

UNIVERSITE DE LILLE
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 13 Décembre 2018

Par Louise BANH

Née le 12 janvier 1986 à Paris - France

**EVALUATION D'UN LIVRET DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE PAR DES
ENFANTS DEFICIENTS VISUELS**

JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal BEHIN
Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI
Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN
Madame le Docteur Alizée DENYS

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

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
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
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de 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 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.

Remerciements

Je remercie,

Monsieur le Professeur Pascal BEHIN

Professeur des Universités –Praticien Hospitalier des CSERD

Section Réhabilitation Orale

Département Prothèses

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Etudes Supérieures de Biomatériaux dentaires (Paris V)

Certificat d'Etudes Supérieures de Prothèse Fixée (Paris V)

Docteur en Odontologie de l'Université Paris DESCARTES (Paris V)

Habilitation à Diriger des Recherches (Université de Lille)

Responsable Unité Fonctionnelle de Prothèses

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Pour les enseignements que vous m'avez prodigués pendant les vacances cliniques lors desquelles j'ai pu constater votre rigueur dans le travail, veuillez recevoir Monsieur le Président, mes remerciements respectueux et mon plus grand respect.

Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Maître de Conférences Des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Chirurgie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Maîtrise en Biologie Humaine

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Secrétaire du Collège Nationale des Enseignants de Chirurgie Orale et Médecine Orale

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

Chef du Service d'Odontologie du CHRU de LILLE

Coordonnateur du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Chirurgie Orale (Odontologie)

Pour avoir accepté de siéger dans ce jury. Pour votre disponibilité, votre sympathie, la qualité de vos enseignements et votre bienveillance au cours de ma formation, veuillez croire, Monsieur, en mes respectueux remerciements.

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 – Lille2

Master II Biologie et Santé – Lille2

Docteur de l'Université de Lille

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. Pour votre gentillesse et votre dynamisme. Recevez par ces quelques mots le témoignage de ma reconnaissance

Madame le Docteur Alizée DENYS

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

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

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Etudes Supérieures d'Odontologie Pédiatrique et Prévention (Paris V)

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la direction de ce travail. Pour ton écoute, ta gentillesse, ta réactivité et tes conseils qui m'ont permis de mener à bien cette thèse. Je te remercie sincèrement.

Table des matières

INTRODUCTION	14
1 CONTEXTE.....	16
1.1 L'enfance.....	16
1.1.1 Acquisition précoce des habitudes de vie	16
1.1.2 Importance de l'entourage de l'enfant	16
1.2 Particularités de l'enfant déficient visuel.....	19
1.2.1 Déficiences visuelles.....	19
1.2.2 Parcours scolaire des enfants déficients visuels	20
1.3 Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire	22
1.3.1 Les déficients visuels : une population à risque	22
1.3.2 La promotion de la santé : exemples de programme	23
1.3.3 La promotion de la santé à l'aide d'outils pédagogiques	24
1.4 Origine du projet de recherche.....	25
2 MATERIELS ET METHODES	26
2.1 Matériel	26
2.2 Schéma d'étude	26
2.2.1 Rappel des objectifs de l'étude	26
2.2.2 Choix de la méthode qualitative	27
2.2.3 Étapes de mise en œuvre de l'évaluation	27
2.2.4 Aspects légaux de l'étude	28
2.3 Population d'étude.....	28
2.4 L'entretien individuel semi-directif.....	29
2.5 Guide d'entretien	30
2.6 Critères d'évaluation.....	31
2.7 Réalisation des entretiens	31
2.8 Analyse des données	32
2.9 Synthèse de la méthodologie utilisée	32
3 RESULTATS.....	34
3.1 Caractéristiques de l'échantillon.....	34
3.1.1 Descriptif général de l'échantillon.....	34
3.1.2 Spécificité de lecture	35
3.1.3 Auto-évaluation de la santé buccodentaire de l'enfant.....	36
3.2 Opinion générale du livret	38
3.2.1 Aspect quantitatif.....	38
3.2.2 Aspect qualitatif.....	39
3.3 Lisibilité et compréhension	39
3.3.1 Compréhension du texte de manière générale	39
3.3.2 Test de compréhension	40
3.3.2.1 Instrument(s) du chirurgien-dentiste.....	40
3.3.2.2 Compréhension des messages de prévention	42
3.3.2.2.1 Prévention des caries	42
3.3.2.2.2 Habitudes alimentaires à adopter	42
3.4 Présentation et organisation.....	42
3.4.1 Livret en gros caractères noirs	42
3.4.2 Livret braille	44
3.5 Quantité d'information	45

3.6	Utilité et aspect des illustrations	45
3.6.1	Livret en gros caractères noirs	45
3.6.1.1	Qualité des dessins.....	45
3.6.1.2	Quantité de dessins	46
3.6.2	Livret en braille.....	47
3.7	Perspectives de diffusion du livret	47
3.7.1	Lieu de diffusion	47
3.7.2	Présence d'un adulte requise.....	48
3.8	Appréciation finale.....	49
3.9	Evaluation complémentaire : le quizz.....	50
3.10	Synthèse des résultats	50
4	DISCUSSION.....	53
4.1	Forces de l'étude.....	53
4.1.1	Une étude en cohérence avec les recommandations méthodologiques nationales	53
4.1.2	Des résultats pertinents.....	53
4.1.3	Originalité de l'étude.....	54
4.2	Limites de l'étude	54
4.2.1	Biais de sélection	54
4.2.2	Biais liés à l'échantillon	55
4.2.3	Biais liés à l'enquêteur	55
4.2.4	Biais liés au questionnaire.....	55
4.3	Principaux résultats	56
4.3.1	Opinion générale du livret	56
4.3.2	Le fond du livret.....	56
4.3.3	La forme du livret.....	57
4.3.3.1	Livret en gros caractères noirs.....	57
4.3.3.2	Livret en braille.....	59
5	CONCLUSION	60
5.1	Intégrer le livret au sein d'un projet pédagogique à l'ERDV	60
5.2	Diffuser le livret à plus grande échelle.....	61
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	68
	TABLE DES TABLEAUX.....	69
	ANNEXES.....	70
	Annexe 1 : Livret gros caractères noirs	70
	Annexe 2 : Convention de Partenariat.....	80
	Annexe 3 : Consentement parental de participation au projet	82
	Annexe 4 : Lettre d'information aux parents	83
	Annexe 5 : Guide d'entretien	83

INTRODUCTION

L'enfance est une phase cruciale de croissance et de développement de l'être humain. Les expériences vécues durant cette période auront des effets positifs ou négatifs sur toute la vie d'un individu (1). Les comportements acquis dans l'enfance détermineront en partie la santé et le bien-être pour tout le reste de sa vie. C'est donc à cet âge que se présentent les meilleures opportunités pour intervenir auprès des enfants afin de leur fournir les moyens d'atteindre leur plein potentiel (2).

Davantage vulnérables aux problèmes de développement et à l'influence de leur entourage, les enfants présentant des déficiences visuelles doivent être pris en considération dans les programmes de promotion et de prévention de la santé. La Convention relative aux droits de l'enfant (3) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (4) soulignent d'ailleurs que ces enfants ont les mêmes droits que tous les autres enfants, en particulier en termes de santé. Leur garantir l'accès à une éducation précoce et adéquate à la santé permet d'éviter l'aggravation des possibles difficultés de ces enfants (5).

Il existe de nombreuses stratégies d'action en promotion de la santé (6). La plupart de ces stratégies s'appuient sur des outils pédagogiques. Ces derniers sont des supports d'informations adaptés au public visé qui permettent d'inscrire l'apprentissage dans une dimension plus concrète et plus durable (7).

En 2014, un outil pédagogique de prévention bucco-dentaire à destination des enfants de l'Ecole Régionale des Déficients Visuels (ERDV) de Loos a été conçu par des étudiantes de la faculté de chirurgie-dentaire de Lille (8,9). A notre connaissance, depuis sa création, l'outil n'est pas exploité.

Conscients de l'impact que pourrait avoir celui-ci en cas d'utilisation régulière, nous avons souhaité vérifier la bonne adaptation de ce livret aux enfants déficients visuels de l'école avant d'envisager sa nouvelle diffusion.

L'objectif de ce travail est donc d'évaluer la présentation, la compréhension et la lisibilité de l'information contenue dans celui-ci.

Dans une première partie nous aborderons l'importance des messages de prévention et de promotion de la santé chez l'enfant. Puis nous détaillerons la méthode que nous avons suivie pour mener cette étude. Ensuite nous exposerons les résultats et les discuterons afin de proposer des suites à ce travail.

1 CONTEXTE

1.1 *L'enfance*

1.1.1 Acquisition précoce des habitudes de vie

Le développement au cours de l'enfance représente une phase importante de la vie. C'est une période de croissance physique, de développement cognitif et d'apprentissage (10). C'est l'âge des découvertes et des acquisitions de connaissances qui seront utiles à l'âge adulte (2).

L'enfance est particulièrement propice à l'acquisition d'habitudes favorables à la santé, avec toutes les conséquences bénéfiques que cela aura sur la prévention des affections futures. Eduquer un enfant à la préservation de sa santé permet d'éviter des traitements médicaux plus lourds (11), qui peuvent avoir des effets secondaires et être plus coûteux sur le long terme (12).

Cependant, l'enfant n'a pas encore atteint sa maturité psychologique. Il est donc encore vulnérable aux influences négatives comme positives (2). Le rôle de son entourage sera primordial pour l'aider à se développer et à accroître ses capacités en veillant à renforcer son autonomie (13).

1.1.2 Importance de l'entourage de l'enfant

Les habitudes de vie ne sont pas innées. Elles s'acquièrent tout au long de la vie et sont transmises au travers des différentes interactions sociales que l'enfant vit (14).

Deux mécanismes principaux seraient à l'œuvre dans le processus de socialisation : l'inculcation et l'imprégnation (15) (16) (17).

L'inculcation suppose une volonté affichée d'obtenir d'un individu un comportement particulier. Ce processus a majoritairement lieu au sein de la famille ou de l'école. Ces derniers sont les deux principaux agents de socialisation de l'enfant (18). L'inculcation repose sur deux actions complémentaires qui sont le renforcement positif (encouragements) et le renforcement négatif (reproches) (19)

L'imprégnation est un processus plus diffus, plus « inconscient » mais qui, in fine, a le même résultat : l'acquisition par un individu d'un nouveau comportement. Cette fois l'apprentissage se fait par le biais de l'exposition de l'enfant à son entourage (19). Ce type de transmission est retrouvé dans le cadre familial et en particulier au sein de la fratrie. Il en est de même avec ses pairs (ensemble d'individus semblables) ou encore les médias : ils vont véhiculer des comportements qui seront valorisés ou dévalorisés (17).

Des travaux portant sur ces deux formes de transmission ont montré que le processus d'imprégnation est beaucoup plus impactant sur le devenir de l'enfant (20).

La transmission de connaissance se fait donc grâce à l'entourage proche de l'enfant, premier agent de socialisation, mais aussi par toute autre personne gravitant à proximité de l'enfant (cela peut être l'équipe pédagogique scolaire). C'est la transmission intergénérationnelle descendante : de l'adulte vers l'enfant. Ce processus de transmission est particulièrement démontré dans le domaine de la santé (21).

Par exemple, pour diminuer l'appétence naturelle des enfants pour les aliments sucrés et gras, il conviendra non seulement de ne pas en faire manger à l'enfant à tous les repas (inculcation) mais aussi que les adultes entourant l'enfant en consomment avec parcimonie (imprégnation) (22).

Cette transmission de connaissance peut aussi se faire dans l'autre sens : de l'enfant vers l'adulte. C'est la transmission intergénérationnelle ascendante ou socialisation inversée (23). Mais celle-ci débutera plus tardivement (24).

Ainsi, un enfant qui aura revu les techniques de brossage lors d'un dépistage bucco-dentaire, pourra, en revenant chez lui, expliquer et montrer à ses proches ce qu'il a appris.

Des recherches ont mis en évidence que ces forces de sociabilité pouvaient être contrebalancées par l'influence des forces de sociabilité horizontale : c'est-à-dire celles exercées par les pairs de l'enfant (25).

La socialisation est donc un processus actif. L'enfant va devoir faire le tri entre ces différentes instances de socialisation qui peuvent quelques fois se concurrencer voir même parfois se contredire. L'enfant va revisiter les modèles parentaux pour les adapter aux différentes influences exercées par les autres groupes sociaux auxquels il appartient (14).

L'enfant acquerra donc ses habitudes de vie au sein de son groupe social. Lorsque ces habitudes ne sont pas en conformité avec les recommandations pour le bien-être de l'enfant, son développement pourrait s'en ressentir gravement, voire de manière irréversible (26–30).

Il en est de même pour les enfants déficients visuels. L'atteinte visuelle précoce peut entraîner des difficultés dans l'acquisition des habitudes de vie favorables à leur santé (31)(32). L'entourage de l'enfant déficient visuel (ses proches ou son milieu scolaire) aura donc un rôle encore plus important dans son accompagnement et son aide au développement.

1.2 Particularités de l'enfant déficient visuel

1.2.1 Déficiences visuelles

D'après l'OMS, en 2010, il y avait près de 285 millions de personnes atteintes de déficiences visuelles dans le monde, dont 39 millions personnes atteintes de cécité totale. Et parmi eux, 1,4 million sont des enfants (33).

Selon l'enquête Handicap Incapacité Dépendance de 2014, la France recense quant à elle 1 700 000 déficients visuels (soit une prévalence totale de 29 pour 1 000 habitants) (34).

Chez l'enfant de 7 ans, la prévalence des déficiences visuelles est estimée à 0,2% par le Registre des handicaps de l'enfant de l'Isère et de la Savoie (35).

Ces statistiques ne reflètent cependant pas la diversité de profils de déficiences visuelles. Tout d'abord, il existe différents degrés de gravité de déficiences visuelles. En France, la classification distingue les personnes déficientes visuelles (acuité visuelle du meilleur œil corrigé entre 1/20^e et 4/10^e) des personnes atteintes de cécité légale (acuité du meilleur œil inférieur à 1/20^e après correction), voire totale, c'est-à-dire l'absence de perception lumineuse (36).

La distinction entre les deux derniers degrés de sévérité est importante. La perception, même minime, d'une variation de tonalité ou de luminosité, reste très utile pour se déplacer dans l'espace ou appréhender son environnement. Ces enfants doivent donc être fortement sollicités par leur entourage pour se constituer une base de données visuelles (37)(38).

L'âge et les conditions d'apparition de la déficience visuelle vont aussi avoir un impact sur le parcours de vie des personnes déficientes visuelles.

Les causes de cette déficience sont nombreuses et d'origines diverses : génétique, dégénérative, traumatique, malformation ou suite à des complications périnatales (39). L'apparition de la déficience visuelle peut être brutale ou lente, ce qui aura un impact sur la capacité et le temps d'adaptation à cette nouvelle situation. La présence de comorbidités associées, souvent de même étiologie, augmentera la difficulté ressentie par les patients déficients visuels à s'adapter à la société.

Une différence existe aussi entre les personnes nées sans la vue et les individus ayant perdu la vue tardivement.

Une des difficultés rencontrées par les personnes ayant perdu la vision est de faire le deuil de leur vue pour se réadapter à leur vie quotidienne (40). Pour ces personnes, leur toucher a été enrichi par la vision. Lorsque la cécité survient, les informations apportées persistent, même inconsciemment. Cette situation permet une réadaptation plus rapide à leur environnement (38).

L'enfant atteint de cécité congénitale a quant à lui construit sa représentation du monde à partir d'autres sens que la vue (41). L'absence d'entrée de flux visuel rend plus difficile la construction des représentations relatives à l'image corporelle ou à la localisation d'événements dans l'espace. Cet enfant a donc besoin d'être stimulé, entouré au cours de son évolution afin de faciliter et d'assurer un bon éveil et un développement harmonieux. Grâce à l'apprentissage de procédures d'exploration manuelle dans l'enfance et de stratégies de compensation efficaces, les différences de développement observées à l'âge scolaire avec la population générale n'existent plus à l'âge adulte (41).

1.2.2 Parcours scolaire des enfants déficients visuels

En France, la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a garanti le droit à l'éducation des enfants handicapés et modifié la perception de la société sur le handicap (42).

L'enfant déficient visuel suit en règle générale, une scolarité dans le système ordinaire. Si ce système ne lui convient pas, il peut suivre une scolarité adaptée dans des établissements spécifiques.

La métropole Lilloise propose deux établissements pour les enfants déficients visuels : l'Ecole Régionale de Déficients Visuels (ERDV) à Loos et L'Institut de Jeunes Aveugles (IJA) à Lille. L'orientation vers ces établissements est réalisée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Nous nous sommes intéressés spécifiquement à l'ERDV de Loos.

Dans cet établissement, les élèves de 6 à 18 ans suivent une scolarité comparable à celle du système scolaire ordinaire mais avec une pédagogie personnalisée (43).

Ces enfants ont la possibilité de participer aux Activités de la Vie Journalière (AVJ) au Pôle Déficience Visuelle. Ces activités ont pour objectif d'apprendre à l'enfant déficient visuel à gagner en autonomie dans sa vie quotidienne. Elles sont proposées par l'instructeur en AVJ, aussi appelé l'AVJiste. L'instructeur met en place des activités selon l'âge et la demande de l'enfant, ainsi que celle de sa famille.

La participation des enfants déficients visuels à ces activités est indispensable pour leur permettre d'acquérir leurs autonomies (44). En effet, la vie de tous les jours est faite de multiples gestes qu'une personne sans déficience visuelle peut exécuter automatiquement. Elle les a vus faire, les a intégrés et les refait sans y penser. Mais comment se servir à boire ou se brosser correctement les dents lorsqu'on ne distingue pas forcément tout ou rien du tout ?

La participation à ces activités est donc importante pour que l'enfant gagne le plus possible en indépendance et qu'il s'épanouisse. Ce professionnel tient compte des demandes de l'enfant, de ses motivations, pour trouver des méthodes pour compenser la vue déficiente.

Les domaines abordés en AVJ sont nombreux, en voici quelques exemples :

- l'indépendance à table : maîtriser les gestes de bases permettant de manger avec aisance, cuisiner seul, ...
- la communication et la vie sociale : reconnaître les pièces et les billets pour payer, apprendre à utiliser un téléphone, ...
- les loisirs : s'initier à courir en toute sécurité, ...
- le soin personnel : l'hygiène, l'habillement avec apprentissage du laçage, du boutonnage, ...

Concernant l'hygiène bucco-dentaire, l'instructeur peut proposer à l'enfant de mettre une gommette en relief sur sa brosse à dent. Cela permet de la reconnaître plus facilement dans la salle de bain. Pour gérer l'utilisation du dentifrice, l'une des alternatives proposées est de mettre directement une noisette de dentifrice sur le doigt de l'enfant pour qu'il sente la quantité, puis de l'étaler sur ses dents. Une autre méthode consiste à trouver un dentifrice avec un bouton poussoir.

Mais la plus grande difficulté reste l'apprentissage du geste correct et le respect rigoureux du brossage biquotidien. Le brossage peut d'ailleurs sembler aux familles et aux enfants quelque chose de secondaire ou vécu comme une difficulté supplémentaire qu'ils rencontreront dans la journée.

Il est donc impératif que le message de prévention bucco-dentaire soit compris et appliqué par l'entourage et l'enfant. Car la déficience visuelle précoce est un facteur de risque pour la santé bucco-dentaire (45–49)

1.3 *Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire*

1.3.1 Les déficients visuels : une population à risque

Plusieurs études montrent que la population déficiente visuelle sévère est une population en moins bonne santé que la population voyante. Par exemple, il existe un risque augmenté d'obésité (50), lié à la fois à un déficit d'activité physique et à une alimentation non adaptée, conséquences des difficultés liées à la déficience visuelle. De même, en France, les personnes déficientes visuelles sont aussi plus sujettes aux addictions (51). Cette même étude estime que la probabilité d'avoir une moins bonne santé bucco-dentaire est pour les déficients visuels une fois et demie plus grande que pour la population générale.

Des données récentes semblent confirmer que les problèmes de santé bucco-dentaire des enfants et adolescents déficients visuels sont plus marqués (52,53) . Les auteurs concluent ainsi tous à la nécessité de renforcer les actes de prévention à destination de cette population (45,48,49,54)

Une étude réalisée en 2010-2011 a souligné la difficulté d'accès aux soins mais aussi les facteurs identifiés comme favorables à la santé des personnes déficientes visuelles (44). D'une part, les personnes déficientes visuelles rapportaient que leur quotidien s'est révélé plus aisé lorsqu'elles avaient eu accès aux documents d'informations et aux services de soins. D'autre part, elles trouvaient que les informations relatives à la santé n'étaient pas toujours disponibles au format adapté sur tous ces supports. Certaines personnes ont aussi fait part d'une certaine appréhension liée au fait de ne pas savoir à quoi s'attendre lors de la consultation médicale. Cette situation est particulièrement vraie dans les cabinets de chirurgien-dentiste, où le patient fait face à un environnement sonore et olfactif inconnu et rarement adapté à sa déficience (la lumière du scialytique peut être trop lumineuse pour leurs yeux) (55)

Ces éléments confortent le fait qu'il est nécessaire pour les personnes déficientes visuelles d'avoir accès aux programmes de promotion et de prévention de la santé (56).

1.3.2 La promotion de la santé : exemples de programme

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît l'importance des actions précoces d'éducation et de prévention chez l'enfant (2). Et comme nous l'avons énoncé précédemment, plus une habitude favorable sera acquise tôt, plus cette habitude sera maintenue à l'âge adulte (2,10).

Cette volonté d'action précoce se décline dans de nombreux programmes de santé publique à l'échelle nationale et mondiale.

Au niveau international, par exemple, les objectifs de développement adoptés par l'Organisation des Nations Unies (ONU) comprennent un volet sur la prévention de la santé dès le plus jeune âge de l'enfant (57). L'ONU souhaite entre autres former encore plus de personnel de santé dans les pays en voie de développement afin d'assurer la prévention et promotion de la santé aux habitants de ces pays.

En France, le programme M'T Dents, financé par l'Assurance Maladie, a pour objectif de dépister et soigner les pathologies bucco-dentaires sans avance de frais. Ce programme concerne les jeunes de 6 à 24 ans pour les inciter à consulter un chirurgien-dentiste régulièrement (58).

En 2018 un service sanitaire a également été instauré à destination de tous les étudiants en santé. Il s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé. Les étudiants interviennent auprès des populations les plus fragiles sur des thèmes prioritaires de la santé publique dont la santé bucco-dentaire. Ce programme offre aux soignants de demain la possibilité de se confronter aux enjeux de la prévention primaire, pierre angulaire de leur avenir professionnel (59,60).

Autre exemple, les étudiants en chirurgie-dentaire de 6e année doivent, depuis quelques années, effectuer des actions de prévention d'intérêt général et/ou de santé publique (61). Ces missions d'éducation et de prévention bucco-dentaire à la Faculté de Lille sont orientées vers les populations à besoins spécifiques (62).

Ces programmes peuvent s'appuyer ou donner naissance à des outils pédagogiques qui facilitent l'interaction et la transmission des messages vers le public visé.

1.3.3 La promotion de la santé à l'aide d'outils pédagogiques

La promotion de la santé a été définie dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. ». Concrètement, l'OMS demande donc à ce que les gens puissent acquérir les connaissances et compétences pour être autonomes dans leurs choix en matière de santé (63).

Ces connaissances et compétences sont possédées initialement par les professionnels de la santé.

Les intervenants en promotion de la santé vont alors être confrontés à la problématique de la transmission de messages de santé publique, c'est-à-dire à la mise en place de conditions favorables à l'interaction avec le public destinataire. Ces intervenants vont avoir besoin de supports d'informations qui permettent d'agir et d'inscrire l'apprentissage dans une dimension plus concrète. Ce sont les outils pédagogiques. Ces outils vont constituer, la plupart du temps, le support de l'action de promotion de la santé.

L'objectif de ces outils est d'aller au-delà d'une simple diffusion de l'information afin d'agir sur l'individu et d'influer sur son mode de vie (64). Pour y parvenir, l'outil doit faire l'objet d'une conception et d'une évaluation minutieuse. Les promoteurs doivent parfaitement connaître le public bénéficiaire, formuler des objectifs en rapport avec l'analyse de situation (65).

Ces supports doivent donc délivrer une information claire, synthétique, qui reste abordable pour le grand public et en ligne avec les recommandations que les professionnels de santé reçoivent des autorités de santé (66). Le patient peut y retrouver l'information simplement. Il possède une information écrite des propos du professionnel de santé qu'il a pu voir ou qu'il verra lors de sa consultation. Les patients apprécient d'avoir cette double information car ils ont tendance à oublier ce qui a été dit lors de la consultation (67).

1.4 *Origine du projet de recherche*

L'Ecole Régionale des Déficients Visuels (ERDV) de Loos et la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille sont en partenariat depuis quelques années dans le cadre des actions de prévention d'intérêt général et/ou de santé publique. Des séances de prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire ont été mises en place et se déroulent de la façon suivante : après une analyse clinique de la cavité buccale, l'équipe soignante (composée d'un chirurgien-dentiste et d'étudiants) s'entretient avec chaque enfant de ses habitudes alimentaires et de son hygiène bucco-dentaire. Une synthèse de la consultation est transmise aux familles pour les informer, si besoin, de la nécessité de soins chez le chirurgien-dentiste.

En 2014, pour aider ces missions à l'ERDV de Loos, deux étudiantes ont créé dans le cadre de leurs travaux de thèses en vue de l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, deux livrets destinés aux enfants (8,9). Ces livrets abordent la prévention bucco-dentaire pour les enfants déficients visuels.

Cependant lors des dernières séances nous avons constaté que ces livrets n'étaient pas utilisés.

Nous sommes convaincus que ces livrets pourraient s'inscrire parfaitement dans une démarche préventive et ainsi améliorer l'état bucco-dentaire des enfants déficients visuels. C'est pourquoi nous avons testé ces livrets dans le but qu'ils soient utilisés prochainement.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 *Matériel*

L'objet de cette étude est un livret disponible en deux versions : un en gros caractères noirs et un en braille.

Le livret en gros caractères noirs contient 18 pages. Il est divisé en 4 parties :

- Description du rôle du chirurgien-dentiste,
 - Présentation du fonctionnement du cabinet dentaire : le matériel et les principaux instruments utilisés y sont décrits,
 - Messages clés concernant l'hygiène bucco-dentaire (fréquence, temps, méthode et matériel pour le brossage),
 - Conseils alimentaires compatibles avec une bonne santé bucco-dentaire.
- Un quizz vrai-faux de 7 questions clôture le livret. (Annexe 1)

Le livret en braille a été « traduit » à partir du livret en gros caractères noirs au sein même de l'ERDV par l'unité d'adaptation des brailistes. Ce livret braille fait 13 pages et il contient les mêmes informations que le livret en gros caractères noirs. Les principales différences pour le livret en braille sont la présence :

- D'un seul dessin : celui de la dent cariée comparée à une dent saine.
- D'un sommaire.

2.2 *Schéma d'étude*

2.2.1 **Rappel des objectifs de l'étude**

Cette étude portait sur l'évaluation du livret par des enfants déficients visuels. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer si le livret était lisible, adapté et compréhensible par ces enfants.

Nous supposons qu'à la fin des entretiens, les remarques et commentaires des enfants permettraient de proposer de possibles améliorations pour que le livret réponde à leurs attentes.

2.2.2 Choix de la méthode qualitative

Selon les recommandations de la HAS émises en 2008, la méthode préconisée pour évaluer un outil pédagogique est la réalisation d'une étude qualitative (6). Nous avons suivi cette méthodologie pour réaliser cette étude.

Dans ce type d'approche, le but n'est pas d'évaluer le livret auprès d'un échantillon représentatif de la population visée. Le but est d'analyser le livret et de comprendre les difficultés que pourraient rencontrer les futurs utilisateurs de l'outil afin, si nécessaire, de proposer des modifications pour le finaliser (68). Les usagers peuvent avoir un rôle critique en identifiant les adaptations nécessaires en fonction de leurs difficultés spécifiques d'accès, par exemple les malvoyants.

Ainsi, les investigateurs veillent lors de la constitution du panel de participants à une diversification de leurs profils (notamment en termes d'âge, de sexe, de handicap,...) et non à la représentativité de l'échantillon. Il n'est donc pas nécessaire d'interroger un très grand nombre de personnes (69). Une dizaine est suffisante. Au cours de ce type d'étude, il faut se poser deux questions :

- Les usagers retrouvent-ils les informations essentielles ?
- Les différents messages de prévention ont-ils été assimilés par les enfants?

2.2.3 Étapes de mise en œuvre de l'évaluation

L'évaluation du livret s'est déroulée en cinq temps (65) :

- Présentation de l'objet de l'étude et recueil de l'accord de participation ;
- Temps de lecture par le patient ;
- Entretien structuré à partir d'un guide d'entretien et d'observation ;
- Analyse des données objectives et subjectives collectées lors des entretiens ;
- Proposition d'améliorations à apporter au document si nécessaire.

2.2.4 Aspects légaux de l'étude

Pour le respect du cadre juridique, une convention a été établie et signée entre l'ERDV (représentée par Madame N. Wacheux) et la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Lille (représentée par le doyen Professeur E. Deveaux et le Président de l'Université de Lille, J-C Camart) (Annexe 1)

Une déclaration au Correspondant Informatique et Libertés a été faite au centre de l'Université de Lille, sous le numéro 2018-8.

Une autorisation des deux anciennes étudiantes, auteures des livrets, m'a été remise pour utiliser leurs travaux.

Une lettre d'information aux parents détaillant le projet de recherche et une demande de consentement écrit parental ont été données aux parents et recueillies avant le début des entretiens. L'enfant participait à l'étude si le consentement du responsable légal était renvoyé à l'équipe pédagogique (Annexe 2 et 3).

Avant chaque début d'entretien avec l'enfant, je demandais à l'enfant son accord pour participer à l'étude. L'entretien ne débutait qu'une fois ces conditions réunies.

2.3 Population d'étude

Les enfants déficients visuels de 7 à 10 ans sont la population cible du livret pédagogique, le livret ayant été créé pour cette tranche d'âge. Nous avons donc décidé d'évaluer le livret auprès des enfants scolarisés en primaire à l'ERDV de Loos.

Les enfants n'ayant aucune connaissance de la lecture du braille ou des gros caractères noirs ou ne pouvant s'exprimer oralement en français n'ont pas été inclus dans l'étude.

Les enfants qui n'ont pas été autorisés par leurs parents à participer à l'étude ou les enfants qui ne souhaitaient pas participer ont été exclus de l'étude.

A l'ERDV, le nombre d'enfants dans la tranche d'âge cible du livret était trop faible pour les besoins de l'étude (6 enfants). En concertation avec les instituteurs et l'infirmier, nous avons donc plutôt réfléchi en termes de niveau scolaire. Les enfants qui ont 7 à 10 ans sont des enfants en école primaire. Pour évaluer le livret nous avons donc recruté tous les enfants du CP au CM2 (soit de 6 à 11 ans).

Au total, 15 élèves étaient inscrits en primaire dans la période de mai à juin 2018 à l'ERDV. Ils constituaient la population source pour notre étude.

2.4 *L'entretien individuel semi-directif*

Le guide de la HAS préconise la conduite d'entretiens individuels semi-directifs ou de groupe de discussion (aussi appelé focus group) afin de mener à bien l'évaluation des documents d'information (65).

Tableau 1 : Différences entre entretiens individuels et focus group selon les recommandations de la HAS

Groupe de discussion	Entretiens individuels semi-directifs
Dynamique de groupe (à gérer), 6 à 8 personnes	Plus de profondeur, 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
Saturation d'idées : 3 à 6	Saturation d'idées : 15 à 20

Nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels semi-directifs plutôt que des entretiens type groupe de discussion. L'entretien individuel permet de bien recueillir l'avis d'une personne et de comprendre de manière approfondie ses idées concernant l'objet de l'étude (69). Il permet aux enfants les plus timides de s'exprimer sans devoir laisser la parole à un « leader ». De plus, la gestion d'un groupe d'enfants nécessite des compétences particulières telles que la gestion de la prise de parole entre les enfants et la reconnaissance de l'autorité de l'investigateur afin que le groupe interrogé reste calme.

Ce type d'entretien permet aussi d'étudier des éléments plus spécifiques car on peut obtenir davantage de précisions dans l'évaluation en posant des questions supplémentaires, ce qui est nécessaire dans notre cas. Il présente l'inconvénient, en revanche, d'être plus chronophage.

2.5 Guide d'entretien

L'élaboration d'un guide d'entretien était nécessaire afin d'assurer une base commune à chaque entretien, et pour ne pas se perdre dans le flux d'informations délivrées par l'enfant lors de l'entretien. Il devait cependant rester souple et favoriser une dynamique de conversation (65) (70). Conformément aux bonnes pratiques (65), il a été testé avant le lancement de l'étude.

Il y avait plusieurs parties dans ce guide d'entretien. En premier lieu, il comportait des questions générales visant à préciser les caractéristiques de l'enfant.

Puis, des questions « brise-glace » avaient pour but de mettre l'enfant en confiance : il pouvait faire part de son opinion sur la santé de ses dents et de son ressenti lors du déroulement de la consultation chez le chirurgien-dentiste. Cette conversation préalable permettait d'instaurer un dialogue afin que l'atmosphère fût plus propice à un échange.

La présence de questions ouvertes permettait à l'enfant interrogé de s'exprimer librement et s'il le désirait de faire part de son expérience et des représentations qu'il se faisait du livret (25).

Ce guide a servi de ligne directrice pour tous les entretiens menés pendant cette étude. (Annexe 4)

2.6 **Critères d'évaluation**

Sept thèmes ont été abordés lors de l'entretien (65) :

- L'opinion générale du livret : nous cherchions à évaluer de manière générale ce que pensait l'enfant du livret à la fin de la lecture,
- La lisibilité et la compréhension des informations : le but était de voir si le thème principal était compris et s'il pouvait être facilement retrouvé dans le livret,
- La présentation et l'organisation du livret : dans cet item, le but était de recueillir l'avis des enfants sur la forme du livret. Nous questionnions particulièrement l'enfant sur la qualité du braille ou la taille des lettres par exemple,
- La quantité d'informations délivrées par le livret : nous voulions voir si le livret répondait de manière suffisante aux questionnements des enfants et si la réponse était négative, sur quel sujet ils auraient souhaité plus de détails,
- L'utilité et l'aspect des illustrations : les illustrations sont particulièrement importantes pour permettre aux enfants de comprendre les différents messages de prévention. Il était donc important de s'enquérir de leur qualité et de leur quantité,
- L'utilisation potentielle sur le terrain,
- L'appréciation globale du livret à la fin de l'échange,

2.7 **Réalisation des entretiens**

Les entretiens ont été planifiés sur six mercredis matin entre mai 2018 et juin 2018. Ils ont tous suivi la même procédure.

Avec l'aide de l'infirmier de l'ERDV, j'allais chercher l'enfant qui était en classe avec son institutrice puis nous l'emmenions au bureau de l'infirmier où l'entretien avait lieu.

Certains enfants montraient un grand intérêt à la découverte du livret. D'autres étaient plus timides car ils ne me connaissaient pas. Mais le fait d'être dans un lieu connu, en présence de l'infirmier a peut-être permis de gagner leur confiance et de faciliter le dialogue.

J'expliquais à l'enfant que nous avons besoin de son aide pour améliorer le livret et je lui demandais son accord pour poursuivre (71).

Je laissais l'enfant découvrir le livret dans la version qui lui était adaptée.

Si je voyais que l'enfant présentait des difficultés de lecture, je lui proposais mon aide.

A la fin de la lecture, je commençais l'enregistrement via l'application dictaphone native de mon smartphone personnel de modèle Samsung AF5.

L'ensemble des enregistrements a été par la suite anonymisé, sauvegardé sur le poste informatique de la sous-section Santé Publique et prévention, et supprimé de mon téléphone.

2.8 *Analyse des données*

Nous avons réalisé une analyse du contenu par thématique. Les entretiens étaient réécoutés grâce aux enregistrements vocaux afin d'en dégager l'idée principale pour chaque question. Puis les données étaient regroupées sur fichier Excel pour en faciliter l'analyse.

Pour chacune des questions posées, nous déterminions, à partir des éléments de langage utilisés, si l'opinion de l'enfant à propos de chaque thème était plutôt positif ou négatif, puis nous compilions les différentes remarques émises afin d'en extraire les informations essentielles.

2.9 *Synthèse de la méthodologie utilisée*

Le tableau ci-après présente de façon synthétique la méthodologie de la recherche.

Tableau 2 : Méthodologie de recherche

Titre	Evaluation d'un livret de prévention bucco-dentaire par des enfants déficients-visuels de primaire
Objectifs	Evaluer la lisibilité, la compréhension et la présentation d'un livret pédagogique à destination des enfants déficients visuels scolarisés à l'ERDV de Loos, conformément aux recommandations de la HAS datant de juin 2008
Plan expérimental	Etude qualitative par entretiens semi-directifs individuels
Critères d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • l'opinion générale du livret, • la lisibilité et la compréhension des informations, • la présentation et l'organisation du livret, • la quantité d'information délivrée par le livret, • l'utilité et l'aspect des illustrations, • l'utilisation potentielle sur le terrain, • l'appréciation globale du livret suite aux échanges.
Critères d'inclusion	Enfants scolarisés à l'ERDV en primaire au moment de l'étude
Critères de non inclusion	<ul style="list-style-type: none"> • personnes ne maîtrisant pas la lecture ou ne pouvant s'exprimer oralement en français • personnes dans l'impossibilité de recevoir une information éclairée ou de donner son consentement libre et éclairé
Nombre de participants	10 à 12 enfants
Stratégie d'analyse	Analyse du contenu des entretiens par thématique. Garder les points positifs et proposer des améliorations à apporter au document si besoin
Procédure d'investigation	Conduite d'un entretien semi-directif après lecture du document écrit d'information

3 RESULTATS

3.1 *Caractéristiques de l'échantillon*

Sur les 15 enfants recrutés, 3 enfants n'ont pas participé à l'étude car les autorisations parentales de participation ne nous ont pas été retournées.

Douze entretiens ont donc été menés sur 6 mercredi de mai 2018 à juin 2018. Les entretiens ont duré entre 7 et 13 minutes. La durée moyenne d'un entretien était de 10 minutes.

3.1.1 Descriptif général de l'échantillon

Les caractéristiques générales de la population sont présentées dans le tableau suivant. Douze enfants ont été interrogés (N=12).

Tableau 3 : Caractéristiques générales de l'échantillon

Enfant	Sexe	Age	Classe
E01	M	7	CP
E02	M	6	CP
E03	M	11	CM2
E04	F	11	CM1
E05	F	9	CE2
E06	F	11	CM2
E07	M	10	CM1
E08	M	11	CM2
E09	F	8	CE1
E10	F	9	CE2
E11	F	11	CE1
E12	M	7	CE1

L'échantillon se répartissait équitablement entre les garçons et les filles.

Tous les enfants avaient entre 6 et 11 ans. L'âge moyen des enfants était de 9 ans. Il faut noter que 5 enfants sur 12 avaient 11 ans. C'est la classe d'âge la plus représentée dans notre échantillon.

Tous les niveaux de primaire, du CP au CM2, étaient présents dans l'étude. Seulement 2 enfants étaient en CP, le reste se répartissait équitablement sur les niveaux CE1-CE2 et CM1-CM2.

3.1.2 Spécificité de lecture

Les caractéristiques de lecture de chaque enfant sont regroupées dans le tableau 4. Nous rappelons que le livret a été évalué sous un format braille ou gros caractères noirs en fonction de la spécificité de lecture de l'enfant.

Il faut noter que certains enfants déficients visuels apprennent le braille car ils peuvent, dans le futur, perdre la vue selon l'évolution de leur maladie.

Sur les 12 enfants, 5 lisent le braille. Les 7 autres lisent les gros caractères noirs.

Puisque le livret braille est la « traduction » du livret en gros caractères noirs, il était aisé pour moi de suivre la lecture de l'enfant braille sur le livret en gros caractères noirs et de l'aider s'il avait des difficultés de lecture. J'avais aussi la possibilité de faire intervenir les brailleuses de l'ERDV si je rencontrais une impasse.

Le niveau d'autonomie de lecture était dépendant de l'âge et du niveau scolaire de l'enfant. Ainsi, les 2 enfants en CP n'étaient pas autonomes pour la lecture. Nous avons donc lu la majorité du livret et parcouru les images ensemble.

Parmi les 10 enfants restants, 3 avaient une complète autonomie de lecture. Je n'ai donc pas eu besoin d'intervenir dans leur découverte du livret. Les 7 autres enfants ont su lire mais, face au livret, ils ont quelquefois présenté des difficultés. Je les ai donc aidés, en lisant les passages qui semblaient les mettre en échec.

Tableau 4 : Caractéristiques de lecture de l'échantillon (N=12)

Enfant	Spécificité de lecture	Autonomie de lecture
E01	braille	non
E02	gros caractères noirs	non
E03	gros caractères noirs	oui
E04	braille	oui
E05	gros caractère noirs	oui
E06	braille	oui mais a besoin d'aide
E07	braille	oui mais a besoin d'aide
E08	gros caractères noirs	oui mais a besoin d'aide
E09	gros caractères noirs	oui mais a besoin d'aide
E10	gros caractères noirs	oui mais a besoin d'aide
E11	braille	oui mais a besoin d'aide
E12	braille	oui mais a besoin d'aide

3.1.3 Auto-évaluation de la santé bucco-dentaire de l'enfant

Les deux premières questions de l'entretien avaient pour objectif de créer une atmosphère propice au questionnement. Nous en avons aussi profité pour interroger l'enfant sur son ressenti face à son hygiène bucco-dentaire et face au chirurgien-dentiste. Les résultats de ces deux questions nous permettaient de contextualiser les réponses de chacun des participants à la suite du questionnaire. Les résultats sont regroupés dans le tableau suivant.

La question portant sur la santé bucco-dentaire des enfants était intéressante pour avoir le ressenti des enfants face au chirurgien-dentiste. Mais les réponses des enfants n'ont pas été corrélées à un examen dentaire.

Comme nous l'avons constaté, la grande majorité des enfants (10 parmi les 12) ont déjà été au moins une fois en consultation chez le chirurgien-dentiste. A ceux-ci, nous avons demandé de préciser quelles ont été leurs sensations ainsi que les éléments qui avaient pu les marquer pendant la visite.

Tableau 5 : Evaluation de sa santé bucco-dentaire par l'enfant. (N=12)

Enfant	Autoévaluation	Visite chez le dentiste
E01	bonne santé	oui
E02	bonne santé	non
E03	bonne santé	non
E04	bonne santé	oui
E05	bonne santé	oui
E06	bonne santé	oui
E07	dents cassées suite à 2 chutes	oui
E08	santé moyenne	oui
E09	ne sait pas	oui
E10	ne sait pas	oui
E11	bonne santé	oui
E12	a une carie	oui

Ainsi, un tiers des enfants (3 sur les 10 enfants) nous indiquent avoir été inquiets lors de la visite chez le chirurgien-dentiste. Ils expliquaient en partie leur inquiétude par la nouveauté et la peur de l'inconnu, sources de stress.

D'autres éléments, plus matériels les ont marqués comme :

- Le fauteuil,
- La lumière qui était douloureuse pour les yeux,
- Les gants verts du chirurgien-dentiste.

Pour conclure sur cette question, un enfant rapportait que la consultation s'était bien passée mais qu'il restait tout de même « marqué » par ce rendez-vous, sous-entendant que cela n'avait été pas un moment anodin dans sa vie.

3.2 *Opinion générale du livret*

3.2.1 Aspect quantitatif

A la suite de la première lecture du livret, nous avons demandé aux enfants leur opinion générale sur le livret. Leurs réponses sont synthétisées dans le graphique suivant.

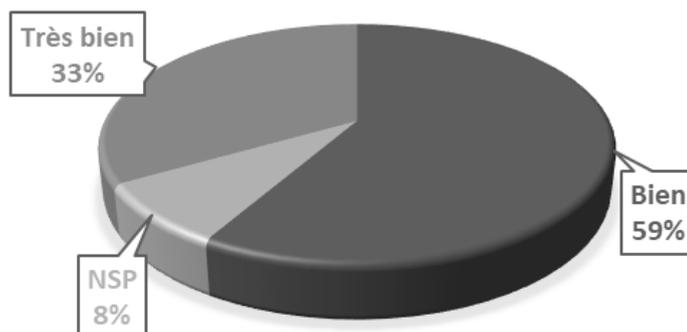


Figure 1 : *Opinion générale sur le livret (N=12)*

Tous les enfants expriment une opinion positive sur le livret, à l'exception d'un enfant qui n'a pas voulu s'exprimer sur le sujet, très certainement par timidité.

Sept enfants ont simplement dit que le livret était bien. Les quatre autres enfants ont employé des adjectifs supérieurs à « Bien » que nous avons regroupés dans « Très bien ». Et cela allait de « Très bien » à « Intéressant » (2 enfants) ou même « Génial » pour un des enfants.

3.2.2 Aspect qualitatif

Lorsque nous leur avons demandé les raisons pour lesquelles ils trouvaient le livret Bien/Intéressant/Très bien/Génial, plusieurs réponses ont été évoquées par les enfants. En particulier, ils étaient conscients que l'hygiène bucco-dentaire est un sujet important : « On sait que les dents c'est important ». Mais le livret leur a quand même permis d'apprendre des informations primordiales dont ils n'avaient jamais eu connaissance auparavant :

- « Je ne savais pas qu'il fallait changer tous les 3 mois la brosse à dents »,
- « Je ne connaissais pas tout ».

Certains détails à propos du chirurgien-dentiste et de son cabinet les ont marqués :

- « Je ne savais pas qu'il devait mettre des lunettes »,
- « L'anesthésie fait peur », (les effets décrits semblaient faire peur à certains enfants)
- « La tenue du dentiste », sous entendant qu'ils ne savaient pas que le chirurgien-dentiste avait une tenue spéciale.

3.3 Lisibilité et compréhension

3.3.1 Compréhension du texte de manière générale

Afin d'évaluer la lisibilité et la facilité de compréhension du livret par les enfants, nous leur avons demandé après une première lecture de nous énumérer les principaux sujets qui ont été abordés par le livret.

Tous les enfants avaient au moins retenu un des sujets abordés par le livret. Le nombre maximum de sujets relevés par les enfants était de trois.

Trois thèmes principaux ont été abordés dans le livret selon les enfants. Ils estimaient tout d'abord que le livret leur parlait du chirurgien-dentiste, et ce de deux manières.

En premier, il y avait son rôle. Le chirurgien-dentiste est une personne qui soigne, et spécialement, qui « soigne des enfants ». Au moins 10 enfants ont eu cette réponse spontanée à la question des sujets abordés dans le livret. Selon eux, le chirurgien-dentiste soigne de différentes manières :

- « Il nettoie, endort ou fait des pansements aux dents »,
- « Il protège les dents »,
- « Il met des produits sur les dents cariées ».

Ils ont aussi retenu l'environnement dans lequel évolue le chirurgien-dentiste. Ils ont, grâce au livret, pu savoir « ce qui se passe chez le chirurgien-dentiste » ainsi que les « instruments » et la « tenue » qu'il utilise. Ce sont des éléments d'information qui ont été mémorisés par les enfants.

Les deux autres thèmes mis en relief par les enfants sont plus liés aux messages de prévention contenus dans le livret ou « comment éviter les caries pour être en bonne santé »

Ainsi, les enfants ont retenu les préconisations traitant du brossage des dents. Six enfants sur les 12 en ont reparlé. Ils se sont rappelés la fréquence du brossage « brossage des dents trois fois par jour ». Le « dentifrice » et la « brosse à dents » ont aussi été cités comme des éléments utiles pour éviter d'avoir des caries.

Ils ont aussi mémorisé les explications concernant l'alimentation. Trois enfants ont retenu que le livret préconisait « ce qu'il faut manger » ou « les aliments à éviter » pour ne pas avoir de caries.

Minoritairement, ils nous ont aussi dit que le livret traitait de manière générale « des dents ».

3.3.2 Test de compréhension

3.3.2.1 Instrument(s) du chirurgien-dentiste

Nous avons pu voir à la question précédente que les enfants avaient une bonne compréhension globale des informations contenues dans le livret. Ils ont su, pour la plupart, repérer que celui-ci aborde le rôle et l'environnement du chirurgien-dentiste.

Pour évaluer de manière plus objective le niveau de compréhension du texte par les enfants, nous leur avons demandé, à la suite de la question précédente, s'ils étaient capables de nous citer un ou plusieurs instruments du chirurgien-dentiste. A cette question, 2 enfants sur les 12 n'ont pas su quoi nous répondre (Ils semblaient ne pas

avoir retenu les instruments). Pour le reste, les enfants ont été très inspirés, puisqu'à eux dix ils ont cité dix instruments différents. Le maximum d'instruments cité par un enfant a été de trois. Ils ont principalement retenu l'utilisation d'un « miroir ». L'instrument air-eau et la turbine ont respectivement été cités trois et deux fois.

Certains enfants, en plus des instruments, ont cité d'autres types de matériel (chacun a été cité une fois) :

- la lampe, qui n'est pas citée dans le livret comme telle mais sous forme de « lumière »,
- le masque,
- le fauteuil,
- l'aspiration,
- l'eau,
- le pansement.

La loupe a été citée une fois alors qu'elle n'est pas mentionnée dans le livret.

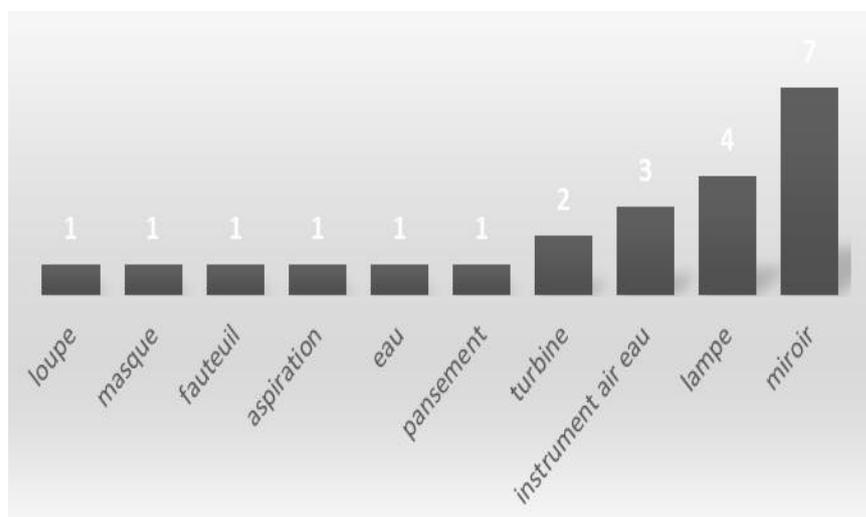


Figure 2 : Instruments cités par les enfants à la suite de la lecture du livret (N=10)

3.3.2.2 Compréhension des messages de prévention

Nous avons aussi voulu nous assurer que les enfants avaient bien assimilé les messages de prévention contenus dans le livret, et ce de deux manières. Tout d'abord, en leur demandant si le livret abordait certains sujets. Et si oui, ils ont dû nous montrer la ou les pages du livret qui en parlaient (pour ceux lisant le livret en gros caractères noirs).

3.3.2.2.1 Prévention des caries

Onze enfants sur 12 ont considéré que le livret expliquait bien comment éviter d'avoir des caries.

Quand nous leur avons demandé de nous montrer les pages ou de citer les éléments parlant de ce sujet, Les enfants lisant les gros caractères noirs nous ont montré les bonnes. Ils nous ont particulièrement indiqué les aliments à éviter « les bonbons » ou encore la fréquence de brossages à respecter « brossage trois fois par jour ».

3.3.2.2.2 Habitudes alimentaires à adopter

Dix enfants ont su retrouver les aliments à éviter et à consommer pour préserver son capital bucco-dentaire et ont su nous montrer les dessins de ces aliments : « fruits », « légumes », « fromage » et « poisson ».

3.4 Présentation et organisation

L'évaluation de la présentation et de l'organisation du livret s'est faite de manière distincte entre le livret en gros caractères noirs et le livret en braille.

Pour rappel, les enfants lisant les gros caractères noirs étaient au nombre de 7 dans notre échantillon alors que les enfants brailleuses étaient au nombre de 5.

3.4.1 Livret en gros caractères noirs

Le principal critère retenu pour évaluer la qualité de la présentation du livret était la facilité de lecture par les enfants. Sur les 7 enfants, 5 ont indiqué avoir eu des difficultés pour lire le livret. Deux des enfants ont présenté des difficultés liées à leur niveau de lecture, étant encore en CP « j'ai besoin d'un adulte pour lire le livret ». Les 3 autres ont trouvé que les lettres étaient inadaptées à leur niveau de déficience visuelle : « trop petites ».

La difficulté s'est particulièrement présentée pour la page portant sur l'anesthésie. Un des enfants a ajouté que la lecture du livret lui avait causé des douleurs aux yeux « quand les dessins sont trop serrés », en particulier les dessins de « bonbons, légumes et fruits » ou « quand il y a trop de texte ». Il a donné en exemple la partie expliquant le soin et l'anesthésie.

Un autre enfant a présenté des difficultés pour bien distinguer les couleurs claires. Il nous a donné en exemple les dessins de brosse à dents et de l'instrument air-eau. Il a aussi eu des difficultés pour distinguer les enchaînements entre caractères gras et non gras.

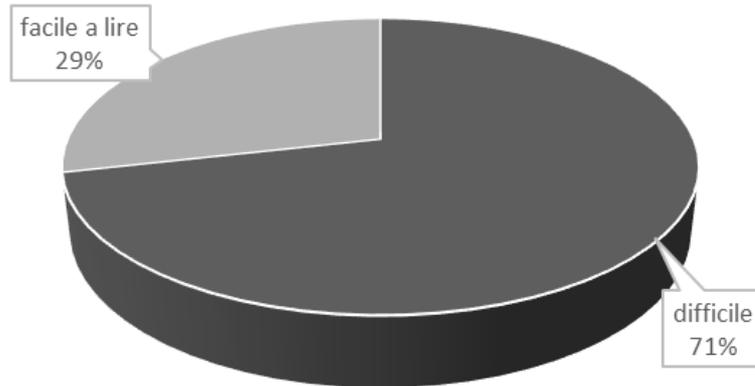


Figure 3 : Auto-évaluation de la difficulté de lecture du livret en gros caractères (N=7)

Nous leur avons demandé si la taille du livret était adaptée à la manipulation. Présentant des problèmes d'acuité visuelle, les enfants ont besoin de manipuler le livret pour le rapprocher de leurs yeux et être face aux mots qu'ils lisent. Parmi les 7 enfants, 2 trouvaient que le livret était trop grand ce qui rendait plus difficile la lecture.

3.4.2 Livret braille

Cinq enfants ont utilisé le livret en braille. Quatre élèves ont trouvé le livret facile à lire mais en réalité seulement 1 enfant a été autonome pour la lecture. Je lisais alors le livret en gros caractères noirs. L'enfant braille pouvait s'il le voulait suivre ma lecture sur le livret en braille. Mais de manière générale, ils finissaient par m'écouter lire le livret.

L'enfant qui a ouvertement trouvé le livret difficile à lire était en CP et venait de commencer le braille.

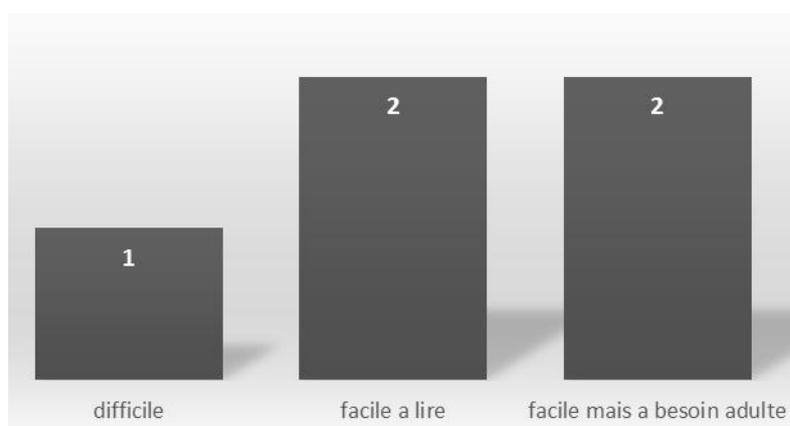


Figure 4 : Auto-évaluation de la difficulté de lecture du livret en braille. (N=5)

Tous les enfants nous ont indiqué qu'ils trouvaient le braille et le papier utilisé de bonne qualité pour la lecture. Ils n'avaient par ailleurs pas présenté de problème pour savoir dans quel sens (portrait ou paysage) devait être lu le livret bien qu'il n'y ait pas d'indications dans celui-ci.

J'ai observé, durant la lecture, que les enfants lisaient le braille seulement sur la page de droite. J'ai donc dû leur indiquer la présence de braille à la fois sur la page de gauche et de droite du livret. Cette situation a déstabilisé les enfants. Ils m'ont dit avoir l'habitude de lire des livres seulement imprimés sur le feuillet de droite.

Enfin, deux enfants lisant le braille ont trouvé le livret trop grand pour le manipuler facilement lors de la lecture.

3.5 Quantité d'informations

Afin de savoir si le contenu du livret devait évoluer, nous avons demandé aux enfants s'ils avaient trouvé la quantité d'information contenue dans le livret suffisante, trop importante ou insuffisante.

Les enfants se montraient très curieux puisque la moitié d'entre eux pensait qu'il n'y avait pas assez d'informations dans le livret. Les autres pensaient qu'il y avait suffisamment d'informations. Ils précisait d'ailleurs que le livret contenait « déjà plein d'infos utiles » et que leurs « parents leur ont déjà expliqué plein de choses ». Mais aucun ne trouvait qu'il y avait trop d'informations.

Ces résultats sont corrélés à ceux des questions précédentes qui montrent que le contenu du livret a été plutôt bien appréhendé par les enfants.

Aux 6 enfants réclamant plus d'informations, nous avons demandé sur quel(s) sujet(s) ils souhaitaient avoir plus de détails. Les réponses ont été diverses. Ils préféraient des approfondissements sur les thèmes déjà présentés plutôt que de nouvelles données à intégrer dans le livret. Les enfants souhaitaient ainsi :

- Savoir comment on « nettoie une carie » (1 enfant) ;
- Savoir « comment fonctionnent les instruments » (1 enfant) ;
- Avoir plus de détails « sur les boissons sucrées et les aliments gras à éviter » (1 enfant).

Les 3 autres enfants demandant plus d'informations n'avaient aucune idée des données à ajouter pour compléter le livret.

3.6 Utilité et aspect des illustrations

De même que pour la présentation du livret, la qualité et la quantité des illustrations ont été évaluées en fonction de la spécificité de lecture.

3.6.1 Livret en gros caractères noirs

3.6.1.1 Qualité des dessins

Les 7 enfants lisant les gros caractères noirs trouvaient tous que les dessins étaient de bonne qualité et plutôt lisibles. Un enfant nous a toutefois fait remarquer qu'il a eu du mal à distinguer « les couleurs claires » en nous montrant les dessins de l'instrument air-eau et de la brosse à dents.

Ils appréciaient la présence de ces dessins, trouvant à la fois qu'ils « donnaient des infos » et qu'ils « donnaient envie de lire » ou encore « envie de regarder le livret ».

Plusieurs points de détails concernant le dessin en lui-même nous ont été adressés par les enfants. Plusieurs enfants nous ont demandé « pourquoi la femme a une fleur sur sa robe ? » ou encore « pourquoi le livre dit que le docteur porte une blouse et que là, elle n'a pas de blouse et ni de lunettes ? ».

3.6.1.2 *Quantité de dessins*

Pour la quantité de dessins, les avis étaient plus contrastés. Seuls 2 enfants souhaitaient en effet plus de dessins. Un des enfants n'a pas su dire lesquels mais l'autre enfant souhaitait avoir des illustrations concernant les aliments « féculents », « yaourts » et le « verre d'eau » ainsi que le matériel qu'elle avait déjà utilisé chez le chirurgien-dentiste : le « crachoir ». Un enfant désirait aussi des dessins qui montrent plus précisément « comment le docteur soigne les dents ». Elle pensait que ces dessins les aideraient à mieux appréhender la réalité d'une visite chez le chirurgien-dentiste, elle-même y étant déjà allée.

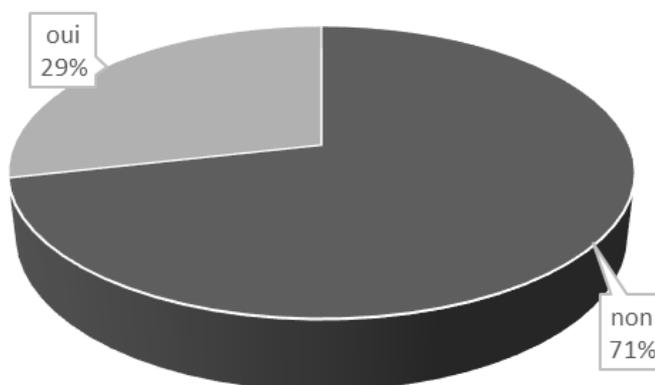


Figure 5 : Proportion d'enfants souhaitant plus d'illustrations dans le livret noir (N=7)

Enfin, un dernier point, un enfant a été troublé par les dessins des heures de brossage ; il ne se brosse pas les dents à ces heures-là.

Néanmoins, l'ajout de nouveaux dessins doit se faire sans nuire à la lisibilité du livret. Un enfant nous a d'ailleurs mis en garde : il redoutait que « s'il y a trop de dessins, je ne verrai plus », et particulièrement si la taille des dessins diminuait.

3.6.2 Livret en braille

Le dessin présent dans le livret en braille ne posait aucun problème aux 5 enfants brailleuses. Ils trouvaient tous que le dessin était de bonne qualité et en suffisante pour la compréhension du texte.

Néanmoins, comme pour la question portant sur la lisibilité du livret, un enfant nous a fait remarquer qu'il n'avait pas lu au premier abord ce dessin présent sur la page de gauche.

3.7 Perspectives de diffusion du livret

3.7.1 Lieu de diffusion

Nous avons demandé aux enfants où ils souhaitaient trouver le livret.

Dans leur grande majorité ils préféreraient que le livret soit disponible au sein de l'école. Un seul enfant pensait que cela serait opportun de trouver ce livret dans la salle d'attente du chirurgien-dentiste.

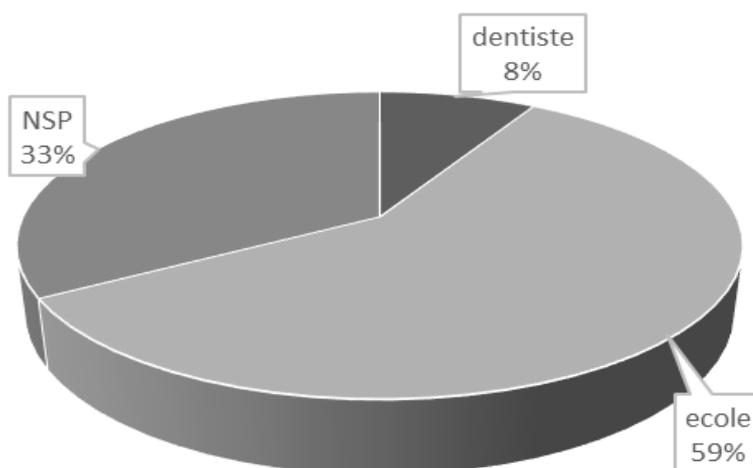


Figure 6 : Lieux de diffusion du livret suggérés par les enfants (N=12)

Au sein de l'école, plusieurs endroits ont la préférence des enfants :

- l'infirmierie (4 enfants ont cité ce lieu),
- la classe (2 enfants),
- le hall d'accueil (1 enfant).

3.7.2 Présence d'un adulte requise

Afin d'imaginer comment diffuser le livret à plus grande échelle, nous avons demandé aux enfants s'ils estimaient nécessaire la présence ou non d'un adulte à leur côté pour lire le livret. Bien entendu, les réponses étaient liées au niveau de lecture des enfants. La moitié des enfants estimait que le livret pouvait être lu seul.

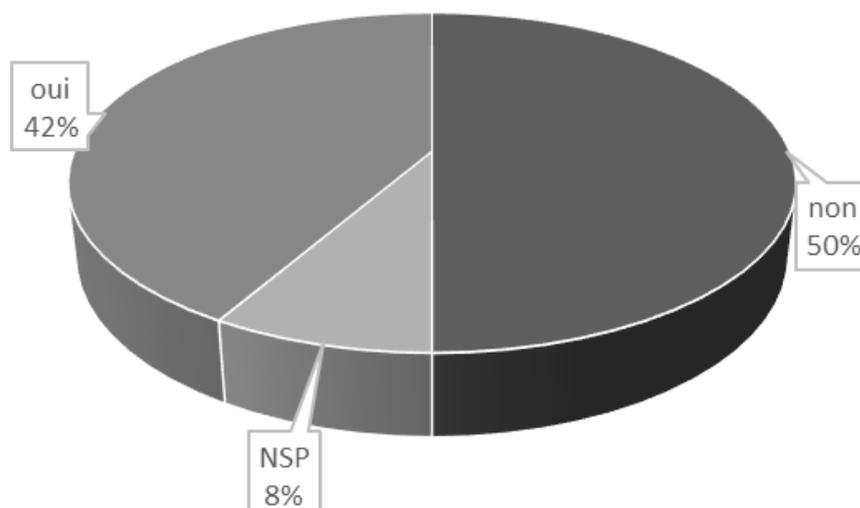


Figure 7 : Proportion d'enfants souhaitant la présence d'un adulte à la lecture du livret (N=12)

Les autres enfants souhaitaient être accompagnés dans la lecture car « des fois, on ne comprend pas tout ». Un des enfants pensait aussi qu'il serait opportun que la lecture soit faite en compagnie d'un chirurgien-dentiste.

3.8 *Appréciation finale*

Nous avons réévalué l'appréciation globale du livret par les enfants à la fin de notre entretien, afin de le comparer à l'appréciation initiale.

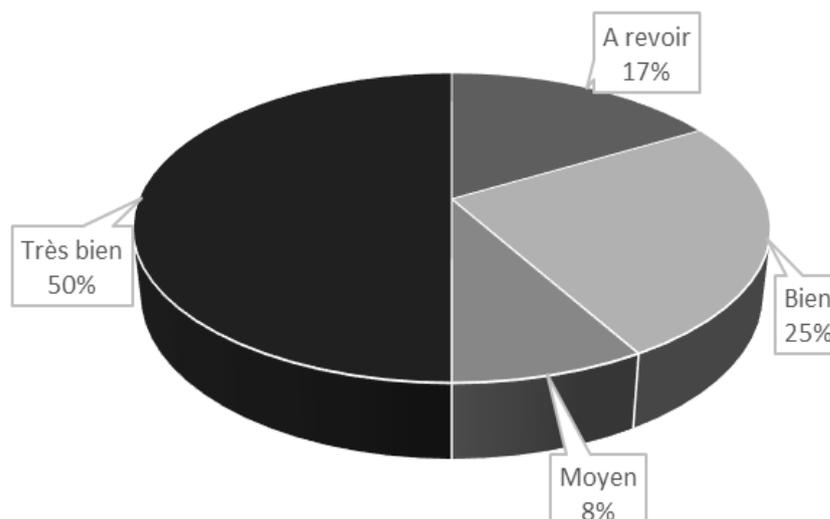


Figure 8 : Evaluation finale du livret par les enfants (N=12)

Les résultats restaient comparables à ceux initialement obtenus, avec une majorité d'avis positifs voire très positifs pour le livret. Néanmoins, 3 enfants, qui trouvaient initialement le livret plutôt bien ou très bien, ont revu leur appréciation à la baisse. Nous avons cherché à savoir pourquoi ils avaient changé d'avis mais ils n'ont pas su nous répondre. Après avoir écouté plus attentivement leurs réponses aux questions précédentes, nous avons remarqué que les enfants les moins enthousiastes sont ceux qui ont présenté des difficultés pour lire le livret, en particulier qui ont trouvé les lettres trop petites ou certains dessins non pertinents.

Néanmoins, malgré leurs avis négatifs, ces enfants conseilleraient le livret à leurs amis car ils « trouvent le sujet intéressant », que « les dents sont importantes » et que les enfants devraient « savoir comment ça se passe chez le dentiste pour avoir moins peur ».

3.9 *Evaluation complémentaire : le quizz*

A la fin du livret se trouve un quizz auquel chaque enfant a répondu après la lecture. Plusieurs questions leur ont posé problème.

Les enfants ont tous répondu correctement aux questions 1 et 2. Deux enfants sur 12 ont mal répondu aux questions 4 et 5. Les questions 3, 6 et 7 ont été les plus difficiles. A la question 3, seulement 5 enfants ont bien répondu, à la question 6, sept enfants et à la question 7, 4 enfants.

3.10 *Synthèse des résultats*

Les résultats obtenus à chacune des questions du guide d'entretien ont été synthétisés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Synthèse des résultats

Questions	Aspect quantitatif	Aspect qualitatif
Sentiments exprimés à l'égard des visites chez le chirurgien-dentiste	3 enfants sur les 10 ayant été chez le chirurgien-dentiste se montrent inquiets à l'idée d'y retourner	Peur de l'inconnu Nouvelle expérience Instruments particuliers
Opinion générale du livret suite à la lecture du livret	Les 11 enfants qui se sont exprimés ont une opinion favorable du livret	Le livret aborde un sujet important pour eux Le livret leur donne de nouvelles connaissances
Compréhension du texte de manière générale	Tous les enfants ont identifié au moins un sujet abordé par le livret	Principaux sujets identifiés : métier de chirurgien-dentiste matériel du cabinet de chirurgie dentaire messages de prévention sur le brossage et l'alimentation
Test de compréhension	10 enfants sur 12 ont réussi le test	
Compréhension des messages de prévention	10 enfants sur 12 retrouvent les messages de prévention dans le livret	Bonne compréhension du sujet abordé
Présentation et organisation du livret en gros caractères	5 enfants sur 7 ont ressenti des difficultés pour lire le livret	Lettres trop petites Livret trop grand pour la manipulation Difficultés à voir les enchainements de typologie différente
Présentation et organisation du livret en braille	1 enfant sur 5 a exprimé des difficultés pour lire le livret	Livret trop grand pour la manipulation Présence de braille sur la page de gauche non signalé

Quantité d'information	50% des enfants trouvent qu'il manque des informations 50% trouvent qu'il y en a assez	Les enfants souhaitent plus d'informations sur les méthodes et le matériel du chirurgien-dentiste
Qualité des dessins dans le livret en gros caractères	100% des enfants déficients visuels ont trouvé les dessins clairs et lisibles	Certains dessins sont à améliorer
Qualité des dessins dans le livret en braille	100% des enfants brailleuses sont satisfaits de la qualité du dessin dans le livret qui leur est destiné	Les dessins sur la page de gauche ne sont pas toujours lus
Perspectives de diffusion du livret	Infirmierie : 4 enfants Classe : 2 enfants Hall de l'ERDV : 1 enfant	Les enfants les plus jeunes souhaitent un accompagnement pour la lecture du livret
Appréciation finale suite à l'entretien	75% d'avis positifs	En majorité, les enfants conseilleraient le livret à leurs amis

4 DISCUSSION

4.1 Forces de l'étude

4.1.1 Une étude en cohérence avec les recommandations méthodologiques nationales

L'intérêt de l'étude réside dans l'analyse qualitative d'entretiens individuels semi-directifs avec les enfants déficients visuels de l'ERDV de Loos. Nous les avons interrogés à propos du livret pédagogique qui leur était destiné.

La méthode qualitative est la plus appropriée pour notre étude. Les facteurs observés ne pouvaient pas être mesurés de manière quantitative. La HAS recommande d'ailleurs cette technique d'analyse dans la méthodologie développée pour l'évaluation des documents écrits à destination des usagers de santé. L'utilisation de cette méthode confère donc aux résultats un bon degré de validité interne.

De plus, la réalisation de cette étude permet d'envisager un déploiement à une échelle plus importante du livret. En effet, la HAS recommande avant la diffusion de tout support de tester particulièrement la compréhension, la lisibilité et la présentation de l'information dans le document auprès du public cible, ce que nous avons fait dans ce travail.

4.1.2 Des résultats pertinents

L'utilisation d'une telle méthodologie permet de mettre les patients cibles au cœur de la recherche. Les sujets que nous avons interrogés, c'est-à-dire les enfants scolarisés à l'ERDV de Loos, sont les plus à même de donner leur avis sur le livret, que ce soit sur le fond ou sur la forme. Ils sont les plus concernés par le livret. Ils font partie du public auquel est destiné le livret : les enfants déficients visuels âgés de 7 à 10 ans. Il est donc obligatoire de recueillir leur avis pour s'assurer de la qualité du document.

La validité de nos résultats est renforcée par le fait que notre échantillon d'enfants interrogés est diversifié, que ce soit en genre, en âge, en niveau scolaire ou en handicap visuel. De plus les enfants ont moins de retenue que les adultes dans l'expression de leurs jugements, l'enfant a tendance à dire ce qu'il pense sans filtre.

Nous sommes donc confortés dans l'idée d'avoir recueilli l'ensemble des remarques possibles sur le livret. L'outil modifié pourra donc être considéré comme pertinent et adapté à la population cible.

4.1.3 Originalité de l'étude

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'autres études portant sur l'évaluation de documents d'information sur la santé bucco-dentaire à destination des enfants aveugles. D'ailleurs, il ne semble pas, d'après la littérature, exister de documents validés et diffusés nationalement sur le sujet. Cette étude permet donc de couvrir un manque pointé par les législateurs.

Ce travail a aussi permis de travailler en pluridisciplinarité : il y a eu plusieurs concertations avec l'infirmier, l'équipe pédagogique de l'ERDV et l'équipe paramédicale du Pôle Déficience Visuelle.

4.2 Limites de l'étude

Certains biais n'ont pu être évités dans cette étude.

4.2.1 Biais de sélection

L'ERDV propose une scolarisation adaptée à certains enfants déficients visuels. Les classes de primaire et de collège accueillent des élèves qui ont des difficultés scolaires et/ou sociales nécessitant des adaptations particulières (soutien, petit groupe, braille, documents spécifiques, apprentissage de techniques de rééducation,...). En règle générale, les enfants déficients visuels doivent être scolarisés dans le système scolaire classique.

Le recrutement des patients déficients visuels dans notre étude pourrait donc avoir été biaisé, les enfants de l'ERDV présentant des besoins particuliers par rapport aux autres enfants déficients visuels du même âge. La représentativité de la population cible n'est pas complètement assurée. Néanmoins, les enfants présents à l'ERDV n'ont pas vocation à passer toute leur scolarité au sein de cet établissement mais doivent retourner dans leur établissement d'origine. Cette situation limite l'impact de ce biais de sélection.

4.2.2 Biais liés à l'échantillon

Durant cette étude, nous avons interrogé une population particulière, les enfants, qui nécessite d'employer une approche d'enquête différente de celle des adultes. En effet, selon le caractère et l'âge de l'enfant, celui-ci peut présenter une timidité importante qui est un obstacle à l'entretien semi-directif dans le cadre d'une thèse qualitative. Pour que l'analyse soit de qualité, il faut que les personnes interrogées expriment pleinement leur avis lors des questions ouvertes, ce qui n'est pas toujours facile pour un jeune enfant. Nous avons ainsi pu remarquer que les enfants ont présenté plus de facilité à répondre aux questions fermées qu'aux questions ouvertes lors de l'entretien. Cette situation n'est d'ailleurs pas forcément liée à la timidité de l'enfant mais aussi à son développement cognitif normal. (72)

La difficulté du contact avec certains enfants était accentuée par le fait que, malgré les séances de prévention auxquelles j'ai participé au cours de ma sixième année d'étude, j'étais une étrangère pour eux.

Pour mettre en confiance les enfants, nous avons donc réalisé les entretiens en présence de l'infirmier de l'établissement, que les enfants connaissaient très bien. Nous avons aussi testé le questionnaire d'étude auprès d'autres enfants avant de commencer l'étude, afin de s'assurer que les questions étaient compréhensibles. Ces mesures ont permis de s'assurer que le maximum d'informations pouvait être recueilli lors des entretiens.

4.2.3 Biais liés à l'enquêteur

Une étude qualitative bien conduite nécessite que l'enquêteur soit assez compétent pour diriger les questions et pour rebondir sur certaines réponses. S'agissant de ma première étude qualitative, les entretiens réalisés sont forcément de qualité inégale, leur réalisation était donc perfectible. Afin de limiter ce biais, nous avons travaillé très en amont le questionnaire dans l'objectif d'avoir un entretien bien structuré.

4.2.4 Biais liés au questionnaire

Le questionnaire contenait des questions fermées. Ce type de questions peut influencer la réponse de l'interrogé. Cet effet est sans doute encore plus important chez les enfants.

4.3 *Principaux résultats*

4.3.1 **Opinion générale du livret**

A la fin de la lecture du livret, tous les enfants ont exprimé leur satisfaction quant à la qualité du livret. Ils le conseilleraient d'ailleurs à un ami. Mais leur opinion est plus nuancée après l'entretien. Les enfants les plus jeunes, encore en apprentissage de la lecture, ont eu plus de difficultés à lire le livret et demandaient l'aide d'un adulte à ce sujet. C'est une contrainte à prendre en compte si nous voulons que le livret puisse être diffusé à plus grande échelle.

4.3.2 **Le fond du livret**

Les enfants ont tous compris que le livret aborde l'hygiène bucco-dentaire. Ils ont exprimé cette notion de différentes manières. Selon les individus, ils ont plus ou moins retenu certains thèmes abordés : le rôle du chirurgien-dentiste / le brossage quotidien / l'alimentation adaptée. Les enfants ont tous affirmé que la quantité d'informations fournie était suffisante.

Cependant certains élèves demandaient des explications sur le travail du chirurgien-dentiste :

- Comment procède-t-il pour nettoyer une carie ?
- Comment fonctionnent ses instruments ?

Ils souhaitaient aussi plus de détails « sur les boissons sucrées et les aliments gras à éviter ». Tous les enfants trouvaient que les illustrations sont importantes pour comprendre le sujet.

Concernant le quizz de fin, les questions 3, 6 et 7 sont celles qui ont eu le plus de mauvaises réponses. Après réflexion avec un spécialiste dans le conseil et la formation liés au handicap visuel, il semblerait préférable d'utiliser des mots simples et sans piège dans les questions. Les reformuler en questions ouvertes permettraient de créer une réflexion chez l'enfant :

- Question 3 : quand vas-tu chez le chirurgien-dentiste pour qu'il regarde tes dents?
- Question 6 : est ce qu'il faut manger entre les repas?
- Question 7 : quand dois-tu changer de brosse à dents?

4.3.3 La forme du livret

4.3.3.1 Livret en gros caractères noirs

Les enfants n'ont pas fait de remarques structurantes sur le format du livret en gros caractères noirs. Celui-ci a, dans l'ensemble, bien convenu. Cependant, quelques points de détails nécessitent d'être revus.

L'enchaînement entre les caractères gras et normaux n'était pas bien vu par les enfants. L'utilisation de cette typographie pour mettre en relief certaines informations importantes n'est donc pas forcément pertinente dans ce livret.

Certaines illustrations pourraient être modifiées pour en augmenter la lisibilité. La tenue du chirurgien-dentiste pourrait être revue pour être mise en cohérence avec les informations du livret. Par exemple nous proposons de le (la) représenter au minimum avec une blouse et des lunettes.

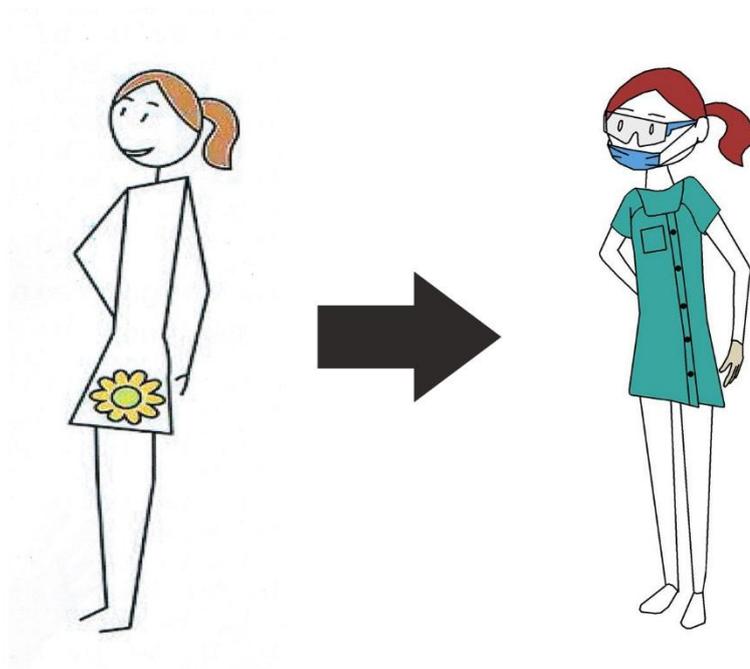


Figure 9 : Proposition de modification de l'illustration du chirurgien-dentiste

Pour éviter d'attraper des caries :

Brosse toi les dents 3 fois par jour
pour avoir les dents propres.



Pour éviter d'attraper des caries :

Brosse toi les dents 3 fois par jour
pour avoir les dents propres.

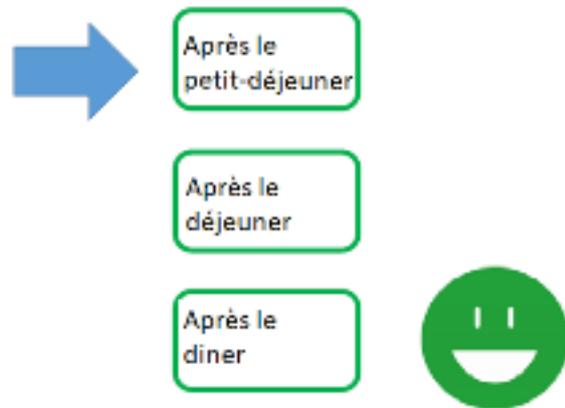


Figure 10 : Proposition de modification de l'illustration des horaires de brossage

Les horaires de brossage dentaire pourraient indiquer un moment clé de la journée et non pas une heure fixe.

Améliorer la distinction des bonbons et des fruits-légumes qui semblaient trop serrés pour les enfants :

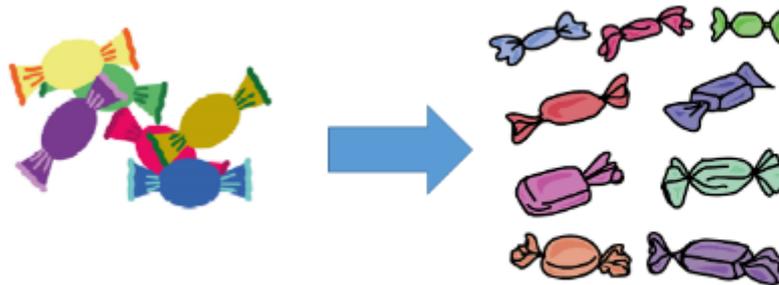


Figure 11 : Proposition de modification de l'illustration des bonbons

Une fois ces modifications réalisées, le livret correspondra aux besoins des enfants exprimés durant les entretiens.

4.3.3.2 Livret en braille

Pour le livret en braille, nous avons principalement été confrontés à deux questions.

La première était la présence de braille sur la page de gauche. Cette page n'était pas automatiquement lue par les brailleuses. Nous nous sommes interrogés sur cette difficulté :

- Est-ce inhabituel d'écrire sur la page de gauche dans les livres en braille ?
- Est-ce que les enfants, encore en apprentissage de la lecture, n'ont pas appris qu'ils pouvaient y avoir des écritures sur ce côté de la feuille ?
- Ou encore faut-il indiquer, au début du livre que les deux côtés sont écrits ?

Il serait aussi possible, selon un enseignant de l'ERDV, d'augmenter la lisibilité du dessin de la dent pour les brailleuses. Il faudrait pour cela la hachurer. Au cours de nos entretiens, aucun enfant n'a présenté ou exprimé de difficulté face à celle-ci.

Nous avons donc rencontré un membre de l'unité d'adaptation des brailleuses au sein de l'ERDV et qui est lui-même aveugle. Sa fonction étant de traduire les textes en braille, il nous a paru le plus compétent pour nous répondre. D'après lui, le problème viendrait du manque d'expérience des enfants face à ce genre de livret. Ils n'ont pas eu le temps, en une dizaine de minutes, de bien appréhender le livret et son format. Pour lui, il n'est donc pas nécessaire de modifier celui-ci.

De même, il ne pense pas qu'il soit nécessaire d'hachurer le fond de l'illustration de la dent pour ne pas la surcharger, celle-ci étant déjà suffisamment compréhensible ainsi.

5 CONCLUSION

Ce travail de thèse a permis d'évaluer la présentation, la lisibilité et la compréhension de l'information contenue dans un livret pédagogique à destination des enfants déficients visuels. Afin d'en garantir la qualité, cette étude a été réalisée selon les recommandations de la HAS (65).

Les résultats de cette évaluation permettent d'envisager certaines modifications pour poursuivre la diffusion du livret pédagogique auprès d'un public plus large, et ce, de plusieurs manières.

5.1 *Intégrer le livret au sein d'un projet pédagogique à l'ERDV*

Afin de réaliser les modifications du livret identifiées au cours de l'étude, nous nous sommes rapprochés du professeur de technologie de l'ERDV. Après discussion, nous avons envisagé de fusionner le livret braille et le livret en caractères noirs dans un livre audio avec des dessins en relief. Ce livret audio réglerait les problématiques de lecture et permettrait d'augmenter la taille du public cible.

La création de ce livret audio pourrait faire, selon lui, l'objet d'un projet en classe de technologie et permettrait ainsi de faire participer un maximum les enfants. C'est une méthode efficace pour imprégner les enfants des messages de santé bucco-dentaire.

La réalisation d'un tel projet est financièrement envisageable selon lui. Ainsi, il prévoit que la production d'un livret devrait représenter l'équivalent d'une vingtaine d'euros. Ce coût prend en compte :

- Un lecteur mp3 programmable,
- Un interrupteur,
- Du matériel de soudure.

Bien entendu, la réalisation d'un tel livret a quelques contraintes. Il faudrait réaliser un cahier des charges afin de bien définir le besoin lié à ce livret. Un effort devra être fait sur la synthèse des messages clefs et leur répartition entre le lecteur mp3 et le livret cartonné. Celui-ci étant en relief, il ne doit pas être trop volumineux.

Comme le professeur de technologie, nous pensons que ce projet est concret et que les enfants seraient enthousiastes à l'idée d'y participer. Les collégiens de l'ERDV

lors de l'enseignement de technologie fabriqueraient le livret, qui serait ensuite utilisé par les enfants de primaire.

5.2 Diffuser le livret à plus grande échelle

Une fois les modifications apportées au livret et/ou le livret audio créé, il est possible d'envisager une diffusion du livret à plus grande échelle. L'objectif est de toucher toute la population cible de ce livret, c'est-à-dire les enfants déficients visuels de 7 à 10 ans, y compris ceux qui ne passent pas par des structures spécialisées.

Plusieurs options sont envisageables au regard du sujet traité :

- Salle d'attente du chirurgien-dentiste (en cabinet ou en centre hospitalier)
- A l'ERDV : livret d'accueil ou dans la classe,
- Au Pôle Déficience Visuelle,
- Institut des Jeunes Aveugles,
- Fédération des aveugles de France.

Ces différentes solutions sont à étudier en fonction du coût et de la pertinence de la présence d'un tel document dans ces différents lieux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la Santé et des Solidarités. Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent [Internet]. [consulté le 18 oct 2018]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_prevention_3_BAT-2.pdf
2. Organisation Mondiale de la Santé. Développement du jeune enfant [Internet]. WHO. [consulté le 12 janv 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/fr/
3. Nations Unies. Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant [Internet]. Nations Unies; 1989 [consulté le 7 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>
4. Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. Nations Unies; 2007 [consulté le 7 nov 2018]. Disponible sur: www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf
5. Organisation Mondiale de la Santé, Unicef. Développement de la petite enfance et handicap [Internet]. Nations Unies; 2013. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78591/9789242504064_fre.pdf;jsessionid=DA4EECDBF5158929CB06F31F1E4056E8?sequence=1
6. Organisation Mondiale de la Santé. Promotion de la santé - Charte d'Ottawa [Internet]. 1986 [consulté le 7 nov 2018]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Outils d'intervention en éducation pour la santé, critères de qualité: référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis: Éd. INPES; 2005. 75 p.
8. Barra A. La prise en charge des enfants déficients visuels au cabinet dentaire : réalisation d'un livret pédagogique : tome 2 [Thèse d'exercice]. Lille 2 droit et santé; 2014.
9. Tranchant A. La prise en charge des enfants déficients visuels au cabinet dentaire : tome 1 [Thèse d'exercice]. Lille 2 droit et santé; 2014.
10. Racine B. L'autorité au quotidien : un défi pour les parents. Quebec: Éditions du CHU Sainte-Justine; 2013. 290 p.
11. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bulletin of the World Health Organization. 2005;83(9):661-9.
12. Cour des Comptes. Les soins bucco-dentaires, une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder [Internet]. 2016 sept [consulté le 3 févr 2018].

Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160920-rapport-securite-sociale-2016-soins-bucco-dentaires.pdf>

13. Cloutier R, Gosselin P, Tap P. Psychologie de l'enfant. Montréal: G. Morin; 2005. 559 p.
14. Pélissonnier C. Analyses bibliographiques : Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2004). L'éducation implicite. Paris : Presses Universitaires de France. L'orientation scolaire et professionnelle. 2005 ; (34/3).
15. Wright JD. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences [Internet]. 2015 [consulté le 24 août 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/referencework/9780080970875/international-encyclopedia-of-the-social-and-behavioral-sciences>
16. Drulhe M. Le mort saisit le vif, le vif saisit le mort : de la dialectique du transmettre à ses modélisations. *Empan*. 2015;4(100):38-45.
17. Draelants H. Formes et évolutions de la transmission culturelle. Le « modèle des héritiers » à l'épreuve des données PISA 2009. *Revue française de pédagogie*. 2016;194(1):5-28.
18. Campeau R, Sirois M, Rhéault E. Individu et société : introduction à la sociologie. Québec: G. Morin; 1993. 333 p.
19. Octobre S, Jauneau Y. Tels parents, tels enfants ? *Revue française de sociologie*. 2008;49(4):695-722.
20. Octobre S. Les loisirs culturels des 6-14 ans. *Agora débats/jeunesses*. 2004;(1):133.
21. Jusot F, Tubeuf S, Trannoy A. Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe. *Retraite et société*. 2009;2(58):63-85.
22. Astrøm AN, Kiwanuka SN. Examining intention to control preschool children's sugar snacking: a study of carers in Uganda. *Int J Paediatr Dent*. 2006;16(1):10-8.
23. Lobet D, Cavalcante LE. Transmission à rebours, filiation inversée, socialisation ascendante : regards renversés sur les rapports de générations. *Enfances Familles Générations Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine [Internet]*. 15 mai 2014 [consulté le 3 nov 2018];(20). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/efg/497>
24. Attias-Donfut C. Rapports de générations. Transferts intrafamiliaux et dynamique macrosociale. *Revue française de sociologie*. 2000;41(4):643-84.
25. Pasquier D. Cultures lycéennes : la tyrannie de la majorité. *Agora débats/jeunesses*. 2006;40(1):124-6.

26. Nicklaus S, Divert C. Comportement alimentaire: Le goût sucré, de l'enfance... à la dépendance ? Cahiers de Nutrition et de Dietetique. 1 déc 2013;48(6):272-81.
27. Czaja J, Hartmann AS, Rief W, Hilbert A. Research report: Mealtime family interactions in home environments of children with loss of control eating. Appetite. 1 janv 2011;56(3):587-93.
28. Trentesaux T, Mano M-C, Delfosse C, Hervé C, Hamel O. Éducation thérapeutique du patient, carie dentaire et facteur temps, la preuve par trois d'une équation complexe à résoudre. Ethics, Medicine and Public Health. janv 2015;1(1):132-41.
29. Assimi S, Tajmouti R, Ennibi OK. Hygiène bucco-dentaire d'enfants scolarisés marocains et de leurs mères. Santé Publique. 2016;28(2):245-50.
30. Case A, Fertig A, Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstance. Journal of Health Economics. 2005;24(2):365-89.
31. Raynard F. Un autre regard : la réadaptation des déficients visuels. Marseille: Solal; 2002. 237 p.
32. INSERM. Déficiences visuelles : Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. Expertise collective [Internet]. [consulté le 3 nov 2017]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/163/expcol_2002_deficits.pdf?sequence=1
33. Organisation Mondiale de la Santé. Cécité et déficience visuelle [Internet]. [consulté le 18 août 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/features/factfiles/blindness/blindness_facts/fr/index8.html
34. DRESS. Les personnes ayant un handicap visuel - Les apports de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance. 2005;(416):12.
35. RHEOP. Rapport d'activité 2016 : Handicap sévère et mortalité. [Internet]. [consulté le 4 nov 2017]. Disponible sur: <https://rheop.univ-grenoble-alpes.fr/sites/rheop/files/Mediatheque/Documents/rapport2016.pdf>
36. aveuglesdefrance.org. Quelques chiffres sur la déficience visuelle | Fédération des Aveugles de France [Internet]. [consulté le 7 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.aveuglesdefrance.org/quelques-chiffres-sur-la-deficience-visuelle>
37. Hatwell Y. Psychologie cognitive de la cécité précoce. Paris: Dunod; 2003. 213 p.
38. Heyraud J, Almendros C. L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles. Eres; 2014.
39. Mahoney E, Kumar N, Porter S. Causes of visual impairment. British Dental Journal. 204(2):63-7.
40. Kerroumi B. Le voile rouge. Paris: Gallimard; 2009. 240 p.

41. Streri A, Hatwell Y, Gentaz É. Toucher pour connaître. Psychologie cognitive de la perception tactile manuelle. Paris: Presses universitaires de France; 2000. 332 p.
42. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
43. Le Sage Beaudon C, Torossian M. Troubles des apprentissages chez les enfants déficients visuels. *Revue Francophone d'Orthoptie*. 2013;6(4):169-76.
44. Sitbon A, INPES. Déficiences visuelles et rapport à la santé. Résultats d'une étude qualitative. [Internet]. [consulté le 19 juin 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/pdv/pdf/etude-pdv.pdf>
45. AlSadhan SA, Al-Jobair AM, Bafaqeeh M, Abusharifa H, Alagla M. Dental and medical health status and oral health knowledge among visually impaired and sighted female schoolchildren in Riyadh: a comparative study. *BMC Oral Health*. 2017;17(1):154.
46. Bhor K, Shetty V, Garcha V, Nimbulkar GC. Effect of oral health education in the form of Braille and oral health talk on oral hygiene knowledge, practices, and status of 12-17 years old visually impaired school girls in Pune city: A comparative study. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2016;6(5):459-64.
47. Mahantesha T, Nara A, Kumari PR, Halemani PKN, Buddiga V, Mythri S. A comparative evaluation of oral hygiene using Braille and audio instructions among institutionalized visually impaired children aged between 6 years and 20 years: A 3-month follow-up study. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015;5(Suppl 2):S129-32.
48. Nandini NS. New insights into improving the oral health of visually impaired children. *J Indian Soc Prev Dent* December. 2003;21(4):742-3.
49. Reddy K, Sharma A. Prevalence of oral health status in visually impaired children. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*. 2011;29(1):25-7.
50. Cappella Mac Donald. The Need for Health Promotion for Adults Who Are Visually Impaired. *Journal of visual impairment and blindness*. 2017;101(3):133-45.
51. Montaut A, Cambois E. État de santé et participation sociale des adultes atteints de limitations fonctionnelles. L'état de santé de la population. Suivi des objectifs de la loi de santé publique. 2011.
52. Akhilesh S, Deept G, Yogita D. Oral health status of visually disabled individuals attending blind schools in Nagpur city. *International Journal of Applied Research*. 2017;3(6):224-6.

53. Alghamdi N, Alshehr M, Hoda A. Oral health findings, needs and demands of visually impaired children in Saudi Arabia. *Journal of Dental Health Oral Disorders & Therapy*. 2018;9(3):222-7.
54. John JR, Daniel B, Paneerselvam D, Rajendran G. Prevalence of Dental Caries, Oral Hygiene Knowledge, Status, and Practices among Visually Impaired Individuals in Chennai, Tamil Nadu. *Int J Dent [Internet]*. 2017 [consulté le 15 nov 2018];2017. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387819/>
55. Mahoney EK, Kumar N, Porter SR. Effect of visual impairment upon oral health care: a review. *Bdj*. 2008;204(2):63-7.
56. Hescot P, Moutarde A. Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire » - améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées [Internet]. Secrétariat d'Etat chargé de la famille et de la solidarité pour le Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité; 2010 juill [consulté le 15 févr 2018]. Disponible sur: <http://reseau-sbdh-ra.org/upload/kcfinder/files/P13%20HSBD.pdf>
57. undp.org. Cibles de l'Objectif 3 Bonne santé et bien-être [Internet]. Programme des Nations Unies pour le développement. [consulté le 24 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being/targets.html>
58. ameli.fr. mt-dents [Internet]. [consulté le 15 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>
59. ARS Agence Régionale de Santé. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. [consulté le 11 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
60. CAB_Solidarites. Priorité prévention : le service sanitaire pour les étudiants en santé dès la rentrée 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [consulté le 11 oct 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/priorite-prevention-le-service-sanitaire-pour-les-etudiants-en-sante-des-la>
61. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Bulletin Officiel N°20 du 16 Mai 2013 [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [consulté le 30 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
62. Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille. Réglementation des études et modalités de contrôle des connaissances [Internet]. [consulté le 30 janv 2018]. Disponible sur: http://chirdent.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/Scolarite/Docteur_Chir_Dent/RE_2017-2018_12_octobre.pdf
63. Organisation Mondiale de la Santé. Qu'est-ce que la promotion de la santé ? [Internet]. WHO. [consulté le 6 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>

64. SPIECE C. Quels outils en promotion de la santé ? [Internet]. Education Santé. Disponible sur: <http://educationsante.be/article/quels-outils-en-promotion-de-la-sante/>
65. HAS. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. 2008 [consulté le 31 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_865109/fr/elaboration-document-d-information-des-patients-guide-methodologique
66. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonnes pratiques [Internet]. 2013 [consulté le 7 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
67. Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Education Research*. 2005;20(4):423-9.
68. Borges Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *La Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2001;32(2):117-21.
69. Reeves S, Lewin S, Zwarenstein M. Using qualitative interviews within medical education research : why we must raise the « quality bar ». *Medical education (Oxford Print)*. 2006;40(4):291-2.
70. Demoncey A. Dossier: La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la revue*. 1 déc 2016;16(180):32-7.
71. Poupart J. L'entretien de type qualitatif. *Réflexions de Jean Poupart sur cette méthode. Sur le Journalisme*. 2012;1(1).
72. Piaget J. *La représentation du monde chez l'enfant*. 2e édition. Paris: Presses universitaires de France; 2013. 335 p.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Opinion générale sur le livret (N=12)	38
Figure 2 : Instruments cités par les enfants à la suite de la lecture du livret (N=10) .	41
Figure 3 : Auto-évaluation de la difficulté de lecture du livret en gros caractères (N=7)	43
Figure 4 : Auto-évaluation de la difficulté de lecture du livret en braille. (N=5).....	44
Figure 5 : Proportion d'enfants souhaitant plus d'illustrations dans le livret noir (N=7)	46
Figure 6 : Lieux de diffusion du livret suggérés par les enfants (N=12)	47
Figure 7 : Proportion d'enfants souhaitant la présence d'un adulte à la lecture du livret (N=12).....	48
Figure 8 : Evaluation finale du livret par les enfants (N=12)	49
Figure 9 : Proposition de modification de l'illustration du chirurgien-dentiste.....	57
Figure 10 : Proposition de modification de l'illustration des horaires de brossage	58
Figure 11 : Proposition de modification de l'illustration des bonbons	58

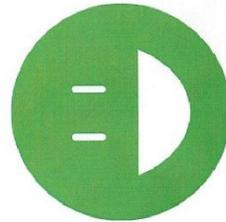
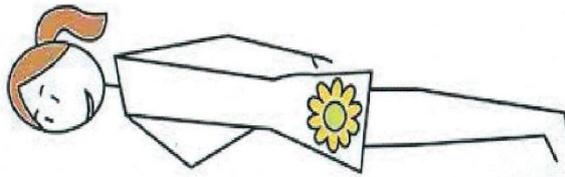
TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Différences entre entretiens individuels et focus group selon les recommandations de la HAS	29
Tableau 2 : Méthodologie de recherche	33
Tableau 3 : Caractéristiques générales de l'échantillon	34
Tableau 4 : Caractéristiques de lecture de l'échantillon (N=12)	36
Tableau 5 : Evaluation de sa santé bucco-dentaire par l'enfant. (N=12)	37
Tableau 6 : Synthèse des résultats	51

ANNEXES

Annexe 1 : Livret gros caractères noirs

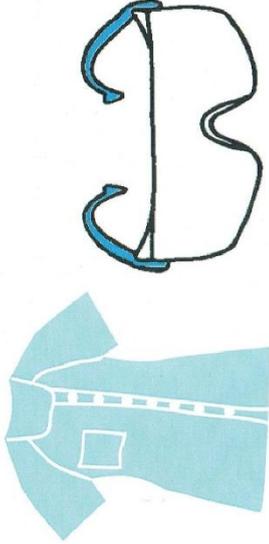
Bienvenue chez le chirurgien-dentiste



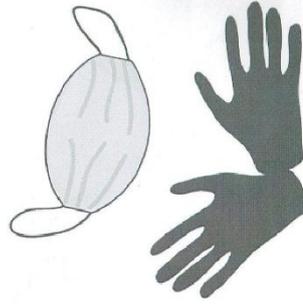
Qui est le chirurgien-dentiste ?

C'est le docteur qui soigne tes dents.

Il porte une **blouse** et des **lunettes** :



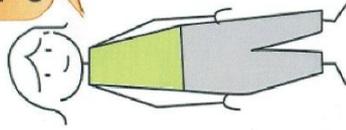
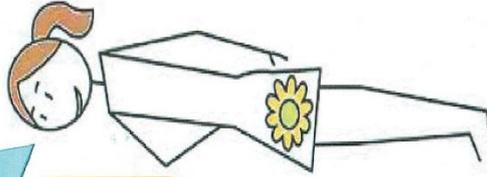
Il te soignera en portant un **masque** et des **gants** :



Tous les six mois tu viens me voir pour faire un contrôle.

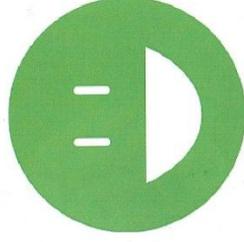
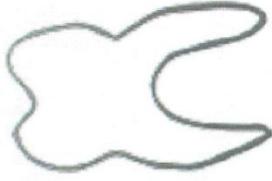
Je regarderai si tes dents sont belles, propres, qu'elles poussent bien et qu'elles ne sont pas malades.

Qu'est ce que la maladie des dents ?

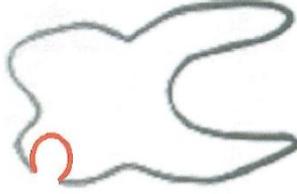


**La maladie des dents est la carie.
Soigne-la vite avant qu'elle n'abîme la dent.**

Dent saine

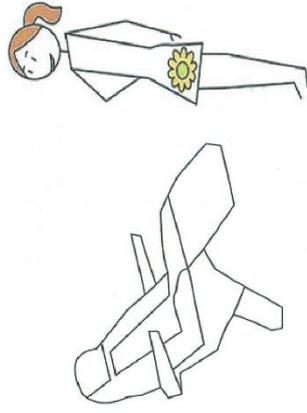


Dent cariée

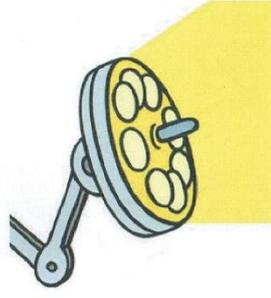


Quand tu viendras te faire soigner au cabinet dentaire, tu y trouveras :

- Le **fauteuil** du chirurgien-dentiste :

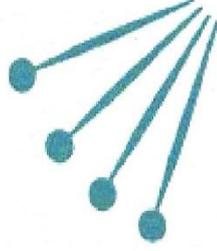


- La **lumière** qui va t'éclairer la bouche :

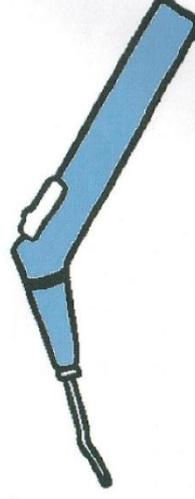


Pour te soigner, j'utilise différents instruments :

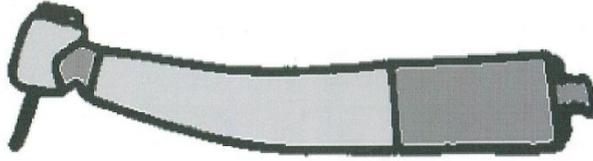
Un petit **miroir** :



Un instrument qui fait un **peu de vent** et d'eau :



Des instruments pour **réparer tes dents**
comme la turbine :



Nous allons maintenant t'expliquer comment se déroule le soin :

En premier, il faudra endormir la dent et la gencive avec une anesthésie pour ne pas avoir mal. Tu sentiras des fourmis dans la bouche et tu auras l'impression d'être gonflé et d'avoir une joue toute dure.

Ensuite, l'instrument qui sert à te soigner vibre et fait du bruit.

Il lance un peu d'eau. Elle va entrer dans la bouche. L'aspiration permet de l'enlever.

Pour finir, tu auras un petit pansement pour boucher le trou dans la dent.

Si tu as un mauvais goût dans la bouche, c'est normal, ceux sont les produits que j'utilise.

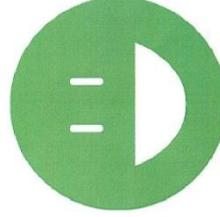
Pour éviter d'attraper des caries :

Brosses toi les dents **3 fois par jour** pour avoir les dents propres.

8h00

13h00

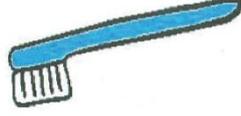
20h00



Pendant **trois minutes** (le temps d'une chanson)

Pour cela tu utilises:

- Une **brosse à dents souple** que tu devras changer tous **les trois mois**



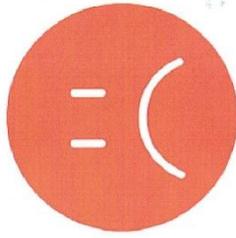
- Du dentifrice adapté à ton âge



Et parfois en complément tu peux utiliser **du bain de bouche** si tes gencives te font mal.

Maintenant, voici quelques conseils
alimentaires :

Evite de manger des aliments trop
sucrés :



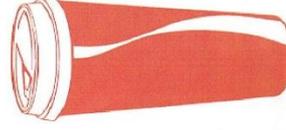
- Des **bonbons** :



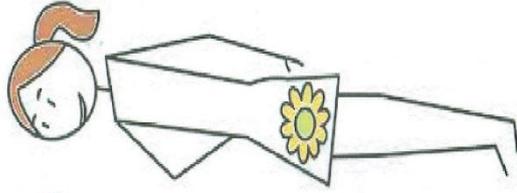
- Des aliments gras comme des **chips**
et des **gâteaux** :



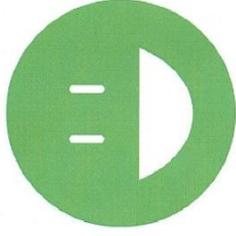
- Des **boissons fruitées** ou des
sodas :



Il y a beaucoup d'aliments qui sont consommés en excès ne sont pas bons pour la santé, évite d'en manger et d'en grignoter entre les repas ! C'est pareil pour les boissons sucrées qui vont attaquer les dents.



Mange équilibré à chacun de tes repas.
Voici quelques aliments qui sont bons pour ta **santé** :



- Des fruits et des légumes :



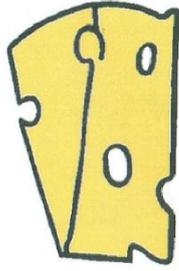
- De la viande :



- Du poisson :

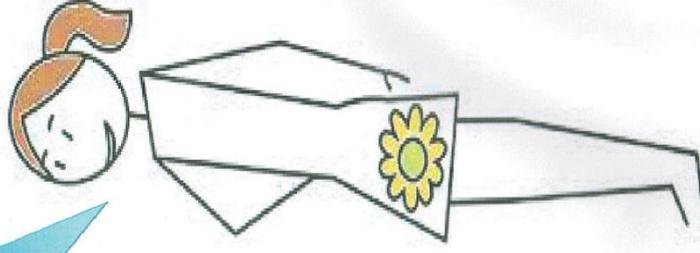


- Du fromage :



Le tout accompagné d'eau à chaque fois.

Pour voir si tu as tout
compris c'est l'heure
du Quizz.



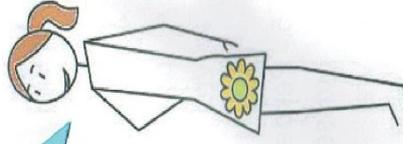
**Essaie de trouver les bonnes réponses
à nos questions :**

1. Il faut se brosser les dents après
chaque repas.
Vrai Faux
2. Les boissons sucrées protègent les
dents
Vrai Faux
3. Tu vas chez le chirurgien-dentiste
que quand tu as mal
Vrai Faux
4. Un enfant peut utiliser un dentifrice
pour adulte
Vrai Faux
5. Pendant trois minutes tu dois te
brosser les dents
Vrai Faux

6. Grignoter entre le repas est mauvais
pour la santé et les dents
Vrai Faux

7. La durée de vie d'une brosse à dents
dépasse trois mois
Vrai Faux

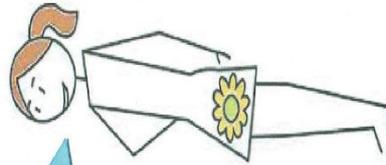
**Maintenant que
tu as répondu tu
peux aller à la
page suivante
voir les réponses**



Réponses

1. Vrai
2. Faux
3. Faux
4. Faux
5. Vrai
6. Vrai
7. Faux

Si tu as des
mauvaises réponses,
tu peux reprendre un
peu de temps pour
relire le livret.



Annexe 2 : Convention de Partenariat

CONVENTION DE PARTENARIAT

L'université de Lille

Etablissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel,
dont le siège est situé 42 rue Paul Duez 59800 - Lille
Représentée par son Président M. le professeur Jean-Christophe Camart

Agissant dans le cadre des activités de la faculté de chirurgie dentaire de Lille, dont le Professeur Etienne Deveaux est le Doyen.

Ci-après désignée par « la Faculté », d'une part

Et

L'Ecole Régionale pour déficients visuels Ignace Pleyel

Située Parc Eurasanté Est
31 avenue Pierre Mauroy 59120 Loos
Représentée par Madame Nadine Wacheux, Directrice
Ci-après désignée par « l'ERDV », d'autre part

IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONVENTION

- 1.1 La présente convention a pour objet d'évaluer qualitativement un livret pédagogique abordant le déroulement d'une consultation chez le chirurgien-dentiste ainsi que la prévention bucco-dentaire. Cette évaluation se fera en recueillant le ressenti d'une dizaine d'élèves de l'ERDV âgés de sept à dix ans après lecture du livret et pendant un entretien verbal enregistré. Ces entretiens se feront au cours de l'année 2018.
- 1.2 Ledit projet se fera à l'ERDV avec Mr Drici Nordine (Infirmier à l'ERDV) qui conduira les élèves dans une salle prévue pour les entretiens à Me Banh Louise (étudiante en chirurgie-dentaire à Lille préparant sa thèse d'exercice en vue d'obtenir le Diplôme de Docteur en Chirurgie Dentaire sur l'évaluation de ce livret pédagogique). L'institut(rice)eur des élèves et le Dr Denys Alizée (Chirurgien-Dentiste, Assistante Hospitalo-Universitaire, Directrice de cette thèse) seront éventuellement présents lors de ces entretiens.
- 1.3 L'ensemble des intéressé(e)s participera audit projet sur la base du simple volontariat et après recueil des autorisations parentales pour les mineurs.

ARTICLE 2- MODALITÉ D'EXECUTION

- 2.1 Me Banh Louise et éventuellement le Dr Denys Alizée sont amenées à se déplacer plusieurs fois sur le site de l'ERDV, aux dates convenues avec l'institut(rice)eur des élèves et Mr Drici Nordine.
- 2.2 Les élèves volontaires seront invités aux entretiens aux dates et heures convenues. Les modalités du déroulement des entretiens seront précisées ultérieurement entre les porteurs du projet.

ARTICLE 3- ACCORD

L'organisation du projet est déterminée d'un commun accord entre la Faculté et l'ERDV.

ARTICLE 4 – STATUT DES ÉCOLIERS/ÉTUDIANTS ACCUEILLIS

Les élèves comme Me Banh Louise demeurent, durant leur séquence d'entretien dans l'établissement partenaire, sous statut scolaire / universitaire. Ils restent sous l'autorité et la responsabilité du chef d'établissement scolaire / universitaire et du/des accompagnat(rices)eurs.

ARTICLES 5 – ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

La Directrice prend les dispositions nécessaires pour garantir sa responsabilité civile à chaque fois qu'elle sera engagée. De même, qu'elle prend les dispositions nécessaires en contractant une assurance couvrant la responsabilité civile des élèves pour les dommages qu'ils pourraient causer pendant les séquences d'entretiens dans l'ERDV. L'université prend toutes ses précautions en matière d'assurance envers Me Banh Louise afin de garantir à l'ERDV des entretiens paisibles.

ARTICLE 6 – ACCIDENT

En cas d'accident survenant à un élève ou à Me Banh Louise à l'ERDV, la Directrice et la Faculté s'engage à adresser à l'une et à l'autre la déclaration d'accident dans la journée où l'accident s'est produit.

ARTICLE 7 – AUTORISATION – CESSION DROITS

Les entretiens entre les élèves et Me Banh Louise étant enregistrés, la Faculté atteste qu'une déclaration à la CNIL a été déposée et que les demandes d'autorisations parentales de participation au projet pour les élèves ont été recueillies au préalable. L'utilisation des données recueillies ne pourra pas se faire en dehors dudit projet et au-delà d'une communication autour du projet.

ARTICLE 8 – APPLICATION

Les représentants légaux des deux établissements se tiendront mutuellement informés des difficultés qui pourraient naître de l'application de la présente convention et prendront, d'un commun accord et en liaison avec les équipes pédagogiques et l'infirmier, les dispositions propres à les résoudre.

ARTICLE 9 – DISPOSITIONS FINALES

La présente convention est consentie pour toute la durée du projet prévu en son Article 1.

Toute modification fera l'objet d'un avenant signé des Parties.

Elle pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des Parties par lettre recommandée avec AR envoyée une semaine avant la date du début des entretiens.

Fait à Lille, en deux exemplaires originaux, le ...16/04/18.....

Pr. Jean-Christophe Camart



Pr. Etienne Deveaux



Mme Nadine Wacheux

Directrice de l'ERDV



Annexe 3 : Consentement parental de participation au projet



Formulaire de consentement de participation au projet :
ETUDE QUALITATIVE D'UN LIVRET PEDAGOGIQUE, CONCERNANT LA CONSULTATION CHEZ LE CHIRURGIEN-DENTISTE
ET LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE, A DESTINATION DES ENFANTS DEFICIENTS VISUELS AGES DE 7 A 10 ANS

NOM Prénom :
Adresse postale :
Téléphone portable :
Adresse email :

Je soussigné/e agissant en qualité de parent ou responsable légal de :
..... né/e le

J'ai été informé(e) des objectifs de la thèse, j'ai obtenu des réponses à toutes les questions que j'ai posées et j'ai disposé d'un temps de réflexion suffisant pour prendre ma décision.

Une lettre d'information détaillant le projet m'a été remise.

La participation de votre enfant à ce projet de recherche se fait sur la base du volontariat. Vous êtes entièrement libre de l'autoriser à participer ou non, et de vous retirer à tout moment sans justification et sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont minimaux et le chercheur s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. Aucune compensation d'ordre financière n'est accordée. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi «informatique et libertés» n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, et, le cas échéant, de rectification ou effacement des informations concernant votre enfant.

Si vous souhaitez exercer les droits ci-dessus, veuillez contacter le Correspondant Informatique et Libertés à l'adresse suivante : cil@univ-lille.fr.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, veuillez contacter le chercheur ou/et le directeur de recherche .

J'accepte que les données personnelles de mon enfant soient utilisées exclusivement dans le cadre de ce projet.

La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément à la loi Informatique et Libertés du 06 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général de la protection des données personnelles du 27 Avril 2016. Les publications produites à partir des données vous concernant seront anonymes et ne pourront mener à votre identification ou celle de votre enfant.

Fait le à, en deux exemplaires originaux.

Signature, précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

LE CHERCHEUR	LE DIRECTEUR DE RECHERCHE
Nom : Banh Prénom : Louise Entité de rattachement : Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille Contact pour le participant : louise.banh@etu.univ-lille2.fr	Nom : Denys Prénom : Alizée Fonction : Chirurgien-Dentiste, (assistante Hospitalo-Universitaire sous section de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale à la Faculté de Chirurgie-Dentaire de Lille)

Annexe 4 : Lettre d'information aux parents

Lettre d'information destinée aux parents

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Louise Banh, je suis étudiante à la faculté de Chirurgie Dentaire de Lille.

J'effectue ma thèse d'exercice sur l'évaluation d'un livret pédagogique destiné aux enfants déficients visuels. Ce livret pédagogique aborde le déroulement de la consultation chez le chirurgien-dentiste ainsi que la prévention bucco-dentaire.

L'objectif est de recueillir l'avis et le ressenti de votre enfant après lecture de ce livret, ce qui permettra par la suite d'apporter des modifications et d'améliorer les informations qui y sont contenues.

Je souhaite réaliser cet entretien au sein de l'école en collaboration avec Monsieur Nordine Drici l'infirmier, et l'équipe pédagogique que votre enfant connaît. Les réponses de votre enfant seront recueillies grâce à un appareil à enregistrement vocal. Elles seront anonymes et confidentielles. La durée de l'entretien n'excédera pas 20 min et il n'y aura pas de retentissement sur l'heure de sortie de votre enfant.

Si vous acceptez que votre enfant m'aide à améliorer le livret, je vous remercie de signer le formulaire de consentement et de le transmettre à l'école.

Vous avez le droit de demander à être informés ultérieurement des résultats de l'étude.

Je vous remercie de votre aide et reste à votre disposition par mail si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Louise Banh.

louise.banh@etu.univ-lille2

Annexe 5 : Guide d'entretien

Guide d'entretien: étude qualitative d'un livret pédagogique, concernant la consultation chez le chirurgien-dentiste et la prévention bucco-dentaire, à destination des enfants déficients visuels, âgés de 7 à 10ans

Présentation de l'entretien

Bonjour, je m'appelle Louise. Aujourd'hui j'ai besoin de ton aide pour savoir si ce livret est compréhensible et bien présenté pour les enfants de ton âge. Tout ce que tu dis est vrai, si c'est ce que tu penses personnellement. On va faire comme si j'étais la journaliste et que je te posais des questions. Si tu n'as pas envie de répondre à mes questions, tu peux me le dire.

Avec l'accord donné par tes parents et ton accord, je vais enregistrer notre conversation afin de réécouter ce que tu m'as dit pour bien te comprendre. L'entretien sera ensuite anonymisé c'est à dire que personne ne saura ce que tu as dit. Es-tu d'accord ?

Remettre en main propre le guide pédagogique adapté à l'enfant.

Voir si l'enfant est autonome ou s'il a besoin d'un adulte pour la lecture.

1/Caractéristiques de l'interlocuteur et questions brise-glace

- Quel âge as-tu ?
- Dans quelle classe es- tu ?
- Lis-tu le braille?
- Est-ce que tu es déjà allé chez le chirurgien-dentiste ? Y vas-tu régulièrement ?
- Comment cela s'est passé ? Est-ce que tu étais en confiance ? Ou bien tu étais un peu inquiet ?
- Qu'est ce qui t'as marqué chez le dentiste ?
- Comment va la santé de tes dents ?

2/Opinion générale du livret

- Que penses-tu du livret après l'avoir lu ?
- Explique-moi avec tes propres mots
- *Aider l'enfant s'il cherche ses mots, lui donner des idées : est-ce que c'est intéressant à lire? Est-ce que tu connaissais déjà tout ce qui se passe chez le chirurgien-dentiste ? Est-ce que tu as aimé lire le livret ?*

3/Lisibilité et compréhension

- Est-ce que tu peux me dire quel est le sujet abordé dans ce livret ?
- Quel est le rôle du chirurgien-dentiste ? Cite un instrument qu'il utilise.
- Est-ce que le livret explique comment éviter d'avoir des caries aux dents ? Montre-moi la/ les page(s) où cela est expliqué.
- Est-ce que le livret explique ce qu'il faut manger pour avoir une bonne santé dentaire ?

Montre-moi la/les pages où cela est expliqué.

4/Présentation et organisation

Livret avec illustrations

- Est-ce que tu trouves que le livret est trop grand ou trop petit pour ta prise en main ?
- Est-ce que c'est facile ou difficile pour toi de le lire ? Explique moi pourquoi.
- Est-ce que les caractères sont trop petits pour toi ?
- Est-ce que tu as eu mal aux yeux quand tu as lu le livret ?

Livret en braille

- Est-ce que tu trouves que le livret est trop grand ou trop petit pour ta prise en main ?
- Est-ce que c'est facile ou difficile pour toi de le lire ? Explique moi pourquoi.
- Est-ce que tu perçois bien le braille sous ton doigt ? La qualité du braille te convient-elle ? Le papier est-il de bonne qualité pour ta lecture ?
- As-tu des obstacles de lecture dans ce livret ? As-tu eu des problèmes de sens de feuilles ?

5/Quantité d'information

- Souhaites-tu plus d'informations dans le livret ? Ou bien souhaites tu moins d'informations ? Peut tu me dire pourquoi ?
- *S'il manque des informations selon l'enfant lui faire préciser le sujet. S'il y a trop d'informations, lui faire préciser lesquelles il faudrait enlever.*

6/Utilité et aspect des illustrations

Livret gros caractères noirs

- Les dessins t'ont donné envie de regarder le livret ? Pourquoi ?
- Les dessins sont-ils de bonne qualité ?
- Est ce qu'il y a assez de dessins ou pas assez de dessins ? Explique moi pourquoi.

Livret braille

- As-tu eu un souci de sens de feuille pour lire le dessin ?
- Que penses-tu du dessin des dents ? Est-il de bonne qualité (relief, papier) ?
- Est-ce que le dessin des dents t'a permis de mieux comprendre la maladie carieuses des dents ?
- Est-ce que tu souhaites plus de dessins ? Si oui concernant quel sujet ?

7/Utilisations potentielles sur le terrain

- Est-ce que tu conseillerais à un copain, à une copine de lire ce livret ? Pourquoi ?
Où est ce qu'il faudrait mettre ce livret pour que les enfants puissent le lire ?
- Est-ce que tu penses qu'il faut le lire avec un adulte ? Pourquoi ?

Peux-tu donner une note sur ce guide s'il te plaît :

1 : Très bien

2 : Bien

3 : Moyen

4 : A revoir

Noter autres remarques éventuelles de l'enfant

Evaluation d'un livret de prévention bucco-dentaire par des enfants déficients-visuels / **BANH Louise.**- p. 86 : ill. 11 ; réf. 72

Domaines : Prévention

Mots clés Rameau: Prophylaxie dentaire – Chez l'enfant ; Santé publique buccodentaire ; Troubles de la vision – Chez l'enfant ; Matériel didactique ; Promotion de la santé

Mots clés FMeSH: Education en santé dentaire ; Santé buccodentaire - Enfant ; Méthodes ; Santé publique ; Prophylaxie dentaire – Enfant ; Hygiène buccodentaire - Enfant

L'impact des mesures de prévention bucco-dentaire est plus fort durant l'enfance. Par ailleurs, les personnes ayant des difficultés d'accès aux soins sont des publics à privilégier pour les actions de prévention et de promotion en santé. Nous avons donc voulu participer à l'éducation bucco-dentaire des enfants déficients visuels de l'ERDV de Loos. Nous avons ainsi évalué la présentation, la compréhension et la lisibilité de l'information contenue dans un livret pédagogique traitant de la prévention bucco-dentaire. Une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs a été réalisée auprès des enfants scolarisés en primaire à l'ERDV de Loos. L'étude a été menée selon les recommandations de la HAS sur l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Douze entretiens ont eu lieu. De manière générale, le livret pédagogique a reçu un bon accueil de la part des enfants. Néanmoins, ceux-ci souhaitent quelques améliorations de forme. Cette étude permet donc d'envisager une diffusion du livret pédagogique à un public plus large de personnes déficientes visuelles après certaines modifications. Nous avons aussi évoqué la possibilité de faire créer un livre audio à partir de ce livret, par les collégiens de l'ERDV de Loos. Ce projet permettrait de rendre les enfants déficients visuels acteurs de leur santé bucco-dentaire.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Pascal BEHIN

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Monsieur le Docteur Thibault BECAVIN

Madame le Docteur Alizée DENYS