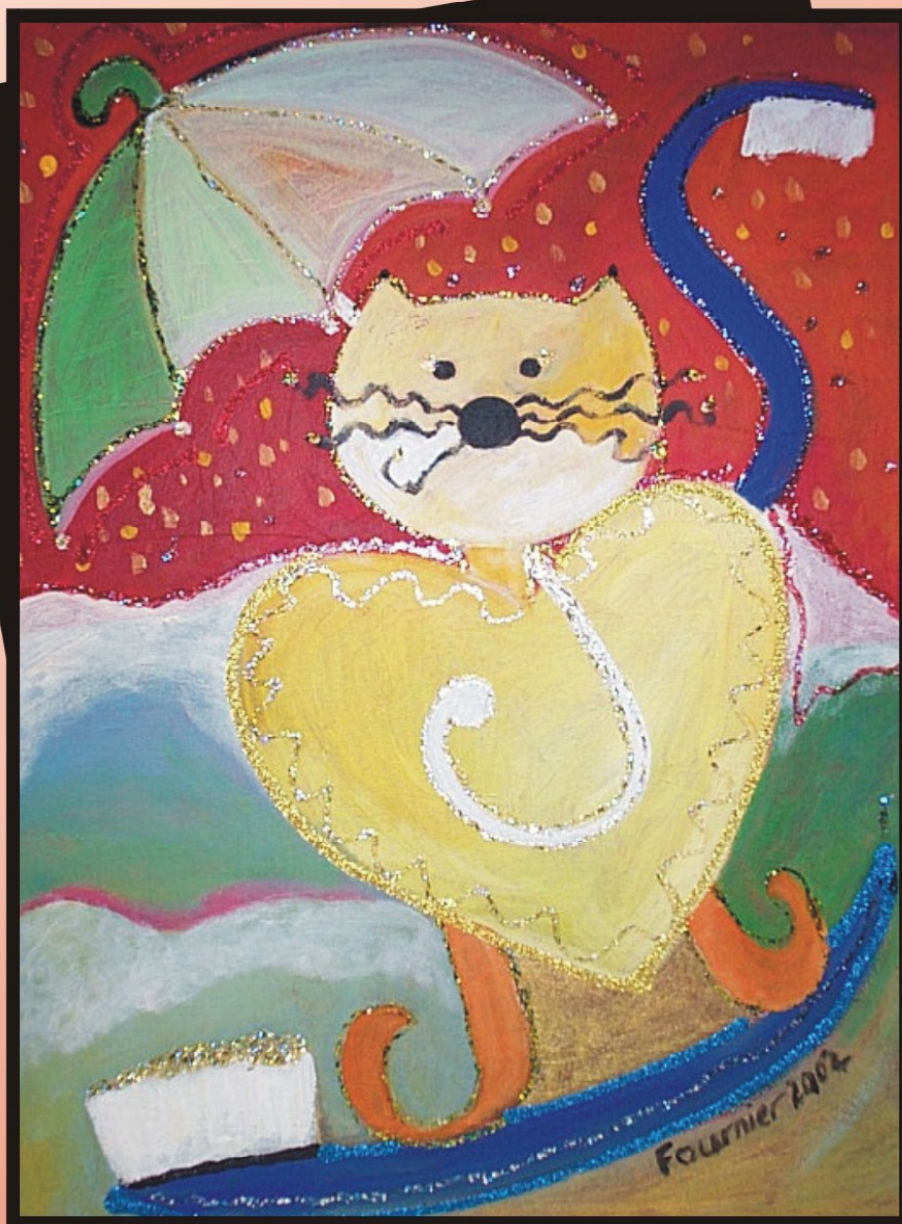


Préscolaire/primaire

Promotion/prévention

Santé buccodentaire



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
BAS-SAINT-LAURENT

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE LA
PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION

**Opinions des enseignants au primaire
concernant leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire
auprès de leurs élèves**

*Projet pilote
réalisé dans la région du Bas-Saint-Laurent*

Dr Jean-Roch Lamarre, D.M.D., M.Sc.

Novembre 2002

Dépôt légal : 4^e trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-921799-88-X

REMERCIEMENTS

Cette recherche a été rendue possible grâce à la collaboration des enseignants au préscolaire et primaire de la région du Bas-Saint-Laurent ainsi que leur direction d'école, à une subvention du Fonds de recherche en santé buccodentaire du Québec et à la collaboration de la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Conception de la page couverture :

Sonia Fournier, Ph. D en éducation,
spécialisée en art et difficultés de comportement

Dans cet ouvrage, la forme masculine est utilisée sans discrimination, dans le seul but d'alléger le texte, le primaire inclut le préscolaire, c'est-à-dire prématernelle et maternelle.

AVANT-PROPOS

La Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent est fière de publier les résultats de cette étude, étant donné son côté novateur. Aucune donnée n'était disponible à ce jour dans ce domaine pour les enseignants québécois. Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont rendu possible la réalisation de ce projet pilote et tout particulièrement, les enseignants au primaire.

La réforme de l'éducation nous a amené à vérifier l'opinion des enseignants au primaire à propos de leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves, étant donné la grande influence qu'ils exercent auprès de ces derniers.

Les résultats de ce projet pilote révèlent une attitude positive des enseignants au primaire de milieu rural et urbain à collaborer davantage à la promotion qu'à la prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves, et ce, jusqu'à la troisième année. Ils identifient clairement les facteurs à modifier par les intervenants de la santé dentaire publique, le ministère de l'Éducation, les établissements d'enseignement au primaire et ceux de formation des futurs enseignants.

Les enseignants pourraient ainsi agir comme « agents renforceurs » en promotion/prévention de la santé buccodentaire en collaborant avec les hygiénistes dentaires du Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP).

Je crois que l'information contenue dans ce document servira de base de données pour la mise à contribution des enseignants au primaire dans la promotion/prévention de la santé buccodentaire et que cette dernière répondra aux besoins des enfants québécois. Ces enseignants contribueront ainsi à l'amélioration de la santé globale des futures générations.

Le directeur de la santé publique,
de la planification et de l'évaluation,



Robert Maguire

RÉSUMÉ

Cette recherche qualitative vise à connaître les opinions des enseignants au primaire face à leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves ainsi qu'à identifier les obstacles et les facteurs facilitant leur implication dans cette activité.

Cette recherche s'est déroulée dans la région du Bas-Saint-Laurent en 2000-2001. La sélection des participants a été de type intentionnel, selon des critères précis. L'échantillon a été constitué de dix-huit enseignants volontaires pour atteindre la saturation des données. La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'entrevues semi-dirigées comportant des questions ouvertes sur le sujet à l'étude. Les données ont été reconnues authentiques par les participants.

Les enseignants considèrent qu'ils participent déjà à la promotion/prévention de la santé buccodentaire de leurs élèves puisqu'ils permettent l'accès à l'hygiéniste dentaire au milieu scolaire et qu'ils coopèrent à la remise de documents destinés aux parents.

Les principales barrières à leur implication dans la promotion/prévention de la santé buccodentaire sont que cette intervention n'est pas incluse dans leurs tâches d'enseignant ou dans le programme scolaire de leur établissement et que le temps accordé à celles-ci vient diminuer le temps d'enseignement.

Les barrières qui concernent spécifiquement les mesures préventives sont que les dispositions physiques sont inadéquates, que l'effet bénéfique leur est inconnu, qu'elles exigent une surveillance accrue, qu'elles relèvent de la responsabilité des parents, qu'elles visent une clientèle particulière et qu'une minorité de parents contestent certaines d'entre-elles.

En ce qui concerne la promotion de la santé buccodentaire, les enseignants reconnaissent ne pas avoir les connaissances suffisantes leur permettant d'aborder ce sujet et l'absence de matériel didactique et promotionnel disponible à cet effet.

Les résultats de cette étude révèlent une attitude positive des enseignants au primaire à collaborer davantage à la promotion qu'à la prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves jusqu'à la troisième année. Les facteurs que les intervenants de la santé dentaire publique doivent modifier pour favoriser la participation des enseignants au primaire à la promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves sont clairement identifiés.

Mots clés : Recherche qualitative, Entrevue semi-dirigée, Verbatim.

SUMMARY

This qualitative research aims at describing the opinions of primary school teachers regarding their implication in health promotion/disease prevention of oral health among their students; specific purposes involved identifying obstacles and facilitating factors for their implication in these activities.

This research unfolded in the Bas-Saint-Laurent area in 2000-2001. The selection of participants was of an intentional nature and performed on the basis of precise criteria. A sample of eighteen teachers was necessary to reach saturation of the data. The semi-structured interactive interviews were carried out with open-ended questions dealing with the subject of the study. The data were authenticated by the actual participants.

The teachers consider that they already take part in the health promotion/disease prevention of oral health among their students because they allow access to dental hygienists in the educational setting and they cooperate with the distribution of documents intended for parents.

The principal barriers for their implication in the health promotion/disease prevention of oral health are that this intervention is not included in teacher tasks, that the school curriculum for their institution does not include oral health, and that time allocated to these tasks decreases the teaching time for other subject matters.

The barriers which relate to preventive measures specifically are that the physical facilities are inadequate, the beneficial impact is unknown, increased monitoring is required, oral health is viewed as the responsibility for the parents, oral health focuses only on specific clientele, and a minority of parents disputes the utility of oral health interventions.

With regard to the promotion of oral health, the teachers admit not having sufficient knowledge allowing them to discuss this subject and that didactic and promotional materials are not available for this purpose.

The results of this study reveal a generally positive attitude of primary school teachers towards collaborating more in the health promotion and the disease prevention of oral health among 3rd grade students. The factors that public health dentistry must address to support the participation of primary school teachers in the health promotion/disease prevention of oral health among their students are clearly identified.

Key words : Qualitative Research, Semi-structured interactive interviews, Verbatim.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
AVANT-PROPOS	iii
RÉSUMÉ	iv
SUMMARY	v
TABLE DES MATIÈRES	vi
LISTE DES TABLEAUX	x
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	xi
 1. PROBLÉMATIQUE	 1
 2. REVUE DE LITTÉRATURE	 1
2.1 Principales raisons qui amènent à privilégier le milieu scolaire et la mise à contribution des enseignants pour la promotion/prévention de la santé buccodentaire	1
2.2 Connaissances des enseignants au primaire	3
2.2.1 Nature du savoir des enseignants	3
2.2.2 Savoir théorique à enseigner	4
2.2.3 Acquisition du savoir des enseignants	4
2.2.4 Connaissances des enseignants au primaire sur les méthodes de prévention de la santé buccodentaire	5
2.2.5 Connaissances des futurs enseignants en dentisterie préventive	6
2.3 Adéquation des connaissances des enseignants au primaire versus celles des parents sur les méthodes de prévention de la carie dentaire	7
2.4 Principales sources d'information des enseignants au primaire	7
2.5 Attitudes des enseignants au primaire face à la prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire	8
2.6 Attitudes des enseignants au primaire face à la promotion de la santé buccodentaire en milieu scolaire	8
2.7 Responsabilités que les enseignants au primaire sont favorables à accepter en promotion/prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire	9
2.8 Responsabilités que les enseignants au primaire sont peu favorables à accepter en prévention en milieu scolaire	10
2.9 Principales barrières à l'instauration d'un programme de prévention en milieu scolaire	10
2.10 Promotion/prévention de la santé buccodentaire	11
2.11 Éducation à la santé et à la santé buccodentaire	13
 3. OBJECTIFS	 17
3.1 Décrire les opinions des enseignants au primaire face à leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves	17

3.2	Identifier les barrières et les facteurs qui facilitent l'implication des enseignants au primaire en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves	17
4.	CADRE CONCEPTUEL	18
5.	MÉTHODOLOGIE	20
5.1	Stratégie de la recherche	20
5.2	Population à l'étude, échantillonnage et participation	21
5.3	Collecte des données et définition de la variable	23
5.3.1	Procédure de collecte de données	23
5.3.2	Description du questionnaire	24
5.3.3	Variable à l'étude	24
5.4	Saisie et analyse des données	24
6.	RÉSULTATS	26
6.1	Attitudes des enseignants au primaire face à leur santé buccodentaire et à celles de leurs enfants	26
6.2	Influence des enseignants au primaire auprès de leurs élèves en promotion/prévention de la santé buccodentaire	27
6.3	Opinions des enseignants au primaire sur la santé buccodentaire de leurs élèves	28
6.3.1	Description de la santé buccodentaire	28
6.3.2	Visite chez le dentiste	30
6.3.3	Hygiène buccodentaire	30
6.4	Opinions des enseignants au primaire sur la participation des principaux intervenants dans la promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves	32
6.4.1	Rôle des parents	32
6.4.2	Rôle de l'hygiéniste dentaire	33
6.4.3	Rôle de l'enseignant	34
6.4.4	Rôle des confrères	36
6.5	Implication actuelle des enseignants au primaire en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves	36
6.6	Opinions des enseignants au primaire sur leur intention de s'impliquer personnellement dans la prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves en milieu scolaire	37
6.6.1	Séance de brossage avec une pâte dentifrice fluorurée	37
6.6.2	Rince-bouche fluoruré	39
6.6.3	Distribution de comprimés fluorurés	40
6.7	Opinions des enseignants au primaire sur les principales barrières à la promotion de la santé buccodentaire de leurs élèves en milieu scolaire	41
6.7.1	Disponibilité du temps	41
6.7.2	Connaissances des enseignants au primaire et sources d'information	42
6.7.3	Position syndicale et tâches des enseignants	44

6.7.4	Matériel didactique et promotionnel	44
6.7.5	Direction de l'école	45
6.8	Opinions des enseignants au primaire sur les facteurs facilitant la promotion de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves	45
6.8.1	Implication des parents	45
6.8.2	Visite de l'hygiéniste dentaire et du dentiste en milieu scolaire	46
6.8.3	Programmation scolaire	46
6.8.3.1	Réforme de l'éducation	46
6.8.3.2	Formation personnelle et sociale	48
6.8.3.3	Éducation physique et à la santé	48
6.8.4	Formation en santé dans le curriculum des nouveaux enseignants au primaire	49
6.8.5	Formation continue	50
6.8.6	Matériel didactique et promotionnel	50
7.	DISCUSSION	51
7.1	Rappel des résultats de recherche	51
7.2	Limites de la recherche	55
7.2.1	Conséquences de certains choix stratégiques	55
7.2.2	Limites d'ordre méthodologique	56
7.2.2.1	Échantillonnage	56
7.2.2.2	Collecte des données	56
7.2.3	Conclusion	57
7.3	Implication de la recherche	57
7.3.1	Quelles recherches complémentaires faut-il entreprendre ?	57
7.3.2	Quelles actions faut-il engager dans le domaine de la santé publique ?	58
8.	CONCLUSION	59
9.	RÉFÉRENCES	61
10.	ANNEXES	71
Annexe 1 :	Tableaux	71
	Tableau 1 Méthodes de prévention de la carie dentaire	73
	Tableau 2 Répartition des enseignants au primaire selon le degré d'enseignement, le nombre d'années d'enseignement et les autres degrés d'enseignement au primaire	74
	Tableau 3 Répartition des enseignants au primaire selon le nombre d'années d'enseignement antérieur au secondaire, le genre de l'enseignant et le niveau de risque de l'école participante	75
	Tableau 4 Répartition des enseignants au primaire selon le lieu de formation, le nombre d'enfants et autres informations sur leurs qualifications particulières	76
	Tableau 5 Compilation du contenu des verbatims en relation avec le degré d'enseignement et le nombre de pages	77

	Tableau 6 Compilation de la présence d'un volet santé buccodentaire ou d'un volet santé lors de la formation d'enseignant au primaire_____	78
Annexe 2 :	Canevas de questions sur les connaissances, les croyances et les attitudes des enseignants au primaire _____	79
Annexe 3 :	Canevas de questions révisé sur les connaissances, les croyances et les attitudes des enseignants au primaire_____	89
Annexe 4 :	Renseignements sur le projet de recherche à l'intention des participants____	97
Annexe 5 :	Formulaire de consentement éclairé_____	103
Annexe 6 :	Lettre d'acceptation du projet de recherche par le Comité de bioéthique du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier régional de Rimouski _____	107
Annexe 7 :	Questions remises à l'avance_____	111
Annexe 8 :	Suggestions des enseignants au primaire sur différentes approches à privilégier pour la promotion de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves_____	115

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Méthodes de prévention de la carie dentaire_____	81
Tableau 2	Répartition des enseignants au primaire selon le degré d'enseignement, le nombre d'années d'enseignement et les autres degrés d'enseignement au primaire_____	82
Tableau 3	Répartition des enseignants au primaire selon le nombre d'années d'enseignement antérieur au secondaire, le genre de l'enseignant et le niveau de risque de l'école participante_____	83
Tableau 4	Répartition des enseignants au primaire selon le lieu de formation, le nombre d'enfants et autres informations sur leurs qualifications particulières_____	84
Tableau 5	Compilation du contenu des verbatims en relation avec le degré d'enseignement et le nombre de pages_____	85
Tableau 6	Compilation de la présence d'un volet santé buccodentaire ou d'un volet santé lors de la formation d'enseignant au primaire_____	86

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

FPS	Formation personnelle et sociale
PPSDP	Programme public de services dentaires préventifs
OMS	Organisation mondiale de la santé
WHO	World Health Organisation

1. PROBLÉMATIQUE

Les parents et la famille représentent la première source d'information sur la santé buccodentaire des enfants (Woolfolk, Lang et Faja 1989). Les professionnels de la santé buccodentaire, que ce soit les intervenants de la pratique privée ou les intervenants du secteur public et plus particulièrement, les hygiénistes dentaires du Programme public de services dentaires préventifs (PPSDP), offrent des connaissances, du savoir-faire et de la motivation pour l'acquisition de comportements préventifs en matière de santé buccodentaire. Le milieu scolaire, par l'intermédiaire des enseignants, offre une influence positive sur la prise de saines habitudes de vie comparativement à toute autre institution sociale sauf la famille. Les enfants ont accès au milieu scolaire dès l'âge de 4 ans (en prématernelle pour certains); ils y passent environ 180 jours par année, à raison de six heures par jour. Les enseignants pourraient être mis à contribution comme « **agents renforçateurs** » suite aux actions et messages livrés par les hygiénistes dentaires dans le cadre du PPSDP en milieu scolaire, ce qui aurait comme effet de stimuler et de motiver les enfants à maintenir des comportements préventifs en matière de santé buccodentaire. Il est très fréquent d'entendre les parents dire : « *Quand nos enfants rencontrent l'hygiéniste dentaire à l'école, ils brossent leurs dents plus souvent, mais avec le temps, ces bonnes habitudes diminuent...* ».

Il est reconnu qu'« **Éduquer, c'est répéter** ». En sensibilisant régulièrement les élèves aux messages préventifs livrés par les hygiénistes dentaires en milieu scolaire, les enseignants participeraient ainsi à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois et rejoindraient les parents de façon régulière par l'intermédiaire de leurs enfants.

La formation du personnel enseignant pour ce genre d'intervention est un élément crucial pour obtenir les meilleurs résultats possibles. Le manque de connaissances de base adéquates des enseignants au sujet des méthodes préventives et de leurs effets sur la santé buccodentaire vient compromettre le résultat potentiel de leurs efforts d'enseignement.

Le succès de l'implantation d'un programme de promotion/prévention en santé buccodentaire en milieu scolaire dépend de l'attitude et de l'acceptation, par le personnel enseignant, des responsabilités inhérentes. Les études existantes à ce jour ont été réalisées dans des contextes difficilement comparables à celui du Québec. Comme il n'y a aucune donnée disponible dans ce domaine pour les enseignants québécois, il est donc impératif d'évaluer les opinions des enseignants au primaire face à leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves. La recherche qualitative permettra d'explorer ces domaines dans les moindres détails.

2. REVUE DE LITTÉRATURE

2.1 Principales raisons qui amènent à privilégier le milieu scolaire et la mise à contribution des enseignants pour la promotion/prévention de la santé buccodentaire

Deux études (Frazier 1978; Horowitz et Frazier 1980) révèlent que le programme scolaire prépare les étudiants et les enseignants à prendre des décisions éclairées au sujet de la

santé buccodentaire et de ses mesures préventives, non seulement comme des individus bien informés, mais aussi comme des futurs parents, des personnes influentes et des preneurs de décision pour la communauté. D'autres études (Kenney 1979; Tones 1979; Horowitz 1981; Horowitz et Frazier 1986) démontrent que le milieu scolaire offre de multiples opportunités pour fournir les services préventifs primaires. Ils peuvent être offerts par les intervenants de la santé en milieu scolaire, les enseignants et des agents facilitateurs (Redmond, Blinkhorn et al. 1999).

Selon l'Institut de médecine de la National Academy of Sciences des Etats-Unis (1997), le moyen le plus efficace de s'assurer que tous les enfants reçoivent l'enseignement sur la santé ainsi que sur les soins préventifs est d'encourager la mise en place de tels programmes en milieu scolaire, citant à l'appui les nombreuses localités qui ont démontré que ces programmes peuvent être dispensés de façon économique aux écoliers. De nos jours, le nombre de jeunes ayant terminé leurs études secondaires sans avoir de carie est encore minoritaire. Les programmes de promotion/prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire sont considérés utiles pour améliorer l'état de santé des jeunes difficiles à rejoindre autrement.

La mise en place de ces programmes a débuté dans les années 1970 et a connu un essor considérable depuis ce temps. Institués au Canada, aux États-Unis, en Australie et dans de nombreux pays d'Europe et d'Afrique, ils se sont avérés rentables pour la société. Les moyens varient : éducation à la santé buccodentaire, cours magistraux, programmes enseignés par des confrères de classe (un succès en Finlande), dépistage, traitements préventifs, cliniques mobiles et sur place et soins dentaires mineurs (Hacker, Fried, Bablouzian, et Roeber 1994; School Health Ressources Services 1995).

Ainsi, de nombreuses écoles élémentaires de toutes les parties du monde, offrent des programmes de promotion/prévention de la santé buccodentaire et leur nombre s'accroît constamment. Plusieurs raisons expliquent le choix du milieu scolaire pour la mise en place de ces programmes et la mise à contribution des enseignants :

- Le milieu scolaire offre un environnement naturel d'apprentissage et permet de rejoindre une population captive de jeunes de tous les niveaux socio-économiques. Il permet un support social et de nombreuses interactions avec les pairs (Resnicow 1993; Newmark-Sztainer, Story et Harris 1999);
- Il représente un environnement permettant aux jeunes de bénéficier du support des enseignants tout en leur offrant l'opportunité de modifier leurs habitudes alimentaires et de bénéficier d'une nourriture saine en milieu scolaire lorsque les besoins vont en ce sens (Newmark-Sztainer, Martin et Story 2000);
- Il permet de rejoindre tous les enfants (Sogaard et Holst 1988), en particulier ceux qui autrement n'auraient pas accès à l'information et aux soins préventifs sur la santé buccodentaire dispensés lors de la visite régulière chez le dentiste (Loupe et Frazier 1983; Todd et Dodd 1985);
- Il permet l'intégration de l'hygiène buccodentaire aux programmes d'hygiène physique. La mise en évidence de l'importance de l'hygiène buccodentaire et le dépistage du besoin

évident de traitement encouragent les visites chez le dentiste ainsi que le recours aux traitements dentaires en cabinet privé (Harding et Taylor 1993);

- La majorité des parents sont en faveur du dépistage dentaire en milieu scolaire et il en résulte une prise de conscience accrue de l'importance de l'hygiène buccodentaire;
- Les habitudes d'hygiène se prennent tôt alors, le milieu scolaire permet de rejoindre les enfants au moment où les bonnes habitudes de santé commencent à se prendre (Breckon, Harvey et Lancaster 1985; Honkala 1993) et au moment où les enfants développent leurs valeurs personnelles (Haefner 1974);
- Les programmes de promotion et de prévention dans ce milieu offrent un moyen économique d'inculquer la prise de bonnes habitudes en santé buccodentaire à de nombreux enfants en même temps (Zedecker 1996). Ces services peuvent être offerts à moindre coût ou même sans coût pour la famille (Resnicow 1993);
- Il représente l'endroit à privilégier pour la mise en évidence de saines habitudes de vie nécessaires pour le maintien de la bonne santé buccodentaire (Newmark-Sztainer 1996);
- Il permet de rejoindre les élèves et les parents. Il encourage l'acquisition de comportements positifs face à la santé buccodentaire (Johnson et Deshpande 2000);
- Il permet de contrer les barrières reliées au coût des services (Resnicow 1993; Newmark-Sztainer, Martin et Story 2000) et des déplacements et à la disponibilité du temps (Newmark-Sztainer, Martin et Story 2000);
- Les enseignants peuvent influencer les élèves sur la santé buccodentaire en les aidant à comprendre l'importance de l'hygiène buccodentaire et en renforçant leurs attitudes et leurs comportements positifs envers la santé buccodentaire (Tones 1979; Striffler, Young, Burt 1983; Lang, Woolfolk et Faja 1989; M^c Cormack-Brown, Clark, M^c Dermott 1989; Hedrich 1999);
- Ils ont un contact quotidien avec les élèves. Ils ont donc ainsi l'opportunité de discuter avec eux des problèmes de santé de façon formelle ou informelle, ce qui leur permet de donner de l'information sur la prévention de la santé buccodentaire (Newmark-Sztainer, Story et Harris 1999) et d'adapter l'information aux besoins de chaque élève (La Rose 1980);
- Ils ont une formation en psychologie de l'éducation ce qui leur permet de donner l'éducation à la santé buccodentaire avec plus d'aisance (Saylor 1969).

2.2 Connaissances des enseignants au primaire

2.2.1 Nature du savoir des enseignants

Le savoir des enseignants englobe, selon Portelance 2000, une pluralité de savoirs et de formes de savoirs qui se rapportent aux multiples facettes des situations d'enseignement. Tout en fait partie, même ce qui est implicite et spontané comme les habitudes, les émotions, les

Opinions des enseignants au primaire concernant leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves

intuitions, les manières de faire et d'être, la personnalité, les idéologies et les représentations de l'enseignant. Un vocabulaire diversifié permet d'en parler. On traite de ce savoir en fonction de pensées et d'actions, de conceptions, de théories personnelles, de croyances et de valeurs, de perspectives, de principes, de constructions mentales, de connaissances pratiques, etc. Toutes ces expressions désignent sensiblement la même chose. Le savoir de l'enseignant lui sert de base pour agir, prendre des décisions, improviser en classe et analyser son action.

2.2.2 Savoir théorique à enseigner

Malgré que les nombreux savoirs de l'enseignant soient difficiles à dissocier, une subdivision a été proposée par Altet 1996. Elle détermine deux pôles de connaissances, soit les savoirs théoriques et les savoirs pratiques. Les savoirs théoriques comprennent : le savoir à enseigner et le savoir pour enseigner. Dans le cadre de cette recherche, nous allons nous limiter au savoir théorique à enseigner puisqu'il nous intéresse particulièrement.

Le savoir théorique à enseigner a trait à la discipline, au contenu des programmes et à leur organisation, à la multidisciplinarité et à la répartition du contenu aux différents échelons d'un programme d'études. Le savoir sur la discipline à enseigner est reconnu et l'enseignant doit l'assimiler pour pouvoir le présenter aux élèves. On exige donc de lui une connaissance approfondie du sujet à enseigner puisque celle-ci est considérée comme un préalable à l'exercice du métier. En tant que spécialiste d'un domaine, l'enseignant doit maîtriser le sujet à enseigner, connaître sa matière, ses concepts clés, ses principes essentiels et leurs relations. Plus sa compétence s'accroît, plus ses connaissances sur la matière sont articulées selon des principes généraux et moins l'enseignant accorde d'attention aux traits de surface des contenus. Lorsque ce spécialiste de l'enseignement connaît bien sa matière, il la comprend suffisamment pour construire le sens des textes des manuels scolaires, les critiquer et les mettre en perspective. De plus, comme dans tout domaine, l'ensemble des connaissances disponibles évolue continuellement et de plus en plus rapidement. L'enseignant doit donc actualiser ses connaissances et poursuivre sa quête de savoir sur les contenus d'enseignement afin d'en faire profiter ses élèves.

Le professionnel modifie, selon ses besoins et surtout ceux de ses élèves, les savoirs théoriques à enseigner. Le contenu à enseigner est sélectionné, organisé et transformé. Il doit rendre la matière accessible et intéressante aux élèves tout en tenant compte de leur orientation personnelle.

2.2.3 Acquisition du savoir des enseignants

La présentation qu'un enseignant fait des savoirs théoriques (Portelance 2000) dans le milieu scolaire ainsi que la transformation qu'il leur fait subir, sont teintées par sa personnalité, ses manières d'être et ses attitudes. Dans l'appropriation de ces savoirs, il a recours, consciemment ou non, à ses valeurs, ses émotions, ses théories personnelles et ses convictions, lesquelles découlent souvent de son expérience de vie, familiale et sociale aussi bien que professionnelle. Les représentations du milieu scolaire impriment aussi un sens personnel au savoir officiel. Les images que l'enseignant a tracées dans sa mémoire lorsqu'il était élève sont indélébiles. La vision qu'il avait du maître, comme élève, est transportée par l'enseignant tout au long de sa carrière. Un ensemble particulier de dispositions et de savoirs personnels est donc

déjà acquis quand il s'engage dans sa profession. Les savoirs acquis dans la famille (Raymond, Butt et Yamagishi 1993) avant l'exercice de la profession, au fil des expériences scolaires et au contact de certains adultes et amis, constituent la base qui influe sur l'orientation, l'attitude et la perspective de l'enseignant.

2.2.4 Connaissances des enseignants au primaire sur les méthodes de prévention de la santé buccodentaire

Au Kentucky, une étude réalisée par Mullins et Sprouse 1973 a démontré que les connaissances des enseignants au primaire sur les méthodes de prévention en santé buccodentaire n'étaient pas à jour, ce qui venait compromettre les résultats de leur enseignement. Par contre, ils démontraient une attitude positive à participer à celles-ci et reconnaissaient l'importance de la prévention, mais ne pouvaient en expliquer la logique de base pour les recommandations. Selon Freed et Goldstein's 1976, l'analyse de la littérature destinée à la formation des futurs enseignants, disponible à ce moment, pourrait expliquer cette situation puisqu'ils ont en effet remarqué que celle-ci était souvent déficiente, inadéquate et régulièrement incorrecte.

Très peu d'universités américaines exigent une formation générale obligatoire en santé buccodentaire dans leur programme de formation des enseignants au primaire (Kittleson et Ragon 1984). Lorsqu'une telle formation y est incluse, au même titre que la sécurité chez les enfants, la toxicomanie et la santé mentale, cela vient garantir qu'ils recevront une formation sur ces sujets. Ils seront ainsi sensibilisés à ces problématiques, ce qui les amènera peut-être à accepter certaines responsabilités lorsqu'ils seront enseignants (Michigan model 1986).

Selon plusieurs études, les enseignants au primaire manquent de connaissances sur les mesures préventives de la carie dentaire et sur leur efficacité (Loupe et Frazier 1983; Lang, Woolfolk et Faja 1989; Kay et Baba 1991; Nyandindi, Palin-Palokas, Milen et al. 1994; Sgan-Cohen et autres 1999). Souvent, la fluoruration de l'eau de consommation et les scellants de puits et sillons sont considérés par la majorité d'entre eux, comme étant des mesures peu efficaces de prévenir la carie dentaire, et ce, malgré le fait que l'eau de leur localité soit fluorurée depuis plusieurs années. Plusieurs enseignants reconnaissent que le fluorure rend la dent plus résistante à la carie dentaire, mais ignorent qu'il peut réparer des petites lésions dentaires débutantes, qu'il est un nutriment essentiel et qu'il aide à diminuer le nombre de bactéries (streptocoques mutans) en bouche (Lang, Woolfolk, Faja 1989). Par contre, les enseignants font très bien la relation entre le sucre contenu dans l'alimentation et la carie dentaire.

La plupart du temps, le contenu de certains programmes sur la santé buccodentaire en milieu scolaire est offert à un ou deux niveaux scolaires. Il contient de l'information désuète où l'accent est davantage mis sur les méthodes « traditionnelles » de prévention de la carie dentaire des années 1970 que sur celles reconnues efficaces à ce jour scientifiquement. À titre d'exemple, le brossage des dents et la soie dentaire ont été soulignés comme des mesures primaires de prévention de la carie dentaire. À ce jour, l'emploi du fluorure et des scellants de puits et sillons ont été démontrés comme les mesures les plus efficaces pour prévenir la carie dentaire (Siegal et Carnahan 1989; Bouchard, Farquhar, Carnahan, Daily 1990).

Selon l'étude de Loupe et Frazier 1983, certains enseignants ignorent totalement l'efficacité des mesures préventives. Ainsi, ceux qui participent à des activités de prévention de

la carie dentaire en milieu scolaire reconnaissent la mesure appliquée dans leur école comme étant la mesure la plus efficace de prévention de la carie dentaire, alors que ceux qui ne participent pas à un tel programme classent ces méthodes comme inefficaces. Par contre, pour Russel et Horowitz 1986, le fait que les enseignants participent à un programme de prévention permet d'améliorer leurs connaissances au sujet de la santé et de la prévention buccodentaire. Ils peuvent ainsi les partager avec les membres de leur entourage.

Dans ces différentes études, il ne semble pas y avoir de différence significative entre le genre de l'enseignant, la localisation du milieu scolaire (rural ou urbain) et le nombre d'années d'expérience des enseignants sur les connaissances des méthodes préventives de la carie dentaire.

Le manque de connaissances sur l'efficacité de certaines mesures préventives comme la fluoruration de l'eau et les scellants de puits et sillons confirme la marge apparente qui existe entre les connaissances scientifiques et celles du public (O'Neil 1984; Frazier 1986). Les visites régulières chez le dentiste sont mentionnées dans certaines études (Lang, Woolfolk et Faja 1989; Sgan-Cohen et autres 1999) comme des mesures préventives de la carie dentaire plus efficaces que celles reconnues scientifiquement, ce qui contredit la littérature disponible présentement (Nadanovsky et Sheiham 1995).

Les résultats de trois études (Mullins et Sprouse 1973; Loupe et Frazier 1983; Lang, Woolfolk et Faja 1989) confirment que le changement dans les connaissances et dans l'attitude de l'enseignant face à un programme de santé buccodentaire ne se produit pas rapidement, et ce, malgré le fait qu'il évolue dans la carrière d'enseignant depuis plusieurs années. Il est possible que l'enthousiasme du nouvel enseignant face à son implication aux activités de santé buccodentaire soit diminué par les réalités quotidiennes du travail d'enseignant (Glasrud et Frazier 1988).

2.2.5 Connaissances des futurs enseignants en dentisterie préventive

Les résultats de l'étude réalisée par Glasrud et Frazier 1988 pour vérifier les connaissances de futurs enseignants au primaire de l'Université de Minnesota révèlent qu'ils ont un manque de connaissance et de fausses opinions sur l'efficacité de certaines méthodes de prévention de la carie dentaire pour la population à laquelle ils vont enseigner. Entre autres, les méthodes reconnues efficaces scientifiquement comme la consommation de l'eau fluorurée, l'application de scellants de puits et sillons, l'utilisation de rince-bouche fluoruré ou l'emploi de suppléments fluorurés sont considérées par les futurs enseignants comme des mesures préventives de la carie dentaire moins efficaces que la visite régulière chez le dentiste, le brossage des dents, la soie dentaire et la réduction de la fréquence de consommation d'aliments sucrés. Par ailleurs, plusieurs d'entre eux ne connaissent pas les scellants de puits et sillons ou les autres mesures préventives de la carie dentaire. Ces résultats soulèvent donc des interrogations sur le contenu du cours obligatoire en santé publique requis par cette université lors de la formation des enseignants. En effet, 68 % des étudiants en enseignement qui ont participé à cette étude ont suivi ce cours obligatoire en santé publique et malgré tout, leurs connaissances semblent tout de même déficientes.

Les résultats d'une étude qualitative réalisée par Hedrich en 1999 auprès d'étudiants en enseignement nous éclairent sur les attitudes des enseignants face à l'éducation à la santé. Ceux-ci reconnaissent que leur attitude, positive ou négative, face à l'enseignement de l'éducation à la santé provient de l'influence exercée par leur enseignant lorsqu'ils étaient eux-mêmes étudiants au niveau du primaire. Cette attitude a été modifiée de façon très positive lors de leur formation d'enseignant en participant à un cours d'éducation à la santé. Ils reconnaissent la pertinence de participer à son enseignement auprès de leurs futurs élèves au primaire. Ils précisent que les enseignants au primaire ont une influence sur l'attitude de leurs élèves face à la santé. L'enseignant sert de modèle pour l'élève en ce qui a trait à l'attitude aussi bien qu'au comportement face à l'éducation à la santé. Ce sont des rôles que ces étudiants en enseignement considèrent importants à développer positivement lors de leur formation, d'autant plus que l'attitude est une composante importante dans l'adoption du comportement face à la santé. Ils peuvent ainsi collaborer d'une façon privilégiée à l'amélioration de la santé globale de leurs élèves, mais aussi, par le fait même, des générations futures.

2.3 Adéquation des connaissances des enseignants au primaire versus celles des parents sur les méthodes de prévention de la carie dentaire

Les connaissances des enseignants au primaire du Koweït (Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990) sont plus élevées que celles des mères, et ce, sur plusieurs sujets de la santé buccodentaire, entre autres, les causes de la carie dentaire, du saignement gingival ainsi que l'effet bénéfique du fluorure pour la prévention de la carie dentaire. Par contre, les résultats de deux études (Peterson, Danila, Samoïla 1995; al-Tamami et Peterson 1998) ne montrent pas de différence significative entre les connaissances des enseignants au primaire et celles des mères des élèves malgré des lacunes importantes de part et d'autre.

Une discordance importante est observée entre les connaissances des mères sur l'effet du sucre et des bonbons sur les dents et leurs habitudes de consommation. En effet, même si elles reconnaissent leur effet néfaste, leur consommation n'en demeure pas moins élevée et celle de leurs enfants l'est encore davantage (Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990).

2.4 Principales sources d'information des enseignants au primaire

La première source d'information des enseignants au primaire sur la santé buccodentaire et ses méthodes de prévention est le cabinet dentaire ou le dentiste (Glasrud et Frazier 1988; Lang, Woolfolk, Faja 1989; Peterson, Danila, Samoïla 1995; al-Tamami et Peterson 1998; Sgan-Cohen et autres, 1999), à l'exception du Koweït (Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990) où cette source vient en dernière position, probablement en raison de l'inaccessibilité aux dentistes dans cette région. Cette première source d'information correspond à celle de la population en général (O'Neil 1984).

Les autres sources mentionnées sont la famille, les amis, les voisins, le milieu scolaire (élémentaire et secondaire), les agences gouvernementales, les médecins et les médias (magazines, livres, journaux, télévision, radio).

2.5 Attitudes des enseignants au primaire face à la prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire

Selon deux études (Boyer 1976; Loupe et Frazier 1983), le temps est venu modifier l'attitude des enseignants américains (Minneapolis). En 1973, ils acceptaient plus facilement les responsabilités des programmes de prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire qu'en 1978 et 1981. Les raisons de ce changement d'attitude n'ont pas été investiguées de façon particulière. Certains pensent que ce phénomène peut être dû aux coupures budgétaires en milieu scolaire, à l'augmentation du nombre d'élèves par classe ainsi qu'à l'augmentation de leurs responsabilités d'enseignant. Par contre, la résistance des enseignants à accepter les responsabilités de supervision des soins préventifs peut être due, selon Coombs, Silversin, Rogers, Drolette 1981, à la perception qu'ont les enseignants que cette tâche pourrait être effectuée par d'autres intervenants (infirmières en milieu scolaire ou hygiénistes dentaires).

Selon deux études (Lang, Woolfolk et Faja 1989; Sgan-Cohen et autres 1999), les enseignants au primaire sont moins favorables à accorder du temps scolaire pour des traitements dentaires ou des programmes de prévention (exemple : scellants de puits et sillons, rince-bouche fluoruré, supervision du brossage et de la soie dentaire) nécessitant une participation active de leur part. Cependant, le nombre d'années d'expérience n'affecte pas l'attitude des enseignants face à ces mesures préventives.

Par contre, une exception a été remarquée auprès de certains enseignants au primaire du Michigan de milieu rural (Lang, Woolfolk et Faja 1989) qui seraient disposés à accepter la supervision du rince-bouche fluoruré. Une faible proportion de futurs enseignants au primaire du Minnesota (25 %), selon Glasrud et Frazier 1988, se disent prêts à superviser des mesures comme le rince-bouche fluoruré hebdomadaire, le brossage de dents et la soie dentaire.

Les enseignants sont davantage favorables à des méthodes ne nécessitant pas d'observance de la part des élèves, telle la fluoruration de l'eau de la communauté ou de l'école. Ils démontrent un intérêt à retirer les aliments cariogènes et les boissons sucrées de la cafétéria et des machines distributrices, mais s'inquiètent des pertes financières que subirait le milieu scolaire puisque le profit généré par celles-ci est souvent réaffecté aux activités étudiantes (Nahan 1979).

2.6 Attitudes des enseignants au primaire face à la promotion de la santé buccodentaire en milieu scolaire

Les enseignants au primaire sont davantage disposés à accepter un rôle d'enseignement traditionnel dans des activités d'éducation sur la santé buccodentaire et, par le fait même, ils démontrent davantage d'intérêt à participer à la promotion de la santé buccodentaire (Loupe et Frazier 1983; Glasrud et Frazier 1988; Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990; Kay et Baba 1991; Peterson, Danila et Samoila 1995; Peterson et Esheng 1998; al-Tamami et Peterson 1998; Sgan-Cohen et autres 1999).

Les enseignants préfèrent avoir un programme pour les guider et souhaitent recevoir un support pratique des hygiénistes dentaires et des dentistes ainsi que du matériel éducationnel pour l'éducation à la santé buccodentaire (Loupe et Frazier 1983; Kay et Baba 1991; Peterson,

Danila et Samoila 1995; al-Tamami et Peterson 1998). L'enseignement de l'éducation à la santé buccodentaire a été considéré par Loupe et Frazier 1983 comme une entité distincte faisant ou pouvant faire partie du programme régulier et pouvant être intégrée dans le curriculum de formation tout en étant reliée aux ressources dentaires de la communauté (al-Tamami et Peterson 1998).

2.7 Responsabilités que les enseignants au primaire sont favorables à accepter en promotion/prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire

- Enseigner des mesures préventives sur la santé buccodentaire à leurs élèves (Loupe et Frazier 1983; Glasrud et Frazier 1988; Lang, Woolfolk et Faja 1989; Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990; Kay et Baba 1991);
- Supporter les élèves dans le choix des mesures préventives (Loupe et Frazier 1983; Kay et Baba 1991; Sgan-Cohen et autres 1999);
- Encourager les parents à supporter leurs enfants dans la promotion de la santé buccodentaire (Sgan-Cohen et autres 1999);
- Sensibiliser les élèves à l'importance de la santé buccodentaire (Loupe et Frazier 1983; Kay et Baba 1991);
- Établir une prise de conscience des causes de la carie dentaire auprès de leurs élèves (Loupe et Frazier 1983; Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990; Kay et Baba 1991; Peterson, Danila, Samoila 1995);
- Enseigner des mesures alimentaires nutritives pour minimiser la carie dentaire (Loupe et Frazier 1983; Lang, Woolfolk et Faja 1989; Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990; Kay et Baba 1991; Peterson, Danila et Samoila 1995);
- Motiver chaque élève à adopter de bonnes mesures d'hygiène buccodentaire et un comportement positif face à la santé buccodentaire (Loupe et Frazier 1983; Kay et Baba 1991; Peterson, Danila et Samoila 1995);
- Aider l'élève à développer une attitude positive envers le dentiste (Loupe et Frazier, 1983; Kay et Baba 1991; Sgan-Cohen et autres 1999);
- Donner des instructions sur le brossage des dents (Loupe et Frazier 1983; Kay et Baba 1991);
- Référer les élèves à l'hygiéniste dentaire ou à l'infirmière (Loupe et Frazier 1983; Lang, Woolfolk, Faja 1989; Sgan-Cohen et autres 1999);
- Participer à des programmes dentaires dans la communauté (Sgan-Cohen et autres 1999);
- Contacter les dentistes de pratique privée et les encourager à aider les enfants défavorisés (Sgan-Cohen et autres 1999);

- S'assurer que les élèves subissent un examen dentaire régulièrement (Sgan-Cohen et autres 1999).

2.8 Responsabilités que les enseignants au primaire sont peu favorables à accepter en prévention en milieu scolaire

Les responsabilités que les enseignants au primaire sont peu favorables à accepter en prévention en milieu scolaire sont :

- De participer à des programmes de prévention de santé buccodentaire nécessitant du temps scolaire et une participation active de leur part (programme de scellants de puits et sillons, rince-bouche fluoruré, supervision du brossage des dents et de la soie dentaire) (Glasrud et Frazier 1988; Lang, Woolfolk et Faja 1989; Sgan-Cohen et autres 1999);
- D'organiser la rencontre des parents, lorsque nécessaire, pour le suivi de la santé buccodentaire des enfants (Loupe et Frazier 1983);
- D'effectuer des tâches administratives soit (Loupe et Frazier 1983) :
 - Ø distribuer des dépliants sur la santé buccodentaire,
 - Ø vérifier si tous les enfants visitent le dentiste une fois par année,
 - Ø coordonner la distribution de cartes de santé buccodentaire selon l'horaire des dentistes.

2.9 Principales barrières à l'instauration d'un programme de prévention en milieu scolaire

La diminution de la carie dentaire n'est pas considérée comme très importante par les enseignants et la direction de l'école, ce qui amène un manque d'intérêt pour la mise en place d'un programme de prévention de la carie dentaire (Nahan 1979). Les enseignants sont peu favorables à la mise en place de ce programme durant leurs périodes d'enseignement parce qu'ils ressentent une certaine interférence avec les activités d'apprentissage, ce qui diminue le temps réservé à l'enseignement (Nahan 1979; Glasrud et Frazier 1988; Lang, Woolfolk et Faja 1989; Sgan-Cohen et autres 1999). La supervision quotidienne du brossage de dents et de la soie dentaire demande une plus grande coordination que le rince-bouche fluoruré hebdomadaire et la distribution de comprimés fluorurés (Nahan 1979).

Certains élèves ne collaborent pas adéquatement à ces mesures préventives. Certains parents s'objectent à ce que leurs enfants prennent des comprimés de fluorure quotidiennement de peur qu'ils développent l'habitude de prendre des comprimés et que cela les amène à accepter l'abus de la drogue. La mise en place d'un programme préventif nécessite la contribution du personnel enseignant en termes de disponibilité, mais également la contribution financière du milieu scolaire puisque souvent, le matériel requis pour son implantation s'avère assez coûteux lorsqu'il est défrayé principalement par le milieu scolaire (Nahan 1979).

2.10 Promotion/prévention de la santé buccodentaire

Traditionnellement, les enseignants au primaire ont joué un rôle dans l'éducation des élèves pour la promotion/prévention de la santé buccodentaire. Ils ont été sollicités pour supporter et participer activement à une variété de programmes dans ce domaine.

Durant les années 1980, le ministère de la Santé nationale a commencé à privilégier la promotion de la santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (WHO) 1984 :

« La promotion de la santé est un processus visant à rendre l'individu et la collectivité capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé et, de ce fait, d'améliorer leur santé. La promotion de la santé représente une stratégie de médiation permanente entre les gens et leur environnement, alliant choix personnel et responsabilité sociale ».

La promotion de la santé vise à renforcer, chez les personnes et les communautés, le contrôle qu'elles exercent sur leur santé et leur bien-être; elle cherche à augmenter leur capacité de modifier des comportements et d'influencer des décisions favorables à la santé publique. Les déterminants de la santé sont les facteurs biologiques ou endogènes, reliés à l'environnement, aux habitudes de vie et au système de soins.

La promotion de la santé, selon Harvey 1982, englobe l'éducation sanitaire, la législation en matière de santé, le marketing social, les communications par les médias et l'organisation communautaire. Tous ces moyens réunis ensemble visent non seulement à prévenir la maladie, mais à promouvoir un état de bien-être complet et à améliorer la qualité de vie.

La prévention est définie par Le Petit Robert comme étant l'ensemble de mesures préventives reconnues efficaces pour prévenir l'apparition de certains problèmes. Elle concerne l'ensemble des mesures collectives et individuelles qui visent à réduire les facteurs de risque. Ces mesures portent sur le contrôle des agents agresseurs et des risques environnementaux et sur le renforcement de la résistance des personnes.

La prévention primaire de la carie dentaire (Tableau 1, Annexe 1) est reconnue comme étant toute procédure ou action que la recherche a reconnu efficace pour prévenir l'apparition de celle-ci (Green et Kreuter 1990). Plusieurs recherches ont démontré que le fluorure ajouté à l'eau, au sel ou au lait peut réduire l'incidence de la carie dentaire (Horowitz 1996). L'emploi régulier de suppléments fluorurés (comprimés à croquer ou en gouttes), l'emploi de fluorure topique sous forme de rince-bouche ou de dentifrice et l'application professionnelle de gel et de vernis ont aussi été reconnus pour prévenir la carie dentaire (Horowitz 1995; Burt et Eklund 1999). L'emploi de scellants de puits et sillons pour préserver les surfaces vulnérables à l'exposition des acides cariogéniques est un important ajout à la prévention primaire de la carie dentaire (Ripa 1993). Cette mesure préventive reconnue comme une des plus efficaces semble universellement inconnue du public (Mafeni et Messer 1994).

Un consensus parmi les experts de la recherche a établi que l'usage du fluorure, en général sous forme topique et en particulier la pâte dentifrice fluorurée, a contribué

définitivement à la prévention de la carie dentaire (Bratthall, Hänsel-Peterson, Sundberg 1996). Les rapports scientifiques ont établi que le fluorure jouait un rôle important dans la prévention de la carie dentaire et la reminéralisation des lésions carieuses débutantes (Silverstone 1983). Le recours à ces mesures préventives est hautement dépendant des connaissances des individus sur l'importance de leur emploi. Le manque de connaissances des individus sur l'emploi bénéfique des fluorures est spécialement critiqué en raison de leur participation dans la prise de décision lors de l'instauration de programmes préventifs communautaires (Evans 1980; Isman 1981).

De plus, Frazier a déclaré, en 1980 : « *Étant donné l'existence des connaissances scientifiques au sujet des mesures de prévention de la carie dentaire... la société a la responsabilité d'éduquer les jeunes au sujet de ces mesures* ».

Théoriquement, le contrôle de la fréquence de la consommation de sucre fait partie des méthodes de prévention primaire de la carie dentaire, mais du point de vue pratique, il est très difficile de mettre en application le contrôle de la consommation du sucre raffiné dans un endroit où la carie dentaire représente une problématique pour une communauté (Burt, Ismail 1986; Newbrun 1989). Le fait d'enlever la plaque dentaire par le brossage de dents et par la soie dentaire n'est pas considéré comme une méthode de prévention primaire de la carie dentaire, parce que les recherches n'ont pas démontré que le fait d'enlever cette plaque sans l'emploi d'une pâte dentifrice fluorurée est efficace pour prévenir la carie dentaire (Bellini, Arneberg, von der Fehr 1981).

La restauration de la dent par un matériau obturateur après destruction de la structure dentaire par la carie dentaire n'est pas qualifiée comme une méthode préventive primaire de la carie dentaire. Les restaurations ne préviennent pas elles-mêmes l'instabilité de la carie, mais c'est une méthode secondaire pour prévenir l'extension de la carie dentaire (Anusavice 1995).

Certaines études suggèrent que les enseignants doivent connaître l'étiologie de la carie dentaire qui comprend les trois facteurs majeurs suivants : les micro-organismes, la diète et le processus relié à la diète amenant la production d'acide par les micro-organismes et la susceptibilité de la dent. Ils doivent connaître les méthodes les plus efficaces et efficientes disponibles à ce jour pour prévenir la carie dentaire en rendant la dent la moins susceptible possible en employant le fluorure topique et systémique de façon optimale (principalement pour les surfaces lisses) et les scellants de puits et sillons (pour les surfaces occlusales) où plus de la moitié des caries dentaires se retrouvent (Horowitz 1980; Horowitz 1981; Silverstone 1982; Loupe et Frazier 1983; Kay et Baba 1991).

En 1983, Loupe et Frazier ont établi six principes de base d'éducation à la santé buccodentaire qui doivent être mis en application pour amener les enseignants à assister les professionnels dentaires dans la promotion/prévention de la santé buccodentaire :

- Informer les enseignants sur les connaissances scientifiques reconnues au sujet de l'efficacité et de l'efficience des méthodes préventives de la santé buccodentaire comme la fluoruration des eaux, l'auto-application de fluorure, l'application topique de fluorure par des professionnels, les scellants de puits et sillons, la diminution des collations sucrées, le recours aux soins dentaires professionnels de façon régulière et l'hygiène buccale (Horowitz et Frazier 1980; Horowitz et Thomas 1981; Silverstone 1982);

- Rendre les efforts de promotion et d'éducation à la santé buccodentaire parallèles aux connaissances scientifiques. Les efforts pour les aspects de l'éducation à la prévention doivent être déterminés par des recherches reconnues valides au sujet des interventions efficaces pour protéger les individus et la communauté en regard avec l'expérience de la carie dentaire et de la gingivite;
- Promouvoir l'éducation et le renforcement positif afin de sensibiliser la population à l'importance de se prévaloir des mesures préventives disponibles;
- S'assurer que l'information éducationnelle sur les mesures préventives disponibles reconnaisse les effets spécifiques de chaque procédure au sujet des deux problèmes les plus communs à la santé buccodentaire (carie, gingivite);
- Inclure une composante éducationnelle pour l'élève, le personnel scolaire, les parents et les professionnels dentaires de la communauté, à chaque fois que des élèves participent à des méthodes de prévention primaires de la carie dentaire en milieu scolaire, pour assurer une meilleure compréhension du but des interventions, de leurs bénéfices et de leurs limites;
- Développer l'information éducationnelle au-delà des méthodes préventives incluses dans un programme spécifique. Par exemple, l'accent devrait être mis sur l'importance de la fluoruration de l'eau de la communauté dans tout programme éducationnel. L'effet bénéfique de cette intervention devrait également être souligné lors d'interventions éducatives dans une localité où l'eau est fluorurée. Un effet de renforcement favoriserait ainsi une sensibilisation à l'importance de continuer de se prévaloir de cette méthode préventive.

2.11 Éducation à la santé et à la santé buccodentaire

La majorité des problèmes de santé rencontrés de nos jours peuvent être prévenus et sont, pour la plupart des cas, attribuables à des comportements et à de mauvaises habitudes de vie (accidents, violence, consommation de drogue, d'alcool et de tabac, mauvaise alimentation et absence d'activité physique). L'interrelation de ces comportements combinée à une éducation déficiente contribue à la mauvaise santé de l'individu et se répercute de façon plus élargie dans un problème de société.

L'éducation à la santé est une composante importante des activités professionnelles des intervenants en ce domaine. Elle désigne, selon Green 1979 : « *toute combinaison de possibilités d'apprendre qui puisse faciliter les adaptations volontaires du comportement contribuant à la santé* ». Ainsi, « *toute combinaison de possibilités d'apprendre* » peut référer à toute activité éducative destinée à accroître les connaissances et à développer une compréhension et un savoir-faire qui contribuent à la santé. Cette activité peut s'effectuer entre deux individus, au sein d'un petit groupe ou en plus grand groupe (par les médias) et elle peut se faire par enseignement assisté par ordinateur. Par conséquent, l'éducation en matière de santé suppose la transmission de connaissances et la modification du comportement des individus amenant ainsi le maintien ou l'amélioration de la santé.

L'éducation à la santé est assurément un champ d'avenir en pleine croissance. Elle est en voie de devenir la stratégie et la philosophie à privilégier dans les interventions de la santé, selon Redman 1997. L'importance de la responsabilité personnelle revient constamment dans les débats sur la santé et les soins de santé depuis les années 1970 (Lalonde 1974). Les individus sont invités à prendre en main leur propre santé en augmentant leur part de responsabilités, et ce, dans le but d'améliorer leur santé globale. Une raison importante d'instaurer l'éducation à la santé, selon World Health Organisation (WHO) 1974, est de permettre aux individus d'apprendre à contrôler leur propre environnement face à la santé.

L'éducation à la santé nécessite un travail de sensibilisation de tous les jours pour arriver à un changement de comportement. Les messages livrés aux individus doivent être précis et suivis par des interventions de renforcement périodiques (Russel, Horowitz et Frazier 1989; Blinkorn 1998). Le milieu scolaire est certes l'endroit à privilégier pour la mise en place et la réussite d'un programme d'éducation à la santé incluant évidemment la santé buccodentaire. Il permet de rejoindre les autres membres de la famille (Burt 1985). Il offre l'opportunité d'aider les étudiants à développer les connaissances et les habiletés nécessaires pour être en santé tout en se réalisant académiquement. Une bonne partie de la population suggère que le milieu scolaire accepte la responsabilité de transmettre l'éducation à la santé et à l'activité physique à la jeune population. Ainsi, un sondage national réalisé par la firme Gallup en 1994 révèle qu'une majorité d'administrateurs scolaires, d'étudiants ainsi que leurs parents supportent une approche coordonnée à l'éducation à la santé en milieu scolaire. Ils sont d'avis que les étudiants devraient recevoir davantage d'information et développer des habiletés face à la santé. La majorité des étudiants déclarent que le temps alloué à l'éducation à la santé devrait être équivalent à celui accordé à d'autres disciplines comme l'anglais, les mathématiques et les sciences.

Des études rigoureuses (Marx, Wooley, Northrop 1998; Reynolds, Temple, Robertson et Mann 2001) ont démontré que des programmes de santé coordonnés en milieu scolaire réduisent effectivement la prévalence des comportements à risque chez les jeunes. Un programme d'éducation à la santé au primaire améliore les connaissances des élèves chez les plus jeunes, mais pas nécessairement chez les plus âgés (DuShaw 1984). L'implication des enseignants a été soulevée comme étant un facteur important du succès de programmes de promotion/prévention de la santé tels la promotion de la ceinture de sécurité (Hazinski, Eddy et Morris 1995), la prévention des abus sexuels (Briggs et Hawkins 1994) et la promotion de la consommation de fruits et de légumes (Resnicow, Davis, Smith, Lasarus-Yaroch, Baranowski, Baranowski, Doyle et Wang 1998).

L'éducation à la santé buccodentaire est considérée comme une partie importante et intégrante des services de santé buccodentaire (Towner 1993). Elle a été dispensée aux individus par l'intermédiaire des pratiques dentaires (Baab et Weinstein 1986; Stewart, Jacobs-Schoen, Padilla et al. 1991) et introduite dans le milieu scolaire (Wight et Blinkhorn 1988; Buischi, Axelsson, Oliveira, Mayer et Gjermo 1994), dans le milieu de travail (Schou, Wight, Clemson, Douglas et Clark 1989) et dans les soins journaliers des personnes âgées en hébergement (Ambjornsen et Rise 1985; Schou, Wight, Clemson, Douglas et Clark 1989).

Les interventions éducationnelles employées varient considérablement, de la simple diffusion d'information à l'emploi de programmes complexes intégrant l'approche psychologique et les changements comportementaux. Elles portent sur les connaissances, les

attitudes, les intentions, les croyances et les comportements face à l'emploi des services dentaires. L'état de la santé buccodentaire a été ciblé pour évaluer le changement (Schou et Locker 1995). Une approche plus exhaustive utilisant une variété de stratégies comportementales et psychologiques produirait un changement de plus grande amplitude au niveau des connaissances, des indices cliniques et du comportement qu'une seule intervention éducationnelle (Schou et Locker 1994).

De plus, les enseignants sont reconnus internationalement pour l'importance de leur rôle potentiel dans l'éducation à la santé buccodentaire en milieu scolaire (Master 1972; al-Tamami et Peterson 1998). Certaines études (Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990; Kay et Baba 1991; Peterson, Danila et Samoila 1995; al-Tamami et Peterson 1998) démontrent l'attitude positive de certains enseignants à participer à celle-ci en milieu scolaire alors que d'autres démontrent une attitude négative à y participer (Nyandindi, Palin-Palokas, Milen et al. 1994). Une importance considérable a ainsi été attribuée à leurs connaissances dentaires (Lang, Woolfolk et Faja 1989; Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990) afin que celles qui seront éventuellement transmises soient reconnues valides (Russel, Horowitz et Frazier 1989), car ils auront ainsi l'opportunité de préparer la génération future comme des consommateurs de soins de santé et des preneurs de décisions bien informés, selon Russel, Horowitz et Frazier 1989.

Les enseignants au primaire sont considérés comme des agents potentiels primaires de socialisation avec leur capacité d'influencer l'attitude future des enfants face à l'acquisition des connaissances et des comportements favorables à la santé buccodentaire (Mullins et Sprouse 1973; Kenney 1979). Ils peuvent même devenir des personnes clés dans l'éducation à la santé buccodentaire (Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al. 1990) et cette dernière pourrait même leur être déléguée à la condition de leur fournir le matériel éducationnel de support (Bouchard, Farquhar et Carnahan et Daily 1990).

Le matériel de support que l'on fournit aux enseignants dans un programme d'éducation à la santé doit correspondre à leurs besoins spécifiques pour qu'ils puissent l'intégrer à leur programmation scolaire. Un guide de l'enseignant a été préparé selon les résultats d'une étude qualitative auprès d'un groupe d'enseignants (Kay et Baba 1991). Une fois la rédaction complétée, les enseignants l'ont réévalué et il a été corrigé selon leurs exigences. Par la suite, il a été mis en application auprès des élèves. L'évaluation de son efficacité a démontré une augmentation significative des connaissances et des attitudes des élèves face à la santé buccodentaire. La grande popularité de ce guide est liée au fait qu'il a évité aux enseignants de nombreuses recherches. Comme il a été conçu selon leurs besoins, la méthode de présentation leur a permis d'adapter ce matériel éducationnel à leurs activités d'enseignement.

La coopération entre les parents, les enseignants et le personnel de soins de santé est importante pour la réussite d'un programme d'éducation à la santé buccodentaire en milieu scolaire (National Board 1972; National Board 1979; Hart et Behr 1980; Croucher, Rodgers, Humpherson et Crush 1985; Kay et Baba 1991). Les intervenants de la santé dentaire publique sont fréquemment invités à planifier et à participer aux programmes en santé buccodentaire en milieu scolaire. Ils jouent souvent le rôle de conseiller dentaire auprès des administrateurs scolaires et des enseignants (Flanders 1987; Kay et Baba 1991). Certains de ceux-ci collaborent avec les enseignants et cette collaboration est davantage reconnue chez les intervenants ayant le plus d'expérience (Laiho, Honkala et Kannas 1995). Toute forme d'éducation à la santé

buccodentaire dispensée dans différents milieux, incluant le milieu scolaire, doit offrir de l'information reconnue scientifiquement et actualisée, suivie du renforcement positif dans le temps (Russel, Horowitz et Frazier 1989). Ce renforcement positif peut être offert par les parents (Kay et Baba 1991; van Paleinstein Helderma, Munck, Mushendwa, van't Hof et Mrema 1997; Redmond, Blinkhorn, Kay, Davies et Worthington 1999), par les pairs et par la remise périodique de dépliants (Redmond, Blinkhorn, Kay, Davies et Worthington, Blinkhorn 1999). Ainsi, un programme d'éducation à la santé buccodentaire a utilisé toutes ces sources de renforcement lors d'une étude randomisée. Les résultats de cette étude ont été très encourageants puisqu'une amélioration importante a été observée au niveau des connaissances sur la santé buccodentaire et de l'hygiène buccodentaire et qu'une diminution significative de la gingivite a été notée (Redmond, Blinkhorn, Kay, Davies et Worthington, Blinkhorn 1999). L'estime de soi a été utilisée comme facteur de motivation dans l'étude de Harding et Taylor 1993 et les résultats ont démontré une amélioration des connaissances, des attitudes et du comportement en matière de santé buccodentaire.

L'éducation à la santé buccodentaire permet une amélioration des connaissances et de l'attitude (Stoffe, Meckenburg et Lathrop 1971), mais une certaine ambiguïté persiste quant à l'amélioration du comportement et de la santé buccodentaire (Richard 1975; Rayant 1979). Il est évident que sans l'information et les habiletés (techniques) appropriées, le changement de comportement ne peut survenir même si l'attitude est positive face à la santé buccodentaire. Les connaissances et les habiletés (techniques) sont des préalables au changement du comportement (Bennie, Tullis, Stephen et Mac Fadyen 1978; Hamp, Bergendal, Grasmie, Lindstrom et Mellbring 1982). Deux études (Craft, Croucher, Dickinson, James, Clements et Rodgers 1984; Sogaard, Holst 1988) montrent qu'un tel programme donne des résultats positifs sur les connaissances et les attitudes face à la santé buccodentaire, mais qu'ils n'améliorent pas celles-ci directement. Une revue de littérature effectuée par Kay et Locker 1996 dans laquelle les résultats de 143 études publiées entre 1982 et 1994 ont été révisés démontre qu'un tel programme améliore les connaissances et le comportement à long terme, mais que ces gains ne s'accompagnent pas nécessairement d'un gain de santé buccodentaire immédiat.

Une fois que ces gains ont été établis au jeune âge, ils peuvent être, lorsque ces enfants deviendront des parents, un facteur contribuant à l'amélioration du comportement positif face à la santé buccodentaire de la génération future. C'est dans cette optique que les professionnels de la santé buccodentaire et les enseignants doivent continuer à transmettre des connaissances sur la santé buccodentaire et les mesures préventives reconnues efficaces en milieu scolaire. Il ne faut pas oublier que les résultats de l'éducation à la santé se font sentir à plus long terme.

Les connaissances inadéquates des enseignants (Hausman et Ruzek 1995; Patterson, Cinelli, Sankaran, Brey et Nye 1996) ainsi que leur attitude face à leur implication à un programme d'éducation à la santé buccodentaire (Frencken, Borsum-Andersson, Makoni, Moyana, Mwashenyi, Mulder 2001) représentent des obstacles majeurs à sa mise en place et à sa réussite.

3. OBJECTIFS

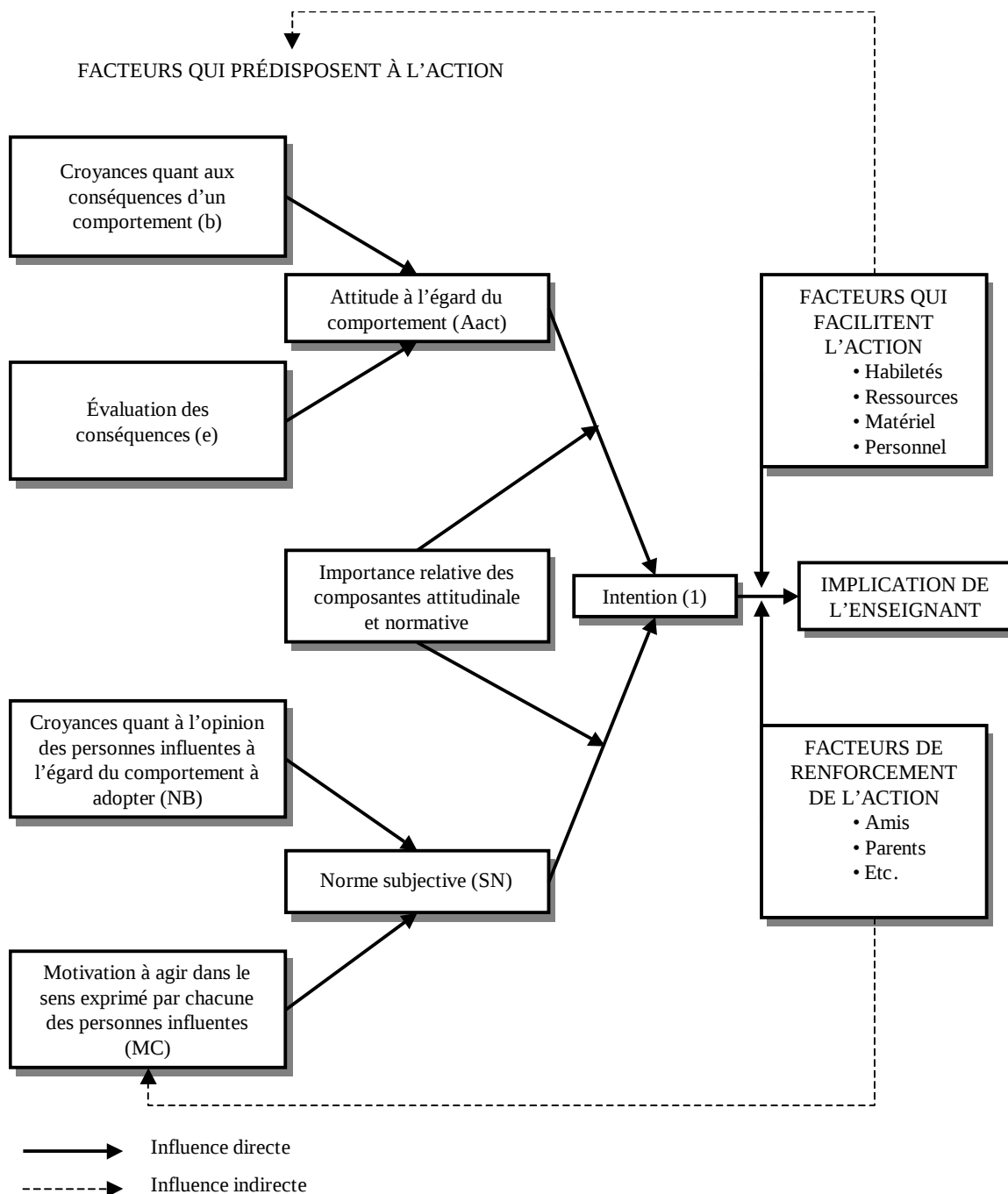
Cette revue de littérature permet de reconnaître le rôle important que jouent les connaissances et l'attitude des enseignants face à la santé buccodentaire lorsque l'on veut les impliquer dans un programme d'éducation à la santé buccodentaire.

Ainsi, avant la mise en place d'un programme d'éducation à la santé buccodentaire, il est très important de connaître l'opinion des enseignants face à leur implication dans de telles activités. Il n'y a aucune étude québécoise disponible contenant cette information, ce qui confirme l'importance de réaliser une telle recherche pour identifier les facteurs à modifier lors de la mise en place d'un programme d'éducation à la santé buccodentaire. Les objectifs de cette recherche sont :

- 3.1 Décrire les opinions des enseignants au primaire face à leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves;**
- 3.2 Identifier les barrières et les facteurs qui facilitent l'implication des enseignants au primaire en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves.**

4. CADRE CONCEPTUEL

MODÈLE DE PLANIFICATION DES INTERVENTIONS ÉDUCATIVES



Source : Exemple illustré à partir du modèle de Fishbein et Ajzen 1975 et de la démarche de Green, Kreuter, Deeds et Partridge 1980.

Le cadre conceptuel qui rejoint cette étude est celui du modèle de planification des interventions éducatives. Il a pour but d'illustrer les différentes catégories de variables à considérer pour la planification de celles-ci. Il comprend les facteurs qui **prédisposent** à l'action, ceux qui **facilitent** l'action et ceux de **renforcement** de l'action. Dans ce modèle, le comportement évalué peut être l'implication de l'enseignant en promotion de la santé buccodentaire tout aussi bien que l'implication de l'enseignant en prévention de la santé buccodentaire. Tous les autres facteurs demeurent en place, ce qui confirme que ce modèle s'adapte bien à la présente étude.

Ce cadre conceptuel est illustré à partir du modèle de Fishbein et Ajzen 1975 et de la démarche de Green, Kreuter, Deeds et Partridge 1980. Comme les facteurs qui **prédisposent** à l'action découlent de facteurs psychosociaux, une place privilégiée est ainsi accordée au modèle de Fishbein et Ajzen 1975 pour expliquer la prise de décision individuelle. La démarche de Green, Kreuter, Deeds et Partridge 1980 a été développée dans la perspective traditionnelle de l'éducation à la santé qui est liée à la prévention et au changement de comportement des individus. Le comportement est considéré comme un déterminant à la santé et a trait principalement aux habitudes de vie.

Nous sommes à même de constater qu'il ne s'agit pas d'un modèle de prédiction de l'implication de l'enseignant, car l'effet des facteurs qui **facilitent** l'action et des facteurs de **renforcement** de l'action ne s'exerce pas directement sur l'implication de l'enseignant, mais bien sur la médiation entre les facteurs qui **prédisposent** à l'action et l'implication de l'enseignant. Ces deux catégories de facteurs supportent l'individu dans sa « prise d'action » et influencent directement la relation intention/implication en ce sens qu'ils permettent la concrétisation des intentions d'implication de l'enseignant en promotion ou en prévention de la santé buccodentaire selon le cas. Ils exercent une influence indirecte sur les facteurs qui **prédisposent** à l'action.

Les facteurs qui **prédisposent** sont donc des facteurs qui précèdent l'implication de l'enseignant. Ils incluent les connaissances, les attitudes, les croyances, les valeurs et les perceptions qui ont trait à la motivation de l'enseignant ou d'un groupe d'enseignants à s'impliquer en promotion ou en prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves. Ces facteurs correspondent aux préférences personnelles de l'enseignant ou du groupe d'enseignants de s'impliquer ou non dans ce domaine.

Les facteurs qui **facilitent** l'action sont aussi des facteurs qui précèdent l'implication de l'enseignant. Ils incluent les habiletés personnelles de l'enseignant et les ressources nécessaires à son implication. Les habiletés réfèrent à la capacité de l'enseignant à accomplir cette tâche. Les ressources en question sont le milieu scolaire, les services de santé (CLSC et/ou régie régionale), le personnel (hygiéniste dentaire, dentiste-conseil) et le matériel requis pour l'implication de l'enseignant (matériel didactique, promotionnel et de prévention). Les facteurs reliés à l'accessibilité font également partie de cette catégorie comme les coûts, la distance, le transport et les heures d'ouverture, mais ils sont atténués puisque l'implication se fait durant les heures scolaires.

Les facteurs de **renforcement** de l'action sont des facteurs subséquents à l'implication de l'enseignant qui servent d'encouragement ou d'incitatif, contribuant ainsi à son maintien ou à

son abandon. Ils incluent autant des bénéfices sociaux (diminution du coût des services de santé) que physiques (moins de caries dentaires) et peuvent être tangibles ou intangibles. La source de **renforcement** de l'implication de l'enseignant peut provenir de confrères de travail, de la direction d'école, du conseil d'établissement, du syndicat, des élèves, des parents et des amis. Ce **renforcement** peut être positif ou négatif.

Les facteurs qui **facilitent** l'action et ceux de **renforcement** de l'action supportent l'individu dans sa prise d'action. Ainsi, ces deux catégories de facteurs influencent directement la relation intention/implication, en ce sens qu'ils permettent la concrétisation des intentions en implication. De plus, ces deux catégories de facteurs influencent indirectement les facteurs qui **prédisposent** à l'action.

Les interventions qui influencent les facteurs qui **prédisposent** à l'action ont généralement un effet à court terme, les interventions qui visent les facteurs de **renforcement** ont un effet immédiat, alors que les interventions qui visent à la fois les trois catégories de facteurs sont plus susceptibles d'engendrer un changement durable dans l'implication de l'enseignant en promotion ou en prévention selon le cas. L'implication est ainsi analysée en regard de ces trois types de facteurs contributifs.

Selon l'illustration de ce cadre conceptuel, les activités éducatives peuvent influencer l'implication de l'enseignant de diverses façons. Ainsi, un programme d'éducation à la santé peut être mis sur pied pour :

- Modifier de façon favorable les facteurs qui **prédisposent** à l'action (croyances attitudinales et normatives, attitudes, normes subjectives, perceptions des barrières, intention, etc.);
- Assurer la présence de facteurs qui **facilitent** l'action et/ou permettre l'élimination de facteurs qui peuvent nuire à l'action;
- Offrir des opportunités de **renforcement** de l'implication de l'enseignant dans le domaine souhaité.

Le choix de la stratégie d'intervention devra s'appuyer sur une bonne compréhension des facteurs qui **prédisposent** à l'action sinon, il y a de fortes chances que les activités éducatives proposées soient inappropriées pour modifier l'implication de l'enseignant au primaire en promotion ou en prévention de la santé buccodentaire auprès de ses élèves.

5. MÉTHODOLOGIE

5.1 Stratégie de la recherche

Cette recherche vise à établir une base de données qui reflète la situation des enseignants au primaire puisque la littérature québécoise est inexistante dans ce domaine. La recherche qualitative a été privilégiée parce qu'elle permet de comprendre le sens du phénomène à l'étude tel que verbalisé par les répondants à l'entrevue semi-dirigée. Cette dernière est une

technique de collecte de données fréquemment utilisée dans ce genre de recherche. Elle utilise la dynamique de coconstruction de sens qui s'établit entre le chercheur et le répondant.

L'approche qualitative permet l'immersion du chercheur dans le milieu des enseignants. La proximité du phénomène facilite ainsi une compréhension plus complète grâce aux interactions avec les répondants. La stratégie de recherche a été qualitative descriptive, consolidée par des entrevues semi-dirigées tel que proposé par Huberman et Miles 1994. Elle consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laisse guider par le flux de l'entrevue dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant, permettant ainsi de dégager une compréhension riche du phénomène à l'étude. L'entrevue donne ainsi un accès privilégié à l'expérience humaine tout en permettant d'expliquer les comportements complexes. Les questions abordées avec le répondant permettent une exploration approfondie de certains thèmes.

Les entrevues ont été enregistrées sur ruban magnétique et se sont déroulées individuellement. Elles comportaient des questions ouvertes fournies à l'avance aux participants sauf pour celles concernant les connaissances. Vous pouvez vérifier le canevas de questions des entrevues joint à l'annexe 2. Le contenu du canevas a été modifié suite à l'analyse des trois premières entrevues et le nombre de questions a été réduit en raison de la redondance des renseignements obtenus et de la non-pertinence de certains de ceux-ci à la présente étude. Le canevas de questions révisé apparaît à l'annexe 3.

5.2 Population à l'étude, échantillonnage et participation

La population à l'étude est composée de 18 enseignants au primaire de la région du Bas-Saint-Laurent dont 16 enseignants titulaires et deux éducateurs physiques. L'enseignant titulaire est celui qui passe le plus de temps d'enseignement avec les élèves, ce qui lui permet de les connaître davantage. Il peut ainsi fournir des renseignements de qualité à leur propos. Quant aux deux éducateurs physiques, ils ont été inclus dans le but de vérifier leur opinion sur la possibilité d'intégrer la promotion/prévention de la santé buccodentaire dans le nouveau cours intitulé « Éducation physique et à la santé » dans le cadre de la réforme scolaire.

La sélection de l'échantillon a été de type intentionnel. Les participants choisis devaient répondre à certains critères et être reconnus aptes à verbaliser des situations d'enseignement. La sélection des candidats a été guidée par le directeur des écoles choisies pour participer à l'étude, et ce, de façon volontaire. Les critères de sélection étaient les suivants :

- être un enseignant titulaire au primaire ou un enseignant en éducation physique au primaire,
- le nombre d'années d'expérience,
- le milieu urbain ou rural de l'école,
- le niveau de risque à la carie dentaire des élèves associé à l'établissement scolaire,
- le genre de l'enseignant,
- être volontaire.

Le niveau de risque à la carie dentaire des élèves associé à l'établissement scolaire a été établi selon les résultats du dépistage effectué en 1999-2000 par les hygiénistes dentaires de la région du Bas-Saint-Laurent selon les critères du PPSDP. Le risque faible correspond à un pourcentage inférieur à 20, le risque moyen entre 20 et 26 alors que le risque élevé est supérieur à 26.

La sélection des candidats a été effectuée de manière à assurer une représentation équitable des enseignants de l'ensemble du territoire du Bas-Saint-Laurent parmi 17 écoles primaires différentes. Seulement trois établissements scolaires ont refusé de participer à l'étude pour les raisons suivantes :

- participait déjà à un programme de stage pour nouveaux enseignants,
- manque d'intérêt pour cette étude,
- la participation à cette étude ne faisait pas partie de leurs tâches d'enseignant.

Parmi les participants, deux d'entre eux proviennent d'une même école qui participe au projet pilote provincial du nouveau programme de la réforme de l'éducation. Ce nouveau programme est mis en application depuis septembre 1999 à tous les niveaux scolaires de cette école. Deux autres participants détiennent une formation d'orthopédagogue. Vous pouvez consulter le tableau 4 à l'annexe 1 pour connaître les autres qualifications particulières des participants à la présente étude.

La répartition des 18 répondants, selon le genre (masculin - féminin), est la suivante : 16 enseignants titulaires au primaire (13 F, 3 H), 2 éducateurs physiques (1 F, 1 H). La proportion d'enseignants du genre masculin participant à l'étude en fonction de l'ensemble des participants est de 22,2 % (Tableau 3, annexe 1). La proportion d'enseignants du genre masculin, en regard de l'ensemble du personnel enseignant de l'éducation préscolaire et de l'enseignement au primaire du Québec en 1999-2000, est d'environ 14,5 %, selon les principales statistiques de l'éducation en 1999-2000.

Quant à la répartition selon le niveau de risque, 6 proviennent d'une école de risque faible, 3 de risque moyen et 8 de risque élevé (Tableau 3, annexe 1). Pour la provenance des enseignants du milieu scolaire, 12 participants proviennent du milieu urbain et 6 du milieu rural.

Les enseignants participant à l'étude ont en moyenne 1,3 enfants (Tableau 2, annexe 1), ce qui est légèrement supérieur à la moyenne provinciale qui est de 1,2 enfants par famille, selon les données de Statistique Canada en 1996. Ils offrent ainsi une double expertise, soit celle de l'enseignant au primaire et celle du parent (mère : 85,5 %, père : 14,5 %). Les 7 enseignants qui n'ont pas d'enfant ont fourni des données aussi valables que les autres, et même, pour certains, davantage. Ils démontraient beaucoup d'intérêt pour le sujet à l'étude.

Le nombre moyen d'années d'expérience d'enseignement au primaire est de 15,6 années pour les participants dont 8 enseignants avec moins de 10 années, 4 enseignants avec plus de 10 années mais moins de 20 années et 6 enseignants avec 20 années et plus (Tableau 2, annexe 1). La plupart de ceux-ci ont enseigné à plusieurs niveaux du primaire (Tableau 2, annexe 1). Le nombre moyen d'années d'expérience en enseignement en 1998-1999 pour le personnel enseignant permanent au préscolaire et enseignement primaire est de 16,6 années,

selon les statistiques du personnel des commissions scolaires les plus récentes à ce sujet (Percos II 1998-1999), ce qui est comparable à la valeur moyenne des enseignants qui ont participé à l'étude. D'autres ont enseigné au niveau secondaire (Tableau 3, annexe 1).

En ce qui a trait au lieu de formation, 12 d'entre eux ont fréquenté l'Université du Québec, 2 l'Université Laval, 1 l'Université de Sherbrooke et les 3 ayant le plus grand nombre d'années d'expérience ont fréquenté l'École Normale (Tableau 4, annexe 1).

La saturation théorique des données a été atteinte au quinzième participant. Elle fut décrite comme atteinte (Glaser et Strauss 1967; Savoie-Zajc 1996) lorsque l'ajout de nouvelles données n'a plus apporté d'information complémentaire à la compréhension du phénomène.

5.3 Collecte des données et définition de la variable

5.3.1 Procédure de collecte de données

La plupart des entrevues semi-dirigées ont duré entre 45 et 60 minutes à l'exception des deuxième et troisième entrevues qui se sont déroulées durant près de 90 minutes en raison de la redondance de certaines questions. Les participants déterminaient le lieu et le moment de l'entrevue selon leur convenance. Dix-sept participants ont préféré que l'entrevue s'effectue dans leur milieu de travail alors qu'un participant a choisi sa résidence privée. Pour toutes les entrevues, le chercheur s'est positionné en coin par rapport au répondant dans le but de faciliter les échanges et l'enregistrement des conversations. Ces dernières ont été enregistrées sur ruban magnétique. Les enregistrements ont tous été de bonne qualité et facilement audibles, selon la collaboratrice. L'identification de l'enregistrement de l'entrevue ainsi que celle du verbatim ont été établies selon une numérotation que seul le chercheur connaît. Il est ainsi la seule personne à pouvoir établir la relation entre les données de l'étude et le répondant. Cette information a été conservée dans un classeur sous clef dont le chercheur était le seul à avoir accès. Ces documents ont été détruits dans les semaines suivant la dernière entrevue.

Les données ont été transcrites intégralement en verbatim par une collaboratrice assujettie au secret professionnel dans le but de préserver l'anonymat et la nature confidentielle de l'information recueillie auprès des répondants. Un total de 703 pages de verbatim a été transcrit (Tableau 5, annexe 1).

La collaboratrice a travaillé en tant que secrétaire médicale pendant 12 ans dans un cabinet privé de médecins. Ses principales fonctions consistaient, entre autres, à la transcription, à l'aide d'outils informatiques, de dossiers médicaux à partir d'enregistrements sur ruban magnétique. Elle était ainsi familière à la transcription en verbatim.

Le chercheur a retourné le verbatim au répondant après l'avoir lu et indiqué ses interrogations au besoin dans le but d'apporter certains éclaircissements pour une meilleure compréhension du phénomène étudié. Le répondant a par la suite apporté les corrections jugées pertinentes pour que les écrits traduisent vraiment ses pensées sur les questions d'entrevue. Les transcriptions des données ont donc été ainsi reconnues authentiques.

5.3.2 Description du questionnaire

Le questionnaire contenait des questions ouvertes sur les attitudes, connaissances et croyances des enseignants au primaire face à la promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves. Vous retrouverez la version originale à l'annexe 2 et la version révisée à l'annexe 3.

5.3.3 Variable à l'étude

La variable à l'étude est l'opinion des enseignants. Elle est définie (le Petit Larousse illustré, édition 2002) comme étant l'avis émis sur un sujet, dont font partie l'ensemble des croyances, des convictions philosophiques, religieuses et politiques d'une personne. Dans la présente étude, l'opinion se définit comme étant l'avis émis par les enseignants au primaire sur leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves.

5.4 Saisie et analyse des données

La période de collecte des données s'est déroulée entre le 13 décembre 2000 et le 3 mai 2001. Le premier contact avec le directeur d'école s'est effectué par téléphone. Le chercheur s'est présenté personnellement en mentionnant le sujet et le but de l'étude et en expliquant qu'il souhaitait rencontrer un enseignant volontaire de son établissement pour participer à celle-ci. Il lui a proposé de lui faire parvenir une brève description de l'étude pour lui permettre d'en prendre connaissance et l'a avisé qu'il le recontacterait la semaine suivante. Il lui a alors transmis les documents suivants par télécopieur :

- formulaire de service de télécopie (Annexe 7),
- renseignements sur le projet de recherche à l'intention des participants (Annexe 4),
- formulaire de consentement éclairé (Annexe 5),
- questions remises à l'avance (Annexe 7).

Dans plusieurs cas, lors du deuxième contact avec le directeur d'école, ce dernier avait déjà recruté un enseignant volontaire pour participer à l'étude. Il lui avait remis tous les documents transmis préalablement par le chercheur et lui avait même demandé de rappeler ce dernier. Lorsque l'enseignant prenait contact avec le chercheur, ils révisaient l'ensemble des documents et clarifiaient les questionnements de l'enseignant sur la portée de sa participation à l'étude. Le chercheur profitait de l'occasion pour lui mentionner qu'il ne serait pas évalué sur le contenu de ses réponses et que tout ce qu'il dirait serait très important pour l'étude. Il faisait tout son possible pour établir une relation de confiance. Le choix du lieu et de la date de la rencontre a été laissé à la discrétion de l'enseignant. La majorité des participants ont choisi de tenir la rencontre lors d'une période libre d'enseignement. Quant au lieu, ils ont choisi un local familier dans leur milieu scolaire sauf pour un enseignant, en arrêt de travail à ce moment, qui a choisi sa résidence privée.

Le chercheur a préparé l'entrevue à l'aide d'un canevas de questions selon les thèmes qu'il voulait exploiter. Les questions plus générales ont été placées en début et les plus spécifiques au centre du canevas. Le chercheur était ainsi assuré d'aborder toutes les questions en regard des thèmes prévus à l'étude. Le fait de fournir à l'avance les questions au répondant

lui donnait la possibilité de mieux se préparer en rassemblant ses idées, ses opinions et ses sentiments sur l'objet de l'entrevue.

Une période d'accueil a été prévue au début de la rencontre pour permettre d'établir une relation de confiance avant de procéder à l'entrevue; le chercheur profitait de l'occasion pour faire un bref rappel sur l'importance et la valeur des données recueillies ainsi que sur le but de l'entrevue. Il rassurait le participant quant à la confidentialité des propos de l'entrevue et lui présentait les moyens qu'il utiliserait pour la garantir. Par la suite, il faisait la lecture du document « Formulaire de consentement éclairé à l'intention des sujets participants » (Annexe 5), répondait aux questions du participant et lui demandait de signer le formulaire.

Après les trois premières entrevues, les données recueillies ont été analysées par le chercheur. Les verbatims ont été lus, relus, pour être ensuite codifiés, catégorisés et regroupés selon les thèmes. Le chercheur a fait diverses tentatives de mise en relation des différentes catégories et thèmes dans le but de concevoir un cadre conceptuel. Il s'est ensuite tourné vers la littérature pour vérifier l'existence d'un cadre conceptuel contenant les catégories et thèmes identifiés suite aux résultats préliminaires de cette étude. Il a trouvé un modèle de planification des interventions éducatives illustré à partir du modèle de Fishbein et Ajzen 1975 ainsi que de la démarche de Green, Kreuter, Deeds et Partridge 1980, avec lequel les catégories et thèmes identifiés cadraient bien. Il a donc adopté ce modèle théorique comme cadre conceptuel de la présente étude.

Il a procédé à la révision du canevas de questions (Annexe 2) pour en éliminer certaines qui amenaient de la redondance dans les résultats. Le canevas de questions ainsi révisé (Annexe 3) a donc permis de recueillir toute l'information pertinente en relation avec le cadre conceptuel de l'étude. Comme il n'a pas ajouté de nouvelles questions, il a donc conservé les données des trois premières entrevues.

Les catégories identifiées selon les verbatims de l'étude ont été regroupées autour des thèmes suivants :

- les facteurs qui prédisposent à l'action,
- les facteurs qui facilitent l'action,
- les facteurs de renforcement de l'action.

L'analyse des données a été supportée par le journal de bord, les notes prises au moment ou à la suite de l'entrevue et le langage non verbal noté lors de l'entrevue. Tout au long de l'étude, le chercheur a effectué une triangulation entre l'interview, l'analyse des résultats et le verbatim pour s'assurer de la crédibilité des résultats obtenus.

6. RÉSULTATS

6.1 Attitudes des enseignants au primaire face à leur santé buccodentaire et à celle de leurs enfants

Les enseignants ont une attitude très positive face à la santé buccodentaire. Ils reconnaissent l'importance de conserver leurs dents toute la vie et de la visite régulière chez le dentiste. Certains d'entre eux ont connu l'époque où le traitement dentaire se résumait à l'extraction et n'était pas une valeur familiale.

« Je suis de l'époque où si on avait des petits problèmes, on pensait beaucoup plus à arracher la dent qu'à faire la prévention. » 15

« Chaque fois que j'avais une carie, l'extraction dentaire était privilégiée. » 7,9

« L'hygiène dentaire, ce n'était pas une chose très importante. C'était important mais pas plus que cela. » 17

« La santé dentaire, chez nous et comme pour plusieurs de mes amis, n'était pas vraiment importante. » 2

Les autres enseignants ont été sensibilisés à l'importance de l'hygiène dentaire et de la visite régulière chez le dentiste dans leur jeune âge, même si leurs parents étaient porteurs de prothèses dentaires. Pour eux, c'était une valeur familiale.

« Pour ma mère, mes dents c'était un investissement. » 4

« Mes parents voulaient que l'on ait de bonnes dents, même s'ils n'avaient aucune assurance dentaire. » 10

« Chez nous, on allait chez le dentiste à chaque année. Nos habitudes de vie à la maison c'était de se brosser les dents chaque matin et chaque soir. » 11

« Je trouve que la dentition c'est très important. C'est quelque chose qui se remarque beaucoup, qui fait partie de l'hygiène corporelle et qu'en même temps, est facilement perceptible par les autres. » 12

Tous les enfants des enseignants sont suivis régulièrement par le dentiste depuis leur très jeune âge. Les enseignants, en tant que parents, exercent un contrôle rigoureux sur les habitudes d'hygiène dentaire et la santé buccodentaire de leurs enfants.

« Mes enfants ont commencé leurs visites régulières chez le dentiste depuis l'âge de trois ans. » 6

« À trois ans, je trouve cela un peu tard. Ça fait déjà deux ans qu'ils ont des dents. » 1

« Maintenant, on sensibilise nos enfants parce qu'on comprend comment ça peut être important. » 13

6.2 Influence des enseignants au primaire auprès de leurs élèves en promotion/prévention de la santé buccodentaire

Les enseignants au primaire exercent une influence très positive auprès de leurs élèves à partir du préscolaire jusqu'à la troisième année. Cependant, cette influence est plus élevée au préscolaire.

« ... à cet âge-là, quand on leur dit quelque chose, c'est important. » 7

« ... on n'est pas le bon Dieu, mais presque. » 8

« ... ce que le prof. de maternelle dit, c'est important. » 14

« ... au préscolaire, l'enseignant est un deuxième parent pour tout. » 10

Les élèves ont tendance à suivre davantage les conseils de leur enseignant que ceux de leurs parents. Il a un impact positif sur la prise de bonnes habitudes de vie des élèves parce qu'ils le perçoivent comme un modèle à suivre. Il peut partager ses expériences dentaires et leur démontrer la chance qu'ils ont de pouvoir conserver leurs dents.

« Par rapport à la santé dentaire, oui on pourrait les influencer. » 4

« Si tu lui dis : couche-toi plus tôt, il va plus vous écouter que moi. » 5

« Si après ma collation, je me brosse les dents... » 18

Les élèves discernent assez facilement l'importance qu'accorde l'enseignant à une chose plutôt qu'à une autre. Ils sont en mesure de percevoir si l'enseignant en parle avec conviction et ils portent alors une attention particulière à ses messages.

« L'enseignant peut influencer les élèves en autant qu'il soit lui-même convaincu. » 15

« Tu nous avais dit cela l'autre jour.... » 11

Cette influence commence à diminuer à partir de la quatrième année. À cette période, les élèves recherchent davantage l'indépendance et l'autonomie. Ils veulent ainsi assumer leur choix personnel. Ils prennent moins en considération les conseils de l'enseignant et ce dernier sert de moins en moins de modèle.

À ce niveau scolaire, les élèves subissent davantage l'influence des pairs. L'enseignant sait qu'il peut tout de même les informer, leur transmettre des connaissances, mais il s'interroge à savoir s'il peut changer leurs habitudes.

« Ils ont les yeux moins grands, ils sont moins fixés sur nous. » 12

« C'est certain qu'on a une certaine influence en maternelle, 1^{re}, 2^e, 3^e. Après cela, le prof. prend le bord. » 6

« Je peux influencer, mais je ne suis pas certaine que je peux changer un comportement. » 11

Plus les élèves vieillissent, moins l'influence de l'enseignant est présente parce que la relation change énormément. Ils se distancent de ce dernier et du parent. Alors, si les bonnes habitudes ne sont pas acquises, ce sera plus difficile de les faire adopter et nécessitera plus que l'intervention occasionnelle de l'enseignant et de l'hygiéniste. Ils peuvent même faire le choix de moins prendre soin de leurs dents. Les parents pensent souvent qu'à cet âge, l'habitude est acquise et oublient fréquemment de faire des relances, d'où l'importance du support parental jusqu'à la fin du primaire.

« ...on a une certaine influence, mais il faudrait aussi avoir l'appui des parents, un suivi et un soutien à la maison. Lorsque l'on regarde les devoirs, les leçons, certains enfants n'ont aucun appui. » 9

L'enseignant peut se servir du renforcement positif pour les influencer.

« Vous avez de belles dents, vous êtes jeunes, c'est le temps d'en prendre soin. » 13

Il peut également se servir de l'exemple d'un enseignant ou d'un élève qui montre une belle dentition, un beau sourire. Le fait d'avoir un modèle près de lui sensibilisera davantage l'élève à l'importance de prendre soin de sa santé buccodentaire.

« Regardez un tel, c'est vrai qu'il a une belle dentition. » 13

Un éducateur physique m'a démontré qu'il pouvait avoir une influence positive auprès de ses élèves. Certains l'ont interrogé au sujet de l'effet supposé bénéfique du breuvage conçu pour les sportifs de marque Gatorade. Il leur a souligné que cette publicité n'était pas nécessairement vraie et qu'une bouteille d'eau ou de jus était aussi efficace. Ces enfants n'ont pas acheté ce produit par la suite.

« Achète-toi pas ça, amène-toi une bonne bouteille d'eau ou un bon jus de chez vous et ça va faire le même effet. » 2

6.3 Opinions des enseignants au primaire sur la santé buccodentaire de leurs élèves

6.3.1 Description de la santé buccodentaire

La santé buccodentaire des élèves s'est beaucoup améliorée au cours des 20 dernières années. D'ailleurs, durant les dernières années, les enseignants ne se souviennent pas avoir référé d'élève à l'hygiéniste dentaire pour des situations problématiques. Il n'y a pas

nécessairement moins de carie dentaire mais les gens vont faire l'impossible pour faire réparer leurs dents. L'extraction dentaire sera le dernier recours.

« Dans les dernières années, je ne me souviens pas d'avoir référé un élève... »¹⁰

Une minorité d'enfants se retrouvent sans carie. Ce sont ceux qui bénéficient du support de leurs parents pour qui la santé dentaire est une valeur importante et qui se préoccupent d'une alimentation saine.

« Une valeur familiale positive amène une attitude positive pour les soins et la santé buccodentaire. »⁴

Les élèves de niveau préscolaire proviennent de la génération de parents qui ont été sensibilisés à l'importance de la santé buccodentaire par l'intermédiaire de l'hygiéniste dentaire en milieu scolaire.

« Les jeunes parents sont très sensibilisés aux soins dentaires, alors ils transmettent cette valeur à leurs enfants. »¹⁴

Les enseignants remarquent une association entre certaines écoles, certains milieux économiques (la capacité de payer des parents), l'attitude de certains parents et la condition de la santé buccodentaire des élèves.

« J'ai enseigné dans beaucoup d'écoles, mais à l'école X, les enfants ont une meilleure santé buccodentaire. Il y a des paroisses économiquement pauvres où les familles prennent moins bien soin de leurs dents. La santé dentaire est reliée d'abord à la volonté des parents d'avoir une bonne santé dentaire dans la famille et à l'épaisseur du portefeuille. »¹⁰

Les élèves ne font pas le lien entre leur alimentation et leur santé buccodentaire.

« Ils ont des bonbons presque toujours en bouche, consomment beaucoup de sucre, des boissons gazeuses... »¹¹

On voit de plus en plus d'enfants avec des appareils d'orthodontie; ceux-ci sont davantage sensibilisés à l'importance de l'hygiène buccodentaire et ils reconnaissent l'importance d'une saine alimentation.

« ...quand tu as des problèmes, on t'informe davantage... »³

Certains enfants ont plus de caries que d'autres. Le fait de ne pas avoir de carie n'est pas valorisé chez les enfants du primaire, beaucoup d'élèves ont des restaurations dentaires et cette situation ne semble pas les déranger.

« C'est en raison des gâteries, de la négligence et du mauvais brossage des dents. »¹⁸

« Ce n'est pas quelque chose qu'on valorise beaucoup chez les enfants du primaire. » 17

Les enfants de milieux favorisés font plus attention à leur santé dentaire tandis que les gens issus des milieux économiquement faibles accordent moins d'importance à la santé dentaire. Ils sont davantage préoccupés par leur vécu quotidien et par leur survie. Ces gens sont plus démunis devant la multiplicité de caries et la mauvaise condition dentaire de leurs enfants. Pour beaucoup de Québécois, la santé buccodentaire n'est pas considérée prioritaire.

« La santé dentaire pour beaucoup de Québécois, c'est pas encore bien important. » 2

6.3.2 Visite chez le dentiste

Les enfants qui visitent régulièrement le dentiste ont de belles dents. Ils s'y rendent pour des contrôles réguliers sans nécessairement requérir de restaurations dentaires, mais ils semblent tout de même avoir une certaine appréhension face à leur visite chez le dentiste.

« Ah ! je ne suis pas chanceux, je vais chez le dentiste ce soir. » 5

Les enfants provenant de milieux défavorisés ont moins de visites régulières chez le dentiste et le pédiatre. La visite régulière chez le dentiste est liée à la capacité des parents de payer les honoraires, mais il y a des exceptions. Par exemple, malgré leurs moyens financiers modestes, certains parents pour qui la santé dentaire est une valeur importante, font suivre leurs enfants régulièrement chez le dentiste alors que d'autres, avec de meilleures conditions financières, attachent moins d'importance au suivi régulier de leurs enfants chez le dentiste. Les enseignants pensent que la couverture des soins dentaires par le gouvernement incite davantage les gens à y recourir.

« Les élèves qui vivent dans des milieux un peu plus défavorisés, ne vont pas chez le dentiste. » 1

« Je trouve cela dommage que le gouvernement diminue la couverture des soins dentaires depuis plusieurs années. » 9

« Il y a eu un moment où il payait deux examens dentaires par année et deux traitements au fluorure. Présentement, il n'y a plus qu'un examen annuel... » 10

En présence de contraintes financières, les parents vont souvent retarder leur visite chez le dentiste pour permettre à leurs enfants d'y aller.

6.3.3 Hygiène buccodentaire

Les enfants brossent davantage leurs dents lorsque leurs parents font des rappels fréquents sur l'importance de cette pratique et qu'ils effectuent des contrôles réguliers. C'est par des rappels fréquents que l'on crée une habitude, une routine. Les parents doivent surveiller le

brossage des dents jusqu'en cinquième ou sixième année. Il faut même parfois les aider à se brosser les dents car pour certains, cette habitude s'acquiert tardivement.

« Tu as mangé, tu brosses tes dents, tu vas te coucher, tu as oublié quelque chose. » ¹⁵

« Il faut que les parents leur fassent penser, même aux grands de sixième année. » ⁵

L'opinion des enseignants est différente en ce qui a trait à la fréquence du brossage des dents de leurs élèves. Elle varie entre une et deux fois par jour.

« Les enfants brossent leurs dents une fois par jour, le matin. » ⁹

« Les enfants brossent leurs dents au moins une fois par jour. » ¹

« Les enfants qui ont des appareils d'orthodontie brossent leurs dents à l'école le midi. » ¹

« Ce ne sont pas tous les enfants qui brossent leurs dents le midi. » ¹³

« Les enfants qui dînent à l'école ne brossent pas leurs dents. » ¹⁸

« La majorité des élèves brossent leurs dents deux fois par jour. » ⁸

« Le midi, les enfants brossent leurs dents à la garderie scolaire. » ^{12,3}

« Je pense que la majorité de mes élèves se brossent les dents au moins tous les soirs. » ^{6,7}

Une minorité d'enfants ne se lavent même pas les mains avant les repas; ils laissent donc un doute à l'enseignant sur le fait qu'ils puissent se brosser les dents après les repas. Les parents servent de modèle à leurs enfants pour l'hygiène corporelle et dentaire.

« Il y a des parents qui n'ont pas d'hygiène personnelle et c'est la même chose au niveau de la dentition. » ¹²

Par contre, certains parents sont très soucieux du brossage de dents et transmettent cette habitude à leurs enfants pour qu'ils le fassent à chaque soir. À titre indicatif, une enseignante du préscolaire ayant mis en place le brossage des dents après les collations en milieu scolaire, a organisé une activité pour Noël où les enfants devaient coucher à l'école. Elle leur a suggéré d'apporter certaines choses sans mentionner leur brosse à dents. À sa grande surprise :

« Beaucoup d'enfants avaient leur brosse à dents et avant le coucher, ils ont brossé leurs dents. » ¹⁴

Les enseignants pensent que les élèves du primaire ne passent pas la soie dentaire en raison de la difficulté de manipulation et de l'exigence d'une certaine discipline.

« Ça prend de la discipline, même les adultes ont de la difficulté à la passer à tous les jours. » » 5

« C'est difficile à intégrer à la pratique d'hygiène régulière. » » 4

6.4 Opinions des enseignants au primaire sur la participation des principaux intervenants dans la promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves

6.4.1 Rôle des parents

Puisque le parent joue le rôle principal dans l'éducation, la sensibilisation et la création de bonnes habitudes en santé buccodentaire de son enfant, il doit donc débiter les mesures d'hygiène dentaire dès l'arrivée de la première dent. Lorsque l'enfant comprend l'importance de l'hygiène dentaire, le parent doit le faire participer, mais en coordonnant l'activité du brossage de dents. Il doit également amener l'enfant chez le dentiste dès son plus jeune âge pour le familiariser avec le dentiste et son environnement; l'enfant grandira ainsi dans une certaine sécurité.

« Aussitôt que la première dent pousse, tu lui achètes une brosse à dents. » » 8

« Les parents devraient être les premiers éducateurs pour la santé, c'est certain. » » 10

« Les parents sont les premiers maîtres d'œuvre. Si la santé dentaire n'est pas importante pour les parents, les enfants vont le capter très vite et automatiquement, ils n'accorderont pas d'importance à cela. Malgré que l'enseignant et l'hygiéniste dentaire travaillent là-dessus, le message passera pas. » » 15

« Les parents doivent donner l'exemple et servir de modèle. » » 11

De plus en plus de parents sont conscientisés à l'importance de la santé buccodentaire et ils reconnaissent que cela fait partie de leur rôle parental.

« Ils appartiennent à une génération qui a été sensibilisée à faire davantage attention à leurs dents . » » 17

« Le rôle revient avant toute chose aux parents. Ce n'est pas l'enseignant qui m'a montré à me brosser les dents. C'est au parent de développer l'habitude avec l'enfant. » » 12

« Si cela ne fait pas partie des préoccupations ou des habitudes familiales, ce n'est pas ce que tu vas faire qui va amener un changement. » » 6

« C'est évident que les enfants ne peuvent pas être autonomes, il faut donc quelqu'un qui fasse le rappel. » 7

« Le brossage de dents, ça se passe à la maison. » 13

Les parents offrent une bonne participation lorsqu'ils sont sollicités par les enseignants. Par contre, il est difficile d'amener une minorité de ceux-ci à s'impliquer auprès de leurs enfants et souvent, ce sont ces enfants qui cumulent plusieurs difficultés. Pour réussir à les rencontrer, il faut leur spécifier que c'est pour le bien de l'enfant. Ainsi, on obtient la présence physique, mais pas nécessairement la volonté d'implication du parent. Il faut les solliciter individuellement car ils ne participent pas aux rencontres de groupe.

« La présence physique du parent est là, mais la volonté peut être pas. » 3

6.4.2 Rôle de l'hygiéniste dentaire

L'hygiéniste dentaire est perçue par l'enseignant comme une spécialiste dans le domaine de la promotion/prévention en milieu scolaire. Elle joue un rôle de premier plan. Sa visite est reconnue bénéfique et positive. Elle est appréciée par l'enseignant et par les élèves. Ces derniers participent très bien et sont influencés positivement dans les jours suivant la visite de l'hygiéniste dentaire. Cette visite permet donc de rejoindre les enfants qui ne rencontrent pas ou plus rarement le dentiste ou qui sont défavorisés économiquement. C'est une forme d'éducation complémentaire. Elle leur transmet des connaissances.

« Sa visite est bien perçue de la part des enseignants. Ils organisent leur horaire en fonction. » 8, 14, 15, 11, 9

« Je n'ai pas eu de critique négative de la part de mes confrères. C'est un service bien implanté depuis longtemps. » 4

« C'est une visite bien acceptée par les enseignants, mais on n'en parle pas entre nous. » 10

« Dans les semaines suivant la visite, les enfants font plus attention, sont plus consciencieux pour la santé de leurs dents. » 11

« Après la visite de l'hygiéniste dentaire, le comportement des enfants va changer. Ils vont se brosser les dents plus souvent et là, ça va diminuer graduellement. » 18

« C'est très intéressant, elles sont vraiment bien formées sur le sujet, ce sont des spécialistes. C'est très intéressant et les enfants sont très à l'écoute. » 12

« J'appuie énormément la visite de l'hygiéniste en milieu scolaire. » 6, 13

« C'est bien perçu parce que c'est important et que les enfants en ont besoin. » 7

« C'est très important la visite de l'hygiéniste dentaire. Puisque certains élèves n'ont jamais rendu visite au dentiste. Elle devrait les rencontrer plus souvent. » 1

Cette intervention a plus de crédibilité puisqu'elle est effectuée par une intervenante extérieure au milieu scolaire.

« C'est important pour les enfants quand il arrive quelqu'un de l'extérieur qui est spécialiste dans un domaine. Ce n'est pas comme quand c'est moi qui le dit. » 17

Les rencontres se font le plus souvent de façon individuelle ou en petits groupes. Antérieurement, il y avait des rencontres de groupe et un brossage de dents systématique auxquels l'enseignant assistait, ce qui lui permettait de conscientiser les enfants par la suite sur des points qu'il trouvait important de rappeler. L'hygiéniste dentaire joue donc un rôle très important, après les parents, pour la santé buccodentaire de l'enfant.

6.4.3 Rôle de l'enseignant

L'enseignant du préscolaire peut parler de l'importance de la santé buccodentaire et sensibiliser les élèves à la prise de bonnes habitudes telles le brossage des dents, le lavage des mains et les collations santé. Cette intervention viendra ainsi consolider les messages livrés par les parents, l'hygiéniste dentaire et le dentiste. L'enseignant poursuit l'éducation débutée à la maison, il stimule les apprentissages et développe l'aspect social et académique. Il est important d'avoir une bonne relation entre le milieu scolaire et familial. L'enseignant peut appuyer les parents et les inciter à amener leurs enfants chez le dentiste. Certaines familles, en voyant les activités auxquelles leurs enfants participent en milieu scolaire, vont modifier certains comportements.

« Regarde, j'ai quelque chose de bon pour la santé. » 14

« Si le message qui est véhiculé par tout le monde est semblable, l'enfant va le recevoir. » 15

L'enseignant du préscolaire peut jouer un certain rôle, en collaboration avec l'hygiéniste dentaire, mais dans les autres niveaux, c'est peut-être plus difficile. Certaines interrogations sont soulevées.

« À l'école, nous pouvons jouer un certain rôle, mais un rôle minime. » 2

« Je ne sais pas si c'est notre rôle d'aller aussi loin que cela en santé buccodentaire. » 14

« Il ne faut pas trop en demander à l'enseignant, mettre une surcharge de travail parce qu'à ce moment-là, ça ne se fera pas. » 11

« Le milieu scolaire pourrait faire sa part sans que cela ne devienne une mission. » 17

L'enseignant titulaire est celui qui offre la plus grande possibilité d'intégration de la promotion/prévention de la santé buccodentaire à son enseignement. Il passe plus de temps avec l'élève et peut ainsi choisir le moment le plus propice pour son intervention dans ce domaine. La promotion/prévention de la santé buccodentaire nécessite des rappels fréquents pour que l'effet soit bénéfique. Les enseignants pourraient renforcer les messages de l'hygiéniste dentaire et faire de l'objectivation sur les connaissances apprises lors de sa visite.

« Il faut avoir un contexte et un lieu favorisant l'apprentissage, sinon le message ne passera pas. » 2

« Seulement en parler une fois, n'est pas suffisant. Pour que ce soit bénéfique, il faut une certaine fréquence. Nous pourrions être des renforçateurs des messages de l'hygiéniste dentaire. » 1

« Éduquer, c'est répéter, c'est de la répétition continue. Tu te rappelles, l'autre jour, l'hygiéniste dentaire a dit telle chose. » 3

Les enseignants ne sont pas intéressés à parler des techniques d'hygiène dentaire car l'hygiéniste dentaire en parle suffisamment. Ils seraient davantage intéressés vers la promotion de la santé buccodentaire à certaines périodes précises. À titre d'exemple, lors de l'Halloween et en avril durant le mois de la santé dentaire. Ils ne se voient pas parler de ce sujet à tous les jours de façon continue.

À un certain moment, le milieu de vie extérieur à la famille a davantage d'influence sur l'enfant.

« Le milieu scolaire, c'est sa vie, son milieu de vie. Toutes ces années et ses relations interpersonnelles sont là. » 3

Le milieu scolaire offre la possibilité de rejoindre les parents qui ont des enfants. Ils ramènent à la maison leurs apprentissages. Les enseignants pourraient appuyer les parents dans un genre de promotion et de sensibilisation à l'importance de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves.

« Les enseignants pourraient sensibiliser les enfants à l'importance de la santé buccodentaire. Mais nous ne sommes pas assez sensibilisés sur ce sujet. » 2

Certains parents pourraient penser que les enseignants ont un rôle à jouer dans la promotion/prévention de la santé buccodentaire.

« Ils le voient peut être quand nous réalisons des projets en nutrition. » 15

« Les parents pensent que c'est important qu'on en parle à l'école, même si eux à la maison, ils n'en parlent pas. » 11

« La famille se fie beaucoup sur les prof. pour compléter l'éducation de l'enfant dans bien des domaines. » 6

6.4.4 Rôle des confrères

Selon les enseignants participant à l'étude, l'opinion des confrères est très partagée en ce qui concerne leur implication dans la promotion/prévention en milieu scolaire. Pour certains, leurs confrères pensent qu'ils ont un certain rôle à jouer, mais s'interrogent sur leur participation à la prévention.

« Les enseignantes sont prêtes à jouer un certain rôle, mais pas au point de permettre le brossage, le rince-bouche et même le comprimé fluoruré. Je ne suis pas certaine que mes confrères seraient intéressés à participer à cela. » 17

« Le milieu scolaire ne se prête pas à cela car l'école est plus un milieu d'enseignement qu'un milieu de soin médical. » 10

D'autres n'ont aucune idée de ce que leurs confrères en pensent, car ce ne sont pas des sujets qu'ils discutent entre eux.

« On ne se parle pas de cela, même pas de la visite de l'hygiéniste dentaire. » 5

Certains ont discuté avec leurs confrères et ceux-ci sont complètement en désaccord avec leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire parce qu'ils considèrent que ce rôle revient aux parents et à l'hygiéniste dentaire. De plus, ils déplorent le fait que des rôles supplémentaires leur soient attribués au détriment de leur temps d'enseignement.

« Mes collègues de travail crient fort comme moi : Un instant, qu'on laisse les rôles à leur place, ce rôle revient aux parents. » 4

« Mes confrères ne voient pas cela d'un bon œil, ce que les activités rattachées à la prévention nous demandent en termes de temps, de préparation et d'organisation. » 14

« Nous sommes un peu tannés de l'école fourre-tout. On veut tout nous faire faire, on nous en remet beaucoup. » 12

« Mes confrères et moi pensons que cela doit être laissé à l'hygiéniste dentaire. » 10

6.5 Implication actuelle des enseignants au primaire en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves

Les enseignants considèrent qu'ils participent déjà à la promotion/prévention de la santé buccodentaire de leurs élèves en permettant l'accès au milieu scolaire et en accordant du

temps à l'hygiéniste dentaire sur leur période d'enseignement. De plus, ils collaborent à la distribution des différents messages et de la documentation auprès des élèves et des parents.

Une minorité d'enseignants participent à la prévention en permettant le brossage de dents au préscolaire, en distribuant des comprimés fluorurés et en participant à l'activité du rince-bouche fluoruré en milieu scolaire.

La promotion de la santé buccodentaire se limite à un message informel sur l'importance du brossage de dents à la suite de discussions sur l'alimentation, sur l'hygiène corporelle ou à l'occasion de certaines fêtes (exemple : Halloween, Saint-Valentin, Pâques).

« Ce n'est pas quelque chose que j'ai intégré partie prenante dans mon enseignement. » 4

« J'en parle assez régulièrement lorsque l'occasion se présente, mais je ne fais pas de leçon spécifique sur la santé buccale. » 14

« On ne peut pas parler d'alimentation sans parler de santé buccodentaire, c'est un tout. » 6

« Le volume que je me sers présentement pour l'enseignement ne parle pas de la santé buccodentaire. Alors, c'est plus difficile, il faut faire un spécial pour l'aborder. » 10

« Amener les enfants à la réflexion que s'ils mangent des bonbons, ils devraient brosser leurs dents après. » 15

« Lorsque je leur parle d'hygiène corporelle, je leur parle brièvement d'hygiène buccodentaire. » 9

À l'occasion, ils vont intervenir auprès d'un élève en particulier pour lui souligner l'importance de l'hygiène dentaire. Mais ils vont le faire de façon sommaire pour éviter une mauvaise interprétation de la part des parents.

« Tu manges trop de bonbons. Tes dents vont tomber en morceaux. » 3

Au niveau de la quatrième année, l'enseignant qui utilise la méthode d'enseignement Mémo en parlera puisqu'il y a un sujet sur la santé dentaire en formation personnelle et sociale.

6.6 Opinions des enseignants au primaire sur leur intention de s'impliquer personnellement dans la prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves en milieu scolaire

6.6.1 Séance de brossage avec une pâte dentifrice fluorurée

Pour certains enseignants, cette mesure pourrait être mise en place au niveau du préscolaire, car cela fait partie d'une forme d'éducation à donner, d'habitudes d'hygiène à

acquérir et d'une dextérité à développer. À cet âge, les élèves démontrent assez de maturité pour comprendre l'importance de participer à ce type d'activités.

« Après la collation le matin, les enfants vont à la salle de bain, se lavent les mains et boivent de l'eau à tour de rôle. J'imagine qu'ils pourraient facilement se brosser les dents immédiatement après la collation. » 18

« Après la collation, la moitié du groupe le matin, l'autre l'après-midi, d'octobre à février, environ jusqu'à l'acquisition de la dextérité. » 14

Pour les autres niveaux, les enseignants ne sont pas favorables à la mise en place de cette mesure même si le milieu scolaire offre la possibilité d'une régularité parce que, selon eux, ce rôle revient premièrement aux parents et que cette habitude devrait être acquise à la maison.

« L'école amène une stabilité. » 4

« Il faudrait éduquer les parents sur l'importance du brossage des dents. » 5

« Cette habitude devrait être acquise à la maison. Après avoir mangé et avant de partir pour l'école, tu brosses tes dents. » 15

« Ce rôle revient avant toute chose aux parents et pas à l'enseignant. » 12

Les enseignants trouvent que cette mesure est difficile à mettre en application parce qu'elle exige beaucoup de surveillance, d'implication de leur part et de temps réservé à la période d'enseignement. Ils considèrent que les dispositions physiques sont inadéquates (lavabo), que la menace de dégâts éventuels est toujours présente et que le milieu scolaire est très sollicité par différents intervenants. Ils sont également d'avis que cette activité ne fait pas partie des tâches de l'enseignant, de la programmation scolaire et que leurs confrères n'y participent pas.

« Ça demande trop. Il faudrait que chacun des élèves ait son propre évier, qu'il ne voit pas les autres élèves et qu'il ne fasse pas de folies. » 10

« Être intéressé et avoir la possibilité de le faire, ce sont deux choses différentes. » 7

« Une fois par jour, au bout de l'année ça commence à faire beaucoup de minutes investies pour remplacer les parents. » 12

« Si cela faisait partie d'un programme que l'on décidait d'implanter à mon école, je le ferais de bon gré, mais le faire seule... » 17

Les enseignants sont sensibilisés à l'importance de cette mesure et reconnaissent qu'elle répond certainement aux besoins de certains élèves.

« Si c'était pour permettre aux enfants de garder leurs dents, je serais prête à en mettre le prix. » 5

Par contre, chez les élèves plus âgés, par exemple en cinquième ou sixième année, la plupart ont déjà acquis cette habitude. Cette activité pourrait donc être perçue négativement et pour ceux qui ne veulent pas le faire, ce pourrait même être insultant. Ils vont y participer à contrecoeur.

« Dans ma classe, j'ai beaucoup d'élèves pour qui cette habitude est acquise, pour d'autres, c'est une fois de temps en temps et pour d'autres, c'est à peu près jamais. » 15

Pour la majorité des enseignants, une sensibilisation pourrait être mise en place à tous les niveaux scolaires durant le mois de la nutrition ou de la santé dentaire.

« Durant le mois de la nutrition ou le mois de la santé dentaire, il pourrait être intéressant de faire une sensibilisation pour que les élèves en comprennent l'importance. » 13

6.6.2 Rince-bouche fluoruré

La plupart des enseignants interrogés disent avoir participé à cette mesure préventive dans le passé en raison de l'effet supposé bénéfique sur la dentition de leurs élèves sans jamais avoir été mis au courant de son effet réel. Ils en ont conservé un mauvais souvenir et cet avis est d'ailleurs partagé par leurs confrères.

« C'était pour le bien des enfants sauf que c'était assez déplaisant. » 5

« ... le fameux rince-bouche, je pense qu'il n'y a pas un prof. qui en a gardé un bon souvenir. » 6

« Je n'ai pas tellement de bons souvenirs. Le jour où on a abandonné, honnêtement, cela ne m'a pas fait de peine. » 15

« J'en ai parlé avec mes confrères et il n'y a plus personne qui veut voir cela à l'école. » 9

« D'autres enseignants en parlaient et ils n'aimaient pas tellement ça. » 8

À un certain moment, il y a eu une période de questionnement sur l'effet bénéfique, une certaine controverse. La mesure a donc été abandonnée à l'école pour être transférée aux parents à la maison.

« Il n'y avait pas assez d'études là-dessus, certains parents ont soulevé des dangers potentiels, les enseignants ont donc décidé de ne plus y adhérer. » 12

Les mêmes barrières que celles relatives au brossage de dents ont été soulevées, mais avec une forte insistance sur les dégâts survenus ainsi que sur le côté hygiénique de l'intervention.

« Je n'aimais pas tellement cela, on se ramassait toujours avec des dégâts. Il y a toujours des élèves qui sont très comiques. À chaque fois, il y avait des petites anicroches que j'appréciais plus ou moins » 9

Aujourd'hui, cette mesure préventive est davantage dirigée vers une clientèle spécifique. Il faut respecter la liberté individuelle face à la prise de fluorure.

« C'est plus pour une clientèle privilégiée, précise ou particulière. » 10

La majorité des enseignants seraient disposés à participer à la remise de matériel et d'information à condition que l'utilisation se fasse en milieu familial.

« Je vous le donne, vous allez le faire à la maison. » 9

« Ce serait quelque chose à proposer aux familles. » 6

Une minorité d'enseignants seraient disposés à le faire en milieu scolaire à la condition que l'effet soit reconnu bénéfique et que cette activité cadre avec l'horaire scolaire.

« Le fluorure, jusqu'à quel point c'est vraiment utile, je le sais pas. » 7

« Je le ferais, sauf que je n'ai pas les connaissances pour dire si cette mesure est bénéfique ou non, parce qu'à un moment donné, elle a été critiquée. » 17

« Ça ne me dérangerait pas parce que bien souvent, le vendredi, il y a toujours une période de relâche. » 13

6.6.3 Distribution de comprimés fluorurés

Les enseignants seraient favorables à participer à la distribution du comprimé fluoruré en milieu scolaire en autant que l'effet bénéfique soit reconnu et que le parent donne son approbation écrite. La remise d'un comprimé n'est pas vraiment problématique. Il s'agit de commencer avec une classe ou deux et il y aura un effet d'entraînement.

« Tu as seulement à le distribuer et les élèves n'ont pas à aller au lavabo. » 8

« Je n'ai rien contre, mais il faudrait prévoir un mécanisme me permettant d'accomplir cette tâche sans me faire taper sur les doigts par un parent ou deux. » 7

« Ça pourrait être une responsabilité d'élève. » 5

« Oui, cela j'accepterais probablement... » 9

Le milieu scolaire offre l'avantage de rejoindre tous les enfants qui doivent profiter de cette mesure et accorde une stabilité dans la prise des comprimés. Les parents ont tendance à oublier à l'occasion de le faire prendre à leurs enfants, ce qui en diminue l'efficacité.

« L'école offre une stabilité et est le meilleur moyen de rejoindre les enfants. »⁴

À titre d'exemple, dans une classe du préscolaire, l'hygiéniste dentaire a présenté le comprimé aux élèves en leur expliquant son effet bénéfique et elle a demandé l'approbation écrite des parents. Dix-huit, sur une possibilité de dix-neuf, ont accepté. L'enseignante a renforcé l'importance de la prise du comprimé fluoruré par la suite.

« Je leur ai présenté avec l'idée que des nouvelles dents allaient arriver et qu'elles seraient plus solides. »¹⁴

Une minorité de parents sont contre cette mesure préventive. Cette situation pourrait être très délicate car l'uniformité est très regardée en milieu scolaire. À l'occasion, un enfant peut ne pas vouloir participer même si le parent est en faveur.

« On fait tout chez moi, on a une bonne alimentation, une bonne hygiène dentaire, les enfants vont régulièrement chez le dentiste. Je ne sais pas pourquoi ils auraient besoin de ça. »⁶

« Des paroles méchantes pourraient être portées envers certains élèves qui prendraient ces comprimés. »¹³

Certaines réserves sont émises relativement à la mise en application de cette mesure, entre autres, que la distribution de comprimés fluorurés n'est pas une tâche de l'enseignant, qu'elle nécessite un certain contrôle car les élèves les dissimulent à l'occasion, que certains simulent des nausées et qu'avant tout, ce rôle revient aux parents.

« Ce n'est pas une tâche scolaire de l'enseignant, c'est difficile d'avoir le contrôle là-dessus. »¹⁴

6.7 Opinions des enseignants au primaire sur les principales barrières à la promotion de la santé buccodentaire de leurs élèves en milieu scolaire

6.7.1 Disponibilité du temps

Le milieu scolaire est très sollicité pour des activités de toutes sortes parce qu'il rejoint le milieu familial. À titre d'exemple, l'inscription à des activités sportives. Plusieurs formations éducatives sont remises à ce milieu (éducation à la santé, socialisation, alimentation, discipline, religion) ou certains projets (pièce de théâtre, chorale, spectacle de danse). La programmation scolaire à respecter est très chargée.

« La religion, c'est un des grands rôles que l'enseignant est seul à continuer de jouer. »¹²

« C'est la visite de l'hygiéniste dentaire, celle de l'infirmière, c'est ceci, c'est cela, et finalement, on n'a plus le temps d'enseigner, on est sollicité de toutes parts. » 14

6.7.2 Connaissances des enseignants au primaire et sources d'information

Les enseignants reconnaissent que leurs connaissances se limitent à celles reliées à l'hygiène dentaire (brossage de dents, soie dentaire), à l'importance de conserver les dents toute la vie et à l'importance de la visite régulière chez le dentiste, et ce, dès le jeune âge. Ils ont de bonnes connaissances sur l'alimentation puisque c'est un thème d'enseignement inclus dans le programme scolaire. Ils en font habilement la relation avec la santé buccodentaire.

« Pour pouvoir en parler aux enfants, il faut savoir de quoi on parle. » 2

« Quand on a les connaissances, on peut les transmettre. » 3

« Mes connaissances se limitent au brossage et à la soie dentaire, mais à part cela, c'est assez limité. » 7

« Je ne crois pas que les autres enseignants aient plus de connaissances. Ils savent que c'est important de se brosser les dents, de bien s'alimenter, mais pas plus que cela. » 14

« Même si j'assiste à la rencontre de l'hygiéniste dentaire, je sens que j'en connais pas assez. L'enseignante qui n'y assiste pas a donc moins de connaissances que moi. » 9

En général, ils mentionnent qu'ils ont très peu de connaissances sur le fluorure parce qu'ils n'ont jamais reçu d'information à cet effet.

« Donne une protection supplémentaire à l'email. » 17

« Honnêtement, je connais très peu de choses sur le fluorure. » 14

« On entend dire par certaines personnes que c'est bénéfique pour les dents et d'autres disent que c'est peut être pas si bon. » 15

« Je n'ai pas beaucoup de connaissances sur le fluorure à part qu'il peut avoir la forme d'un avion, d'une petite voiture... » 11

« Je vais te dire franchement, je ne connais pas grand chose sur le fluorure, le dentiste n'en a jamais parlé à mes trois enfants. » 6

« Il paraît que c'est bon pour les dents. Je ne connais pas les sources et l'effet.. » 9

« Quand mes enfants vont chez le dentiste, il leur en met du fluorure et il dit que c'est important. Mais il ne m'a jamais expliqué les raisons pour lesquelles c'était important. » 7

Les enseignants qui connaissent les scellants de puits et sillons ont été informés de ce procédé lorsque le dentiste en a recommandé l'emploi pour le bénéfice des dents de leurs enfants ou parce qu'ils en ont pris connaissance au bureau de leur dentiste par du matériel informatif.

« Les molaires de vos deux filles ont des sillons qui sont très profonds. Ce serait préférable de leur placer des scellants de puits et sillons. » 7

Les enseignants sont unanimes sur le fait que de parler de la promotion de la santé buccodentaire exige des connaissances spécifiques.

« On aurait besoin d'information, de petits dépliants pour avoir les termes précis. » 5

« Cela demande une connaissance de base. » 10

Le dentiste est la principale source d'information des enseignants sur la santé buccodentaire, suivi par l'hygiéniste dentaire en cabinet privé et celle en milieu scolaire. Il renseigne davantage lorsque le patient se retrouve avec certains problèmes dentaires. Il a très peu de temps à leur consacrer étant donné son horaire de travail chargé, ce qui vient expliquer leurs connaissances limitées. Le dentiste est la source d'information dentaire la plus influente de l'enseignant.

« Mon dentiste, c'est toujours lui qui m'a renseigné sur la santé buccodentaire. » 5

« Les clients passent tellement rapidement. Ils ont tellement peu de temps à accorder aux parents. Alors, imaginez-vous les connaissances que l'on réussit à obtenir. » 7

C'est exceptionnel de retrouver des articles qui traitent de sujets de la santé buccodentaire dans les revues populaires. La publicité pour la pâte dentifrice, les brosses à dents, les produits blanchissants sont plus fréquents dans les revues et à la télévision. Certains dépliants d'information peuvent être consultés chez le dentiste ou au CLSC.

« Il est très rare de voir des sujets sur la santé buccodentaire dans les revues. » 8

« Il y a très peu d'articles là-dessus. » 14

« On retrouve souvent des articles sur des sujets de santé, mais jamais sur la santé buccodentaire. » 12

6.7.3 Position syndicale et tâches des enseignants

Le syndicat représente les intérêts des enseignants. Il pourrait s'opposer à la promotion de la santé buccodentaire si cette dernière n'est pas incluse dans les tâches de l'enseignant, si ce dernier ne reçoit pas la formation adéquate pour l'accomplir, si cette tâche ne fait pas partie du programme scolaire et qu'elle occasionne des pertes de temps d'enseignement.

« Encore une tâche supplémentaire qu'on ajoute sur le dos des profs... Pourquoi ne remettez-vous pas cela à la maison ? » 5

« Si cela ne fait pas partie de notre tâche d'enseignant, ils vont être contre, c'est bien certain. » 11

« On n'a pas été formé pour cela, ce n'est pas notre travail. » 14

« Il serait placé du côté des enseignants pour dire que leur rôle est d'enseigner et que toutes les petites « bébelles » autour font perdre beaucoup de temps. » 17

Une certaine interrogation persiste à savoir si le syndicat serait pour ou contre la participation des enseignants à la promotion de la santé buccodentaire, car le fait de donner de l'information sur ce sujet est bénéfique à l'enfant.

« Le syndicat est favorable à tout ce qui est bénéfique pour les enfants. Mais de là à faire en sorte que cela devienne une matière d'enseignement... » 6

« Le syndicat ce sont les enseignants. S'ils sont positifs à cela, ça va fonctionner. » 2

Par contre, il serait favorable en autant que la promotion de la santé buccodentaire fasse partie intégrante d'un programme scolaire.

« Si cela fait partie intégrante d'un programme relié à la réforme scolaire, par exemple, au niveau des domaines de vie, alors il n'y aurait pas de problème. » 12

6.7.4 Matériel didactique et promotionnel

Les enseignants signalent le peu de matériel pédagogique disponible leur permettant d'intégrer la santé buccodentaire à leur enseignement. Ce n'est pas un thème privilégié et développé par toutes les maisons d'édition.

« Les maisons d'édition vont selon la réforme, mais elles sont libres de leurs choix de thème. » 12

Par contre, en formation personnelle et sociale (FPS), au niveau de la quatrième année, dans le volume Mémo 4, une partie du thème 4 porte sur l'éducation à la santé. L'hygiène

buccodentaire ainsi que l'importance de la visite régulière auprès du dentiste et de l'hygiéniste dentaire sont placées en situation d'enseignement.

De plus, très peu de matériel promotionnel sur la santé buccodentaire est mis à leur disposition par les dentistes et les hygiénistes dentaires.

« ...avoir du matériel pédagogique avec des tableaux qui illustrent la dent et des dépliants nous permettrait d'avoir les termes précis. » 5

« Lorsqu'on doit faire les recherches nous-mêmes, c'est peu attrayant, plus ardu. » 3

6.7.5 Direction d'école

Pour la majorité des enseignants, la direction de l'école ne leur demande pas de jouer un rôle dans la promotion/prévention de la santé buccodentaire, car elle n'est pas incluse dans la programmation scolaire. L'enseignant du préscolaire pense que cela fait partie de l'éducation qu'il doit transmettre sur les habitudes d'hygiène de vie à ses élèves, alors que pour l'enseignant de quatrième année, c'est inclus de façon indirecte lorsqu'il doit parler d'hygiène et d'alimentation dans le cadre du cours FPS.

« C'est compris dans mon enseignement à transmettre. » 14

« C'est compris de façon indirecte dans le programme FPS, lorsqu'on parle d'hygiène et d'alimentation. » 13

« Elle nous demande de respecter nos programmes. Elle nous laisse une certaine latitude dans le choix de nos projets en autant que la matière à voir y soit intégrée. » 8

« Si c'est dans le programme, elle va faire en sorte qu'on l'applique. » 3

Dans le futur, la direction d'école accepterait sûrement de faire quelque chose sur la santé buccodentaire si la décision était prise par un groupe d'enseignants.

« C'est une personne qui nous consulte, discute avec nous et demande notre idée. Si on proposait quelque chose en santé buccodentaire, elle accepterait sûrement. » 17

6.8 Opinions des enseignants au primaire sur les facteurs facilitant la promotion de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves

6.8.1 Implication des parents

L'implication des parents, que ce soit en promotion ou en prévention de la santé buccodentaire, fait partie de leur rôle parental. Ils servent de modèle à leurs enfants dans

différents domaines d'éducation et de comportement. Le milieu scolaire peut servir de médium pour les rejoindre par l'intermédiaire de leurs enfants.

« Si l'hygiéniste dentaire, en début d'année, faisait une promotion sur la santé buccodentaire, elle pourrait remettre une brosse à dents et un petit dépliant à chaque enfant. Ce matériel va arriver à la maison et va sensibiliser le parent. »¹²

6.8.2 Visite de l'hygiéniste dentaire et du dentiste en milieu scolaire

Selon les enseignants, l'hygiéniste dentaire devrait visiter plus souvent les élèves en milieu scolaire, puisque ceux-ci démontrent plus de sensibilisation pour la santé buccodentaire dans les semaines suivant sa visite et que par la suite, l'effet diminue lentement. La visite occasionnelle d'un dentiste pourrait aussi contribuer à sensibiliser les élèves à l'importance de la santé buccodentaire. Cette sensibilisation devrait se faire auprès de tous les élèves.

« ... avoir plus souvent la visite de l'hygiéniste dentaire et, à l'occasion, d'un dentiste, qu'ils viennent discuter, conscientiser les élèves, soit par l'intermédiaire du CLSC ou autres organismes. Si on accordait à la santé buccodentaire une importance égale à celle qu'on accorde à la vaccination, je pense que l'on atteindrait une bonne conscientisation. »¹⁷

« Il ne faut pas sensibiliser seulement les élèves qui ne le font pas. Il faut renforcer aussi auprès de ceux qui le font régulièrement. »¹³

6.8.3 Programmation scolaire

6.8.3.1 Réforme de l'éducation

La réforme de l'éducation facilite l'intégration de la santé buccodentaire à l'enseignement au primaire car elle offre la possibilité d'y rattacher des sujets qui sont familiers aux enfants. Elle fonctionne par thème, par projet ou situation d'apprentissage. L'enfant devient ainsi le principal acteur et l'enseignant sert de guide dans l'apprentissage. L'élaboration d'un projet ou d'un thème sollicite davantage les enfants en mettant chacun d'eux à contribution dans des tâches différentes. Il permet d'exploiter l'information et de travailler en coopération, il favorise l'esprit critique et la confrontation d'idées tout en recourant aux nouvelles technologies de l'information et de la communication. Les recherches peuvent se faire en mettant à contribution les sites Internet et le traitement de texte pour la rédaction. Le projet ou le thème se termine par une présentation orale aux autres confrères de la classe et parfois même de l'école. Il permet d'exploiter les compétences transversales (exemple : intellectuelles, personnelles et sociales en communication et méthodologiques) ainsi que celles relevant de la discipline (exemple : français, mathématiques, etc.) qui sont les fondements de la nouvelle réforme scolaire. Le projet ou le thème peut être adapté et réalisé à tous les niveaux scolaires.

« Les élèves participent avec intérêt. Ils sont constamment à la recherche de nouvelles informations. »³

« L'enfant devient le principal acteur, l'enseignant un guide. » 6

« La réforme ouvre bien des portes à la condition que les enseignants soient sensibilisés à cela. Comme c'est écrit nulle part, certains vont le faire, d'autres n'en parleront pas. Quand c'est écrit dans un programme, qu'il faut absolument en parler et bien là, tout le monde fait la même chose. » 11

« ... offre la possibilité de rattacher notre enseignement sur des sujets qui touchent particulièrement les enfants. » 8

« Ce serait facile d'intégrer la santé buccodentaire en autant que l'on ait du matériel pédagogique préparé à cet effet. Par exemple, un site avec des informations dentaires préparé pour les enfants. » 12

« ... on peut intégrer facilement la santé buccodentaire avec l'alimentation. » 13

« C'est une porte d'entrée. Tu peux lire, écrire, faire mille choses à partir de la santé buccodentaire. Tous les aspects sont des façons de rentrer en contact avec la matière. » 17

Dans le programme des programmes, il y a le domaine d'expérience de vie qui offre la possibilité de faire l'approche « Santé et bien-être ». Il permet de parler des hygiènes corporelle, alimentaire, de vie et dentaire ainsi que des règles de vie fondamentales pour le bien-être. Il permet de voir en quelque sorte la matière qui était enseignée auparavant en formation personnelle et sociale.

Le domaine d'expérience de vie est un grand sujet associé à des apprentissages. Il fait référence à des problématiques auxquelles les élèves font face régulièrement et pour lesquelles ils ont besoin d'être outillés, tant sur le plan des valeurs que sur le plan des compétences requises pour aborder ces problèmes. Par compétences, on entend l'acquisition de connaissances et la capacité de se servir de celles-ci au moment propice.

« Le domaine d'expérience de vie, c'est un prétexte à mon enseignement, c'est ce qui me donne un grand thème et avec cela, je donne la couleur; ma situation d'apprentissage est ainsi en lien avec Santé et bien-être. Je peux ainsi réaliser plusieurs situations d'apprentissage. » 18

Les enseignants sont sollicités pour travailler conjointement avec toutes les équipes, tous les intervenants de l'école. Nous avons un thème à développer et tous y participent. Cela devient un peu comme une responsabilité de la direction d'école.

« Le directeur avec l'équipe d'école pourrait dire : En avril, ce sera le mois de la santé et du bien-être..., ou en mars, on parle de la nutrition. » 18

Le conseil d'établissement représente les parents. Il adopte le projet éducatif de l'école et peut ainsi faire certaines recommandations auprès de la direction de l'école sur certains sujets à privilégier.

« Cette année, dans notre école, on privilégie la santé buccodentaire. » 7

6.8.3.2 Formation personnelle et sociale

La réforme de l'éducation enlève le cours de formation personnelle et sociale. Certains sujets abordés dans cette formation se retrouveront dans le domaine d'expérience de vie dans le volet santé et bien-être. La réforme se fait de façon graduelle et sera complètement intégrée au primaire en 2003-2004.

6.8.3.3 Éducation physique et à la santé

Présentement, les éducateurs physiques disposent de très peu de temps pour leurs cours en éducation physique. Le temps alloué peut varier entre une heure et une heure trente par semaine selon le niveau scolaire. Les enfants aiment beaucoup l'éducation physique. Lorsque l'éducateur physique parle de certaines questions de santé, ils sont souvent insatisfaits. Ils veulent faire des activités sportives. Comme une des problématiques importantes en santé chez les jeunes est l'obésité, les éducateurs physiques se limitent alors à faire des interventions au niveau des habitudes de vie en soulignant l'importance de l'activité physique.

« En éducation physique, notre priorité, c'est la santé en général de nos étudiants, la bonne forme physique. Il y a beaucoup de cas d'obésité maintenant. Comme nous avons peu de temps en éducation physique, nous nous limitons à travailler les habitudes de vie au niveau de l'éducation physique. Nous voulons les faire bouger en premier lieu. » 16

Les éducateurs physiques reconnaissent qu'ils pourraient peut-être faire quelque chose surtout auprès des élèves qui dînent à l'école pour pratiquer des activités sportives. Ils pourraient les inciter à apporter une brosse à dents, les sensibiliser à l'importance du brossage, leur faire des rappels pour vérifier s'ils ont brossé leurs dents le matin. Pour les autres interventions, en promotion/prévention de la santé buccodentaire, c'est le rôle de l'hygiéniste dentaire.

« Je réalise que dans le fond, on pourrait peut-être faire quelque chose. Parce que c'est rare qu'après le dîner à l'école les élèves brossent leurs dents, sauf ceux qui fréquentent la garderie scolaire. » 16

L'intégration de la santé au cours d'éducation physique avec la réforme de l'éducation exigerait davantage de temps à l'horaire.

« S'ils veulent vraiment nous faire jouer un rôle en santé, il faudra avoir plus de temps en éducation physique. » 16,2

Présentement, lorsque l'éducateur physique veut sensibiliser ses élèves sur une problématique, il fait en sorte que le message soit court, concis, d'une durée maximum de trois minutes. S'il prend plus de temps, les élèves s'impatientent et manquent d'attention.

« Je vais prendre deux, trois minutes pour les sensibiliser. Après cela, on passe à d'autres choses. Ils veulent pratiquer un sport. Ils veulent bouger. »²

Un éducateur physique mentionne avoir participé à un projet de prévention en santé physique au secondaire en collaboration avec une infirmière. Tous deux étaient convaincus que l'intervention serait bien reçue de la part des élèves. Ils ont été dans l'obligation d'interrompre leur projet, en raison du manque d'intérêt et d'une certaine frustration de la part des élèves. Ils ont ainsi constaté que les cours dispensés par des spécialistes étaient à éviter pour la promotion/prévention étant donné le peu de temps et l'intérêt que les élèves démontrent envers ces cours (ex. éducation physique, musique, anglais, art plastique).

« Quand les élèves arrivent en éducation physique, c'est pour faire de l'éducation physique. Ce n'est pas pour faire de la prévention. »²

6.8.4 Formation en santé dans le curriculum des nouveaux enseignants au primaire

La majorité des enseignants reconnaissent l'importance d'inclure une formation obligatoire en santé dans le curriculum des nouveaux enseignants au primaire. Elle pourrait comprendre une formation touchant différents sujets sur la santé d'autant plus qu'il y a un renouvellement important de ce personnel présentement. Les sujets pourraient être les suivants : la santé buccodentaire, la toxicomanie, la résolution de conflits, l'alimentation, la santé physique et psychologique, la sécurité à bicyclette et dans les sports, la sexualité, l'hygiène en général et l'harmonie avec soi. L'approche à privilégier par l'enseignant lorsqu'il doit rencontrer le parent d'un enfant qui a une mauvaise hygiène ou qui souffre de pédiculose pourrait y être incluse.

Cette formation, sans être trop approfondie, devrait comprendre des notions de base et une bonne sensibilisation à ces différentes problématiques. Il serait pertinent que les enseignants parlent de la santé aux enfants, car certains d'entre eux vivent des situations familiales difficiles, les parents étant davantage préoccupés par les priorités financières et le souci de nourrir leurs enfants que par la promotion/prévention de la santé.

« Cours uniformes et obligatoires pour que tous les enseignants aient la même formation. »⁷

« C'est certain que si on introduit l'éducation à la santé dans les programmes, il faut au moins nous dire comment l'aborder. »¹⁷

« La santé, c'est toujours important. »²

« Les parents ont souvent des valeurs ou des priorités autres que la santé. »¹⁴

« Il y a des choses élémentaires dans la vie, là où les parents ne font rien. Il nous faut bien faire un petit quelque chose pour sensibiliser les enfants. »⁶

Il y a une certaine hésitation de la part de l'enseignant qui se voit encore jouer le rôle du parent.

« Je pense que ce serait important, les enseignants deviendraient de bons spécialistes en santé et les parents en bénéficieraient peut-être sauf que, encore là, on viendrait prendre la place des parents. » 11

6.8.5 Formation continue

Les enseignants ne manifestent aucun intérêt à recevoir de la formation continue sur la santé buccodentaire, considérant la multitude de formations qui leur sont déjà dispensées avec la réforme scolaire.

« Si tu savais le nombre d'heures de formation que l'on reçoit dans une année. On est rendu que ça nous sort de partout... » 6

« Il y a tellement de formations ces temps-ci pour donner des stratégies pour bien enseigner et avec l'inquiétude du nouveau programme... » 5

Par contre, ils apprécieraient recevoir différentes documentations sur de l'information générale, facile à véhiculer auprès de leurs élèves (exemple, information sur les méthodes de prévention de la carie dentaire et sur les fluorures).

« Les enseignants aimeraient recevoir de l'information pour pouvoir la transmettre correctement. » 3

« Moi, je pense que de la documentation facile à consulter qui arriverait assez régulièrement, ça pourrait être intéressant. Quand tu arrives dans la salle des enseignants et qu'il y a un document, tu le feuilletes et que les gens en parlent, souvent on découvre des intérêts. » 17

6.8.6 Matériel didactique et promotionnel

Les enseignants reconnaissent qu'avoir à leur disposition du matériel didactique et promotionnel sur la santé buccodentaire les inciterait davantage à aborder ce sujet avec leurs élèves. Celui-ci devrait être informatif, attrayant et visuel. Le message véhiculé devrait être uniforme, cohérent et utiliser les termes précis. Ils apprécieraient avoir un guide d'activités à réaliser avec leurs élèves sur la santé buccodentaire.

« Il y a des spécialistes en santé buccodentaire, ce serait à eux de préparer le matériel. Nous pouvons diffuser l'information. » 12

« ... avoir à notre disposition du matériel préparé par les professionnels de la santé buccodentaire que l'on pourrait adapter à l'enseignement. » 4

Ils reconnaissent également l'importance d'avoir une semaine ou un mois thématique sur la santé buccodentaire. Les élèves pourraient ainsi faire des recherches sur certains sujets et communiquer les résultats à leurs confrères d'école et à leurs parents.

« Aujourd’hui, en dehors d’enseigner des notions de connaissances de base, l’enseignement se fait beaucoup par projet de travail en équipe, à travers notre vécu. » 10

« Une semaine thématique permet de mettre le focus sur le sujet. Elle permet de travailler des activités proposées et même le brossage de dents à l’école. » 17

Les enseignants suggèrent que les maisons d’édition intègrent dans les livres pédagogiques un thème sur la santé en général en prenant soin d’y inclure la santé buccodentaire adaptée à chaque niveau scolaire ainsi qu’un thème portant sur les hygiènes corporelle, dentaire, alimentaire et de vie.

« Le thème sur la santé pourrait être adapté aux besoins de chaque niveau scolaire. Il faudrait sensibiliser les maisons d’édition pour développer des thèmes sur la santé incluant la santé buccodentaire sinon, les enseignements n’en parleront pas. » 11, 12

Les nouvelles technologies de l’information et de communication devraient également être mises à contribution car les élèves adorent y recourir. Il serait pertinent de développer un logiciel informatique et un site Internet sur la santé buccodentaire.

Il serait également très pertinent de retrouver des articles sur divers sujets de la santé buccodentaire dans les revues populaires ainsi que des messages préventifs dans les différents médias, ce qui améliorerait les connaissances de toute la population.

« Il ne faut pas limiter cela à l’école, il faut que tout le monde en parle. Il faut que dans la société, en général, on en parle plus. » 11

Vous pouvez consulter un résumé des suggestions des enseignants au primaire sur différentes approches à privilégier pour la promotion de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves en vous référant à l’annexe 8.

7. DISCUSSION

7.1 Rappel des résultats de recherche

Cette étude régionale a permis de faire le point sur diverses opinions des enseignants au primaire sur la promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves. Elle a également permis de constater que ces enseignants avaient une attitude très positive face à leur santé buccodentaire ainsi qu’à celle de leurs enfants et de leurs élèves. Ils exercent un contrôle rigoureux sur les habitudes d’hygiène dentaire et sur la santé buccodentaire de leurs enfants. Ils font certains rappels sur l’importance de la prise de bonnes habitudes en santé buccodentaire de façon informelle auprès de leurs élèves.

Les enseignants au primaire exercent une influence positive sur leurs élèves et ceux-ci ont tendance à accorder plus d'intérêt à leurs conseils qu'à ceux de leurs parents. Cette influence est plus prononcée au niveau du préscolaire, 1^{re}, 2^e et 3^e année et elle décroît avec la progression de l'élève au primaire. Cette influence positive a été reconnue par plusieurs études (Tones 1979; Striffler, Young et Burt 1983; Lang, Woolfolk et Faja 1989; M^c Cormack-Brown, Clark, M^c Dermott 1989; Hedrich 1999).

Les enseignants reconnaissent une association entre les conditions socio-démographiques et l'état de santé buccodentaire de leurs élèves. Ils sont d'avis que le modèle des parents exerce une influence importante auprès de leurs enfants pour l'acquisition de bonnes habitudes en santé buccodentaire. Cette constatation a également été établie par trois autres études (Peterson 1992; Gratrix, Taylor et Lennon 1990; Whittle 1992). Les parents et la famille sont la première source d'information dans ce domaine pour les enfants. Ce fait a été souligné par Woolfolk, Lang et Faja 1989. Ils jouent ainsi un rôle de première importance dans l'éducation, la sensibilisation et la prise de bonnes habitudes, que ce soit pour la santé buccodentaire, l'hygiène corporelle ou les saines habitudes de vie.

L'hygiéniste dentaire est perçue par les enseignants comme la spécialiste en promotion/prévention de la santé buccodentaire. Sa visite, très appréciée en milieu scolaire, est reconnue bénéfique et positive par les enseignants et les élèves. Les enfants démontrent une plus grande motivation pour la santé buccodentaire dans les jours suivant sa visite. Par contre, celle-ci diminue par la suite, avec le temps.

Les enseignants au primaire considèrent qu'ils participent déjà à la promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves puisqu'ils accordent du temps et permettent l'accès à l'hygiéniste dentaire au milieu scolaire. Ils collaborent aussi à la distribution de messages et de documentation auprès des élèves et de leurs parents.

Une minorité de ceux-ci participent à la prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire. Des enseignants du préscolaire supervisent le brossage des dents, d'autres participent à la distribution et à la prise de comprimés fluorurés et certains à l'activité hebdomadaire du rince-bouche fluoruré.

La promotion de la santé buccodentaire se limite souvent à de brefs messages informels qui peuvent avoir lieu suite à une formation sur la nutrition, à des notions sur l'hygiène corporelle ou à l'occasion de certaines fêtes (Halloween, St-Valentin, Pâques). Elle se résume, le plus souvent, à la mention de l'importance de l'hygiène buccodentaire. Par contre, l'enseignant de 4^e année qui utilise la méthode Mémo en parlera davantage en raison de l'inclusion, dans sa programmation d'enseignement, d'un sujet sur la santé buccodentaire en formation personnelle et sociale.

Il semble y avoir un intérêt très limité auprès de la majorité des enseignants au primaire dans leur intention de s'impliquer personnellement en prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves. Ce manque d'intérêt a été mentionné dans deux études antérieures (Lang, Woolfolk et Faja 1989; Sgan-Cohen et autres 1999). Certains enseignants verraient la possibilité d'inclure le brossage de dents avec une pâte dentifrice fluorurée au préscolaire parce qu'elle rejoint une forme d'éducation à donner à ce niveau scolaire. Par contre, la majorité seraient

favorables à participer à une sensibilisation sur l'importance de l'hygiène buccale à tous les niveaux scolaires durant le mois de la nutrition ou de la santé buccodentaire.

Pour le rince-bouche fluoruré, les enseignants seraient disposés à participer à la remise de l'information et du matériel à la condition que son utilisation se fasse en milieu familial. Les enseignants seraient davantage intéressés à participer à la distribution et à la prise du comprimé fluoruré en milieu scolaire, en autant que son effet soit reconnu bénéfique et que le parent donne son autorisation écrite. Ce fait a été souligné dans l'étude de Nahan en 1979.

Les principales barrières à l'intégration de la prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire sont les suivantes :

- ne fait pas partie des tâches de l'enseignant et de la programmation scolaire,
- demande une surveillance accrue des élèves,
- les dispositions physiques sont inadéquates,
- la persistance de la menace de dégâts,
- l'implication dans cette activité exige beaucoup de temps ce qui réduit le temps d'enseignement,
- les confrères n'y participent pas,
- relève principalement du rôle parental,
- cible une clientèle particulière,
- le respect de la liberté individuelle face à l'emploi des fluorures,
- la méconnaissance de l'effet bénéfique des fluorures,
- les problèmes hygiéniques,
- l'objection de certains parents.

Le facteur temps a été soulevé dans quatre études comme étant une barrière importante à la mise en place d'un programme de prévention de la santé buccodentaire en milieu scolaire (Nahan 1979; Glasrud et Frazier 1988; Lang, Woolfolk et Faja 1989; Sgan-Cohen et autres 1999). Le manque de collaboration de certains élèves face aux mesures préventives et l'objection de certains parents à la prise de comprimés fluorurés ont été mentionnés dans l'étude de Nahan en 1979.

Les enseignants reconnaissent que leurs connaissances sur les méthodes de prévention de la santé buccodentaire se limitent davantage à celles reliées à l'hygiène buccodentaire et à l'importance de la visite régulière chez le dentiste dès le jeune âge. Ils mentionnent avoir peu de connaissances sur les méthodes préventives de la santé buccodentaire parce qu'ils n'ont jamais reçu d'information sur ce sujet. Ce manque de connaissances des enseignants au primaire sur les mesures préventives de la carie dentaire a été mentionné dans cinq études (Loupe et Frazier 1983; Lang, Woolfolk et Faja 1989; Kay et Baba 1991; Nyandindi, Palin-Palokas, Milen et al. 1994; Sgan-Cohen et autres 1999). La connaissance des scellants de puits et sillons est principalement liée au fait que le dentiste l'a recommandé pour le bénéfice de leurs enfants ou qu'ils ont reçu l'information par l'intermédiaire du cabinet de leur dentiste. Ils reconnaissent que pour parler des mesures préventives, ils doivent posséder des connaissances spécifiques. Le dentiste demeure leur principale source d'information sur la santé buccodentaire. Cette principale source a été reconnue par cinq études (Glasrud et Frazier 1988; Lang, Woolfolk et

Faja 1989; Peterson, Danila et Samoila 1995; al-Tamami et Peterson 1998; Sgan-Cohen et autres 1999). Ils soulignent le peu de matériel didactique disponible leur permettant d'intégrer la prévention de la santé buccodentaire à leur enseignement et le peu de matériel promotionnel sur les méthodes préventives de la santé buccodentaire. L'importance de rendre disponible ce matériel éducationnel a été soulevée par quatre études (Loupe et Frazier 1983; Kay et Baba 1991; Peterson, Danila et Samoila 1995; al-Tamami et Peterson 1998).

Les enseignants au primaire démontrent davantage d'intérêt pour participer à la promotion de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves. Cet intérêt prononcé pour la promotion a été mentionné dans huit études (Loupe et Frazier 1983; Glasrud et Frazier 1988; Peterson, Hadi, Al-Zaabi et al 1990; Kay et Baba 1991; Peterson, Danila et Samoila 1995; Peterson et Esheng 1998; al-Tamami et Peterson 1998; Sgan-Cohen et autres 1999). Ils seraient ainsi disposés à y jouer un certain rôle, mais pas la plus grande part. Ils reconnaissent que ce rôle revient en premier lieu aux parents, suivi par l'hygiéniste dentaire en milieu scolaire. Ils seraient intéressés à participer à l'éducation à la santé buccodentaire, à la conscientisation et à la sensibilisation des élèves à l'importance de la santé buccodentaire. Les mêmes intérêts ont été mentionnés dans deux études (Loupe et Frazier 1983; Kay et Baba 1991). Ils accepteraient de transmettre et de diffuser de l'information préparée par les spécialistes en santé buccodentaire, de guider les élèves dans des recherches scolaires sur la santé buccodentaire et de les amener à rédiger un article sur ce sujet dans le journal scolaire. Ils ont d'ailleurs fait plusieurs suggestions sur les différentes approches à privilégier pour la promotion de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves (Annexe 8).

Ils accepteraient de travailler en collaboration avec l'hygiéniste dentaire en faisant un retour sur les messages qu'elle aurait véhiculé. Ils seraient ainsi disposés à faire des rappels occasionnels sur l'importance des mesures d'hygiène buccodentaire, de la visite régulière chez le dentiste, des méthodes de prévention de la carie dentaire et de l'alimentation. Ils seraient même disposés à vérifier occasionnellement si leurs élèves ont tous accès à une brosse à dents et à de la pâte dentifrice fluorurée. Ils seraient intéressés à assurer, en classe, le suivi d'activités proposées par l'hygiéniste dentaire, à participer à la sensibilisation des parents lors de la rencontre en début d'année et à leur remettre de l'information sous forme de dépliants ou autre matériel sur la santé buccodentaire.

Les principales barrières à la participation des enseignants à la promotion de la santé buccodentaire sont les suivantes :

- elle ne fait pas partie de leurs tâches de travail,
- le manque de connaissances dans ce domaine particulier,
- le peu de disponibilité de matériel didactique et promotionnel à leur intention,
- la nécessité d'y consacrer du temps au détriment de celui réservé à l'enseignement des matières fondamentales,
- elle ne fait pas partie de la programmation scolaire.

Par contre, la réforme de l'éducation qui s'implante est porteuse de certains facteurs facilitants. Elle vient, d'une certaine façon, contrecarrer certaines barrières, dont celles reliées à l'ajout dans les tâches de l'enseignant, au facteur temps et à l'intégration dans la programmation scolaire. Elle favorise l'enseignement à partir de thèmes et de projets sélectionnés par les élèves

en les incitant à recourir aux nouvelles technologies de l'information pour l'acquisition de nouvelles connaissances.

7.2 Limites de la recherche

7.2.1 Conséquences de certains choix stratégiques

Dans ce genre d'étude, le répondant est placé dans une situation de désirabilité sociale où il veut bien paraître. Il est aussi mû par le désir de rendre service ou d'être bien vu par le chercheur, ce qui peut limiter en quelque sorte la crédibilité des messages communiqués. Le chercheur a remarqué que lorsque le répondant s'apprêtait à lui dire des choses qui pouvaient ne pas aller dans le sens de ses attentes face à la question posée, il prenait soin de l'avertir qu'il allait lui parler franchement, ce qui confirme, en quelque sorte, la crédibilité de l'information.

Dans cette étude, toutes les dispositions ont été prises pour obtenir des conditions environnementales optimales pour que l'entrevue semi-dirigée soit la plus profitable possible en richesse de données. Une relation de confiance s'est établie entre le chercheur, le directeur d'école et le répondant. Ce dernier a reçu à l'avance la plupart des questions ouvertes, ce qui lui a permis de réfléchir et de préciser sa position sur celles-ci. L'entrevue s'est tenue dans un lieu familier et au moment déterminé par le répondant comme lui étant le plus convenable. Elle s'est déroulée dans les limites de temps reconnues optimales pour obtenir des données de qualité. Le positionnement de l'interviewer et du répondant a été celui conseillé pour que ce dernier soit le plus à l'aise possible durant le déroulement de l'entrevue.

L'échantillon de type intentionnel a permis de choisir des candidats ayant une bonne expertise en rapport avec le sujet de la recherche et reconnus aptes à la verbaliser. Les critères de sélection ont fait en sorte que l'échantillon obtenu soit le plus diversifié possible, et par le fait même, représentatif des enseignants du Québec. La majorité des répondants étant des parents, ils ont ainsi été en mesure de fournir une double expertise, soit celle de l'enseignant et celle du parent.

Le canevas des questions de l'entrevue a été conçu de façon à recueillir le maximum d'information sur les thèmes de l'étude. Sa révision, après la troisième entrevue, a permis une consolidation des questions en regard du cadre conceptuel sélectionné pour l'étude.

La transcription des données a été reconnue authentique par chacun des répondants et ceux-ci ont apporté des éclaircissements sur certains points au besoin, à la demande du chercheur, ce qui augmente la qualité et la validité des données de cette recherche.

Tout au long de l'étude, le chercheur a effectué une triangulation entre l'interview, l'analyse des résultats et le verbatim pour s'assurer de la crédibilité des résultats obtenus. L'analyse des résultats a été effectuée en tenant compte du journal de bord, des notes prises lors du déroulement de la recherche et du langage non verbal. À la lumière de tous ces faits et situations, les résultats de cette recherche régionale peuvent être reconnus comme étant crédibles.

7.2.2 Limites d'ordre méthodologique

7.2.2.1 Échantillonnage

L'échantillon de type intentionnel a été privilégié dans cette étude parce que le chercheur voulait que les répondants sélectionnés soient réputés avoir une expertise pertinente en rapport avec le sujet à l'étude et qu'ils soient aptes à la verbaliser puisque la collecte des données se faisait par enregistrement sur bande magnétique à l'aide d'une entrevue semi-dirigée. Le directeur d'école était certes la personne la mieux placée pour diriger le choix du candidat répondant à ces critères puisqu'il est en relation avec les enseignants de son établissement quotidiennement, et ce, souvent depuis plusieurs années.

La saturation théorique des données a été atteinte au quinzième répondant, mais le chercheur en a tout de même rencontré trois supplémentaires pour s'assurer de recueillir le maximum de données dans cette étude.

7.2.2.2 Collecte des données

La force de l'entrevue semi-dirigée vient du fait qu'elle permet un accès direct à l'expérience de l'individu. Les données ainsi produites sont riches en détails et en descriptions. Pour toutes les entrevues, le positionnement des interlocuteurs en coin avec le magnétophone entre eux a été priorisé. Cette façon de se placer permettait une proximité physique entre les personnes, et d'autre part, elles se sentaient moins intimidées si la situation du face à face les indisposait. Le chercheur affichait une tenue vestimentaire sobre.

Les enregistrements ont tous été de bonne qualité et facilement audibles. La durée de l'entrevue semi-dirigée s'est située entre 45 et 60 minutes à l'exception des deuxième et troisième entrevues qui ont dépassé ce temps. Elles ont ainsi respecté la durée de temps reconnue optimale (entre 45 et 60 minutes). Lors de l'entrevue, le chercheur a utilisé les techniques qui favorisent l'écoute active soit la reformulation, le reflet des sentiments et la rétroaction, ce qui lui a permis de guider le répondant dans la clarification de ses réflexions. Le chercheur a suivi antérieurement une formation sur ces différentes techniques. À la clôture de l'entrevue, il en profitait pour remercier le répondant de l'attention qu'il portait à l'étude et du temps qu'il lui avait accordé. Il lui rappelait que le verbatim lui serait retourné pour lui permettre de faire des corrections au besoin, ceci dans le but d'avoir vraiment le reflet de son opinion sur la promotion/prévention de la santé buccodentaire. En procédant ainsi, la transcription serait confirmée authentique et augmenterait ainsi la qualité du contenu, sa validité et sa crédibilité. En dernier lieu, il lui mentionnait qu'une copie de cette recherche lui serait retournée en guise de remerciement pour sa participation à l'étude.

La transcription du verbatim de l'entrevue a été du genre mot à mot, de façon à avoir tout le matériel verbal de l'entrevue. Elle a été effectuée par une collaboratrice ayant une bonne expertise dans ce domaine. Chaque verbatim a été retourné aux participants pour qu'ils fassent les corrections qu'ils jugeaient utiles afin que la transcription soit reconnue authentique. Le langage non verbal a été noté pour chaque entrevue. Des notes ont été prises tout au long de l'entrevue et complétées immédiatement après l'entrevue. La prise de ces notes permettait de retenir les idées importantes avancées au cours de l'entrevue, de noter les propos à clarifier et de

mettre en évidence des éléments nouveaux de compréhension qui émergeaient. Elle a également aidé le chercheur à effectuer la synthèse pendant l'entrevue et à demeurer très attentif lors du déroulement de celle-ci. Ces notes personnelles étaient descriptives, théoriques et méthodologiques. Dans son journal de bord, le chercheur notait ses interrogations, ses périodes de confusion, certaines remarques, ses réflexions face à l'étude en cours et tout autre renseignement pertinent. Tous ces renseignements sont venus compléter le verbatim lors de l'analyse des données et ont permis une analyse plus précise des résultats de l'étude.

7.2.3 Conclusion

Cette recherche régionale établit une base de données à propos des opinions des enseignants au primaire sur leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves et permet l'identification des barrières et des facteurs facilitant celle-ci.

L'échantillon de l'étude est représentatif de l'ensemble des enseignants du Québec en raison de la comparabilité du nombre moyen d'années d'expérience en enseignement au primaire et du ratio du genre de l'enseignant. Il inclut des enseignants au primaire de différents milieux scolaires à risque de carie dentaire en portant une attention particulière aux milieux à risque élevé et à risque faible de carie dentaire afin de vérifier de façon particulière les opinions des enseignants au primaire à propos de ces deux groupes pour identifier des pistes de solution destinées au milieu à risque élevé de carie dentaire. Le lieu de formation des enseignants est diversifié et inclut un large éventail d'établissements d'enseignement du Québec qui offrent la formation d'enseignant du préscolaire et du primaire (Tableau 4, annexe 1). L'échantillon est composé d'enseignants au primaire de milieu rural et urbain. Le pourcentage des enseignants provenant du milieu urbain (66,6 %) se rapproche du pourcentage d'urbanisation de l'ensemble du Québec (78,5 %) (Statistique Canada, 1996).

Les résultats de cette étude sont ainsi transférables à l'ensemble des enseignants au primaire de milieu rural et urbain du Québec à l'exception de ceux se rapportant au peu de disponibilité du matériel didactique sur la promotion et sur les méthodes de prévention de la santé buccodentaire et au manque de connaissances des enseignants sur la promotion/prévention de la santé buccodentaire. Ces derniers sont transférables à l'ensemble des enseignants au primaire en raison du fait que la programmation scolaire est uniforme au niveau de l'ensemble de la province de Québec et que le contenu de la formation des enseignants du préscolaire et du primaire est sensiblement la même d'une université à l'autre. La diversité et la représentativité des établissements d'enseignement des participants à l'étude nous permet de constater qu'aucun d'eux n'a reçu de formation en santé buccodentaire et que certains ont reçu une formation optionnelle dans un volet santé lors de leur formation comme enseignant à l'exception d'un enseignant pour lequel celle-ci était obligatoire (Tableau 6, annexe 1).

7.3 Implication de la recherche

7.3.1 Quelles recherches complémentaires faut-il entreprendre ?

La présente étude nous permet de connaître l'opinion des enseignants au primaire, de milieu rural et urbain seulement, sur leur implication en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves et l'identification des barrières et des facteurs facilitant

celle-ci. Il serait important de vérifier l'opinion des enseignants du milieu métropolitain en raison de la multiethnicité de ce milieu. Une recherche qualitative, comparable à celle-ci, devrait être réalisée dans la métropole montréalaise, ce qui permettrait une généralisation des résultats à l'ensemble des enseignants au primaire du Québec.

Comme cette étude porte essentiellement sur l'opinion des enseignants au primaire, il serait pertinent qu'une telle recherche qualitative soit réalisée auprès des parents, des directions d'école, des établissements de formation des enseignants au primaire et des hygiénistes dentaires afin de connaître également l'opinion de ces groupes de personnes susceptibles d'influencer les facteurs de renforcement de l'implication des enseignants en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves.

7.3.2 Quelles actions faut-il engager dans le domaine de la santé publique ?

Les hygiénistes dentaires intervenant en milieu scolaire pourraient privilégier les rencontres de classe pour la formation en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès des élèves tout en portant une attention spéciale aux mesures préventives reconnues scientifiquement efficaces pour la prévention de la carie dentaire. Ils pourraient inviter l'enseignant à assister à ces rencontres, ce qui contribuerait à la mise à jour de ses connaissances dans ce domaine et pourrait l'inciter par la suite à s'impliquer comme « **agent renforçateur** ».

Les intervenants en santé dentaire publique devraient :

- produire du matériel didactique et promotionnel sur la promotion/prévention de la santé buccodentaire en prenant soin d'y intégrer les mesures préventives reconnues scientifiquement efficaces. Ils pourraient mettre à contribution les nouvelles technologies de l'information (exemple : site Internet en santé buccodentaire adapté aux enfants). Ce matériel permettrait l'actualisation des connaissances des élèves et des enseignants, ce qui les inciterait davantage à participer à la promotion/prévention de la santé buccodentaire.
- publier régulièrement des articles sur des sujets de promotion/prévention de la santé buccodentaire dans les revues populaires permettrait une vulgarisation des connaissances dans ce domaine à l'ensemble de la population.
- sensibiliser les enseignants au primaire, les conseils d'établissement et les directions scolaires pour qu'ils reconnaissent l'importance et la possibilité d'intégrer la promotion/prévention de la santé buccodentaire dans la programmation de l'enseignement au primaire sous forme de thèmes ou de projets.
- sensibiliser le ministère de l'Éducation pour qu'il reconnaisse la pertinence d'inclure un ou des thèmes sur la promotion/prévention de la santé buccodentaire pour les élèves du primaire adapté à chaque niveau scolaire et qu'il recommande à ses maisons d'édition d'inclure ce ou ces thèmes dans la préparation de leur matériel didactique.
- s'unir à d'autres professionnels de la santé pour sensibiliser les établissements de formation des enseignants au primaire pour qu'ils intègrent une formation obligatoire dans le programme de formation des futurs enseignants au primaire sur l'éducation à la santé

globale, incluant la promotion/prévention de la santé buccodentaire. Les enseignants au primaire sont de plus en plus interpellés pour jouer un rôle en éducation à la santé étant donné l'influence positive qu'ils exercent auprès de leurs élèves, ce qui contribuerait, à long terme, à une amélioration de la santé globale des générations futures.

8. CONCLUSION

La majorité des résultats de cette étude concordent avec ceux des autres études disponibles sur ce sujet dans différents pays du monde. Par contre, la particularité de cette étude est d'avoir intégré un modèle de planification des interventions éducatives (modèle de Fishbein et Ajzen 1975 Fishbein et Ajzen 1975 et de la démarche de Green, Kreuter, Deeds et Partridge 1980). L'intégration de celui-ci a permis d'identifier clairement les facteurs qui **facilitent**, les facteurs qui **renforcent** et les facteurs qui **prédisposent** l'implication des enseignants au primaire en promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves. Les intervenants de la santé dentaire publique connaissent ainsi les correctifs à apporter pour favoriser l'implication des enseignants au primaire de milieu rural et urbain dans la promotion/prévention de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves.

Les enseignants au primaire montrent une attitude positive à participer à la promotion de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves. La réforme de l'éducation offre l'opportunité aux enseignants d'intégrer la promotion de la santé buccodentaire à leur enseignement. Elle ouvre certaines portes et élimine, par le fait même, des barrières importantes.

Les intervenants de la santé dentaire publique doivent saisir cette occasion pour que les enseignants soient mis à contribution dans la promotion de la santé buccodentaire étant donné l'influence positive qu'ils exercent auprès de leurs élèves. De plus, le milieu scolaire représente le lieu privilégié pour transmettre l'éducation sur de saines habitudes de vie aux élèves tout en rejoignant les parents par leur intermédiaire.

Il faut penser à l'impact, à long terme, qu'aura cette intervention sur les générations futures, lorsque ces élèves deviendront parents. Ce sera certes une contribution importante à l'amélioration de la santé globale de cette population.

9. RÉFÉRENCES

al-Tamami S, Peterson PE. (1998). Oral health situation of school children, mothers and schoolteachers in Saudi Arabia. Int Dent J; 48: 180-186.

Altet M. (1996). « Les compétences de l'enseignant-professionnel: entre savoirs, schémas d'action et adaptation, le savoir analyser ». dans Former des enseignants professionnels, Paquay L et autres, Bruxelles, De Boeck; p. 27-40.

Ambjornsen E, Rise J. (1985). The effect of verbal information and demonstration on denture hygiene in elderly people. Acta Odontologica Scandinavica; 43: 19-24.

Anusavice KJ. (1995). Treatment regimens in preventive and restorative dentistry. J Am Dent Assoc; 126: 727-40.

Baab D, Weinstein P. (1986). Longitudinal evaluation of a self-inspection plaque index in periodontal recall patients. Journal of Clinical Periodontology; 13: 313-8.

Bellini, Arneberg, von der Fehr FR. (1981). Oral hygiene and caries : a review. Acta Odont Scand; 39 : 257-65.

Bennie AM, Tullis JI, Stephen KW and MacFadyen EE. (1978). Five years of community preventive dentistry and health education in the county of Sutherland, Scotland. Community Dent Oral Epidemiol; 6 : 1-5.

Blinkorn AS. (1998). What lessons have we ignored ? Dental health education, British Journal; 181: 58-59

Bouchard JM, Farquhar CL, Carnahan BW, Daily SL. (1990). Oral health instructional needs of Ohio elementary educators. J Sch Health; 60: 511-3.

Boyer M. (1976). Classroom teacher's perceived role in dental health education. J Public Health. Dentistry; 36 (4): 237-243.

Bratthall D, Hänsel-Petersson G, Sundberg H. (1996). Reasons for the caries decline: what do the experts believe ? Eur J Oral Sci. 104: 416-422.

Breckon DJ, Harvey JR, Lancaster RB. (1985). Community health education. Settings, roles and skills. Rockville: Aspen Systems Corp : 255.

Briggs F and Hawkins RMF. (1994). Follow-up data on the effectiveness of New Zealand's national school based child protection program. Child Abuse and Neglect; 18,635-643.

Buischi Y, Axelsson P, Oliveira L, Mayer M, Gjermo P. (1994). Effect of two preventive programs on oral health knowledge and habits among Brazilian school-children. Community Dentistry and Oral Epidemiology; 22: 41-6.

Burt BA. (1985). The future of the caries decline. J Pub Health Dent, 45: 261-269.

Burt BA, Eklund SA. (1999). Dentistry, dental practice, and the community, 5th ed. Philadelphia: WB Saunders.

Burt BA, Ismail AI. Diet. (1986). Nutrition and food cariogenicity. J. Dent Res; 65 (Special issue) 475-84.

Coombs JA, Silversin JB, Rogers EM, Drolette ME. (1981). The transfer of preventive health technologies to schools: a focus on implementation. J Soc Sci Med; 15A: 789-99.

Craft M, Croucher R, Dickinson J, James M, Clements M, Rodgers AI. (1984). Natural mashers; a programme of dental health education for adolescents in schools. Int Dent J; 34: 204-13.

Croucher R, Rodgers AI, Humpherson WA, Crush L. (1985). The « spread of effect » of a school based dental health education project. Community Dent oral Epidemiol; 13: 207-17.

DuShaw ML. (1984). A comparative study of three model comprehensive elementary school health education programs. J Sch Health; 54 : 397-400.

Evans CA. (1980). Challenges to the adoption of community water fluoridation. J Fam Community Health; 3 (3) : 33-40.

Fisbein M et Ajzen I. (1975). Belief. Attitude. Intention and Behavior : An Introduction to Theory and Research. Don Mills. Ont. Addison-Wesley.

Flanders RA. (1987). Effectiveness of dental health educational programs in schools. J Am Dent assoc.; 114: 239-42.

Frazier PJ. (1978). A new look at dental health education in community programs. Dent Hygiene; 52: 176-186.

Frazier PJ. (1980). School-based instruction for improving oral health; closing the knowledge gap. Int Dent J; 30: 257-268.

Frazier PJ. (1986). Current utilization patterns of oral hygiene practices. Response. In: Loe H, Kleinman DV, eds. Dental plaque control measures and oral hygiene practices. Oxford: IRL Press Ltd; 72-90.

Freed JR, Goldstein's MS. (1976). Dental health: What is being taught to college students ? J Am Dent Assoc; 92: 940-5.

Frencken JE, Borsum-Andersson K, Makoni F, Moyana F, Mwashenyi S, Mulder J. (2001). Effectiveness of an oral health education programme in primary schools in Zimbabwe after 3.5 years. Community Dent Oral Epidemiol; 29 : 253-9 © Munksgaard.

Gallup organisation (The). (1994). Values and Opinions of comprehensive School Health Education in U.S. Public Schools: Adolescents, Parents, and School District Administrators. Atlanta, Ga: American Cancer Society.

Glaser B.G. et Strauss A. L. (1967). The Discovery of Grounded Theory, New-York, Aldine Pub; pp. 61-62.

Glasrud PH, Frazier PJ. (1988). Future elementary schoolteachers knowledge and opinions about preventive dentistry. J Public Health Dent; Spring; 48: 74-80.

Gratix D, Taylor GO, Lennon MA. (1990) Mothers dental attendance patterns and their children's dental attendance and dental health. Br Dent J; 168: 441-3.

Green L. (1979). National policy in the promotion of health. Int. J Health Educ; 22: 161-170.

Green L, Kreuter M. (1990). Health promotion as a public health strategy for the 1990 s. Annual Review Public Health; 11: 319-34.

Green LW et Kreuter MW, Deeds SG et Partridge KB. (1980). Health Education Planning. Palo Alto. CA Mayfield.

Hacker K, Fried LE, Bablouzian L, Roeber J. (1994). A nation wide survey of school health services delivery in urban schools. J Sch Health; 64: 279-283.

Haefner DP. (1974). Dental health education in schools. Paper delivered at International Association for Dental Research.

Hamp SE, Bergendal B, Grasmie T, Lindstrom G and Mellbring S. (1982). Dental prophylaxis for youths in their teens II Knowledge about dental health and diseases and the relation to dental health behaviour. J Clin Periodontol 9 : 35-45.

Harding M et Taylor G. (1993). The outcome of school dental screening in two suburban districts of Greater Manchester, UK. Community Dental Health; 10 (3): 269-75.

Hart EJ, Behr MT. (1980). The effects of educational intervention and parental support on dental health. J Sch Health; 50: 572-6.

Harvey D. (1982). Direction for dental health promotion research, Health and Welfare Canada, Proceedings of the Conference on Dental Hygiene Research, Winnipeg.

Hausman A, Ruzek S. (1995). Implementation of comprehensive school health education in elementary schools: focus on teacher concerns. J Sch Health; 5: 81-86.

Hazinski MF, Eddy VA and Morris JA. (1995). Children's traffic safety program: influence of early elementary school safety education on family seat belt use. Journal of Trauma; 39, 1063-1068.

Hedrich MA. (1999). Attitudes Regarding Health Education in Elementary Education Students. Journal of Health Education; Volume 30, No 2, 90-92.

Honkala (1993). Oral health promotion with children and adolescents. In: Schou L. Blinkhorn A, editors. Oral health promotion. Oxford: Oxford University Press.

Horowitz AM. (1981). Preventing tooth decay a guide for implementing self-applied fluorides in school settings, Departement of Health and Human Services, National Institute of Dental Research, National caries program; NIH pub No. 82-119.

Horowitz AM and Frazier PJ. (1980). Effective public education for achieving oral health. J. Fam Community Health; 3 (3): 91-101.

Horowitz AM and Frazier PJ. (1986). Effective oral health programs in school settings. In: Clark JW (Ed). Clinical dentistry (Vol. 2) Philadelphia: Harper and Row.

Horowitz AM and Thomas HB eds. (1981). Dentol caries prevention in public health programs: proceedings of a conference. Department of Health and Human Services, NIH pub bono; 81: 22-35.

Horowitz HS. (1980). Established methods of prevention. Br Dent J; 149: 311-318.

Horowitz HS. (1995). Commentary and recommendations for the proper uses of fluoride. J. Public Health Dent; 55: 57-62.

Horowitz HS. (1996). The effectiveness of community water fluoridation in the United States. J Public Health Dent; 56 (Special issue): 253-8.

Horowitz HS (2000). Decision making for national programs of community fluoride use. Community Dent oral Epidemiol; 28: 321-9.

Huberman AM and Miles MB. (1994). Data Management and Analysis Methods. In N.K. Denzin, and Y.S. Lincoln (Eds.), Handbook of Qualitative Research (pp 428-444). Thousand Oaks: Sage.

Institut de médecine de la National Academy of Sciences des Etats-Unis (1997). Actualités dentaires; Volume 7, no. 2.

Isman R. (1981). Fluoridation : strategies for successfull. Am J Public Health; 71(7) : 717-721.

Johnson J, Deshpande C. (2000). Health Education and Physical Education: Discipline Preparing Students as Productiv, Heathly Citizens for the challenges of the 21 st Century, Journal of School Health; Vol. 70, No. 2, 66-68.

Kay EJ, Baba SP. (1991). Designing dental health education materials for schoolteachers : Formative evaluation research. The journal of clinical Pediatric Dentistry Volume 15, no 3.

Kay EJ, Locker D. (1996). Is dental health education effective ? A systematic review of current evidence. Community Dent Oral Epidemiol; 24: 231-5.

Kenney JB. (1979). The role and responsibility of schools in affecting dental health status - a potential yet unrealized. J Public Health Dent; 39 (4): 262-267.

Kittleson MJ, Ragon BM. (1984). A survey of health education requirements in American universities. J School Health; 54: 91-2.

Laiho M, Honkala E, Kannas L. (1995). How is oral health education conducted in Finnish health centers ? Community Dent Oral Epidemiol; 23 : 119-24.

Lalonde M. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Lang P, Woolfolk MW, Faja BW. (1989). Oral Health Knowledge and Attitudes of Elementary Schoolteachers in Michigan, J Pub Health Dent; Vol. 49, No. 1, 44-50.

La Rose R. (1980). Formative evaluation of children's television and mass communications research. in Dervin, B. and Woigt, T. (eds) Progress in communications science; Vol II, 275-297.

Le Petit Larousse Illustré Édition, 2002.

Le Petit Robert (nouveau) édition, mars 1995.

Loupe MJ, Frazier PJ. (1983). Knowledge and attitudes of schoolteachers toward oral health programs and preventive dentistry. J Am Dent Assoc; 107: 229-34.

Loupe MJ, Mc Nee L and King MJ. (1981). Teacher's perceptions of professional responsibility for dental health education. J Dent Res 60 Special Issue A; (Program and Abstract) abstract No. 1239-619.

Mafeni JO, Messer LB. (1994). Parental knowledge and attitudes towards pit and fissure sealants. Australian Dent J; 39: 172-180.

Marx E, Wooley SF, Northrop D eds. (1998). Health is Academic: A Guide to Coordinated School Health Programs. New York, NY: Teachers College Press, Columbia University.

Master DH. (1972). The classroom teacher effective dental health educator. J AM Soc Prev Dent; 2:38-49.

M^c Cormack-Brown KR, Clark BJ, M^c Dermott RJ. (1989). Dental pit and fissure sealants: Implications for school health personnel. J Sch Health; 59 (2): 69-73.

Michigan model for comprehensive school health education. (1986). Lansing, Michigan Department of Public Health; (12 pp mimeo).

Mullins R, Sprouse W. (1973). Dental health knowledge of elementary schoolteachers in Bowling Green, Kentucky, 1972. J Am Soc Prev Dent; 3: 60-5.

Nadanovsky P, Sheiham A. (1995). Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. Community Dent Oral Epidemiol; 23 : 331-339.

Nahan C. (1979). Using Effective Strategies to Implement A Program Administrator's Goal, Journal of Public Health Dentistry, Vol. 39, No 4.

National Board of Education. (1979). Instructions for cooperational planning of health education. Helsinki: National Board of Education.

National Board of Health. (1972). Instructions for dental care according to health care act. Helsinki: National Board of Health.

Newbrun E. (1989). Cariology, 3 rd Edition, Chicago: Quintessence; 100.

Newmark-Sztainer D. (1996). School-based programs for preventing eating disturbances. J Sch Health; 66: 64-71.

Newmark-Sztainer Dianne, Story Mary and Harris Tanya. (1999). Beliefs and Attitudes about obesity among teachers and School Health Care Providers Working with Adolescents. Journal of Nutrition Education; 31: 1, 3-9.

Newmark-Sztainer D, Martin S, L, Story M. (2000). School-based Programs for Obesity Prevention: What Do Adolescents Recommend ? AMJ Health Promot; 14: 232-5.

Nyandindi U, Palin-Palokas T, Milen A et al. (1994). Participation, Willingness and abilities of school-teachers in oral health education in Tanzania. Community Dent Health; 11: 101-104.

OMS. (1984). Extrait de A Discussion Document of the concepts and Principles. Bureau européen. Copenhagen.

O'Neil HW. (1984). Opinion study comparing attitudes about dental health. J Am Dent Assoc; 109: 910-5.

Patterson S, Cinelli B, Sankaran G, Brey R and Nye R. (1996). Health instruction responsibilities for elementary classroom teachers in Pennsylvania. J Sch Health; 66: 13-17.

Percos II (1998-1999). Données statistiques du personnel des commissions scolaires du Québec.

Peterson FL, Cooper RJ, Laird JM. (1998). Preparing health and education professionals in child and adolescent health promotion : a logic work for staff development and pre-service training. Paper presented at Annual meeting of the American School Health Association; October 9; Colorado Springs, Colo.

Peterson PE, Danila I, Samoila A. (1995). Oral health behavior, Knowledge, and attitudes of children, mothers, and schoolteachers in Romania in 1993. Acta Odontol Scand; 53: 363-368.

Peterson PE, Esheng X. (1998). Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, People's Republic of China. Int Dent J; 48: 210-216.

Peterson PE, Hadi R, Al-Zaabi FS et al. (1990). Dental Knowledge, attitudes et behaviour among Kuwaiti mothers and school teachers. J Pedod; 14: 158-164.

Portelance Liliane. (2000) Vie pédagogique 114; février-mars, 43-46.

Principales statistiques de l'éducation en 1999-2000. Février 2001. Ministère de l'Éducation du Québec.

Programme Public de Services Dentaires Préventifs, Révision 1990.

Rayant GA. (1979). Relationship between dental knowledge and tooth cleaning behavior. Community Dent oral Epidemiol; 7: 191-194.

Raymond D, Butt RL et Yamagishi R. (1993). « Savoirs préprofessionnels et formation fondamentale des enseignantes et des enseignants: approche autobiographique », dans Le savoir des enseignants. Que savent-ils ? Montréal, Éditions Logiques, p. 137-168.

Redman BK. (1997). The practice of patient education; 8^e édition, Toronto, Mosby.

Redmond Caroline A, Blinkhorn Fiona A, Kay EJ, Davies RM, Worthington HV, Blinkhorn AS (1999). A cluster Randomized Controlled Trial Testing the effectiveness of a School – based dental Health Education Program for adolescents, Journal of public health; Vol. 59, no 1. Winter, p. 12-17.

Resnicow K, Davis M, Smith M, Lasarus-Yaroch A, Baranowski T, Baranowski, J, Doyle C and Wang DT. (1998). How best to measure implementation of school health curricula: a comparaison of three measures. Health Education Research; 13, 239-250.

Resnicow K. (1993). School-based obesity prevention: population versus high-risk interventions. Ann NY Acad Sci; 699: 154-66.

Reynolds AJ, Temple JA, Robertson DL, Mann EA. (2001). Long-term Effects of an Early childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile Arrest, JAMA; May 9, Vol. 285, no 18, 2339-46.

Richard ND. (1975). Methods and effectiveness of health education : The past, present and future of social scientific involvement. Soc Sci Med; 9 : 141-156.

Ripa LW. (1993). Sealants revisited: an update of the effectiveness of pit-and-fissure sealants. Caries Res; 27 (suppl): 77-82.

Russel BA, Horowitz AM, Frazier PJ. (1989). School-based Preventive Regimens of oral Health Knowledge and Practices of Sixth Graders, Journal of Public Health Dentistry; Vol. 49, No 4, 192-200.

Russel BA, Horowitz AM. (1986). Oral health knowledge and practices of sixth grade students. Am Pub Health Assoc; 114th annual meeting, Program and Abstracts: 3.

Savoie-Zajc L. (1996). « La saturation », dans A. Muchielli, Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales; Paris, Armand Colin.

Saylor L. (1969). Schools : An untapped ressource in comprehensive health planning. J Sch Hlth; 7 : 487-492.

School Health Ressources Services. (1995). School-Based Health Centers: The Facts: 1995 Ressource Packet Series. Denver, co: University of Colorado Health Sciences Center.

Schou L, Locker D. (1994). Oral health: A review of the effectiveness of health education and health promotion. Utrecht: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education.

Schou L, Locker D. (1995). Oral health: A review of the effectiveness of health education and health promotion. Utrecht: Landelijk Centrum; GVO.

Schou L, Wight C, Clemson N, Douglas S, Clark C. (1989). Oral health promotion for institutionalized elderly. Community Dentistry and Oral Epidemiology; 17: 2-6.

Sgan-Cohen et autres. (1999). Dental Knowledge and attitudes among Arab schoolteachers in northern Israël, Int Dent J; Vol. 49 No 5, 269-274.

Siegel MD, Carnahan BW. (1989). Oral health of Ohio schoolchildren, 1987-1988: Findings of a statewide survey and implications for caries prevention strategies. Ohio Dent J.; 63 (1): 23-28.

Silverstone LM. (1982). The use of pit and fissure sealants in dentistry: present status and future developments. Pediatr Dent; 4: 16-21.

Silverstone LM. (1983). Remineralization and enamel caries: new concepts. Dent Update; 10: 261-273.

Sogaard AJ, Holst DL. (1988). The effects of different school based dental health education programmes in Norway. Community Dent Health; 5: 169-84.

Statistique Canada, Recensement de la population, Composition de la famille, Profil A, 1996.

Stewart JE, Jacobs-Schoen M, Padilla MR et al. (1991). The effect of a cognitive behavioral intervention on oral hygiene. Journal of Clinical Periodontology; 18: 219-22.

Stoffe TR, Mecklenburg RE, Lathrop RL. (1971). The effectiveness of an educational programme on oral health in schools for improving the application of knowledge. J Pub Hlth Dent; 31 : 48-59.

Striffler DF, Young WO, Burt BA. (1983) Dentistry, Dental Practice and the Community. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 491-493.

Todd JE and Dodd T. (1985) Children's dental health in the United Kingdom. H.M.S.O., London.

Tones BK. (1979). Socialisation, health career and the health education of the schoolchild. J Inst Health Educ; 17: 23-8.

Towner E. (1993). The history of dental health education: a case study of Britain. In: Schou L and Blinkhorn A (eds) Oral Health Promotion. Oxford: Oxford Medical Publications.

van Palenstein Helderman VH, Munck L, Mushendwa S, van't Hof MA, Mrema FG. (1997). Effect evaluation of an oral health education programme in primary schools in Tanzania. Community Dent Oral Epidemiol; 25: 296-300.

Wight C, Blinkhorn A. (1988). An assessment of two dental health education programmes for schoolchildren in the Lothian region of Scotland. Journal of Paediatric Dentistry; 4: 1-7.

Whittle JG (1992). Attendance patterns and dental health of parents and children. Community Dent Health; : 10:235-42.

Woolfolk MW, Lang WP and Faja BW. (1989). Oral health Knowledge and sources of information among elementary schoolchildren. J Public Health Dent; 40: 39-43.

World Health Organisation. (1974). Health education a programme review. Offset Pub; no. 7, Geneva.

World Health Organisation. (1984) Regional Office for Europe. Health promotion : A discussion document on the concept and principles. WHO.

Zedecker RAS. (1996) A study of a school-based oral health education program, J Dental Hygiene; 70 (6); 236.

ANNEXE 1

TABLEAUX

Tableau 1
Méthodes de prévention de la carie dentaire

Primaire	• Fluorure • Scellant de puits et sillons • Contrôle consommation de sucre	Eau Sel Lait Gouttes/comprimés à croquer Rince-bouche Dentifrice Application professionnelle
Secondaire	• Restauration	

Source : Horowitz 2000.

Tableau 2
Répartition des enseignants au primaire
selon le degré d'enseignement, le nombre d'années d'enseignement et
les autres degrés d'enseignement au primaire

Numéro de l'entrevue	Degré d'enseignement au primaire	Nombre d'années d'enseignement au primaire	Autres degrés d'enseignement au primaire
1	2 ^e	8	Tous les degrés sauf maternelle
2	Éducateur physique	5	Plusieurs niveaux
3	6 ^e	33	Tous, sauf maternelle et 1 ^{re}
4	4 ^e	6	5 ^e
5	2 ^e	33	2 ^e = 31 ans 5 ^e = 2 ans
6	1 ^e , 2 ^e	17	Tous les niveaux 1 ^{re} , 2 ^e = 7 ans
7	3 ^e	17	-
8	4 ^e , 5 ^e , 6 ^e	2	
9	3 ^e	31	2 ^e , 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e , classe jumelée
10	3 ^e	4	Orthopédagogue = 3 ans Animateur passe-partout (4 ans) = 2 ans Conseiller pédagogique = 8 ans 2 ^e = 1 an 3 ^e = 3 ans
11	4 ^e , 5 ^e	4	3 ^e , 4 ^e
12	1 ^e	24	6 ^e 2 ^e , 3 ^e 2 ^e
13	3 ^e , 4 ^e	4	maternelle, 2 ^e 5 ^e
14	Préscolaire (maternelle, 5 ans)	33	-
15	5 ^e	19	Orthopédagogue dans plusieurs écoles = 5 ans 1 ^e , 2 ^e = 2 ans 6 ^e = 1an 5 ^e , 6 ^e = 12 ans 5 ^e = 4 ans
16	Éducatrice physique	15	Tous les degrés
17	2 ^e	23	2 ^e = 20 ans 5 ^e = 3 ans
18	Préscolaire (maternelle, 4 ans, 5 ans)	2	3 ^e , 4 ^e = 1 an Préscolaire = 1 an

Expérience moyenne : 15.6 années

Tableau 3
Répartition des enseignants au primaire
selon le nombre d'années d'enseignement antérieur au secondaire, le genre de l'enseignant
et le niveau de risque de l'école participante

Numéro de l'entrevue	Nombre d'années d'enseignement au secondaire	Genre (Masculin - M) (Féminin - F)	Milieu scolaire (Rural - R) (Urbain - U)	Niveau de risque de l'école	
				%	Faible = B <20% Moyen = M >20%<26% Élevé = E >26%
1	3	F	R	19	B
2	10	M	U	22	M
3	-	F	U	17	B
4	-	F	R	34	E
5	-	F	U	20	M
6	-	F	U	15,8	B
7	10	M	U	33	E
8	-	F	R	59	E
9	-	F	U	31	E
10	-	M	U	11	B
11	-	F	R	50	E
12	-	F	U	13	B
13	-	F	R	29	E
14	-	F	U	32,4	E
15	-	M	U	23	M
16	-	F	U	Tous	Tous
17	-	F	U	17	B
18	4	F	R	50	E

Sommaire du tableau 3 :

Genre **Masculin : 4, Féminin : 14, Pourcentage : 22,2%**

Milieu scolaire : **Rural : 6, Urbain : 12**

Niveau de risque : **Faible : < 20% : 6**

Moyen : > 20% < 26% : 3

Élevé : > 26% : 8

Tableau 4
Répartition des enseignants au primaire
selon le lieu de formation, le nombre d'enfants
et autres informations sur leurs qualifications particulières

Numéro de l'entrevue	Lieu de formation	Nombre d'enfants	Autres informations pertinentes
1	Université du Québec à Rimouski	2	
2	Université du Québec à Trois-Rivières	1	
3	École Normale (Matane)	1	
4	Université du Québec à Montréal	2	
5	Université du Québec à Rimouski	0	
6	École Normale (Rimouski)	3	Représentante produits de santé
7	Université du Québec à Rimouski	2	
8	Université du Québec à Chicoutimi	2	
9	École Normale (Rimouski)		
10	Université du Québec à Rimouski	3	Orthopédagogue, animateur passe-partout, bacc. en préscolaire, conseiller pédagogique en adaptation scolaire
11	Université Laval (Québec)	0	École Projet-pilote Programme des programmes
12	Université du Québec à Rimouski	0	
13	Université du Québec à Rimouski	2	
14	École Normale (L'Islet) Université du Québec à Rimouski	0	
15	Université du Québec à Rimouski	3	Orthopédagogue pendant 5 ans enseignant dans des écoles urbaines et rurales
16	Université de Sherbrooke	0	Enseignante à plusieurs écoles rurales et plusieurs niveaux secondaires
17	Université Laval	2	
18	Université du Québec à Rimouski	0	École Projet-pilote Programme des programmes

Sommaire du tableau 4 : Nombre moyen d'enfants par enseignant : 1.3

Parents sans enfant : 6
Parents avec enfants : 11

Tableau 5
Compilation du contenu des verbatims
en relation avec le degré d'enseignement et le nombre de pages

Numéro de l'entrevue	Degré d'enseignement	Nombre de pages
1	2 ^e	54
2	Éducateur physique (masculin)	85
3	6 ^e	87
4	4 ^e	31
5	2 ^e	25
6	1 ^e , 2 ^e	36
7	3 ^e	34
8	4 ^e , 5 ^e , 6 ^e	26
9	3 ^e	26
10	3 ^e	32
11	4 ^e , 5 ^e	41
12	1 ^e	38
13	3 ^e , 4 ^e	29
14	Préscolaire (maternelle, 5 ans)	35
15	5 ^e	38
16	Éducatrice physique (féminin)	28
17	2 ^e	25
18	Préscolaire (maternelle, 4 ans, 5 ans)	33

Sommaire du Tableau 5 : Nombre total de pages de verbatim : 703

Nombre moyen de pages de verbatim/entrevue : 39

Tableau 6
Compilation de la présence d'un volet santé buccodentaire ou d'un volet santé
lors de la formation d'enseignant au primaire

Numéro de l'entrevue	Formation volet santé buccodentaire	Formation volet santé
1	Non	Non
2	Non	Non
3	Non	Non
4	Non	Non
5	Non	Non
6	Non	Non
7	Non	Cours complémentaire sur le développement de l'enfant
8	Non	Non
9	Non	Non Alimentation
10	Non	Non
11	Non	Non
12	Non	Non
13	Non	Oui FPS – Formation sur la santé Optionnelle : Sexualité, consommation...
14	Non	Oui Préscolaire : volet santé obligatoire
15	Non	Toxicomanie, activité physique, hygiène
16	Non	En relation avec la santé physique
17	Non	Non
18	Non	Non

Sommaire du Tableau 6 : Volet santé buccodentaire : Aucun

Volet santé : 5 ont reçu une formation optionnelle sur des sujets de santé

1 a reçu une formation obligatoire sur des sujets de santé (préscolaire)

ANNEXE 2

CANEVAS DE QUESTIONS SUR LES CONNAISSANCES, LES CROYANCES ET LES ATTITUDES DES ENSEIGNANTS AU PRIMAIRE

Attitudes des enseignants

Parlez-vous de la santé dentaire à vos élèves ?

De quels sujets leur parlez-vous ?

Techniques d'hygiène...

Fréquence de brossage....

Soie dentaire....

À quelle fréquence le faites-vous ?

Avez-vous tendance à leur faire certains rappels sur la santé buccodentaire ?

Sur quels sujets ?

Quelle importance accordez-vous à la présence de l'hygiéniste dentaire en milieu scolaire pour la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

L'hygiéniste vous demande-t-elle de la supporter dans ses messages sur la santé buccodentaire ?

Lorsque l'hygiéniste rencontre les élèves est-ce que vous demeurez avec elle pour écouter ses messages ?

Auriez-vous le goût de demeurer avec elle pour écouter ses messages ?

Auriez-vous le goût de participer à la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

Si oui : Fait partie de mon rôle d'éducateur...

J'occupe une position stratégique dans l'éducation des enfants...

Si non : Manque de connaissances...

Manque de support...

Ne fait pas partie de mes tâches d'enseignant...

On ne me l'a jamais demandé...

Est-ce que votre direction d'école vous demande de parler de la santé buccodentaire à vos élèves ?

Est-ce que les autres professeurs auraient le goût de parler de la santé buccodentaire aux élèves du primaire ?

Parlez-vous de la nécessité d'une alimentation saine pour éviter d'avoir des caries dentaires ?

- Éviter de consommer du sucre....
- Éviter les boissons gazeuses....
- Éviter les jus sucrés...
- Favoriser la consommation de fromage...
- Favoriser la consommation de produits laitiers...

Pensez-vous que vous pouvez influencer les élèves du primaire sur la prise de bonnes habitudes en santé buccodentaire ?

- Brossage...
- Soie...
- Utilisation de fluorure...
- Bonnes habitudes alimentaires...

Lorsque vous regardez quelqu'un, accordez-vous une attention spéciale à ses dents ?

- Esthétique...
- Couleur...
- Alignement...
- Présence de caries...
- Dents absentes...

Est-il important de conserver ses dents toute la vie ?

Seriez-vous intéressé à faire une séance de brossage une fois par jour avec tous les élèves de votre classe ?

Seriez-vous intéressé à faire une séance de brossage une fois par jour avec les enfants les plus à risque de caries dentaires ?

Seriez-vous intéressé à faire une séance de rince-bouche fluoré une fois par semaine avec vos élèves ?

Qui doit vérifier les dents des élèves régulièrement ?

- Dentiste...
- Hygiéniste dentaire...
- Parents...

Qui devrait donner la formation aux enseignants sur la prévention en santé dentaire ?

- Dentiste...
- Hygiéniste dentaire...

Qui doit enseigner la prévention en santé buccodentaire aux parents ?

- Dentiste...
- Hygiéniste dentaire...
- Enseignants...

Connaissances des enseignants au primaire

Parlez-moi de l'état de la santé buccodentaire des élèves du primaire ?

- Certains enfants n'ont pas de carie.....
- Certains enfants ont beaucoup de caries.....
- Les enfants ont de bonnes dents.....
- Les enfants ont de belles dents.....
- Les enfants peuvent garder leurs dents toute la vie.....

Parlez-moi du brossage de dents chez les élèves du primaire ?

- Fréquence du brossage.....
- Durée du brossage.....
- Moment idéal du brossage.....
- Brossage avec pâte dentifrice.....
- Brossage sans pâte dentifrice.....
- Quantité de pâte dentifrice à utiliser.....
- Parents devraient aider les enfants au brossage des dents.....
- Parents devraient superviser le brossage de dents de leurs enfants....
- Parents devraient vérifier les dents de leurs enfants après le brossage...

Parlez-moi de la soie dentaire ?

- Son utilité.....
- Sa fréquence d'utilisation....

Parlez-moi des gencives qui saignent ?

- Causes.....
- Moyens de prévenir.....

Parlez-moi de la carie dentaire ?

- Processus de la carie...
- Bactéries....
- Sucres.....
 - Action...
 - Fréquence de consommation....
 - Sucres raffinés.....
 - Jus sucrés.....
 - Boissons gazeuses....
- Production d'acide.....
- Décalcification de la dent...
- Réversibilité de la carie dentaire....
- Irréversibilité de la carie dentaire.....

Parlez-moi de la prévention de la carie dentaire.....

- Brossage régulier....
- Utilisation de la soie dentaire.....
- Fréquence de la visite chez le dentiste....

Alimentation.....
 Fromage et lait (caséine)....
 Fluorure de la pâte à dent....
 Fluorure de l'eau de consommation....
 Suppléments fluorurés....
 Scellants de puits et fissures.....

Parlez-moi du fluorure.....

Effet positif (renforce la dent).....
 Effet négatif (fluorose dentaire).....
 Effet durant l'enfance seulement....
 Effet durant toute la vie...
 Sources de fluorure....
 Pâte dentifrice.....
 Suppléments fluorurés....
 Eau de consommation....
 Aliments....
 Certains jus...
 Eau de votre ville
 À l'état naturel.....

Parlez-moi des scellants de puits et fissures.....

Moyen de prévention de la carie dentaire....
 Fréquence d'utilisation.....

Parlez-moi de la mauvaise haleine chez les enfants.....

Fréquence....
 Causes...

Parlez-moi des visites chez le dentiste.....

Fréquence....
 But de la visite....
 Visite de prévention (rappel).....
 Visite d'urgence (douleur)....
 Visite de traitement....
 L'âge de la première visite....

Parlez-moi de vos sources d'information sur la santé buccodentaire ?

Dentiste...
 Hygiéniste dentaire...
 Confrères.....
 Parents.....
 Amis.....
 Revues...
 TV....
 Radio....

Parlez-moi de l'alimentation chez les élèves du primaire ?

Alimentation saine....

Consommation de sucre raffiné....

Bonbons...

Boissons gazeuses....

Jus sucrés.....

Lors de votre formation comme enseignant est-ce qu'il y avait un volet de connaissances sur la santé buccodentaire dans le curriculum de l'établissement que vous avez fréquenté ?

Où avez-vous étudié ?

Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu de la formation sur la promotion de la santé dentaire dans le cadre de la formation continue qui vous est offerte ?

Croyances des enseignants

D'après-vous, qui devrait s'occuper d'éduquer les enfants face à la santé buccodentaire ?

- Parents....
- Dentiste...
- Hygiéniste...
- Enseignants au primaire...

D'après-vous, comment devrait se faire la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

- Implication des parents...
- Implication des élèves...
- Implication des enseignants...
- Implication des hygiénistes (scolaires)....
- Implication des dentistes de pratique privée...
- Implication des hygiénistes de pratique privée...

Croyez-vous que les enseignants au primaire ont un rôle à jouer dans la prévention de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

- Renforcer les connaissances auprès des élèves....
- Renforcer les comportements positifs...
- Éduquer les enfants face à la santé buccodentaire...
- Éduquer les parents face à la santé buccodentaire...
- Rôle complémentaire à celui des hygiénistes en milieu scolaire...
- Rôle complémentaire à celui des dentistes...
- Rôle complémentaire à celui des parents....

Croyez-vous que les enseignants au primaire ont les connaissances suffisantes pour participer à la promotion de la santé buccodentaire chez leurs élèves ?

Croyez-vous que les gens pensent que vous avez un rôle à jouer dans la promotion de la santé buccodentaire ?

- Vos confrères...
- Les parents....
- Les élèves...
- Les hygiénistes en milieu scolaire...
- Les dentistes...
- La direction de l'école...
- Votre syndicat...

Croyez-vous qu'une formation en santé buccodentaire devrait être incluse dans le curriculum de formation des nouveaux enseignants au primaire ?

Croyez-vous pertinent de recevoir de la formation continue au sujet de la santé buccodentaire ?

Croyez-vous que les enfants devraient prendre des suppléments fluorés ?

Croyez-vous que l'eau de consommation devrait être fluorée ?

Qui devrait décider de la fluoruration des eaux de consommation ?

Les citoyens...

Les élus municipaux.....

Les décideurs politiques....

Croyez-vous que l'eau de fluoruration soit dangereuse pour la santé ?

ANNEXE 3

CANEVAS DE QUESTIONS RÉVISÉ SUR LES CONNAISSANCES, LES CROYANCES ET LES ATTITUDES DES ENSEIGNANTS AU PRIMAIRE

Attitudes des enseignants

Parlez-moi de votre histoire dentaire personnelle ?

Fréquence des visites,
Influence des parents, amis, autres

Avez-vous des enfants ?

Vont-ils chez le dentiste ?

Âge de la première visite ?

Parlez-vous de la santé buccodentaire à vos élèves ?

De façon formelle ou informelle ?

De quels sujets leur parlez-vous ?

Techniques d'hygiène,
Fréquence de brossage,
Soie dentaire.

À quelle fréquence le faites-vous ?

Avez-vous tendance à leur faire certains rappels sur la santé buccodentaire ?

Sur quels sujets ?

Parlez-vous de l'alimentation ? Autres sujets de santé ?

Éviter de consommer du sucre,
Éviter les boissons gazeuses,
Éviter les jus sucrés.

Parlez-moi de l'hygiéniste dentaire en milieu scolaire pour la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire.

Rôle,
Importance,
Réception des enseignants.

L'hygiéniste vous demande-t-elle de la supporter dans ses messages sur la santé buccodentaire ?

Lorsque l'hygiéniste rencontre les élèves, est-ce que vous demeurez avec elle pour écouter ses messages ?

Auriez-vous le goût de demeurer avec elle pour écouter ses messages ?

Auriez-vous le goût de participer à la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

Si oui : Fait partie de mon rôle d'éducateur,
J'occupe une position stratégique dans l'éducation des enfants.

Si non : Manque de connaissances,
Manque de support,
Ne fait pas partie de mes tâches d'enseignant,
On ne me l'a jamais demandé.

Est-ce que votre direction d'école vous demande de parler de la santé buccodentaire à vos élèves ?

Lorsque vous regardez quelqu'un, accordez-vous une attention spéciale à ses dents ?

Esthétique,
Couleur,
Alignement,
Présence de caries,
Dents absentes.

Pour vous, est-il important de conserver ses dents toute la vie ?

Seriez-vous intéressé à faire une séance de brossage une fois par jour avec tous les élèves de votre classe ?

Seriez-vous intéressé à faire une séance de brossage une fois par jour avec les enfants les plus à risque de caries dentaires ?

Seriez-vous intéressé à faire une séance de rince-bouche fluoré une fois par semaine avec vos élèves ?

Seriez-vous intéressé à faire la remise de comprimés de fluorure à tous les élèves ? Les plus à risque ?

Connaissances des enseignants au primaire

Parlez-moi de la carie dentaire.

- Processus de la carie,
- Bactéries,
- Sucres...
 - Action,
 - Fréquence de consommation,
 - Sucres raffinés,
 - Jus sucrés,
 - Boissons gazeuses,
- Production d'acide,
- Décalcification de la dent,
- Réversibilité de la carie dentaire,
- Irréversibilité de la carie dentaire,

Parlez-moi de la prévention de la carie dentaire.

- Brossage régulier,
- Utilisation de la soie dentaire,
- Fréquence de la visite chez le dentiste,
- Alimentation,
- Fromage et lait (caséine),
- Fluorure de la pâte à dents,
- Fluorure de l'eau de consommation,
- Suppléments fluorurés,
- Scellants de puits et fissures.

Parlez-moi du fluorure.

- Effet positif (renforce la dent),
- Effet négatif (fluorose dentaire),
- Effet durant l'enfance seulement,
- Effet durant toute la vie,
- Sources de fluorure...
 - Pâte dentifrice,
 - Suppléments fluorurés,
 - Eau de consommation,
 - Aliments,
 - Certains jus,
 - Eau de votre ville,
 - À l'état naturel.

Parlez-moi des scellants de puits et fissures.

- Moyen de prévention de la carie dentaire,
- Fréquence d'utilisation.

Parlez-moi de vos sources d'information sur la santé buccodentaire.

Dentiste,
Hygiéniste dentaire,
Confrères,
Parents,
Amis,
Revue,
TV,
Radio.

Lors de votre formation comme enseignant est-ce qu'il y avait un volet de connaissances sur la santé buccodentaire dans le curriculum de l'établissement que vous avez fréquenté ?

Où avez-vous étudié ?

Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu de la formation sur la promotion de la santé dentaire dans le cadre de la formation continue qui vous est offerte ?

Croyances des enseignants

Parlez-moi de l'état de la santé buccodentaire des élèves du primaire.

Certains enfants n'ont pas de caries,
Certains enfants ont beaucoup de caries,
Les enfants ont de bonnes dents,
Les enfants peuvent garder leurs dents toute la vie.

Parlez-moi du brossage des dents chez les élèves du primaire.

D'après vous les enfants peuvent-ils éviter ou prévenir la carie dentaire ? Comment ?

D'après vous, qui devrait s'occuper d'éduquer les enfants face à la santé buccodentaire ?

Parents,
Dentiste,
Hygiéniste,
Enseignants au primaire.

D'après vous, comment devrait se faire la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

Implication des parents,
Implication des élèves,
Implication des enseignants,
Implication des hygiénistes (scolaires),
Implication des dentistes de pratique privée,
Implication des hygiénistes de pratique privée.

Pensez-vous que vous pouvez influencer les élèves du primaire sur la prise de bonnes habitudes en santé buccodentaire ?

Brossage,
Soie,
Utilisation de fluorure,
Bonnes habitudes alimentaires.

Croyez-vous que les enseignants au primaire ont un rôle à jouer dans la prévention de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

Renforcer les connaissances auprès des élèves,
Renforcer les comportements positifs,
Éduquer les enfants face à la santé buccodentaire,
Éduquer les parents face à la santé buccodentaire,
Rôle complémentaire à celui des hygiénistes en milieu scolaire,
Rôle complémentaire à celui des dentistes,
Rôle complémentaire à celui des parents.

Croyez-vous que les enseignants au primaire ont les connaissances suffisantes pour participer à la promotion de la santé buccodentaire chez leurs élèves ?

Croyez-vous que les gens pensent que vous avez un rôle à jouer dans la promotion de la santé buccodentaire ?

Vos confrères,
Les parents,
Les élèves,
Les hygiénistes en milieu scolaire,
Les dentistes,
La direction de l'école,
Votre syndicat.

Croyez-vous qu'une formation en santé buccodentaire devrait être incluse dans le curriculum de formation des nouveaux enseignants au primaire ?

Croyez-vous pertinent de recevoir de la formation continue au sujet de la santé buccodentaire ?

ANNEXE 4

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET DE RECHERCHE À L'INTENTION DES PARTICIPANTS

PROJET DE RECHERCHE

Présentation personnelle :

Je m'appelle Jean-Roch Lamarre, je suis chirurgien-dentiste et j'ai pratiqué la dentisterie en cabinet privé pendant 17 ans à Matane. J'ai complété une maîtrise en santé communautaire à l'Université de Montréal. Je réalise présentement ce projet de recherche. De plus, je travaille à temps partiel à la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation de la Régie Régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent en tant que dentiste-conseil.

Titre du projet de recherche :

Connaissances, croyances et attitudes des enseignants au primaire sur les méthodes de prévention de la carie dentaire et sur la santé buccodentaire.

Description sommaire :

Il s'agit d'une recherche qualitative avec entrevues semi-dirigées contenant des questions ouvertes que je remets à l'avance au participant, sauf la partie « Connaissances » (environ 5 questions). Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. La particularité de ce genre de recherche est qu'elle permet d'explorer plus en détail un sujet que la recherche quantitative (questionnaire et choix de réponses).

D'une durée d'environ 60 minutes, cette entrevue s'effectue au moment et à l'endroit décidé par l'interviewé. Elle est enregistrée sur bande magnétique et transcrite en verbatim par une collaboratrice. La transcription est retournée par la suite à l'interviewé et celui-ci peut modifier ses réponses en ajoutant ou en enlevant des informations. Toutes les informations seront conservées de façon confidentielle. Seulement le Dr Jean-Roch Lamarre pourra faire le lien entre l'interviewé et le contenu des entrevues. Toutes les données brutes (enregistrement, verbatim et identification des participants) seront détruites dans un délai maximal de deux ans après la fin de l'étude. Le participant peut interrompre sa participation à tout moment et les données brutes seront détruites immédiatement.

Les résultats de cette étude seront de nature publique, mais la confidentialité des données fera en sorte qu'il soit impossible de les relier aux individus ayant participé à celle-ci. Ces résultats pourront être publiés. Je remettrai une copie de cette recherche aux participants en guise de remerciement pour leur précieuse collaboration à la réussite de celle-ci.

Critères de sélection :

- Enseignant titulaire au primaire ou éducateur physique;
- Nombre d'années d'enseignement au primaire;
- Niveau d'enseignement;
- École rurale ou urbaine;
- Lieu de formation;
- Genre : masculin ou féminin;
- Être volontaire.

Nombre de participants requis :

Un participant par école sélectionnée pour un total de 20 enseignants pour la région du Bas-Saint-Laurent.

Pertinence de cette étude :

- Constituer une banque de données sur ce sujet puisqu'il n'y a pas d'étude de ce genre disponible pour le Québec;
- À partir de ces données, un questionnaire de recherche quantitative pourra être préparé et distribué à une partie importante d'enseignants du Québec;

Avantages de participer à cette étude :

- Expérience personnelle de participer à une étude de ce genre;
- Le sentiment de participer au développement des connaissances dans ce domaine;
- De façon indirecte, contribuer à l'amélioration de la santé buccodentaire des Québécois;
- Les résultats pourraient être d'une certaine utilité pour les enseignants dans le cadre du Programme des programmes dans le volet lié à la santé.

Évaluation du projet de recherche :

- Un comité du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) a évalué sa pertinence et sa qualité scientifique et lui a donné son approbation pour qu'il soit projet pilote de l'Axe 2 - Prévention de la carie et santé publique du Réseau de recherche en santé buccodentaire du FRSQ pour la programmation 2000-2001.
- Il a reçu l'approbation du Comité de bioéthique du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre hospitalier régional de Rimouski.

Lieu, heure et endroit de l'interview :

À la discrétion du participant.

Coordonnées du Dr Jean-Roch Lamarre :

Travail : (418) 724-5231, poste 6144. En cas d'absence, vous pouvez laisser vos coordonnées sur la boîte vocale et je communiquerai avec vous dans les plus brefs délais.

Résidence : (418) 722-5020

Vous pouvez appeler à frais virés et surtout, n'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute autre information.

Je vous remercie à l'avance pour l'attention et l'intérêt que vous porterez à ce projet de recherche. Une réponse dans les meilleurs délais serait appréciée.

Jean-Roch Lamarre D.M.D.

ANNEXE 5

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

TITRE DU PROJET : « Connaissances, croyances et attitudes des enseignants au primaire sur les méthodes de prévention de la carie dentaire et sur la santé buccodentaire »

CHERCHEUR PRINCIPAL : Jean-Roch Lamarre, dentiste-conseil
Régie régionale de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ À L'INTENTION DES SUJETS PARTICIPANTS

Dans le cadre de mes études de maîtrise en santé communautaire, j'effectue une recherche sur les « **Connaissances, les croyances et les attitudes des enseignants au primaire, sur les méthodes de prévention de la carie dentaire et sur la santé buccodentaire** ». J'ai besoin d'enseignants volontaires pour répondre à plusieurs de mes questions sur ce sujet. La plupart de celles-ci seront fournies à l'avance aux participants pour leur donner une idée du genre de questions. Je ne peux pas fournir à l'avance les questions sur les connaissances (environ six), ce qui causerait un biais important à l'étude.

Il ne faut pas aller vérifier dans la littérature disponible pour trouver des informations sur le sujet de l'étude, ce qui aurait pour effet de fausser cette dernière. Il n'y a pas de meilleure réponse. Il s'agit simplement de répondre au meilleur de vos connaissances. Toutes les informations que vous donnerez seront très importantes et seront traitées en toute confidentialité. Toutes les mesures seront prises afin qu'il soit impossible d'identifier les personnes ayant répondu aux questions et de relier les réponses à ces dernières.

Pour la récolte des données, je vais procéder par une entrevue enregistrée sur ruban magnétique. Les entrevues seront d'une durée de 45 à 60 minutes. Le lieu et le moment de la rencontre seront à la discrétion de la personne interviewée. Toutes les paroles enregistrées lors de l'interview seront transcrites en verbatim. Je retournerai auprès des répondants pour que ces derniers vérifient l'authenticité de la transcription et qu'il leur soit possible d'enlever ou d'ajouter des renseignements selon leur volonté. Le répondant peut interrompre sa participation à tout moment de l'étude. Il n'y aura aucune pression exercée sur ce dernier pour qu'il continue à participer à l'étude contre sa volonté. Le Dr Jean-Roch Lamarre, chercheur principal, le Dr Jean-Marc Brodeur, chercheur associé et la collaboratrice, madame Louise Murray, travaillant à temps plein à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, seront les seules personnes à avoir accès aux données de la recherche. Seulement le Dr Lamarre pourra faire le lien d'identification des participants à la recherche et les données. Les données brutes (incluant les enregistrements et le nom des participants) seront conservées dans un classeur (barré sous clef en mon absence) et entreposées dans un classeur de métal à mon bureau personnel à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent dont je suis le seul à avoir accès. Elles seront détruites dans un délai maximal de deux ans après la recherche.

Toutes les mesures seront prises pour que la confidentialité soit maintenue par tous les participants tout au long de l'étude et après cette dernière. Tous les participants devront signer le formulaire de consentement éclairé à l'intention des sujets participants à l'étude, incluant l'engagement de maintenir la confidentialité ainsi que l'autorisation de procéder à l'enregistrement de l'entrevue.

Les résultats de cette étude seront de nature publique mais la confidentialité fera en sorte qu'il soit impossible d'identifier les personnes ayant participé à celle-ci. Ces résultats pourront être publiés. Je remettrai une copie des résultats de cette recherche à chacun des participants à la fin de l'étude en guise de remerciement pour sa précieuse collaboration à la réussite de celle-ci.

En signant ce formulaire de consentement, le participant reconnaît avoir pris connaissance de toute l'information sur la présente étude et avoir reçu réponse à toutes ses questions. Advenant le cas où il aurait d'autres interrogations, il peut contacter le docteur Jean-Roch Lamarre, au numéro de téléphone suivant (à frais virés s'il y a lieu) 1-418-724-5231, poste 6144. Par la présente, le participant donne son autorisation à participer à celle-ci, ainsi que son autorisation à l'enregistrement de l'interview. Il comprend qu'il est libre d'interrompre sa participation en tout temps et qu'il peut alors exiger la destruction des données de recherche qui le concernent, incluant l'enregistrement de son interview. Il est assuré que tout ce qui concerne cette étude sera gardé de manière confidentielle. Une copie conforme de ce document a été remise au participant.

Lieu : _____

Signature du participant : _____ Date : _____

Signature du témoin : _____ Date : _____

ANNEXE 6

**LETTRE D'ACCEPTATION
DU PROJET DE RECHERCHE
PAR LE COMITÉ DE BIOÉTHIQUE DU CONSEIL DES
MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS DU
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE RIMOUSKI**



Centre hospitalier
régional de Rimouski

150, avenue Rouleau
Rimouski (Québec) G5L 5T1
Tél. (418) 723-7851

Comité de Bioéthique du Conseil des Médecins, Dentistes et Pharmaciens,
Centre Hospitalier Régional de Rimouski

Projet de recherche : « Connaissances, croyances et attitudes des enseignants
au primaire sur les méthodes de prévention de la carie
dentaire et sur la santé buccodentaire » (protocole 14
septembre 2000)

Investigateur principal : Jean-Rock Lamarre, dentiste-conseil, Régie régionale de
la santé et des services sociaux du Bas-Saint-
Laurent

La présente atteste que ce projet de recherche a été évalué par le Comité de
Bioéthique. Les investigateurs ont pu satisfaire aux demandes du comité, tenant
compte des recommandations spécifiées au procès-verbal du 10 octobre 2000, du
sous-comité à l'évaluation du projet. En conséquence, le projet est approuvé.

Le Formulaire de consentement éclairé a été approuvé dans sa version datée du 30
octobre 2000.

Le Comité de Bioéthique désire être informé de tout problème le concernant, au
cours du déroulement du projet. Les investigateurs doivent aviser le Comité lorsque
le projet est terminé, en ce qui a trait au recrutement et à l'intervention auprès des
sujets de recherche. Un bref rapport annuel devrait être acheminé au Comité,
accompagnant la demande de renouvellement annuelle de l'approbation.

Cette approbation est valable pour un an.

Signature électronique

Dr Jean Lépine,
Président du Comité de Bioéthique
Date : 1 novembre 2000

ANNEXE 7

QUESTIONS REMISES À L'AVANCE

EXEMPLE DE QUESTIONS LORS DE L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

D'après vous, comment devrait se faire la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

D'après vous, qui devraient éduquer les enfants face à la santé buccodentaire ?

Croyez-vous que les enseignants au primaire ont un rôle à jouer dans la prévention de la santé buccodentaire chez leurs élèves ?

Croyez-vous que les enseignants au primaire peuvent influencer le comportement de leurs élèves face à la santé buccodentaire ?

Croyez-vous que les gens pensent que vous avez un rôle à jouer dans la promotion de la santé buccodentaire des élèves du primaire ?

Croyez-vous que les enseignants au primaire ont les connaissances suffisantes pour participer à la promotion de la santé buccodentaire de leurs élèves ?

Croyez-vous qu'une formation en santé buccodentaire devrait être incluse dans le curriculum de formation des nouveaux enseignants au primaire ?

Croyez-vous qu'il serait pertinent pour les enseignants réguliers au primaire de recevoir de la formation continue sur la santé buccodentaire des enfants ?

Croyez-vous que les enfants devraient prendre des suppléments fluorés ?

Croyez-vous que l'eau de consommation devrait être fluorurée ?

Parlez-vous de la santé dentaire à vos élèves ?

Quelle importance accordez-vous à la présence de l'hygiéniste dentaire en milieu scolaire pour la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

Avez-vous tendance à leur faire certains rappels sur la santé buccodentaire ?

L'hygiéniste dentaire vous demande-t-elle de la supporter dans ses messages sur la santé buccodentaire ?

Lorsque l'hygiéniste rencontre les élèves de votre groupe, est-ce que vous demeurez avec elle pour écouter ses messages ?

Auriez-vous le goût de participer à la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

Est-ce que vous croyez que les autres enseignants auraient le goût de participer à la promotion de la santé buccodentaire chez les élèves du primaire ?

Est-ce que votre direction d'école vous demande de parler de la santé buccodentaire à vos élèves ?

Parlez-vous de la nécessité d'une alimentation saine pour éviter d'avoir des caries dentaires à vos élèves ?

Essayez-vous d'influencer vos élèves sur la prise de bonnes habitudes en santé buccodentaire?

Lorsque vous regardez quelqu'un, accordez-vous une attention spéciale à ses dents ?

Est-il important de conserver ses dents toute la vie ?

Seriez-vous intéressé à faire une séance de brossage une fois par jour avec tous les élèves de votre classe ?

Seriez-vous intéressé à faire une séance de rince-bouche fluoré une fois par semaine avec vos élèves ?

Selon vous, qui doit enseigner la prévention en santé buccodentaire aux parents ?

Selon vous, qui devrait donner la formation aux enseignants au primaire sur la prévention en santé dentaire ?

Parlez-moi de vos sources d'information sur la santé buccodentaire ?

Parlez-moi de l'alimentation chez les élèves du primaire ?

Lors de votre formation comme enseignant, est-ce qu'il y avait un volet de connaissances sur la santé buccodentaire dans le curriculum de l'établissement que vous avez fréquenté ?

Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu de la formation sur la promotion de la santé dentaire dans le cadre de la formation continue qui vous est offerte ?

ANNEXE 8

SUGGESTIONS DES ENSEIGNANTS AU PRIMAIRE SUR DIFFÉRENTES APPROCHES À PRIVILÉGIER POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE AUPRÈS DE LEURS ÉLÈVES

Suggestions des enseignants au primaire sur différentes approches à privilégier pour la promotion de la santé buccodentaire auprès de leurs élèves

- Ø Visites plus fréquentes de l'hygiéniste dentaire;
- Ø Semaine ou mois thématique → santé buccodentaire;
- Ø Remettre à tous les élèves en début d'année :
 - √ brosse à dents,
 - √ pâte dentifrice fluorurée,
 - √ dépliants (présentation très importante, concis, simple)
 - sur l'importance de la santé buccodentaire,
 - sur l'avantage financier de la prévention;
- Ø Disponibilité du matériel pédagogique
 - √ informatif,
 - √ attrayant, visuel,
 - √ message uniforme, cohérent,
 - √ termes précis;
- Ø Sensibiliser les futurs parents dans les rencontres prénatales;
- Ø Guide d'activités à réaliser avec les élèves;
- Ø Implication parentale :
 - √ rôle principal dans l'éducation,
 - √ modèle → enfant,
 - √ responsabilité → créer l'habitude hygiénique;
- Ø Maisons d'édition → livres pédagogiques :
 - √ thème sur la santé en général,
 - √ incluant santé buccodentaire,
 - √ adapté à chaque niveau scolaire;
- Ø Thème sur l'hygiène comprenant :
 - √ hygiène dentaire,
 - √ hygiène corporelle,
 - √ hygiène alimentaire,
 - √ hygiène de vie;
- Ø Disponibilité de matériel informatique sur la santé buccodentaire :
 - √ logiciel,
 - √ site Internet;

- Ø Disponibilité de matériel promotionnel :
 - √ accroche poignée de porte → halloween,
→ sensibilisation au brossage,
 - √ affiches;
- Ø Visites du dentiste → sensibilisation;
- Ø Publicité dans les médias;
- Ø Rédaction d'articles dans les journaux et revues;
- Ø Rendre disponible de la documentation sur la santé buccodentaire à la salle des enseignants.