



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

DOUBLE

Thèse

pour le Diplôme d'Etat
de Docteur en Chirurgie Dentaire



par **Nathalie Marchal**

Née le 9 février 1981 à Vesoul (Haute-Saône)

Adolescents et Santé Bucco-Dentaire
Savoirs, pratiques, perceptions
Une enquête

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2006

DB 32734

Examineurs de la thèse :

Mlle C. Strazielle

M. M. Weissenbach

Mme D. Desprez-Droz

Mlle C. Clément

Professeure des Universités

Maître de Conférences

Maître de Conférences

Assistante Hospitalier Universitaire

Présidente

Juré

Jurée

Jurée

BU PHARMA-ODONTOL



104 070951 4

D

Thèse

pour le Diplôme d'Etat
de Docteur en Chirurgie Dentaire



par **Nathalie Marchal**

Née le 9 février 1981 à Vesoul (Haute-Saône)

Adolescents et Santé Bucco-Dentaire

Savoirs, pratiques, perceptions

Une enquête

Présentée et soutenue publiquement le 20 avril 2006

DB 32734

Examineurs de la thèse :

Mlle C. Strazielle

M. M. Weissenbach

Mme D. Desprez-Droz

Mlle C. Clément

Professeure des Universités

Maître de Conférences

Maître de Conférences

Assistante Hospitalier Universitaire

Présidente

Juré

Jurée

Jurée

Vice-Doyens : Dr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE - Dr Jacques PREVOST
Membres Honoraires : Pr. F. ABT - Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG -
Pr. M. VIVIER
Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

Sous-section 56-01 Pédodontie	Mme M. Mme Mlle Mlle	<u>DROZ Dominique (Desprez)</u> PREVOST** Jacques HELPER Violaine (Minaud) MARCHETTI Nancy MEDERLE Angélique	Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme Mlle M.	<u>FILLEUL Marie Pierryle</u> Vacant au 01/11/2006 BRAVETTI Morgane GEORGE Olivier	Professeur des Universités* MCUPH Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. M. Mlle	<u>WEISSENBACH Michel</u> ARTIS Olivier CLEMENT Céline	Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. M. M. Mme M.	<u>MILLER** Neal</u> AMBROSINI Pascal PENAUD Jacques BACHERT Martine PONGAS Dimitrios	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. M. M. M. Mlle M.	<u>BRAVETTI Pierre</u> ARTIS Jean-Paul VIENNET Daniel WANG Christian LE Audrey PERROT Ghislain	Maître de Conférences Professeur 1er grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. M. Mme	<u>WESTPHAL** Alain</u> MARTRETTE Jean-Marc MOBY Vanessa (Stutzmann)	Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. M. M. M. M. M. M.	<u>AMORY** Christophe</u> PANIGHI Marc FONTAINE Alain BONNIN Jean-Jacques CLAUDON Olivier ENGELS DEUTSCH** Marc SIMON Yorick	Maître de Conférences Professeur des Universités* Professeur 1 ^{er} grade* Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. M. M. M. M. M. M. M. M.	<u>SCHOVER Jacques</u> LOUIS** Jean-Paul ARCHIEN Claude LAUNOIS** Claude KAMAGATE Sinan HELPER Maxime JHUGROO Khoondial SEURET Olivier WEILER Bernard	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences * Maître de Conférences Assistant associé au 1/10/05 Assistant Assistant Assistant Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle M.	<u>STRAZIELLE** Catherine</u> Vacant au 01/09/2005 AREND Christophe	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant

italique : responsable de la sous-section

* temps plein - ** responsable TP

Nancy, le 01.01.2006

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

A notre présidente de thèse,

Mademoiselle Catherine STRAZIELLE

Docteur en Chirurgie Dentaire

Professeure des Universités

Habilitée à diriger des recherches par l'Université Henri Poincaré, Nancy I

Responsable de la sous-section : Sciences Anatomiques et Physiologiques,
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère et profond respect et de la haute considération que nous vous portons.

A notre directeur de thèse,

Monsieur Michel WEISSENBACH

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I

Maître de Conférences des Universités

Responsable de la sous-section : Prévention – Epidémiologie – Economie de Santé
– Odontologie légale

Vous nous avez suggéré le sujet de cette thèse, et avez accepté de la diriger.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude pour votre gentillesse et votre disponibilité tout au long de ce travail.

A notre juge,

Madame Dominique DESPREZ-DROZ

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I

Maître de Conférences des Universités

Sous-section : Pédiodontie

Vous nous avez fait l'honneur de participer au jury d'examen de notre thèse.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A notre juge,

Mademoiselle Céline CLEMENT

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistante Hospitalier Universitaire

Sous-section : Prévention – Epidémiologie – Economie de Santé – Odontologie
légale

Soyez sincèrement remerciée pour la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de
faire partie de ce jury de thèse.

Veillez accepter nos plus vifs remerciements.

A mes frères

pour leur complicité et leur soutien inconditionnel

A mes parents

Sans vous, rien n'aurait été possible

A toute ma famille

A mes amis

A Scratchi

A Bruno

SOMMAIRE

Introduction	1
1^{ère} partie : Matériel et méthode	3
5. Choix de l'échantillonnage	4
6. Le questionnaire	5
7. Analyse statistique	10
8. Description de l'échantillon	11
2^{ème} partie : Résultats de l'enquête	17
4. Description des résultats	18
5. Répartition des réponses	46
6. Croisements par catégories	95
3^{ème} partie : discussion et comparaison avec d'autres enquêtes	104
4. Comparaison de nos résultats avec d'autres études	105
5. Comparaison des croisements	112
6. Ouverture	114
Conclusions	121
Bibliographie	124
Annexes	

Introduction

La période de l'adolescence est une période révolutionnaire dans la vie. C'est un moment particulièrement important pour l'adoption et le développement des habitudes et attitudes de santé [1].

A partir de 11-12 ans, une plus grande autonomie s'acquiert progressivement dans la vie, notamment dans les domaines de l'hygiène et l'alimentation. Les pratiques mises en oeuvre proviennent de l'éducation des parents, la formation scolaire, l'environnement social. L'acquisition de l'autonomie est revendiquée par l'enfant. Il adopte les comportements qui lui seront durables.

Il nous a donc paru important de nous rendre compte si leurs connaissances et savoirs sont suffisants à cet âge, et s'ils ont des répercussions réelles sur les comportements et pratiques de santé. Pour tenter de répondre à cette question, nous avons essayé d'évaluer les croyances, fondées ou non, des adolescents, leurs comportements en matière de santé, ainsi que leurs habitudes d'hygiène et de soins dentaires.

Dans une première partie, nous présenterons succinctement le questionnaire, la population d'étude ainsi que la méthode d'analyse statistique.

Dans un second temps, nous nous intéresserons aux résultats descriptifs et analytiques de cette enquête.

Pour finir, nous discuterons ces résultats en les comparant à ceux d'autres enquêtes similaires, et nous évaluerons l'impact des programmes de santé publique existantes et nous essaierons de dégager les actions nécessaires.



1^{re} partie :

Matériel et Méthode

1. Choix de l'échantillonnage



Période marquant le passage de l'enfance à la vie adulte, l'adolescence commence avec le début de la puberté et se termine avec l'accession au rôle social de l'adulte. Elle s'étend, dans nos pays, sur un temps de plus en plus long. Ainsi elle n'est plus un passage mais une période spécifique de la vie avec ses besoins culturels, éducatifs, sociaux et sanitaires propres [2], [3].

Nous avons arrêté notre choix sur des enfants de 13 à 15 ans car nous pensons que c'est un âge charnière. En effet les enfants plus jeunes en école primaire sont encore très protégés. La majorité des actions d'apprentissage du brossage existantes est concentrée sur les classes de maternelle grande section à CM2. Aucune action n'est plus menée à partir de la quatrième (13 ans). Par ailleurs il existe actuellement à partir de 15 ans le bilan bucco-dentaire, dont un des buts est de mettre en place de bonnes habitudes de soins chez les jeunes [4].

Le choix de cette tranche d'âge nous a amenés à distribuer les questionnaires dans des classes de quatrième et troisième. Les élèves y étaient âgés de treize à dix-sept ans. Les classes ont été choisies par les professeurs, selon leurs possibilités et leurs disponibilités.

Les enfants étaient scolarisés dans sept classes de deux collèges de Haute-Saône :

- quatre classes du collège Louis Pergaud à Favorney (1 classe de 4^{ème}, 3 de 3^{ème})
- trois classes du collège de Noidans-lès-Vesoul (2 classes de 4^{ème}, 1 de 3^{ème})

Le collège de Favorney est situé dans un village, et accueille les enfants des villages alentour. La population y sera considérée comme rurale. Le collège de Noidans-lès-Vesoul se situe dans l'agglomération de Vesoul. La population y sera considérée comme urbaine. (Nous n'avons pas pu distribuer de questionnaires dans un collège de la ville de Vesoul car aucun proviseur n'a accepté de participer à l'enquête.)

Un total de 118 élèves constitue l'échantillon final, qui n'est pas randomisé. Il faut noter cependant que tous les questionnaires ne sont pas entièrement remplis, et qu'il reste souvent une ou deux questions sans réponse. Les totaux rapportés ne portent donc pas toujours sur les 118 participants.

2. Le questionnaire

2.1. Choix des questions

Les questions posées peuvent être divisées en deux grandes parties. La première partie concerne l'enfant et son environnement : âge, sexe, lieu de vie, nombre d'enfants dans la fratrie, nombre de parents dans le foyer, catégorie socioprofessionnelle des parents, consommation éventuelle de drogues (alcool et tabac). La deuxième partie vise à balayer succinctement tout le champ de la santé bucco-dentaire. Nous pouvons regrouper ces questions en huit catégories : perception de soi, connaissances, pratiques d'hygiène, comportements, habitudes de soins, difficultés d'accès aux soins, perception des soins dentaires et perception du dentiste.

Nous avons surtout proposé des questions fermées, ce type de questions présentant deux avantages appréciables :

- pour les répondants, la formulation des réponses aide à la compréhension des questions, et facilite les réponses ("il n'y a que des croix à mettre")
- le traitement des résultats est plus aisé.

Cependant il faut garder à l'esprit que ce type de questions comporte quelques inconvénients : le nombre limité de réponses ainsi que leur choix et leur formulation peuvent influencer les répondants, dans un sens comme dans l'autre (soit en leur suggérant une réponse qu'ils n'auraient pas envisagée spontanément, soit en ne leur donnant pas la possibilité d'inscrire ce qui leur correspond réellement).

Nous avons par ailleurs posé quelques questions ouvertes, permettant d'avoir des précisions plus subjectives en ce qui concerne le ressenti des enfants.

Comme nous n'avons pas fait d'examen bucco-dentaire, certaines questions nous permettent de supposer le degré d'hygiène dentaire, mais sans pouvoir le vérifier. (Par exemple un élève rapportant saigner souvent lors du brossage a probablement une hygiène moins bonne qu'un élève affirmant ne saigner jamais.)

2.2. Rédaction des questions

La formulation des questions est importante pour leur compréhension par de jeunes adolescents ayant un vocabulaire limité. Il faut essayer d'utiliser un vocabulaire à la fois simple et précis, sans ambiguïté possible dans l'interprétation suite à une schématisation excessive.

Un premier questionnaire "test" a été initialement distribué dans une classe de 4^{ème}, pour juger de sa compréhension par les élèves. La professeure distribuant ce premier questionnaire a permis de faire le lien, et de rapporter les interrogations des élèves et les questions qu'ils n'avaient pas comprises. Nous avons alors procédé à quelques remaniements. Certaines questions ont été adaptées si elles étaient mal comprises ; ou supprimées si elles étaient apparues sans fondement. Certains mots ont été modifiés ou remplacés ("jet d'eau" à la place de "hydropulseur").

2.3. Distribution du questionnaire

Les questionnaires ont été distribués par les professeurs pendant les cours, à toute la classe. Les élèves ont eu un temps déterminé pour répondre (une dizaine de minutes), et ont rendu le questionnaire aussitôt rempli.

Il faut garder à l'esprit que les adolescents connaissent certaines normes et que leurs réponses peuvent être biaisées par la volonté de donner la "bonne" réponse plutôt que celle leur correspondant réellement. Les participants peuvent avoir tendance à donner les réponses socialement désirables en surestimant la fréquence du brossage des dents ou des visites dentaires ; ils peuvent sous-estimer les comportements négatifs comme la consommation de sucre. La méthode de collection de données présente donc certaines limitations [5].

QUESTIONNAIRE

Merci de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire anonyme, en étant le plus juste possible dans vos réponses, c'est important.

N'hésitez pas à noter toutes vos remarques, questions, suggestions... en toute liberté. Elles peuvent m'être utiles.

Caractéristiques générales

Age :

Sexe : F M

Adresse (commune) :

Nombre de personnes dans le foyer : adultes enfants
(noter le nombre)

Profession (cocher la case)	père	mère
sans emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
employé/ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
artisan/commerçant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cadre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
profession intellectuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous ne savez pas quelle case cocher, inscrivez directement la profession exercée

Cigarettes : 0 < 5/jour 5/jour
Alcool : jamais 1x/mois 1x/semaine

Perception

Vous trouvez votre santé buccale :

très bonne bonne moyenne mauvaise

Vous trouvez l'apparence de vos dents :

très satisfaisante bonne moyenne pas satisfaisante

Quand vous vous brossez les dents, vous saignez :

jamais parfois souvent toujours

Connaissances

Qui vous a appris à vous broser les dents ?

dentiste médecin école
 mère frère/sœur personne

Que faites-vous quand vous avez mal aux dents ?

je prends rendez-vous chez le dentiste immédiatement
 je prends des médicaments contre la douleur
 je brosse plus pour que ça passe

Que faites-vous quand vos gencives saignent ?

- rien, je continue, c'est habituel
 brosse + brosse - brosse + doucement
 je vais chez le dentiste je ne sais pas quoi faire

Parmi ces causes, cocher celles qui d'après vous ont une mauvaise influence sur les dents :

- chips gâteaux bonbons fromage
 citron jus de fruit coca lait
 eau + sirop eau robinet eau gazeuse
 fumer boire de l'alcool consommer des drogues
 vomir faire du sport
 manger en dehors des repas manger avant de se coucher
 boire des boissons sucrées en dehors des repas

Pratiques d'hygiène

Nombre de brossage(s) par jour : 0 1 2 3 4

Temps de brossage : < 2 min 2 à 3 min > 3 min

Changement de brosse à dents tous les : < 4 mois > 4 mois

Vous mangez en dehors des repas : jamais parfois souvent

Vous vous lavez les dents pour : *(cocher la ou les réponses qui sont les vôtres)*

- avoir les dents propres avoir de belles dents
 combattre les caries prendre soin de votre bouche
 avoir bonne haleine faire plaisir aux parents

Vous ne vous brossez pas les dents car : *(cocher la ou les réponses qui sont les vôtres)*

- pas envie ne pense pas que c'est utile
 oubli manque de temps
 n'aime pas le goût douleur gencives saignent

Indiquer les moyens que vous utilisez et ceux que vous jugez nécessaires pour l'hygiène de vos dents :

	moyens utilisés	moyens utiles
brosse à dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bain de bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jet d'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fil dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cure-dent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chewing-gum avec sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chewing-gum sans sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dentifrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le dentiste

Avez-vous déjà eu mal aux dents ? O N

Dernière visite chez le dentiste :

< 6 mois < 1 an 1 à 2 ans > 2 ans

Quand allez-vous chez le dentiste ?

quand vous avez mal
 quand vous pensez qu'il y a un problème
 vous êtes suivi régulièrement

Avez-vous peur d'aller chez le dentiste ?

non un peu beaucoup complètement

si oui, pourquoi ? (ordre)

mes parents ont peur à cause des rumeurs
 mon dentiste m'a déjà fait mal je n'aime pas mon dentiste
 odeurs bruits

Quel est selon vous le plus désagréable chez le dentiste ? (ordre)

les odeurs les bruits
 devoir garder la bouche ouverte devoir rester allongé
 avoir des instruments dans la bouche
 je m'ennuie ça prend trop de temps

Vous avez confiance en votre dentiste :

oui, entièrement assez pas trop pas du tout

Votre dentiste explique bien ce qu'il fait :

oui, toujours oui en général non, il va trop vite non, jamais

Vous trouvez votre dentiste agréable :

oui assez pas trop non

pourquoi ? précisez

Avez-vous des difficultés pour aller chez le dentiste ? O N

si oui, pour quelle(s) raison(s) :

distance financières parents n'ont pas le temps

Avez-vous déjà raté un rendez-vous ? O N

si oui, pourquoi :

par peur vous pensiez que vous n'en aviez pas besoin
 vous avez oublié vous avez eu un empêchement

dans ce cas, qu'avez-vous fait :

vous avez repris un RDV vous avez abandonné les soins en cours

Souhaitez vous qu'il y ait des dentistes spécifiques pour enfants ? O N

pourquoi ?

Merci !

1. Analyse statistique

1.1. Méthode d'analyse statistique

Les réponses aux questionnaires sont entrées dans un tableau Excel, une à une. Les résultats exposés dans la première partie sont obtenus par comptage individuel. Ils sont exprimés en effectifs et pourcentages, et parfois illustrés par un diagramme.

Les résultats croisés sont obtenus par analyse statistique, d'après le tableau. Le logiciel utilisé est Trideux version 3.3. (disponible librement sur internet), ainsi que Statview®. Les résultats sont analysés en tris à plat et tris croisés, essentiellement par le test du Khi2 (χ^2), grâce auquel nous obtenons la valeur de p. Par convention, une corrélation est généralement considérée comme significative lorsque p est inférieur ou égal à 5%. Mais lors de l'interprétation de nos résultats, nous considérerons qu'il existe une corrélation faible pour p inférieur à 10%, une corrélation forte pour p inférieur à 5%, et une corrélation très forte pour p inférieur à 1% (notées respectivement : *, **, ***).

1.2. Quelques rappels sur le test du χ^2

Le χ^2 d'une case est présenté comme : $(\text{observé} - \text{théorique})^2 / \text{théorique}$, ou : $\text{écart}^2 / \text{théorique}$. C'est un écart pondéré. Le χ^2 global d'un tableau peut être considéré comme la somme des écarts pondérés de toutes les cases d'un tableau. Si ce χ^2 est nul ou très faible, il n'y a aucune raison de remettre en cause l'indépendance entre les paramètres considérés. Si ce χ^2 est très fort, il devient invraisemblable de croire à un hasard extraordinaire qui aurait conduit à cette valeur. Il est plus raisonnable de rejeter l'hypothèse d'indépendance et de chercher la signification de la liaison observée.

La significativité de la relation peut être traduite par "p" : plus p est petit, moins on a de chances que la relation observée soit due au seul hasard. Autrement dit, plus p est petit, moins on prend de risques en considérant qu'il existe une relation entre les différents paramètres considérés. Lorsque p est inférieur à la valeur seuil de 10% ($p < 0,1$), le tableau est réputé significatif mais les risques pris sont plus ou moins grands, d'abord 10%, puis 5%, puis 1%, voire 0,1% : ces seuils sont dits standards.

Un tableau réputé non-significatif par le χ^2 est tout à fait interprétable. Ce qui doit guider l'interprétation, c'est la signification sociologique donnée au croisement. On observe les données pour y trouver du sens, et on se sert à cette fin de diverses méthodes. Le test du χ^2 n'est qu'un garde fou qui attire notre attention sur de faibles effectifs [6], [85].

2. Description de la population

2.1. Description de l'échantillon

2.1.1. Age

Age	Effectif	Pourcentage
13 ans	24	22.2%
14 ans	37	34.3%
15 ans	42	38.9%
16 ans	4	3.7%
17 ans	1	0.9%
Total	118	100%

La répartition selon l'âge des adolescents constituant notre échantillon se fait environ comme suit : un petit tiers de treize ans, un tiers de quatorze ans, un gros tiers de quinze ans. L'échantillon contient également quatre élèves de seize ans et un de dix-sept ans, qui ont donc redoublé au moins une et deux fois respectivement.

2.1.2. Sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Garçons	57	49%
Filles	61	51%
Total	118	100%

L'échantillon étudié est constitué presque exactement à moitié de garçons et moitié de filles.

2.1.3. Adresse

Lieu de vie	Effectif	Pourcentage
Urbain	44	36.8%
Rural	74	63.2%
Total	118	100%

La proportion de participants habitant à la campagne est un peu supérieure à celle de ceux vivant à la ville. En effet les questionnaires ont été distribués en plus grand nombre dans le collège de Favorney que dans celui de Noidans.

2.1.4. Nombre d'adultes dans le foyer

Nombre d'adultes	Effectif	Pourcentage
1	19	16.2%
2	89	76.1%
3	5	4.3%
4	3	2.6%
5	1	0.8%
Total	117	100%

16% des adolescents interrogés vivent avec un seul de leurs parents. Ce taux est proche de ceux trouvés dans d'autres études [19]. C'est généralement la mère qui est présente dans les familles monoparentales. Trois quarts vivent avec leurs deux parents. 8% vivent avec plus de deux adultes.

2.1.5. Nombre d'enfants dans le foyer

Nombre d'enfants	Effectif	Pourcentage
1	22	19.1%
2	46	40%
3	35	30.4%
4	8	7%
≥ 5	4	3.5%
Total	115	100%

Un élève interrogé sur cinq est enfant unique.

2.1.6. Profession du père

Profession père	Effectif	Pourcentage
Sans emploi	13	12.4%
Employé/ouvrier	59	56.2%
Artisan/commerçant	13	12.4%
Profession supérieure	20	19%
Total	105	100%

2.1.7. Profession de la mère

Profession mère	Effectif	Pourcentage
Sans emploi	19	17%
Employée/ouvrière	70	62.5%
Artisane/commerçante	6	5.3%
Profession supérieure	17	15.2%
Total	112	100%

Plus de la moitié des parents sont employés ou ouvriers, avec une majorité de femmes. 15% à 20% ont une profession supérieure. 5% à 12% sont artisans ou commerçants. On remarque que la proportion de mères sans emploi est supérieure à celle des pères. Ce résultat peut s'expliquer par le phénomène encore répandu de mères restant à la maison pour s'occuper de leurs enfants, alors que le père a un travail rémunéré.

2.2. Croisements des paramètres entre eux

2.2.1. Adresse / âge

	13	14	15	16	
Urbain	13 (32.5%)*	14 (35%)	9 (22.5%)*	4 (10%)	p=0,021**
Rural	11 (16.2%)*	23 (33.8%)	33 (48.5%)*	1 (1.5%)	
Total	24 (22.2%)	37 (34.3%)	42 (38.9%)	5 (4.6%)	108

On remarque une corrélation statistiquement significative entre l'origine et l'âge : les ruraux sont plus âgés que les urbains. Ceci peut s'expliquer par un retard scolaire plus important, mais aussi par une répartition différente des échantillons. En effet les questionnaires ont été distribués dans plus de classes de 3^{ème} dans le collège "campagne" que dans le collège "ville".

2.2.2. Sexe / âge

	13	14	15	16	
Garçons	10 (23.1%)	16 (36.5%)	18 (34.6%)	3 (5.8%)	p=0,786
Filles	9 (21.4%)	14 (32.1%)	24 (42.9%)	2 (3.6%)	
Total	19 (22.2%)	30 (34.3%)	42 (38.9%)	5 (4.6%)	96

Le sexe et l'âge sont indépendants.

2.2.3. Sexe / adresse

	Urbain	Rural	
Garçons	23 (40.4%)	34 (59.6%)	p=0,457
Filles	20 (32.8%)	41 (67.2%)	
Total	43 (36.4%)	75 (63.6%)	118

Les deux sexes sont à peu près identiquement répartis selon l'origine urbaine ou rurale.

2.2.4. Sexe / profession du père

	Sans emploi	Empl/ouvrier	Art/com.	Prof. sup.	
Garçons	5 (10%)	25 (50%)	8 (16%)	12 (24%)	p=0,344
Filles	8 (14.5%)	34 (61.8%)	5 (9.1%)	8 (14.5%)	
Total	13 (12.4%)	59 (56.2%)	13 (12.4%)	20 (19%)	105

Le sexe est indépendant de la profession du père.

2.2.5. Sexe / profession de la mère

	Sans emploi	Empl/ouvrière	Art/com.	Prof. sup.	
Garçons	14 (25.5%)*	28 (50.9%)*	5 (9.1%)	8 (14.5%)	p=0,021**
Filles	5 (8.8%)*	42 (73.7%)*	1 (1.8%)	9 (15.8%)	
Total	19 (17%)	60 (62.5%)	6 (5.4%)	17 (15.2%)	112

Par contre on remarque que le sexe est lié à la profession de la mère dans l'échantillon étudié. Cette relation surprenante risque de biaiser certains résultats.

2.2.6. Localisation / profession des parents

	Profession père				
	Sans emploi	Empl/ouvrier	Art/com.	Prof. sup.	
Urbain	3 (7.7%)	18 (46.2%)	4 (10.3%)	14 (35.9%)*	p=0,009***
Rural	10 (15.2%)	41 (62.1%)	9 (13.6%)	6 (9.1%)	
	13 (12.4%)	59 (56.2%)	13 (12.4%)	20 (19%)	105
	Profession mère				
	Sans emploi	Empl/ouvrière	Art/com.	Prof. sup.	
Urbain	5 (11.6%)	23 (53.5%)	2 (4.7%)	13 (30.2%)	p=0,006***
Rural	14 (24.1%)	47 (67.2%)	4 (3.4%)	4 (5.2%)	
	19 (17%)	70 (62.5%)	6 (5.4%)	17 (15.2%)	112

Le lieu de résidence est significativement lié à la profession des parents, aussi bien celle du père que de la mère. Les professions supérieures vivent plus à la ville qu'à la campagne. Les artisans et commerçants sont homogènement répartis. Les employés et ouvriers sont en proportion légèrement plus élevée à la campagne. Les sans emploi sont beaucoup plus nombreux à la campagne qu'à la ville.

2.2.7. Age / profession des parents

	Profession père				
	Sans emploi	Empl/ouvrier	Art/com.	Prof. sup.	
13-14 ans	2 4.3%	27 57.4%	5 10.6%	13 27.7%	p=0,073*
15-16 ans	9 22%	20 48.8%	5 12.2%	7 17.1%	
	11 (12.5%)	47 (53.4%)	10 (11.4%)	20 (22.7%)	88
	Profession mère				
	Sans emploi	Empl/ouvrière	Art/com.	Prof sup.	
13-14 ans	5 (10.6%)	28 (59.6%)	1 (2.1%)	13 (27.7%)	p=0,037**
15-16 ans	9 (20%)	30 (66.7%)	3 (6.7%)	3 (6.7%)	
	14 (15.2%)	58 (63%)	4 (4.3%)	16 (17.4%)	92

Les résultats montrent une corrélation significative entre l'âge et la profession des parents. Les enfants les plus âgés, qui sont donc ceux qui ont le plus de retard scolaire, ont plus de parents sans emploi ; les plus jeunes ont plus de parents de profession supérieure. La proportion d'adolescents ayant un père sans emploi est supérieure à la campagne qu'à la ville. La proportion d'adolescents ayant un père de profession supérieure est supérieure à la ville qu'à la campagne. La proportion ayant un mère sans emploi est supérieure à la campagne. La proportion ayant une mère de profession supérieure est supérieure à la ville.

Cette relation n'est pas surprenante, étant donné qu'on a déjà trouvé une relation entre âge et localisation, et entre localisation et CSP.

2.2.8. Profession père / profession mère

Prof.père \ Prof.mère	Sans emploi	Empl/ouvrière	Art/com.	Prof ^o sup.	Total
Sans emploi	4 (30.8%)	9 (69.2%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (100%)
Empl/ouvrier	8 (13.8%)	47 (81%)	2 (3.4%)	1 (1.7%)	58 (100%)
Art/com.	2 (15.4%)	4 (30.8%)	4 (30.8%)	3 (23.1%)	13 (100%)
Prof ^o sup.	2 (10.5%)	4 (21.1%)	0 (0%)	13 (68.4%)	19 (100%)
Total	16 (15.5%)	64 (62.1%)	6 (5.8%)	17 (16.5%)	103 (100%)

p=0,000***

La profession du père est extrêmement fortement corrélée à celle de la mère. Ce résultat n'est guère surprenant, les mariages ayant tendance à se faire entre personnes de même classe sociale.

2^e partie

Résultats de l'enquête

1. Description des résultats

1.1. Caractéristiques générales

1.1.1. Consommation de tabac

Cigarettes	0	< 5/jour	≥ 5/jour	Total
Effectif	98	15	4	117
Pourcentage	83.8%	12.8%	3.4%	100%

Un peu plus d'un adolescent interrogé sur six avoue fumer, et trois quart des fumeurs affirment fumer moins de 5 cigarettes par jour. La proportion de fumeurs paraît déjà élevée pour des élèves de collège, où il est interdit de fumer.

1.1.2. Consommation d'alcool

Alcool	Jamais	1x/mois	1x/semaine	Total
Effectif	62	35	18	115
Pourcentage	53.9%	30.4%	15.7%	100%

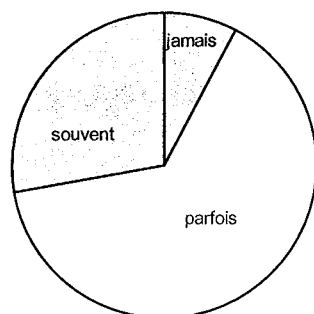
La consommation d'alcool semble relativement habituelle chez les adolescents interrogés, avec presque la moitié d'entre eux buvant de l'alcool régulièrement, dont deux tiers buvant environ une fois par mois, et un tiers buvant toutes les semaines.

1.1.3. Grignotage

Vous mangez en dehors des repas

Grignotage	Jamais	Parfois	Souvent	Total
Effectif	10	74	33	117
Pourcentage	8.5%	63.3%	28.2%	100%

grignotage



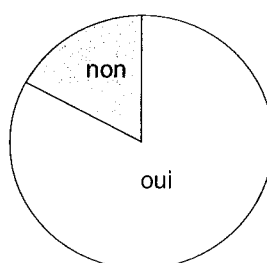
Les adolescents ont tendance à grignoter : il n'y en a qu'un sur 13 qui affirme ne jamais manger en dehors des repas. On sait pourtant que le grignotage est un facteur majeur de risque de caries. [9]

1.2. Perception

1.2.1. Avez-vous déjà eu mal aux dents ?

Mal aux dents	Oui	Non	Total
Effectif	97	20	117
Pourcentage	82.9%	17.1%	100%

déjà eu mal aux dents



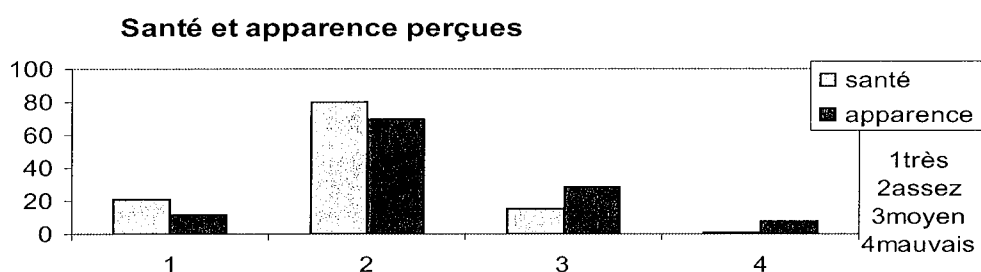
La majorité des adolescents interrogés (les quatre cinquièmes) a déjà eu mal aux dents. La prévention est donc encore largement insuffisante, puisque les moyens d'éviter les caries et problèmes parodontaux existent et sont aujourd'hui bien connus : brossage régulier, visites de contrôle dès l'enfance...

1.2.2. Vous trouvez votre santé buccale

Santé perçue	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Effectif	21	80	15	1
Pourcentage	17.9%	68.4%	12.8%	0.9%
	Plutôt bonne		Plutôt pas bonne	
Effectif	101		16	
Pourcentage	86.3%		13.7%	

1.2.3. Vous trouvez l'apparence de vos dents :

Apparence	Très bonne	Satisfaisante	Moyenne	Mauvaise
Effectif	11	70	29	8
Pourcentage	9.3%	59.3%	24.6%	6.8%
	Plutôt satisfaisante		Plutôt pas satisfaisante	
Effectif	81		37	
Pourcentage	68.6%		31.4%	

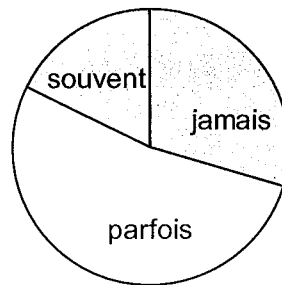


On voit qu'une grande majorité est satisfaite de sa santé buccale, et qu'une majorité moins grande est satisfaite de l'apparence de ses dents. Un certain nombre d'adolescents pense donc que ses dents sont bonnes mais pas belles. Ce résultat traduit l'importance croissante accordée à l'apparence, en particulier par les jeunes. Les patients recherchent de plus en plus des dents excessivement blanches et alignées (ce qu'on retrouve avec la banalisation des appareils orthodontiques et des kits d'éclaircissement).

1.2.4. Quand vous vous brossez les dents, vous saignez

Saignement	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Total
Effectif	35	62	18	3	118
Pourcentage	29.7%	52.5%	15.3%	2.5%	100%

Saignement provoqué



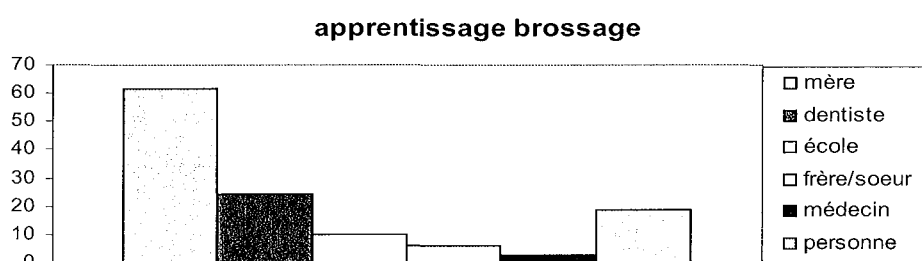
Les adolescents de cette étude ont tendance à avoir des problèmes de gingivite : moins d'un tiers ne saigne jamais en se brossant les dents. Cette fréquence très élevée peut probablement s'expliquer en partie par la proportion élevée d'adolescents porteurs d'appareils orthodontiques, qui rendent le brossage plus difficile, en particulier au niveau du collet. On peut cependant douter que l'hygiène soit vraiment suffisante, ou que la technique de brossage soit idéale.

1.3. Connaissances

1.3.1. Qui vous a appris à vous brosser les dents ?

Plusieurs réponses sont possibles

62,3% mère
24,5% dentiste
10,4% école
5,7% frère ou sœur
2,8% médecin
18,9% personne



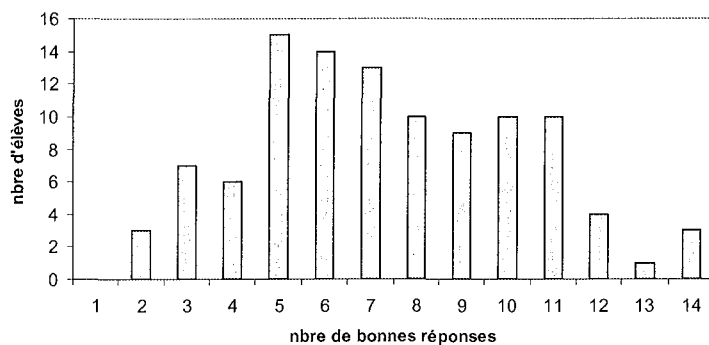
Un quart seulement des adolescents interrogés affirme avoir appris leur méthode de brossage de leur dentiste. La majorité (62%) la tiennent de leur mère. 10% ont appris une méthode de brossage à l'école. 19% n'ont apparemment appris aucune méthode, ou l'ont oubliée.

On peut déduire de ces résultats qu'une minorité d'adolescents a appris et acquis une technique de brossage correcte, la mère elle-même ne maîtrisant pas forcément la méthode adéquate. Il devrait être aisément possible d'améliorer la méthode de brossage des adolescents, en augmentant les séances d'information, à la fois chez le dentiste et à l'école.

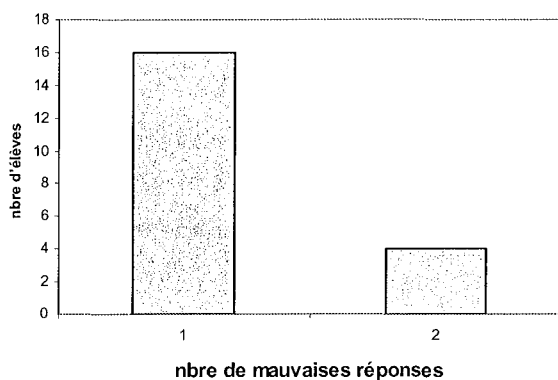
1.3.2. Parmi ces causes, cocher celles qui d'après vous ont une mauvaise influence sur les dents

1.3.2.1. Nombre de bonnes et de mauvaises réponses

nbre d'élèves par nbre de bonnes réponses



nbre d'élèves par nbre de mauvaises réponses

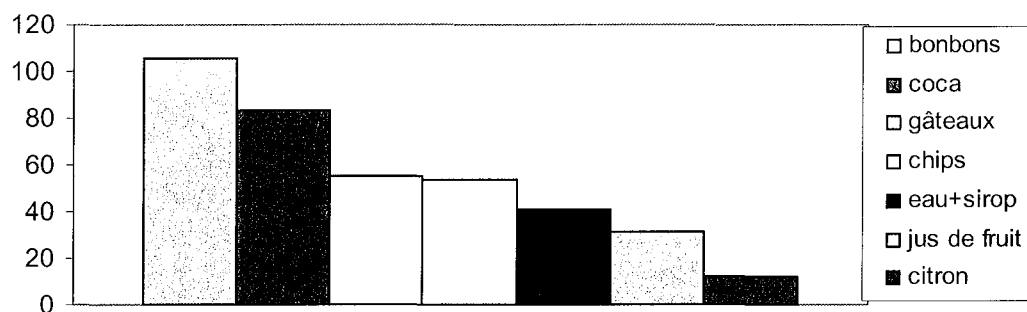


La moyenne, si l'on donnait à chacun une note sur 14 (1 point par bonne réponse), n'est pas très élevée : on obtient une moyenne de 7,28, qui descend à 7,08 en tenant compte des mauvaises réponses (- 1 point par mauvaise réponse). On remarque qu'il y a peu de mauvaises réponses. Le problème est surtout le faible taux de bonnes réponses : les élèves n'identifient pas suffisamment les aliments ou les pratiques nocifs pour les dents. Il serait utile d'informer davantage les élèves.

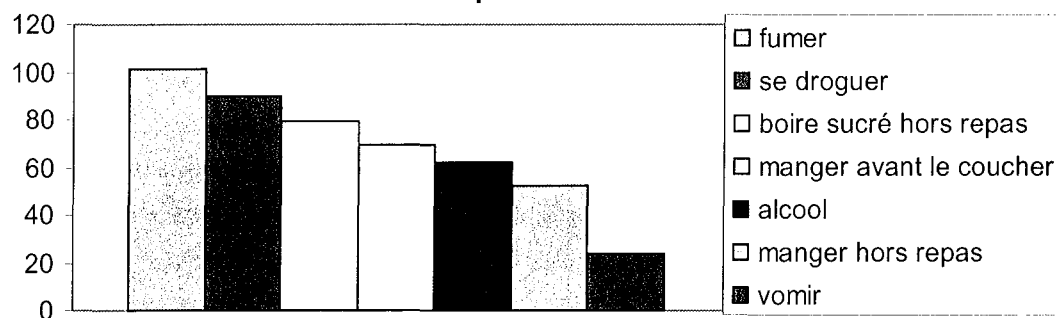
1.3.2.2. Aliments et pratiques que les adolescents interrogés considèrent comme nocifs pour les dents

Bonbons : 93,8%	Eau gazeuse : 7%
Fumer : 89,4%	Eau du robinet : 4,4%
Les drogues : 79,6%	Fromage : 4,4%
Coca : 73,5%	Sport : 0,9%
Boire sucré en dehors des repas : 69,9%	
Manger avant de se coucher : 61,1%	
Alcool : 54,9%	
Gâteaux : 48,7%	
Chips : 47,8%	
Manger en dehors des repas : 46%	
Eau + sirop : 36,3%	
Jus de fruit : 27,4%	
Vomir : 21,2%	
Citron : 10,6%	

Aliments nocifs



Pratiques nocives



Une évaluation correcte par les adolescents de la nocivité des produits est extrêmement variable.

La majorité (94%) des adolescents interrogés sait que les bonbons ne sont pas bons pour les dents. Mais moins de la moitié savent que les gâteaux et les chips sont aussi nocifs. Or ces aliments contiennent tous du sucre et collent tous aux dents, ils sont aussi mauvais pour les dents les uns que les autres. Il serait intéressant de savoir de quelles sources ils tiennent ces informations, ce qui permettrait de les modifier (en supposant bien sûr une volonté réelle de le faire). En ce qui concerne les boissons, les trois quarts savent que le coca est nocif. Mais à peine plus d'un tiers et d'un quart respectivement savent que le sirop dans l'eau et que le jus de fruit sont mauvais pour les dents. Là encore, les adolescents ont une image générale du coca plutôt négative. Mais malheureusement la majorité n'a pas saisi que le sucre était mauvais pour les dents dans toutes les boissons, ou que le sucre était présent dans toutes les boissons sucrées...

Au niveau des comportements, une majorité (respectivement 90% et 80%) considère le fait de fumer et de consommer des drogues comme nocif pour les dents. On peut penser ici que les adolescents ont intégré la nocivité des drogues, et qu'ils l'extrapolent naturellement aux dents. Paradoxalement, 70% savent que boire des boissons sucrées en dehors des repas est mauvais, mais seulement 46% savent que le grignotage est mauvais. Et 39% ne pensent pas que manger avant de se coucher est mauvais. Pourtant le brossage le plus important est bien celui du soir, et il ne doit être suivi d'aucune prise alimentaire.

On remarque un certain manque de logique dans ces réponses : d'une part les adolescents reconnaissent à peu près les aliments nocifs, mais la nocivité du grignotage n'est pas du tout une donnée acquise ; d'autre part ils reconnaissent très peu les boissons sucrées comme nocives, mais le fait de boire sucré entre les repas est reconnu comme nocif par une majorité.

Seulement 21% pensent que vomir peut avoir des conséquences sur les dents. Ce pourcentage est très insuffisant, lorsqu'on pense aux dégâts que peuvent causer certains troubles alimentaires tels que l'anorexie avec vomissement. Et seulement 11% reconnaissent que les aliments acides comme le citron ne sont pas bons. Ceci montre que les jeunes savent globalement que "le sucre est mauvais pour les dents", mais très peu en connaissent les raisons, et l'acidification nécessaire à la formation de caries leur paraît inconnue.

Par contre plus de la moitié considèrent l'alcool comme nocif, sans raison réelle (probablement suite à la même extrapolation que pour les autres drogues). Quelques uns tiennent pour nocifs des aliments qui ne le sont pas : l'eau gazeuse (7%), l'eau du robinet (4%), le fromage (4%), le lait (2%). Bien que l'eau gazeuse obtienne un score assez élevé (les bulles paraissent peut-être agressives à certains), ces résultats sont plutôt satisfaisants.

Dans l'ensemble, il serait nécessaire de plus informer les enfants sur les aliments nocifs. Classiquement, le bonbon est connu, mais beaucoup d'autres paraissent moins évidents pour les élèves. Et surtout, il faudrait plus insister sur l'importance de la fréquence de grignotage que sur les aliments en eux-mêmes. Les adolescents ont du mal à faire le lien entre les différentes informations dont ils disposent.

1.4. Pratiques d'hygiène

1.4.1. Nombre de brossage(s) par jour

Nb bross.	0	1	2	2/3	3	3/4	4	Total
Effectif	0	6	57	10	39	4	2	118
Pourcentage	0%	5.1%	48.3%	8.5%	33%	3.4%	1.7%	100%

En grande majorité (95%), les élèves interrogés se brossent les dents au moins deux fois par jour, ce qu'on peut considérer comme la fréquence nécessaire d'après les données actuelles [9]. Il est à noter qu'environ 12% d'entre eux se brossent les dents une fois de moins les jours où ils ont cours, et probablement mangent à la cantine. Il pourrait être intéressant de prévoir dans les collèges un espace où les élèves puissent se brosser les dents en toute tranquillité, et éventuellement puissent ranger quelques affaires. Sachant que parfois c'est le regard des autres qui est gênant plus que le manque de place, il faudrait faire entrer ce brossage dans les habitudes.

1.4.2. Temps de brossage

Temps brossage	< 2 min	2 à 3 min	≥ 3 min	Total
Effectif	20	70	27	117
Pourcentage	17.1%	59.8%	23.1%	100%

Bien qu'on puisse craindre que cette estimation de temps soit surévaluée, seule une minorité affirme se brosser les dents pendant les 3 minutes recommandées classiquement.

1.4.3. Changement de brosse à dents

Changement brosse	< 4 mois	> 4 mois	Total
Effectif	76	38	114
Pourcentage	66.7%	33.3%	100%

Un tiers des adolescents interrogés changent leur brosse à dents après plus de quatre mois d'utilisation, ce qui est une fréquence faible.

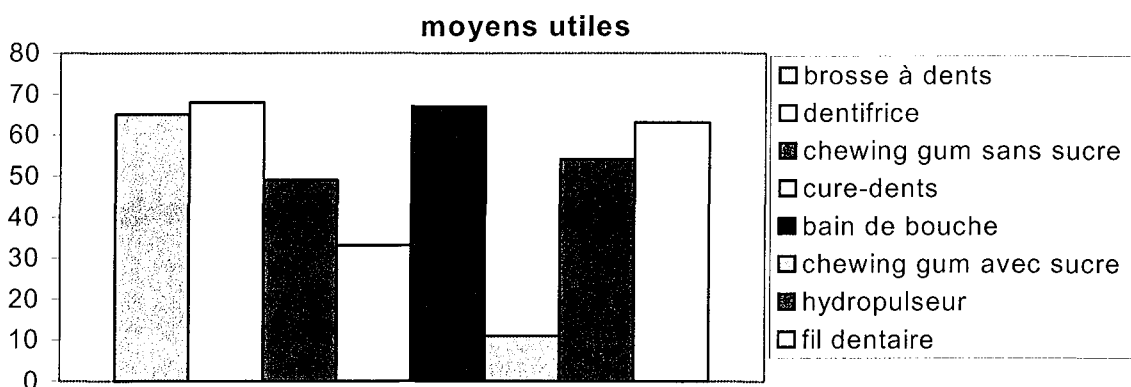
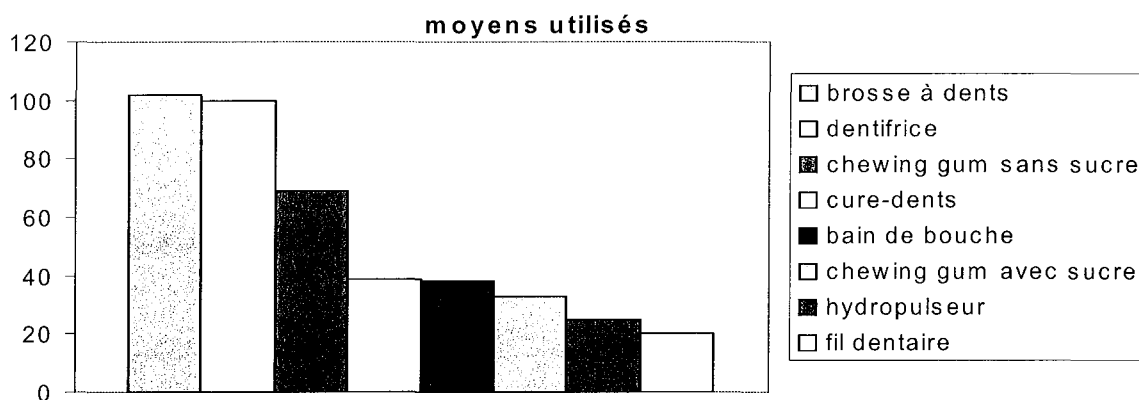
1.4.4. Indiquer les moyens que vous utilisez et ceux que vous jugez nécessaires pour l'hygiène de vos dents :

Moyens employés :

97,1% brosse à dents
 95,2% dentifrice
 65,7% chewing-gum sans sucre
 37,1% cure-dents
 36,2% bain de bouche
 31,4% chewing-gum avec sucre
 23,8% hydropulseur
 19% fil dentaire

Moyens considérés comme utiles :

66% dentifrice
 65% bain de bouche
 63,1% brosse à dents
 61,2% fil dentaire
 52,4% hydropulseur
 47,6% chewing-gum sans sucre
 32% cure-dents
 10,7% chewing-gum avec sucre



La grande majorité des adolescents interrogés utilise une brosse à dents et du dentifrice (97% et 95% respectivement). Cependant il est surprenant que ce ne soit pas la totalité, puisqu' aucun des adolescents interrogés n'a rapporté ne jamais se brosser les dents.

Très peu utilisent du fil dentaire (moins d'un sur cinq), alors que ce devrait être un complément quotidien de la brosse à dents pour tous. Pourtant presque deux sur trois savent que le fil est nécessaire à l'hygiène dentaire. Par contre plus de la moitié pense que l'hydropulseur est utile (alors que ce n'est pas le cas).

Deux tiers mâchent des chewing-gums sans sucre, ce qui est un bon substitut lorsqu'on n'a pas la possibilité de se brosser les dents. Cependant ils n'ont pas l'air de le savoir, puisque seulement 48% supposent que c'est utile. Par contre presque un tiers mâche des chewing-gums sucrés, nocifs pour les dents. Pourtant ils sont majoritairement conscients que ce n'est pas bon, puisque seulement 10% pensent qu'ils sont utiles pour l'hygiène.

Ces résultats montrent ici encore que les adolescents ne font pas toujours le lien entre leurs connaissances et leurs pratiques.

(On peut supposer que quelques uns n'ont pas très bien compris la question, puisqu'ils n'ont jamais coché les mêmes moyens à la fois dans utilisés et utiles)

1.5. Comportements

1.5.1. Que faites-vous quand vous avez mal aux dents ?

33% prennent RDV chez le dentiste
30,2% prennent des antalgiques
8,5% brossent plus fort
8,5% prennent à la fois des antalgiques et un RDV
5 enfants (soit 4,7%) ne savent pas quoi faire ou ne font rien
2 ne savent pas quoi faire et prennent des antalgiques
2 font tout : prennent RDV, des antalgiques, et brossent plus
1 prend RDV et brosse plus
1 prend des antalgiques et brosse plus
14 n'ont rien répondu, dont une partie car ils ne savent pas quoi faire.

	Consulte	Antalgiques	Brosse +	Total
Effectif	49	44	11	104
Pourcentage	47.1%	42.3%	10.6%	100%

En tout, 47% des adolescents interrogés prennent un rendez-vous chez le dentiste à l'apparition d'une douleur dentaire. Presque un tiers prend simplement des antalgiques. Un certain nombre note qu'il ne fait rien, qu'il attend que ça passe.

Une douleur dentaire n'est donc pas un signe suffisant pour aller consulter un dentiste pour plus de la moitié des adolescents. Pour les autres, soit une telle douleur est habituelle, soit ils attendent en espérant que ça va passer, ce qui est rarement la bonne solution, une carie déclarée ayant peu de chances de se résorber seule.

1.5.2. Que faites-vous quand vos gencives saignent ?

41,2% brossent plus doucement
30,7% ne font rien, c'est habituel
12,3% ne savent pas quoi faire
7% brossent moins
4,4% vont chez le dentiste
4,4% brossent plus
4 n'ont pas répondu

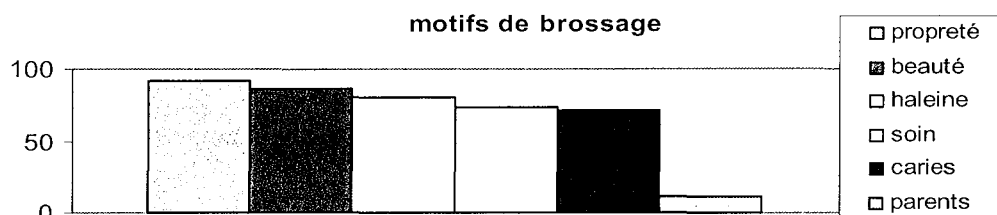
	Rien	Brosse+	Brosse -	+ doux	Consulte	Ne sais pas	Total
Effectif	35	5	8	47	5	14	114
%ge	30.7%	4.4%	7%	41.2%	4.4%	12.3%	100%

Presque un tiers ont l'habitude de saigner lorsqu'ils se brossent les dents, et ils ne font rien. Presque la moitié brosse plus doucement. Seulement 4% brossent plus. 7% brossent moins. 12% ne savent pas quoi faire. 4% seulement consultent.

Le saignement gingival paraît donc anodin à la majorité des adolescent interrogés. On peut en déduire que leur dentiste ne leur a pas expliqué ce qu'était la gingivite, ni ce qu'il fallait faire pour la prévenir ou la traiter (ou alors qu'ils ne s'en souviennent pas). C'est-à-dire qu'ils ne font pas le rapprochement entre plaque dentaire et saignement gingival. Ils ne savent pas que la gingivite est liée à la plaque dentaire, et que c'est d'abord en éliminant celle-ci qu'ils limiteront ces saignements.

1.5.3. Vous vous brossez les dents pour

- 91,5% pour avoir les dents propres
- 85,8% pour avoir de belles dents
- 81,1% pour avoir bonne haleine
- 72,6% pour prendre soin de leur bouche
- 71,7% pour combattre les caries
- 11,3% pour faire plaisir à leurs parents



La motivation principale pour le brossage est la propreté. Ensuite viennent les motivations relationnelles : avoir de belles dents, avoir bonne haleine. La santé bucco-dentaire ne vient qu'ensuite. Il est à noter que seulement 71,7% des adolescents se brossent les dents pour ne pas avoir de caries. Les autres n'ont pas l'air d'avoir fait le lien entre hygiène bucco-dentaire et caries, qui paraît pourtant évident. Une minorité n'est pas totalement consciente de l'intérêt de se brosser les dents et ne le fait que poussée par les parents.

1.5.4. Vous ne vous brossez pas les dents car :

- 40,6% oublient
- 29,2% n'ont pas le temps
- 15,1% n'ont pas envie
- 2,8% car leurs gencives saignent
- 1,9% en raison de la douleur
- 0,9% pensent que ce n'est pas utile
- 0,9% n'aiment pas le goût du dentifrice

La première raison évoquée au non brossage des dents est l'oubli. Ensuite c'est le manque de temps. On peut imaginer qu'ils ont du mal à se lever le matin et ne prévoient pas suffisamment de temps. 15% n'ont pas envie. Quelques uns ne le font pas en raison de problèmes : gingivite ou douleur. Un seul pense que ce n'est pas utile. Un seul n'aime pas le goût du dentifrice.

1.6. Visites

1.6.1. Dernière visite chez le dentiste :

71,6% sont allés chez le dentiste dans les 6 mois précédents
(dont une grande partie parce qu'ils sont suivis par un orthodontiste)
19,6% y sont allés 6 à 12 mois avant
4,9% y sont allés 1 à 2 ans avant
3,9% n'y sont pas allés depuis plus de 2 ans

Dernière visite	< 6 mois	< 1 an	1 à 2 ans	> 2 ans	Total
Effectif	82	21	7	4	114
Pourcentage	71.9%	18.4%	6.1%	3.5%	100%

La dernière visite chez le dentiste date de plus de 1 an pour moins de 10% des adolescents interrogés. La fréquence des visites dentaires paraît donc satisfaisante pour ces élèves. Il est à noter qu'une grande proportion d'élèves ont précisé que leur dernière consultation était chez l'orthodontiste.

1.6.2. Quand allez-vous chez le dentiste ?

10,7% y vont quand ils ont mal
16,5% quand ils pensent qu'il y a un problème
72,8% sont suivis régulièrement
4% quand ils ont mal ou quand ils pensent qu'il y a un problème

Motif consult.	Douleur	Problème	Contrôles	Total
Effectif	13	18	85	116
Pourcentage	11.2%	15.5%	73.3%	100%

Presque trois quarts des adolescents interrogés affirment être suivis régulièrement par le dentiste. Il en reste tout de même 27% qui ne vont chez le dentiste que s'ils ont un problème. Pourtant neuf adolescents sur dix savent qu'il faut aller préventivement chez le dentiste [11].

1.6.3. Difficultés d'accès

1.6.3.1. Avez-vous des difficultés pour aller chez le dentiste ?

Difficultés	Non	Distance	Temps	Finances	Total
Effectif	104	5	5	4	118
Pourcentage	88.2%	4.2%	4.2%	3.4%	100%

Les adolescents estimant avoir des difficultés pour se rendre chez le dentiste sont minoritaires (11,8%).

1.6.3.2. Pour ceux qui ont des difficultés, elles sont d'ordre (difficultés cumulées) :

- 6,7% parce que leurs parents n'ont pas le temps (soit 53,8% de ceux ayant des difficultés)
- 4,8% ont des difficultés à cause de la distance (soit 38,5% de ceux ayant des difficultés)
- 3,8% ont des difficultés financières (soit 30,8% de ceux ayant des difficultés)

La première raison pour laquelle les adolescents interrogés estiment avoir des difficultés d'accès au cabinet dentaire est le manque de temps des parents. Ils sont encore dépendants de leurs parents pour leurs déplacements, et ne peuvent se rendre au cabinet que lorsque ceux-ci sont disponibles. Ensuite ils invoquent la distance, qui se recouvre partiellement avec le manque de temps des parents. Enfin viennent les difficultés financières, pour 3,8% des adolescent interrogés. On peut néanmoins se demander jusqu'à quel point les adolescents sont conscients des problèmes financiers de leurs parents.

1.6.4. Rendez-vous manqué

1.6.4.1. Avez-vous déjà raté un rendez-vous ?

RDV manqué	Oui	Non	Total
Effectif	41	76	117
Pourcentage	35%	65%	100%

Les adolescents ayant déjà raté un rendez-vous sont minoritaires.

1.6.4.2. Si oui, pour quelle raison ?

8,6% la peur
0% parce qu'il n'en ont pas besoin
40% par oubli
62,9% à cause d'un empêchement

La raison principale invoquée au manquement à un rendez-vous est un empêchement, suivi de l'oubli. La peur est une excuse minoritaire. Aucun n'estime ne pas avoir besoin de consulter.

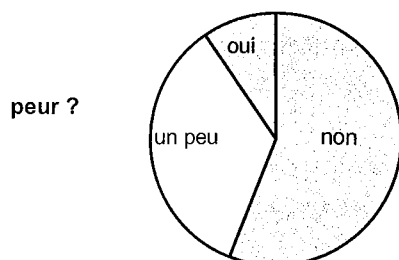
1.6.4.3. Dans ce cas, qu'avez-vous fait ?

91,4% ont alors repris un autre RDV

1.7. Vision des soins dentaires

1.7.1. Avez-vous peur d'aller chez le dentiste ?

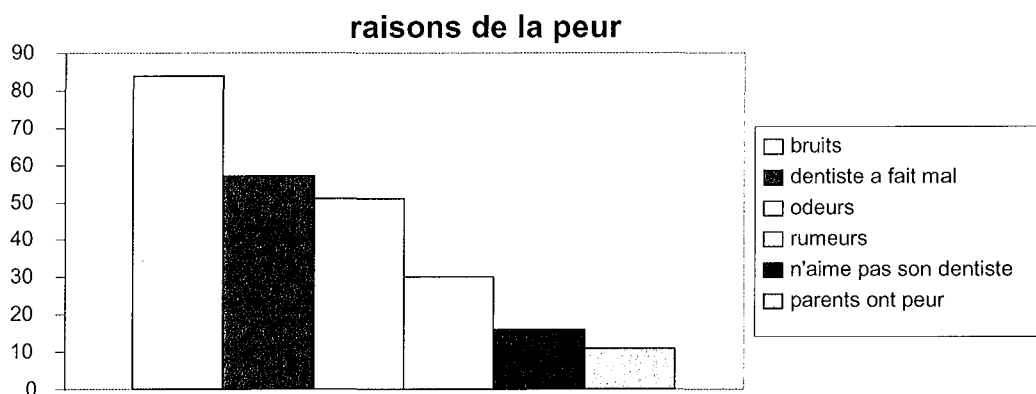
Peur ?	Non	Un peu	Oui	Beaucoup
Effectif	66	41	4	7
Pourcentage	55.9%	34.8%	3.4%	5.9%
	Non	Oui		
	55,9%	44,1%		



44% des adolescents interrogés ont peur d'aller chez le dentiste. Cette proportion paraît élevée, étant donné l'existence de techniques de soin peu invasives et relativement confortables. La vision négative des soins dentaires persiste donc encore, probablement pour une part liée à la mauvaise réputation des anciens "arracheurs de dents".

1.7.2. Pourquoi avez-vous peur ?

Les bruits à 83,8%
Parce que le dentiste leur a déjà fait mal pour 56,8%
Les odeurs à 51,3%
Les rumeurs à 29,7%
Parce qu'ils n'aiment pas leur dentiste pour 16,2%
Parce que leurs parents ont peur à 10,8%

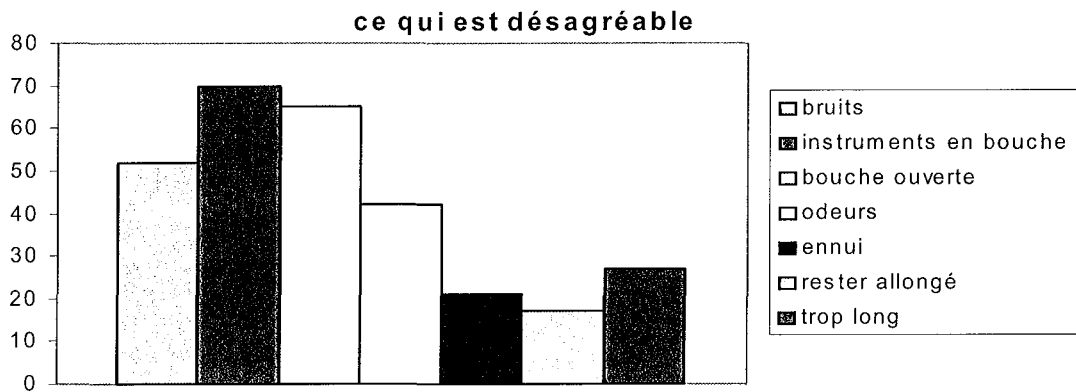


La première cause de peur du dentiste est le bruit, pour 34% des élèves. La deuxième raison pour laquelle les adolescents ont peur est parce que le dentiste leur a déjà fait mal. 24% des adolescents interrogés ont donc peur du dentiste car celui-ci leur a déjà fait mal. Ce pourcentage paraît trop élevé, étant donné les moyens existant actuellement pour éviter la douleur pendant les soins. Les odeurs viennent en troisième position.

1.7.3. Quel est le plus désagréable chez le dentiste ?

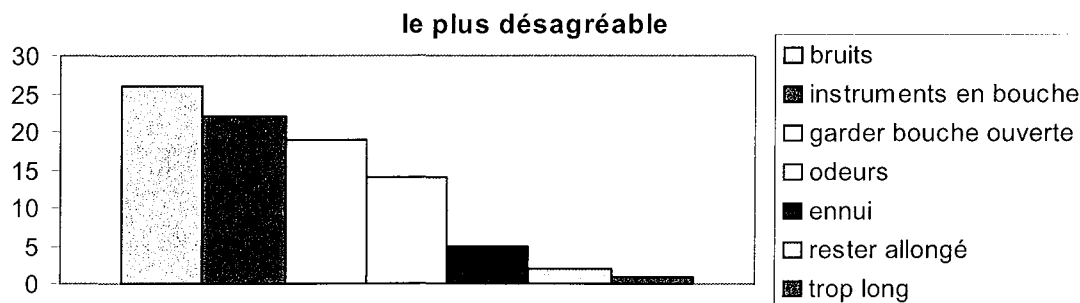
Facteurs désagréables (en considérant toutes les réponses) :

- 67,3% avoir des instruments en bouche
- 62,5% devoir garder la bouche ouverte
- 50% les bruits
- 40,4% les odeurs
- 26% ça prend trop de temps
- 20,2% l'ennui
- 16,3% devoir rester allongé



Facteurs arrivant en 1^{ère} position :

- 25% les bruits
- 21,1% avoir des instruments dans la bouche
- 18,3% devoir garder la bouche ouverte
- 13,5% les odeurs
- 4,8% l'ennui
- 2% devoir rester allongé
- 1% ça prend trop de temps



Plus des deux tiers des ados interrogés trouvent désagréable d'avoir des instruments dans la bouche. 62,5% n'aiment pas devoir garder la bouche ouverte. La moitié trouve les bruits désagréables, 40% trouvent les odeurs désagréables. Un quart trouve que ça prend trop de temps, un sur cinq s'ennuie.

Lorsqu'on regarde les facteurs cités en première position, l'ordre diffère légèrement. Un quart trouve que le plus désagréable chez le dentiste est le bruit, qui est ainsi le facteur le plus souvent cité en première position. Ensuite l'ordre reste le même : avoir des instruments en bouche ; devoir garder la bouche ouverte ; les odeurs. Le facteur temps, en 5^{ème} position des facteurs cités, se retrouve ici en dernière position, après l'ennui et devoir rester allongé.

1.8. Perception du dentiste

1.8.1. Vous avez confiance en votre dentiste

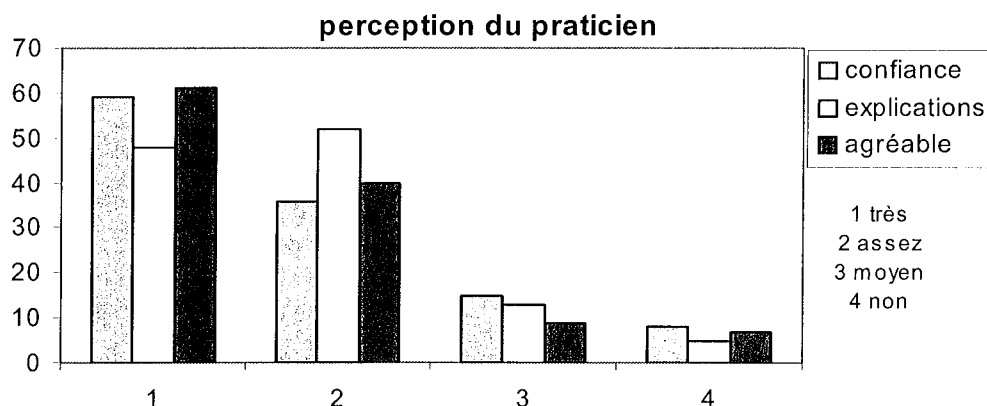
Confiance	Entièrement	Assez	Pas trop	Non
Effectif	59	36	15	8
Pourcentage	50%	30.5%	12.7%	6.8%
	Plutôt confiance		Plutôt pas confiance	
Effectif	95		23	
Pourcentage	80.5%		19.5%	

1.8.2. Votre dentiste explique bien ce qu'il fait

Explications	Toujours	Assez	Pas trop	Jamais
Effectif	48	52	13	5
Pourcentage	40.7%	44.1%	11%	4.2%
	Explique		N'explique pas	
Effectif	100		18	
Pourcentage	84.8%		15.3%	

1.8.3. Vous trouvez votre dentiste agréable :

Appréciation	Oui	Assez	Pas trop	Non
Effectif	61	40	9	7
Pourcentage	52.1%	34.2%	7.7%	6%
	Plutôt agréable		Plutôt pas agréable	
Effectif	101		16	
Pourcentage	86.3%		13.7%	



Dans l'ensemble, les dentistes sont plutôt bien vus par leurs jeunes patients : en moyenne 83,8% de perception positive.

Les adolescents apprécient leur dentiste pour deux grands types de raisons :

- relationnelles : il est sympathique, gentil, souriant, accueillant ; il rassure ; il détend l'atmosphère, fait rire.

"il est sympa", "il me détend", "il est très gentil et me connaît bien", "elle est rigolote, accueillante, gentille" ; "il est jeune, sympa, beau, et j'ai le droit de le tutoyer, ce qui crée une bonne ambiance" ; "il me parle (des fois beaucoup trop)"

- techniques et éducatives : il ne fait pas mal ; il est doux ; il fait bien son métier. Il explique bien ce qu'il fait, donne des conseils, fait prendre confiance.

"elle fait bien son métier", "il est agréable, explique bien, ne fait pas mal" ; il me rassure quand j'ai peur" ; "il nous explique et nous fait prendre confiance" ; "elle est gentille et ne fait pas mal" ; "il connaît son travail, il est poli et sympa"

Ceux qui ne l'apprécient pas donnent moins de raisons :

"il me fait mal" ; "il se moque de moi" ; "il fait mal son travail, il fait vite et mal"

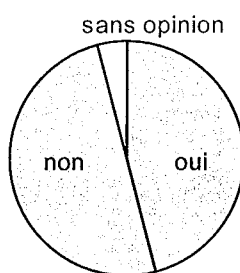
On remarque que les adolescents apprécient d'être respectés.

1.9. Pédiodontistes

1.9.1. Souhaitez vous qu'il y ait des dentistes spécifiques pour enfants ?

Pédiodontistes	Oui	Non	Sans opinion	Total
Effectifs	54	59	5	118
Pourcentage	45.8%	50%	4.2%	100%

Pédiodontistes



Les réponses sont très partagées.

1.9.2. Précisez pourquoi

Ceux qui sont pour ont donné des raisons variées, très pertinentes pour certaines :

- il ferait moins mal.

Ce facteur a été cité à plusieurs reprises.

- relationnelles : un pédodontiste serait plus doux, plus patient, plus agréable ; plus rassurant, plus sympathique ; moins stressant.

"pour plus de douceur et moins de souffrance"

"ils seraient plus patients avec les petits"

"ce serait plus agréable pour eux"

"car quand les enfants ont peur, il faut avoir un dentiste gentil"

- psychologiques : un pédodontiste serait plus à l'écoute ; la communication serait meilleure, le langage plus adapté ; ainsi il ferait moins peur aux jeunes patients.

"car ils savent mieux s'y prendre et les enfants auraient peut-être moins peur"

"pour avoir le langage pour les rassurer"

"pour que les enfants aient moins peur et aillent plus souvent chez le dentiste"

"pour qu'ils trouvent des moyens qui font moins mal et plus agréables"

- techniques : les techniques de soin pourraient être plus adaptées ; les enfants bénéficieraient d'une éducation à l'hygiène adaptée, et d'un meilleur suivi.

"un enfant n'est pas du tout pareil qu'un adulte"

"on s'occuperait mieux de nous"

"les enfants devraient être suivis par des gens qui leur expliquent l'hygiène dentaire"

"un enfant n'est pas du tout pareil qu'un adulte, il a besoin d'un dentiste spécialisé pour apprendre aux moins de 6 ans pourquoi il faut se brosser les dents"

- générales : certains des adolescents interrogés sont conscients que trop d'enfants ont les dents abîmées, ont peur, sont réticents ; et que des soins sont nécessaires.

"trop d'enfants ont les dents abîmées !!"

"s'occuper de ses dents c'est important"

On peut remarquer que certains des adolescents en faveur des pédodontistes ne se sentent pas vraiment concernés ; ils pensent plus aux petits enfants, ne s'incluent pas ou plus dans les enfants.

Ceux qui sont contre ont donné les raisons suivantes :

- adultes et enfants sont pareils, ont les mêmes dents, les mêmes problèmes ; les techniques de soin sont identiques, le travail est le même.

"ce serait inutile, toutes les personnes ont les mêmes dents et les mêmes problèmes"

- un dentiste doit savoir soigner tout le monde, doit s'adapter à chaque patient

"non car en principe un dentiste doit savoir s'adapter à son client"

- leur dentiste leur convient ; c'est mieux s'il soigne tout le monde ; ils peuvent aller chez le même que leur parents.

"ceux qu'on a actuellement me conviennent parfaitement"

- ça ne sert à rien

"ça servirait à rien" ; "pas besoin"

Quelques uns ne se sentent pas concernés : *"je m'en moque"*

2. Répartition des réponses

Nous allons décrire dans cette partie la répartition des réponses selon les différentes catégories pouvant être dégagées de la population globale.

- selon le sexe :

- . garçon
- . fille

- selon l'âge :

- . 13-14 ans (désignés sous le terme "jeunes")
- . 15-16 ans (désignés sous le terme "vieux")

- selon la localisation :

- . élèves dans le collège à la ville = "urbain"
- . élèves dans le collège du village = "rural"

- selon le nombre d'adultes présents dans le foyer :

- . un seul adulte (considéré comme un seul parent)
- . au moins deux adultes (considérés comme les deux parents présents, plus éventuellement d'autres adultes)

- selon la profession du père

- selon la profession de la mère

On a différencié dans le questionnaire cinq possibilités, regroupées pour l'analyse des questions en quatre catégories :

- . sans emploi
- . employé ou ouvrier
- . artisan ou commerçant
- . profession supérieure, regroupant les cadres et professions intellectuelles

- selon la consommation de drogues : alcool et tabac

Vérification de l'indépendance des paramètres

On peut considérer que le sexe est indépendant de l'origine urbaine ou rurale ($p=0,457$), ainsi que de l'âge ($p=0,738$). On pourra donc utiliser la variable "sexe" sans être biaisé par ces autres paramètres.

On obtient par le test du χ^2 des relations entre certaines caractéristiques des adolescents de notre enquête, dont il faudra tenir compte lors des interprétations ultérieures.

- Il y a une corrélation statistiquement significative entre l'origine et l'âge : les ruraux sont plus âgés que les urbains. ($p=0,021$)

- Il y a également corrélation entre la situation géographique et la profession du père ($p=0,009$), et entre cette situation et la profession de la mère ($p=0,006$)

- Il faut noter que le sexe paraît lié à la profession de la mère dans l'échantillon étudié ($p=0,021$). Cette relation surprenante risque de biaiser certains résultats.

NB : les pourcentages sont en ligne.

2.1. Caractéristiques générales

2.1.1. Consommation de Tabac / Alcool

2.1.1.1. Selon le sexe

Tabac	Non	< 5/jour	> 5/jour	
Garçons	51 (89.4%)	5 (8.8%)	1 (1.8%)	p=0,251
Filles	47 (78.3%)	10 (16.7%)	3 (5%)	
Total	98 (83.8%)	15 (12.8%)	4 (3.4%)	117

Alcool	Jamais	1x/mois	1x/semaine	
Garçons	28 (50.9%)	17 (30.9%)	10 (18.2%)	p=0,740
Filles	34 (56.7%)	18 (30%)	8 (13.3%)	
Total	62 (53.9%)	35 (30.4%)	18 (15.7%)	115

Les filles sont plus nombreuses à avouer fumer que les garçons (21,7% contre 10,5%), et un peu moins nombreuses à boire.

2.1.1.2. Selon l'âge

Tabac	Non	< 5/jour	> 5/jour	
13-14 ans	55 (90.2%)*	5 (8.2%)	1 (1.6%)	p=0,125
15-16 ans	35 (76.1%)*	8 (17.4%)	3 (6.5%)	

Alcool	Non	1x/mois	1x/semaine	
13-14 ans	35 (58.3%)	15 (25%)	10 (16.7%)	p=0,372
15-16 ans	22 (48.9%)	17 (37.8%)	6 (13.3%)	

La proportion de fumeurs augmente avec l'âge, ainsi que celle de buveurs. Ce résultat paraît logique.

2.1.1.3. Selon le lieu de vie

Tabac	Non	< 5/jour	> 5/jour	p=0,276
Urbain	38 (88.4%)	5 (11.6%)	0 (0%)	
Rural	60 (81.1%)	10 (13.5%)	5 (5.4%)	

Alcool	Non	1x/mois	1x/semaine	p=0,160
Urbain	25 (59.6%)	14 (33.3%)	3 (7.1%)*	
Rural	37 (50.7%)	21 (28.8%)	15 (20.5%)*	

Les adolescents sont un peu plus nombreux à fumer à la ville qu'à la campagne, et ils sont un peu plus nombreux à boire à la campagne qu'à la ville.

2.1.1.4. Selon le nombre d'adultes

Tabac	Non	< 5/jour	> 5/jour	p=0,120
1 adulte	14 (73.7%)	5 (26.3%)	0 (0%)	
> 1 adulte	83 (85.6%)	10 (10.3%)	4 (4.1%)	

Alcool	Non	1x/mois	1x/semaine	p=0,021**
1 adulte	7 (36.8%)	5 (26.3%)	7 (36.9%)*	
> 1 adulte	54 (56.8%)	30 (31.6%)	11 (11.6%)*	

Les enfants vivant avec un seul adulte sont plus nombreux que les autres à fumer et à boire. Ils sont surtout plus nombreux à rapporter boire souvent (une fois par semaine) que ceux vivant avec leur deux parents.

2.1.1.5. Selon la profession du père

Tabac	Non	< 5/jour	> 5/jour	P=0,050*
Sans emploi	10 (76.9%)	1 (7.7%)	2 (15.4%)	
Employé/ouvrier	47 (81%)	10 (17.3%)*	1 (1.7%)	
Art/commerçant	13 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	19 (95%)	0 (0%)	1 (5%)	

Alcool	Jamais	1x/mois	1x/semaine	P=0,664
Sans emploi	5 (38.4%)	6 (46.2%)	2 (15.4%)	
Employé/ouvrier	32 (57.1%)	16 (28.6%)	8 (14.3%)	
Art/commerçant	9 (69.2%)	2 (15.4%)	2 (15.4%)	
Prof ^o sup.	10 (50%)	8 (40%)	2 (10%)	

On remarque que la consommation de tabac est dépendante de la CSP du père, alors que celle d'alcool en est indépendante. Ce sont les enfants de père sans emploi ou employé/ouvrier qui fument en plus grande proportion, sachant que les enfants de père employé/ouvrier fument plutôt moins de cinq cigarettes par jour, alors que ceux de père sans emploi fument plus de cinq cigarettes par jour. Les enfants de père sans emploi sont aussi moins nombreux à ne jamais boire d'alcool.

2.1.1.6. Selon la profession de la mère

Tabac	Non	< 5/jour	> 5/jour	p=0,265
Sans emploi	14 (73.7%)	5 (26.3%)	0 (0%)	
Employée/ouvrière	57 (82.6%)	9 (13.1%)	3 (4.3%)	
Art/commerçante	6 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	16 (94.1%)	0 (0%)	1 (5.9%)	

Alcool	Jamais	1x/mois	1x/semaine	p=0,818
Sans emploi	9 (47.4%)	5 (26.3%)	5 (26.3%)	
Employée/ouvrière	36 (53.7%)	21 (31.4%)	10 (14.9%)	
Art/commerçante	3 (50%)	2 (33.3%)	1 (16.7%)	
Prof ^o sup.	10 (58.8%)	6 (35.3%)	1 (5.9%)	

Les proportions de fumeurs dans les différentes catégories professionnelles de la mère sont assez proches de celles de père. On note cependant une différence notable en ce qui concerne les sans emploi : les enfants de père sans emploi sont les plus nombreux à fumer plus de 5 cigarettes par jour, alors qu'aucun de ceux de mère sans emploi ne fume plus de 5 cigarettes par jour.

2.1.1.7. Conclusions consommation de tabac et alcool

Les fumeurs se retrouvent surtout chez les filles, les plus âgés, habitant la ville, avec un parent célibataire, dont le père n'a pas d'emploi ou est employé/ouvrier. Les buveurs se retrouvent surtout chez les garçons, plus âgés, habitant la campagne, avec un parent célibataire, dont le père n'a pas d'emploi.

2.1.2. Grignotage

Vous mangez en dehors de repas

2.1.2.1. Selon le sexe

	Jamais	Parfois	Souvent	
Garçons	6 (10.5%)	39 (68.4%)	12 (21.1%)*	p=0,222
Filles	4 (6.7%)	35 (58.3%)	21 (35%)*	
Total	10 (8.5%)	74 (63.3%)	33 (28.2%)	

Les filles sont plus nombreuses à rapporter manger souvent entre les repas que les garçons.

2.1.2.2. Selon l'âge

	Jamais	Parfois	Souvent	
13-14 ans	4 (6.7%)	36 (60%)	20 (33.3%)	p=0,453
15-16 ans	6 (12.8%)	29 (61.7%)	12 (25.5%)	

Les vieux sont plus nombreux que les jeunes à affirmer ne jamais manger en dehors des repas, et moins nombreux à grignoter souvent.

2.1.2.3. Selon le lieu de vie

	Jamais	Parfois	Souvent	
Urbain	3 (7%)	30 (69.7%)	10 (23.3%)	p=0,542
Rural	7 (9.5%)	44 (59.4%)	23 (31.1%)	

Les adolescents sont un peu plus nombreux à estimer grignoter souvent à la campagne qu'à la ville.

2.1.2.4. Selon le nombre d'adultes

	Jamais	Parfois	Souvent	
1 adulte	4 (21.1%)*	8 (42.1%)*	7 (36.8%)	p=0,024 **
> 1 adulte	5 (5.2%)*	66 (68%)*	26 (26.8%)	

Les adolescents vivant avec un seul adulte grignotent significativement moins que ceux vivant avec deux adultes ou plus.

2.1.2.5. Selon la profession du père

	Jamais	Parfois	Souvent	p=0,420
Sans emploi	1 (7.7%)	5 (38.5%)*	7 (53.8%)*	
Employé/ouvrier	4 (6.8%)	39 (66.1%)	16 (27.1%)	
Art/commerçant	1 (8.3%)	9 (75%)	2 (16.7%)	
Prof ^o supérieure	2 (10%)	14 (70%)	4 (20%)	

La tendance au grignotage se retrouve dans toutes les catégories sociales. On observe cependant que, si la proportion affirmant ne jamais manger entre les repas est sensiblement la même dans les quatre catégories, les enfants de père sans emploi sont plus nombreux à estimer grignoter souvent que les autres.

2.1.2.6. Selon la profession de la mère

	Jamais	Parfois	Souvent	p=0,309
Sans emploi	2 (10.6%)	15 (78.9%)	2 (10.5%)	
Employée/ouvrière	6 (8.7%)	40 (58%)*	23 (33.3%)*	
Art/commerçante	0 (0%)	5 (83.3%)	1 (16.7%)	
Prof ^o sup.	0 (0%)	13 (76.5%)	4 (23.5%)	

Les enfants dont la mère ne travaille pas sont plus nombreux à ne jamais grignoter. Et ce sont ceux dont la mère est employée ou ouvrière qui sont le plus nombreux à grignoter souvent.

2.1.2.7. Selon la consommation de drogues

	Jamais	Parfois	Souvent	p=0,831
Non fumeurs	9 (9.3%)	61 (62.9%)	27 (27.8%)	
Fumeurs	1 (5.3%)	12 (63.2%)	6 (31.6%)	p=0,141
Non buveurs	7 (11.3%)	42 (67.7%)	13 (21%)*	
Buveurs	3 (5.8%)	30 (57.7%)	19 (36.5%)*	

Les adolescents affirmant ne jamais boire ou ne jamais fumer sont aussi plus nombreux à affirmer ne jamais manger hors des repas, notamment les buveurs qui sont plus nombreux à grignoter souvent.

2.1.2.8. Conclusions sur le grignotage

Les adolescents qui grignotent sont plutôt des filles, jeunes, vivant à la campagne, avec leurs deux parents, dont le père ne travaille pas et la mère travaille, en particulier est employée ou ouvrière. Ce sont aussi plutôt des fumeurs et des buveurs.

2.2. Perception

2.2.1. Avez-vous déjà eu mal aux dents ?

2.2.1.1. Selon le sexe

	Oui	Non	
Garçons	42 (75%)*	14 (25%)*	p=0,028 **
Filles	55 (90.2%)*	6 (9.8%)*	
Total	97 (82.9%)	20 (17.1%)	117

Les filles sont significativement plus nombreuses à avoir déjà eu mal aux dents que les garçons.

2.2.1.2. Selon l'âge

	Oui	Non	
13-14 ans	49 (81.7%)	11 (18.3%)	p=0,267
15-16 ans	42 (89.4%)	5 (10.6%)	

Les adolescents interrogés ayant déjà eu mal aux dents sont en proportion plus importante que les vieux. Ce résultat semble logique, puisque le risque d'avoir eu mal aux dents augmente avec les années.

2.2.1.3. Selon le lieu de vie

	Oui	Non	p=0,927
Urbain	35 (83.3%)	7 (16.7%)	
Rural	62 (82.7%)	13 (17.3%)	

La proportion de jeunes ayant déjà eu mal aux dents est identique à la ville et à la campagne.

2.2.1.4. Selon le nombre d'adultes

	Oui	Non	p=0,130
1 adulte	18 (94.7%)	1 (5.3%)	
> 1 adulte	78 (80.4%)	19 (19.6%)	

La proportion d'enfants de famille monoparentale à avoir déjà eu mal aux dents est supérieure à celle de famille biparentale.

2.2.1.5. Selon la profession du père

	Oui	Non	p=0,436
Sans emploi	12 (92.3%)	1 (7.7%)	
Empl./ouvrier	47 (81%)	11 (19%)	
Art./commerçant	11 (84.6%)	2 (15.4%)	
Prof ^o sup.	14 (70%)	6 (30%)	

On remarque que la proportion d'adolescents ayant déjà eu mal aux dents est plus élevée chez les enfants de père sans emploi, et moins élevée chez les enfants de profession supérieure.

2.2.1.6. Selon la profession de la mère

	Oui	Non	p=0,963
Sans emploi	15 (78.9%)	4 (21.1%)	
Empl./ouvrière	58 (84.1%)	11 (15.9%)	
Art./commerçante	5 (83.3%)	1 (16.7%)	
Prof ^o sup.	14 (82.4%)	3 (17.6%)	

La proportion d'enfant ayant déjà eu mal aux dents est plus faible chez ceux dont la mère est sans emploi que chez ceux dont la mère travaille.

2.2.1.7. Selon la consommation de drogues

	Oui	Non	
Non fumeurs	80.4%	19.6%	p=0,126
Fumeurs	94.7%	5.3%	
Non buveurs	80.3%	19.7%	p=0,220
Buveurs	88.7%	11.3%	

Le taux d'adolescents ayant déjà eu mal aux dents est légèrement supérieur chez ceux consommant de l'alcool ou du tabac.

2.2.1.8. Conclusions sur l'expérience de la douleur

Les adolescents qui ont déjà eu mal aux dents sont surtout des filles, âgées, vivant dans une famille monoparentale, dont le père est sans emploi et la mère travaille. Ils consomment un peu plus de tabac et d'alcool.

2.2.2. Santé et apparence perçues

Vous trouvez votre santé buccale
Vous trouvez l'apparence de vos dents

2.2.2.1. Selon le sexe

Santé perçue

	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
Garçons	8 (14.3%)	42 (75%)	6 (10.7%)	0 (0%)	p=0,605
Filles	13 (21.3%)	38 (62.3%)	9 (14.8%)	1 (1.6%)	
Total	21 (17.9%)	80 (68.4%)	15 (12.8%)	1 (0.9%)	117

Apparence perçue

	Très satisfaisant	Bonne	Moyenne	Pas satisfaisante	
Garçons	6 (10.6%)	34 (59.6%)	13 (22.8%)	4 (7%)	p=0,955
Filles	5 (8.2%)	36 (59%)	16 (26.2%)	4 (6.6%)	
Total	11 (9.3%)	70 (59.3%)	29 (24.6%)	8 (6.8%)	118

On trouve de petites différences de sexe dans toutes les questions sur la perception de soi, sans qu'elles soient significatives. Les filles sont plus nombreuses à trouver leur santé buccale très bonne, et moins nombreuses à la trouver moyennement bonne ; elles sont moins nombreuses à trouver l'apparence de leurs dents très satisfaisante, et plus nombreuses à la trouver pas très satisfaisante.

2.2.2.2. Selon l'âge

Santé perçue

	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
13-14 ans	9 (15%)	46 (76.7%)*	5 (8.3%)*	0 (0%)	p=0,128
15-16 ans	10 (21.3%)	27 (57.4%)*	9 (19.2%)*	1 (2.1%)	

Apparence perçue

	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
13-14 ans	2 (3.3%)*	41 (67.2%)	15 (24.6%)	3 (4.9%)	p=0,152
15-16 ans	7 (14.9%)*	25 (53.2%)	12 (25.5%)	3 (6.4%)	

On observe une différence en fonction de l'âge dans toutes les questions relatives à la perception de soi. Les plus jeunes estiment avoir une meilleure santé orale, une meilleure apparence que les plus âgés (89,8% des jeunes sont satisfaits de leur santé orale contre 78,3% des vieux ; 70% sont satisfaits de l'apparence de leurs dents contre 65,2% des vieux).

2.2.2.3. Selon le lieu de vie

Santé perçue

	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
Urbain	8 (19%)	29 (69.1%)	5 (11.9%)	0 (0%)	p=0,885
Rural	13 (17.3%)	51 (68%)	10 (13.3%)	1 (1.3%)	

Apparence perçue

	Très bonne	Bonne	Moyenne	Pas satisfaisante	
Urbain	4 (9.3%)	26 (60.5%)	11 (25.5%)	2 (4.7%)	p=0,920
Rural	7 (9.3%)	44 (58.7%)	18 (24%)	6 (8%)	

Il n'y a pas de différence de perception entre les adolescents vivant à la ville ou à la campagne.

2.2.2.4. Selon le nombre d'adultes

Santé perçue					
	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
1 adulte	4 (21%)	14 (73.7%)	1 (5.3%)	0 (0%)	p=0,700
> 1 adulte	17 (17.5%)	65 (67.1%)	14 (14.4%)	1 (1%)	

Apparence perçue					
	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
1 adulte	3 (15.8%)	10 (52.6%)	6 (31.6%)	0 (0%)	p=0,350
> 1 adulte	8 (8.2%)	60 (61.2%)	22 (22.4%)	8 (8.2%)	

On note une différence dans les questions de perception de soi selon le nombre de parents. Les adolescents vivant avec un seul parent estiment avoir une meilleure santé buccale et une meilleure apparence dentaire que ceux vivant avec au moins deux parents.

2.2.2.5. Selon la profession du père

Santé perçue					
	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
Sans emploi	2 (15.3%)	4 (30.8%)*	6 (46.2%)*	1 (7.7%)	p=0,002**
Employé/ouvrier	16 (27.6%)*	38 (65.5%)	4 (6.9%)*	0 (0%)	
Art/commerçant	1 (7.7%)	10 (76.9%)	2 (15.4%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	1 (5%)	16 (80%)	3 (15%)	0 (0%)	

Apparence perçue					
	Très bonne	Satisfaisante	Moyenne	Pas satisfaisante	
Sans emploi	1 (7.7%)	7 (53.8%)	2 (15.4%)	3 (23.1%)	p=0,200
Employé/ouvrier	8 (13.6%)	34 (57.6%)	13 (22%)	4 (6.8%)	
Art/commerçant	0 (0%)	8 (61.5%)	5 (38.5%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	1 (5%)	13 (65%)	6 (30%)	0 (0%)	

La perception de la santé buccale est significativement liée à la CSP du père. Les enfants de père sans emploi sont beaucoup plus nombreux à trouver leur santé buccale pas bonne (53,8%), et les enfants d'employé/ouvriers sont plus nombreux à la trouver bonne (93,1%). On peut extrapoler en déduisant de ces résultats que les enfants dont le père est sans emploi ont tendance à se dénigrer, les enfants d'ouvriers ou employés se satisfont plus de leur état buccal, et les enfants de professions supérieures expriment plus de nuances, mais s'estiment plutôt satisfaits.

En ce qui concerne l'apparence des dents, la différence n'est plus significative, même si on remarque à nouveau que les enfants de père sans emploi sont les seuls avec les enfants d'ouvrier ou employé à avoir coché la case "pas satisfaisante".

2.2.2.6. Selon la profession de la mère

Santé perçue					
	Très bonne	Bonne	Moyenne	Mauvaise	
Sans emploi	5 (26.3%)	13 (68.4%)	1 (5.3%)	0 (0%)	p=0,372
Employé/ouvrier	13 (18.8%)	46 (66.7%)	9 (13.1%)	1 (1.4%)	
Art/commerçant	2 (33.3%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	0 (0%)	14 (82.4%)	3 (17.6%)	0 (0%)	

Apparence perçue					
	Très bonne	Satisfaisante	Moyenne	Pas satisfaisante	
Sans emploi	3 (15.8%)	12 (63.2%)	3 (15.7%)	1 (5.3%)	p=0,630
Employé/ouvrier	6 (8.6%)	39 (55.7%)	18 (25.7%)	7 (10%)	
Art/commerçant	1 (16.7%)	3 (50%)	2 (33.3%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	0 (0%)	12 (70.6%)	5 (29.4%)	0 (0%)	

Les réponses aux trois questions sur la perception sont sensiblement identiques selon la profession de la mère. On peut cependant noter une différence notable d'avec les tris croisés selon la profession du père : les enfants de mère sans emploi sont plus nombreux à trouver leur santé orale bonne que les autres (94,7%), alors que c'est la tendance inverse qui est observée pour les enfants de père sans emploi. Cette différence peut s'expliquer par le fait qu'avoir une mère "au foyer" n'a pas du tout la même connotation qu'avoir un père "au chômage". De même ce sont les enfants de mère sans emploi qui sont le plus nombreux à trouver l'apparence de leurs dents satisfaisante.

2.2.2.7. Selon la consommation de drogues

	Santé perçue		Apparence perçue	
	Bonne	Pas bonne	Satisfaisante	Pas satisfaisante
Non fumeurs	86 (88.7%)	11 (11.3%)	69 (67.3%)	29 (32.7%)
Fumeurs	14 (73.7%)	5 (26.3%)	11 (57.9%)	8 (42.1%)
	p=0,080*		p=0,432	
Non buveurs	54 (88.5%)	7 (11.5%)	44 (67.7%)	18 (32.3%)
Buveurs	44 (83%)	9 (17%)	34 (62.3%)	19 (37.7%)
	p=0,403		p=0,546	

La perception de soi paraît indépendante du fait de boire ou non. Ceux qui fument sont un peu moins nombreux à trouver leur santé buccale bonne.

2.2.2.8. Conclusion sur la perception de soi

Les adolescents ont plus de chances de trouver leur santé orale et l'apparence de leurs dents bonnes s'ils sont jeunes, vivant avec un seul parent, dont le père travaille, ne fumant pas. Les filles estiment plus souvent leur santé bonne, mais moins souvent que l'apparence de leurs dents est bonne.

2.2.3. Saignement provoqué

Quand vous vous brossez les dents, vous saignez :

2.2.3.1. Selon le sexe

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Garçons	21 (36.8%)*	29 (50.9%)	6 (10.5%)	1 (1.8%)	p=0,276
Filles	14 (22.9%)*	33 (54.1%)	12 (19.7%)	2 (3.3%)	
Total	35 (29.7%)	62 (52.5%)	18 (15.3%)	3 (2.5%)	118

Les filles sont moins nombreuses à estimer ne jamais saigner lorsqu'elles se brossent les dents que les garçons.

2.2.3.2. Selon l'âge

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
13-14 ans	19 (31.1%)	23 (54.1%)	9 (14.8%)	0 (0%)	p=0,240
15-16 ans	12 (25.5%)	25 (53.2%)	7 (14.9%)	3 (6.4%)	

Les plus jeunes rapportent moins de saignement provoqué au brossage que les plus âgés.

2.2.3.3. Selon le lieu de vie

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Urbain	13 (30.2%)	22 (51.2%)	7 (16.3%)	1 (2.3%)	p=0,992
Rural	22 (29.3%)	40 (53.3%)	11 (14.7%)	2 (2.7%)	

On n'observe pas de différence de saignement provoqué au brossage selon le lieu de vie.

2.2.3.4. Selon le nombre d'adultes

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
1 adulte	6 (31.6%)	11 (57.9%)	2 (10.5%)	0 (0%)	p=0,785
> 1 adulte	28 (28.6%)	51 (52%)	16 (16.3%)	3 (3.1%)	

Les adolescents vivant avec un seul parent rapportent un peu moins de saignement provoqué au brossage que ceux vivant avec au moins deux parents.

2.2.3.5. Selon la profession du père

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Sans emploi	4 (30.7%)	3 (23.1%)	5 (38.5%)	1 (7.7%)	p=0,159
Employé/ouvrier	15 (25.4%)	35 (59.3%)	8 (13.6%)	1 (1.7%)	
Art/commerçant	6 (46.1%)	5 (38.5%)	2 (15.4%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	6 (30%)	12 (60%)	1 (5%)	1 (5%)	

Le saignement lors du brossage paraît lié à la profession du père : les enfants de père sans emploi sont beaucoup plus nombreux à saigner souvent ou toujours lors du brossage (46,2%) ; ceux des professions supérieures sont plus nombreux à ne saigner jamais ou parfois (90%). Les enfants de professions supérieures paraissent donc avoir une meilleure hygiène.

2.2.3.6. Selon la profession de la mère

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Sans emploi	8 (42.1%)	8 (42.1%)	3 (15.8%)	0 (0%)	p=0,814
Employé/ouvrier	19 (27.1%)	35 (50%)	13 (18.6%)	3 (4.3%)	
Art/commerçant	2 (33.3%)	3 (50%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	5 (29.4%)	11 (64.7%)	1 (5.9%)	0 (0%)	

Les enfants de mère sans emploi affirment ne jamais saigner lors du brossage en proportion plus élevée que les autres. Ceux de mère de profession supérieure affirment plutôt saigner parfois.

2.2.3.7. Selon la consommation de drogues

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	
Non fumeurs	31 (31.6%)	53 (54.1%)	12 (12.2%)*	2 (2%)	p=0,134
Fumeurs	4 (21.1%)	8 (42.1%)	6 (31.6%)*	1 (5.3%)	
Non buveurs	23 (37.1%)*	27 (43.5%)*	10 (16.1%)	2 (3.2%)	p=0,192
Buveurs	11 (20.8%)*	33 (62.3%)*	8 (15.1%)	1 (1.9%)	

Les fumeurs sont plus nombreux à saigner souvent que les non-fumeurs. Les adolescents qui ne boivent pas sont plus nombreux à ne saigner jamais, et ceux qui boivent de l'alcool à saigner parfois.

2.2.3.8. Conclusions sur le saignement provoqué

Les adolescents ont plus de risques de saigner lorsqu'ils se brossent les dents si ce sont des filles, plus âgées, vivant avec leurs deux parents, le père étant sans emploi et la mère travaillant, et qui fument.

2.3. Pratiques d'hygiène

2.3.1. Nombre de brossages par jour

2.3.1.1. Selon le sexe

Nb brossages	1	2	3	4	
Garçons	5 (8.8%)	30 (52.6%)	21 (36.8%)	1 (1.8%)	p=0,094 *
Filles	1 (1.6%)	27 (44.3%)	28 (45.9%)	5 (8.2%)	
Total	6 (5.1%)	57 (48.3%)	49 (41.5%)	6 (5.1%)	118

Les filles sont plus nombreuses à se brosser les dents trois ou quatre fois par jour que les garçons.

2.3.1.2. Selon l'âge

Nb brossages	1	2	3	4	p=0,470
13-14 ans	4 (6.6%)	28 (45.8%)	27 (44.3%)	2 (3.3%)	
15-16 ans	2 (4.3%)	25 (53.2%)	16 (34%)	4 (8.5%)	

Les jeunes se brossent un peu plus souvent les dents que les vieux.

2.3.1.3. Selon le lieu de vie

Nb brossages	1	2	3	4	p=0,171
Urbain	2 (4.7%)	16 (37.2%)*	21 (48.8%)	4 (9.3%)	
Rural	4 (5.3%)	41 (54.7%)*	28 (37.3%)	2 (2.7%)	

On constate que les "urbains" ont tendance à se brosser les dents plus souvent que les "ruraux".

2.3.1.4. Selon le nombre d'adultes

Nb brossages	1	2	3	4	p=0,380
1 adulte	2 (10.5%)	9 (47.4%)	6 (31.6%)	2 (10.5%)	
> 1 adulte	4 (4.1%)	48 (48.9%)	42 (42.9%)	4 (4.1%)	

Le nombre de parents n'a pas d'influence significative sur les pratiques d'hygiène.

2.3.1.5. Selon la profession du père

Nb brossages	1	2	3	4	p=0,434
Sans emploi	0 (0%)	7 (53.8%)	4 (30.8%)	2 (15.4%)	
Employé/ouvrier	3 (5.1%)	29 (49.2%)	25 (42.3%)	2 (3.4%)	
Art/commerçant	0 (0%)	9 (69.2%)	3 (23.1%)	1 (7.7%)	
Prof ^o sup.	2 (10%)	8 (40%)	10 (50%)	0 (0%)	

Les habitudes d'hygiène, dans l'ensemble correctes, sont acquises globalement tout autant par les adolescents de tous les milieux.

2.3.1.6. Selon la profession de la mère

Nb brossages	1	2	3	4	
Sans emploi	0 (0%)	10 (52.6%)	8 (42.1%)	1 (5.3%)	p=0,746
Employé/ouvrier	3 (4.3%)	33 (47.2%)	29 (41.4%)	5 (7.1%)	
Art/commerçant	1 (16.7%)	4 (66.6%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	1 (5.9%)	9 (52.9%)	7 (41.2%)	0 (0%)	

Les habitudes d'hygiène sont identiques quelque soit la profession de la mère, comme pour la profession du père.

2.3.1.7. Selon la consommation de drogues

Nb brossages	1	2	3	4	
Non fumeurs	5 (5.1%)	48 (49%)	42 (42.9%)	3 (3.1%)*	p=0,148
Fumeurs	1 (5.3%)	8 (42.1%)	7 (36.8%)	3 (15.8%)*	
Non buveurs	1 (1.6%)	28 (45.2%)	30 (48.4%)	3 (4.8%)	p=0,248
Buveurs	4 (7.5%)	28 (52.8%)	18 (34%)	3 (5.7%)	

Les fumeurs sont plus nombreux à se brosser les dents au moins trois fois par jour. Les buveurs, au contraire, sont un peu moins nombreux à se brosser les dents au moins trois fois par jour (43,4% contre 50%).

2.3.1.8. Conclusions sur le nombre de brossages par jour

Les filles, jeunes, citadines, fumeuses, qui ne boivent pas, ont plus de chances de se brosser les dents suffisamment souvent que les autres.

2.3.2. Temps de brossage

2.3.2.1. Selon le sexe

Tps brossage	< 2 min	2 à 3 min	> 3 min	
Garçons	9 (16%)	30 (53.6%)	17 (30.4%)*	p=0,186
Filles	11 (18%)	40 (65.6%)	10 (16.4%)*	
Total	20 (17.1%)	70 (59.8%)	27 (23.1%)	117

Les filles sont moins nombreuses à se les brosser plus de trois minutes.

2.3.2.2. Selon l'âge

Tps brossage	< 2 min	2 à 3 min	≥ 3 min	p=0,991
13-14 ans	11 (18%)	36 (59%)	14 (23%)	
15-16 ans	8 (17%)	28 (59.6%)	11 (23.4%)	

Les pratiques d'hygiène ne diffèrent pas selon l'âge.

2.3.2.3. Selon le lieu de vie

Tps brossage	< 2 min	2 à 3 min	> 3 min	p=0,753
Urbain	6 (14.3%)	25 (59.5%)	11 (26.2%)	
Rural	14 (18.7%)	45 (60%)	16 (21.3%)	

Le temps de brossage est indépendant du lieu de vie. On note toutefois que le taux d'adolescents se brossant moins de 2 minutes est plus élevé chez les urbains, et celui de plus de 3 minutes plus élevé chez les ruraux.

2.3.2.4. Selon le nombre d'adultes

Tps brossage	< 2 min	2 à 3 min	≥ 3 min	p=0,756
1 adulte	4 (21.1%)	10 (52.6%)	5 (26.3%)	
> 1 adulte	16 (16.5%)	60 (61.9%)	21 (21.6%)	

Le nombre de parents n'a pas d'influence significative sur les pratiques d'hygiène.

2.3.2.5. Selon la profession du père

Tps brossage	< 2 min	2 à 3 min	≥ 3 min	p=0,464
Sans emploi	3 (23.1%)	6 (46.2%)	4 (30.8%)	
Employé/ouvrier	9 (15.5%)	36 (62.1%)	13 (22.4%)	
Art/commerçant	4 (30.8%)	9 (69.2%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	4 (20%)	11 (55%)	5 (25%)	

La profession du père ne semble pas corrélée le temps de brossage. Les habitudes d'hygiène, dans l'ensemble correctes, sont acquises globalement tout autant par les adolescents de tous les milieux.

2.3.2.6. Selon la profession de la mère

Tps brossage	< 2 min	2 à 3 min	≥ 3 min	
Sans emploi	2 (10.5%)	11 (57.9%)	6 (31.6%)	p=0,703
Employé/ouvrier	13 (18.8%)	39 (56.6%)	17 (24.6%)	
Art/commerçant	1 (16.7%)	5 (83.3%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	4 (23.5%)	10 (58.9%)	3 (17.6%)	

Les habitudes d'hygiène sont identiques quelque soit la profession de la mère, comme pour la profession du père.

2.3.2.7. Selon la consommation de drogues

Tps brossage	< 2 min	2 à 3 min	> 3 min	
Non fumeurs	18 (18.6%)	58 (59.8%)	21 (21.6%)	p=0,533
Fumeurs	2 (10.5%)	11 (57.9%)	6 (31.6%)	
Non buveurs	9 (14.5%)	38 (61.3%)	15 (24.2%)	p=0,648
Buveurs	11 (21.2%)	30 (57.7%)	11 (21.2%)	

Les fumeurs sont plus nombreux à se brosser les dents au moins trois minutes. Les buveurs, au contraire, sont un peu moins nombreux à se brosser les dents au moins trois minutes.

2.3.2.8. Conclusions sur le temps de brossage

Les adolescents se brossant les dents plus longtemps sont plutôt des garçons, ruraux, fumeurs ne buvant pas.

2.4. Comportements

2.4.1. Que faites-vous quand vous avez mal aux dents ?

3 réponses possibles : *je prends rendez-vous immédiatement chez le dentiste*
je prends des antalgiques
je brosse plus pour que ça passe

2.4.1.1. Selon le sexe

	Consulte	Antalgiques	Brosse +	
Garçons	21 (43.7%)	21 (43.8%)	6 (12.5%)	p=0,756
Filles	28 (50%)	23 (41.1%)	5 (8.9%)	
Total	49 (47.1%)	44 (42.3%)	11 (10.6%)	

A l'apparition d'une douleur dentaire, la proportion de filles prenant immédiatement rendez-vous est plus importante que celle de garçons.

2.4.1.2. Selon l'âge

	Consulte	Antalgiques	Brosse +	
13-14 ans	24 (47.1%)	22 (43.1%)	5 (9.8%)	p=0,638
15-16 ans	22 (51.1%)	19 (44.2%)	2 (4.7%)	

L'attitude face à une douleur et face à un saignement sont sensiblement identiques quelque soit l'âge des adolescents.

2.4.1.3. Selon le lieu de vie

	Consulte	Antalgiques	Brosse +	
Urbain	21 (55.3%)	10 (26.3%)*	7 (18.4%)	p=0,019 **
Rural	28 (42.4%)	34 (51.5%)*	4 (6.1%)	

L'attitude face à une douleur dentaire est différente selon le lieu de vie : les "urbains" sont plus nombreux à prendre rendez-vous immédiatement chez le dentiste, et à brosser plus pour que la douleur passe. Les "ruraux" ont plus tendance à prendre seulement des antalgiques.

2.4.1.4. Selon le nombre d'adultes

	Consulte	Antalgiques	Brosse +	p=0,085 *
1 adulte	5 (27.8%)*	9 (50%)	4 (22.2%)	
> 1 adulte	44 (51.8%)*	34 (40%)	7 (8.2%)	

Les adolescents vivant avec un seul parent ont moins de chances de prendre rendez-vous chez le dentiste s'ils ont mal aux dents.

2.4.1.5. Selon la profession du père

	Consulte	Antalgiques	Brosse +	p=0,051 *
Sans emploi	4 (33.3%)	8 (66.7%)*	0 (0%)	
Employé/ouvrier	27 (50%)	23 (42.6%)	4 (7.4%)	
Art/commerçant	8 (72.7%)*	3 (27.3%)	0 (0%)	
Prof ^o supérieure	5 (33.3%)	6 (40%)	4 (26.7%)*	

L'attitude face à une douleur dentaire varie significativement en fonction de la profession du père : les enfants de père sans emploi sont beaucoup plus nombreux à prendre simplement des antalgiques, et moins nombreux à appeler le dentiste. Les enfants de commerçants sont plus nombreux à consulter. Les enfants de professions supérieures sont plus nombreux à se brosser plus les dents pour que la douleur passe.

On voit que les adolescents réagissent différemment lors d'une douleur dentaire. Cependant il est difficile de faire ici la part entre ce que souhaiterait l'adolescent lui-même et ce que son père lui dit de faire, puisque des adolescents de cet âge ne sont pas encore indépendants. De toute façon il y a une corrélation entre les attitudes des enfants et celles de leurs parents.

2.4.1.6. Selon la profession de la mère

	Consulte	Antalgiques	Brosse +	p=0,889
Sans emploi	9 (50%)	7 (38.9%)	2 (11.1%)	
Employée/ouvrière	32 (49.2%)	28 (43.1%)	5 (7.7%)	
Artisane/commerçante	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	
Prof ^o sup.	5 (38.4%)	6 (46.2%)	2 (15.4%)	

L'attitude face à une douleur dentaire ou un saignement gingival n'est pas significativement corrélée à la profession de la mère.

2.4.1.7. Selon la consommation de drogues

	Consulte	Antalgiques	Brosse +	
Non fumeurs	39 (46.4%)	35 (41.7%)	10 (11.9%)	p=0,689
Fumeurs	9 (47.4%)	9 (47.4%)	1 (5.3%)	
Non buveurs	30 (57.7%)*	18 (34.6%)*	4 (7.7%)	p=0,063*
Buveurs	17 (34.7%)*	25 (51%)*	7 (14.3%)	

Les adolescents buvant sont moins nombreux à prendre un rendez-vous chez le dentiste lorsqu'ils ont mal que ceux ne buvant jamais, ce qu'on ne retrouve pas avec les fumeurs.

2.4.1.8. Conclusions sur l'attitude face à la douleur

Les adolescents consultant lors d'une douleur dentaire seront plus des filles, urbaines, vivant avec leurs deux parents, dont le père est artisan/commerçant. Ceux dont le père ne travaille pas consulteront moins, de même que les adolescents qui boivent. Les adolescents habitant à la campagne dont le père ne travaille pas prendront simplement des antalgiques.

2.4.2. Que faites vous quand vos gencives saignent ?

2.4.2.1. Selon le sexe

	Rien	Brosse +	Brosse -	+doucement	Consulte	sais pas	
Garçons	17 (31.5%)	1 (1.8%)	4 (7.4%)	19 (35.2%)	3 (5.6%)	10 (18.5%)*	p=0,303
Filles	18 (29.9%)	4 (6.7%)	4 (6.7%)	28 (46.7%)	2 (3.3%)	4 (6.7%)*	
Total	35 (30.7%)	5 (4.4%)	8 (7%)	47 (41.2%)	5 (4.4%)	14 (12.3%)	114

A l'apparition d'un saignement gingival, les filles auront plus tendance à brosser plus et à brosser plus doucement, et les garçons auront plus tendance à ne pas savoir quoi faire.

2.4.2.2. Selon l'âge

	Rien	Brosse +	Brosse -	+doucement	Consulte	Ne sais pas
13-14 ans	20 (34.5%)	1 (1.7%)	5 (8.6%)	21 (36.2%)	3 (5.2%)	8 (13.8%)
15-16 ans	12 (26.1%)	2 (4.3%)	0 (0%)	24 (52.3%)	2 (4.3%)	6 (13%)
p=0,241						

L'attitude face à une douleur et face à un saignement sont sensiblement identiques quelque soit l'âge des adolescents.

2.4.2.3. Selon le lieu de vie

	Rien	Brosse +	Brosse -	+doucement	Consulte	Ne sais pas
Urbain	10 (25%)	1 (2.5%)	1 (2.5%)	22 (55%)*	2 (5%)	4 (10%)
Rural	25 (33.8%)	4 (5.4%)	7 (9.5%)	25 (33.7%)*	3 (4.1%)	10 (13.5%)
p=0,297						

L'attitude face au saignement gingival est sensiblement identique. On remarque cependant quelques différences : les ruraux ont plus tendance à ne rien faire et à ne pas savoir quoi faire que les urbains ; les urbains ont plus tendance à brosser plus doucement et brosser plus.

2.4.2.4. Selon le nombre d'adultes

	Rien	Brosse +	Brosse -	+doucement	Consulte	Ne sais pas
1 adulte	5 (26.3%)	0 (0%)	2 (10.5%)	8 (42.1%)	1 (5.3%)	3 (15.8%)
> 1 adulte	29 (30.8%)	5 (5.3%)	6 (6.4%)	39 (41.5%)	4 (4.3%)	11 (11.7%)
p=0,883						

L'attitude face au saignement gingival est sensiblement identique quelque soit le nombre de parents.

2.4.2.5. Selon la profession du père

	Rien	Brosse +	Brosse -	+doucement	Consulte	Ne sais pas
Sans prof ^o	6 (46.2%)	0 (0%)	2 (15.4%)	4 (30.8%)	0 (0%)	1 (7.7%)
Empl/ouvr.	18 (31.6%)	3 (5.3%)	4 (7%)	24 (42.1%)	2 (3.5%)	6 (10.5%)
Art/com.	1 (7.7%)*	0 (0%)	1 (7.7%)	9 (69.2%)*	1 (7.7%)	1 (7.7%)
Prof ^o sup.	7 (36.8%)	1 (5.3%)	0 (0%)	8 (42.1%)	0 (0%)	3 (15.8%)
p=0,634						

L'attitude face à un saignement gingival est sensiblement identique dans les différentes CSP. Les jeunes semblent tous autant désarmés quand ils saignent. Ils n'ont pas l'air d'avoir reçu plus d'informations dans une catégorie que dans l'autre.

2.4.2.6. Selon la profession de la mère

	Rien	Brosse +	Brosse -	+doucement	Consulte	Ne sais pas
Sans prof ^o	3 (17.6%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	9 (52.9%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)
Empl/ouvr.	23 (33.8%)	3 (4.4%)	3 (4.4%)	25 (36.8%)	4 (5.9%)	10 (14.7%)
Art/com.	2 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (66.7%)	0 (0%)	0 (0%)
Prof ^o sup.	5 (29.4%)	0 (0%)	1 (5.9%)	9 (52.9%)	0 (0%)	2 (11.8%)
	p=0,868					

L'attitude face à un saignement gingival n'est pas significativement corrélée à la profession de la mère.

2.4.2.7. Selon la consommation de drogues

	Rien	Brosse +	Brosse -	+doux	Consulte	sais pas	
Non fumeur	29 (29.9%)	5 (5.2%)	7 (7.2%)	40 (41.2%)	3 (3.1%)	13 (13.4%)	p=0,487
Fumeurs	6 (37.5%)	0 (0%)	1 (6.3%)	6 (37.5%)	2 (12.5%)	1 (6.3%)	
Non buveurs	19 (31.1%)	5 (8.2%)	4 (6.6%)	22 (36.1%)	2 (3.3%)	9 (14.8%)	p=0,328
Buveurs	16 (31.4%)	0 (0%)	4 (7.8%)	23 (45.1%)	3 (5.9%)	5 (9.8%)	

L'attitude face à un saignement gingival n'est pas significativement liée à la consommation de drogues.

2.4.2.8. Conclusions sur l'attitude face à un saignement gingival

Lors d'un saignement gingival, les garçons, ruraux ne savent pas quoi faire. Les filles urbaines auront tendance à brosser plus et plus doucement.

2.5. Consultations

2.5.1. Fréquence et motif des visites

**Dernière visite chez le dentiste ?
Quand allez-vous chez le dentiste ?**

2.5.1.1. Selon le sexe

Dernière visite	< 6 mois	< 1 an	1 à 2 ans	> 2 ans	p=0,129
Garçons	40 (72.7%)	9 (16.4%)	2 (3.6%)	4 (7.3%)	
Filles	42 (71.2%)	12 (20.3%)	5 (8.5%)	0 (0%)	
Total	82 (71.9%)	21 (18.4%)	7 (6.1%)	4 (3.5%)	

Motif	Douleur	Problème	Contrôles	p=0,573
Garçons	8 (14.3%)	9 (16.1%)	39 (69.6%)	
Filles	5 (8.3%)	9 (15%)	46 (76.7%)	
Total	13 (11.2%)	18 (15.5%)	85 (73.3%)	

On n'observe de différence significative selon le sexe ni pour la dernière visite chez le dentiste, ni pour le motif de consultation. Malgré tout on peut noter que les garçons sont plus nombreux à attendre d'avoir mal pour consulter, et que les filles sont plus suivies régulièrement.

2.5.1.2. Selon l'âge

Dernière visite	< 6 mois	< 1 an	1 à 2 ans	> 2 ans	p=0,437
13-14 ans	45 (77.6%)	8 (13.8%)	3 (5.2%)	2 (3.4%)	
15-16 ans	29 (63%)	11 (24%)	4 (8.7%)	2 (4.3%)	

Motif	Douleur	Problème	Contrôles	p=0,968
13-14 ans	7 (11.7%)	10 (16.8%)	43 (71.7%)	
15-16 ans	6 (13%)	8 (17.4%)	32 (69.6%)	

Les plus jeunes sont plus nombreux à être allés chez le dentiste lors des 6 mois précédents que les plus âgés. Cela peut s'expliquer par le fait que les plus jeunes sont très nombreux à porter un appareil orthodontique, et que les visites ODF sont généralement très fréquentes et régulières. En effet un certain nombre d'élèves ont précisé sur le questionnaire que leur dernière visite était chez l'orthodontiste.

En revanche le motif de consultation est indépendant de l'âge.

2.5.1.3. Selon le lieu de vie

Dernière visite	< 6 mois	< 1 an	1 à 2 ans	> 2 ans	p=0,823
Urbain	33 (76.7%)	7 (16.3%)	2 (4.7%)	1 (2.3%)	
Rural	49 (69%)	14 (19.8%)	5 (7%)	3 (4.2%)	

Motif	Douleur	Problème	Contrôles	p=0,476
Urbain	3 (7.1%)	8 (19%)	31 (73.9%)	
Rural	10 (13.5%)	10 (13.5%)	54 (73%)	

On remarque que la proportion d'adolescents affirmant être allés chez le dentiste dans les six mois précédents est un peu plus élevée chez les urbains que les ruraux. On peut noter également que la proportion d'adolescents suivis régulièrement est identique à la ville et à la campagne, mais les ruraux prennent plutôt rendez-vous quand ils ont mal, et les urbains quand ils pensent qu'il y a un problème.

2.5.1.4. Selon le nombre d'adultes

Dernière visite	< 6 mois	< 1 an	1 à 2 ans	> 2 ans	p=0,472
1 adulte	15 (83.3%)	3 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)	
> 1 adulte	66 (69.5%)	18 (18.9%)	7 (7.4%)	4 (4.2%)	

Motif	Douleur	Problème	Contrôles	p=0,475
1 adulte	1 (5.3%)	2 (10.5%)	16 (84.2%)	
> 1 adulte	12 (12.5%)	16 (16.7%)	68 (70.8%)	

On n'observe pas de corrélation significative entre le nombre d'adultes dans le foyer et les visites chez le dentiste.

2.5.1.5. Selon la profession du père

Dernière visite	< 6 mois	< 1 an	1 à 2 ans	> 2 ans	p=0,781
Sans emploi	8 (61.5%)	3 (23.1%)	2 (15.4%)	0 (0%)	
Employé/ouvrier	41 (71.9%)	11 (19.3%)	2 (3.5%)	3 (5.3%)	
Art/commerçant	10 (83.3%)	2 (16.7%)	0 (0%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	14 (70%)	4 (20%)	1 (5%)	1 (5%)	

Motif	Douleur	Problème	Contrôles réguliers	p=0,434
Sans emploi	1 (7.7%)	3 (23.1%)	9 (69.2%)	
Employé/ouvrier	5 (8.6%)	12 (20.7%)	41 (70.7%)	
Art/commerçant	3 (23.1%)	0 (0%)	10 (76.9%)	
Prof ^o sup.	2 (10.5%)	2 (10.5%)	15 (79%)	

La date de la dernière visite chez le dentiste et le motif de consultation sont sensiblement identiques dans les différentes professions. On remarque toutefois là encore une différence concernant les enfants de père sans emploi, même si celle-ci n'est pas significative : ils sont moins nombreux à être allés chez le dentiste dans les six mois précédents que les autres (61,5% contre 71,6% en moyenne). Et ils sont moins nombreux que les enfants de professions supérieures à être suivis régulièrement (69,2% contre 78,9% en moyenne).

2.5.1.6. Selon la profession de la mère

Dernière visite	< 6 mois	< 1 an	1 – 2 ans	> 2 ans	
Sans emploi	16 (88.8%)	1 (5.6%)	1 (5.6%)	0 (0%)	p=0,437
Employée/ouvrière	45 (67.1%)	16 (23.9%)	4 (6%)	2 (3%)	
Art./commerçante	5 (83.3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (16.7%)	
Prof ^o sup.	11 (64.7%)	4 (23.5%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	

Motif de visite	Douleur	Problème	Contrôles	
Sans emploi	0 (0%)	1 (5.3%)	18 (94.7%)*	p=0,082*
Employée/ouvrière	7 (10%)	14 (20%)	49 (70%)	
Artisane/commerçante	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	
Prof ^o sup.	3 (18.7%)	2 (12.5%)	11 (68.8%)	

Les enfants de mère sans emploi sont plus nombreux à être allés chez le dentiste dans les six mois précédents (88,9% contre 71,3%). Là encore on remarque que ces enfants sont mieux suivis. Et ce sont les enfants de mère de profession supérieure qui sont le moins nombreux. Le motif de consultation diffère significativement selon cette profession (ce qui ne se retrouve pas avec la CSP du père). Les enfants de mère sans emploi sont plus nombreux que les autres à faire des contrôles réguliers. Les enfants de mère artisanne ou commerçante sont moins nombreux à être suivis régulièrement.

Les mères qui ne travaillent pas ont très probablement plus de temps pour emmener leurs enfants en consultation.

2.5.1.7. Selon la consommation de drogues

	< 6 mois	< 1 an	1 à 2 ans	> 2 ans	
Non fumeurs	69 (71.9%)	20 (20.8%)	5 (5.2%)	2 (2.1%)	p=0,086*
Fumeurs	12 (70.6%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	2 (11.8%)	
Non buveurs	46 (75.4%)	11 (18%)	3 (4.9%)	1 (1.6%)	p=0,746
Buveurs	34 (68%)	10 (20%)	4 (8%)	2 (4%)	

	Douleur	Problème	Contrôles	
Non fumeurs	11 (11.5%)	12 (12.5%)*	73 (76%)	p=0,108
Fumeurs	2 (10.5%)	6 (31.6%)*	11 (57.9%)	
Non buveurs	6 (9.8%)	7 (11.5%)	48 (78.7%)	p=0,381
Buveurs	7 (13.5%)	10 (19.2%)	35 (67.3%)	

On remarque que les adolescents qui boivent sont moins nombreux à être allés chez le dentiste dans les six mois précédents. De même ils attendent plus d'avoir mal ou un problème pour consulter que ceux qui ne boivent pas d'alcool. Les fumeurs sont moins suivis régulièrement : la dernière visite date de plus d'un an pour 23,6% des fumeurs contre seulement 7,3% des non fumeurs. Ils attendent aussi plus d'avoir un problème pour consulter que ceux qui ne fument pas.

2.5.1.8. Conclusions sur les visites dentaires

Les adolescents suivis régulièrement sont surtout des filles, jeunes, dont le père travaille mais pas la mère, ne consommant ni alcool ni tabac.

2.5.2. Accessibilité du cabinet

Avez-vous des difficultés pour aller chez le dentiste ?
Avez-vous déjà raté un rendez-vous ?

2.5.2.1. Selon le sexe

	Non	Distance	Finances	Temps	
Garçons	54 (94.7%)*	0 (0%)*	1 (1.8%)	2 (3.5%)	p=0,099*
Filles	50 (82%)*	5 (8.2%)*	3 (4.9%)	3 (4.9%)	
Total	104 (88.2%)	5 (4.2%)	4 (3.4%)	5 (4.2%)	118

Les filles sont significativement plus nombreuses à estimer avoir des difficultés d'accès au cabinet que les garçons (18% contre 5,3%).

	Non	Oui	
Garçons	38 (66.7%)	19 (33.3%)	p=0,707
Filles	38 (63.3%)	22 (36.7%)	
Total	76 (65%)	41 (35%)	

En revanche il n'y a pas de différence significative pour les rendez-vous manqués.

2.5.2.2. Selon l'âge

	Non	Distance	Finances	Temps	p=0,029 **
13-14 ans	58 (95.1%)*	2 (3.3%)	1 (1.6%)	0 (0%)*	
15-16 ans	37 (78.7%)*	2 (4.3%)	3 (6.4%)	5 (10.6%)*	

Les plus âgés estiment avoir plus de difficultés d'accès au cabinet que les plus jeunes (21,7% des vieux estiment avoir des difficultés contre 4% des jeunes).

	Non	Oui	p=0,394
13-14 ans	19 (68.9%)	42 (31.1%)	
15-16 ans	18 (60.9%)	28 (39.1%)	

Les vieux son également plus nombreux à avoir déjà raté un rendez-vous, mais ce n'est plus significatif.

2.5.2.3. Selon le lieu de vie

	Non	Distance	Financières	Temps	p=0,082*
Urbain	42 (97.7%)*	0 (0%)	1 (2.3%)	0 (0%)	
Rural	62 (82.6%)*	5 (6.7%)	3 (4%)	5 (6.7%)	

Les difficultés d'accès au cabinet sont significativement liées au lieu de vie : les "ruraux" éprouvent plus de difficultés pour y aller, quelque soit la nature de celles-ci.

	Oui	Non	p=0,411
Urbain	13 (30.2%)	30 (69.8%)	
Rural	28 (37.8%)	46 (62.2%)	

Les jeunes manquent légèrement moins de rendez-vous à la ville qu'à la campagne.

2.5.2.4. Selon le nombre d'adultes

	Non	Distance	Finances	Temps	p=0,160
1 adulte	15 (79%)	2 (10.5%)	0 (0%)	2 (10.5%)	
> 1 adulte	88 (89.7%)	3 (3.1%)	4 (4.1%)	3 (3.1%)	

Le nombre de parents corréle les difficultés d'accès au cabinet dentaire : les adolescents éprouvent plus de difficultés à aller chez le dentiste lorsqu'ils vivent avec un seul parent.

	Oui	Non	
1 adulte	10 (52.6%)*	9 (47.4%)*	p=0,075 *
> 1 adulte	31 (31.6%)*	66 (68.4%)*	

Ils sont aussi un peu plus nombreux à avoir déjà raté un rendez-vous.

2.5.2.5. Selon la profession du père

	Non	Distance	Finances	Temps	
Sans emploi	8 (61.5%)*	0 (0%)	3 (23.1%)*	2 (15.4%)	p=0,007***
Employé/ouvrier	55 (93.2%)*	3 (5.1%)	0 (0%)*	1 (1.7%)	
Art/commerçant	10 (76.9%)	1 (7.7%)	1 (7.7%)	1 (7.7%)	
Prof ^o sup.	19 (95%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	

On observe une différence significative d'accès au cabinet dentaire selon la CSP du père. Les enfants de père sans emploi ont le plus de difficultés pour se rendre au cabinet (38,5% contre seulement 5% des enfants de professions supérieures), particulièrement d'ordre financier.

RDV manqué	Oui	Non	
Sans emploi	4 (30.8%)	9 (69.2%)	p=0,634
Empl./ouvrier	21 (36.2%)	37 (63.8%)	
Art./commerçant	6 (46.2%)	7 (53.8%)	
Prof ^o sup.	5 (25%)	15 (75%)	

On n'observe pas de différence significative dans le taux de rendez-vous manqués. On remarque cependant que ce sont les enfants de père artisan/commerçant qui rapportent le plus avoir déjà manqué un rendez-vous, et ceux de professions supérieures le moins.

2.5.2.6. Selon la profession de la mère

	Non	Distance	Finances	Temps	
Sans emploi	18 (94.7%)	0 (0%)	1 (5.3%)	0 (0%)	p=0,725
Employée/ouvrière	60 (85.7%)	4 (5.7%)	2 (2.9%)	4 (5.7%)	
Art./commerçante	5 (83.3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (16.7%)	
Prof ^o sup.	15 (88.2%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	0 (0%)	

A nouveau ce sont les enfants de mère sans emploi qui sont le moins nombreux à estimer avoir des difficultés pour aller chez le dentiste (5,3% seulement contre 16,7% des enfants de mère employée/ouvrière). Ce résultat conforte une fois de plus l'hypothèse que les mères ne travaillant pas ont plus de facilités à emmener leurs enfants que celles travaillant.

RDV manqué	Oui	Non	
Sans emploi	6 (31.6%)	13 (68.4%)	p=0,941
Empl./ouvrier	24 (34.8%)	45 (65.2%)	
Art./commerçant	2 (33.3%)	4 (66.7%)	
Prof ^o sup.	7 (41.2%)	10 (58.8%)	

Le taux de rendez-vous manqués n'est pas significativement lié à la profession de la mère.

2.5.2.7. Selon la consommation de drogues

	Non	Distance	Finances	Temps	
Non fumeurs	88 (89.8%)	3 (3.1%)	2 (2%)	5 (5.1%)	p=0,084*
Fumeurs	15 (78.9%)	2 (10.5%)	2 (10.5%)	0 (0%)	
Non buveurs	58 (93.5%)*	2 (3.2%)	1 (1.6%)	1 (1.6%)	p=0,206
Buveurs	43 (81.1%)*	3 (5.7%)	3 (5.7%)	4 (7.5%)	

Les adolescents qui boivent estiment plus avoir de difficultés d'accès que ceux qui ne boivent pas, de même que ceux qui fument.

	Oui	Non	
Non fumeurs	22 (25.9%)	63 (74.1%)	p=0,001***
Fumeurs	13 (68.4%)	6 (31.6%)	
Non buveurs	11 (20.8%)	42 (79.2%)	p=0,003**
Buveurs	24 (49%)	25 (51%)	

Les adolescents qui boivent sont plus nombreux à avoir raté un rendez-vous, de même que les fumeurs.

2.5.2.8. Conclusions sur l'accessibilité du cabinet dentaire

Les adolescents éprouvant des difficultés pour accéder au cabinet dentaire sont essentiellement des filles, plus âgées, vivant à la campagne, avec un seul adulte, dont le père n'a pas d'emploi et la mère en a un. Ceux ayant déjà manqué un rendez-vous sont les plus âgés, habitant un village, avec un parent célibataire, de père artisan ou commerçant, qui fument ou boivent.

2.6. Peur du dentiste

Avez-vous peur d'aller chez le dentiste ?

2.6.1. Selon le sexe

	Pas peur	Un peu	Peur	Très peur	
Garçons	41 (71.9%)*	14 (24.5%)*	1 (1.8%)	1 (1.8%)	p=0,001***
Filles	25 (41%)*	27 (44.3%)*	3 (4.9%)	6 (9.8%)	
Total	66 (55.9%)	41 (34.8%)	4 (3.4%)	7 (5.9%)	118

Les filles ont significativement beaucoup plus peur d'aller chez le dentiste que les garçons.

2.6.2. Selon l'âge

	Pas peur	Un peu	Peur	Très peur	
13-14 ans	35 (57.4%)	21 (34.4%)	2 (3.3%)	3 (4.9%)	p=0,790
15-16 ans	23 (48.9%)	18 (38.3%)	2 (4.3%)	4 (8.5%)	

Le taux d'adolescents avouant avoir peur du dentiste est plus élevé chez les vieux que chez les jeunes, bien que ce ne soit pas significatif. On peut émettre l'hypothèse que l'âge augmentant, le risque de vivre une mauvaise expérience chez le dentiste augmente aussi.

2.6.3. Selon le lieu de vie

	Pas peur	Un peu	Peur	Très peur	
Urbain	26 (60.5%)	11 (25.5%)	2 (4.7%)	4 (9.3%)	p=0,321
Rural	40 (53.3%)	30 (50%)	2 (2.7%)	3 (4%)	

La peur du dentiste est plus répandue à la campagne qu'à la ville.

2.6.4. Selon le nombre d'adultes

	Pas peur	Un peu	Peur	Très peur	
1 adulte	14 (73.7%)*	5 (26.3%)	0 (0%)	0 (0%)	p=0,264
> 1 adulte	51 (52%)*	36 (36.8%)	4 (4.1%)	7 (7.1%)	

Les enfants ont légèrement moins peur quand ils vivent avec un adulte seul.

2.6.5. Selon la profession du père

	Non	Un peu peur	Peur	Très peur	
Sans emploi	5 (38.5%)	3 (23%)	1 (7.7%)	4 (30.8%)*	p=0,003***
Employé/ouvrier	34 (57.6%)	23 (39%)	1 (1.7%)	1 (1.7%)*	
Art/commerçant	5 (38.5%)	6 (46.1%)	2 (15.4%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	13 (65%)	5 (25%)	0 (0%)	2 (10%)	

La peur est significativement liée à la profession du père. Les enfants de père de professions supérieures ont moins de risques d'avoir peur. Les enfants de père sans emploi ou artisan/commerçant ont plus de risques d'avoir peur, particulièrement les enfants de père sans emploi qui sont plus nombreux à rapporter avoir très peur.

2.6.6. Selon la profession de la mère

	Pas peur	Un peu peur	Peur	Très peur	
Sans emploi	13 (68.4%)	5 (26.3%)	1 (5.3%)	0 (0%)	p=0,839
Employée/ouvrière	36 (51.4%)	27 (38.6%)	2 (2.9%)	5 (7.1%)	
Artisane/commerçante	4 (66.7%)	2 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	
Prof ^o sup.	9 (52.9%)	5 (29.4%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	

On note que ce sont les enfants dont la mère ne travaille pas qui sont le plus nombreux à affirmer ne pas avoir peur du dentiste (68,4% contre 55,4% en moyenne).

2.6.7. Selon la consommation de drogues

	Oui	Non	
Non fumeurs	54 (55.1%)	44 (44.9%)	p=0,524
Fumeurs	12 (63.2%)	7 (36.8%)	
Non buveurs	32 (51.6%)	30 (48.4%)	p=0,348
Buveurs	32 (60.4%)	21 (39.6%)	

Les adolescents qui boivent sont un peu plus nombreux à affirmer ne pas avoir peur du dentiste que les autres, de même que ceux qui fument, sans que ces résultats soient significatifs.

2.6.8. Conclusions sur la peur du dentiste

Les adolescents ayant peur du dentiste sont plutôt des filles, plus âgées, vivant à la campagne, avec leurs deux parents, dont le père n'a pas d'emploi ou est artisan/commerçant et la mère a un emploi, ne consommant ni tabac ni alcool.

2.7. Perception du praticien

Vous avez confiance en votre dentiste
Votre dentiste explique bien ce qu'il fait
Vous trouvez votre dentiste agréable

2.7.1. Selon le sexe

	Confiance		Explications		Appréciation	
	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non
Garçons	52 (91.2%)*	5 (8.8%)*	50 (87.7%)	7 (12.3%)	50 (89.3%)	6 (10.7%)
Filles	43 (70.5%)*	18 (29.5%)*	50 (82%)	11 (18%)	51 (83.6%)	10 (16.4%)
	p=0,005***		p=0,389		p=0,375	

Les filles ont significativement moins confiance en leur praticien que les garçons. Elles sont aussi moins nombreuses à apprécier leur praticien ainsi que ses explications. Il semble logique de trouver ces résultats ensemble. D'ailleurs on retrouve une relation entre ces trois paramètres.

2.7.2. Selon l'âge

	Confiance		Explications		Appréciation	
	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non
13-14ans	49 (88%)	12 (12%)	52 (92%)	9 (8%)	51 (89.8%)	9 (10.2%)
15-16ans	37 (78.3%)	10 (21.7%)	39 (82.6%)	8 (17.4%)	40 (84.8%)	7 (15.2%)
	p=0,198		p=0,161		p=0,469	

On observe une différence selon l'âge pour toutes les questions de perception du praticien : les jeunes ont plus tendance à avoir confiance en leur praticien, à apprécier ses explications et à l'apprécier que les vieux.

2.7.3. Selon le lieu de vie

	Confiance		Explications		Appréciation	
	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non
Urbain	37 (86%)	6 (14%)	40 (93%)	3 (7%)	38 (90.5%)	4 (9.5%)
Rural	58 (77.3%)	17 (22.7%)	60 (80%)	15 (20%)	63 (84%)	12 (16%)
	p=0,249		p=0,055**		p=0,329	

Les ruraux ont plus tendance à avoir confiance en leur praticien, à apprécier ses explications et à l'apprécier.

2.7.4. Selon le nombre d'adultes

	Confiance		Explications		Appréciation	
	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non
1 adulte	13 (68.4%)	6 (31.6%)	13 (68.4%)	6 (31.6%)	14 (73.7%)	5 (26.3%)
>1 adulte	81 (82.7%)	17 (17.3%)	86 (87.9%)	12 (12.1%)	86 (88.8%)	11 (11.2%)
	p=0,142		p=0,029**		p=0,076*	

Les enfants vivant avec un adulte seul sont significativement moins nombreux à apprécier leur praticien et ses explications, et ils ont moins confiance en lui.

2.7.5. Selon la profession du père

	Confiance		Explications		Appréciation	
	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non
Sans empl.	6 (46.2%)*	7 (53.8%)*	8 (61.5%)*	5 (38.5%)*	8 (61.5%)*	5 (38.5%)*
Empl/ouvr.	48 (81.4%)	11 (18.6%)	52 (88.1%)	7 (11.9%)	54 (91.5%)*	5 (8.5%)*
Art/com.	12 (92.3%)	1 (7.7%)	10 (76.9%)	3 (23.1%)	9 (84.6%)	2 (15.4%)
Prof ^o sup.	18 (90%)	2 (10%)	19 (95%)	1 (5%)	16 (84.2%)	3 (15.8%)
	p=0,008***		p=0,042**		p=0,049**	

La perception du praticien est significativement liée à la profession du père. Les enfants de père sans emploi sont plus nombreux à ne pas avoir confiance en leur praticien, à ne pas apprécier ses explications et à ne pas l'apprécier. Ceux qui apprécient les explications de leur praticien sont moins souvent des enfants de père sans emploi ou artisan/commerçant, et plus souvent des enfants de professions supérieures. Ceux qui apprécient leur praticien sont moins des enfants de père sans emploi, et plus de enfants d'employé/ouvrier.

2.7.6. Selon la profession de la mère

	Confiance		Explications		Appréciation	
	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non
Sans emploi	17 (89.5%)	2 (10.5%)	18 (94.7%)	1 (5.3%)	18 (94.7%)	1 (5.3%)
Empl/ouvr.	53 (75.7%)	17 (24.3%)	59 (84.3%)	11 (15.7%)	59 (84.3%)	11 (15.7%)
Art/com.	5 (83.3%)	1 (16.7%)	4 (66.7%)	2 (33.3%)	5 (83.3%)	1 (16.7%)
Prof ^o sup.	15 (88.2%)	2 (11.8%)	14 (82.4%)	3 (17.6%)	13 (81.3%)	3 (18.7%)
	p=0,449		p=0,380		p=0,651	

La perception du praticien n'est plus statistiquement liée à la profession de la mère. Mais là encore on retrouve une différence concernant les enfants de mère sans emploi : ils ont plus de chances d'avoir confiance en leur praticien, d'apprécier ses explications, et d'apprécier leur praticien.

2.7.7. Selon la consommation de drogues

	Confiance		Explications		Appréciation	
Alcool	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non
Non	88.7%	11.3%	90.3%	9.7%	91.9%	8.1%
Oui	71.7%	28.3%	77.4%	22.6%	80.8%	19.2%
	p=0,020**		p=0,053*		p=0,075*	
	Confiance		Explications		Appréciation	
Tabac	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non	Plutôt oui	Plutôt non
Non	87.2%	12.8%	90.7%	9.3%	89.4%	10.6%
Oui	68.4%	31.6%	73.7%	26.3%	84.2%	15.8%
	p=0,042**		p=0,039**		p=0,529	

La perception du praticien est significativement corrélée avec la consommation d'alcool et celle de tabac. Ceux qui boivent ont moins confiance en leur praticien ; ils apprécient moins ses explications ; ils l'apprécient moins. Ceux qui fument ont moins confiance en leur praticien ; ils estiment moins que leur praticien donne de bonnes explications.

2.7.8. Conclusions sur la perception du praticien

Les adolescents appréciant leur praticien sont plutôt des garçons, jeunes, habitant un village, vivant avec leurs deux parents, dont le père a un emploi, et qui ne fument ni ne boivent d'alcool.

2.8. Pédodontistes

Souhaitez-vous qu'il existe des pédodontistes ?

2.8.1. Selon le sexe

	Oui	Non	
Garçons	18 (34%)*	35 (66%)*	p=0,006***
Filles	36 (60%)	24 (40%)	
Total	54 (47.8%)	59 (52.2%)	113

Les filles sont très significativement plus nombreuses que les garçons à souhaiter l'existence de pédodontistes (presque deux tiers contre un tiers).

2.8.2. Selon l'âge

	Oui	Non	
13-14 ans	22 (38.6%)	35 (61.4%)	p=0,007***
15-16 ans	30 (65.2%)	16 (34.8%)	

Le souhait de l'existence de pédodontistes est significativement lié à l'âge : le groupe des plus âgés souhaite plus l'existence de pédodontistes que le groupe des plus jeunes. On peut supposer (en utilisant aussi ce qu'ils en disent) que les plus jeunes aspirent à être traités en adultes, et que les plus âgés regrettent de ne pas avoir eu un dentiste plus attentionné, et qu'ils pensent que ce serait bien pour les enfants.

2.8.3. Selon le lieu de vie

	Oui	Non	
Urbain	20 (50%)	20 (50%)	p=0,728
Rural	34 (46.6%)	39 (53.4%)	

La proportion d'adolescents interrogés souhaitant l'existence de pédodontistes est parfaitement égale à celle ne le souhaitant pas à la ville, alors qu'à la campagne ils sont légèrement minoritaires à la souhaiter. Cette différence n'est toutefois pas significative.

2.8.4. Selon le nombre d'adultes

	Oui	Non	p=0,137
1 adulte	12 (63.2%)	7 (36.8%)	
> 1 adulte	42 (44.7%)	51 (55.3%)	

La proportion d'adolescents souhaitant qu'il existe des pédodontistes est plus importante chez ceux vivant avec un seul adulte que chez les autres.

2.8.5. Selon la profession du père

	Oui	Non	p=0,107
Sans emploi	9 (69.2%)	4 (30.8%)	
Empl./ouvrier	24 (42.1%)	33 (57.9%)	
Art./commerçant	8 (72.7%)*	3 (27.3%)*	
Prof ^o sup.	8 (42.1%)	11 (57.9%)	

La différence dans la proportion de jeunes souhaitant l'existence de pédodontistes n'est pas significative, mais on observe que ce taux est plus élevé chez les enfants de père sans emploi et chez les enfants d'artisans/commerçants, et plus faible chez les enfants d'employés/ouvriers et les enfants de professions supérieures.

Ces résultats sont assez proches des catégories pour les questions concernant la perception du praticien. On peut supposer que les patients appréciant leur dentiste ressentent moins la nécessité de l'existence des pédodontistes que ceux qui ressentent plus de difficultés relationnelles.

2.8.6. Selon la profession de la mère

	Oui	Non	p=0,887
Sans emploi	9 (47.4%)	10 (52.6%)	
Empl./ouvrière	34 (49.3%)	35 (50.7%)	
Art./commerçante	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
Prof ^o sup.	9 (56.2%)	7 (43.8%)	

Le souhait de pédodontistes ne diffère pas statistiquement en fonction de la profession de la mère. On retrouve cependant en partie la même tendance que selon la profession du père, avec un taux plus élevé d'enfant d'artisane/commerçante le souhaitant.

2.8.7. Selon la consommation de drogues

	Oui	Non	
Non fumeurs	40 (43%)	53 (57%)	p=0,041**
Fumeurs	13 (68.4%)	6 (31.6%)	
Non buveurs	29 (49.2%)	30 (50.8%)	p=0,821
Buveurs	24 (47.1%)	27 (52.9%)	

Les fumeurs sont plus nombreux à souhaiter l'existence de pédodontistes que les non fumeurs.

2.8.8. Conclusions sur le souhait des pédodontistes

Les adolescents ressentant la nécessité des pédodontistes sont très majoritairement des filles, âgées. Ce sont aussi ceux qui habitent à la campagne, avec un parent seul, ou dont le père est sans emploi ou artisan/commerçant, et qui fument.

2.9. Croisement des réponses entre elles

2.9.1. Peur - expérience de la douleur

2.9.1.1. Expérience antérieure de la douleur / peur

	Peur non	Peur oui	p=0,000***
Mal aux dents oui	47 (48.5%)	50 (51.5%)	
Mal aux dents non	19 (95%)	1 (5%)	
Total	66 (56.4%)	51 (43.6%)	

La peur du dentiste est très étroitement liée à l'expérience antérieure de la douleur dentaire : les adolescents ayant déjà eu mal aux dents ont significativement plus peur d'aller chez le dentiste que ceux qui n'ont jamais eu mal aux dents. Ceux qui n'ont jamais eu mal aux dents n'ont pas peur du dentiste dans une très large majorité.

2.9.1.2. Expérience douleur / Saignement provoqué

	Mal aux dents oui	Mal aux dents non	p=0,006***
Ne saigne jamais	22 (66.7%)	11 (33.3%)	
Saigne	64 (88.9%)	8 (11.1%)	
Total	88 (81.9%)	19 (18.1%)	

L'expérience de la douleur est liée au saignement provoqué au brossage : la proportion d'adolescents interrogés affirmant ne jamais avoir eu mal aux dents est plus importante chez ceux qui ne saignent jamais que chez les autres.

2.9.1.3. Attitude douleur / peur

Attitude douleur	Peur non	Peur oui	p=0,485
Consulte	27 (58.7%)	19 (41.3%)	
Antalgiques/brosse+	30 (51.7%)	28 (48.3%)	
Total	57 (54.8%)	47 (45.2%)	

L'attitude face à une douleur dentaire n'est pas significativement liée à la peur du dentiste. On remarque néanmoins que les patients qui ont peur ont moins de chances de prendre rendez-vous quand ils ont mal aux dents que ceux qui n'ont pas peur.

2.9.1.4. Visites dentaires / peur

	Dernière visite		Motif visite	
	< 6 mois	> 6 mois	Contrôles	Pb/douleur
Peur non	44 (53.7%)	18 (56.3%)	49 (57.6%)	15 (48.4%)
Peur oui	38 (46.3%)	14 (43.8%)	36 (42.4%)	16 (51.6%)
	p=0,799		p=0,379	

On remarque que les adolescents qui ont peur attendent plus d'avoir mal ou d'avoir un problème pour consulter que ceux qui n'ont pas peur.

2.9.1.5. Perception praticien / peur

Perception prat	Confiance oui	Confiance non	p=0,067*
Peur non	57 (86.4%)	9 (13.6%)	
Peur oui	38 (73.1%)	14 (26.9%)	
Total	95 (80.5%)	23 (19.5%)	

Les adolescents qui ont moins confiance en leur praticien ont plus peur.

2.9.1.6. Expérience douleur / Accessibilité du cabinet

	Difficultés non	Difficulté oui	p=0,067*
Mal aux dents oui	83 (85.6%)	14 (14.4%)	
Mal aux dents non	20 (100%)	0 (0%)	
Total	103 (88%)	14 (12%)	

Avoir eu mal aux dents est lié à l'accessibilité du praticien : aucun de ceux qui n'a jamais eu mal aux dents n'a de difficulté d'accès au cabinet dentaire ; tous ceux qui ont des difficultés d'accès ont déjà eu mal aux dents. On peut supposer que les jeunes ayant des difficultés d'accès hésitent plus avant de prendre un rendez-vous chez le dentiste que les autres.

2.9.1.7. Peur / Accessibilité cabinet

	Difficulté non	Difficultés oui	p=0,027**
Peur non	62 (93.9%)	4 (6.1%)	
Peur oui	42 (80.8%)	10 (19.2%)	
Total	104 (88%)	14 (12%)	

La peur du dentiste est corrélée à l'accessibilité de son cabinet : les adolescents ayant peur estiment plus avoir des difficultés d'accès que ceux n'ayant pas peur.

Il est néanmoins difficile de savoir dans quel sens se fait cette relation : est-ce parce qu'ils ont peur qu'ils trouvent comme excuse pour ne pas y aller qu'ils ont des difficultés pour aller voir le dentiste ; ou alors on retrouve indirectement la relation précédente : le cabinet étant difficile d'accès, ils n'ont pas pris rendez-vous assez tôt, ont déjà eu mal aux dents, et par conséquent ont peur du dentiste.

2.9.1.8. Rendez-vous manqué / peur

	Rdv manqué non	Rdv manqué oui	p=0,495
Peur non	44 (67.7%)	21 (32.3%)	
Peur oui	32 (61.5%)	20 (38.5%)	
Total	76 (65%)	41 (35%)	

Les adolescents qui ont peur ont un peu plus manqué de rendez-vous que ceux qui n'ont pas peur, sans que ce soit significatif.

2.9.1.9. Pédodontistes

	Peur non	Peur oui	Mal non	Mal oui	Total
Oui	28 (44%)	26 (52%)	7 (35%)	47 (50.5%)	54 (47.8%)
Non	35 (56%)	24 (48%)	13 (65%)	46 (49.5%)	59 (52.2%)
Total	63 (100%)	50 (100%)	20 (100%)	93 (100%)	113 (100%)
	p=0,430		p=0,204		

Le taux d'adolescents souhaitant l'existence de pédodontistes est plus élevé chez ceux qui ont peur que chez ceux qui n'ont pas peur, ainsi que chez ceux qui ont déjà eu mal aux dents, sans que ce soit statistiquement significatif.

2.9.1.10. Conclusions des relations peur/expérience de la douleur

Ces relations paraissent logiques. Il est probable qu'en allant chez le dentiste en ayant déjà mal aux dents, la séance de soins soit plus désagréable voire douloureuse qu'en y allant pour un simple contrôle. Et une séance se passant mal risque de laisser des mauvais souvenirs persistants. De même, si la séance se passe mal, l'enfant retiendra que le dentiste lui a fait mal, sans pouvoir mettre ces désagréments en relation avec sa douleur antérieure. Ce résultat confirme donc, si c'était encore nécessaire, l'importance d'habituer les enfants aux contrôles dentaires plutôt que d'attendre qu'ils aient mal pour prendre rendez-vous.

2.9.2. Suivi dentaire

2.9.2.1. Suivi dentaire / attitude douleur

	Contrôles	Pb/douleur	p=0,025
Consulte	39 (84.8%)	7 (15.2%)	
Antalgiques/brosse+	38 (65.5%)	20 (34.5%)	
Total	77 (74%)	27 (26%)	

	<6mois	>6mois	p=0,214
Consulte	35 (77.8%)	10 (22.2%)	
Antalgiques/brosse+	38 (66.7%)	19 (33.3%)	
Total	73 (71.6%)	29 (28.4%)	

	Contrôles	Problème/douleur	p=0,003
< 6 mois	67 (81.7%)	15 (18.3%)	
> 6 mois	16 (55.3%)	14 (46.7%)	
Total	83 (74%)	29 (26%)	

Le motif de visite du dentiste est corrélé avec la fréquence de visite du dentiste et avec l'attitude face à une douleur dentaire : ceux qui sont suivis régulièrement sont plus nombreux à être allés chez le dentiste dans les 6 mois précédents, et ils prennent plus facilement rendez-vous immédiatement lorsqu'ils ont mal aux dents que ceux qui ne sont pas suivis régulièrement.

2.9.2.2. Saignement provoqué / attitude douleur

	Consulte	Antalgiques/brosse+	p=0,023**
Ne saigne jamais	21 (63.6%)	12 (36.4%)	
Saigne	24 (39.3%)	37 (60.7%)	

L'attitude face à une douleur dentaire est corrélée avec le saignement provoqué au brossage : ceux qui ne saignent jamais lors du brossage sont significativement plus nombreux à prendre rendez-vous immédiatement chez le dentiste quand ils ont mal aux dents que les autres.

2.9.2.3. Suivi / grignotage

	Contrôles	Problème/douleur	p=0,042**
Ne grignote pas	10 (100%)	0 (0%)	
Grignote	74 (70.5%)	31 (29.5%)	

On note une corrélation entre le motif de visite et le grignotage : tous ceux qui affirment ne jamais manger en dehors des repas affirment également être suivis régulièrement par un dentiste.

2.9.2.4. Suivi / expérience douleur

	Contrôles	Problème/douleur	p=0,074*
Douleur oui	67 (69.8%)	29 (30.2%)	
Douleur non	17 (89.5%)	2 (10.5%)	

Les adolescents n'ayant jamais eu mal aux dents sont en grande majorité suivis régulièrement par un dentiste. On peut considérer que c'est le minimum que les patients faisant des contrôles réguliers soient moins nombreux à subir des douleurs dentaires que les autres.

2.9.2.5. Suivi / difficultés d'accès

Dern. visite	Difficultés non	Difficultés oui
< 6 mois	75 (91.5%)	7 (8.5%)
> 6 mois	25 (78.1%)	7 (21.9%)
p=0,048**		
Att. Douleur	Difficultés non	Difficultés oui
Consulte	43 (93.5%)	3 (6.5%)
Antalgiques/brosse+	48 (82.8%)	10 (17.2%)
p=0,096*		
Motif visite	Difficultés non	Difficultés oui
Contrôles	76 (89.4%)	9 (10.6%)
Pb/douleur	26 (83.9%)	5 (16.1%)
p=0,423		
Total	102 (87.7%)	14 (12.4%)

Ceux qui éprouvent des difficultés d'accès au cabinet sont moins nombreux à être allés chez le dentiste dans les 6 mois précédents, attendent plus d'avoir mal ou un problème pour consulter, et prennent moins facilement rendez-vous quand ils ont mal aux dents que ceux qui n'ont pas de difficultés.

2.9.2.6. Suivi / RDV manqués

Motif visite	Rdv manqué oui	Rdv manqué non	p=0,193
Contrôles	27 (32.1%)	57 (67.9%)	
Pb/douleur	14 (45.2%)	17 (54.8%)	
Total	41 (87.9%)	74 (12.1%)	

Ceux qui consultent seulement en cas de problème ratent plus de rendez-vous que ceux qui font des contrôles réguliers.

2.9.3. Brossage

2 catégories : 2 ou 3 fois par jour / 3 ou 4 fois par jour
 < 3 minutes / > ou = à 3 minutes

2.9.3.1. Hygiène

	< 3 min	≥ 3 min	< 4 mois	> 4 mois
< 3/jour	53 (84.1%)	10 (15.9%)	55 (62.5%)	33 (37.5%)
≥ 3/jour	37 (68.5%)	17 (31.5%)	21 (84%)	4 (16%)
Total	90 (76.9%)	27 (23.1%)	76 (67.3%)	37 (32.7%)
	p=0,043**		P=0,041**	

Les adolescents qui se brossent les dents plus longtemps sont aussi ceux qui se les brossent plus souvent.

2.9.3.2. Brossage / saignement provoqué

	< 3/jour	≥ 3/jour	< 3 min	≥ 3 min
Ne saigne jamais	51 (52.6%)	46 (47.4%)	21 (65.6%)	11 (34.4%)
Saigne	12 (57.1%)	9 (42.9%)	59 (80.8%)	14 (19.2%)
Total	63 (53.4%)	55 (46.6%)	80 (76.2%)	25 (23.8%)
	p=0,705		p=0,088	

Les élèves qui rapportent saigner souvent lors du brossage sont moins nombreux à se brosser les dents au moins trois fois par jour ou au moins trois minutes, sans que cette relation soit significative. Le saignement provoqué a donc bien l'air lié à une mauvaise hygiène.

2.9.3.3. Hygiène / expérience douleur

	< 3/jour	≥ 3/jour	< 3 min	≥ 3 min
Déjà eu mal	52 (82.5%)	45 (83.3%)	74 (83.1%)	23 (85.2%)
Jamais eu mal	11 (17.5%)	9 (16.7%)	15 (16.9%)	4 (14.8%)
	p=0,906		p=0,798	

	Saigne rarement	Saigne souvent	Total
Déjà eu mal	77 (80.2%)	20 (95.2%)	97 (82.9%)
Jamais eu mal	19 (19.8%)	1 (4.8%)	20 (17.1%)
	p=0,093*		

Etonnamment, l'expérience de la douleur ne paraît pas corrélée aux habitudes de brossage. Pourtant ceux qui affirment ne jamais saigner lors du brossage sont moins nombreux à avoir déjà eu mal aux dents que les autres. On peut supposer que le saignement est lié (au moins en partie) à une mauvaise hygiène, et qu'un patient avec une mauvaise hygiène a plus de risques d'avoir mal aux dents.

2.9.4. Perception de soi

2.9.4.1. Santé perçue / apparence perçue

	Apparence bonne	Apparence pas bonne	p=0,001***
Santé bonne	65 (73%)	24 (27%)	
Santé pas bonne	5 (31.3%)	11 (68.8%)	
Total	70 (66.7%)	35 (33.3%)	

La perception de la santé orale est très fortement liée à celle de l'apparence des dents : ceux qui trouvent que leur santé orale est bonne trouvent aussi que l'apparence de leurs dents est bonne.

2.9.4.2. Perception de soi / motif visites

	Santé perçue		Apparence perçue		Total
	bonne	pas bonne	bonne	pas bonne	
Contrôles	69 (79.3%)	7 (43.8%)	58 (84.1%)	19 (54.3%)	77 (74%)
Pb/douleur	18 (20.7%)	9 (56.3%)	11 (15.9%)	16 (45.7%)	27 (26%)
	p=0,003***		p=0,001***		

Le motif des visites dentaires est étroitement corrélé avec l'estimation de l'apparence des dents et de la santé dentaire : ceux estimant que l'apparence de leurs dents et/ou leur santé dentaire est bonne sont plus suivis régulièrement par un dentiste que ceux estimant qu'elle n'est pas bonne.

2.9.4.3. Perception de soi / peur

	Santé bonne	pas bonne	Apparence bonne	pas bonne	Total
Peur non	56 (62.9%)	5 (31.3%)	46 (64.8%)	16 (45.7%)	62 (58.3%)
Peur oui	33 (37.1%)	11 (68.8%)	25 (35.2%)	19 (54.3%)	44 (41.7%)
	p=0,017**		p=0,058*		

La peur est corrélée avec l'estimation de sa santé orale et de l'apparence des dents : ceux qui estiment que leur santé orale et/ou l'apparence de leurs dents est bonne ont moins de risques d'avoir peur que ceux qui estiment avoir une mauvaise santé orale ou apparence dentaire.

2.9.5. Perception praticien

2.9.5.1. Perception de soi / confiance praticien

	Santé perçue		Apparence perçue	
	Bonne	Pas bonne	Bonne	Pas bonne
Confiance oui	77 (86.5%)	11 (68.8%)	63 (88.7%)	26 (74.3%)
Confiance non	12 (13.5%)	5 (31.3%)	8 (11.3%)	9 (25.7%)
	p=0,072*		p=0,054*	

	Ne saigne jamais	Saigne	Total
	Confiance oui	32 (97%)	57 (78.1%)
Confiance non	1 (3%)	16 (21.9%)	17 (16%)
	p=0,014**		

L'estimation de l'apparence de ses dents ainsi que de sa santé orale est significativement liée avec la confiance dans son praticien, de même que le saignement gingival lors du brossage : ceux qui n'ont pas confiance en leur praticien ont une moins bonne opinion de l'apparence de leurs dents et de leur santé orale que ceux qui ont confiance, et ils rapportent également plus de saignement gingival. Ces résultats peuvent suggérer que les adolescents qui perçoivent bien leur praticien feront plus d'efforts d'hygiène, et inversement que ceux qui ont une meilleure hygiène auront plus de chances d'apprécier leur praticien, celui-ci ayant moins de risques de leur faire des remarques désobligeantes.

2.9.5.2. Perception praticien / attitude douleur

	Confiance		Explications		Appréciation	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Consulte	42 (91.3%)	4 (8.7%)	43 (93.5%)	3 (6.5%)	43 (93.5%)	3 (6.5%)
Antalg./brosse+	42 (72.4%)	16 (27.6%)	46 (79.3%)	12 (20.7%)	47 (81%)	11 (19%)
Total	84 (80.8%)	20 (19.2%)	89 (85.6%)	15 (14.4%)	90 (86.5%)	14 (13.5%)
	p=0,015**		p=0,039**		p=0,061*	

Les adolescents interrogés prennent plus facilement rendez-vous quand ils ont mal aux dents s'ils ont confiance en leur praticien, s'ils apprécient ses explications, et s'ils l'apprécient. On voit ici que la relation qu'un praticien entretient avec ses patients est importante s'il veut qu'ils soient assidus aux visites de contrôle.

2.9.5.3. Perception praticien / RDV manqués

	RDV manqué oui	RDV manqué non
Confiance oui	29 (30.9%)	65 (69.1%)
Confiance non	12 (52.2%)	11 (47.8%)
	p=0,052*	

Les adolescents ayant confiance en leur praticien ont moins raté de rendez-vous que ceux qui n'ont pas confiance en lui.

2.9.5.4. Perception praticien / pédodontistes

	Confiance		Explications		Appréciation	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Pédo oui	39 (43.3%)	15 (65.2%)	43 (44.8%)	11 (64.7%)	43 (44.8%)	11 (68.8%)
Pédo non	51 (56.7%)	8 (34.8%)	53 (55.2%)	6 (35.3%)	53 (55.2%)	5 (31.3%)
	p=0,058*		p=0,125		p=0,072*	

Les adolescents interrogés ressentent plus la nécessité des pédodontistes si : ils n'ont pas confiance en leur praticien ; ils n'apprécient pas leur praticien ; ils n'apprécient pas les explications de leur praticien. Les patients n'ayant pas de très bonnes relations avec leur dentiste ressentent ainsi plus le besoin de praticiens spécialisés avec qui ils se sentiraient plus à l'aise.

3. Croisements par catégories

3.1. Croisement des résultats en fonction du sexe

- Les filles :
 - fument plus
 - grignotent plus
 - brossent leurs dents plus souvent
 - quand elles saignent, brossent plus et plus doucement
 - quand elles ont mal aux dents, prennent plus facilement rendez-vous
 - sont suivies plus régulièrement
 - estiment plus avoir des difficultés d'accès au cabinet
 - ont plus peur
 - ont moins confiance en leur praticien
 - souhaitent beaucoup plus l'existence de pédodontistes

- Les garçons :
 - boivent plus
 - brossent leurs dents plus longtemps
 - changent de brosse plus souvent
 - quand ils saignent, ne savent pas quoi faire
 - quand ils ont mal aux dents, prennent moins facilement rendez-vous
 - attendent d'avoir mal pour consulter
 - ne ratent pas moins de rendez-vous
 - apprécient plus leur praticien et ses explications
 - ne souhaitent pas de pédodontistes

Il ressort donc de ces résultats que les filles grignotent plus que les garçons. En contrepartie elles se brossent les dents plus souvent. Les garçons ont tendance à se brosser les dents plus longtemps, et probablement plus vigoureusement puisqu'ils éprouvent le besoin de changer leur brosse à dents plus souvent.

Lorsqu'elles s'aperçoivent d'un saignement gingival, les filles se brossent les dents plus longtemps et plus doucement, ce qui est plutôt une bonne attitude. En revanche les garçons ne savent pas quoi faire. Lors d'une douleur dentaire, ce sont les filles qui ont le plus de chances de consulter. D'ailleurs elles sont suivies plus régulièrement. Pourtant elles sont plus nombreuses à estimer avoir des difficultés d'accès au cabinet dentaire, sans toutefois rater plus de rendez-vous.

De plus elles ont beaucoup plus peur que les garçons, anxiété qui se retrouve dans l'appréciation de leur praticien, moins bonne que chez les garçons, ainsi que dans le souhait des pédodontistes, beaucoup plus fréquent.

3.2. Croisements en fonction de l'âge

- Les plus jeunes :
 - sont plus nombreux à la ville
 - ont plus de parents cadre ou profession intellectuelle
 - grignotent plus
 - perçoivent mieux leur santé orale, et l'apparence de leurs dents
 - se brossent les dents plus souvent
 - sont plus allés consulter dans les six mois précédents
 - perçoivent mieux leur praticien

- Les plus âgés :
 - sont plus nombreux à la campagne
 - ont plus de parents sans emploi
 - fument et boivent plus
 - saignent plus
 - ont déjà eu mal aux dents
 - ont plus peur
 - ont plus de difficultés d'accès ; ont plus raté de rendez-vous
 - souhaitent plus des pédodontistes

Comme il a été dit précédemment, les plus jeunes se retrouvent majoritairement à la ville, et ils sont plutôt enfants de parents cadre, alors que les plus âgés, majoritairement campagnards, sont plutôt enfants de parents sans emploi.

Logiquement; les fumeurs et buveurs sont plus nombreux chez les plus âgés. En revanche ce sont les plus jeunes qui grignotent plus.

Le saignement gingival est plus fréquent chez les plus âgés, sans que l'on puisse en établir la cause. Par ailleurs les plus jeunes se brossent les dents plus souvent. Ils ont une meilleure estime de leur santé orale ainsi que de l'apparence de leurs dents. Les jeunes sont également plus nombreux à être allés consulter durant les six mois précédents, cette assiduité devant partiellement être reliée à la fréquence des visites orthodontiques. Ils perçoivent aussi mieux leur praticien.

La peur du dentiste est plus présente chez les plus âgés, ceux-ci étant également plus nombreux à avoir déjà eu mal aux dents. Ils ratent plus de rendez-vous, et estiment plus avoir des difficultés d'accès. Les adolescents les plus âgés ressentent ainsi plus la nécessité des pédodontistes.

3.3. Croisements en fonction du lieu de vie

- les adolescents à la campagne :
 - sont plus enfants d'employés/ouvriers et de sans emploi
 - boivent plus
 - grignotent plus
 - lors d'une douleur dentaire, prennent des antalgiques
 - lors d'un saignement gingival, ne savent pas quoi faire, ne font rien
 - se brossent moins souvent les dents
 - perçoivent moins bien leur praticien
 - ont plus de difficultés d'accès au cabinet
 - manquent plus de rendez-vous

- les adolescents à la ville :
 - sont plus enfants de professions supérieures
 - fument plus
 - lors d'une douleur dentaire, consultent leur dentiste ou brossent plus pour que ça passe
 - lors d'un saignement gingival, brossent plus et plus doucement
 - se brossent les dents plus souvent
 - grignotent moins
 - perçoivent mieux leur praticien
 - ont moins de difficultés d'accès au cabinet
 - manquent moins de rendez-vous

L'alcool est plutôt consommé à la campagne, et le tabac à la ville.

Le comportement des adolescents vivant à la campagne paraît moins approprié que celui des adolescents de la ville : les ruraux prennent simplement des antalgiques lors d'une douleur dentaire, et ne savent pas quoi faire lors d'un saignement gingival. Les urbains brosseront plus ou consulteront lors d'une douleur dentaire, et brosseront plus et plus doucement lors d'un saignement gingival. Par ailleurs ils perçoivent mieux leur praticien. De même les urbains se brossent les dents plus souvent. Les ruraux éprouvent plus de difficultés d'accès au cabinet dentaire, et ratent plus de rendez-vous.

3.4. Croisements en fonction du nombre d'adultes

- Les adolescents vivant avec un seul adulte :
 - fument plus et boivent plus
 - grignotent moins
 - estiment avoir une meilleure santé orale, meilleure apparence dentaire
 - moins de saignement
 - ne prennent pas rendez-vous s'ils ont mal aux dents
 - ont plus eu mal aux dents
 - sont moins suivis régulièrement
 - ont moins peur
 - ont une moins bonne perception de leur praticien
 - difficultés d'accès
 - ratent plus de rendez-vous

Les adolescents vivant dans une famille monoparentale ont certains comportements différents de ceux des adolescents vivant avec leurs deux parents.

La proportion de buveurs et de fumeurs y est un peu plus élevée. Mais le grignotage y est moins fréquent. L'estimation de la santé orale ainsi que de l'apparence dentaire y est meilleure. Ils sont moins sujets aux saignements gingivaux. Pourtant ils ont plus de risques d'avoir déjà eu mal aux dents. Et ils ont une moins bonne perception de leur praticien. Ils sont par ailleurs moins suivis régulièrement. Ils sont plus nombreux à ressentir des difficultés d'accès au cabinet, et à manquer des rendez-vous. Paradoxalement ils sont une majorité à affirmer ne pas avoir peur.

3.5. Croisements en fonction de la profession des parents

- les enfants dont le père est sans emploi :
 - grignotent plus
 - trouvent leur santé buccale et l'apparence de leurs dents moins bonnes
 - rapportent plus de saignement gingival
 - ont déjà eu mal aux dents en plus grande proportion
 - quand ils ont mal aux dents, prennent simplement des antalgiques, ne consultent pas
 - font moins de contrôles réguliers, ont moins consulté dans les six mois précédents
 - ont plus peur
 - ont moins confiance en leur praticien, apprécient moins ses explications, l'apprécient moins
 - ont plus de difficultés d'accès au cabinet (mais ne ratent pas plus de rendez-vous)
 - souhaitent des pédodontistes

- les enfants de père profession supérieure :
 - saignent moins
 - ont moins eu mal aux dents
 - quand ils ont mal aux dents, se brossent plus pour que ça passe
 - sont suivis régulièrement
 - ont moins peur
 - ont confiance en leur praticien et apprécient ses explications
 - ont moins de difficultés d'accès
 - ratent moins de rendez-vous

- les enfants d'artisan/commerçant :
 - prennent plus facilement rendez-vous chez le dentiste quand ils ont mal aux dents
 - ont un peu plus peur
 - ont confiance en leur praticien, et l'apprécient, mais apprécient moins ses explications
 - ont plus raté de rendez-vous
 - souhaitent des pédodontistes

- les enfants de mère sans emploi :
 - trouvent leur santé buccale bonne
 - ont moins eu mal aux dents
 - sont mieux suivis ; sont plus allés chez le dentiste dans les six mois précédents
 - ont moins peur
 - ont confiance en leur praticien, apprécient ses explications, l'apprécient
 - ont moins de difficultés pour aller chez le dentiste
 - souhaitent moins des pédodontistes

- les enfants de mère de profession supérieure :
 - sont moins nombreux à être allés chez le dentiste dans les six mois précédents

- les enfants de mère artisane/commerçante :
 - font moins de visites de contrôle
 - souhaitent plus des pédodontistes

Conclusion des croisements en fonction de la profession des parents :

On retrouve moins de corrélations entre les différentes questions et la profession de la mère qu'avec celle du père. On remarque globalement que la profession du père a des conséquences supérieures à celle de la mère sur les habitudes des adolescents. Ces résultats peuvent suggérer que c'est plus la profession du père que celle de la mère qui détermine la catégorie sociale de l'enfant. La différence est surtout notable en ce qui concerne le parent qui est sans emploi : on trouve des tendances inverses selon que c'est le père ou la mère.

Les adolescents dont le père n'a pas d'emploi ont une moins bonne opinion de leurs dents. Ils ont plus de mauvais comportements : ils grignotent plus, rapportent plus de saignement gingival ; ils sont plus nombreux à avoir déjà eu mal aux dents, et ont plus peur. Leurs habitudes de soins sont moins bonnes : ils font moins de contrôles réguliers, ne consultent pas forcément s'ils ont mal aux dents. Leur perception du praticien est moins bonne. Ils ressentent plus la nécessité des pédodontistes. En revanche les adolescents dont c'est la mère qui n'a pas d'emploi ont une meilleure opinion de leur santé orale. Ils sont moins nombreux à avoir déjà eu mal aux dents et à avoir peur du dentiste. Ils font plus de contrôles réguliers, éprouvent moins de difficultés à aller chez le dentiste. Ils perçoivent mieux leur praticien, et ressentent moins la nécessité des pédodontistes. Il se dégage de ces résultats que les jeunes ayant une mère qui ne travaille pas ont un meilleur suivi dentaire et de meilleures habitudes que les autres. En revanche ceux dont c'est le père qui ne travaille pas sont moins bien suivis et plus négligés.

3.6. Alcool / tabac

- Ceux qui fument et boivent :
 - grignotent plus
 - ont plus eu mal aux dents
 - santé et apparence perçues sont moins bonnes
 - saignent plus
 - font moins de visites de contrôle
 - estiment plus avoir des difficultés d'accès
 - ont beaucoup plus raté de rendez-vous
 - ont plus peur
 - apprécient moins leur praticien
- Ceux qui boivent :
 - se brossent moins souvent et moins longtemps
 - consultent moins en cas de douleur ; prennent plutôt des antalgiques
 - sont moins allés chez dentiste dans les 6 mois précédents
- Ceux qui fument :
 - se brossent plus longtemps
 - dernière visite > 1 an
 - attendent d'avoir un problème pour consulter.
 - souhaitent des pédodontistes

On voit que les adolescents consommant des drogues présentent certaines caractéristiques différentes de ceux n'en consommant pas, avec un certain parallèle entre les fumeurs et les buveurs. Ces adolescents grignotent plus que les autres. La perception de la santé orale et de l'apparence dentaire est moins bonne. Le saignement gingival est plus fréquent. Les buveurs se brossent moins souvent et moins longtemps. Les fumeurs, étonnamment, se brossent plus longtemps.

Les deux groupes font moins de visites de contrôle. les fumeurs notamment attendent d'avoir un problème pour consulter. Et les buveurs hésiteront à consulter lors d'une douleur dentaire, ils prendront plutôt des antalgiques. De même les consultations lors des six mois précédents sont moins nombreuses chez les buveurs, et la dernière visite date de plus de un an pour une plus grande part des fumeurs. Ces adolescents sont plus nombreux à estimer avoir des difficultés d'accès, et ils sont beaucoup plus sujets à manquer des rendez-vous. Ils apprécient moins leur praticien. La peur est également plus répandue dans ces catégories. De plus les fumeurs souhaitent plus l'existence de pédodontistes.

3.7. Peur

- Les adolescents qui ont peur :
 - sont ceux qui ont déjà eu mal aux dents
 - prennent moins rendez-vous quand ils ont mal aux dents
 - ont plus de difficultés d'accès
 - ratent plus de rendez-vous
 - ont moins confiance dans leur praticien
 - souhaitent des pédodontistes
- Ceux qui ont eu mal aux dents :
 - ont plus peur
 - ont des difficultés d'accès
 - souhaitent des pédodontistes

Les adolescents ressentant une peur du dentiste ont majoritairement déjà eu mal aux dents. Ceux qui ont peur comme ceux qui ont déjà eu mal aux dents ont des difficultés d'accès au cabinet dentaire. Ils auront alors des réticences aux soins dentaires : ils ont moins confiance en leur praticien, ils prennent moins facilement rendez-vous quand ils ont mal aux dents, et ils manquent plus de rendez-vous. Les adolescents ayant déjà eu mal aux dents sont plus nombreux à souhaiter des pédodontistes.

3.8. Suivi dentaire

- Ceux qui sont suivis régulièrement :
 - grignotent moins
 - sont allés chez le dentiste dans les 6 mois précédents
 - prennent rendez-vous si douleur
 - ont moins eu mal aux dents
- Ceux qui ont difficultés d'accès :
 - sont moins allés chez le dentiste les 6 mois précédents
 - prennent moins rendez-vous si douleur

Les adolescents suivis régulièrement grignotent moins que les autres. Ils sont allés chez le dentiste dans les six mois précédents, ils prennent rendez-vous quand ils ont mal aux dents. Et ils ont moins de risques d'avoir mal aux dents.

3.9. Brossage

- Ceux qui se brossent plus les dents :
 - saignent moins
 - grignotent moins
 - sont suivis régulièrement
 - ont moins peur
 - apprécient plus leur praticien
- Ceux qui se brossent moins les dents
 - attendent problème pour consulter
- Ceux qui se brossent plus longtemps
 - attendent problème pour consulter
 - ont moins peur
 - apprécient plus leur prat
 - souhaitent des pédodontistes

Les adolescents qui se brossent les dents plus souvent présentent d'autres caractéristiques positives : ils grignotent moins ; ils saignent moins souvent lors du brossage. Ils sont plus suivis régulièrement, apprécient plus leur praticien, et ont moins peur que ceux qui se brossent moins les dents.

3.10. Perception praticien

- Ceux qui ont confiance en leur praticien :
 - estiment avoir une meilleure santé orale et apparence dentaire
 - saignent moins
- Ceux qui apprécient leur praticien :
 - prennent plus facilement rendez-vous
 - ratent moins de rendez-vous
 - souhaitent moins des pédodontistes

Il ressort de ces résultats que la relation qu'entretient un praticien avec ses jeunes patients est primordiale pour obtenir d'eux un comportement correct vis-à-vis des habitudes de santé, d'hygiène et de soins.

3^e partie

**Discussion
et
Comparaison
avec d'autres enquêtes**

3. Comparaison de nos résultats avec d'autres études

3.1. Grignotage

Le grignotage est très répandu à travers le monde : 40% des adolescents français déclarent plus de 5 prises alimentaires par jour, et presque la moitié consomme des boissons sucrées tous les jours ou presque [11]. 30% des enfants Thaïs consomment du sucre quotidiennement [12]. 11% des adolescents suédois mangent des bonbons tous les jours, sans différence de sexe [13]. Les taux d'adolescents affirmant grignoter dans notre étude reste en comparaison très élevé.

Seulement de faibles corrélations sont trouvées entre le nombre de visites dentaires et la consommation de boissons ou nourriture sucrées [14]. Nous avons pourtant trouvé une relation significative entre le grignotage et le suivi dentaire (Ceux qui sont suivis régulièrement chez le dentiste sont plus nombreux à ne jamais grignoter).

3.2. Perception

La santé orale est considérée comme importante par 95% des adolescents Scandinaves [12]. Paradoxalement, une proportion importante des jeunes considèrent qu'ils ont un fort besoin de soins dentaires, mais très peu se sentent concernés par leur santé dentaire [15].

3.2.1. Santé et apparence perçues

Une majorité d'adolescents perçoivent leur santé orale comme étant bonne, d'après les études menées dans différents pays, mais moins sont satisfaits de l'apparence de leurs dents [16], [17], [15]. Ces résultats confortent les nôtres.

3.2.2. Saignement provoqué

Les adolescents suédois vivant avec une mère célibataire ou avec aucun parent ont moins tendance à percevoir leur santé orale comme bonne et rapportent plus de saignement gingival que ceux vivant avec leurs deux parents [17], [19].

Nous ne retrouvons pas cette différence suivant le nombre de parents, mais nous retrouvons une différence similaire pour la perception de la santé orale et du saignement gingival selon la profession du père. Malgré tout la proportion d'adolescents saignant lors du brossage paraît très élevée dans notre enquête, avec 70% rapportant un saignement gingival, contre 20 à 46 % dans ces enquêtes suédoises.

Comme les adolescents de notre étude, un tiers des jeunes koweïtiens ne savent rien des mesures de prévention du saignement gingival [16].

3.3. Connaissances

3.3.1. Apprentissage du brossage

Une étude thaïlandaise [12] a établi que les enfants ont été informés à propos de la santé dentaire principalement par leurs parents, comme dans notre enquête. L'école arrive ici en deuxième position (avec 83%), et le dentiste troisième, avec tout de même trois quarts des élèves ayant reçu des informations de lui. Un tiers a par ailleurs reçu des informations de son médecin. Ces pourcentages sont nettement plus élevés que dans notre enquête, où seulement 10% et un quart des élèves ont reçu des informations sur le brossage respectivement de l'école et du dentiste. Une étude japonaise [18] montre que plus des deux tiers des étudiants ont participé à un programme d'éducation à la santé orale à l'école. La plupart identifient l'école comme principale source d'information de santé orale, et l'infirmière scolaire est identifiée par presque la moitié comme leur principale source d'information à l'école. Il reste donc en France des efforts à faire du côté de l'information sur la santé, aussi bien à l'école que par les praticiens.

3.3.2. Croyances

Dans certains pays subsistent encore des croyances infondées, ce qui n'a plus l'air d'être le cas chez les jeunes Français. Seulement un adolescent saoudien sur cinq environ rejette les propositions "il y a des gens avec des bonnes dents et des gens avec des mauvaises dents, quoi qu'ils fassent" et "la perte des dents est un phénomène naturel du vieillissement" [20]. La majorité des répondants d'une autre étude croit qu'il est naturel de perdre toutes ses dents avec l'âge. Moins de la moitié pensent que les maladies dentaires sont prévisibles, et qu'ils seraient capables de garder leurs dents toute la vie [21].

3.3.3. Connaissances

Plusieurs études ont montré que bien que la plupart des étudiants paraissent satisfaits de leur santé dentaire, ils n'ont pas de connaissances correctes des causes et de la prévention des maladies dentaires [16], [21]. Les adolescents dans le monde savent en gros identifier les fonctions des dents et les principaux aliments cariogènes. Cependant ils en savent peu au sujet de la carie, qui est pourtant un des problèmes les plus communs ; l'identification des aliments et boissons cariogènes est très variable selon les pays, et le besoin d'instruction est grand [22], [23], [24], [25]. Notre enquête fait ressortir des résultats similaires : les recommandations générales à propos d'un mode de vie sain et de la santé dentaire sont bien connues des adolescents, mais des informations détaillées qui complètent et renforcent ces connaissances générales manquent.

3.3.4. Connaissances des aliments

En comparant nos résultats avec ceux d'études similaires, il apparaît que les adolescents que nous avons interrogés ont des scores faibles par rapport aux adolescents de pays au développement comparable, même si les produits reconnus comme nocifs (chocolat 97%, cola 93%) et ceux qui le sont moins (jus d'orange 39%, biscuits 18%) sont sensiblement les mêmes [25]. Ces résultats sont malgré tout meilleurs que dans des pays moins développés : Seulement 19% des étudiants du Koweït pensent que le sucre peut causer des caries ; la moitié ne sait pas si les boissons sans sucre sont nocives pour leurs dents [16]. 80% des parents jordaniens connaissent les effets nocifs du sucre, et 79% pensent qu'une mauvaise hygiène orale peut induire des caries [26]. Une étude américaine documente la faiblesse des comportements et connaissances des adolescents à propos de la santé orale [24]. Ils savent qu'il faut se brosser les dents avant d'aller au lit et faire des contrôles réguliers. Mais la réduction des nourritures ou boissons sucrées comme mesure de santé orale et de prévention des caries est rarement citée [24], de même que dans une étude jordanienne [26].

3.4. Pratiques d'hygiène

3.4.1. Nombre de brossages par jour

Le brossage des dents au minimum deux fois par jour est acquis plus ou moins largement dans la plupart des pays : le pourcentage varie de 77% dans le sud de la Thaïlande [12] et 71% au Soudan [27] à 40-44% en Chine [28], [29] et 31% en Jordanie [26]. 95% des étudiants koweïtiens brossent leurs dents au moins une fois par jour [16]. La fréquence de brossage des adolescents de notre enquête paraît donc satisfaisante.

3.4.2. Changement de brosse à dents

Presque la moitié des adolescents chinois pense que les brosses à dents doivent être changées dans un intervalle de 1 à 3 mois [28]. Ces résultats diffèrent peu des nôtres.

3.4.3. Moyens d'hygiène

Les moyens utilisés par les adolescents pour l'hygiène orale sont comparables dans les différents pays étudiés. La brosse à dents est le moyen le plus largement répandu : le brossage est la principale action d'hygiène pour 83% des Chinois [28], 82% des Saoudiens [20], 76% des Japonais [18]. Comme dans notre enquête, le fil dentaire est moins utilisé, et ceci dans des proportions équivalentes dans des pays très différents : il est utilisé par 26% des Suédois [17] et 20% des Saoudiens [20]. 45% des Thaïs utilisent des cure-dents en bois [12]. Le dentifrice n'est pas totalement répandu dans toutes les cultures : seulement 36% des Saoudiens en utilisent [20], et seulement 17% des chinois en ont un fluoré [28]. Précisons que nous n'avons pas jugé utile de demander dans notre questionnaire si le dentifrice utilisé était fluoré, car d'une part pratiquement tous les dentifrices vendus en France sont fluorés, et d'autre part les gens ne savent pas toujours si celui qu'ils utilisent contient du fluor ou non. Des moyens traditionnels sont encore bien utilisés : le *Miswak* ou des *chewsticks* sont utilisés par 40% des Saoudiens [20] et 20% des Thaïs du Sud [12]. Comme dans notre étude, les adolescents ont dans l'ensemble de bonnes habitudes d'hygiène, mais le fil dentaire est rarement utilisé [15], et son intérêt est beaucoup moins connu que celui de la brosse à dents [20]. Le brossage est rarement vérifié avec du révélateur de plaque et un miroir [24].

3.5. Comportements

3.5.1. Attitude douleur

On retrouve des résultats étonnamment proches des nôtres dans une étude chinoise [28] : en cas de signes douloureux de carie, environ un tiers des participants visiterait un dentiste, et ce particulièrement en zone urbaine. Plusieurs participants ruraux essaient de contrôler la douleur ou de faire avec.

3.5.2. Attitude saignement

Comme nous, une enquête chinoise trouve une différence selon le lieu de vie [28]. Par contre les chinois réagissent plus (61% pensent que ce n'est pas normal d'avoir les

gencives qui saignent quand on se brosse les dents), soit en brossant plus souvent, soit en allant voir un dentiste. Comme nos enquêtés, les étudiants japonais font plus la relation entre plaque dentaire et carie que entre plaque dentaire et maladie parodontale : presque la moitié identifie la plaque dentaire comme la principale cause de carie, mais moins d'un tiers comme la principale cause de maladie parodontale [18].

3.5.3. Motifs de brossage

Les motifs de brossage des jeunes chinois sont en partie les mêmes que ceux des jeunes français [28] : la raison qui arrive en tête est dans les deux cas la prévention de la mauvaise haleine (81% dans les deux cas), suivi de près par la prévention des caries (79%) ; vient ensuite la prévention des ulcérations orales (58%) et du saignement gingival (56%) (réponses non proposées dans notre questionnaire) ; l'aspect esthétique est moins majoritaire (57%). Les raisons de ne pas se brosser les dents se retrouvent également en partie : le manque de temps (34%) et l'oubli (27%) viennent en tête ; quelques uns affirment aussi ne pas aimer le goût du dentifrice (3%). On retrouve également que les urbains sont mieux informés (ils sont plus nombreux à se brosser les dents pour éviter les caries), et que les ruraux sont plus nombreux à évoquer des raisons de ne pas se brosser les dents. 64.6% des étudiants koweïtiens se brossent les dents car ils pensent que la principale cause de carie est « ne pas se brosser les dents correctement » [16]. Par contre 30% ne sait rien des mesures de prévention du saignement gingival, alors que 87% des étudiants saoudiens savent que le brossage des dents aide à la prévention des maladies parodontales [20].

3.6. Visites dentaires

On peut remarquer au préalable que les jeunes de 10 à 19 ans ont un recours plus important aux soins dentaires, s'expliquant en partie par la fréquence élevée des soins orthodontiques [30].

3.6.1. Dernière visite

La fréquence des visites dentaire est variable d'un pays à l'autre. Un contrôle tous les ans paraît acquis pour certains, notamment les Suédois [15] ; $\frac{2}{3}$ des enfants Thaïs ont vu un dentiste dans les 12 mois précédents [12]. Toutefois ce n'est pas le cas partout : deux études chinoises affirment respectivement que moins de la moitié des jeunes de 12 ans a vu un dentiste l'année passée [29], et que presque la moitié des participants n'a jamais vu de dentiste [28].

3.6.2. Motif de visite

Dans notre enquête, la majorité des adolescents affirme être suivie régulièrement. Cela est loin d'être un comportement très répandu, et dans plusieurs pays les adolescents attendent encore d'avoir mal avant de consulter un dentiste. Ainsi la principale raison donnée à une visite dentaire est la douleur en Jordanie (86%) [26], à Jeddah (75%) [20], au Koweït (70%) [16]. Des visites de contrôle préventives ne sont effectuées que par 42% des adolescents américains [24], 29% des chinois [28], 11% des Jordaniens [26], mais tout de même trois quarts des Thaïs [12]. Pourtant $\frac{3}{4}$ des chinois savent que des contrôles réguliers sont nécessaires [28]. On retrouve à nouveau une différence selon le lieu de vie [12], et surtout selon la classe sociale : les adolescents d'une classe sociale élevée sont plus susceptibles de voir un dentiste principalement pour des contrôles que ceux d'une classe sociale basse [1], [31], [32], [33]. On retrouve également cette distribution selon le type d'école, publique ou privée [20].

3.6.3. Difficultés d'accès / rendez-vous manqué

Le coût et la peur sont les barrières à un suivi dentaire régulier [23]. Les motifs des jeunes Saoudiens pour ne pas aller chez le dentiste sont d'abord le sentiment de ne pas en avoir besoin et la peur de la douleur (pour 27 et 26%). Ensuite les motifs peuvent être mis en parallèle avec les motifs de difficultés éprouvées par les élèves de notre enquête pour aller chez le dentiste : le manque de temps (22%), le coût (5%), les difficultés de transport (5%), ces deux derniers étant du même ordre de grandeur [20].

3.7. Vision des soins dentaires

3.7.1. Peur du dentiste

La peur du dentiste est un sentiment qui reste présent parmi les jeunes, notamment la crainte de la douleur, qui ne devrait pourtant plus avoir lieu d'être avec l'efficacité des anesthésiques actuels. Il a été montré que la peur de la douleur est la principale raison de l'anxiété dentaire [34]. La peur de la douleur est un motif pour ne pas aller chez le dentiste pour 20% des jeunes Saoudiens et 31% des jeunes Saoudiennes [20]. 27% des Thaïs de 6 et 12 ans ont peur d'aller chez le dentiste à cause d'une douleur possible [12] (résultat très proche des 24% de notre enquête) ; 14% des Danois de 20 ans ont une phobie des soins dentaires [35] (proche des 10% ayant très peur dans notre enquête). Et 37% des jeunes Danois ont un jugement négatif des soins dentaires [35].

Or les individus avec une forte peur du dentiste ont tendance à un comportement d'évitement plus fréquent, et un nombre significativement plus grand de surfaces cariées, dents cariées et dents manquantes [80].

3.7.2. Perception des soins

Les individus qui trouvent les visites dentaires désagréables sont moins susceptibles de trouver leur santé orale bonne, sont aussi moins satisfaits de l'apparence de leurs dents, et rapportent plus de saignement gingival [1].

3.7.3. Perception du dentiste

Les jeunes répondants rapportent une bonne réception par leur dentiste, les opinions différant selon le sexe : les femmes rapportent un degré significativement plus haut d'inconfort et de mal à l'aise que les hommes [15].

3.7.4. Pédiodontistes

Avoir eu une visite dentaire dans l'enfance est associé à des attitudes et des croyances positives envers les soins dentaires. De plus, avoir une expérience précoce avec un dentiste est associé à des visites dentaires préventives [36]. Il est donc particulièrement important de prendre de bonnes habitudes dès l'enfance, et que les premières expériences se passent bien.

4. Comparaison des croisements

4.1. Variations selon le genre

De nombreuses différences sont retrouvées entre les garçons et les filles, en particulier dans tous les sujets en relation avec la santé orale auto-perçue [17].

- Les filles se montrent plus intéressées par la santé orale ; elles considèrent des dents saines comme plus importantes que les garçons [13]. Elles sont plus conscientes et concernées par les sujets de la santé dentaire, et sont plus engagées dans les comportements dentaires que les garçons [16].

- Le comportement des filles est plus souvent sain [13]. Elles consultent plus fréquemment que les garçons [28] ; elles sont plus nombreuses à avoir vu un dentiste dans les 6 ou 12 mois [16]. Les filles se brossent les dents plus souvent que les garçons [16], [27], et elles utilisent plus le fil dentaire [13]. On retrouve ce trait dans notre enquête : les filles se brossent plus souvent les dents que les garçons.

- Les filles, plus souvent que les garçons, perçoivent leur santé orale comme étant bonne et ont moins de saignement gingival ; mais elles sont moins satisfaites de l'apparence de leurs dents. Ceci a été confirmé par de nombreuses études [1], [19], [13], [37], [17], [16].

- Les filles éprouvent une plus grande anxiété dentaire, ce qui a été vérifié dans plusieurs études [38]. Cette plus grande anxiété est également vérifiée dans notre étude, avec une probabilité d'erreur très faible. Les filles que nous avons interrogées sont significativement plus nombreuses à affirmer avoir déjà eu mal aux dents que les garçons. Sachant que la peur de la douleur est la principale cause d'anxiété dentaire, ces résultats sont parfaitement logiques.

- Les filles affirment consommer plus de sucre [17], [28].

- Les motifs invoqués pour ne pas aller chez le dentiste diffèrent selon le sexe [20] : la peur de la douleur pour 19% garçons, 31% filles ; pas besoin pour 30% garçons, 23% filles ; pas le temps pour 26% garçons, 18% filles ; difficulté à prendre rendez-vous pour 9% garçons, 6% filles (ces différences étant toutes statistiquement significatives).

4.2. Variations selon le lieu de vie

Comme nous, une enquête chinoise trouve des différences selon le lieu de vie [28]. Plus d'enfants urbains que ruraux ont reçu une information sur la santé orale. Les adolescents vivant en zone urbaine ont des habitudes d'hygiène orale meilleures qu'en zone rurale, ce qui confirme nos résultats. Lors d'une douleur dentaire, les participants ruraux brossent plus, alors que les participants urbains vont voir un dentiste. Le sucre avant le coucher est plus fréquent chez les participants ruraux. Nous n'avons pas retrouvé de différence de grignotage mais le moment des prises de sucre n'est pas précisé dans notre questionnaire.

4.3. Variations selon la CSP des parents

L'impact du statut socio-économique sur la santé est bien établi [39]. Cela est vrai à la fois pour la santé générale et la santé orale [40].

Les habitudes de visites dentaires et le niveau d'éducation des parents sont importants pour les croyances, les comportements de santé et les habitudes de soins dentaires des enfants, et leur influence persiste durant l'adolescence [26], [41]. Les étudiants ayant des parents avec une éducation élevée et ceux avec de faibles liens sociaux sont, respectivement, moins et plus susceptibles d'être insatisfaits de leur santé orale [42].

3. Ouverture

3.1. Psychologie des adolescents

3.1.1. L'adolescence

Les problèmes de l'adolescence sont d'une grande actualité. L'intérêt porté à l'adolescence et à la santé des adolescents par toutes les disciplines engagées dans le développement des communautés humaines a de nombreuses raisons [2] :

- la prise de conscience des problèmes et des besoins de cette tranche d'âge et du manque de réponse adaptée de la part des structures traditionnelles
- le caractère essentiellement "psychosocial" de la majorité des problèmes de santé de l'adolescence ; d'une façon générale, l'extraordinaire richesse de la période de l'adolescence, mais aussi sa grande vulnérabilité
- la nécessité d'avoir sur l'adolescence un regard positif, et de valoriser les capacités et la disponibilité des ados afin de leur donner l'occasion de participer à des actions d'amélioration de leur bien-être et de développement communautaire.

3.1.2. Attitude des ados vis-à-vis de leur santé

Les adolescents recourent peu aux services de santé [43]. L'adolescent est exigeant et critique vis-à-vis des soins de santé. Il refuse de dissocier les soins et la prévention. Il demande au médecin une disponibilité, un dialogue, non pas une prescription. Plus encore que l'adulte il est sensible à la qualité de l'accueil et refuse l'éloignement des services, l'aspect superficiel, routinier, administratif ou inquisiteur de certaines pratiques, les délais d'attente [2], [44], [45].

Une enquête de 2002 a montré des résultats paradoxaux [11] : 43% des jeunes Français déclarent que les problèmes dentaires sont moins important que d'autres problèmes de santé ; pourtant les trois quarts savent que les problèmes dentaires peuvent provoquer d'autres problèmes de santé.

3.2. Facteurs influençant les connaissances et comportements des jeunes

3.2.1. L'information reçue :

Avoir reçu une information de santé orale est important pour avoir des connaissances [27], [48]. Cependant d'autres facteurs que les connaissances sont importants pour le comportement [46], [48]. L'hygiène dentaire et les habitudes alimentaires sont moins significatifs pour prévoir la présence de caries que les facteurs environnementaux (par exemple la classe sociale) parmi les enfants pré-scolaires [47].

3.2.2. Facteurs environnementaux :

- L'environnement culturel et social

D'importantes différences culturelles existent dans les comportements dentaires, et sont en relation avec les connaissances et les motivations [49]. Dans les communautés ayant un niveau d'éducation élevé, la consommation de sucre est plus faible, et le brossage des dents et autres mesures de prévention sont plus fréquents [50]. Il a été montré à de multiples reprises que la privation sociale est étroitement liée aux caries chez l'enfant et l'adolescent [51], [52], [53], [54].

- Les circonstances socio-économiques

Les circonstances socio-économiques peuvent influencer les types de maladies et le statut de santé à la fois au niveau communautaire et individuel [55], et provoquer une détérioration de l'hygiène orale [57]. L'éducation, de même que les revenus peuvent influencer la santé dentaire [56]. Quand les conditions sociales de la famille de l'enfant déclinent, la fréquence et la sévérité des caries augmente [47].

3.2.3. Facteurs liés aux parents :

Il a été démontré dans de nombreuses études que les parents ont une importance primordiale dans l'acquisition des habitudes de santé de leurs enfants, phénomène confirmé dans notre enquête.

- la structure familiale [22]

Un rôle important dans le développement d'un mode de vie sain est joué par l'éducation de la famille [58]. Une étude suédoise a trouvé une forte association entre la perception des adolescents de leur propre santé générale et les soucis financiers de la famille [59].

- l'emploi parental [60]

Le statut occupationnel des parents a une grande influence sur les comportements de santé de la famille [47], [61]. Il peut provoquer une détérioration de l'hygiène [57]. Le taux de consommation de soins varie avec la profession : les cadres supérieurs et les professions intermédiaires sont ceux qui en ont le plus consommé, suivis par les employés et les ouvriers qualifiés puis par les ouvriers non qualifiés [30].

- l'éducation des parents

Des parents de faible éducation peuvent limiter les connaissances sur les caries, ainsi que le risque de caries [57], [27].

- le soutien des parents

Les attitudes positives de santé orale et le soutien des parents ont une grande importance si on veut que la santé orale soit perçue comme bonne [17]. La perception par les parents de leur capacité à contrôler les habitudes de brossage et de grignotage de leur enfant est l'indicateur le plus significatif de si oui ou non des habitudes favorables sont rapportées [62].

3.2.4. Facteurs liés au jeune lui-même [63]

- Les connaissances et comportements des jeunes sont corrélés à l'âge, au sexe, et à la réussite scolaire [22], [19].

- Les attitudes de santé dentaire des élèves peuvent être expliquées par les pratiques de soins présentes et la volonté d'adopter des comportements positifs dans le futur. Leur capacité à adopter cela est en outre associée à leurs perceptions positives et négatives de leur propre santé dentaire. Les élèves qui se sentent capables d'agir sont plus aptes à promouvoir leur propre santé dentaire [64].

- Les participants ayant des visites dentaires régulières sont plus enclins à avoir des pratiques d'hygiène correctes [28].

- L'absence de couverture complémentaire freine fortement l'accès aux soins dentaires : 34% des gens en bénéficiant ont eu recours à un dentiste en un an contre seulement 20% de ceux n'en disposant pas [30].

- Les comportements à risque tels que l'usage de tabac et d'alcool ont une influence [65].

3.3. Etude des actions existantes

Des programmes comme le bilan bucco-dentaire ont une réelle efficacité. Malheureusement ils ne touchent pas encore toute la population, notamment ceux qui en ont le plus besoin. Une évaluation du BBD de 2002 a montré qu'en moyenne, 16% des adolescents concernés y ont participé [11]. Ce taux reste très insuffisant.

Diverses études ont démontré l'efficacité certaine des programmes d'éducation à la santé, à la fois pour l'amélioration des connaissances et des comportements (évalués avec l'indice de plaque [66] ou rapportés [46]) [67], [68]. L'efficacité sur les connaissances est plus durable que pour les comportements [46].

Ces résultats montrent qu'il existe un écart important entre ce que les adolescents savent et ce qu'ils mettent en pratique.

Le BBD a constitué une opportunité pour des familles modestes, sans toutefois toucher les plus défavorisées. Les adolescents fumeurs, de même que ceux qui n'ont jamais reçu de conseils en matière bucco-dentaire participent moins que les autres. A l'issue de la première visite, 37% des ados consommateurs et 44% des ados non consommateurs déclarent avoir modifié leurs comportements suite au BBD [11].

On retrouve ici plusieurs facteurs précédemment remarqués : la difficulté d'accès au cabinet, la CSP, la mauvaise connaissance des risques.

3.4. Actions à mettre en place

Comme l'a dit Rozenzweig, "les budgets consacrés à l'information du public en France sont perpétuellement insuffisants, bien que l'on soit totalement assuré de leur rentabilité à long terme" [70]. Les dentistes français font trop peu de prévention, en raison à la fois d'un manque de formation continue et d'un dysfonctionnement du système de remboursement (seuls les traitements sont pris en compte par la sécurité sociale, pas la prévention) [71]. Il est donc primordial d'améliorer et d'augmenter les programmes d'information et d'éducation à la santé, de même que l'incitation aux actions préventives plutôt que curatives.

3.4.1. Politiques de santé

L'OMS définit la promotion de la santé comme "l'ensemble des processus qui permettent aux gens, individuellement et collectivement, d'augmenter leur contrôle sur leur santé et sur leurs déterminants". L'éducation pour la santé doit s'orienter vers des actions ciblant les populations les plus défavorisées, celles qui sont à l'écart des circuits habituels d'information [72]. La mise en place de politiques de santé repose sur la planification des programmes et leur négociation avec les différents acteurs de la vie politique en présence. Elle met en œuvre les ressources de plusieurs sorte : investissements en infrastructures, équipements, formation et recrutement de ressources humaines, subventions d'incitation, remboursements de prestations, intégration au sein de politiques globales [72], [73].

Le chirurgien dentiste, comme tout travailleur de santé, est confronté quotidiennement avec les dimensions préventives et sociales de la médecine. Il doit être capable de pratiquer un "diagnostic communautaire" [2]

- en participant à la prise de conscience et l'évaluation des besoins de santé de la population ;

- en identifiant les principaux facteurs qui menacent la santé ou la favorisent : facteurs sociaux, économiques, professionnels, institutionnels, culturels, familiaux ; facteurs environnementaux ; facteurs psychologiques et biologiques.

Il doit pouvoir identifier d'une part les besoins prioritaires, d'autre part les individus ou groupes plus vulnérables.

3.4.2. Programmes nécessaires

Des programmes de promotion de la santé orale orientés sur la communauté sont nécessaires pour cibler les modes de vie et les besoins des enfants, particulièrement pour ceux vivant en zone rurale. Une politique de soins orientée sur la prévention paraît plus avantageuse que l'actuelle approche curative [28]. La mise en oeuvre de programmes de promotion de la santé orale orientés à la communauté est nécessaire pour améliorer le niveau de connaissance et pour changer les attitudes et les pratiques en relation avec la santé orale des enfants [74], [75]. Les comportements de santé sont influencés par des facteurs environnementaux et sociaux ; et quand ces facteurs sont incorporés dans des programmes d'éducation à la santé basés sur une approche du développement de la communauté, ils peuvent aider à changer les comportements [76], [77].

Un programme d'éducation à la nutrition pour promouvoir un régime sain et pour corriger les croyances et habitudes peu judicieuses est urgemment nécessaire [78].

3.4.3. Populations à cibler

- Les groupes socioéconomiques les plus bas [79].
- Les enfants vivant avec un parent célibataire [19].
- Les individus avec une forte peur du dentiste [80].

Il est important de noter que plus le besoin de soins est important, plus le recours aux soins est faible [69].

3.4.4. Cadre de mise en place

L'école primaire fournit un cadre unique pour des programmes d'éducation à la santé [12]. Les instituteurs doivent être motivés pour améliorer leur conscience aux informations, attitudes et comportements de santé orale. Cela facilitera leur rôle d'éducateur scolaire à la santé orale [81].

Il a été montré l'importance d'un programme préventif d'éducation pour les élèves, et le besoin de construire un schéma compréhensible de prévention des caries [47].

3.4.5. Moyens à utiliser

Il est important de trouver les facteurs qui accroissent la conscience des adolescents de leurs propres ressources, et de chercher les mécanismes qui gouvernent l'internalisation. Il est nécessaire de trouver des stratégies pour transmettre des connaissances aux intermédiaires : le personnel dentaire et les parents [82].

On a constaté que la vidéo est utile pour améliorer le contact avec les patients anxieux ou douloureux [83].

Les données disponibles soutiennent le rôle d'un programme éducatif sur plus de quatre semaines [84].

Une équipe danoise [35] a étudié les facteurs influençant l'atmosphère de la clinique, et de cette manière les réactions psychologiques de l'enfant :

- facteurs non spécifiquement liés au dentiste : possibilité de choix du dentiste, l'interaction psychologique du triangle de traitement, l'interaction entre le dentiste et son assistante, et l'aspect physique du cabinet (instruments, équipement, vêtements, et couleurs et dimensions du cabinet) ;
- facteurs spécifiquement liés au dentiste : l'expérience du dentiste, ses compétences psychologiques, sa conscience de ses propres limites, et s'il prend le temps de communiquer et de créer une atmosphère de confiance. Le sexe et l'âge peuvent avoir une influence.

Conclusions

Cette enquête a été réalisée sur un nombre trop faible d'adolescents pour nous permettre de tirer des conclusions très précises. Elle nous permet cependant d'esquisser dans les grands traits les savoirs, perceptions et comportements des adolescents en matière de santé bucco-dentaire, et de faire ressortir quelques caractéristiques pouvant être utiles à connaître.

Tout d'abord, nous pouvons constater que les adolescents ne sont pas tous égaux. En effet il existe dans plusieurs des questions des différences significatives selon le sexe, le lieu d'habitation, et la profession des parents.

Les pratiques d'hygiène sont plutôt satisfaisantes dans l'ensemble, et paraissent acquises globalement par tous les adolescents.

En revanche les connaissances concernant la nocivité des aliments et de certaines pratiques alimentaires sont insuffisantes. Le grignotage notamment est très répandu. Et surtout les relations entre ce qui est su et ce qui est fait ne sont pas du tout établies pour la plupart des adolescents. Ils retiennent certaines antiennes qu'on leur a ressassées, mais sans comprendre réellement les mécanismes de fonctionnement. Ils ne peuvent ainsi guère mettre leurs savoirs en application, et appliquent les préceptes inculqués sans toujours être logiques. Par ailleurs les motivations des adolescents à l'hygiène orale ne sont pas forcément celles qu'on pourrait attendre. Par exemple la motivation principale pour le brossage n'est pas d'éviter les caries, mais la propreté. Il paraît donc important d'améliorer l'information aux jeunes, de leur délivrer des données précises et compréhensibles, adaptées à leurs attentes (et leurs réticences). Ce ne sont pas les supports d'information qui manquent, mais bien la volonté de les utiliser pour transmettre de réelles informations de santé publiques, incomparablement plus utiles que des publicités marchandes.

En ce qui concerne les visites, une minorité attend encore d'avoir une douleur ou un problème pour consulter un dentiste, en particulier les garçons, fumeurs, de père sans emploi ou absent. L'importance des contrôles réguliers est pourtant très largement admise. D'ailleurs la grande majorité des adolescents a déjà eu mal aux dents, alors que les moyens d'éviter cela existent. De plus presque la moitié ont peur d'aller chez le dentiste, essentiellement ceux qui ont déjà eu mal aux dents, et dont plus de la moitié parce que le dentiste leur a déjà fait mal. Quand on sait que la douleur est la principale cause d'anxiété dentaire, l'importance d'augmenter et de banaliser encore l'habitude des visites de contrôle apparaît de manière encore plus évidente.

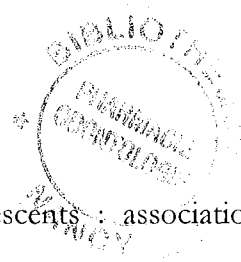
Les parents restent très importants pour le suivi dentaire des adolescents. Ceux-ci sont mieux suivis lorsque leur mère ne travaille pas, alors qu'ils sont moins bien suivis si c'est leur père qui ne travaille pas, de même que s'ils vivent avec un seul adulte.

Le dernier point positif est que les dentistes sont plutôt bien vus par leurs jeunes patients, avec 83% ayant une perception positive, majoritairement des garçons vivant à la ville, ne fumant pas et dont le père a un emploi. Pourtant environ la moitié des adolescents ressent la nécessité de pédodontistes, notamment des filles, plus âgées, anxieuses, dont le père est sans emploi, et qui apprécient peu leur praticien.

Des programmes d'information et d'éducation à la santé devraient être largement développés, particulièrement dans les écoles, où ils permettent de toucher tous les élèves, y compris ceux de classes sociales défavorisées. Les systèmes de santé devraient aussi plus inciter à la prévention, aussi bien les patients que les professionnels de santé.



Bibliographie



1. OSTBERG A-L., HALLING A., LINBLAD U.

A gender perspective of self-perceived oral health in adolescents : associations with attitudes and behaviours

Community Dent. Health, 2001, 18, 110-116

2. MONNIER J., DESCHAMPS J.-P., FABRY J., et al.

Santé Publique / Santé de la Communauté

Villeurbanne : SIMEP, 1980 – 443p.

3. CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H.

La santé des adolescents. Approche longitudinale des consommations de drogues et des troubles somatiques et psychosomatiques

Paris : INSERM, La documentation française, 1988 – 141 p.

4. ALBERTINI P., DEL VOLGO A., BAILLON JAVON, et al.

La santé buccodentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans.

URCAMIF, Nov 2001.

5. ABRAMSON J.H., ABRAMSON Z.H.

Epidemiological research, programme evaluation, clinical trials.

London : Churchill Livingstone, 1999 ; Survey methods in community medicine

6. COMBESSIE J.-C.

La méthode en sociologie ; 3^e éd.

Paris : La Découverte, 2001 – 123p.

7. EVANS R.G., BARER M.L., MARMOR T.R.

Être ou ne pas être en bonne santé

Paris : John Libbey Eurotext, Presses de l'Université de Montréal, 1996 – 359p.

8. STRAUCH G.

Les systèmes de santé. Formation à la recherche

Paris : Hermès, 1998 – 134 p

9. HARRIS R.V., NICOLL A.D., ADAIR P.M., PINE C.M.

Risk factors for dental caries in young children : a systematic review of literature.

Community Dent. Health, 2004, 21 (Suppl.), 71-85

10. CHASSARD M.-H.

Les adolescents et leurs dents

Th : Chir. Dent. : Nancy I : 1990 – 101f.

11. BANCHEREAU C., DOUSSIN A., ROCHEREAU T., et al.
L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ?
Paris :CREDES, 2002 - 150p. (Biblio CREDES ; 1396)
12. PETERSEN P.E., HOERUP N., POOMVISET N., et al.
Oral health status and oral health behaviour of urban and rural schoolchildren in Southern Thailand.
Int. Dent. J., 2001, 51, 95-102
13. OSTBERG A.L., HALLING A., LINDBLAD U.
Gender differences in knowledge, attitude, behavior and perceived oral health among adolescents.
Acta Odontol. Scand., 1999, 57, 4, 231-236
14. NAKAZONO T.T., DAVIDSON P.L., ANDERSEN R.M.
Oral Health beliefs in diverse populations
Adv. Dent. Res., 1997, 11, 235-244
15. STENBERG P., HÅKANSSON J., AKERMAN S.
Attitudes to dental health and care among 20 to 25-year-old Swedes : results from a questionnaire.
Acta Odontol. Scand. 2000, 58, 102-106
16. AL-HUSSAINI R., AL-KANDARI M., HAMADI T., et al.
Dental health knowledge, attitudes and behaviour among students at the Kuwait University Health Sciences Centre.
Med. Princ. Pract., 2003, 12, 4, 260-265
17. OSTBERG AL.
On self-perceived oral health in Swedish adolescents.
Swed. Dent. J. Suppl., 2002, 155, 1-87
18. D'ALMEIDA H.B., KAGAMI N., MAKI Y., TAKAESU Y.
Self-reported oral hygiene habits, health knowledge, and sources of oral health information in a group of Japanese junior high school students.
Bull. Tokyo Dent. Coll., 1997, 38, 2, 123-131
19. OSTBERG A.L., LINDBLAD U., HALLING A.
Self-perceived oral health in adolescents associated with family characteristics and parental employment status.
Community Dent. Health, 2003, 20, 159-164

20. FARSI J.M.A., FARGHAYI M.M., FARSI N.
Oral health knowledge, attitude and behaviour among Saudi school students in Jeddah city
J. Dent., 2004, 32, 47-53
21. KWAN S.Y., WILLIAMS S.A.
Dental beliefs, knowledge and behaviour of Chinese people in the United Kingdom.
Community Dent. Health, 1999, 16, 1, 33-39
22. PILZ M.E., HETZER G., FUHRMANN T., LANGE C.
Studies on juveniles' education for health of teeth and mouth. 2. Juveniles' knowledge of dental health and behavior
Stomatol. DDR., 1990, 40, 1, 27-30
23. VIGNARAJAH S.
Oral health knowledge and behaviours and barriers to dental attendance of school children and adolescents in the Caribbean island of Antigua.
Int. Dent. J., 1997, 47, 167-172
24. LINN E.L.
Teenagers' attitudes, knowledge and behaviors related to oral health.
J. Am. Dent. Assoc., 1976, 92, 5, 946-951
25. KINIRONS M.J., STEWART C.
Adolescents' knowledge of common foods and drinks and the importance of the pattern of consumption: a study undertaken in an area of high dental needs.
Community Dent. Health, 1998, 15, 3, 175-178
26. RAJAB L.D., PETERSEN P.E., BAKAEEN G., HAMDAN M.A.
Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan.
Int. J. Paediatr. Dent., 2002, 12, 3, 168-176
27. DAROUT I.A., ASTROM A.N., SKAUG N.
Knowledge and behaviour related to oral health among secondary school students in Khartoum Province, Sudan.
Int. Dent. J., 2005, 55, 4, 224-230
28. ZHU L., PETERSEN P.E., WANG H.Y., et al.
Oral health knowledge, attitudes and behaviour of children and adolescents in China.
Int. Dent. J., 2003, 53, 5, 289-298

29. PENG B., PETERSEN P.E., FAN M.W., TAI B.J.
Oral health status and oral health behaviour of 12-year-old urban schoolchildren in the People's Republic of China.
Community Dent. Health, 1997, 14, 238-244
30. GRANDFILS N.
Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 ; tome 5 : les dentistes
Paris : CREDES, 1998 – 68p. (Biblio CREDES ; 1202)
31. ABREU M.H., PORDEUS I.A., MODENA C.M.
Dental caries in schoolchildren from rural communities in Itauna (MG), Brazil
Rev. Panam. Salud Publica., 2004, 16, 5, 334-344
32. NICOLAU B., MARCENES W., BARTLEY M., SHEIHAM A.
Associations between socio-economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status.
J. Public Health Dent., 2005, 65, 1, 14-20
33. LISSAU I., HOLST D., FRIIS-HASCHE E.
Use of dental services among Danish youths : role of the social environment, the individual, and the delivery system.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1989, 17, 3, 109-116
34. LIDDELL A., LOCKER D.
Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1997, 25, 314-318
35. FRIIS-HASCHE E.
Pediatric dentistry and dental fear
Tandlaegebladet., 1990, 94, 2, 70-73
36. RILEY J.L. , GILBERT G.H.
Childhood dental history and adult dental attitudes and beliefs.
Int. Dent. J., 2005, 55, 3, 142-150
37. OSTBERG A.L., ERIKSSON B., LINDBLAD U., HALLING A.
Epidemiological dental indices and self-perceived oral health in adolescents : ecological aspects.
Acta Odontol. Scand., 2003, 61, 19-24

38. HORST G., DE WIT C.A.

Review of behavioural research in dentistry 1987-1992 : dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance

Int. Dent. J., 1993, 43, 265-278

39. MACINTYRE S.

The Black report and beyond : what are the issues ?

Social Science Med., 1997, 44, 723-745

40. LOCKER D.

Deprivation and oral health : a review.

Community Dent. Oral Epidemiol., 2000, 28, 161-169

41. LAU R.R., QUADREL M.J., HARTMAN K.A.

Developpement and change of young adults' preventive health beliefs and behavior : influence from parents and peers.

J. Health Social Behav., 1990, 31, 240-259

42. OKULLO I., ASTROM A.N., HAUGEJORDEN O.

Social inequalities in oral health and in use of oral health care services among adolescents in Uganda.

Int. J. Paediatr. Dent., 2004, 14, 5, 326-335

43. DESCHAMPS J.P.

Les adolescents recourent peu aux services de santé.

Economie Lorraine, 1982, 7, 15-17

44. BON N., BON M., SPYCKERELLE Y., et al.

Adolescents : des mots sur la santé. In : Les représentations de la santé : bilan actuel, nouveaux développements.

Colloque international INSERM - Nancy, 20-22 octobre 1988 – Ed. d'Houtaud A.

Paris : INSERM, 1989 – 497p.

45. JEANNERET D., SAND E.A., DESCHAMPS J.P., et al.

Les adolescents et leur santé

Paris : Flammarion Médecine sciences, 1983 – 485 p.

46. MAYER M.P., DE PAIVA BUISCHI Y., DE OLIVEIRA L.B., GJERMO O.

Long-term effect of an oral hygiene training program on knowledge and reported behavior.

Oral Health Prev. Dent., 2003, 1, 1, 37-43

47. CAMPUS G., LUMBAU A., LAI S., SOLINAS G., CASTIGLIA P.
Socio-economic and behavior factors related to caries in twelve-year-old Sardinian children
Caries Res., 2001, 35, 6, 427-434
48. WEISSENBACH M.
Analyse des facteurs de santé orale chez des adolescents d'une commune lorraine.
Th : doctorat – univ. odontol : Nancy I : 1994 – 230f.
49. KIYAK H.A.
Dental beliefs, behaviors and health status among Pacific Asians Caucasians.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1981, 9, 1, 10-14
50. PAULANDER J., AXELSSON P., LINDHE J.
Association between level of education and oral health status in 35-, 50-, 65-year-olds.
J. Clin. Periodontol., 2003, 30, 697-704
51. GATRIX D., HOLLOWAY P.J.
Factors of deprivation associated with dental caries in young children
Community Dent. Health, 1994, 11, 66-70
52. FAGGIANO F., DI STANISLAO F., LEMMA P., RENGÀ G.
Role of social class in caries occurrence in 12 year olds in Turin.
Eur. J. Public Health, 1999, 9, 109-113
53. DIEHNELT D.E., KIYAK H.A.
Socioeconomic factors that affect international caries levels.
Community Dent. Oral Epidemiol., 2001, 29, 226-233
54. HJERN A., GRINDEFJORD M., SUNDBERG H., ROSEN M.
Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden
Community Dent. Oral Epidemiol., 2001, 29, 167-174
55. DAVEY SMITH G., NEATON J.D., STAMLER J.
Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the multiple risk factor intervention trial.
Am. J. Public Health, 1996
56. GONCALVES E.R., PERES M.A., MARCENES W.
Dental caries and socioeconomic conditions : a cross-sectional study among 18-year-old male in Florianopolis, Santa Catarina State.
Cad. Saude Publica, 2002, 18, 699-706

57. WENNHALL I., MATSSON L., SCHRODER U., TWETMAN S.
Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural area in southern Sweden.
Swed. Dent. J., 2002, 26, 167-172
58. ROSSOW I.
Intrafamily influences on health behavior. A study of interdental cleaning behavior.
J. Clin. Periodontol., 1992, 19, 10, 774-778
59. HAGQUIST C.E.
Economic stress and perceived health among adolescents in Sweden.
J. Ado. Health, 1998, 22, 250-257
60. REISINE S.
Dental disease and work loss
J. Dent. Res., 1984, 63, 1158-1161
61. IDOUX J.-M.
Hygiène et état bucco-dentaire des enfants d'âge scolaire à Nancy : importance de l'origine socio-professionnelle
Th. : Chir. Dent. : Nancy I : 1980, 90f.
62. ADAIR P., PINE C., BURNSIDE G., et al.
Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups
Community Dent. Health, 2004, 21, Suppl., 102-111
63. HODGE H.C., HOLLOWAY P.J., BELL G.R.
Factors associated with toothbrushing behavior in adolescents.
Dent. Health, 1983, 22, 5, 7-9
64. FREEMAN R., MAIZELS J., WYLLIE M., SHEIHAM A.
The relationship between health related knowledge, attitudes and dental health behaviours in 14-16-year-old adolescents.
Community Dent. Health, 1993, 10, 4, 397-404
65. JESSOR R.
Risk behavior in adolescence : a psychosocial framework for understanding and action
J. Ado. Health, 1991, 12, 597-605

66. WORTHINGTON H.V., HILL K.B., MOONEY J., et al.
A cluster randomized controlled trial of a dental health education program for 10-year-old children
J. Public Health Dent., 61, 22-27
67. GUERIN M., GOSSELIN P., CORDIER S., et al.
Environnement & santé publique : fondements et pratiques
Quebec, EDISEM, 2003, 1023 p
68. BRISSET C., STOUFFLET J.
Santé et médecine : l'état des connaissances et des recherches
Paris, La Découverte, 1988 ; pp 127-143
69. BEYNET A., MENAHEM G., et al.
Problèmes dentaires et précarité
Paris : CREDES, 2002 – 139p. (Biblio CREDES ; 1369)
70. ROZENCWEIG D.
Manuel de prévention dentaire
Paris : Masson, 1988 – 152p.
71. DOMEJEAN-ORLIAGUET S., TUBERT-JEANNIN S., et al.
French Dentists' Restorative Treatment Decisions
Oral Health Prev. Dent., 2004, 2, 125-131
72. TESSIER S., ANDREYS J.-B., RIBEIRO M.A.
Santé Publique, Santé Communautaire – 2^e éd.
Paris : Maloine, 2004 – 341p.
73. STRAUCH G.
Les systèmes de santé. Formation à la recherche
Paris : Hermès, 1998 – 134 p.
74. Organisation Mondiale de la Santé
Enquête sur la santé bucco-dentaire : méthodes fondamentales – 2^{ème} éd.
Genève : OMS, 1977 – 74p.
75. CHRISTENSEN LB, PETERSEN PE, BHAMBAL A.
Oral health and oral health behaviour among 11-13-year-olds in Bhopal, India.
Community Dent. Health, 2003, 20, 3, 153-158

76. HONKALA E., FREEMAN R.
Oral hygiene behavior and periodontal status in European adolescents : an overview.
Community Dent. Oral Epidemiol., 1988, 16, 4, 194-198
77. POUSSEUR F.
La publicité pour les produits dentaires à l'usage du public et son impact sur les enfants.
Th. : Chir. Dent. : Nancy : 1988 ; 148f.
78. MUSAIGER A.O.
Food habits of mothers and children in two regions of Oman.
Nutr. Health, 1996, 11, 1, 29-48
79. ASTRØM A.N., RISE J.
Socio-economic differences in patterns of health and oral health behaviour in 25 year old Norwegians.
Clin. Oral Investig., 2001, 5, 122-128
80. SCHULLER A.A., WILLUMSEN T., HOLST D.
Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear ?
Community Dent. Oral Epidemiol., 2003, 31, 116-121
81. MWANGOSI I.E., NYANDINDI U.
Oral health related knowledge, behaviours, attitude and self-assessed status of primary school teachers in Tanzania.
Int. Dent. J., 2002, 52, 130-136
82. OSTBERG A.L., JARKMAN K., LINDBLAD U., HALLING A.
Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors : a qualitative study.
Acta Odontol. Scand., 2002, 60, 3, 167-173
83. KALWITZKI M.
Self-reported changes in clinical behaviour by undergraduate dental students after video-based teaching in paediatric dentistry.
Eur. J. Dent. Educ., 2005, 9, 3, 108-114
84. BIESBROCK A.R., WALTERS P.A., BARTIZEK R.D.
Short-term impact of a national dental education program on children's oral health and knowledge.
J. Clin. Dent., 2004, 15, 4, 93-97

Références internet

85. CIBOIS P.

Logiciel libre Trideux version 3.3.2.

perso.wanadoo.fr/cibois/SitePhCibois.htm

Visité en novembre 2005

Annexe

ID	âge	sexe	R/U	Adultes	Enfants	profPère	profMère	tabac	alcool	SantéPerç	ApparPerç	SgnmtProv	InitBros	AttitDir	AttitSgnmt	BonRép	MvsRep	NbBrosJ	TpsBros	ChgtBros	Grignot
1	14	M	U	2	2	3	3	0	1	2	2	2	1		4	11	0	1	1	1	2
2	16	M	U	2	2	1	1	0	1	3	3	1	4	1	6	5	0	2	2	2	2
3	14	M	U	2	2	3	4	0	1	2	3	2	4	1	4	5	0	2	2	2	2
4	14	M	U	2	1	1	1	0	0		2	2	4	2	4	6	0	2	2	1	2
5	14	F	U	3	2	3	3	0	1	2	2	2	3	2	4	11	0	2	1	2	2
6	15	F	U	2	1	0	1	0	1	3	3	2	14	2	4	10	0	4	3	2	3
7	14	F	U	2		4	4	0	2	2	3	2	4	3	4	10	0	2	1	2	3
8	14	F	U	2	2	4	4	0	0	2	3	2	1	2	1	7	0	3	2	1	2
9	17	M	U	2	2		1	0	2	2	4	2	6	1	6	10	1	3	3	1	2
10	14	M	U	2	3	4	4	0	1	2	2	2	4	3	4	6	0	2	2	1	2
11	15	F	U	2	3	3	4	0	0	2	2	1	4	1	4	5	0	3	3	1	3
12	14	F	U	3	5	2	4	0	0	2	2	1	134	1	4	10	0	3	2	2	2
13		M	U	1	1		0	0	1	2	3	2	4	3	4	5	0	2	3	1	3
14	16	M	U	4	2	2	2	0	0	3	3	1	6	1	4	10	1	2	2	2	2
15	15	M	U	2	2	3	1	0	0	2	3	4	6	3	2	14	2	3	2		2
16	15	M	U	2	3	1	0	0	0	1	1	2	4	2	4	8	0	2	2	1	2
17	15	F	U	2	3	1	1	0	0	2	2	2	4	2	4	5	0	3	2	1	1
18	16	F	U	1	1	1	3	0	0	2	2	2	4	1	1	9	0	3	2	2	3
19	15	F	U	1	2	0	1	0	0	1	1	1	6	1	4	4	0	2	2	1	2
20	15	F	U	1	2	3	1	0	1	2	2	2	4	2	6	4	0	3	1	2	3
21	14	M	U	2	3	3	0	0	1	2	2	2	4	1	1	2	0	3	2	2	2
22	13	F	U	2	2	2	1	0	0	1	2	3	14	12	4	9	0	34	2	1	2
23	14	F	U	2	3	1	1	0	0	1	2	2	3	12	4	11	0	34	2	1	2
24	13	F	U	2	3	1	1	0	0	2	2	1	4	1	4	9	0	3	2	1	2
25	14	M	U	2	4	1	0	1	1	2	2	1	4	1		6	0	2	3	1	2
26	13	M	U	2	3	4	4	0	0	2	3	3	6	0	1	3	0	3	2	1	2
27	14	M	U	2	3	1	1	0	0	2	2	1	1	1	45	14	1	23	3	1	2
28	13	M	U	1		2	3	0	1	2	2	2	1	2	4	4	0	2	2	2	2
29	14	M	U	1	2	1	1	0	2	2	2	2	4	3	4	3	0	3	1	1	3
30	15	F	U	1	3	1	1	1	0	1	2	3	6	1	1	9	0	34	3	1	2
31	13	M	U			3	1	0	0	2	3	1	6	2	1	7	0	3	3	2	1
32	13	F	U	2	1	3	3	0	0	2	2	2	4	0	4	7	0	23	2	2	2
33	13	F	U	2	9	0	1	0	0	3	2	3	4	12	1			2	2	1	3
34		M	U	2	3	1	1	0	1	2	1	1	14	21	3	8	0	3		2	2
35	13	M	U	2	2	1	1	0	0	2	2	2	4	3	14	11	0	3	1	1	1
36	15	F	U	3	4		1	1	0	2	2	3	6	1		8	0	3	2	1	2
37	13	M	U	2	3	1	1	1		2	2	1	6	13		9	0	32	3	1	2
38	13	M	U	2	2	1	2	0	1	1	1	2	1	3	1	7	0	1	2	1	2
39		M	U	2	3	1	0	1	2	2	2	3	4	1	4	5	0	3	3	1	2
40	13	F	U	2	3		1	0	0	2	2	1	1	1	5	4	0	3	3	1	2

41	13	F	U	2	2	1	1	0	0	1	3	2	4		4	5	0	2	2	2	3
42	13	M	U	2	2	4	4	0	0	3	2	1	4		4	6	0	2	2	1	2
43	14	F	U	2	4	1	1	0	0	1	4	3	4	1	1	5	0	2	2	2	3
44	15	M	R	2	2	2	0	0	0	2	2	1	14	1	4	6	0	2	2	1	2
45		M	R	2	1	0	0	0	0	3	4	1	4	2	3	8	0	3	1	1	2
46	15	M	R	2	2	1	1	0	0	1	2	2	4	1	1	12	1	3	1	1	2
47	15	F	R	1	1	3	1	0	1	2	2	1	6	3	4	5	0	3	2	1	2
48	15	M	R	1	2	1	1	0	2	2	3	2	4	2	4	10	0	23	2	1	2
49	15	M	R	1	3	0	1	0	1	2	2	1	34	2	64	12	0	2	1	2	1
50		F	R	2	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	2	10	0	3	2	1	2
51	15	M	R	1	3	3	0	1	2	1	1	2	1	2	4	3	0	4	2	2	1
52	15	M	R	1	3	2	0	0	0	2	2	2	34	1	4	6	0	2	2	1	1
53	15	M	R	1	2	3	0	0	0	1	1	2	4	1	4	4	0	1	3	1	1
54	14	M	R	2	3	1	1	0	0	2	3	2	1	0	4	7	0	2	3	1	2
55	15	F	R	2	1	1	1	0	0	2	2	3	4	1	2	3	0	2	1	2	2
56	15	F	R	3	1	1	0	0	0	1	1	2	45	1	1	6	0	2	2	1	2
57	14	F	R	2	2			0	1	2	2	1	1	1	3	12	0	3	2	1	1
58		M	R	2	2	1	1	0	1	2	4	2	14	2	14	8	0	2	2	2	2
59	14	M	R	2	4	1	1	0	1	2	2	1	14	1	3	5	0	3	2	2	2
60	15	M	R	2	5	4	4	0	0	2	2	2	6		1	5	0	3	3	1	2
61	14	M	R	2	3	1	1	0	0	2	4	1	6	2	6	11	0	2	2	1	3
62	15	M	R	1	3		0	1	2	2	3	1	34	1	5	11	1	2	2	1	2
63	15	F	R	2	1	1	1	0	0	2	2	4	4	12	1	7	0	2	2	1	1
64	15	F	R	4	4	1	0	0	0	2	3	1	15	123	4	12	1	23	3	1	2
65	15	F	R	2	1	0	0	1	2	1	2	2	45	2	4	6	0	3	2	2	2
66	15	F	R	2	3	1	1			2	2	2	6	12	4	7	0	2	2	2	2
67		F	R	2	2			0	0	2	2	2	4	3	2	2	0	23	2	2	2
68	13	F	R	2	2	1	1	0	0	2	2	1	4	2	4	8	0	23	2	1	1
69	15	M	R	2	1	0	0	0	1	2	2	3	25	0	1	8	0	2	2	1	3
70	15	M	R	2	2	1	2	0	1	1	2	2	4		4	7	0	2	2	1	2
71	14	M	R	2	1	1	1	0	0	1	2	2	4	1	4	10	0	3	2	1	3
72	13	F	R	1	1	1		1	2	2	3	2	345	2	34	8	0	3	2	1	3
73	13	F	R	2	2	1	1	2	1	1	2	2	24	1	45	7	0	3	3	2	3
74	14	F	R	1	2	3	4	0	0	3	2	1	4	20	6	14	0	2	3	1	3
75	14	F	R	2	1	1	1	0	2	2	2	3	14	2	1	13	0	2	2	1	3
76	13	M	R	2	2	3	0	0	2	2	2	1	4	1	0	6	1	2	2	1	2
77	14	F	R	2	2	2	1	0	1	2	3	2	34		4	11	0	3	2		
78	14	M	R	2	5	1	0	0	0	2	2	2	4	2	6	11	0	2	3	1	2
79	14	M	R	2	3			0	0	2	2	2		0	6	6	0	2	2	1	3
80	13	M	R	2	2	1	1	0	0	2	2	2		1	7	0	2	3			2
81	13	M	R	5	3	0	0	0	0	2	2	1	1	2	1	7	0	3	3		2

82		F	R	2	4	1	0	0	0	1	2	2	6	23	3	3	0	3	2	1	2
83	15	F	R	2	1	0	1	0	2	3	4	3	4	2	1	9	1	2	3	1	3
84	15	F	R	2	2	1	1	0	0	1	1	2	4	2	4	5	0	2	1	2	2
85	15	F	R	2	2	0	1	0	1	3	2	2	4	1	4	5	1	2	2	1	3
86	14	F	R	2	3	1	1	0	0	3	3	2	5	1	6	3	0	3	1	1	2
87	15	F	R	2	3	1	1	1	1	2	2	2	6	12	45	4	2	2	3	1	2
88	14	F	R	2	2	1	1	0	2	1	2	2	4	1	1	6	0	3	2	1	2
89	15	F	R	2	2	1	1	0	1	2	1	2	1345	21	4	7	1	23	3	1	2
90	15	M	R	2	3	1	1	0	1	2	2	2	4	12	4	6	0	1	2	2	3
91	14	F	R	2	1	1	1	1	2	2	2	3	4	2	6	9	2	3	2	1	2
92	14	M	R	3	2	1	1	0	2	1	1	2	1	2	1	6	1	2	3	2	3
93	15	F	R	2	2	0	1	2	1	4	4	4	134	2	1	6	0	2	1	2	3
94		F	R	2	3	1	1	0	0	2	2	1	1	1	1	9	0	2	2	1	2
95	15	M	R	2	2	2	1	0	0	2	3	2	6	123	6	8	1	2	1	1	3
96		F	R	1	2		1	1	2	2	3	3	4	3	1	2	0	2	2	2	2
97	15	F	R	2	2	1	1	0	1	2	2	2	4	1	4	5	0	2	2	1	2
98	15	F	R	2	2	1	0	0	1	2	2	3	4	2	4	7	0	2	1	1	2
99	15	M	R	2	1		1	0	0	2	2	1	4	2	6	10	0	3	3	1	2
##	15	M	R	2	3	2	2	0	2	3	3	1	46	20	4	11	0	23	2	1	2
##	15	F	R	2	4	0	1	2	1	3	3	3	6	2	1	10	0	34	2	2	3
##	15	F	R	2	2	1	1	1	0	3	3	1	6	1	4	11	0	2	2	2	2
##	16	F	R	4	1	1	1	1	1	2	3	2	6	2	4	9	1	2	2	1	3
##	14	F	R	2	3	1	1	1	1	3	3	2	34	2	1	5	1	1	1	2	3
##	14	M	R	2	2	2	1	0	2	2	2	1	4	12	5	8	2	2	1	1	2
##	15	M	R	2	3	4	3	2	1	3	2	2	12	2	61	3	1	2	2	2	2
##	14	M	R	2	3	1	1	0	0	2	3	1	4	12	6	7	0	2	2	1	2
##	14	F	R	2	2	1	1	0	1	2	4	2	6	12	1	4	0	2	2	1	3
##	13	F	R	2	3	2	2	0	0	2	2	2	134	12	4	10	0	2	2	1	2
##	14	F	R	2	2	0	1	0	0	2	2	3	34	1	3	10	1	3	3	1	2
##	13	M	R	2	1	2	2	0	0	2	2	3	34	0	1	11	0	2	1	2	3
##	13	F	R	2	4	1	1	0	0	2	3	2	1234	0	24	11	0	3	2	2	2
##	14	F	R	1	1	2	4	0	0	2	3	1	124	2	34	10	0	2	1	2	2
##	14	M	R	2	2	1	1	0	0	2	2	3	4	2	1	6	0	2	2	1	3
##	14	F	R	2	3	1	1	0	1	2	2	2	134	2	14	7	0	2	1	2	3
##	13	F	R	2	3	1	1	0	0	2	3	2	14	2	4	13	0	23	2	1	2
##	13	M	R	1	2		1	0	2	2	2	2	14	12	1	7	0	1	3	1	3

MotifBros	MotifNonB	MoyEmpl	MoyUtil	ExpDir	DernVis	MotifC	Peur?	RaisPeur	Désagrèabl	ConfPrat	ExpliPrat	PercPrat	AccèsPrat	RDVraté	Excuse	ReprisC	Pédo
15	134	148	14578	O	1	3	0		51	1	1		0	N			N
135	34	138	2457	O	1	2	1	2153	3215	1	1	1	0	O	4	1	N
12345	34	1378	245	O	2	3	1	6253	5217	1	1	2	0	N			N
134	34	158	12458	O	1	3	0		356	1	1	1	0	N			N
25	3	178	23456	N	1	3	0		3521	2	2	1	0	N			O
145	34	12578	128	O	2	2	3	3642	5342	4	2	2	0	N			O
1234	1	168	237	O	1	2	1	365	2156	2	2	2	0	N			N
1234		1238	1378	O	1	3	3	4365	5442	3	3	4	0	O	1	2	O
1235	134	15678	178	O	3	1	0		1327	2	2	2	0	N			N
1234	1	178	18	O	2	3	0		2573	1	2	4	0	N			N
12345	3	178	2345	N	1	3	0		3	2	2	2	0	N			O
12345	3	145678	1478	O	2	3	2	56	2314	2	2	2	23	O	4	1	O
12	3	1278	3456	O	1	3	0		27	3	2	2	0	O	4	1	O
12345	34	178	12478	O	1	1	0		3265	1	2	1	0	O	4	1	N
14		178	12578	N	2	3	0		3	1	2	2	0	N			N
1345	4	178	178	O	1	3	0		3	1	2	1	0	N			N
134		178	12348	O	1	3	1	6	23	1	1	2	0	N			O
12345	3	1278	12348	O	1	3	1	36	2	2	2	2	0	O	3	1	O
3	4	1378	2456	O	1	3	0		5	3	3	4	0	N			O
12345	4	125678	34	O	2	3	1	356	25	3	2	3	0	N			O
1346	34	12578	1578	O	1	3	0		36	1	1	1	0	N			O
1245		12358	123458	O	1	123	1	6	2531467	1	1	1	0	N			O
1245		12348	12348	O	1	3	0		2513	1	1	1	0	N			O
12345	134	12678	1234578	N	1	3	1	6	235	2	2	2	0	O	4	1	N
14	4	12478		O	1	2	0		36	1	1	1	0	N			O
2356	1245	1678	124578	O	1	1	4	356	2531	1	1	1	0	O	4	2	N
12345		178	178	O	1	12	0		431	1	2	1	0	N			O
23	34	12678	1248	O	1	3	0		57	2	3	1	0	O	3	1	O
13	3	1478		O	1	3	0		456	2	2	2	0	O	3	1	N
1234			1278	O	1	3	0		12	2	1	1	0	N			O
15		18	247	O	1	3	0		53	1	2	2	0	N			N
1245	3	14678	148	O	3		0		3567	1	2	2	0	N			N
123456		178	12678	O	1	3	2	6	235	1	1	1	0	N			N
12345		12458	3	N	2	3	0		53	1	2	1	0	O	4	1	N
12345		1278	123478		1	3	1		5	2	1	2	0	N		O	
124	46	1678	2345	O	1	23	1	3	357	2	2	1	0	O	4	1	O
12345	4	1235678	123578	N	4	2	0		7	1	2	2	0	N			N
124	34	1578	14578	O	1	2	0		235	1	1	1	0	N		N	
1234		1357	25	O	1	3	0		25	1	1	1	0	O	4	1	N
145		12348	12348	O	1	3	0		5	1	1	1	0	N			N

4	1	18	18	O	1	2	3	6	2	3	1	1	0	N			N
1245	13	18	12348	N	1	3	0		5	1	1	1	0	N			N
12345		18	1278	O	1	3	1		57	2	2	2	0	N			O
145	34	158	2	O	1	3	2	6	2	1	2	2	0	N			O
12345		245	178	N	2	3	0		35	1	1	1	0	N			O
12345	3	12358	12458	O	1	3	0		1	1	1	1	0	N			O
12345	34	138	1234578	O	1	3	1	256	12357	2	2	2	3	N			O
12345	3	18	12478	O	2	12	0		235	1	3	1	0	N			O
123456		12578	34	O	1	123	0		13567	1	3	3	3	N			O
12345		1678	2345	N	1	3	0		35126	1	1	1	0	N			N
1345		1378	123478	O	1	3	0		34567	1	1	1	0	O	4	1	N
245	4	138	13478	O	1	3	1	5	157	2	2	1	0	N			N
135		178	178	N	1	3	0			1	1	1	0	O	4	1	N
12345		18		O		2	0		3156	2	2	2	0	N			N
12345	37	12578	346	O	2	3	0		2	2	2	2	0	N			O
12345	3	1678	128	O	2	1	0		3	1	1	1	0	O	4	1	O
12345	4	128	34	O	1	3	0		6153	1	1	1	0	N			N
12345	34	18	24	O	1	3	1	3	3675	2	2	2	0	N			N
13		12578	346	O	1	3	0		6743	1	1	1	0	O	3	1	N
123456		1248	357	O	1	3	0		3675	1	1	1	0	N			N
123456	34	1678	123458	N	4	12	0		1235	1	1	1	0	N			N
12345		1278	67	O		3	0		1765	2	2	2	0	N			N
12345	3	1258	1258	O	2	13	0		53	1	1	1	0	N			O
12345		1278	128	O	1	3	1	26	2153	1	1	1	0	O	4	1	O
1235		178	178	O	1	3	0		135	4	3	4	0	O	3	1	O
12345		12378	1234578	O	1	123	1	2	235	1	1	1	0	N			O
1345		23456	178	O	1	3	1	625	251	2	1	1	0	N			N
12345	34	12378	1234578	O	2	3	1	6523	2153	1	2	1	13	N			N
12345		158	1345678	O	3	3	1	1256	1243	1	1	1	12	N			O
123456	13	1345678	12345678	N	4		0		17	4	4	4	0	N			O
12345		12348	12348	N	2	3	0	156	1253	1	1	1	0	N			N
12345		1378	123478	O	1	3	0		2341	3	2	2	0	O	1	1	N
12345		1268	3457	O	1	3	0		674	1	1	2	0	O	4	1	O
123456	13	14578	1278	O	1	2	0			1	1	1	0	N			O
12345	1	18	12348	O	1	3	1		25	3	3	2	0	O	3	1	N
12345	1	123678	45	N	1	3	0		1423	1	1	1	0	O	4	1	N
12345		12678	128	N		3	0		3561	2	2	3	0	N			O
12345	3	135	24678	N	1	3	0		6743	2	2	2	0	N			N
12345		1578	23	O	1	1	0		5124	2	3	2	0	N			N
123456		15678	234	O	1	3	1	34	5312	2	2	2	0	N			N
123456	4	15678	234	O	1	3	1	34	5312	2	2	2	0	N			N

12345	3	15678	234	O	1	3	0		14	1	1	1	0	N			N
1234		125678	34	O	1	1	3	356	5321	3	2	1	0	O	3	1	N
1345		1378	1378	O	3	2	1	6	2	2	2	1	3	N			N
14	3	1568	27	O	2	3	3	36	3	1	1	1	3	N			O
4	3	178	18	O	1	3	1	36	23	3	2	3	0	N			O
12345		1245678	1245678	O	1	123	2	123456	1234567	4	3	2	1	O	34	1	O
12345	3	15678	178	O	1	3	1	6	235	1	1	1	0	N			N
12345	4	1245678	3	O	1	3	0		2513	1	1	1	1	O	4	1	N
134	34	14578	24578	N	1	123	0		5	3	2	3	0	N			N
12345	7	1278	1278	O		2	0		12	3	2	3	0	N			O
134	3	1678	2345	O	2	1	0		53	1	2	1	0	O	3	1	N
12345		18	12348	O	1	2	3	356	125376	3	2	1	2	O	13	1	O
135	3	12678	125678	N	1	3	0		3	1	2	1	0	N			N
12345	1	1235678	1234578	O	1	3	1	3	35	1	2	2	0	O	4	1	O
12345	3	18	234567	O	1	3	0	6	25	1	3	1	1	O	3	1	N
12345		18	178	O	2	3	0		7	2	2	1	0				O
12345		13578	1238	O	1	3	1	3	3567	2	2	2	0	N			O
123456	167	15678	1478	O	2	2	1	56	521	2	1	1	0	N			O
123456	134	18	234	O	1	12	1		3457	2	2	2	3	O	34	1	O
34		134678	12345678	O	3	2	0		25	4	4	4	2	O	34	1	O
14		15678	234	O	1	3	1	56	1275	1	1	1	0	N			O
3	34	145678	23	O	2	2	1	3	35	2	4	1	0	O	4	1	O
134		34567	128	O	3	1	1	256	5731	2	2	1	0	O	3	2	O
1234	3	128	347	N	1	3	0		5	1	2	1	0	N			N
134	14	145678	12378	O	4	1	1	4	673	1	1	2	0	O	4	1	N
12345	36	13458	12348	N	1	3	0		56312	1	1	1	0	O	4	1	N
15		18	18	O	1	123	1	36	25	3	4	2	0	N			N
123456		148	1238	O	1	3	2	356	5237	2	2	2	0	N			O
123456		14578	134578	O	1	3	1	3452	5312	4	3	3	0	N			O
134		13478	123478	O	3	3	1	2654	2351	2	1	2	0	N			N
1234		1245678	1248	O	1	3	0		6753	2	3	2	0	N			N
12345		12458	1234578	O	1	3	2	23456	5321	3	1	1	0	O	3	1	O
12346		128	123458	O	2	12	3	346	2537	3	3	3	1	O	3		O
12345		1248	1248	O	1	2	1	4	562	1	1	1	0	O	4	1	N
12345		1278	128	O	1	3	1	46	125	4	4	4	0	N			N
12345		1278	1278	O	2	23	0		352	2	2	2	0	O	4	1	N
1234	3	158	13578	O	1	23	0		3547	4	2	3	0	O	4	1	O

TABLE DES MATIERES



Introduction	1
1^{ère} partie : Matériel et méthode	3
1. Choix de l'échantillonnage	4
2. Le questionnaire	5
2.1. Choix des questions	5
2.2. Rédaction des questions	6
2.3. Distribution du questionnaire	6
2.4. Le questionnaire	7
3. Analyse statistique	10
3.1. Méthode d'analyse statistique	10
3.2. Quelques rappels sur le test du Khi2	10
4. Description de la population	11
4.1. Description de l'échantillon	11
4.1.1. Age	11
4.1.2. Sexe	11
4.1.3. Adresse	12
4.1.4. Nombre d'adultes	12
4.1.5. Nombre d'enfants	12
4.1.6. Profession du père	13
4.1.7. Profession de la mère	13
4.2. Croisement des paramètres entre eux	14
4.2.1. Adresse/âge	14
4.2.2. Sexe/âge	14
4.2.3. Sexe/adresse	14
4.2.4. Sexe/profession du père	15
4.2.5. Sexe/profession de la mère	15
4.2.6. Localisation/profession de parents	15
4.2.7. Age/profession des parents	16
4.2.8. Profession du père/profession de la mère	16

2^{ème} partie : Résultats de l'enquête	17
1. Description des résultats	18
1.1. Caractéristiques générales	18
1.1.1. Consommation de tabac	18
1.1.2. Consommation d'alcool	18
1.1.3. Grignotage	19
1.2. Perception	20
1.2.1. Avez-vous déjà eu mal aux dents	20
1.2.2. Vous trouvez votre santé buccale	21
1.2.3. Vous trouvez l'apparence de vos dents	21
1.2.4. Quand vous vous brossez les dents, vous saignez	22
1.3. Connaissances	23
1.3.1. Qui vous a appris à vous brosser les dents	23
1.3.2. Quelles causes ont une mauvaise influence sur les dents	24
1.4. Pratiques d'hygiène	28
1.4.1. Nombre de brossages par jour	28
1.4.2. Temps de brossage	28
1.4.3. Changement de brosse à dents	29
1.4.4. Moyens utilisés et nécessaires pour l'hygiène dentaire	30
1.5. Comportements	31
1.5.1. Attitude face à une douleur dentaire	31
1.5.2. Attitude face à un saignement gingival	32
1.5.3. Motifs de brossage	33
1.5.4. Motifs de non brossage	33
1.6. Les visites	34
1.6.1. Date de dernière visite chez le dentiste	34
1.6.2. Motif de consultation	34
1.6.3. Difficultés d'accès	35
1.6.3.1. Avez-vous des difficultés pour aller chez le dentiste	35
1.6.3.2. Si oui, de quel ordre	35
1.6.4. Rendez-vous manqués	36
1.6.4.1. Avez-vous déjà raté un rendez-vous	36
1.6.4.2. Pour quelle raison	36
1.6.4.3. Qu'avez-vous alors fait	36
1.7. Vision des soins dentaires	37
1.7.1. Avez-vous peur d'aller chez le dentiste	37
1.7.2. Raisons de la peur	38
1.7.3. Ce qui est désagréable chez le dentiste	39
1.8. Perception du dentiste	41
1.8.1. Confiance dans le praticien	41
1.8.2. Explications du praticien	41
1.8.3. Perception du praticien	41
1.9. Pédodontistes	43
1.9.1. Souhaitez-vous l'existence de pédodontistes	43
1.9.2. Pourquoi	44

2. Répartition des réponses	46
2.1. Caractéristiques générales	48
2.1.1. Consommation de tabac/alcool	48
2.1.2. Grignotage	51
2.2. Perception	53
2.2.1. Expérience de la douleur dentaire	53
2.2.2. Santé et apparence perçues	55
2.2.3. Saignement provoqué	59
2.3. Pratiques d'hygiène	61
2.3.1. Nombre de brossages par jour	61
2.3.2. Temps de brossage	63
2.4. Comportements	66
2.4.1. Attitude face à une douleur dentaire	66
2.4.2. Attitude face à un saignement gingival	68
2.5. Consultations	71
2.5.1. Fréquence et motif des visites	71
2.5.2. Accessibilité du cabinet	74
2.6. Peur du dentiste	78
2.7. Perception du praticien	80
2.8. Pédodontistes	83
2.9. Croisement des réponses entre elles	86
2.9.1. Peur/expérience de la douleur	86
2.9.1.1. Expérience douleur/peur	86
2.9.1.2. Expérience douleur/saignement provoqué	86
2.9.1.3. Attitude douleur/peur	86
2.9.1.4. Visites dentaires/peur	87
2.9.1.5. Perception du praticien/peur	87
2.9.1.6. Expérience douleur/accessibilité du cabinet	87
2.9.1.7. Peur/accessibilité du cabinet	87
2.9.1.8. Peur/rendez-vous manqués	88
2.9.1.9. Pédodontistes	88
2.9.1.10. Conclusion des relations peur/expérience douleur	88
2.9.2. Suivi dentaire	89
2.9.2.1. Suivi dentaire/attitude douleur	89
2.9.2.2. Saignement provoqué/attitude douleur	89
2.9.2.3. Suivi/grignotage	89
2.9.2.4. Suivi/expérience douleur	90
2.9.2.5. Suivi/difficultés d'accès	90
2.9.2.6. Suivi/rendez-vous manqués	90
2.9.3. Brossage	91
2.9.3.1. Hygiène	91
2.9.3.2. Brossage/saignement provoqué	91
2.9.3.3. Hygiène/expérience douleur	91
2.9.4. Perception de soi	92
2.9.4.1. Santé perçue/apparence perçue	92
2.9.4.2. Perception de soi/motif des visites	92
2.9.4.3. Perception de soi/peur	92

2.9.5. Perception du praticien	93
2.9.5.1. Perception de soi/confiance praticien	93
2.9.5.2. Perception praticien/attitude douleur	93
2.9.5.3. Perception praticien/rendez-vous manqués	94
2.9.5.4. Perception praticien/pédodontistes	94
3. Croisements par catégories	95
3.1. en fonction du sexe	95
3.2. en fonction de l'âge	96
3.3. en fonction du lieu de vie	97
3.4. en fonction du nombre d'adultes	98
3.5. en fonction de la profession des parents	99
3.6. en fonction de la consommation de alcool/tabac	101
3.7. en fonction de la peur	102
3.8. en fonction du suivi dentaire	102
3.9. en fonction du brossage	103
3.10. en fonction de la perception du praticien	103
3^{ème} partie : comparaison avec d'autres enquêtes	104
1. Comparaison de nos résultats avec d'autres études	105
1.1. Grignotage	105
1.2. Perception de soi	105
1.2.1. Santé et apparence perçues	105
1.2.2. Saignement provoqué	105
1.3. Connaissances	106
1.3.1. Apprentissage du brossage	106
1.3.2. Croyances	106
1.3.3. Connaissances	107
1.3.4. Connaissances des aliments	107
1.4. Pratiques d'hygiène	107
1.4.1. Nombre de brossages par jour	107
1.4.2. Changement de brosse à dents	108
1.4.3. Moyens d'hygiène	108
1.5. Comportements	108
1.5.1. Attitude douleur	108
1.5.2. Attitude saignement	108
1.5.3. Motifs de brossage	109
1.6. Visites dentaires	109
1.6.1. Dernière visite	109
1.6.2. Motif de visite	110
1.6.3. Difficultés d'accès	110
1.7. Vision des soins dentaires	110
1.7.1. Peur du dentiste	110
1.7.2. Perception des soins	111
1.7.3. Perception du dentiste	111
1.7.4. Pédodontistes	111

2. Comparaison des croisements	112
2.1. Variations selon le genre	112
2.2. Variations selon le lieu de vie	113
2.3. Variations selon la CSP	113
3. Ouverture	114
3.1. Psychologie des adolescents	114
3.1.1. L'adolescence	114
3.1.2. Attitude des ados vis à vis de leur santé	114
3.2. Facteurs influençant les connaissances et comportements des jeunes	115
3.2.1. L'information reçue	115
3.2.2. Facteurs environnementaux	115
3.2.3. Facteurs liés aux parents	115
3.2.4. Facteurs liés au jeune lui-même	116
3.3. Etude des actions existantes	117
3.4. Actions à mettre en place	117
3.4.1. Politiques de santé	118
3.4.2. Programmes nécessaires	118
3.4.3. Populations à cibler	119
3.4.4. Cadre de mise en place	119
3.4.5. Moyens à utiliser	119
Conclusions	120
Bibliographie	123
Annexe	134

MARCHAL (Nathalie) – Adolescents et santé bucco-dentaire ; savoirs, pratiques, perceptions ; une enquête

par Nathalie Marchal – Nancy, 2006 – 159 f , 18 ill. ; 30 cm

Th. : Chir. Dent. : Nancy ; 2006

Mots-clés : Santé orale
Adolescents
Savoirs
Pratiques
Perceptions

MARCHAL (Nathalie) – Adolescents et santé bucco-dentaire : savoirs, pratiques, perception ; une enquête

Th. : Chir. Dent. : Nancy : 2006

But : Etudier la perception par les adolescents de leur santé orale, leurs connaissances, leurs pratiques d'hygiène, leurs habitudes de soin, leur vision des soins dentaires et de leur praticien.

Méthode : Un questionnaire anonyme distribué à 118 élèves de 4^{ème} et 3^{ème} en Haute-Saône.

Résultats : 83% des adolescents interrogés ont déjà eu mal aux dents. 86% sont satisfaits de leur santé buccale, et 69% de l'apparence de leurs dents. Les connaissances sur la nocivité des aliments et des pratiques alimentaires sont insuffisantes. Le grignotage est très fréquent, surtout chez les filles et à la campagne. Les habitudes d'hygiène semblent correctes, avec 95% des participants se brossant les dents au moins deux fois par jour. On constate un écart entre les connaissances des adolescents et leurs pratiques ; ils ne font pas bien la relation entre ce qu'ils savent et ce qu'ils font. La motivation principale pour le brossage n'est pas d'éviter les caries, mais la propreté. Plus d'un quart attend d'avoir un problème ou une douleur pour consulter, en particulier les garçons, fumeurs, de père sans emploi ou absent. Presque la moitié ont peur d'aller chez le dentiste, essentiellement ceux qui ont déjà eu mal aux dents, et dont plus de la moitié parce que le dentiste leur a déjà fait mal ; ce sont notamment des filles, qui fument ou boivent, dont le père est sans emploi. Les parents restent très importants pour le suivi dentaire des adolescents : ceux-ci sont mieux suivis lorsque leur mère ne travaille pas, alors qu'ils sont moins bien suivis si c'est leur père qui ne travaille pas, de même que s'ils vivent avec un seul adulte. Les dentistes sont plutôt bien vus par leurs jeunes patients, avec 83% ayant une perception positive. Pourtant environ la moitié des adolescents ressent la nécessité de pédodontistes ; ce sont essentiellement des filles, âgées, anxieuses, de père sans emploi, appréciant peu leur praticien.

Conclusion : Il reste des efforts à faire au niveau de l'information et de la prévention, notamment au sujet du grignotage, grâce à des programmes d'éducation à la santé, à la fois générale et orale, et à un investissement marqué des systèmes de santé. Il faudrait que les adolescents comprennent mieux les mécanismes de fonctionnement pour pouvoir bien appliquer ce qu'ils savent.

Jury : Mlle C. Strazielle	Professeure des Universités	Présidente
<u>M. M. Weissenbach</u>	Maître de Conférences	Juré
Mme D. Desprez-Droz	Maître de Conférences	Jurée
Mlle C. Clément	Assistante Hospitalier Universitaire	Jurée

Adresse de l'auteure : Nathalie Marchal
1, rue du Grand Mont
70160 Breurey-lès-Faverney

FACULTE D'ODONTOLOGIE

Jury : Président : C. STRAZIELLE – Professeur des Universités
Juges : M. WEISSENBACH – Maître de Conférences des Universités
D. DESPREZ-DROZ – Maître de Conférences des Universités
C. CLEMENT – Assistant Hospitalier Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

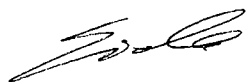
présentée par: **Mademoiselle MARCHAL Nathalie**

né(e) à: **VESOUL (Haute Saône)**

le : **09 février 1981**

et ayant pour titre : **«Adolescents et santé bucco-dentaire : savoirs, pratiques, perception. Une enquête »**

Le Président du jury,



C. STRAZIELLE

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



Autorise à soutenir et imprimer la thèse

N° 2477

NANCY, le **23** MAR. 2006

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1



J-P. FINANCE



MARCHAL (Nathalie) – Adolescents et santé bucco-dentaire ; savoirs, pratiques, perceptions ; une enquête

par Nathalie Marchal – Nancy, 2006 – 159 f , 18 ill. ; 30 cm

Th. : Chir. Dent. : Nancy ; 2006

Mots-clés : Santé orale
Adolescents
Savoirs
Pratiques
Perceptions

MARCHAL (Nathalie) – Adolescents et santé bucco-dentaire : savoirs, pratiques, perception ; une enquête

Th. : Chir. Dent. : Nancy : 2006

But : Etudier la perception par les adolescents de leur santé orale, leurs connaissances, leurs pratiques d'hygiène, leurs habitudes de soin, leur vision des soins dentaires et de leur praticien.

Méthode : Un questionnaire anonyme distribué à 118 élèves de 4^{ème} et 3^{ème} en Haute-Saône.

Résultats : 83% des adolescents interrogés ont déjà eu mal aux dents. 86% sont satisfaits de leur santé buccale, et 69% de l'apparence de leurs dents. Les connaissances sur la nocivité des aliments et des pratiques alimentaires sont insuffisantes. Le grignotage est très fréquent, surtout chez les filles et à la campagne. Les habitudes d'hygiène semblent correctes, avec 95% des participants se brossant les dents au moins deux fois par jour. On constate un écart entre les connaissances des adolescents et leurs pratiques ; ils ne font pas bien la relation entre ce qu'ils savent et ce qu'ils font. La motivation principale pour le brossage n'est pas d'éviter les caries, mais la propreté. Plus d'un quart attend d'avoir un problème ou une douleur pour consulter, en particulier les garçons, fumeurs, de père sans emploi ou absent. Presque la moitié ont peur d'aller chez le dentiste, essentiellement ceux qui ont déjà eu mal aux dents, et dont plus de la moitié parce que le dentiste leur a déjà fait mal ; ce sont notamment des filles, qui fument ou boivent, dont le père est sans emploi. Les parents restent très importants pour le suivi dentaire des adolescents : ceux-ci sont mieux suivis lorsque leur mère ne travaille pas, alors qu'ils sont moins bien suivis si c'est leur père qui ne travaille pas, de même que s'ils vivent avec un seul adulte. Les dentistes sont plutôt bien vus par leurs jeunes patients, avec 83% ayant une perception positive. Pourtant environ la moitié des adolescents ressent la nécessité de pédodontistes ; ce sont essentiellement des filles, âgées, anxieuses, de père sans emploi, appréciant peu leur praticien.

Conclusion : Il reste des efforts à faire au niveau de l'information et de la prévention, notamment au sujet du grignotage, grâce à des programmes d'éducation à la santé, à la fois générale et orale, et à un investissement marqué des systèmes de santé. Il faudrait que les adolescents comprennent mieux les mécanismes de fonctionnement pour pouvoir bien appliquer ce qu'ils savent.

Jury : Mlle C. Strazielle	Professeure des Universités	Présidente
<u>M. M. Weissenbach</u>	Maître de Conférences	Juré
Mme D. Desprez-Droz	Maître de Conférences	Jurée
Mlle C. Clément	Assistante Hospitalier Universitaire	Jurée

Adresse de l'auteure : Nathalie Marchal
1, rue du Grand Mont
70160 Breurey-lès-Faverney