

ANNEE 2025

2025 TOU 3008

THESE

POUR LE DIPLOME D’ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Carla PAYAN

Le 7 février 2025

**EVALUATION DE LA SANTE BUCCODENTAIRE PEDIATRIQUE :
COMPARAISON DES PERCEPTIONS DES ENFANTS ET DES PARENTS**

Directrice de thèse : Pr Marie-Cécile VALERA

JURY :

Président : Pr Cathy NABET

1er assesseur : Pr Marie-Cécile VALERA

2ème assesseur : Dr Mathieu MARTY

3ème assesseure : Dr Alison PROSPER

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
Faculté de santé

Faculté de santé
Département d'Odontologie

→ DIRECTION

Doyen de la Faculté de Santé

M. Philippe POMAR

Vice Doyenne de la Faculté de Santé
Directrice du Département d'Odontologie

Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

Directeurs Adjointes

Mme Sarah COUSTY
M. Florent DESTRUHAUT

Directrice Administrative

Mme Muriel VERDAGUER

Présidente du Comité Scientifique

Mme Cathy NABET

→ HONORARIAT

Doyens honoraires

M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

Chargés de mission

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

→ PERSONNEL ENSEIGNANT

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE, Mme Marie - Cécile VALERA
Maître de Conférence : M. Mathieu MARTY
Assistants : M. Robin BENETAH
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Mathieu TESTE, M. Daniel BANDON

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Carole VARGAS JOULIA, Mme Chahrazed BELAILI, Mme Véronique POINSOTTE
Adjoints d'Enseignement : Mme. Isabelle ARAGON, M. Vincent VIDAL-ROSSET, Mme Hasnaa KHALED

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme Géromine FOURNIER)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES
Maîtres de Conférences : Mme Géromine FOURNIER
Assistant : M. Nicolas DRITSCH
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Jean-Philippe GATIGNOL
Mme Carole KANJ, Mme Mylène VINCENT-BERTHOUMIEUX, M. Christophe BEDOS

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Professeur d'Université : Mme Sara LAURENCIN- DALICIEUX,
Mme Alexia VINEL, Mme. Charlotte THOMAS
Maîtres de Conférences : M. Antoine AL HALABI, M. Pierre JEHLE
Assistants : M. Antoine AL HALABI, M. Pierre JEHLE
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE , Mme Myriam KADDECH,
M. Mathieu RIMBERT, M. Joffrey DURAN

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS, M. Antoine DUBUC.
Assistant : Mme Jessica CHALOU
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Jérôme SALEFRANQUE, M. Clément CAMBRONNE

BIOLOGIE ORALE

Professeurs d'Université : M. Philippe KEMOUN, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Matthieu MINTY
Assistants : Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS, Mme Valentine BAYLET GALY-CASSIT, Mme Sylvie LE
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, Mme Inessa TIMOFEEVA-JOSSINET

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M Paul MONSARRAT)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeurs d'Université : M. Franck DIEMER, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN,
Assistants : M. Nicolas ALAUX, M. Vincent SUAREZ, M. Loris BOIVIN, M. Thibault DECAMPS, Mme Emma STURARO, Mme Anouk FESQUET
Assistante Associée : Mme Lucie RAPP
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE, Mme Marion CASTAING-FOURIER

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR, M. Florent DESTRUHAUT,
Maîtres de Conférences : M. Antoine GALIBOURG, M. Julien DELRIEU
Assistants : Mme Mathilde HOURSET, Mme Constance CUNY, M. Paul POULET, Mme Aurélie BERNEDE, Mme Cécile CAZAJUS
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Luc RAYNALDY, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Victor EMONET-DENAND, M. Thierry DENIS, M. Thibault YAGUE, M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, M. Julien ROZENZWEIG

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur d'Université : Mr. Paul MONSARRAT
Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONJOT, M. Karim NASR, M. Thibault CANCEILL,
Assistants : M. Olivier DENY, Mme Laura PASCALIN, Mme Alison PROSPER, Mme Luna DESNOT
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 06 Janvier 2025

Remerciements

Papa, maman, merci pour l'éducation et l'amour que vous m'avez donné. Depuis notre naissance, avec Adrien et Guilhem, vous nous avez toujours enseigné que l'on pouvait réussir tout ce que l'on souhaitait, et je crois que c'est bel et bien la plus belle chose que l'on puisse donner à son enfant. Merci pour votre soutien, je vous aime.

A Nonna, Yaya. Merci. Merci pour votre présence, toujours douce à mes côtés, sans vous je ne serais pas la même.

A Anne, merci pour ta générosité, et la confiance inébranlable que tu as en nous : tu es notre meilleure supportrice.

A Adrien, Guilhem. Je sais que vous m'adorez (à raison), mais vous êtes pas mal non plus. Merci pour votre humour, votre compassion, votre présence, je vous adore mes frères chéris.

A mes amis. Zoé, en 10ans on a parcouru un sacré chemin ensemble. Merci pour ta sagesse et ta douceur, toujours. Sophia, ma colocataire. Depuis la PACES et encore maintenant, heureuse de t'avoir rencontrée et d'avoir pu passer 4 années privilégiées à tes côtés. Mes amies de dentaire, Lehna et notre voyage en Inde et en Malaisie, inoubliable. A nos après-midis et soirées passées ensemble. Farah, ta sensibilité et ton aide plus que précieuse lors de la rédaction de cette thèse. Aurélie, toujours douce, droite et de bon conseil (c'est vraiment une bonne personne). Coraly et ta force de caractère, toujours partante pour quoi que ce soit. Loïc, mon binôme, avec toi j'ai tant appris et grandi. Travailler à tes côtés va me manquer. Ilyas, ton humour, tes conseils sportifs et ta bonne humeur. A Hasnaa, solaire, que j'ai découvert grâce au taekwondo. Au Dr Yousfi et à et nos victoires écrasantes au ping. A Hamdy, merci pour tout. A Julien et Maël, pour avoir été les cobayes malheureux de détartrages un peu trop engagés.

Et à tous les autres avec qui j'ai pu partager mes années à la faculté, et qui m'ont apporté rire et sourire, merci. Je garderai un souvenir heureux de mes années d'étude.

A notre président du jury

Madame la Professeure **Cathy NABET**

- Professeur des Universités, Praticien hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Études Approfondies de Santé Publique – Épidémiologie
- Docteur de l'Université Paris XI,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Lauréate de la Faculté de Médecine,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury. Vos enseignements, tant théoriques que pratiques, ainsi que votre encadrement en clinique ont été une source précieuse de savoir dans l'apprentissage de la dentisterie. Veuillez recevoir dans ce travail toute l'estime et la reconnaissance que nous éprouvons à votre égard.

A notre directrice de thèse

Madame la Professeure **Marie-Cécile VALERA**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Spécialiste Qualifiée en « Médecine Bucco-Dentaire »,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier, spécialité : Physiopathologie cellulaire, moléculaire et intégrée,
- Master 2 recherche, mention Physiologie cellulaire intégrée,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- Habilitation à Diriger des Recherches,
- Diplôme universitaire de Recherche Clinique en Odontologie,
- Diplôme interuniversitaire « Soigner les soignants ».

Madame, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Votre réactivité, votre esprit de synthèse et votre efficacité me laissent, je dois l'avouer, admirative. J'espère plus tard et au cours de ma carrière émuler votre professionnalisme et votre passion. Je vous remercie pour les enseignements théoriques et pratiques que vous nous avez dispensé, et pour votre encadrement lors des vacations cliniques. Je me souviendrai de votre empathie, de votre passion pour l'odontologie pédiatrique, et de votre entrain pour nos idées plus ou moins farfelues. Merci pour votre bienveillance.

A notre jury de thèse

Monsieur le Docteur **Mathieu Marty**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire, - CES de Chirurgie Dentaire Odontologie Pédiatrique et Prévention,
- CES de Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies crânio-faciales,
- Master 2 Sciences de l'éducation Université Paul VALÉRY Montpellier 3,
- Doctorat en Sciences de l'éducation Université Paul VALÉRY Montpellier 3

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Votre empathie pour les patients, votre passion pour l'odontologie pédiatrique mais aussi votre sincérité dans les soins que vous prodiguez, et ce désir de soigner au mieux malgré les difficultés m'auront durablement marquée. Votre humour aura participé aux bons souvenirs que je me suis créés lors de ma scolarité.

A notre jury de thèse

Madame le Docteur **Alison PROSPER**

- Chef de clinique des universités - assistante des hôpitaux en Odontologie
- Docteur en chirurgie dentaire
- Master 1 Biomatériaux et anthropologie, mention biologie de Santé
- Master 2 Innovations thérapeutiques et ingénierie tissulaire

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger au jury de cette thèse. Votre bienveillance, tant à l'égard des étudiants que des patients ainsi que votre bonne humeur et votre professionnalisme auront été un exemple. Merci de votre aide lors du recrutement des patients, et des conseils que vous m'avez prodigués.

Évaluation de la santé bucco-dentaire pédiatrique : comparaison des perceptions des enfants et des parents

Table des matières

<i>INTRODUCTION</i>	12
<i>I. LA PERCEPTION DE LA SANTE BUCCODENTAIRE</i>	13
1.1. Définitions	13
1.2. Échelle de mesure de la santé bucco-dentaire	14
1.2.1. Utilisée par les chirurgiens-dentistes en pratique clinique	14
1.2.2. Utilisée par les patients (adultes/ enfants)	16
1.3. Perception de la santé bucco-dentaire pédiatrique	19
1.3.1. Revue de la littérature concernant la perception des parents de la santé bucco-dentaire de leur enfant	19
1.3.2. Revue de la littérature concernant la perception des enfants	20
<i>II. ETUDE QUALITATIVE CONCERNANT LA COMPARAISON DE LA PERCEPTION DE LA SANTE BUCCODENTAIRE PEDIATRIQUE</i>	21
2.1. Matériel et méthode	21
2.1.1. Objectifs	21
2.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	21
2.1.3. Étude quantitative versus qualitative	22
2.1.4. Échelles utilisées et questionnaire	22
2.1.5. Déroulement de l'étude.....	23
2.2. Résultats	23
2.2.1. Population étudiée	23
2.2.2. Analyse thématique	24
2.2.3. Résultats des enfants.....	25
2.2.4. Résultats des parents.....	29
2.2.5. Comparaison des perceptions des enfants et des parents.....	33
<i>III. DISCUSSION</i>	36
<i>CONCLUSION</i>	40

<i>TABLE DES ILLUSTRATIONS</i>	41
<i>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>	42
<i>ANNEXES</i>	45

INTRODUCTION

Je me rappelle que lorsque j'étais enfant, je détestais les rendez-vous médicaux où mon point de vue n'était pas pris en compte. Les professionnels de santé se tournaient généralement vers mes parents pour poser leurs questions, et je détestais ce sentiment d'être spectatrice du moment alors que j'étais le sujet principal des discussions des adultes. J'avais le sentiment que, parfois, ces consultations ne répondaient pas tout à fait correctement à mes besoins.

La santé bucco-dentaire joue un rôle essentiel dans le bien-être général des individus, adultes comme enfants, où elle influence non seulement la qualité de vie, mais aussi le développement physique, psychologique et social. La perception de la santé bucco-dentaire varie selon les individus, soumise à une appréciation aussi bien objective (présence de pathologies ou non par exemple) que subjective (impact sur la personne).

Les enfants, en raison de leur âge et de leur niveau de compréhension, développent une perception intuitive de leur propre santé bucco-dentaire. En parallèle, les parents, en tant que responsables de l'enfant, jouent un rôle déterminant dans la prévention et le traitement des affections bucco-dentaires. Cependant, leur perception de la santé bucco-dentaire de leur enfant peut être influencée par divers facteurs, tels que leur propre niveau de connaissance, leurs croyances ou encore leurs expériences personnelles, et on peut se poser la question si elle ne diffère pas parfois de celle de leur enfant, et si elle impacte la participation de l'enfant dans le parcours de soins.

Il est donc primordial d'évaluer ces perceptions pour mieux comprendre les éventuelles discordances entre les points de vue des enfants et des parents, et ainsi proposer des pistes d'amélioration des stratégies de prise en charge et de prévention en santé bucco-dentaire. Dans cette optique, cette étude a trois objectifs principaux : évaluer la qualité de la perception des enfants concernant leur propre santé bucco-dentaire, évaluer les connaissances des parents au sujet de la santé bucco-dentaire de leur enfant et enfin, comparer les points de vue des enfants et des parents.

En utilisant une approche qualitative, cette recherche a pour but de mieux comprendre les dynamiques personnelles et familiales liées à la santé bucco-dentaire pédiatrique, et d'identifier les éventuels biais de perceptions des enfants et des parents.

I. LA PERCEPTION DE LA SANTE BUCCODENTAIRE

1.1.Définitions

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis 1948 comme un état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (1).

La santé bucco-dentaire est définie depuis 2016 par la Fédération Dentaire Internationale (FDI) comme étant multiforme, et comprend la capacité de parler, de sourire, de sentir, de goûter, de toucher, de mâcher, d'avalier et de transmettre une gamme d'émotions par des expressions faciales en toute confiance et sans douleur, inconfort et maladie du complexe cranio-facial (2).

La qualité de vie a elle été définie comme telle par l'OMS en 1993 : " La qualité de vie est définie comme la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement" (3).

Les relations entre santé bucco-dentaire et qualité de vie ont été étudiées en 2011 par l'équipe de L Sischo à partir d'un corpus de 300 articles (4). On en retire que la qualité de vie des patients est multifactorielle et rassemble plusieurs domaines qui sont :

- La santé orale (douleur, saignements gingivaux, espaces inter dentaires),
- La fonction (mastication et communication),
- L'attente des traitements (satisfaction),
- L'environnement (travail, école),
- L'aspect social et émotionnel (anxiété, attractivité, malheur).

Les problèmes bucco-dentaires qui vont surtout nous concerner dans le cadre de cette étude sont les problèmes carieux, mais on peut aussi noter les dysharmonies dento-dentaires et/ou dento-maxillaires, ou les agénésies.

La carie touche plus d'un tiers des enfants de 6 ans, 45% des enfants de 12 ans et plus des trois quarts de la population adulte. Il est bon de noter également que les enfants sont plus sujets à développer des caries que des parodontopathies, ces dernières atteignant en majorité les adultes (5).

La carie est une destruction des tissus durs de la dent (émail dans un premier temps puis dentine dans un second temps). Elle apparaît majoritairement lorsque l'alimentation est inadaptée (grignotage, boissons sucrées, chips...) et/ou lorsque l'hygiène bucco-dentaire est insuffisante. Une prise en charge précoce, et une bonne communication avec les parents mais aussi l'enfant permettent de rendre ce dernier acteur de sa santé, et donc de réduire le risque de problème dentaire à l'âge adulte (6).

1.2. Échelle de mesure de la santé bucco-dentaire

1.2.1. Utilisée par les chirurgiens-dentistes en pratique clinique

Dans notre pratique clinique, nous sommes amenés à mesurer la santé bucco-dentaire de nos patients par des échelles reproductibles et fiables.

On compte ainsi parmi ces dernières l'indice carieux imaginé par H Klein et CE Palmer en 1940 (7). L'indice CAO comptabilise le nombre de dents Cariées, Absentes (pour cause de caries) ou Obturées (pour cause de caries), et on le nomme indice CAOD lorsque l'unité de mesure est la dent et CAOF lorsque c'est la face. Les dents de sagesse sont exclues de la mesure. Un score nul indique que l'individu présente des dents saines. L'indice COD mesure le nombre de dents temporaires cariées ou obturées, le score maximal étant de 20 cette fois-ci. Ce sont des indices de sévérité, qui nous permettent de mesurer le degré d'atteinte carieuse, et qui permettent des comparaisons dans le temps ou l'espace.

L'échelle de Venham, développée en 1979 (8) est un outil qui aide à évaluer le degré de stress du patient lors d'un rendez-vous médical. Il en existe une deuxième version, l'échelle de Venham modifiée par Verkampf (9), utilisée très fréquemment en pratique courante et il y a 5 scores (**Figure 1**) :

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	Détendu, souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	Mal à l'aise, préoccupé. Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	Tendu. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable

Figure 1 : Version française de l'échelle de Venham modifié selon M Hennequin et son équipe, 2007 (9)

Il existe d'autres échelles : la grille d'évaluation de l'état de la bouche tirée de l'Oral Assessment Guide de l'Université du Nebraska développé par Kenny en 1990 et l'Oral Calculator de Jenkins 1989 (10). (**Figure 2**)

Items	0	1	2
Voix, communication	Normale	Sèche et rauque	Difficulté à parler
Lèvres	Lisses, rosées et humides	Sèches et fissurées	Ulcérations ou saignements, douleurs
Dents et/ou prothèses	Propres et sans débris	Plaques et débris localisés (entre dents), dents abîmées	Douleurs, plaque dentaire, débris généralisés
	Prothèses propres	Prothèses dentaires sales	Dents/prothèses très abîmées
Gencives	Roses, fermes et bien dessinées	Inflammatoires, œdémateuses	Débris, saignements
Langue	Rose et humide Présence de papilles	Pâteuse, moins de papilles, moins colorée	Rouge et brillante, noire Fissurée, boursoufflée
Salive	Transparente	Visqueuse, épaisse	Absente
Muqueuses	Roses et humides	Inflammatoires, plaques blanches, sans ulcération	Ulcération et/ou saignements, douleurs
Déglutition	Normale	Douleurs, difficulté à déglutir	Absence de déglutition, impossibilité de s'alimenter
Goût	Normal	Altération	Goût métallique
Odeur	Normale	Odeur désagréable, halitose, mauvaise haleine	Odeur insupportable, putride, malade gêné
Total sur 20			
<p>Mode d'emploi</p> <ul style="list-style-type: none"> – Première évaluation effectuée par IDE et/ou aide-soignant dans les 48 heures suivant l'arrivée du patient et à inclure à son dossier de soins. – Rayer les items qui ne peuvent être évalués ou qui entraînent des réponses qui ne sont pas en lien avec un problème bucco-dentaire et inscrire NO (non observable). Dans ce cas, réduire le total/20 d'autant (1 item = 2 points maximum). <p>Le total supérieur à 1 nécessite l'ouverture d'une cible et la mise en place d'actions dans la transmission ciblée.</p> <p>Si le total est supérieur à 1, renouveler l'évaluation dans les 48 heures.</p> <p>Un total égal à 0 : bouche saine (poursuivre la toilette buccale habituelle) avec évaluation tous les 15 jours.</p> <p>Un total entre 1 et 10 : bouche altérée = renforcer l'hygiène bucco-dentaire : effectuer des soins de bouche d'hygiène et/ou médicamenteux toutes les 4 heures, avec évaluation toutes les 24 heures. Mettre en place des actions et noter les résultats dans les transmissions ciblées.</p> <p>Un total supérieur à 11 : bouche très altérée (soins toutes les heures si nécessaire avec évaluation toutes les 24 heures).</p> <p>Réévaluations :</p> <ul style="list-style-type: none"> – devant toute modification de l'alimentation, de la respiration, de la communication, – la perte d'autonomie – la plainte du malade au sujet de sa bouche. 			

D'après : *Oral Assessment Guide*, Université du Nebraska [Kenny, 1990] et *Jenkins Oral Calculator* [1989].

Figure 2 : Grille d'évaluation de l'état de la bouche (10)

1.2.2. Utilisée par les patients (adultes/ enfants)

La qualité de vie liée à la santé buccodentaire (Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL)) est évaluée lors des études cliniques par le biais de questionnaires. Parmi ces derniers, ceux qui nous concernent plus particulièrement sont :

L'Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS)

Le questionnaire ECOHIS a été développé par BT Pahel et son équipe en 2007 aux Etats-Unis (11).

Il a pour but de mesurer l'impact des problèmes bucco-dentaires sur la vie de l'enfant de 0 à 5 ans et de sa famille. C'est un questionnaire de 13 items à l'intention du parent qui concerne 4 domaines : les facteurs psychologiques, sociaux, l'image de l'enfant et le facteur familial.

Le Child Oral Health Impact Profile (COHIP)

Le COHIP est un questionnaire développé en 2007 par l'équipe de M Wilson-Genderson et HL Broder au Canada et aux États-Unis (12).

C'est un auto-questionnaire de 34 items qui vise à évaluer l'impact de la santé bucco-dentaire sur la vie des enfants de 8 à 15 ans. Il en existe plusieurs versions, s'adressant à l'enfant, au parent ou au soignant.

Ces questions concernent 5 domaines :

- La santé orale (10 items),
- Le bien être fonctionnel (6 items),
- Le bien être socio-émotionnel (8 items),
- L'environnement scolaire (4 items),
- L'image de soi (6 items).

Le questionnaire comporte 5 choix de réponse : “jamais”, “presque jamais”, “parfois”, “souvent” et “presque toujours”. Chaque réponse est associée à un score allant de 1 à 5, et plus le score total du questionnaire est élevé, plus la qualité de vie liée à la santé buccale est bonne.

Une version plus courte de ce questionnaire avec 19 items existe également (COHIP-SF 19), et il existe une version française du COHIP développée en 2012 en Nouvelle Calédonie par l'équipe de N El Osta (13), et du COHIP-SF-19 développée en 2022 en Nouvelle Calédonie par l'équipe de A Skandrani (14).

Child Oral Health Quality of Life Questionnaire (COHQoL) et les Child Perception Questionnaires (CPQ)

Le COHQoL est un ensemble de questionnaire développé à partir de 2002 par A Jokovic et son équipe au Canada (15–18).

Ce sont là aussi des questionnaires à auto-remplir. Il en existe 3 versions pour les enfants, adaptées à la tranche d'âge de l'enfant (CPQ-6-7, CPQ-8-10 et CPQ-11-14), une version pour le parent (P-CPQ) ainsi qu'un dernier questionnaire, complémentaire, qui vise à mesurer les impacts de l'état de santé bucco-dentaire des enfants et adolescents sur la vie familiale (Family Impacts Scale ou FIS). Ces questionnaires s'adressent non seulement aux enfants ayant des caries mais également à ceux ayant des désordres occlusaux ou une atteinte oro-faciale.

Les CPQ ont été créés à partir d'un corpus de 46 items choisis issus de questions qui se posaient déjà en odontologie pédiatrique. Puis, de ces 46 items initiaux, les 37 plus pertinents ont été retenus et englobent 4 domaines :

- 6 questions sur les symptômes oraux,
- 9 questions sur les limitations fonctionnelles,
- 9 questions sur le bien-être émotionnel,
- 13 questions sur le bien-être social.

Ces questions sont précédées par deux questions globales, qui concernent une auto-évaluation globale de la santé bucco-dentaire, et une autre sur l'impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de la vie.

Le but est de recenser la fréquence d'évènement au cours des 3 mois précédant le remplissage du questionnaire. Les réponses aux 37 items vont de « jamais » (score 0), « une ou deux fois » (score = 1), « parfois » (score =2), « souvent » (score = 3) à « tous les jours ou presque tous les jours » (score = 4). Les questions globales ont d'autres possibilités de réponses qui sont « excellente » (score = 0), « très bonne » (score = 1), « bonne » (score = 2), « passable » (score = 3) ou « mauvaise » (score = 4) pour la première et « pas du tout » (score = 0), « très peu » (score = 1), « parfois » (score = 2), « beaucoup » (score = 3) ou « énormément » (score = 4) pour la seconde. Ainsi, un score élevé indique un impact élevé de la santé bucco-dentaire sur la vie de l'enfant.

Le questionnaire pour le parent, lui, comporte 31 questions qui couvrent les 4 domaines suivants :

- 6 questions concernant les symptômes oraux,

- 8 sur les limitations fonctionnelles,
- 7 sur le bien être émotionnel,
- 10 sur le bien-être social.

Ces questions sont également précédées par les deux mêmes questions globales que pour le CPQ, c'est-à-dire une question demandant au parent d'évaluer la santé bucco-dentaire de son enfant, et une autre lui demandant d'en évaluer l'impact. Pour les réponses, ce sont les même à la seule différence qu'une option « je ne sais pas » a été rajoutée.

Sur le même mode de fonctionnement que le CPQ, plus le score est élevé, plus l'impact présumé de la santé bucco-dentaire sur la vie de l'enfant l'est.

1.3. Perception de la santé bucco-dentaire pédiatrique

1.3.1. Revue de la littérature concernant la perception des parents de la santé bucco-dentaire de leur enfant

Différentes études ont déjà été menées sur la perception des parents sur l'hygiène bucco-dentaire de leur enfant. Dans l'étude de 2017 menée par l'équipe de D R Reissman (19) sur un échantillon de 140 enfants âgés de 7 à 17 ans à l'aide du COHIP-SF19, le niveau d'OHRQoL déclaré par le parent et par l'enfant ont été mesurés. Il a été trouvé que la perception seule des parents sur l'OHRQoL de leur enfant est insuffisante pour détecter des problèmes dentaires chez ce dernier, et ce pour tous les âges de 7 à 17 ans.

Ce résultat rejoint celui déjà trouvé par l'équipe de T S Barbosa en 2008 (20), indiquant que si des résultats valides et fiables peuvent certes être trouvés en interrogeant le parent et l'enfant dès lors que l'on utilise un questionnaire approprié, les dires des parents peuvent être incomplets à cause d'un manque de connaissance, plus particulièrement sur l'impact émotionnel et le bien-être associés à la santé bucco-dentaire de leur enfant. La revue systématique menée par H. Hemmingsson en 2017 (21) a examiné les résultats de 39 études portant sur la concordance entre les parents et les enfants dans l'évaluation de la santé générale de ces derniers : il en ressort que, tout comme dans l'étude de T S Barbosa, les thématiques entraînant le plus de discordances sont celles qui font appel à la subjectivité, comme l'aspect émotionnel et la douleur.

Enfin, les études de F Sampogna en 2008 sur 432 patients pédiatriques et leurs parents, (22), de A Jokovic en 2003 sur la concordance de réponse entre mères et enfants âgés de 11 à 14 ans (17), et de M Wilson-Genderson en 2007 sur des enfants âgés de 8 à 15 ans consultant pour un problème buccal (12) sont en accord avec le fait qu'afin de comprendre au mieux les besoins de nos patients en pédiatrie, les réponses des parents, qui restent utiles, sont toutefois insuffisantes pour recueillir toutes les informations dont nous avons besoin.

1.3.2. Revue de la littérature concernant la perception des enfants

Une méta-analyse menée en 2008 par l'équipe de T S Barbosa (23) à partir d'un corpus de 13 études démontre que, en utilisant un vocabulaire et des questions adaptés à l'âge de l'enfant, nous pouvons obtenir des informations valides et fiables sur l'hygiène bucco-dentaire des enfants.

Cette même équipe a ensuite analysé les effets de la santé orale sur la vie de l'enfant (24). Sur 402 articles trouvés, 12 ont été retenus sur le critère d'inclusion suivant « études randomisées, transversales, longitudinales ou rétrospectives utilisant des instruments de qualité de vie liés à la santé bucco-dentaire bien validés, des questionnaires auto-appliqués par les enfants et des mesures quantitatives de l'état clinique de santé bucco-dentaire. » Cette étude démontre qu'il existe un lien entre la santé bucco-dentaire et la qualité de vie liée à la santé chez les enfants. Dans ce corpus, les études qui trouvaient un lien faible entre qualité de vie liée à la santé et santé bucco-dentaire étaient des études avec peu d'enfant ayant des problèmes de santé bucco-dentaire. Il en ressortait également que l'évaluation de l'enfant sur l'impact de la santé sur sa vie dépend de son environnement social, culturel, économique, et de son développement en termes de compréhension de ce qu'est la santé, la maladie, la qualité de vie, et du lien qui existe entre ces trois notions.

Un étude de 2019 de l'équipe de A De Stefani (25) utilisant le CPQ-11-14 a cherché à déterminer quels problèmes dentaires impactaient le plus ce groupe d'âge. Ils ont donc réalisé une méta analyse regroupant 128 articles. Les résultats ont indiqué que les problèmes les plus rencontrés par ce groupe d'âge sont les caries non traitées, traumatismes dentaires, pro-alvéolie, port d'appareil orthodontique et désordres parodontaux importants.

L'aspect psychologique de la visite chez le dentiste doit aussi être souligné : en effet, notre profession est soumise à des facteurs extérieurs, comme la peur du dentiste, l'image négative de « l'arracheur de dents » dans l'inconscient collectif, ainsi que les mauvaises expériences passées. Cette relation entre expériences de soins dentaires, peur et OHRQoL chez l'enfant a été mesurée par L Merdad en 2017 (26) sur un échantillon de 1312 enfants âgés de 11 à 14 ans. Les enfants déclarant avoir peur du dentiste avaient en moyenne un score de CPQ 11-14 élevé de plus de 10 points par rapport à ceux ne déclarant pas de peur. Concernant les expériences dentaires passées, le motif de consultation influait grandement l'OHRQoL : si c'était la douleur qui faisait consulter, alors la qualité de vie était assez mauvaise, alors qu'un soin dentaire lors du dernier rendez-vous indiquait une bien meilleure qualité de vie. Une grande fratrie, un milieu socio-économique bas, et un niveau d'éducation bas chez le père étaient également significativement associés à un mauvais OHRQoL. Ainsi, dans nos pratiques, il est important d'identifier ces différents facteurs, en plus de la peur chez l'enfant car ces derniers vont grandement impacter la vision de l'enfant sur sa santé bucco-dentaire, le but étant d'éviter au maximum que leur OHRQoL ne se détériore.

II. ETUDE QUALITATIVE CONCERNANT LA COMPARAISON DE LA PERCEPTION DE LA SANTE BUCCODENTAIRE PEDIATRIQUE

2.1. Matériel et méthode

2.1.1. Objectifs

Les objectifs de l'étude sont :

- L'évaluation de la perception de l'enfant de sa santé bucco-dentaire,
- L'évaluation des connaissances du parents sur la santé bucco-dentaire de son enfant,
- La comparaison des points de vue du parent et de l'enfant.

2.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion choisis sont :

- Enfant venant en consultation ayant au moins une carie,
- Age : 6 à 12 ans,
- Consentement de l'enfant et du titulaire de l'autorité parentale.

Les critères de non-inclusion sont les suivants :

- Pathologies rendant difficile la compréhension/ communication,
- Parent ou enfant non francophone.

Au total, 10 binômes parent/ enfant ont participé à l'étude.

2.1.3. Étude quantitative versus qualitative

Les études quantitatives sont des enquêtes ayant pour but d'obtenir des données statistiques. Elles permettent d'obtenir une vision globale sur un sujet : on cherche la généralité, et moins le cas particulier.

Les études qualitatives, elles, visent à comprendre le "pourquoi" des résultats. Elles reposent le plus souvent sur des entretiens individuels ou en groupe, et il n'y a pas forcément de groupe témoin. Le but ne sera pas de mesurer un sujet, mais plus de le décrire. Ce sont des études qui laissent plus de part à l'humain, et permettent de découvrir des problématiques variées, et d'émettre des hypothèses sur ces dernières.

Dans le cadre de mon objectif, qui vise à déterminer des perceptions et à améliorer la communication du praticien avec l'enfant notamment, je me suis donc orientée vers une étude qualitative.

2.1.4. Échelles utilisées et questionnaire

Le questionnaire utilisé a été développé à partir du COHIP, et adapté aux besoins d'une étude qualitative avec entretien. Il a légèrement évolué au fur et à mesure des entretiens. Les questions posées à l'adulte (**Annexe 1**) et à l'enfant (**Annexe 2**) étaient les mêmes, à la différence que le questionnaire pour les enfants a été adapté à leur âge (tutoiement, vocabulaire simplifié).

2.1.5. Déroulement de l'étude

Les entretiens ont été réalisés de manière individuelle, sous forme de conversation dans le service de médecine bucco-dentaire du CHU de Toulouse.

Le consentement des parents a été demandé au préalable, avec signature d'une fiche de consentement (**Annexe 3**).

Après que le consentement ait été obtenu, le parent ou l'enfant (l'ordre n'avait pas d'importance car les entretiens s'effectuaient de manière séparée) était accueilli dans un box fermé. L'entretien se déroulait sous forme de questions ouvertes. Avant de commencer, et pour favoriser les réponses sur le sujet, la personne entretenue était informée qu'il n'y avait « que des bonnes réponses », et qu'ils pouvaient/ devaient développer au maximum leurs réponses afin d'avoir le plus d'élément de comparaison possible.

Les entretiens ont été enregistrés au dictaphone, puis retranscrits sur un logiciel de traitement de texte (Word Microsoft USA), en restant fidèle aux éléments caractéristiques du langage, tel que le ton de voix, l'hésitation, l'enthousiasme, les pauses. Ces données ont été ensuite analysées avec le logiciel de traitement de données qualitatives (NVIVO, QSR international, Cambridge (MA), USA).

2.2. Résultats

2.2.1. Population étudiée

10 binômes parents/ enfants ont participé à l'étude. Les mères étaient les plus présentes (80%), et les pères représentaient les 20% restants. Chez les enfants, 60% étaient des filles et 40% des garçons. L'âge des enfants interrogés allait de 6 à 12 ans. (**Figure 3**)

Age lors de l'entretien	Sexe
Moyenne = 8,5 ans	60% filles
Ecart type = 1,80	40% garçons

Figure 3 : Statistiques descriptives

2.2.2. Analyse thématique

Nous avons cherché à répondre à deux questions : comment l'enfant perçoit-il sa propre santé buccodentaire, et comment le parent perçoit la santé buccodentaire de son enfant ?

Cinq thèmes ont été exprimés chez les enfants, quatre pour les parents, présentés dans les arbres thématiques suivants (**Figures 4 et 5**).

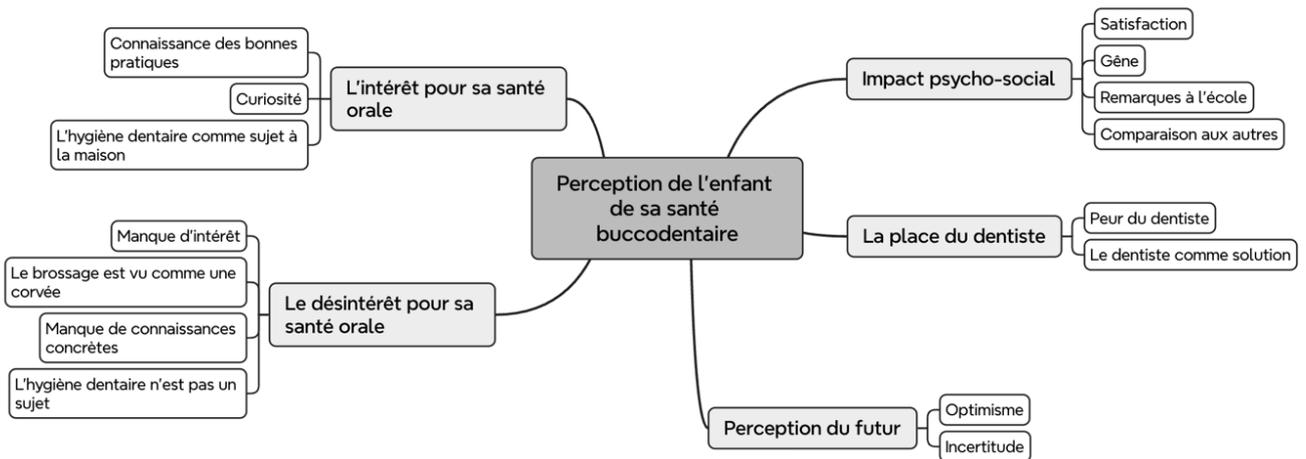


Figure 4 : Arbre thématique enfants

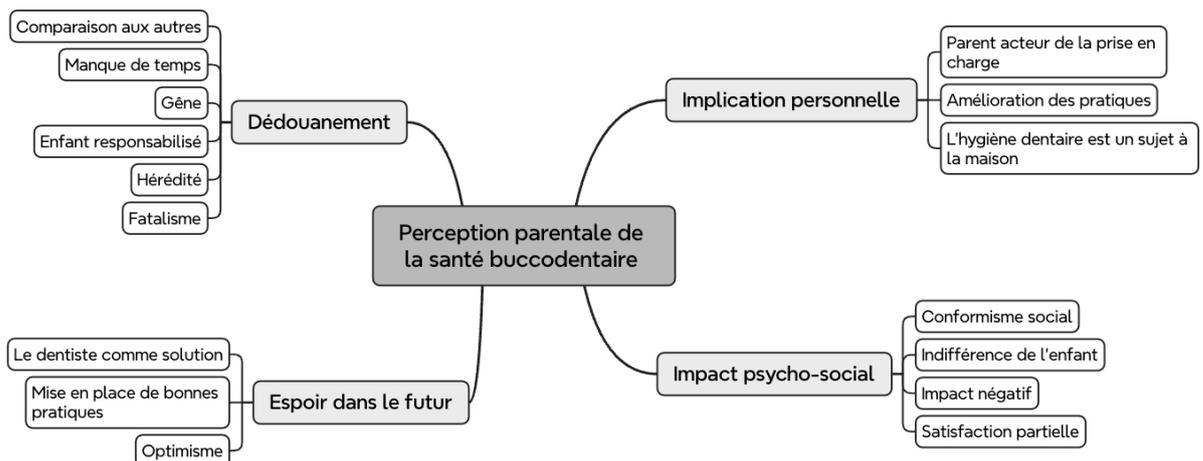


Figure 5 : Arbre thématique parents

Dans un premier temps, nous allons procéder à l'analyse qualitative des réponses des enfants, puis des parents. Cette analyse des thèmes spécifiques aux deux groupes interrogés

nous permettra de mieux comprendre dans un second temps les similitudes et différences de perception, ainsi que les facteurs pouvant influencer ces perceptions.

2.2.3. Résultats des enfants

Enfant				
L'intérêt pour sa santé orale	Le désintérêt pour sa santé orale	Impact psychosocial	La place du dentiste	Perception du futur
<p><u>Connaissance des bonnes pratiques</u> [Est-ce que tu sais ce que tu pourrais faire pour avoir des belles dents plus tard ?] E6 : « Hm... Me brosser les dents 4 fois par jour » E3 : « Je fais en sorte de pas trop abuser sur les sucreries. » E7 : « Je fais d'abord comme ça, ensuite je fais comme ça. (mime un brossage correct) »</p> <p><u>L'hygiène dentaire est un sujet à la maison</u> E2 : « Je dois me re brosser les dents après parce que en plus ma mère elle me le rappelle. » E4 : « Le grignotage ma mère me dit que je grignote trop. Je prends des yaourts. Des fois, je prends des fruits. Enfin... pas tout le temps. »</p> <p><u>Curiosité</u> E8 : « Avant, elle était électrique, mais maintenant, comme elle est plus électrique, elle est manuelle. Est-ce que c'est mieux ? »</p>	<p><u>Manque d'intérêt</u> [Est-ce que tu penses que ton alimentation te permet d'avoir des bonnes dents ?]E6 : « Pas trop. » E5 : « Ça fait depuis avant-hier que j'essaie de me brosser les dents à deux minutes. »</p> <p><u>Le brossage est vu comme une corvée</u> [Et toi tu préfères quand c'est comment ? Quand c'est tout seul ou quand c'est papa et maman ?]E10 : « Quand c'est tout seul, parce que c'est plus rapide » E9 : « Il y a des jours où j'oublie. »</p> <p><u>Manque de connaissances concrètes</u> [Est-ce que tu sais ce que tu pourrais faire pour améliorer tes dents ?]E7 : « Hum... non »</p> <p><u>L'hygiène dentaire n'est pas un sujet</u> [On en parle à la maison des dents ?]E10 : « Non, on n'en parle pas des dents. »</p>	<p><u>Satisfaction</u> E3 : « Je qualifierais mes dents de bonnes dents. Depuis que je me brosse les dents deux fois par jour, elles sont devenues vachement plus blanches qu'auparavant. » E2 : « Je souris comme j'ai envie, j'ai jamais eu de remarques sur mes dents »</p> <p><u>Gêne</u> E4 : « Oui, j'ai envie de changer. J'ai envie de changer mes dents jaunes de devant. Et cette dent. La carie là. Mais elle va tomber. Des fois quand j'ai les dents sales, je souris pas, je m'empêche de sourire. » E1 : « Qu'il se baisse (E1 a une béance antérieure). Parfois je souris sans montrer mes dents, depuis longtemps. »</p> <p><u>Remarques à l'école</u> E5 : [on m'a dit] « Que j'avais des caries, beerk. »</p> <p><u>Comparaison aux autres</u> E2 : « Oui je me brosse souvent les dents, comparé à d'autres gens que je vois, oui ça va, j'ai des amis quand ils viennent dormir à la maison ils se brossent les dents que 45 secondes et moi je fais deux minutes. »</p>	<p><u>Peur du dentiste</u> E2 : « Maintenant j'ai peur des dentistes à cause d'elle parce que elle m'avait arraché la dent sans me le dire alors que de base on devait juste faire un contrôle. »</p> <p><u>Le dentiste comme solution</u> E5 : « Parce que je vais chez le dentiste. Et... ils me retirent les dents qui ont des caries. »</p> <p>[Et est-ce que vous en parlez à la maison des dents de l'hygiène etc ?]E2 : « Euh ben ils me répètent souvent que dans pas longtemps j'ai un rendez vous »</p>	<p>[Est-ce que tu penses que tu auras des bonnes dents plus tard ?]</p> <p><u>Optimisme</u> E8 : « Oui. Parce que j'aurai des dents d'adultes et que je serai un vampire » E3 : « Oui. Si je continue ce rythme là, oui »</p> <p><u>Incertitude</u> E6 : « Bah, ça dépend. On sait pas qu'est ce que ça va nous attendre. »</p>

Figure 4 : Tableau thématique des enfants

1^{er} thème : L'intérêt pour sa santé orale

Lors des entretiens, la plupart des enfants avait connaissance des bonnes pratiques en matière d'hygiène et de santé buccodentaire. En effet, lorsqu'ils étaient interrogés sur ce qu'ils devaient faire pour avoir de belles dents plus tard, un bon brossage, efficace et régulier était le plus cité. Pour certains enfants, ce brossage était associé à une bonne alimentation « je fais en sorte de ne pas manger trop de sucreries » E3, 11 ans, montrant que les enfants avaient assimilé les liens de cause à effet entre leurs actions et leur santé. Ainsi, les enfants paraissent avoir pour la plupart acquis les connaissances transmises par les professionnels de santé et éventuellement

leurs parents, car chez certains l'hygiène dentaire est un sujet abordé à la maison, où l'implication des parents est soulignée « *je dois me re brosser les dents après [le grignotage] parce qu'en plus ma mère me le rappelle* » E2, 12ans.

En plus de cet investissement de la part des parents, la curiosité des enfants a également été très présente lors des entretiens : lorsqu'ils avaient un doute sur un sujet, ils s'interrompaient pour poser des questions à l'enquêtrice « *Avant, elle était électrique, mais maintenant, comme elle est plus électrique, elle est manuelle. Est-ce que c'est mieux ?* » E8, 6ans, ou bien « *Est-ce que c'est normal d'être sensible au froid ? Quand j'ai découvert que mes dents, elles étaient sensibles, moi, je n'osais jamais croquer dans une glace.* » E3, 11ans. Les enfants se positionnent ainsi comme de véritables acteurs de leur santé, et ont utilisé le temps de l'entretien avec une enquêtrice identifiée comme professionnelle de santé pour poser des questions qu'ils n'avaient peut-être pas osé ou eu le temps de poser. Il est également intéressant de noter que les questions portaient sur les actions du quotidien et sur leur propre santé orale.

Thème 2 : Le désintérêt pour la santé orale

En revanche, si certains enfants se montraient intéressés et proactifs dans leur prise en charge, certains ont montré un manque d'intérêt pour ce qui touchait aux actions leur permettant d'améliorer leur santé orale. Ils sont capables de reconnaître que des éléments sont améliorables « *[mon alimentation ne convient] pas trop* » E6, 10ans, mais cet enfant adopte ensuite une posture plutôt passive, déclarant même être demandeur de sucreries. De même, E5, 8ans s'est montrée très détachée lors de tout l'entretien et confie avoir une mauvaise haleine tous les après-midis « *parce qu'on me le dit* », puis indique que « *ça fait depuis avant-hier que j'essaie de me brosser les dents à deux minutes.* », probablement en corrélation avec le rendez-vous chez le dentiste qui arrivait les jours suivants, le déclencheur étant donc un rendez-vous dentaire et non un désir d'amélioration.

Ensuite, si les enfants avaient pour la plupart des connaissances sur les bonnes pratiques dentaires, le brossage en particulier s'avère être un moment peu attendu « *[je préfère] quand c'est tout seul [le brossage], parce que c'est plus rapide* » E10, 8ans avec des oublis éventuels « *Pour moi, elles sont pas assez propres. [...] Des fois, j'oublie de me brosser les dents. Et mes dents, en fait, des fois, je les regarde dans le miroir et je les vois des fois, elles sont oranges ou noires.* » E4, 8ans. On voit ici que cet enfant est capable de reconnaître un manque d'hygiène, mais la mise en œuvre de la solution reste compliquée.,

De même, si la majorité des enfants a intégré les relations de cause à effet dans les enseignements donnés, certains restent désorientés face à des questions de connaissance « *[Est-ce que tu sais ce que tu pourrais faire pour améliorer tes dents ?] Hum... non* » E7, 7ans. Lorsqu'on interroge cette enfant sur son alimentation pour savoir si elle lui semble adaptée, elle précise qu'« *[elle] ne sait pas parce que on ne [lui] a jamais dit* ».

Associé à ce manque de connaissances, dans certains foyers, l'hygiène dentaire n'est pas un sujet « *Non, on n'en parle pas des dents.* » E10, 8ans ou bien conditionné par un rendez-vous chez le dentiste comme nous le verrons dans la thématique 4 « la place du dentiste ».

Thème 3 : Impact psychosocial

Les sentiments de satisfaction et de gêne ont été exprimés de manière assez équilibrée. La satisfaction s'est exprimée pour la plupart par une amélioration de l'aspect esthétique « *Je qualifierais mes dents de bonnes dents. Depuis que je me brosse les dents deux fois par jour, elles sont devenues vachement plus blanches qu'auparavant.* » E3, 11ans ou la description d'une absence de gêne « *Je souris comme j'ai envie, j'ai jamais eu de remarques sur mes dents* » E2, 12ans. L'aspect esthétique du sourire a été le plus cité comme élément de satisfaction, et chez ceux qui ont décrit une amélioration, un brossage devenu régulier et plus efficace en était la cause.

Tout comme le sourire était l'élément principal de satisfaction, la gêne se manifeste par une absence de sourire ou une tendance à sourire sans montrer les dents « *Des fois quand j'ai les dents sales, je souris pas, je m'empêche de sourire.* » E4, 8ans, ou bien « *Qu'il se baisse [sourire avec béance antérieure]. Parfois je souris sans montrer mes dents, depuis longtemps.* » E1, 7ans. La perte de dent, elle, apparaît comme une solution à la gêne occasionnée par des dents cariées, et donc colorées « *J'ai envie de changer mes dents jaunes de devant. Et cette dent. La carie là. Mais elle va tomber. .* » E4, 8ans. Cette perte est également chez certains un motif de gêne en elle-même, avec l'apparition d'un vide perçu comme anormal et donc gênant « *ce qui me gêne surtout c'est les dents, la dent là (pointe du doigt la dent qui vient d'être enlevée)* » E8, 6ans. Cet enfant a exprimé ensuite une grande inquiétude que ses camarades remarquent la perte de cette dent.

Cette inquiétude est confirmée par le vécu de remarques à l'école pour un enfant « *[on m'a dit] que j'avais des caries, beerk.* » E5, 8ans. Cependant, aucun enfant n'a déclaré avoir voulu rester à la maison à cause de remarques liées aux dents, ou bien la peur que cela n'arrive.

Au-delà d'éventuelles remarques, l'importance des pairs s'est également manifestée par le biais de comparaisons, un enfant s'en servant de point de référence « *Oui je me brosse souvent les dents, comparé à d'autres gens que je vois, oui ça va, j'ai des amis quand ils viennent dormir à la maison ils se brossent les dents que 45 secondes et moi je fais deux minutes.* » E2, 12ans, exprimant par là une certaine autosatisfaction.

Thème 4 : La place du dentiste

Le dentiste est apparu lors des entretiens comme un véritable acteur de cette santé orale, avec un rôle parfois perçu comme négatif, et des enfants exprimant une perte de confiance « *Maintenant j'ai peur des dentistes à cause d'elle parce qu'elle m'avait arraché la dent sans me le dire alors que de base on devait juste faire un contrôle.* » E2, 12ans. Cela pose la question de la relation future de l'enfant avec le corps médical, un biais d'ancrage négatif fort ayant été installé en lui. Un autre facteur de la peur du dentiste est la douleur, devenant un frein dans la prise en charge de l'enfant « *Oui je veux changer... mais c'est juste que j'ai peur... parce que ça faisait mal avec la pique avant* » E9, 8ans.

Mais, malgré l'image négative que le dentiste peut avoir chez certains enfants, il apparaît également comme une solution aux problèmes dentaires grâce aux actions qu'il mène « *Parce que je vais chez le dentiste. Et... ils me retirent les dents qui ont des caries.* » E5, 8ans. Parfois même, et ce malgré une peur décrite par l'enfant, ce dernier décrit un optimisme lié aux actions du dentiste « *[plus tard j'aurais des bonnes dents] parce qu'elles sont soignées* » E9, 8ans montrant la notion d'un lien fort entre santé buccodentaire et soins dentaires.

A la question « Est-ce que vous parlez à la maison de l'hygiène, des dents ? », deux enfants mentionnent le rendez-vous chez le dentiste « *Euh ben ils me répètent souvent que dans pas longtemps j'ai un rendez-vous* » E2, 12ans, les dents devenant un sujet à l'approche des rendez-vous.

Thème 5 : Perception du futur

Les enfants ont décrit un optimisme pour le futur (8 enfants sur 10). Une enfant a donné une réponse avec beaucoup d'entrain, mais complètement décalée « *Oui. Parce que j'aurai des dents d'adultes et que je serai un vampire* » E8, 6ans, mais avait identifié les facteurs lui permettant d'atteindre son idéal, les dents d'adulte, ainsi que l'espoir de port d'appareil dentaire « *tout ce que j'espère à Noël c'est d'avoir des fils dentaires, enfin non, des trucs là des diamants*

sur les dents ». Les dents sont considérées davantage comme accessoires que comme indicateur de santé. Cet optimisme était partagé de manière plus réaliste par d'autres enfants qui avaient identifiés les actions permettant une amélioration « *Oui. Si je continue ce rythme là, oui* » E3, 11ans, « *Parce que je vais arrêter la sucette et avoir un appareil dentaire* » E1, 7ans. Chez d'autres, l'incertitude dans le futur a été exprimée « *Bah, ça dépend. On sait pas qu'est ce que ça va nous attendre.* » E6, 10ans.

2.2.4. Résultats des parents

Parent			
Dédouanement	Espoir dans le futur	Implication personnelle	Impact psycho-social
<p>Comparaison aux autres P5 : « C'est ce que tout le monde mange tous les jours. »</p> <p>Enfant responsabilisé P8 : « Je pense qu'elle a compris, c'est juste que ça lui passe au-dessus. » P5 : « Des fois le week-end, elle oublie [de se brosser les dents]. »</p> <p>Gêne [Est-ce que son alimentation est adaptée à une bonne hygiène bucco-dentaire ?] P1 : Hmm.... Non (a un sourire un peu gêné) »</p> <p>Hérédité [Est-ce que vous pensez qu'elle a une alimentation adaptée ?] P6 : « Non, pour l'alimentation, non. Parce ce que elle prend les bonbons, les jus d'orange... Peut-être autre chose, peut-être, je ne sais pas... que c'est héréditaire parce que moi aussi. »</p> <p>Manque de temps P10 : « On fait [le brossage] le matin quand je travaille pas trop tôt, et le soir parce que le midi elle mange à la cantine. »</p> <p>Fatalisme [en parlant d'une éventuelle amélioration future] : P1 hausse les épaules en faisant non la tête</p>	<p>Le dentiste comme solution P3 : « Il écoute ce qu'on lui dit quand ça vient de quelqu'un en blouse blanche, tout ça. Ça fait de l'effet » P7 : « C'est une fois qu'on a commencé à être suivies ici à l'hôpital, grâce au docteur P. qui nous a conseillé un dentifrice sans goût, qu'on a pu trouver un dentifrice sans goût qu'elle supporte. » P9 : « Justement à chaque fois, on essayait de prendre un rendez-vous chez le dentiste. »</p> <p>Mise en place de bonnes pratiques P5 : « Oui si elle en prend bien soins. Je me dis si elle continue de brosser constamment les dents, régulièrement, qu'elle ne fume pas, qu'elle ne boit pas... Oui. Voilà. Si elle a une bonne hygiène de vie techniquement elle aura des bonnes dents pour la suite. »</p> <p>Optimisme P8 : « Oui. Oui, parce qu'on fait vraiment plus attention maintenant. Je sais qu'elle, elle ne fait pas assez le brossage de dents, mais là elle a bans, plus elle va grandir, mieux ce sera. »</p>	<p>Parent acteur de la prise en charge P7 « Je suis toujours pas loin. » P2 « Si moi je suis derrière lui, il le fait deux fois par jour. Si je ne suis pas derrière lui, de lui-même, pas spécialement. »</p> <p>Amélioration des pratiques P8 : « Avant, oui. Maintenant, je lui ai imposé une limite à une boisson par jour. » P4 : « Au début, c'était un peu de la négligence, mais comme elle a plus de caries, je suis un peu derrière, maintenant c'est bon »</p> <p>L'hygiène dentaire est un sujet à la maison P7 : « Je lui avais acheté des livres qui expliquent pourquoi c'est important de se brosser les dents, qui expliquent toutes les habitudes, qui font des comparaisons avec les animaux pour rendre ça plus ludique »</p>	<p>Conformisme social P7 : « Peut-être parce que par ressemblance avec les autres, parce qu'à son âge, elle a tous les copines et les copains qui sont en train de perdre les dents. Donc, ils comptent combien de dents ils ont perdu, ils font la compétition » P6 : « Elle souhaite toujours mettre des bagues. Mais je ne sais pas pourquoi elle veut mettre des bagues, peut-être parce qu'elle voit tout le monde en mettre. »</p> <p>Indifférence de l'enfant P1 : « Oui. Il ne s'en plaint pas [du sourire], il a jamais rien dit sur ses dents. C'est pour ça quand on lui dit d'arrêter la sucette pour l'écartement de ses dents c'est « je m'en fous », on arrive pas à lui enlever. » P10 : « Je pense que oui. Enfin, là, je ne pense pas qu'il s'en préoccupe beaucoup. Là, il sent que ses dents vont bien, donc je pense que ça va. »</p> <p>Impact négatif P5 : « Je ne suis pas sûre hein. Je pense qu'elle n'est pas forcément très satisfaite de son sourire, parce qu'elle avait déjà eu des problèmes de dents la pauvre. » P4 : « Il y a eu un problème il y a deux ans, je crois, parce qu'il y avait des caries et c'était noir, donc elle était un peu gênée, mais c'est vite tombé. »</p> <p>Satisfaction partielle P9 : « Elle dit qu'elle n'aime pas que ça soit noir mais je pense que le reste elle est satisfaite de son sourire. »</p>

Figure 5 : Tableau thématique des parents

Thème 1 : Le dédouanement

Lors des entretiens, les parents ont pour certains mis une distance entre la santé orale de leur enfant, et leur responsabilité. De manière assez notable, entre les sujets de l'hygiène et de l'alimentation, les mécanismes de défense ont différé. Pour l'hygiène, le thème récurrent était la responsabilisation de l'enfant « *Des fois le week-end, elle oublie [de se brosser les dents].* » P5, l'enfant étant tenu pour responsable de son hygiène, voir même fautif lors de manquements « *Je pense qu'elle a compris, c'est juste que ça lui passe au-dessus.* » P8.

Ainsi, sur le sujet de l'alimentation, dont les parents sont identifiés comme seuls responsables (ce sont eux qui font les courses, sont en charge de l'élaboration des repas), la comparaison à autrui a été utilisée comme mécanisme de défense « *C'est ce que tout le monde mange tous les jours* » P5, « *Comme tout le monde goûte* » P4, « *Comme tous les enfants, il y a des gâteaux. C'est pas exceptionnel, elle n'en mange pas plus que les autres* » P9. Une gêne dans les réponses est apparue dans certains cas. Cette gêne exprimée dans le contexte des entretiens semblait être utilisée pour susciter de l'empathie chez l'enquêtrice, comme si cette gêne dédouanait le parent de sa réponse, et d'une forme de jugement de la part de quelqu'un identifié comme une professionnelle de santé. Elle prenait la forme de communication non verbale « *[Est ce que son alimentation est adaptée à une bonne hygiène bucco-dentaire ?]* *Hmm.... Non (a un sourire un peu gêné)* » P1, ou bien des rires « *(rigole un peu avant de répondre) Non, parce qu'il prend beaucoup de sucre, de bonbons, de soda, de choses comme ça... D'ailleurs on se bat avec lui pour ça* » P2, voir des réponses complétées seulement après une relance de l'enquêtrice « *[Et qu'est-ce qu'il y a dans le biberon ?] : ...Du miel.* » P1. Pour ce parent en particulier, admettre cela paraissait pourtant comme accepté, le parent faisant preuve d'un certain fatalisme lors de l'entretien « *[en parlant d'une éventuelle amélioration future] : hausse les épaules en faisant non la tête* » P1.

L'hérédité a été également évoquée par certains parents « *[Est-ce que vous pensez qu'elle a une alimentation adaptée ?]* *Non, pour l'alimentation, non. Parce ce qu'elle prend les bonbons, les jus d'orange... Peut-être autre chose, peut-être, je ne sais pas... que c'est héréditaire parce que moi aussi [j'ai des caries].* » P6, en faisant de l'hérédité (c'est-à-dire ici la présence de caries « familiales ») un facteur de la maladie carieuse à la hauteur de l'hygiène et de l'alimentation.

Enfin, le manque de temps des parents, particulièrement le matin, a été invoqué pour expliquer l'absence de brossage de dent « *On fait [le brossage] le matin quand je travaille pas trop tôt, et le soir parce que le midi elle mange à la cantine.* » P10.

Thème 2 : Espoir dans le futur

Si un parent a fait preuve de fatalisme, la plupart s'est montrée optimiste, notamment en attribuant au dentiste un rôle central dans l'amélioration de la situation « *Il écoute ce qu'on lui dit quand ça vient de quelqu'un en blouse blanche, tout ça. Ça fait de l'effet* » P3, le dentiste se révélant être pour l'enfant un vecteur d'information plus légitime que le parent. Le parent le valorise également pour ses conseils, dont l'application permet de surmonter les difficultés rencontrées « *C'est une fois qu'on a commencé à être suivies ici à l'hôpital, grâce au docteur P. qui nous a conseillé un dentifrice sans goût, qu'on a pu trouver un dentifrice sans goût qu'elle supporte.* » mais aussi pour les soins qu'il dispense « *Justement à chaque fois [qu'elle avait mal], on essayait de prendre un rendez-vous chez le dentiste.* » P9.

A la question « est-ce que vous pensez que votre enfant aura des bonnes dents plus tard ? » beaucoup ont répondu par l'affirmative, « *Oui. Oui, parce qu'on fait vraiment plus attention maintenant. Je sais qu'elle, elle ne fait pas assez le brossage de dents, mais là elle a 6ans, plus elle va grandir, mieux ce sera.* » P8. Cet espoir dans le futur se matérialise par l'acquisition et la mise en place de bonnes pratiques « *Oui si elle en prend bien soin. Je me dis si elle continue de brosser constamment les dents, régulièrement, qu'elle ne fume pas, qu'elle ne boit pas... Oui. Voilà. Si elle a une bonne hygiène de vie techniquement elle aura des bonnes dents pour la suite.* » P5. Les liens de cause à effet entre santé orale et actions du quotidien ont globalement été intégrés pour tous les parents, sauf pour le parent P1.

Thème 3 : Implication personnelle

Lors des entretiens, les parents se sont avérés être pour la plupart acteurs de la prise en charge de leur enfant, avec un rôle de supervision notamment au moment du brossage « *Je suis toujours pas loin.* » P7, ou bien en rappelant à l'enfant le brossage « *Si moi je suis derrière lui, il le fait deux fois par jour. Si je ne suis pas derrière lui, de lui-même, pas spécialement.* » P2. La surveillance active de l'alimentation est également mentionnée « *En fait à chaque fois que je la récupère à l'école, elle a des bonbons. Je ne sais pas comment elle fait, je suis contre mais*

les enfants entre eux ils se les passent. Quand on est en famille, s'il y a des jus, je fais attention » P4.

Découlant de cette implication personnelle, une évolution positive est notable, avec une amélioration des pratiques « *Avant, oui [boisson sucrée à tous les repas]. Maintenant, je lui ai imposé une limite à une boisson par jour.* » P8 et même une reconnaissance de négligence passée « *Au début, c'était un peu de la négligence, mais comme elle a plus de caries, je suis un peu derrière, maintenant c'est bon* » P4.

L'hygiène dentaire devient un sujet à la maison, avec un investissement qui est parfois financier avec l'achat de livres adaptés à l'âge de l'enfant, pour rendre plus ludique l'intégration des connaissances « *Je lui avais acheté des livres qui expliquent pourquoi c'est important de se brosser les dents, qui expliquent toutes les habitudes, qui font des comparaisons avec les animaux pour rendre ça plus ludique* » P7.

Thème 4 : Impact psycho-social

Concernant l'estimation de l'importance des dents dans la vie de l'enfant, les réponses ont énormément varié. Ainsi, l'impact psycho-social a été parfois jugé comme négatif, d'autres fois l'enfant a été décrit indifférent.

L'idée de conformisme social a été mentionnée à plusieurs reprises « *Peut-être parce que par ressemblance avec les autres, parce qu'à son âge, elle a tous les copines et les copains qui sont en train de perdre les dents. Donc, ils comptent combien de dents ils ont perdu, ils font la compétition* » P7, ou bien « *Elle souhaite toujours mettre des bagues. Mais je ne sais pas pourquoi elle veut mettre des bagues, peut-être parce qu'elle voit tout le monde en mettre.* » P6. Les parents expliquent les « désirs » de leur enfant par la ressemblance aux camarades, que ça soit pour le nombre de dents perdues, vécu comme un rite de passage, ou bien le port d'un appareil dentaire, objet de désir car il permettrait de ressembler aux pairs.

D'autres encore, jugent leur enfant indifférent « *Je pense que oui [satisfaction des dents]. Enfin, là, je ne pense pas qu'il s'en préoccupe beaucoup. Là, il sent que ses dents vont bien, donc je pense que ça va.* » P10, ou hermétique au parcours de soins « *Oui. Il ne s'en plaint pas [du sourire], il n'a jamais rien dit sur ses dents. C'est pour ça quand on lui dit d'arrêter la sucette pour l'écartement de ses dents c'est « je m'en fous », on n'arrive pas à lui enlever.* » P1.

Certains estiment que les dents ont eu un impact négatif sur leur enfant « *Je ne suis pas sûre hein. Je pense qu'elle n'est pas forcément très satisfaite de son sourire, parce qu'elle avait déjà eu des problèmes de dents la pauvre.* » P5, ou bien décrivent une expérience passée désagréable « *Il y a eu un problème il y a deux ans, je crois, parce qu'il y avait des caries et c'était noir, donc elle était un peu gênée, mais c'est vite tombé.* » P4, qui cependant n'est plus d'actualité suite à la prise en charge au centre de soins, et une amélioration des pratiques d'hygiène et d'alimentation. Enfin, de l'incertitude, et une satisfaction partielle ont été exprimées « *Elle dit qu'elle n'aime pas que ça soit noir mais je pense que le reste elle est satisfaite de son sourire.* » P9.

2.2.5. Comparaison des perceptions des enfants et des parents

La dernière question posée lors de l'entretien était « Pensez-vous que votre enfant/parent aura les mêmes réponses que vous ? ». Si 50% des enfants ont répondu par l'affirmative, 30% déclarent ne pas savoir et 20 % pensent que la réponse des parents sera différente (**Figure 8**). Concernant les parents, 50% ont répondu positivement, 40% ont dit ne pas savoir, et 10 % ont estimé qu'il y aurait des réponses différentes de leur enfant (**Figure 9**).

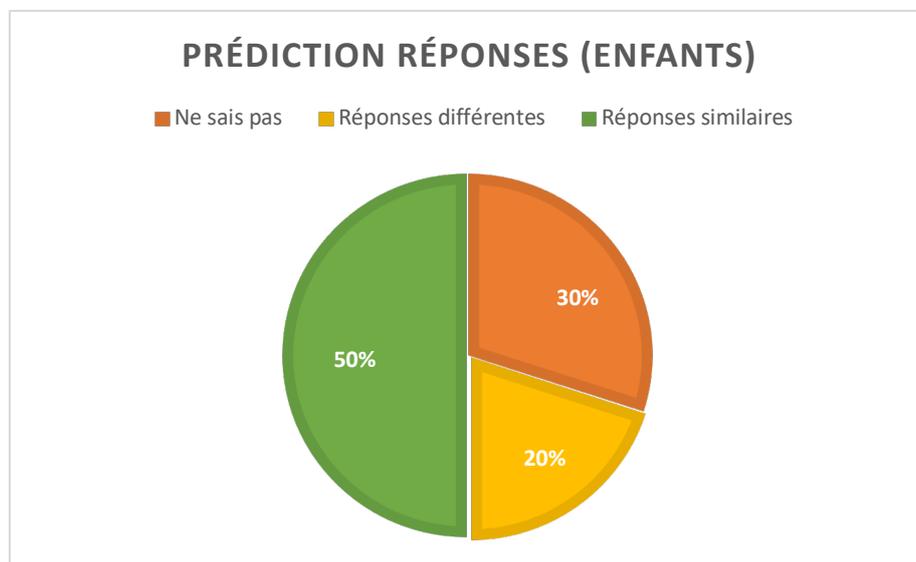


Figure 6 : Graphique de prédiction des réponses (enfants)

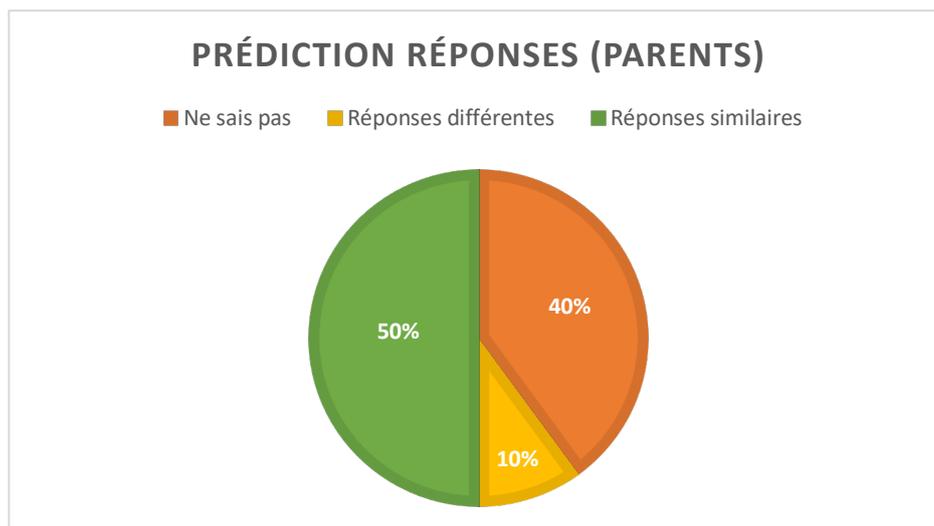


Figure 7 : Graphique de prédiction des réponses (parents)

Parmi les deux enfants ayant exprimé que le parent aura des réponses différentes, un ne semble pas avoir compris la question, car il a justifié la réponse par le fait que ses parents n'avaient pas de problèmes dentaires. Pour la deuxième, E4, 8ans, le grignotage semble être un sujet de désaccord fort à la maison, voir même de souffrances « *Je pense pas trop. Parce que ma mère, des fois, elle a des réponses qui sont très loin de moi. Par exemple, sur le grignotage. Des fois, elle peut dire que je grignote vraiment très beaucoup. Ça m'arrive de manger des gâteaux. Le grignotage. Et des fois, ma mère, elle, elle fait vraiment la remarque au point qu'il faut que je lui demande pour manger. Enfin, c'est ça, chez tout le monde, mais moi, c'est un peu plus fort. C'est tout le temps.* ». Ce désaccord est confirmé par la mère, qui avait confié lors de l'entretien surveiller l'alimentation de sa fille.

Chez les parents qui ont exprimé une incertitude quant aux réponses de leur enfant, la personnalité de l'enfant a été mentionnée « *Elle a une autre personnalité, je sais pas j'espère !* » P6, « *Je sais pas c'est assez curieux, effectivement, ce qu'ils racontent les enfants.* » P7, mais également le désir de plaire à l'enquêtrice « *Le problème, c'est que peut-être il va vous dire des trucs pour vous faire plaisir...oui, c'est possible* » P3.

Il est également intéressant de noter que 8 parents sur 10 ont demandé à l'enquêtrice à la fin de l'entretien de leur enfant si ce dernier avait eu les mêmes réponses qu'eux, montrant un certain intérêt de la part du parent, P7 allant même jusqu'à confirmer l'intérêt de s'entretenir

avec l'enfant en seul à seul « *parce que sinon, elle va me demander, elle dira maman, c'est toi qui réponds. Je serais curieuse de savoir ce qu'elle répond* ».

Les thèmes abordés par les parents et les enfants sont différents et influencés par leur vécu personnel, qui impacte leur façon de percevoir la santé bucco-dentaire.

Chez les enfants, le thème de l'intérêt pour leur santé dentaire est marqué. Quant au désintérêt, il peut s'expliquer par les âges des enfants interrogés, qui sont en cours d'apprentissage. Les enfants les plus jeunes sont encore dépendants de leurs parents concernant leur hygiène : le transfert de responsabilités des tâches n'est pas tout le temps bien intégré, tant par l'enfant que par le parent qui se sert ensuite de ça pour se déresponsabiliser.

Chez les parents, l'optimisme pour le futur est toutefois beaucoup plus prononcé que chez les enfants, qui ne se projettent pas spécialement de manière générale. Toujours dans cette optique d'amélioration, les thèmes « intérêt pour la santé orale » chez les enfants et « implication personnelle » chez les parents envoient un message plutôt positif, et l'on peut voir que les informations et les enjeux de santé orale ont globalement été bien reçus par les parents et par les enfants.

De manière générale, un désir de validation par l'enquêtrice est apparu dans les réponses des parents, notamment avec le fort dédouanement qui a précédé toute assertion négative lors de manquements, et une mise en avant de leur implication. Les enfants, étaient globalement réalistes, conscients de leur santé orale, même si les plus jeunes n'avaient parfois pas intégré les impacts de la carie dentaire. La dimension émotionnelle de la santé bucco-dentaire chez les enfants était plus marquée que chez les parents, avec par exemple le thème de la place du dentiste, dont un des sous thèmes était la peur. Les enfants, encore en construction, sont plus sujets à leurs émotions et sont en apprentissage de la gestion de celles-ci, que cela soit le stress ou la peur. La place importante du dentiste dans les réponses des enfants peut également être expliqué par le fait que l'enfant a tendance à identifier des figures avec des rôles précis, lui permettant de se construire socialement, tandis que les parents mentionnaient le dentiste principalement dans la thématique « espoir dans le futur ».

III. DISCUSSION

Discussion

Dans notre étude sur la perception de la santé buccodentaire pédiatrique, qui vise à comparer les perceptions des enfants et des parents, nous avons donc interrogé 10 enfants et 10 parents, et effectué une analyse thématique de ces entretiens. Les thèmes retrouvés chez les enfants et les parents étaient différents et variés, d'autres thèmes communs n'étaient pas présents dans les mêmes proportions dans les deux groupes

Concernant la perception du futur qui a été peu abordée chez l'enfant, on peut proposer un argument développemental. La perception du temps chez l'enfant de moins de 10 ans est encore en cours d'acquisition : s'il est capable de percevoir le temps qui passe, se placer sur une échelle de temps reste difficile : une semaine semblant déjà être une éternité. Ainsi, si à partir de 6-7 ans il commence à porter attention au temps qui passe, jusqu'à 10ans, il reste très dépendant au contexte, et plus sujet aux déformations subjectives du temps sous l'effet des émotions ou des distractions (27). Le contexte social est aussi important dans cette construction du temps, comme le montre l'étude sociologique dirigée par B Lahire et publiée en 2019 sur 35 enfants âgés de 5 à 6 ans. Chez les enfants des classes sociales les plus défavorisées, la notion du temps était floue, voire pas du tout maîtrisée, contrairement aux enfants issus de parents de classes sociales intermédiaires ou bourgeoises (28).

L'existence de la thématique « la place du dentiste » chez les enfants, où le dentiste est soit une source de crainte, soit une solution, peut-être mis en lien avec une étude menée par L. Merdad (26) qui examine l'influence de la peur du dentiste sur la qualité de vie bucco-dentaire liée à la santé (OHRQoL) chez l'enfant. Les résultats montrent que les enfants exprimant une peur du dentiste présentent un score CPQ11-14 en moyenne 10 fois plus élevé que ceux n'éprouvant pas cette crainte. De manière complémentaire, les motifs de consultation lors du dernier rendez-vous ont été analysés : les enfants ayant consulté en raison de la douleur présentaient une OHRQoL plus faible que ceux dont la consultation était motivée par des soins dentaires préventifs, expliquant cette image positive perçue du dentiste. Ainsi, le vécu de l'enfant aura un impact direct sur la perception de sa santé orale.

En ce qui concerne les parents, pour le thème de la perception de l'impact psychosocial, on peut se demander s'il n'y a pas une dédramatisation de la santé orale par le parent voir un

peu de négligence de la part de celui-ci quand on analyse les sous thèmes « indifférence de l'enfant » et « satisfaction partielle ». En effet, la présence de carie dentaire est le facteur oral qui entraîne le plus de harcèlement scolaire (29) (30). De même, le cas de P1 dont l'enfant a des caries mais aussi une béance antérieure assez importante est marquant car l'enfant présente un sur-risque de harcèlement scolaire, la présence de béance antérieure étant également source de moquerie (31). Cet enfant a exprimé pendant tout l'entretien un désir de changer, et même une gêne de son apparence physique, en confiant éviter de sourire en montrant les dents « *Parfois je souris sans montrer mes dents, depuis longtemps.* » E1, 7ans, contredisant les réponses du parent qui estimait qu'il n'était pas nécessaire de parler d'hygiène à la maison « *Parce qu'il le sait depuis qu'il vient ici* » mais que rien n'a changé depuis le début de son suivi « *c'est pareil* » P1. Pourtant, l'enfant comme le parent ont répondu par l'affirmative à la question « pensez-vous que votre enfant/ mère aura les mêmes réponses ? ». Cela souligne aussi la limite de notre rôle de dentiste, en suggérant que dans certains cas particuliers, la transmission des bonnes informations n'est pas suffisante. Communiquer avec le parent mais aussi avec l'enfant, de manière séparée, apparaît ici comme nécessaire, afin d'identifier les incompréhensions, le dentiste apparaissant ici comme tierce personne qui aurait un rôle de médiateur entre le parent et l'enfant.

Lors des entretiens, les parents ont pu être surpris par les questions du type « est ce que votre enfant a déjà eu des réflexions sur ses dents à l'école », ou bien « est ce qu'il lui arrive de sourire sans montrer ses dents ? », et ce sans lien avec l'implication du parent dans la prise en charge. La plupart partait du principe que si l'enfant ne leur avait rien dit, alors il n'y avait pas de problème, comme en témoigne P4 « *On a jamais parlé de son sourire, mais je pense que ça va* ». Cela est un indice de plus sur le fait que l'impact psychologique de la santé orale ou de l'apparence de l'enfant sur la vie de celui-ci a tendance à être sous-estimé par les parents.

Dans la thématique « dédouanement », le sous thème « responsabilisation de l'enfant » ne peut pas être vu uniquement sous un angle négatif : en effet, la responsabilisation de l'enfant fait partie de son éducation, et si le parent reste responsable, pour que les notions et les actes du quotidien soient intégrées, il faut passer par une phase de transmission des compétences avec un partage des responsabilités et autonomisation afin que l'enfant devienne un adolescent puis un adulte qui sache prendre soins de lui-même (32). De plus, le dédouanement était un thème très présent, mais nous avons aussi retrouvé les deux thèmes suivants « espoir dans le futur » et « implication personnelle » : le verbe « espérer » est revenu dans chaque entretien. Les parents

n'étaient pas prêts à admettre complètement leurs manquements, mais restaient moteurs dans la prise en charge de leur enfant, avec plusieurs qui ont mentionné une évolution positive.

Concernant l'hérédité et les caries, éléments mentionnés par plusieurs parents, celle-ci est invoquée comme un facteur prédisposant à la hauteur d'un mauvais brossage ou d'une mauvaise alimentation, contredisant l'étude de W K Seow (33) sur les facteurs principaux des caries précoces de l'enfant. Il a en effet établi qu'ils sont (par ordre d'importance) la consommation régulière de sucre, le manque de brossage de dents, et l'hypoplasie de l'émail. Cette notion plurifactorielle de la maladie carieuse, qui ne dépend pas que de l'individu semble avoir été intégrée par E6, 10ans, qui avait exprimé son incertitude dans le futur « *ça dépend. On sait pas qu'est-ce que ça va nous attendre* » et dont le parent avait mentionné l'hérédité, suggérant que pour certains enfants aussi, une bonne hygiène, une bonne alimentation et des rendez-vous réguliers n'offrent pas une garantie absolue, et qu'ils ont intégré une certaine précarité de leur santé orale.

Les réponses des entretiens avec les enfants ont montré que ces derniers avaient une vision réaliste de leur santé bucco-dentaire, même si parfois la condition d'enfant était une limite. Par exemple, concernant le vocabulaire utilisé, où le mot « hygiène » n'a pas tout le temps été compris, notamment chez les plus jeunes. La question « *[ça veut dire quoi hygiène ?]* » a été posée par les enfants E5, E1, E6, E7, E8, E9, E10, les âges allant de 6 à 10 ans. Ceux pour qui le vocabulaire utilisé n'a pas posé problème étaient âgés de 8 à 12 ans. Ainsi, le praticien lorsqu'il s'adresse à un enfant doit prendre soin d'adapter son vocabulaire pour être compris, mais également vérifier que les conseils donnés sont intégrés.

Les enfants ayant exprimé de la curiosité lors de l'entretien se sont révélés être impliqués dans leur prise en charge, avec par exemple E3 qui s'interrogeait sur ses dents sensibles, essayait de surveiller sa consommation de sucre et répondait correctement aux questions posées sur l'hygiène. Cela peut suggérer que les enfants impliqués dans leur parcours de soins seront plus susceptibles de voir une amélioration de leur état bucco-dentaire.

En terme d'éducation thérapeutique de l'enfant, la triade relationnelle enfant – parent – praticien est primordiale (34), et l'enfant doit être mis au centre de cette triade et impliqué dès que possible dans les discussions. Les différents acteurs de la vie de l'enfant doivent aussi être impliqués dans sa prise en charge, que cela soit l'entourage familial ou pédagogique (par exemple avec un temps dédié entre midi et deux pour le brossage de dents, un seul parent de

l'étude ayant déclaré que le brossage des dents avait été mis en place à l'école). Cette implication de personnes autre que les parents dans la vie de l'enfant a d'ailleurs été mentionnée à plusieurs reprises par les parents de l'étude, et ce sont en général les grands-parents qui sont concernés « *c'est sa grand-mère qui la gardait et sa grand-mère ne se battait pas avec elle pour qu'elle se brosse les dents* » P9, « *après elle a ses grands-parents, ils lui donnent tout ce qu'elle veut quand c'est eux qui la gardent. Donc elle a bonbons, gâteaux[...]. Après maintenant qu'ils savent qu'elle a des problèmes dentaires, etc., ils font un peu plus attention, mais bon, ils sont quand même gâteaux, quoi.* » P8. L'adaptation des méthodes et outils d'apprentissages en fonction de l'âge et du stade de développement de l'enfant sur le plan cognitif, psychomoteur et psycho-affectif, est aussi importante afin de parvenir à une acquisition évolutive des capacités et des compétences de l'enfant. Cela peut parfois demander de la créativité dans les stratégies et outil d'apprentissage. Dans notre étude, des parents ont mentionné l'achat de livres par exemple pour rendre ludique l'apprentissage du brossage.

Limite et biais de l'étude

Le langage d'enfant a parfois été un obstacle à la compréhension, avec des réponses qui n'étaient pas toujours claires, ou bien qui étaient décalées par rapport à la question posée, mettant un doute sur la bonne compréhension du sujet abordé par l'enquêtrice. Le vocabulaire utilisé n'a pas posé de problèmes particuliers mais il y a parfois eu la nécessité d'une reformulation.

Les parents, même s'ils étaient informés au début qu'il n'y avait « que des bonnes réponses » et étaient encouragés à développer au maximum leurs réponses, ont pu adapter leurs réponses pour paraître sous un meilleur jour face à l'enquêtrice.

L'analyse, étant qualitative et réalisée par une seule et même personne, est soumise à des biais liés au chercheur, comme les biais de sélection et d'interprétation.

CONCLUSION

L'étude menée avait trois objectifs : l'évaluation de la qualité de la perception de l'enfant de sa santé bucco-dentaire, l'évaluation des connaissances du parent sur la santé bucco-dentaire de son enfant, et la comparaison des points de vue du parent et de l'enfant.

Il apparait que l'enfant, et ce dès 6 ans, est en capacité de répondre aux questions posées par l'enquêtrice, qu'elles concernent l'hygiène, l'alimentation, ou sa vie sociale. Les réponses données par les enfants étaient pour la plupart précises et détaillées, montrant que dès un jeune âge, les enfants ont une perception correcte et réaliste de leur santé bucco-dentaire.

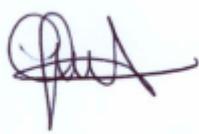
Les parents également ont répondu avec entrain aux réponses, et l'implication de beaucoup était marquée, avec des réponses détaillées, souvent teintées d'un espoir pour l'avenir de leur enfant. Toutefois, un parent s'est distingué par un certain détachement par rapport à la réalité vécue par son enfant.

Les thématiques abordées par les enfants et les parents étaient influencées par le vécu de chacun, les réponses les plus discordantes concernant l'aspect psycho social qui semblait être parfois sous-estimé par les parents.

Ainsi, pour permettre une prise en charge optimale, il est essentiel de tenir compte du principe de la triade relationnelle « enfant parent praticien ». Cela demande de replacer l'enfant au centre de la relation de soin, ce qui passe par le choix d'un vocabulaire adapté à l'âge de l'enfant, et une éducation en parallèle du parent afin qu'il puisse guider l'enfant dans l'apprentissage des bonnes pratiques, et favoriser son autonomie.

La Présidente, le 15/01/2025

La directrice de thèse, le 15/01/2025



Pr Cathy NABET



Pr Marie-Cécile Valera

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Version française de l'échelle de Venham modifié selon M Hennequin et son équipe, 2007 (9).....	15
Figure 2 : Grille d'évaluation de l'état de la bouche (10)	16
Figure 3 : Statistiques descriptives.....	23
Figure 6 : Tableau thématique des enfants	25
Figure 7 : Tableau thématique des parents	29
Figure 8 : Graphique de prédiction des réponses (enfants)	33
Figure 9 : Graphique de prédiction des réponses (parents)	34

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Genève, Suisse; 1948. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
2. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J.* déc 2016;66(6):322-4.
3. Organisation mondiale de la Santé. Rapport sur la qualité de vie. Genève, Suisse: Organisation Mondiale de la Santé; 1993.
4. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* nov 2011;90(11):1264-70.
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Santé bucco-dentaire [Internet]. 2022 [cité 11 janv 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/sante-bucco-dentaire>
6. Assurance Maladie. Carie dentaire [Internet]. 2024 [cité 11 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-garonne/assure/sante/themes/carie-dentaire>
7. Klein H, Palmer CE. Studies On Dental Caries: X. a Procedure for the Recording and Statistical Processing of Dental Examination Findings. *J Dent Res.* juin 1940;19(3):243-56.
8. Venham LL, Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatr Dent.* juin 1979;1(2):91-6.
9. Martine Hennequin, Faulks, denise, Collado, valerie, Thellier, emilie, Nicolas, Emmanuel. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. 01/042007; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/258705529_French_versions_of_two_indices_of_dental_anxiety_and_patient_cooperation
10. Jouteau-Neves C, Lecointre B, Malaquin-Pavan É. La consultation infirmière [Internet]. Rueil-Malmaison: Éd. Lamarre; 2014. (Exercice professionnel infirmier). Disponible sur: <https://manualzilla.com/doc/6490955/échelle-d-évaluation-bucco-dentaire>
11. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes.* 30 janv 2007;5:6.

12. Wilson-Genderson M, Broder HL, Phillips C. Concordance between caregiver and child reports of children's oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* août 2007;35 Suppl 1:32-40.
13. El Osta N, Pichot H, Soulier-Peigue D, Hennequin M, Tubert-Jeannin S. Validation of the child oral health impact profile (COHIP) french questionnaire among 12 years-old children in New Caledonia. *Health Qual Life Outcomes.* 30 oct 2015;13:176.
14. Skandrani A, El Osta N, Pichot H, Eschevins C, Pereira B, Tubert-Jeannin S. Validation of the French version of COHIP-SF-19 among 12-years children in New Caledonia. *BMC Oral Health.* 18 août 2022;22(1):358.
15. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res.* juill 2002;81(7):459-63.
16. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent.* 2003;63(2):67-72.
17. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Guyatt G. Agreement between mothers and children aged 11-14 years in rating child oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* oct 2003;31(5):335-43.
18. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent.* 2004;26(6):512-8.
19. Reissmann DR, John MT, Sagheri D, Sierwald I. Diagnostic accuracy of parents' ratings of their child's oral health-related quality of life. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* avr 2017;26(4):881-91.
20. Barbosa TS, Gavião MBD. Oral health-related quality of life in children: part III. Is there agreement between parents in rating their children's oral health-related quality of life? A systematic review. *Int J Dent Hyg.* mai 2008;6(2):108-13.
21. Hemmingsson H, Ólafsdóttir LB, Egilson ST. Agreements and disagreements between children and their parents in health-related assessments. *Disabil Rehabil.* juin 2017;39(11):1059-72.
22. Sampogna F, Johansson V, Axtelius B, Abeni D, Söderfeldt B. A multilevel analysis of factors affecting the difference in dental patients' and caregivers' evaluation of oral quality of life. *Eur J Oral Sci.* déc 2008;116(6):531-7.

23. Barbosa TS, Gavião MBD. Oral health-related quality of life in children: part I. How well do children know themselves? A systematic review. *Int J Dent Hyg.* mai 2008;6(2):93-9.
24. Barbosa TS, Gavião MBD. Oral health-related quality of life in children: part II. Effects of clinical oral health status. A systematic review. *Int J Dent Hyg.* mai 2008;6(2):100-7.
25. De Stefani A, Bruno G, Irlandese G, Barone M, Costa G, Gracco A. Oral health-related quality of life in children using the child perception questionnaire CPQ11-14: a review. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* oct 2019;20(5):425-30.
26. Merdad L, El-Housseiny AA. Do children's previous dental experience and fear affect their perceived oral health-related quality of life (OHRQoL)? *BMC Oral Health.* 16 janv 2017;17(1):47.
27. Novel AS, Droit-Volet S. Le jeune enfant ne doit pas subir le temps qui passe. *Le monde* [Internet]. 19 mai 2017; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/tant-de-temps/article/2017/05/19/sylvie-droit-volet-le-jeune-enfant-ne-doit-pas-subir-le-temps-qui-passe_5130243_4598196.html
28. Lahire B. *Enfances de classe : de l'inégalité parmi les enfants.* Seuil; 2019. 1232 p.
29. Freire-Maia J, Clementino LC, Pereira TS, Martins-Júnior PA. Which dental and psychosocial factors may predict bullying occurrence in adolescence? *Evid Based Dent.* sept 2023;24(3):132-3.
30. Barasuol JC, Soares JP, Castro RG, Giacomini A, Gonçalves BM, Klein D, et al. Untreated Dental Caries Is Associated with Reports of Verbal Bullying in Children 8-10 Years Old. *Caries Res.* 2017;51(5):482-8.
31. Santos PS, Evangelista ME, Brancher GP, da Silva Moro J, Borgatto AF, Santana CM, et al. Pathways between verbal bullying and oral conditions among school children. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* août 2023;24(4):499-505.
32. 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.* 16 juill 2018;Tome 66(2):32-42.
33. Seow WK. Early Childhood Caries. *Pediatr Clin North Am.* oct 2018;65(5):941-54.
34. 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.* 8 juill 2014;Vol. 26(3):283-95.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adulte

Hygiène

- Est-ce que son hygiène dentaire vous semble convenable ?
- Est-ce que votre enfant se brosse les dents ?
- Est ce qu'il est tout seul ou accompagné ?
- Quand est ce qu'il se brosse les dents ? Combien de temps ?
- Combien de caries/ dent enlevées par le dentiste a-t-il eu ?
- Est ce qu'il arrive à votre enfant d'avoir une mauvaise haleine ?
- Est ce qu'il a mal aux dents parfois ?

Alimentation

- Est-ce que son alimentation vous semble adapté à une bonne santé bucco-dentaire ?
- Comment décririez-vous son alimentation ?
- Est ce qu'il y a des boissons sucrées à la maison ?
- Quel goûter mange-t-il ? A l'école ? A la maison ?
- Que mange t-il au petit déjeuner ?
- A t-il une collation à la récréation du matin ?

Vie sociale

- Est-ce que vous pensez qu'il est satisfait de son sourire ? Qu'est-ce qu'avoir de belles dents/ un beau sourire selon vous ?
- Est-ce que vous pensez que ses dents ont un impact sur sa scolarité ?
 - Cours ratés, problème à l'école
- Est-ce que la douleur dentaire l'empêche parfois de se concentrer/ de dormir ?
- Est-ce que votre enfant rapporte avoir subi des remarques sur ses dents ?

Image de soi

- Est-ce que vous pensez que plus tard votre enfant aura des bonnes dents ?

Vis à vis de l'enfant

- Est-ce que la santé bucco-dentaire est un sujet à la maison ?
- Est-ce que vous pensez que votre enfant aura les mêmes réponses que vous sur son hygiène buccale ? Sur son alimentation ? Sur son sourire ?

Annexe 2 : Questionnaire enfant

Hygiène dentaire

- Est-ce que ton hygiène dentaire te semble suffisante ? Est-ce que tu te brosses les dents ?
- Tout seul ou accompagné ?
- Quand est-ce que tu te brosses les dents ? Combien de temps
- Comment tu te brosses les dents ?
- Tu as déjà eu des dents soignées par le dentiste ? (en fonction de l'âge : parler de caries/ avulsion ou bien laisser la question la plus large possible avec soignée sans parler de carie avulsion ?)
- Est-ce que tu as une mauvaise haleine parfois ?
- Tu as déjà eu mal aux dents ?

Alimentation

- Est-ce que tu penses que ton alimentation te permet d'avoir de belles dents ?
- Qu'est-ce que tu manges en général ?
- Tu aimes les boissons sucrées ?
- Tu manges bien à la cantine ?
- Que manges tu au petit déjeuner ? Au goûter ? A la récréation ?
- Le week-end est ce que tu grignotes beaucoup ?

Vie sociale

- Est-ce que tu voudrais changer quelque chose sur ton sourire ? C'est quoi pour toi avoir de belles dents/ un beau sourire ?
- (Est-ce qu'il t'arrive d'éviter de sourire en montrant tes dents ?)
- Est-ce que parfois tu as des remarques sur tes dents ?
- Est-ce que tu as déjà voulu rester à la maison à cause de tes dents

- Est-ce que tu as mal aux dents parfois ? Cela t'empêche-t-il de dormir ? De te concentrer ?

Image de sois

- Est-ce que tu penses que plus tard tu auras des bonnes dents ?

Vis à vis du parent

- Est-ce que vous parlez des dents à la maison ?
- Est-ce que tu penses que ton père/ mère aura les mêmes réponses que toi ?

Annexe 3 : Notice d'information et de consentement

Cette étude est réalisée dans le cadre de ma thèse universitaire qui s'intéresse à la comparaison de l'évaluation de la santé bucco-dentaire pédiatrique, par les parents et par les enfants. Elle se fera sous la direction du Dr. Valera, au sein du service de médecine bucco dentaire du CHU de Toulouse.

L'étude consiste en deux entretiens, un réalisé avec l'enfant, et un autre avec le parent, sous forme de discussion. Cet entretien n'excédera pas 15 minutes.

Le but de l'étude est de permettre aux praticiens de mieux appréhender la prise en charge des enfants, en évaluant la communication et les perceptions des enfants et des parents.

L'acceptation ou le refus de participer à cette étude n'impacte pas la qualité de prise en charge de votre enfant.

Je soussigné(e) _____ autorise librement mon enfant _____ à participer à la recherche intitulée : « Evaluation de la santé bucco-dentaire pédiatrique : comparaison des perceptions des enfants et des parents ».

J'ai pris connaissance de la notice et je comprends le but et la nature du projet de recherche.

Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies.

Date : _____

Signature du représentant légal et, si tel est le cas,

Père/ mère/ tuteur

J'ai expliqué le but et la nature du projet de recherche au représentant légal du participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Date : _____

Signature du chercheur

**EVALUATION DE LA SANTE BUCCODENTAIRE PEDIATRIQUE :
COMPARAISON DES PERCEPTIONS DES ENFANTS ET DES PARENTS**

RESUME : Dans cette analyse qualitative, des entretiens individuels ont été réalisés avec l'enfant et le parent concernant la perception de la santé bucco-dentaire de l'enfant. Les résultats montrent que, dès l'âge de 6 ans, les enfants sont en capacité de répondre à des questions concernant leur hygiène bucco-dentaire, leur alimentation et les impacts de leur état bucco-dentaire. L'analyse des entretiens montre que la carie dentaire a un impact psychosocial chez l'enfant, souvent sous-estimé par les parents. Ces derniers, bien que globalement impliqués, ont parfois des difficultés à reconnaître leur responsabilité dans la gestion de la santé bucco-dentaire de leur enfant. Cette étude souligne qu'il est important de placer l'enfant au centre de la relation de soins, au risque de passer à côté d'enjeux psycho-sociaux si l'on ne se réfère qu'à la perception du parent.

**EVALUATION OF PEDIATRIC ORAL HEALTH: COMPARISON OF THE
CHILDREN'S AND PARENT'S PERCEPTION**

ABSTRACT: In this qualitative analysis, individual interviews were conducted with the child and the parent regarding the perception of the child's oral health. The results show that, as early as the age of six, children are capable of answering questions about their oral hygiene, diet, and the impacts of their oral health condition. The analysis of the interviews indicates that dental caries have a psychosocial impact on children, often underestimated by parents. Although generally involved, parents sometimes struggle to recognize their responsibility in managing their child's oral health. This study highlights the importance of placing the child at the center of the care relationship, as relying solely on the parent's perception risks overlooking psychosocial issues.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : CHIRURGIE DENTAIRE

MOTS CLES

Santé bucco-dentaire, odontologie pédiatrique, carie, impact psycho-social, triade relationnelle

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université de Toulouse - Faculté de santé – Département d'Odontologie
3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex 09

Directrice de thèse : Pr Marie-Cécile VALERA