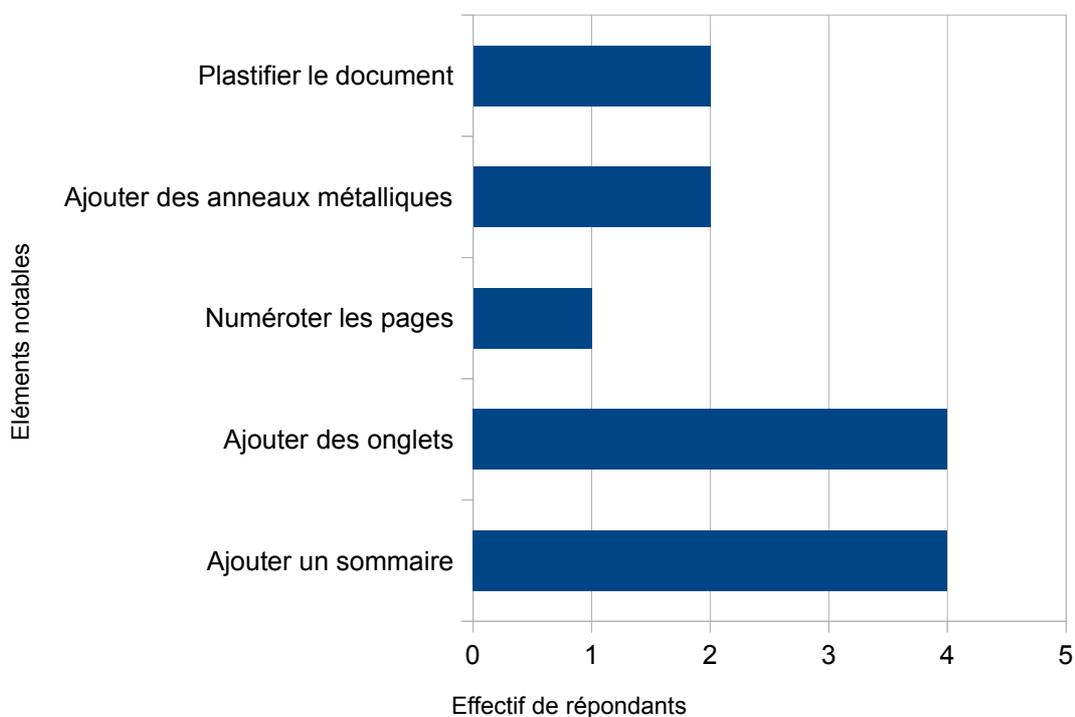


Figure 12 : Distribution des améliorations proposées par les participants (11 répondants, plusieurs réponses possibles par répondant)

3.5.3 Recommandation de l'outil

Il a été demandé aux participants de préciser quel niveau de recommandation ils attribueraient à l'outil sur une échelle de 0 à 10 (de 0 : le participant ne recommanderait pas l'outil, à 10 : le participant serait sûr de le recommander).

La moyenne de recommandation évaluée par les participants était de 8,2/10, l'évaluation minimale étant de 8, et l'évaluation maximale de 9.

4. Discussion

4.1 Limites et intérêts

4.1.1 Méthode de sélection des participants

Dans cette étude de recherche qualitative, on ne cherchait pas à obtenir une représentativité mais une diversification des profils des participants afin que l'outil soit à terme adapté au plus grand nombre de patients, notamment à ceux habituellement hospitalisés dans le Service d'addictologie.

Les participants étaient sélectionnés après avoir recueilli l'avis du personnel soignant du Service d'addictologie de l'Hôpital Fontan 2 sur l'éventuelle participation des patients hospitalisés le jour en question dans le service et répondant aux critères de sélection. Ma demande de patients n'ayant pas de difficultés à lire et à répondre aux questions, ainsi que l'investissement et la volonté de bien faire et de faciliter la conduite de l'étude, ont pu entraîner certains biais dans la sélection des participants. Il est difficile de savoir si les patients ayant participé à l'étude reflétaient les patients habituellement reçus dans le service mais il est possible, au vu de leurs caractéristiques (notamment en termes de niveau d'éducation), que celles-ci soient supérieures à celles des patients habituellement reçus dans le service. Ainsi, bien que le panel ait considéré l'outil comme adapté, le risque serait que l'outil s'avère être trop complexe pour les lecteurs potentiels de l'outil représentés par les patients habituellement accueillis dans le service.

Néanmoins, les lecteurs potentiels pourraient demander à bénéficier d'une aide à la lecture si cela s'avérait nécessaire, auprès du personnel soignant ou des chirurgiens-dentistes dans le cadre de la consultation hebdomadaire. La consultation hebdomadaire pourrait donc à l'avenir également permettre de répondre aux éventuelles questions des patients qui auraient feuilleté le livret.

Malgré la tentative de constitution d'un panel diversifié quant aux substances consommées, la majorité des participants présentaient une addiction à l'alcool. D'après les données rapportées dans le travail de thèse en vue du Diplôme en chirurgie dentaire de Julian MIRAGLIA, 88,5% des sujets hospitalisés entre septembre 2013 et juin 2014 ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire dans le cadre de la consultation hebdomadaire l'ont été pour un sevrage éthylique (18). La présence d'une majorité de participants souffrant

d'une addiction à l'alcool semble donc en adéquation avec la proportion habituelle retrouvée de patients hospitalisés dans ce service pour cette raison. Néanmoins, dans le but d'évaluer l'adaptation de cet outil, on pourrait avoir manqué de personnes souffrant d'autres addictions susceptibles de donner un avis différent quant à d'autres addictions.

Quoiqu'il en soit, il faudra donc rester vigilant aux retours sur ces différents aspects que pourraient faire les patients une fois l'outil mis en fonction, et ne pas hésiter à le modifier si nécessaire.

4.1.2 Caractéristiques des participants

Même si l'objectif de ce travail n'était pas une évaluation des caractéristiques des personnes hospitalisées à leur demande dans le Service d'addictologie pour la gestion de leur addiction, ni de leur comparabilité avec les caractéristiques de ces personnes en France, certaines caractéristiques ont paru pertinentes à discuter. Il est, en effet, intéressant de disposer dans le panel de personnes avec des profils que l'on pourrait être amené à retrouver régulièrement dans le service (voire dans d'autres structures), et donc susceptibles de feuilleter l'outil (si sa diffusion était élargie), qui se doit donc de leur être adapté.

Deux participants avaient moins de 20 ans. On note chez les jeunes, une baisse globale de la fréquence de consommation, cependant en parallèle on observe une augmentation des ivresses (53).

Six participants se situaient dans la tranche d'âge des 31 à 40 ans. La consommation d'alcool, l'usage à risque et les problèmes liés à l'alcool sont des comportements bien installés dans la quarantaine, et ce jusqu'à l'âge de 65 ans environ. Parmi les consommateurs, on note une décroissance des ivresses après 44 ans, cependant la probabilité d'être buveur chronique plutôt que ponctuel augmente fortement avec l'âge (54).

Trois participants exerçaient le métier de cuisinier. Le portail de statistiques en ligne Statista a diffusé une infographie avec un classement sur la consommation d'alcool en fonction des différents métiers aux Etats-Unis (55). Les chiffres révèlent que près d'un mineur (personne qui travaille dans une mine) sur cinq (17,5%) consommerait une trop grande quantité d'alcool. Les travailleurs du secteur du bâtiment présenteraient un comportement similaire (16,8%). Les employés de la restauration et de l'hôtellerie arriveraient en troisième position de ce classement (11,8%). Le travail sous pression lors du « coup de feu » des heures de repas, des demandes conflictuelles, urgentes de clients

pressés génèrent des conséquences émotionnelles pouvant s'avérer difficiles à supporter psychologiquement et, à la longue, induisent un stress permanent sur le lieu de travail qui peut provoquer des altérations psychologiques, des symptômes d'anxiété, des symptômes dépressifs pouvant mener à une dépendance vis-à-vis de l'alcool ou de tranquillisants et par conséquent causer des troubles de la santé bucco-dentaire (56).

Huit participants n'avaient pas d'activité professionnelle durant l'étude. L'usage répété de substances psycho-actives favorise les troubles psychiques et cognitifs (difficultés de concentration, d'expression ou de mémorisation) qui peuvent peser sur les résultats scolaires ou professionnels, voire progressivement entraîner une déscolarisation et une marginalisation. À terme, une addiction sévère non soignée aboutirait le plus souvent à l'isolement et à la désocialisation (57). C'est pour cette raison que la prise en charge d'une addiction est multidisciplinaire. Elle repose sur l'association d'un traitement médicamenteux, d'une prise en charge psychologique individuelle et/ou collective (notamment par un travail sur le manque d'estime de soi et le sentiment de culpabilité) et d'un accompagnement social.

Dix participants fumaient lors de l'étude. Il existe une corrélation entre consommation d'alcool et de tabac. Cette association est dose-dépendante : les gros fumeurs boivent plus que les petits fumeurs et les gros consommateurs d'alcool fument plus que les petits buveurs. Plusieurs études montrent que le risque de consommation d'alcool est trois fois plus élevé chez les adolescents fumeurs (un paquet par jour) que chez les adolescents non fumeurs. L'alcoolisme est 10 fois plus fréquent dans la population de fumeurs que dans celle des non-fumeurs.

Les facteurs les plus prédictifs de l'arrêt du tabac sont classiquement un bon niveau socio-économique, une faible consommation de tabac, un entourage non fumeur, une faible consommation d'alcool, un âge de début de l'intoxication tardif, une durée d'intoxication brève, un long délai entre le réveil et la première cigarette et une forte motivation à l'arrêt (58). La population clinique d'un service d'addictologie aura donc plus de difficultés à arrêter (59).

Quatre participants souffraient de pathologies générales autres que les addictions (atteignant le foie, pancréas, colon, cerveau). Une consommation excessive d'alcool est à l'origine de conséquences sur différents organes, le plus touché étant le foie avec trois phases, l'hépatite, la stéatose et la cirrhose (57). Le pancréas est lui aussi touché, avec trois

phases, la pancréatite, le cancer et l'apparition du diabète. L'alcool peut également provoquer des cancers des voies aérodigestives, de l'œsophage, de l'estomac, du colon, du rectum, du sein.

Ainsi, le panel sélectionné semble présenter des caractéristiques proches de celles habituellement retrouvées en population générale souffrant d'addictologie. L'outil pourrait donc être pertinent pour une mise à disposition auprès d'un public élargi de personnes souffrant d'addictions.

4.1.3 Saturation des données de l'analyse qualitative

Une critique quant à l'obtention de la saturation des données de l'analyse menée pourrait être évoquée. En effet, conformément aux recommandations de la HAS, un effectif de participants avait été fixé arbitrairement entre 10 et 12 préalablement à l'étude. Néanmoins, au vu des résultats, il semble que la saturation ait pu être obtenue sur les questions centrales investiguées. Malgré tout, on ne peut assurer que celle-ci ait été obtenue sur l'ensemble des données analysées.

4.1.4 Intérêts

Lors de cette étude qualitative, l'avis des patients a été placé au centre de la recherche. L'intérêt était que l'outil soit le plus adapté possible aux patients du secteur d'addictologie générale du Service d'addictologie. Grâce à cela, les patients ont contribué au perfectionnement du livret d'information. Il était primordial que les personnes concernées par l'outil, puissent donner leur avis, que ce soit sur la compréhension, la lisibilité ou la présentation de l'outil en question. Pour cela, une méthode de recherche qualitative paraissait particulièrement adaptée.

La littérature scientifique semble souffrir d'une pénurie d'enquêtes évaluant la santé bucco-dentaire des usagers de substances à l'origine d'addiction (11). De nombreux outils seraient utilisables dans les services d'addictologie, mais peu d'entre eux ont été évalués (60). On retrouve des études expliquant l'impact des différents outils créés, mais peu d'études ont évalué la compréhension, la faisabilité et la lisibilité de ces outils (61).

Dans ce travail, un temps conséquent a été consacré à la réflexion et à la construction d'une étude avec une méthodologie répondant aux recommandations émises par la HAS, en amont de la conduite de l'étude, qui s'est matérialisé par la rédaction d'un protocole de recherche. Cette méthodologie pourrait d'ailleurs être ré-utilisée dans d'autres travaux

cherchant à évaluer l'adaptation d'outils pédagogiques destinés à promouvoir la santé bucco-dentaire.

4.2 Des résultats

4.2.1 Compréhension de l'outil

Les 11 participants ont décrit l'outil comme expliquant les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psycho-actives, ce qui témoigne de l'aisance de compréhension des participants du sujet traité dans cet outil.

D'après les réponses des participants, l'outil en terme d'explications, semble non pas facile, mais plutôt adapté. Certains participants ont apprécié le fait d'expliquer des termes techniques (par exemple : le terme parodontite).

De plus, les 11 participants ont su citer deux conséquences bucco-dentaires liées à leurs addictions. A l'unanimité les participants ont évoqué l'importance d'une corrélation entre textes et photos, permettant une meilleure compréhension de l'outil, et une facilité à retenir les différentes conséquences.

Dans une étude cherchant à évaluer la méthodologie et la réalisation d'un outil pédagogique d'information et d'aide à la prise des médicaments, les auteurs constatent que 65% des personnes, sur un groupe de 32 participants, déclarent que les illustrations permettent de mieux comprendre les textes (62). Une étude menée à Montréal, a cherché à déterminer l'effet de l'illustration sur la compréhension d'un texte de grammaire. L'évaluation reposait sur la compréhension de versions illustrées et non illustrées du même texte, réalisée à l'aide de deux groupes expérimentaux. Les résultats ont indiqué l'impact positif des illustrations sur la rapidité de traitement de l'information et sur la capacité d'utiliser les connaissances acquises (63). Ces données renforcent l'idée que le texte et l'illustration sont des sources complémentaires d'information, dans la mesure où elles contribuent de différentes façons à la construction d'un modèle mental (64).

4.2.2 Lisibilité de l'outil

Lors de la recherche d'une page donnée, les participants ont mis moins de 30 secondes pour retrouver une page correspondant à leur(s) addiction(s), mais aussi moins de 30 secondes pour retrouver une page correspondant à une substance autre que leur(s) addiction(s). Cette question leur demandant de retrouver une page donnée, a permis d'établir la facilité

d'utilisation de l'outil par les participants. Ce système, en termes de résultats et de temps mis par les participants, a été convaincant.

Cependant, malgré la facilité pour les participants à retrouver les pages données, et ce, de manière rapide, la majorité des participants ont évoqué la possibilité d'améliorer la recherche en réalisant, soit un sommaire avec des pages numérotées, soit d'utiliser des onglets pour arriver à la page que l'on recherche plus rapidement. Ceci permettrait donc, pour un participant cherchant une page précise, d'y accéder plus rapidement. A noter que 4 participants sur 11, n'ont lu que les conséquences de leur(s) addiction(s).

Trois participants n'ont pas évoqué les informations disponibles sur l'hygiène bucco-dentaire lors de la description de l'outil et l'un des participants n'avait pas vu qu'il y avait deux pages sur cet aspect. De plus, 8 participants n'ont pas vu la page sur les sources d'informations à la fin du livret.

Réaliser des onglets ne permettrait pas uniquement d'accéder plus rapidement aux informations qui intéressent *a priori* le patient, mais aussi d'avoir connaissance simplement et rapidement de la totalité des sujets traités dans l'outil. Cela pourrait donc éveiller l'intérêt du lecteur sur des aspects auxquels il n'avait pas pensé de premier abord.

A l'inverse, l'absence d'onglet pourrait également conduire le patient à feuilleter l'ensemble du livret ce qui lui permettrait d'identifier les pages portant sur son(ses) addiction(s) mais aussi de s'intéresser à d'autres pages qu'il n'aurait peut-être pas lues s'il avait eu le choix. Cela pourrait néanmoins complexifier sa recherche et le conduire à abandonner la lecture de l'outil.

4.2.3 Format de l'outil

La majorité des participants ont apprécié la présentation de l'outil, celle-ci leur donnant envie de le feuilleter. Les arguments permettant de justifier leur réponses, concernaient « la mise en page » ; « le texte accompagné de photographies » ; « les termes techniques expliqués ».

Huit participants auraient choisi de ne mettre que des photographies décrivant la réalité clinique. Pour eux, les schémas ne sont pas assez représentatifs de la réalité, et les « photos chocs » ne constituent pas un moyen adapté de comprendre l'outil. Les conseils des participants pour améliorer l'outil seraient donc de mettre des photos de la réalité, permettant aux participants de comparer les photographies à leur propre situation.

Enfin les participants trouvaient plus facile de tourner les pages avec une reliure métallique sous forme de disques plutôt qu'avec la reliure simple choisie pour le second prototype.

4.3 Modifications réalisées suite à l'étude

4.3.1 Ajout de photographies

Il avait été prévu d'ajouter les photographies nécessaires en les réalisant sur des patients hospitalisés dans le Secteur d'addictologie générale durant les consultations hebdomadaires conduites par le Docteur Alessandra BLAIZOT accompagnée des deux étudiants de sixième année en odontologie affectés pour cette année universitaire (2017-2018) et moi-même. Néanmoins, toutes les illustrations nécessaires n'ont pas pu être obtenues durant cette consultation du fait de difficultés pour les patients à accepter de figurer sur un tel livret. Ainsi, certaines photographies devront encore être ajoutées.

Toutes les photographies prises l'ont été sur des patients volontaires et après recueil de leur consentement éclairé écrit, en veillant à préserver leur anonymat. Les patients ont donc préalablement rempli une autorisation individuelle d'être photographiés, stockée par la Sous-section Prévention, Epidémiologie, Economie de la santé, Odontologie légale de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille.

Chaque photographie a été sélectionnée pour son caractère juste et le plus proche possible de la réalité clinique, sans volonté de choquer les patients.

4.3.2 Modifications de forme

Différentes modifications de forme ont été dans un premier temps envisagées :

- Des onglets de la même couleur que celle représentant chaque addiction ;
- Une reliure sous forme d'anneaux métalliques ;
- L'utilisation d'un papier assez épais (légèrement cartonné) et plastifié.

4.3.3 Evaluation du coût de fabrication d'un exemplaire

A la suite de la conduite de l'étude, le cahier des charges suivant a donc été fixé : impression d'un document comportant 15 pages plastifiées légèrement cartonnées, comportant 10 onglets de la même couleur que les pages correspondantes à chaque

substance, et présentant une reliure métallique sous forme d'anneaux métalliques. Puis, une estimation du coût de fabrication d'un exemplaire a été demandée. Plusieurs entreprises de reprographie ont été sollicitées sur la région mais une seule a été en mesure de remplir le précédent cahier des charges. Le prix forfaitaire pour un exemplaire a été évalué à 107 euros toutes taxes comprises à la date du 06/12/2017.

Un contact a ensuite été pris avec une des cadres de santé du Service d'addictologie pour savoir dans quelle mesure ce coût pourrait être envisageable ou quelle autre solution pouvait être apportée. Compte tenu de l'idée qu'un seul exemplaire était difficilement envisageable à moyen terme (document en libre service risquant d'être abîmé voire de disparaître au cours du temps) et du coût estimé par l'entreprise de reprographie, une suite favorable à cette entreprise n'a pas pu être apportée pour l'instant. Il est donc prévu une fabrication plus artisanale via l'utilisation d'un classeur à anneaux métalliques et intercalaires de couleur, après impression des pages sur un papier cartonné de couleur, qui seront plastifiées. D'autres pistes pourront néanmoins être explorées dans l'avenir selon les retours qui seront faits sur l'outil.

Conclusion

Ce travail de thèse en vue du Diplôme de Docteur en chirurgie dentaire a permis de finaliser la conception d'un outil pédagogique précédemment créé au cours de deux travaux de thèse. En effet, avant toute mise en fonction d'un outil pédagogique, la HAS recommande d'en évaluer la lisibilité, la compréhension et la présentation par les patients futurs utilisateurs.

Une fois l'outil amélioré grâce à l'analyse des avis de ces patients, il peut dès lors être diffusé. Dans le cas présent, la diffusion consiste dans un premier temps à rendre accessible le livret en libre consultation des patients hospitalisés dans le secteur d'addictologie générale du Service d'addictologie (Hôpital Fontan 2, CHRU Lille).

A terme, une nouvelle étude pourra être développée pour évaluer l'impact de cet outil sur les patients. Par la suite, une diffusion plus large pourrait être envisagée, par exemple dans d'autres services du CHRU, mais également dans d'autres lieux d'accueil des personnes souffrant d'addictions, voire dans des maisons de santé pluridisciplinaires, et pourquoi pas dans des cabinets dentaires et médicaux libéraux, de manière à initier un dialogue entre soignants et patients.



Références bibliographiques

1. ors-poitou-charentes.org. Etat de santé bucco-dentaire des patients des chirurgiens-dentistes de l'ex Poitou-Charentes. Enquête auprès des patients des chirurgiens-dentistes libéraux et des structures accessibles à l'ensemble de la population [Internet]. [cité 12 févr 2017]. Disponible sur: www.ors-poitou-charentes.org/pdf/RvRHAMDentiste17.pdf
2. invs.santepubliquefrance.fr. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017 [Internet]. [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
3. The canadian dental hygienist association. Promotion de la santé buccodentaire et Prévention de la maladie : Appel à l'action de la part des hygiénistes dentaires canadiens. [Internet]. [cité 20 janv 2018]. Disponible sur: https://www.cdha.ca/pdfs/Profession/CDHA_HESA_Brief_2012_french.pdf
4. who.int. OMS | Promotion de la santé [Internet]. [cité 20 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/healthpromotion/fr/>
5. allianceforacavityfreefuture.org. Promotion de la santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 20 janv 2018]. Disponible sur: http://www.allianceforacavityfreefuture.org/Caries/Tools/fr/fr/downloads/HealthPromotion_Brief.pdf
6. omapsy.org/. Promotion de la santé et autonomisation du patient dans les soins infirmiers psychiatriques [Internet]. Soma&Psy. 2016 [cité 20 janv 2018]. Disponible sur: <http://somapsy.org/fr/promotion-de-la-sante-et-autonomisation-du-patient-dans-les-soins-infirmiers-psychiatriques/>
7. Haute Autorité de Santé - Communiquer - Impliquer le patient [Internet]. [cité 20 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient
8. who.int. Syndrome de dépendance [Internet]. [cité 16 janv 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
9. solidarites-sante.gouv. Addictions - Prévention en santé - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/>
10. inpes.santepubliquefrance. La santé en chiffres. Alcool [Internet]. [cité 5 déc 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/435.pdf>
11. Marques TCN, Sarracini KLM, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC, et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. BMC Oral Health. 20 mars 2015;15:38.
12. Versteeg PA, Slot DE, van der Velden U, van der Weijden GA. Effect of cannabis

- usage on the oral environment: a review. *Int J Dent Hyg.* nov 2008;6(4):315-20.
13. Rommel N, Rohleder NH, Wagenpfeil S, Haertel-Petri R, Kesting MR. Evaluation of methamphetamine-associated socioeconomic status and addictive behaviors, and their impact on oral health. *Addict Behav.* nov 2015;50:182-7.
 14. Cohen F. Les drogues licites ou illicites, ennemies de la santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf>
 15. Reners M. Le parodonte au coeur de la santé [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.calameo.com/read/00452402493fd99602a3f>
 16. Hung H-C, Willett W, Merchant A, Rosner BA, Ascherio A, Joshipura KJ. Oral Health and Peripheral Arterial Disease. *Circulation.* 4 mars 2003;107(8):1152-7.
 17. Rees TD. Oral effects of drug abuse. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1992;3(3):163-84.
 18. Miraglia J, Catteau C. Mise en place d'une consultation bucco-dentaire à l'Hôpital Fontan 2 du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille auprès de patients hospitalisés en vue d'un sevrage aux substances psychoactives [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé de Lille 2; 2014.
 19. Philip-Asdih C. Dépressivité et estime de soi chez le toxicomane en institution [Internet]. [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: https://www.spirale-edu-revue.fr/IMG/pdf/7_ASDIH_SPI20Fp.pdf
 20. Desjardins-Begon D. Defaillances narcissiques et troubles de l'estime de soi dans les conduites addictives : revue de la littérature et étude de cas cliniques [Internet]. [cité 18 déc 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00918394/document>
 21. Pesci-Bardon C, Prêcheur I. Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire. [cité 5 déc 2017]; Disponible sur: http://www.infosdentistesaddictions.org/EMC_addictions_santeBD.pdf
 22. Boissonnat-Pelsy H. Estime de soi et santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 25 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf>
 23. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health.* 31 janv 2013;13:11.
 24. Haute Autorité de Santé. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. 2008 [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/elaboration_doc_info_patients_rap.pdf
 25. Bantuelle M. Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces : référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis: Éd. INPES; 2008.
 26. NEANT R. Effets indésirables des anti-inflammatoires non stéroïdiens et automédication : quel est l'impact dans le temps d'un outil d'information écrite sur

- les connaissances des patients ? [Internet] [Thèse d'exercice]. UFR des sciences de santé de Dijon; [cité 28 déc 2017]. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/f1965b04-fb84-4925-a748-311e63b133e8>
27. Entwistle V. Editorial. *Health Expect.* 1 juin 2003;6(2):93-6.
 28. Daquet Q. Le patient consommateur de cocaïne: prise en charge des conséquences bucco-dentaires et démarche préventive [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé de Lille 2; 2015.
 29. Pesci-Bardon C, Prêcheur I. L'alcool : une drogue licite aux conséquences bucco-dentaires non négligeables. *Actual Odonto-Stomatol.* avr 2013;(262):24-32.
 30. Bornstein MM, Klingler K, Saxer UP, Walter C, Ramseier CA. Altérations de la muqueuse buccale associées au tabagisme. *Rev Mens Suisse Odontostomatol.* 2006;116(12):1270-5.
 31. SIDQUI M. Incidence du tabac sur l'état parodontal [Internet]. *Le Courrier du Dentiste*, portail de formation dentaire continue francophone. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/incidence-du-tabac-sur-letat-parodontal.html>
 32. Cohen F. Les effets délétères du cannabis sur la santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/16885.pdf>
 33. Blanksma CJ, Brand HS. Cocaine abuse: orofacial manifestations and implications for dental treatment. *Int Dent J.* déc 2005;55(6):365-9.
 34. Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma CJ. Cocaine and oral health. *Br Dent J.* 12 avr 2008;204(7):365-9.
 35. Titsas A, Ferguson MM. Impact of opioid use on dentistry. *Aust Dent J.* juin 2002;47(2):94-8.
 36. Brand HS, Dun SN, Nieuw Amerongen AV. Ecstasy (MDMA) and oral health. *Br Dent J.* 26 janv 2008;204(2):77-81.
 37. Donaldson M, Goodchild JH. Oral health of the methamphetamine abuser. *Am J Health-Syst Pharm AJHP.* 1 nov 2006;63(21):2078-82.
 38. Klasser GD, Epstein J. Methamphetamine and its impact on dental care. *J Can Dent Assoc.* nov 2005;71(10):759-62.
 39. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Dis.* janv 2009;15(1):27-37.
 40. creativecommons.fr. 6 LICENCES gratuites | Creative Commons France [Internet]. [cité 26 sept 2017]. Disponible sur: <http://creativecommons.fr/licences/>
 41. Quintin C. LES RECHERCHES IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE [Internet]. [cité 20 oct 2017]. Disponible sur:

<https://www.recherchecliniquepariscentre.fr/wp-content/uploads/2017/03/DIU-CP-Classification-des-essais-17-02-2017-C.-Quintin.pdf>

42. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine [Internet]. 2012-300 mars 5, 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025441587&categorieLien=id>
43. Code de la santé publique - Article L1121-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685827&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080129>
44. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Rev Fr Médecine Générale*. 19(84):142-5.
45. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*. 1 juill 1995;311(6996):42-5.
46. Moreau A. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat-Médecine Générale*. 15 mars 2004;18(645):3.
47. Touboul P. Recherche Qualitative [Internet]. [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf
48. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, The Semi-structured Interview: at the Border of Public Health and Anthropology. *Rech Soins Infirm*. 2010;(102):23-34.
49. Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 22 juill 1995;311(6999):251-3.
50. iledefrance.ars.sante.fr. Comités de protection des personnes (CPP) [Internet]. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/comites-de-protection-des-personnes-cpp>
51. Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Méditerranée II [La loi Huriet-Sérusclat] :... [Internet]. [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.cpp-sudmed2.fr/La-loi-Huriet-Serusclat>
52. cnil.fr. Les missions | CNIL [Internet]. [cité 13 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/les-missions>
53. Nahoum-Grappe V. Sorties festives, conduites d'excès, culture de la jeunesse [Internet]. [cité 10 janv 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-398.pdf>
54. Com-Ruelle L. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? [Internet]. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes129.pdf>

55. McCarthy N. The Industries Where Employees Drink The Most [Internet]. [cité 13 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.statista.com/chart/3460/the-industries-where-employees-drink-the-most/>
56. officiel-prevention.com. La prévention des risques professionnels dans les restaurants [Internet]. Disponible sur: http://www.official-prevention.com/formation/fiches-metier/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssrub=206&dossid=518
57. inserm.fr. Addictions : plaisir à la dépendance [Internet]. [cité 17 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/addictions>
58. Perriot J, Underner M, Peiffer G, Le Houezec J, Samalin L, Schmitt A, et al. Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». *Rev Mal Respir.* avr 2012;29(4):448-61.
59. Cottencin O. L'information dentaire : Tabagisme et comorbidités addictives : facteurs limitants à l'arrêt du tabac. *ID.* 6 sept 2017;99(29).
60. IREPS. Addictions : catalogue des outils de prévention [Internet]. [cité 6 janv 2018]. Disponible sur: http://www.irepsdpl.org/_docs/Fichier/2016/5-160301081240.pdf
61. Barakat A. Intérêt d'utiliser une fiche d'état bucco-dentaire simplifiée à l'attention des aides-soignants pour améliorer l'hygiène orale des personnes âgées en institution: étude prospective sur 57 cas [Thèse d'exercice]. Université de Nice; 2015.
62. BOUFFETTE L, FERNANDEZ C. Un outil pédagogique innovant : les fiches d'information et d'aide à la prise de médicaments. *J Pharm Clin.* 2010;29(2):108-12.
63. Sanaa Rizk B. Effet de l'illustration sur la compréhension des relatives explicatives et déterminatives et de leur ponctuation [Internet]. [Montréal]: Québec; [cité 23 févr 2018]. Disponible sur: <https://archipel.uqam.ca/2519/1/M11089.pdf>
64. Gyselinck V. Illustrations et modèles mentaux dans la compréhension de textes. *Année Psychol.* 1996;96(3):495-516.

Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Synthèse des données de la littérature sur les conséquences bucco-dentaire des substances psychoactives utilisées pour constituer l'outil d'information | 24 |
| Tableau 2 : Différences entre recherche quantitative et qualitative | 32 |
| Tableau 3 : Principales différences entre entretien individuel et focus groupe | 34 |
| Tableau 4 : Principales caractéristiques des trois types d'entretiens | 34 |
| Tableau 5 : Représentation synthétique de la méthodologie de la recherche | 42 |
| Tableau 6 : Distribution des participants par classe d'âge (N=11) | 44 |
| Tableau 7 : Distribution des participants selon leur métier (N=11) | 44 |
| Tableau 8 : Distribution des participants selon leur addiction (N=11) | 45 |
| Tableau 9 : Distribution des participants selon leur consommation tabagique journalière (N=11) | 45 |
| Tableau 10 : Distribution des réponses des participants à la question « Êtes-vous plus à l'aise avec les photographies ou avec les schémas ? » (N=11) | 49 |

Table des illustrations

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Etapes d'élaboration d'un outil pédagogique | 19 |
| Figure 2 : Etapes de création du premier prototype | 22 |
| Figure 3 : Licence Creative Commons : Attribution + Pas d'utilisation commerciale + Partage dans les mêmes conditions | 27 |
| Figure 4 : Etapes effectuées lors de cette étude conformément aux recommandations de la HAS | 28 |
| Figure 5 : Représentation schématique des différents types de recherche définis par la loi Jardé | 30 |
| Figure 6 : Représentation schématique des différentes recherches suite à la parution du décret n°2017-884 du 09/05/2017 | 31 |
| Figure 7 : Représentation schématique des différentes techniques de recueil de données par entretien | 33 |
| Figure 8 : Distribution des réponses des participants à la question « Pouvez-vous expliquer les conséquences possibles de votre addiction sur la santé bucco-dentaire ? » (11 répondants, plusieurs réponses possibles par répondant) | 47 |
| Figure 9 : Distribution des réponses des participants à la question « Pouvez-vous donner deux éléments importants en matière d'hygiène bucco-dentaire ? » (11 répondants, plusieurs réponses possibles par répondant) | 47 |
| Figure 10 : Distribution des participants en fonction des éléments notables du feuilletage de l'outil (N=11) | 48 |
| Figure 11 : Distribution des points positifs cités par les participants (11 répondants plusieurs réponses possibles par répondant) | 50 |
| Figure 12 : Distribution des améliorations proposées par les participants (11 répondants, plusieurs réponses possibles par répondant) | 51 |

Annexes

Annexe 1 : Note d'information et recueil du consentement

Note d'information pour les participants à la recherche biomédicale intitulée «Evaluation de la lisibilité, la compréhension et la présentation d'un outil d'information sur les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives, mis à disposition dans le Service d'addictologie (Hôpital Fontan 2, CHRU Lille) »

Promoteur : CHRU de Lille
Investigateur coordinateur : Dr Alessandra Blaizot
Co-investigateurs : Corentin Hochez, Dr Céline Catteau, Pr Olivier Cottencin

Madame, Monsieur,

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer. Il résume les informations actuellement disponibles en répondant aux différentes questions que vous pouvez vous poser dans le cadre de votre participation à cette recherche.

1) Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude?

La santé bucco-dentaire des personnes souffrant d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives est très souvent altérée, pouvant être à l'origine de conséquences sur la qualité de vie et la santé générale. Il est donc important d'informer les patients des conséquences possibles des différentes addictions sur la santé bucco-dentaire et d'expliquer les moyens de maintenir voire d'améliorer leur santé bucco-dentaire.

Pour cela, depuis 2013, le Service d'addictologie et le Service d'odontologie du CHRU Lille collaborent étroitement. Plus précisément, une consultation bucco-dentaire est proposée à tout patient hospitalisé à temps complet à sa demande en vue de la prise en charge d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives. Ainsi chaque patient peut bénéficier d'un examen bucco-dentaire permettant de faire le point sur son état de santé bucco-dentaire et recevoir une information personnalisée et adaptée à ses besoins sur les comportements favorables à la santé bucco-dentaire et l'intérêt d'initier un recours aux soins bucco-dentaires à la sortie de l'hospitalisation.

Afin de compléter cette consultation, nous avons pour projet de mettre à la disposition du secteur d'hospitalisation à temps complet du Service d'addictologie un livret d'information sur les conséquences bucco-dentaires possibles d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives. Ce livret pourrait être librement consulté par les patients hospitalisés à temps complet. Dans un second temps, et si le besoin était constaté, ce livret pourrait également être utilisé dans d'autres structures de prise en charge des addictions (par exemple dans les accueils de jour). Aujourd'hui, la maquette de ce livret a été conçue et votre avis nous intéresse.

De nombreux outils pédagogiques destinés aux patients concernant leur santé existent et sont utilisés quotidiennement, mais peu d'entre eux sont évalués par les patients utilisateurs, que ce soit en amont de leur mise en fonction ou une fois mis en application. Il est pourtant indispensable de recueillir l'avis des futurs utilisateurs sur cet outil, que ce soit sur sa présentation, sa lisibilité ou la facilité de compréhension des informations délivrées. C'est dans le cadre d'une évaluation avant diffusion que nous sollicitons votre

participation. Au total, il est prévu la participation de 10 à 12 patients.

2) Quel est l'objectif de la recherche ?

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer la lisibilité, la compréhension et la présentation de l'information mise à disposition dans la maquette afin de produire le livret d'information sur les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives.

3) Comment va se dérouler la recherche ?

L'évaluation de l'outil se fera, après que vous ayez reçu l'information nécessaire concernant votre participation et donné votre accord, sous la forme d'un entretien entre Corentin Hochez et vous. Les entretiens seront conduits par Corentin Hochez, étudiant de 6^{ème} année (dernière année) des études de chirurgie dentaire dans le cadre de sa thèse d'exercice en vue du diplôme de Docteur en chirurgie dentaire, et sous la responsabilité du Docteur Alessandra Blaizot, chirurgien-dentiste conduisant la consultation hebdomadaire bucco-dentaire dans le Service d'addictologie. Cet entretien aura lieu dans votre chambre dans le Service d'addictologie situé à l'Hôpital Fontan 2 (CHRU Lille) le jour de la consultation bucco-dentaire durant votre hospitalisation et dans la période de conduite de l'étude.

Il est prévu que l'entretien dure autour de 35 minutes et soit enregistré via l'application Dictaphone pour Ipad, après avoir obtenu votre accord. Cet enregistrement anonymisé permettra de réécouter vos propos et de prendre en compte au mieux vos remarques et commentaires mais ne sera pas utilisé en dehors de ce cadre de recherche.

L'ensemble des entretiens seront minutieusement analysés de manière à ce que, pour chacun des critères précédemment décrits, on puisse statuer sur les améliorations à apporter au livret. Cette analyse sera effectuée par un binôme de chercheurs, composé de Corentin Hochez et du Docteur Alessandra Blaizot. En cas de doute ou de désaccord, les avis du Docteur Céline Catteau et du Professeur Olivier Cottencin seront consultés. Si l'analyse des résultats requerrait des modifications importantes du livret, il pourra être envisagé, après concertation de l'ensemble des investigateurs, de resoumettre à nouveau la maquette modifiée à un autre groupe de patients.

4) Que se passera-t-il à la fin de ma participation à cette recherche ?

Votre participation à cette recherche ne modifiera aucunement votre prise en charge au sein du Service d'addictologie.

5) Quels sont les bénéfices attendus ?

Les bénéfices attendus pour chaque participant sont d'être pleinement acteur dans la constitution de l'information en matière de santé bucco-dentaire qui sera mise à disposition auprès des futurs patients, afin que cette information soit la plus adaptée possible aux besoins des patients. Ce pourrait également être, comme pour les patients futurs utilisateurs du livret, un moment propice pour accéder à des informations sur les conséquences d'une ou plusieurs addictions sur la santé bucco-dentaire, ainsi que sur l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire et le recours au chirurgien-dentiste.

Le bénéfice pour la communauté scientifique, est d'évaluer la lisibilité, la compréhension et la présentation de cet outil pédagogique, afin d'en faire un moyen d'information, précis et adapté pour les patients présentant une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives.

6) La recherche comporte-t-elle des risques, des effets indésirables et/ou des contraintes particulières ?

Aucun risque ni effet indésirable n'est prévu pour la participation à cette recherche.
La seule contrainte envisagée porte sur le temps accordé par chaque participant à la recherche.

7) Existe-t-il des alternatives au traitement/à la prise en charge ?

Ne s'applique pas

8) Quelles sont les conditions de participation à la recherche ?

Afin de pouvoir participer à cette étude, vous devez être majeur. De plus, vous devez être hospitalisé à temps complet à votre demande dans le Service d'Addictologie situé à l'Hôpital Fontan 2 (CHRU de Lille) pour la prise en charge d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives, maîtriser la lecture du français courant et être capable de vous exprimer oralement en français.

9) Quels sont mes droits en tant que participant à la recherche ?

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier et sans que cela ne modifie la relation de soin existant avec l'équipe médicale vous prenant en charge.

Vous n'êtes pas obligé de nous donner votre décision tout de suite ; vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans nous en préciser la raison, et sans que cela n'altère la qualité des soins qui vous sont dispensés.

Dans le cadre de la recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. Ces données seront identifiées par un numéro de code et vos initiales. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ces droits s'exercent auprès de la personne qui vous a proposé de participer à cette étude.

Si vous le souhaitez, vous obtiendrez communication des résultats globaux de l'étude à la fin de celle-ci (résultats globaux disponibles sur simple demande auprès du secteur d'hospitalisation du Service d'Addictologie).

Vous n'aurez à supporter aucune charge financière supplémentaire du fait de votre participation à cette étude.

10) Le CHRU de Lille est-il autorisé à réaliser ce type de recherche ?

Oui, en application de la loi.

Le traitement des données a été déclaré auprès des Correspondants Informatique et Liberté du CHRU de LILLE (art. 22 de la loi "Informatique et Libertés").

11) A qui dois-je m'adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez, avant, pendant et après l'étude en vous adressant à :

-Dr Alessandra Blaizot, chirurgien-dentiste, courriel : alessandra.blaizot@univ-lille2.fr
-Insérer également un contact en cas d'urgence, avec nom et numéro de téléphone

Nous vous remercions de parapher chaque page de ce document (réalisé en trois exemplaires), afin d'attester que vous l'avez lu et compris. Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, nous vous remercions également de bien vouloir donner votre consentement écrit en signant le formulaire ci-après.

Autorisation individuelle de participation à l'étude «Evaluation de la lisibilité, la compréhension et la présentation d'un outil d'information sur les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psycho-actives, mis à disposition du Service d'addictologie (Hôpital Fontan 2, CHRU Lille) »

Je soussigné(e)
..... demeurant

à
autorise Corentin Hochez, pour sa thèse d'exercice à recueillir, enregistrer et analyser l'entretien réalisé. L'enregistrement sera exploité de façon anonyme. Corentin Hochez, s'interdit expressément de procéder à une exploitation de l'enregistrement susceptible de porter atteinte à ma vie privée, ou à ma réputation, ni d'utiliser l'enregistrement dans tout support préjudiciable.

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Fait à Lille, le

En trois exemplaires et de bonne foi.

Signature :

Annexe 2 : Guide d'entretien

Evaluation de la lisibilité, la compréhension et la présentation d'un outil d'information sur les conséquences bucco-dentaires d'une addiction à une ou plusieurs substances psychoactives, mis à disposition dans le Service d'addictologie (Hôpital Fontan 2, CHRU Lille)

A/ Durant le feuilletage par le participant : éléments notables

B/ Une fois le feuilletage par le participant effectué :

Q1/ Renseignements sociodémographiques et médicaux :

Sexe (H/F) :

Age (en années révolues) :

Métier :

Activité professionnelle (O/N) :

Raison(s) de l'hospitalisation :

Existence de pathologies autres que les addictions :

Consommation tabagique :

Examen bucco-dentaire déjà réalisé précédemment :

Q2/ Après avoir lu l'outil d'information, pouvez-vous me dire avec vos propres mots de quoi il parle ?

Q3/ Pouvez-vous retrouver l'endroit où l'on explique les conséquences bucco-dentaires liées à (une autre addiction que celle dont souffre le participant) ?

Q4/ Peut-on trouver, selon vous, des informations dans l'outil sur l'hygiène bucco-dentaire ?

Si oui, pouvez-vous me donner deux éléments importants en matière d'hygiène bucco-dentaire que vous avez lu dans l'outil ?

Q5/ Est-ce que l'outil d'information explique les conséquences possibles sur la santé bucco-dentaire de votre(vos) addiction(s) ?

Si oui, pouvez-vous retrouver cette partie dans l'outil ?

Q6/ Pouvez-vous expliquer avec vos propres mots les conséquences possibles de votre addiction sur la santé bucco-dentaire ?

Q7/ La présentation de l'outil vous a-t-elle donné envie de le feuilleter ?
Donnez quelques arguments permettant de justifier votre réponse.

Q8/ Est ce que l'information contenue dans cet outil est, selon vous, facile à comprendre ?

Q9/ Que pensez-vous des illustrations ?
Êtes-vous plus à l'aise avec les photographies ou avec les schémas ?
Donnez quelques arguments permettant de justifier votre réponse.

Q10/ Les illustrations permettent-elles, selon vous, de mieux comprendre le texte ?

Q11/ Pensez-vous que l'outil propose un équilibre entre quantité de texte et d'illustration ?

Q12/ Peut-on, selon vous, retrouver dans l'outil des conseils pour obtenir des informations complémentaires ?

Q13/ D'une manière générale, qu'est-ce que vous pensez de l'outil et des informations qu'il contient ?

Donnez des points positifs et négatifs.

| Points positifs | Points négatifs |
|-----------------|-----------------|
| | |

Q14/ Pensez-vous que vous pourriez recommander à un autre patient présentant une addiction de feuilleter cet outil, sur une échelle de 0 à 10 (de 0 : vous ne le recommanderiez pas, à 10 : vous êtes sûr de le recommander) ?

Q15/ Souhaiteriez-vous nous faire part d'autres remarques concernant cet outil ?
(S'assurer que le participant n'a pas repéré des informations qu'il aurait aimé voir apparaître et qu'il n'a pas retrouvé que ce soit concernant son addiction ou autre chose)

Nous vous remercions beaucoup de votre participation et du temps que vous y avez consacré.

Evaluation par les patients d'un outil d'information

Hochez Corentin.- p. 73 : ill. 12 ; réf. 68.

Domaines : Prévention

Mots clés Rameau : Santé publique buccodentaire ; Promotion de la santé ; Matériel didactique

Mots clés FmeSH : Addiction ; Odontologie en santé publique ; Santé buccodentaire

Résumé de la thèse :

Lors de sa thèse d'exercice, Clément Bureau a créé un outil pédagogique sous forme d'un livret d'informations expliquant les conséquences bucco-dentaires liées à chaque addiction ainsi que les conseils en matière d'hygiène bucco-dentaire. De nombreux outils pédagogiques concernant la santé générale existent et sont utilisés quotidiennement mais peu d'entre eux sont évalués. Il est cependant nécessaire pour qu'un outil pédagogique soit considéré comme efficace, d'en respecter les différentes étapes d'élaboration puis d'évaluation. Le projet de cette thèse est de réaliser une étude qualitative qui évalue la lisibilité, la compréhension et la présentation de cet outil. Cette étude est menée dans le service d'Addictologie de l'Hôpital Fontan 2, sous la forme d'entretien semi-direct avec les patients. Cet entretien sera réalisé à l'aide d'un guide d'entretien réalisé au préalable. Grâce à cette évaluation et aux modifications qu'elle générera, le document d'information pourra être davantage adapté et pertinent pour le public visé, et sera mis à disposition dans le service d'Addictologie de l'Hôpital Fontan 2

JURY :

Président : Monsieur le professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Monsieur le docteur Thibault BECAVIN
Madame le docteur Ingrid SOONEKINDT
Madame le docteur Alessandra BLAIZOT

Membres invités : Monsieur Hugo SAOUDI