

Année 2018

N° 3516

LA SPHÈRE BUCCO-DENTAIRE VUE PAR LES ENFANTS :
ANALYSE DE DESSINS RECUEILLIS AU COURS D'UN
VOYAGE AUTOUR DU MONDE

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

BOLAND Mathieu
Né le 25 janvier 1992

Le 18 décembre 2018 devant le jury ci-dessous :

Présidente : Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT
Assesseur : Madame le Docteur Serena LOPEZ-CAZAUX
Assesseur : Monsieur le Docteur Gildas RÉTHORÉ

Directrice de thèse : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

A Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT

Professeur des Universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à Diriger des Recherches

-NANTES-

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Pour votre grande expérience, votre bienveillance et surtout pour l'aide immense que vous nous avez apporté tout au long de notre travail et que vous avez judicieusement guidé tout au long de sa réalisation. Vous avez su être patiente avec nous, et nous accorder votre confiance.

Veillez recevoir, Madame le Professeur, l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

A Madame le Docteur LOPEZ-CAZAUX

Maître de Conférences des Universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Pédiodontie

-NANTES-

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger et de juger notre travail.

Nous vous remercions pour la qualité de l'enseignement dont nous avons bénéficié durant nos études.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance respectueuse et de notre profonde estime.

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Maître de Conférences des Universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Chef du Département de Pédiodontie

-NANTES-

Nous avons eu le bonheur, et l'honneur de pouvoir apprécier l'étendue de vos qualités humaines et professionnelles.

Pour nous avoir fait l'honneur de diriger notre travail de thèse.

Pour votre écoute et la bienveillance que vous avez eu à mon égard durant ces années d'études.

Je vous prie de recevoir en ces mots l'expression de notre profonde gratitude et notre considération des plus respectueuses.

A Monsieur le Docteur Gildas RÉTHORÉ

Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Département de Sciences Anatomiques

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.

Pour votre bonne humeur, votre gentillesse et votre attention.

Pour votre intérêt à notre travail et votre implication.

Veillez trouver par ces quelques lignes l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon plus grand respect.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	11
1. LES DESSINS D'ENFANTS COMME OUTILS D'ÉVALUATION DE LEUR ANXIÉTÉ EN ODONTOLOGIE ET DE LEURS CONNAISSANCES EN HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE : ÉTUDE DE LA LITTÉRATURE.....	12
1.1. Histoire de l'hygiène bucco-dentaire.	12
1.2. Symbolisme de la bouche, des dents, et peur du chirurgien-dentiste.	14
1.2.1. La bouche :	14
1.2.2. Les dents :	15
1.2.3. La peur du dentiste :	15
1.3. Développement psychologique de l'enfant.	17
1.3.1. Phase d'individuation :	17
1.3.2. Phase orale :	17
1.3.3. Phase anale :	18
1.3.4. Phase phallique œdipienne :	18
1.3.5. Phase de latence :	18
1.3.6. Conclusion :	19
1.4. Le dessin comme outil d'évaluation du ressenti et de l'anxiété en santé chez l'enfant	
1.4.1. Le dessin comme mode d'exploration des connaissances et de l'état émotionnel de l'enfant :	19
1.4.2. Le langage du dessin :	20
1.4.3. L'évolution du dessin en fonction de l'âge :	20
1.4.4. Interprétations des dessins en santé :	22
1.4.5. Le dessin de l'enfant et son usage dans la pratique psychologique :	29
2. PRÉPARATIFS DE L'INTERVENTION DANS DES ÉCOLES DE QUATRE CONTINENTS	32
2.1. Intervention dans une école française et mise en place d'un protocole.....	32
2.2. Choix des items pour l'analyse des dessins d'enfants	33
3. RÉCIT DE VOYAGE	35
3.1. Tanzanie.....	35
3.1.1. Présentation du pays:.....	35
3.1.2. Intervention dans l'établissement :	35
3.2. Inde	36

3.2.1.	Présentation du pays :	36
3.2.2.	Intervention dans l'établissement :	37
3.3.	Birmanie	38
3.3.1.	Présentation du pays :	38
3.3.2.	Intervention dans l'établissement :	38
3.4.	Laos	39
3.4.1.	Présentation du pays :	39
3.4.2.	Intervention dans l'établissement :	39
3.5.	Cambodge	40
3.5.1.	Présentation du pays :	40
3.5.2.	Intervention dans l'établissement :	41
3.6.	Vietnam	42
3.6.1.	Présentation du pays :	42
3.6.2.	Intervention dans l'établissement :	42
3.7.	Cuba	43
3.7.1.	Présentation du pays :	43
3.7.2.	Intervention dans l'établissement :	43
3.8.	Colombie	44
3.8.1.	Présentation du pays :	44
3.8.2.	Intervention dans l'établissement :	45
3.9.	Pérou	45
3.9.1.	Présentation du pays :	45
3.9.2.	Intervention dans l'établissement :	46
3.10.	Bolivie	47
3.10.1.	Présentation du pays :	47
3.10.2.	Intervention dans l'établissement :	47
4.	RÉSULTATS : ANALYSE DES DESSINS	49
4.1.	Analyse par item	49
4.2.	Analyse par pays	51
5.	CONCLUSIONS	53
5.1.	Pistes d'amélioration	53
5.1.1.	Préparatifs approfondis :	53
5.1.2.	Protocole rigoureux :	53

5.2. Conclusion.....	54
BIBLIOGRAPHIE	55
INDEX DES ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX.....	59
ANNEXES.....	60

INTRODUCTION

Nous avons profité d'un voyage pour nous intéresser à la perception qu'ont les enfants scolarisés de huit à douze ans de la dentisterie autour du monde. Devant la difficulté à communiquer verbalement dans tous les pays, nous prenons la décision de réaliser une collecte de dessins.

Au total 241 dessins sont recueillis dans neuf pays (France, Tanzanie, Inde, Laos, Cambodge, Cuba, Colombie, Pérou, Bolivie), de quatre continents différents.

Le but de notre travail est d'apprécier les différences et similitudes de la représentation de la bouche et des soins odontologiques en fonction des cultures rencontrées.

Dans une première partie, nous développons brièvement l'évolution de l'hygiène bucco-dentaire au cours de l'histoire et dans différentes civilisations avec l'intention d'expliquer l'harmonisation progressive des techniques dans le monde.

Puis nous abordons le développement psychologique de l'enfant, la symbolique de la bouche et des dents et la peur du dentiste afin de mieux comprendre la composante psycho-émotionnelle qui s'y rattache.

Enfin, les données de la littérature sur l'utilisation du dessin comme support d'informations en santé chez l'enfant sont décrites.

Dans une seconde partie nous décrivons les éléments qui nous ont conduits à l'établissement du protocole suivi tout au long du voyage : l'intervention effectuée dans une école de Nantes et la façon d'analyser les dessins récoltés. Nous y présentons les éléments jugés intéressants que nous relèverons dans les dessins.

Dans le troisième chapitre, nous présentons de façon chronologique les pays visités et les interventions réalisées.

Puis, nous analysons les résultats récoltés et présentés sous forme d'un tableau avant de donner dans le dernier chapitre des pistes d'améliorations et des résultats étonnants obtenus dans certains pays.

1. LES DESSINS D'ENFANTS COMME OUTILS D'ÉVALUATION DE LEUR ANXIÉTÉ EN ODONTOLOGIE ET DE LEURS CONNAISSANCES EN HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE : ÉTUDE DE LA LITTÉRATURE

1.1. Histoire de l'hygiène bucco-dentaire.

Les êtres humains ont de tous temps souffert de caries, et de façon plus générale, de maux de dents.

La carie dentaire existait déjà à l'époque des chasseurs-cueilleurs. En septembre 2013, les résultats d'examens de 52 squelettes âgés de 13 700 à 15 000 ans (Paléolithique) dans la Grotte des Pigeons à l'est du Maroc ont montrés qu'excepté trois, tous les squelettes étudiés présentaient des dents cariées, avec parfois des abcès dentaires. La consommation de glands, de pignons de pin ou encore de pistaches en serait la cause (1).

Cette pathologie verra sa prévalence fortement augmentée à l'époque du Néolithique avec la sédentarisation des populations, la pratique de l'élevage, de l'agriculture et l'évolution des techniques pour moudre le grain (2).

En 3000 av JC : C'est en Inde antique, Égypte antique, au Japon et en Chine, les premières traces de la pratique dentaire sont retrouvées. Leurs objectifs étaient de réduire la douleur et de maintenir l'intégrité du corps, une dent malade étant une dent véreuse. La légende du ver de la dent se trouve aussi dans les écrits d'Homère, et même au XIVE siècle, le chirurgien Guy de Chauliac était convaincu que des vers provoquaient des caries. (2)

Des textes médicaux de la civilisation Assyrienne (XXVe av JC) font mention de procédures à propos du nettoyage des dents mais on ne parle pas encore de brossage. Des cure-dents en métaux précieux datés de la même période ont d'ailleurs été retrouvés sur certains sites mésopotamiens (Iraq).

En 936 - 1013 av JC : le chirurgien et auteur arabe Albucasis serait le premier à écrire sur la formation du tartre. Il a conçu un ensemble de 14 racleurs pour bien nettoyer les dents.

C'est en Inde et en Chine que les premiers anesthésiants seront développés autour du VIe siècle av JC. (2)

Des textes de la Grèce antique puis de l'empire romain qui lui a succédé, apportent des preuves de l'activité dentaire en Europe au début du premier siècle après JC : soins de dents cariées, attelles de contention, soins des parodontites, protocoles d'extraction (Aristote), ainsi que des directives de prévention et d'hygiène. (2)

C'est durant cette période que l'origine de la douleur est comprise: elle résulte de l'inflammation.

Esculape, dieu romain de la médecine (Asclépios chez les Grecs), préconisait le nettoyage de la bouche et des dents.

En 355 av JC, Hippocrate, est le premier à recommander un « dentifrice » en poudre pour nettoyer les dents. (2)

La haute valeur portée par les romains à leurs dents au début de notre ère est montrée par les *ex-voto* (mâchoires en argile), mais aussi par des habitudes d'hygiène bucco-dentaire décrites dans certains ouvrages, comme par exemple le nettoyage des dents avec de l'urine. (2)

Concernant l'hygiène bucco-dentaire en Amérique du sud et en Amérique centrale, il a été découvert que les Aztèques ainsi que les Mayas (civilisation en plein épanouissement autour de 1000 après JC) partageaient la même hypothèse concernant le ver dans la dent.

Dans son *Tici-amatl*, livre de médecine recueilli au Mexique par Bernardino de Sahagún (1500-1590), il est noté que les Aztèques prenaient grand soin de leurs dents à l'égal de leur hygiène corporelle. Après lavage à l'eau froide et polissage avec un tissu, ils teignaient leurs dents avec de l'*Espiga negra* (remède composé de différentes plantes) ayant pour effet de les noircir. Comme les romains, ils utilisaient également de l'urine pour se laver les dents.

On ne découvrira que bien plus tard que l'urée contrecarre le processus carieux en diminuant la valeur du pH salivaire.

De plus, des recherches ont démontré que les peuples d'Amérique du sud, en particulier les Incas, remplissaient les cavités dentaires avec du tabac afin de réduire la douleur via la diminution de l'inflammation.(2)

La brosse à dent

Dès l'Antiquité, on commence à pratiquer le brossage des dents, en utilisant des bâtonnets fibreux à mâcher, comme le siwak, servant de brosse à dents. Le bâtonnet contient des nettoyants, des désinfectants et même des fluorures. Il est recommandé dans la collection de savoirs médicaux du chirurgien Sushruta en Inde ancienne.

La première brosse à dents (en soie de porc), ressemblant à une brosse à dents moderne a été trouvée en Chine et datée de la dynastie Tang (619-907). Des voyageurs auraient rapporté ces brosses en Europe, où elles se sont répandues au XVII^e siècle.

D'après une gravure sur bois de l'Encyclopédie chinoise de 1609 (Lei Shu ts'ai t'u hui), on considère que la brosse à usage dentaire a été inventée en 1498 : ses poils sont rangés à angle droit sur le manche, la faisant ressembler aux brosses à argenterie.

C'est au siècle des Lumières, courant XVIII^e siècle qu'apparaît la première brosse à dents moderne, telle que nous la connaissons aujourd'hui. (2)

Conclusion : l'homme a depuis toujours cherché à prendre soin de ses dents, et ce dans le monde entier. Cela semble naturel car c'est l'organe qui lui permet de survivre en s'alimentant et les douleurs provoquées dans la sphère buccale peuvent être insoutenables.

Peu à peu et grâce au développement des systèmes de communications et de transports, l'art dentaire et les pratiques concernant l'hygiène bucco-dentaire ont eu tendance à s'harmoniser autour du globe.

De nos jours, tous les produits perfectionnés concernant l'hygiène bucco-dentaire sont disponibles aux quatre coins du monde dans les supermarchés, comme chez les petits revendeurs (la « street parapharmacie » posée sur un tapis à même le trottoir). Cependant, dans certaines zones très isolées, des produits issus des cultures locales depuis des siècles, voire même des millénaires sont encore utilisés, comme par exemple, sur l'île de zanzibar en Tanzanie, où il est toujours coutume de se brosser les dents avec un siwak.

Actuellement, grâce à internet et aux ONG, l'importance de l'hygiène bucco-dentaire est connue de tous. Son caractère essentiel est enseigné à l'école aux enfants dès leur plus jeune âge, ou transmis par un adulte (parents, médecin, etc.).

1.2.Symbolisme de la bouche, des dents, et peur du chirurgien-dentiste.

D'après Pasini en 1992 dans le manuel de psychologie odontologique, « Le chirurgien-dentiste ne devrait envisager aucune intervention dans la bouche sans prendre en compte l'ensemble des valeurs symboliques attachées à cet organe ». (3)

La cavité buccale est une zone qui a une forte valeur sensorielle et émotive. L'importance des voies sensorielles afférentes et efférentes attestent que la bouche est un territoire où se concentrent différents types de sensations, douloureuses ou agréables. (4)

1.2.1. La bouche

La bouche, comme le cœur ou le cerveau, possède une résonance bien plus large que le simple aspect fonctionnel de l'organe. Elle possède une représentation très vaste au niveau du schéma corporel cortical, tant sur le point de vue sensitif que moteur (4). Elle participe à de nombreuses fonctions telles que la respiration, la phonation, la nutrition, le toucher et la mimique. Même si ce n'est pas un organe fonctionnel de la respiration, comme les fosses nasales, elle participe néanmoins à la ventilation.

Sur le plan symbolique, elle reste attachée à la respiration profonde. C'est par la bouche que le premier cri et donc la première bouffée d'air s'effectue. De même, elle laissera s'échapper le dernier souffle. (4)

Siège de la première prise de contact avec le monde extérieur, elle effectue la communication avec le sein maternel en engageant le processus de succion. Ce processus perdurera quelques temps avec le besoin pour l'enfant de tout porter à sa bouche. De plus, les lèvres, zone érogène, apporteront une notion de plaisir à la succion. (5)

1.2.2. Les dents

Au sixième mois de la vie, un changement important apparaît : les premières dents temporaires font leur éruption. De la succion, l'enfant passe au mordillement.

L'organe dentaire est à la fois centre de peurs mais aussi de désirs. À travers des mutilations dentaires rituelles, on retrouve tout le registre fantasmatique : religion, magie, mystère et sexualité (4). Ce symbolisme est fortement reconnu par la psychanalyse et mis en évidence par l'analyse des expressions du langage populaire.

Symbolisme vital : La dent est associée à la vie et à l'éternité. En effet, de belles dents sont signe de santé et jeunesse. Elles symbolisent la joie de vivre, de croquer, de sourire. Au contraire, la chute des dents est assimilée à la mort. De plus, de par son caractère imputrescible, la dent persiste longtemps après la mort et témoigne, même séparée du corps de la vie passée (4).

Symbolisme agressif : La dent est assimilée à l'agressivité. Elle fait partie des moyens de défense primaire de l'homme avec les griffes. Elle possède un caractère redoutable de par sa forme et sa dureté. La morsure inspire la peur dès le plus jeune âge, alimentée par les contes de fées, histoires de loups, ou de vampires... L'organe dentaire se voit donc attribué une valeur symbolique de puissance (4).

Symbolisme sexuel : De nombreux rites pubertaires, dans différentes populations, font mention d'une circoncision à la suite de modifications dentaires tel que l'avulsion ou la mutilation. La dent est un organe viril et dur, toujours en érection, qui pénètre les aliments. La morsure, proche du baiser contient une connotation sexuelle (5).

1.2.3. La peur du dentiste :

En premier lieu, il est important d'effectuer la distinction entre la peur et l'anxiété. En effet, elles peuvent engendrer des répercussions physiques similaires mais, sur le plan psychologique, ces deux entités sont bien différentes (6) :

- La peur est une réaction face à une menace extérieure réelle, elle sert de signal d'alerte. C'est l'équivalent de la réponse physique à la douleur.
- L'anxiété est un état émotionnel se développant à partir de sources internes, les fantasmes et les "attentes non réalistes".

Il est difficile d'effectuer une séparation complète entre ces deux notions puisqu'il n'y a pas de peur sans manifestation d'anxiété. D'autant moins que cette dernière est parfois décrite comme étant la peur de l'inconnu.

Lorsque ces deux notions se manifestent sur une longue période et entraînent des comportements perturbants, on parle de phobie (7).

En pédodontie, il revient donc au chirurgien-dentiste de détecter et d'identifier la peur, l'anxiété ou la phobie. Leurs expressions cliniques, telles que les céphalées, vomissements, fuites ou crises de colère ont été décrites par Manara et Sapelli en 1992 (8).

La peur du dentiste n'est pas de nature innée mais acquise, elle est suscitée par des expériences vécues tôt dans l'enfance. Le comportement de l'enfant face aux soins dentaires dépend du type de conditionnement qu'il reçoit de son milieu, de ses parents, des adultes mais aussi des enfants qui l'entourent, de son anxiété générale et des aspects psycho-pathologiques de sa personnalité (8).

Cette peur traduit avant tout l'angoisse de souffrir. L'enfant assimile par l'effet « blouse blanche » l'appartenance au corps médical pouvant rappeler des souvenirs douloureux, comme le vaccin. De plus, la peur augmente vis à vis du sentiment d'impuissance au fauteuil créant des difficultés à voir, contrôler, maîtriser ce qui se passe et l'impossibilité à s'extérioriser verbalement (8).

Dans les origines de la peur des soins dentaires, il faut inclure la personnalité du chirurgien-dentiste. Le patient redouterait moins la douleur en elle-même que l'attitude adoptée par le praticien en réaction à cette douleur (9).

Certains facteurs externes peuvent influencer l'intensité de cette peur :

- Le port de masque, gants, lunettes de protection imposé dans notre profession. Siegel et coll (1992) ont montré qu'il n'y a pas de différence significative de l'intensité de la peur entre un groupe soigné avec ou sans la panoplie de protection, lorsque l'enfant vient en consultation dentaire pour la première fois. Le stress est légèrement supérieur chez les enfants ayant déjà eu une consultation (10).

- Concernant les soins en urgence, l'étude de Sexton et coll (11), qui s'appuie sur la sudation palmaire des enfants, montre que les enfants présentent le même degré de peur en situation d'urgence que lorsque le rendez-vous est prévu.

- Une expérience chirurgicale antérieure peut augmenter l'intensité de la peur du dentiste lors de la première consultation (12).

- L'influence des facteurs sociaux et ethniques. Une étude menée auprès d'enfants israéliens d'origines et de milieux sociaux différents montre que l'origine ethnique a une influence sur la

peur du dentiste, mais uniquement chez les garçons, alors que le niveau social ne semble pas avoir d'influence significative (13).

Enfin, une étude qui tend à évaluer le stress engendré par la peur des soins dentaires grâce à l'évaluation de la fréquence cardiaque et du comportement psychique au fauteuil montrent que les enfants ont peur de toutes les séquences du traitement. Cette peur est cependant plus prononcée lors des séquences d'anesthésie ou d'extraction (14).

1.3. Développement psychologique de l'enfant.

La connaissance du développement de l'enfant est nécessaire au chirurgien-dentiste qui désire comprendre le comportement de son jeune patient, et adapter ses soins. C'est pourquoi nous nous proposons de rappeler les théories développementales.

D'après S.Freud ou E.Erikson, la théorie de la psychologie développementale repose sur deux concepts, qui sont la maturité et l'apprentissage (15).

Dans la théorie de la maturité, selon Gesell, le développement humain est prédéterminé et régulé par des lois, sur lesquelles l'environnement n'a que peu d'influence.

Piaget estime que l'homme est sous l'influence de deux tendances fondamentales. La première est sa capacité d'adaptation au monde extérieur et la deuxième, sa faculté à gérer et organiser ses expériences et connaissances.

La théorie psychanalytique de Freud, insiste sur l'importance de l'interaction de l'environnement et de la société sur le développement émotionnel de l'individu.

La théorie d'Erikson, connue sous le terme d'épigénique, repose sur le principe que le développement de l'enfant suit une succession de phases où, au fur et à mesure, différentes parcelles de sa personnalité sont mises en lumière.(15)

En conjuguant les théories développementales aux théories analystes, nous pouvons décrire la succession de plusieurs stades.

1.3.1. Phase d'individuation :

Stade de symbiose avec la mère où l'enfant apprend peu à peu à faire la différence entre lui et le monde extérieur. A ce stade, tout contact peut être considéré comme une agression. (15)

1.3.2. Phase orale :

Cette phase se déroule durant la première année et est caractérisée par une zone érogène située exclusivement autour de la bouche. Elle est primordiale pour le bon développement de l'enfant.

On pourra différencier la phase orale primitive caractérisée par le plaisir de la succion et la phase orale sadique caractérisée par le plaisir de la morsure. L'enfant progresse et parvient à se différencier du monde extérieur à coup de frustrations successives, notamment la conduite de la mère lorsqu'elle ne répond pas exactement aux attentes du bébé. (6)

1.3.3. Phase anale :

À l'âge de deux ou trois ans, la zone érogène change pour devenir ano-recto-sigmoïdienne. C'est la première loi sociale enseignée à l'enfant : on lui demande d'être "propre". Cette phase, pouvant être qualifiée de période d'autonomie se caractérise par un double plaisir. Celui d'expulsion : l'enfant considère que c'est un cadeau fait aux parents, un don ; et celui de se retenir : acquisition du « non ».

La fin de cette phase signifie que l'enfant a atteint la maturité suffisante pour être soigné. Il peut rester assis, se concentrer dix à vingt minutes, comprendre des instructions et explications. Il peut tenir une brosse à dents en bouche mais ne peut pas encore exécuter un brossage correct. (6)

1.3.4. Phase phallique œdipienne :

Durant cette phase qui intervient autour de trois à cinq ans, ce n'est pas l'organe en soit dont on veut parler mais surtout de la puissance symbolique qu'il représente. À cette période sa sexualité se construit, et il découvre que sa mère n'a pas une relation exclusive avec lui. Le jeune qui ne résout pas cette phase reste dans un stade de toute puissance, rendant difficile ses relations avec un tiers, et spécifiquement avec un praticien. (5)

1.3.5. Phase de latence :

Celle-ci s'étend de six à douze ans. L'enfant fonctionne alors par la sublimation, il souhaite apprendre ce qui est valorisé par la société. (15)

L'âge de 6 ans : c'est le passage de la première à la deuxième enfance durant lequel vont s'effectuer des modifications fondamentales physiques, psychologiques et sociales.

-Plan physique : Bien qu'il entre dans une période où sa force et sa dextérité vont être décuplées, l'enfant est encore faible et souvent sujet aux maladies contagieuses. C'est l'âge où la première molaire permanente fait son éruption et où les premières dents temporaires commencent à tomber. Cette perte peut être vécue comme une atteinte à son intégrité personnelle. Heureusement, la petite souris viendra le reconforter et le féliciter de grandir.

-Plan psychologique : Les changements qui s'opèrent sur l'enfant seront qualifiés par Gesell de "bipolarité explosive". C'est à dire qu'il est peu susceptible de nuancer son jugement ou son comportement, il tend à aller aux extrêmes à la moindre sollicitation. Incapable d'envisager un compromis, il est peu accessible au raisonnement. Il oscille ainsi entre amour et agressivité, gentillesse et méchanceté.

-Plan social : C'est l'année de scolarisation en primaire, l'enfant fait connaissance avec un milieu affectivement neutre à son égard.

L'âge de 7 ans : L'enfant fait de mieux en mieux face à l'organisation sociale à laquelle il se heurte. On voit apparaître une sorte d'accalmie, la bipolarisation faisant place à un renforcement intérieur. En effet, durant cette période l'enfant se socialise, devient raisonnable, apprend à surmonter son impulsivité et devient sensible à l'attitude des autres. Pour Gesell c'est l'âge de calme, d'absorption en soi-même, de méditation, c'est la première apparition de l'intériorité.

L'âge de 8 ans : Ses traits caractéristiques sont sa rapidité, sa faculté d'appréciation et d'épanouissement. Ses relations se diversifient et l'enfant est naturellement curieux. Il est globalement équilibré, assuré mais peu endurant. Il requiert des encouragements afin de rester concentré longtemps. Pour Gesell, l'âge de huit ans est caractérisé par l'expansion, l'extravagance et l'intérêt universel.

Après 8 ans, l'enfant diversifie et complexifie ses relations sociales. L'appartenance à un groupe lui permet de s'éloigner du cocon familial, il commence à devenir indépendant.

1.3.6. Conclusion :

Le développement de l'enfant est divisé en deux grandes phases. Durant la première phase, avant six ans, le jeune est le centre des situations. Piaget décrit à ce stade "l'égoïsme". Pour lui, le développement de l'intelligence permet à l'enfant de s'en libérer. Pendant la deuxième phase, après six ans, l'enfant s'ouvre à la pensée logique et au raisonnement. Il possède un regard plus objectif sur l'univers qui l'entoure. A partir de six ans, il est donc apte à instaurer une relation de partenariat avec le praticien au cabinet dentaire. Il a cependant besoin d'être rassuré et encouragé, par le renforcement positif par exemple.

1.4. Le dessin comme outil d'évaluation du ressenti et de l'anxiété en santé chez l'enfant

« Dessiner est une activité naturelle de l'enfant utilisée pour explorer et exprimer son monde, qu'il soit paisible et heureux ou chaotique, plein de tristesse et de peurs. » (16).

1.4.1. Le dessin comme mode d'exploration des connaissances et de l'état émotionnel de l'enfant

De nombreuses études démontrent que le dessin facilite l'aptitude de l'enfant à « parler », particulièrement des événements et concepts qu'il aurait du mal à décrire. C'est donc un moyen de communication non verbal de prédilection (16).

A travers le dessin, l'enfant va donc nous révéler les traits de sa personnalité et exprimer ses réactions émotionnelles actuelles. La difficulté réside donc dans l'importance de rester réceptif à la signification du dessin, en évitant de projeter nos propres fantasmes (17).

Une méta-analyse observant les effets positifs d'offrir aux enfants l'opportunité de dessiner comme une étape d'interrogatoire, et de déterminer si des preuves suffisantes existent pour inclure le dessin en recherche, protocole et pratique clinique, comme méthode facilitant la communication avec l'enfant a été réalisée en 2005 (18). Les critères d'inclusion des études pour cette méta-analyse étaient les suivants : les enfants devaient avoir entre cinq et douze ans, l'étude devait inclure à la fois une interview orale et le dessin. Six études sont retenues. La conclusion de cette méta-analyse est qu'introduire la possibilité de dessiner est une stratégie d'entretien relativement robuste par rapport à un entretien verbal. Dessiner semble être un moyen potentiellement intéressant d'engager et d'impliquer les enfants.

Il apparaît donc que le dessin soit un support de communication intéressant pour récolter des informations auprès de jeunes sujets.

Dans le cadre de notre thèse, le dessin sera une réponse à la problématique principale qu'est la barrière de la langue.

1.4.2. Le langage du dessin :

D'après Daniel Widlöcher (19) "Le dessin est un type d'écriture ».

L'image dispose de deux registres d'expression :

- Celui de représenter un objet dans une situation donnée, et de mettre en relation cet objet à ce qui l'entoure.
- Celui d'acquérir un pouvoir expressif, non pas par les objets représentés par le dessin, mais par l'agencement formel.

En effet, les lignes ou les assemblages de couleurs peuvent avoir un pouvoir de signification en dehors de l'objet qu'ils représentent. On parle alors de symbolique de l'image.

Il faudra donc plus interpréter la forme de l'objet, sa couleur, sa taille, plutôt que l'objet en lui-même.

Le dessin de l'enfant est ainsi la transposition symbolique de la réalité selon un ordre de signes dits « iconiques" (19).

1.4.3. L'évolution du dessin en fonction de l'âge :

Les enfants entament le processus de dessin aussitôt qu'ils peuvent physiquement tenir un crayon. Des premières tentatives de dessin, composées de traits et de lignes aléatoires (gribouillage), au premier dessin de représentation (réaliste), les enfants s'efforcent de

communiquer avec le monde qui les entoure et de donner un sens aux images qu'ils créent. C'est à travers leurs dessins que les enfants expriment les points de vue et les interprétations de leurs expériences. (20)

Selon la littérature, il est possible d'effectuer un parallèle entre le développement de l'enfant et l'évolution du dessin. Avant d'interpréter des images réalisées par des enfants âgés de 7 à 13 ans, il convient d'étudier l'évolution du dessin d'enfants dès le plus jeune âge afin de mieux percevoir les différents mécanismes qui se mettent en place.

Daniel Widlöcher dans son livre "L'interprétation des dessins d'enfant" détaille ces différents stades (19) :

Le stade gribouillage : Ce stade a lieu vers l'âge d'un an. L'enfant s'intéresse aux lignes qu'il trace. L'œil guide la main, et la levée du crayon permet de produire des formes isolées, rondes ou rectilignes. Dès un an, l'enfant a l'intuition de la valeur symbolique de l'image. On parle de stade de réalisme fortuit.

Début de l'intention représentative : Au début, c'est uniquement après avoir achevé son dessin que l'enfant lui donnera un nom. Peu à peu, il anticipe son modèle mental et possède la volonté de le représenter, de plus en plus objectivement. Entre deux et trois ans ce sont les premiers essais du dessin de bonhomme. Il a une forme grossièrement circulaire, que l'enfant nomme après coup.

De l'intention représentative au réalisme intellectuel : Grâce à l'adjonction d'éléments, l'enfant parvient à accentuer volontairement la ressemblance du dessin. L'élément important est la correction du dessin. Par exemple, pour le bonhomme, après avoir fait un cercle, l'enfant ajoute des détails, comme le nez, les cheveux, mais sans lien. On parle du stade du bonhomme en pièces détachées.

Le réalisme intellectuel : Ce stade commence vers trois ans. L'enfant a alors un but de représentativité. Le rôle du dessin devient l'information. Il y a accumulation de détails au mépris de ressemblance visuelle. Dès la fin de la quatrième année, l'enfant dessine "le bonhomme têtard", c'est à dire, une tête entourée par les membres. Puis on assiste à la figuration du tronc, par des jambes de plus en plus longues et des détails vestimentaires. Entre quatre et cinq ans le bonhomme têtard disparaît, on parle de période de transition.

Le réalisme visuel : L'évolution vers le réalisme visuel commence vers cinq ans. Le dessin devient de plus en plus conforme à la réalité. Il y a apparition du "bonhomme type". Deux ovoïdes pour la tête et le tronc puis l'enfant ajoute les membres. Ceci est correctement réalisé par un enfant de cinq ans. Puis, il y aura évolution, par adjonction de détails. A six ans, on constate l'apparition du "double contour" des membres et du cou. Ensuite, le bonhomme sera représenté de profil, se mélangeant avec les représentations de face.

De façon générale, à l'âge de douze ans, l'enfant ne s'adonnera plus au dessin. Ce mode de communication ne se retrouvera, à l'adolescence et à l'âge adulte, que chez les artistes.

1.4.4. Interprétations des dessins en santé :

Dans cette partie, nous allons voir que les motifs, les couleurs, les proportions et beaucoup d'autres éléments d'un dessin peuvent être utilisés lors de leur évaluation systématique.

Deux tendances ont vu le jour : Celle utilisant le dessin comme renseignement sur le développement intellectuel de l'enfant. Et celle, fidèle à l'école freudienne, qui voit dans le dessin un mode d'accès à l'inconscient comparable chez l'enfant, à l'analyse de l'adulte résultant de similitudes entre rêves et dessins. L'élaboration plastique nous fournit en quelque sorte le compromis satisfaisant entre les mécanismes de censure et l'expression des fantasmes. (16)

Interpréter un dessin, c'est vouloir expliquer un sens obscur et latent, et le traduire dans le sens d'une compréhension plus accessible. (19)

Il est important de faire attention à la première impression laissée par un dessin. En effet, plutôt que d'interpréter le dessin de façon factuelle, il est préférable de ressentir l'émotion du dessinateur au premier abord. (21)

En 1999, aux États-Unis, un manuel a été réalisé pour mesurer l'état émotionnel (d'anxiété) des enfants hospitalisés et déjà scolarisés(23). Les auteurs de cette étude se proposent de mettre en place un protocole précis affilié à un barème rigoureux permettant d'objectiver le niveau d'anxiété présenté par l'enfant en situation d'hospitalisation. (22)

Selon eux, l'utilisation du dessin comme technique projective de mesure du statut émotionnel est reconnue depuis longtemps en pratique clinique. On pourra citer par exemple le test de Goodenough « Draw-a-Man » développé en 1926 et toujours d'actualité ou encore le test du « Human Figure Drawing » créé par Koppitz en 1968. De nombreuses autres études similaires s'appuient sur le dessin comme moyen d'évaluation du statut émotionnel de l'enfant dans différentes situations de vie.

Cette étude émet l'hypothèse qu'il doit en être de même pour un enfant en situation d'hospitalisation. Elle propose donc la mise en place d'un protocole opératoire et d'un guide d'évaluation.

Protocole : L'enfant est assis à une table. On lui remet un papier blanc de taille définie ainsi que huit crayons (rouge, violet, bleu, vert, jaune, orange noir et marron). La même instruction leur est donnée « S'il te plaît, dessine une personne de l'hôpital, je prendrai ton dessin quand tu auras fini. ». La personne en charge de noter le dessin observe l'enfant, est invitée à l'encourager et répondre à ses questions en prenant garde à ce que ses réponses n'influencent pas le coup de crayon de l'enfant. Il ne doit pas suggérer l'addition d'éléments ni de couleurs. Aucune limite de temps n'est imposée.

Guide d'évaluation : « CD: H Scoring Guide and Rating Scale ». Ce guide détaille chaque item présent sur la feuille de résultats et explique comment accorder une note en proposant un

barème pour chacun d'entre eux. Cette feuille se compose de trois parties (A, B et C). Le résultat obtenu en additionnant les trois parties est basé sur les fondements théoriques du dessin en tant que mesure projective de l'état d'anxiété des enfants

Résultats : Le niveau d'anxiété est considéré comme très bas en dessous de 43, bas entre 44 et 83, moyen entre 84 et 129, élevé entre 130 et 167, très élevé au-dessus de 168.

CHILD DRAWING: HOSPITAL (CD:H) RATING SCALE										
Section A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Position of person	Standing - grounded	Standing - not grounded	Standing with crutches	Standing on bed	Sitting in chair	Sitting in bed	Sitting in bed, covered	Lying in bed	Lying in bed, covered	Floating or no person
2. Action -Life	Visibly moving		Person or picture lively		Shows some life		Potential for movement	No movement, but life		Rigid, no life
3. Length of person	Body tall, occupies whole paper	Tall body appropriate to picture	Short body appropriate to picture		Short people, bodies exposed		Very small, constricted people	Upper torso only	Head only, body covered	Floating head, no body
4. Width of person related to length	Width appropriate to length	Width slightly reduced compared to length	Width thin compared to length, clothed	Body thin, not clothed, or appropriate, but not clothed	Appropriate body size, covered	Stick figures with clothing	Stick figures, no clothing	Very thin body or stick figure, covered	Ambiguous body shapes	No body, floating head, no evidence of body under covers
5. Facial expression	Smile		1/2 smile		Neutral			1/2 Frown	Frown	No face, no expression
6. Eyes/pupils						Piercing	Pinpoint	Closed	Vacant, unseeing	No eyes
7. Size of person in comparison to environment	Appropriate size		Medium to small		Small			Very small		Tiny, overwhelmed
8. Color predominance	Yellow		Green		Blue	Orange	Purple	Brown	Red	Black
9. Number colors used	8	7	6		5	4	3		2	1
10. Use of paper	All		3/4		1/2			1/4		Restricted 1/8
11. Placement on paper										
12. Quality of strokes	Firm, dark		Dark, some light		Medium, equal light and dark			Light		Very light
13. Dental equipment	None included		Proportional in size		Slight increase in size			Larger equipment		Large and threatening
14. Developmental level	Above normal		Normal		Slightly below normal		Below normal			Markedly below normal

Modified from Clatworthy, 1999

Tableau 1 : Échelle d'évaluation du Child Drawing : Hospital Score. (23)

Child's number.....
 Age..... Gender.....

PART A	PART B
1. PERSON: POSITION	Add 5 points for each
2. ACTION	15. OMISSION: 1 PART
3. LENGTH OF PERSON	16. EXAGGERATION OF A PART
4. WIDTH OF PERSON	17. DEEMPHASIS OF A PART
5. FACIAL EXPRESSION	Add 10 points for each
6. EYES	18. DISTORTION
7. SIZE OF PERSON TO ENVIRONMENT	19. OMISSION: 2 OR MORE PARTS
8. COLOR: PREDOMINANCE	20. TRANSPARENCY
9. COLOR: NUMBER USED	21. MIXED PROFILE
10. USE OF PAPER	22. SHADING
11. PLACEMENT	TOTAL PART B
12. STROKES: QUALITY	PART C
13. DENTAL EQUIPMENT	Circle the number which most clearly describes the
14. DEVELOPMENTAL LEVEL	Gestalt of the picture
TOTAL PART A	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
TOTAL SCORE A.....+ B.....+ C.....=	TOTAL PART C

Figure 1 : Feuille de résultats. (23)

Une autre étude est publiée deux ans plus tard : « Couleurs et émotions : Préférences et combinaisons » (24).

Deux tests bien distincts sont présentés, le premier permettant de connaître les préférences de couleurs puis d'émotions dans trois groupes d'âges (7 ans, 11 ans et adultes). Le deuxième vise à observer les combinaisons fréquentes entre les deux, avec pour objectif de dégager des affiliations fréquentes parmi les 72 participants.

Voici les résultats apportés :

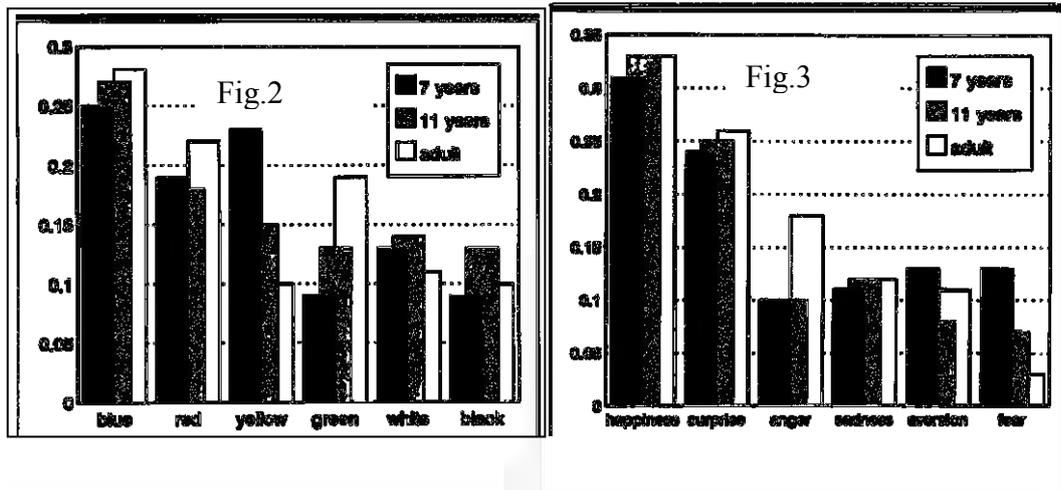


Figure 2 : Couleurs préférées dans les trois groupes d'âge. (24)

Figure 3 : Émotions préférées dans les trois groupes d'âge. (24)

Frequencies of Specific Emotion-Color Linkages Within Each Age Group						
Emotion	Blue	Yellow	Red	White	Green	Black
<i>7-year-olds</i>						
Happiness	12	5	6	1	0	0
Surprise	1	4	6	8	5	0
Fear	0	1	3	9	5	6
Sadness	5	3	3	7	3	3
Aversion	2	4	3	2	6	7
Anger	0	0	5	0	3	16
Total	20	17	26	27	22	32
<i>11-year-olds</i>						
Happiness	9	3	7	3	2	0
Surprise	5	2	6	7	4	0
Aversion	1	4	5	1	8	5
Sadness	2	2	1	4	3	12
Anger	0	7	0	0	1	16
Fear	2	2	1	8	3	8
Total	19	20	20	23	21	41
<i>Adults</i>						
Happiness	3	9	0	1	11	0
Surprise	6	1	4	10	3	0
Anger	0	10	2	0	2	10
Sadness	3	1	6	3	6	10
Aversion	1	5	4	1	4	10
Fear	2	1	1	1	1	15
Total	15	27	17	16	24	45

Tableau 2 : Fréquences des combinaisons Couleurs-Émotions spécifiques. (24)

Les résultats de cette étude apportent trois conclusions : (24)

1. La préférence de couleur change avec l'âge.
2. Pour le groupe moyen de 7 ans et dans une moindre mesure celui de 11 ans, les combinaisons émotions-couleurs sont significativement reliées aux préférences de couleurs et d'émotions.
3. A tout âge, les émotions et les couleurs sont constamment reliées entre elles.

En résumé, cette étude amène à la conclusion que la probabilité d'une combinaison d'émotion et de couleur dépend d'un certain nombre de facteurs.

Les facteurs qui affectent les préférences des enfants pour des couleurs et des émotions spécifiques à un âge précoce peuvent également affecter la façon dont les émotions et les couleurs sont combinées.

C'est à dire qu'un enfant dont la couleur préférée est le noir pourra l'assimiler à l'émotion de bonheur si celle-ci est son émotion préférée.

Il convient donc de rester vigilant et ne pas se reposer uniquement sur les adages comme celui par exemple que le noir serait systématiquement signe de peur, tristesse ou encore d'anxiété...

Une vigilance supplémentaire est requise quant à l'utilisation des couleurs dans les dessins rapportés.

En effet, la culture, différente selon les pays, influence ce choix. Si dans notre société « occidentale » le noir est synonyme de peur, de tristesse, d'angoisse ou encore d'aversion, sa perception peut être différente selon les pays. Le blanc sera par exemple assimilé à la mort en Chine ou au Japon, tandis qu'en Égypte, il représente la joie.

En 2010, une étude fait le constat qu'aucune recherche n'a, jusque-là, tenté d'analyser le dessin comme une aide pour enquêter sur les sentiments subjectifs des enfants en odontologie (25).

Son objectif est donc d'envisager l'utilisation du dessin en tant que mesure du malaise et/ou détresse (douleur et anxiété) de l'enfant en dentaire en apportant pour preuve la corrélation entre le **CD:H score**, le **Sound Eye Motor (SEM)** et le **Fankl score**. Ces deux derniers étant des indicateurs comportementaux de la douleur et de la détresse (anxiété).

Score	Designation	Sounds	Eye	Motor
0	Comfort	No sound indicating pain	No eye signs of discomfort	Hands, relaxed, no apparent body tenseness
1	Mild discomfort	Nonspecific possible pain indication	Eyes wide show of concern, no tears	Hands show some tension
2	Moderately painful	Specific verbal complaint e.g., ow! Voice raised	Watery eyes	Random movement of arms/body grimace, twitch
3	Painful	Verbal complaint Indicates intense pain	Crying; tears running down the face	Movement of hands to make aggressive physical contact, pulling head away punching

Tableau 3 : Évaluation du Sound Eye and Motor score. (25)

Le Frankl score est déterminé grâce à des critères prédéfinis. Le score de l'attitude de l'enfant face au soin est noté de 1 à 4. Il est évalué de la façon suivante :

1: définitivement négatif: refus de traitement, pleurs abondants, peur ou toute autre preuve manifeste du négativisme extrême.

2: négatif: Réticent à accepter un traitement, peu coopératif, quelques preuves d'attitude négative, mais non prononcé, attitude maussade.

3: positif: acceptation du traitement; parfois prudent, parfois avec réserve mais le patient suit les directives du dentiste. Il y a coopération.

4: définitivement positif: bons rapports avec le dentiste, intéressé dans les procédures dentaires, rit et apprécie la situation.

Nous avons expliqué plus tôt que la peur du dentiste et du soin est liée à des stimuli spécifiques réels et immédiats. Contrairement au cas de l'anxiété dont la source est ambiguë et subjective. Toutefois, la réponse émotionnelle d'un individu est pratiquement identique dans les deux cas.

Les éléments de la peur peuvent être divisés en deux catégories :

- Subjectifs = incluant cognition et émotion (dessin)

- Objectifs = incluant comportements et réactions physiologiques (SEM et Frankl score)

Protocole : le praticien est chargé d'évaluer le SEM ainsi que le Frankl score durant le soin. Les sujets sélectionnés pour l'étude sont âgés de 4 à 11 ans. Ils doivent posséder une carie en bouche nécessitant un soin pulpaire et une restauration coronaire. À la suite du soin, l'enfant est invité à dessiner et le protocole décrit plus tôt dans le manuel hospitalier est scrupuleusement respecté. (25)

L'évaluation du CD:H score est alors effectuée par deux autres praticiens non présents lors du soin en respectant le guide. L'un étant un psychiatre et l'autre un étudiant expérimenté en dentisterie pédiatrique ayant obtenu son diplôme.

Les résultats de l'étude révèle un haut niveau de corrélation entre le dessin et les standards SEM et Frankl dans l'évaluation de la détresse chez l'enfant lors de soins dentaires.

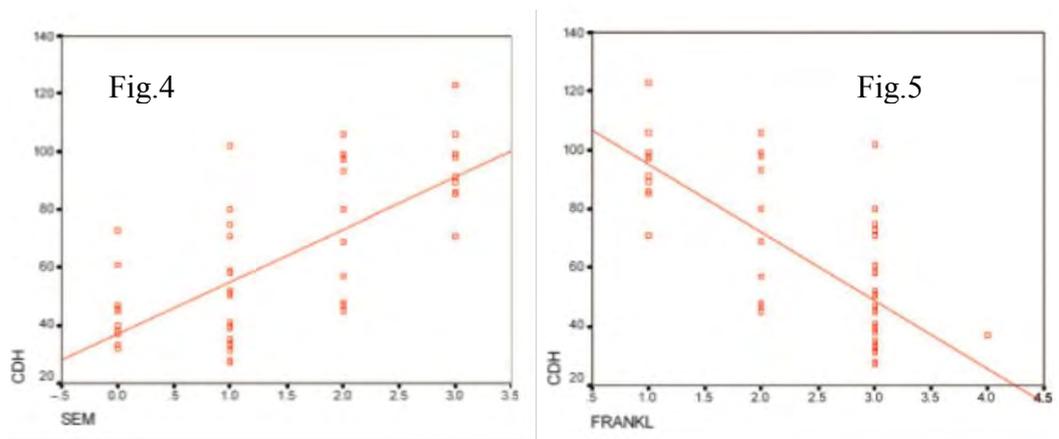


Figure 4 : Corrélation positive linéaire entre CD:H et SEM score. (25)

Figure 5 : Corrélation négative linéaire entre CD:H et Frankl score. (25)

Conclusion : Le dessin est une mesure efficace de l'état émotionnel de l'enfant en pédodontie : elle est simple, familière et plus agréable pour le jeune patient. Le dessin peut être un indicateur statistiquement valide de l'état émotionnel de l'enfant comparé aux échelles SEM et Frankl.

Enfin, une étude clinique plus récente, a pour objectif d'évaluer l'efficacité du dessin comme mesure projective de la douleur et de la détresse de l'enfant lors d'une avulsion dentaire (26).

Méthode : Sont inclus les enfants de 4 à 13 ans présentant une carie ou une dent retenue dont l'indication est l'avulsion.

La douleur est évaluée pendant l'administration de l'anesthésie locale puis lors de l'avulsion à l'aide d'une échelle comportementale FLACC (face, legs, activity, cry and consolability). Chacun des cinq items est évalué de 0 à 2 et forme un résultat global compris entre 0 et 10. Une mesure de la douleur a été aussi obtenue grâce à l'échelle d'auto évaluation FPS-R (faces pain scale-revised) demandée à l'enfant aux mêmes instants (comprise entre 0 et 10).

De plus, le comportement général de l'enfant est enregistré grâce au Frankl rating scale à six moments précis du soin.

Enfin, le dessin réalisé par le jeune patient à la suite du soin est soumis au CD:H score et celui-ci est corrélé avec le FLACC, FPS-R et Frankl en utilisant le test de corrélation de Pearson.

Comme décrit plus tôt, le dessin se présente comme une alternative, un moyen non verbal de communication, une porte ouverte vers le monde intérieur de l'enfant, reflétant ses émotions, des informations sur son intellect, son statut psychologique et son rapport à l'autre.

Le CD:H, qui est repris depuis sa création en 1999 dans la quasi-totalité des recherches étudiant les dessins d'enfants, est un instrument qui a fait ses preuves, possédant une validité interne assez bonne.

Développé en tant que moyen de mesurer le statut émotionnel des enfants scolarisés hospitalisés, basé sur le fondement théorique du dessin comme mesure projective de l'état d'anxiété. A noter que ce score a été créé pour une évaluation hospitalière.

Il convient donc de modifier certains items ou d'omettre ceux non représentatifs de l'étude. Nous ferons de même dans cette thèse.

Résultats : Une corrélation positive, bien que non significative est observée entre le CD:H score et tous les autres paramètres considérés. D'après les auteurs, ces résultats sont en accord avec l'étude précédente; ils prouvent que le dessin est bel et bien une mesure projective dans l'évaluation de la détresse infantile en pédodontie.

Il est cependant intéressant d'affiner l'analyse des résultats car en fonction de l'âge, du genre du sujet ou encore de l'accompagnateur, certaines corrélations positives sont statistiquement significatives :

- La corrélation est statistiquement significative entre CD:H, FPS-R et FLACC lors de l'administration de l'anesthésie locale dans le groupe des quatre à six ans.
- La corrélation est statistiquement significative entre CD:H et FLACC lors de l'extraction avec la mère comme accompagnatrice.
- La corrélation entre CD:H et FPS-R est statistiquement significative lors de l'anesthésie locale si l'accompagnant n'est ni le père, ni la mère.
- Enfin, il est intéressant de constater que le CD:H est corrélé de façon significative avec le FLACC et le FPS-R chez les quatre - six ans mais pas chez les sujets plus âgés.

L'étude émet l'hypothèse que les sujets plus âgés tendent à masquer l'expression de leur douleur. Ceci est appuyé par la différence significative du FLACC score dans les trois groupes d'âge. Dans le groupe des neuf-treize ans, tous les enfants lors de l'anesthésie et presque tous lors de l'extraction obtiennent un score de zéro.

Cet article conclut que le dessin ne peut être à lui seul une mesure de la douleur de l'enfant et ne peut se substituer aux autres moyens d'évaluations évoqués. Cependant, il agit comme un récit de son expérience et de la réflexion de ses émotions intérieures. Il peut aider à comprendre la source exacte de l'anxiété et/ou de connaître les peurs engendrée par une expérience douloureuse.

Par conséquent, le dessin peut être utilisé en complément de « l'arsenal thérapeutique » dentaire.

En résumé, il semblerait donc, à la suite de l'étude de ces deux dernières publications (25 et 26), que le dessin soit un moyen efficace pour évaluer l'état émotionnel et donc aussi d'anxiété de l'enfant dans certains cas. Il convient d'être extrêmement vigilant quant aux résultats apportés car, nous l'avons vu plus tôt, une multitude de facteurs peuvent interférer.

1.4.5. Le dessin de l'enfant et son usage dans la pratique psychologique

Dans ce paragraphe, nous évoquerons certaines idées reçues concernant les dessins d'enfant exposées dans l'ouvrage « Le dessin de l'enfant et son usage dans la pratique psychologique » de Picard et Baldy (2012) (27).

1. Le dessin est le reflet direct d'un modèle interne :

Pour dessiner, l'enfant (ou l'adulte) doit passer de l'intention à l'action. La représentation mentale élaborée pour dessiner guide l'exécution du dessin mais, en tant que telle, ne le produit pas. Pour assurer la production matérielle du dessin, la motricité se met au service de modèles internes.

Ce décalage entre les capacités de production et les préférences montrées par les enfants dans une tâche de choix invite à modérer l'idée selon laquelle le dessin est le reflet exact de la description mentale de l'objet.

2. Le dessin, de par sa taille et ses couleurs est une projection de l'état émotionnel du dessinateur :

Comme nous l'avons décrit précédemment, l'aspect formel du dessin (sa taille, ses couleurs) révélerait des aspects cachés de la personnalité du dessinateur, notamment son état affectif ou émotionnel. L'usage du dessin projectif (personnage, famille...) varie selon les pays. Dans les pays anglo-saxons, les techniques projectives recourant au dessin sont peu fiables et tiennent de la psychologie du sens commun. Ceci est principalement dû au manque de preuves scientifiques, de leur validité et fiabilité.

Pour ce qui est de la couleur, les tests de dessins projectifs recourent abondamment à la symbolique des couleurs. Le bon équilibre affectif serait lié à l'utilisation de couleurs chaudes, l'agressivité au rouge, l'angoisse ou la dépression au noir, etc...

Cette interprétation symbolique peut être discutée. D'une part parce qu'elle conduit à une lecture simpliste et potentiellement fautive d'un dessin lorsque ce dernier n'est pas suffisamment mis en contexte. D'autre part, parce qu'elle est culturellement dépendante.

Pour ce qui est de la taille, c'est Lowenfeld qui a rendu très tôt populaire l'idée que l'enfant augmente la taille du personnage dessiné pour marquer son importance en fonction de son affect (20). Or, selon Freeman (1980), l'augmentation de la taille d'un personnage dessiné peut directement résulter de l'inclusion de nouveaux détails. Par exemple, la taille de la tête d'un personnage peut être fortement augmentée, si beaucoup d'éléments doivent figurer (28).

Nous pourrions remarquer sur les dessins récoltés au cours de notre voyage, que ce phénomène est en effet fréquent.

D'autres études encore viennent contredire cette idée reçue. Des dessins d'enfants supposés être investis positivement ou négativement (enfant dépressif par exemple) ne révèlent aucun changement significatif de la taille de ceux-ci. (27)

3. Le dessin est universel et peu sensible aux variantes culturelles et historiques :

Tous les enfants dessinent. Et tous semblent dessiner des bonhommes, des maisons, et les objets familiers qui les entourent. Le dessin peut donc sembler universel et peu sensible aux variations liées à la culture et au temps.

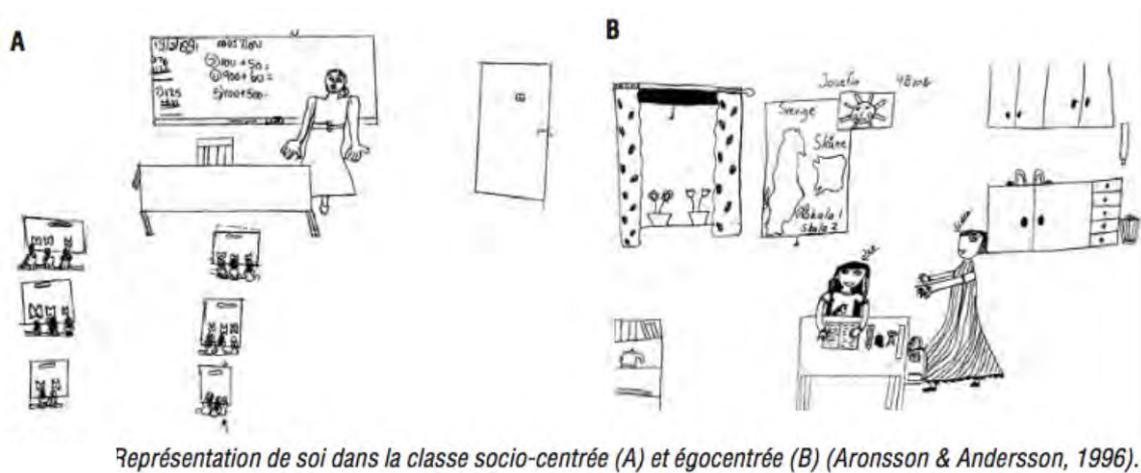
Il est crucial de modérer cette idée en considérant que les préférences des enfants pour un thème de dessin sont le résultat de multiples influences relevant des conditions concrètes de vie, des traditions culturelles locales et de l'environnement graphique (pub, BD, revues et livres).

Le dessin de bonhomme (personne humaine) est l'un des premiers motifs dessinés par l'enfant. Des analyses confirment que le personnage est probablement le thème de dessin le plus précoce, le plus fréquent, le plus valorisé par les adultes et le plus étudié par les chercheurs (29, 30).

Cependant, l'approche interculturelle montre que sa représentation graphique est influencée par la nature des relations entre l'individu et le groupe dans la société et par la richesse de l'environnement graphique (31).

Les travaux de Aronsson et Anderson en 1996 montrent que plus la culture d'origine est centrée sur la vie collective, plus les enfants ont une représentation du soi socio-centrée dans laquelle sont inclus eux-mêmes et d'autres personnes. Inversement, si la culture est dominée par le système de valeurs des sociétés occidentales contemporaines, la représentation est égocentrée (32)

Voici un exemple :



Représentation de soi dans la classe socio-centrée (A) et égocentrée (B) (Aronsson & Andersson, 1996).

Figure 6 : (32)

Sur le dessin A, une jeune tanzanienne de 10 ans se dessine en train de travailler en classe pendant que la maîtresse fait une leçon. Le professeur, est derrière son bureau, dans une relation sociale avec l'ensemble de la classe.

Sur le dessin B une jeune suédoise de 10 ans effectue le même exercice. Elle se dessine seule sur son bureau (parfaitement centrée), tandis que la maîtresse qui tend les bras vers elle, est dans une relation personnelle avec elle.

En conclusion, le dessin est un moyen de communication non verbal permettant une représentativité des expériences de vie et des émotions dans un contexte sociale et culturel donné.

Dans le cadre de ce travail de thèse dans lequel nous avons recueilli des dessins d'enfants sur quatre continents et dans neuf pays, nous avons choisi de nous intéresser qu'aux dessins d'enfants de huit à douze ans.

Après une brève description des pays visités et des circonstances de l'accueil dans les écoles, nous présenterons les dessins récoltés.

2. PRÉPARATIFS DE L'INTERVENTION DANS DES ÉCOLES DE QUATRE CONTINENTS

Avant notre départ, nous avons souhaité nous entraîner à intervenir dans les écoles pour demander aux enfants de réaliser des dessins concernant leur représentation de l'odontologie. En effet, nous n'avions aucune expérience sur la façon d'aborder les choses tant auprès des directeurs d'école et des professeurs que des enfants.

2.1. Intervention dans une école française et mise en place d'un protocole

Choix de l'établissement : École primaire publique

L'école primaire publique est le type d'établissement que nous avons choisi en France et donc, autant que possible tout au long de notre voyage.

Nous nous sommes rendu dans l'école primaire publique Léon Blum dans le centre ville de Nantes pour solliciter sa participation.

Après un court entretien avec la directrice de l'école au cours duquel nous avons présenté notre projet et proposé de terminer par une courte « leçon » de prévention/éducation à l'hygiène bucco-dentaire, la responsable de l'établissement s'est dite très intéressée et nous avons proposé d'intervenir dans trois classes d'âges différents:

Une classe de CP (6-7 ans), une de CE2-CM1 (8-10 ans), et enfin une de CM2 (10-12 ans).

Déroulement d'une intervention

Notre intervention se devait d'être identique dans les trois classes même si les explications données devaient être adaptées à l'âge des élèves.

Dans un premier temps, nous nous sommes présentés : nous avons terminé nos études de dentiste ("médecin des dents") et devons réaliser un "projet original" pour pouvoir exercer notre profession.

Puis, nous leur avons expliqué notre projet : "Nous allons voyager dans plusieurs pays et demander aux enfants, comme vous, de dessiner sur les dents et le dentiste. Ensuite, nous allons observer les dessins et les comparer pour voir si il y a des différences entre les dessins exécutés par les enfants dans différents continents".

Cette partie du travail avait pour but de détecter les éléments qui suscitent la curiosité des enfants, gage de leur attention et de leur motivation, et de mettre en place un discours et des consignes reproductibles dans tous les pays.

Sur le tableau, et à la vue de tous, sont écrits les différents sujets à dessiner :

- La bouche/ Les dents

- La douleur des dents

- Le médecin des dents

- Où travaille le médecin des dents ?

- Le matériel de brossage

Les enfants peuvent dessiner petit, grand, sur un bout de page, ou sur toute sa superficie. La seule contrainte qu'ils ont est le temps.

Ils peuvent faire le choix de tout dessiner ou seulement un sujet.

Le papier (Feuille blanche A4) est alors distribué et les crayons (plus de douze couleurs), mis à disposition.

Nous leur précisons qu'ils ont une heure pour effectuer leur dessin.

Nous avons remarqué que la grande majorité des enfants hésitent cinq à dix minutes avant de donner leur premier coup de crayon. Notre rôle est de leur apporter quelques précisions sur les sujets écrits au tableau afin de les encourager tout en gardant à l'esprit de ne pas influencer leur dessin.

Une fois que la plupart des enfants sont lancés, on les laisse dessiner, en ramassant au fur et à mesure les dessins terminés pour éviter les copiages.

Une fois l'exercice terminé et comme convenu avec la directrice, nous avons réalisé une phase d'apprentissage de l'hygiène bucco-dentaire à l'aide de modèles de dents agrandis, de schémas, et de questions-réponses.

2.2.Choix des items pour l'analyse des dessins d'enfants

Nous avons réalisé un tableau qui nous permet d'analyser les dessins et ensuite d'effectuer certaines comparaisons entre les différents pays.

Il se présente comme une analyse factuelle des dessins sans avoir la prétention d'apporter de conclusions psychologiques ou médicales significatives.

Voici le descriptif des différents items que nous avons décidé de comptabiliser. Leur choix est le fruit de notre analyse de la littérature et de l'observation personnelle de toutes les images recueillies.

a- La bouche : Sa présence sur le papier, aussi petite soit-elle.

b- Le matériel d'hygiène bucco-dentaire : Tous les dessins présentant une brosse à dents, un tube de dentifrice, un bain de bouche, ou n'importe quel outil intervenant dans le nettoyage de la cavité buccale de l'enfant est comptabilisé.

c- L'action de brossage : Nous l'avons pris en compte chaque fois que nous observions sur le dessin une brosse dessinée sur la bouche ou qui se présente à la bouche, avec ou sans dentifrice, tenue dans une main ou non.

d- La carie : Présence de dent déformée, colorée ou sur laquelle on peut observer une agression (souvent en noire ou marron).

e- La douleur : Nous avons considéré comme représentation de la douleur toute atteintes sur les dents colorées en rouge, la présence de signes de ponctuation comme « !!! » ou « "" » mais aussi l'expression d'un visage présentant des larmes, les sourcils froncés et /ou la bouche vers le bas.

f- Le « Médecin des dents » : Personnage identifiable en tant que tel (blouse, masque, etc).

g- Le cadre ou matériel de soin : Lorsque l'enfant a dessiné un fauteuil, une chaise, une pièce de soins, ou des outils utilisés par le dentiste (sonde, miroir, seringue).

h- L'action de soin : Sont comptabilisées les images qui montrent un dentiste avec un instrument en main (ciseaux, seringue), même seul et celles présentant un patient seul ou accompagné, installé en position de soin (sur une chaise, un fauteuil ou autre).

i- La prévention : Représentation d'un acte de prévention autre que le brossage, comme une phrase d'avertissement ou un conseil à suivre pour prendre soin et entretenir ses dents. Preuve d'un bénéfice apporté par un soin ou un acte d'hygiène.

Choix de la tranche d'âge : 8-12 ans

Avant notre première intervention, nous envisagions de faire participer toutes les classes du primaire soit des élèves de six à douze ans. Il nous semblait intéressant d'observer les disparités en fonction de l'âge et donc du stade de développement psycho-moteur de l'enfant propre à chaque pays. En consultant les dessins recueillis dans l'école Leon Blum, nous avons préféré exclure les enfants de six à huit ans. En effet, à cet âge, les enfants manquent de connaissances et ont des difficultés de retranscription graphique rendant les dessins difficiles à analyser.

Les résultats de l'analyse des dessins effectués par les enfants de huit à douze ans (n=37) sont reportés dans le tableau en annexe 3.

3. RÉCIT DE VOYAGE

Dans ce chapitre, nous présentons pays par pays visités, certaines données socio-économiques, les habitudes alimentaires concernant la consommation de sucre et le CAOD, puis nous racontons comment nous avons obtenu l'autorisation ou non de faire dessiner les enfants pour notre travail de thèse. Enfin, le déroulement de la séance de dessin, dans les différentes structures est raconté. Tous les dessins recueillis sont disponible en annexes 4 et sont numérotés par pays (exemple pour la Colombie : CO1, CO2...).

3.1. Tanzanie

3.1.1. Présentation du pays (31, 32, 33):

- Pays d'Afrique de l'Est situé en bordure de l'océan Indien, dans la partie tropicale de l'Hémisphère sud, dont la capitale est Dodoma.
- Langues parlées : le swahili, l'anglais et l'arabe (à 95% sur l'île de Zanzibar).
- Religions pratiquées : à parts égales le christianisme, l'islam et l'animisme.
- Population de 54 millions d'habitants pour une densité de 55 hab/km².
- Une espérance de vie Homme/Femme de 62/66 ans, PIB/hab de 700\$.
- Taux d'alphabétisation : 80,3 % (2016).
- **Taux net de scolarisation à l'école primaire: 98.2% (2008-2011).**
- **Consommation de sucre en calories par jour et par personne 100-200 (Faible).**

(Annexe 1)

- **CAOD < 12 ans Très bas < 1.2.**

(Annexe 2)

3.1.2. Intervention dans l'établissement :

Dès notre arrivée à Jambiani, sur l'île de Zanzibar, nous avons pris contact par l'intermédiaire du réceptionniste de l'hôtel avec un professeur parlant l'anglais et quelques mots de français travaillant dans une école publique.

L'homme nous accueille de façon chaleureuse et nous propose une visite qui se termine par une modeste demande de dons.

En peu de temps, nous expliquons notre projet au professeur et directeur. Ils semblent tout deux très intéressés.

Nous sommes intervenus deux fois dans l'école. La première intervention aura lieu le jour même et grâce à l'excitation et à la motivation engendrée par la participation au projet, on me propose de revenir deux jours plus tard.

Une vingtaine d'élèves, répartis sur les classes du CE1 au CM2 se sont portés volontaires. Soit un âge compris entre 7 et 12 ans.

Autant de garçons et de filles participent sur les deux interventions.

Les enfants sont alors regroupés dans une salle en travaux, sans table ni chaise. Ils dessineront sur le sol ou sur le dos de leurs camarades.

Devant l'impossibilité d'écrire les consignes sur un tableau, nous rappelons oralement, par l'intermédiaire de notre hôte les sujets à dessiner. Après une courte présentation, nous distribuons le papier et les crayons de couleurs que nous avons achetés la semaine précédente dans la capitale lors de notre arrivée car nous avons préféré anticiper l'absence quasi totale de fourniture sur l'île.

Nous notons que les enfants, très curieux, sont dissipés avant ma présentation et beaucoup plus disciplinés une fois qu'ils apprennent que nous sommes dentiste.

Les enfants sont très étonnés par notre demande au premier abord puis se prêtent tous au jeu.

Le groupe se met au travail et on assiste à un spectacle intéressant. En effet, les jeunes s'entraident : ils partagent leurs idées, les crayons de couleurs et communiquent énormément.

Tous prennent le travail qui leur est demandé très au sérieux et terminent leur dessin plus tôt que la durée fixée pour l'exercice. Malgré quelques difficultés d'inspirations pour certains, ils font tous preuve d'un investissement exceptionnel.

Chacun rapporte son dessin (n=42) directement au professeur et restitue la totalité des crayons. Seuls certains, moins timides m'apportent leur production. Nous pensons que l'annonce de notre profession a créé à la fois un profond respect mais aussi une grande timidité.

En apprenant qu'ils peuvent conserver les crayons, les enfants se mettent à chanter et danser autour de nous.

Le travail achevé et les dessins récoltés, les jeunes me raccompagnent eux même vers la sortie sous un tonnerre d'applaudissements.

3.2.Inde

3.2.1. Présentation du pays(31, 32, 33) :

Officiellement république de l'Inde, elle occupe la majeure partie du sous-continent indien. Sa capitale est New Delhi. L'Inde est un des plus grands pays du monde par sa superficie et le deuxième plus peuplé derrière la Chine avec plus d'un milliard d'habitants. C'est un pays extrêmement diversifié avec d'énormes différences géographiques, climatiques, culturelles, linguistiques et ethniques et un pays démocratique.

Cependant, certains problèmes comme la pauvreté restent très importants.

- Langues parlées : l'anglais et le hindi majoritairement (il existe plus de mille dialectes).
- Religions les plus représentées : l'hindouisme à 80%, l'islam à 14% et beaucoup d'autres, plus minoritaires.
- Population d'environ 1,3 milliard pour une densité de 445 hab/km².

- Une espérance de vie H/F de 67/70 ans et un PIB/hab de 3500\$.
- Taux d'alphabétisation : 72 % (2015).
- **Taux net de scolarisation à l'école primaire (2008-2011) 98.6%**. Le 1er avril 2010, l'instruction scolaire du premier degré est devenue obligatoire pour les enfants de 6 à 14 ans.
- **Consommation de sucre en calories par jour et par personne 100-200 (faible).**

(Annexe 1)

- **CAOD < 12 ans Bas : 1.2-2.6.**

(Annexe 2)

3.2.2. Intervention dans l'établissement :

Après un mois passé en Tanzanie nous atterrissons à Mumbai (anciennement Bombay), une des plus grandes villes d'Inde. C'est ici que nous essuyons notre premier refus dans une école du centre-ville, sans aucune explication. En effet, l'Inde est un pays particulier, qui peut se montrer inhospitalier les premiers jours.

C'est à New Delhi, que nous réitérons notre demande.

Encore une fois, les refus s'enchaînent. Un premier gardien d'école nous interdit l'entrée, sans explication claire (les parents d'élèves y seraient opposés). Un peu plus loin, le directeur d'un autre établissement nous explique la nécessité d'obtenir une autorisation du ministère de l'éducation.

Enfin, le directeur de l'école suivante m'invite à boire le thé dans son bureau.

Se montrant extrêmement intéressé par la thèse, il décide de s'investir et me demande même de lui faire parvenir un exemplaire une fois le travail terminé.

Nous discutons pendant presque une heure, en anglais et le proviseur me propose enfin de passer le lendemain pour faire dessiner les élèves.

Nous y retournons au petit matin, chargé de papier et de crayons achetés le jour même.

Malgré le sentiment d'avoir clairement expliqué le protocole, le directeur me présente les élèves qu'il a lui-même sélectionnés pour le travail : Dix filles âgées de 11 à 13 ans.

Au vu des nombreux refus auxquels nous avons fait face, nous prenons la décision d'accepter (la veille de notre vol pour quitter le territoire) le panel discutable d'écoliers qui nous est proposé puisque nous avons demandé de faire dessiner des enfants plus jeunes.

L'exercice se déroule dans la salle des professeurs, aucune autre salle n'étant disponible. Les élèves s'installent chacun à une table, le papier et les crayons sont distribués, les consignes sont données et le dessin commence.

Pendant les 45 minutes, aucune question ne m'est posée. Les filles ne semblent même pas parler entre elles et sont pleinement concentrées. Les professeurs au contraire, bien plus dissipés nous assaillent de questions. Ils mettent beaucoup de temps à comprendre l'intérêt de mon projet mais finissent par saisir l'objectif en étudiant en détail les dessins recueillis en Tanzanie.

Lorsque l'alarme sonne, les filles nous apportent d'elles-mêmes leurs créations (n=10) et quittent la pièce, sans un mot.

L'intervention se terminera dans le bureau du directeur qui nous explique avoir demandé des élèves volontaires.

A posteriori nous pensons que le responsable a sélectionné ses élèves les plus brillants en art plastique afin de nous offrir de belles créations. Cela partirait donc d'une bonne intention mais s'éloigne malheureusement de notre protocole.

3.3. Birmanie

3.3.1. Présentation du pays(31, 32, 33) :

La Birmanie est située au carrefour entre l'Inde, la Chine et la péninsule indochinoise.

- Langue officielle : le birman. Grâce à l'ouverture du pays, l'anglais est pratiqué dans les grandes villes et les destinations touristiques.
- Religions les plus représentées : le bouddhisme (87,9 %), le christianisme (6,2 %), l'islam (4,3 %) et d'autres plus minoritaires.
- Population d'environ 53 millions d'habitants pour une densité de 81 hab/km².
- Une espérance de vie H/F de 65/69 et un PIB par habitant de 1275\$.
- Taux d'alphabétisation : 75,5 % (2016).
- **Taux net de scolarisation à l'école primaire inconnu.** Le niveau scolaire des enfants birmans est faible. La plupart des familles pauvres ne peuvent pas envoyer leurs enfants à l'école primaire ou préfèrent les mettre au travail.
- **Consommation de sucre en calories par jour et par personne 100-200 (faible).**

(Annexe 1)

- **CAOD < 12 ans Bas = 1.2-2.6.**

(Annexe 2)

3.3.2. Intervention dans l'établissement :

Après deux semaines passées au Népal, nous atterrissons à Yangon, ex-capitale sud du pays.

De nombreuses tensions inter-communautaires existent sur le territoire. Elles vont jusqu'aux conflits armés entre groupes ethniques (le massacre du peuple birman musulman Rohinhyia atteint son paroxysme pendant notre séjour).

Toutes les demandes effectuées dans des écoles publiques et même dans un établissement privé reçoivent une fin de non-recevoir avec toujours la même explication : « Le climat général présent dans le pays ne nous permet pas de laisser pénétrer un touriste étranger dans une école. ». Cependant, c'est toujours avec un grand respect et beaucoup de chaleur que nous serons gentiment éconduits. Une ultime tentative, aussi infructueuse sera effectuée à Mandalay, capitale, au nord du pays. En conséquence nous décidons de ne pas persévérer en Birmanie.

3.4.Laos

3.4.1. Présentation du pays (31, 32, 33):

La République démocratique populaire du Laos est un pays, sans accès à la mer, d'Asie du Sud-est, entouré par la Birmanie (ou Myanmar), la Thaïlande, le Cambodge, le Vietnam et la Chine.

- Langue officielle : le lao, mais il est possible de se faire comprendre en anglais auprès des jeunes et des habitants travaillant dans le service et le tourisme.
- Religions les plus représentées : le bouddhisme (66 %), l'animisme (20 %) et le christianisme (2 %).
- Population d'environ 6,8 millions d'habitants pour une densité de 30 hab/km².
- Une espérance de vie H/F est de 64/67 et un PIB par habitant de 2350\$.
- Taux d'alphabétisation : 80 % (2016).
- **Le pays a fait des progrès significatifs, atteignant un taux net de scolarisation en primaire de 98,8 %, à part égale entre les deux sexes.**
- **Consommation de sucre en calories par jour et par personne < 100 (Très faible).**

(Annexe 1)

- **CAOD < 12 ans Bas = 1.2-2.6.**

(Annexe 2)

3.4.2. Intervention dans l'établissement :

Malheureusement, notre séjour au Laos se déroule pendant les vacances scolaires.

Mais le gérant du garage, d'origine belge, à qui nous avons loué notre scooter dans la ville de Pakse au sud du pays, nous informe de la présence d'un orphelinat. Il nous explique qu'il a pour habitude d'y aller déposer les objets oubliés par les touristes dans sa boutique.

Le lendemain, nous nous rendons dans la seule grande surface de Pakse afin de nous procurer le papier et les crayons, très chers pour les laotiens.

Une surprise nous attend dès notre arrivée. En effet, Jeanne, une des deux nonnes géranl'établissement nous accueille en français. Sa maîtrise de la langue est légèrement rouillée mais spectaculaire car Jeanne n'a passé que quelques mois à Paris, il y a plus de dix ans.

L'établissement accueille, depuis plus de 30 ans, plus de quarante enfants de tous âges. Seuls sont acceptés les enfants orphelins ou ceux dont les parents ne sont pas en capacité de les prendre en charge. Les sœurs se chargent de leurs enseigner au mieux la lecture, l'écriture, l'histoire, les maths et même la physique.

Jeanne nous donne le temps de détailler notre projet. Elle comprend les objectifs de notre thèse en se penchant longuement sur les dessins précédemment.

Je reviens donc comme convenu, chargé de matériel de dessin mais aussi de friandises.

A mon arrivée les enfants, âgés de 5 à 12 ans, sortent du cours de catéchisme. Prévenus plus tôt de ma venue, ils se ruent sur moi. Ils sont tous très heureux de ma visite et les moins téméraires m'assaillent de questions.

Après ma courte introduction dans un silence total, et les consignes données par Jeanne, les enfants se mettent au travail dans le jardin, sur des tables en pierre. Ils font tous, même les plus timides, preuve de jovialité et d'un profond respect. Ils sont une quarantaine au total. Les dessins des plus jeunes seront donc écartés.

Il est intéressant de noter que les plus vieux proposent spontanément leur aide aux plus jeunes. Pendant la durée de l'exercice, une atmosphère de sérénité, de respect et d'entraide règne donc. Souvent timides, les enfants jouent cependant tous le jeu.

Malheureusement, aucun n'a le courage de m'interpeller pour répondre à ses interrogations. S'en tenant aux directives données par Jeanne, ils s'affairent avec rigueur.

L'énergie consacrée au désir de bien faire et de répondre correctement à notre besoin est évident.

Lorsque nous faisons retentir une petite clochette pour annoncer la fin de l'exercice, tous les enfants s'empressent de me rendre leurs créations. Sans bousculade, ils se mettent naturellement l'un derrière l'autre pour recevoir un petit gâteau contre chaque dessin rendu (n= 29).

Encouragé par l'enthousiasme des enfants et la détermination de Jeanne, nous donnons un bref cours de brossage de dents aux enfants, en mimant les gestes, même si Jeanne parvient à traduire certaines choses.

Les enfants ne voulaient plus me laisser partir ; un des plus jeunes s'est même accroché à ma jambe pour me retenir. C'est pour l'instant le plus bel échange humain que nous avons eu depuis le début de notre voyage.

3.5.Cambodge

3.5.1. Présentation du pays (31, 32, 33):

Le royaume du Cambodge est une monarchie constitutionnelle.

- Langue officielle : le khmer, mais on peut se faire comprendre en anglais auprès des jeunes et des personnes travaillant dans le service et tourisme.

- Religions les plus représentées : le bouddhisme (plus de 90 %), et l'islam (moins de 5 %).

- Population d'environ 16 millions d'habitants pour une densité de 90 hab/km².

- Une espérance de vie H/F de 66/70 et un PIB par habitant de 1250\$.

- Taux d'alphabétisation : 74 % (2014).

- **Taux net de scolarisation à l'école primaire (2008-2011) 98.2%.**

- **Consommation de sucre en calories par jour et par personne < 100 (Très faible).**

(Annexe 1)

- **CAOD < 12 ans Bas = 1.2-2.6.**

(Annexe 2)

3.5.2. Intervention dans l'établissement :

C'est dans la capitale, à Phnom Penh que nous décidons d'effectuer nos recherches.

Après le refus de deux écoles publiques, nous indiquant la nécessité d'obtenir un accord du ministère, nous nous y rendons.

Après une heure d'attente, une responsable nous explique comment remplir le formulaire et nous précise que la réponse sera fournie quelques semaines plus tard.

N'ayant pas le temps de rester aussi longtemps dans le pays nous décidons de trouver une alternative.

Au cours d'un échange avec le chauffeur d'un vélo-taxi (tuk-tuk), j'apprends qu'une sorte de refuge pour jeunes existe en périphérie de la ville et propose de m'y conduire.

C'est notre jour de chance, car à peine arrivé, le chauffeur s'empresse d'expliquer notre projet au responsable de ce centre d'accueil dédié aux enfants démunis, abandonnés ou maltraités.

Le directeur fait preuve d'une grande modestie et m'offre un peu de son temps pour m'expliquer, en anglais, les objectifs de sa structure et la logistique permettant de récolter des fonds (dons, quêtes, aides gouvernementales). Il nous invite à visiter le bâtiment et nous explique qu'aujourd'hui, c'est l'enseignement des 6-12 ans qui est programmé. Une fois encore, les dessins des plus jeunes ne figureront donc pas dans notre étude.

Il manifeste à plusieurs reprises la joie que lui procure ma présence et se déclare enthousiasmé par notre thèse.

Il nous propose d'intervenir le jour même dans les différentes classes composées d'une douzaine d'élèves regroupés par niveau d'instruction et non pas par tranche d'âge.

N'ayant pas prévu de matériel pour le jour même, nous sommes enchantés de constater la présence de papier et de multiples pots de crayons et feutres sur place.

Lorsque nous pénétrons dans les salles, les enfants sont au milieu d'une leçon. Le directeur l'interrompt et explique consciencieusement aux différents professeurs, les consignes que nous lui avons dictées. Tous réagissent positivement à cette intervention et transmettent aux élèves les directives.

Il ne m'a pas été proposé de me présenter aux jeunes qui s'affairent à l'exercice sans aucune forme de mécontentement, au contraire.

À chaque fois, nous notons le même respect et la même gentillesse lors de mon entrée dans la classe, le même calme lors de l'exercice, et la même application dans la réalisation des dessins.

Au fur et à mesure de nos multiples passages de salles en salles pour superviser leurs travaux, les enfants sont de plus en plus à l'aise, moins timides et plus curieux. Ils commencent à poser des questions concernant l'exercice ou plus personnelles (notre vie en France et le déroulement de notre voyage).

Un enfant nous a même donné une bille afin que nous la remettions à un autre enfant en Amérique du sud ! Un autre a voulu que nous fassions un autographe sur sa main, et tous l'ont demandé par la suite.

Malgré notre présence, tous les enfants rendent leurs productions à leurs professeurs respectifs leurs démontrant ainsi un profond respect. Cette attitude, jamais rencontrée jusque-là, révèle même l'importance qu'accordent les jeunes à la transmission du savoir par leurs aînés.

Les dessins recueillis (n= 26), les enfants salués et le directeur remercié, nous repartons avec le même chauffeur de taxi. Il nous a attendu dans son tuk-tuk et nous propose de nous raccompagner gratuitement à notre hôtel.

3.6. Vietnam

3.6.1. Présentation du pays(31, 32, 33) :

La République socialiste du Vietnam est un pays d'Asie du Sud-Est situé à l'est de la péninsule indochinoise. C'est un état communiste à parti unique.

- Langue officielle : le vietnamien.
- Religions pratiquées : le bouddhisme, le catholicisme, le caodaïsme, le protestantisme, et l'islam.
- Population d'environ 95 millions d'habitants pour une densité de 305 hab/km².
- Une espérance de vie H/F de 70/80 et un PIB par habitant de 1250\$.
- Taux d'alphabétisation : 97,3 % (2014).
- **Taux net de scolarisation à l'école primaire (2008-2011) 99,4%.**
- **Consommation de sucre en calories par jour et par personne 100-200 (faible).**

(Annexe 1)

- **CAOD < 12 ans Bas = 1.2-2.6.**

(Annexe 2)

3.6.2. Intervention dans l'établissement :

Dès notre arrivée nous essayons de multiples refus. Deux dans la ville de Ho Chi Minh au sud du pays et deux autres à Hanoï, la capitale.

Nous retenons notre chance dans des villes plus petites comme Ninh Binh sans plus de résultat.

Nos hypothèses sont : La possibilité d'une directive gouvernementale nous empêchant de pénétrer dans les écoles. Une possible incompréhension de la demande car le niveau d'anglais peut être bas. Peut-être tout simplement une absence totale de chance ?

Du fait de la contrainte de constamment avancer pour respecter le programme de voyage pré-établi, nous ne pouvons pas persévérer au Vietnam.

3.7. Cuba

3.7.1. Présentation du pays (31, 32, 33):

La république de Cuba est un état insulaire des Caraïbes. Sa capitale est La Havane.

Ce pays se définit comme une république socialiste d'après le Parti communiste de Cuba qui gouverne.

- Langue officielle : l'espagnol.

Très faible niveau d'anglais. Il est meilleur chez les jeunes et se démocratise avec le tourisme.

- Religion majoritairement représentée : le catholicisme (10 % de la population se déclare croyante, 3 % pratiquante).

- Population d'environ 11,4 millions d'habitants pour une densité de 105 hab/km².

- Une espérance de vie H/F de 77/82 et un PIB par habitant de 7600\$.

- Taux d'alphabétisation : 99,8 % (2014).

- **Taux net de scolarisation à l'école primaire (2008-2011) 98,4%.**

(Annexe 1)

-Consommation de sucre en calories par jour et par personne 500-600 (Très élevée).

- CAOD < 12 ans Modéré = 2.7-4.4.

(Annexe 2)

3.7.2. Intervention dans l'établissement :

Nous sommes partis du principe qu'il serait difficile d'intervenir à Cuba sachant que le gouvernement en place contrôle les touristes comme au Vietnam. En effet, les lieux où nous dormons sont relevés et nos passeports nous sont constamment demandés. La mise en place d'une stratégie particulière nous semble nécessaire.

Nous sommes donc sorti de La Havane pour partir nous installer une semaine et demie à Playa Larga nous fondre, autant que faire se peut, dans la vie cubaine. C'est en trouvant notre logement sur place que nous avons rencontré, dès le premier jour, un couple de retraité cubain très accueillant. Francesco et Maria nous hébergeront pendant la durée de notre séjour dans leur « casa particular », sorte de maison d'hôte cubaine.

Nous expliquons notre projet à nos hôtes. Ils semblent très intrigués et déterminés à nous aider. Ils nous proposent, avec une grande excitation, de nous conduire dans une école.

Le lendemain, départ aux aurores pour la seule école primaire du village accompagné de Francesco, déjà cigare à la bouche. Il entre dans l'école comme si il était chez lui et fonce droit vers le bureau de la directrice.

En quelques minutes, il explique dans un bien meilleur espagnol que nous, les tenants et aboutissants de notre étude. Il nous invite à nous présenter, ce que nous faisons brièvement.

La directrice, sensible à notre voyage et surtout à notre projet nous propose d'intervenir le jour même. Heureusement, nous avons prévu dans notre sac le matériel acheté à Hanoï dans un

grand super marché car nous savions à quel point, du fait de l'embargo, il est difficile de se procurer sur place les produits de base et fournitures en tout genre.

Mais nous découvrons avec étonnement la présence de troussees pleines sur toutes les tables.

Dès notre arrivée dans la classe, nous ressentons le changement brutal d'attitude de la part des enfants. La classe ne présente qu'une vingtaine d'élèves de huit à dix ans et pourtant nous avons l'impression qu'ils sont le double. Contrairement aux enfants rencontrés en Asie, les jeunes cubains se montrent sans timidité et moins respectueux. A part quelques exceptions qui restent réservés, les enfants posent des questions partant dans tous les sens. Le professeur est là pour les rappeler à l'ordre et leur demander de se calmer. Après quelques minutes, les enfants sont attentifs. Nous demandons au professeur d'écrire au tableau les sujets proposés aux enfants car notre niveau d'espagnol n'est pas suffisant pour faire l'explication nous-même.

Nous passons les quarante-cinq minutes dans les rangs afin de répondre aux questions en essayant toutefois de ne pas influencer leurs travaux.

Nous sommes étonnés d'entendre essentiellement des questions sur les autres pays rencontrés, plus que sur l'exposé en lui-même. Les enfants sont curieux d'en savoir plus sur la vie en dehors de l'île.

Toutefois, bien que plus turbulents que les élèves précédemment rencontrés, ils restent plutôt disciplinés et participent volontiers à l'exercice qui leur est demandé. La discipline est une valeur fortement inculquée à la population cubaine.

Les filles, timides et sages, fournissent plus d'efforts.

Les garçons sont moins motivés au point de souvent abandonner l'exécution du dessin en cours.

Le professeur réussit à calmer sa classe et à rassembler les images (n= 26) pour nous les restituer. La session s'achève par une photo de groupe des plus animée.

La directrice, séduite par cette première expérience, nous invite à repasser le lendemain pour intervenir dans une classe de 10-12 ans afin de compléter notre recueil.

3.8.Colombie

3.8.1. Présentation du pays (31, 32, 33):

La république de Colombie est une république présidentielle. Le pays est situé dans le Nord-Ouest de l'Amérique du Sud.

- Langue parlées : l'espagnol et l'anglais (sauf dans les zones rurales).
- Religion majoritaire : le catholicisme à 95%.
- Population d'environ 50 millions d'habitants pour une densité de 44 hab/km².
- Une espérance de vie H/F de 72/76 et un PIB par habitant de 5800\$.
- Taux d'alphabétisation : 94% (2014).
- **Taux net de scolarisation à l'école primaire (2008-2011) 90.1%.**

- **Consommation de sucre en calories par jour et par personne 400-500 (Élevée).**

(Annexe 1)

- **CAOD < 12 ans Bas = 1.2-2.6.**

(Annexe 2)

3.8.2. Intervention dans l'établissement :

Nous arrivons à Pereira, grande ville colombienne, où nous sommes hébergés par des amis de la famille de nationalité colombienne.

Après leur avoir expliqué notre projet, ils nous expliquent connaître un professeur travaillant dans un modeste établissement privé.

En début d'après-midi un chauffeur passe nous chercher pour nous y emmener. L'école se situe en périphérie de la ville, sur le flanc de la montagne.

Après une demi-heure d'une route perdue au milieu de la pampa, nous arrivons à l'école. Seuls quelques enfants sont présents aujourd'hui en raison d'une fête régionale.

Nous expliquons notre étude au professeur qui réussit à réunir huit élèves de cinq à douze ans.

La professeur parle l'anglais couramment et n'a aucun mal à comprendre et retranscrire nos consignes aux enfants.

Ce qui nous étonne, c'est l'attitude des jeunes absolument exemplaire. Un par un, ils se présentent à nous et expriment la joie procurée par notre visite.

Installés chacun à une table, les enfants commencent leurs dessins. Le papier, les feutres et crayons de couleurs sont mis à disposition par l'école.

Le temps passe et sans aucun bruit, les enfants terminent leurs dessins. Seulement, quelques questions nous sont posées pendant l'exercice, portant sur les sujets à dessiner et la façon de s'y prendre. A chaque fois, nous rappelons les consignes sans orienter les jeunes.

A la fin, les enfants notent d'eux même leurs noms, prénoms et âge sur la feuille puis nous la restitué (n= 5).

Nous remarquons deux choses importantes lors de cette intervention. La première est le respect immense qui semble être accordé aux professionnels de santé dans le pays et particulièrement aux dentistes. La deuxième est l'excès de zèle de la part d'enfants presque trop sages et disciplinés pour être vraiment chaleureux.

Nous l'interprétons comme la conséquence directe d'un encadrement assez rigide dans cet établissement privé.

3.9. Pérou

3.9.1. Présentation du pays (31, 32, 33):

La république du Pérou est un pays situé dans l'Ouest de l'Amérique du Sud. C'est une république démocratique, sociale et indépendante.

- Langue officielle : l'espagnol. Le quechua, l'aymara, langues amazoniennes, sont également pratiquées.
- Religions pratiquées : le catholicisme (estimé à 85 %), et l'évangélisme (estimé à 15 %).
- Population d'environ 31 millions d'habitants (dont un tiers dans la capitale Lima) pour une densité de 25hab/km².
- Une espérance de vie H/F de 73/76 et un PIB par habitant de 6200\$.
- Taux d'alphabétisation : 97% homme et 91% femme.
- **Taux net de scolarisation à l'école primaire (2008-2011) 97.1%.**
- **Consommation de sucre en calories par jour et par personne 200-300 (Importante).**

(Annexe 1)

- **CAOD < 12 ans Modéré = 2.7-4.4.**

(Annexe 2)

3.9.2. Intervention dans l'établissement :

C'est dans le centre-ville de Cuzco, ville légendaire et historique du Pérou, que nous sommes acceptés dans le premier établissement public visité.

Il suffit d'un cours entretien en espagnol avec le directeur pour obtenir son accord. Il semble particulièrement flatté que nous lui fassions cette demande, dans un espagnol hésitant, et décide de s'investir pleinement dans notre projet.

Pendant cet échange, il montrera un immense respect vis à vis de notre profession et manifestera un grand intérêt pour notre étude (il nous confie son adresse personnelle afin de recevoir la thèse une fois terminée et se penche longuement sur les dessins rapportés des autres pays). Nous devons revenir le jour suivant au petit matin afin d'intervenir dans une classe d'une vingtaine d'enfants, âgés de neuf à onze ans.

Le directeur nous accueille en personne à l'entrée de l'école, il entend assister à l'exercice dans la classe. Lorsque nous entrons dans l'école, une chose nous étonne ; c'est que tous les élèves portent l'uniforme, il n'est pourtant pas question d'un établissement privé. Le directeur m'explique que c'est un point très important pour lui.

Les enfants sont tous intrigués et excités par notre présence mais restent très attentifs et respectueux du fait de la présence du directeur de l'école. Celui-ci explique la raison de ma présence au professeur de la classe et part s'installer au fond.

Le professeur décide d'accompagner ma présentation en posant des questions et en répondant à celles des élèves. Ces derniers, très attentifs, font preuve d'une grande déférence eux aussi en apprenant notre travail. Il est intéressant de relever que le faible niveau de notre espagnol n'est pas pour déplaire aux jeunes qui me corrigent volontiers. Cela aura au moins le mérite de les faire rire et de détendre l'atmosphère.

Nous expliquons ensuite la raison de notre présence et le travail qui leur est demandé en inscrivant au tableau les différents sujets qui leurs sont proposés. Ils possèdent tous le matériel requis dans leur trousse mais nous mettons tout de même des crayons à leur disposition.

Le professeur tient à nous préciser qu'ici on fait très attention à l'écologie et que le papier fourni, est d'une texture originale car il est recyclé.

Tous les enfants s'investissent au maximum. Pour la première fois, ils réclament plus de temps pour finir leurs dessins.

A la fin nous prenons 10 minutes supplémentaires pour observer l'un après l'autre les dessins de chacun (n= 25). La sonnerie de fin de cours retentit d'ailleurs pendant ce temps mais personne ne s'en préoccupe.

Après une photo de groupe et une accolade générale nous quittons l'établissement.

3.10. Bolivie

3.10.1. Présentation du pays (31, 32, 33):

L'état plurinational de Bolivie est un état enclavé d'Amérique du Sud. C'est une république présidentielle.

- Langues parlées : l'espagnol à 60% ainsi que le quechua et l'aymara.
- Religion la plus répandue : le catholicisme à 95%.
- Population d'environ 11 millions d'habitants pour une densité de 10 hab/km².
- Une espérance de vie H/F de 65/71 et un PIB par habitant de 3000\$.
- Taux d'alphabétisation : 95 % (2015).
- **Taux net de scolarisation à l'école primaire (2008-2011) 91.4%.**
- **Consommation de sucre en calories par jour et par personne 200-300 (Importante).**

(Annexe 1)

- **CAOD < 12 ans Haut > 4.4.**

(Annexe 2)

3.10.2. Intervention dans l'établissement :

La première tentative est infructueuse dans la capitale, La Paz. En entrant dans une cour d'une école déserte, une gardienne nous informe du début des vacances.

Nous réitérons notre demande, deux semaines plus tard dans la ville de Sucre.

Une première directrice nous explique que les élèves n'ont pas de temps pour notre intervention car à la rentrée, il y a des contrôles écrits.

Un deuxième directeur nous redirige vers le ministère de l'éducation, arguant de la nécessité d'une autorisation.

Au cours de ce séjour, de nombreuses tentatives s'avèreront infructueuses, avec toutes les excuses imaginables pour expliquer ces refus.

La dernière tentative fût la bonne. Après avoir fait ma brève présentation au gardien de l'école, nous patientons 10 minutes pour qu'il aille chercher le directeur. Quand ce dernier

arrive, il nous invite à le suivre jusqu'à son bureau. Nous nous présentons et une fois de plus l'annonce de notre profession crée très rapidement un climat de confiance.

Il dirige un établissement public regroupant primaire et secondaire (collège), où les élèves ne portent pas d'uniforme, contrairement aux directives du gouvernement.

Dans un premier temps, il décrit son école qui accueille des enfants de différents milieux sociaux pour des frais de scolarité identiques. Non sans une certaine fierté, il nous fait découvrir la salle informatique équipée d'une imprimante 3D neuve.

C'est seulement après ce préambule qu'il nous demande la raison de notre visite. Nous lui expliquons, dans un espagnol qui s'est perfectionné depuis notre séjour à Cuba, l'objectif de notre travail. Il comprend parfaitement nos besoins et nous pose de nombreuses questions. Il porte une attention particulière aux dessins que nous avons rapportés de Tanzanie, à titre d'exemple. Puis nous nous dirigeons vers une classe d'une trentaine d'élèves âgés de dix à douze ans.

Les enfants semblent très curieux mais la présence du directeur impose le silence.

Ce dernier nous présente au professeur avant que nous fassions de même avec la classe puis il s'efface.

Nous passerons plus de temps que d'habitude à répondre aux questions car la récente victoire de la France à la coupe du monde de football monopolise un peu les esprits... Nous expliquons enfin notre projet.

Deux élèves se portent volontaires pour distribuer le papier. Nos crayons ne sont d'aucune utilité, tous les jeunes possèdent leur matériel. Les sujets sont écrits au tableau et les consignes expliquées.

La majorité des élèves s'investissent pleinement dans leurs dessins, d'autres beaucoup moins, lèvent constamment la main pour poser des questions sur la France. En effet, plus qu'ailleurs, les enfants sont très curieux de notre façon de vivre et de notre culture.

Certains nécessitent quelques encouragements, d'autres une inspiration de départ, mais presque tous finissent par réaliser un dessin. Nous notons chez eux une réelle entraide. Seuls deux refusent catégoriquement de s'exécuter.

Le travail terminé, les enfants mettent un point d'honneur à m'expliquer leurs dessins en me les restituant (n= 41). Le directeur repasse dans la salle pour me demander si les élèves ont répondu à mes attentes et s'ils ont été respectueux.

Une photo de groupe et quelques autographes plus tard, nous quittons l'école chargés de dessins.

4. RÉSULTATS : ANALYSE DES DESSINS

Nous avons expliqué au cours de notre travail les raisons pour lesquelles il est impossible de dégager des conclusions significatives ou une quelconque interprétation psycho-émotionnelle lors de l'analyse de ce recueil. Celle-ci se présente comme une analyse factuelle des dessins sous forme de tableau (annexe 3), utilisant les neuf items exposés dans la deuxième partie, et présenté ci-dessous. Elle permet cependant d'observer certaines originalités propres aux pays.

PAYS	Nombre de dessins		Bouches		Matériel d'hygiène		Action de brossage		Caries		Douleurs		Dentiste		Cadre et/ou matériel de soin		Action de soins		Prévention	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
FRANCE	37		24	64,9	18	48,6	3	8,1	15	40,5	6	16,2	11	29,7	20	54,1	12	32,4	3	8,1
TANZANIE	42		42	100,0	41	97,6	7	16,7	31	83,8	7	18,9	37	100,0	18	42,9	16	38,1	0	0,0
INDE	10		10	100,0	10	100,0	8	80,0	8	80,0	7	70,0	6	60,0	4	40,0	4	40,0	10	100,0
LAOS	29		29	100,0	24	82,8	5	17,2	13	44,8	1	3,4	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CAMBODGE	26		26	100,0	20	76,9	12	46,2	11	42,3	1	3,8	4	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
CUBA	26		26	100,0	24	92,3	12	46,2	12	46,2	6	23,1	9	34,6	10	38,5	7	26,9	8	30,8
COLOMBIE	5		5	100,0	4	80,0	0	0,0	3	60,0	5	100,0	5	100,0	5	100,0	4	80,0	0	0,0
PEROU	25		23	92,0	21	84,0	0	0,0	16	64,0	17	68,0	17	68,0	20	80,0	11	44,0	1	4,0
BOLIVIE	41		38	92,7	35	85,4	12	29,3	30	73,2	18	43,9	16	39,0	24	58,5	12	29,3	5	12,2
Amérique du Sud	71		66	93,0	60	84,5	12	16,9	49	69,0	40	56,3	38	53,52	49	69,01	27	38,03	6	8,45
TOTAL	241		223	92,5	197	81,7	59	24,5	139	57,7	68	28,2	106	44,0	101	41,9	66	27,4	27	11,2

Annexe 3 : Résultats de notre interprétation graphique sous forme de tableau.

4.1. Analyse par item

Nous avons regroupé la Colombie, le Pérou et la Bolivie pour représenter l'Amérique du Sud car trop peu de dessins ont été récoltés en Colombie.

La carie (d) :

Il est intéressant de constater que presque 60% des enfants du monde ont représentés la carie. La « maladie des dents » est donc une affection connue par la plupart des jeunes rencontrés. C'est le seul item de notre tableau pour lequel on retrouve la totalité des pays à plus ou moins 20% de la moyenne (57,7%). Les deux pays visités présentant le CAOD le plus bas et la consommation de sucre la plus faible (Tanzanie et Inde) représentent la carie dans plus de 80% des dessins et seulement 40% en France.

La douleur (e) :

Deux fois moins représentée que la carie avec une moyenne mondiale d'environ 30%. Cette fois on note une différence importante entre les pays.

En Inde (70%) et en Amérique du Sud (56%) on observe une représentation quasi identique entre la carie et la douleur alors qu'au Cambodge et au Laos seuls 3 à 4% des enfants imagent la douleur. On peut se demander si les enfants de ces pays, ne consommant que très peu de sucre, sont souvent confrontés à ces maux et donc au dentiste.

Comparé à la carie, la douleur est deux fois moins représentée à Cuba (23%), trois fois moins en France (16%) et quatre fois moins en Tanzanie (19%).

Le dentiste et le cadre de soin (f et g) :

Nous prenons la décision d'analyser ces deux items ensemble afin de mieux les comparer.

Globalement bien représentés (presque un dessin sur deux) dans tous les pays du monde sauf au Cambodge (15,4% de dentistes) et au Laos (3,4% de dentiste et 0% pour le cadre ou matériel de soin).

Le cadre de soin est moins représenté que le dentiste en Asie et en Tanzanie contrairement à l'Amérique du Sud qui dessine parfois du matériel ou le lieu du soin sans la présence de dentiste. Cet écart est presque nul à Cuba.

En France le cadre de soin (54%) est présent dans presque deux fois plus de dessins que le dentiste (30%).

L'action du brossage et du soin (c et h) :

Ces deux éléments ne font pas parti des sujets proposés aux jeunes. Cependant, ils sont présents dans un dessin sur quatre (24,5% pour le brossage et 27,4% pour le soin). Il est intéressant de relever ces items car ils montrent la capacité de l'enfant à se projeter dans « l'action » du brossage, ou du soin. Ces actions sont difficilement représentables pour un enfant ne se brossant pas les dents ou n'ayant jamais reçu de soin.

Nous développons les résultats sur l'action du brossage plus tard.

Concernant le soin, en excluant le Cambodge et le Laos, les résultats sont très similaires dans les pays. Cuba (27%) le représente moins et l'Inde (40%) un peu plus. La France (32,4%) se trouve au milieu de l'échantillon.

La prévention (i) :

C'est en observant les dessins de l'Inde que nous décidons de remarquer cet item puisque 100% d'entre eux imagent une forme de prévention.

30% des dessins cubains, 10% des dessins français et d'Amérique du Sud expriment aussi une forme de prévention. La Tanzanie, le Cambodge et le Laos ne font preuve d'aucune forme de prévention. On peut se demander si ces pays, en voie de développement et avec un CAOD bas, sont suffisamment sensibilisés.

L'hygiène bucco-dentaire (a, b et c) :

Nous cherchons à connaître la vision qu'ont les enfants de la/leur sphère bucco-dentaire. On observe donc le regroupement des items suivants : la représentation de la bouche, du matériel nécessaire à son entretien et l'action de brossage qui connecte les deux.

En France, à la différence de tous les autres pays, la bouche n'est représentée qu'à 65%, le matériel dans une image sur deux, et l'action de brossage dans environ 10% des cas.

Si l'on observe les résultats du monde : la bouche est présente dans 92.5% des dessins, le matériel d'hygiène dans 81.7% et l'action de brossage dans 24.5%.

Concernant l'action de brossage, l'Inde culmine à 80%, le Cambodge et Cuba loin derrière avec un résultat toujours très élevé par rapport à la moyenne avec 46% puis une quasi égalité entre la Tanzanie, le Laos et l'Amérique du Sud avec presque 17%. Nous notons tout de même que sur 25 dessins récoltés au Pérou aucun ne montre cette action.

Au sujet de l'hygiène bucco-dentaire (réunion des trois premiers éléments du tableau a, b et c), les résultats sont similaires dans tous les pays et nous pouvons admettre que la vision de la sphère bucco-dentaire par les enfants de cet âge est similaire dans tous les pays visités. Tous savent dessiner une bouche avec plus ou moins de dents, tous connaissent bien le matériel nécessaire à l'hygiène et un quart représentent l'action de brossage.

4.2. Analyse par pays

En Inde, nous avons collecté seulement dix dessins réalisés par un groupe de filles âgées de onze à treize ans. Sélectionnées par le directeur de l'école, nous pensons qu'elles ont été préparées à l'exercice car elles nous ont rendu de véritables chefs d'œuvre, et presque tous les items sont présents dans chaque dessin.

Nous avons remarqué la présence d'une plante sur les dessins. Ce sont des feuilles de neem. Broyée en poudre et mélangée à du clou de girofle elle aurait des vertus bénéfiques pour la gencive.

En Tanzanie, nous pensons que le professeur a fortement insisté sur la représentation du dentiste car 100% des jeunes l'ont dessiné. Élément inattendu car sur l'île de Zanzibar, les dentistes ne courent pas les rues. Sur les deux classes, seulement deux élèves en avait déjà vu un. Nous pensons que les enfants se sont surtout inspirés de l'image du médecin.

Au Cambodge et au Laos nous nous interrogeons encore une fois sur la bonne transmission des consignes faite par les professeurs aux élèves. En effet, il se peut qu'ils aient insisté sur la bouche présente dans 100% des dessins, le matériel de brossage dessiné dans 80% des cas et la carie (environ 43%). À l'inverse, la douleur (3,5%), le dentiste (environ 10%) et le cadre de soin (0%) ne sont présents dans presque aucun dessin. Nous rappelons qu'ils sont recueillis dans des établissements autres qu'une école publique. Ce résultat pourrait être expliqué par l'absence totale de prise en charge bucco-dentaire chez ces jeunes rencontrés dans un orphelinat puis dans un centre d'accueil.

Plus que partout ailleurs, nous avons remarqué la présence de nombreux traitements orthodontiques. En plein essor dans ces pays, ce traitement est signe de richesse. Les enfants rencontrés n'ont pas les moyens mais aiment cependant le dessiner.

Seulement cinq dessins ont pu être analysés en Colombie. Les résultats présents sur le tableau ne peuvent pas être pris en compte. Nous avons pensé à regrouper les pays d'Amérique du Sud afin d'obtenir des résultats plus pertinents.

Concernant les divergences de résultats entre la France et les autres pays à propos de l'hygiène bucco-dentaire (items a, b et c), nous pouvons expliquer ces différences par le fait que les élèves français ont préféré ne dessiner qu'un sujet ou deux plutôt que tous sur une même feuille. Leurs productions, d'une originalité fascinante (F23, 24, 28,36), n'incluent que peu d'items car ils aiment en général raconter une histoire (F32) ou réaliser un portrait (F34). Nous pensons qu'ils se sont moins attardés sur les sujets simples comme la bouche ou le matériel au profit de sujets plus complexes à réaliser.

Nous nous sommes aperçu que seulement 2,5% des enfants de différents pays (Tanzanie.15, France.30, F34, F37, Laos.26 et Bolivie.7) ont représenté des bouches édentées. Pourtant entre huit et douze ans, ils présentent tous des dents absentes en bouche.

5. CONCLUSIONS

5.1. Pistes d'amélioration

Ce travail préliminaire permet de montrer les pistes d'amélioration à prendre en compte si une étude scientifique devait être réalisée à la suite d'une récolte de dessins sur la dentisterie à travers le monde.

5.1.1. Préparatifs approfondis :

Prise de contact avec le ministère de l'éducation des pays visités

Nous aurions pu contacter en France, les consulats ou ambassades des pays visités.

Une autorisation nous aurait été remise en nous rendant au ministère de chaque pays permettant d'intervenir librement dans les écoles publiques. Celle-ci aurait facilité notre entrée dans les écoles et diminué le nombre de refus auxquels nous avons fait face. En cas d'opposition du ministère, nous aurions alors contacté directement certains établissements scolaires privés (les directeurs parlant très souvent l'anglais). Si le nombre d'enfants inclus dans l'étude n'est pas atteint, il est possible de contacter les orphelinats ou les centres d'accueil.

Texte introductif

Traduit dans toutes les langues officielles des pays visités, il aurait facilité notre acceptation dans certaines structures et la compréhension des consignes. Il doit comprendre : identité de l'intervenant, métier et raison de l'intervention.

5.1.2. Protocole rigoureux :

Matériel

Ne proposer que six à huit couleurs identiques à chaque enfant permet d'intégrer leurs choix lors d'une interprétation psycho-émotionnelle ou statistique, en prenant garde à leurs significations en fonction des cultures.

Concernant le support, il faut être vigilant, et ne distribuer qu'une moitié de feuille A4 afin que la taille des dessins soit identique dans tous les pays.

Âge

À moins de vouloir constater des disparités issues de la différence d'âge, il est préférable de s'adresser à des enfants du même âge (exemple : dix ans plus ou moins six mois). Cela permet une analyse plus ciblée en supprimant les différences de niveau de développement psychomoteur et facilite l'observation des divergences culturelles.

Sujet

Il est plus judicieux de n'en proposer qu'un afin de pouvoir comparer les détails tels que les couleurs, la taille, la forme ou les éléments spécifiques comme la présence de carie si le sujet choisi est « la dent ».

De plus, il serait souhaitable de préciser que les enfants doivent dessiner un personnage afin de réaliser une analyse de l'anxiété comme nous l'avons expliqué dans le chapitre 1.

Échantillon

Nous avons remarqué que les enfants communiquent beaucoup entre eux pendant l'exercice, ce qui entraîne des ressemblances entre certains dessins d'une même zone (trois ou quatre tables). La mise en place d'une séparation simple, empêchant les enfants de discuter et de copier, permettrait de récolter des dessins entièrement pensés et produits par un individu.

Au cours de notre étude de la littérature nous avons remarqué un critère d'inclusion récurrent dans les recherches : l'intérêt de l'enfant pour le dessin. Lors de nos interventions, le professeur invitait généralement tous les enfants à participer. En conséquence, certains dessins bâclés ne peuvent être interprétés correctement.

5.2. Conclusion

Ce voyage nous aura permis de nous immerger dans différentes cultures et le travail réalisé pour la thèse de faire de belles rencontres. Beaucoup de personnes ont manifesté un grand intérêt pour notre projet et se sont montrées investies et généreuses envers nous. Nous avons réussi notre objectif qui était de récolter des dessins d'enfants d'une certaine tranche d'âge sur la dentisterie dans quelques pays du monde et d'en extraire certaines informations à l'aide d'une analyse factuelle comparative simple. Celle-ci nous a permis de mettre en évidence des différences et similitudes dans la représentation des sujets proposés aux enfants. Ce travail invite à la reproduction d'une étude semblable en utilisant les améliorations que l'on peut y apporter.

BIBLIOGRAPHIE

1. BELNET F.

Des caries dentaires avant l'apparition de l'agriculture.
<http://www.hominides.com>

2. AUDE PASQUINI.

Evolution de l'hygiène bucco-dentaire au fil des siècles et civilisations.
Thèse : 3ème cycle Sci Odontol, Nancy, 2002.

3. PASINI W., HAYNAL A.

Manuel de psychologie odontologique.
Paris : Masson, 1992.

4. GOLDBERG M.

La bouche et la dent.
Rev.Fr.Odontostomatol, 1969;7:943-952.

5. FREUD S.

Totem et tabou.
Paris : Payot, 1965.

6. KOCH G., MODEER T., POULSEN S., RASMUSSEN P.

Pedodontics - A clinical Approach
Copenhagen : Munksgaard, 1991.

7. WEINSTEIN P., NATHAN J.E.

The challenge of fearful and phobics children.
Dent Clin North Am, 1988;32(4):667 - 691.

8. MANARA F., SAPELLI P.

Aspects médicopsychologiques et psychiatriques en pédodontie dans Manuel de psychologie odontologique.
Paris : Masson, 1992.

9. COOMBS J.A

Application of behavioural science researche to the dental office setting.
Int Dent J 1980;30:240-248.

10. SIEGEL L.J., SMITH K.E., CANTU G.E., POSNICK W.R.

The effects of using infection-control barrier techniques on young children's behavior during dental treatment.
J Dent Child 1992;59(1):17-22.

11. SEXTON J., MOURINO A.P., BROWNSTEIN M.P.

Children's behavior in emergency and non-emergency dental situations.
J Clini Pediatr Dent 1993;17(2):61-63.

12. MARTIN R.B, SHAW M.A., TAYLOR P.P.

The influence of prior surgical experience on the child's behavior at the initial dental visit.
J Dent Child 1977;443-447.

13. FUKS A.B., STEINBOCK N., ZADIK D.

The influence of social and ethnic factors on dental care habits and dental anxiety : a study in Israel.
Int J Paediatr Dent 1993;3(1):3-7.

14. AMEZIAN R., WADY W., GUILLAIN M., KAPITANIAK B.

Evaluation du stress chez l'enfant au cabinet dentaire.
J Odontostomatol Pediatr 1995;5(2):23-40.

15. WEINDLING T.

L'enfant difficile au cabinet dentaire : Un Mal qui n'est pas sans Remèdes.
Thèse d'exercice : Université de Strasbourg, Unité de formation et de recherche d'odontologie, 1996.

16. GROSS J, HAYNE H.

Drawing facilitates children's verbal reports of emotionally laden events.
J Experiment Psychol, 1998 Applied;5:265-283.

17. CLEMENT P.T, BENASUTTI K.M, HENRY G.

Drawing from experience: using drawing to facilitate communication and understand exposed to sudden traumatic death.
J Psychosoc Nurs 2001;39:13-20.

18. DRIESSNACK M.

Children's drawing as facilitators of communication.
J Pediatric Nurs 2005;20(6):415-423.

19. WIDLÖCHER D.

L'interprétation des dessins d'enfants.
Bruxelles : Editions Mardaga, 1998.

20. LOWENFELD V, BRITTAIN L.W.

Creative and mental growth. 8e ed.
New York : Macmillan, 1987.

21. FAROKHI M, HASHEMI M.

The analysis of children's drawings: social, emotional, physical, and psychological aspects.
Procedia - Social and Behavioral Sciences 2011;30:2219-2224.

22. CLATWORTHY S, SIMON K, TIEDEMAN M.

Child Drawing: Hospital – an instrument designed to measure the emotional status of hospitalized school- aged children.
J Pediatric Nurs 1999;14:2–8.

23. CLATWORTHY S, SIMON K, TIEDEMAN M.

Child drawing: hospital manual.
J Pediatric Nurs 1999;**14**:10–18.

24. HOEKSMAS J.B, TERWOGT M.M.

Colors and emotions : Preferences and combinations.
J Gen Psychol 2001;**122**(1):5-17.

25. AMINABADI N.A, GHOREISHIZADEH A et M, OSKOUEI S.G.

Can drawing be considered a projective measure for children's distress in pediatric dentistry ?
Int J Paediatr Dent 2011;**21**:1-12.

26. PALA S.P, NUVVULA S, KAMATHAM R.

Expression of pain and distress in children during dental extractions through drawing as a projective measure : A clinical study.
World J Clinic Pediatr 2016;**5**(1):102-111.

27. PICARD D. et BALDY R.

Le dessin de l'enfant et son usage dans la pratique psychologique.
Développement 2012;**1**(10):45-60.

28. FREEMAN N.H.

Strategies of representation in young children.
London : Academic Press, 1980.

29. COX M.V.

Children's drawings of the human figure.
Hove, UK : Laurence Erlbaum, 1993.

30. MACHON A.

Los dibujos de los niños.
Madrid : Catedra, 2009.

31. BALDY R.

Dessines moi un bonhomme. Universaux et variantes culturelles.
Gradhiva 2009;**9**:132-151.

32. ARONSSON K, ANDERSON S.

Social scaling in children's drawings of classroom life: A cultural comparative analysis of social scaling in Africa and Sweden.
Br J Dev Psychol 1996;**14**:301-314.

33. FRANCE DIPLOMATIE.

Tanzanie; Inde; Birmanie; Laos; Cambodge; Vietnam; Cuba; Colombie; Pérou; Bolivie.
<https://www.diplomatie.gouv.fr>

34. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.

Tanzanie; Inde; Birmanie; Laos; Cambodge; Vietnam; Cuba; Colombie; Pérou; Bolivie.
<http://www.who.int/countries>

35. WIKIPEDIA.

Tanzanie; Inde; Birmanie; Laos; Cambodge; Vietnam; Cuba; Colombie; Pérou; Bolivie.
<https://fr.wikipedia.org/wiki>

INDEX DES ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX

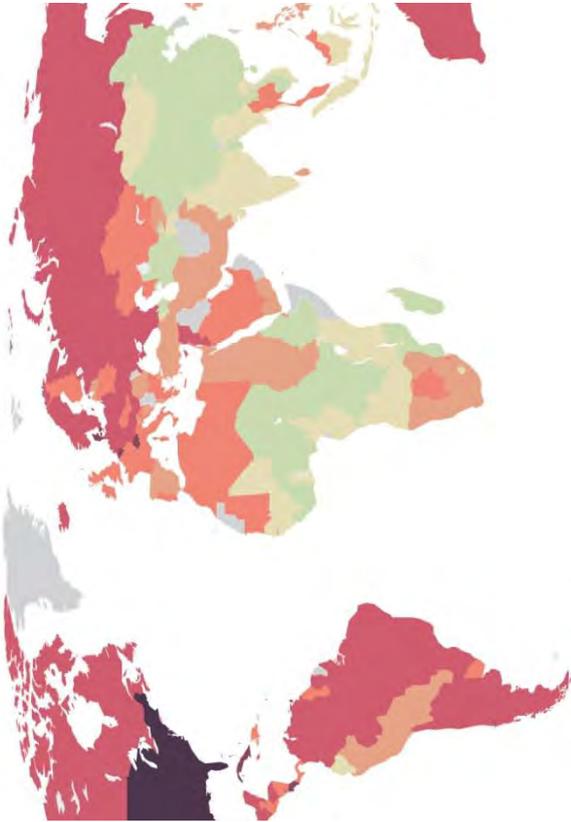
Tableau 1 : Échelle d'évaluation du Child Drawing : Hospital Score (23).....	25
Figure 1 : Feuille de résultats (23).....	25
Figure 2 : Couleurs préférées dans les trois groupes d'âge (24).....	26
Figure 3 : Émotions préférées dans les trois groupes d'âge (24).....	26
Tableau 2 : Fréquences des combinaisons Couleurs-Émotions spécifiques (24).....	26
Tableau 3 : Évaluation du Sound Eye Motor score (25).....	28
Figure 4 : Corrélation positive linéaire entre CD:H et SEM score (25).....	29
Figure 5 : Corrélation négative linéaire entre CD:H et Frankl score (25).....	29
Figure 6 : Représentation de soi dans la classe socio-centrée (A) et égocentrée Aronsson et Anderson en 1996 (32).....	34

ANNEXES

Annexe 1 : Consommation globale de sucre (fruits et vin exclus) par personne et par jour en 2007

THE GLOBAL SUGAR GLUT

Global sugar supply (in the form of sugar and sugar crops, excluding fruit and wine) expressed as calories per person per day, for the year 2000



Annexe 2 : Indice CAOD dans le monde chez les moins de douze ans et chez les adultes de 35 à 44 ans, issu du rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde, rédigé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2003.

WHO/NMH/NPH/ORH/03.2
Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde 2003

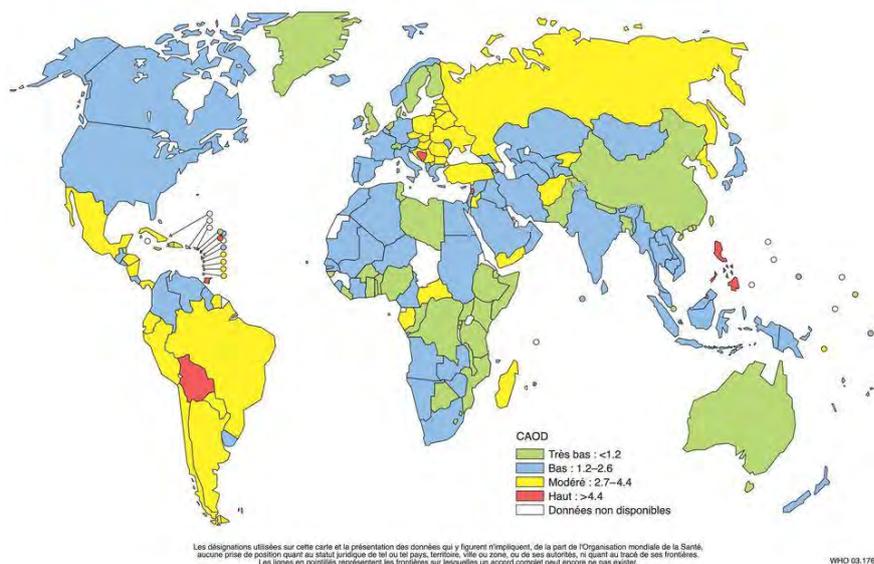


Figure 5. La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans (3,4)

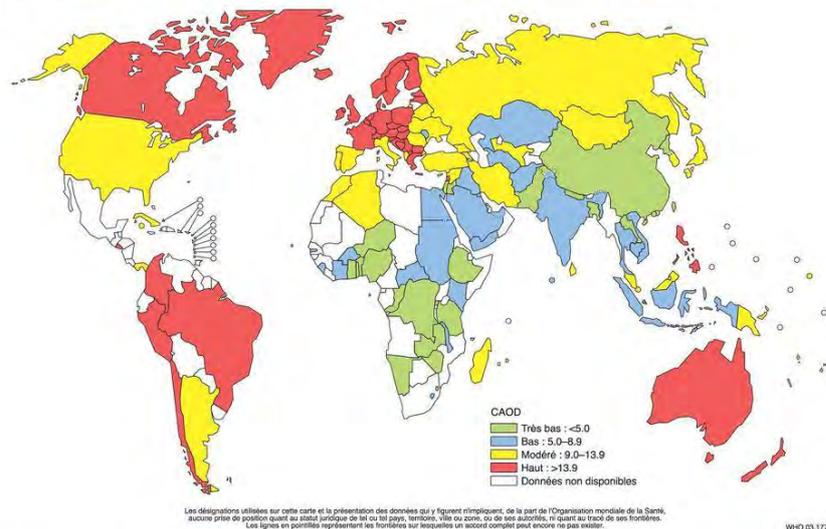


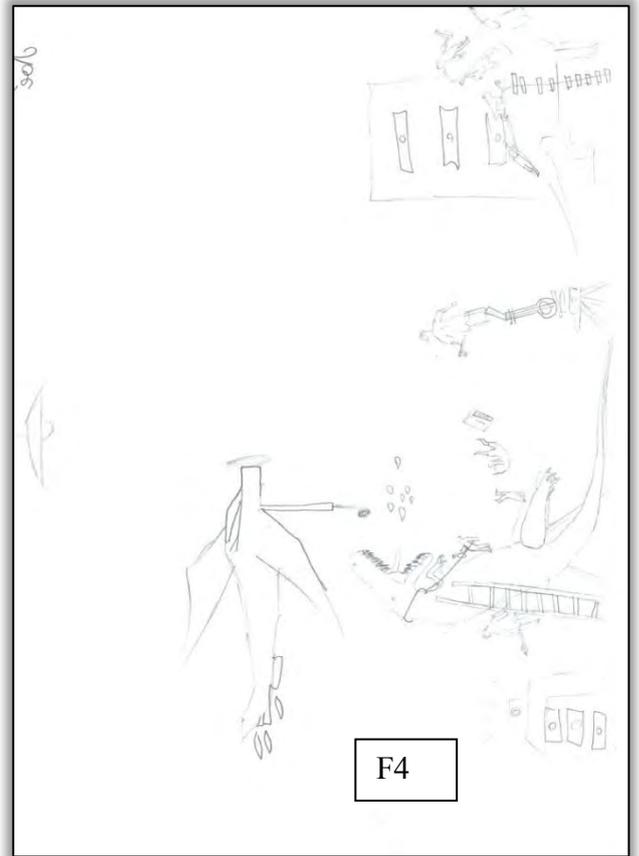
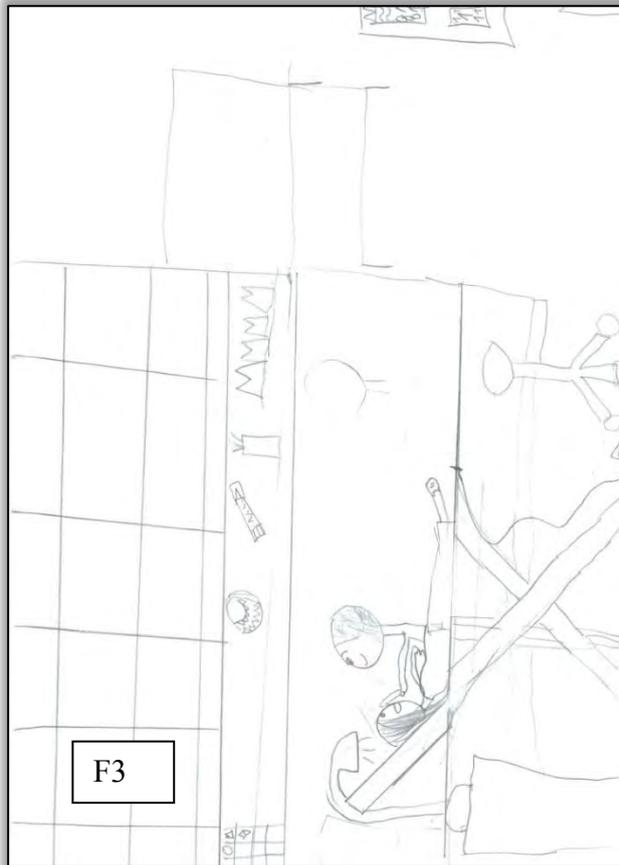
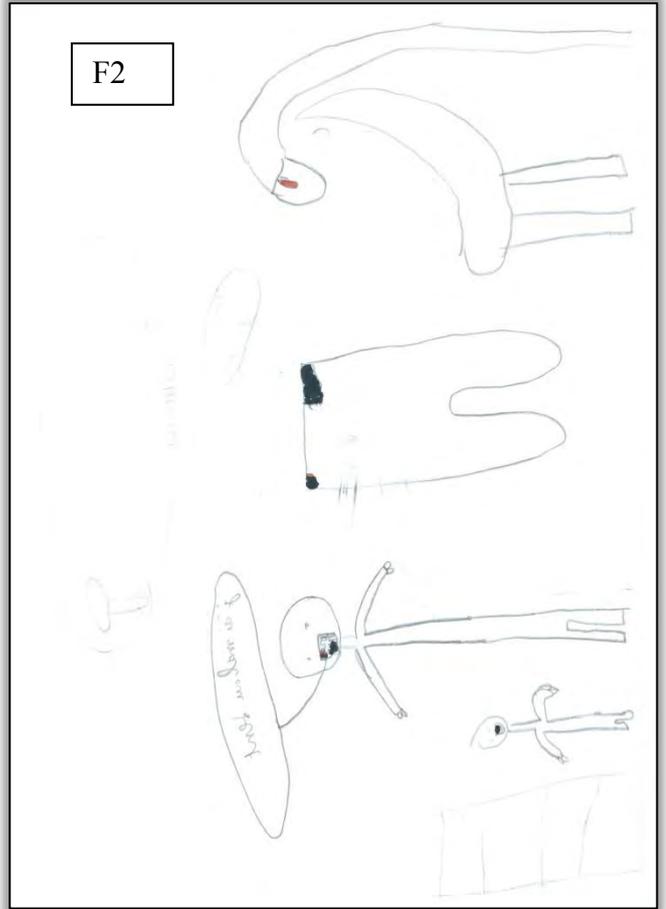
Figure 6. La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les adultes de 35-44 ans (3,4)

Annexe 3 : Résultats de notre interprétation graphique sous forme de tableau.

PAYS	Nombre de dessins		Bouches		Matériel d'hygiène		Action de brossage		Caries		Douleurs		Dentiste		Cadre et/ou matériel de soin		Action de soins		Prévention	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
FRANCE	37	64,9	24	48,6	18	3	8,1	15	40,5	6	16,2	11	29,7	20	54,1	12	32,4	3	8,1	
TANZANIE	42	100,0	42	97,6	41	7	16,7	31	83,8	7	18,9	37	100,0	18	42,9	16	38,1	0	0,0	
INDE	10	100,0	10	100,0	10	8	80,0	8	80,0	7	70,0	6	60,0	4	40,0	4	40,0	10	100,0	
LAOS	29	100,0	24	82,8	24	5	17,2	13	44,8	1	3,4	1	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
CAMBODGE	26	100,0	20	76,9	20	12	46,2	11	42,3	1	3,8	4	15,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
CUBA	26	100,0	24	92,3	24	12	46,2	12	46,2	6	23,1	9	34,6	10	38,5	7	26,9	8	30,8	
COLOMBIE	5	100,0	4	80,0	4	0	0,0	3	60,0	5	100,0	5	100,0	5	100,0	4	80,0	0	0,0	
PEROU	25	92,0	21	84,0	21	0	0,0	16	64,0	17	68,0	17	68,0	20	80,0	11	44,0	1	4,0	
BOLVIE	41	92,7	35	85,4	35	12	29,3	30	73,2	18	43,9	16	39,0	24	58,5	12	29,3	5	12,2	
Amérique du Sud	71	93,0	60	84,5	60	12	16,9	49	69,0	40	56,3	38	53,52	49	69,01	27	38,03	6	8,45	
TOTAL	241	92,5	197	81,7	197	59	24,5	139	57,7	68	28,2	106	44,0	101	41,9	66	27,4	27	11,2	

ANNEXE 4 : RECUEIL DE DESSINS

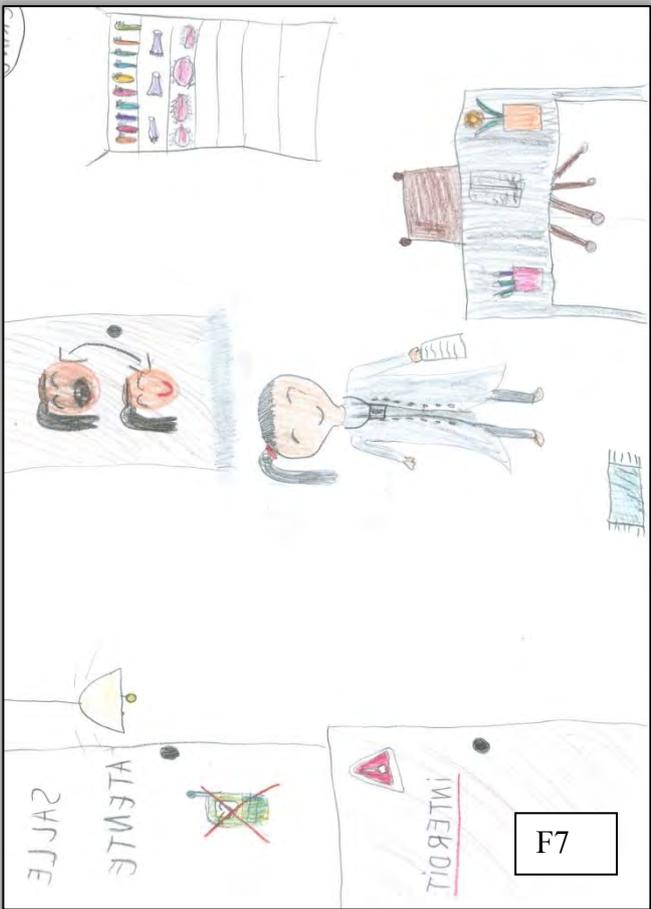
4.1 : France



F5



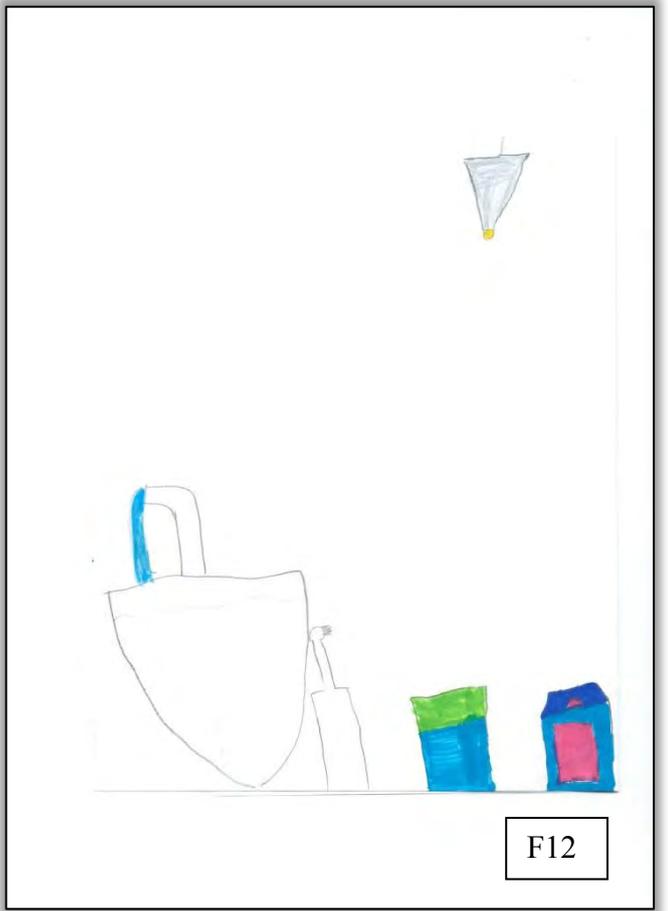
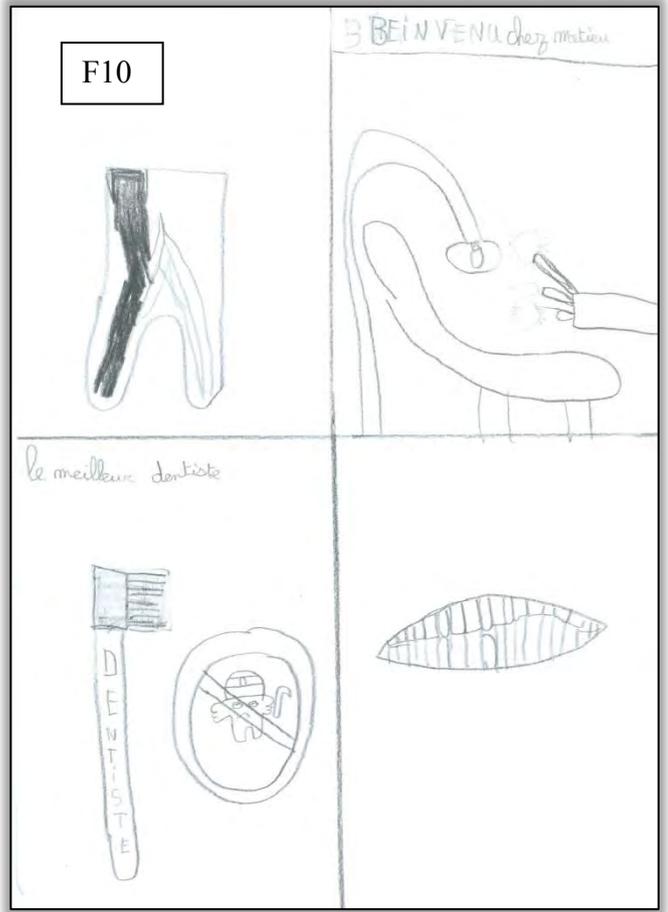
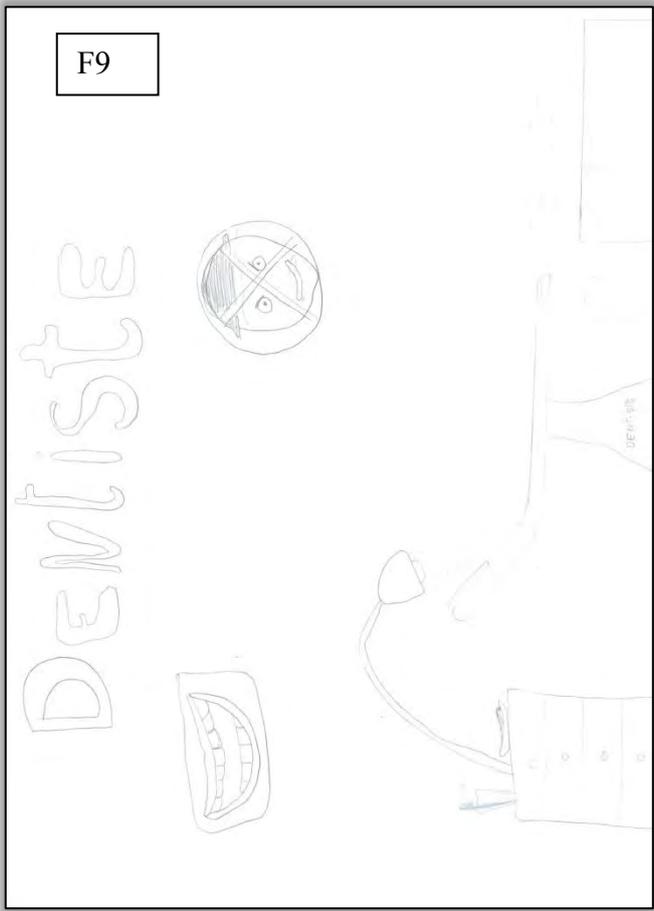
F6



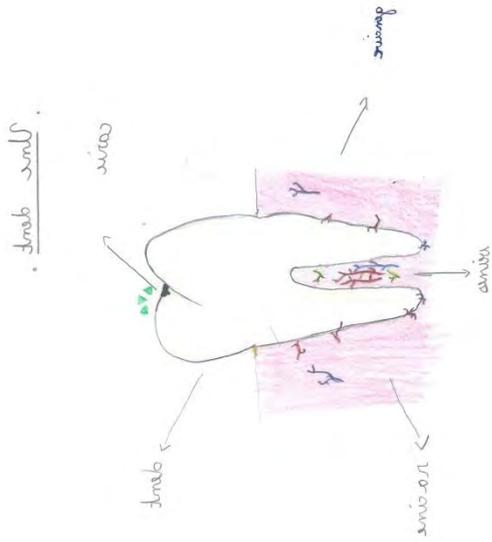
F7



F8



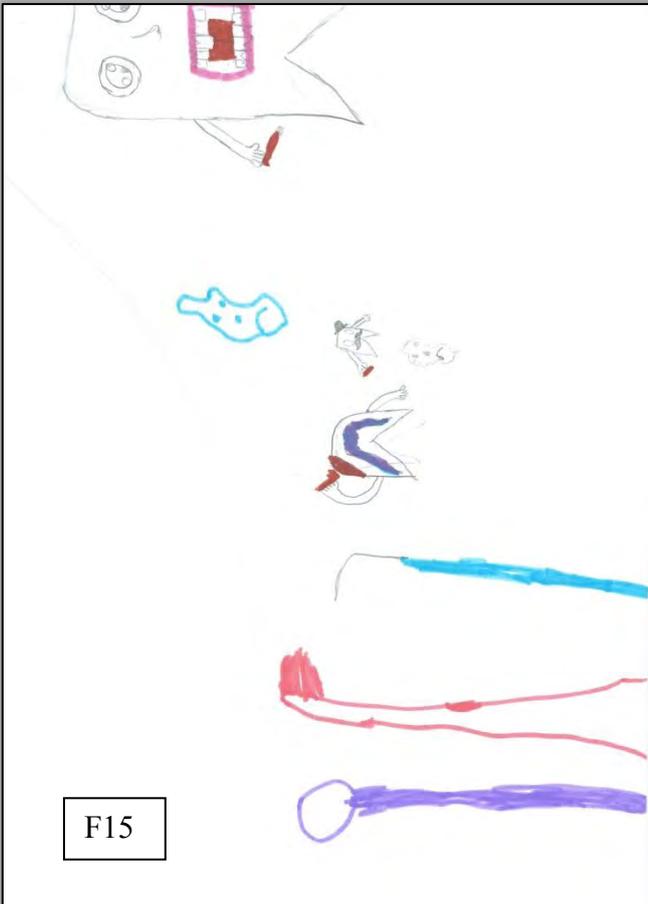
F13



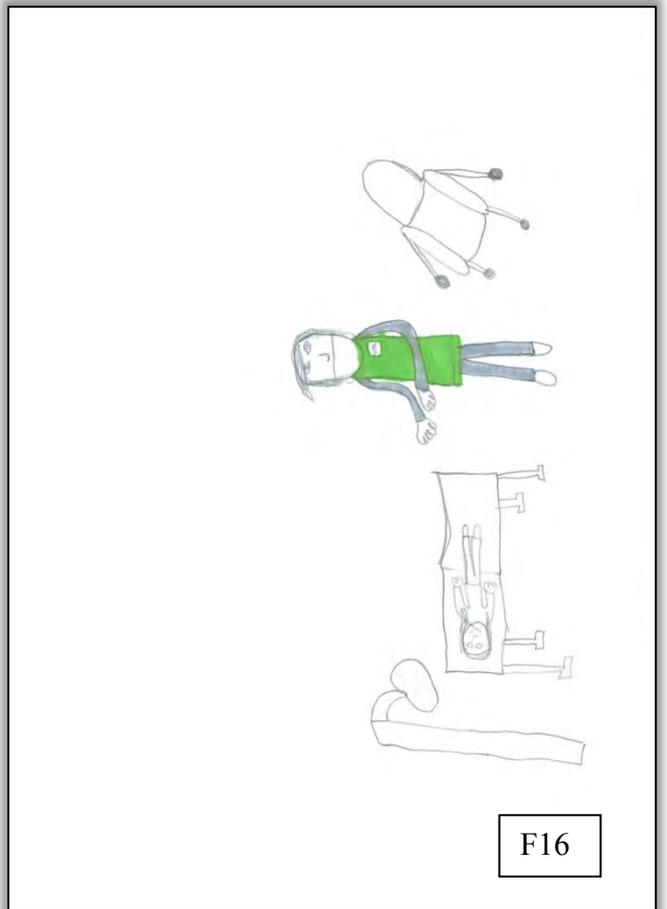
F14

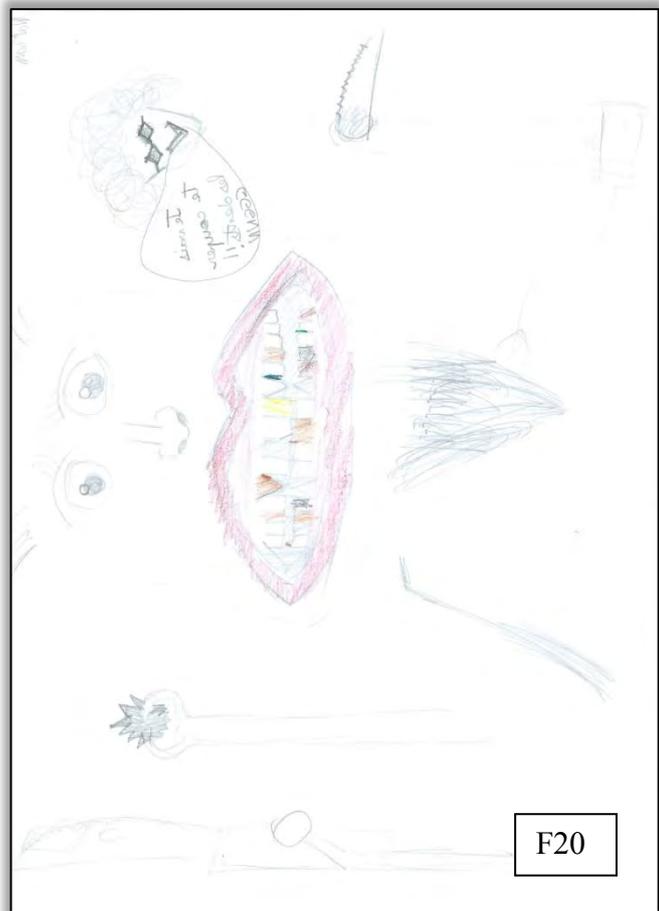
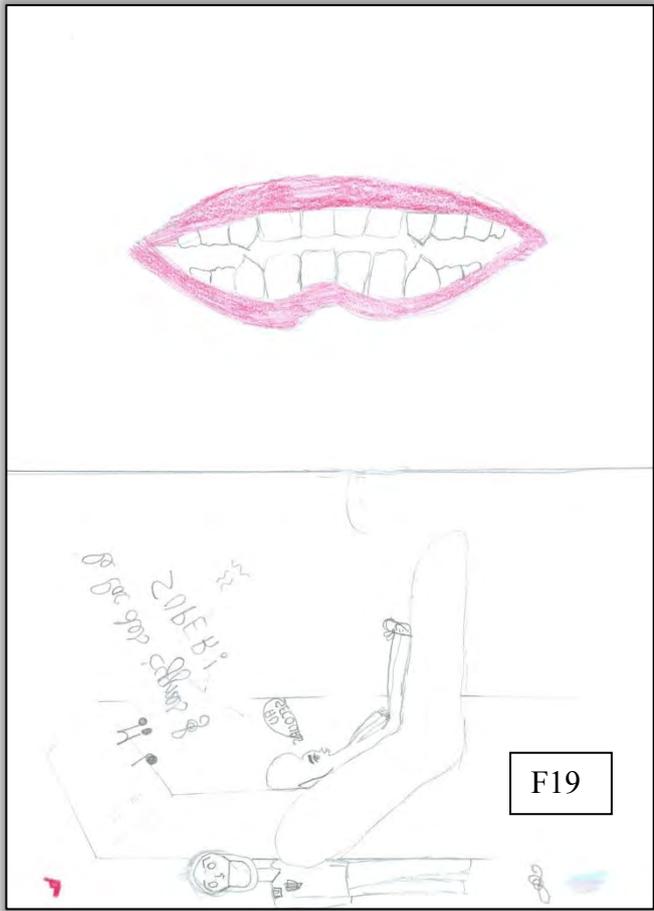
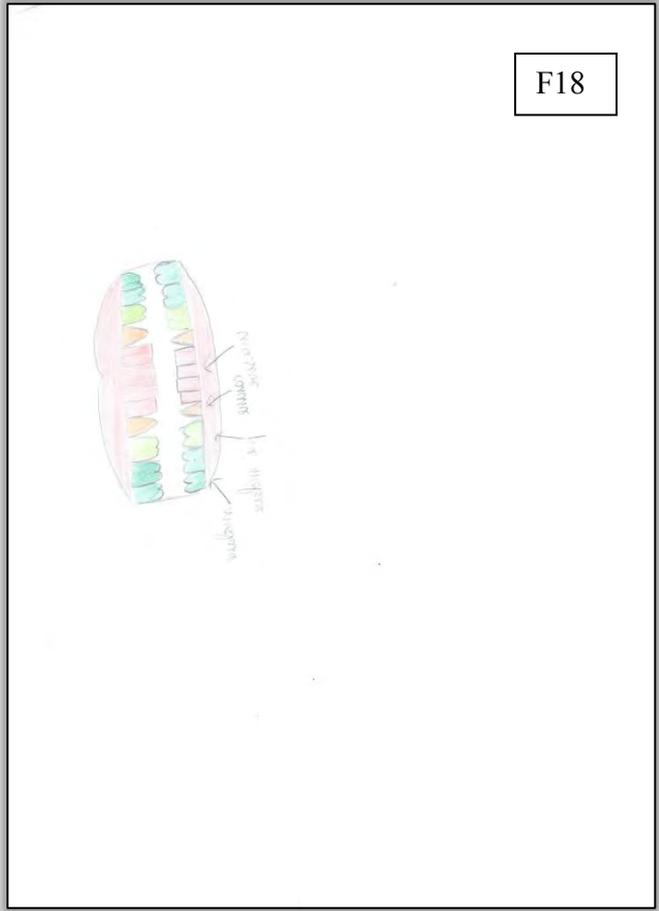
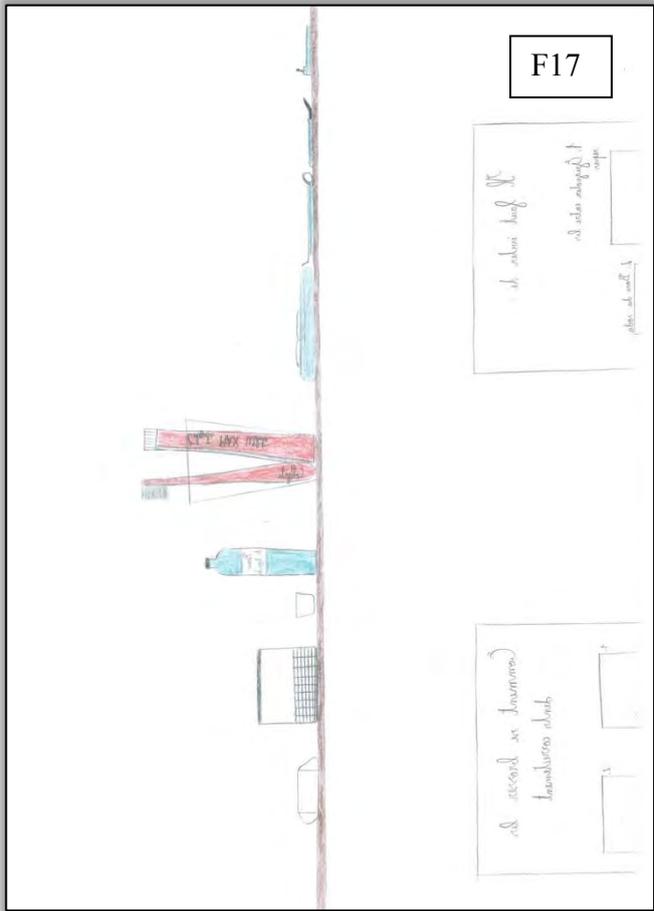


F15

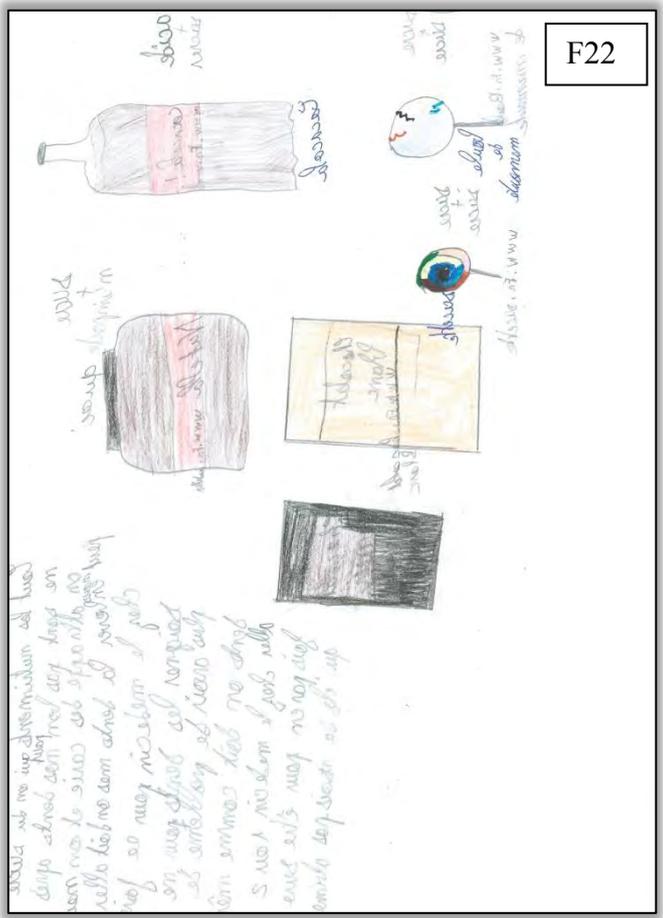


F16

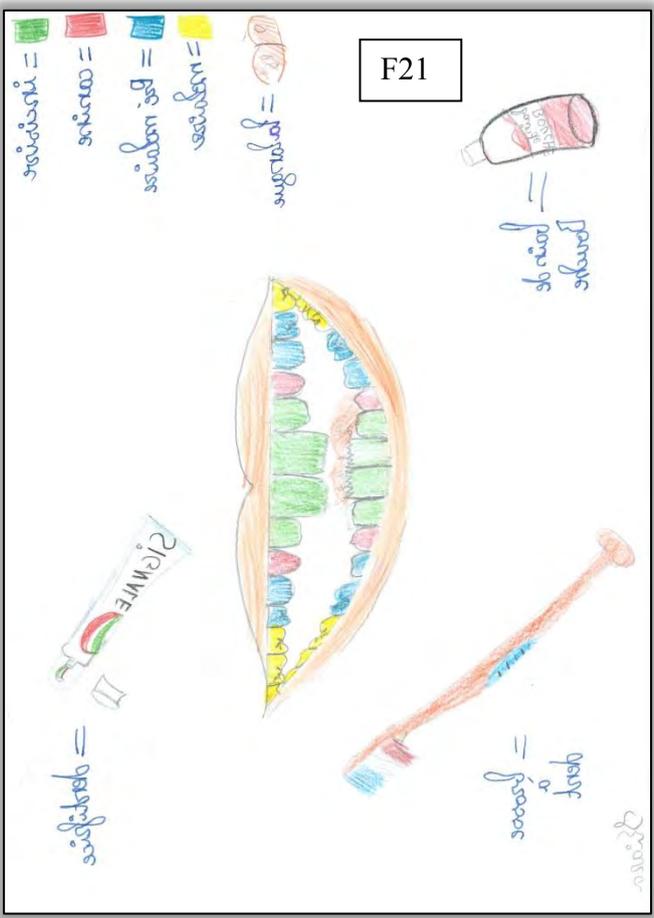




F22



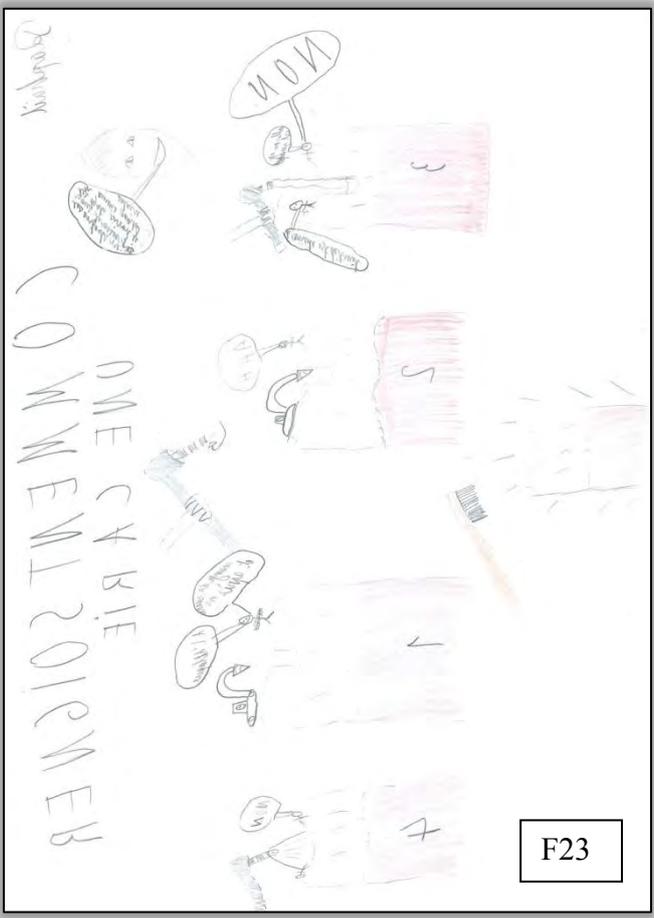
F21



F24

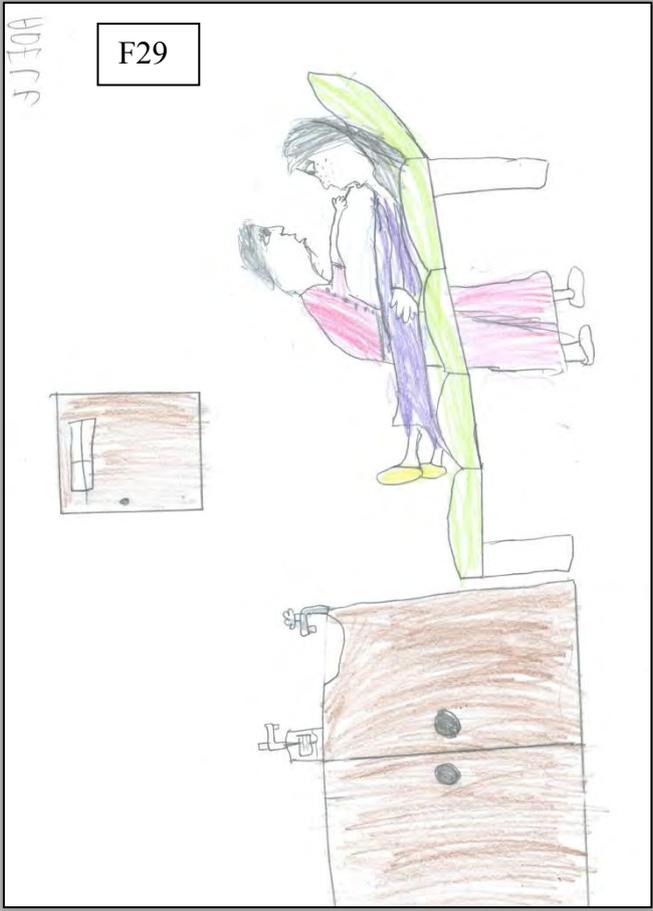


F23

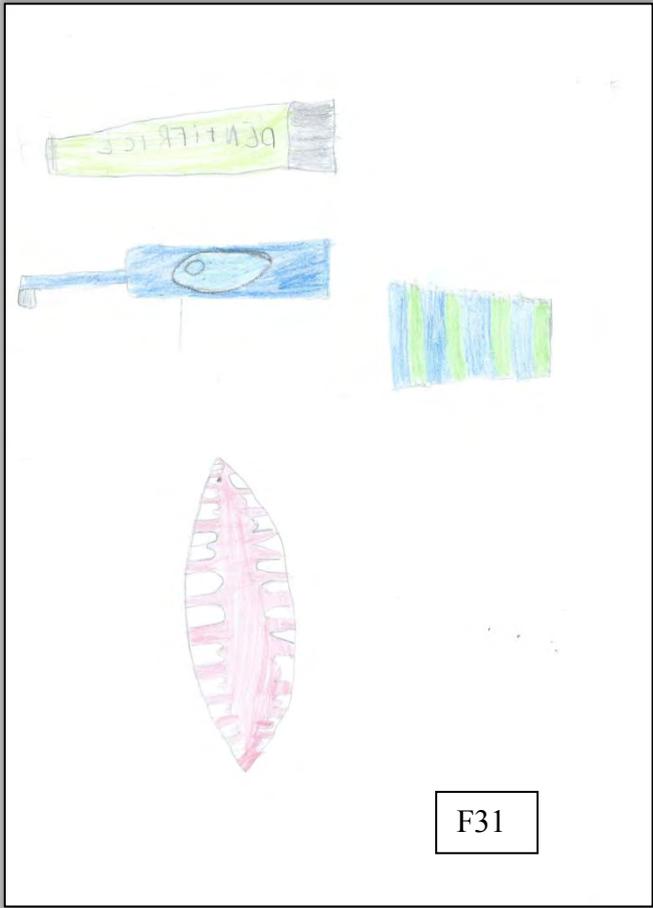
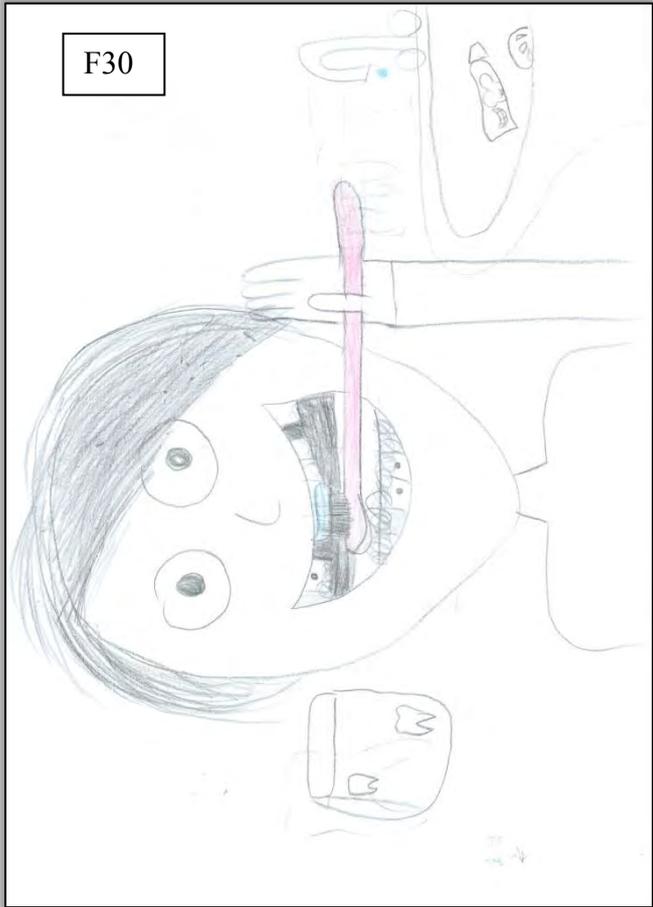


JJFOA

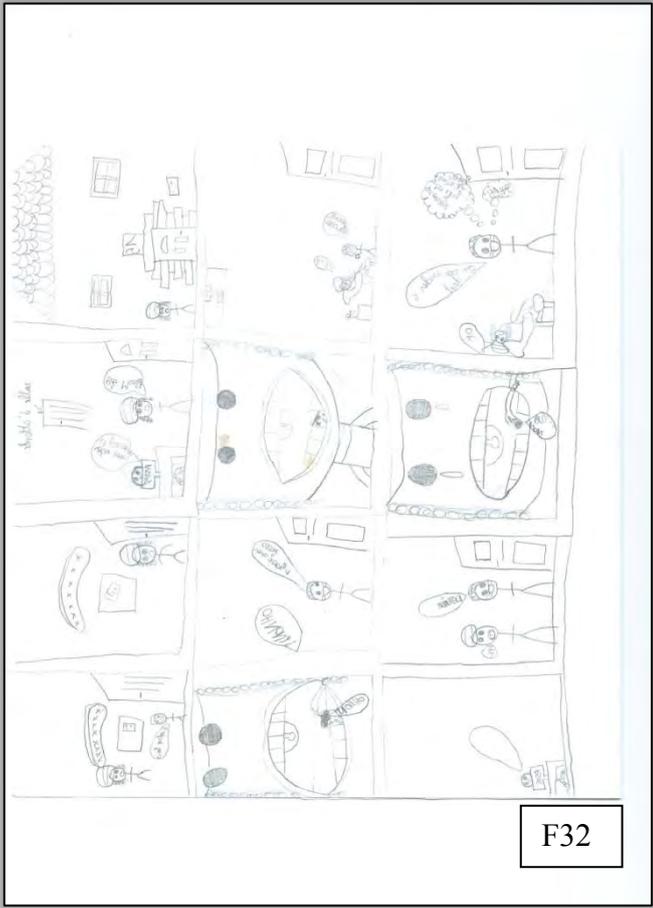
F29



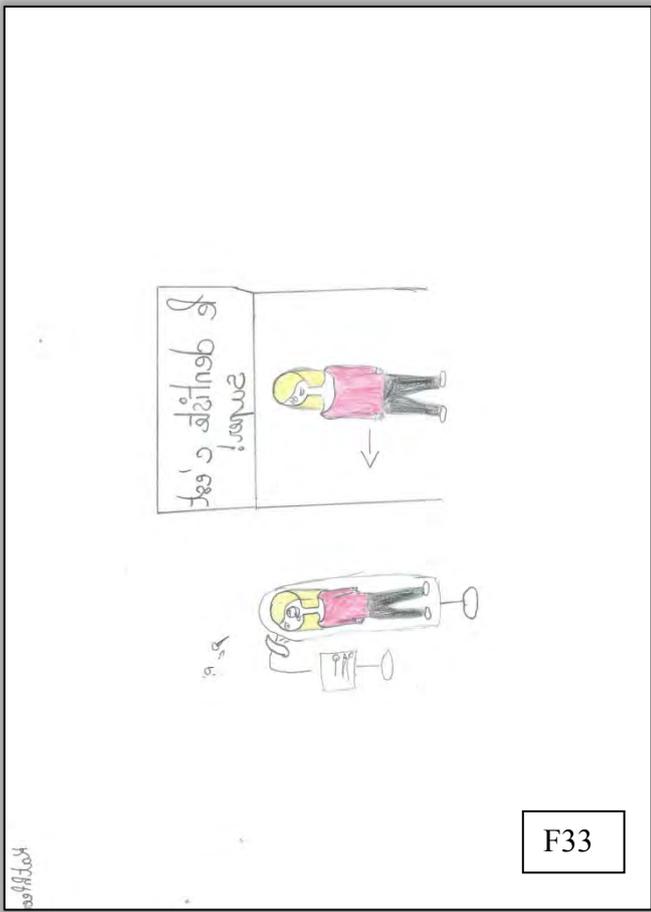
F30



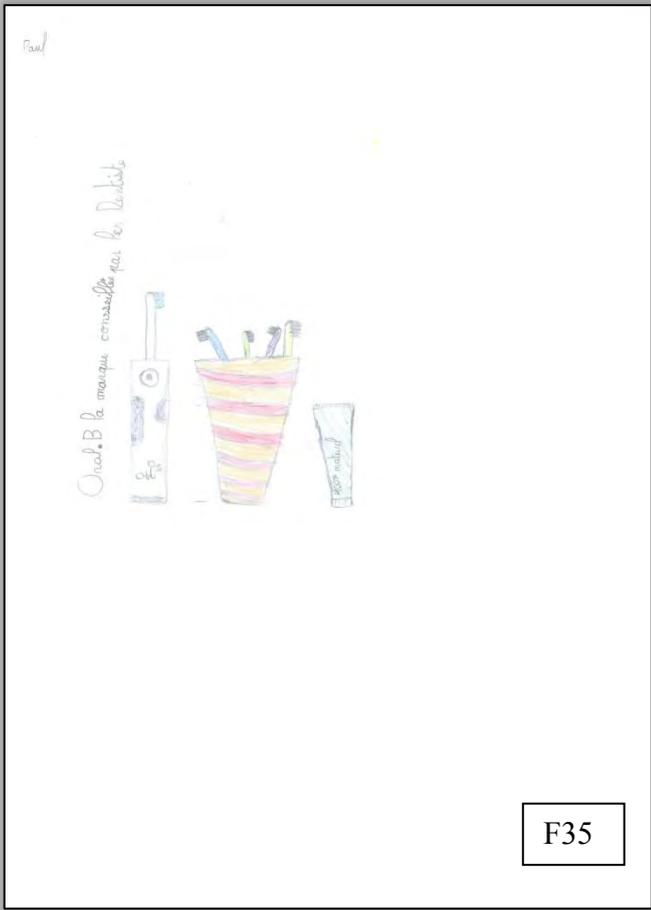
F31



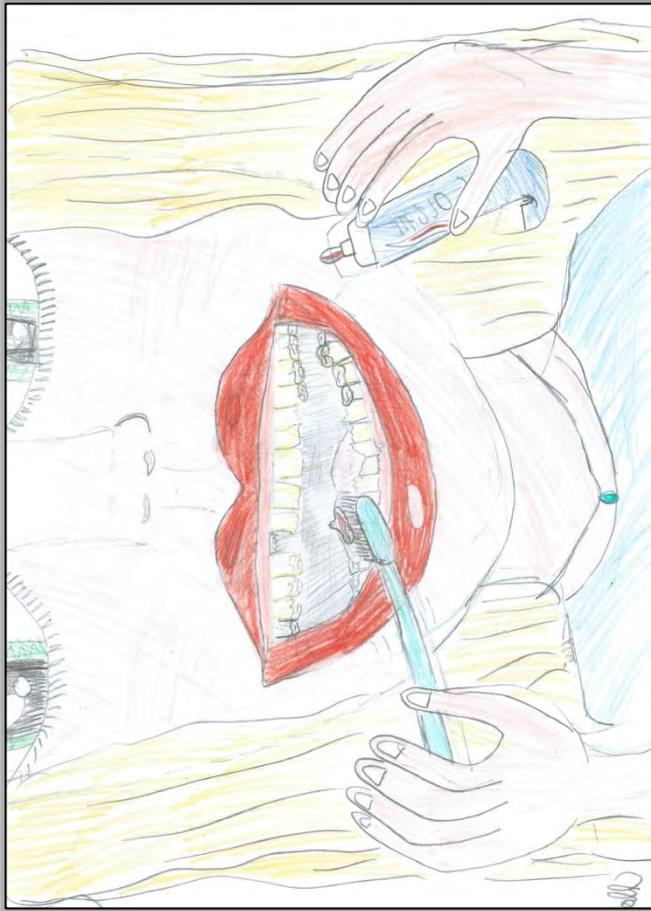
F32



F33



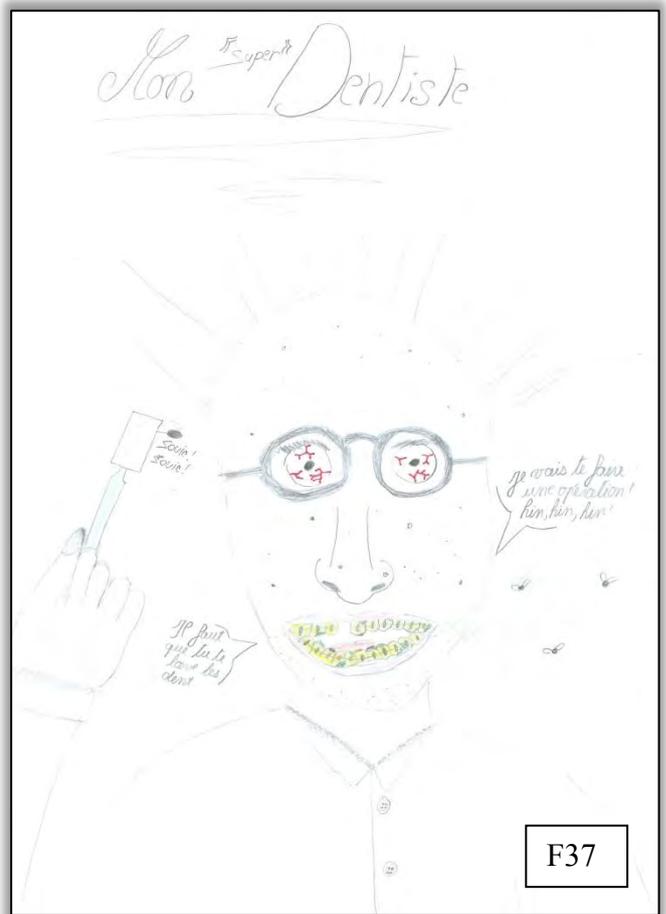
F35



F34

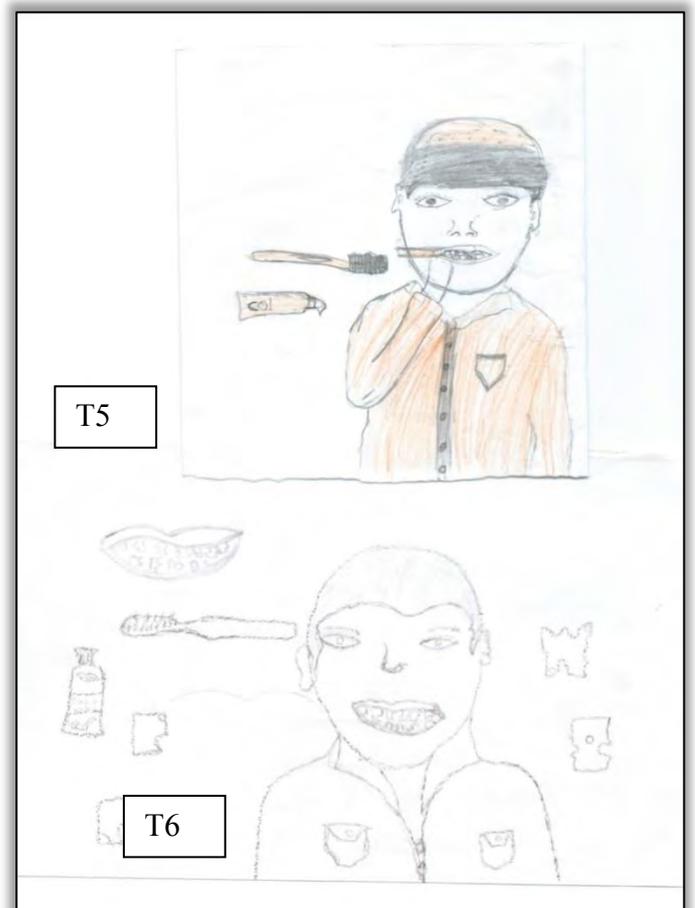
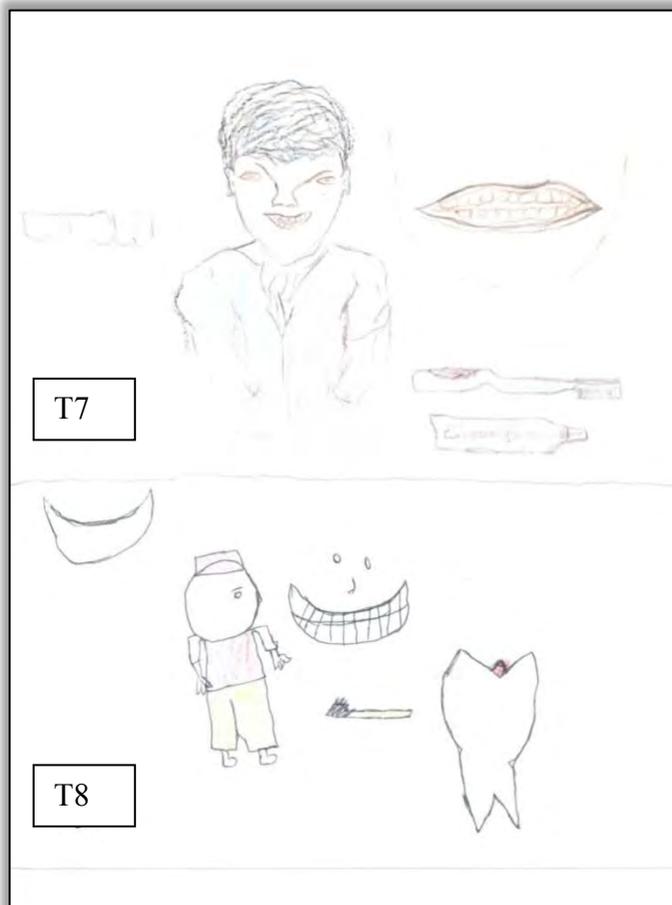
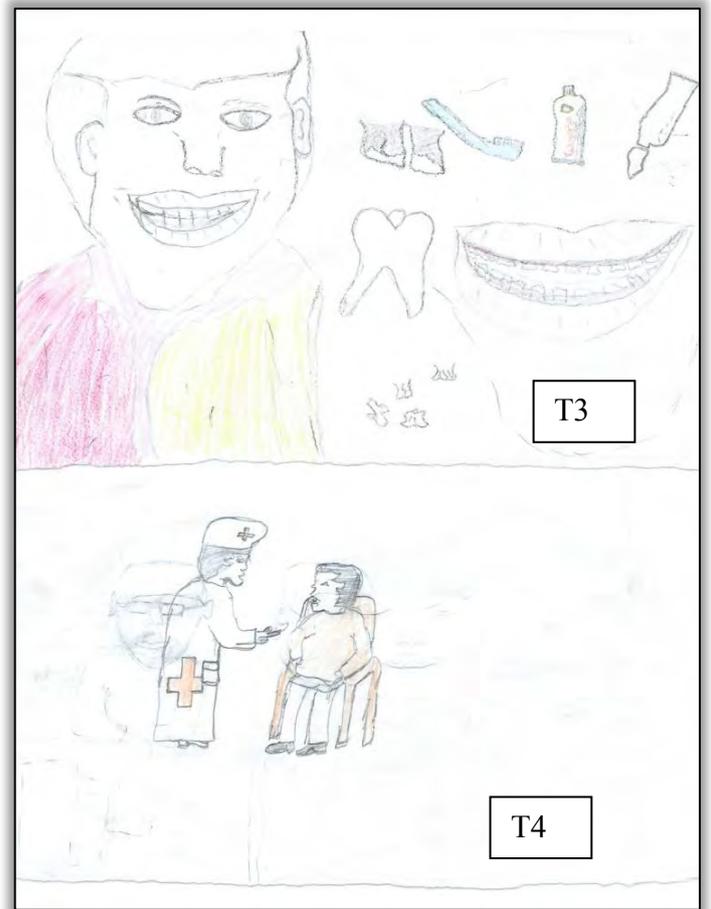
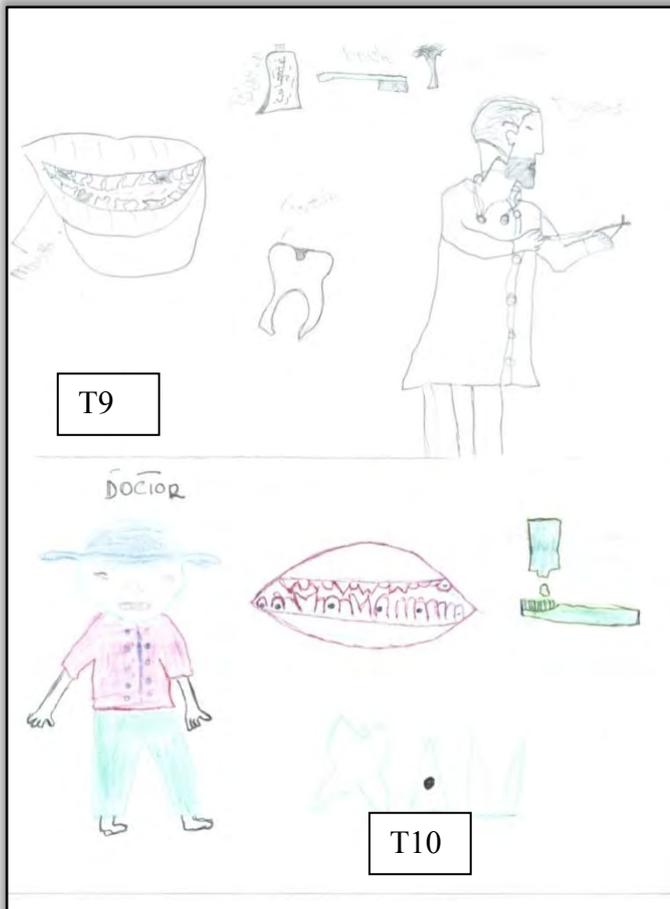


F36



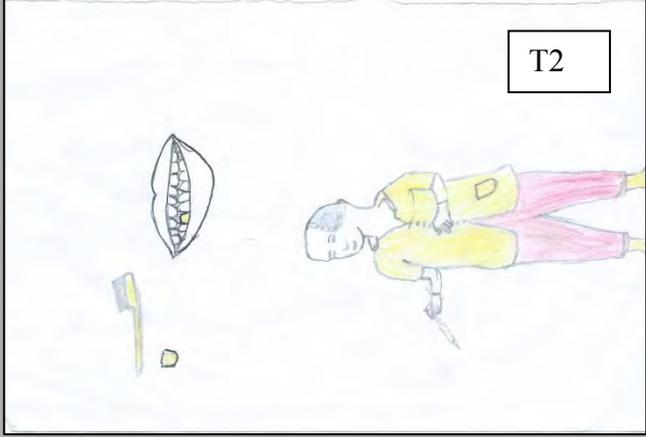
F37

4.2 : Tanzanie

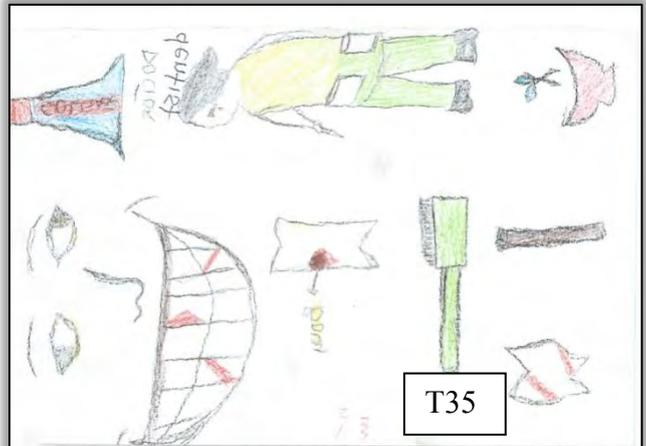




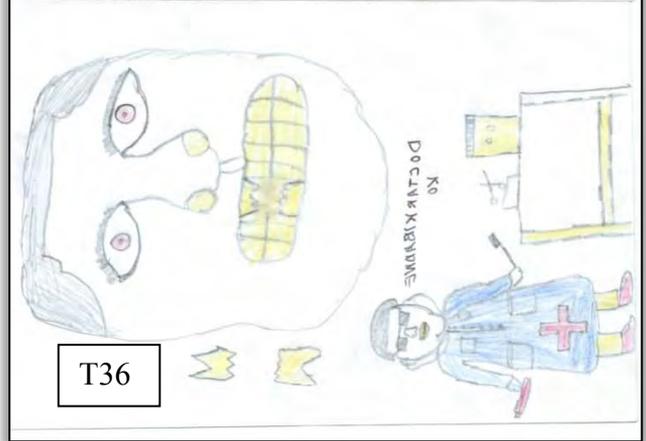
T1



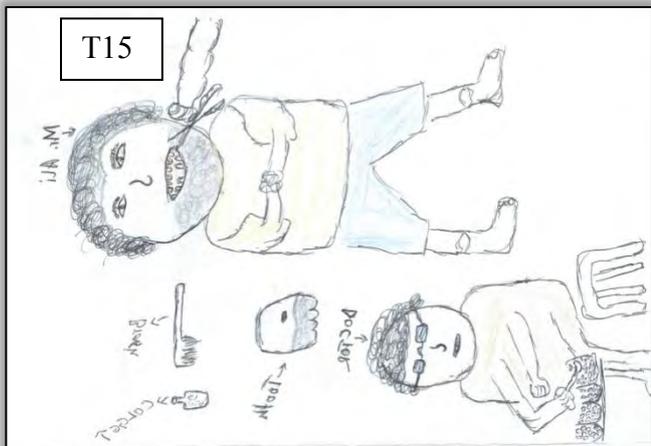
T2



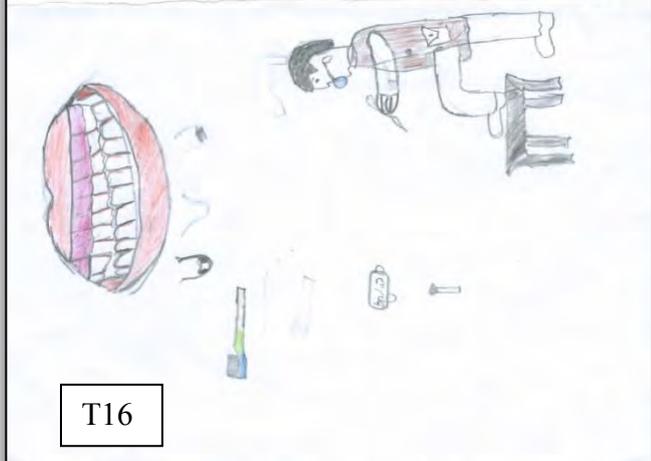
T35



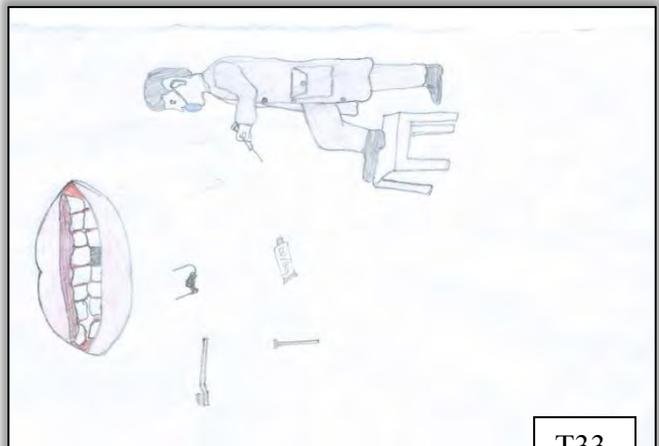
T36



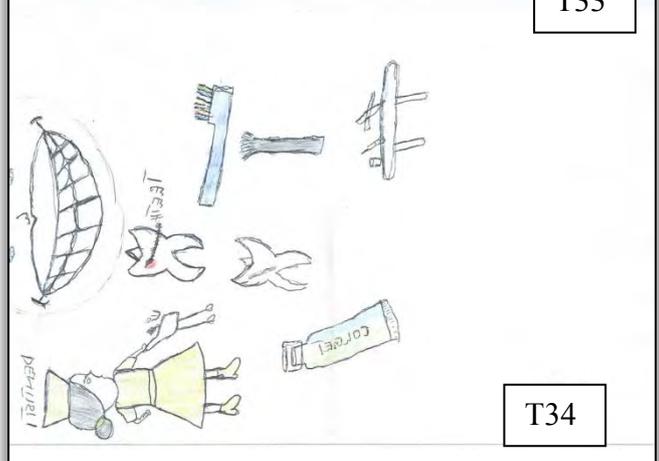
T15



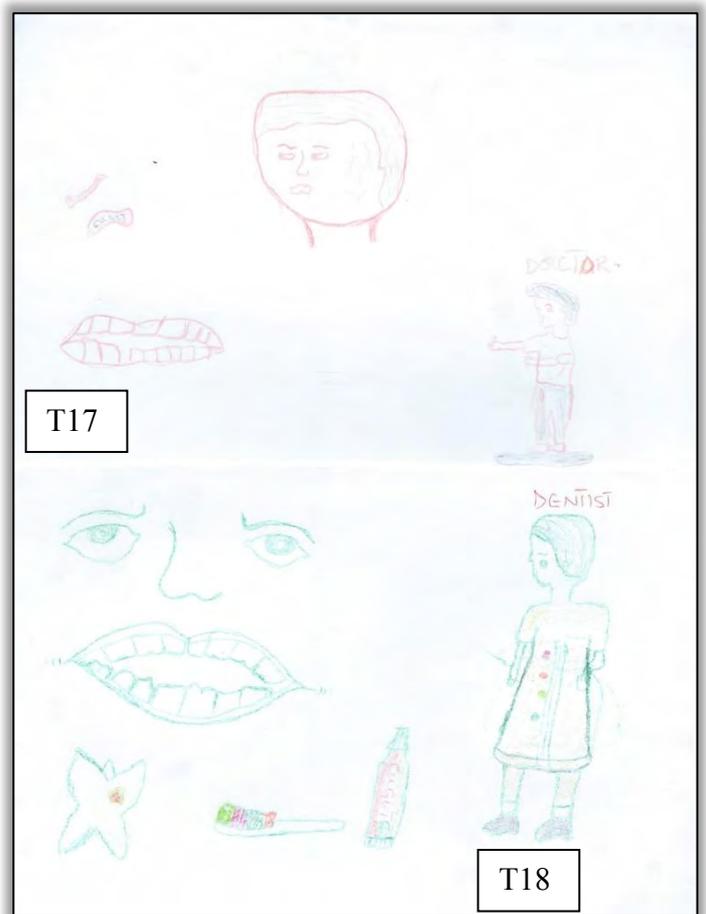
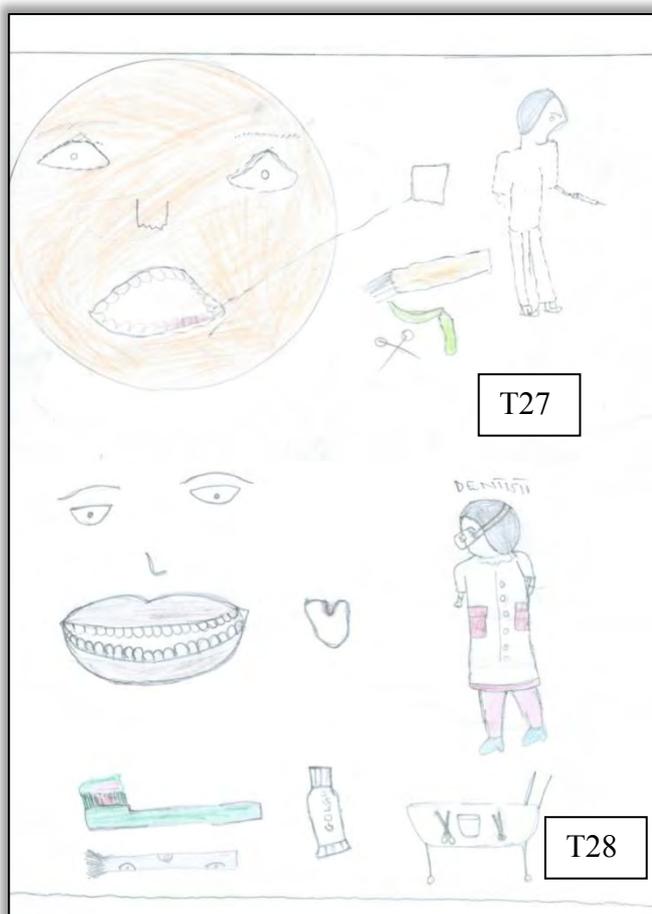
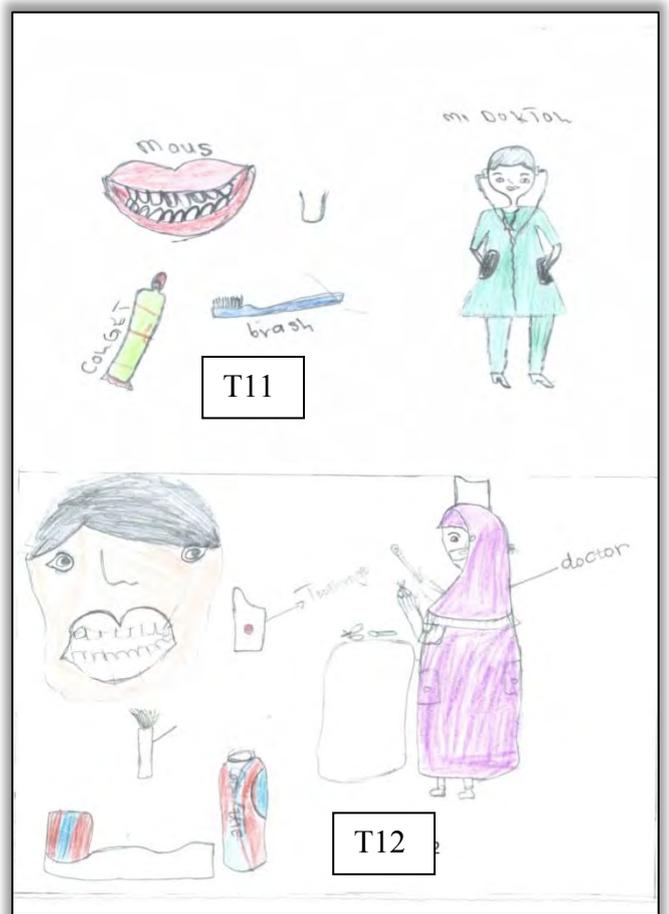
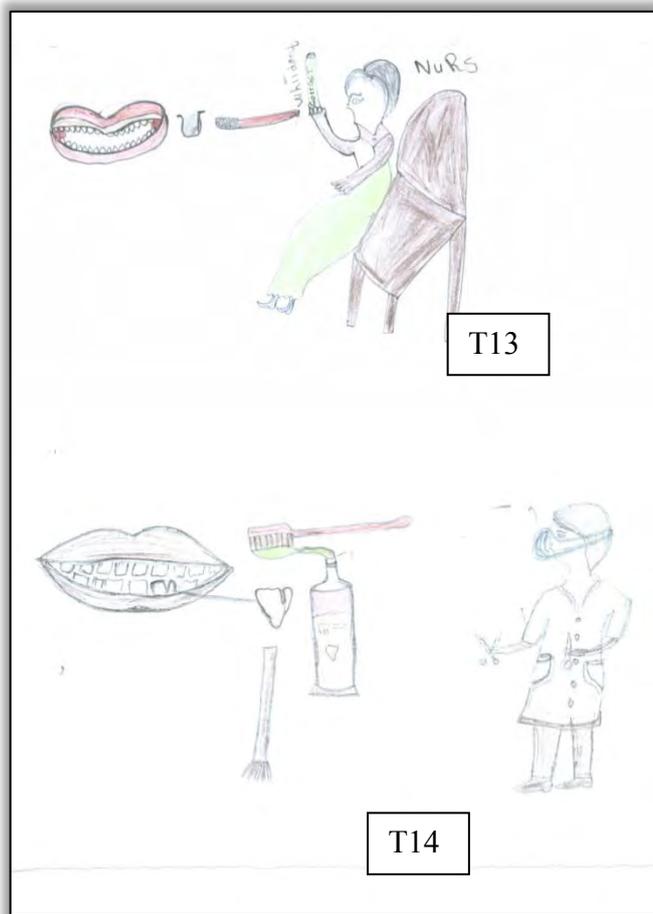
T16

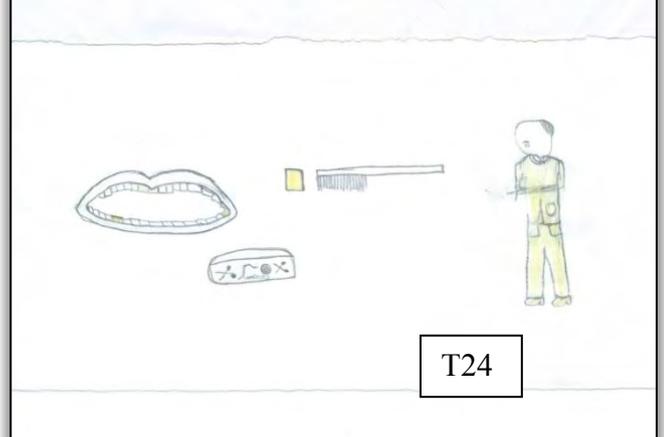
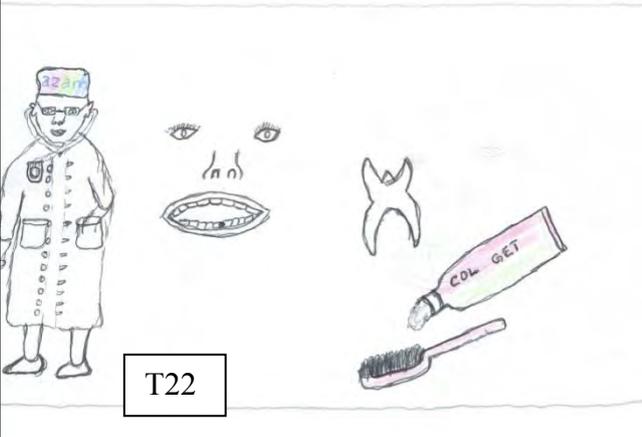
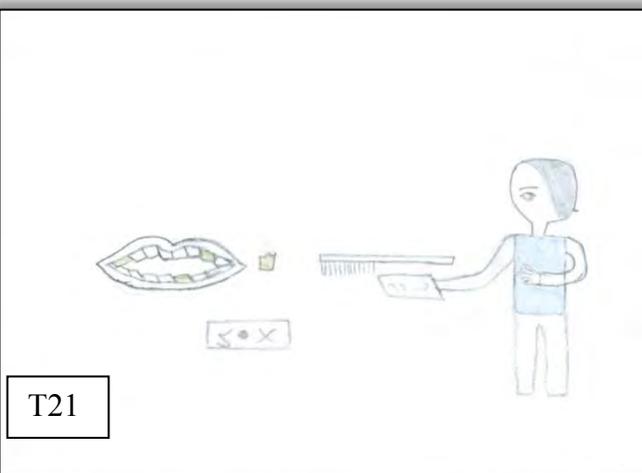
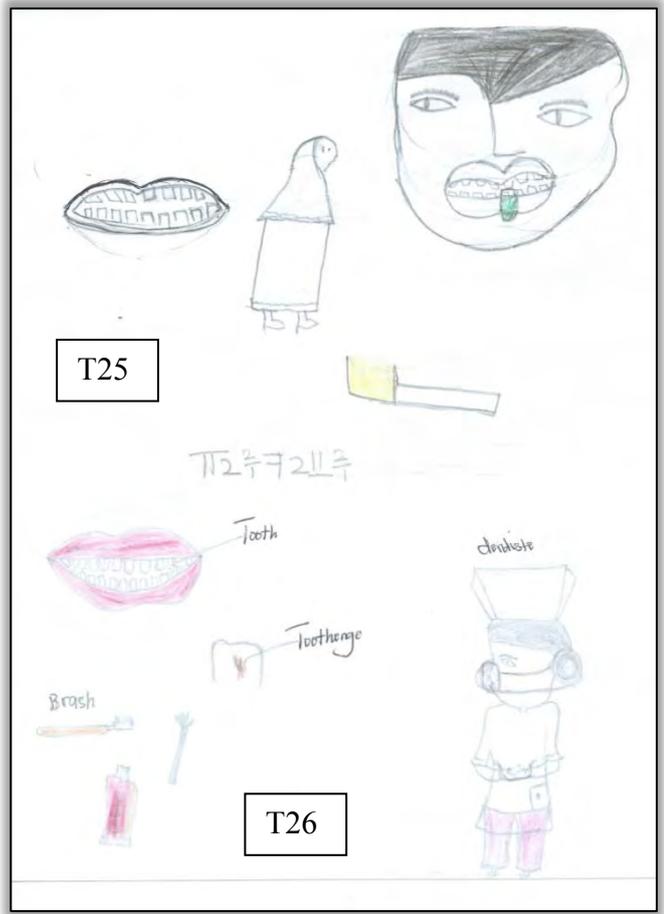
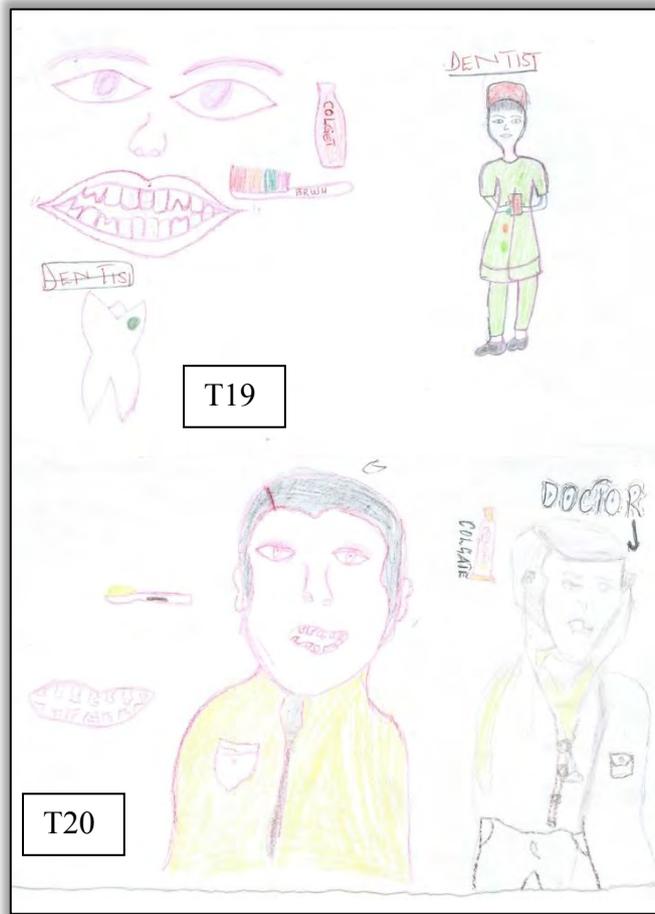


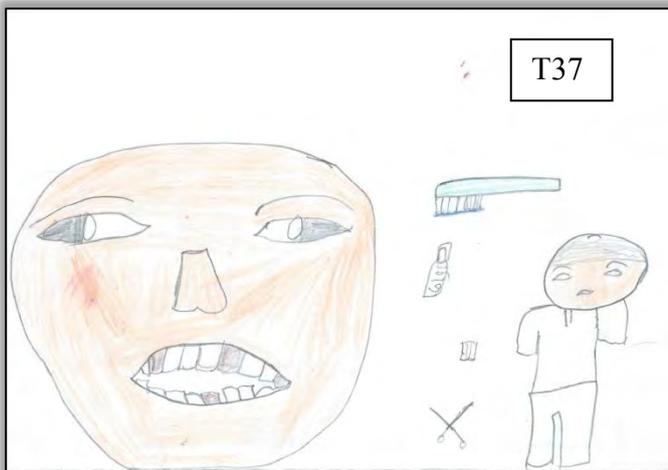
T33



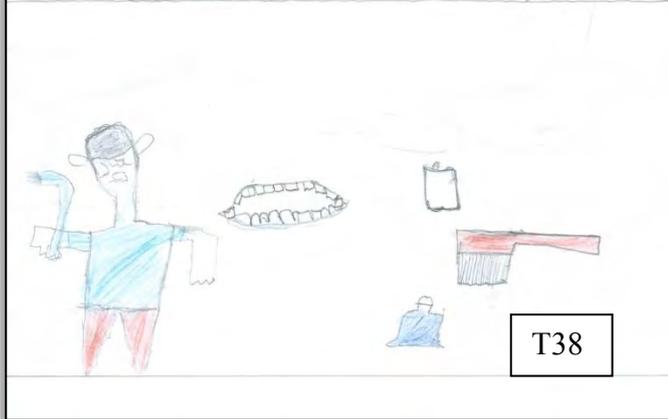
T34



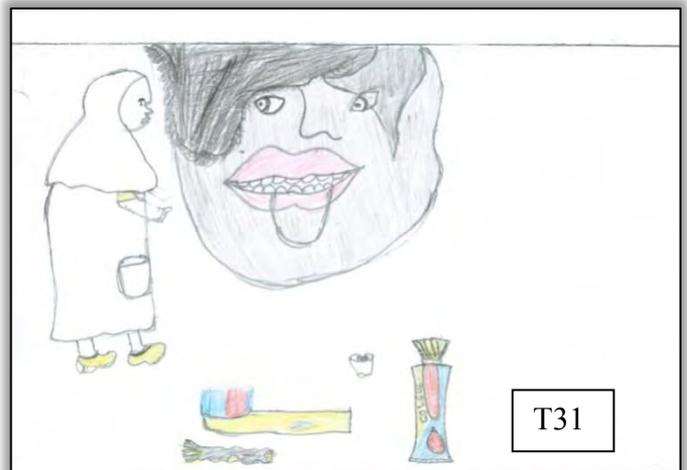




T37



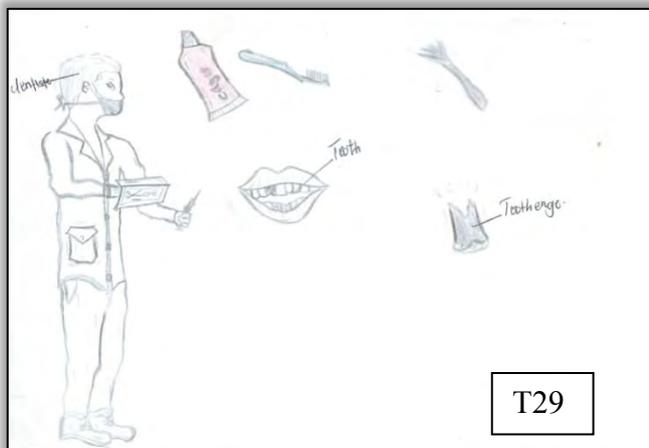
T38



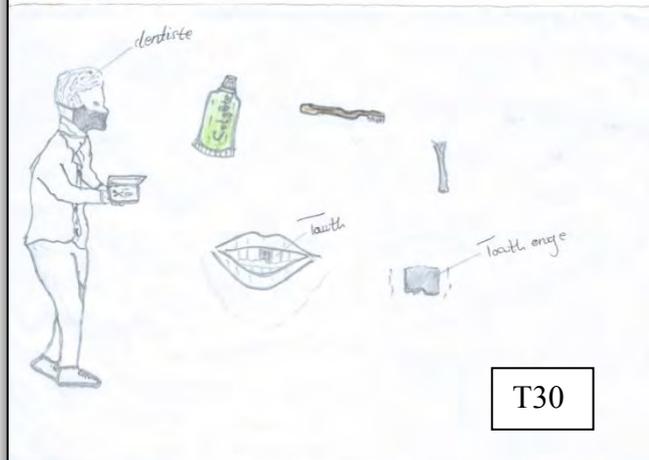
T31



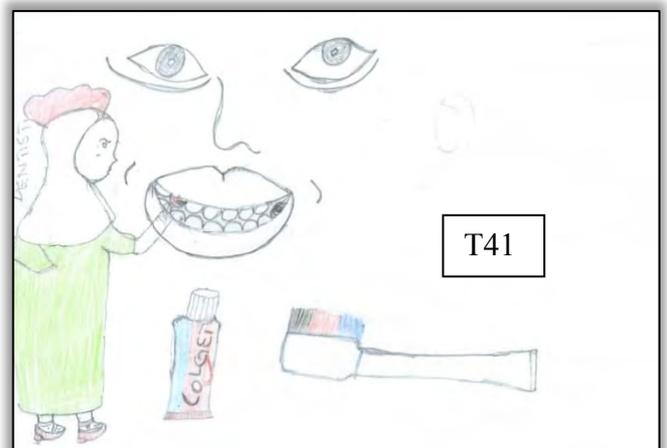
T32



T29



T30



T41



T42

T39



BOSIKALON NADANI DA

T40



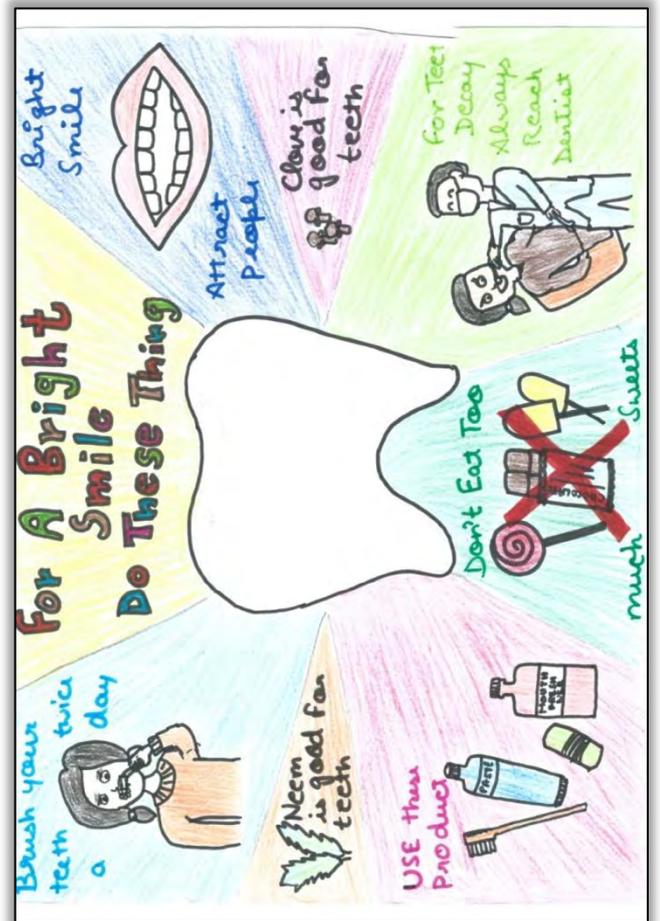
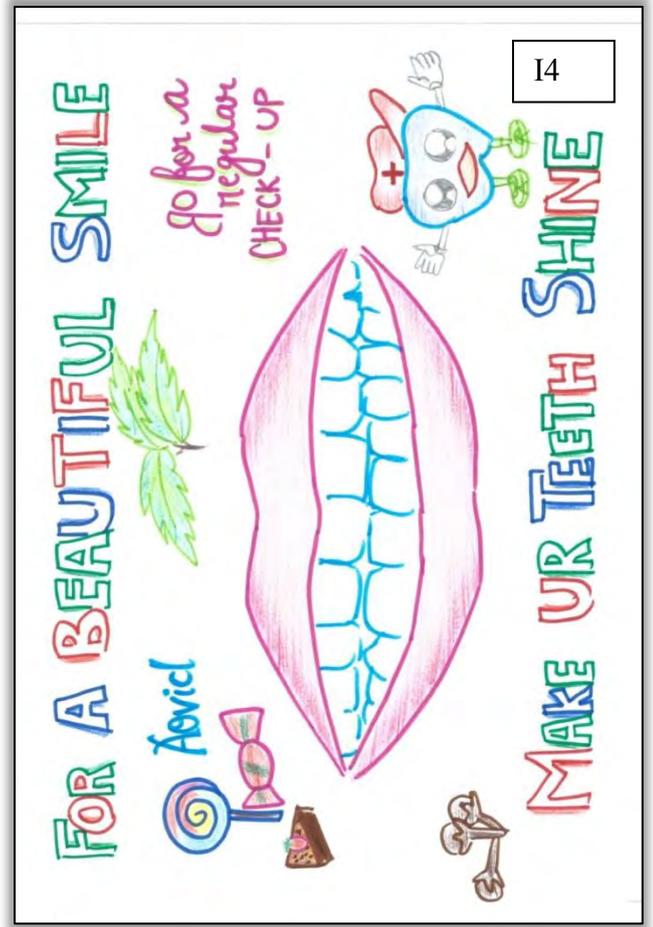
4.3 : Inde



11



12

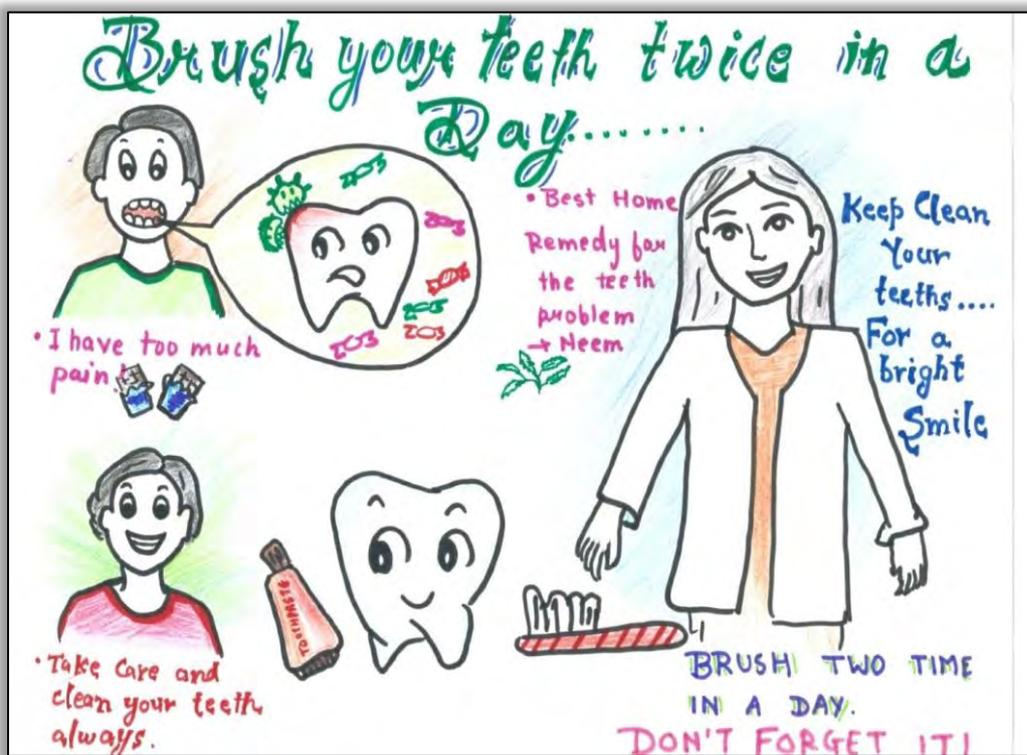


15

16



17



18

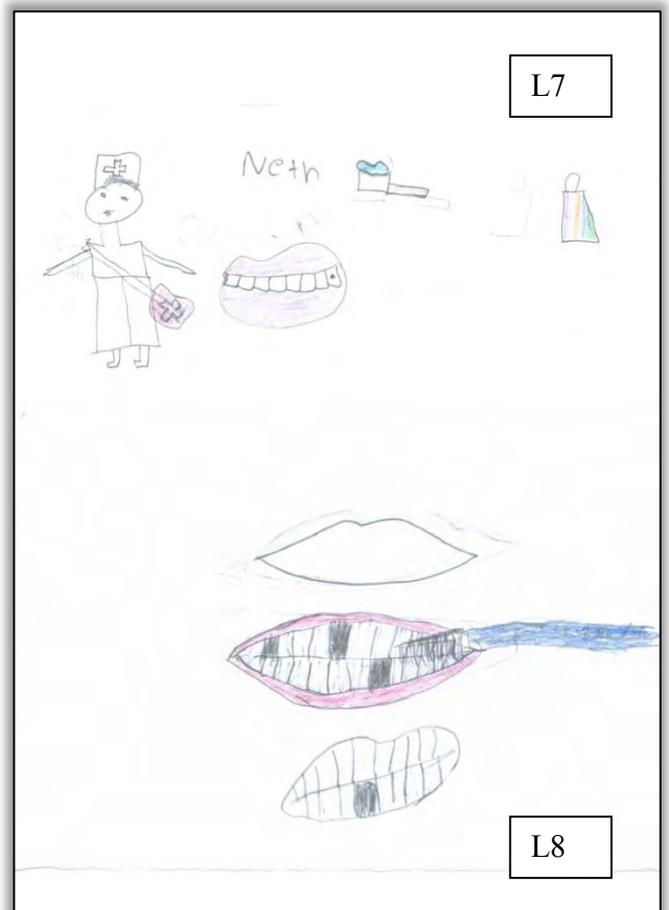
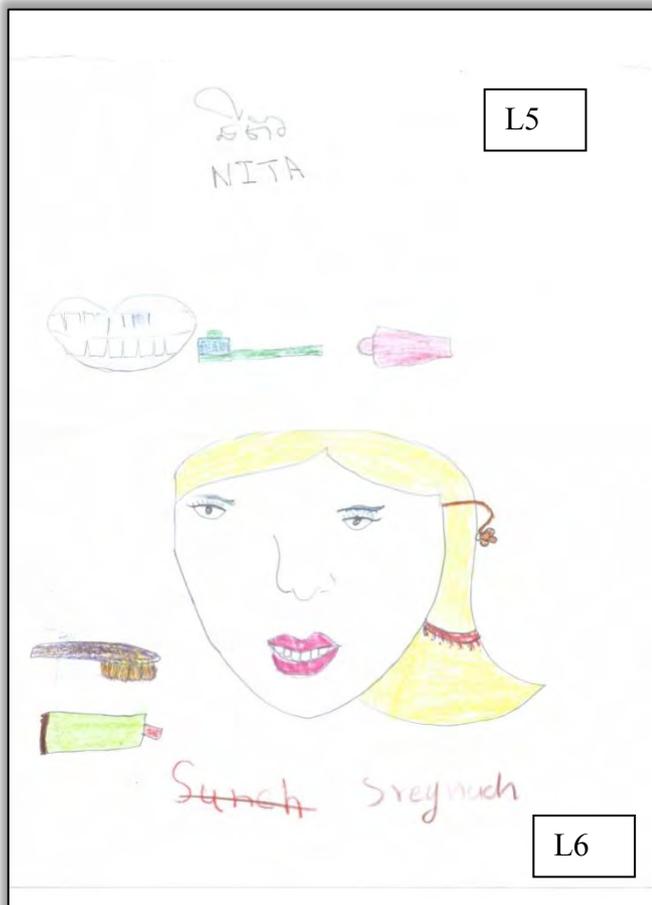
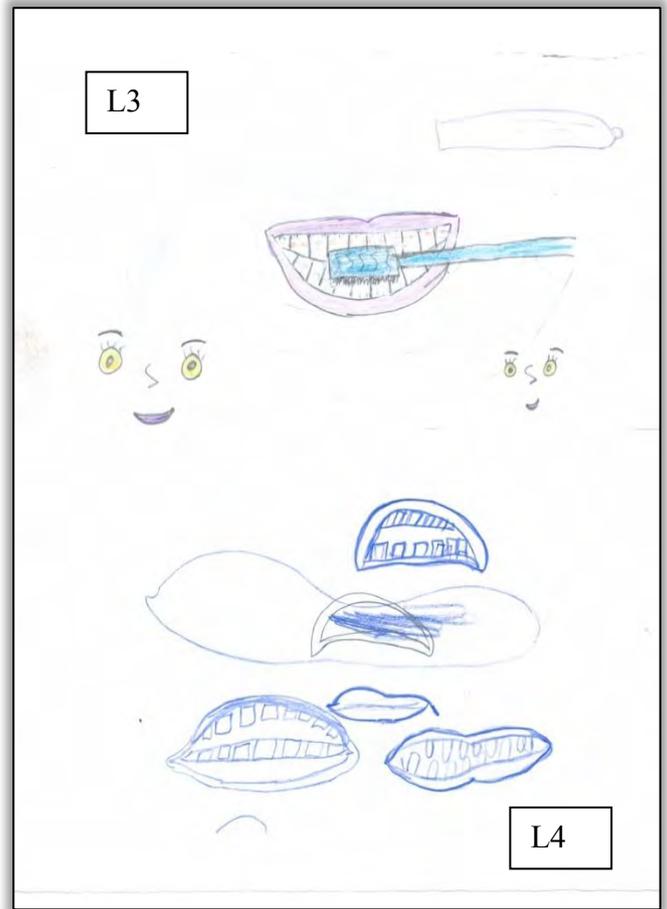
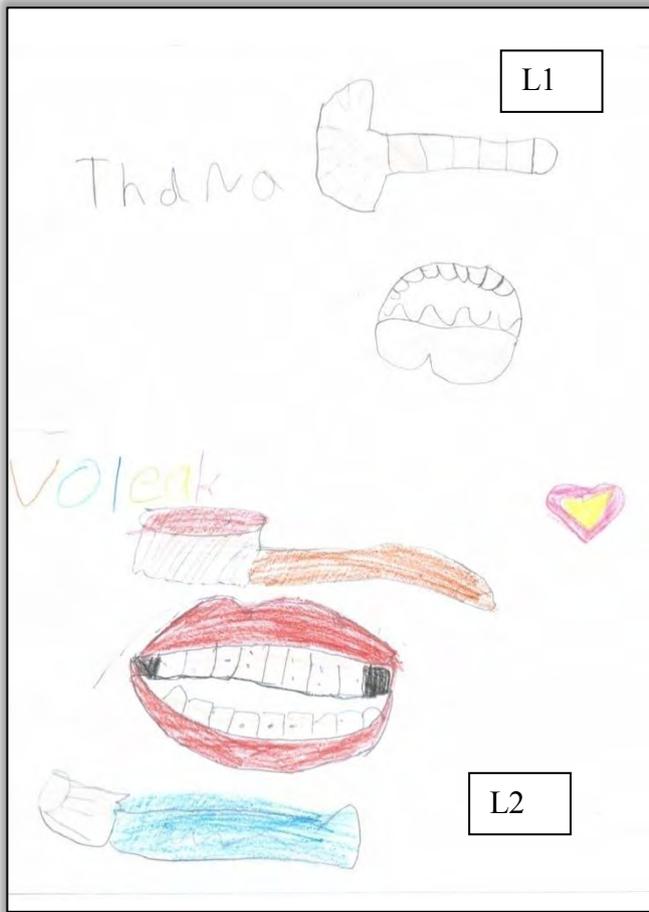


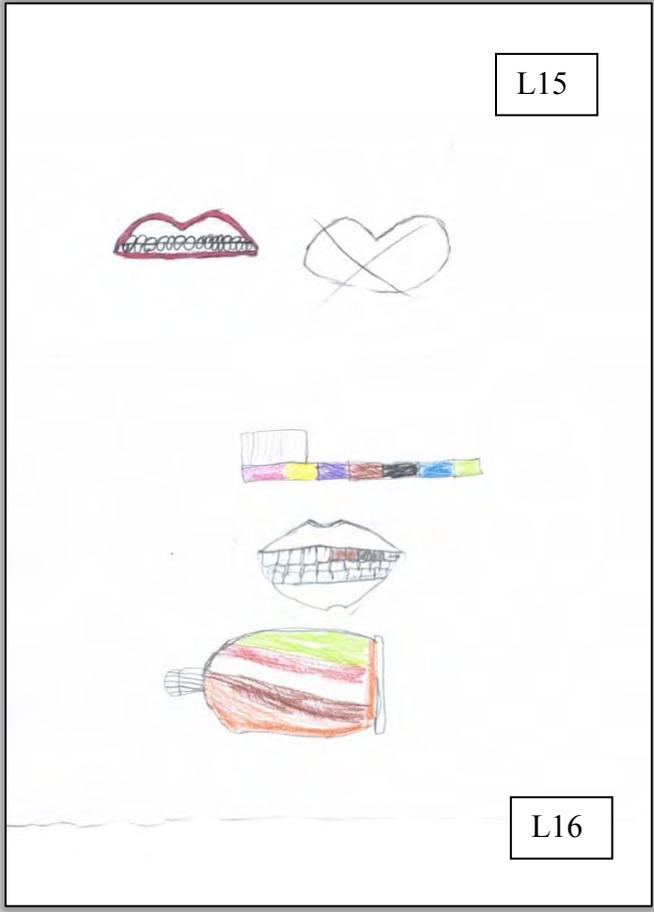
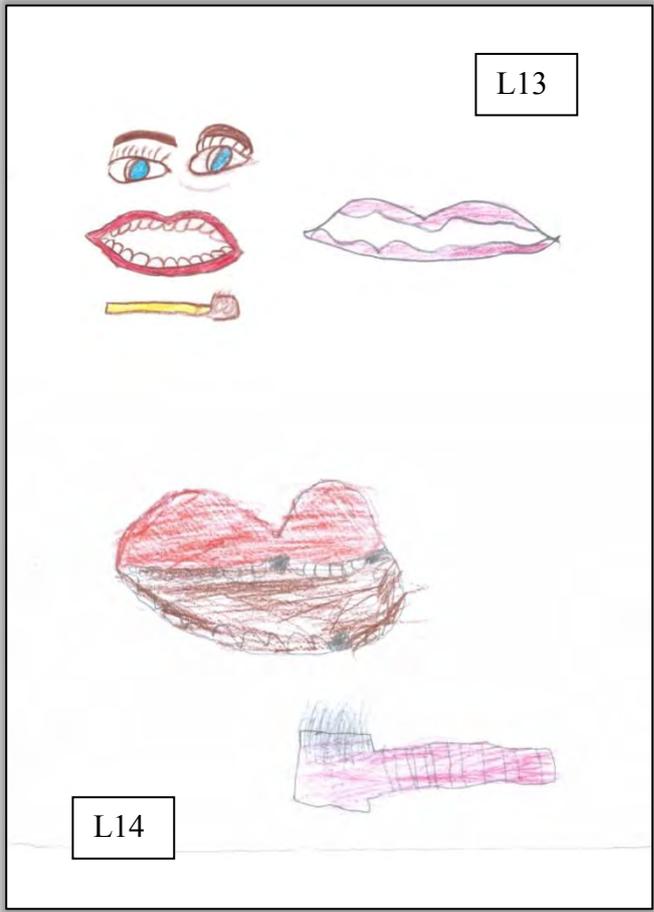
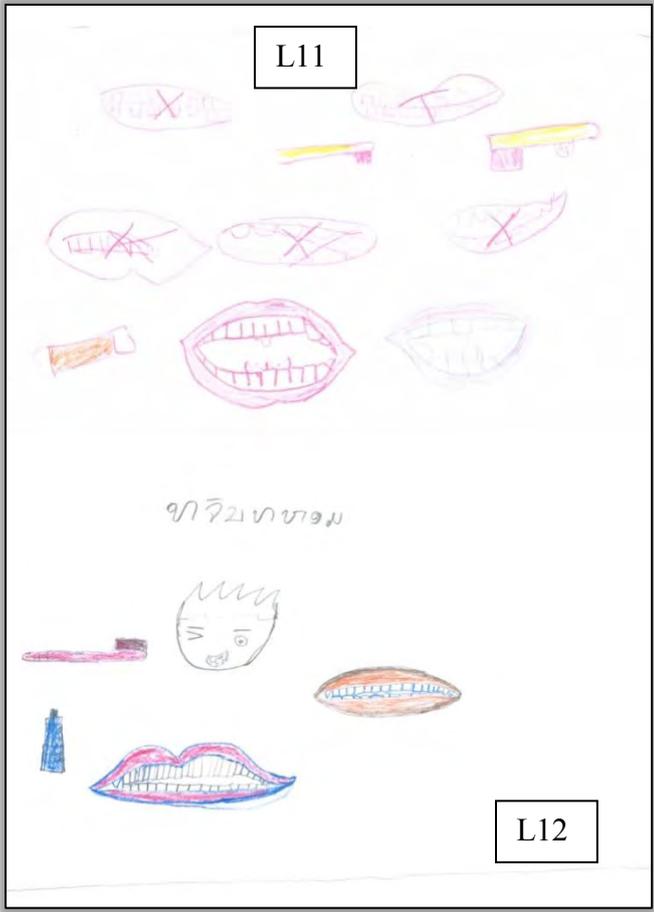
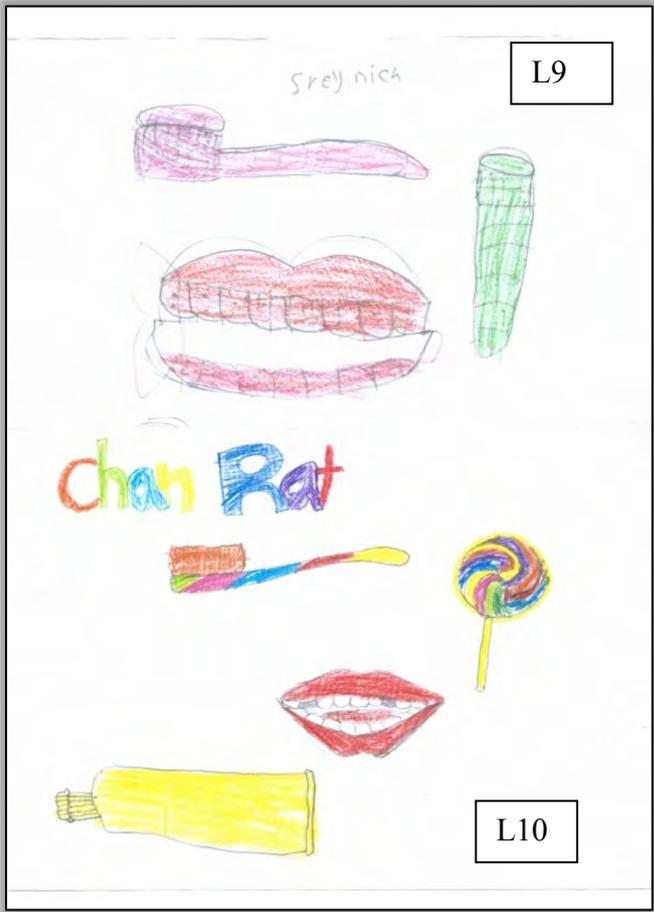
19

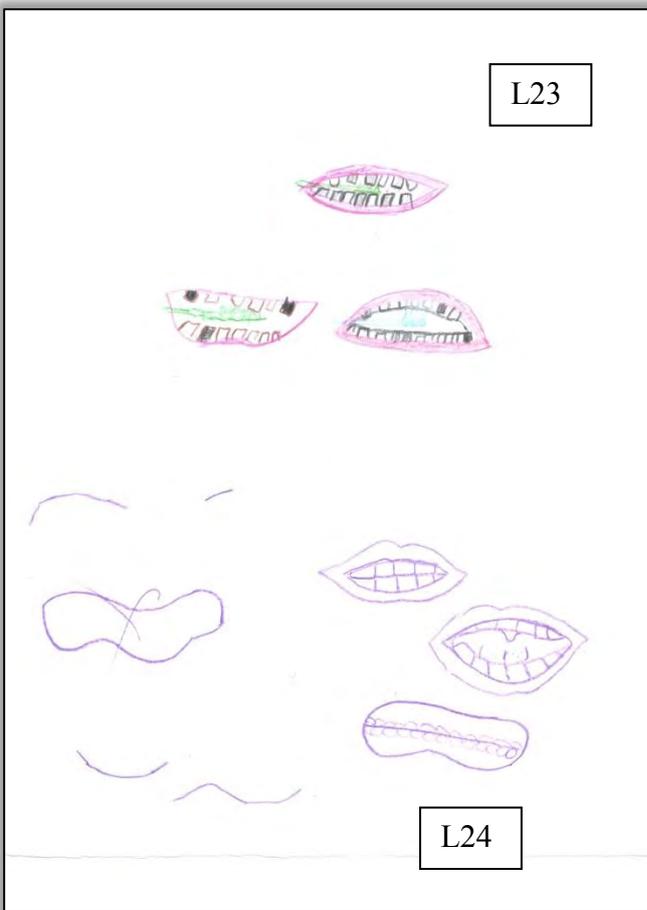
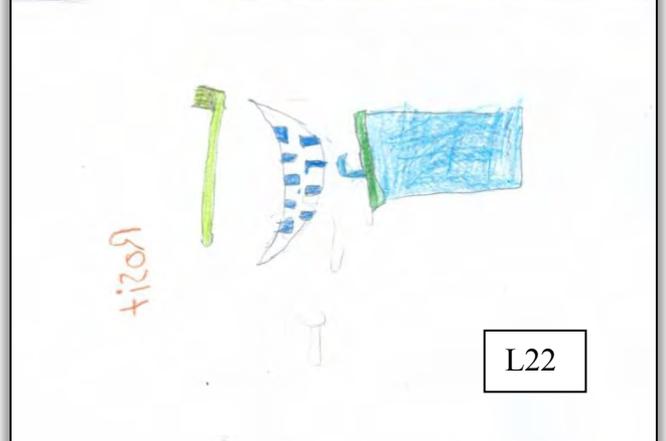
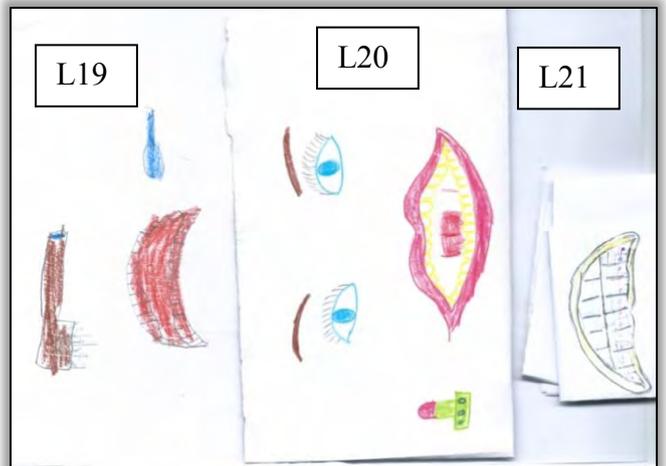
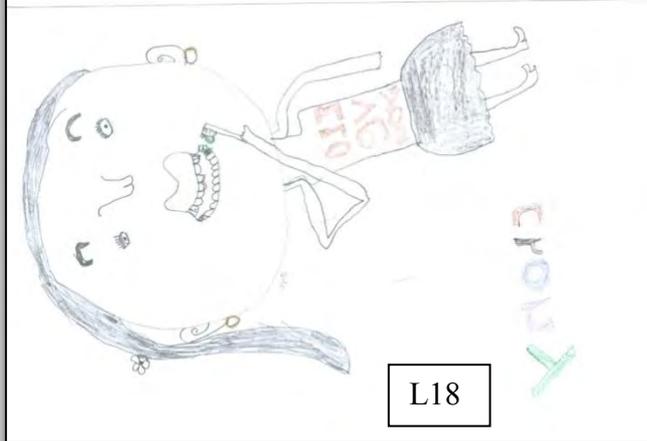


110

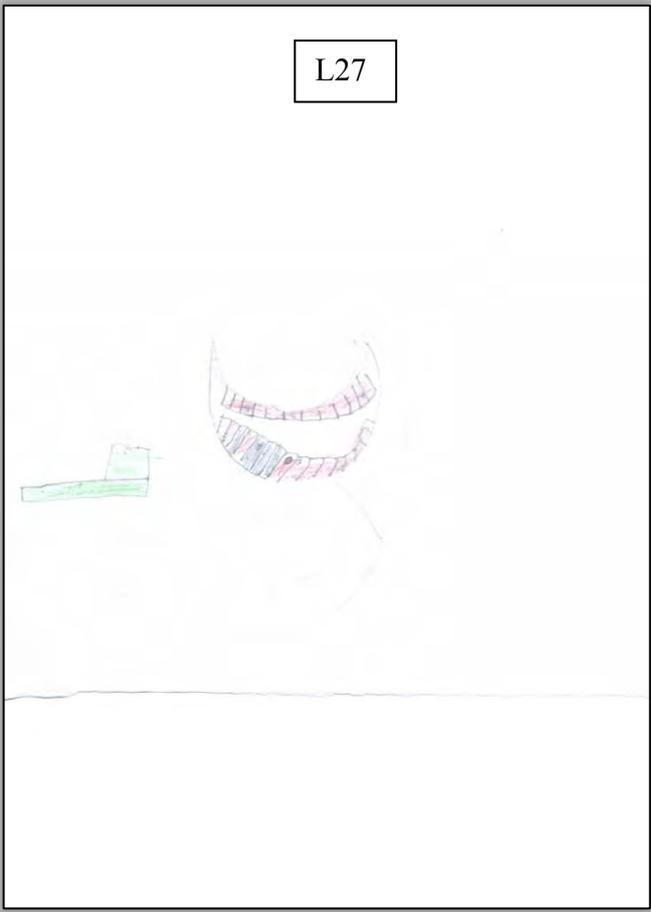
4.4 : Laos







L27

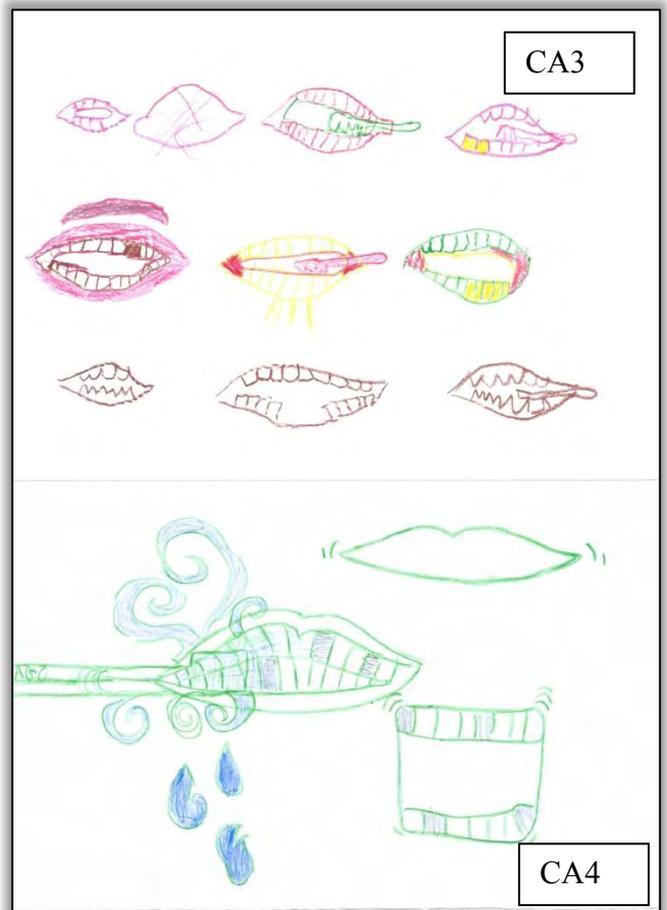


L28

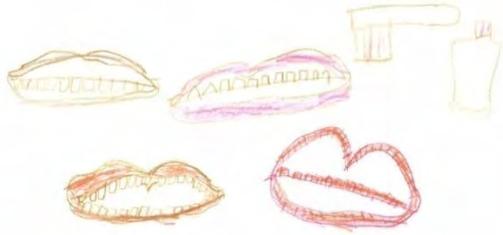


L29

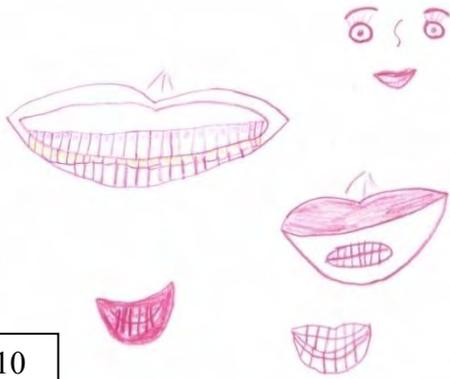
4.5 : Cambodge



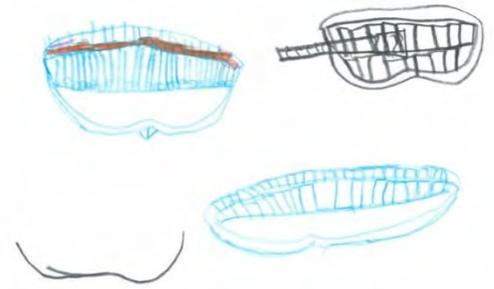
CA9



CA10



CA11



CA12



CA13



CA14

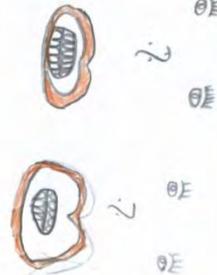


bro

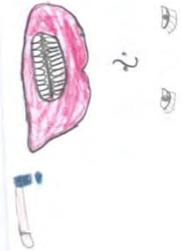


CA15

CA16



CA17



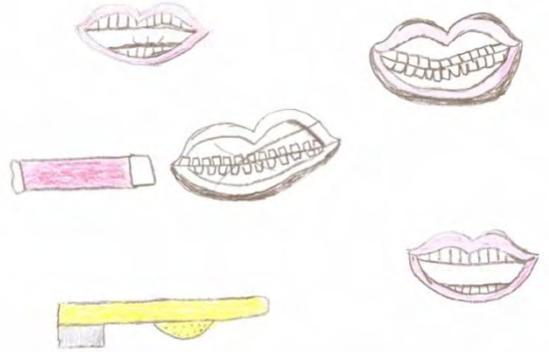
CA18

CA19

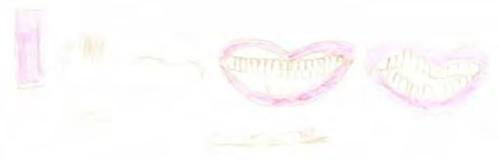


CA20

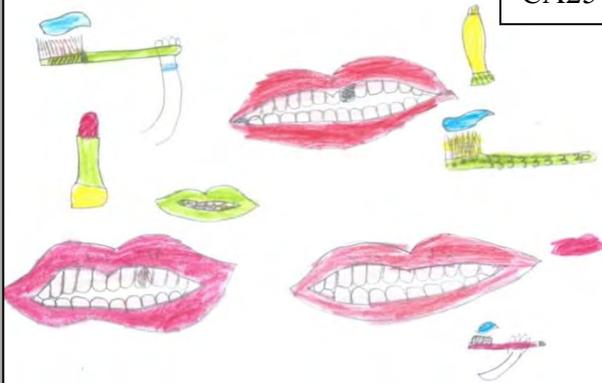
CA21



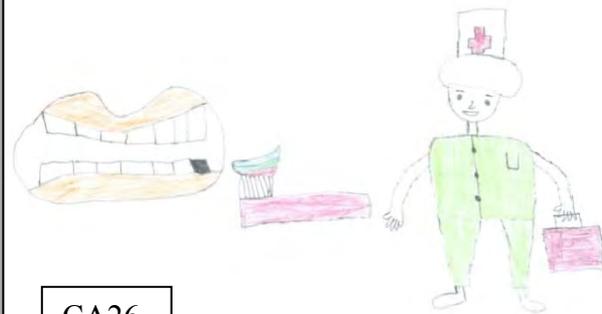
CA22



CA25



CA26

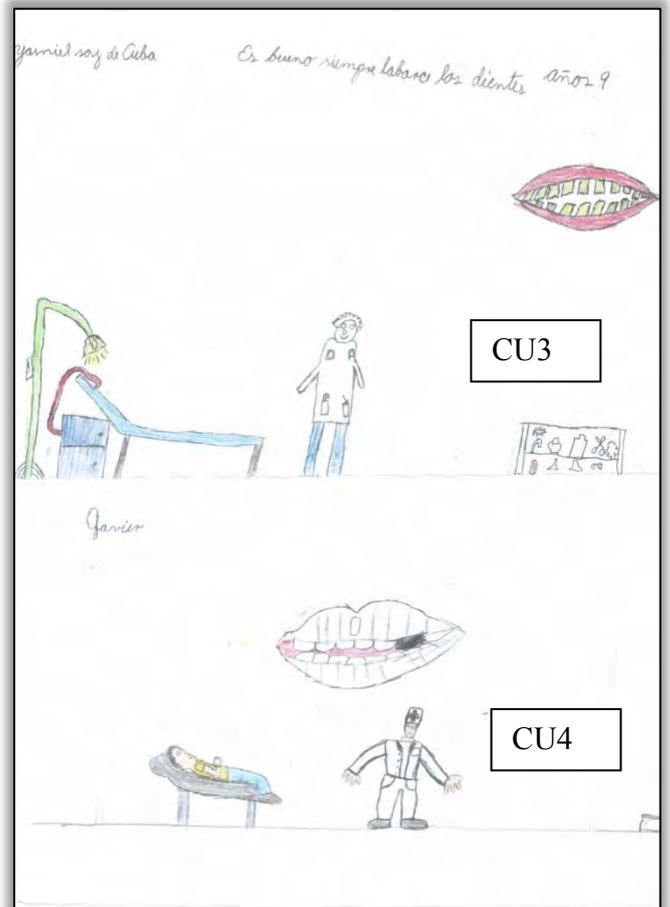
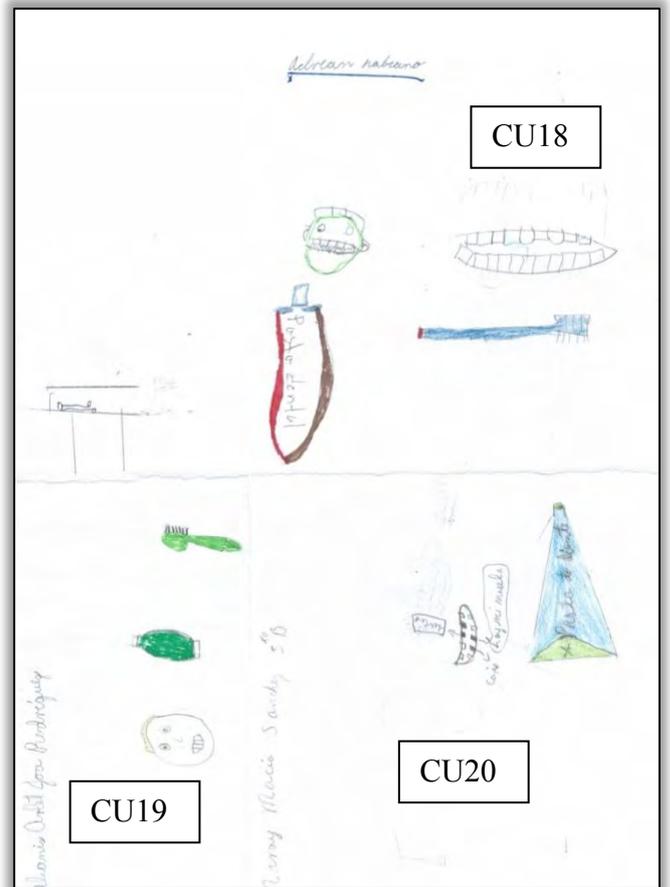
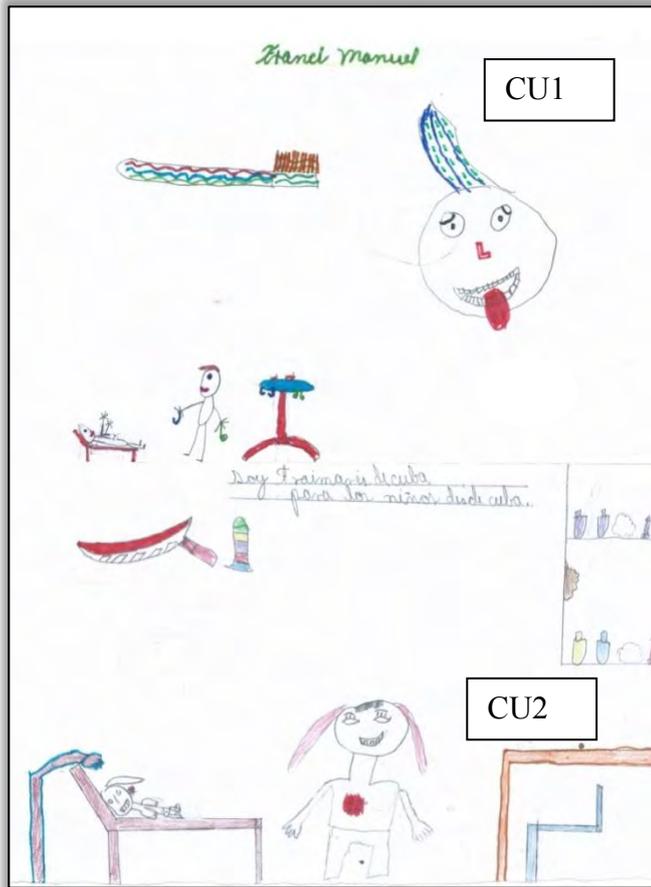


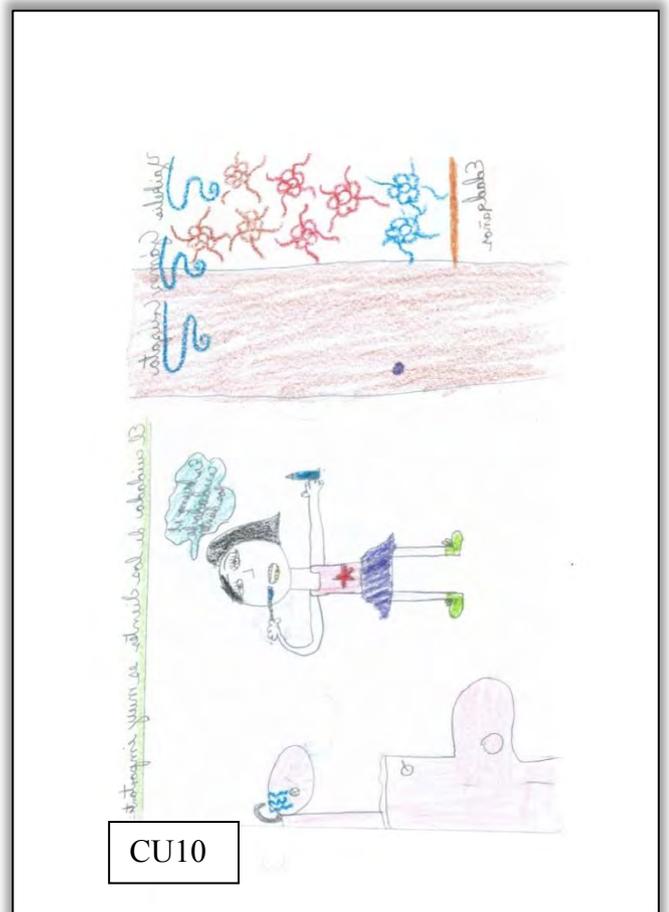
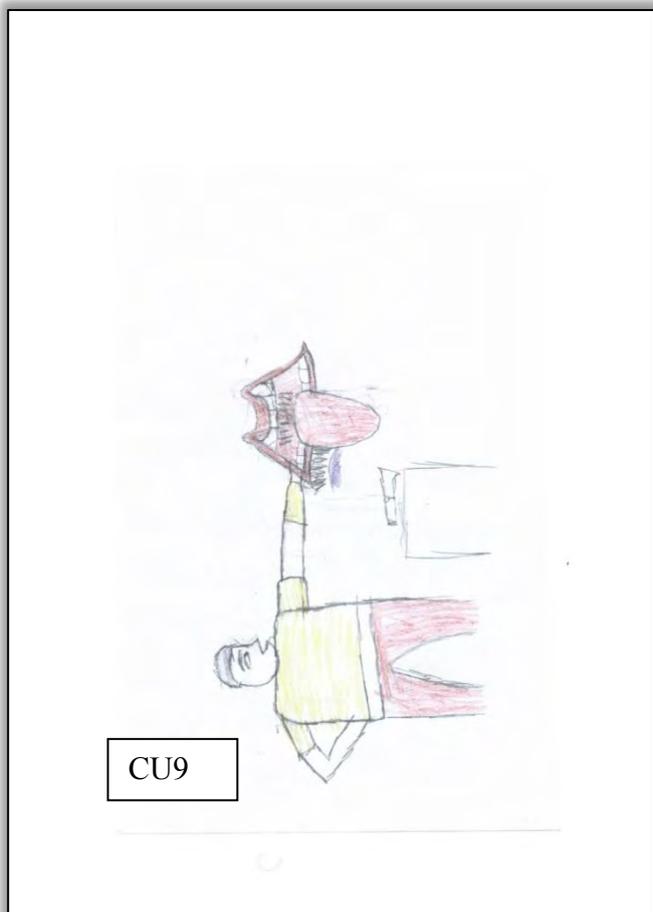
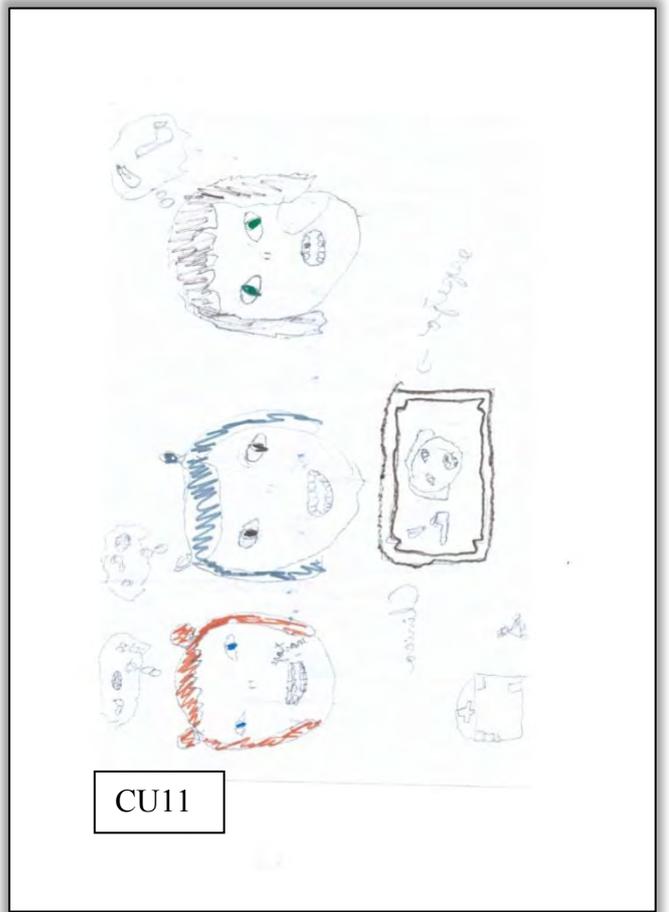
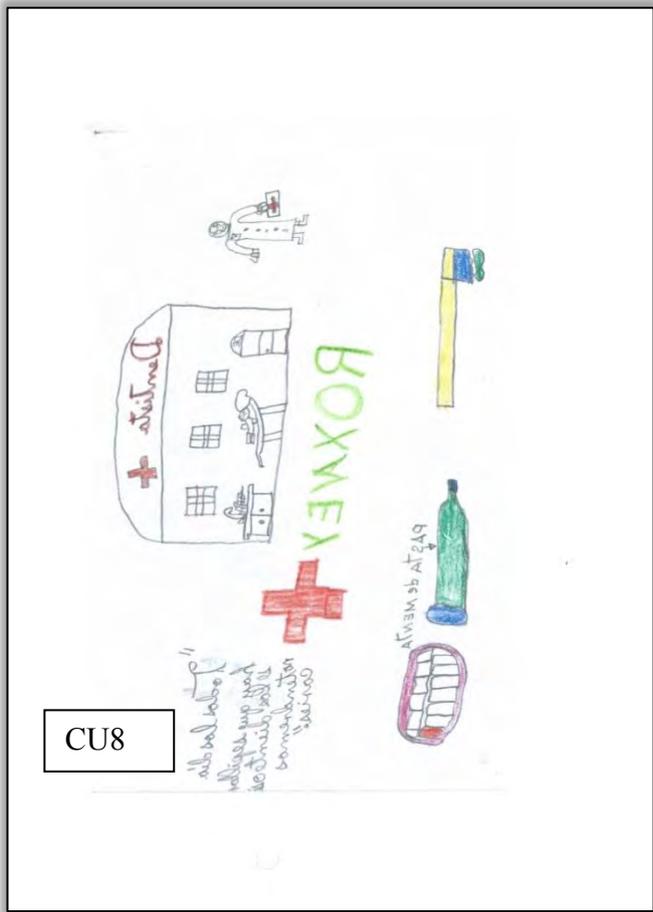
CA23

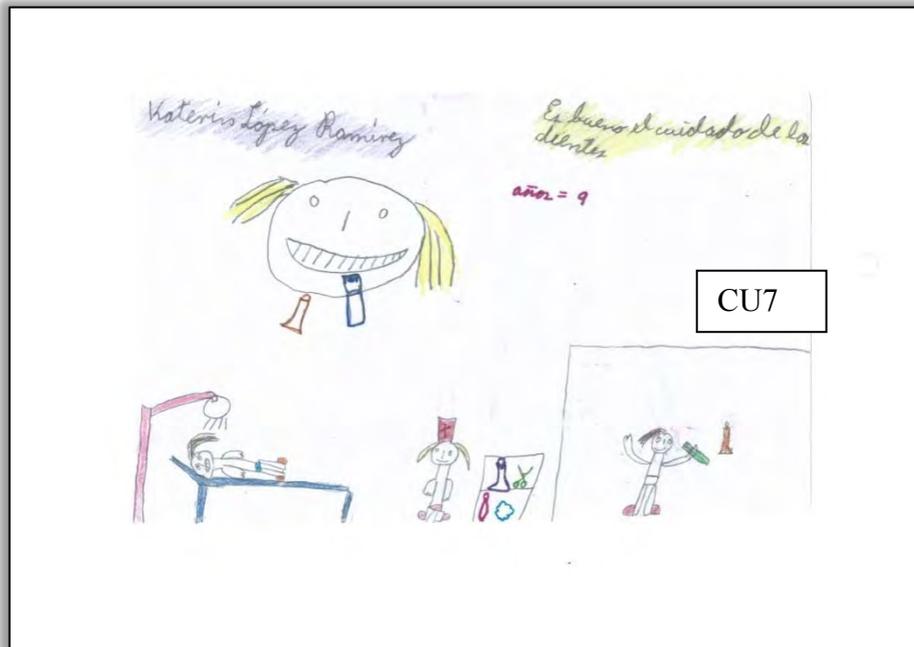
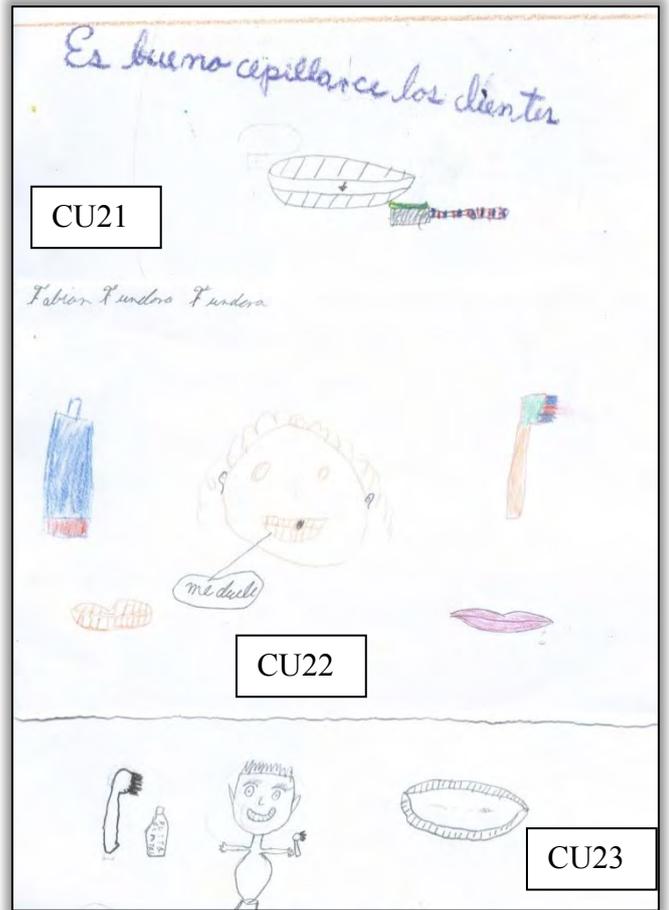
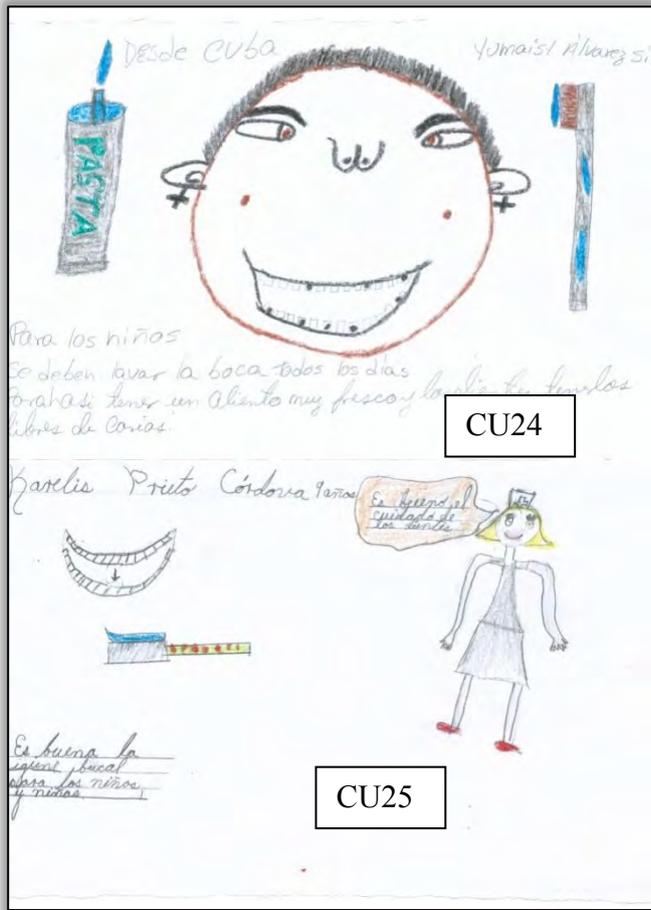


CA24

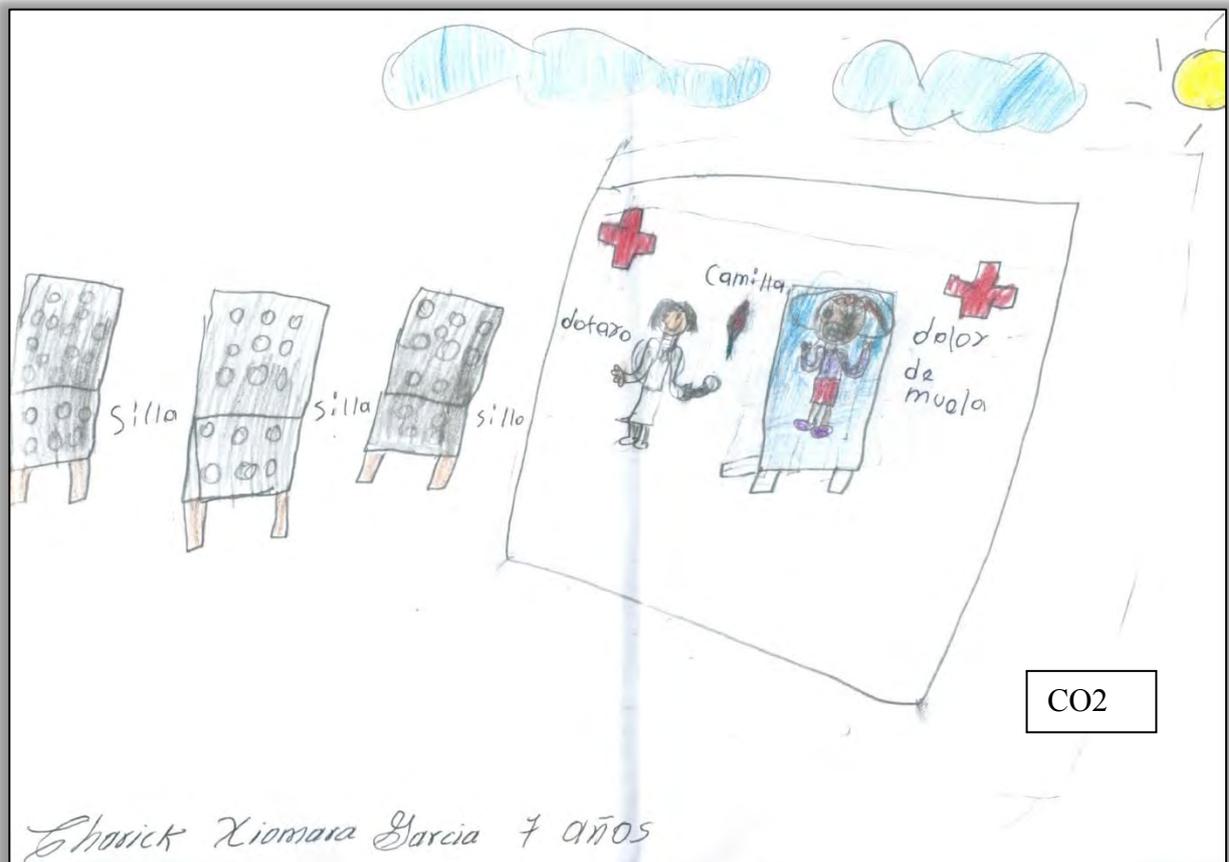
4.6 : Cuba







4.7 : Colombie

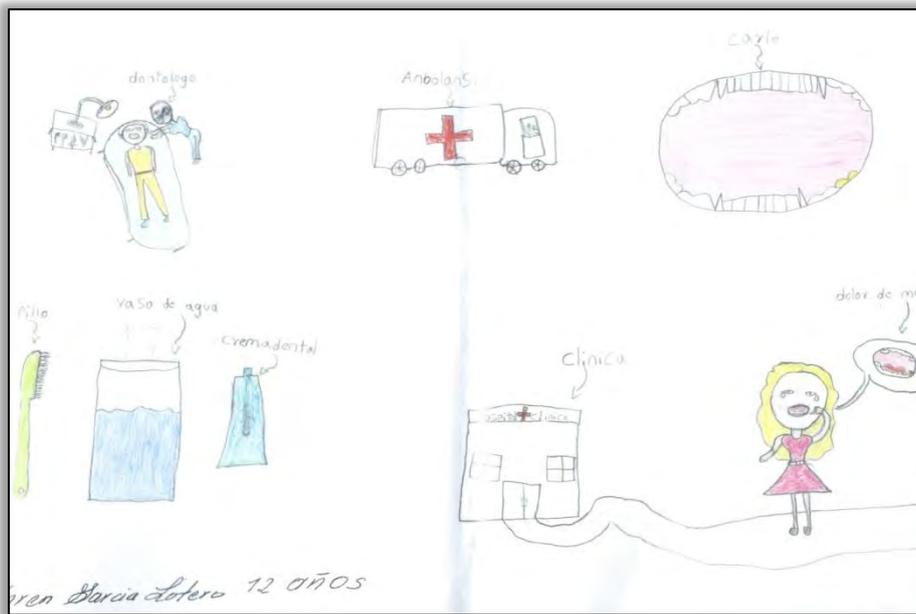




CO3



CO4



CO5

4.8 : Pérou

P1

Dientes

Boca

Escoba de dientes

Dentista

Campaña para el cuidado de los dientes

Extracción

P2

Limpieza de dientes

Dientes

Diente Leptido

Hospital

Dentista

Dientes

Extracción

Hospital

P3

Dientes

Dentistas

15 años

Extracción

P4

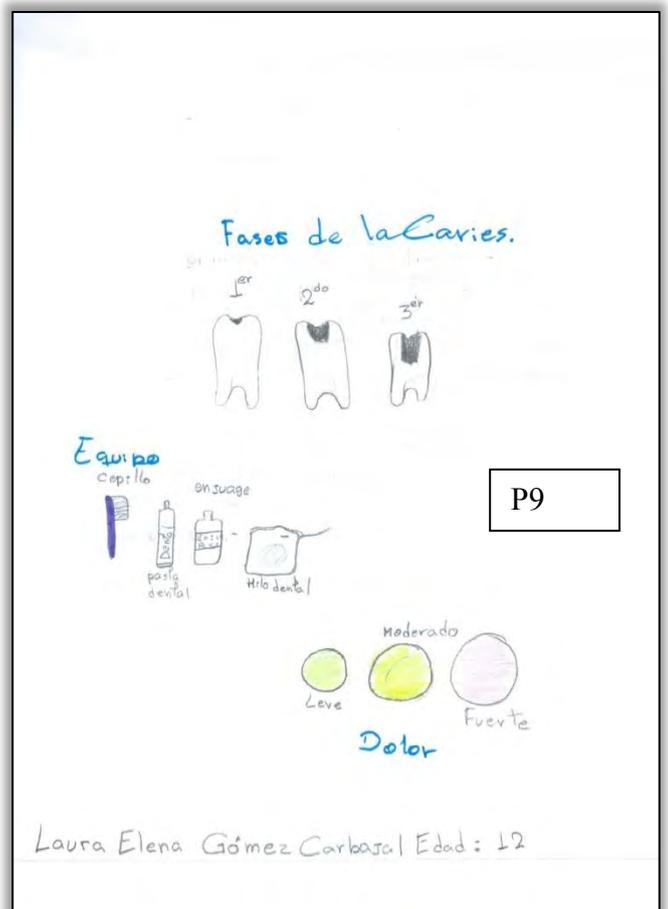
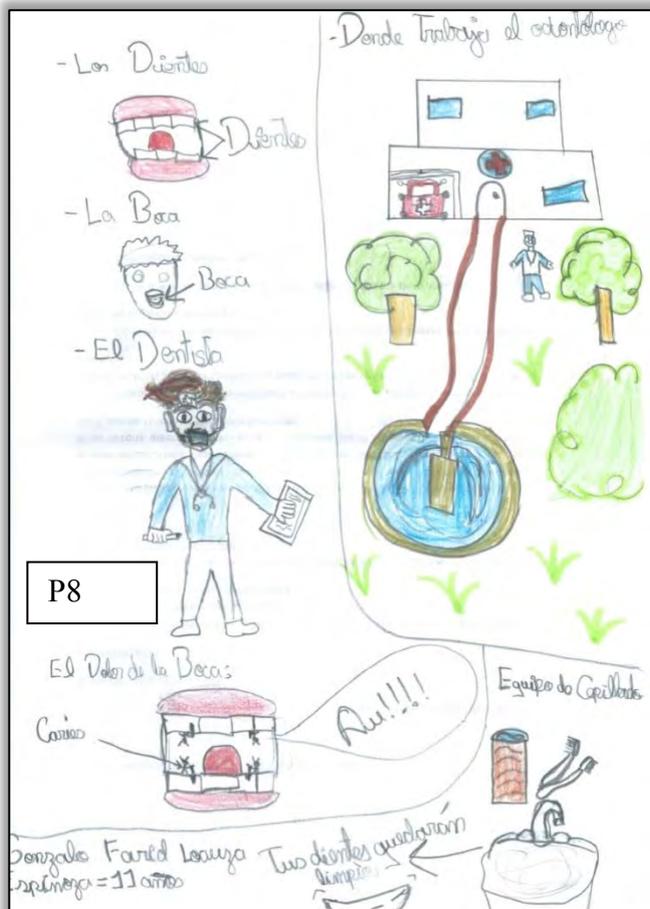
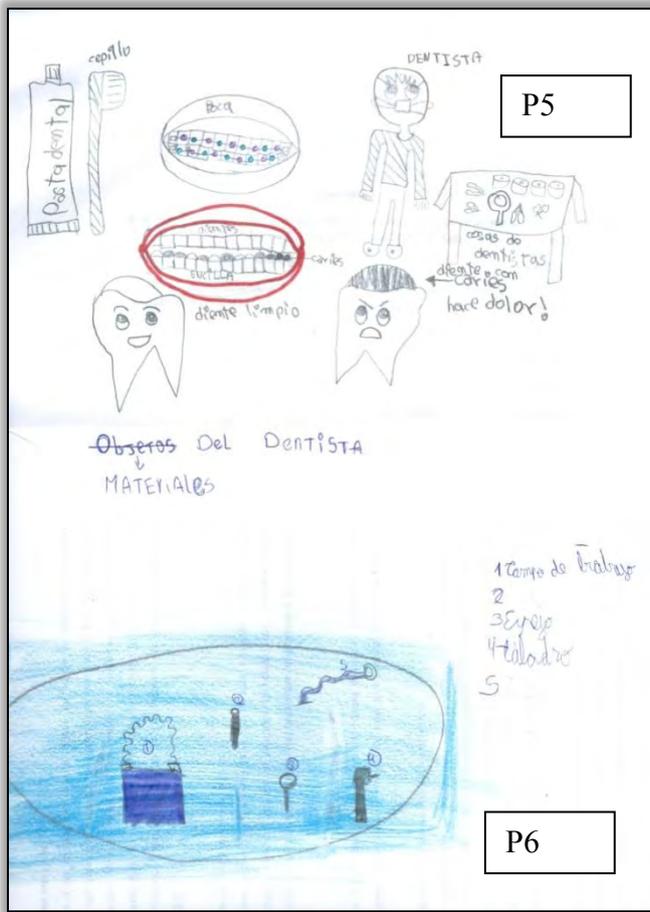
Dientes

Extracción

Hospital

Extracción

Hospital

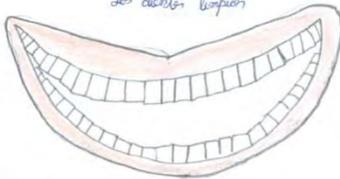


P10

El Dolor de la boca (causas)



Los dientes flojos



Hector Juan Jesus Pacheco Huaman 11 años

Dante del Intero de casa

florios

P11



Te



Randy Adriel Pacheco

Mamani

Es



Edad: 10

Se



Se



Se



Se

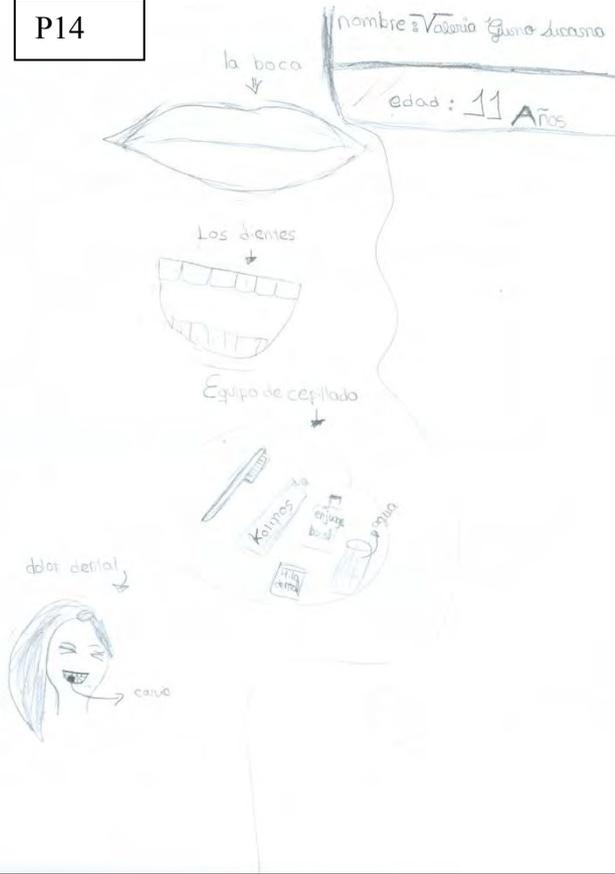


P13

Gerardo Felix Vasquez Zavalla

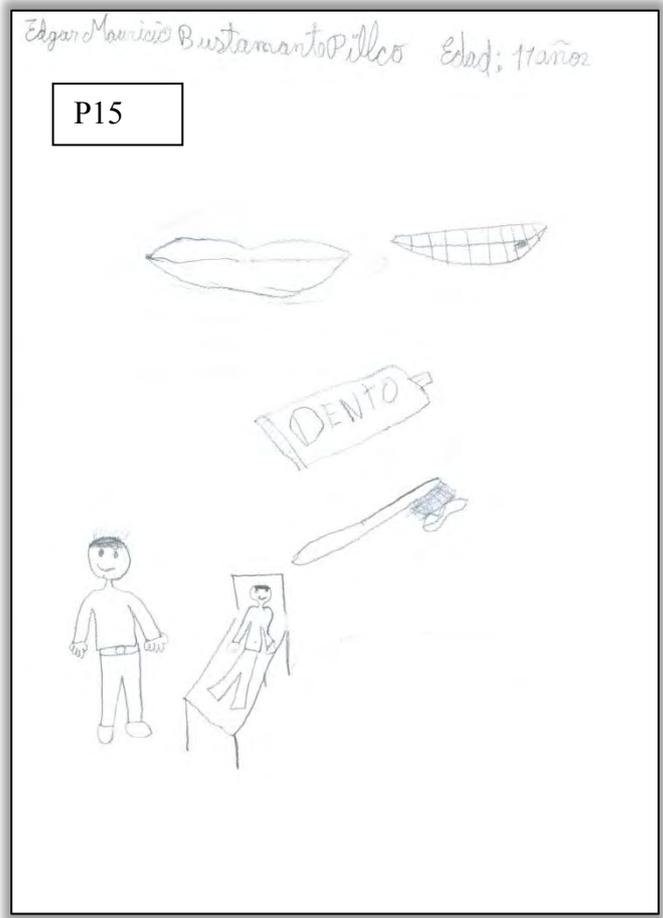
P12

P14

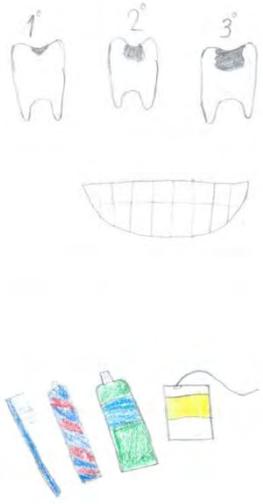


nombre: Valeria Guano Lucana
 edad: 11 Años

P15



Edgar Mauricio Bustamante Pilco Edad: 11 años



P16

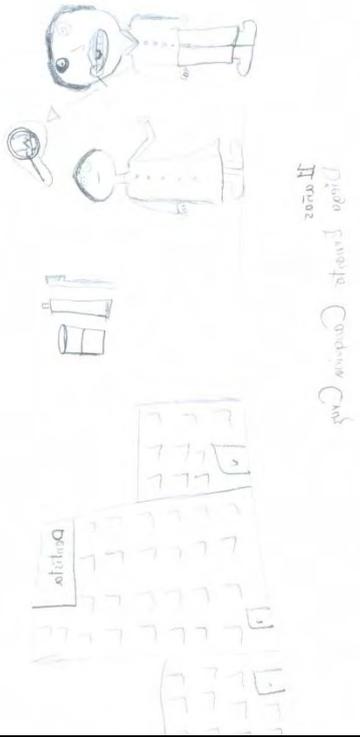
Nombre: Ice Valentin Baccara Vargas
 edad: 11



Luzia Alexandra del Castillo Bocángel + 11 años + 6 años

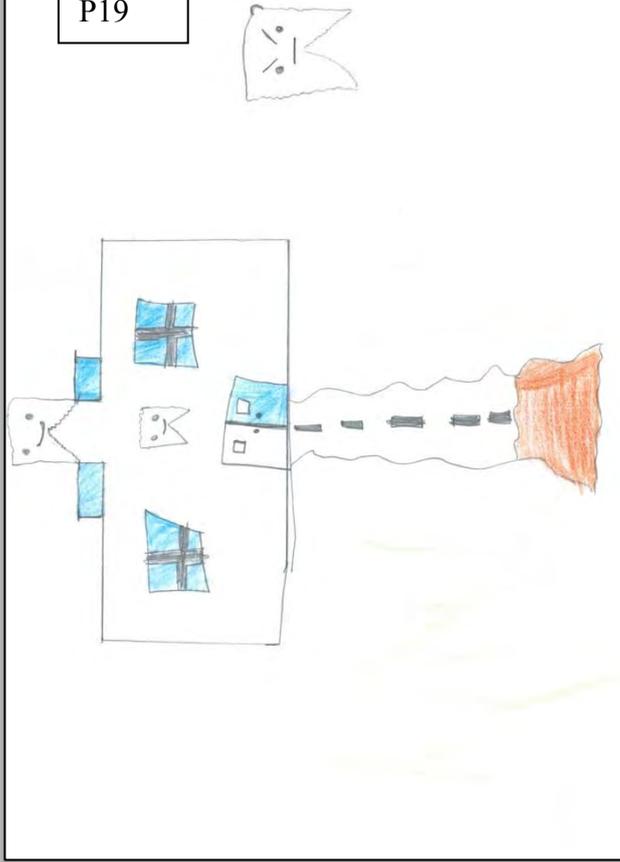
P17

P18

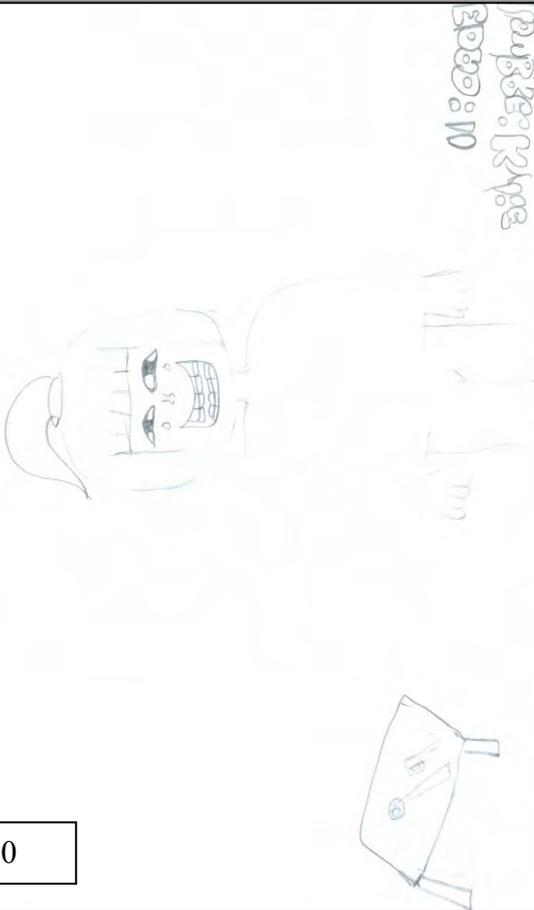


Debitale
Candide Cab
It ruz

P19

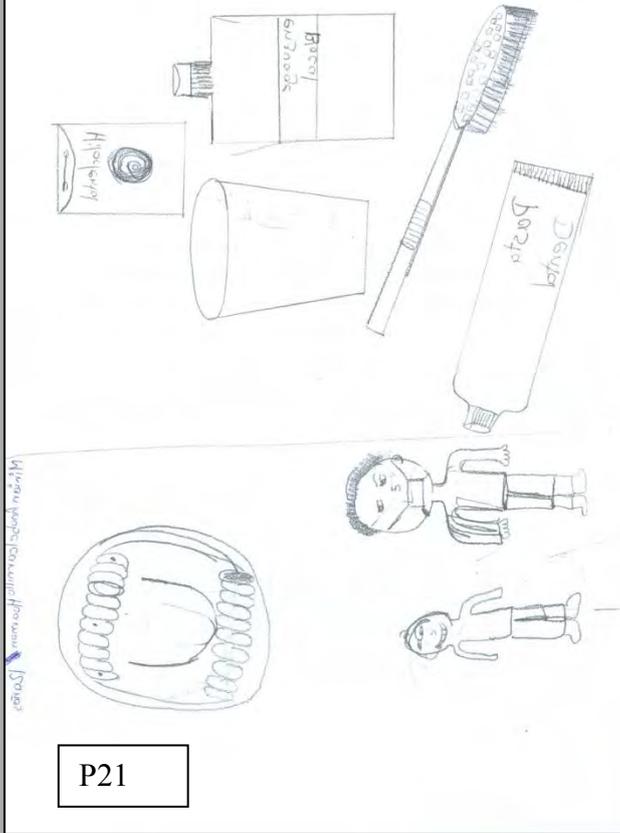


P20



Debitale
Candide Cab
It ruz

P21



P22

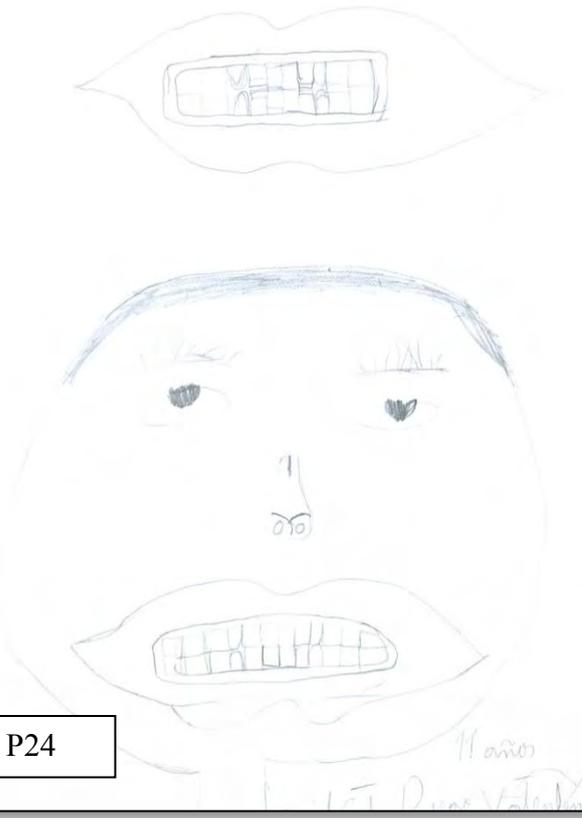
1107 0000 2018



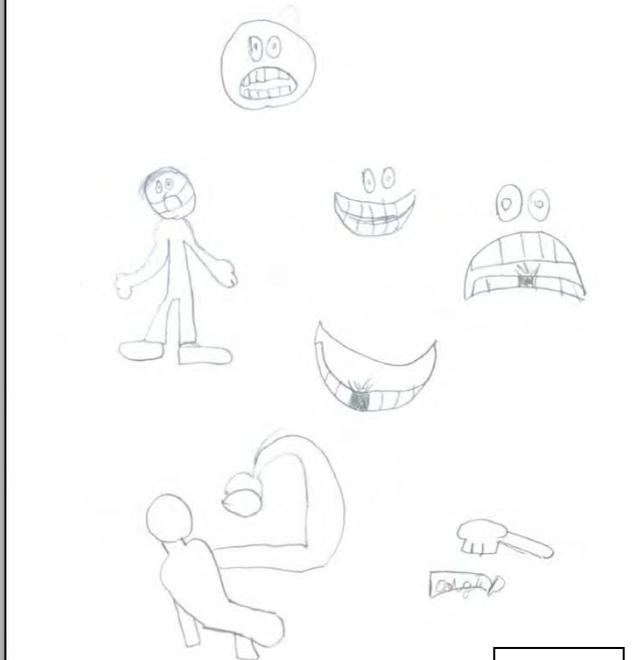
P23



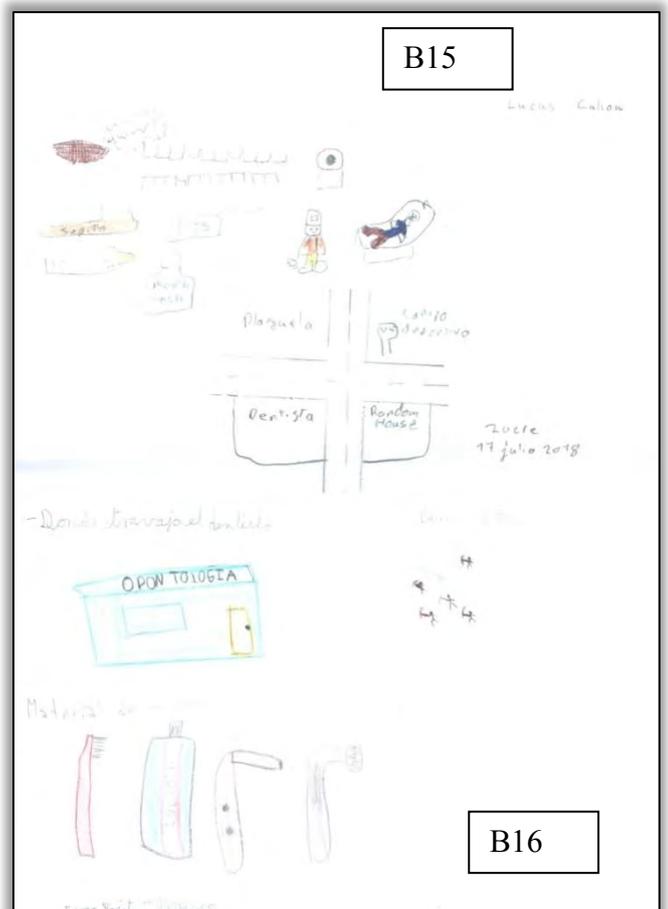
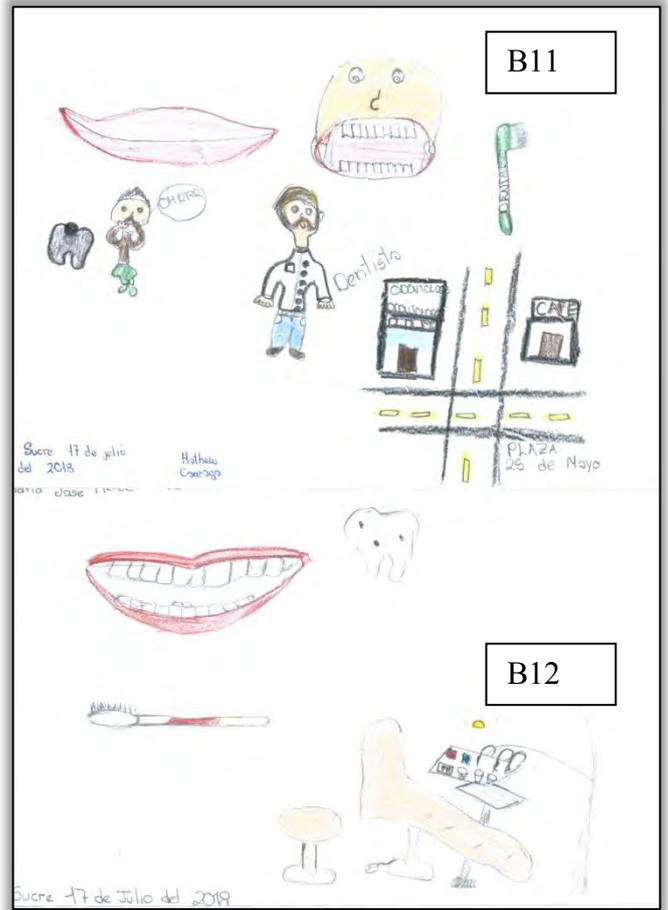
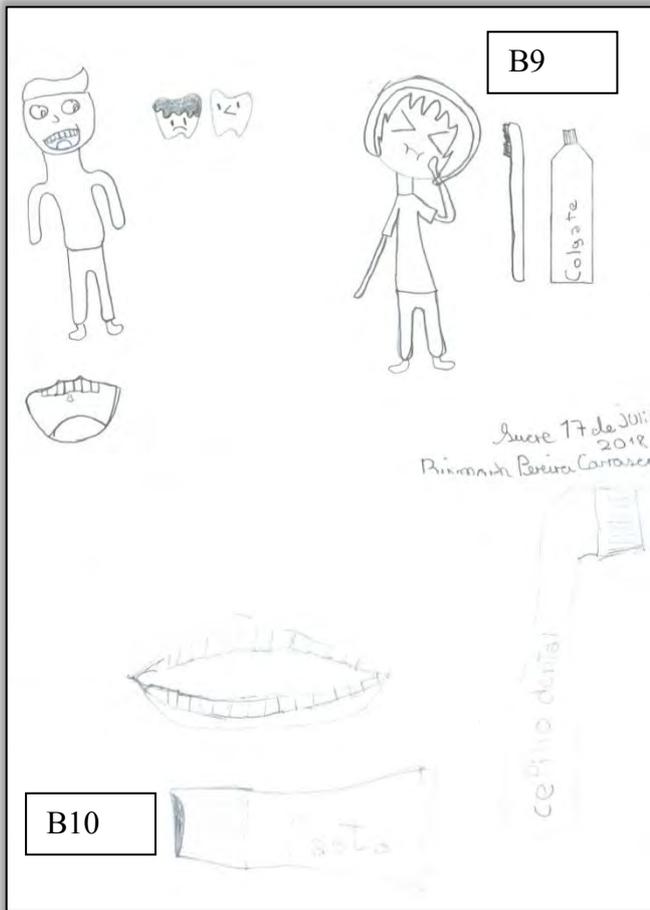
P24

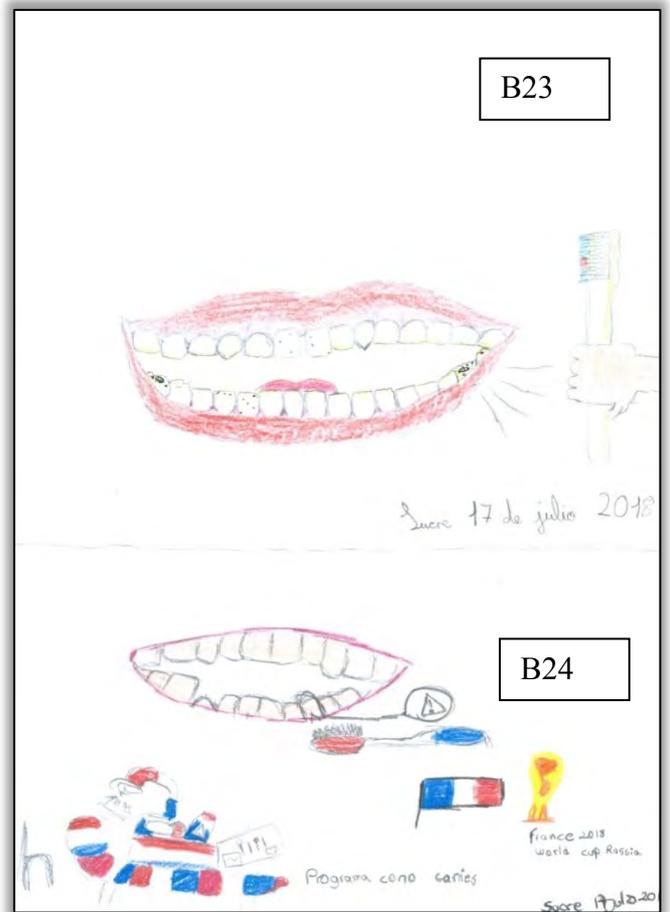
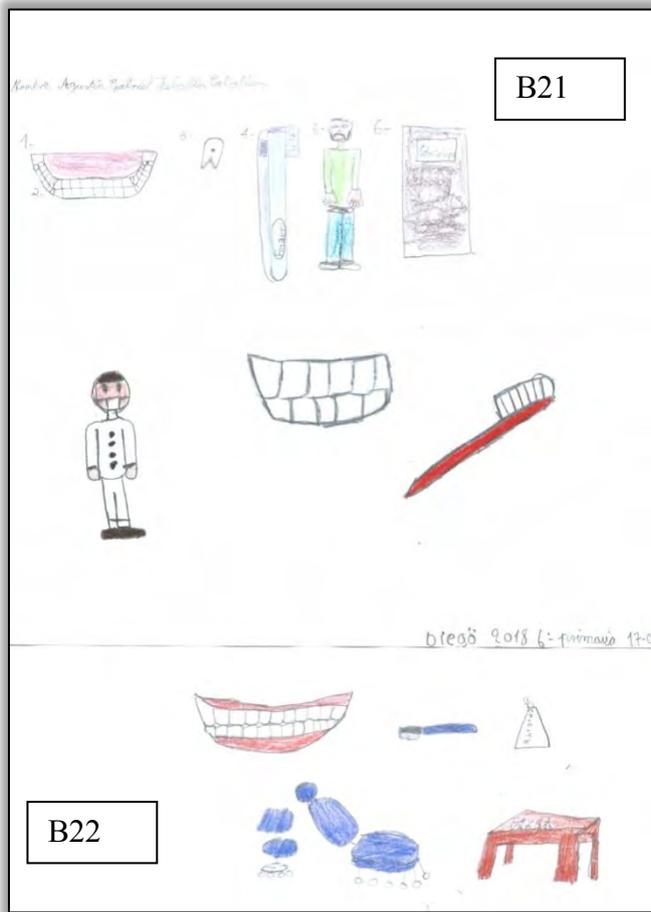


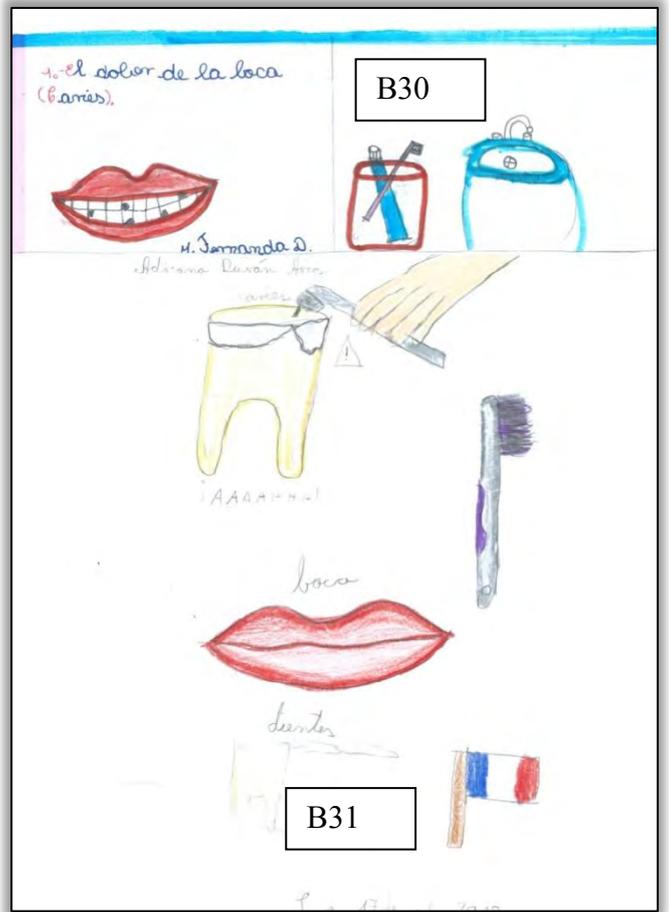
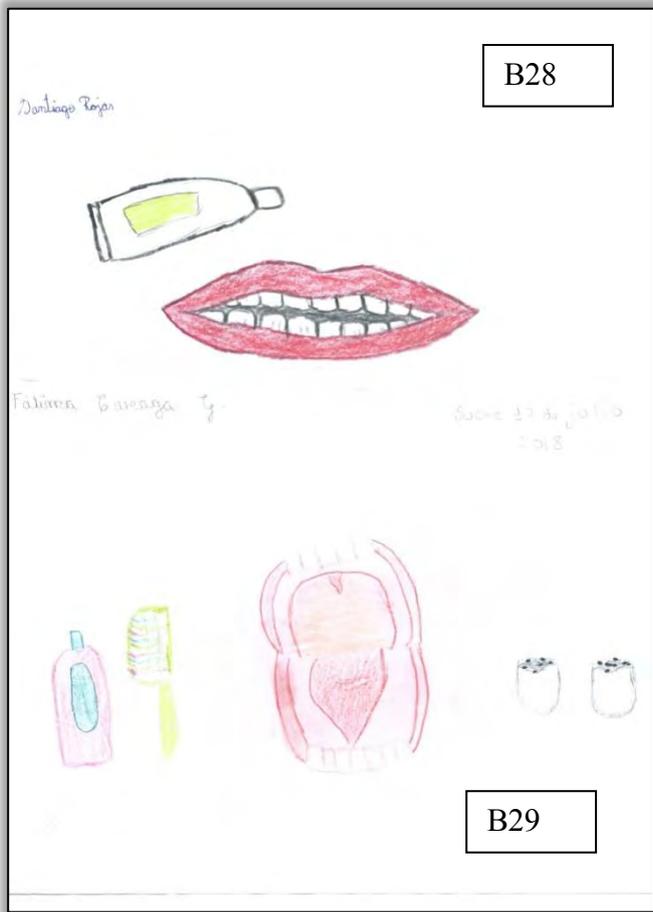
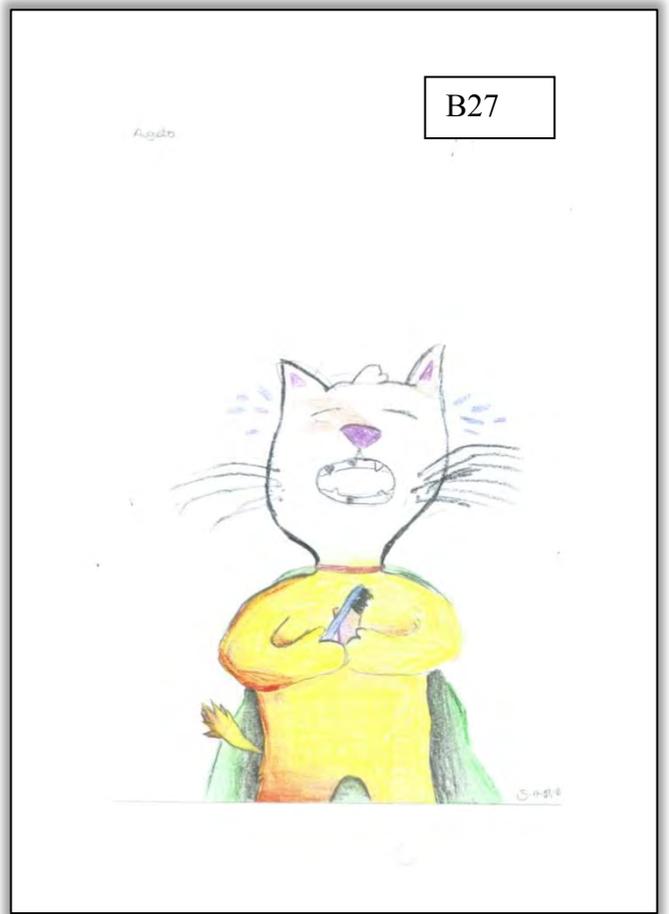
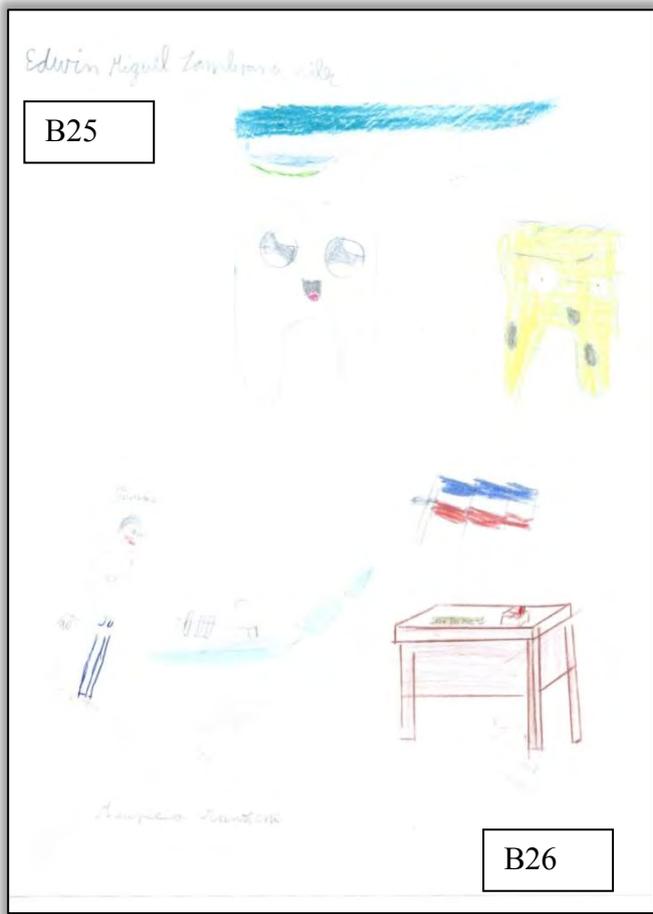
Anthony Menner Chavez
scampo 11+



P25



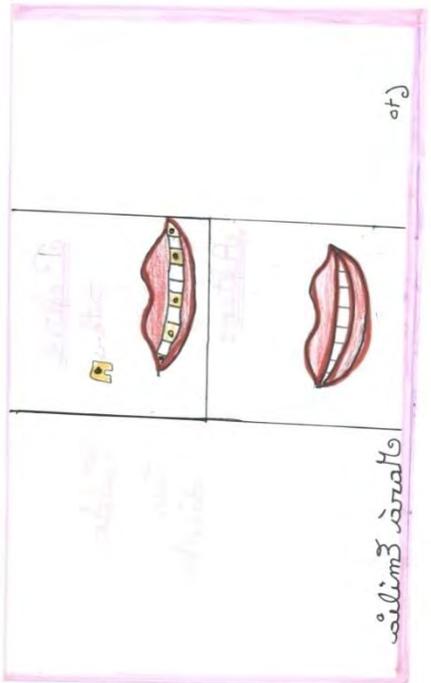




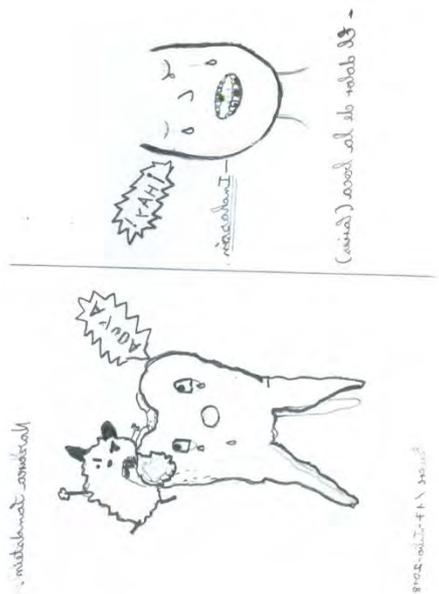
B32



B33



B34



B35



BOLAND (Mathieu) : La sphère bucco-dentaire vue par les enfants : Analyse de dessins recueillis au cours d'un voyage autour du monde. –108 f. ; 6 ill. ; 3 tabl. ; 35 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2018)

RESUME : Ce travail a pour but de s'intéresser à la perception que les enfants scolarisés ont de la dentisterie sur quatre continents, à travers la réalisation de dessins. Pour cela, nous avons collecté les dessins d'enfants de huit à douze ans au cours d'un voyage autour du monde de 11 mois, dans des établissements publics en Tanzanie, Inde, Laos, Cambodge, Cubas, Colombie, Pérou et Bolivie. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence des différences ou similitudes de la représentation de la bouche et des soins odontologiques en fonction des pays et cultures rencontrées.

Dans une première partie, nous développons brièvement l'évolution de l'hygiène bucco-dentaire au cours de l'histoire et dans différentes civilisations. Puis, nous abordons la symbolique de la bouche, des dents, la peur du dentiste et le développement psychologique de l'enfant. Enfin, les données de la littérature sur l'utilisation du dessin comme support d'informations en santé chez l'enfant sont décrites. Dans une seconde partie, nous décrivons les éléments qui nous ont conduits à l'établissement du protocole suivi tout au long du voyage : l'intervention effectuée dans une école de Nantes et l'analyse des dessins récoltés.

Enfin, nous présentons de façon chronologique les pays visités, les interventions réalisées, pour finir par l'analyse des 241 dessins récoltés.

En Conclusion, le nombre limité d'écoles visitées ne permet pas de faire une analyse statistique pays par pays des dessins, néanmoins, nous avons remarqué une similitude importante dans la représentation de la dentisterie autour de la planète.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Pédodontie

MOTS CLES MESH :

Enfant – Child

Dessins – Drawings

Pédodontie – Pediatric dentistry

Voyage – Travel

JURY :

Présidente : Professeur Alliot-Licht B.

Directrice : Docteur Dajeau-Trutaud S.

Assesseurs : Docteur Lopez-Cazaux S.

Docteur Réthoré G.

ADRESSE DE L'AUTEUR

11, rue Gresset 44000 NANTES

Mathieu.boland@gmail.com