



Élaboration d'un document pi-sourd sur l'odontologie conservatrice et l'endodontie

Caroline Favre

► To cite this version:

Caroline Favre. Élaboration d'un document pi-sourd sur l'odontologie conservatrice et l'endodontie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02140732

HAL Id: dumas-02140732

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02140732>

Submitted on 27 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée par
Caroline FAVRE

née le 08 Août 1991 à Redon

**Elaboration d'un
document Pi-sourd
sur l'odontologie
conservatrice et
l'endodontie**

**Thèse soutenue à Rennes
le 25 juin 2018**

devant le jury composé de :

Olivier SOREL

Professeur des universités / *rapporteur*

Hervé PRIGENT

Maître de conférences des universités / *Directeur de thèse*

Yann-Loïc TURPIN

Maître de conférences des universités / *examinateur*

Antoine COUATARMANACH

Assistant hospitalier universitaire / *examinateur*

Isabelle RIDOUX

Praticien hospitalier

Responsable de l'unité de soins pour personnes
sourdes-LSF / *co-directrice de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée par
Caroline FAVRE

née le 08 Août 1991 à Redon

**Elaboration d'un
document Pi-sourd
sur l'odontologie
conservatrice et
l'endodontie**

**Thèse soutenue à Rennes
le 25 juin 2018**

devant le jury composé de :

Olivier SOREL

Professeur des universités / rapporteur

Hervé PRIGENT

*Maître de conférences des universités / Directeur de
thèse*

Yann-Loïc TURPIN

Maître de conférences des universités / examinateur

Antoine COUATARMANACH

Assistant hospitalier universitaire / examinateur

Isabelle RIDOUX

Praticien hospitalier

*Responsable de l'unité de soins pour personnes
sourdes-LSF / co-directrice de thèse*

Section 56 : Développement, croissance et prévention

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale :

Discipline Odontologie pédiatrique

SIXOU Jean-Louis	<i>Professeur des universités</i>
MARIE-COUSIN Alexia	<i>Maître de conférences des universités</i>
LARADH Imen	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Discipline Orthopédie dento-faciale

SOREL Olivier	<i>Professeur des universités</i>
BREZULIER Damien	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
ALLEREAU Béatrice	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
NAAIM Mohamed	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Sous-section 56-02 Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale

BERTAUD-GOUNOT Valérie	<i>Professeur des universités</i>
PRIGENT Hervé	<i>Maître de conférences des universités</i>
COUATARMANACH Antoine	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Section 57 : Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale

Sous-section 57-01 Chirurgie orale ; parodontologie ; biologie orale :

Discipline Chirurgie orale

LEJEUNE-CAIRON Sophie	<i>Maître de conférences des universités</i>
LIMBOUR Patrick	<i>Maître de conférences des universités</i>
BADER Gérard	<i>Maître de conférences des universités</i>
DULONG Arnaud	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
DERRIEN Anthony	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
FAU Victor	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Discipline Parodontologie

JEANNE Sylvie	<i>Professeur des universités</i>
BOLLE Caroline	<i>Maître de conférences associé des universités</i>
SOENEN Anne-Hélène	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
NOVELLO Solen	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Discipline Biologie orale

BONNAURE-MALLET Martine	<i>Professeur des universités</i>
MARTIN Bénédicte	<i>Professeur associé des universités</i>
MEURIC Vincent	<i>Maître de conférences des universités</i>
Emile CHATHOTH	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
Kanchana	<i>Assistant associé universitaire</i>

Section 58 : Réhabilitation orale :

Sous-section 58-01 Dentisterie restauratrice, endodontie, prothèses, fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux :

Discipline Dentisterie restauratrice, endodontie

DAUTEL Anne	<i>Maître de conférences des universités</i>
LE GOFF Anne	<i>Maître de conférences des universités</i>
TURPIN Yann-Loïc	<i>Maître de conférences des universités</i>
PERARD Matthieu	<i>Maître de conférences des universités</i>
LE CLERC Justine	<i>Maître de conférences des universités</i>
BINET Sophie	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
VO VAN Thomas	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
LE MOUROUX Rozenn	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Discipline Prothèses

BEDOUIN Yvan	<i>Maître de conférences des universités</i>
CHAUVEL Brice	<i>Maître de conférences des universités</i>
RAVALEC Xavier	<i>Maître de conférences des universités</i>
POIRIER Charles-Edouard	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
VASLIN Marc	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
PERRIGAULT Sébastien	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
SAINT-ETIENNE Clothilde	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>
GOUBIN William	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Discipline Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

CATHELINEAU Guy	<i>Professeur des universités</i>
MEARY Fleur	<i>Maître de conférences des universités</i>
MELOU Caroline	<i>Assistant hospitalier universitaire</i>

Enseignants autres sections

Section 41 - Sciences biologiques

TAMANAI-SHACOORI Zohreh	<i>Maître de conférences des universités</i>
--------------------------------	--

Section 64-65 – Biochimie et biologie moléculaire, biologie cellulaire

GAUTIER-COURTEILLE Carole	<i>Maître de conférences des universités</i>
----------------------------------	--

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon compte des propos, citations, ou illustrations déjà publiés.

Caroline FAVRE

Remerciements

Aux membres du jury :

Au Professeur Olivier SOREL :

Pour l'honneur que vous m'avez fait d'accepter de présider cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de ma vive reconnaissance et du témoignage de mon profond respect.

Au Docteur Hervé PRIGENT :

Pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de diriger ce travail, pour votre disponibilité, pour votre bonne humeur.

Au Docteur Isabelle RIDOUX :

Merci pour l'honneur que vous m'avez fait d'accepter de co-diriger ce travail. Merci pour votre gentillesse, vos encouragements et vos conseils toujours justes.

Au Docteur Yann-Loïg TURPIN :

Pour l'honneur que m'avez fait en acceptant de siéger dans ce jury.
Soyez assuré de ma respectueuse considération.

Au Docteur Antoine COUATARMANACH :

Pour l'honneur que tu m'as fait d'avoir accepté de juger mon travail.
Sois assuré de ma sincère gratitude.

A l'unité d'accueil pour personnes Sourdes du CHU de Rennes :

Merci à tous les membres de l'unité d'accueil et de soins pour personnes Sourdes et malentendantes de Rennes. Merci à Madame Morgane ROBERT pour ses conseils pour l'élaboration des documents pi-sourds, à Madame Anne COQUEMONT pour sa sympathie et son efficacité pour faire coïncider les emplois du temps de tout le monde.

Remerciements personnels :

A mes parents, pour m'avoir soutenu tout au long de mes études. Pour m'avoir donné les chances de réussir ce que je voulais faire, des longues soirées de révisions pas toujours faciles aux crêpes préparées avec amour le matin avant d'attaquer la journée. Merci de supporter mon caractère au quotidien ! Qu'ils trouvent dans la réalisation de ce travail l'aboutissement de leurs efforts.

A mon frère Pierre-Elie, ça sera bientôt ton tour de la passer ! J'espère pour toi plein de réussite et d'épanouissement pour la suite.

A Adrian, merci d'être là.

Aux copains de dentaire, pour toutes ces bonnes soirées passées ensemble.

A Angélique, pour avoir toujours été là, pour tous les voyages qu'on a fait et pour tous ceux qu'on va faire !

A Anne-Clo, Alix, Antonin et Brendan, j'espère qu'on continuera encore longtemps de se faire nos week ends de fête !

A Maïanna et Anne, pour m'avoir grandement aidée à finaliser cette thèse.

Aux copines du volley, pour tous les bons moments passés.

Sommaire

I- Article

1) Introduction :	2
a. Les types de surdité	2
b. La place de la culture Sourde dans l'Histoire	3
c. Les moyens de communication à disposition du Sourd et du soignant	4
d. Les limites d'accès à l'information des patients Sourds par les méthodes de communication actuellement utilisées	5
e. Les solutions pour améliorer la communication soignant entendant / soigné Sourd en odontologie	6
f. Des travaux d�j � existants	7
2) Matériel et méthode :	7
a. Le choix du support	7
b. Le choix des icônes	8
c. L'organisation des schémas	10
d. Réalisation des fiches	11
3) Résultat :	11
4) Discussion :	11
5) Conclusion :	12

II-Références :	13
-----------------	----

III- Documents Pi-sourd : livret en annexe de cette thèse	
---	--

1) Introduction :

a. Les types de surdités :

La surdité fait partie des handicaps dits « invisibles ». En effet, si l'on croise une personne sourde ou malentendante, par exemple dans la rue, nous n'aurons pas forcément conscience de sa situation de handicap. C'est-à-dire qu'elle ne semble, à priori, ni souffrir ni avoir besoin d'aide. Les conséquences de ce constat sont que ses besoins sont très largement sous-estimés et négligés. Un paradoxe lorsqu'il est établi qu'aujourd'hui la perte auditive touche entre 4,5 et 6 millions de personnes en France (1). Et parmi eux, 300 000 Sourds, dont 1/3 pratiquent couramment la Langue des Signes Française (LSF) (2).

Malgré ce constat chiffré et précis, la surdité cache une diversité autant par sa sévérité que par son origine. Les différentes classifications sont toutes aussi nombreuses (3) :

- Selon l'importance de la perte auditive qui se mesure en décibel (dB), elle est : légère, modérée, sévère, profonde, totale.
- Selon la localisation de l'atteinte, elle est : dite de transmission (pathologie de l'oreille externe et moyenne) ou dite de perception (pathologie de l'oreille interne).
- Selon le moment d'apparition, elle peut être : prélinguale (avant l'âge de 2 ans), périlinguale (entre l'âge de 2 ans et 5 ans) ou postlinguale (après l'âge de 6 ans)

Le docteur en science du langage Benoît Virole cite encore une autre classification (26) :

- Les malentendants encore appelés les demi-sourds. Il s'agit d'une perte auditive légère ou moyenne, la personne est capable d'oraliser.
- Les « devenus sourds », il s'agit d'une perte auditive sévère ou profonde, dont l'arrivée est le plus souvent acquise tardivement et brutalement (postlinguistique), les personnes âgées peuvent entrer dans cette catégorie.
- Les « Sourds » avec un « S » majuscule. Ce terme correspond aux membres de la communauté linguistique culturelle et sociale des personnes sourdes. Ces personnes pratiquent la LSF pour une partie d'entre eux.

Nous voyons bien que selon le point de vue duquel nous nous plaçons, soit physiologique, soit audiométrique, soit temporel, la surdité est multifactorielle. Une phrase tirée de l'ouvrage d'Olivier Sacks résume bien la situation : « *La recherche moderne sur les aspects physiques, médicaux et psychologiques de la surdité a révélé des types de surdité si complexes qu'ils rendent toute définition unique impossible* » (4).

Le point commun de cette population est une demande très forte d'avoir accès à la même qualité de soin que le reste de la population. Cependant, le problème de communication entre le patient et les acteurs du système de santé rend l'accès aux consultations périlleux. Les travaux qui vont être présentés ont pour but d'améliorer cette communication.

A toute époque, la surdité a intrigué, a posé question car elle dépasse le simple stade de la déficience sensorielle ; elle renvoie à des questionnements sur des processus simples pour la plupart des gens, telle que la communication orale qui amène la socialisation et donc le rapport à l'Autre (5).

Ce sont sur ces bases que Pascal Jacob, l'instigateur de la charte « Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de Handicap », dont le but est de trouver des solutions afin de permettre aux personnes en situation de handicap d'avoir un accès égal au système de soin : « l'accès aux soins, c'est l'accès à l'autonomie, à la dignité, au vivre-ensemble, à la liberté » (6)

Pour comprendre la place de la population Sourde dans notre société, il faut connaître son évolution au cours de l'histoire.

b. La place de la culture sourde dans l'histoire :

Nous ne connaissons pas exactement la place des personnes sourdes avant le 16^{ème} siècle. Nous ne savons pas s'ils étaient intégrés à la population ou s'ils en étaient exclus de par les difficultés de communication avec le monde entendant.

Mais pour essayer de comprendre les croyances qui pouvaient être en vigueur à ce moment-là, il faut se remettre dans le contexte de l'époque : s'il n'y a pas de parole, il n'y a pas de pensée, c'est le langage qui crée le raisonnement. Il s'agit d'une idée reçue amenée de façon catégorique par le philosophe Aristote. Dans l'antiquité, l'humanité des sourds est niée du fait de leur communication gestuelle, perçue comme un frein à la pensée et à la civilisation (7). De la même manière, les médecins reconnus de l'Antiquité, notamment Hippocrate ou Galien, étaient persuadés de l'existence d'un lien anatomique entre la langue et les oreilles, et donc que le défaut de l'un entraînait forcément le défaut de l'autre. C'est de cette croyance qu'est tiré le mot « sourd-muet », aujourd'hui totalement obsolète (5).

Mais nous savons qu'à partir du 16^{ème} siècle, certaines personnes, tel le moine bénédictin Pedro Ponce de Leon, ont décidé de prendre en charge l'éducation des enfants Sourds, même s'il s'agissait essentiellement des enfants issus de la noblesse. Mais cette éducation était basée sur l'apprentissage par analogie aux sons du langage parlé, lettre par lettre ; cette forme d'éducation ne prenait pas du tout en compte les gestes naturels des sourds, et ne concevait pas que l'on puisse transmettre un message et communiquer à travers des signes (8).

Donc à l'époque, on pensait que les personnes qui ne pouvaient parler n'étaient pas capables d'avoir des idées ou de pouvoir réfléchir. Malgré cette idée reçue bien ancrée, les précepteurs de personnes sourdes avaient bien compris qu'elles étaient intelligentes et douées de pensée au même titre que les personnes pouvant oraliser leurs idées. Un mouvement « *d'expérimentation pédagogique* » (5) sur la meilleure manière dont il faudrait éduquer les enfants sourds voit le jour. Mais cela consistait à les intégrer dans la société entendant de l'époque sans prendre en compte leur spécificité et leur instinct. Et même si cela témoigne d'une certaine prise de conscience, les personnes sourdes se retrouvaient alors noyées dans une foule où ils ne se reconnaissaient pas et où ils n'avaient aucun repère pour s'identifier.

C'est dans la seconde partie du 18^{ème} siècle que les choses vont évoluer. Charles Michel de l'Épée, une personne entendant, est le premier à admettre que le langage intérieur peut exister indépendamment de l'expression orale en observant deux personnes sourdes

communiquer par un système de gestes complexes (5). Aujourd'hui nous savons que la structure de la LFS est complètement différente de la langue française orale; mais les contemporains de cette époque considéraient que c'était simplement une traduction en gestes du français oral.

Peu à peu, la culture Sourde basée sur une éducation gestuelle se développe; une évolution possible en partie grâce à Ferdinand Berthier (9), qui revendique le droit au langage par les signes, prouve son efficience et insiste sur le fait que les meilleurs éducateurs pour les personnes Sourdes sont des personnes Sourdes elles-mêmes (5).

Mais le congrès de Milan en 1880 va marquer un tournant dramatique dans l'évolution de la culture Sourde. Il va y être proclamé que seule l'éducation orale peut permettre au sourd de s'intégrer dans la société. Une véritable répression s'en suit, contre ceux qui continuaient de promouvoir une éducation gestuelle (8), et l'avènement d'un mouvement politique dit « silencieux » (1880-1975) pour instaurer une langue des signes distincte et une minorité culturelle Sourde.

Les travaux réalisés par le linguiste américain William STOKOE (10) au début du XXème siècle vont marquer un autre tournant dans l'institutionnalisation de la langue des signes (l'ASL : American Sign Language) la considérant, comme une langue à part entière qu'il faut étudier au même titre que toute autre langue. S'en est suivie une multiplication d'études sur la langue, la culture, les arts et l'histoire de la communauté Sourde en Amérique du Nord et en Europe. C'est ainsi que nous sommes passés d'un point de vue fortement médicalisé à propos de la surdité, qui ne se basait que sur les signes cliniques et sur la cause purement physique de la perte sensorielle, à une approche sociologique et anthropologique où l'on considère à présent la communauté des personnes Sourdes comme une communauté linguistique minoritaire (11). Le sociologue français Bernard Mottez affirme d'ailleurs que la langue des signes est verbale et qu'elle « utilise simplement d'autres canaux que le langage oral » (12). La condition des personnes Sourdes a donc commencé à s'améliorer, avec une certaine reconnaissance de leur spécificité culturelle minoritaire et de leur Histoire. L'ouverture par exemple en 2013 du musée des Sourds à Louhans en Saône-et-Loire (13), ville natale de Ferdinand Berthier, expose l'histoire des Sourds et de leur intégration. Il permet ainsi de faire connaître au plus grand nombre de personnes les origines de la culture Sourde. Mais il reste encore un long chemin à parcourir pour une intégration complète et franche dans la société actuelle. L'un des premiers pas vers cette intégration est l'accès à l'autonomie dans les démarches telle qu'une consultation médicale. C'est ce qui va nous intéresser dans cette thèse.

c. Les moyens de communication à disposition du Sourd et du soignant :

L'intérêt est d'augmenter au maximum l'autonomie d'accès au soin pour les personnes atteintes de surdité. Il existe déjà plusieurs moyens d'établir une relation entre personnes Sourdes et personnes entendant et tenter de pallier ainsi ce problème de communication et à ce manque de compréhension. Car il s'agit bien d'un handicap partagé entre le praticien et le patient atteint de surdité (8).

- La lecture labio-faciale :

La lecture labio-faciale, dite lecture labiale, est une technique qui permet de comprendre ce que dit une personne en lisant sur ses lèvres, mais aussi sur l'ensemble de son visage. C'est la technique la plus employée par les personnes malentendantes ou devenues sourdes à l'âge adulte. Stricto sensu, ces personnes parviennent à lire 30 à 40 % de ce qui est dit et c'est le contexte des paroles qui permet, avec la suppléance mentale, de comprendre 70 à 80 % de l'échange verbal (14).

Cette technique semble limitée par la concentration qu'elle nécessite et par la fatigue qu'elle entraîne au fil de l'échange, mais aussi par la difficulté de compréhension des signes labiaux.

- Le français écrit :

Il en est de même pour le français écrit limité par le fait que 70 à 80% des personnes Sourdes ont des difficultés à maîtriser le français écrit (15).

- Le langage parlé complété :

Il synchronise le langage non verbal à la lecture labiale pour augmenter la compréhension du message, qui peut passer à 95%. En effet, il permet de pallier aux signes labiaux de la lecture labiale car les mouvements codés de la main sont associés à la parole.

- Le français signé :

Il s'agit d'une méthode qui adapte les signes de la LSF à la syntaxe et à la grammaire de la langue française parlée. Il va être essentiellement utilisé par des personnes entendant qui apprennent les signes de la LSF mais qui n'en connaissent pas la syntaxe.

- La dactylogogie :

Elle permet d'épeler les mots, et sert surtout à épeler les noms propres qui ne trouvent pas de traduction en langue des signes. C'est-à-dire qu'à chaque lettre de l'alphabet va correspondre une configuration de la main.

Mais souvent, ces moyens d'aides à la communication s'avèrent insuffisants et limités.

Le langage parlé complété, le français signé, et la dactylogogie nécessitent une formation des soignants, formation qui ne semble se développer que dans le cadre d'unités de soins spécialisées pour les personnes sourdes.

d. Les limites d'accès à l'information des patients Sourds malgré les méthodes de communication actuellement utilisées :

Très peu de Sourds sont au courant de leur droit à recevoir une information complète, lequel est inscrit dans le Code de Santé Publique. Entre autre, d'après l'article R.4127-36 du Code de la Santé Publique « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* ».

L'étude réalisée par Céline FRANCOISE (16) a notamment révélé que le terme de « consentement éclairé » est presque inconnu des patients Sourds.

En plus du volet purement médical, le volet de la prévention tient également une place importante. Les moyens de communication destinés au grand public ne sont pas destinés ni adaptés aux personnes Sourdes ou malentendantes, ce qui est à l'origine de nombreux et parfois dramatiques quiproquos. L'exemple le plus marquant de ce manque cruel

d'information est le début de l'épidémie de SIDA. En effet, cette population Sourde n'a pas eu accès ni au système de soin, ni à des consultations médicales régulières, et n'a pas bénéficié de toute la campagne d'information préventive qui avait été alors mise en place. En effet, elle avait été créée par des personnes entendant, sans prendre en compte les codes qui auraient pu rendre cette campagne compréhensible pour les personnes Sourdes. Par conséquent, beaucoup d'entre eux ont découvert leur séropositivité en même temps que l'existence de cette maladie (17).

De plus, il a été montré que les conseils de prévention étaient bien mieux suivis par le patient si le praticien avait pris le temps d'en discuter avec lui lors de la consultation (18). Or, cette information supplémentaire qui devrait être donnée est peu délivrée ou mal comprise du fait des difficultés de communication. C'est donc pour éviter de nouvelle catastrophe sanitaire et pour assurer une continuité des soins qu'il faut trouver des solutions pour développer un parcours de soin facilité pour les personnes Sourdes.

e. Les solutions pour améliorer la communication soignant entendant / soigné Sourd en odontologie :

La Haute Autorité de Santé définit la communication en ces termes : « *la communication est une situation d'échanges entre deux ou plusieurs personnes. Cette communication peut être verbale (elle utilise une langue : français, LSF) ou non verbale (elle utilise d'autres moyens de communication que la langue : gestes, conventionnels ou non, expression du visage, échanges visuels, contacts physiques, vibrations, etc.). Une situation réelle de communication fait fréquemment appel simultanément à une communication verbale et non verbale* » (19).

Des techniques peuvent être mises en place pour faciliter la communication lors d'une prise en charge au cabinet dentaire : par exemple, si c'est la lecture labiale qui est utilisée, il faut se placer devant le patient, sans le masque, utiliser des phrases simples et une articulation correcte. Il en sera de même au fauteuil, il faut faire attention à ce que le scialytique ne soit pas dans les yeux du patient par exemple. Il faut cependant prendre en considération le fait que 70 à 80% des sourds et malentendants ne savent pas lire ni écrire le français parlé (17), donc pour ces personnes Sourdes, la lecture labiale est tout simplement impossible et la communication même écrite reste très compliquée dans la plupart des cas.

Aux problèmes de communication vient s'ajouter une autre difficulté. En effet, la chirurgie dentaire ou toute autre profession médicale utilise une terminologie souvent complexe et des idées spécifiques, cela rend encore plus concrète et flagrante la situation de handicap dans laquelle se trouve la personne Sourde, même celle qui peut pratiquer la lecture labiale. Si nous nous plaçons du point de vue du chirurgien-dentiste, il ne pourra pas comprendre complètement le ressenti et les problèmes pour lesquels le patient vient le voir s'il n'a connaissance ni de sa langue ni de sa culture (20). Ainsi, vu l'hétérogénéité de la population Sourde, le praticien devra s'adapter au mode de communication de son patient, et une stratégie devra être mise en place d'un commun accord pour optimiser la compréhension des deux parties.

Un autre paramètre à prendre en compte dans la relation soignant entendant/soigné Sourd est la présence d'un interprète lors d'une consultation médicale. La personne soignée doit choisir entre le fait d'être comprise par son interlocuteur (le soignant) ou le respect de sa vie privée et/ou du secret médical, qu'il s'agisse d'un membre de son entourage ou d'un

interprète officiel. Cependant, ces interprètes professionnels sont soumis à des règles de déontologie, au secret professionnel, et ils sont tenus d'être neutres et de retransmettre le message avec fidélité. Mais le patient n'osera pas forcément parler de tous ses problèmes devant cette tierce personne. Il y aura alors une rétention d'information et le diagnostic pourra en être faussé ou retardé. En plus de ces inconvénients notables, cette tierce personne ne peut remplacer un dialogue direct entre les deux parties et la confiance mutuelle qui doit s'instaurer pourra être plus difficile à obtenir (21).

Il faut aussi remarquer que les difficultés d'accès aux soins pour les patients Sourds se trouvent dès la prise de rendez-vous qui s'avèrent impossible si elle ne se fait que par téléphone, ou encore dans la salle d'attente du praticien où il arrive régulièrement que le patient ignore avoir été appelé (18). Après ce constat, il est clair qu'une relation soignant entendant/soigné Sourd peut et doit être améliorée.

Dans un premier temps, il faudrait une meilleure sensibilisation des professionnels de santé au problème de la surdité. Dans un second temps, il faudrait l'intégration dans les équipes soignantes de personnels sourds et malentendants. Ainsi que des lieux d'échange culturels, qui amélioreraient considérablement la prise en charge de ces patients et une meilleure compréhension mutuelle.

C'est dans ce but qu'ont été créés les UASS-LS (Unité de Soins pour personnes sourdes-langues des signes française) en 2001 (22) avec la mise en place de consultations spécifiques. Le but de ces unités est multiple : l'accueil et la réalisation de consultations médicales en s'adaptant aux capacités de communication du patient, l'accompagnement par un interprète lors de consultations spécialisées ou examens complémentaires, la sensibilisation auprès des autres professionnels de santé sur les problèmes de santé publique et d'éducation thérapeutique de la population sourde. Mais le résultat de l'étude réalisée montre que ces unités sont encore trop méconnues par les médecins généralistes et par les patients Sourds eux-mêmes (23).

f. Des travaux déjà existants :

L'objectif principal des fiches présentées en annexe de ce travail est de s'adapter à ces canaux de communication différents du français parlé et de transmettre les informations nécessaires à la compréhension et à l'acceptation d'un plan de traitement complet ou des soins que le chirurgien-dentiste peut proposer.

2) Matériel et méthode :

a. Le Choix du support :

Pour comprendre la forme vers laquelle va s'orienter le support des fiches, il faut comprendre comment s'articule la LSF. En effet, la LSF repose essentiellement sur l'iconicité du fait du canal de communication utilisé, c'est-à-dire le canal visio-corporel.

L'iconicité est la base de la création du lexique, dont l'unité de base est nommée « signe ». Il existe 4 paramètres de formation du signe :

- La configuration : la forme des mains.

- L'emplacement : le lieu où le signe va être exécuté.
- L'orientation : des paumes de la main, par rapport à la personne qui signe.
- Le mouvement : qui peut varier en trajectoire ou en intensité.

Cette explication aide à comprendre la place que tient le visuel chez les sourds. Il faut souligner qu'un Sourd ne voit pas mieux qu'un entendant mais ses capacités visuelles seront plus développées, notamment par une appétence particulière aux détails. La personne Sourde aura une analyse plus précise des informations présentes dans son champ visuel.

Un support visuel a donc paru adapté dans le cadre de consultation chez les professionnels de santé ainsi que pour développer l'accès aux campagnes d'information et aux programmes de santé publique. Ces supports peuvent être des dessins ou schémas, des modèles d'études ou des vidéos disponibles sur Internet.

Les modèles d'études sont très utiles car ils utilisent le canal visuel et tactile ; les vidéos sont très utiles également pour expliquer aux patients, mais elles sont difficilement utilisables pour rassurer le patient au moment des soins (8).

Les objectifs de ces supports, qui s'appliquent au travail de cette thèse, devront dans tous les cas :

- Etre simple d'utilisation, clairs et facilement consultables par le praticien et par le patient.
- Etre adaptés à la pratique clinique
- Etre compréhensibles
- Etre peu onéreux afin que le support soit le plus largement diffusé auprès des professionnels de santé.

Pour le sujet qui nous intéresse, il a été choisi d'utiliser un support papier ainsi que des schémas. Ce travail se situe en effet dans la continuité des travaux qui ont déjà été menés jusque-là. Le support pourra être utilisé par le praticien et par le patient, pour permettre un échange, une compréhension mutuelle et ainsi diminuer le stress que peut provoquer une visite chez le chirurgien-dentiste. Ces fiches pourront également être transmises au patient, pour qu'il les consulte chez lui. De son côté, ce sera au praticien de choisir la fiche correspondante aux soins qui seront effectués. Ainsi, il permettra de toucher une grande partie de la population Sourde.

b. Le choix des icônes :

Comme nous avons vu auparavant, le patient Sourd est très visuel. Mais c'est justement à cause de cette appétence aux détails que les icônes ne doivent pas être trop réalistes, ni trop détaillées car sinon elles détourneront le regard de l'information principale et auront moins de signification. En effet, tout signe, toute information non utile ou toute icône qui n'apporterait pas d'aide à la compréhension doit être supprimée pour ne pas alourdir et complexifier le document, afin qu'il reste le plus accessible possible.

En conséquence, le choix des couleurs et l'ordre dans lequel les schémas sont présentés dans le document sont très importants pour que le message soit claire et sans ambiguïté. Par exemple, comme code couleur :

- Le vert signifie qu'il n'y a pas de risque, ou s'il s'agit d'un conseil
- Le orange signifie qu'il faut faire attention = risque faible
- Le rouge signifie qu'il y a un danger = risque important



Dent saine



Nerf malade, donc il est en rouge pour montrer qu'il y a un risque.

L'ordre des informations suit un ordre chronologique.

L'icône utilisée pour le visage est très épurée pour orienter le regard vers l'expression qu'on souhaite faire passer. Dans la LSF, en plus des signes qui interviennent dans la transmission du message, les expressions et mimiques du visage tiennent une place importante dans la transmission, et font ainsi partie intégrante du message. Cette icône du « visage de base » permet à toutes les personnes amenées à regarder les fiches de pouvoir s'identifier.



Visage sans douleur



De simples changements, comme les sourcils et la bouche vers le bas, pour montrer la douleur

La notion de temps est importante mais compliquée à mettre en place par un schéma. Dans les fiches, elle est exprimée à l'aide d'une horloge, d'un calendrier ou d'une flèche. Ces schémas sont utiles pour savoir depuis combien de temps et à quelle fréquence le patient a des douleurs, pour montrer que certaines étapes d'un traitement se font sur plusieurs séances, ou pour montrer le sens dans lequel s'enchainent les différents schémas.



- Par exemple, la flèche entre les 2 schémas signifie que le deuxième schéma est la conséquence du premier schéma.



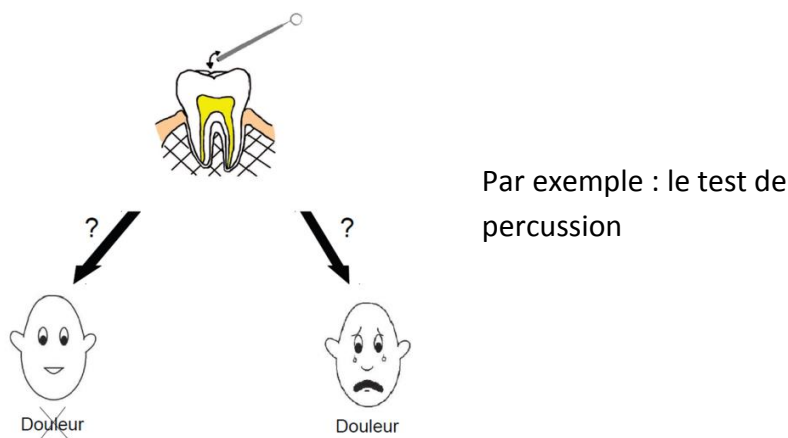
Les informations écrites comme les légendes doivent être les plus simples possible et ne doivent pas surcharger le document. Les légendes placées à côté ou au dessus des icônes permettent de compléter le message pour les patients Sourds sachant lire. Elles peuvent

permettre également à l'interprète qui est éventuellement présent de mieux cerner le message à transmettre et ainsi pouvoir mieux le traduire au patient.

c. L'organisation des schémas :

Le plus souvent, la première consultation au cabinet dentaire se fait en urgence. Le patient a mal, appréhende le fait de venir, et le fait de ne pas pouvoir communiquer sur ce qui lui arrive augmente cette situation déjà stressante. Un travail a déjà été fait sur les urgences au cabinet dentaire, donc il a fallu établir un lien entre la première consultation, éventuellement en urgence, et les fiches correspondant à la suite des soins, ce qui nous intéresse pour nos travaux.

En Odontologie Conservatrice et en Endodontie, il est primordial de faire un interrogatoire poussé et un examen clinique approfondi pour pouvoir poser un diagnostic précis. C'est pour cela qu'il nous a paru utile de faire une fiche uniquement sur le diagnostic, pour expliquer les différents tests qui seront effectués et les questions qui pourront être posées pour orienter vers tel ou tel diagnostic. Une fois les tests et l'interrogatoire effectués, le praticien pourra montrer la fiche correspondant à la pathologie diagnostiquée. Certains schémas des fiches sur les urgences au cabinet dentaire (24) ont été réutilisés puisqu'ils avaient déjà été validés par l'équipe de l'unité de soin pour les Sourds du CHU de Rennes. De plus, cela permet aussi d'assurer une continuité entre les différentes fiches.



Le choix des informations à transmettre a été le plus difficile, car il faut que l'information soit claire sans toutefois surcharger les schémas de données inutiles. Et ainsi faire la part des choses entre ce que doit savoir le patient pour comprendre le soin qui va lui être prodigué et ses conséquences, et ce qui incombe seulement au chirurgien-dentiste comme par exemple le choix d'un produit précis. Le fait est qu'il faut simplifier au maximum le sujet sans toutefois perdre des informations qui pourraient aider à comprendre la pathologie.

d. La réalisation des fiches :

Les soins endodontiques et de restauration regroupent un large panel de soins et les soins conservateurs et les traitements canaux représentent une grande proportion des actes effectués au cabinet dentaire.

Il a fallu faire le lien entre ces fiches et celles des urgences qui constituent la première étape des soins. Il s'agit pour le praticien de montrer la situation qui convient, si le patient a été vu ou non en urgence.

Les fiches se divisent en plusieurs parties : le diagnostic, l'anesthésie, la prescription, la pulpite aigue réversible, la pulpite aiguë irréversible, la pulpite chronique, la dégénérescence calcique, la résorption interne, parodontite apicale aiguë, l'abcès apical aigu, l'abcès apical chronique, les traitements antérieurs de la dent, les fractures.

Hormis les fractures, le diagnostic et l'anesthésie, les fiches ont été conçues sur un même plan de base, en rajoutant plus ou moins les étapes qui diffèrent selon la pathologie : le diagnostic avec le schéma de la dent saine et à côté celui de la dent atteinte, l'anesthésie, la mise en place de la digue, l'ouverture de la chambre pulpaire, le nettoyage de l'intérieur des racines, l'obturation des canaux nettoyés, la mise en place du pansement.

Il nous a paru judicieux de rajouter des radiographies, soit avec l'étape « diagnostic », soit avec l'étape « Nettoyage de l'intérieur des racines » qui correspond à la radiographie « limes en place ». Il s'agit d'un outil intéressant pour compléter le schéma, qui concrétise les soins effectués.

3) Résultat :

Le document pi-sourd réalisé est en annexe de cet article.

4) Discussion :

Il a fallu procéder à la correction des fiches. Dans un premier temps, une correction sur le plan purement odontologique, c'est-à-dire sur le contenu et l'organisation des fiches a été faite sous la supervision du Dr Hervé PRIGENT, directeur de cette thèse et Maître de conférences à l'université de Rennes 1. Le Dr Isabelle RIDOUX, Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Ponchaillou à Rennes, a également supervisé le travail. Il s'agit donc d'un travail collaboratif entre le Centre de soin dentaire et l'Unité d'Accueil et de Soins pour personnes Sourdes et malentendantes du CHU de Rennes.

Dans un second temps, un rendez-vous a été pris dans l'unité de soin pour les patients Sourds avec Madame Morgane ROBERT, aide-soignante Sourde du service, afin qu'elle puisse orienter et corriger les schémas qui ne seraient pas assez pertinents ou pas assez clairs. En effet, une des difficultés de ce travail, c'est qu'il est créé par des personnes entendant pour des personnes atteintes de surdité. La vision des choses est totalement différente comme nous l'avons vu précédemment, il est donc indispensable de faire une vérification et une correction auprès de personnes appartenant à la population visée.

Les prescriptions médicamenteuses d'après les documents du mémoire de Cyril VIDAL (25) a adapté la forme de la prescription aux personnes Sourdes et malentendantes. En effet, il a été créé plusieurs tableaux, chacun dédié à un type de médicament. Il existe un tableau pour les antibiotiques, un pour les antalgiques, un pour les anti-inflammatoires, un pour les bains de bouche. Dans le tableau, une case est faite pour y inscrire le nom du médicament, une case pour indiquer la durée que dure le traitement, et les autres cases sont à cocher pour indiquer si il faut le prendre le matin, le midi ou le soir.

Nous avons utilisé également des documents créés pour les patients Sourds dans d'autres disciplines, comme le document « Evaluation de la douleur en rhumatologie » (8). Il vise une meilleure prise en charge de la douleur dans le service de rhumatologie. En effet, il s'agit d'un document que le patient remplit lui-même, en fonction de sa douleur et du moment auquel elle apparaît. L'icône « patient allongé » de ce document va pouvoir être adapté à l'odontologie, pour savoir si la position allongée augmente la douleur (ici dentaire et non plus rhumatologique) et si cela n'influe pas sur le niveau de cette douleur.

5) Conclusion

Comme nous avons vu dans ce travail, la communauté des personnes Sourdes est d'une grande hétérogénéité et les modes de communication bien que divers sont limités soit par le manque de personnes entendant formées, soit par la perte d'informations que certains modes entraînent comme par exemple la lecture labiale. Cependant, toute personne a le droit de comprendre et d'accepter en toute connaissance de cause les soins et les traitements qui lui seraient proposés. En effet, les difficultés de communication que rencontrent les personnes Sourdes avec les acteurs du système de santé sont à l'origine d'une barrière entre les deux parties. Il faut aussi garder en mémoire que le mode de communication devra être adapté à chaque nouveau patient. Ces difficultés de communication se retrouvent bien entendu dans la relation soignant/soigné dans le cadre d'une prise en charge en odontologie.

C'est pour cette raison que les documents qui ont été créés dans cette thèse ainsi que tous ceux créés dans les travaux précédents se doivent d'être accessibles au plus grand nombre de personnes. Ce travail a donc été conçu afin d'améliorer la communication et ainsi aider à instaurer une relation de confiance entre le patient et le praticien, indispensables à une bonne prise en charge. Ainsi, ces schémas organisés en plusieurs fiches distinctes pourront être utilisés par le praticien et l'aider à faire passer son message et ses explications quant à la prise en charge proposée.

Cependant, dans les cas complexes de prise en charge, certaines informations indispensables et difficiles à retranscrire devront probablement être relayées par un interprète lors de la réalisation du soin.

Références bibliographiques:

1. Quérel C. Surdité et santé mentale : Communiquer au coeur du soin. Cachan : Lavoisier. 2015.; 2015. (Cahiers de Sainte-Anne).
2. Fédération Nationales des Sourds de France [Internet]. FNSF - Fédération Nationale des Sourds de France. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.fnsf.org/>
3. Collège français d'ORL et de chirurgie cervico-faciale. Item 87 (ex item 294) : Altération de la fonction auditive - Inclus item 44 : Dépistage des troubles auditifs chez l'enfant. :28.
4. Olivier Sacks. Des yeux pour entendre voyage au pays des sourds Oliver Sacks traduit de l'anglais par Christian Cler.
5. Fabrice Bertin. Les sourds. In 2010 [cité 18 mai 2018]. p. 9. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-sourds--9782756713673-p-9.htm>
6. L'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Trois questions à Pascal Jacob | CNSA [Internet]. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/lacces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-trois-questions-a-pascal-jacob>
7. Diane Bedoin. Sociologie du monde des sourds. Sociologie du monde des sourds [Internet]. 1 févr 2018 [cité 16 mai 2018]; Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-du-monde-des-sourds--9782707193155.htm>
8. Cardin D. et Prudor A. Elaboration d'un document pi-sourd par des entendants après une étude sociolinguistique : Anesthésie locale. Thèse, Université de Rennes 1; 2012.
9. Ferdinand Berthier, auteur de plusieurs ouvrages et d'articles pour la presse.
10. William STOKOE (1919 ;2000), Professeur d'anglais à l'université Gallaudet, auteur de « Sign Language Structure : an out.
11. Andrea Benvenuto, Didier S guillon. Surdités, langues, cultures, identités : recherches et pratiques. La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation. 1 déc 2013;64(4):9-9-13.
12. Hamm M. Bernard Mottez, Les Sourds existent-ils ?. Textes réunis et présentés par Andrea Benvenuto, Paris, L'Harmattan, 2006. 388 p. Recherches &  ducatons [Internet]. 6 oct 2008 [cité 16 mai 2018];(1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org.passerelle.univ-rennes1.fr/rechercheseducations/468>
13. Yanous, espace handicap auditif. Au musée des Sourds. [Internet]. [cité 23 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.yanous.com/tribus/sourds/sourds180406.html>

14. SurdificheS-LSF-2011-A4.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.2-as.org/site/fiches/SurdificheS-LSF-2011-A4.pdf>
15. PI SOURD [Internet]. La Parole Aux Sourds. 2017 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.laparoleauxsourds.fr/pisourd/>
16. Françoise Céline. Information et consentement éclairé chez le patient sourd lors d'une consultation en odontologie. Thèse, Université Rennes 1; 2011.
17. EHESP. L'accès aux soins des personnes sourdes et malentendantes. 2011;57.
18. Inpes. Le rapport à la santé des personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'audition. :110.
19. Recommandation de bonnes pratiques, HAS. Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/surdite_de_lenfant_-_0_a_6_ans_-_recommandations.pdf
20. Thomas Amoros, Hervé Bonnefond, Cécile Martinez, Rodolphe Charles. Un dispositif ambulatoire pour la santé des Sourds en soins primaires. Santé Publique. 15 mars 2014;26(2):205-205-15.
21. Batis N. Les personnes sourdes face aux inégalités d'accès aux soins de santé de qualité. :54.
22. française LD. Le Droit des sourds : 115 propositions : rapport au Premier ministre [Internet]. [côté 16 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/984001595/index.shtml>
23. GERBER P. Place du médecin de l'unité d'accueil et de soin pour personnes sourdes et malentendantes du CHU de Rennes dans le parcours de soin du patient. 2013.
24. Durand A. et Le Jules P. Elaboration d'un document pi-sourd pour la prise en charge des urgences odontologiques. Thèse, Université Rennes 1; 2014.
25. C V. La prise en charge buccodentaire des personnes sourdes et malentendantes : mise en place de consultations spécifiques et d'outils de soins et de prévention. Mémoire de Master 2 de santé publique et communautaire, Université Rennes 1; 2008.

Serment d'Hippocrate modifié et actualisé pour les Médecins dentistes

Au moment d'être admis à exercer une profession médicale, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de préserver, de promouvoir ou de rétablir la santé dans toutes ses dimensions, physique et mentale, personnelle et sociale.

Pour cela, je travaillerai en partenariat respectueux avec mes confrères et avec toutes les autres professions qui partagent les mêmes objectifs.

J'aiderai les autorités sanitaires dans leurs efforts pour préserver et améliorer la santé de la population.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, d'ethnie, de classe sociale ou de revenus viennent s'interposer entre mes patients et moi.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

J'aurai comme objectif de prodiguer à mes patients les soins reconnus comme les plus efficaces par les sciences médicales du moment.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ces missions.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences et je considérerai comme un devoir absolu de perfectionner sans cesse celles-ci.

Je respecterai toutes les personnes, et leur autonomie.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je tiendrai compte de leurs choix et de leurs préférences pour leur procurer la qualité de vie la meilleure. Je ne ferai rien pour forcer leur conscience.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

ANNEXES :

L'odontologie conservatrice
et l'endodontie
Patients Sourds



Table des matières

I- L'examen clinique et le diagnostic :.....	3
II- L'anesthésie :.....	11
III-La prescription :.....	15
IV- La pulpite réversible :.....	19
V- La pulpite aiguë irréversible :.....	30
VI- La pulpite chronique irréversible :.....	35
VII- La dégénérescence calcique :.....	40
VIII- La résorption interne :.....	45
IX- La parodontite apicale aiguë ou chronique d'origine endodontique :.....	50
X- L'abcès apical aigu :.....	55
XI- L'abcès apical chronique :.....	60
XII- Les traitements antérieurs de la dent :.....	65
XIII- La fracture non pénétrante :.....	70
XIV- La fracture pénétrante :.....	74

L'examen clinique et le diagnostic

1) Anamnèse :

- a. Anamnèse médicale : questionnaire médical
- b. Historique dentaire
- c. Douleurs ressenties et motif de consultation

2) Dent saine :



3) Douleur ?

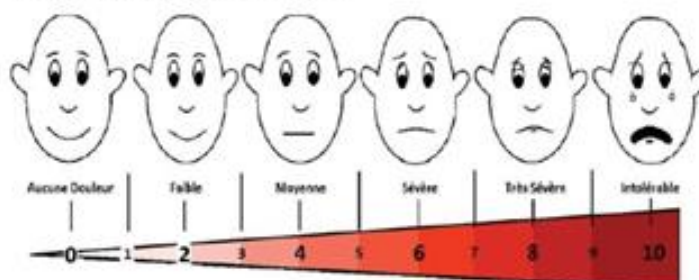


NON



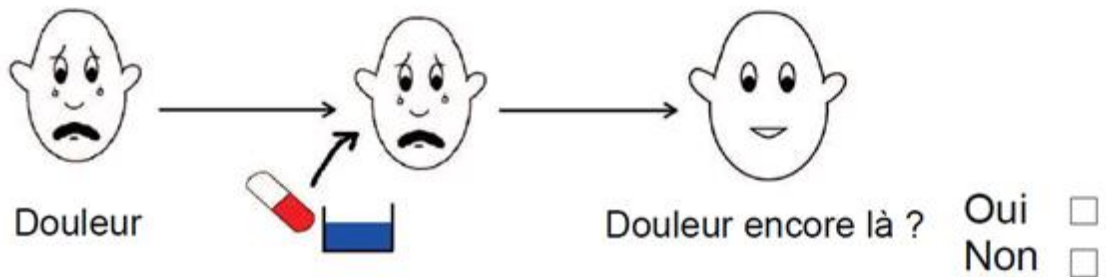
OUI

ECHELLE DE LA DOULEUR



4) Prise de médicament ?

Prise de médicament ? Oui ☐
Non ☐



5) Traumatisme ? Choc ?

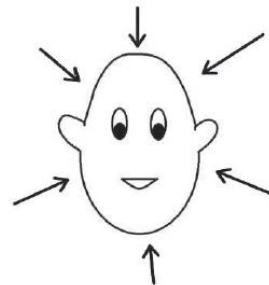
Quand ?



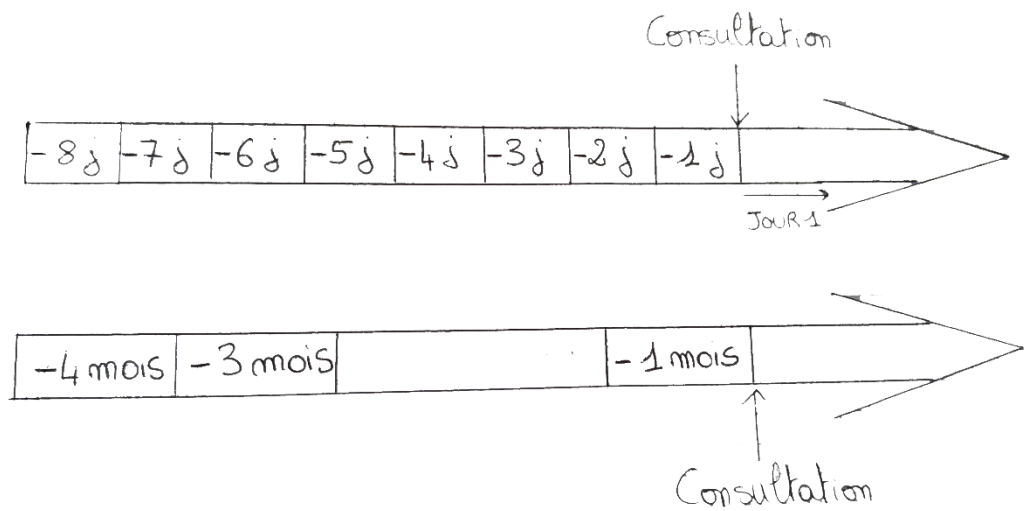
Comment ?

Choc ?
Chute ?
Accident ?

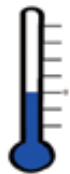
Vient d'où ?



6) Fréquence ? Depuis quand ?



7) Facteurs déclenchant ?



Froid ?

Oui ☐

Non ☐



Chaud ?

Oui ☐

Non ☐

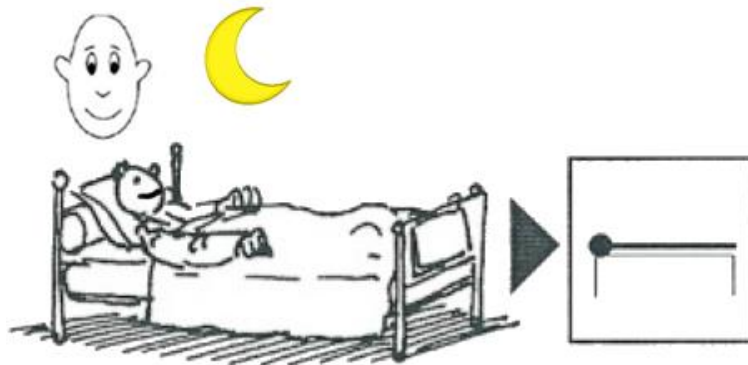


Douleur ?

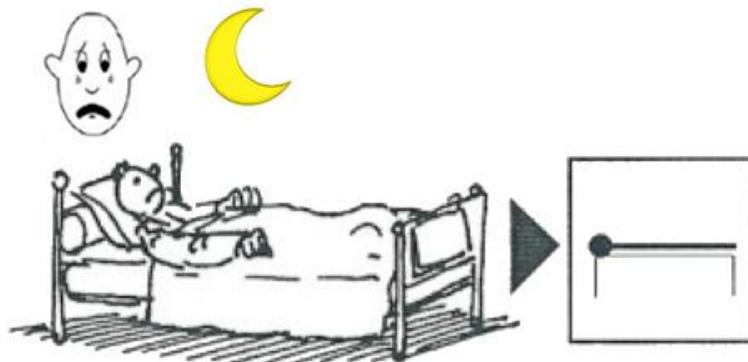
Oui ☐

Non ☐

Douleur augmentée en position allongée ?



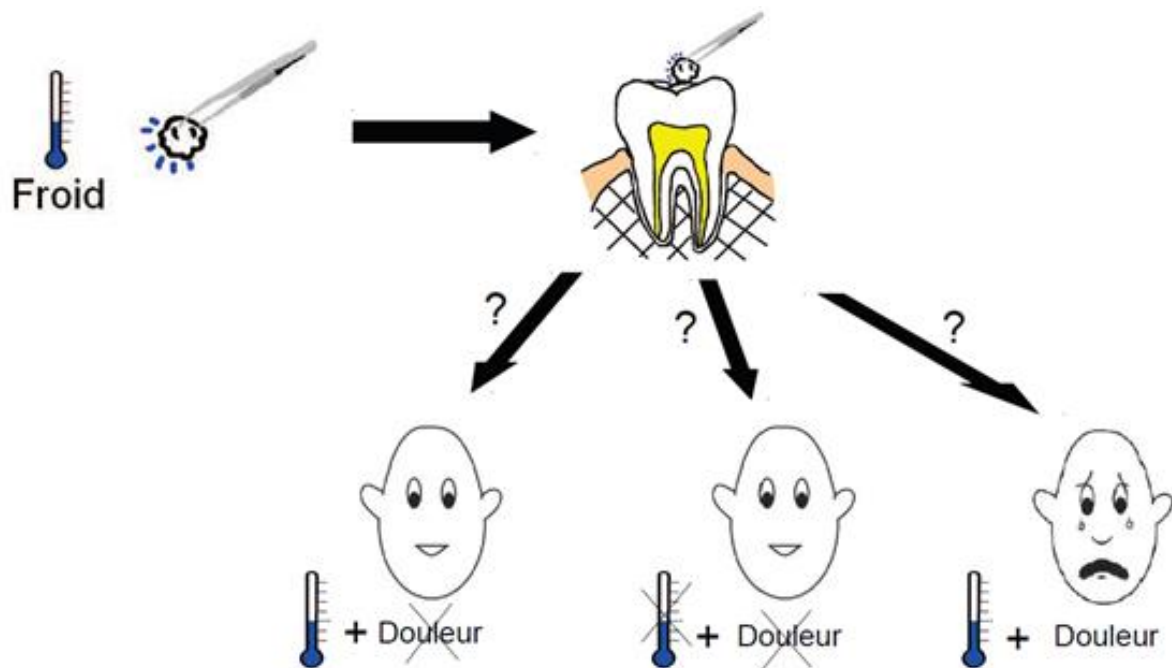
OU



8) Examen Clinique :

a. Tests de vitalité

- Test au froid



b. Les différentes atteintes possibles (caries ou fractures)

Les différentes structures de la dent



Exemple pour la carie :



Atteinte Email

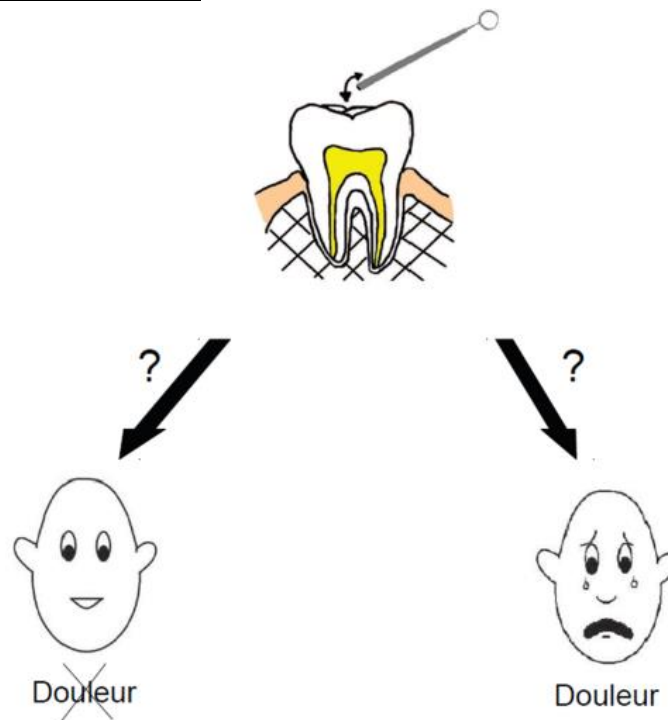


Atteinte Email + Dentine



Atteinte Email +
Dentine + Pulpe

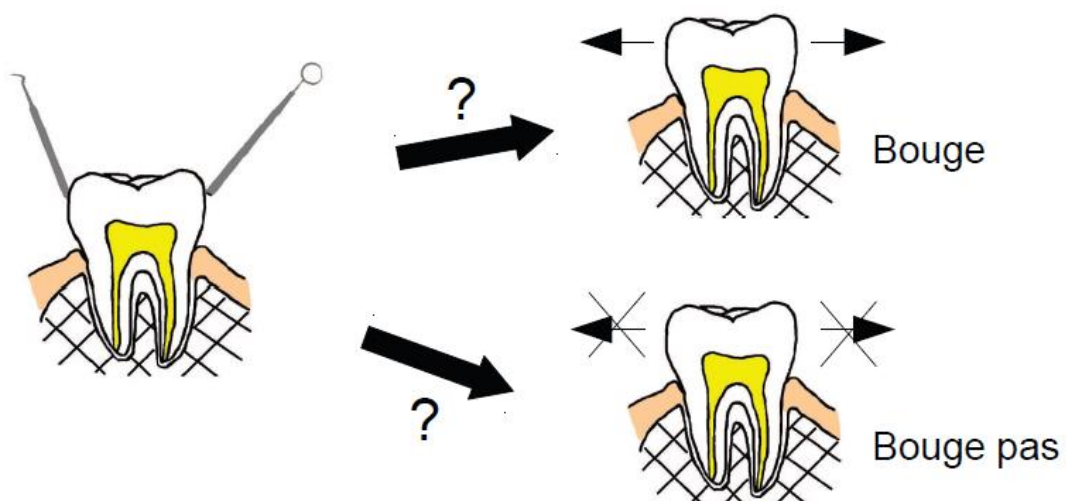
c. Test de percussion :



d. Test de palpation/touché :



e. Test mobilité :



9) Examen radiographique :

a. Panoramique :

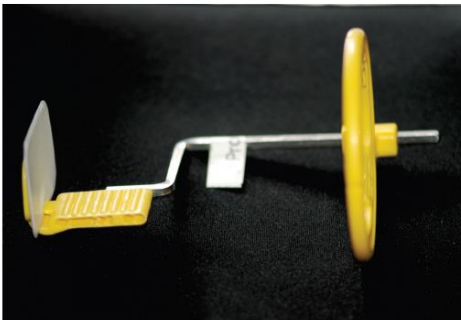


b. Cone beam (radiographie 3 dimensions) :



www.shutterstock.com - 104030465

c. Radiographie :



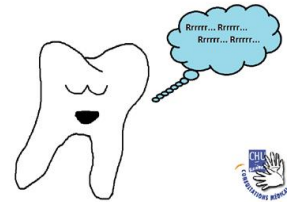
- Rétro-alvéolaire :



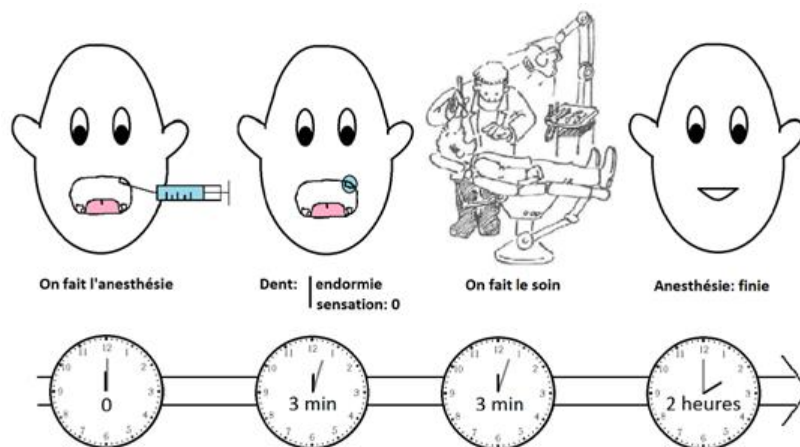
- Rétro-coronaire :



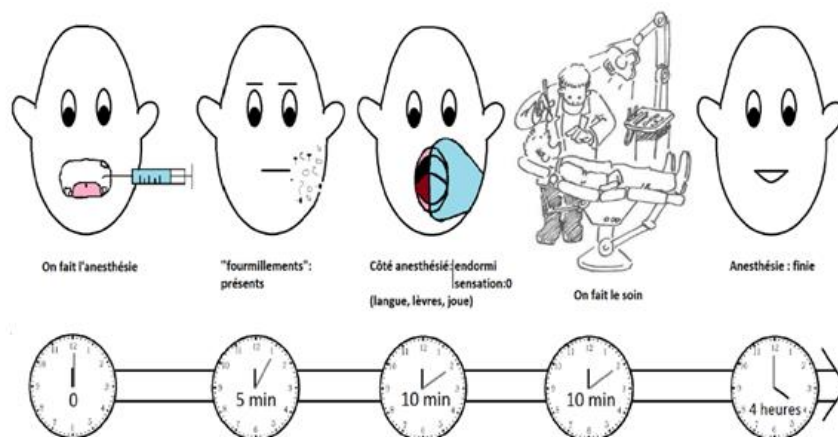
L'Anesthésie



1) Définition « anesthésie para-apicale » (pour une dent)



2) Définition « anesthésie tronculaire » (pour plusieurs dents) :

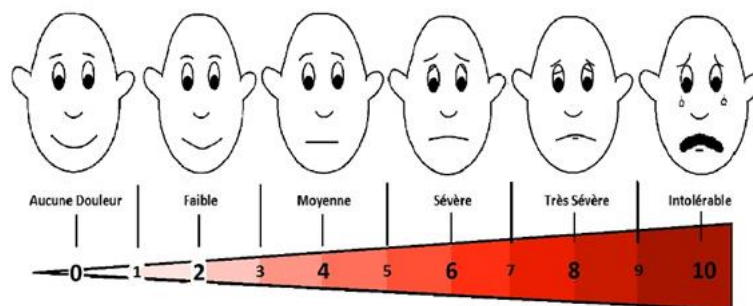


3) Anesthésie : Allergies ?

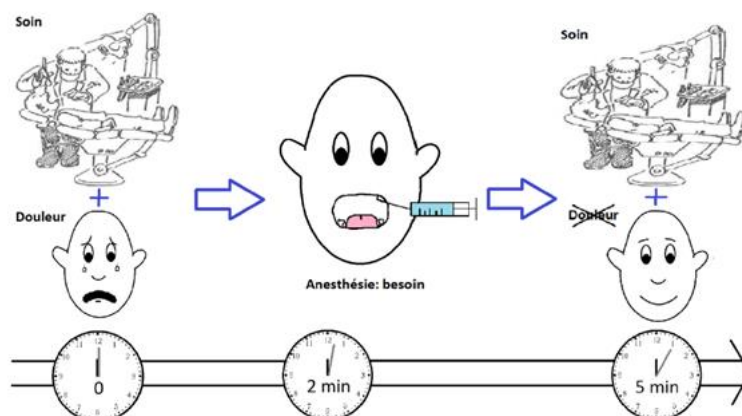


☐ OUI ☐ NON ☐ JE NE SAIS PAS

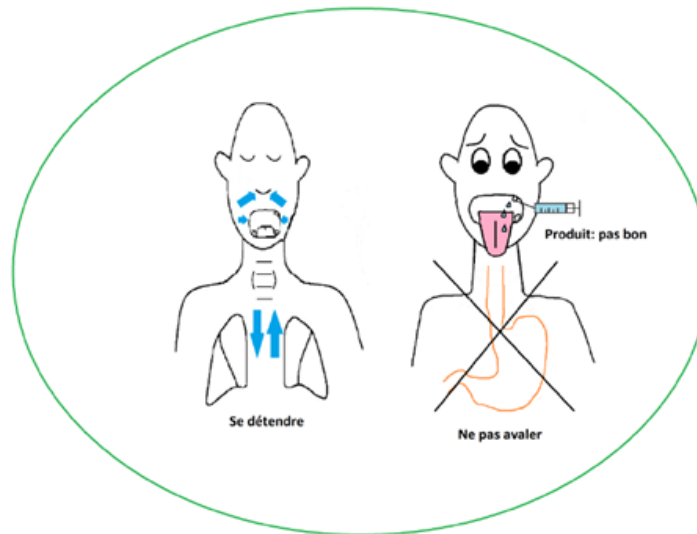
4) Echelle de la douleur :



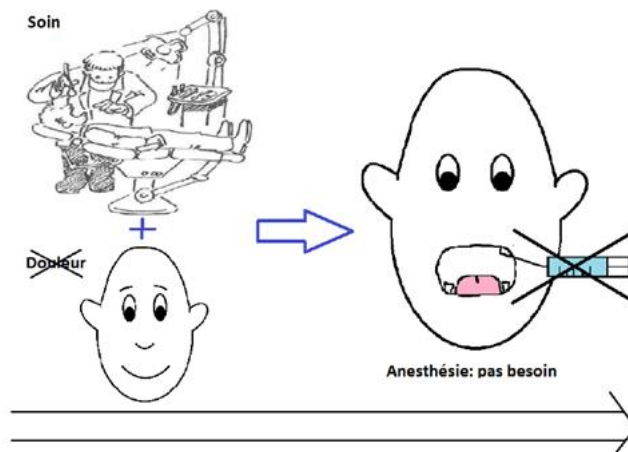
5) Nécessité de l'anesthésie : OUI



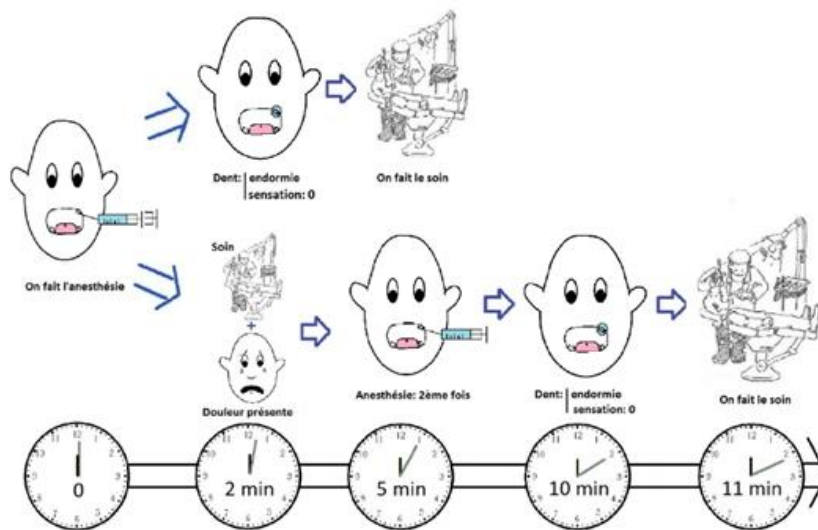
6) Conseils :



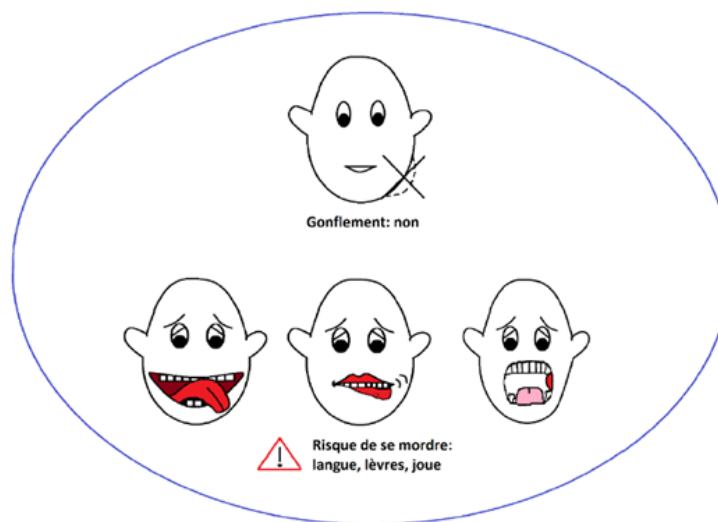
7) Nécessité de l'anesthésie : NON :



8) Efficacité de l'anesthésie :



9) Après le soin :



La Prescription

1) Document illustrant les différents antalgiques :

Les antalgiques

= médicaments pour faire disparaître la douleur

- Efferalgan :



- Doliprane :



- Paracétamol :



- Di-antalavie :



- Aspégic :



2) Tableau pour la prescription des différents types antibiotiques :



	Dates	Matin	Midi	Soir
Médicaments Antibiotiques		 	 	 

REMARQUE :

Il est indispensable de suivre le traitement antibiotique jusqu'à la date à laquelle il a été prescrit, même si les douleurs ont disparu.

Le tableau est à compléter en fonction de la posologie de l'antibiotique prescrit.

3) Tableau pour la prescription des différents types d'anti-inflammatoires :



	Dates	Matin	Midi	Soir
Médicaments Anti-inflammatoires		 	 	 

REMARQUE :

Il est préférable de prendre le médicament au cours du repas afin d'éviter les douleurs gastriques et les aigreurs d'estomac.

Le tableau est à compléter en fonction de la posologie des anti-inflammatoires prescrits

4) Tableau pour la prescription des bains de bouches et brosses à dent :



	Dates	Matin	Midi	Coucher
Médicaments Hygiène Bains de bouche		 Dessin brossage	 Dessin brossage	 Dessin brossage

REMARQUES :

Ne pas utiliser les bains de bouche pendant plus de quinze (15) jours.
 Bien utiliser les compléments d'hygiène (bains de bouche, brossettes interdentaires, fil dentaire) après les repas, puis après le brossage dentaire habituel (voir page suivante).

Le tableau concerne le brossage des dents et les bains de bouches prescrits.

5) Tableau pour la prescription des différents types d'antalgiques :



	Dates	1 ^{ère} Prise	2 ^{ème} Prise	3 ^{ème} Prise	4 ^{ème} Prise	5 ^{ème} Prise	6 ^{ème} Prise
Médicaments Antalgiques Contre la douleur							
	Toutes les 6 heures	Entre chaque case, marquer « attendre 6 heures » avec une flèche					
	Toutes les 4 heures	Entre chaque case, marquer « attendre 4 heures » avec une flèche					
	Autres						

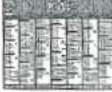
REMARQUE :

N'attendez pas que la douleur s'installe : prenez le médicament, régulièrement, aux moments indiqués.
 Ne pas dépasser le nombre de prises prévu par 24h (jour + nuit).

Le tableau est à compléter en fonction de la posologie des antalgiques prescrits.

6) Tableau pour la prescription des médicaments pré-opératoires :



	Dates 	Heure à laquelle prendre le médicament Horloge sur laquelle on peut noter l'heure 
Médicaments Préopératoires		
Anxiolytiques		
Antibioprophylaxie		
Antalgiques		
Autres		

REMARQUES :

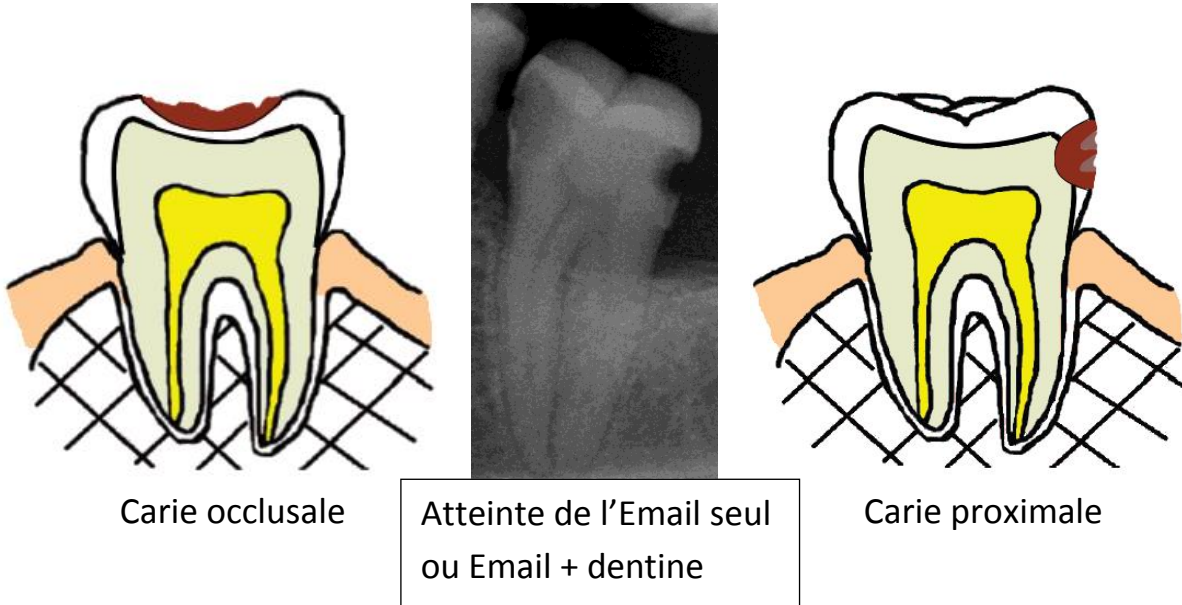
Prendre le médicament une heure avant les soins.

Le tableau est à compléter en fonction des posologies des médicaments prescrits en pré-opératoire.

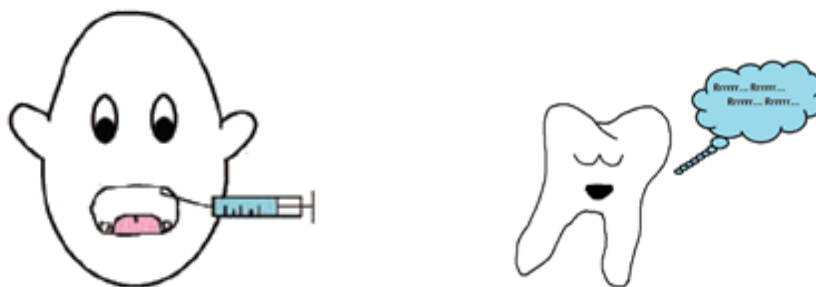
La pulpite réversible = nerf sain mais inflammation

1) Les caries :

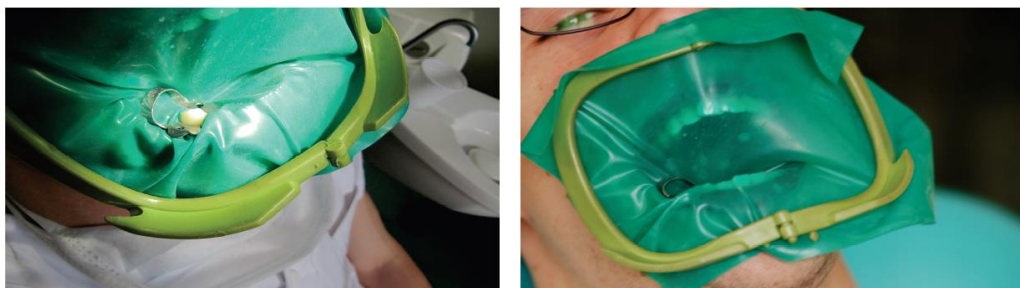
- Diagnostic : voir fiche diagnostic :



- Anesthésie :

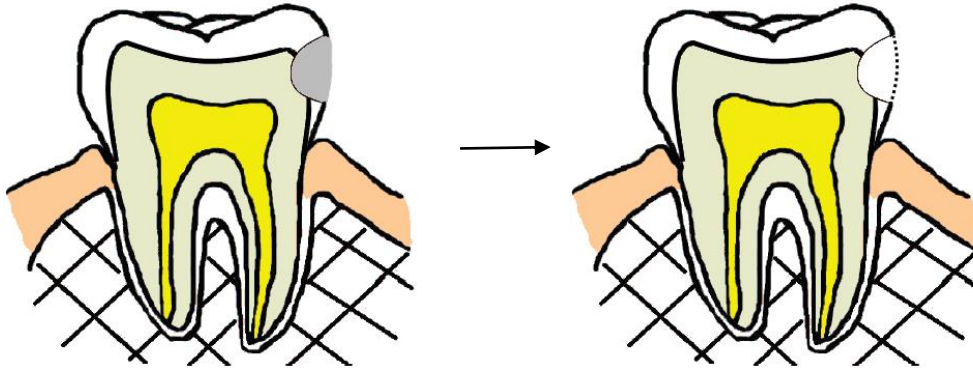


- Mise en place de la digue :



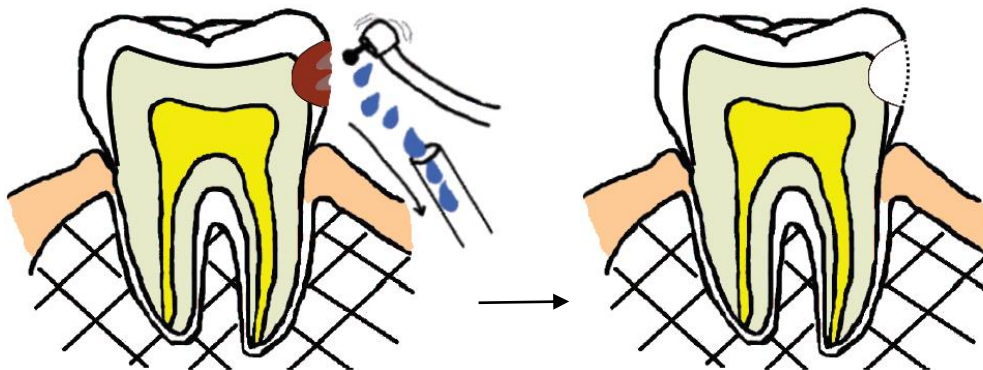
- Curetage de la carie :

- Si patient **déjà vu** en urgence :



Pansement à enlever

- Si 1^{ère} consultation :

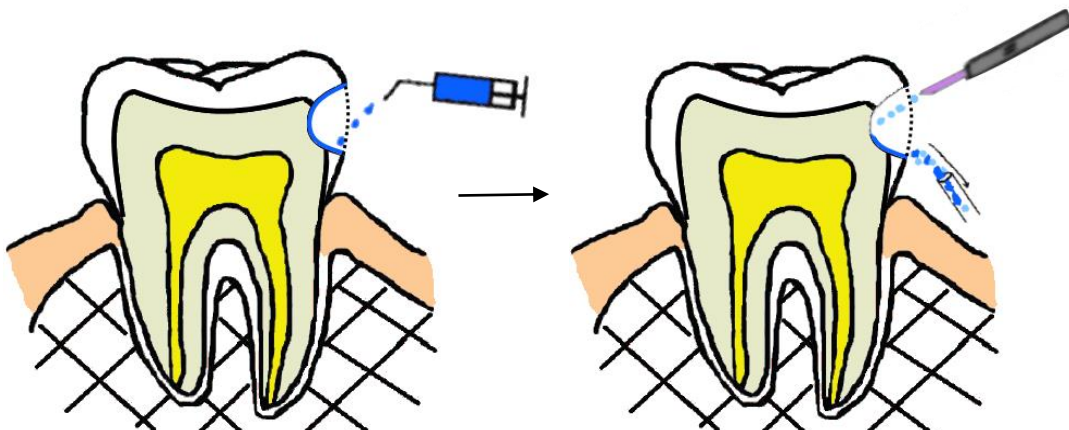


Curetage de la carie

Carie enlevée

- Reconstruction :

- **Mordançage** (acide sur l'émail) et **rinçage** abondant :



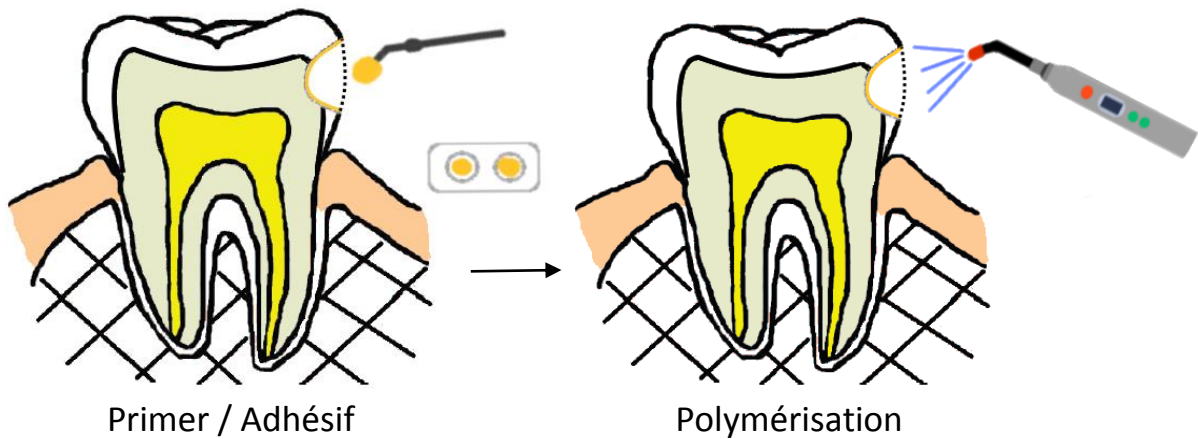
Mordançage

Rinçage



Dent préparée

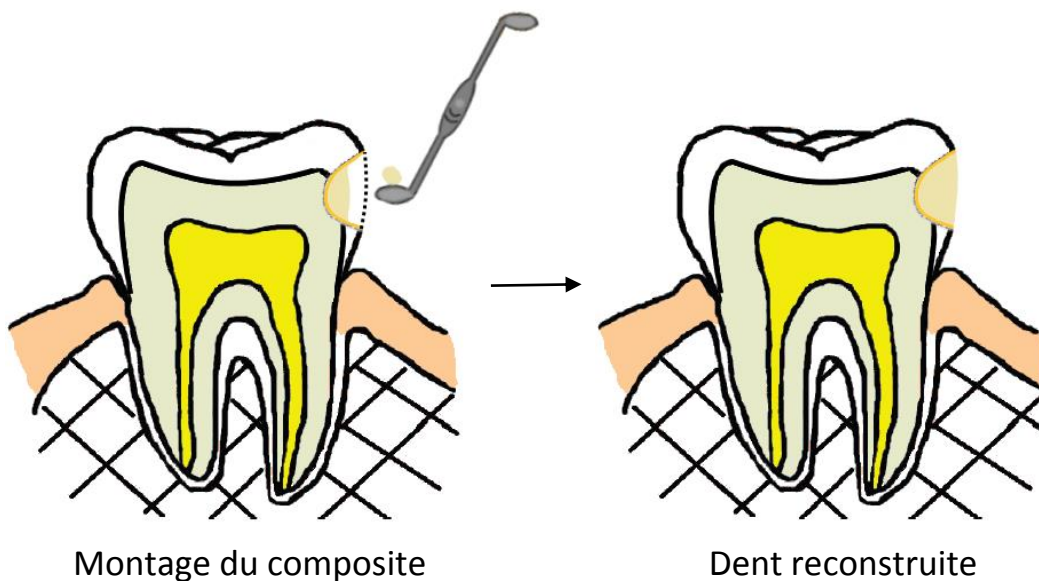
- Pose du **Primer/Adhésif** et **polymérisation** (lumière bleue):



Primer / Adhésif

Polymérisation

- **Soin** = reconstruction de la partie détruite par la carie :



Montage du composite

Dent reconstruite

2) La suroccclusion :

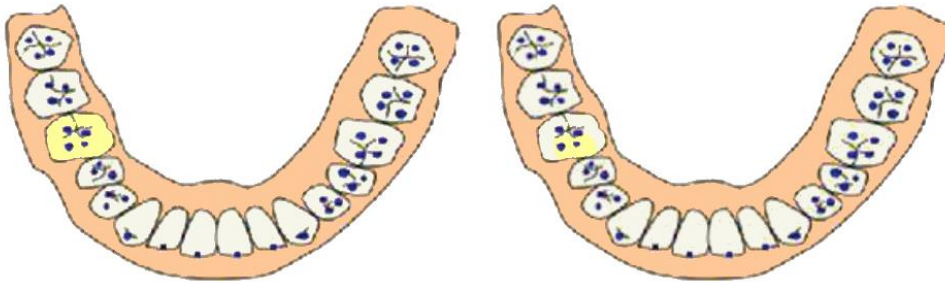
a. Diagnostic : les contacts normaux:

- Examen des **contacts** entre les dents du haut et les dents du bas :

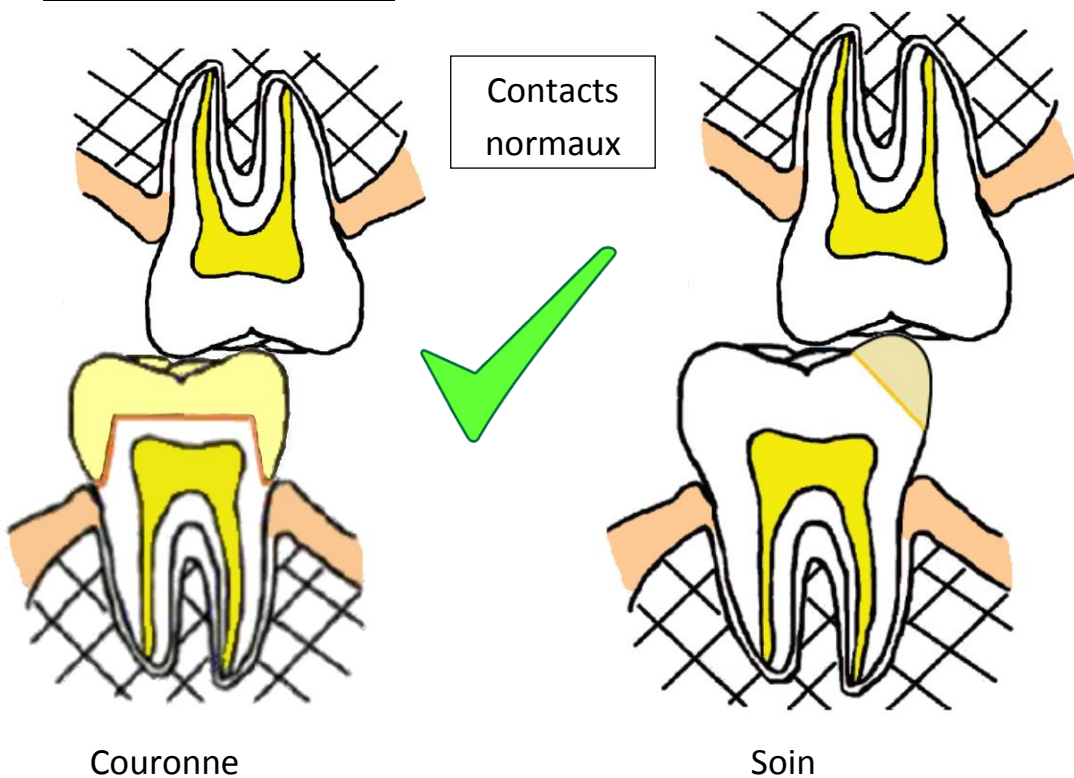


Claquer des dents
sur le papier

- Vue des contacts sur l'arcade entière : contacts **également répartis** :



- Vue des dents serrées :



Couronne

Soin

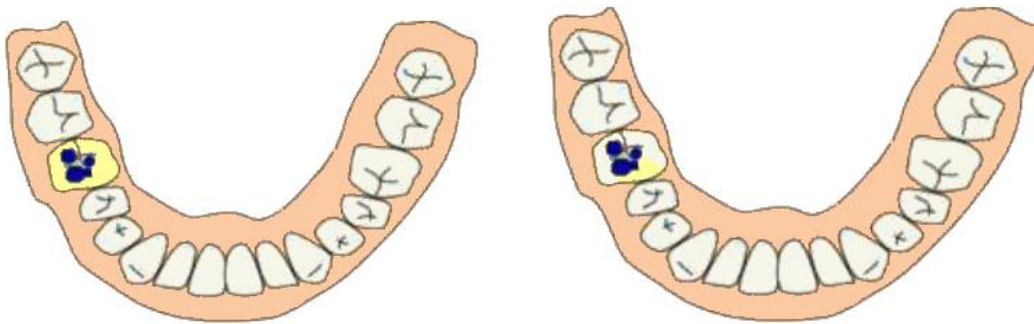
b. Diagnostic de la suroccclusion :

- Examen des **contacts** entre les dents du haut et les dents du bas :

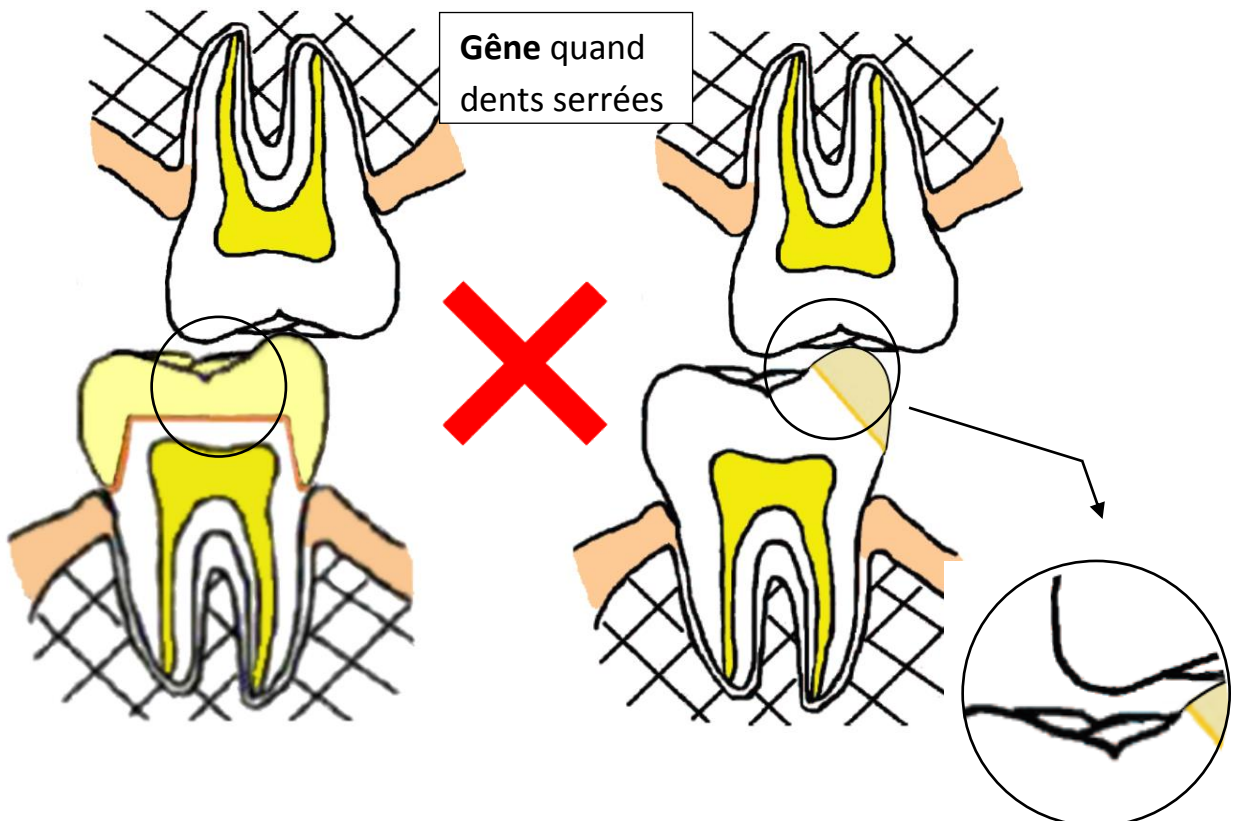


Claquer des dents
sur le papier

- Vue des contacts sur l'arcade entière : contact **uniquement sur la dent soignée** :



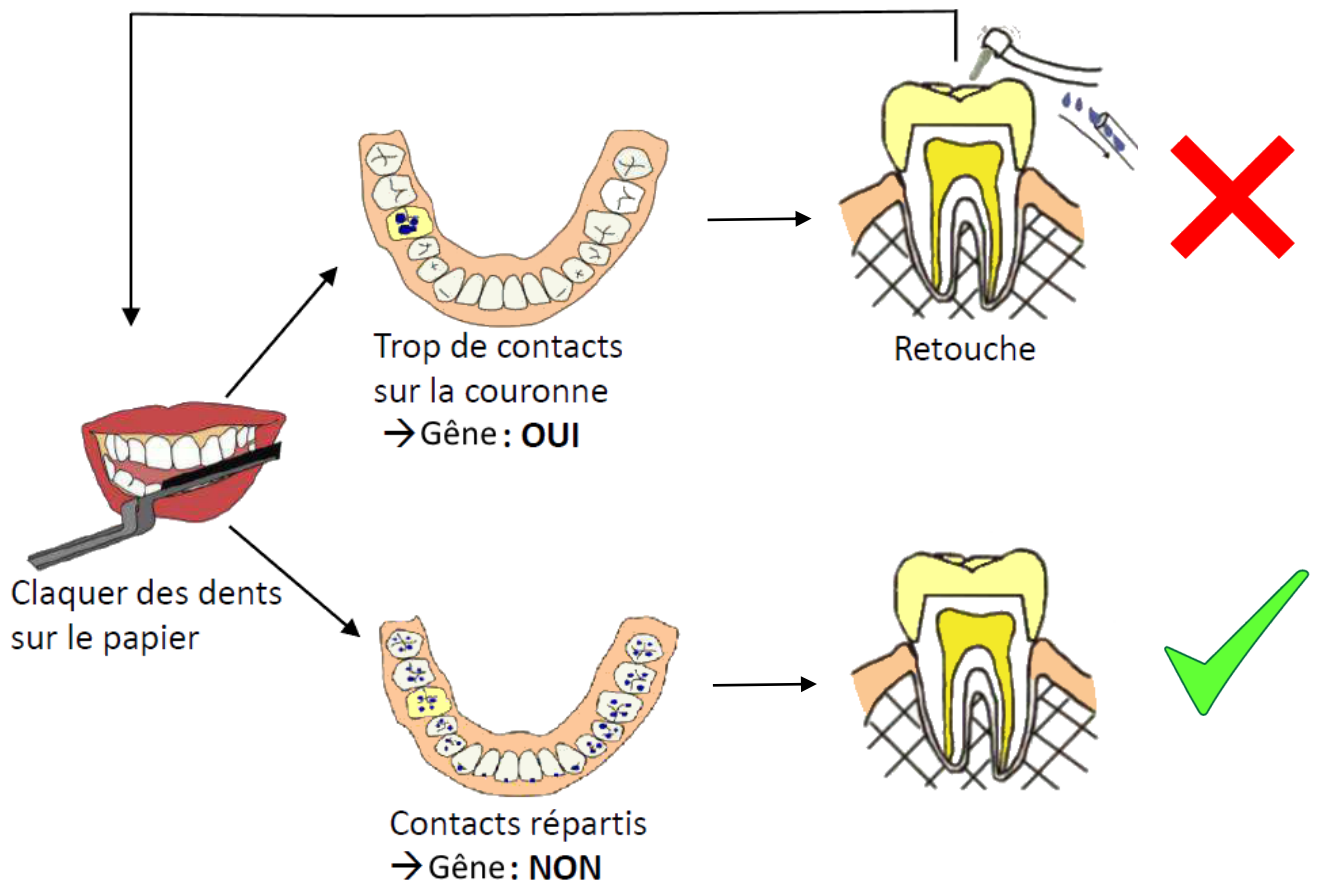
- Vue des dents serrées :



- Si douleur : faire signe STOP



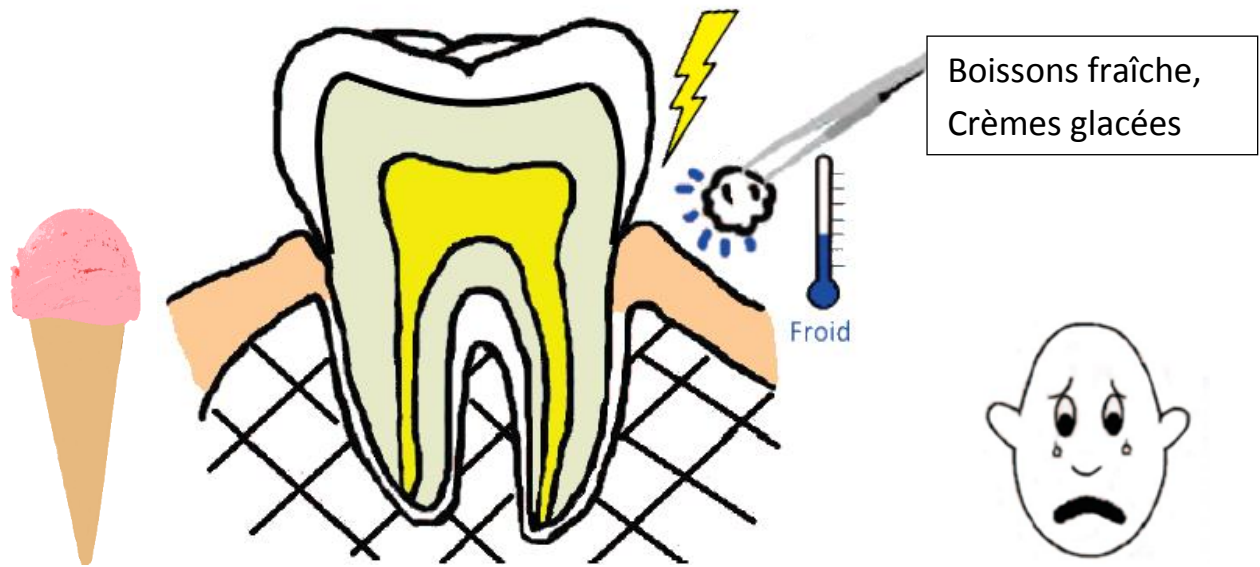
c. Réglage des contacts :



3) L'hypersensibilité dentinaire :

a. Les différents stimuli susceptibles de déclencher la douleur :

- Les stimuli thermiques :

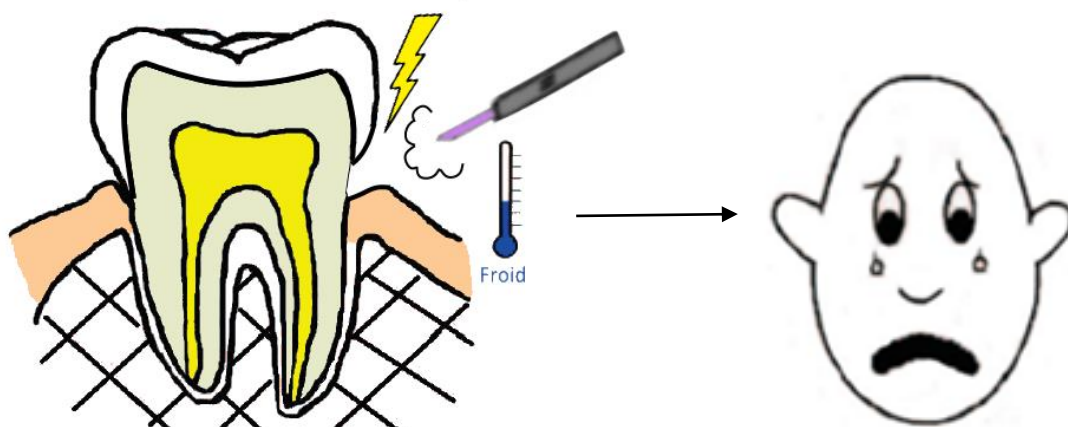
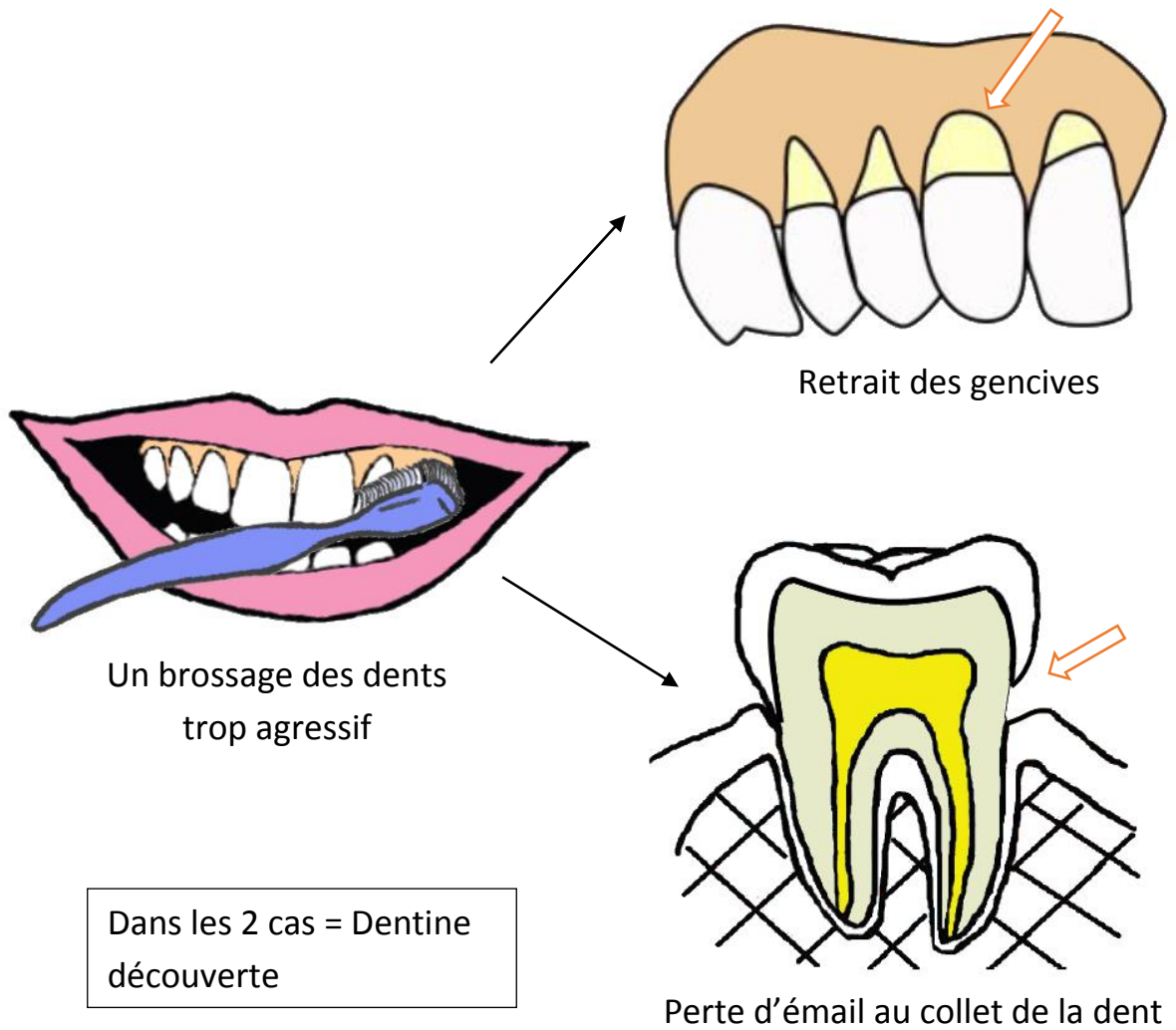


- Les stimuli chimiques :



Jus d'orange ou autre aliment acide

- Les stimuli mécaniques :



b. Les principaux conseils pour diminuer les facteurs déclenchants :

- Utiliser la bonne brosse à dent :



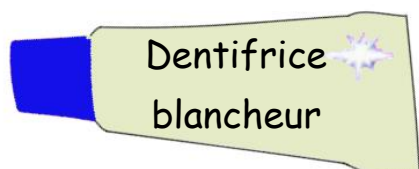
Des poils SOUPLES
ou une brosse à
dent électrique



Des poils :
- MOYEN
- DUR



- Utiliser un dentifrice non abrasif :



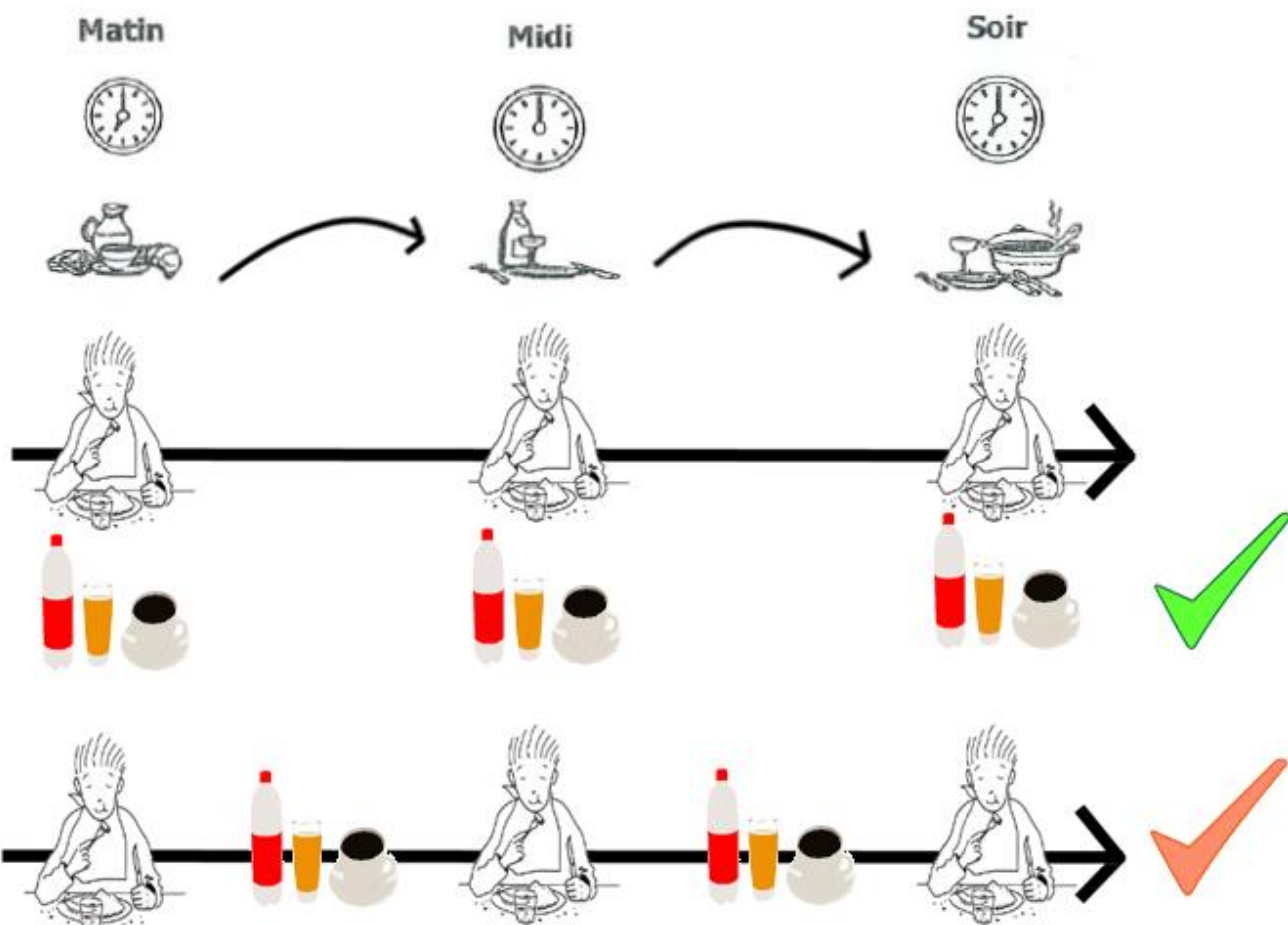
AVEC agent blanchissant
Très abrasif



SANS agent blanchissant

- Les habitudes alimentaires :

Les boissons acides sont à **prendre pendant les repas** :



Si la boisson acide est prise **en dehors** des repas, Conseils :



Se rincer la bouche avec de l'eau

OU



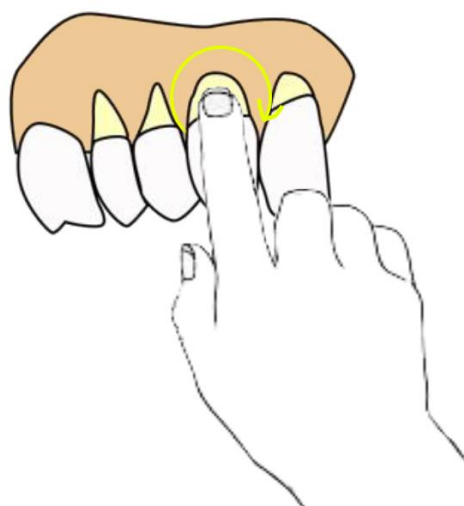
Boire un verre d'eau

c. Les traitements possibles :

- Application d'un dentifrice :

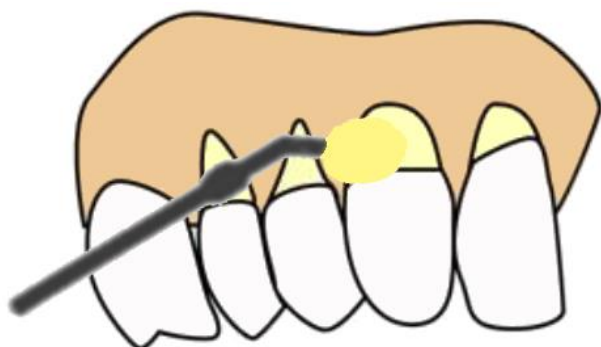


Mettre un peu de dentifrice sur le doigt

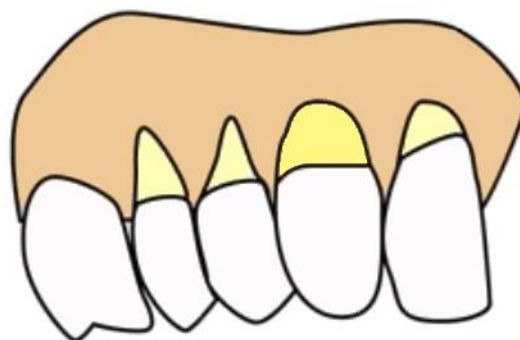


Appliquer sur la zone douloureuse en massage 1min/1 fois/jour

- Application d'un produit spécial par le chirurgien-dentiste :
(flurorure d amine, nitrate de potassium ou pro argin) :



Application d'un agent
désensibilisant



Dentine protégée
mécaniquement

La pulpite aiguë irréversible :

1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



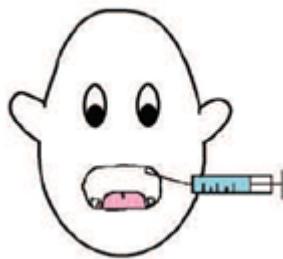
Dent Saine



Dent malade



2) Anesthésie :

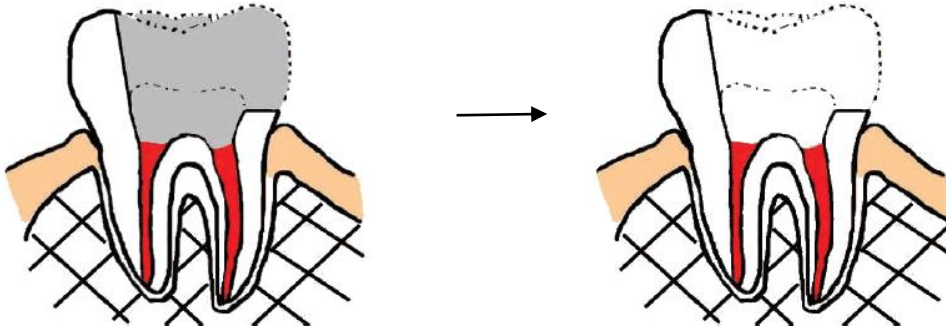


3) Mise en place de la digue :



4) Ouverture de la chambre pulpaire :

- Si patient **déjà vu** en urgence :

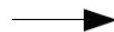


Pansement à enlever

- Si **1^{ère}** consultation :



Curetage de la carie



Ouverture de la dent

5) Irrigation :



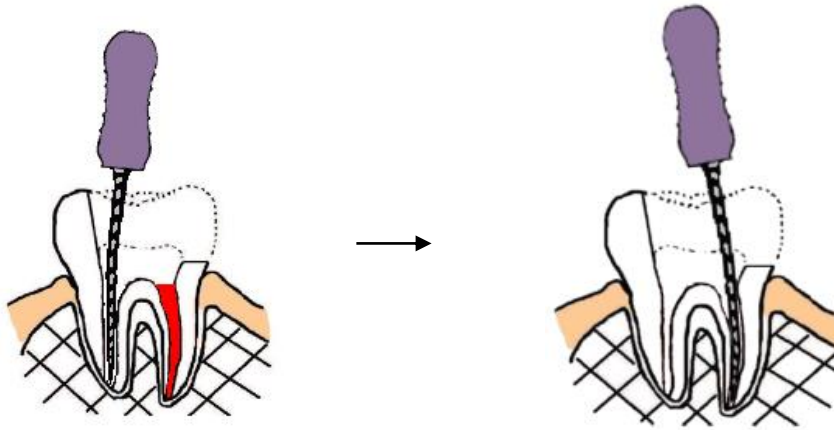
Pansement

Ne pas avaler

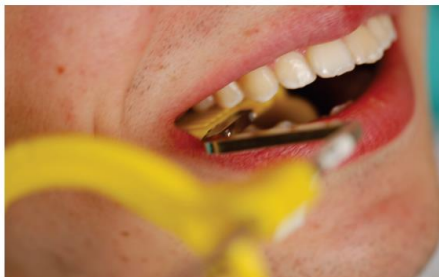
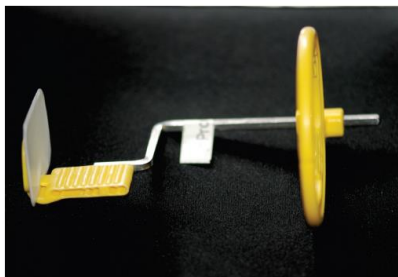


6) Nettoyage de l'intérieur des racines :

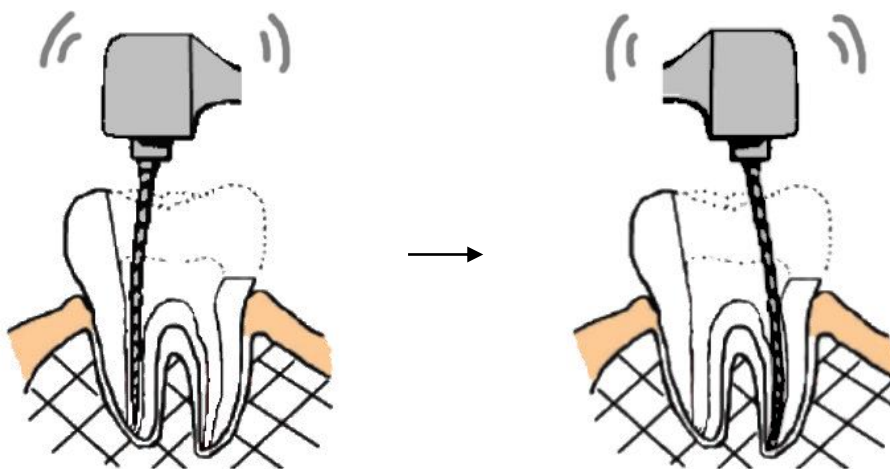
Passage limes manuelles



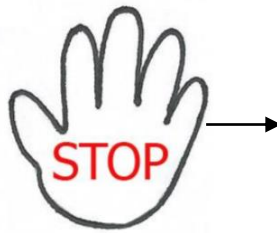
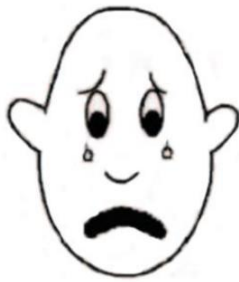
Prise d'une radiographie pour vérifier la longueur des racines



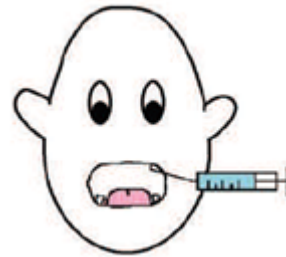
Passage limes mécanisées



Pendant le soin :

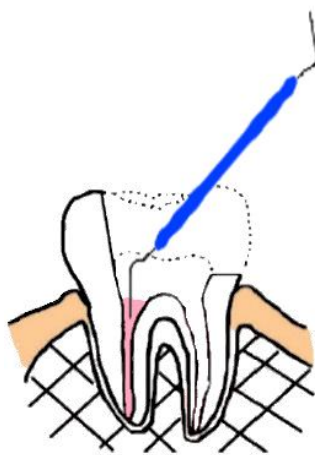


Si **douleur** : faire signe STOP

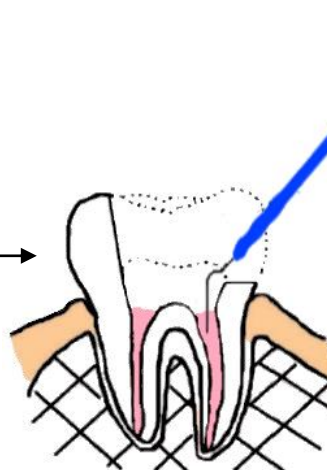


Anesthésie à refaire

7) Obturation des canaux nettoyés :



1^{er} canal



2^{ème} canal

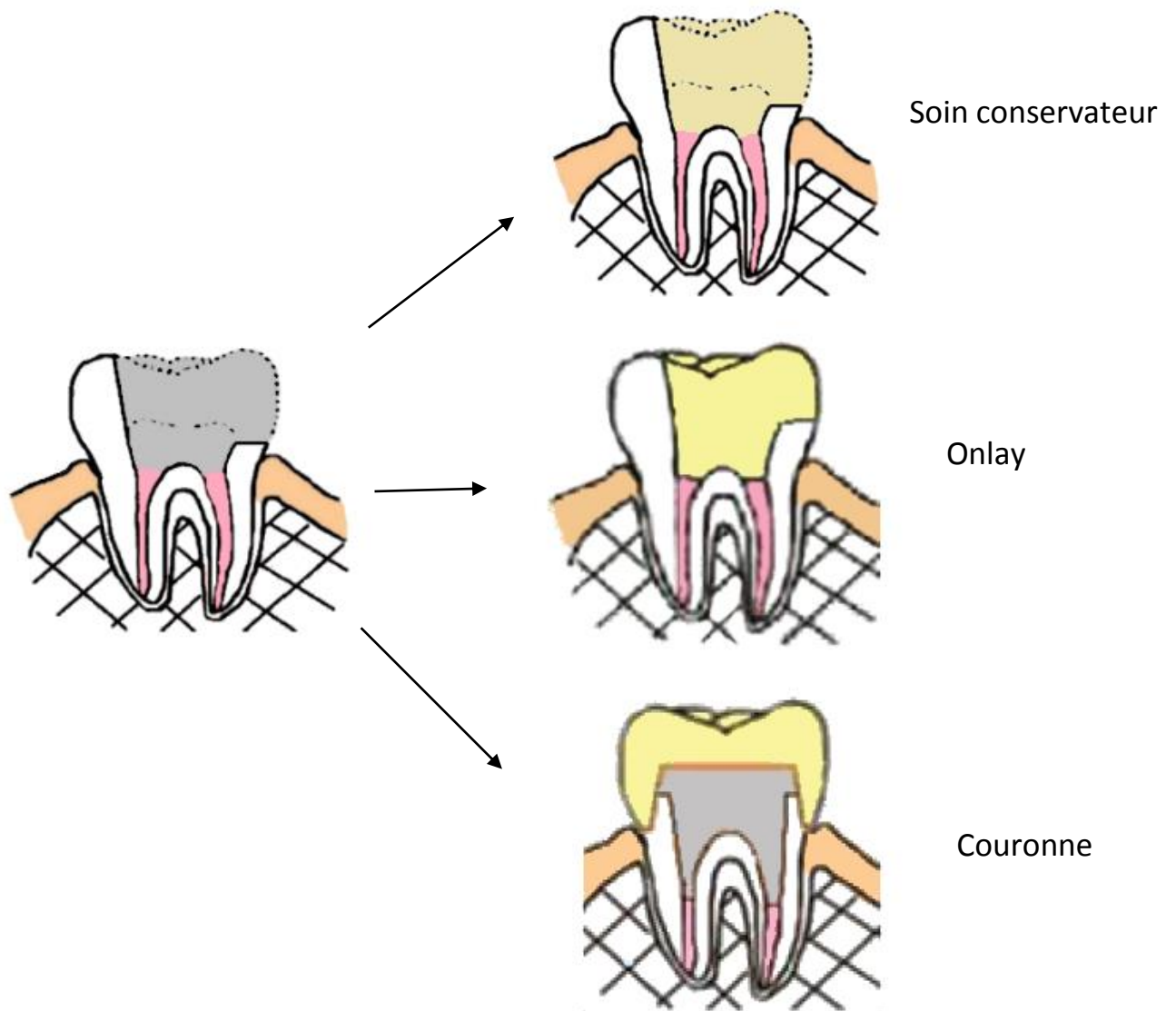


Racines obturées

8) Mise en place du pansement :



9) Mise en place restauration post-traitement :



La pulpite chronique irréversible :

1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



Carie

OU



Ancien soin



2) Anesthésie :

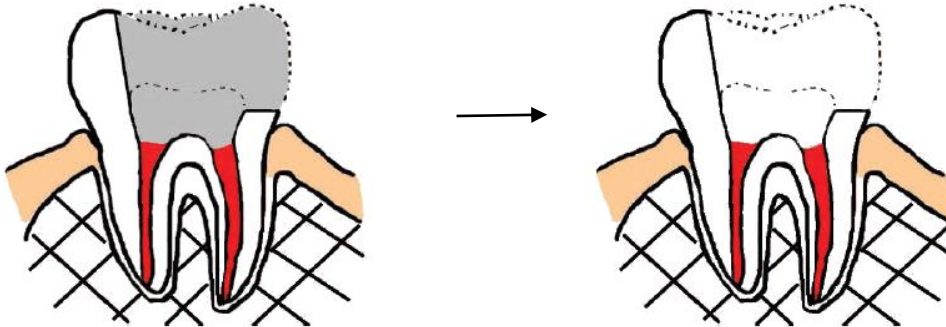


3) Mise en place de la digue :



4) Ouverture de la chambre pulpaire :

- Si patient **déjà vu** en urgence :



Pansement à enlever

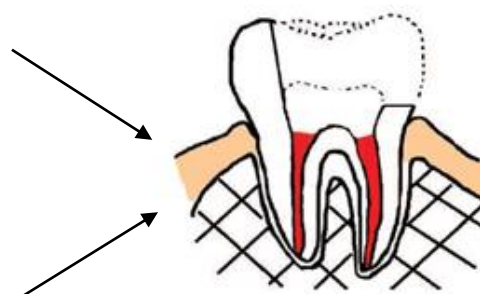
- Si 1^{ère} consultation :



Curetage de la carie

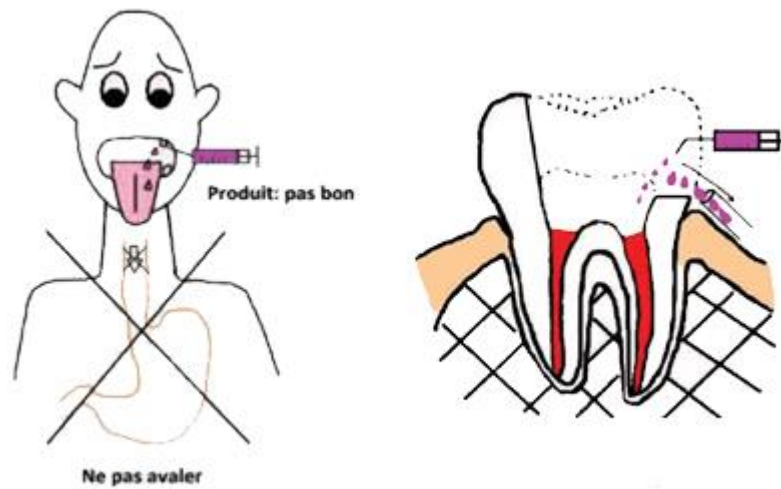


Ancien soin à enlever



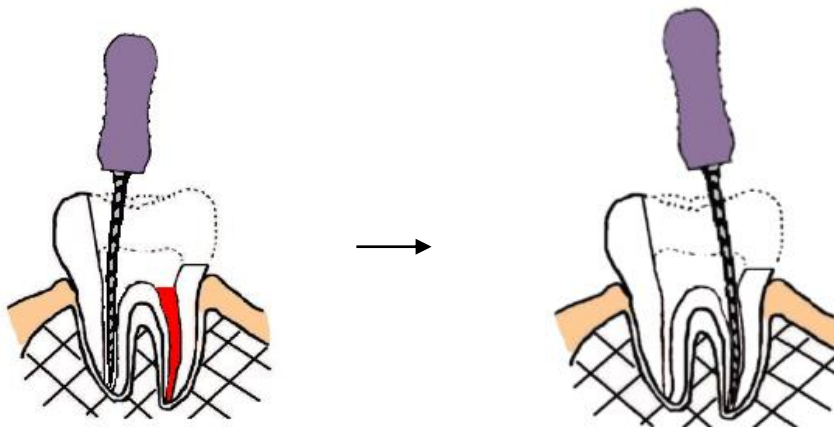
Ouverture de la dent

5) Irrigation :

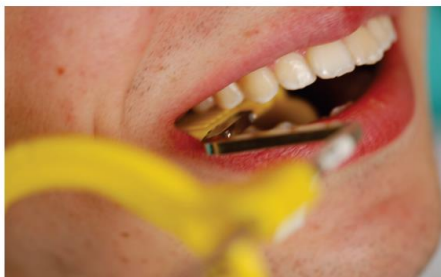
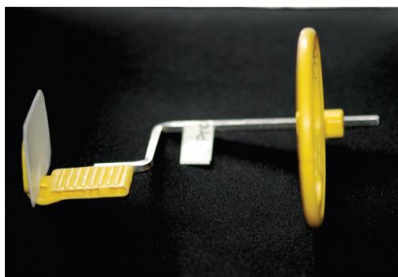


6) Nettoyage de l'intérieur des racines :

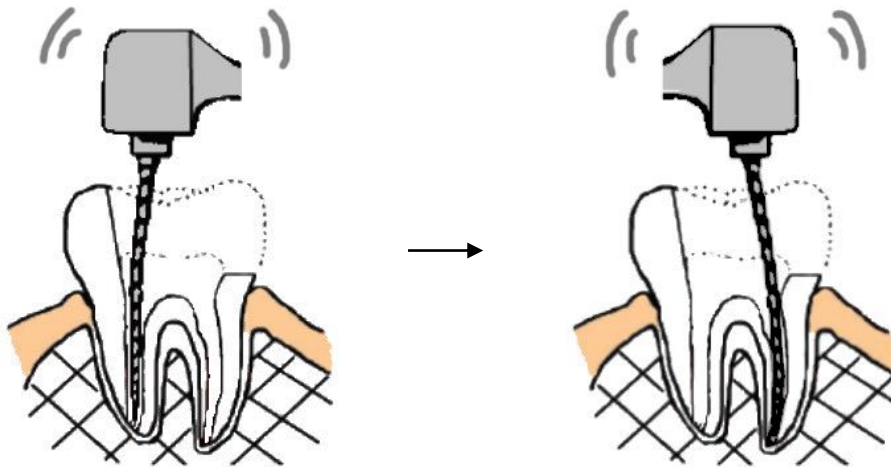
Passage limes manuelles



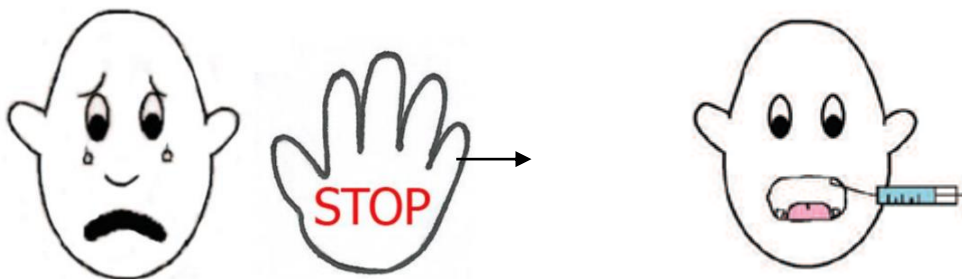
Prise d'une radiographie pour vérifier la longueur des racines



Passage limes mécanisées



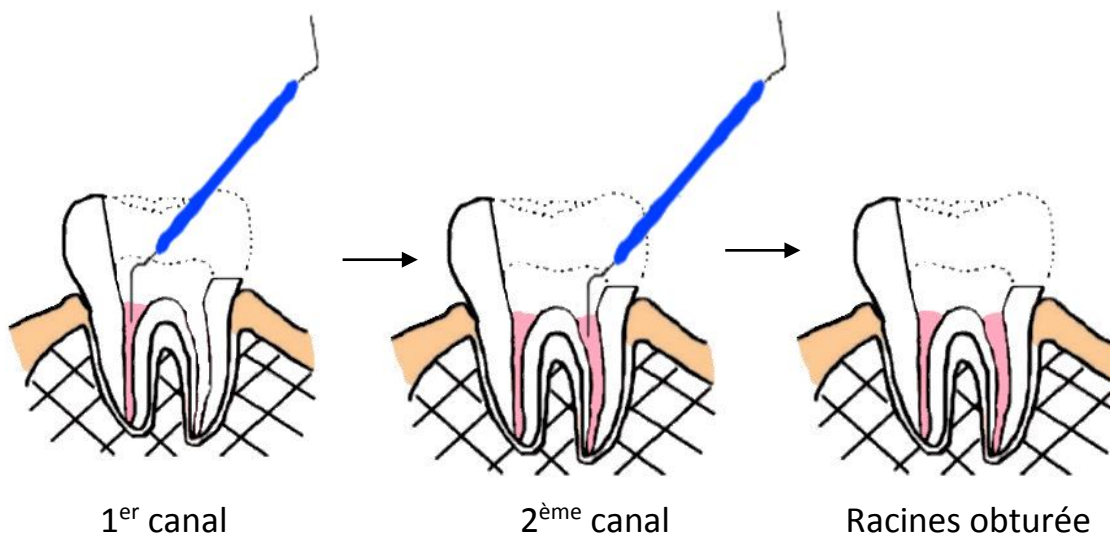
Pendant le soin :



Si **douleur** : faire signe STOP

Anesthésie à refaire

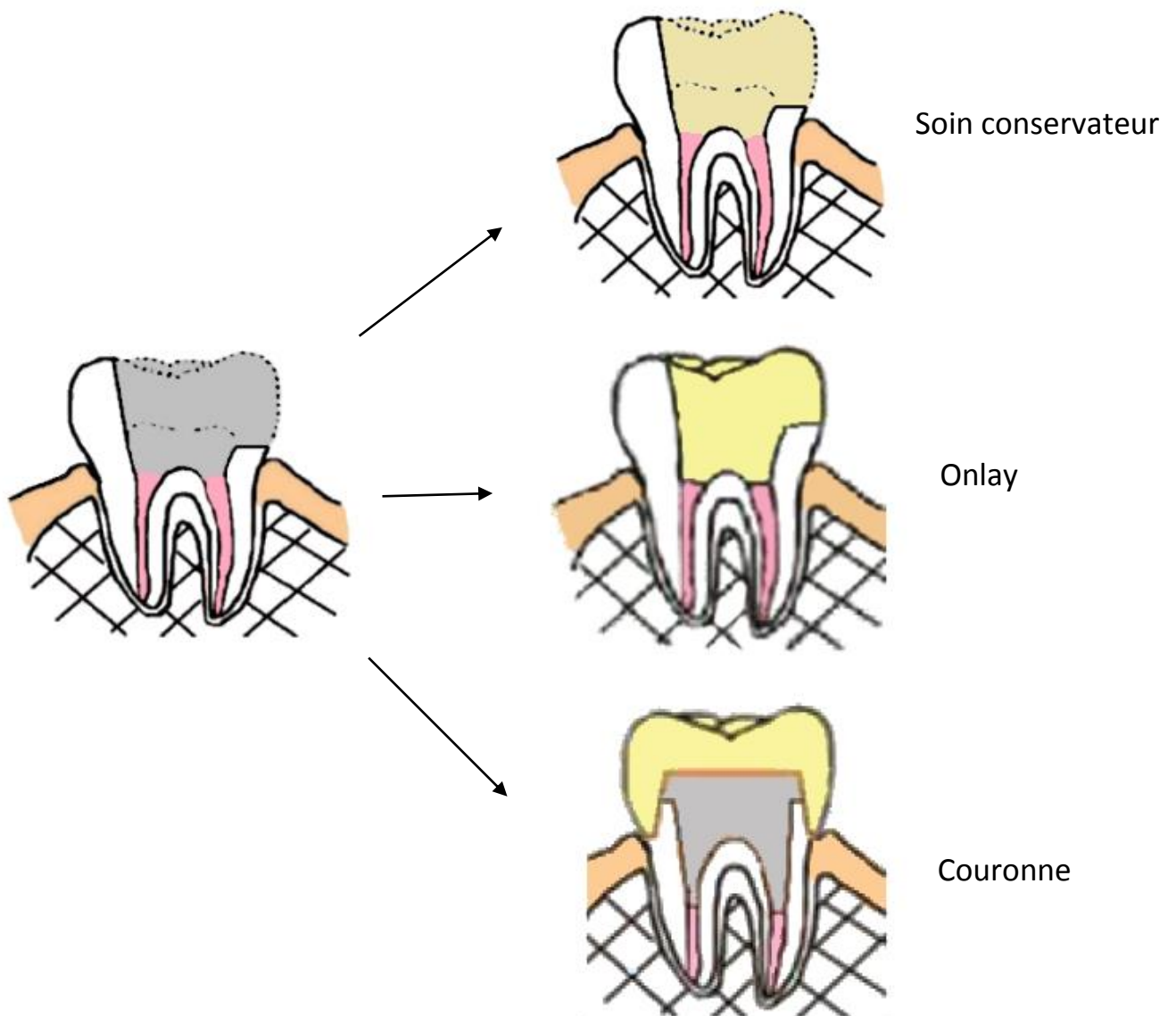
7) Obturation des canaux nettoyés :



8) Mise en place du pansement :

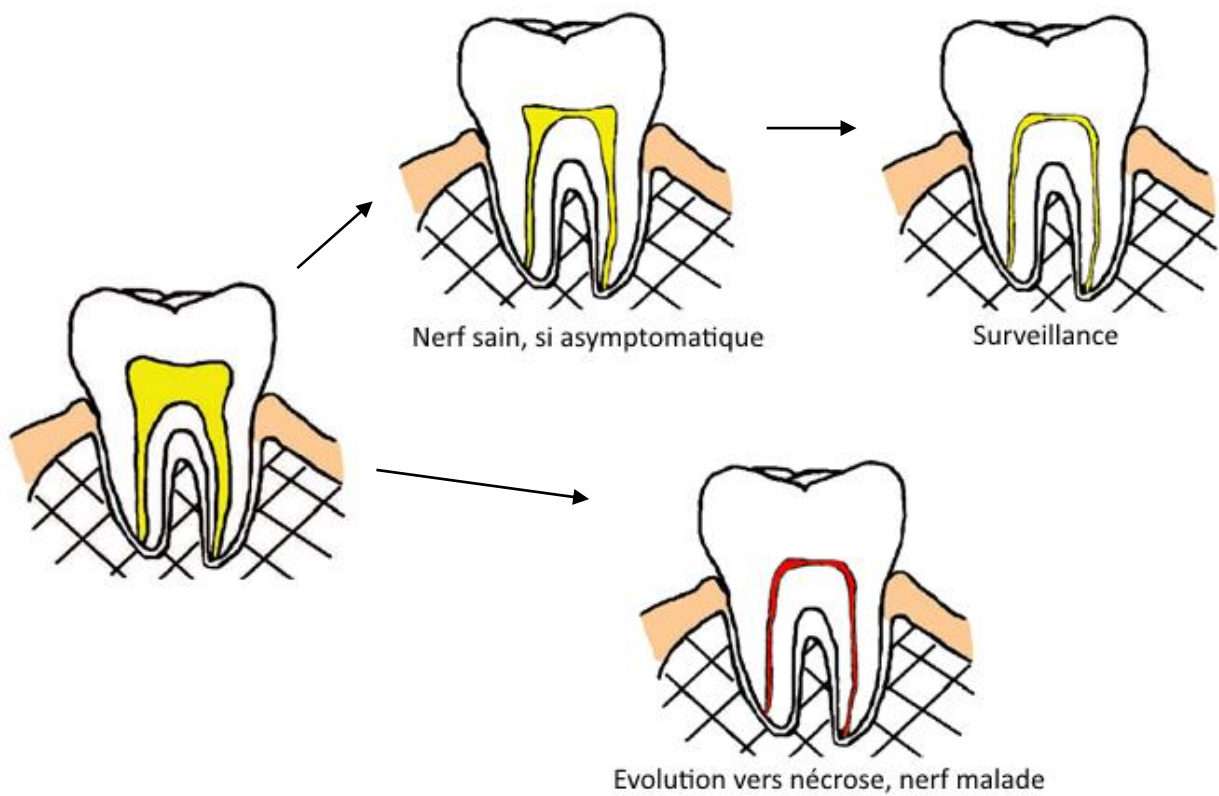


9) Mise en place de la restauration post-traitement :



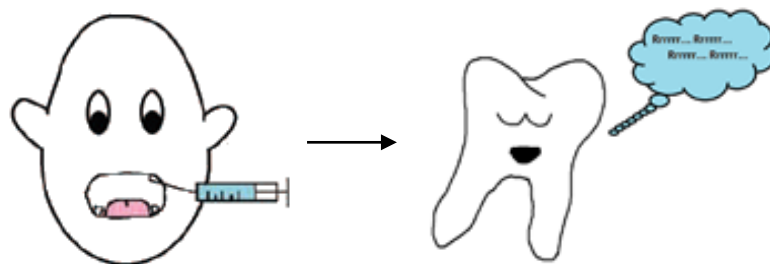
La dégénérescence calcique

1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



Si nerf MALADE :

2) Anesthésie :

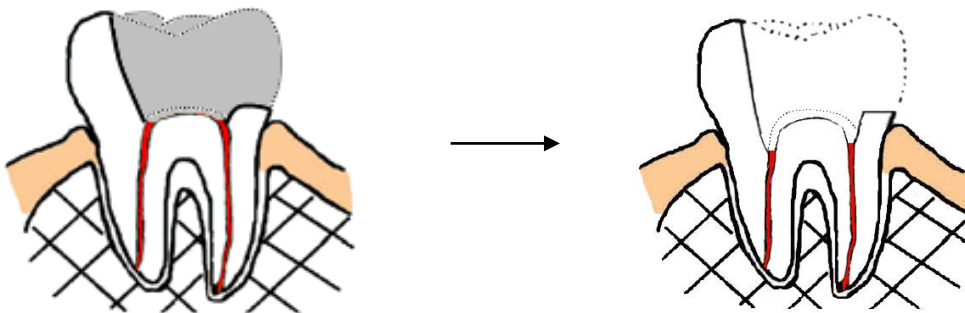


3) Mise en place de la digue :



4) Ouverture de la chambre pulpaire :

- Si patient déjà vu en urgence :

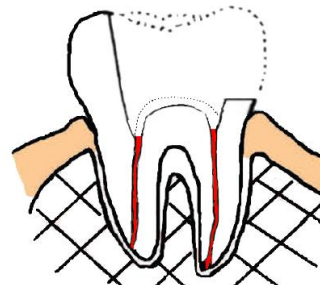


Pansement à enlever

- Si 1^{ère} consultation :

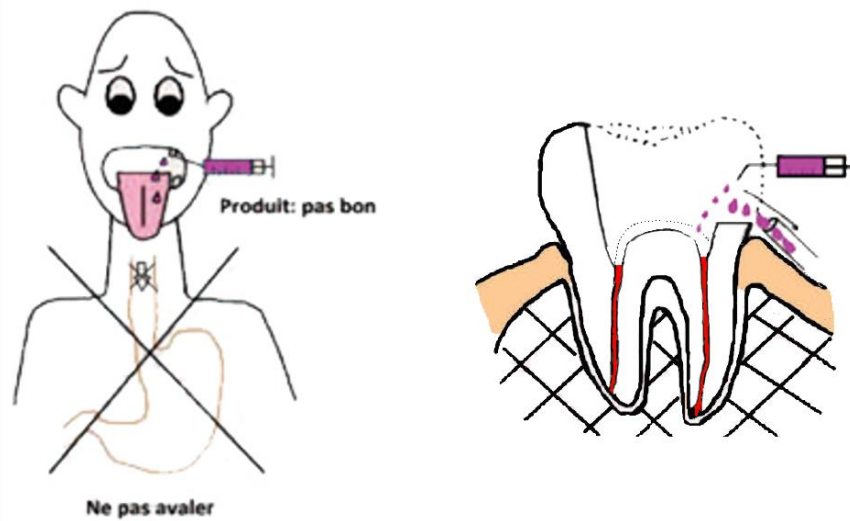


Ouverture de la dent



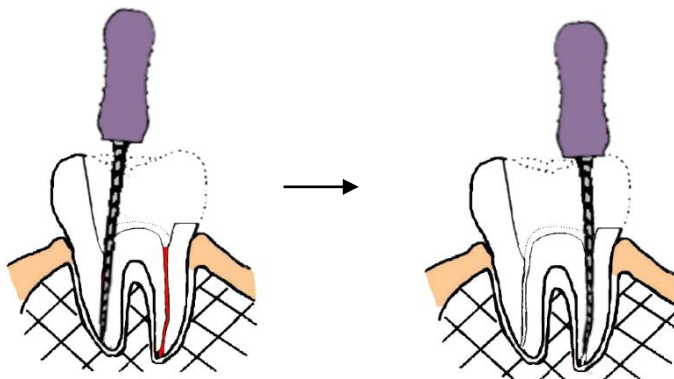
Dent ouverte

5) Irrigation :

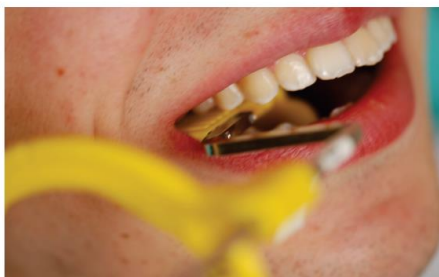
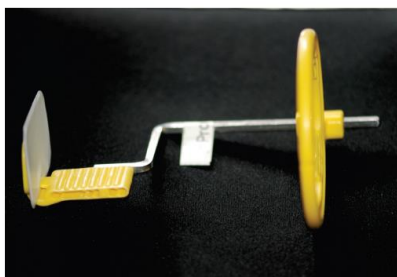


6) Nettoyage de l'intérieur des racines :

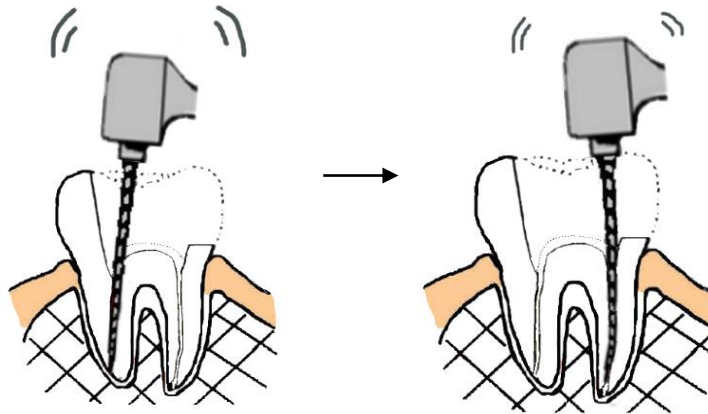
Passage limes manuelles



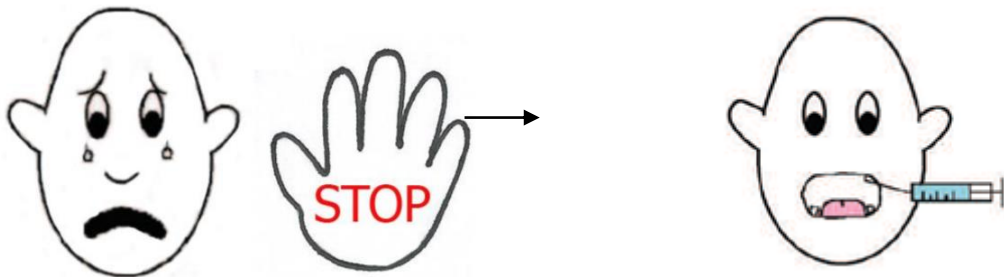
Prise d'une radiographie pour vérifier la longueur des racines



Passage limes mécanisées



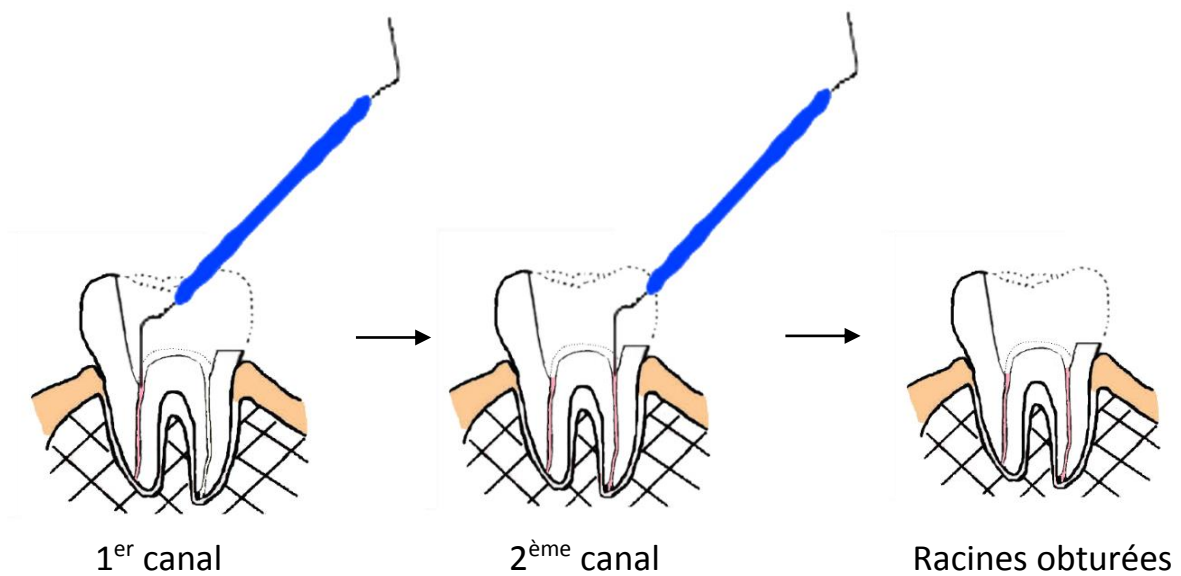
Pendant le soin :



Si **douleur** : faire signe STOP

Anesthésie à refaire

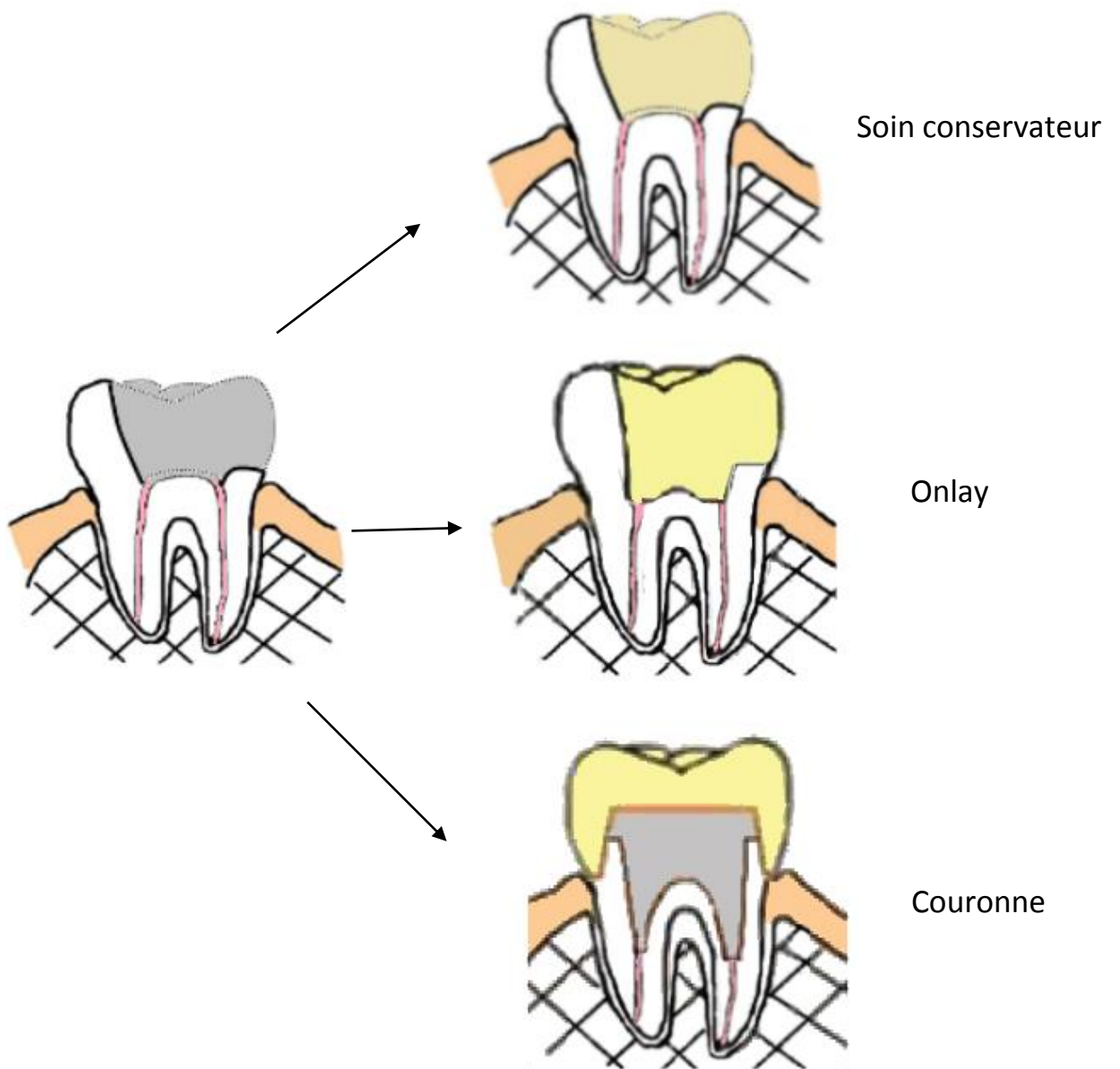
7) Obturation des canaux nettoyés :



8) Mise en place du pansement :

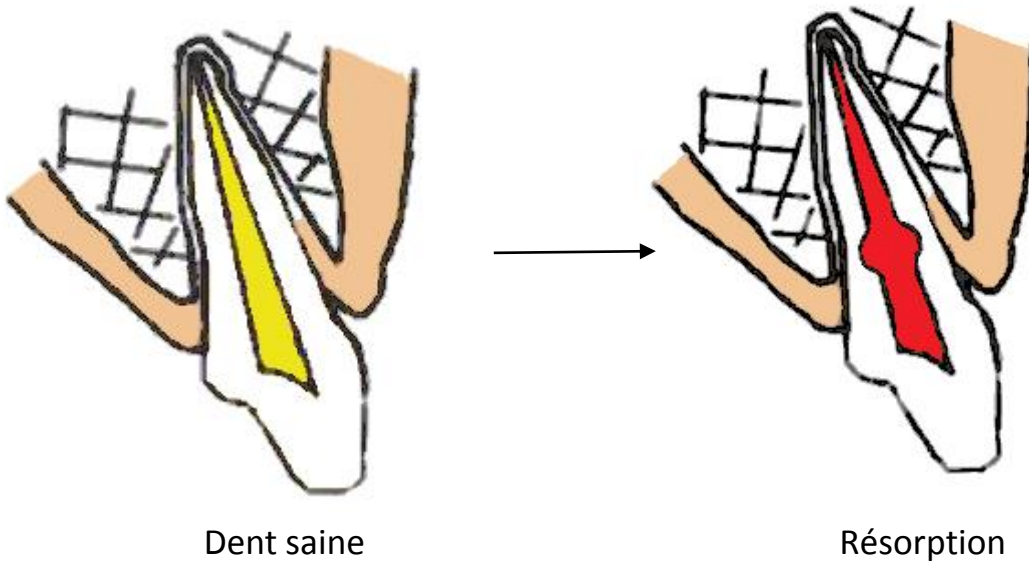


9) Mise en place restauration post-traitement :

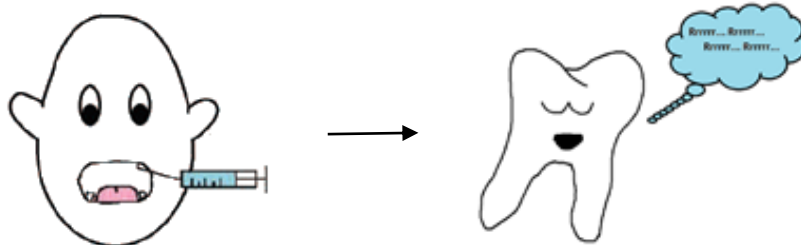


La résorption interne :

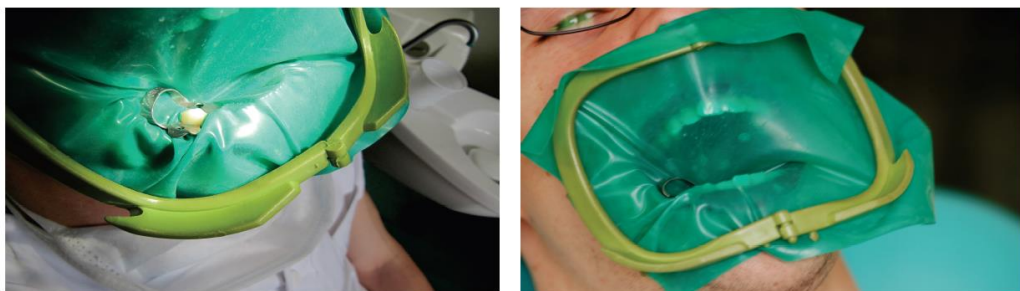
1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



2) Anesthésie :

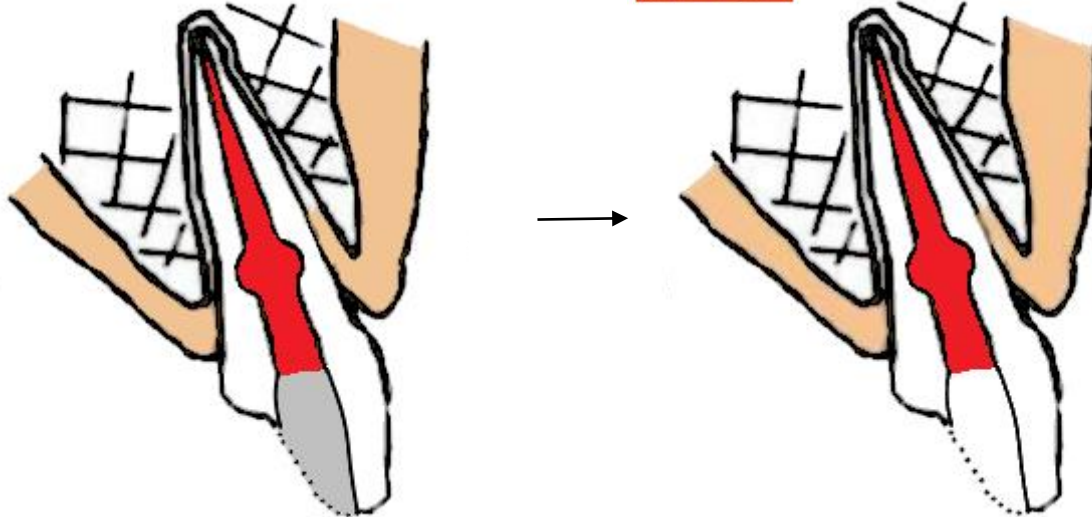


3) Mise en place de la digue :

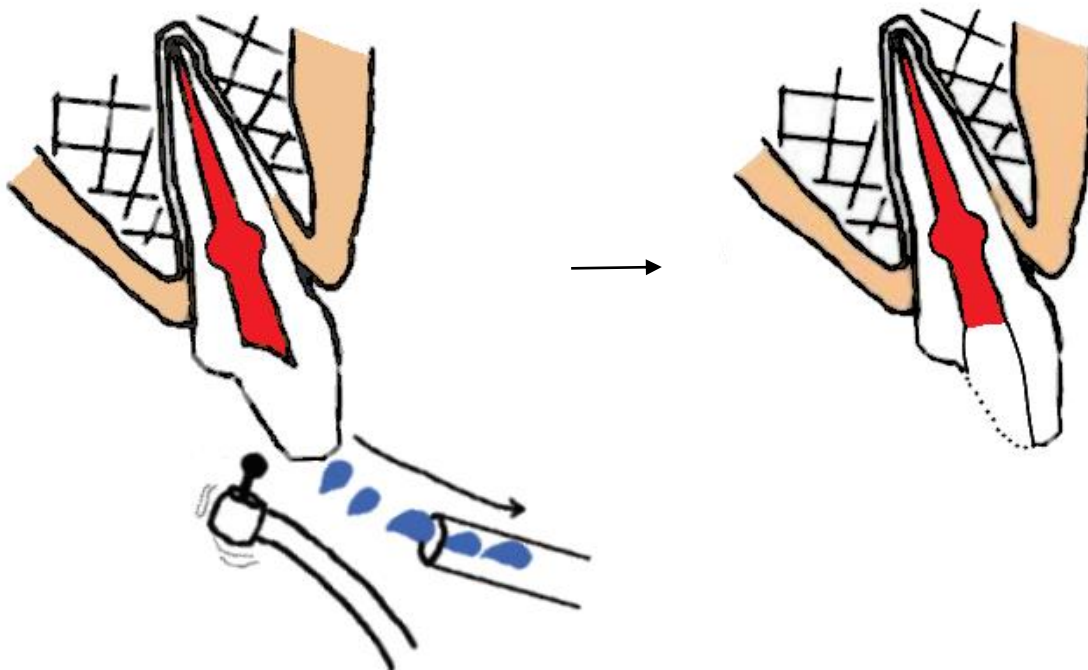


4) Ouverture de la dent :

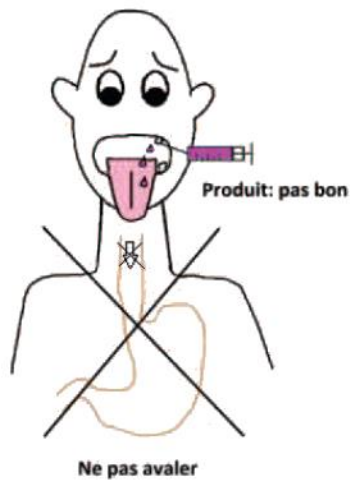
- Si patient **déjà vu** en urgence :



- Si 1^{ère} consultation :



5) Irrigation :



6) Nettoyage de l'intérieur des racines :

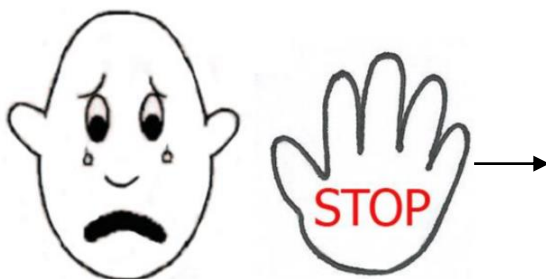
Passage limes **manuelles**



Passage limes **mécanisées**



Pendant le soin :

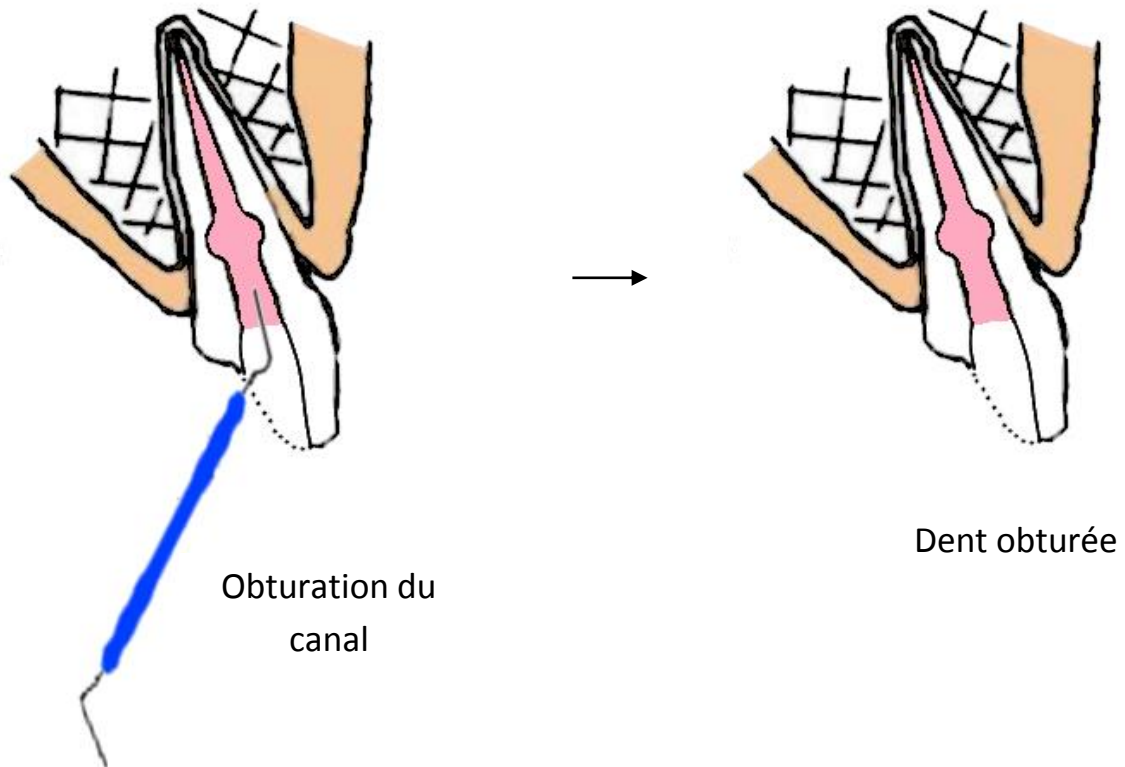


Si douleur : faire signe STOP

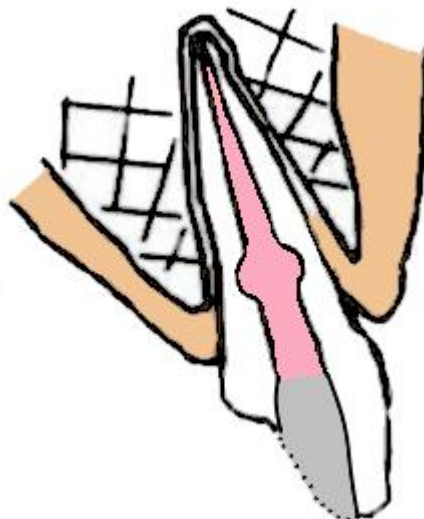


Anesthésie à refaire

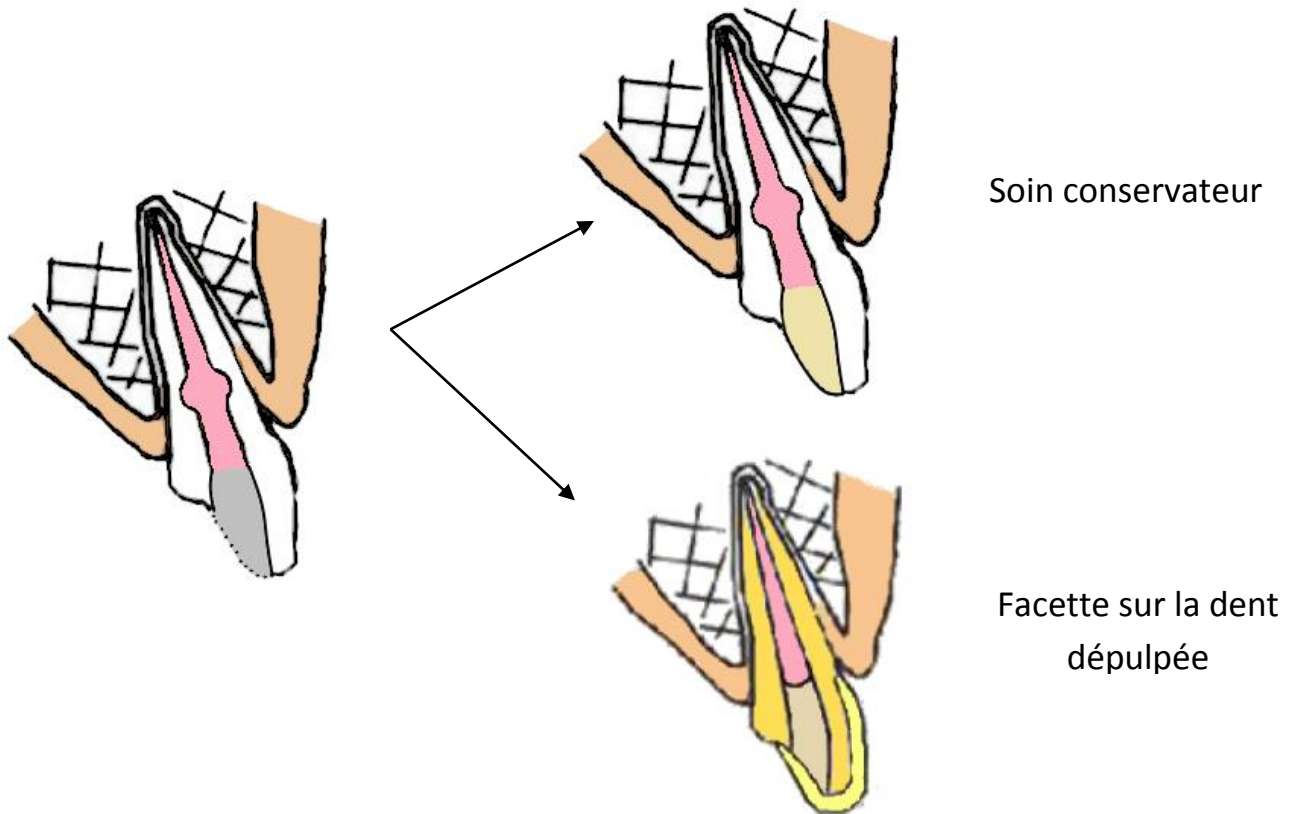
7) Obturation du canal nettoyé :



8) Mise en place du pansement :

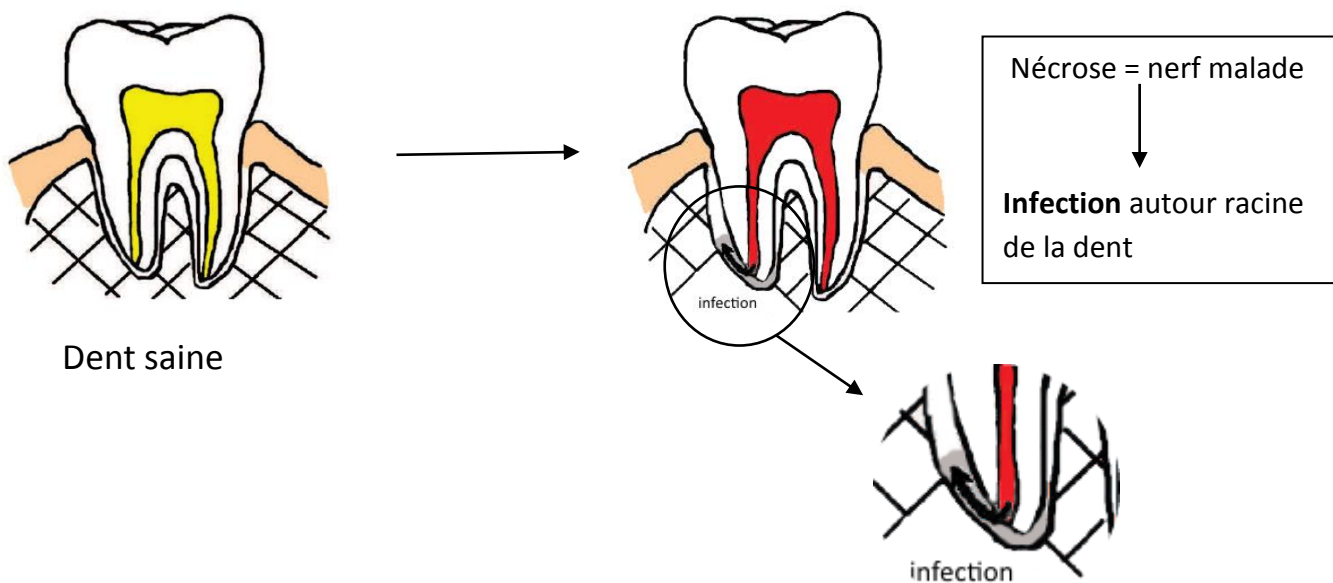


9) Mise en place du soin post-traitement :

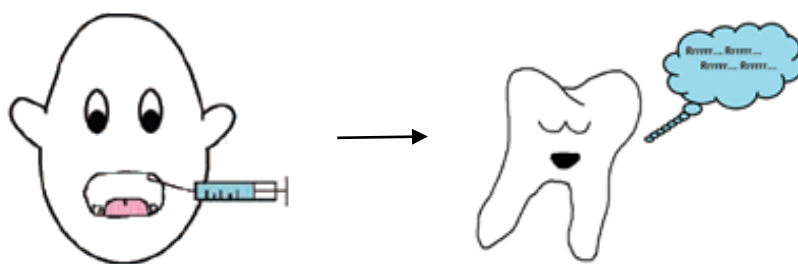


La parodontite apicale aiguë ou chronique d'origine endodontique :

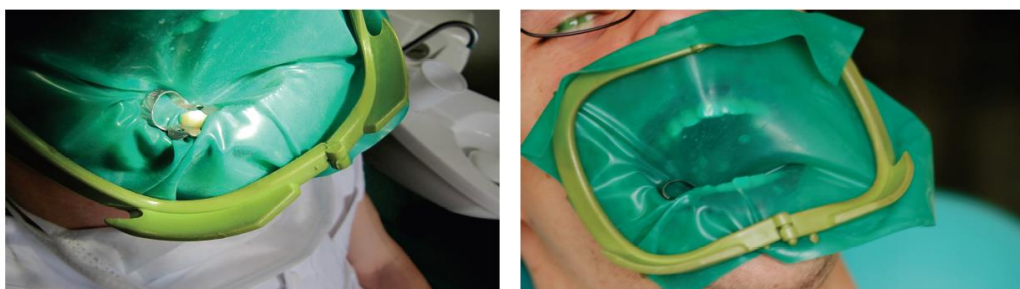
1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



2) Anesthésie :

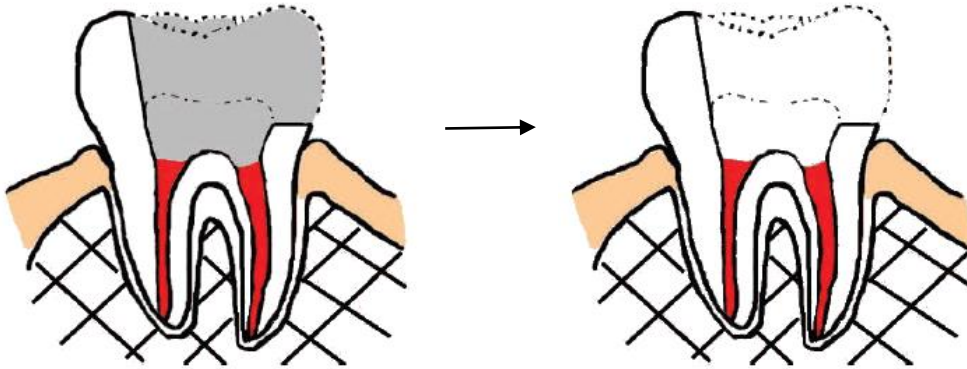


3) Mise en place de la digue :



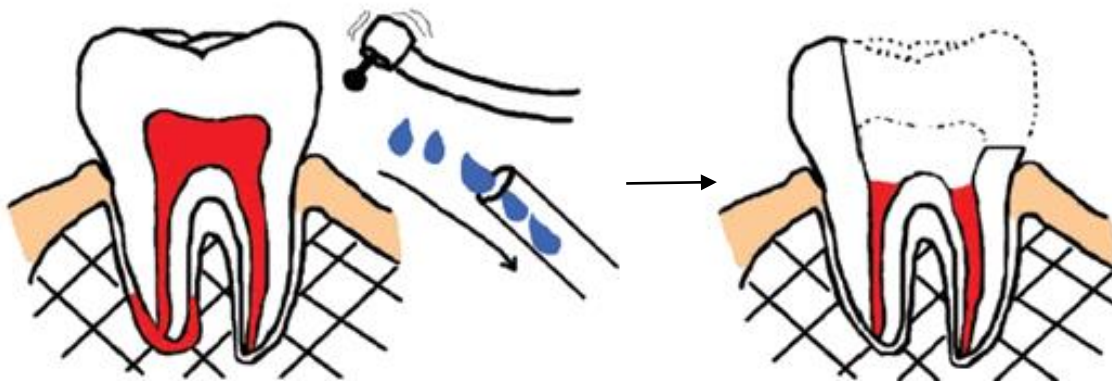
4) Ouverture de la dent :

—→ Si parodontite apicale aigue ou chronique et que patient **déjà vu en urgence** :



Pansement à enlever

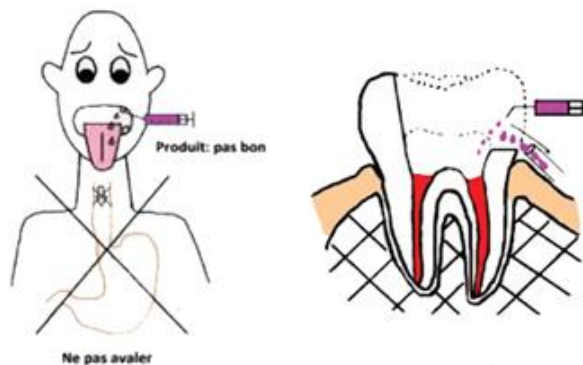
—→ Si parodontite apicale aigue ou chronique et que **1^{ère} consultation** :



Ouverture de la dent

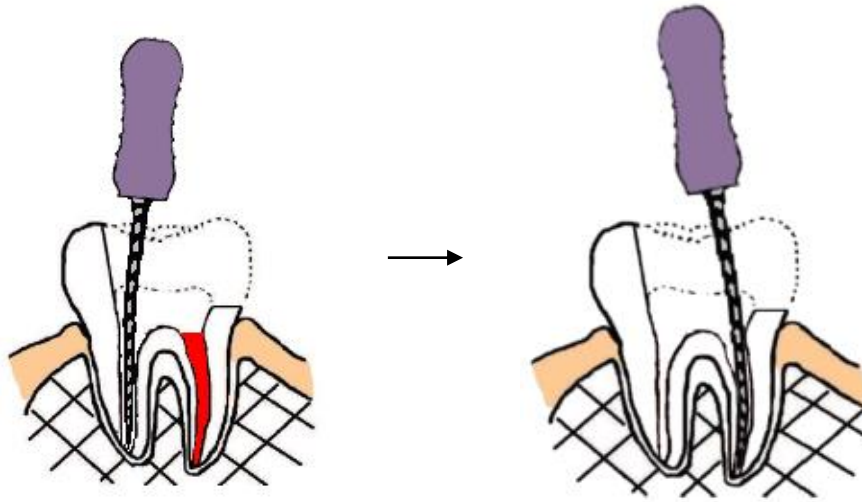
Dent ouverte

5) Irrigation :

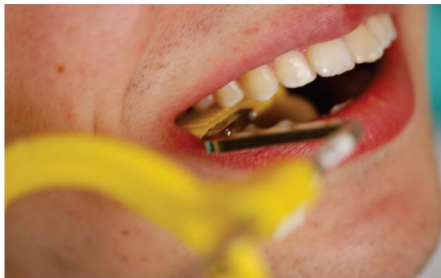
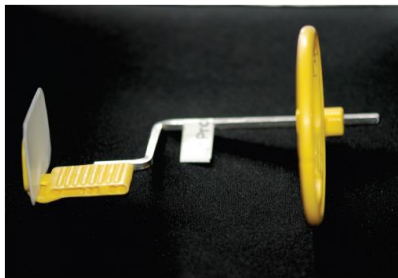


6) Nettoyage de l'intérieur des racines :

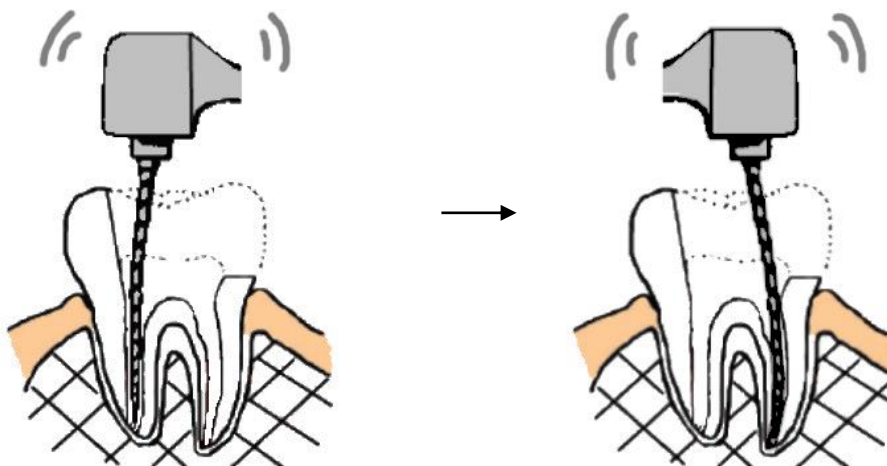
Passage limes manuelles



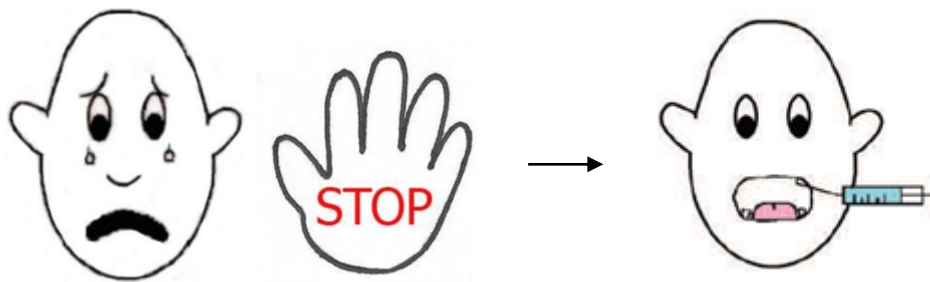
Prise d'une radiographie pour vérifier la longueur des racines



Passage limes mécanisées



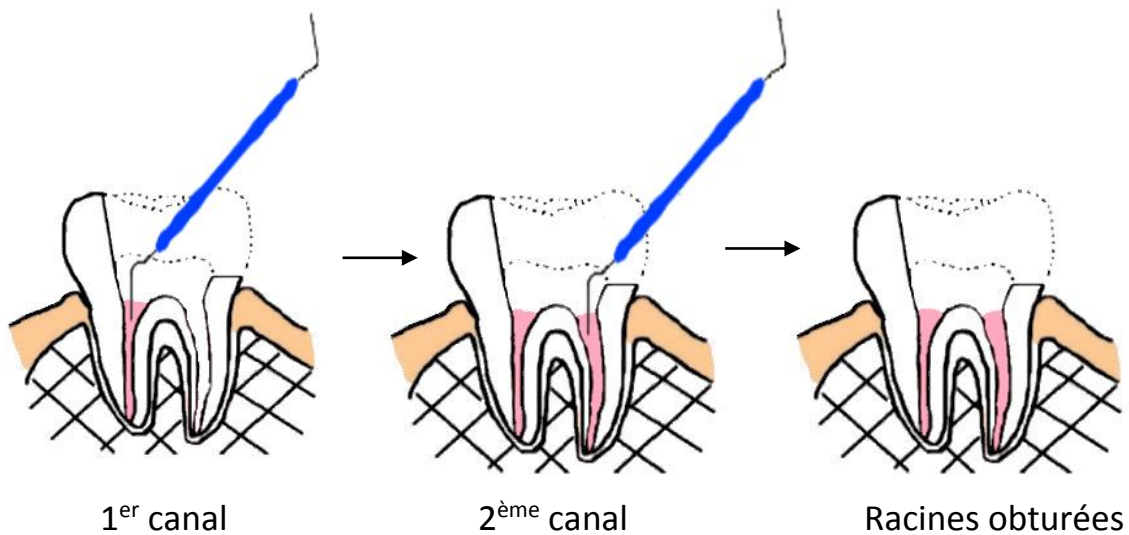
Pendant le soin :



Si douleur : faire signe STOP

Anesthésie à refaire

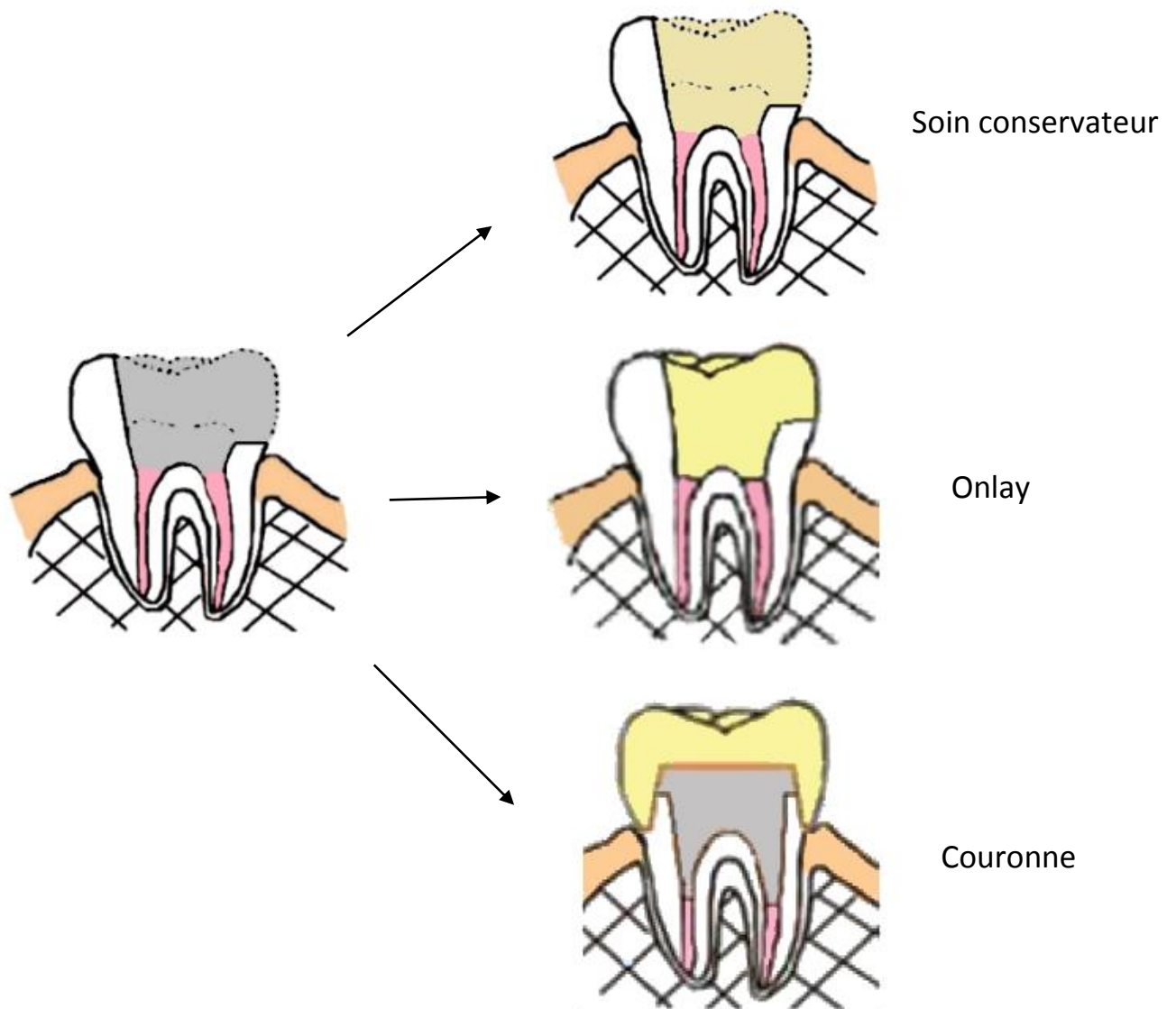
7) Obturation des canaux nettoyés :



8) Mise en place du pansement :



9) Mise en place du soin post-traitement :



L'abcès apical aigu:

1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



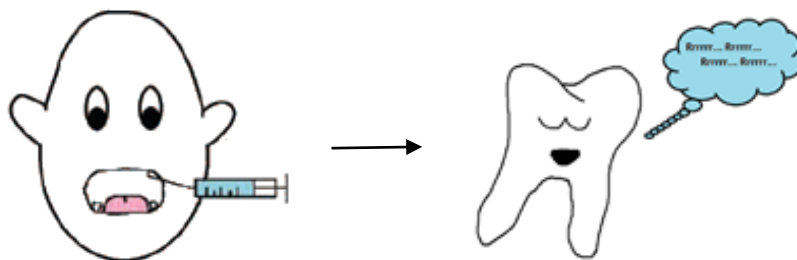
Dent saine



Dent infectée



2) Anesthésie :

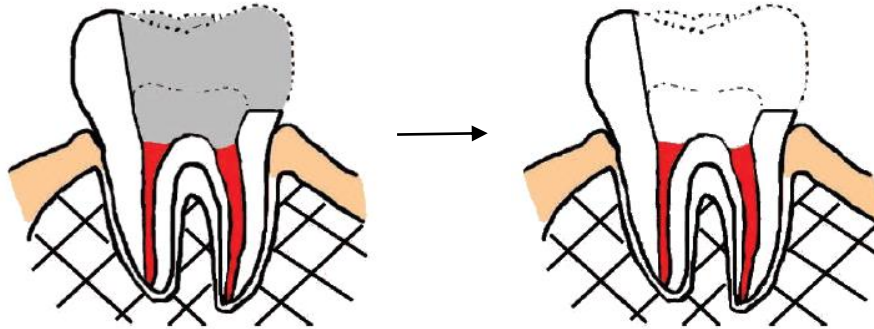


3) Mise en place de la digue :



4) Ouverture de la chambre pulpaire:

- Si patient déjà vu en urgence :



Pansement à enlever

- Si 1^{ère} consultation :

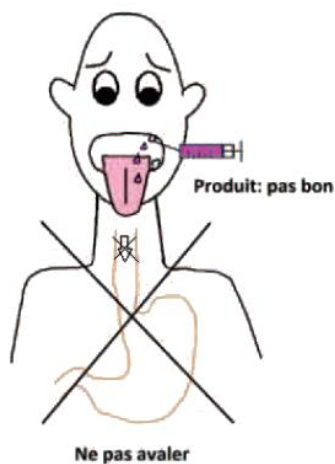


Ouverture



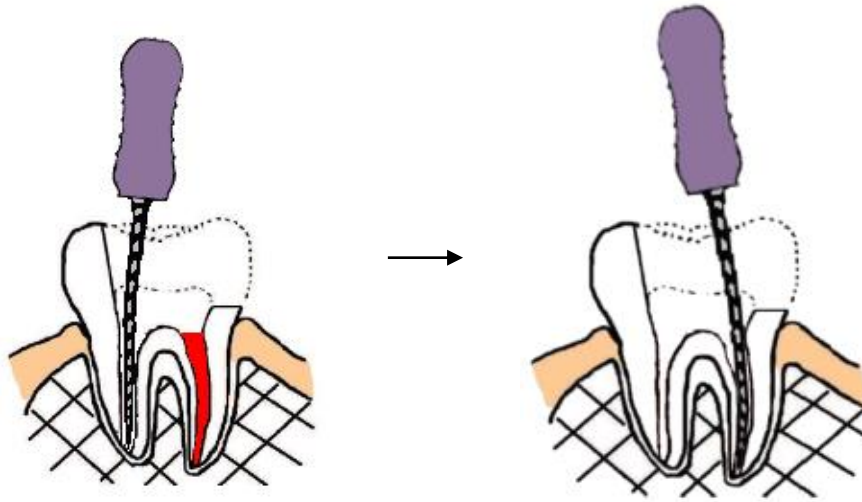
Dent ouverte

5) Irrigation :

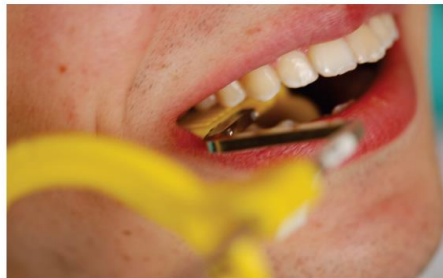
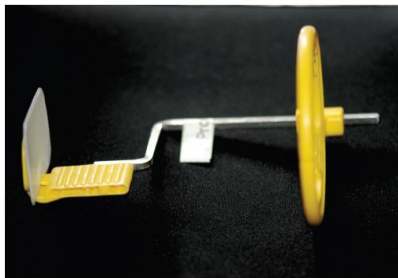


6) Nettoyage de l'intérieur des racines :

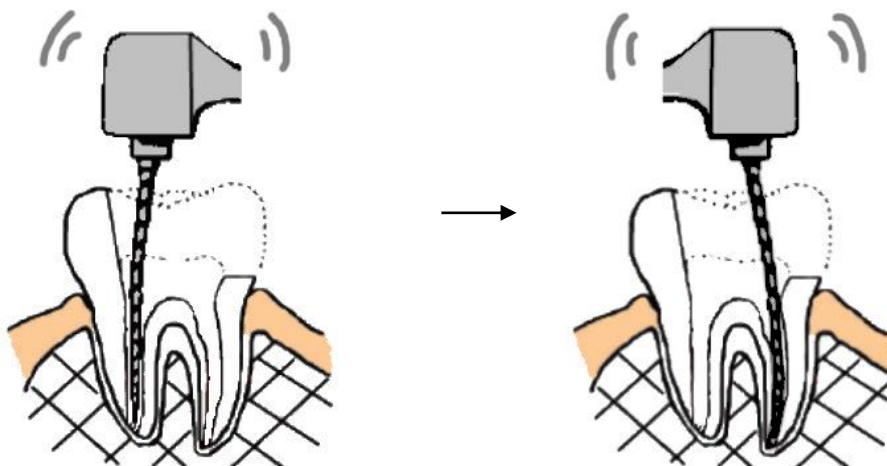
Passage limes manuelles



Prise d'une radiographie pour vérifier la longueur des racines



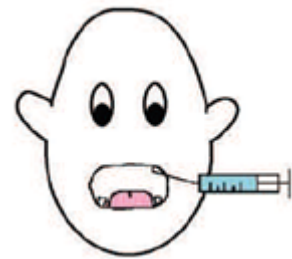
Passage limes mécanisées



Pendant le soin :

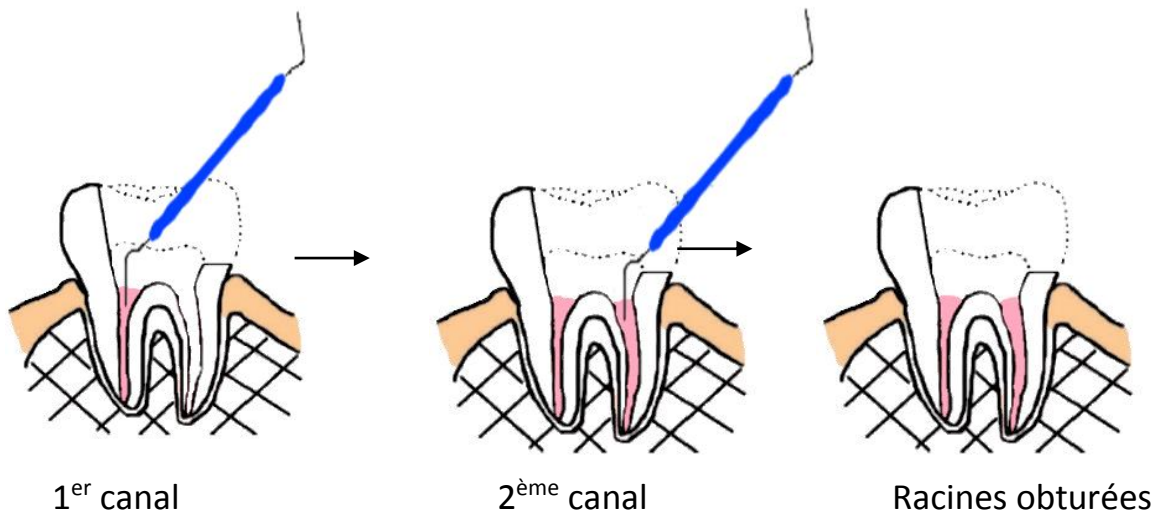


Si douleur : faire signe STOP



Anesthésie à refaire

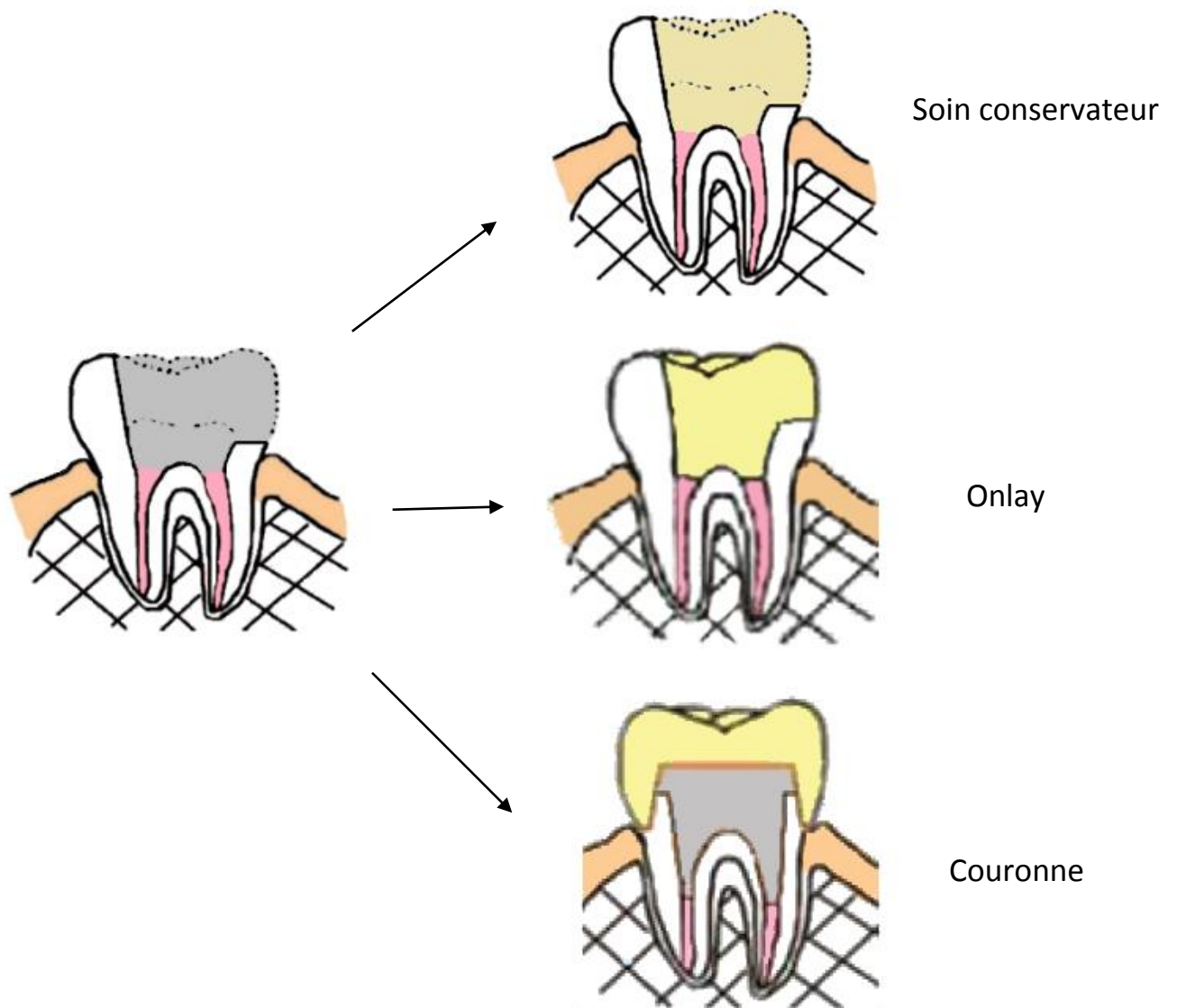
7) Obturation des canaux nettoyés :



8) Mise en place du pansement :

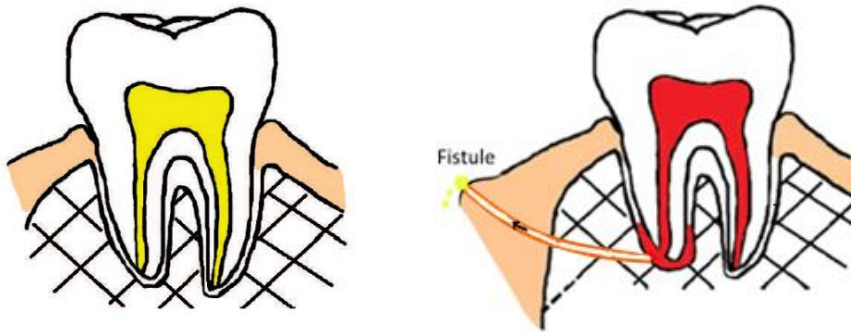


9) Mise en place du soin post-traitement :



L'abcès apical chronique :

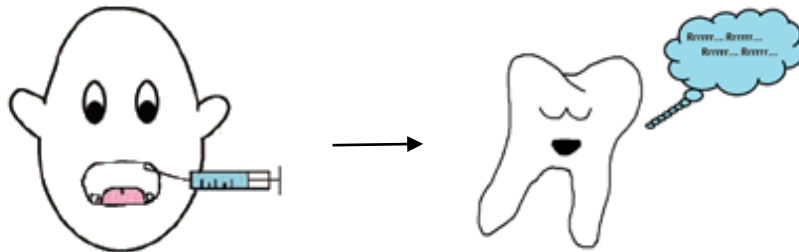
1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



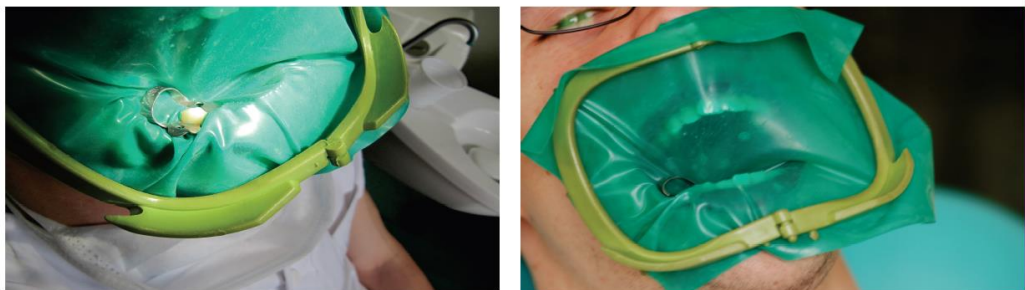
Dent saine

Dent infectée avec une fistule

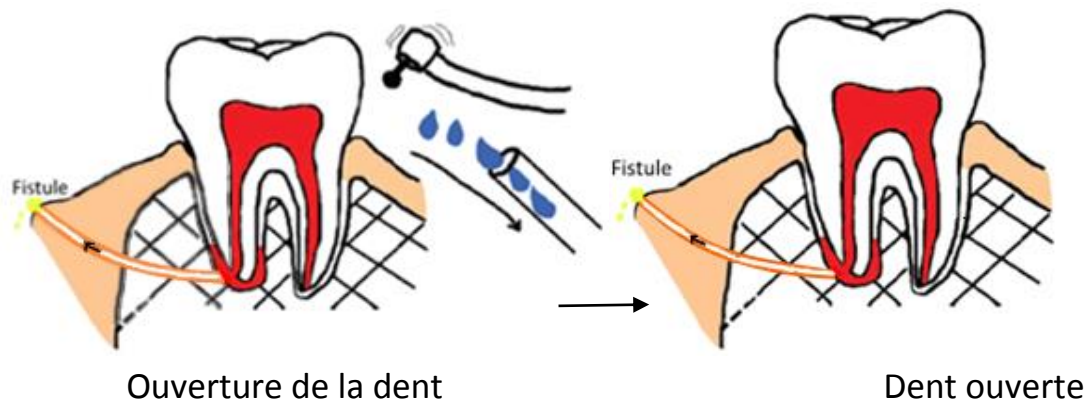
2) Anesthésie :



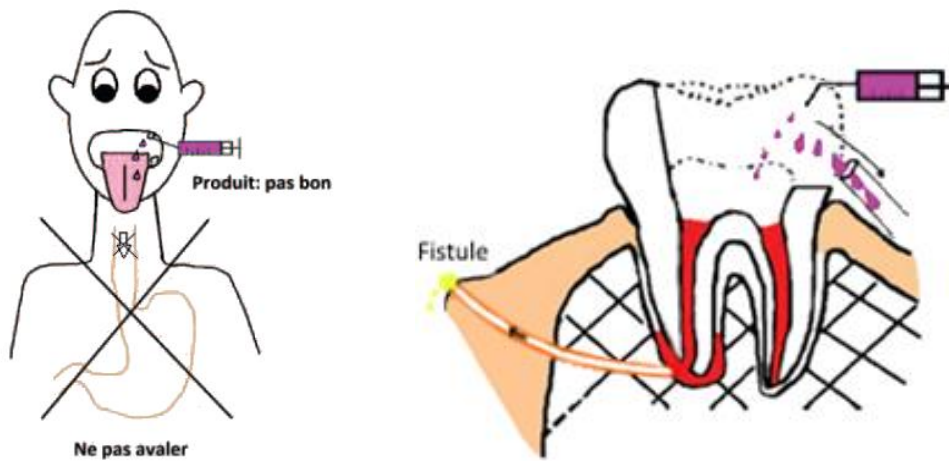
3) Mise en place de la digue :



4) Ouverture de la chambre :

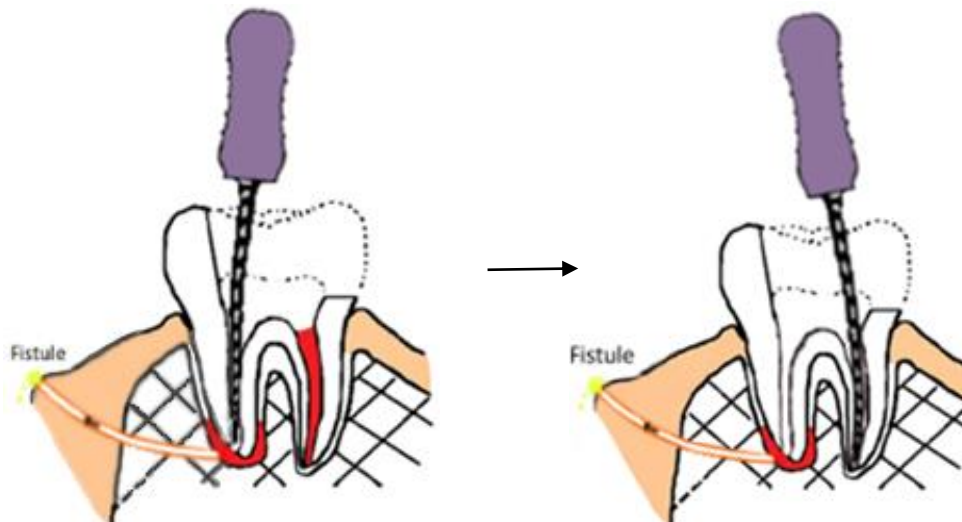


5) Irrigation :

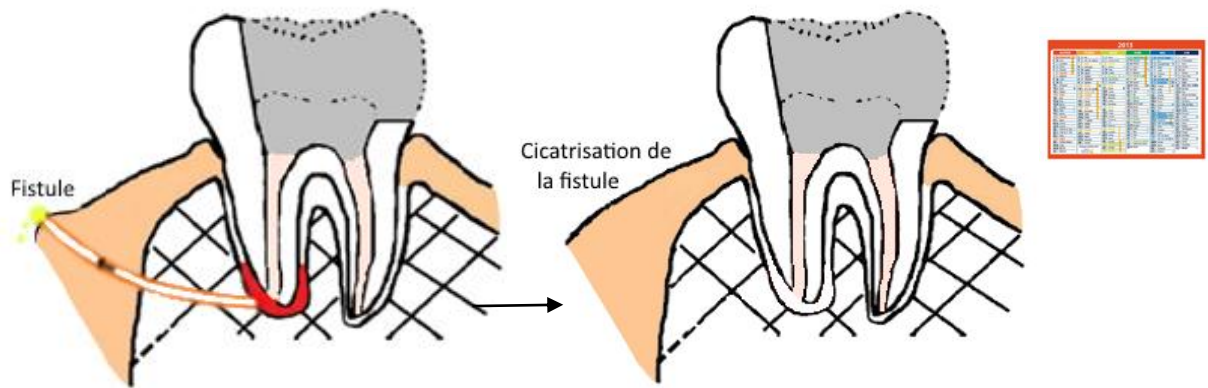


6) Nettoyage de l'intérieur des racines :

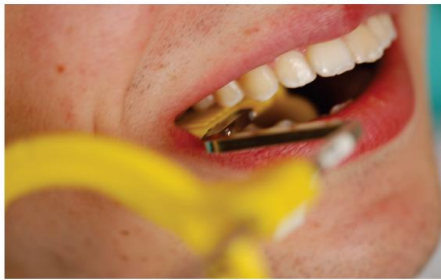
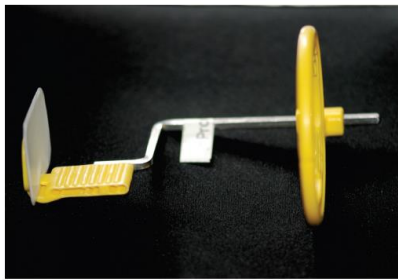
- Passage des limes manuelles :



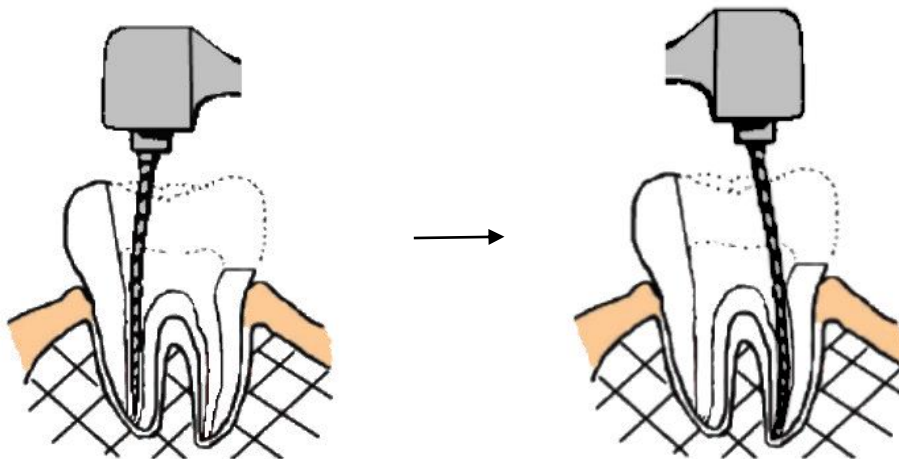
- **Plusieurs séances** pour que la fistule cicatrise avant nettoyage complet :



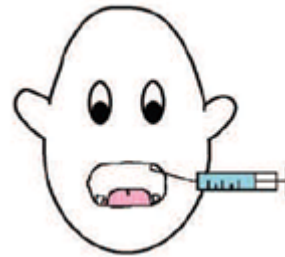
Prise d'une radiographie pour vérifier la longueur des racines



- Fin du nettoyage de l'intérieur des racines = passages **limes mécanisées** :



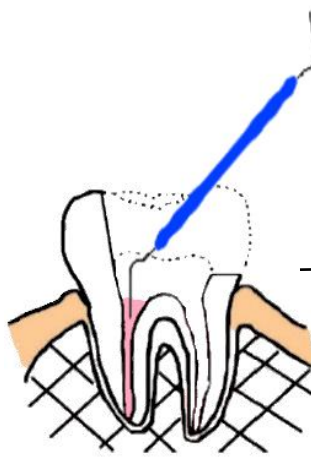
Pendant le soin :



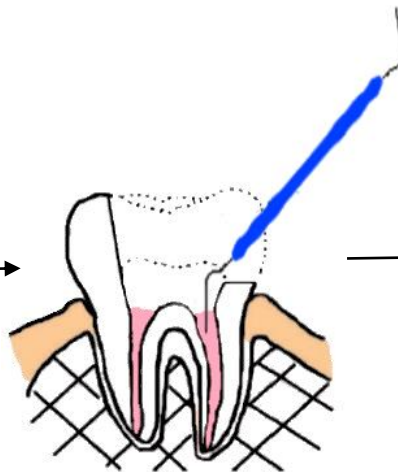
Si douleur : faire signe STOP

Anesthésie à refaire

7) Obturation des canaux nettoyés :



1^{er} canal



2^{ème} canal

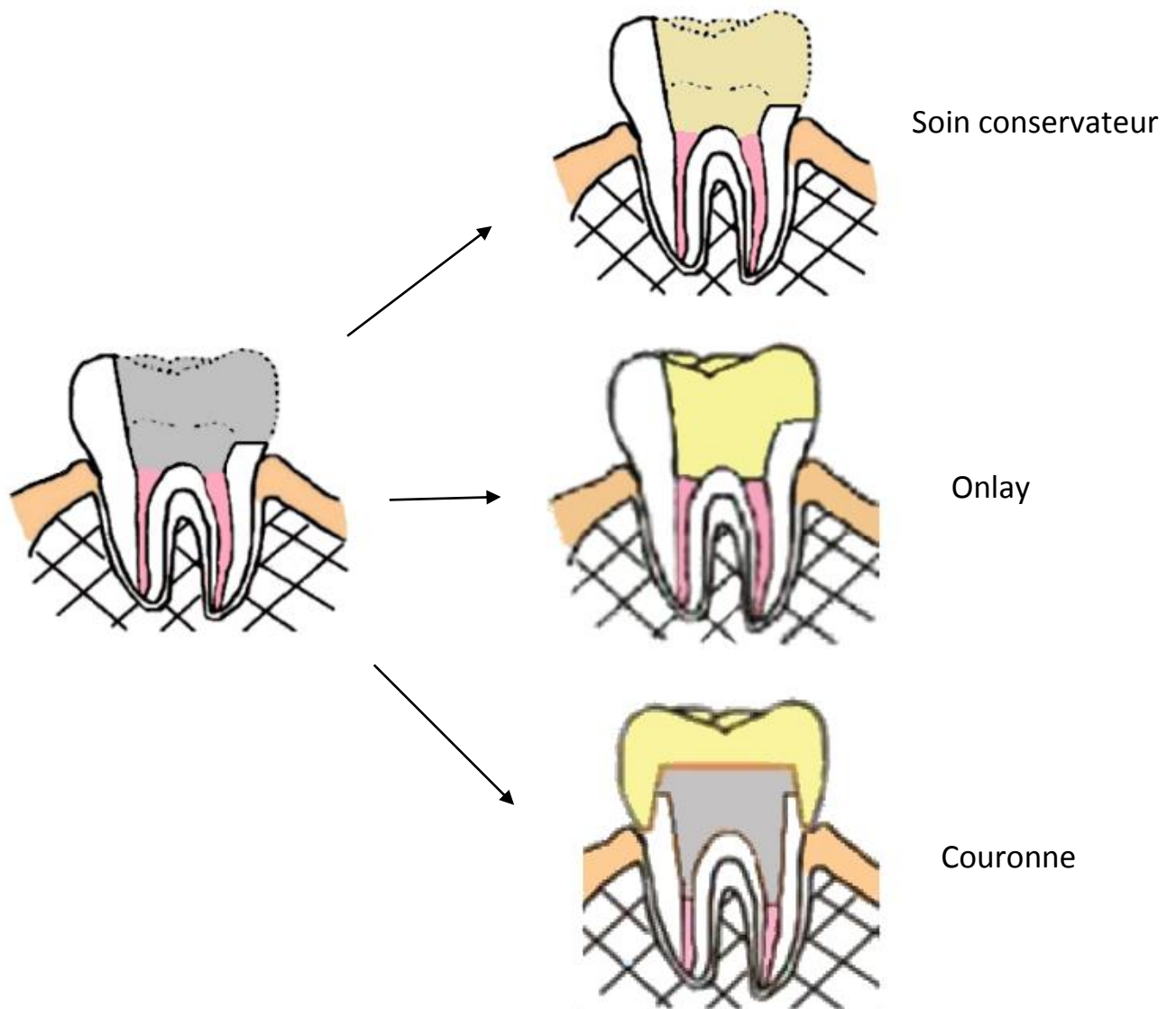


Racines obturées

8) Mise en place du pansement :



9) Mise en place du soin post-traitement :



Les traitements antérieurs de la dent :

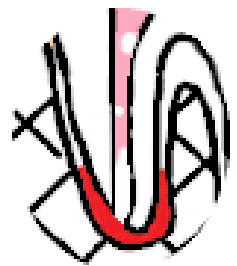
1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



Dent saine



Dent infectée



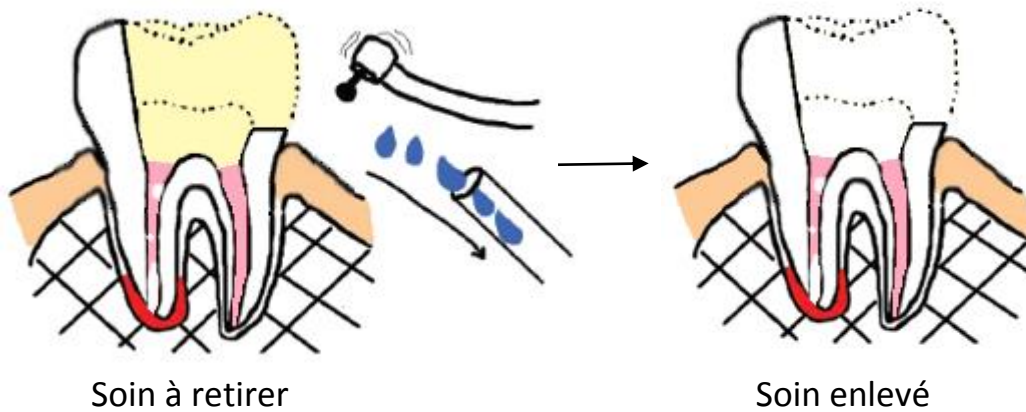
2) Anesthésie :



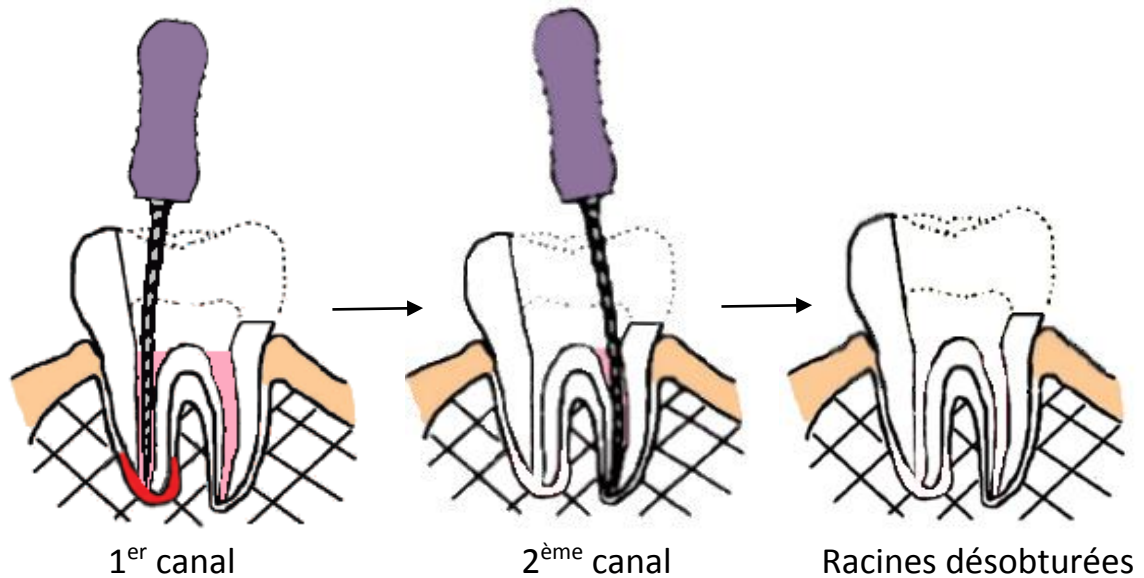
3) Mise en place de la digue :



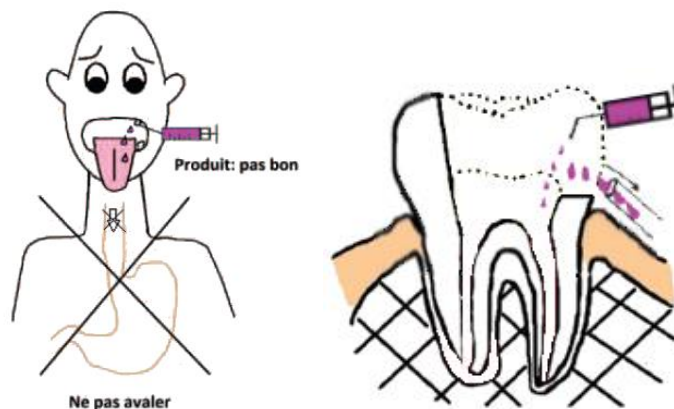
4) Soin à retirer :



5) Désobturation des racines :

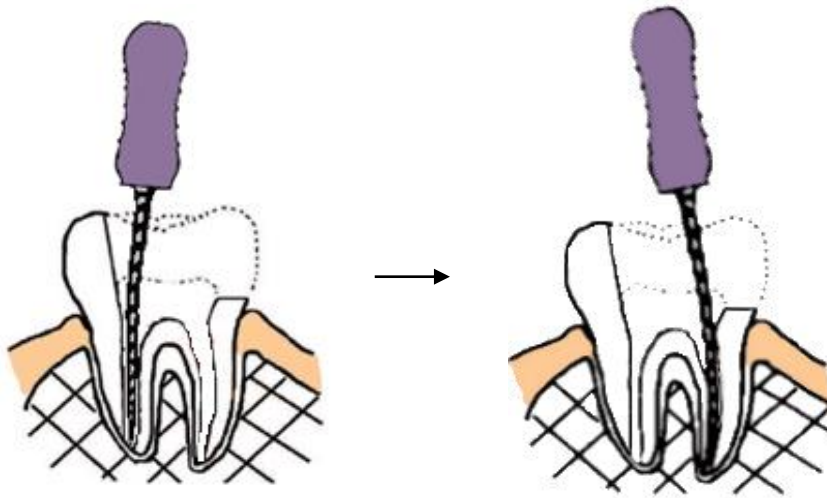


6) Irrigation :

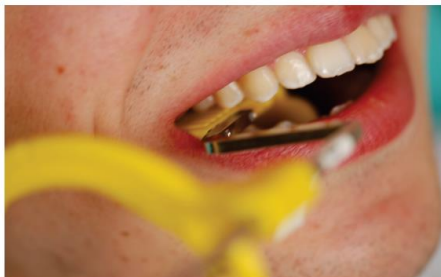
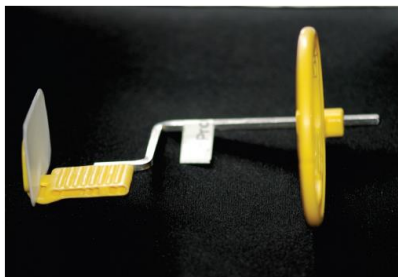


7) Nettoyage de l'intérieur des racines :

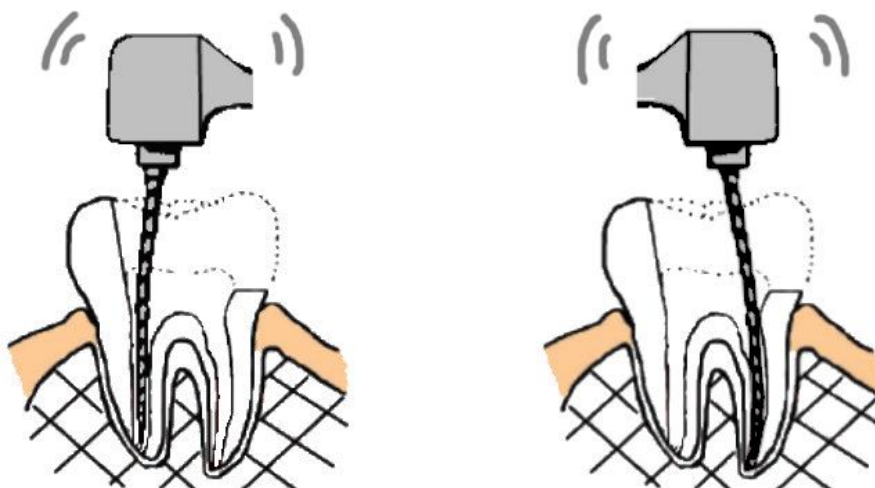
Passage limes manuelles



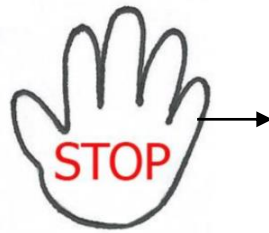
Prise d'une radiographie pour vérifier la longueur des racines



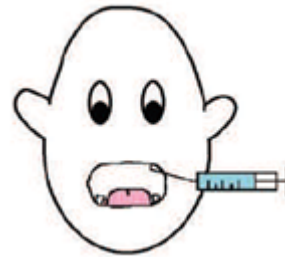
Passage limes mécanisées



Pendant le soin :

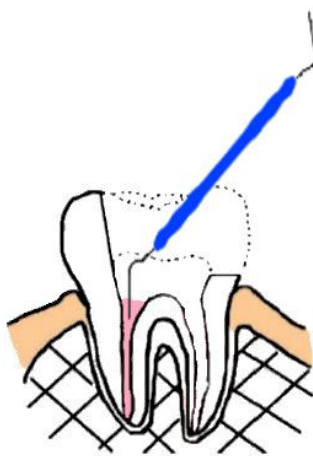


Si douleur : faire signe STOP

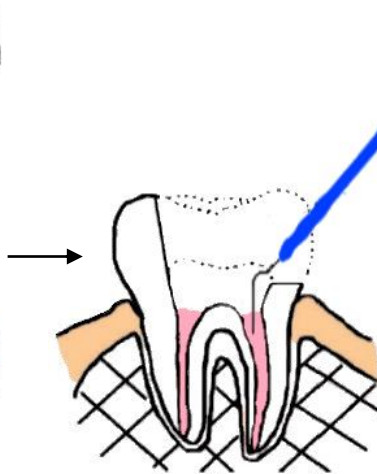


Anesthésie à refaire

8) Obturation des canaux nettoyés :



1^{er} canal



2^{ème} canal

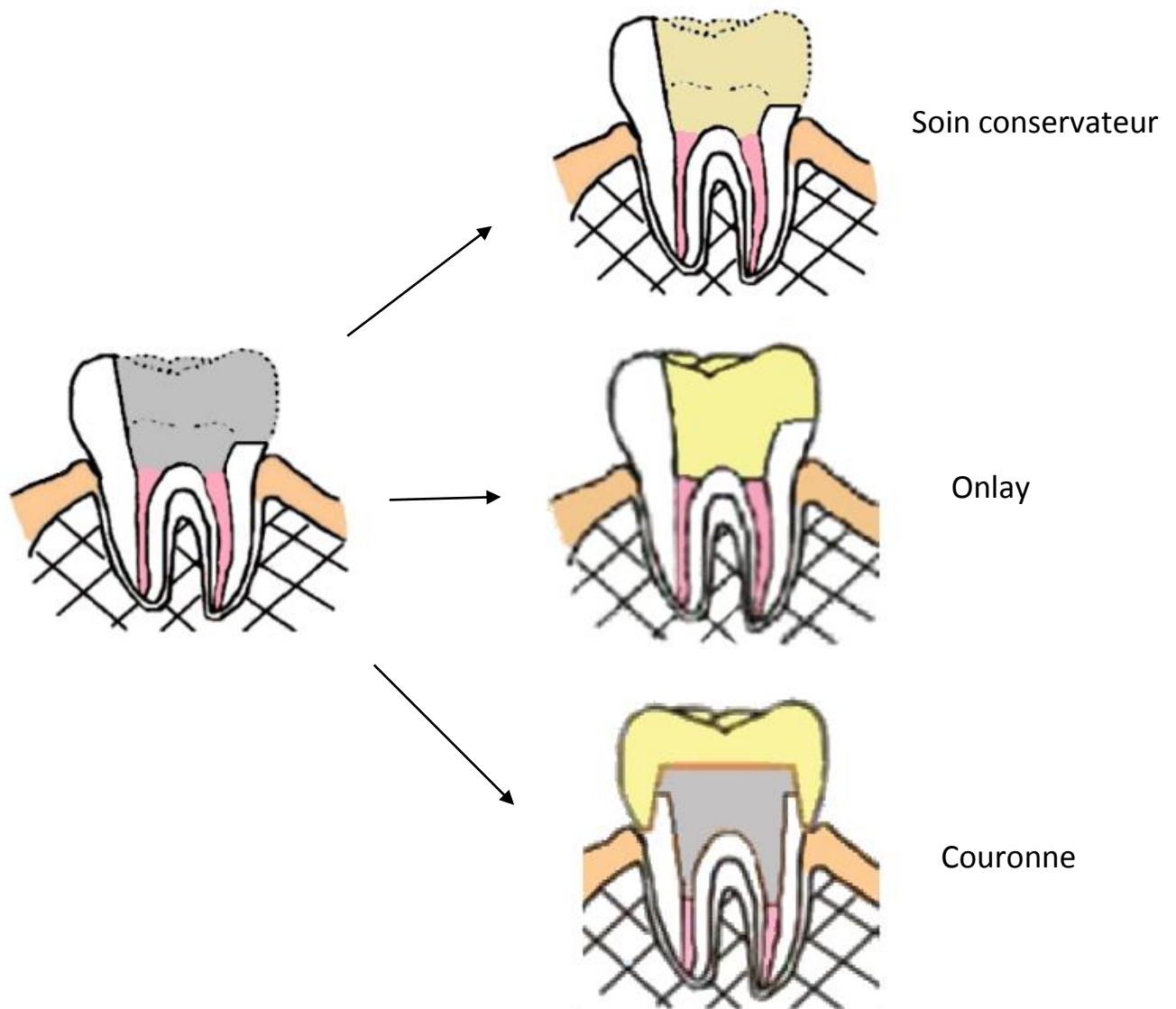


Racines obturées

9) Mise en place du pansement :

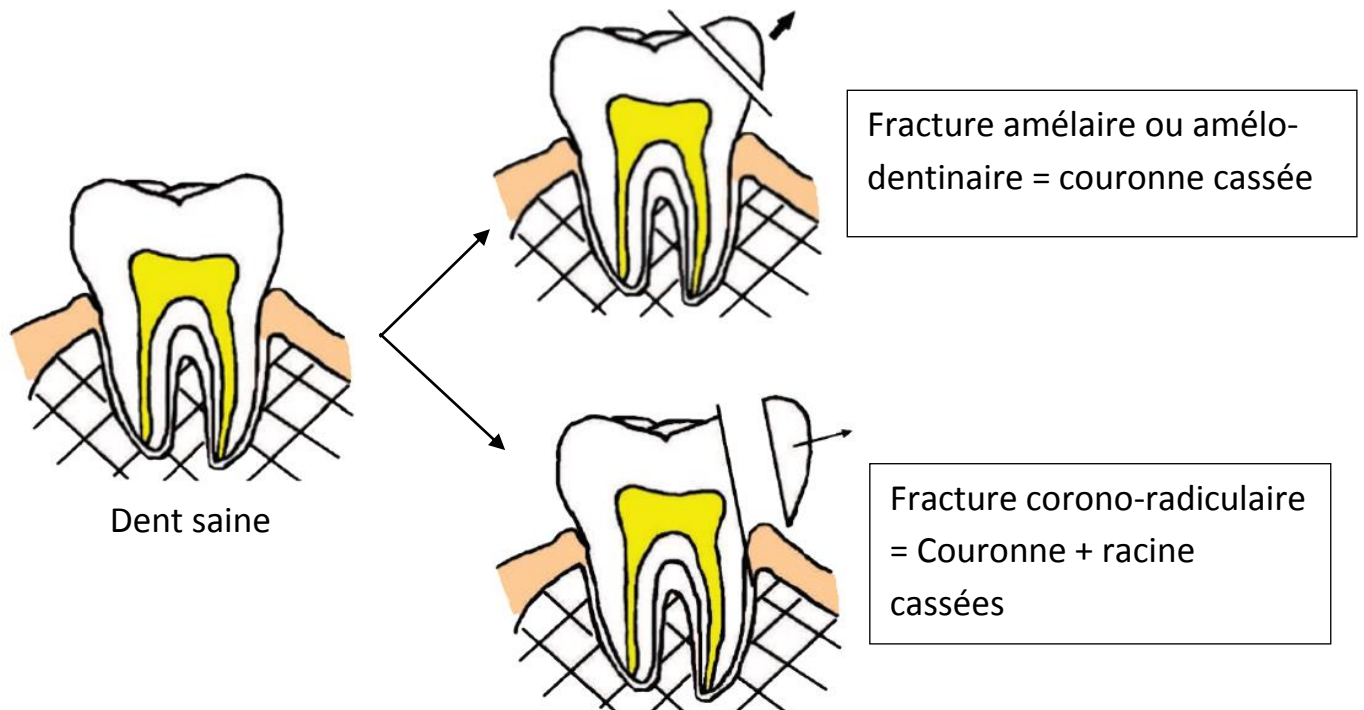


10) Mise en place du soin post-traitement :



La fracture **non pénétrante** : coronaire ou corono-radiculaire = **Nerf sain**

1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



2) Anesthésie :

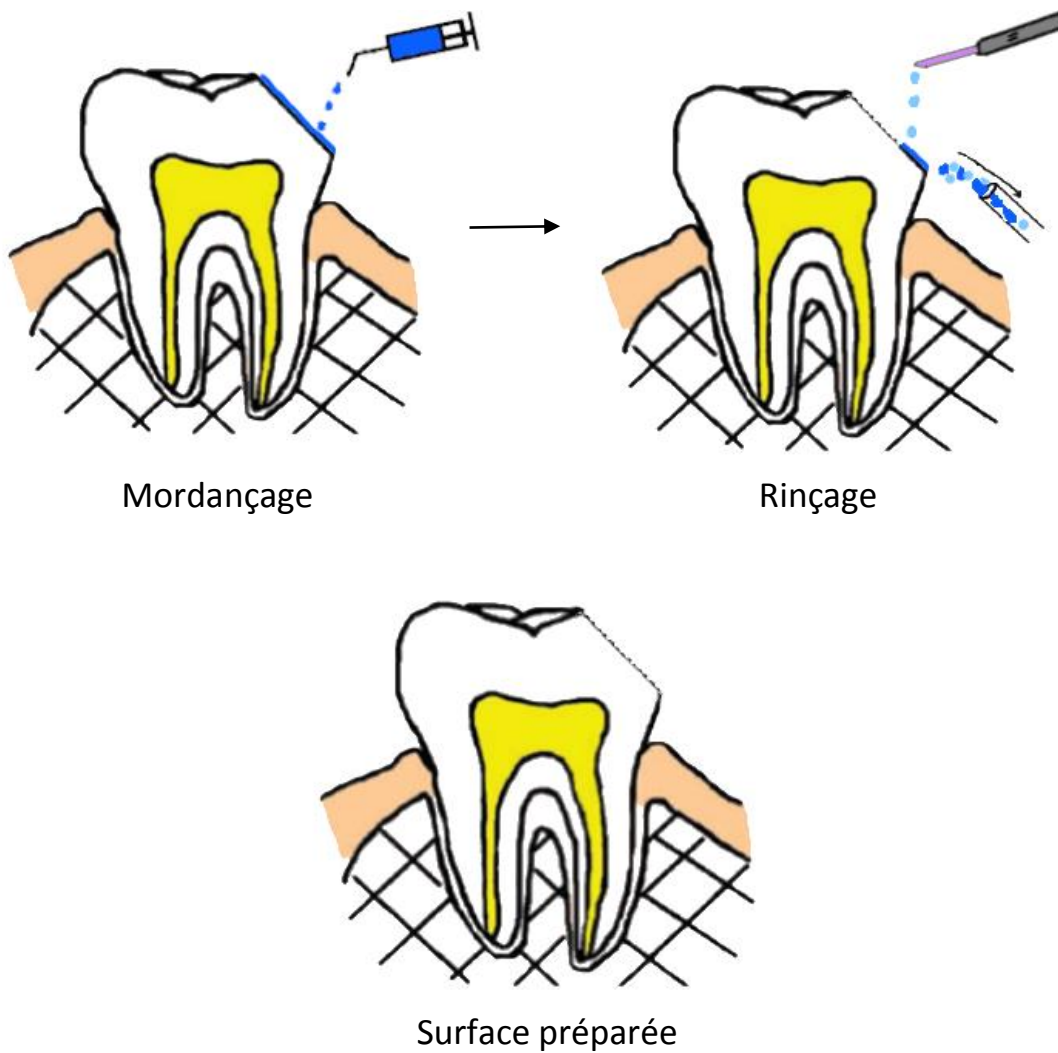


3) Mise en place de la digue :

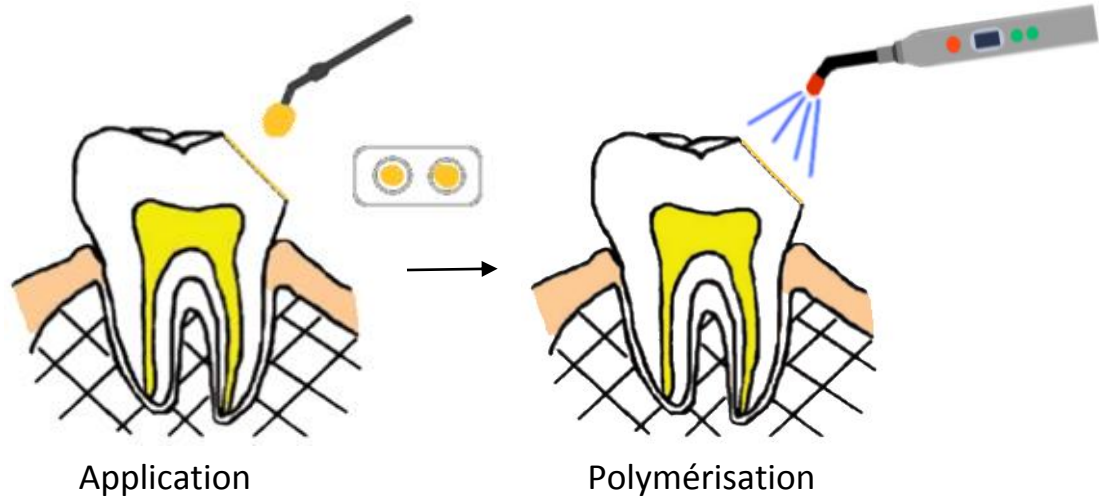


4) Reconstruction :

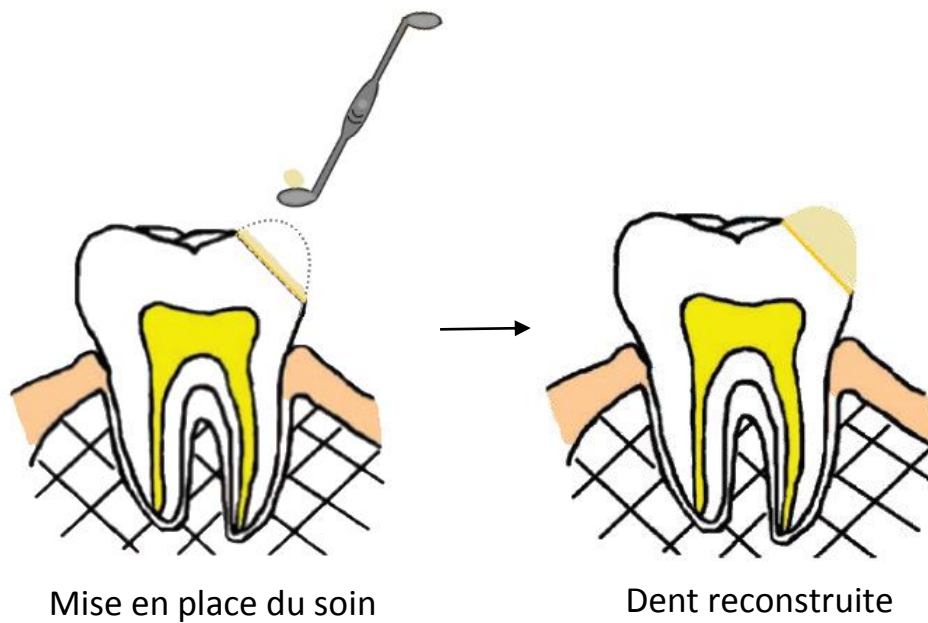
- Mordançage (acide sur émail) et rinçage abondant :



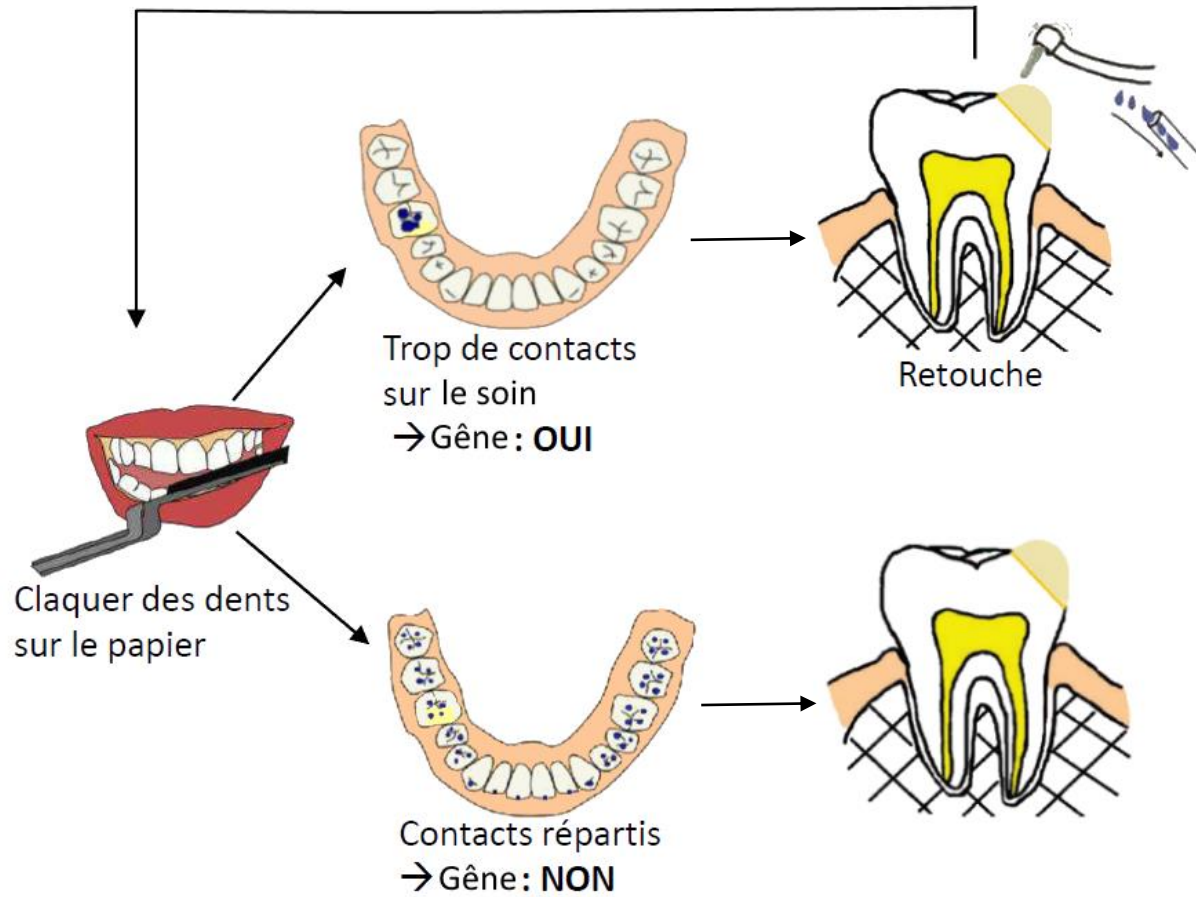
- Pose du Primer/adhésif :



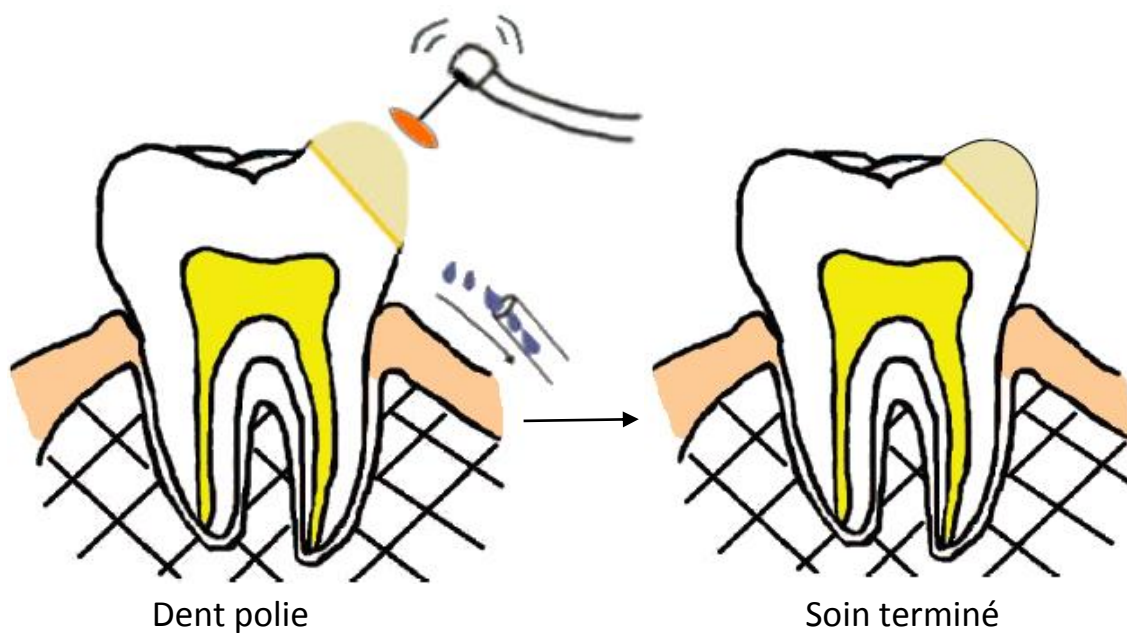
- Soin = reconstruction de la partie cassée :



- Vérification de l'occlusion et retouche si nécessaire :

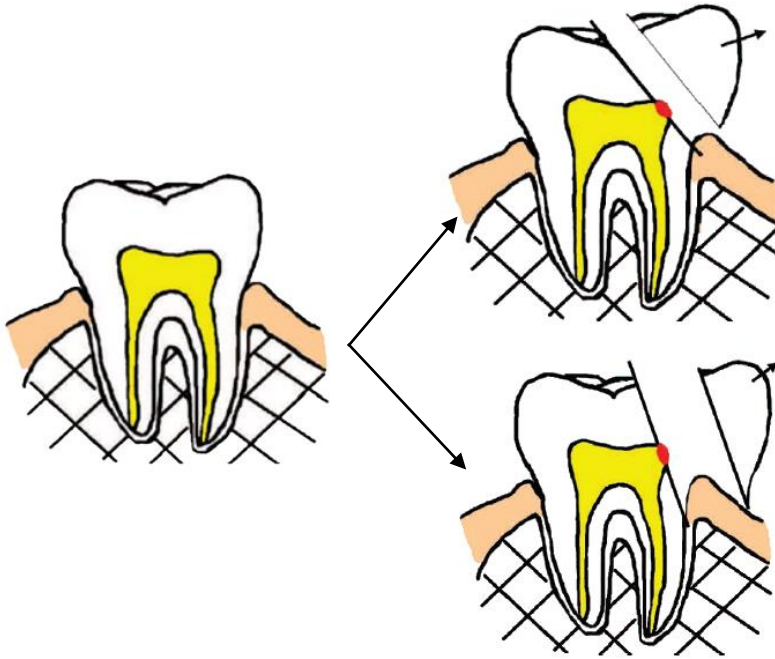


- Polissage du soin :

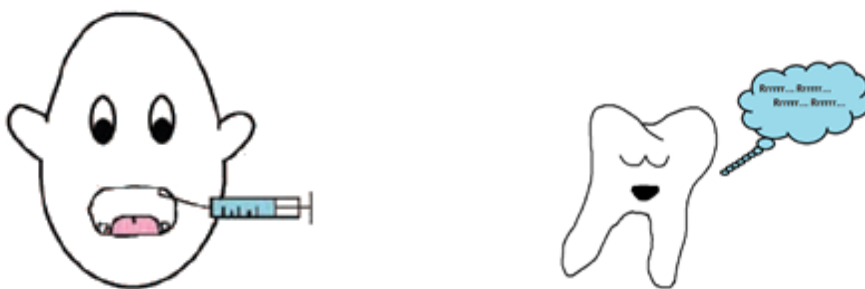


La fracture **pénétrante** = Nerf atteint

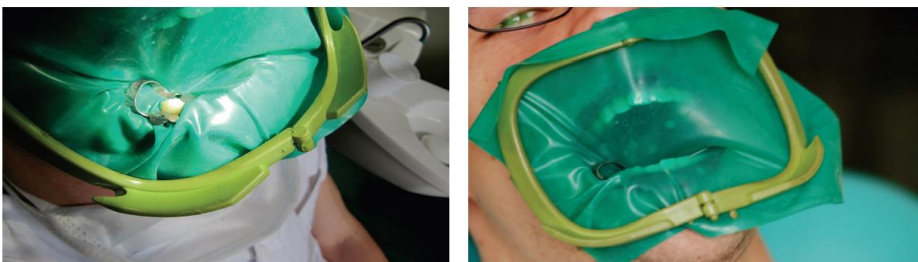
1) Diagnostic : voir fiche diagnostic :



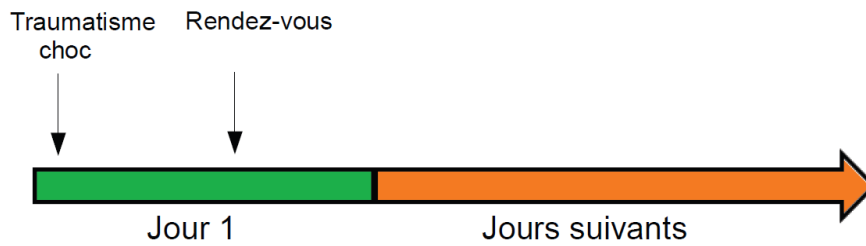
2) Anesthésie :



3) Mise en place de la digue :



4) Si rendez-vous moins de 24h après le choc :



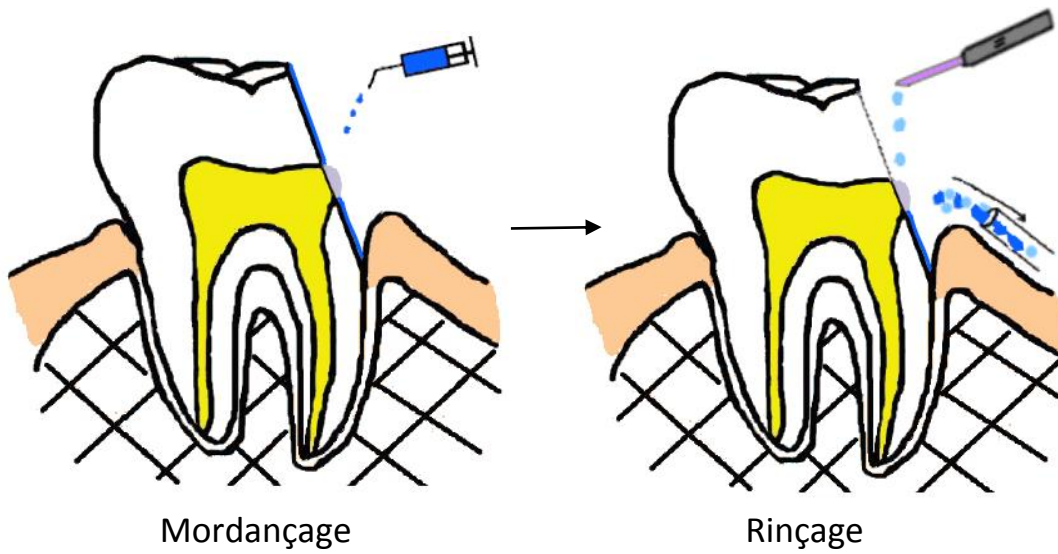
- Hémostase = arrêt du saignement



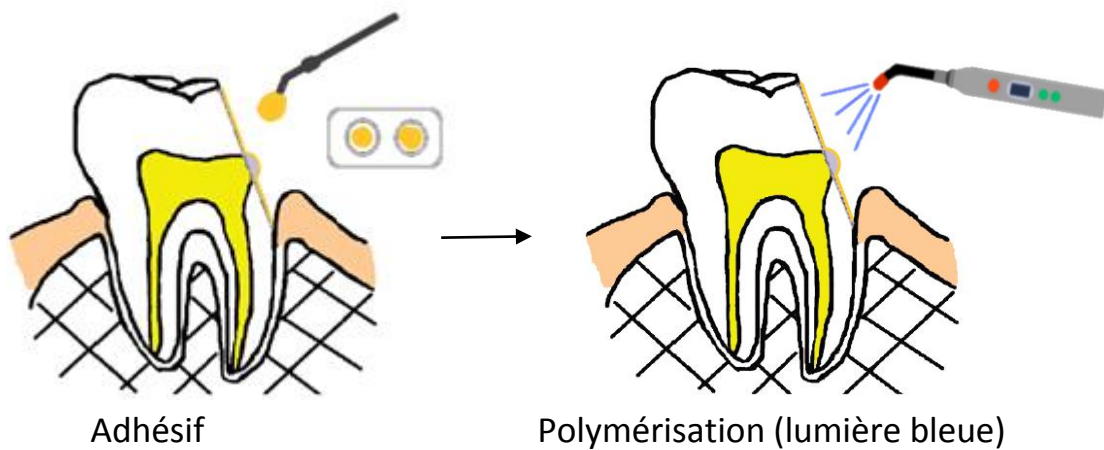
Saignement arrêté

Protection du nerf

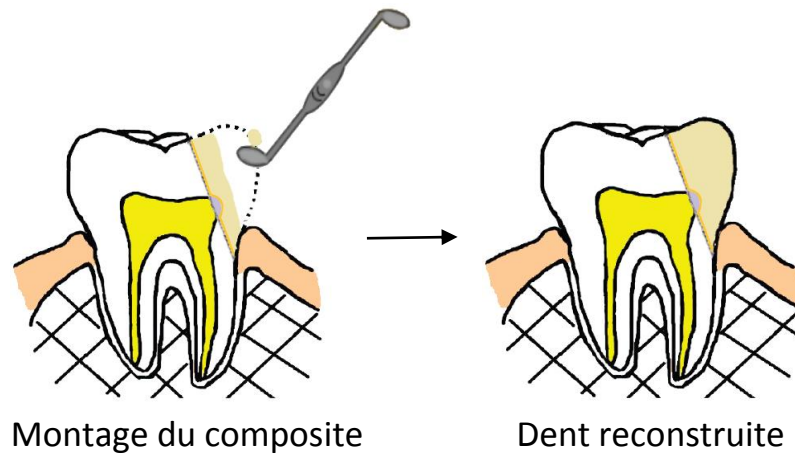
- Reconstruction de la dent : mordançage, rinçage



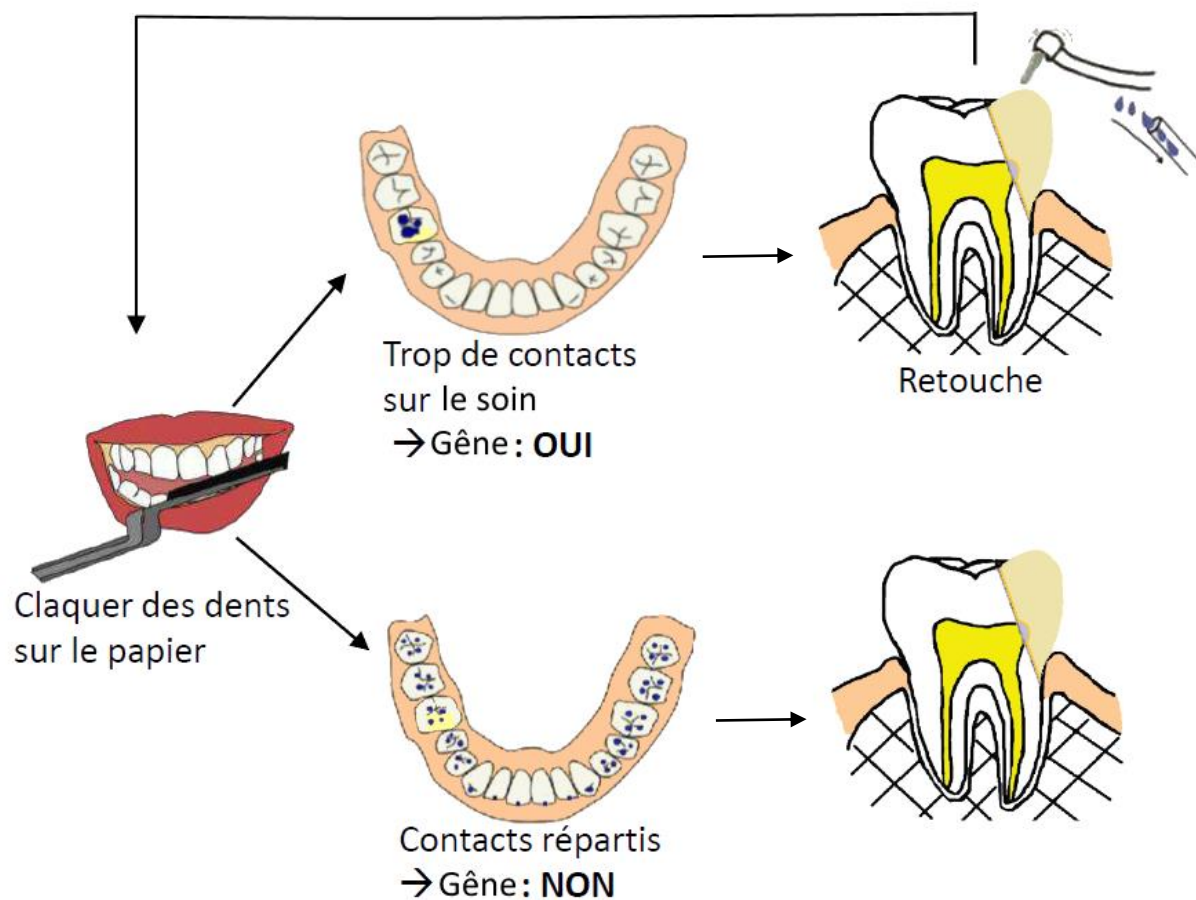
- Reconstruction de la dent : pose **Adhésif**, polymérisation :



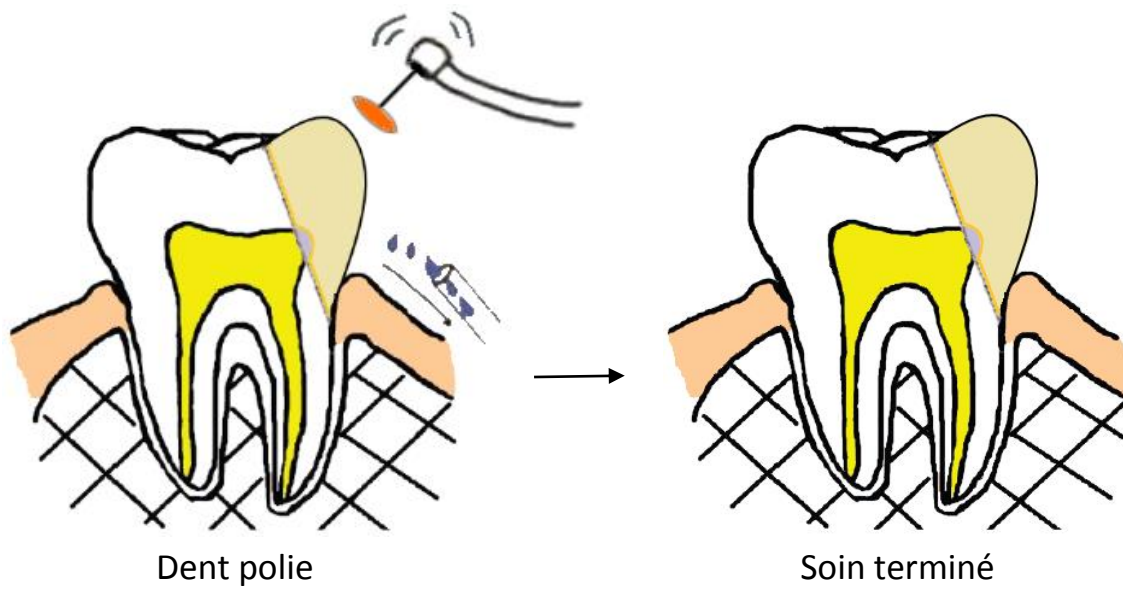
- Reconstruction de la dent : **matériau composite** = répare le morceau cassé :



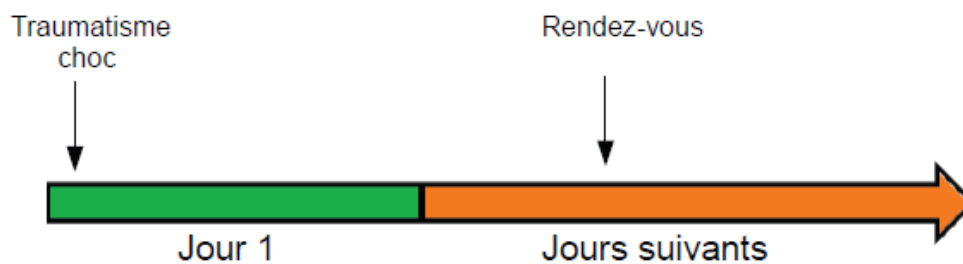
- Vérification de l'occlusion et retouche si nécessaire :



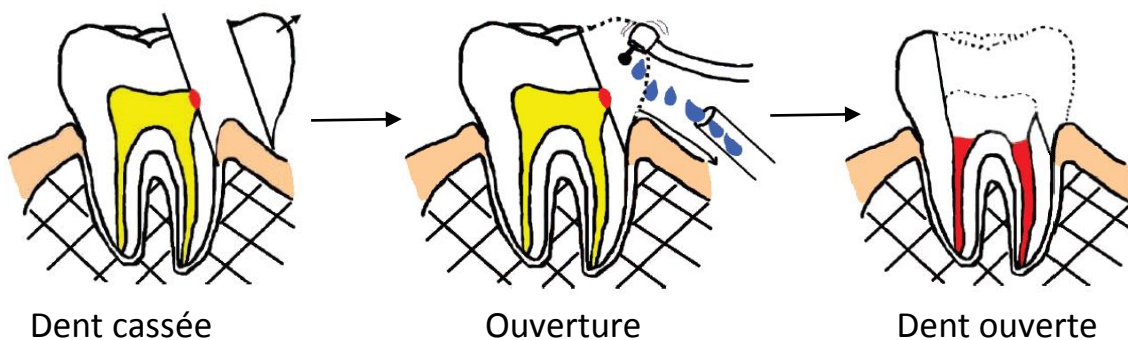
- Polissage du soin :



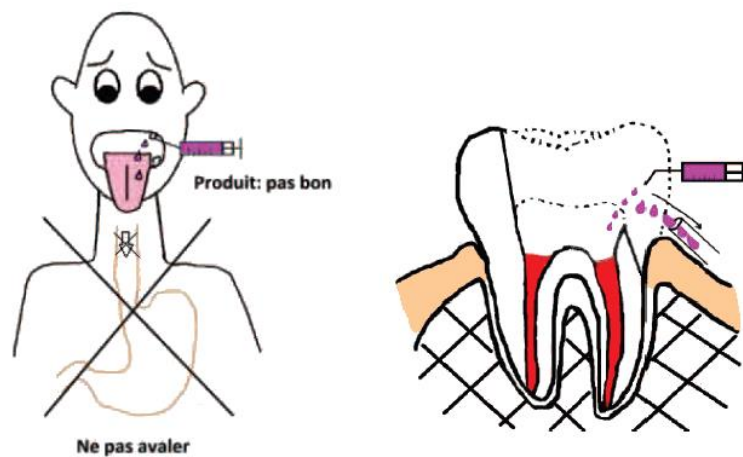
5) Si rendez-vous plus de 24h après le choc :



- Ouverture de la dent :

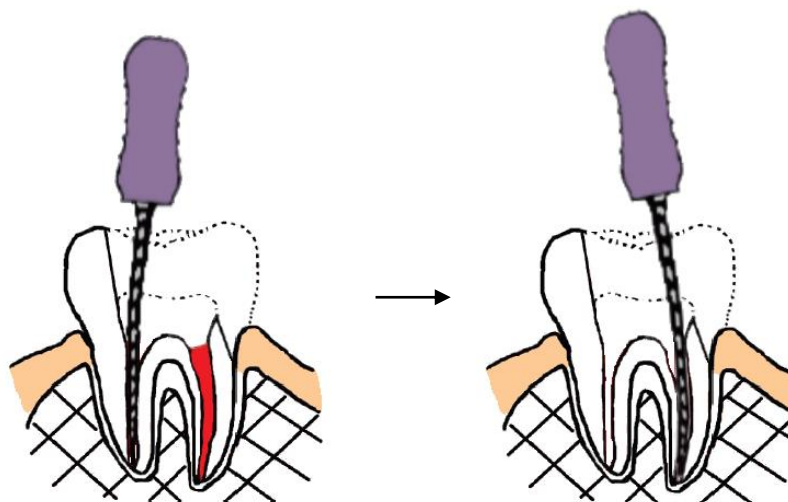


- Irrigation :

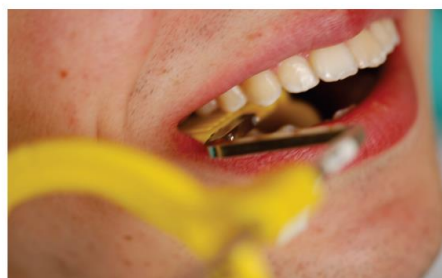
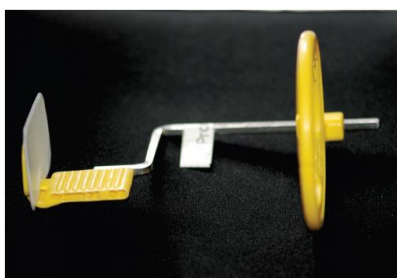


- Nettoyage de l'intérieur des racines :

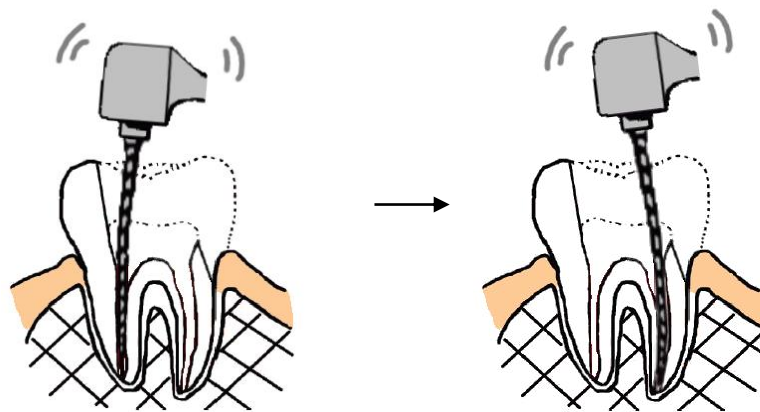
Passage limes manuelles



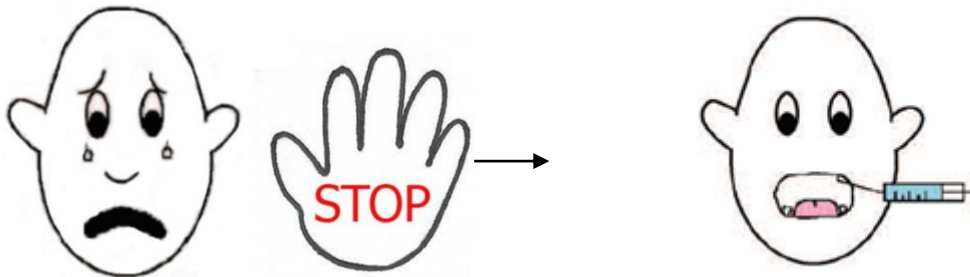
Prise d'une radiographie pour vérifier la longueur des racines



Passage limes mécanisées



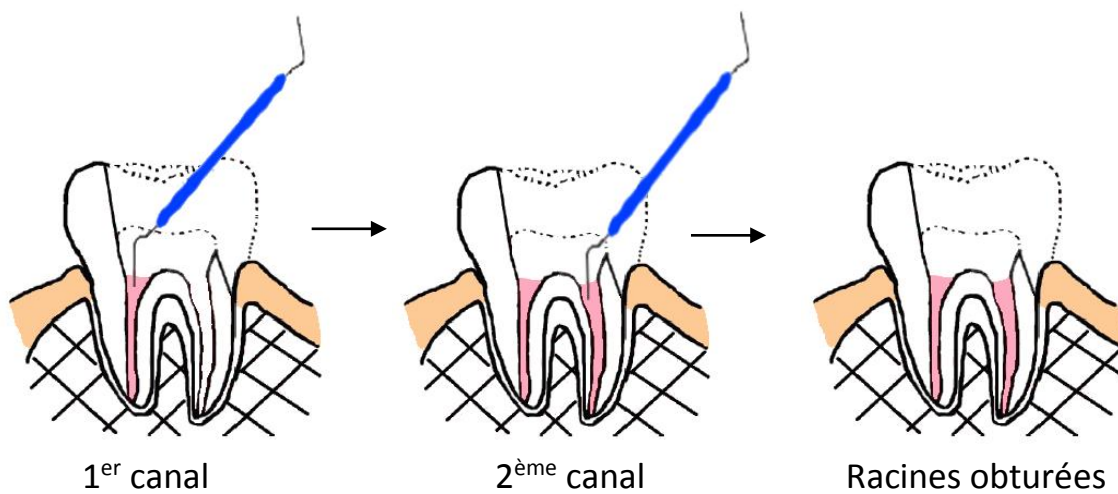
Pendant le soin :



Si douleur : faire signe STOP

Anesthésie à refaire

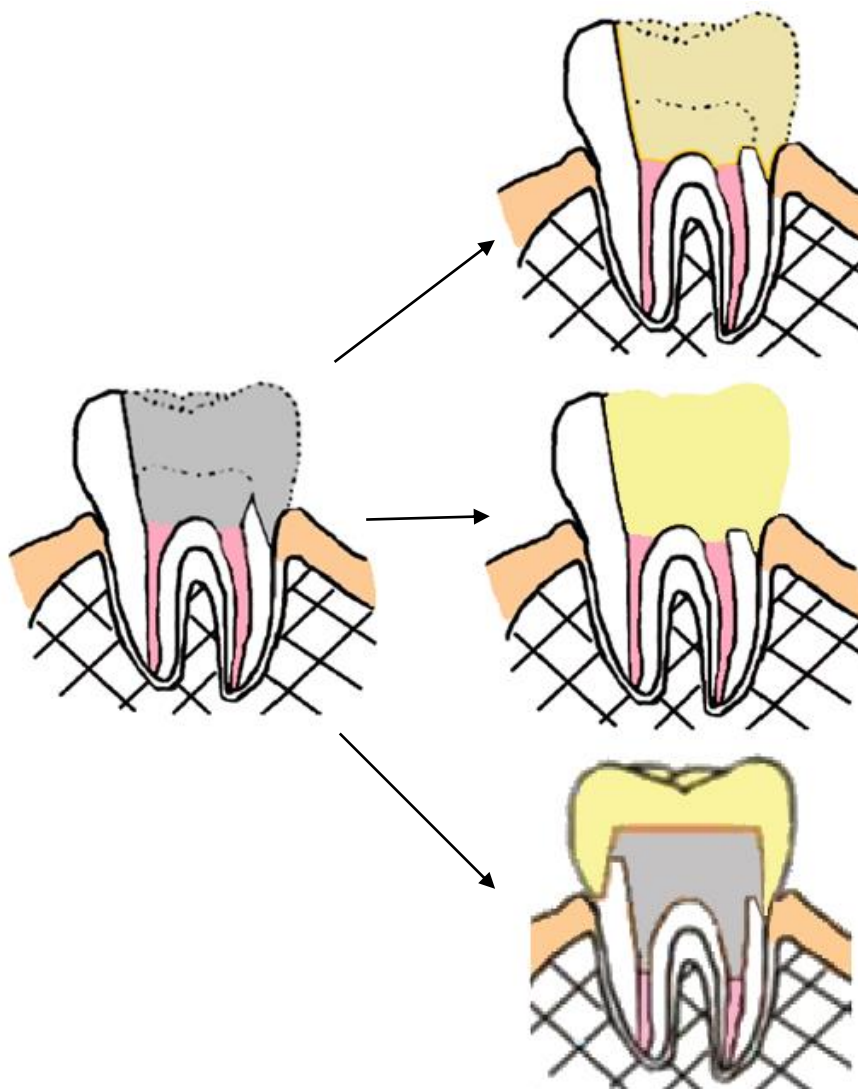
• Obturation des canaux nettoyés :



- Mise en place du pansement :



- Mise en place du soin post-traitement :



Soins conservateur

Onlay

Couronne

