



UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2024

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Octobre 2024

Par Mohamed Anouar Zakaria BERRAH

Education thérapeutique en odontologie pédiatrique, quelles attentes des patients et de leur famille ? Etude auprès des patients du CHU de Lille

JURY

Président : Madame le Professeur Caroline DELFOSSE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLER

Madame le Docteur Marie CRAQUELIN

Président de l'Université :	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université :	A.-V. CHIRIS-FABRE
Doyen UFR3S :	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S :	
Vice doyen du département facultaire d'Odontologie – UFR3S par intérim :	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services :	L. KORAÏCHI
Responsable de la Sclolarité :	V. MAURIAUCOURT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BOITELLE	Responsable du département de Prothèse
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Doyen du département facultaire d'Odontologie – UFR3S Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Responsable du Département de

Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :

T. BECAVIN	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
C. DENIS	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale . Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHU Lille

C. OLEJNIK	Responsable du Département de 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	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES :

M. BEDEZ	Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale
R. WAKAM KOUAM	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.

Table des matières

Table des matières	6
1. Introduction.....	10
1.1 <i>La maladie carieuse.....</i>	10
1.1.1 Définition	10
1.1.2 Prévalence	10
1.1.3 Etiologie	10
1.1.3.1 <i>Le modèle biologique de Keyes.....</i>	10
1.1.3.2 <i>Le modèle écologique de Fisher-Owens</i>	10
1.2 La carie de la petite enfance (CPE)	11
1.2.1 Définition	11
1.2.2 Conséquences	12
1.2.1 La gestion de la maladie carieuse	12
1.3 <i>La promotion de la santé et la prévention</i>	13
1.3.1 Les niveaux de prévention	13
1.3.1.1 Selon l'OMS (1948)	13
1.3.1.2 Selon Gordon (1982)	14
1.4 <i>Les limites des stratégies actuelles</i>	14
2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)	15
2.1 Définition	15
2.2 Objectifs de l'ETP	15
2.2.1 Compétences d'autosoins	15
2.2.2 Compétences d'adaptation.....	15
2.2.3 L'empowerment des patients et la littératie en santé	16
2.2.1 Décisions partagées et « co-construction ».....	16
2.3 <i>Equipe pluriprofessionnelle.....</i>	16
2.3.1 La participation des aidants.....	17
2.3.2 Les patients experts	17
2.4 <i>Le déroulement d'un programme d'ETP</i>	17
2.4.1 Le diagnostic éducatif et la planification du programme	17
2.4.2 La mise en œuvre du programme d'ETP	18
2.4.3 L'évaluation	19
2.5 <i>L'intérêt de l'ETP en odontologie pédiatrique.....</i>	19
3. Le programme Educadentfant	20
3.1 <i>Présentation du programme</i>	20
3.2 <i>Objectifs du programme</i>	20
3.3 <i>Les ateliers du programme Educadentfant</i>	20
3.3.1 Le bilan éducatif	20
3.3.2 Atelier 1 : Raconte-moi ta carie	21
3.3.3 Atelier 2 : M' ta brosse.....	21
3.3.4 Atelier 3 : Sucre où es-tu ?	22
3.3.5 Atelier n°4 : Mon Raccoon ®	22
3.4 <i>La salle d'ETP.....</i>	23
3.5 <i>Résultats du programme Educadentfant</i>	23
3.5.1 Difficultés rencontrées lors du programme	24
4. Matériel et méthode	25
4.1 <i>Objectif de l'étude</i>	25
4.2 Recherche préliminaire : recension des écrits	25
4.2.1 Identification des mots-clés	25
4.2.2 Sélection des articles	26

4.2.2.1	Recherche sur la santé orale.....	26
4.2.2.2	Recherche sur l'éducation thérapeutique	27
4.3	Population, échantillonnage et lieu de recueil.....	28
4.3.1	Critères d'inclusion	28
4.3.2	Critères de non-inclusion et d'exclusion	28
4.3.3	Echantillonnage.....	28
4.4	<i>Outils de recueil des données</i>	28
4.4.1	Présentation du questionnaire	28
4.4.1	Prétest du questionnaire	29
4.5	<i>Procédure de recueil des données</i>	29
4.6	<i>Stockage des données</i>	30
4.7	<i>Analyse des données</i>	30
4.8	<i>Démarches réglementaires et éthiques</i>	30
5.	Résultats	31
5.1	Le profil familial.....	31
5.1.1	Lien de parenté avec l'enfant	31
5.1.2	Statut marital	31
5.1.2.1	<i>Niveau d'étude des parents</i>	32
5.1.1	Métier des parents.....	32
5.2	<i>Le profil des enfants</i>	33
5.2.1	Age des enfants	33
5.2.2	Place dans la fratrie.....	33
5.2.3	Niveau scolaire des enfants	34
5.3	<i>Trajet jusqu'au Service d'odontologie du CHU de Lille</i>	34
5.3.1	Moyens de transport.....	34
5.3.2	Temps de trajet.....	35
5.4	<i>Connaissances, attitudes et pratiques en santé orale</i>	35
5.4.1	Habitudes des parents	35
5.4.1.1	Fréquence à laquelle les parents consultent le chirurgien-dentiste	35
5.4.1.2	Motifs de visite des parents chez le chirurgien-dentiste	36
5.4.2	Habitudes alimentaires des enfants	36
5.4.2.1	Fréquence de consommation de produits sucrés	36
5.4.2.2	Boissons habituellement consommées par l'enfant.....	37
5.4.3	Habitudes d'hygiène orale des enfants	38
5.4.4	Evaluation des connaissances en santé orale	38
5.5	<i>Education thérapeutique</i>	39
5.5.1	Facteurs influant sur la volonté d'intégrer Educadent.....	39
5.5.1.1	Volonté de participer au programme Educadent et motifs de refus.....	39
5.5.1.2	Âge de l'enfant.....	39
5.5.1.3	Situation matrimoniale	40
5.5.1.4	Niveau d'études.....	40
5.5.1.5	Catégorie socioprofessionnelle.....	41
5.5.1.6	Temps de trajet.....	41
5.5.1.7	Frais de déplacement.....	42
5.5.1.8	Motifs de consultation habituel des parents.....	42
5.5.2	Attentes vis-à-vis du programme Educadent.....	42
5.5.2.1	Notions que les parents souhaiteraient aborder	43
5.5.2.2	Professionnels de santé souhaités	43
5.5.2.3	Créneaux horaires	44
5.5.2.4	Organisation des séances d'ETP bucco-dentaire	45
5.5.2.4.1	Nombre et durée des séances	45

5.5.2.4.2	Type de séance : collective ou individuelle	45
5.5.2.4.3	Type de séance : présentiel ou distanciel	46
5.5.2.4.4	Rappel par SMS 24 heures avant le rendez-vous.....	46
5.6	<i>Les rendez-vous dans le service d'odontologie</i>	46
5.6.1	Absences des enfants aux rendez-vous.....	46
5.6.1	Evaluation de la qualité de la prise en charge dans le service d'odontologie.....	47
6.	Discussion	48
6.1	Intérêt de l'étude	48
6.2	Limites de l'étude	48
6.3	<i>Défis liés au maintien de l'engagement des patients dans les programmes d'ETP</i>	49
6.3.1	De nombreux abandons et des difficultés de recrutement	49
6.3.2	Des pistes concernant les difficultés d'engagement.....	49
6.3.3	La méconnaissance de l'ETP	50
6.4	<i>Facteurs pouvant influencer la volonté d'intégrer Educadenfant</i>	50
6.4.1	Lien avec le niveau de satisfaction.....	50
6.4.2	Connaissances et littératie en santé orale.....	51
6.4.3	Situation matrimoniale	52
6.4.4	La situation professionnelle	53
6.4.5	La proximité géographique du service d'odontologie	53
6.4.6	L'e-ETP	54
6.4.7	La participation aux frais de transport	54
6.5	Organisation des séances	55
6.5.1	Nombre et durée des séances	55
6.5.2	Collectives ou individuelles	55
6.5.3	Les thèmes.....	56
6.5.4	Professionnels de santé souhaités.....	57
	Conclusion	58
	Références bibliographiques	59
	Table des illustrations	65
	Table des tableaux	66
	Annexes	67
	Annexe 1 : Lettre d'information distribuée aux participants avant l'enquête.....	67
	Annexe 2 : Questionnaire numérique (E-CRF) utilisé pour cette étude.....	68

Table des Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

BEP : Bilan Educatif Partagé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPE : Carie de la Petite Enfance

DPO : Délégué à la Protection des Données

EPS : Éducation pour la santé

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

e-ETP : Éducation Thérapeutique du Patient en ligne

GBD : Global Burden of Disease

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Pa : Participant

SETE : Société d'Éducation Thérapeutique Européenne

UTEP : Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient

1. Introduction

1.1 *La maladie carieuse*

1.1.1 *Définition*

La maladie carieuse a été définie par Machiulskiene et al. comme : « *une maladie dynamique et multifactorielle, non transmissible, modulée par le régime alimentaire et la présence de biofilm, conduisant à une déminéralisation au niveau des tissus durs dentaires* » (traduction personnelle).

L'OMS l'a classée comme une maladie chronique non transmissible. Elle est influencée par des facteurs biologiques, comportementaux, psychosociaux et environnementaux (1). De plus, cette maladie conduit au développement de lésions carieuses : ces dernières constituent les manifestations cliniques de la maladie (2).

1.1.2 *Prévalence*

Près de la moitié de la population mondiale est concernée par au moins une maladie de la sphère orale. La prévalence la plus élevée concerne les lésions carieuses sur les dents permanentes, qui affectent 2,5 milliards de personnes, selon les données du *Global Burden of Disease* (GBD). La maladie carieuse est, par ailleurs, la maladie chronique la plus fréquente chez l'enfant (3). Elle représente ainsi un enjeu majeur de santé publique.

1.1.3 *Etiologie*

1.1.3.1 *Le modèle biologique de Keyes*

D'après le modèle de Keyes, la formation des lésions carieuses serait influencée par l'hôte (incluant la composition de la salive et des dents), le microbiote oral et le substrat (c'est-à-dire le régime alimentaire) (4).

1.1.3.2 *Le modèle écologique de Fisher-Owens*

Dans son modèle, Fisher-Owens met en évidence l'ensemble des facteurs qui déterminent l'apparition de la maladie carieuse chez l'enfant. Ces déterminants agis-

sent à différents niveaux : au niveau la sphère orale (schéma de Keyes vu précédemment), de l'enfant lui-même (incluant des aspects biologiques ou génétiques) ; de la sphère familiale (notamment le statut socio-économique et les comportements en matière de santé orale des parents) et de la communauté (l'environnement social et le système de santé, l'accès aux soins...). Le schéma qui suit reprend les différents éléments évoqués précédemment (5).

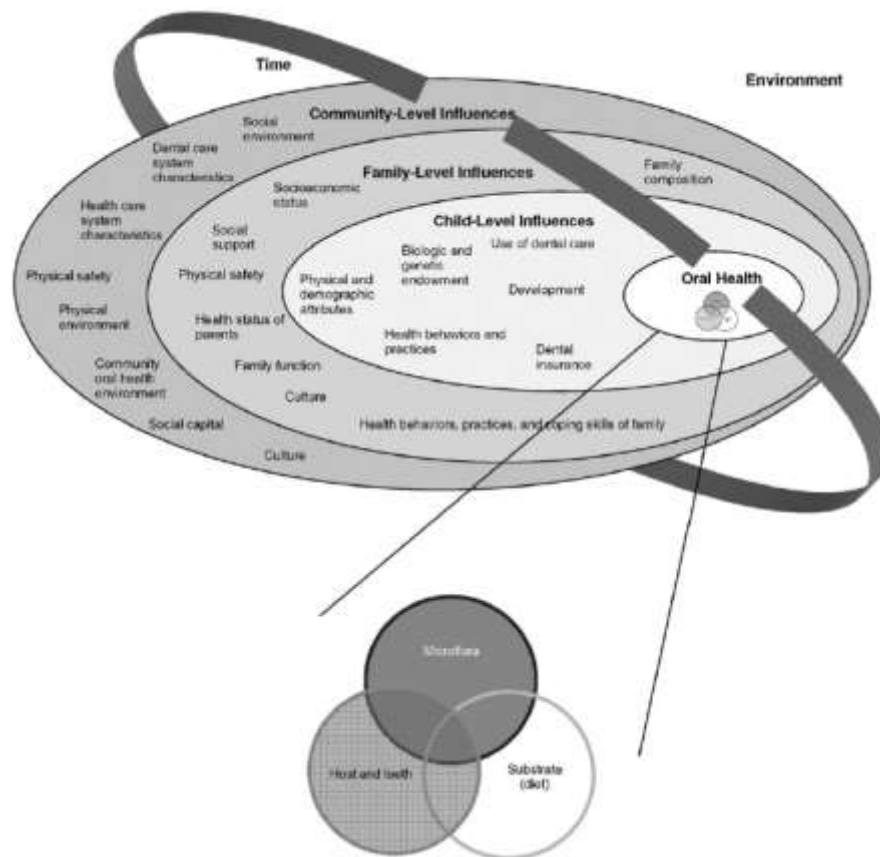


Fig. 1. Modèle de Fisher-Owens (5)

1.2 La carie de la petite enfance (CPE)

1.2.1 Définition

La carie de la petite enfance (CPE) (ou « *early childhood caries* ») est une forme sévère de la maladie carieuse qui se caractérise par le développement rapide d'une ou plusieurs lésions carieuses et concerne les enfants âgés de moins de 6 ans, c'est-à-dire avant l'éruption des premières molaires permanentes (6). Elle concerne environ 30% des enfants à l'échelle nationale et son incidence augmente proportionnellement à l'âge de l'enfant (7).

La CPE représente un facteur prédictif important pour le développement de la maladie carieuse à l'âge adulte, notamment par son fort risque de récurrence, en particulier chez les populations les plus vulnérables, pouvant être alors qualifiée de maladie chronique (8–10). Enfin, à quatre ans, 22 % des enfants en France présentent au moins une lésion carieuse cavitaire et 6% sont concernés par un stade sévère de cette maladie (11).

1.2.2 *Conséquences*

La CPE peut provoquer des douleurs et augmenter le risque d'infections dentaires affectant, ainsi, des fonctions telles que la mastication et la phonation, avec des conséquences néfastes sur la croissance des jeunes enfants. Si les dents antérieures sont atteintes, en plus des problèmes mentionnés précédemment, un retentissement esthétique ou sur l'estime de soi peuvent être présents. Cette maladie est également responsable d'absentéisme scolaire et d'altération de la qualité de vie. Par ailleurs, elle peut avoir un impact sur la santé générale, notamment par les facteurs de risque communs avec d'autres maladies comme le diabète (6,12).

1.2.1 *La gestion de la maladie carieuse*

- La gestion de la maladie carieuse est fondée sur six principes :
 - La détection précoce des lésions carieuses.
 - L'évaluation de leur activité et celle du risque carieux individuel.
 - La reminéralisation des tissus dentaires.
 - La mise en place de mesures préventives sur les dents indemnes de lésion carieuse.
 - La mise en place de procédures restauratrices invasives à minima.
 - La réparation des restaurations défectueuses plutôt que leur remplacement (13).

1.3 ***La promotion de la santé et la prévention***

La promotion de la santé correspond au « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* ». Elle intègre des concepts comme la prévention, l'éducation pour la santé (EPS) et la participation des usagers (14).

La prévention, quant à elle, est définie par l'OMS comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». En santé orale, elle prend place dans un continuum englobant différentes mesures qui tendent à la maintenir tout au long de la vie.

1.3.1 *Les niveaux de prévention*

1.3.1.1 Selon l'OMS (1948)

- L'OMS définit 3 niveaux de prévention :
 - **La prévention primaire** qui a pour but d'éviter l'apparition de maladies. L'éducation pour la santé (EPS) se place à ce niveau. En santé orale, cela concerne notamment les conseils sur l'hygiène buccodentaire, tels que l'usage de dentifrices fluorés.
 - **La prévention secondaire** qui vise à intercepter les maladies aux stades initiaux. Dans le domaine buccodentaire c'est par exemple : les contrôles annuels, l'application de vernis fluorés, les scellements de sillons....
 - **La prévention tertiaire** qui a pour but d'éviter les complications et les conséquences des maladies. Ainsi, en santé orale on peut citer les restaurations et réhabilitations prothétiques. C'est également à ce stade qu'intervient l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (cf. partie 2) (15).

1.3.1.2 Selon Gordon (1982)

- Gordon distingue trois cibles différentes :
 - **La prévention universelle** qui est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit l'état de santé, l'EPS se place à ce niveau.
 - **La prévention sélective** qui est orientée vers des sous-groupes de populations spécifiques (patients obèses, fumeurs...), c'est dans cette catégorie que se placent les campagnes spécifiques.
 - **La prévention ciblée** qui est dirigée vers des sous-groupes de la population selon l'identification de facteurs de risque spécifiques présents dans cette sous-population (ex: dépistage du cancer du sein pour les femmes après 50 ans). Elle comprend l'ETP (15).

1.4 *Les limites des stratégies actuelles*

Des initiatives nationales, comme le programme de prévention « M'T dents » (examens buccodentaires destinés aux patients de 3 à 24 ans) ont été mises en place pour favoriser le recours aux soins et le diagnostic précoce des maladies bucco-dentaires. Néanmoins, selon l'Assurance Maladie, ce dispositif n'est connu que par 63% des parents. Ainsi, malgré ces stratégies moins de 40% des individus consultent régulièrement un chirurgien-dentiste, que ce soit pour eux-mêmes ou pour leurs enfants (16).

En outre, à l'échelle nationale, l'accès aux soins dentaires est particulièrement difficile pour les enfants. En effet, certains chirurgiens-dentistes ne prennent en charge les enfants que de manière exceptionnelle, en particulier ceux en bas âge (17). Des initiatives ont été mises en place comme l'annualisation du programme « M'T dents » à compter de janvier 2025 et la revalorisation des soins pédiatriques (16). Cependant, ces initiatives demeurent insuffisantes (6,17).

2. L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

2.1 Définition

Selon l'OMS, « *[L'éducation thérapeutique du patient] vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique...* ». L'offre d'ETP s'inscrit dans le contexte de la prévention tertiaire, afin de réduire les risques de récurrence et prévenir les complications de la maladie (18).

2.2 Objectifs de l'ETP

L'objectif de cette démarche est de soutenir les patients et leur entourage dans la compréhension de leur état de santé et de leurs traitements, dans le but de préserver et d'améliorer leur qualité de vie. Elle favorise la collaboration soigné-soignant et la participation des patients (18). Dans cette optique, différentes compétences pourront être acquises.

2.2.1 Compétences d'autosoins

Les compétences d'autosoins favorisent la participation du patient pour atténuer l'impact de sa maladie sur sa santé. Cela peut inclure le soulagement des symptômes, l'ajustement des doses de médicaments ou l'exécution de gestes techniques de soins (19)...

2.2.2 Compétences d'adaptation

D'après l'OMS, les compétences d'adaptation (dites aussi psychosociales) englobent « *un ensemble de compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux individus de contrôler et de diriger leur vie, d'acquies la capacité d'adaptation à leur environnement et de le modifier* ». Ces compétences comprennent la connaissance de soi, la gestion émotionnelle et la capacité à expliquer sa maladie (19).

2.2.3 *L'empowerment des patients et la littératie en santé*

L'empowerment (ou pouvoir d'agir) en santé désigne la capacité d'une personne à prendre des décisions éclairées pour sa santé (20). Promouvoir l'empowerment est crucial en ETP, particulièrement chez les patients vulnérables, car il favorise le développement d'autogestion de la maladie, renforce la confiance en soi et contribue ainsi à une meilleure qualité de vie (21).

De son côté, la littératie en santé englobe la capacité à « *obtenir, assimiler, évaluer et utiliser l'information relative à la santé pour émettre des jugements et prendre des décisions éclairées dans la vie quotidienne en matière de santé* » (22). Celle-ci pourrait être renforcée grâce au programme d'ETP (23).

Enfin, le paternalisme médical¹ et un faible niveau de littératie en santé constituent des obstacles à l'empowerment des patients (24).

2.2.1 *Décisions partagées et « co-construction »*

Une des applications concrètes de l'empowerment concerne les décisions partagées. Cette pratique repose sur le principe de l'autodétermination, encourageant ainsi la collaboration dans le processus décisionnel (24). Cela se caractérise par une approche éducative égalitaire, horizontale entre soignés et soignants, favorisant la prise de décisions conjointes (25). En pratique elle permet la construction d'un programme personnalisé, centré sur le patient avec des objectifs décidés entre le patient et l'équipe médicale.

2.3 *Equipe pluriprofessionnelle*

L'ETP se réalise avec une équipe de professionnels exerçants dans différents domaines. Cette pluridisciplinarité permet de concevoir un programme adapté aux besoins et aux attentes des patients, en tirant parti des compétences de chacun. Les professionnels de santé qui interviennent en ETP sont qualifiés de soignants éducateurs et possèdent des compétences pédagogiques (méthodes, outils...),

¹ Correspond à une relation soigné-soignant dans laquelle les décisions sont prises par le soignant, le consentement éclairé et la participation du patient ne sont pas recherchés.

organisationnelles (mise en place des séances...) et relationnelles (écoute active...) (19).

Ainsi, les membres de cette équipe peuvent être, par exemple : un assistant social (pour aider avec les demandes d'aides financières), un pharmacien (pour informer sur les traitements), un infirmier (pour apprendre à effectuer des gestes de soins) (19)...

2.3.1 *La participation des aidants*

Une des spécificités de l'ETP est la participation de l'entourage du patient (parents, enfants, fratrie, aidants...). Cette participation est précieuse car, outre leur soutien psychologique, ils permettent le maintien des compétences acquises au domicile. Lorsque le patient est un enfant, en particulier très jeune, leur participation est même indispensable (17,19,26).

2.3.2 *Les patients experts*

Le patient-expert, dans le cadre de l'ETP, est une personne ayant acquis des compétences expérientielles et médicales sur sa maladie et qui souhaite s'engager auprès d'autres patients concernés par une maladie chronique (24,27). En France, c'est une activité bénévole qui permet à certains patients de donner un sens à leur vie et à leur maladie. Ainsi, le patient expert occupe une place à mi-chemin entre le patient et le soignant (28).

2.4 ***Le déroulement d'un programme d'ETP***

Le programme d'ETP se divise généralement en quatre étapes.

2.4.1 *Le diagnostic éducatif et la planification du programme*

- Le diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé (BEP) permet de faire retracer la vie du patient et de sa maladie. Il est centré autour de 5 dimensions :
 - **La dimension biomédicale** qui pourrait se traduire par "Qu'est-ce que le patient a comme maladie ?".

- **La dimension psychoaffective** tente de répondre à la question "Que ressent le patient vis-à-vis de sa maladie ?".
- **La dimension socio-professionnelle** ou "Que fait le patient comme activité ?".
- **La dimension cognitive** qui cherche à savoir ce que le patient connaît de sa maladie, de ses traitements...
- **La dimension identitaire** cherche à savoir qui est le patient (ses centres d'intérêts, motivations, projets de vie...) (29).

A l'issu de cet entretien une synthèse est réalisée, reprenant les points clés des étapes précédentes, les freins et leviers à la mise en place du programme, ainsi que les objectifs co-décidés. Elle est consignée dans le dossier du patient puis communiquée au médecin traitant (29,30).

Une fois les compétences à acquérir identifiées, le patient et l'équipe soignante décident conjointement d'un programme éducatif personnalisé pour le patient.

2.4.2 *La mise en œuvre du programme d'ETP*

Les séances éducatives peuvent être individuelles ou collectives. Les séances collectives favoriseraient la confrontation des points de vue, la rupture du sentiment d'isolement et les apprentissages par l'expérience des participants. En revanche, les séances individuelles sont adaptées pour identifier les besoins et les attentes spécifiques d'un patient (31).

Les séances peuvent également se dérouler en présentiel ou en distanciel. Le terme « e-ETP » désigne les séances d'ETP effectuées à distance (30). Ainsi, la numérisation de l'offre d'ETP comprend l'organisation d'ateliers en ligne, cette méthode entraîne un gain de temps, favorise l'accessibilité des patients éloignés et permet aux participants de rester dans un cadre familial et apaisant (32).

2.4.3 L'évaluation

L'évaluation du patient est une étape indispensable en ETP, elle s'effectue à la fin des ateliers mais également de manière sommative à la fin du programme. Cette étape consiste à mettre en évidence les compétences acquises et identifier celles qui nécessiteraient un renforcement. A l'issue de cette évaluation, des ateliers peuvent être reproposés si des compétences ne sont pas maîtrisées (ETP de renforcement) (18) (Fig. 2).



Fig. 2. *Étapes de l'ETP, source : Dr Trentesaux (15) d'après (18)*

2.5 L'intérêt de l'ETP en odontologie pédiatrique

Comme vu précédemment, la maladie carieuse dans les populations à risque peut perdurer tout au long de la vie, faisant d'elle une maladie chronique (33). A Lille, une étude menée en 2014 mettait en évidence que près d'un enfant sur 2 ayant bénéficié d'une anesthésie générale présentait de nouvelles lésions carieuses un an après l'opération (34). Ainsi, dans l'optique de réduire la récurrence de la maladie carieuse, un programme d'éducation thérapeutique a été créé (35).

3. Le programme Educadentfant

3.1 *Présentation du programme*

Créé en 2017, Educadentfant est le premier programme d'ETP en odontologie centré sur la maladie carieuse pédiatrique en France. Il est animé par un chirurgien-dentiste en compagnie d'un ou deux étudiants externes. L'ETP est proposée aux familles d'enfants concernés par la maladie carieuse, ainsi que leurs proches (frères/sœurs, grands-parents...).

Le programme est adapté aux enfants entre 3 et 10 ans. Il est composé de 4 ateliers d'environ 45 minutes qui peuvent se dérouler individuellement (une famille) ou en groupe (plusieurs familles) à l'exception du BEP et de l'évaluation qui sont toujours individuels.

3.2 *Objectifs du programme*

- Les objectifs du programme Educadentfant sont les suivants :
 - Comprendre comment les lésions carieuses se forment.
 - Adopter une technique de brossage appropriée.
 - Choisir le matériel de brossage adapté à son âge.
 - Identifier les aliments cariogènes et protecteurs.
 - Evaluer la quantité de sucre au cours d'une journée.
 - Adopter des comportements alimentaires favorables à une bonne santé orale.
 - Entretenir sa prothèse dentaire amovible...

3.3 *Les ateliers du programme Educadentfant*

3.3.1 *Le bilan éducatif*

Un bilan éducatif du patient est réalisé, ce dernier incorpore les éléments d'un BEP classique, mais avec une orientation spécifique sur la maladie carieuse. Lors de cette séance, une évaluation des connaissances (sur la maladie carieuse, l'hygiène orale et l'éducation nutritionnelle) sous forme de questionnaire est réalisée chez les enfants (accompagnés de leurs parents). Ce questionnaire est resoumis lors de

3.3.2 Atelier 1 : Raconte-moi ta carie

[illegible]

Fig. 3. Exemple d'une carte mentale réalisée lors de l'atelier 1, courtoisie Dr Craquelin

3.3.3 Atelier 2 : M'ta brosse

21

3.3.4 Atelier 3 : Sucre où es-tu ?

Cet atelier est centré sur l'alimentation et a pour objectif d'apprendre à l'enfant et à son entourage à identifier les aliments cariogènes et protecteurs, mais également à évaluer la quantité de sucre consommée au cours d'une journée.

Lors de la première partie de l'atelier, il est demandé à l'enfant de retracer ses repas de la veille grâce à des cartes représentants différents aliments. Une fois réalisée, l'enfant doit exprimer son opinion sur la présence de sucre dans chaque aliment. Pour évaluer cet atelier, il est demandé à l'enfant de classer une liste d'aliments en « contenant du sucre » (très cariogène) et « sans sucre » (peu ou pas cariogène) (Fig. 4) (35,36).



Fig. 4. *Planche d'étiquettes avec des aliments, courtoisie : Dr Craquelin*

3.3.5 Atelier n°4 : Mon Raccoon ®

Le dernier atelier permet de faire la synthèse des notions abordées précédemment en utilisant une application Mon Raccoon® (19,35). Cette dernière comprend différents mini-jeux : composition d'un repas équilibré, choix du matériel de brossage adapté et réalisation du brossage. Des points sont attribués à chaque activité ce qui permet à l'enfant de visualiser sa progression. Des conseils adaptés à l'âge de l'enfant sont également disponibles.

3.4 La salle d'ETP

Une salle est spécifiquement dédiée à l'ETP. On veille à ce qu'elle soit « capacitante », c'est à dire qu'elle crée un environnement favorable à l'apprentissage. L'aménagement de l'espace : couleurs des murs, choix du mobilier ne doit pas faire penser à une salle de soins (19,37). Ceci est crucial étant donné que l'anxiété liée aux soins dentaires est un problème significatif affectant entre 3 et 20% de la population européenne (38). La figure 5 illustre la salle qui est dédiée au programme Educadentfant.



Fig. 5. Salle d'ETP du programme Educadentfant du programme Educadentfant, source : Dr Quertainmont (35)

3.5 Résultats du programme Educadentfant

Une étude a été réalisée en 2020 pour évaluer les résultats du programme sur la période 2017-2020. Celle-ci mettait en évidence une satisfaction moyenne par les participants et leur entourage de 93%. En outre, entre le BEP et la séance d'évaluation 92% des participants avaient amélioré leurs compétences en matière d'hygiène orale ainsi que leurs connaissances nutritionnelles. Les connaissances cognitives sur la maladie carieuse ont progressé de 72 % et celle sur l'alimentation de 60 %. Enfin, une augmentation de 89 % du score moyen des compétences techniques en hygiène bucco-dentaire a été constatée (35).

3.5.1 *Difficultés rencontrées lors du programme*

Malgré les résultats positifs du programme, il a été observé qu'après le bilan éducatif, une partie des patients ne se présentait plus aux ateliers, ce qui peut entraîner une perte de chance. En effet, parmi les 17 participants du programme Educadenfant en 2023, seuls 3 d'entre eux (18%) ont suivi la totalité du programme².

Ainsi, il est donc pertinent 6 ans après la mise en place du programme Educadenfant, de réévaluer les attentes des familles vis-à-vis de ce dernier. C'est pour cette raison qu'une étude par questionnaires a été menée en 2023.

² Une autre partie des participants a terminé le programme au cours de l'année 2024.

4. Matériel et méthode

4.1 *Objectif de l'étude*

L'**objectif principal** de cette étude est de déterminer les attentes (contenu et modalités d'organisation des séances) des parents des patients d'un programme d'ETP en santé orale, dans le but d'améliorer sa structuration et de favoriser l'engagement des patients.

- **Les objectifs secondaires** sont les suivants :
 - Déterminer le profil des patients (et de leur famille) susceptibles de participer au programme.
 - Evaluer les connaissances des parents sur l'ETP et la santé orale.
 - Connaître les critères qui affectent la volonté des parents de s'engager dans ce programme.

4.2 **Recherche préliminaire : recension des écrits**

4.2.1 *Identification des mots-clés*

Dans l'optique de construire un questionnaire adapté, une recherche a été effectuée sur différentes bases de données. Elle devait idéalement interroger les éléments qui influencent la participation au programme d'ETP en santé orale, cependant la littérature en ETP est assez récente et l'ETP en médecine buccodentaire assez rare. Ainsi, très peu d'articles qui combinent ces deux sujets ont été trouvés.

- Il a donc été décidé de séparer la recherche en deux parties :
 - Les éléments qui influencent la participation aux programmes d'ETP.
 - Les éléments qui influencent la participation aux soins ou programmes buccodentaires.

En effet, les absences aux rendez-vous d'Educaenfant pouvaient s'expliquer par des facteurs liés aux programmes d'ETP (perception de ces derniers, leurs modalités d'organisation, leur utilité perçue...) mais également par des facteurs liés aux soins dentaires (l'importance de la santé orale, l'anxiété des soins dentaires...).

4.2.2 Sélection des articles

4.2.2.1 Recherche sur la santé orale

Dans un premier temps, il a été décidé de réaliser une équation de recherche sur le moteur de recherche *PubMed* en sélectionnant les articles abordant les concepts de « perception », « d'adhésion », « des attentes », et « des absences aux rendez-vous » du patient en lien avec les « soins dentaires », la « santé orale » ou un « programme dentaire ».

Pour être inclus les articles devaient avoir été publiés entre le 02/02/2013 et le 02/02/2023 et être rédigés en français ou en anglais. N'étaient pas inclus les articles qui évaluaient l'observance envers une thérapeutique ou un dispositif. Le tableau ci-dessous reprend l'équation de recherche concernant la participation aux rendez-vous buccodentaires.

Tab. 1. *Equation concernant la participation aux soins buccodentaires, source personnelle*

<u>Base de données</u>	<u>Recherche santé orale</u>	<u>Période d'inclusion</u>
<u>PubMed</u>	((patient adherence[Title/Abstract]) OR (patient perception[Title/Abstract]) OR (patient attendance[Title/Abstract]) OR (appointment[Title/Abstract]) OR (patient compliance[Title/Abstract]) OR (patient compliance[MeSH Terms]) OR (no-show patients[MeSH Terms]) OR (no-show patients[Title/Abstract]))AND((dental health[Title/Abstract]) OR (oral health[Title/Abstract]) OR (oral health[MeSH Terms]) OR (dental program[Title/Abstract]) OR (dental care[Title/Abstract]) OR (dental care[MeSH Terms]))	Du 02/02/2013 au 02/02/2023

La figure suivante représente le diagramme des flux de cette première recherche.

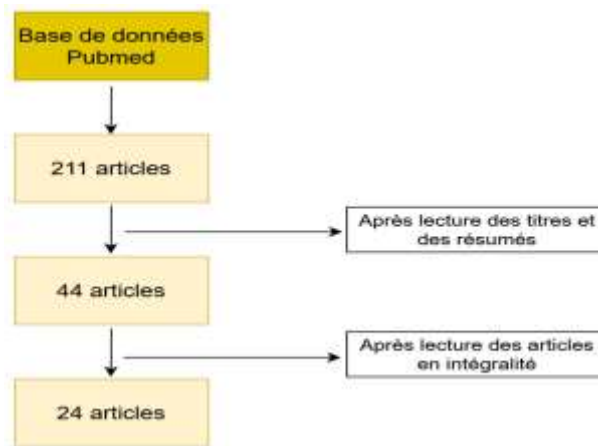


Fig. 6. Diagramme de flux de l'équation de recherche concernant la participation aux soins buccodentaires, source personnelle

4.2.2.2 Recherche sur l'éducation thérapeutique

Sur *PubMed*, une équation similaire a été élaborée en utilisant des mots-clés liés aux concepts de « perception », « d'adhésion », « des attentes », et « des absences aux rendez-vous » du patient, cette-fois-ci en lien avec un programme d'ETP. Cependant, aucun de ces articles ne traitait de ces termes dans le contexte d'un programme d'ETP. Ainsi, en raison de l'absence de résultats pertinents liés à notre étude sur *PubMed*, il a été décidé d'effectuer une recherche manuelle d'articles dans la revue ETP/TPE par lecture des titres et résumés de tous les articles publiés dans cette revue. La figure suivante illustre le diagramme des flux de la recherche concernant l'ETP (Fig. 7).

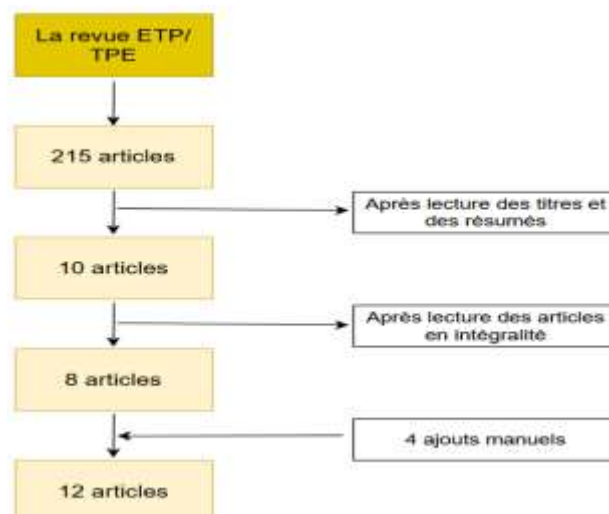


Fig. 7. Diagramme de flux de la recherche concernant l'éducation thérapeutique, source personnelle

4.3 Population, échantillonnage et lieu de recueil

4.3.1 Critères d'inclusion

Cette enquête par questionnaires a été réalisée auprès de familles qui consultent au CHU de Lille dans le service d'odontologie.

- Pour être inclus les participants devaient :
 - Être un aidant majeur de la cellule familiale.
 - Accompagner un enfant âgé de 3 à 10 ans.
 - Accompagner un enfant qui présente au moins une lésion carieuse.
 - Accompagner un enfant qui est affilié à un régime de sécurité sociale.

4.3.2 Critères de non-inclusion et d'exclusion

En plus des critères évoqués précédemment, les familles qui ne maîtrisaient pas le français de manière suffisante n'ont pas été incluses dans cette étude. Concernant les critères d'exclusion, les familles qui ne souhaitent plus participer à l'étude ou les questionnaires avec plus de 20% de réponses manquantes ont été exclues.

4.3.3 Echantillonnage

Il a été décidé de réaliser un échantillonnage empirique, ainsi 50 patients ont été inclus.

4.4 Outils de recueil des données

4.4.1 Présentation du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de l'étude de littérature et a été hébergé sur la plateforme *LimeSurvey*³. Il comportait 36 questions à choix multiples (QCM) (Annexe 2).

³ <https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/716444?lang=fr>

- Les thèmes abordés dans ce questionnaire concernaient :
 - Des données administratives (âge de l'enfant, scolarisation...).
 - Les trajets pour se rendre au CHU : type de transport, durée du trajet...
 - Des questions sur l'ETP : connaissance du terme, modalités d'organisation du programme (durée, nombre de séances, collectives / individuelles...).
 - Les habitudes buccodentaires et alimentaires des enfants.
 - Les connaissances en santé orale (par auto-évaluation et hétéroévaluation⁴).
 - La prise en soin au CHU (nombre de rendez-vous passés, les absences, qualité de prise en soin...).

4.4.1 *Prétest du questionnaire*

En amont de l'administration aux 50 participants, le questionnaire a été prétesté auprès de 10 personnes. Ces commentaires ont conduit à quelques ajustements tels que le rassemblement des mots « bus », « métro » et « tramway » sous le terme « transports en commun », la séparation des termes « contrôle » et « détartrage » qui étaient regroupés sous le terme « contrôle » et l'emploi du terme « thé/café » à la place de « thé ». Ces modifications ont été communiquées au Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'Université de Lille.

4.5 ***Procédure de recueil des données***

Les données ont été collectées entre le 13/09/2023 et le 05/10/2023 grâce à un questionnaire numérique (E-CRF ou *Electronic Case Report Form*) (Annexe 2). Les patients ont été interrogés oralement par un investigateur qui complétait directement les réponses sur *LimeSurvey*. Une version imprimée du questionnaire était disponible en cas de difficultés avec la plateforme. Les données recueillies étaient de nature quantitative discrète (par exemple, le nombre de frères et sœurs de l'enfant), qualitative : nominale (comme le moyen de transport utilisé) et ordinale (telle la satisfaction à l'égard du service).

⁴ 8 questions, 1 point par bonne réponse, -1 pour une mauvaise (0 en cas d'absence de réponse). Un score très faible" était compris entre 0 et 2, "faible" entre 3 et 4, "bon" entre 5 et 6 et "excellent" entre 7 et 8.

4.6 *Stockage des données*

Les données ont été colligées dans un fichier Excel protégé par un mot de passe sur l'ordinateur de l'investigateur. Seuls les auteurs de cette étude y ont eu accès.

4.7 *Analyse des données*

Les données ont été analysées par des statistiques descriptives : pourcentages, effectifs... Le logiciel Excel version 2010 et le site *LimeSurvey* ont été utilisés pour le traitement des données.

4.8 *Démarches réglementaires et éthiques*

Cette recherche est une recherche hors loi Jardé car le sujet ne porte pas directement sur des données de santé de patients ou des pratiques de soins, mais sur leurs attentes d'un programme d'ETP. Les démarches réglementaires nécessaires ont été mises en place comme la préservation de l'anonymat des participants et le respect des dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Une déclaration à la CNIL⁵ via le DPO de l'Université de Lille a été faite (n°1128).

Cette recherche étant hors loi Jardé, aucune déclaration auprès d'un Comité de Protection des Personnes n'était nécessaire. L'enquêteur a obtenu le consentement explicite oral des participants et une lettre d'information préalable a été remise aux participants avant la réalisation de l'enquête (Annexe 1).

Les chercheurs reconnaissent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

⁵ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

5. Résultats

5.1 Le profil familial

5.1.1 Lien de parenté avec l'enfant

Les mères constituaient près de deux-tiers de répondants (62%) et les pères un tiers (32%). La suite des résultats est présentée dans le diagramme circulaire ci-dessous.

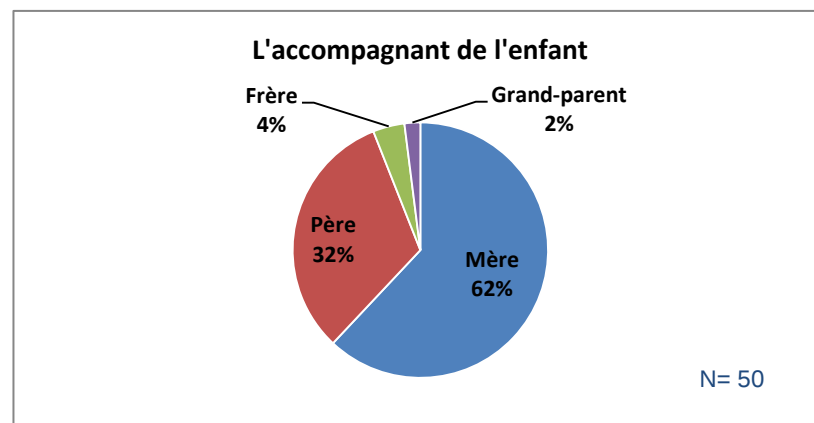


Fig. 8. Diagramme circulaire du lien de parenté avec l'enfant, source personnelle

5.1.2 Statut marital

Concernant le statut marital des parents de l'enfant, les mariés représentaient la majorité soit 56%, les célibataires 24 % et le concubinage 16%. Le reste des résultats est présenté dans la figure ci-dessous.

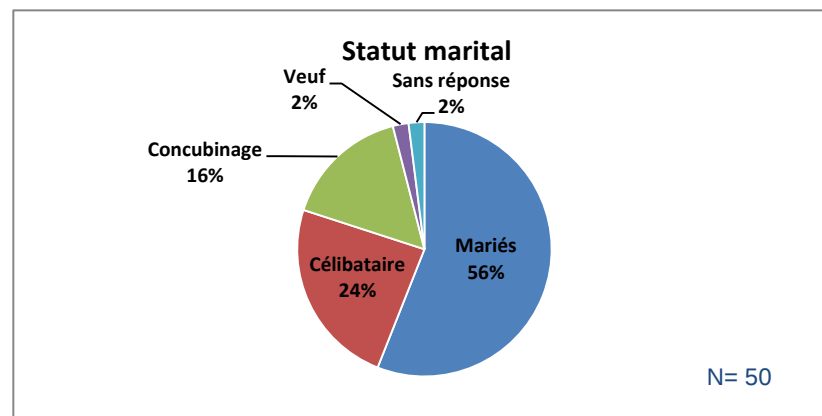


Fig. 9. Diagramme circulaire du statut marital des parents, source personnelle

5.1.2.1 Niveau d'étude des parents

Concernant le niveau d'étude des parents, le niveau « Baccalauréat » était le plus représenté chez les mères et les pères : avec 42% et 30% des effectifs respectivement. En revanche, les diplômes de niveau « Bac +4 » étaient les moins présents avec seulement 2% des mères et 4% des pères. La suite des résultats est présentée dans la figure ci-dessous.

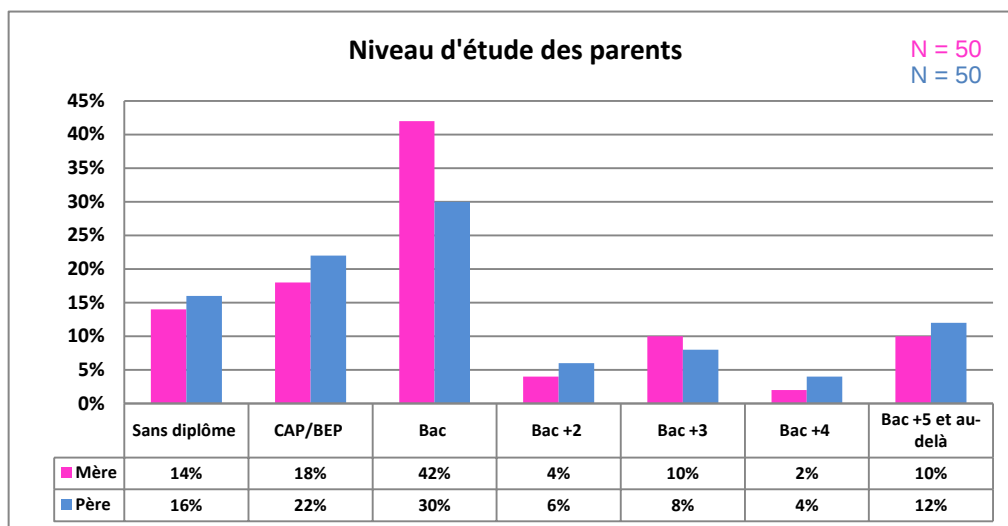


Fig. 10. *Diagramme à barres des niveaux d'étude des parents, source personnelle*

5.1.1 Métier des parents

Concernant l'activité professionnelle des parents, la majorité des mères étaient sans activité professionnelle, représentant 52% des effectifs, tandis que la plupart des pères étaient employés dans 36% des familles. La figure ci-dessous met en évidence le reste des résultats.

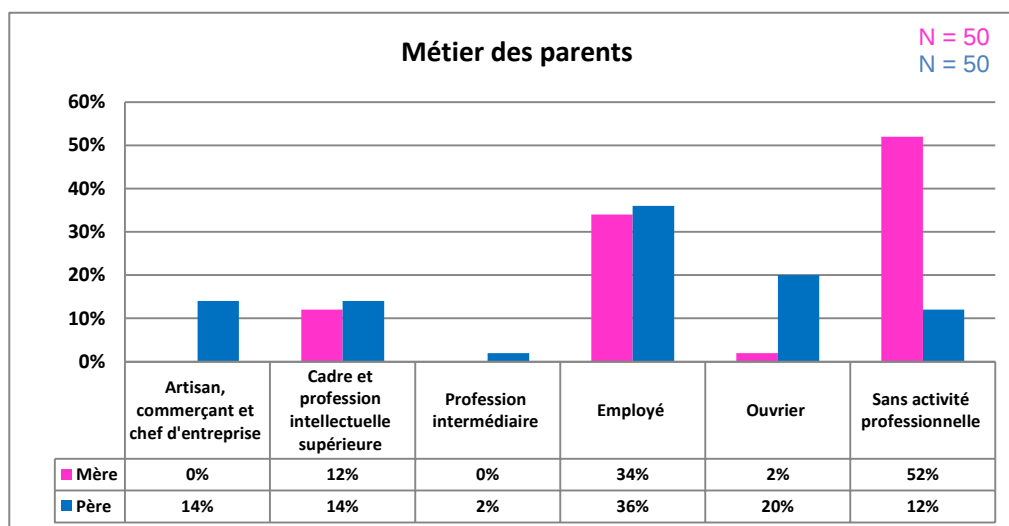


Fig. 11. *Diagramme à barres des professions des parents, source personnelle*

5.2 Le profil des enfants

5.2.1 Age des enfants

Concernant les enfants, l'âge moyen était de 6,9 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 7 ans (22%), puis celles des 8 ans et 6 ans (18%). A l'inverse, la moins représentée était celle de 3 ans (2%), ainsi que celles des 4 et 10 ans (6%). La figure ci-dessous illustre l'ensemble des résultats de cette question.

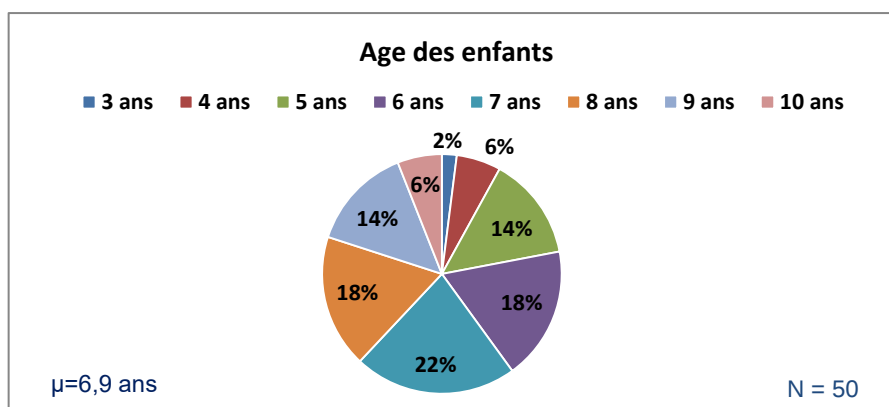


Fig. 12. *Diagramme circulaire des âges des enfants, source personnelle*

5.2.2 Place dans la fratrie

Toujours concernant les enfants, la plupart étaient les deuxièmes de leur fratrie (40%), puis aînés et troisièmes (22%). A l'inverse : seulement 4% étaient cinquièmes et septièmes respectivement. La suite des résultats est présentée ci-dessous.

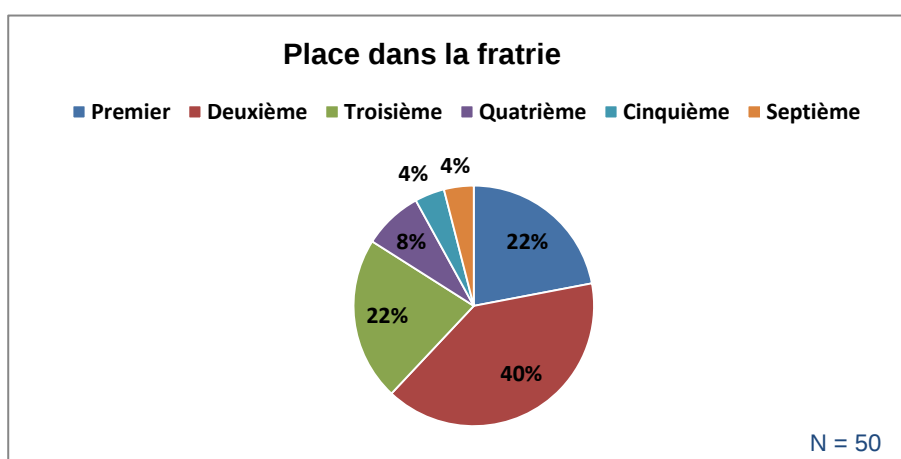


Fig. 13. *Diagramme circulaire de la place dans la fratrie des enfants, source personnelle*

5.2.3 Niveau scolaire des enfants

Concernant leur niveau scolaire, 22% des enfants étaient au CE2. Le CP et le CE1 occupaient 16% des effectifs. A l'inverse, la petite section et la grande section ne concernaient que 2% des enfants. La suite des résultats est présentée ci-dessous.

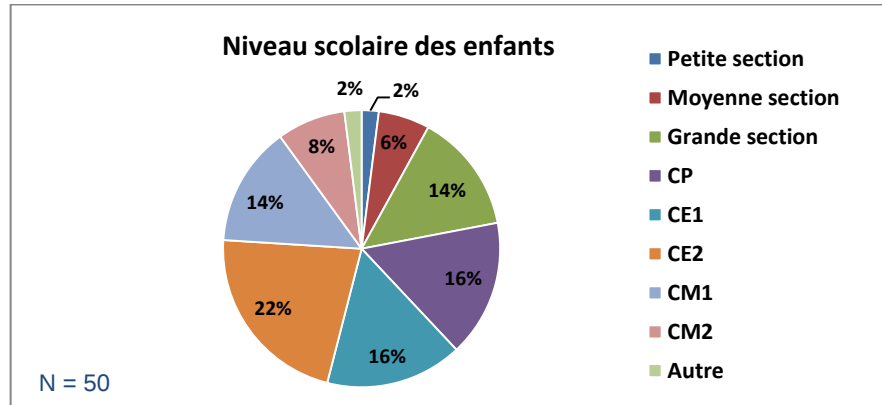


Fig. 14. *Diagramme circulaire du niveau scolaire des enfants, source personnelle*

5.3 Trajet jusqu'au Service d'odontologie du CHU de Lille

5.3.1 Moyens de transport

La majorité des participants se déplaçaient avec leur véhicule personnel (64%), et un quart utilisaient les transports en commun (26%). A l'inverse : seulement 2% optaient pour un taxi. La figure ci-dessous illustre l'ensemble des résultats.

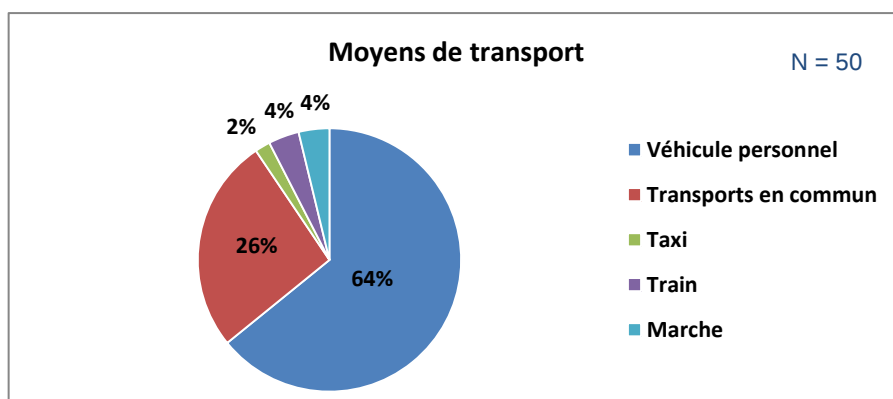


Fig. 15. *Diagramme circulaire du moyen de transport utilisé pour se rendre au CHU, source personnelle*

5.3.2 Temps de trajet

22% des participants mettaient entre 30 et 40 minutes, à l'inverse : seulement 2% mettaient entre 50 et 60 minutes. La suite des résultats est présentée dans la figure ci-dessous.

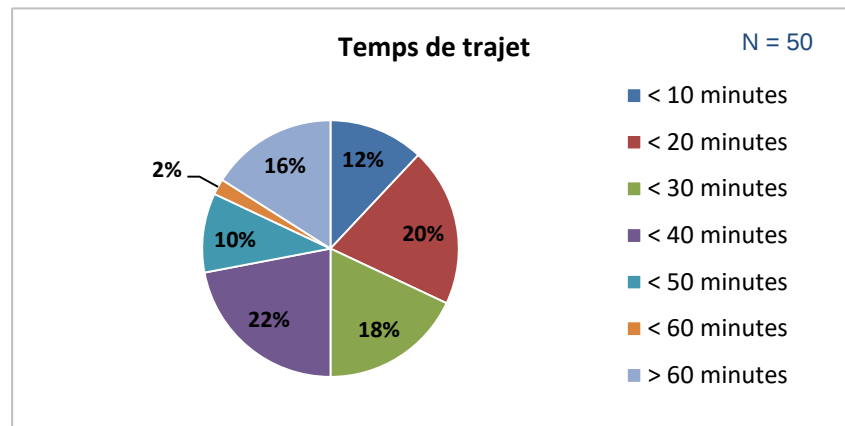


Fig. 16. Diagramme circulaire du temps de trajet jusqu'au CHU, source personnelle

5.4 Connaissances, attitudes et pratiques en santé orale

5.4.1 Habitudes des parents

5.4.1.1 Fréquence à laquelle les parents consultent leur chirurgien-dentiste

Deux-tiers des participants consultaient une fois (34%) ou plus (32%) par an le chirurgien-dentiste. 12% consultaient tous les 2 ans ou moins d'une fois tous les 3 ans et seuls 10% consultaient 1 fois tous les 3 ans. La figure suivante illustre la répartition des résultats.

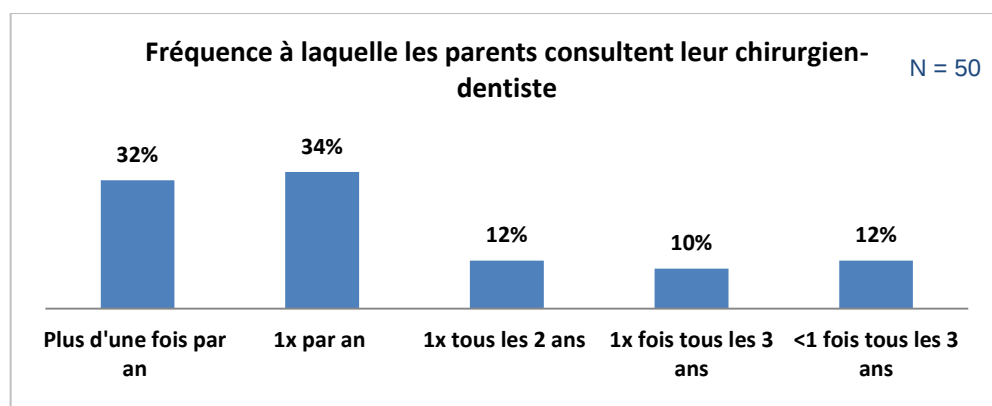


Fig. 17. Diagramme à barres de la fréquence de consultation chez un chirurgien-dentiste des participants, source personnelle

5.4.1.2 Motifs de visite des parents chez le chirurgien-dentiste

Concernant les motifs de ces rendez-vous (plusieurs choix possibles)⁶, la majorité des participants consultaient pour une restauration ou remplacement des dents absentes (64%), la moitié pour un détartrage (52%) ou des douleurs (46%). Cependant, aucun participant ne prenait rendez-vous pour des conseils en hygiène orale ou pour un motif esthétique. La suite des résultats est présentée dans la figure ci-dessous.

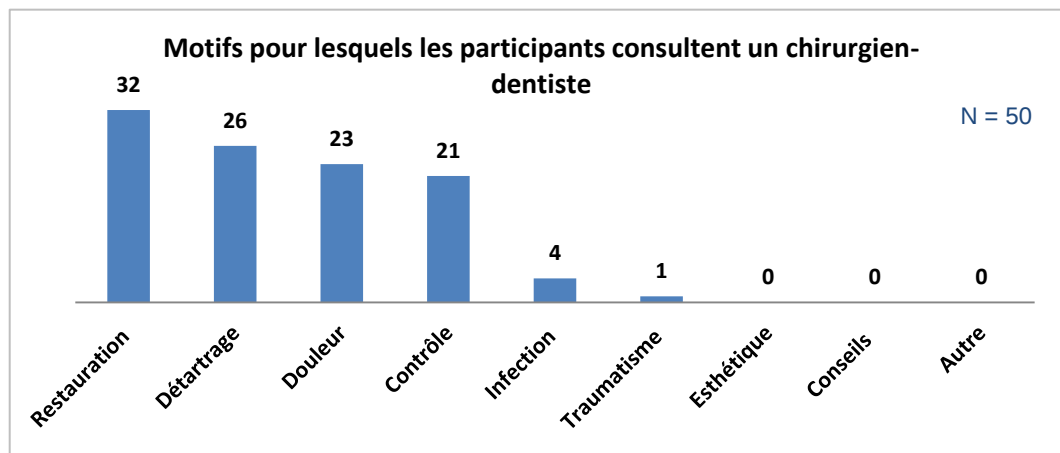


Fig. 18. *Diagramme à barres du motif de consultation d'un chirurgien-dentiste, source personnelle*

5.4.2 Habitudes alimentaires des enfants

5.4.2.1 Fréquence de consommation de produits sucrés

Concernant les habitudes alimentaires, sur les 50 familles, 48% des enfants consommaient des produits sucrés plusieurs fois par jour, contre 46 % qui ne le faisaient pas. 6% des personnes interrogées n'ont pas répondu à cette question.

⁶ Pour un total de 107 réponses.

5.4.2.2 Boissons habituellement consommées par l'enfant

Les boissons consommées par les enfants (plusieurs choix possibles)⁷ étaient de l'eau pure (88% des Pa), du jus de fruits (46% des Pa), du soda (36% des Pa) ou du sirop (22% des Pa). 2 % des participants consommaient un chocolat chaud (réponse : autre). L'intégralité des résultats est présentée dans le diagramme à barres ci-dessous.

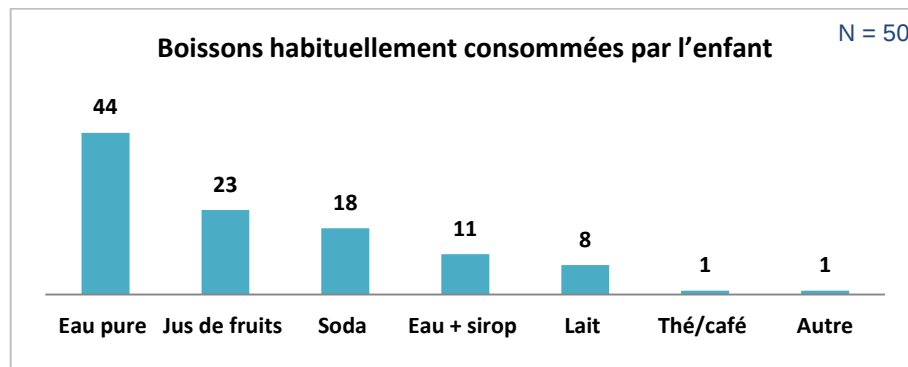


Fig. 19. Diagramme à barres des boissons habituellement consommées par les enfants, source personnelle

52% des enfants se brossaient 2 fois par jour, tandis que seuls 4% ne se brossaient jamais les dents. L'intégralité des résultats est présentée dans le diagramme circulaire ci-dessous.

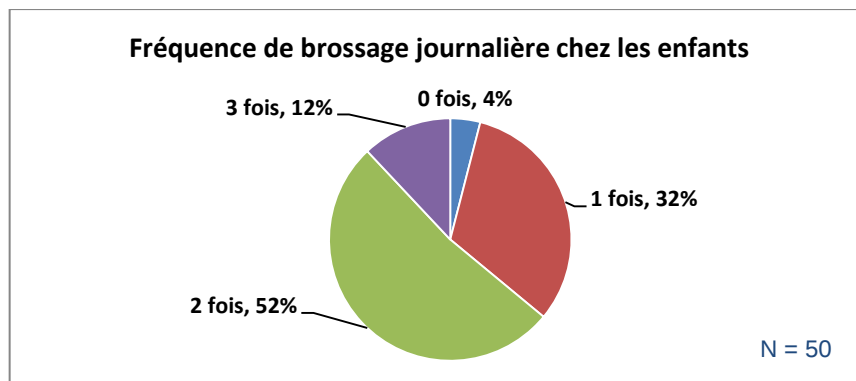


Fig. 20. Fréquence de brossage journalière chez les enfants, source personnelle

De plus, la majorité des participants (62%) indiquaient que ce brossage était supervisé (surveillance ou brossage refait après l'enfant).

⁷ Pour un total de 106 réponses.

5.4.3 Habitudes d'hygiène orale des enfants

Concernant l'hygiène orale, 92% des enfants se brossaient les dents au moins le soir et 64 % au moins le matin. Le moment privilégié pour se brosser les dents est après un repas pour 90% des enfants et avant le repas 14%. Cependant, 14% des enfants ne se brossaient pas les dents quotidiennement. La figure qui suit présente l'ensemble des résultats.

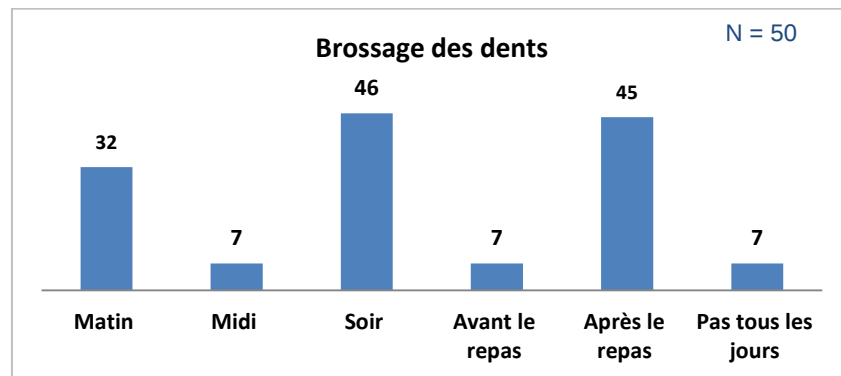


Fig. 21. Diagramme à barres des habitudes de brossage dentaire des enfants, source personnelle

5.4.4 Evaluation des connaissances en santé orale

Concernant leur niveau de connaissances en santé orale, 48% des participants l'ont estimé comme étant faible et 34 % comme étant bon. Cependant, lors de l'hétéroévaluation (cf. partie 4.4.1), 48% des participants ont été considérés comme ayant de bonnes connaissances et 24% comme ayant un niveau excellent. L'intégralité des résultats des scores issus de l'autoévaluation et de l'hétéroévaluation est présentée dans la figure ci-dessous.

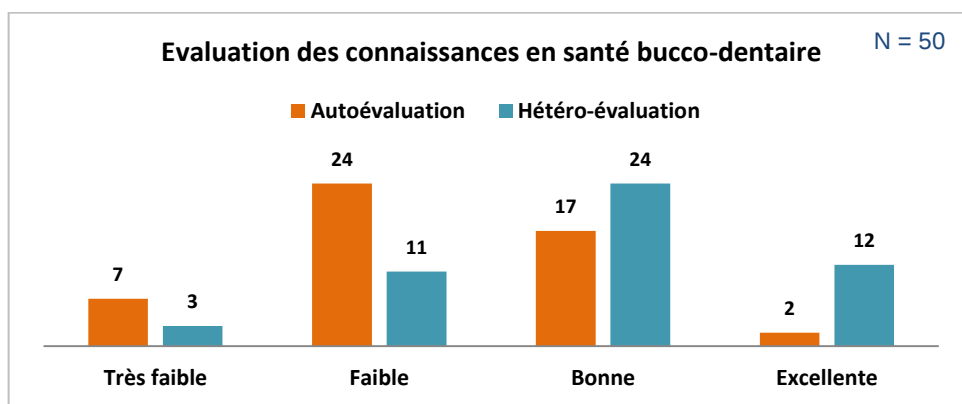


Fig. 22. Diagramme à barres des hétéroévaluations et auto-évaluations des connaissances en santé orale des parents, source personnelle

5.5 Education thérapeutique

Concernant la connaissance du terme « éducation thérapeutique » 84% des 50 personnes interrogées ne connaissaient pas ce terme, tandis que 16 % ont déclaré en avoir déjà entendu parler.

5.5.1 Facteurs influant sur la volonté d'intégrer Educadenfant

5.5.1.1 Volonté de participer au programme Educadenfant et motifs de refus

Concernant la participation au programme, 46% des participants manifestaient de l'intérêt pour Educadenfant, tandis que 54% ne le souhaitaient pas (27 Pa). La principale raison de refus (plusieurs choix possibles)⁸ est le manque de temps (33%), puis la distance (25%), ainsi que la charge d'autres enfants (20%). Pour le motif « autre » les raisons évoquées étaient la bonne hygiène orale estimée de l'enfant et l'incompatibilité avec d'autres suivis médicaux. La figure qui suit présente l'ensemble des résultats.

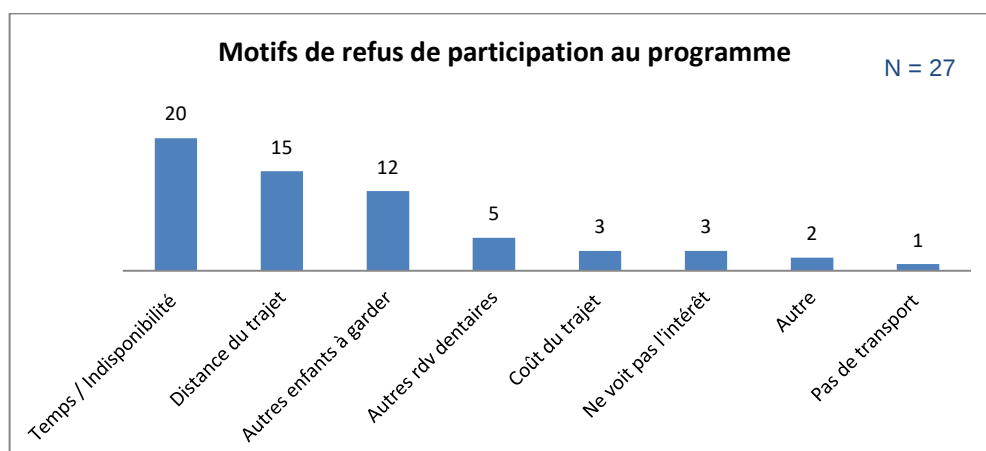


Fig. 23. Diagramme à barres des motifs de refus de participation au programme Educadenfant,
source personnelle

5.5.1.2 Âge de l'enfant

L'intérêt de participer au programme d'ETP a été associé à l'âge de l'enfant concerné. Ainsi, parmi les 50 personnes intéressées, les familles avec des enfants de 4 et 10 ans étaient celles les plus présentes (67%), suivies par les 7 ans (64%) et

⁸ Pour un total de 61 réponses.

les 9 ans (57%). L'ensemble des données est présent dans la figure suivante.

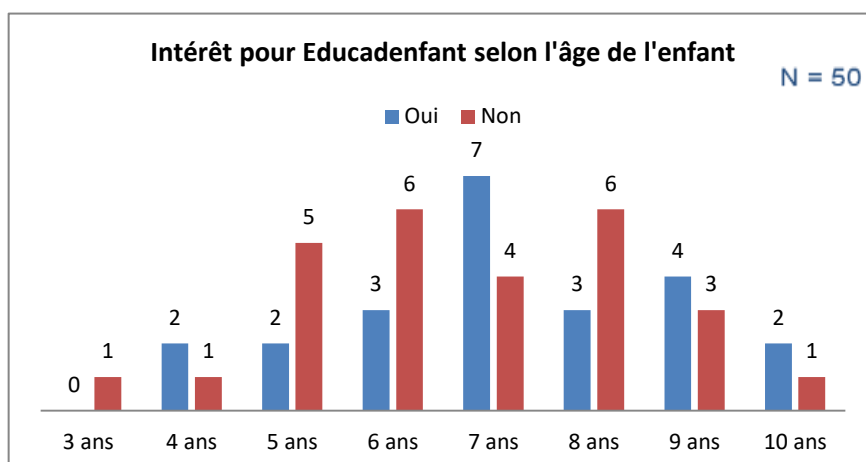


Fig. 24. Diagramme à barres de l'intérêt pour Educadefant en fonction de l'âge de l'enfant, source personnelle

5.5.1.3 Situation matrimoniale

Parmi les parents en couple (8 Pa), la moitié d'entre eux, exprimait une volonté de participer à Educadefant. De même, parmi les parents mariés (28 Pa), la moitié également, souhaitait participer. En revanche, seulement un tiers des 12 parents célibataires a exprimé un intérêt pour cette participation.

5.5.1.4 Niveau d'études

Concernant le niveau d'études, tous les parents interrogés titulaires d'un Bac +3 avaient exprimés leur intérêt pour le programme. En revanche, parmi les titulaires de CAP/BEP, seulement un quart était favorable à cette participation. La suite des résultats est présentée ci-dessous (Fig. 25).

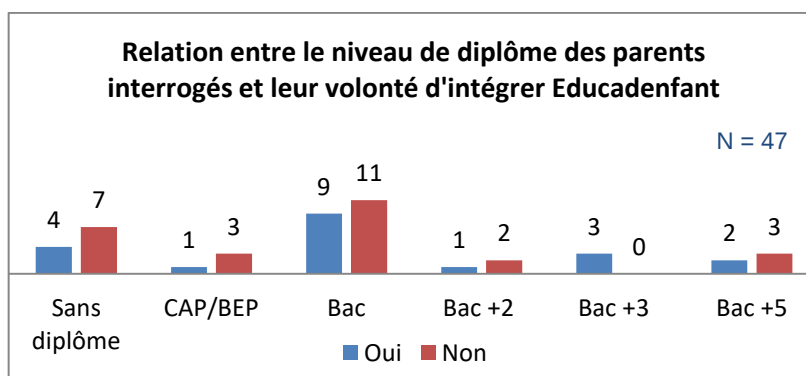


Fig. 25. Relation entre le niveau de diplôme des parents interrogés et leur volonté d'intégrer Educadefant, source personnelle

5.5.1.5 Catégorie socioprofessionnelle

Concernant l'emploi, 47% des parents employés avaient exprimés un intérêt pour le programme. En revanche, aucun des ouvriers n'était favorable à cette participation. La suite des résultats est présentée ci-dessous (Fig. 26).

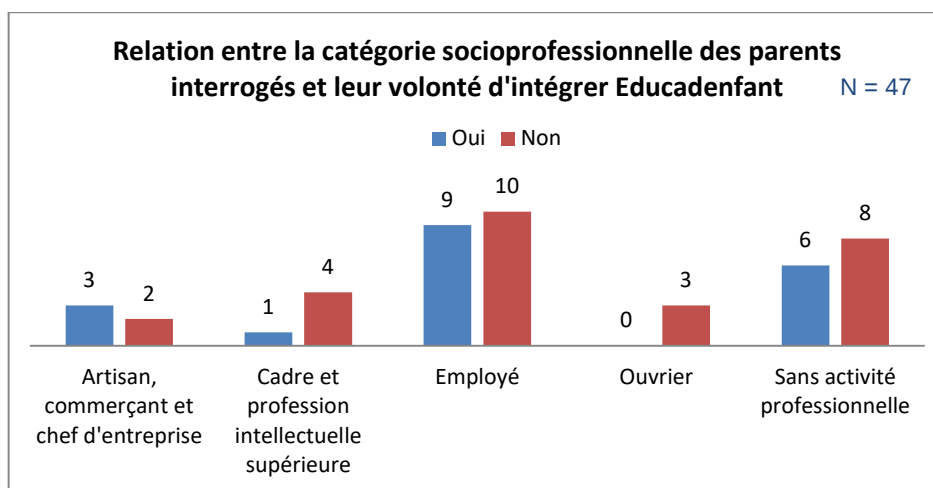


Fig. 26. Relation entre la catégorie socioprofessionnelle des parents interrogés et leur volonté d'intégrer Educadentfant, source personnelle

5.5.1.6 Temps de trajet

Concernant le temps de trajet, les patients à 10 minutes du CHU sont les plus intéressés pour participer à Educadentfant (83%), suivis par les patients à 20-30 minutes (56%), puis ceux à 10-20 minutes et plus d'une heure tous les deux à 50%. La suite des données est détaillée dans la figure ci-dessous avec l'effectif des enfants pour chaque classe d'âge.

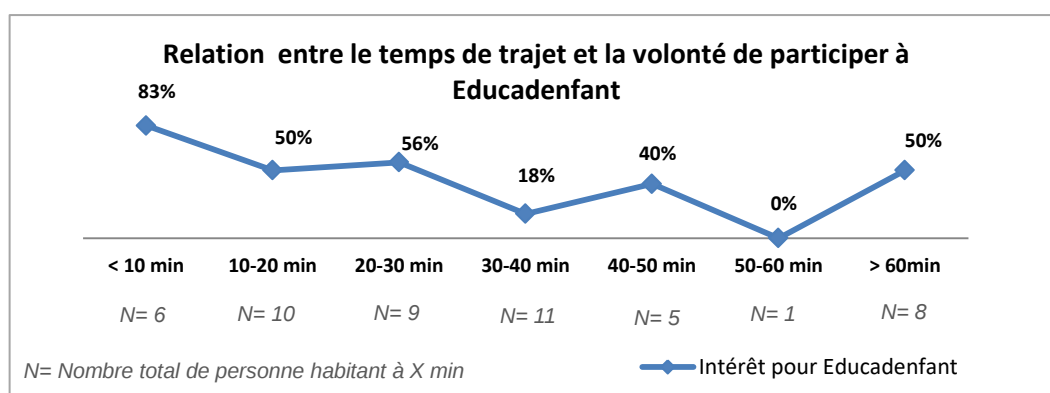


Fig. 27. Diagramme linéaire de la relation entre le temps de trajet et l'envie de participer à Educadentfant, source personnelle

5.5.1.7 Frais de déplacement

A la question si une prise en charge, même partielle, des frais de déplacement, pouvait augmenter leur volonté de participer, 33% des familles étaient d'accord et 67% ont répondu défavorablement.

5.5.1.8 Motifs de consultation habituel des parents

Tous les parents qui consultaient habituellement pour une infection souhaitaient participer au programme, tandis que seuls 38 % de ceux qui consultaient habituellement pour un contrôle souhaitaient y participer. La suite des résultats⁹ est présentée ci-dessous (Fig. 28).

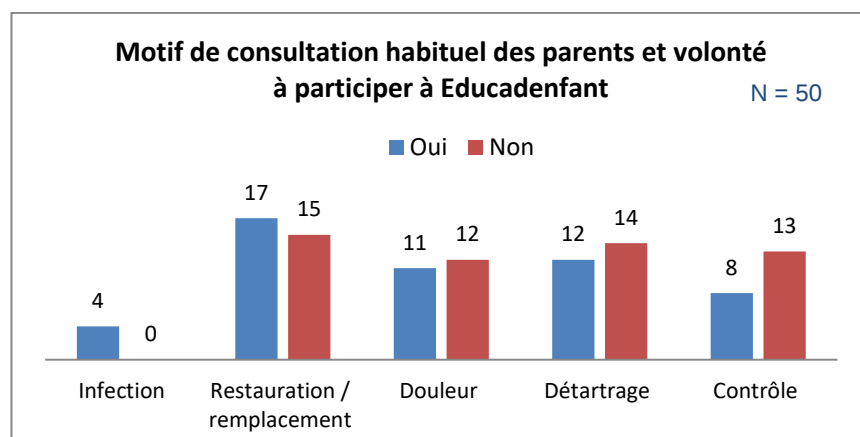


Fig. 28. Relation entre le motif de consultation habituel des parents et leur volonté d'intégrer Educadentfant, source personnelle

5.5.2 Attentes vis-à-vis du programme Educadentfant

Concernant les parties suivantes sur les attentes des familles vis-à-vis d'un programme d'éducation thérapeutique en santé orale, les avis des 50 participants ont été recueillis, qu'ils aient exprimé le désir de participer à Educadentfant ou non.

⁹ Pour un total de 106 réponses

5.5.2.1 Notions que les parents souhaiteraient aborder

Concernant les sujets souhaités par les participants (plusieurs choix possibles)¹⁰, 94% étaient intéressés pour apprendre les techniques de brossage, 84 % souhaitaient motiver leur enfant au brossage, 80% désiraient savoir comment se forment les lésions carieuses et comment motiver leur enfant à diminuer ses habitudes cariogènes. L'ensemble des résultats est présenté dans la figure suivante.

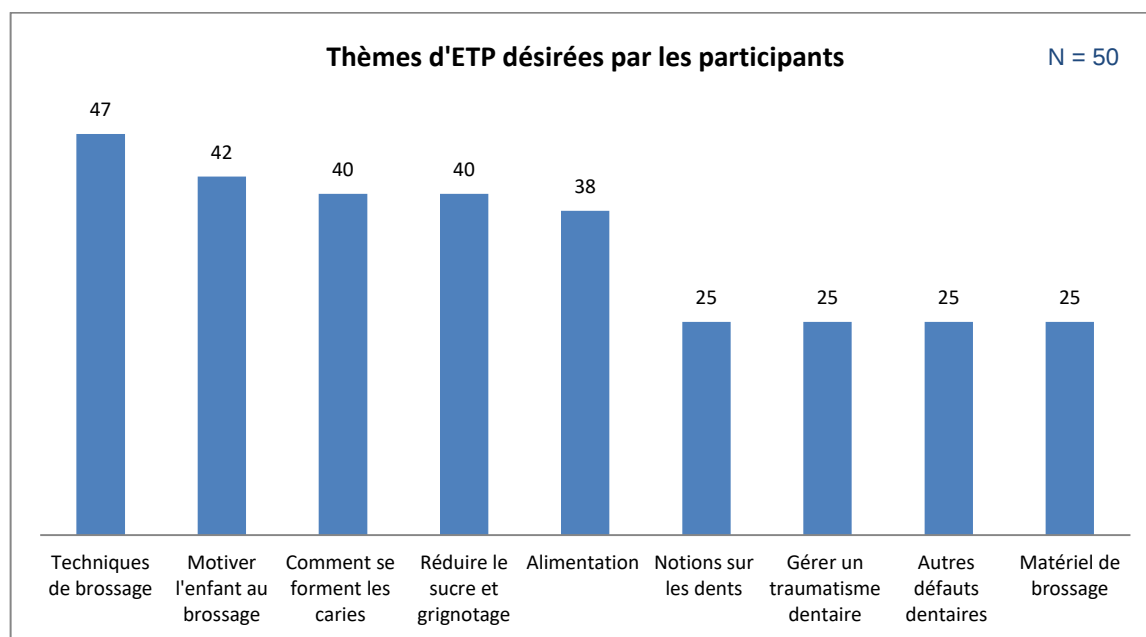


Fig. 29. *Thèmes d'ETP désirés par les participants, source personnelle*

5.5.2.2 Professionnels de santé souhaités

Concernant le professionnel de santé que les patients souhaiteraient voir dans le programme, l'orthophoniste est le plus demandé (28%), puis le pédiatre (26%) et le diététicien (20%). Une catégorie « autre » était disponible : 8% des participants ont répondu l'orthodontiste et 2% le médecin traitant. L'assistant social, qui était proposé dans le questionnaire, n'a été choisi par aucune famille. La suite des résultats est présentée ci-dessous.

¹⁰ Pour un total de 307 réponses.

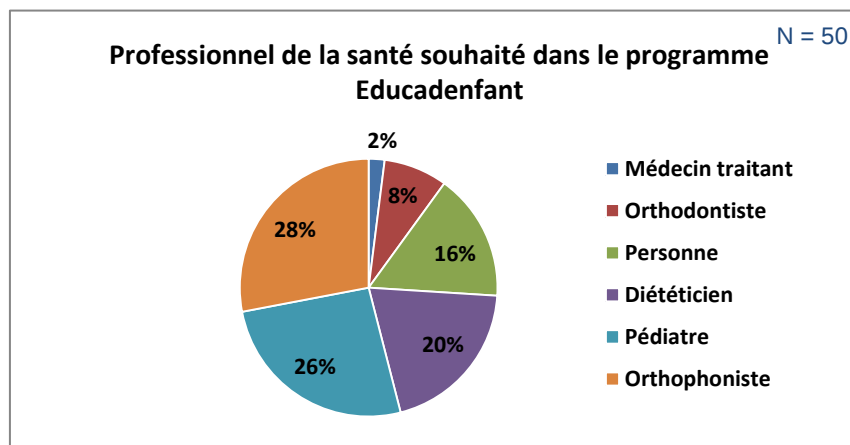


Fig. 30. Diagramme circulaire du professionnel de santé demandé par les participants pour animer le programme Educadenfant, source personnelle

5.5.2.3 Créneaux horaires

Concernant le créneau horaire pour le programme (plusieurs choix possibles)¹¹, celui privilégié par les parents était le mercredi après-midi à 46% (23 Pa), puis le mercredi matin à 32% (16 Pa), ensuite le mardi soir à 28% (14 Pa). La suite des résultats est présentée dans le graphique à barres ci-dessous.

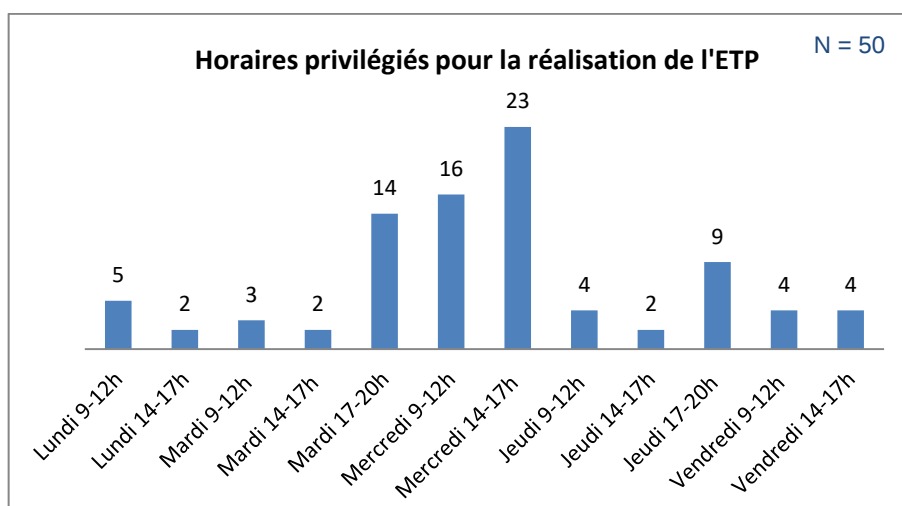


Fig. 31. Diagramme à barres des créneaux horaires choisis par les parents l'ETP, source personnelle

¹¹ Pour un total de 88 réponses.

5.5.2.4 Organisation des séances d'ETP bucco-dentaire

5.5.2.4.1 Nombre et durée des séances

Concernant les modalités d'organisation des séances, près de trois quarts des répondants préféraient le format actuel en 4 séances (74%), la suite des résultats est présentée dans le diagramme circulaire ci-dessous.

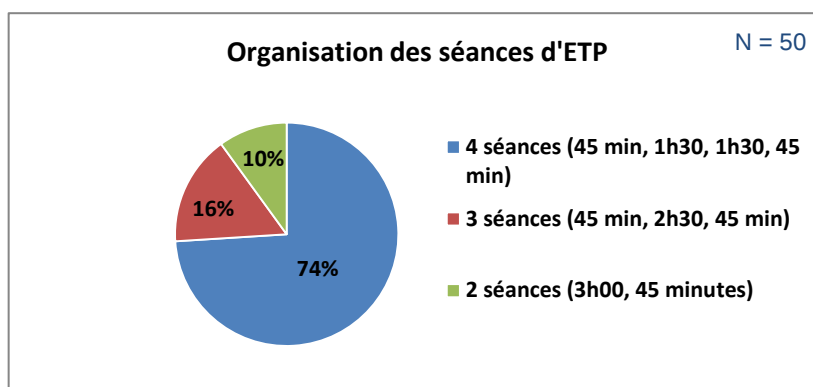


Fig. 32. Diagramme circulaire de l'organisation des séances d'ETP souhaitée, source personnelle

5.5.2.4.2 Type de séance : collective ou individuelle

Concernant le type de séance, la moitié des 50 participants préférait les séances collectives avec d'autres enfants, la suite des résultats est illustrée ci-dessous.

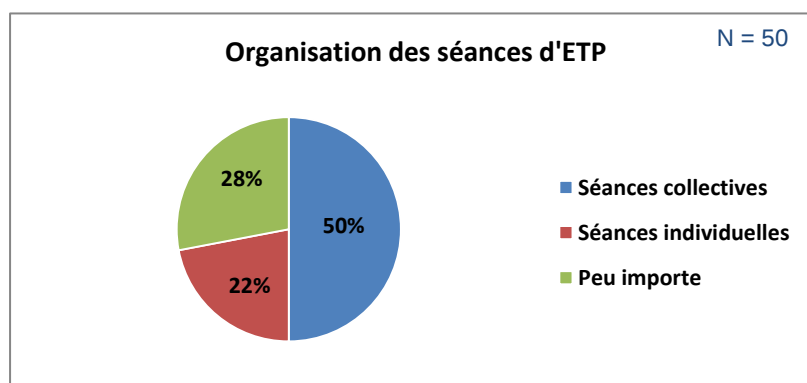


Fig. 33. Diagramme circulaire de l'organisation souhaitée des séances d'ETP par les parents, source personnelle

5.5.2.4.3 Type de séance : présentiel ou distanciel

Concernant le mode de réalisation des séances d'ETP, la majorité des participants préféraient les séances en présentiel (70%), la suite des résultats est illustrée sur le diagramme circulaire ci-dessous.

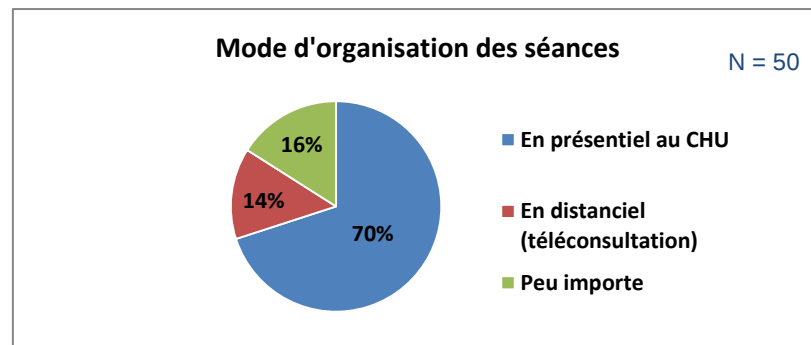


Fig. 34. *Diagramme circulaire du mode de réalisation des séances d'ETP souhaité, source personnelle*

5.5.2.4.4 Rappel par SMS 24 heures avant le rendez-vous

Il a été demandé aux participants si l'envoi d'un SMS 24h avant (en plus du SMS à 48h et de la convocation par mail) pouvait favoriser leur participation ; 88% avaient répondu favorablement.

5.6 Les rendez-vous dans le service d'odontologie

5.6.1 Absences des enfants aux rendez-vous

Concernant les absences aux rendez-vous en odontologie, 66% des parents ont affirmé que leur enfant n'avait jamais manqué un rendez-vous au CHU, tandis que 34% ont déclaré que cela pouvait parfois se produire, mais aucun d'entre eux n'a indiqué que cela se produisait souvent ou toujours.

En ce qui concerne les raisons de ces absences, l'oubli était le motif le plus fréquent (26%), suivi par le conflit avec les horaires de travail (21%). Dans la catégorie "autre", les justifications suivantes ont été fournies : priorité donné à un autre enfant, durée du déplacement, retard et panne de voiture. La suite des données est illustrée ci-dessous.

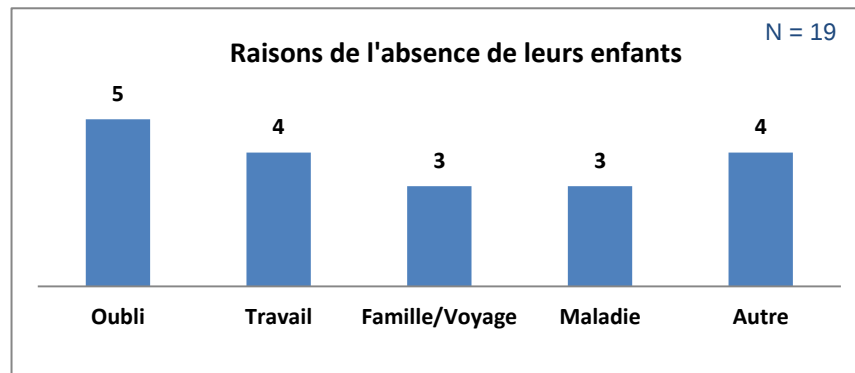


Fig. 35. *Diagramme circulaire du motif d'absence des enfants dans le service d'odontologie, source personnelle*

5.6.1 *Evaluation de la qualité de la prise en charge dans le service d'odontologie*

Concernant la qualité de la prise en soins dans le service d'odontologie de Lille, 58% des répondants l'ont qualifiée de « très satisfaisante », tandis que 42% l'ont jugée « satisfaisante ». Aucun répondant n'a exprimé d'insatisfaction à cet égard.

6. Discussion

6.1 Intérêt de l'étude

Cette étude avait pour objectif de mieux comprendre les attentes des patients vis-à-vis du programme Educadentfant. Elle visait notamment à comprendre les raisons des absences au programme, cerner le profil des patients susceptibles d'être intéressés, ainsi qu'éventuellement revoir l'organisation des séances en accord avec les besoins exprimés des familles.

6.2 Limites de l'étude

Cette étude comporte quelques limites. En effet, cette dernière a été menée sur un échantillon empirique fixé à 50 participants, ce qui est un échantillon intéressant pour avoir une idée des souhaits des familles, mais limité pour être qualifié de représentatif de l'ensemble des familles qui consultent au CHU. De plus, toutes les enquêtes ont été réalisées les mardis, mercredis et jeudis (soirs), ce qui a pu entraîner un biais dans le choix du créneau d'ETP, ces derniers étant les plus cités par les participants.

Par ailleurs, 84 % des réponses ont été enregistrées dans le service d'odontologie pédiatrique, ce qui aurait pu influencer le motif de consultation, voir sur la perception du besoin pour leur enfant d'intégrer ce programme.

Enfin, l'évaluation des connaissances reposaient uniquement sur 8 questions créés par les enquêteurs et non tirées d'un questionnaire validé sur les connaissances, attitudes et pratiques en santé orale. Limiter le questionnaire à 8 questions permettait de ne pas le surcharger, offrant ainsi une idée rapide des connaissances des participants.

6.3 Défis liés au maintien de l'engagement des patients dans les programmes d'ETP

6.3.1 De nombreux abandons et des difficultés de recrutement

Un peu moins de la moitié des participants de cette étude ont manifesté un intérêt pour participer à Educadenfant. De plus, dans le cadre de ce programme, des difficultés ont été constatées pour maintenir les patients jusqu'à la séance d'évaluation. Car pour rappel, en 2023, seulement 18% d'entre eux étaient restés jusqu'à cette étape (rapport d'activité 2023, document interne).

Néanmoins, ce problème ne semble pas être propre à Educadenfant. En effet, une évaluation nationale menée entre 2010 et 2014 par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) avait évoqué des difficultés à « *recruter et à retenir* » les patients dans les programmes (39). En effet, deux-tiers des patients experts interrogés dans un CHU ont fait part de la difficulté de recrutement (40). Une enquête qualitative nationale a indiqué que la majorité des programmes rencontraient des obstacles à faire revenir les patients (41). A titre d'exemple, la région Grand Est, en 2022, a évoqué un taux d'abandon moyen de 9 % pour l'ensemble de ses programmes (42). De même, une évaluation quadriennale des 39 programmes de l'hôpital Necker a évoqué une absence fréquente des patients aux séances (43).

6.3.2 Des pistes concernant les difficultés d'engagement

Le principal motif d'abandon, cité par 30 % des programmes de la région Grand Est, était les « problèmes d'assiduité / patients ne souhaitant plus participer », qui reste cependant assez vague sur les causes sous-jacentes de ce désengagement (42). Néanmoins, dans la littérature, certains facteurs ont été souvent identifiés comme des obstacles à l'ETP, notamment les problèmes géographiques (difficultés d'accès), psychosociaux (manque de motivation...) ou liés au système de soins (facilité d'accès...).

Le modèle conceptuel de Levesque, qui décrit les facteurs influençant l'accès aux soins (44), a été utilisé dans une étude qualitative exploratoire pour identifier ces défis, en l'appliquant spécifiquement à l'ETP (45). D'après eux, le recours à l'ETP pour-

rait être également entravé par une absence de reconnaissance de l'utilité des ateliers, une méfiance vis-à-vis du système de santé ou un besoin d'autonomie (45).

6.3.3 *La méconnaissance de l'ETP*

D'après les conclusions de notre étude, plus de 80% des participants n'étaient pas familiarisés avec le concept d'ETP, cette méconnaissance est retrouvée ailleurs. En effet, une étude au CHU de Montpellier relevait que les patients venaient d'eux-mêmes dans seulement un tiers des cas (40). En Picardie, dans un de leurs programmes, ce chiffre était de seulement 1,3%, ce qui correspondrait au « bouche-à-oreille » entre les patients (46). Le HCSP a également soulevé ce phénomène de « bouche-à-oreille », concluant que l'ETP était peu familière du grand public et ne susciterait pas une demande importante de la part des patients (39).

En outre, la démarche d'ETP est méconnue autant par les patients que par les professionnels de santé (47). En effet, de nombreuses études auprès de soignants non éducateurs relèvent un faible niveau de connaissance de ce terme, constituant ainsi un des principaux obstacles au développement des programmes (40,48). Ce constat a, par ailleurs, été partagé par le HCSP lors de son évaluation nationale (39). Ces difficultés sont encore plus marquées dans le domaine bucco-dentaire, où l'ETP est un concept récent et sous-représenté (49).

6.4 *Facteurs pouvant influencer la volonté d'intégrer Educadentfant*

6.4.1 *Lien avec le niveau de satisfaction*

Selon une revue systématique, il y a une relation entre le niveau de satisfaction des parents et une baisse du taux d'absentéisme aux rendez-vous dentaires de leurs enfants (50). De plus, selon la HCSP, la satisfaction des patients qui ont participé aux programmes favoriserait cet effet de « bouche-à-oreille » évoqué précédemment, renforçant ainsi la mobilisation en faveur de l'ETP (39). Néanmoins, aucun des participants de cette étude n'a exprimé de mécontentement à l'égard du service d'odontologie.

De façon similaire, une analyse qualitative réalisée en 2020 a révélé qu'un pourcentage moyen de satisfaction de 93% était attribué au programme

Educadent (35). Ces données sont comparables aux taux de satisfaction de plus de 90 % observés dans d'autres programmes d'ETP pédiatrique (43,51). Ainsi, ces éléments ne sembleraient pas expliquer les difficultés de recrutement et d'engagement tout au long du programme Educadent. Néanmoins, il convient de noter qu'un biais de désirabilité sociale peut exister, les participants pouvant être réticents à critiquer leur prise en charge en présence des soignants du CHU.

6.4.2 Connaissances et littératie en santé orale

A propos des connaissances en santé orale des participants, les hétéroévaluations présentaient des scores significativement plus élevés que les autoévaluations, ce qui pourrait indiquer que les participants ont une tendance à se sous-estimer. En effet, les résultats de notre étude ont révélé que 72% des participants présentaient un niveau de connaissances jugé "bon" ou "excellent". Cependant, les 8 questions utilisées pour évaluer les connaissances ne sont pas issues d'un questionnaire validé. Néanmoins, certaines sont inspirées d'items évoqués dans le « *basic research factors questionnaire for studying ECC* » (52). Une étude menée en 2023 sur ce thème au sein du même service, par un questionnaire plus complet lui aussi inspiré du *basic research factors*, avait identifié un taux moyen de bonnes réponses de 65% des parents d'enfants porteurs de CPE (53).

En outre, ce constat pourrait être partiellement associé à un sentiment d'auto-efficacité faible, qui peut être défini comme la mesure dans laquelle une personne se sent capable d'adopter des comportements favorables à sa santé. Une étude menée dans le service d'odontologie de Lille en 2013 a également révélé que cette mesure était faible pour plus de deux-tiers des parents (34). De plus, le sentiment d'auto-efficacité est positivement corrélé à l'état de santé bucco-dentaire des enfants, ce qui est particulièrement pertinent dans le cadre de l'ETP, compte tenu de l'importance de leurs besoins (54).

Concernant la littératie en santé orale, un niveau faible a été fréquemment cité dans la littérature comme frein à la participation à l'ETP (45,55). Par exemple, une enquête nationale menée auprès de 932 programmes a mis en évidence les nombreuses difficultés pour inclure les patients avec un niveau de littératie en santé plus faible (41). Ce qui est en accord avec les observations de l'AFDET (Association franco-

phone pour le développement de l'éducation thérapeutique) et du HCSP, qui relevaient également des obstacles pour intégrer ce type de patients (56). Ainsi, la prise en compte du niveau de littératie des patients est nécessaire et contribue à l'amélioration de la qualité des programmes d'ETP (57). Cela passe par l'adaptation du contenu des séances, notamment selon des critères culturels et sociaux, dans le but de réduire les inégalités en matière de santé (39).

Ces éléments sont importants à prendre en compte, car selon plusieurs études, un niveau de connaissances, compétences ou littératie faible en santé orale doublerait la probabilité de ne pas consulter un chirurgien-dentiste (50,58,59).

6.4.3 *Situation matrimoniale*

Selon les résultats de notre étude, le pourcentage de répondants en couple, mariés ou liés par un PACS qui désiraient participer était supérieur de 12% à celui des personnes célibataires, divorcées ou veuves. Ce constat a été corroboré par une revue systématique, qui mettait en évidence que les personnes divorcées et célibataires avaient significativement moins tendance à consulter un chirurgien-dentiste pour leurs enfants que celles en couple (50). De même, une enquête nationale menée au Royaume-Uni a révélé que les jeunes mères célibataires, ainsi que celles ayant plus de deux enfants, avaient 13% moins tendance à consulter un chirurgien-dentiste à des fins préventives, comparativement aux mères vivant dans des familles biparentales.

Cela pourrait être attribuable, en partie, à une difficulté à dégager suffisamment de temps pour sa santé orale ou pour celle de son enfant (60). De manière similaire, le motif « autres enfants à garder » a été mentionné comme le troisième motif le plus fréquent pour ne pas participer à Educadenfant. Ces éléments sont en accord avec une étude de 2020, qui mettait en évidence une difficulté pour les enfants dont les parents étaient séparés ou placés en famille d'accueil à atteindre l'offre d'ETP à cause d'une « *fragilisation de la cellule familiale* ». Ainsi, il faudrait être plus attentif et proposer d'avantage l'offre éducative aux familles monoparentales (45).

6.4.4 *La situation professionnelle*

Les résultats de cette recherche mettaient en évidence que les cadres (20 %) et les ouvriers (0 %) étaient les moins enclins à souhaiter s'engager dans l'ETP, avec des chiffres nettement inférieurs à ceux des chômeurs (43 %). Dans la région Grand Est, le déroulement de la plupart des ateliers aux heures de bureau est mentionné comme une raison de non-participation à l'ETP dans 10% des programmes (42). Ces résultats pourraient s'expliquer par un temps libre plus important et sont en accord avec les raisons avancées pour ne pas participer à Educadenfant. En effet, le motif le plus fréquent était le « manque de temps ou l'indisponibilité » (33%). Il est donc possible que le travail soit une des causes de ces difficultés d'engagement. Cependant, il est important de noter que les employés avaient un taux de volonté de s'engager de 47 %. Il serait donc pertinent de mener des études sur un échantillon plus vaste et d'examiner de manière approfondie les facteurs susceptibles d'influencer la volonté de s'engager dans l'ETP en fonction de la profession.

6.4.5 *La proximité géographique du service d'odontologie*

Parmi les motifs évoqués par les enquêtés pour ne pas participer au programme, la durée du trajet occupait la deuxième place (25%). Cet élément est souligné par une volonté de participer au programme d'ETP de 83% pour les familles qui résidaient à moins de 10 minutes du CHU et de 50% pour ceux qui habitaient entre 10 et 20 minutes du CHU. Ces éléments sont en accord avec le profil actuel des participants au programme, avec en 2023, 15 des 17 participants d'Educadenfant, soit 88% qui résidaient dans le Métropole Flandres (rapport d'activité 2023, document interne). Ce chiffre était même de 94% selon l'étude d'Educadenfant réalisée en 2020 (35). Ainsi, il semble que la distance joue un rôle important dans la propension à participer au programme. Un temps de trajet « démesuré » a été évoqué par certaines familles dans une étude pilote qualitative comme un frein à la participation à l'ETP. En effet, la distance constituerait un « *obstacle supplémentaire à l'atteinte du programme* » (45). Dans la région Grand Est, environ 10% des abandons ont été attribués à la distance du trajet domicile / CHU (42). Selon une étude nationale, pour les patients provenant de zones éloignées, ces visites constituaient, par ailleurs, une « *fatigue supplémentaire* » (41).

6.4.6 *L'e-ETP*

Une enquête menée en 2016-2017 auprès de 89 programmes a révélé que moins de 20% avaient recours à l'e-ETP. Néanmoins, la moitié avaient déclaré être en réflexion sur l'utilisation du numérique (61). Ainsi, la tendance va vers une augmentation de l'utilisation de ces outils, en particulier depuis la crise sanitaire de 2020 (62). Les associations de patients soutiennent particulièrement l'e-ETP car elle offre la possibilité de surmonter les contraintes géographiques, les durées de trajet, ainsi que les problèmes d'accessibilité ou de fatigue (63). Elle pourrait également bénéficier aux personnes ayant des contraintes liées au travail mentionnées précédemment, car elle pourrait nécessiter moins de temps d'absence. Selon l'étude pilote menée au CHU de Montpellier, citée précédemment, elle est évoquée comme un moyen de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (45). Bien que les participants de notre étude aient préféré les rendez-vous en présentiel (70%), l'intérêt pour Educadenfant était fortement réduit parmi les résidents vivant à plus de 10 minutes du CHU. Par conséquent, il pourrait être intéressant de développer des modules d'e-ETP, peut-être en format hybride (présentiel et distanciel) afin de répondre aux besoins de ces personnes.

6.4.7 *La participation aux frais de transport*

Sur la question de la participation financière au trajet, les résultats ont suggéré que le remboursement des frais de transport (même partiellement) pourrait inciter 33% des familles à s'engager dans le programme. Selon une étude nationale, le non-remboursement des frais de transport a été identifié comme le troisième obstacle à la participation, mentionné par cinq UTEP (41). Néanmoins, selon le HCSP, la prise en charge des frais sont actuellement restreintes dans le cadre de l'ETP, ce qui reste un frein à la participation des patients (39).

6.5 Organisation des séances

6.5.1 *Nombre et durée des séances*

Concernant le déroulement du programme, le format privilégié est l'option de 4 séances courtes (74%) (format actuellement réalisé)¹². Une étude portant sur 30 programmes d'ETP a également constaté que ce format de quatre séances était le plus adopté (23%) (64). Il pourrait être judicieux de respecter cette limite, car d'après une étude nationale, le prolongement sur plusieurs séances entraînerait une baisse de motivation chez les participants (41). En outre, une recherche portant sur les programmes destinés aux patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) a révélé que ces derniers préféraient éviter les rendez-vous dépassant les deux heures, craignant une diminution de leur capacité d'attention (48). De même, le programme d'ETP en oncologie pédiatrique au CHU de Caen a proposé deux ateliers d'une heure chacun pour garder l'attention des enfants (51). Néanmoins, selon une revue de littérature sur l'ETP pédiatrique : la durée de l'activité éducative devrait être flexible, en fonction de la disponibilité et de la motivation des familles (65). Ainsi, le format actuel semblerait être le plus adapté par défaut, mais les modifications de regroupement des ateliers, resteraient une alternative intéressante pour certaines familles, notamment les plus éloignées du CHU.

6.5.2 *Collectives ou individuelles*

Concernant le type de séance, la majorité des participants de cette étude (50%) préférait les séances collectives. Selon une évaluation quadriennale régionale, les programmes qui se limitaient à un seul type d'atelier étaient rares, avec seulement 23 % qui proposaient exclusivement des séances collectives ou individuelles, tandis que 73 % offraient les deux selon les besoins (66). De même, une étude portant sur les attentes des patients souffrant d'IRC avait opté pour une alternance de ces deux formats (48). Ceci correspond aux recommandations de la HAS, qui préconise une alternance des séances collectives et individuelles (18). En effet, les séances individuelles permettraient de discuter de sujets intimes (45,48), tandis que les séances collectives favoriseraient la socialisation, l'identification et l'apprentissage (67). Ces raisons avaient également été évoquées oralement par les familles lors de la réalisa-

¹² Néanmoins, d'autres organisations sont possibles, si souhaité.

tion de cette étude.

6.5.3 Les thèmes

En ce qui concerne les thèmes, plus de trois-quarts des répondants étaient intéressés pour apprendre les techniques de brossage, motiver leurs enfants à se brosser les dents, connaître comment se forment lésions carieuses, réduire leur consommation de sucre, ainsi que par des notions sur l'alimentation. En revanche, les sujets tels que des connaissances sur les dents, la manière d'agir en cas de traumatisme dentaire, des notions sur les autres défauts dentaires et le matériel de brossage n'intéressaient que la moitié des répondants. Ainsi, il est évident qu'il existe une importante disparité entre les cinq premiers thèmes et les quatre derniers. On peut expliquer cette répartition en considérant que certains parents estimaient que des sujets comme les traumatismes dentaires et le matériel de brossage étaient trop avancés en raison du manque de maturité des enfants. Cependant, un certain nombre de patients qui n'avaient pas exprimé d'intérêt pour les traumatismes dentaires ont tout de même mentionné que leurs enfants avaient déjà connu de tels traumatismes. Néanmoins, ils estimaient que c'était au chirurgien-dentiste de s'en occuper. Certes, il est possible que la formulation de l'item n'était pas optimal et qu'un terme plus précis tel que « conduite à tenir suite à un traumatisme dentaire » aurait été plus approprié.

Concernant le matériel de brossage, certains patients avaient indiqué qu'ils avaient déjà les outils nécessaires à la maison, ce qui les a amenés à se concentrer davantage sur la technique de brossage. A propos de la faible importance attribuée à l'item « notions sur les dents » (50%), cela pourrait s'expliquer par le fait que les répondants estimaient que celles-ci devaient être enseignées à l'école plutôt qu'à l'hôpital. Enfin, quant au faible pourcentage relatif aux « autres défauts dentaires » (50%) de nombreux parents ont souligné que la prévention de la maladie carieuse devrait être la priorité pour leur enfant.

6.5.4 *Professionnels de santé souhaités*

Il est intéressant de noter qu'aucun participant n'avait choisi l'assistant social, bien que cela ait été une option proposée. Cela pourrait s'expliquer par la gratuité de l'offre d'ETP, les patients estimerait, peut-être, ne pas avoir besoin de connaître leurs droits en faisant appel à un assistant social. A l'inverse, 8% des participants ont spontanément mentionné l'orthodontiste dans la rubrique "autre". Cela pourrait être lié au fait qu'un service d'orthodontie existe au sein du CHU, dont certains enfants bénéficieraient déjà.

Par ailleurs, il existe des facteurs de biais, tels que le fait qu'un seul choix était possible et que l'orthodontiste ne figurait pas parmi les options proposées. S'il avait été inclus, il est plausible qu'il aurait été beaucoup plus choisi. De plus, les taux de réponses similaires entre "orthophoniste", "pédiatre" et "diététicien" (28%, 26% et 20% respectivement) rendent intéressant la réalisation d'une étude ciblée sur ces spécialités pour déterminer laquelle les parents préfèrent, en incluant l'orthodontiste. Cette étude pourrait également être menée sur un échantillon plus large.

Conclusion

Bien que l'intérêt de l'ETP en santé orale soit établi, des défis de recrutement et de maintien de l'engagement des patients sur le long terme persistent. Pour aider à résoudre cette difficulté, il pourrait être intéressant de déplacer les séances le mercredi après-midi, voire éventuellement le mercredi matin, de préférence organisées en quatre courtes séances collectives en présentiel. De plus, la mise en place d'un système de rappel par SMS 24 heures avant chaque séance pourrait être instauré, pour diminuer les oublis. Les thèmes actuellement proposés, à savoir, les techniques et la motivation au brossage, la réduction du sucre et du grignotage ainsi que des conseils sur une alimentation saine sont jugés pertinents par les familles.

En plus de ces ajustements, il pourrait être pertinent de renforcer le lien « ville-hôpital », notamment en informant les médecins et chirurgiens-dentistes de ville de l'existence du programme, afin qu'ils puissent adresser des patients concernés par la maladie carieuse et motivés pour s'engager dans le programme. Des partenariats, reliant Educadentfant aux programmes d'ETP sur des maladies à risques bucco-dentaires (diabète, pathologies cardiovasculaires...), sont en cours d'élaboration dans le but de mutualiser les ressources et de stimuler les interactions entre les patients. Cela contribuerait notamment à renforcer l'intégration de la santé orale dans la santé générale.

Pour conclure, il s'est avéré ardu de trouver des articles pertinents dans le cadre de cette enquête, notamment en ce qui concerne les attentes, les perceptions et les abandons des patients à l'égard des programmes d'ETP. Ainsi, il serait nécessaire de mener d'autres études sur ces sujets, pour ainsi favoriser leur engagement. Enfin, pour avoir une vision complète des différents facteurs, il serait intéressant d'entreprendre une étude sur les participants ayant abandonné Educadentfant pour connaître leurs raisons et compléter nos résultats, toujours dans l'optique d'améliorer ce programme.

Références bibliographiques

1. Muller-Bolla M, Aïem E, Bernabeu M, Doméjean S. Evaluation du risque carieux chez l'enfant et l'adolescent. EMC - Médecine buccale 2023;16(3):1-26 [Article 28-163-A-10].
2. Machiulskiene V, Campus G, Carvalho JC, Dige I, Ekstrand KR, Jablonski-Momeni A, et al. Terminology of Dental Caries and Dental Caries Management: Consensus Report of a Workshop Organized by ORCA and Cariology Research Group of IADR. Caries Res. 2020;54(1):7-14.
3. Delfosse C, Trentesaux T. La carie précoce du jeune enfant: du diagnostic à la prise en charge globale. Malakoff: Éditions CdP; 2015. 126 p. (Mémento).
4. Keyes PH. Bacteriological findings and biologic implications. Int Dent J. 1962;12:443–464.
5. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. Pediatrics. 2007;120(3):e510-520.
6. Marquillier T, Lombrail P, Azogui-Lévy S. Inégalités sociales de santé orale et caries précoces de l'enfant : comment prévenir efficacement ? Une revue de portée des prédicteurs de la maladie. Rev Epidemiol Sante Publique. 2020;68(4):201-14.
7. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. J Dent Res. 2015;94(5):650-658.
8. Eidelman E, Faibis S, Peretz B. A comparison of restorations for children with early childhood caries treated under general anesthesia or conscious sedation. Pediatr Dent. 2000;22(1):33-7.
9. Marquillier T, Trentesaux T, Catteau C, Laumailié M, Parascandolo F, Delfosse C. Etude rétrospective de la prise en charge sous anesthésie générale d'enfants porteurs de caries précoces: intérêts de l'éducation thérapeutique. Rev Francoph Odontol Pediatr. 2015;10(3):138-44.
10. Isaksson H, Alm A, Koch G, Birkhed D, Wendt LK. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. Caries Res. 2013;47(3):234-42.
11. Hernandez M, Chau K, Charissou A, Lecaillon A, Delsau A, Bruncher P, et al. Early predictors of childhood caries among 4-year-old children: a population-based study in north-eastern France. Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent. 2021;22(5):833-42.
12. Petersen PE, Estupinan-Day S, Ndiaye C. WHO's action for continuous improvement in oral health. Bull WHO 2005;83:642.
13. Martignon S, Cortes A, Gamboa LF, Jácome-Liévano S, Arango-De-la-Cruz MC,

- Cifuentes-Aguirre OL, et al. Effectiveness of the ICCMS caries management system for children: a 3-year multicentre randomised controlled trial. *Acta Odontol Scand.* 2022;80(7):501-12.
14. Promotion Santé - Île-de-France. Concepts clés en promotion de la santé : définitions et enjeux [Internet]. [consulté le 2 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.promotion-sante-idf.fr/sinformer/comprendre-promotion-sante/concepts-cles-promotion-sante-definitions-enjeux>.
 15. Trentesaux T, Marquillier T, Delfosse C. L'éducation thérapeutique en médecine bucco-dentaire. Malakoff: Éditions CdP; 2023. 88 p. (Mémento).
 16. La convention nationale des chirurgiens-dentistes 2023-2028 [Internet]. [consulté le 14 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-reference/convention/convention-nationale-2023-2028>.
 17. Aiem E, Craquelin M, Marquillier T. Éduquer nos patients au quotidien, quelle approche adopter en santé orale ? *Rev Francoph Odontol Pediatr.* 2024 1;19(1):18-26.
 18. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient. 2007 [Internet]. [consulté le 25 mai 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-dupatient-etp.
 19. Ivernois J-F d', Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient: approche pédagogique l'école de Bobigny. 5e éd. Paris: Maloine; 2016. (Éducation du patient). 183 p.
 20. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns.* 2007;66(1):13-20.
 21. Galanakis M, Tsoli S, Darviri C. The Effects of Patient Empowerment Scale in Chronic Diseases. *Psychology.* 2016;07:1369-90.
 22. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12:80.
 23. Marquillier T, Trentesaux T, Gagnayre R. Éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique : analyse des obstacles et leviers au développement de programmes en France en 2016. *Santé Publique.* 2017;29:781.
 24. Gross O. L'engagement des patients au service du système de santé. Doin; 2017. 168 p. (La Personne en Médecine).
 25. Legobien A, Martin H, Bontemps V, Maroni JP, Thomas C, Canale C, et al. Co-construction d'un dispositif d'ETP mono et polypathologique dans un centre municipal de santé. *Santé Publique.* 2023;35(4):405-16.
 26. Riquet S, Brun N, Frete F, Ammirati C, Gagnayre R, d'Ivernois JF. L'éducation à la santé familiale, modélisation et expérimentation de nouvelles interventions éducatives à porter soins et secours: L'éducation à la santé familiale auprès d'adolescents. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* 2016;8(2):2010-

7.

27. Friconneau M, Archer A, Malaterre J, Salama F, Ouillade MC. Le patient-expert- Un nouvel acteur clé du système de santé. Med Sci MS. 2020;36 Hors série n° 2:62-4.
28. Grimaldi A. Patient expert ou patient ressource ? Médecine Mal Métaboliques. 2020;14(6):545-8.
29. Iguenane J, Gagnayre R. L' éducation thérapeutique du patient le diagnostic éducatif. Kinésithérapie, les cahiers 29-30 - 2004. 58-64.
30. Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient [Internet]. [consulté le 1 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042845783.
31. Mosnier-Pudar H, Hochberg-Parer G. Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? Médecine des Maladies Métaboliques 2008; 2(4):425–31.
32. Dufresne H, Dimarcq S, Godot C, Bodemer C, Hadj-Rabia S. L'éducation thérapeutique du patient par le numérique (e-ETP) : une opportunité pour le patient ? Médecine Mal Métaboliques. 2024;18.
33. Trentesaux T, Sandrin-Berthon B, Stuckens C, Hamel O, Hervé C. La carie dentaire comme maladie chronique, vers une nouvelle approche clinique. Presse Médicale. 2011;40(2):162-6.
34. Marquillier T. Marquillier T. Carie de la petite enfance : déterminants et prévention. Etude épidémiologique dans la région des Hauts-de-France. [Thèse de doctorat en Santé Publique]. Université Sorbonne Paris-Nord - Paris XIII, 2021.
35. Quertainmont J. Educadent, un programme d'éducation thérapeutique à destination de l'enfant atteint de caries précoces et de son entourage : premier bilan au sein du service d'odontologie du CHU de Lille. [Thèse d'exercice de Docteur en Chirurgie Dentaire]. Lille: Université de Lille ; 2021.
36. Vaschalde L. Santé bucco-dentaire et alimentation : élaboration d'un support numérique destiné aux patients de la consultation de prophylaxie du service d'odontologie du CHU de Lille. [Thèse d'exercice de Docteur en Chirurgie Dentaire]. Lille: Université de Lille ; 2022.
37. Haller K, Paban F. Le pouvoir des couleurs - Transformez votre vie grâce à la psychologie des couleurs. First Editions; 2019. 266 p.
38. Skaret E, Berg E, Kvale G, Raadal M. Psychological characteristics of Norwegian adolescents reporting no likelihood of visiting a dentist in a situation with toothache. Int J Paediatr Dent. 2007;17(6):430-8.
39. HCSP. Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique des patients 2010–

- 2014 [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique. 2015 [consulté le 4 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528>.
40. Cohen JD, Derzko FX, de la Tribonnière X, Verdaguer V, Morin A. Enquêtes sur un état des lieux de la pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans un CHU : pour une dynamisation de l'ETP. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 2020;12(1):10201.
 41. Germain L, Voyen M, Miro C, Böhme P, Nguyen-Thi PL. État des lieux de l'organisation de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) à l'hôpital : enquête qualitative auprès d'UTEP de CHU et CHR de France. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 2021;13(2):20204.
 42. ARS Grand Est – Direction de la Promotion de la Santé, de la Prévention et de la Santé Environnementale. Programmes d'éducation thérapeutique du patient en région Grand Est – analyse des données 2022 [Internet]. [consulté le 2 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/101755/download?inline>.
 43. Godot C, Robert JJ, Meux MC, Cheurfi R, Benfradj A, Gagnayre R. Évaluation quadriennale des 39 programmes d'éducation thérapeutique de l'hôpital Necker – Enfants malades : propositions d'amélioration pédagogique et organisationnelle. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 2018;10(1):10401.
 44. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18.
 45. Hugoneng N, Prévost J, Albouy Llaty M. Comprendre les déterminants du non-recours aux programmes d'éducation thérapeutique du patient à partir du modèle de Levesque appliqué à un programme ambulatoire. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 2020;12:20205.
 46. Vallée A, Affeltranger B, Joly A. Étude descriptive et analytique de l'offre des programmes d'éducation thérapeutique du patient de la région Picardie Étude descriptive et analytique de l'offre des programmes d'éducation thérapeutique du patient de la région Picardie. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ* 2016; 8:10104.
 47. Afrite A, Allonier C, Com-Ruelle L, Guen NL. L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. 2006;122.
 48. Ayav C, Empereur F, Kessler M. Comment intégrer les patients dans l'élaboration de programmes d'éducation thérapeutique dans l'insuffisance rénale chronique ? *Néphrologie Thérapeutique*. 2013;9:26-31.
 49. Rodriguez I. Programme EDUCADENFANT [Internet]. Fiche de capitalisation; 2023 [consulté 29 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/programme-educadenfant/>.
 50. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance: a systematic review. *J Am Dent Assoc*.

2014;145(8):817-28.

51. Vo N, Deparis M, Dujarrier B, Prevost V, Breuil C. Ateliers d'éducation thérapeutique en oncologie pédiatrique : qu'en pensent les familles ? Pharm Clin. 2022;57(4):e157.
52. Albino J, Tiwari T, Gansky S, Henshaw M, Barker J, Brega A, et al. The basic research factors questionnaire for studying early childhood caries. BMC Oral Health. 2017;17.
53. Duhamel C. Connaissances en santé orale des parents d'enfants porteurs de caries de la petite enfance reçus dans le service d'odontologie du CHU de Lille en 2022/2023 : une étude ancillaire. [Thèse d'exercice de Docteur en Chirurgie Dentaire]. Lille: Université de Lille ; 2023.
54. Marquillier T, Trentesaux T, Pierache A, Delfosse C, Lombrail P, Azogui-Levy S. Which determinants should be considered to reduce social inequalities in paediatric dental care access? A cross-sectional study in France. PLOS ONE. 2021;16(8).
55. Marquillier T, Trentesaux T, Gagnayre R. Éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique : analyse des obstacles et leviers au développement de programmes en France en 2016. Santé Publique. 2017;29:781.
56. Association Francophone pour le Développement de l'Education Thérapeutique. Séminaire des UTEP : Plaidoyer. 20 idées pour réinventer l'ETP. Santé Éducation 2018; 28(01):3–10.
57. Margat A. La littératie en santé en éducation thérapeutique : la mesure d'un écart entre l'intelligibilité du système de santé et les compétences des patients. Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ. 2019;11:20501.
58. Baskaradoss JK. The association between oral health literacy and missed dental appointments. J Am Dent Assoc. 2016;147(11):867-74.
59. McQuistan MR. Poor Oral Health Literacy May Lead to Missed Dental Appointments. J Evid-Based Dent Pract. 2017;17(4):422-4.
60. McGrath C, Yeung C, Bedi R. Are single mothers in Britain failing to monitor their oral health? Postgrad Med J. 2002;78(918):229-32.
61. Rey R, Hebben S, Vehier A, Chesnoy-Servanin G, Ciabrini A, Clero C, et al. Enquête sur l'utilisation du support numérique en Éducation Thérapeutique du Patient [Internet]. [consulté le 2 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2018/03/lyon-ch-levinatier-innovation-enquete-utilisation-numerique.pdf>.
62. SESAN. Ce que la covid-19 a vraiment montré en matière de e-santé. Retour d'expérience en Île-de-France [Internet]. [consulté le 01 Juin 2024]. Disponible sur : https://www.sesan.fr/wp-content/uploads/2020/10/GCS_SESAN_REX_Covid-19-vF2web.pdf.
63. France Assos Santé. Coup d'accélérateur sur l'éducation à la santé en ligne

[Internet]. [consulté le 19 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.france-assos-sante.org/2020/06/19/coup-accelerateur-education-sante-en-ligne/>.

64. Derollez C, Loreaux A, Mahée D, Thévenet M, Pasquier F, Cassagnaud P. Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées en France : état des lieux et retours d'expérience. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 2022;14(2):20204.
65. Colson S, Gentile S, Côté J, Lagouanelle-Simeoni MC. Spécificités pédiatriques du concept d'éducation thérapeutique du patient : analyse de la littérature de 1998 à 2012. *Santé Publique*. 2014;26(3):283-95.
66. Margat A, Giacomelli M, Hemon Y, Lombrail P, Gagnayre R. Évaluation quadriennale des programmes d'ETP en Île-de-France : un moyen de pilotage régional. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 2018;10(2):20205.
67. Guilbaud L, Lebras MN, Baum S, Couroussé A, Wanin S. L'éducation thérapeutique en pédiatrie. L'expérience de l'École de l'asthme de l'hôpital universitaire Robert-Debré. *Laennec*. 2018;66(2):32-42.

Table des illustrations

Fig. 1. <u>Modèle de Fisher-Owens (5)</u>	11
Fig. 2. <u>Étapes de l'ETP, source : Dr Trentesaux (15) d'après (18)</u>	19
Fig. 3. <u>Exemple d'une carte mentale réalisée lors de l'atelier 1, courtoisie Dr Craquelin</u>	21
Fig. 4. <u>Planche d'étiquettes avec des aliments, courtoisie : Dr Craquelin</u>	22
Fig. 5. <u>Salle d'ETP du programme Educadentfant du programme Educadentfant, source : Dr Quertainmont (35)</u>	23
Fig. 6. <u>Diagramme de flux de l'équation de recherche concernant la participation aux soins buccodentaires, source personnelle</u>	27
Fig. 7. <u>Diagramme de flux de la recherche concernant l'éducation thérapeutique, source personnelle</u>	27
Fig. 8. <u>Diagramme circulaire du lien de parenté avec l'enfant, source personnelle</u> ..	31
Fig. 9. <u>Diagramme circulaire du statut marital des parents, source personnelle</u>	31
Fig. 10. <u>Diagramme à barres des niveaux d'étude des parents, source personnelle</u>	32
Fig. 11. <u>Diagramme à barres des professions des parents, source personnelle</u>	32
Fig. 12. <u>Diagramme circulaire des âges des enfants, source personnelle</u>	33
Fig. 13. <u>Diagramme circulaire de la place dans la fratrie des enfants, source personnelle</u>	33
Fig. 14. <u>Diagramme circulaire du niveau scolaire des enfants, source personnelle</u> ..	34
Fig. 15. <u>Diagramme circulaire du moyen de transport utilisé pour se rendre au CHU, source personnelle</u>	34
Fig. 16. <u>Diagramme circulaire du temps de trajet jusqu'au CHU, source personnelle</u>	35
Fig. 17. <u>Diagramme à barres de la fréquence de consultation chez un chirurgien-dentiste des participants, source personnelle</u>	35
Fig. 18. <u>Diagramme à barres du motif de consultation d'un chirurgien-dentiste, source personnelle</u>	36
Fig. 19. <u>Diagramme à barres des boissons habituellement consommées par les enfants, source personnelle</u>	37
Fig. 20. <u>Fréquence de brossage journalière chez les enfants, source personnelle</u> ..	37
Fig. 21. <u>Diagramme à barres des habitudes de brossage dentaire des enfants, source personnelle</u>	38
Fig. 22. <u>Diagramme à barres des hétéroévaluations et auto-évaluations des connaissances en santé orale des parents, source personnelle</u>	38
Fig. 23. <u>Diagramme à barres des motifs de refus de participation au programme Educadentfant, source personnelle</u>	39
Fig. 24. <u>Diagramme à barres de l'intérêt pour Educadentfant en fonction de l'âge de l'enfant, source personnelle</u>	40
Fig. 25. <u>Relation entre le niveau de diplôme des parents interrogés et leur volonté d'intégrer Educadentfant, source personnelle</u>	40
Fig. 26. <u>Relation entre la catégorie socioprofessionnelle des parents interrogés et leur volonté d'intégrer Educadentfant, source personnelle</u>	41
Fig. 27. <u>Diagramme linéaire de la relation entre le temps de trajet et l'envie de participer à Educadentfant, source personnelle</u>	41
Fig. 28. <u>Relation entre le motif de consultation habituel des parents et leur volonté d'intégrer Educadentfant, source personnelle</u>	42

Fig. 29. <u>Thèmes d'ETP désirés par les participants, source personnelle</u>	43
Fig. 30. <u>Diagramme circulaire du professionnel de santé demandé par les participants pour animer le programme Educadentfant, source personnelle</u>	44
Fig. 31. <u>Diagramme à barres des créneaux horaires choisis par les parents l'ETP, source personnelle</u>	44
Fig. 32. <u>Diagramme circulaire de l'organisation des séances d'ETP souhaitée, source personnelle</u>	45
Fig. 33. <u>Diagramme circulaire de l'organisation souhaitée des séances d'ETP par les parents, source personnelle</u>	45
Fig. 34. <u>Diagramme circulaire du mode de réalisation des séances d'ETP souhaité, source personnelle</u>	46
Fig. 35. <u>Diagramme circulaire du motif d'absence des enfants dans le service d'odontologie, source personnelle</u>	47

Table des tableaux

Tab. 1. <u>Equation concernant la participation aux soins buccodentaires, source personnelle</u>	26
--	----

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information distribuée aux participants avant l'enquête

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice je réalise une étude sur les attentes des parents vis-à-vis des programmes d'éducation thérapeutique en santé orale pédiatrique.

Si vous acceptez de participer à cette étude, plusieurs questions concernant votre enfant et vous-mêmes, vos habitudes alimentaires et bucco-dentaires vous seront posées. Des informations sur votre statut socio-économique ainsi que votre situation familiale vous seront également demandées.

La durée approximative de remplissage du questionnaire est d'une dizaine de minutes.

Les données collectées seront anonymisées et vous avez à tout moment la possibilité de demander leur retrait de l'étude, conformément à la Réglementation Générale sur la Protection des Données (2016), par le biais de l'adresse e-mail ci-dessous. De plus vous avez la possibilité à n'importe quel moment de ne plus vouloir participer à cette recherche et de faire ainsi valoir votre droit de retrait.

De plus, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à anouar.berrah.etu@univ-lille.fr.

Le recueil des données s'effectuera du 09/08/23 au 13/10/23. Les données seront collectées dans un fichier Excel protégé par un mot de passe. Les données seront conservées pour une durée de 5 ans.

Les résultats obtenus à l'issu du traitement de ce questionnaire pourront faire l'objet de productions scientifiques (thèse, articles, présentations orales...).

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration (n° XXX) au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande vous pouvez contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Lille : dpo@univ-lille.fr.

Vous pouvez poser des questions au sujet de cette recherche à tout moment en communiquant avec les responsables du projet par courrier électronique à Anouar Berrah (anouar.berrah.etu@univ-lille.fr), Marie Craquelin (marie.craquelin@univ-lille.fr) ou par téléphone au 06.60.13.50.94.

Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à mon projet.

Bien respectueusement,

Anouar Berrah

Annexe 2 : Questionnaire numérique (E-CRF) utilisé pour cette étude

Éducation thérapeutique en odontologie pédiatrique, attentes des patients et de leur famille. Étude auprès des patients du CHU de Lille.

La durée approximative de remplissage du questionnaire est d'une dizaine de minutes.
Il y a 36 questions dans ce questionnaire.

1- Administratif

1 Quel est votre lien de parenté avec l'enfant ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ mère
☐ père
☐ grand-parent
☐ Autre

2 Vous êtes :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ oélibataire
☐ marié(e)
☐ pacsé(e)
☐ en couple
☐ veuf/veuve
☐ divorcé(e)

3 Quel est l'âge de l'enfant ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10

4 Combien a-t-il/elle de frères et soeurs ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6
☐ 7
☐ 8
☐ 9
☐ 10
☐ plus de dix

5 Quelle est sa place dans la fratrie ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ premier
- ☐ deuxième
- ☐ troisième
- ☐ quatrième
- ☐ cinquième
- ☐ sixième
- ☐ septième
- ☐ huitième
- ☐ neuvième
- ☐ dixième
- ☐ plus de dix

6 Dans quelle classe se trouve-t-il/elle ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ petite section
- ☐ moyenne section
- ☐ grande section
- ☐ CP
- ☐ CE1
- ☐ CE2
- ☐ CM1
- ☐ CM2
- ☐ sixième
- ☐ cinquième
- ☐ Autre

7 Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

Veillez sélectionner 2 réponses maximum

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Agriculteur exploitant	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	Cadre et profession intellectuelle supérieure	Profession intermédiaire	Employé	Ouvrier	Retraite	Sans activité professionnelle
Mère	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Père	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8 Quel est votre niveau d'étude ?

Veillez sélectionner 2 réponses maximum

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Sans diplôme	CAP/BEP	Bac	Bac +2 (DEUG, BTS, DUT, DEUST)	Bac +3 (Licence, Licence LMD, licence professionnelle)	Bac +4 (Maîtrise)	Bac +5 et au-delà (Master, DEA, doctorat...)
Mère	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Père	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2 - Habitation

9 Quel(s) moyen(s) de transport utilisez-vous pour venir au CHU ?

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ véhicule personnel
☐ train
☐ taxi
☐ transports en commun (bus, métro, tramway)
☐ vélo
☐ à pied

☐ Autre:

10 Combien de temps mettez-vous pour venir au CHU ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ moins de 10 minutes
☐ moins de 20 minutes
☐ moins de 30 minutes
☐ moins de 40 minutes
☐ moins de 50 minutes
☐ moins de 60 minutes
☐ plus de 60 minutes

3 - Education Thérapeutique

11 Avez-vous déjà entendu parler de l'éducation thérapeutique ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

12 Par quel moyen ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question ' [kkkgk] (Avez-vous déjà entendu parler de l'éducation thérapeutique ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ le médecin traitant
☐ le chirurgien-dentiste
☐ l'hôpital
☐ une connaissance
☐ l'internet
☐ une affiche
☐ une revue/magazine

☐ Autre:

13 Savez-vous qu'il existe un programme d'éducation thérapeutique sur la santé buccodentaire (*ateliers sous forme de jeux sur le brossage, l'alimentation, la carie*) mis en place au CHU ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Définition de l'Education Thérapeutique selon l'OMS :

- L'éducation thérapeutique « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique [...] ceci a pour but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement. »
- Dans la pratique dentaire, chez l'enfant: elle s'inscrit dans la gestion et la prise en charge de la maladie carieuse qui peut être vue comme une maladie chronique (apparition de nouvelles caries tout au long de la vie).

14 Seriez-vous intéressé(e)s pour participer à ce programme ? (La participation est gratuite et l'animation est réalisée par un chirurgien-dentiste et des étudiants en dernière année d'étude)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

15 Pour quelle(s) raison(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question "[dgddgdgdg]" (Seriez-vous intéressé(e)s pour participer à ce programme ? (La participation est gratuite et l'animation est réalisée par un chirurgien-dentiste et des étudiants en dernière année d'étude))

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ manque de temps / indisponibilité
☐ difficulté de faire garder mes autres enfants
☐ beaucoup de rendez-vous dentaires déjà programmés
☐ coût du trajet
☐ distance du trajet
☐ pas de transport disponible
☐ je ne vois pas l'intérêt

☐ Autre:

16

Si vos frais de déplacement étaient pris en charge (du moins partiellement), seriez-vous davantage intéressé(e) pour amener votre enfant au CHU pour participer à ce programme ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

17 Que vous souhaitiez ou non participer, quelles notions devraient être abordées dans un programme d'éducation thérapeutique ?

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ apprendre des notions sur les dents
☐ apprendre que faire en cas de traumatisme dentaire
☐ comprendre comment se forment les caries
☐ apprendre des notions sur les autres défauts dentaires
☐ revoir les techniques de brossage des dents
☐ motiver mon enfant à se brosser les dents
☐ apprendre des choses sur le matériel de brossage
☐ apprendre des choses sur l'alimentation
☐ motiver mon enfant à diminuer le sucre, le grignotage, les boissons sucrées

☐ Autre:

18 En plus du chirurgien-dentiste, quel professionnel souhaiteriez-vous voir participer au programme d'éducation thérapeutique en santé orale ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ un(e) pédiatre
☐ un(e) orthophoniste
☐ un(e) diététicien(ne)
☐ un(e) assistant(e) social(e) (pour être informé(e) de mes droits)
☐ personne
☐ Autre

19 Quels horaires vous conviendraient pour participer avec votre enfant au programme d'éducation thérapeutique sur la santé buccodentaire ?

Cocher tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ lundi 9-12h
☐ lundi 14-17h
☐ mardi 9-12h
☐ mardi 14-17h
☐ mardi 17-20h
☐ mercredi 9-12h
☐ mercredi 14-17h
☐ jeudi 9-12h
☐ jeudi 14-17h
☐ jeudi 17-20h
☐ vendredi 9-12h
☐ vendredi 14-17h

20 Quelle organisation serait préférable pour vous et votre enfant concernant les séances d'éducation thérapeutique ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 4 séances (45 min, 1h30, 1h30, 45 min)
☐ 3 séances (45 min, 2h30, 45 min)
☐ 2 séances (3h00, 45 minutes)

21 Toujours concernant l'organisation, préférez-vous participer :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ à des séances collectives avec d'autres enfants et parents
☐ à des séances individuelles pour vous et votre enfant
☐ peu importe

22 Toujours concernant l'organisation des séances d'éducation thérapeutique du patient, préférez-vous des séances :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ en présentiel au CHU
☐ en distanciel (téléconsultation)
☐ peu importe

23 Pensez-vous que recevoir un SMS de rappel 24 heures avant le rendez-vous (en plus de l'e-mail de confirmation et du SMS à 48 heures), vous serait utile pour participer au programme d'éducation thérapeutique sur la santé buccodentaire ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

24 À quelle fréquence allez-vous chez le dentiste ? (pour vous-même)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ plus d'une fois par an
☐ une fois par an
☐ une fois tous les 2 ans
☐ une fois tous les 3 ans
☐ moins d'une fois tous les 3 ans

25 Pour quel (s) motif (s) consultez-vous un chirurgien-dentiste ? (pour vous-même)

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ une prise en charge esthétique
☐ une restauration, un remplacement des dents abîmées ou absentes
☐ des conseils sur l'alimentation et le brossage
☐ une prise en charge de la douleur
☐ une prise en charge d'une infection

☐ un traumatisme
☐ un contrôle
☐ un détartrage
☐ Autre:

26 Sur une échelle allant de 1-4 : comment jugez-vous vos connaissances sur la santé buccodentaire ? (technique de brossage, durée, dentifrice, fluor, matériel de brossage, alimentation)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1 - très faibles
☐ 2 - faibles
☐ 3 - bonnes
☐ 4 - excellentes

27 Vous répondrez aux affirmations suivantes par « oui », « non » ou « je ne sais pas ».

Veillez sélectionner 8 réponses maximum

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Il est préférable de se brosser les dents avec un dentifrice fluoré	☐	☐	☐
Le brossage du matin est plus important que le brossage du soir	☐	☐	☐
La première visite chez le chirurgien-dentiste est à partir de 3 ans	☐	☐	☐
Un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste est conseillé tous les 3 ans	☐	☐	☐
Il est recommandé de changer sa brosse à dents tous les 3 mois	☐	☐	☐
Les caries sont causées par des bactéries dans la bouche	☐	☐	☐
Les biberons de lait nocturnes (ou l'allaitement nocturne) ne peuvent pas provoquer de carie	☐	☐	☐
Il est normal qu'un jeune enfant mange entre les repas (Matin, midi, goûter, et soir) : grignotage : bonbons, biscuits, fruits, jus...	☐	☐	☐

28

Votre enfant mange-t-il des produits sucrés (bonbons, biscuits, jus, soda...) plusieurs fois par jour ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

29 Que boit habituellement votre enfant dans la journée ?

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ eau pure
☐ eau + sirop
☐ thé/café
☐ lait
☐ soda (coca cola, oasis, capri sun, fruit shoot...)
☐ jus de fruits

☐ Autre:

30 Quand votre enfant se brosse-t-il les dents ?

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ matin
☐ midi
☐ soir

☐ avant le repas
☐ après le repas
☐ pas de brossage tous les jours

31 Est-ce que vous supervisez/repassez après votre enfant lors du brossage ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

5 - Le service d'odontologie au CHU

32 Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu consulter pour votre enfant au CHU de Lille ?

Cochez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ une prise en charge esthétique
☐ une restauration, un remplacement des dents abîmées ou absentes
☐ des conseils sur l'alimentation et le brossage
☐ une prise en charge de la douleur
☐ une prise en charge d'une infection
☐ un traumatisme

☐ un contrôle
☐ un détartrage
☐ refus de soins (échec de soins)
☐ adressé par un dentiste de ville
☐ pas de rendez-vous disponible en ville

☐ Autre:

33 Combien votre enfant a-t-il eu de rendez-vous dentaires au CHU au cours des six derniers mois ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 1 ou 2
☐ entre 3 et 5
☐ entre 6 et 10
☐ entre 11 et 15
☐ plus de 15 fois

34 Cela vous arrive-t-il de manquer un rendez-vous dentaire au CHU pour votre enfant ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ jamais
☐ parfois
☐ souvent
☐ très souvent

35 Pour quelle(s) raison(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'parfois' ou 'très souvent' ou 'souvent' à la question ' [djdjdjdj] ' (Cela vous arrive-t-il de manquer un rendez-vous dentaire au CHU pour votre enfant ?)

Codchez tout ce qui s'applique

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ oubli
- ☐ urgence familiale ou voyage
- ☐ la durée du déplacement
- ☐ d'autres rendez-vous de santé
- ☐ conflit avec les horaires de travail
- ☐ soins jugés non nécessaires
- ☐ anxiété par rapport aux soins dentaires
- ☐ coût des soins
- ☐ Autre:

36 Que pensez-vous de la qualité de la prise en charge de votre enfant dans le service dentaire du CHU de Lille ? (Votre réponse n'aura aucune incidence sur la qualité de la prise en charge de votre enfant)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ très insatisfaisante
- ☐ insatisfaisante
- ☐ satisfaisante
- ☐ très satisfaisante
- ☐ ne souhaite pas répondre

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Education thérapeutique en odontologie pédiatrique, quelles attentes des patients et de leur famille ? Etude auprès des patients du CHU de Lille / **BERRAH Mohamed Anouar Zakaria.**- p. 84 ; réf. 67

Domaines : Odontologie pédiatrique, recherche

Mots clés FMeSH: Education du patient comme sujet ; Enfant, Pédodontie ; Patients ne se présentant pas à leurs rendez-vous ; Santé orale

Mots clés Libres: Carie de la petite enfance ; Education Thérapeutique ; Absences, Attentes ; Enfant ; Pédodontie ; Enquêtes

Résumé de la thèse :

L'éducation thérapeutique (ETP) a pour objectif d'aider les patients à acquérir des compétences pour mieux vivre avec leur maladie chronique. Depuis quelques années, dans les populations à risques, la maladie carieuse est considérée comme une maladie chronique.

Créé en 2017, Educadent est le 1er programme d'ETP en odontologie centré sur la carie de la petite enfance en France. Il est composé de quatre ateliers et est animé par un chirurgien-dentiste et des étudiants en odontologie. Malgré son efficacité, des difficultés de recrutement et d'engagement des patients ont été constatées. L'objectif principal de ce travail de thèse était de mettre en évidence les facteurs qui pouvaient favoriser la participation des patients, dans l'optique d'améliorer le programme (restructuration de l'organisation du programme, thèmes à aborder...). Les objectifs secondaires concernaient le profil des patients susceptibles de participer à Educadent, l'évaluation de leurs connaissances sur l'ETP et sur la santé orale ainsi que la recherche des critères qui affectaient leur volonté de s'y engager.

Les données ont été collectées au moyen d'un questionnaire numérique anonyme entre septembre et octobre 2023.

JURY :

Président: Madame le Professeur DELFOSSE Caroline

Assesseurs : Monsieur le Docteur TRENTSAUX Thomas

Monsieur le Docteur MARQUILLIER Thomas

Madame le Docteur CRAQUELIN Marie