



**HAL**  
open science

# Prise en charge des enfants sourds au cabinet dentaire : évaluation des besoins bucco-dentaires

Laurie Fuchs

► **To cite this version:**

Laurie Fuchs. Prise en charge des enfants sourds au cabinet dentaire : évaluation des besoins bucco-dentaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02895803

**HAL Id: dumas-02895803**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02895803v1>**

Submitted on 10 Jul 2020

**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.

**U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2020

Thèse n°41

THÈSE POUR L'OBTENTION DU  
**DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE  
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par FUCHS Laurie  
Née le 01 Janvier 1995 à AGEN  
Le 02 Juillet 2020

**PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SOURDS AU CABINET  
DENTAIRE : ÉVALUATION DES BESOINS BUCCO-  
DENTAIRES.**

Sous la direction de : Camille BOULÉ-MONTPEZAT

Membres du jury :

Pr MJ. BOILEAU, Professeure des Universités  
Dr C. BOULÉ-MONTPEZAT, Assistante Hospitalo-Universitaire  
Dr J. ESTIVALS, Assistante Hospitalo-Universitaire  
Dr Y. DELBOS, Maître de Conférences des Universités  
Dr E. GAROT, Maître de Conférences des Universités

Présidente  
Directrice  
Rapporteur  
Assesseur  
Assesseur

# UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ  
03/03/2020

**Président** M. TUNON DE LARA Manuel

**Directeur de Collège des Sciences de la Santé** M. PELLEGRIN Jean-Luc

## **COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES**

<b>Directrice</b>	Mme BERTRAND Caroline	58-01
<b>Directeur Adjoint à la Pédagogie</b>	Mr DELBOS Yves	56-01
<b>Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche</b>	M. CATROS Sylvain	57-01
<b>Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales</b>	M.SEDARAT Cyril	57-01

### **ENSEIGNANTS DE L'UFR**

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01

M.	Jean-François	PELI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

### **AUTRES ENSEIGNANTS**

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01

### **ASSISTANTS**

M.	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mlle	Anaïs	CAVARE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Severine	DESCAZEUX	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale	57-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
M	Antoine	PEPELUT	Parodontologie	57-01
M.	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

# REMERCIEMENTS

## À notre Présidente de thèse,

Madame le Professeur Marie-José BOILEAU,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier,

Sous-section Orthodontie Dento-Faciale 56-01

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury. Je vous suis reconnaissante pour votre enseignement de qualité ainsi que votre implication dans le bon déroulement de nos études.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mes remerciements les plus sincères.*

## À notre Directrice de thèse,

Madame le Docteur Camille BOULÉ-MONTPEZAT,

Assistante Hospitalo-Universitaire,

Sous-section Odontologie Pédiatrique 56-01

*Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir encadrée et guidée lors de la réalisation de ce travail mais aussi lors de mes deux années de clinique à Xavier Arnozan. Votre pédagogie et votre dynamisme m'ont ouvert la voie de l'odontologie pédiatrique.*

*Merci pour vos encouragements, vos conseils, votre disponibilité et votre bienveillance !*

*Je vous prie de trouver dans ce travail toute l'expression de ma sincère gratitude et reconnaissance.*

## À notre rapporteur de thèse,

Madame le Docteur Julia ESTIVALS

Assistante Hospitalo-Universitaire,

Sous-section Odontologie Pédiatrique 56-01

*Je te remercie d'avoir accepté de corriger ce travail. Bien plus qu'une enseignante, tu es surtout une amie très précieuse à mes yeux. Merci pour tes nombreux conseils et ces heures d'échange.*

*Ton parcours et ta personnalité m'ont beaucoup inspirée, notamment dans la rédaction de cette thèse. Je suis impatiente de partager de nouveaux instants avec toi.*

À notre assesseur,

Monsieur le Docteur Yves DELBOS,

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier,

Sous-section Odontologie Pédiatrique 56-01

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Ce travail est l'occasion de vous remercier pour la qualité de votre enseignement et pour l'investissement dont vous avez fait preuve au cours de nos études d'odontologie. Je vous remercie également pour votre gentillesse et votre bienveillance lors de mon monitorat.*

*Veillez trouver dans cette thèse l'expression de ma sincère gratitude.*

À notre assesseur,

Madame le Docteur Elsa GAROT,

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier,

Sous-section Odontologie Pédiatrique 56-01

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je trouve ici l'occasion de vous remercier pour la qualité de votre enseignement lors de mes travaux pratiques en pédodontie.*

*Veillez trouver au travers de ce travail le témoignage de ma reconnaissance.*

Au Docteur François JONQUET,

Responsable de l'Unité d'accueil et de soins pour personnes sourdes à BORDEAUX,

*Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de prendre de votre temps pour échanger avec moi. Nos échanges ont été très intéressants et instructifs pour moi et votre aide a été précieuse dans la réalisation de cette thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.*

## **À ma famille,**

**À mes parents,** je vous remercie infiniment pour votre amour et votre soutien sans faille. Sans vous, je n'aurais jamais pu accomplir tout cela. Je vous aime.

**À mon papa,** merci pour tous ces moments partagés (les sommets, le parapente, le GR20...) et tous ceux à venir ! Merci de m'avoir appris à toujours me surpasser.

**À ma maman,** pour ton écoute, ta douceur et ta sensibilité. Tu as toujours su me guider et me soutenir pendant toutes ces années, merci.

**À Domi,** merci de m'avoir permis de réaliser ces études, je sais que c'est aussi grâce à toi et je t'en suis reconnaissante.

**À Matthieu, mon frère,** merci d'avoir été présent pour moi. Malgré tes silences, tu as toujours su me montrer ton affection quand il le fallait. À ces années de coloc bercées de rires et d'engueulades, à ces repas coloc gastro (ou pas!), à ces 3èmes mi-temps à Mérignac, à ce weekend en Italie,... N'oublie pas que je serai toujours là pour toi !

**À tatie et Guy,** merci pour tous ces étés inoubliables à Mimizan. Le bonheur règne dans votre maison et les apéros aussi !

**À Nanouche et Sarouche,** je vous aime comme mes sœurs.

**Nana,** merci pour tes appels depuis l'autre bout du monde, ton ouverture d'esprit, tes conseils et ton honnêteté. Merci pour ta présence à tout instant !

**Sarouche,** merci pour ces années d'enfance et de coloc, ces chorégraphies et ces fous rires. Merci aussi pour ta douceur et ton écoute.

**À Ninou,** ma cousine et coloc, merci pour ces dernières années partagées et celle qui arrive ! Merci de me faire rire tous les jours, en râlant ou en réalisant de superbes performances culinaires (« euh Laurie on fait cuire comment une boîte de lentilles ? »).

**À Lysie,** ma cousine et graphiste préférée, pour avoir pris de ton temps pour m'aider à réaliser ma plaquette et accepter mes multiples corrections, mille merci.

**Aux Bonnet,** d'Astaffort et d'Auvergne, merci pour tous ces moments de partage et pour cette première rando au Hourgade et pour toutes celles qui ont suivies...

**À Ben,** merci de m'avoir supportée, écoutée et épaulée pendant toute cette année. Merci de me faire rire, de me faire découvrir de nouveaux horizons (ton paradis normand), de me coacher et de m'aider à me surpasser. En un mot, merci pour tout ce qu'on partage depuis presque un an maintenant. Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés, je t'aime.

**À mes amis,**

**À Mathou la star**, à cette rencontre coup de cœur il y a 8 ans, merci ma poupi de m'avoir toujours épaulée et soutenue dans le moindre de mes choix, de m'avoir écouté et de toujours me donner l'impression d'être extraordinaire. J'ai énormément d'admiration pour toi et pour tout ce que tu accomplis. Merci d'être l'amie extraordinaire que tu es !

**À mes Ninja**, merci pour ces superbes années de dentaire, ces soirées, ces weekend et ces voyages entre zouz ! Merci pour votre folie !!!

Et particulièrement, merci **à Nono**, à notre amitié si fidèle depuis la P1. Merci d'avoir été à mes côtés pendant toutes ces années de dentaire. Merci d'être si fidèle et honnête. Merci de m'avoir choisie pour être à tes côtés pour l'un des plus beaux jours de ta vie, j'en suis très honorée. Je te souhaite plein de bonheur dans ta nouvelle vie, tu me manqueras mais je serai toujours là.

**À Didine**, merci pour cette merveilleuse aventure en Italie, à Parma. À tous ces voyages (Firenze, Roma, Milano, Napoli, Costiera amalfitana, Capri, Bologna, Cinque Terre...), à toutes ces heures de piscine, à toutes ces chansons que tu chantais sous la douche, merci et surtout, merci, pour ta bonne humeur et ta folie !

**À Sassou**, merci pour ta douceur, ton écoute et tes petits messages pour toujours prendre de mes nouvelles. Merci pour ta joie de vivre et tes éclats de rire. Tu communique la bonne humeur autour de toi !

Et **à Matou**, pour nos conversations interminables, ton humour et ton accueil toujours chaleureux, merci pour tous ces moments et ceux qui suivront !

**À Titi**, le roi du cruising, merci d'être un modèle de lâcher prise et de bonne humeur. Merci d'avoir été à mon écoute lorsque j'en avais besoin. Merci pour tes cris de folie, pour les goûters à St Mich et pour les soirées endiablées à la cave ou au 99 cours d'Albret...Wazaaaah !

**Aux Dentupicchu**, merci pour cette expérience incroyable au Pérou. Cela restera l'un des plus beaux voyages de ma vie, merci !

**À tous mes autres copains de dentaire**, merci d'avoir rendu toutes ces années si belles !

**À mes copains de P1, Loloye, Chacha, Sese et Boudz**, merci d'avoir été à mes côtés pendant cette année si difficile et pour tous les moments que l'on a partagé ensemble.



## **À mes amies d'enfance,**

**Léa**, ma plus vieille amie, merci pour cette amitié que l'on partage depuis 18 ans maintenant. Même à l'autre bout du monde, tu gardes toujours une place particulière. J'ai hâte de pouvoir venir te voir.

**Mathilde**, ma Rodinette, merci pour toutes ces années d'amitié depuis le collège. Merci de m'avoir toujours accueillie la porte grande ouverte et d'avoir été à mes côtés pendant toutes ces années !

**Lisa**, ma Didiiii, ma copine de bus, merci pour tous ces moments partagés et pour ces soirées à Ste Co. Merci de toujours porter attention à mon bien-être, notre amitié est très précieuse à mes yeux.

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	10
INTRODUCTION.....	12
1. LA SURDITÉ : GÉNÉRALITÉS.....	14
1.1. Définitions et chiffres.....	14
1.2. Classification des surdités.....	15
1.2.1. Selon le caractère uni ou bi-latéral.....	15
1.2.2. Selon l'importance du déficit.....	16
1.2.3. Selon le mécanisme.....	17
1.3. Diagnostic.....	19
1.3.1. L'acoumétrie.....	20
1.3.2. L'audiométrie tonale.....	20
1.3.3. L'audiométrie vocale.....	21
1.3.4. L'impédancemétrie ou tympanométrie.....	21
1.3.5. Les potentiels évoqués auditifs précoces.....	23
1.3.6. Les otoémissions acoustiques (OA).....	24
1.3.7. L'électrocochléographie.....	25
1.4. Étiologies.....	25
1.4.1. Des surdités de transmission.....	26
1.4.2. Des surdités de perception.....	26
1.5. L'identité sourde.....	27
1.5.1. Les modes de communication.....	27
1.5.2. Approche sociologique de la surdité.....	29
2. ENFANTS DÉFICIENTS AUDITIFS ET SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : ÉTUDE DE TERRAIN.....	33
2.1. Objectif de l'étude.....	33
2.2. Matériel et méthodes.....	33
2.2.1. Schéma et échantillon de l'étude.....	33
2.2.2. Variable d'intérêt.....	34
2.2.3. Recueil des données.....	34
2.2.3.1. Élaboration du questionnaire.....	35
2.2.3.2. Diffusion du questionnaire.....	36
2.2.4. Stratégies d'analyse.....	36
2.3. Résultats.....	37
2.3.1. Analyse descriptive.....	37
2.3.1.1. Chez les parents.....	37
2.3.1.2. Chez les étudiants en odontologie.....	43
2.3.2. Analyse comparative.....	45
2.3.2.1. Chez les parents.....	45
2.3.2.2. Chez les étudiants en odontologie.....	46
2.3.2.3. Analyse comparative des deux études.....	47
2.3.2.4. Analyse de la littérature.....	48

3. ÉLABORATION D'UNE PLAQUETTE INFORMATIVE À DESTINATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES.....	56
3.1. Objectif : Pourquoi réaliser cette plaquette ?.....	56
3.2. Règles d'élaboration de la plaquette.....	57
3.2.1. La forme.....	58
3.2.2. Le contenu.....	59
3.3. Élaboration de la plaquette.....	60
3.3.1. La forme.....	60
3.3.2. Le contenu.....	60
4. DISCUSSION.....	69
CONCLUSION.....	73
ANNEXES.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	80

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Tableau de la classification audiométrique des surdités.....	16
Figure 2 : Classification des surdités de l'enfant.....	18
Figure 3 : Différents types de surdité en audiométrie tonale.....	20
Figure 4 : Audiométrie vocale.....	21
Figure 5 : Différents résultats possibles de l'impédancemétrie.....	22
Figure 6 : Potentiels évoqués auditifs précoces : réponse normale (à gauche) et anormale (à droite).....	23
Figure 7 : Aspect normal des otoémissions acoustiques provoquées chez un nouveau-né.....	24
Figure 8 : Âge des enfants sourds de l'étude.....	37
Figure 9 : Sexe des enfants de l'étude.....	38
Figure 10 : Fréquentation d'un institut spécialisé pour enfant sourd.....	38
Figure 11 : Consultation chez un dentiste.....	38
Figure 12 : Type de dentiste consulté.....	38
Figure 13 : Fréquence de consultation.....	39
Figure 14 : Motif de consultation.....	39
Figure 15 : Fréquence du brossage dentaire chez les enfants de l'étude.....	39
Figure 16 : Enseignement à l'hygiène dentaire.....	39
Figure 17 : Déroulé du rendez-vous chez le dentiste.....	39
Figure 18 : Besoin de soins dentaires.....	40
Figure 19 : Réalisation possible des soins.....	40
Figure 20 : Cause impliquée dans l'impossibilité de réaliser les soins.....	40
Figure 21 : Déroulé du rendez-vous chez le dentiste.....	40
Figure 22 : Explications données par le dentiste avant les soins.....	41
Figure 23 : Satisfaction des parents sur la prise en charge.....	41
Figure 24 : Mode de communication des enfants sourds avec le dentiste.....	41
Figure 25, 26 et 27 : Avis des parents sur les différents modes de communication (écrit, lecture labiale, interprète).....	42
Figure 28 : Participation des étudiants à l'optionnel.....	43
Figure 29 : Prise en charge d'un enfant sourd.....	43
Figure 30 : Difficultés rencontrées par les étudiants.....	43
Figure 31 : Tableau des suggestions proposées par les étudiants sur l'attitude à adopter avec un enfant sourd.....	44
Annexe 1 : Questionnaire destiné aux parents d'enfants sourds.....	75
Annexe 2 : Règles d'édition et de composition d'un guide de bonnes pratiques.....	77
Annexe 3 : Plaquette « COMPRENDRE ET MIEUX PRENDRE EN CHARGE UN ENFANT SOURD ».....	78

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

- dB : décibels
- ROR : Rougeole – Oreillons – Rubéole
- Hz : Hertz
- PEA : Potentiels Évoqués Auditifs
- PEAA : Potentiels Évoqués Auditifs Automatisés
- OA : Otoémissions Acoustiques
- OAP : Otoémissions Acoustiques Provoquées
- CMV : Cytomégalovirus
- LSF : Langue des Signes Française
- INJS : Institut National des Jeunes Sourds
- CAL : Centre Audition Langage
- CESDA : Centre d'Éducation Spécialisée pour Déficients Auditifs
- ANPES : Association Nationale de Parents d'Enfants Sourds
- CVI : Ciments Verres Ionomères
- EVA : Échelle Visuelle Analogique
- MEOPA : Mélange Équimolaire d'Oxygène et Protoxyde d'Azote
- CES : Certificat d'Études Supérieures
- DU : Diplôme Universitaire

# INTRODUCTION

Avec un enfant sur 1000 qui naît sourd, la surdité est le handicap sensoriel le plus représenté au sein de la population française, et représente ainsi un véritable enjeu de santé publique.

En effet, lorsque l'acquisition de la surdité est précoce et les moyens de communication pour l'apprentissage non adaptés, elle peut être à l'origine d'un retard d'acquisition du langage et peut compromettre l'insertion scolaire mais aussi sociale des personnes atteintes de ce handicap.

En santé, le schéma se répète et l'accessibilité à l'information est souvent problématique. Les professionnels n'adaptent pas toujours leurs modes de communication aux besoins de ces patients. (1) (2) Il est aisé d'enseigner les bonnes pratiques bucco-dentaires à un enfant entendant, mais sans les mots, il devient beaucoup plus difficile de transmettre le message.

Cette difficulté de communication est au cœur de la relation patient Sourd - soignant et amène parfois les Sourds à renoncer aux soins. La communication est pourtant primordiale dans notre exercice, elle permet de tisser une relation de confiance pour garantir le bon déroulement des séances de soins. Dans la relation Sourd – entendant, cet obstacle de communication ne concerne pas que le Sourd, il est présent de part et d'autre, et les dentistes doivent le reconnaître pour le prendre en compte.

L'objectif de notre travail a donc été d'évaluer les enjeux spécifiques de la prise en charge d'un enfant sourd et de développer des stratégies pour l'améliorer afin d'éviter une exclusion du système de soin.

Pour cela, nous avons, dans un premier temps, effectué une enquête de terrain afin d'évaluer les besoins bucco-dentaires des enfants sourds, à la fois en soins mais aussi en efforts de communication. Elle a été réalisée par l'intermédiaire de questionnaires distribués, d'une part, aux parents d'enfants sourds, et, d'autre part aux étudiants en odontologie.

Une fois les résultats recueillis, il nous a paru évident de les exploiter afin de produire un outil d'information à destination des chirurgiens-dentistes. Nous avons donc, dans un second temps, analysé et utilisé ces résultats, en corrélation avec les données de la littérature, pour réaliser une plaquette informative. Le but de cette plaquette serait de guider les chirurgiens-dentistes dans la prise en charge des enfants sourds, en leur donnant des conseils simples sur le comportement à adopter avec ces patients. Elle propose aussi des pistes d'action en cas d'incapacité ou d'échec de prise en charge.

# **1. LA SURDITÉ : GÉNÉRALITÉS**

## **1.1. Définitions et chiffres**

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la déficience auditive se définit comme « l'incapacité à entendre aussi bien que quelqu'un dont l'audition est normale », le seuil étant de 25dB ou mieux dans les deux oreilles. Cette définition englobe à la fois les malentendants et les sourds. (3)

Une distinction existe entre ces deux termes. En effet, l'audition est une fonction qui peut être plus ou moins altérée et il existe différents degrés de surdité (légère, moyenne, sévère, profonde, totale).

Le terme « malentendant » souligne que l'audition de la personne concernée, bien qu'incomplète, conserve une certaine fonctionnalité. Les personnes malentendantes communiquent généralement par la parole.

Les « sourds », eux, souffrent majoritairement d'une perte d'audition profonde voire totale, ils n'entendent plus ou pratiquement plus. Leur surdité est souvent congénitale ou apparue dans la petite enfance. Ils utilisent souvent la langue des signes. (4)

La déficience auditive est le handicap sensoriel qui touche le plus de personnes en France. C'est un problème de santé publique en raison des chiffres élevés de prévalence et de la répercussion sur le développement de la communication, sur la scolarité et l'insertion sociale ultérieure de l'enfant.

*La déficience auditive et la surdité en quelques chiffres : (5) (6) (7)*

- 466 millions de personnes, dans le monde, souffrent d'une déficience auditive handicapante, c'est-à-dire une perte supérieure à 40 dB chez l'adulte et supérieure à 30 dB chez l'enfant ;
- 34 millions d'entre elles sont des enfants ;



- Plus de 30% des cas de déficience auditive des enfants sont dues à des maladies comme la rougeole, les oreillons, des otites moyennes chroniques, etc ;
- 60% des cas de déficiences auditives de l'enfant seraient évitables par des mesures de santé publique (par exemple, la vaccination ROR).
  
- En France, 7 millions de personnes déclarent au moins une déficience auditive (11,2% des français) ;
- 182 000 ayant une surdité complète ;
- Plus de 80% des surdités de l'enfant sont présentes dès la naissance ;
- 1 enfant sur 1000 naît sourd profond ;
- A 3 ans, la prévalence des surdités sévères et profondes est de 3/1000 ;
- 283 000 personnes utilisent la Langue des Signes Française en 2008.

## 1.2. Classification des surdités

Il existe différentes classifications des surdités. Ci-dessous est proposée une classification clinique prenant en compte trois critères majeurs, à savoir : le caractère uni- ou bilatéral de la surdité, le degré de perte auditive et le mécanisme de l'atteinte.

D'autres paramètres entrent également en jeu comme l'âge d'apparition, le caractère syndromique ou non syndromique, l'existence d'un handicap associé. (8)

Au cours de cette thèse, nous allons nous intéresser à la prise en charge des enfants atteints de surdité pré-linguale, c'est-à-dire apparue avant l'apprentissage de la parole.

### 1.2.1. Selon le caractère uni ou bi-latéral

Les surdités unilatérales vont avoir peu d'impact sur le développement du langage et sur la communication de l'enfant.

A l'inverse, les surdités bilatérales vont, en fonction du degré de perte auditive, perturber plus ou moins fortement le développement du langage et la communication de l'enfant.

## 1.2.2. Selon l'importance du déficit

En se basant sur la perte en décibels aux fréquences de 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz et 4000 Hz, on classe les surdités en :

- Surdité légère de 21 à 40 dB de perte
- Surdité moyenne de 41 à 70 dB de perte
- Surdité sévère de 71 à 90 dB de perte
- Surdité profonde : plus de 91 dB de perte
- Surdité totale ou cophose : perte de 120 dB.

TYPE DE SURDITE	DEFINITION	CONSEQUENCES / RECOMMANDATIONS
Audition normale ou subnormale	Perte < 20 décibels (dB)	
Surdité légère	Perte de 21 à 40 dB	Parole perçue à voix normale mais mal à voix basse ou chuchotée, pas de retard dans l'acquisition du langage, défauts d'articulation occasionnels
Surdité moyenne	1er degré : perte de 41 à 55 dB 2nd degré : perte de 56 à 60 dB	Parole perçue à voix forte. Retentissement variable selon le degré de perte, compensation par la mise en place de stratégies de lecture labiale, évaluation orthophonique, encadrement prothétique : aides auditives.
Surdité sévère	1er degré : perte de 71 à 80 dB 2nd degré : perte de 81 à 90 dB	Parole perçue à voix forte près de l'oreille. Communication difficile, retentissement dans l'acquisition du langage oral, r�ducation orthophonique, encadrement prothétique : aides auditives puissantes.
Surdité profonde	1er degré : perte de 91 à 100 dB 2�me degré : perte de 101 à 110 dB 3�me degré : perte de 111 à 119 dB	La parole n'est pas perçue. R�ducation orthophonique, encadrement prothétique : aides auditives surpuissantes ou implant cochléaire.
Surdité totale	Perte > 120 dB	

Figure 1 : Tableau de la classification audiométrique des surdités (9)

Le niveau de 40 dB représente le premier niveau majeur de handicap : la parole n'est perçue que si le locuteur hausse la voix. A 90 dB de perte, la parole n'est plus perçue. Toute fréquence non perçue est notée à 120 dB de perte. (10)

### 1.2.3. Selon le mécanisme

La surdité peut trouver son origine au niveau de l'oreille externe, de l'oreille moyenne, de l'oreille interne et de la voie auditive centrale.

#### **- Les surdités de transmission**

Les surdités de transmission sont les surdités les plus fréquentes chez l'enfant. Elles concernent l'oreille externe (pavillon, conduit auditif externe) ou l'oreille moyenne (tympan, osselets, mastoïde, trompe auditive).

Ce type de surdité est la conséquence de la perte de la fonction d'adaptateur d'impédance de l'oreille moyenne. L'altération du message sonore est seulement quantitative : il n'y a pas de distorsion acoustique car il y a conservation de la conduction osseuse. La perte auditive est au maximum de 60dB.

Dans le cas d'une surdité de transmission, l'enfant perçoit par voie osseuse sa propre voix et peut contrôler son intensité, sa mélodie et son intonation.

#### **- Les surdités de perception**

Aussi appelées surdités neurosensorielles, elles sont liées à une atteinte de l'oreille interne le plus souvent, ou des voies nerveuses. L'altération est à la fois quantitative et qualitative car elles s'accompagnent d'une distorsion acoustique. Le déficit auditif est variable entre 20 et 120 dB.

La surdité de perception permanente est congénitale dans 80% des cas et acquise en période post-natale dans 20%. Lorsqu'elle est congénitale, elle est deux fois sur trois d'origine génétique et une fois sur trois acquise.

On distingue :

- La surdité de perception endocochléaire, elle est due à l'altération des cellules sensorielles de l'oreille interne.

- La surdité de perception rétrocochléaire qui désigne une atteinte du nerf auditif. Elle est généralement profonde et permanente et s'accompagne de troubles du langage.

La surdité de perception congénitale bilatérale profonde représente un handicap sensoriel majeur à l'origine de troubles sévères de la communication.

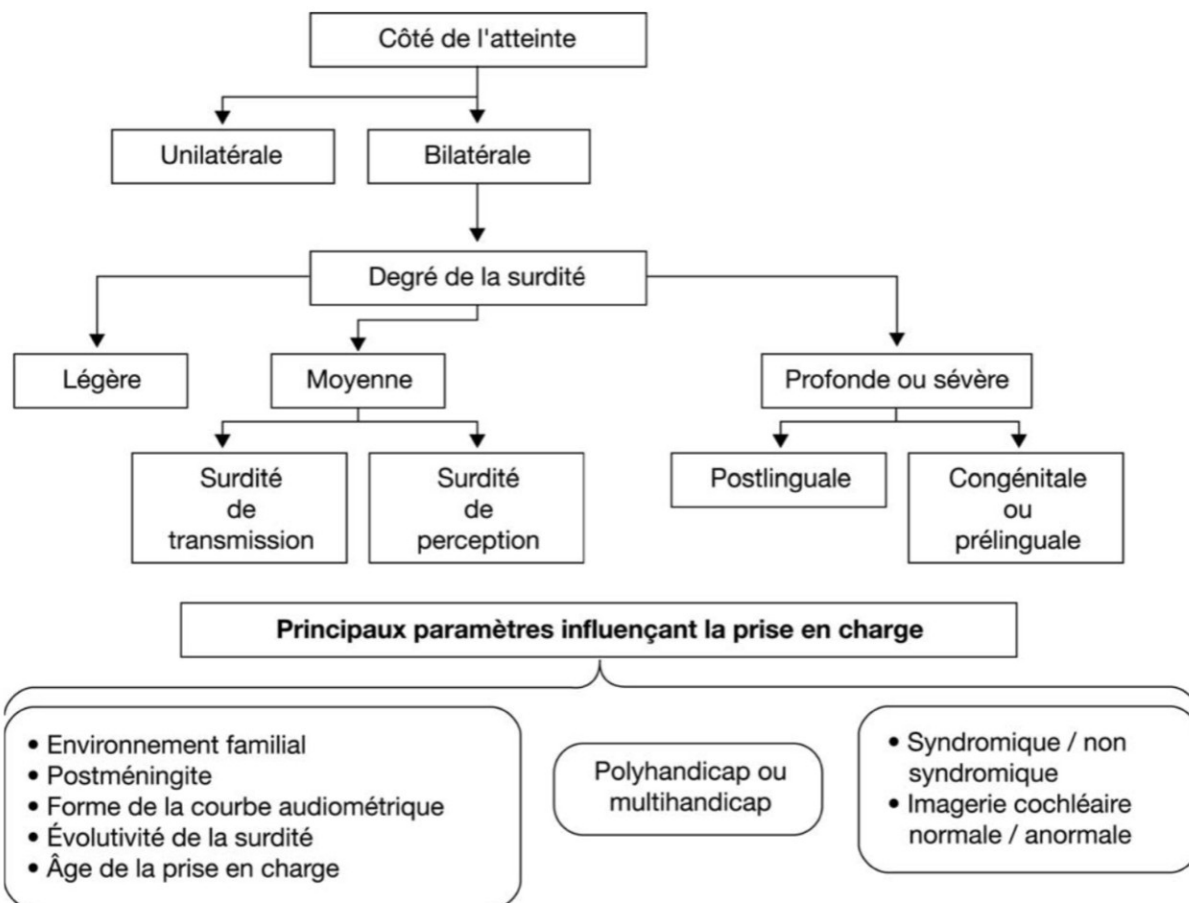


Figure 2 : Classification des surdités de l'enfant (8)

### - Les surdités mixtes

Les surdités mixtes associent une atteinte de l'appareil de transmission et une atteinte neurosensorielle.

### 1.3. Diagnostic

Faire le diagnostic d'une surdité, c'est en préciser son mécanisme (surdité de transmission, de perception ou mixte), son degré par un bilan audiométrique adapté à l'âge de l'enfant, son étiologie, son retentissement sur le développement et les troubles associés.

L'importance du handicap dépend de la date de survenue de la surdité, de sa profondeur, de son caractère uni- ou bilatéral. En effet, les conséquences d'une surdité seront d'autant plus lourdes que celle-ci sera profonde et d'apparition précoce.

L'âge de survenue est primordial : le pronostic est nettement plus favorable lorsque le langage a été préalablement acquis.

L'aspect bilatéral de la surdité engendre également des répercussions majeures sur le développement du langage. (11)

Chez l'enfant, une surdité doit être évoquée devant :

- des antécédents familiaux de surdité,
- l'absence de réaction aux bruits ou d'orientation vers la source sonore (à partir de 6 mois),
- une absence ou un retard d'apparition du langage,
- un langage qui se dégrade (en faveur d'une surdité évolutive),
- des troubles du comportement (agressivité, anxiété, apathie),
- un doute des parents.

Le diagnostic de surdité doit alors être posé le plus rapidement possible et avec précision pour permettre une prise en charge adaptée et la plus précoce possible. (12) (13) (14)

En France, depuis 2012, un dépistage systématique existe et utilise la méthode des Otoémissions Acoustiques Provoquées que nous décrivons plus bas. (15)

Il existe différentes techniques de dépistage de la surdité ; nous allons en présenter ici quelques-unes. (16) (17)

### 1.3.1. L'acoumétrie

Plus d'une quinzaine de tests utilisant des diapasons ont été décrits avant l'ère de l'audiométrie. Seuls quelques uns ont gardé de l'intérêt pour orienter, dès l'examen clinique, sur le type de surdité, comme le Weber ou le Rinne.

### 1.3.2. L'audiométrie tonale

L'audiométrie tonale utilise, comme stimulation, des sons purs de fréquence (Hz) et d'intensités variées (dB) pour déterminer le seuil subjectif liminaire d'audition par voie aérienne (casque) et voie osseuse (vibrateur mastoïdien).

Si l'audition est normale ou s'il existe une surdité de perception, les courbes en conduction osseuse et aérienne sont superposées.

En cas de surdité de transmission, la conduction osseuse est meilleure que la conduction aérienne.

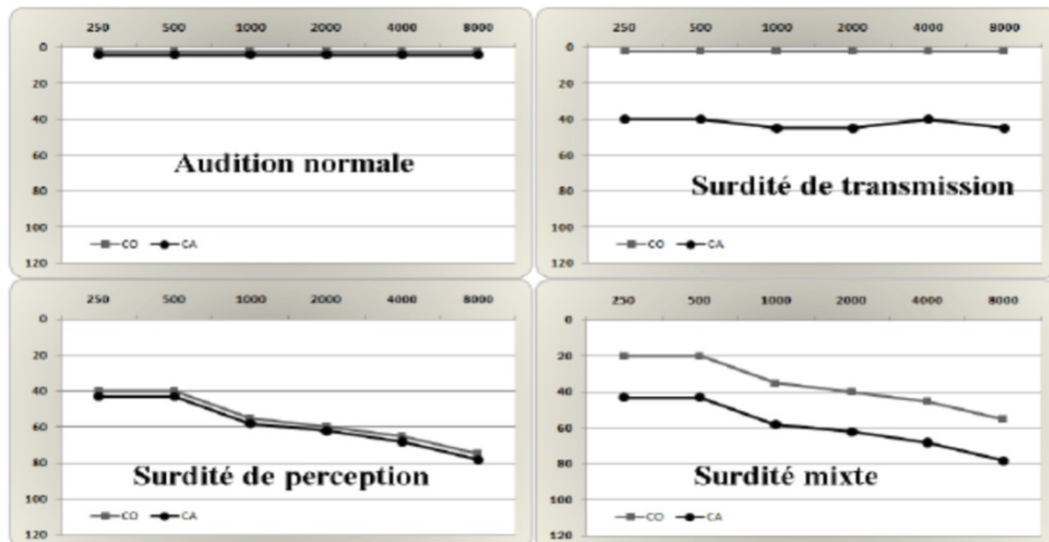


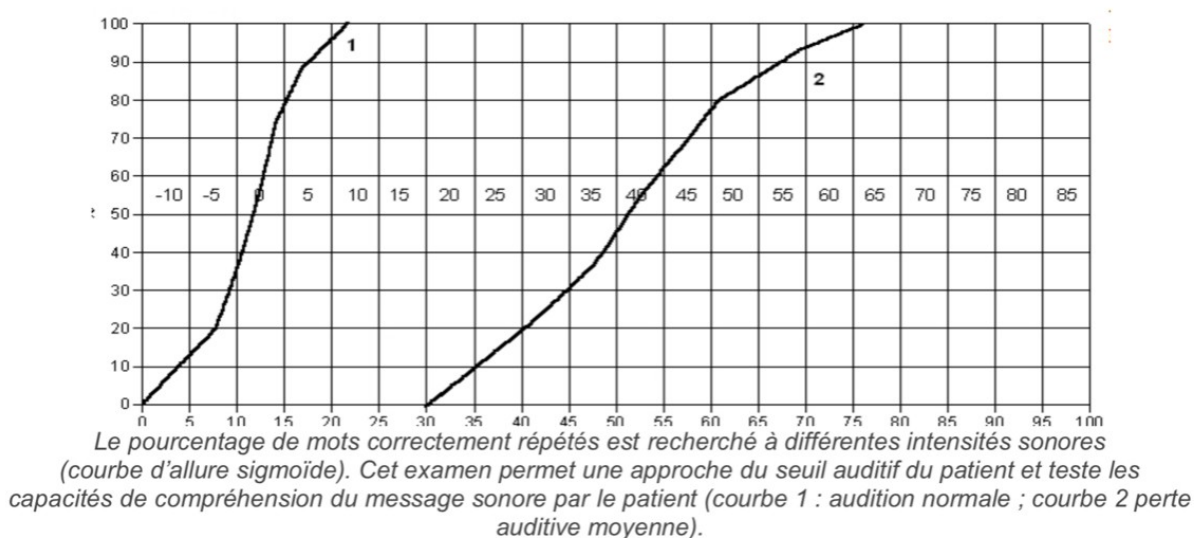
Figure 3 : Différents types de surdité en audiométrie tonale (16)

### 1.3.3. L'audiométrie vocale

L'audiométrie vocale utilise, elle, des sons complexes (phonèmes, mots, phrases). En pratique clinique, il s'agit le plus souvent de listes de mots bisyllabiques.

L'épreuve consiste à étudier le pourcentage de reconnaissance des mots d'une liste en fonction de l'intensité. Elle peut être réalisée au casque testant chaque oreille séparément ou en champ libre testant les deux oreilles simultanément.

Elle complète l'audiométrie tonale en confirmant les seuils et précisant les difficultés de discrimination verbale. C'est un examen global qui teste en réalité une fonction sociale puisqu'il met en cause non seulement l'appareil neurosensoriel de l'audition, mais aussi l'intelligence, la connaissance de la langue, la culture et le pouvoir de suppléance mentale.



**Figure 4 : Audiométrie vocale (16)**

### 1.3.4. L'impédancemétrie ou tympanométrie

La tympanométrie se définit comme la mesure de l'impédance de l'oreille moyenne et de ses modifications lors des changements de pressions appliqués dans le conduit auditif externe. On appelle impédance la capacité d'un système acoustique à transmettre une onde sonore.

Le test consiste donc à envoyer un son dans le conduit auditif externe dont le méat est obturé, et à évaluer la quantité d'énergie sonore absorbée par la membrane tympanique soumise à différentes conditions de pression.

La tympanométrie n'est pas un examen auditif à proprement parlé, ses résultats sont ininterprétables en dehors du contexte clinique. Mais, sa facilité et rapidité d'exécution en font un examen de routine et outil diagnostique complémentaire à l'audiométrie.

Elle fournit de façon objective des renseignements sur l'intégrité du système de transmission de l'oreille moyenne, la pression de l'oreille moyenne et la fonction tubaire.

Son intérêt s'étend à la fonction neuro sensorielle par l'étude du réflexe stapédien. En effet, on peut recueillir la variation d'impédance du système tymano-ossiculaire lors de la contraction du muscle stapédien par stimulation auditive supraliminaires ( $> 80$  dB).

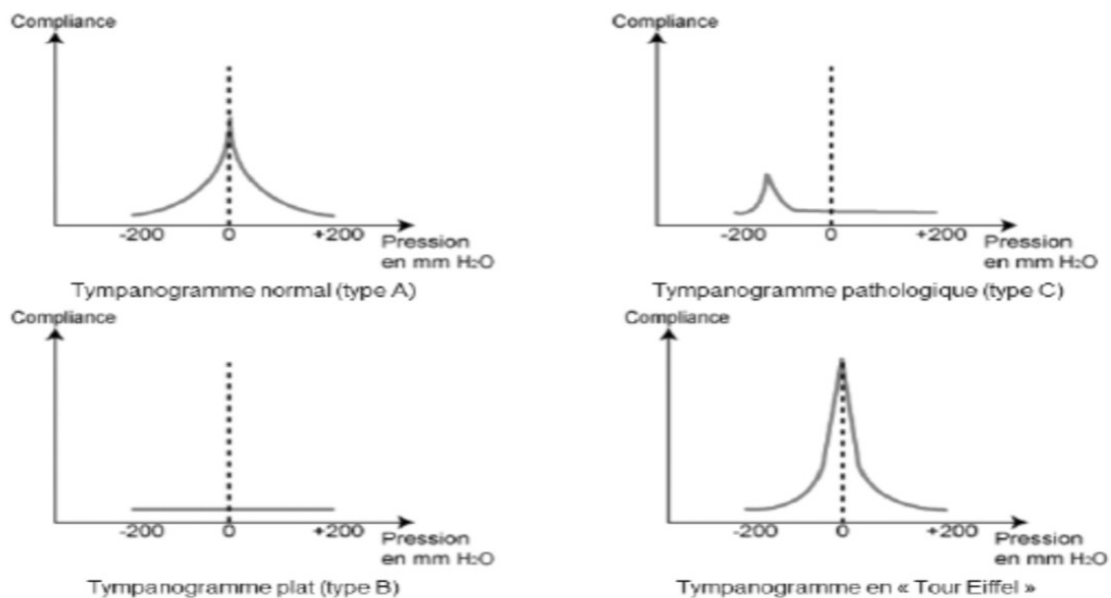


Figure 5 : Différents résultats possibles de l'impédancemétrie (16)



### 1.3.5. Les potentiels évoqués auditifs précoces

Le principe des Potentiels Évoqués Auditifs (PEA) est d'enregistrer par des électrodes de surface des potentiels électriques qui prennent naissance à différents niveaux du système nerveux, en réponse à une stimulation acoustique.

En pratique, les PEA les plus utilisés sont les PEA de latences précoces, dits du tronc cérébral, c'est-à-dire ceux dont le délai d'activation du relais synaptique auditif est rapide : les réponses sont comprises dans les dix premières millisecondes.

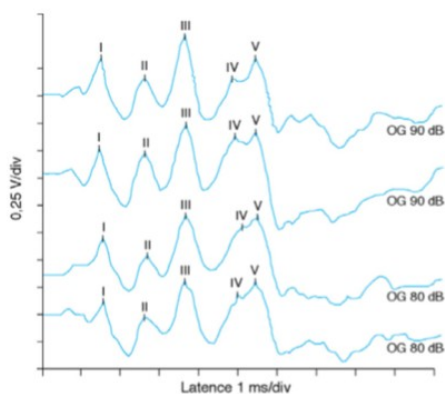


Figure 5.3  
Potentiels évoqués auditifs précoces : aspect normal pour des stimulations supraliminaires.

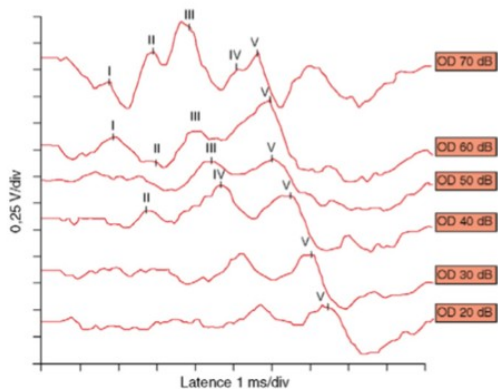


Figure 5.4  
Potentiels évoqués auditifs précoces : réponses normales. Détermination du seuil auditif objectif chez un sujet normal. Dans ce cas, le seuil est à 20 dB.

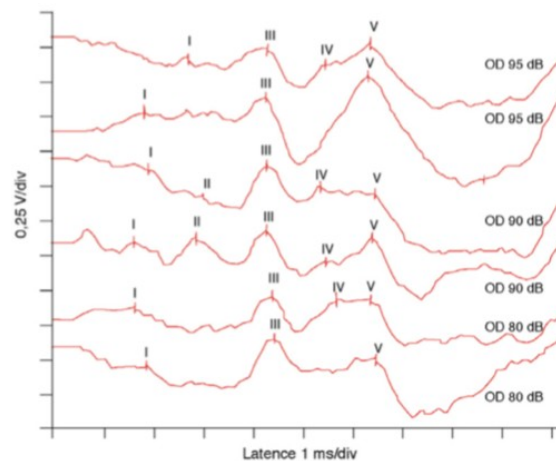
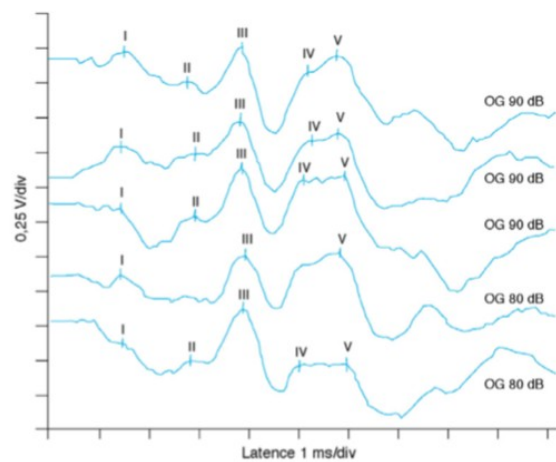


Figure 5.6  
Neurinome de l'acoustique du côté droit : allongement des latences des ondes du côté droit par rapport au côté gauche.

Figure 6 : Potentiels évoqués auditifs précoces : réponse normale (à gauche) et anormale (à droite) (17)

Le développement des potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAA) présente un véritable intérêt clinique dans la détermination des seuils d'audition chez un enfant. En effet, les techniques d'audiométrie comportementale décrites précédemment utilisent des tests entraînant la réaction de l'enfant mais l'interprétation de ces réactions est subjective et peut être source d'erreurs.

### 1.3.6. Les otoémissions acoustiques (OA)

Les Otoémissions Acoustiques (OA) correspondent au son émis par la contraction des cellules ciliées externes. Elles sont transmises de manière rétrogrades par la chaîne ossiculaire jusqu'à la membrane tympanique et au conduit auditif externe, où elles sont alors enregistrables par une sonde acoustique miniaturisée placée dans le conduit auditif externe.

Les OA peuvent être spontanées, présentes en l'absence de toute stimulation sonore, ou apparaître en réponse à un stimulus acoustique. Ce sont ces dernières, les OA provoquées, qui sont utilisées en audiologie pratique.



1. Tracé des otoémissions. 2. Analyse spectrale des otoémissions (en rouge). 3. Données statistiques.

Figure 7 : Aspect normal des otoémissions acoustiques provoquées chez un nouveau-né

L'enregistrement des OA constitue un test très intéressant pour le dépistage de la surdité chez le nouveau-né : elle est non invasive, simple, rapide (1 mn), fiable d'exploration du fonctionnement des cellules ciliées externes dont on sait qu'elles sont les premières à disparaître en cas d'atteinte cochléaire. (14)

Elle permet de séparer rapidement la population testée en deux groupes :

- OAP présentes : le système auditif périphérique est intègre (perte auditive inférieure à 30 dB) ;
- OAP absentes : nécessité de poursuivre l'exploration auditive (audiométrie comportementale, PEA...).

### 1.3.7. L'électrocochléographie

L'électrocochléographie est un examen électrophysiologique qui permet l'enregistrement des potentiels électriques de l'organe de Corti et des fibres nerveuses constituant le nerf auditif à l'intérieur de la cochlée, en réponse à une stimulation sonore. Ces phénomènes électriques sont enregistrés grâce à une électrode qui doit être posée le plus proche possible de la cochlée (membrane de la fenêtre ronde).

L'électrocochléographie est complémentaire aux PEA, sa sensibilité pour détecter une activité cochléaire est supérieure à ces derniers. Ainsi, lorsqu'aucune réponse n'est retrouvée sur un tracé de PEA, elle peut mettre en évidence la présence d'un reste auditif ou d'un potentiel microphonique.

## 1.4 Étiologies

La surdité de l'enfant diffère de la surdité de l'adulte pour deux raisons principales : elle survient chez un enfant qui a besoin de son audition pour développer son langage oral et les étiologies des surdités de l'enfant sont différentes de celles de l'adulte. (8) (18)

#### 1.4.1. Des surdités de transmission

##### - **Etiologie environnementale**

La surdité de transmission, accessible à un traitement médical et/ou chirurgical est acquise dans les 99% des cas.

Elle peut être due à :

- un bouchon de cérumen ou un corps étranger bloquant le canal auditif
- une otite séreuse
- une otite chronique
- un traumatisme : perforation du tympan, disjonction ossiculaire.

##### - **Etiologie congénitale**

Elles sont peu nombreuses, mais il existe aussi des surdités de transmission congénitales :

- les aplasies majeures
- les aplasies mineures
- les enchondromes
- les aplasies génétiques mais d'apparition secondaire.

#### 1.4.2. Des surdités de perception

##### - **Etiologie génétique** (19) (20)

Deux tiers des surdités de perception de l'enfant sont d'origine génétique. Selon le mode de transmission du gène, elles peuvent être : autosomiques récessives (80% des cas), autosomiques dominantes (15%), liées à l'X n'atteignant que les garçons (rare) ou mitochondriales transmises par la mère à tous ses enfants (exceptionnel).

Quel que soit le mode de transmission, elles sont **isolées** dans 70% des cas ou **associées à un syndrome** polymalformatif dans les 30% restants.

Parmi les formes isolées, il existe une forme de surdité autosomique récessive DFNB1, due à des mutations du gène de la connexine 26, dont la prévalence est particulièrement élevée. Elle est accessible au diagnostic moléculaire.

Pour les formes syndromiques, les syndromes impliqués sont : le syndrome de Pendred, le syndrome d'Usher, le syndrome de Jervell Lange-Nielsen, le syndrome de Waardenburg, le syndrome de Stickler, le syndrome d'Alport, le syndrome Branchio-Oto-Rénal, etc.

### - **Etiologie environnementale**

La surdité de perception est acquise dans un tiers des cas. Les différentes affections en cause peuvent intervenir à différents moments, on distingue :

- les affections anténatales de type rubéole, herpès, cytomégalovirus, syphilis, toxoplasmose,
- les affections néonatales dont l'anoxie, les traumatismes obstétricaux, les infections telle que la méningite, l'utilisation de substances ou médicaments ototoxiques (ex. thalidomide, alcool),
- et les affections post-natales infectieuses (méningite, CMV), médicamenteuses (aminosides), traumatiques (fracture du rocher).

## 1.5 L'identité sourde

### 1.5.1. Les modes de communication

Afin d'optimiser la compréhension des pages suivantes présentant l'identité sourde sous différents aspects, il convient de définir les différents moyens de communication utilisés par les personnes sourdes. (21) (22)

## ***L'oralisation***

On parle d'oralisation lorsqu'une personne sourde s'exprime verbalement. Elle découle d'un apprentissage par sensibilisation et mémorisation des sonorités de la langue française.

L'oralisation peut faciliter l'échange entre personnes sourdes et personnes entendantes mais elle demeure un exercice difficile pour la personne sourde.

## ***La lecture labiale***

Elle consiste à décoder des mots sur le mouvement des lèvres. Elle ne permet la reconnaissance que de mots connus. Les sosies labiaux étant innombrables, ce décodage reste très aléatoire. Les rythmes de parole, très variés, influent aussi, ainsi que le contexte (contre-jour, obstacle...).

Cette méthode ne permet de restituer qu'environ 40 % du message émis. Tout comme l'oralisation, la lecture labiale doit s'apprendre avec l'orthophoniste et est très fatigante si elle doit être continue.

## ***Le langage parlé complété***

Le langage parlé complété, à ne pas confondre avec la langue des signes, est une méthode qui s'ajoute à la parole pour les enfants oralisant ou à la lecture labiale. Elle consiste à associer aux syllabes dont la distinction est difficile le signe qui s'y rapporte, afin d'éviter la confusion.

## ***Le français écrit***

Il s'agit d'écrire les mots sur un support afin de communiquer avec le sourd. Mais il faut savoir que les Sourds ont un rapport très difficile avec l'écrit. Ils ne sont pas analphabètes, ils peuvent connaître de nombreux mots mais être illettrés : le sens du texte leur échappe.

Une certaine forme de discours, ainsi que la chronologie des événements devront être respectées. Par exemple, si en français on dit « On fera le détartrage après la radiographie », en langue Sourde cela se dira : « Radiographie - fini - détartrage ».

### ***Les pictogrammes***

Les illustrations et les pictogrammes rendent le document écrit plus visuel et permettent de transmettre l'information aux personnes les moins à l'aise avec l'écrit.

### ***La Langue des Signes Françaises (LSF)***

La LSF est une langue à part entière, avec sa propre grammaire et sa propre syntaxe. Chaque signe est une combinaison de plusieurs éléments simultanés : forme et orientation de la main, emplacement dans l'espace, direction du mouvement de la main et du corps, expressions du visage.

Longtemps négligée ou interdite, la Langue des Signes Française est aujourd'hui au cœur de l'éducation des Sourds : elle est considérée comme « la langue naturelle des sourds ».

De nombreux Sourds n'ont pas connu l'usage de la LSF par les enseignants ni bénéficié d'une éducation oraliste réussie, certains d'entre eux se trouvent en situation d'échec professionnel. Il est primordial de prendre en considération ce constat pour comprendre et apprécier leurs revendications.

#### 1.5.2. Approche sociologique de la surdité (21) (23) (24)

La surdité fait l'objet de plusieurs représentations. Longtemps appréhendée uniquement sous l'aspect biomédical, elle devient depuis plusieurs années un objet de recherche culturelle. Cette approche repose sur la distinction entre sourd (condition physiologique) et Sourd (identité culturelle positive).

L'analyse biomédicale de la surdité est basée sur la perte auditive et les handicaps qui en découlent, faisant des personnes entendantes une norme de référence. Elle supporte un travail de rééducation de la parole, et légitime l'essor d'implants cochléaires et du dépistage génétique.

L'approche culturaliste, elle, reconnaît à la surdité un caractère et une vision du monde propres, mettant en avant des pratiques visuelles partagées par des collectifs de sourds, dont l'usage de la langue des signes. Il n'y aurait pas ici de corps déficient à réparer.

Bien qu'elles soient différentes, ces deux approches mettent toutes deux en avant la spécificité de la personne sourde, sa différence (physique ou sociale). En effet, l'identité Sourde n'a de sens qu'en opposition aux entendants, et vice versa. La relation Sourd-entendant est donc au cœur de la construction identitaire du Sourd.

### *Surdité comme stigmat*

Au sein du monde entendant, l'approche médicale et stigmatisante de la surdité est très prégnante : la personne sourde est perçue comme ayant un déficit physiologique qu'il faut nécessairement combler afin d'assurer son insertion parmi les entendants.

La surdité étant une caractéristique invisible, son identification nécessite une entrée en contact avec la personne sourde. Dès lors, l'entendant identifie certains attributs comme des stigmates et considère le sujet sourd comme étant « hors norme ». Il s'agit de la langue des signes, des appareils auditifs ou implants cochléaires ou encore de la parole.

Longtemps prohibée, la langue des signes attire encore aujourd'hui la curiosité des entendants par son caractère inhabituel.

L'oralisation, quant à elle, est différente de celle des entendants : lorsque le Sourd se met à parler, la façon dont il parle ne correspond pas aux attentes de l'entendant. Dans l'imaginaire entendant, cette oralisation imparfaite engendre parfois une impression d'incompétence d'ordre mental.



L'incapacité physique de la personne sourde déborde alors sur une supposée incapacité intellectuelle. Cette association durable entre surdité et déficience intellectuelle explique que les Sourds restent méfiants face au corps médical.

De ce processus de stigmatisation, naît, dans l'esprit des entendants, un processus d'homogénéité : tous les sourds se ressemblent parce qu'ils sont sourds. Ce regard de normalisation que porte la société entendante sur les personnes sourdes a, sans aucun doute, un impact sur l'estime de soi que peuvent avoir les jeunes sourds et donc, sur leur construction personnelle. Cette perception de soi à travers le regard de l'autre a d'autant plus d'impact lorsque l'on prend en considération le fait que la majorité des enfants sourds naissent de parents entendants.

Au sein des familles d'enfants sourds, la surdité est perçue et abordée très souvent d'un point de vue médical. Cependant, de plus en plus, les parents s'intéressent à la culture sourde et à la langue des signes, permettant une meilleure connexion entre les deux mondes. En effet, le rapprochement d'un entendant au monde des sourds change souvent ses représentations : d'une perception médicale de la surdité, il se dirige de plus en plus vers une définition culturelle de celle-ci.

### *Vers une approche culturaliste*

Dans l'approche médicale de la surdité, le sourd est considéré comme « handicapé » dans une société où la norme est définie par les entendants. Les Sourds, eux, considèrent que la société entendante n'est pas adaptée aux personnes sourdes, c'est la société qui est handicapante. Ils se définissent comme une communauté minoritaire avec une identité positive en fonction d'une culture, d'une langue et d'une histoire.

La langue des signes est le symbole de la culture sourde. Elle est au cœur des revendications qu'ont les sourds quant aux adaptations qu'ils estiment nécessaires au sein de la société entendante.

Le sentiment d'appartenance à la culture sourde est fortement lié à son utilisation. Il n'est pas systématique : en effet, certains sourds, même s'ils reconnaissent l'existence de cette culture, se sentent bien plus proches du monde entendant. Ils utilisent peu la langue des signes et préfèrent l'oralisation et la lecture labiale comme mode de communication.

D'autres, au contraire, mettent en avant avec fierté la langue des signes et demandent la reconnaissance de son statut de langue au même titre que le français. Certains vont même jusqu'à refuser de porter des prothèses auditives, témoignant ainsi un profond attachement à la culture sourde.

Au sein même de la communauté Sourde, le sentiment d'appartenance à la culture sourde varie donc d'un individu à l'autre, et ce tout au long de la vie, en fonction des expériences et des rencontres.

De plus, s'il existe une histoire commune aux Sourds qui transcendent les particularismes nationaux et régionaux, les frontières nationales jouent tout de même un rôle déterminant dans les différences culturelles. En effet, il existe différentes communautés sourdes (québécoise, française, américaine...) et chacune d'entre elle demande la reconnaissance de sa propre langue des signes.

Dès lors, l'idée d'un imaginaire d'homogénéité de la culture sourde doit être démenti. Il semble évident que deux personnes sourdes ne se définissent pas de la même façon, malgré leur appartenance à une identité collective.

L'expression « identité sourde » correspond donc bien plus à une réalité plurielle qu'à un bloc monolithique. Elle se construit en oscillant en permanence entre les différentes représentations de la surdité (médicale, sociale, culturelle) et se définit dans un rapport constant de reconnaissance : de soi, de l'autre, par autrui, sur le plan individuel et sur le plan collectif.

## **2. ENFANTS DÉFICIENTS AUDITIFS ET SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : ÉTUDE DE TERRAIN**

### **2.1. Objectif de l'étude**

Dans la population sourde, l'exclusion sociale et la stigmatisation sont fréquentes. Elles rendent le patient sourd plus vulnérable aux maladies mentales. Leur prévalence est d'ailleurs supérieure à celle déclarée au sein de la population générale. Celles-ci prennent souvent la forme de dépression, induite par un niveau élevé de détresse psychologique.

De plus, l'anxiété dentaire rapportée est élevée, surtout chez les enfants. Elle constitue un obstacle non négligeable à la prestation de soins. Les patients sourds apparaissent alors comme des patients à besoins spécifiques. (25) (26)

L'objectif de notre étude est d'évaluer les besoins spécifiques de la prise en charge bucco-dentaire des enfants sourds en confrontant le point de vue des parents d'enfants sourds à celui des dentistes afin d'analyser le niveau de connaissances des professionnels de santé et de mieux les informer par la suite.

### **2.2. Matériel et méthodes**

#### **2.2.1. Schéma et échantillon de l'étude**

Nous avons mené deux études transversales :

- l'une, auprès des parents d'enfants sourds, dont l'objectif était de recenser les besoins et défauts de prise en charge des enfants sourds,
- l'autre, auprès de soignants en chirurgie dentaire, afin d'évaluer leurs connaissances sur les besoins spécifiques des enfants sourds.

Pour la première étude, la population source était composée, dans un premier temps, de l'ensemble des parents des enfants sourds membres de l'Institut National des Jeunes Sourds (INJS), du Centre Audition et Langage (CAL) et du Centre d'Education Spécialisée pour Déficiants Auditifs (CESDA). Cette population source a été accessible grâce à l'aide du Docteur JONQUET, médecin généraliste responsable de l'Unité d'accueil et de soins des patients sourds de Bordeaux.

Dans un second temps, nous y avons ajouté la population accessible par les groupes ou pages Facebook de Sourds ainsi que celle de l'Association Nationale de Parents d'Enfants Sourds (ANPES).

Pour la seconde étude, la population source était constituée des étudiants en sixième année ou en instance de thèse de l'Université de BORDEAUX.

#### 2.2.2. Variable d'intérêt

Nous avons défini que l'odontologie pédiatrique concerne les enfants de 0 à 15 ans. La population étudiée se limite donc aux enfants sourds de moins de 15 ans.

Pour les dentistes, nous avons choisi une population de jeunes soignants et nous nous sommes donc adressés aux étudiants en dernière année.

#### 2.2.3. Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à partir de deux questionnaires, un pour les parents des enfants sourds et un pour les soignants.

### 2.2.3.1. *Élaboration du questionnaire*

#### → **Questionnaire à destination des parents d'enfants sourds**

Le questionnaire a été réalisé à partir du site internet Google Forms de manière à ce qu'il puisse être diffusé et rempli aisément. Il a été élaboré avec l'aide du Docteur BOULÉ-MONTPEZAT.

Le questionnaire contenait vingt et une questions dont vingt fermées et une ouverte (Annexe 1) :

- les trois premières recueillaient les caractéristiques intrinsèques du sujet : l'âge, le sexe et la fréquentation ou non d'une structure spécialisée pour sourds;

- le deuxième axe de questions (questions 4 à 7 et 9 à 14) visait à évaluer les besoins bucco-dentaires du sujet : sa fréquence de consultation chez un chirurgien-dentiste, ses besoins en soins bucco-dentaires, etc;

- le dernier axe (questions 8 et 15 à 21) abordait l'aspect relationnel entre l'enfant et le chirurgien dentiste : types de communication, difficultés rencontrées, etc.

La dernière question proposait à l'enfant ou au parent de l'enfant de soumettre des suggestions pour améliorer la communication entre l'enfant sourd et le chirurgien-dentiste au cabinet dentaire.

Il est disponible à l'adresse suivante :

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfL5M4Q11xIB2nldRbhq9XlublOEW5wMoKNUNKZjhu9-e-rEQ/viewform>

#### → **Questionnaire, à destination des étudiants en chirurgie dentaire**

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire court de cinq questions :

1. Avez-vous participé à l'optionnel « Stage en Unité d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes » au cours de vos études ?
2. Avez-vous déjà pris en charge un enfant sourd ?
3. Si oui, avez-vous ressenti des difficultés ?

4. Si vous avez rencontré des difficultés lors de la prise en charge d'un enfant sourd, quelles étaient ces difficultés ?

5. Selon vous, quel comportement faut-il adopter face à un enfant sourd ? Citer quelques éléments (5 maximum).

Le lien Google Form de ce questionnaire est :

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScCPQdZpsfg1mwILq9KSMbVDp4oMv8xv1IkII4BaB9e4fmS1A/viewform?usp=pp\\_url](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScCPQdZpsfg1mwILq9KSMbVDp4oMv8xv1IkII4BaB9e4fmS1A/viewform?usp=pp_url).

#### *2.2.3.2. Diffusion du questionnaire*

→ Le questionnaire pour parents d'enfants sourds a été envoyé par courriel aux institutions (INJS, CAL, CESDA), par l'intermédiaire du Docteur JONQUET, afin qu'elles le transfèrent directement aux parents.

Il a également été relégué par l'intermédiaire de réseaux sociaux (groupes ou pages Facebook consacrés aux Sourds) et à l'ANPES.

Il était accessible via un lien Google Forms permettant de le remplir en ligne en quelques minutes.

L'envoi du questionnaire était précédé d'un texte explicatif précisant l'objectif de l'étude et le sujet du questionnaire.

Seuls les questionnaires entièrement remplis ont été inclus dans l'étude.

→ Le questionnaire pour les étudiants en odontologie a été diffusé par l'intermédiaire de groupe Facebook.

#### 2.2.4. Stratégies d'analyse

Une analyse comparative des données a été effectuée à l'aide du logiciel Excel (Microsoft ©, USA).

## 2.3. Résultats

### 2.3.1. Analyse descriptive

#### 2.3.1.1. Chez les parents

- Axe 1 - Caractéristiques intrinsèques de l'enfant : âge, sexe, fréquentation d'un institut spécialisé

Nous avons recueilli 32 réponses dont 4 ont été exclues de l'étude parce que les enfants avaient plus de 15 ans. Sur les 28 réponses restantes, les âges étaient répartis entre 4 et 15 ans. Aucun enfant n'avait moins de 4 ans. A l'exception de l'âge de 6 ans, chaque tranche d'âge était présente entre 4 et 15 ans.

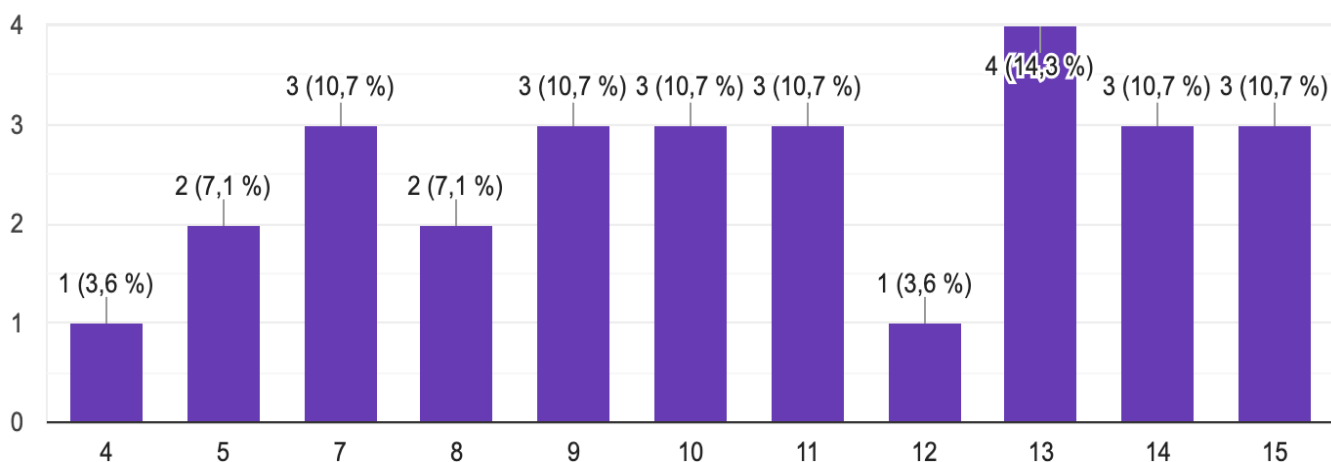


Figure 8 : Âge des enfants sourds de l'étude

Le nombre d'enfants de sexe masculin (57,1%) était supérieur à celui des enfants de sexe féminin (42,9%).

82,1% des enfants fréquentaient une structure d'accueil spécialisée pour enfant sourd, dont la majorité était externe. Seuls 5 enfants ne fréquentaient pas d'institut spécialisé.

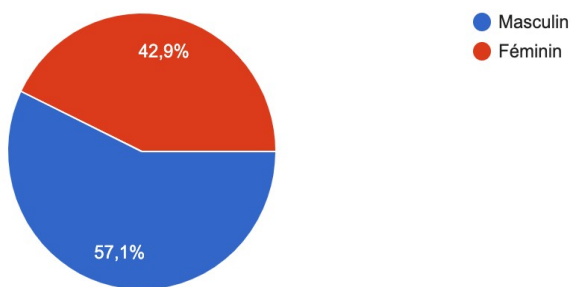


Figure 9 : Sexe des enfants de l'étude

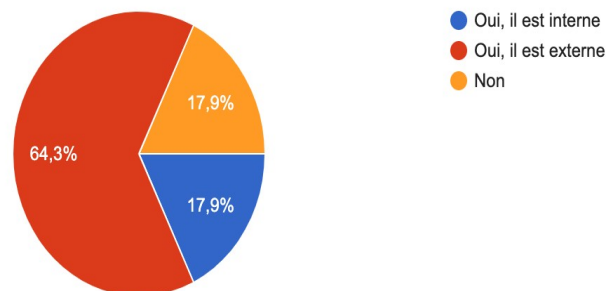


Figure 10 : Fréquentation d'un institut spécialisé pour enfant sourd

- Axe 2 - Besoins bucco-dentaires de l'enfant

Tous les enfants de l'étude ont déjà consulté un chirurgien-dentiste. Lors de leur dernier rendez-vous, la majorité des enfants a consulté un omnipraticien (78,6%), 14,3% a consulté un pédodontiste et 7,1% au sein d'une structure hospitalière.

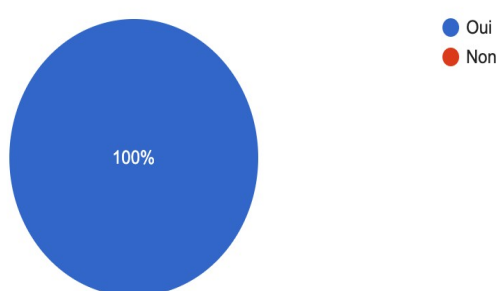


Figure 11 : Consultation chez un dentiste déjà effectuée

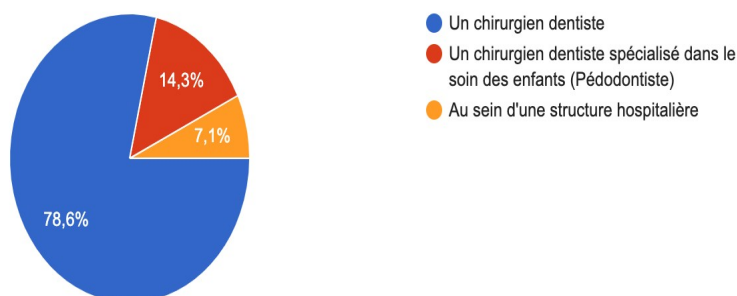


Figure 12 : Type de dentiste consulté



Plus de 85% des enfants consultent un dentiste au moins une fois par an (60,7% une fois par an et 25% deux fois par an). 14,2% des enfants consulte en cas de douleur ou d'urgence.

Lors de leur dernier rendez-vous, les enfants ont majoritairement consulté par prévention (75%). Un enfant a consulté pour de l'orthodontie. Plus de 20% des enfants ont tout de même consulté pour des soins carieux ou une urgence.

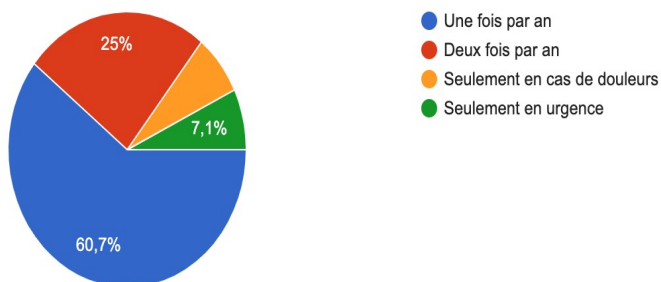


Figure 13 : Fréquence de consultation

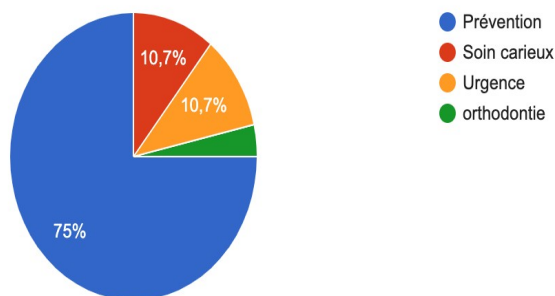


Figure 14 : Motif de consultation

Tous les enfants se lavent les dents tous les jours mais plus de 30% ne se les brossent qu'une fois par jour.

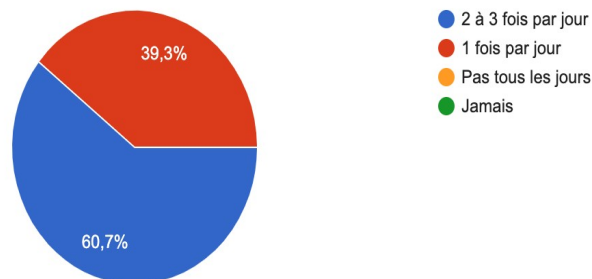


Figure 15 : Fréquence du brossage dentaire chez les enfants de l'étude

Plus de la moitié (53,6%) des parents déclarent pourtant que leur enfant a reçu un enseignement à l'hygiène bucco-dentaire et parmi eux, plus de 93% affirment que cet enseignement était clair et compréhensible par leur enfant.

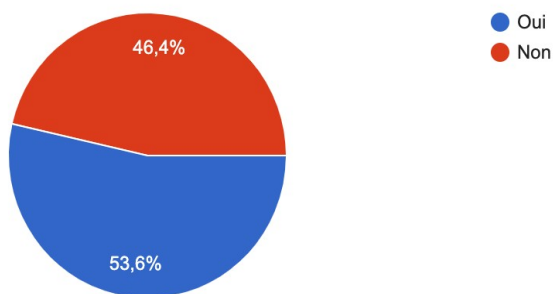


Figure 16 : Enseignement à l'hygiène dentaire

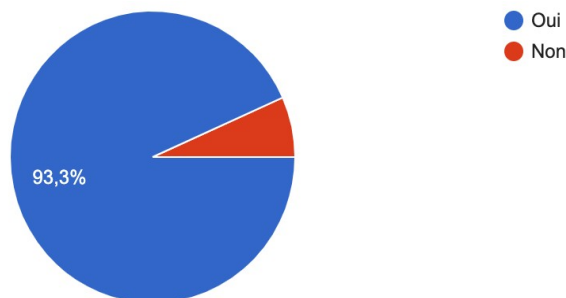


Figure 17 : Compréhension du message

Dans les 43% de parents qui déclarent que leur enfant a besoin de soins dentaires, 58,3% affirment que ces derniers ont pu être réalisés. Il n'y a alors plus que 17,9% des enfants (5 sur 28) qui nécessitent des soins dentaires qui n'ont pas pu être réalisés.

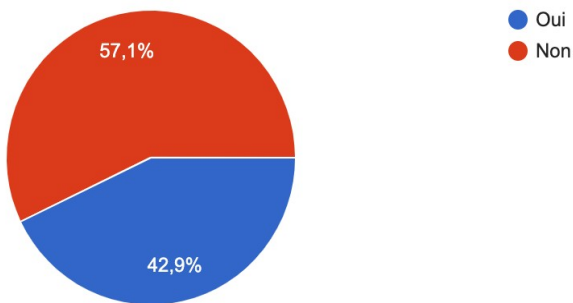


Figure 18 : Besoin de soins dentaires

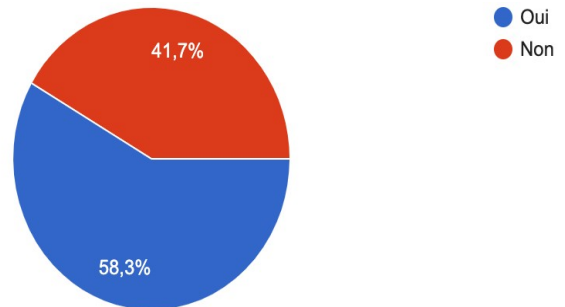


Figure 19 : Réalisation possible des soins

Les causes impliquées sont le manque de communication (40%) et l'anxiété liée aux soins (40%). Un des enfants n'a pas pu être soigné car il était trop jeune pour recevoir les soins dont il avait besoin.

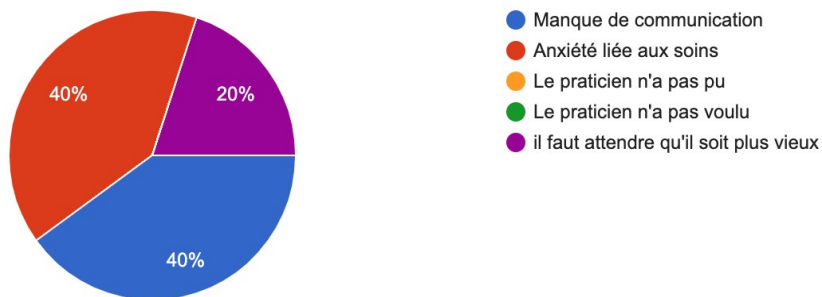


Figure 20 : Cause impliquée dans l'impossibilité de réaliser les soins

• Axe 3 (questions 8, 15 à 21) - Relation de l'enfant avec le chirurgien-dentiste

Pour plus de 80% des enfants, le dernier rendez-vous s'est bien voire très bien déroulé (42,9% très bien et 39,3% bien). Près de 18% auraient néanmoins rencontré des difficultés dont un enfant pour qui le rendez-vous aurait été « très difficile ».

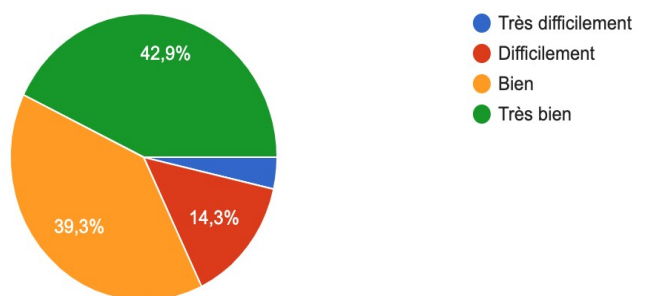
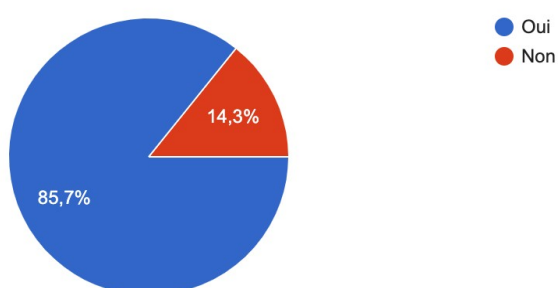
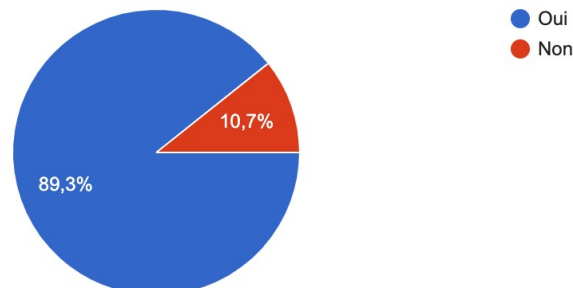


Figure 21 : Déroulé du rendez-vous chez le dentiste

85,7% des parents affirment que leur dentiste cherche à expliquer les soins à l'enfant avant de les débiter et 89,3% sont satisfaits de la prise en charge par leur dentiste. Cet écart est lié au fait qu'un parent soit satisfait de la prise en charge malgré l'absence d'explications de la part du dentiste.

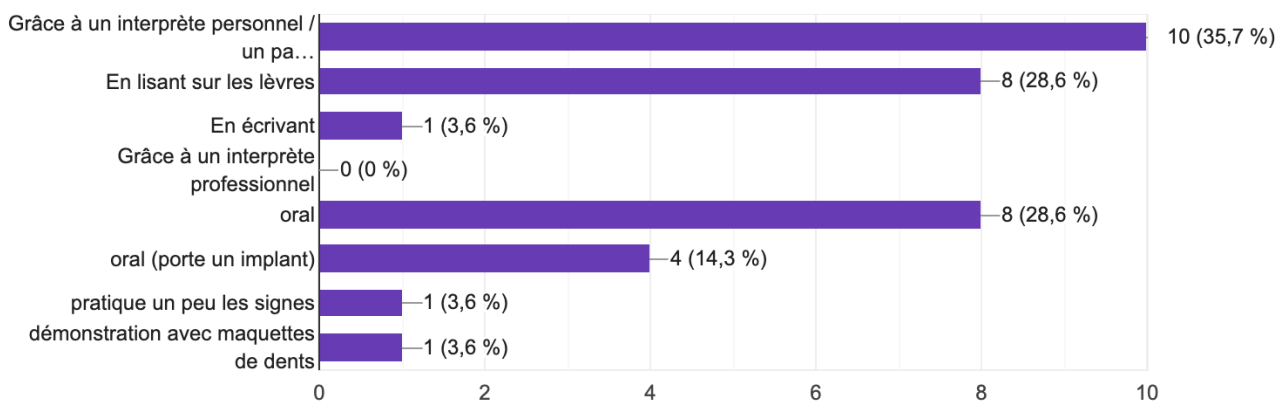


**Figure 22** : Expliquations données par le dentiste avant les soins



**Figure 23** : Satisfaction des parents sur la prise en charge

Plus de 40% des enfants communiquent oralement avec le dentiste dont 14,3% précise qu'ils sont porteurs d'un implant. 35,7% utilise un parent comme interprète et 28,6% utilise la lecture labiale. Un parent déclare que le dentiste pratique un peu les signes en complément de la lecture labiale. L'écrit n'est cité qu'une seule fois comme moyen de communication, tout comme la démonstration avec maquettes. Aucun d'entre eux n'a recours à un interprète professionnel.



**Figure 24** : Mode de communication des enfants sourds avec le dentiste

Plus de la moitié des parents pensent que l'écriture est un bon moyen de communication (53,6%). La lecture labiale est, elle aussi, considérée à 53,6% comme un bon moyen de communication par les parents. Plus de 70% des parents pensent que la présence d'un interprète n'est pas nécessaire à chaque rendez-vous.

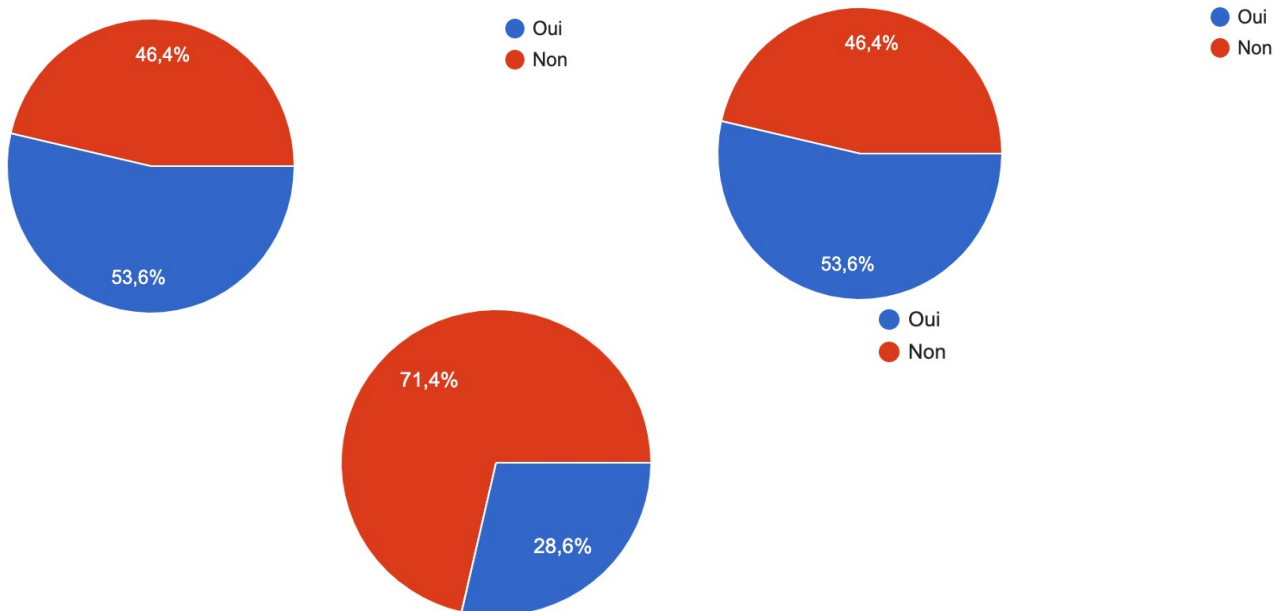


Figure 25, 26 et 27 : Avis des parents sur les différents modes de communication (écrit, lecture labiale, interprète)

- Suggestions de la part des parents

Il n'y a que 46% des participants de l'étude qui a répondu à la question ouverte invitant à proposer des suggestions pour améliorer la communication entre l'enfant et le dentiste. Les suggestions apportées sont les suivantes :

- Utilisation d'images ou de livres pour expliquer
- Empathie, patience et écoute de la part du dentiste
- Se mettre face au patient pour lui parler et retirer son masque
- Montrer et faire toucher les instruments avant de les utiliser
- Éviter l'écrit car l'apprentissage de la lecture est long et difficile
- Faire appel à un interprète est une bonne solution mais onéreuse et implique d'avoir recours à une tierce personne systématiquement
- Apprendre les signes liés au métier de dentiste.

### 2.3.1.2. Chez les étudiants en odontologie

71 étudiants en odontologie ont répondu au questionnaire.

- Participation à l'optionnel

Sur l'ensemble des étudiants ayant répondu, seuls 3 (4,2%) ont participé à l'optionnel « Stage en unité d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes » au cours de leurs études.

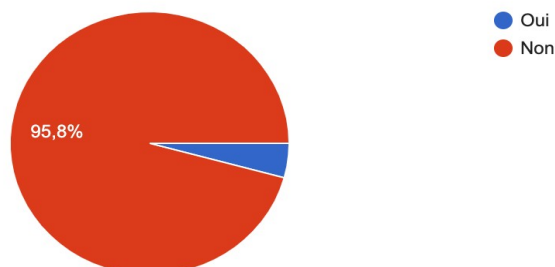


Figure 28 : Participation des étudiants à l'optionnel

- Prise en charge d'un enfant sourd

Plus 85% des étudiants n'ont jamais eu à prendre en charge un enfant sourd. En revanche, parmi ceux qui ont déjà soigné un enfant sourd, 90 % affirment s'être senti en difficulté.

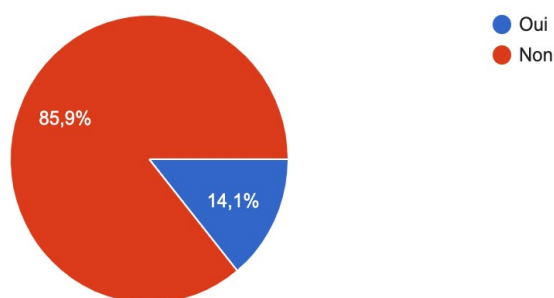


Figure 29 : Prise en charge d'un enfant sourd

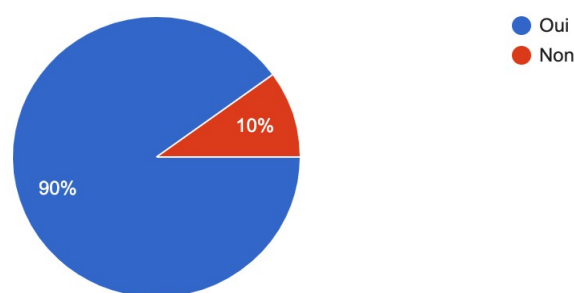


Figure 30 : Difficultés rencontrées par les étudiants

- Difficultés rencontrées

Les difficultés rapportées sont essentiellement centrées autour de la communication (difficulté de compréhension, hypnose conversationnelle impossible, relation directe avec l'enfant compliquée, etc). Ont été également citées des difficultés liées à l'anxiété de l'enfant et des appareils auditifs compliquant la prise de radiographies.

- Comportement à adopter face à un enfant sourd

Chaque étudiant a proposé des suggestions quant au comportement qui lui semblait convenable d'adopter face à un enfant sourd. Les propositions faites par les étudiants ont été regroupées selon leur caractéristique et sont les suivantes :

Comportement suggéré	Pourcentage d'étudiants ayant proposé ce comportement
Adopter une attitude rassurante (calme, patiente, douceur) Adapter le rendez-vous	63 %
Parler lentement et articuler	14 %
Faire appel aux autres sens - Visuel (images, « montrer avant de faire », langage corporel) - Toucher - Odorat	74,6% 8,4% 4,2%
Utiliser l'écrit comme moyen de communication	1,4 %
Rester dans le champ de vision de l'enfant, Éviter de le surprendre	<10%
Retirer son masque ou préférer une visière	12,7 %
S'aider de l'accompagnateur (présence rassurante, interprète)	18,3 %
Chercher avec l'enfant le meilleur moyen de communiquer avec lui	5,6 %
S'assurer que l'enfant ait compris	4,22 %
Apprendre quelques signes	1,4 %
Parler très fort	1,4 %

**Figure 31** : Tableau des suggestions proposées par les étudiants sur l'attitude à adopter avec un enfant sourd

## 2.3.2. Analyse comparative

### 2.3.2.1. *Chez les parents*

- Lien entre le motif du dernier rendez-vous et son déroulé

95% des parents dont les enfants ont consulté par mesure de prévention attestent que leur dernier rendez-vous s'est bien voire très bien déroulé. En revanche, dans les cas où le rendez-vous s'est avéré difficile ou très difficile, la majorité (80%) ont consulté pour une urgence ou une carie. Le fait de consulter par prévention favorise le bon déroulement des rendez-vous.

- Lien entre explications données par le dentiste et la possibilité de réaliser les soins

Dans 75% des cas, les parents dont les enfants n'ont pas pu être soignés pour des raisons extrinsèques à leur personne, révèlent que le dentiste n'a pas cherché à expliquer les soins à l'enfant avant de commencer. Celui qui a essayé s'est retrouvé confronté à des difficultés de communication qui ont entravé la réalisation des soins.

- Lien entre l'utilisation de l'oral et le déroulement du rendez-vous

Sur les 12 patients oralisant, 11 (91,7%) ont leurs parents qui déclarent que le dernier rendez-vous s'est bien voire très bien déroulé. Avec les enfants capables d'oraliser, la barrière entre les mondes entendant et sourd s'amincit et la communication est facilitée.

- Lien entre l'âge et l'utilisation possible de l'écrit comme moyen de communication

Parmi les parents qui pensent que l'écriture est un bon moyen de communication, 66,7% ont leur enfant âgé de 10 ans ou plus. En pratique, un seul parent déclarait que son enfant utilisait l'écrit comme moyen de communication mais il pensait que ce n'était pas un moyen approprié.

L'écrit semble être un moyen de communication envisageable avec les enfants les plus âgés car plus l'enfant est âgé plus il est susceptible de savoir lire.

- Lien entre l'oralisation et l'utilisation possible de l'écrit

60% des parents qui affirment que l'écrit est un bon moyen de communication ont un enfant qui est capable d'oraliser. L'utilisation de l'oral facilite l'accès à la lecture et donc à l'écrit.

#### *2.3.2.2. Chez les étudiants en odontologie*

- Lien entre la participation à l'optionnel et les difficultés rencontrées

Parmi les étudiants ayant participé à l'optionnel, seul un a déjà eu à prendre en charge un enfant sourd. Il déclare tout de même s'être senti en difficulté lors de cette prise en charge.

- Lien entre la participation à l'optionnel et les connaissances sur la prise en charge

Sur les 3 étudiants qui ont participé à l'optionnel, tous (100%) suggère d'utiliser le canal visuel ou gestuel pour communiquer ainsi qu'une attitude rassurante. Celui qui a déjà pris en charge un enfant sourd a pensé au retrait du masque et propose de se faire aider par l'accompagnateur pour traduire en complément de la lecture labiale. Un seul des trois étudiants a spécifié qu'il était important de rester dans le champ de vision de l'enfant.

Il y a peu d'étudiants concernés mais le fait d'avoir participé à l'optionnel semble avoir apporté des connaissances sur le comportement adéquat à adopter avec un enfant sourd.



- Lien entre le fait d'avoir déjà pris en charge un patient sourd et les connaissances sur la prise en charge

10 étudiants ont déjà pris en charge un enfant sourd. Parmi eux, 80% suggère de faire appel aux autres sens. Le canal visuel est cité en première position avec le langage corporel et la démonstration (« montrer avant de faire »), mais aucun ne mentionne l'utilisation d'images.

30% des étudiants proposent d'adopter une attitude rassurante, 40% ont pensé à retirer le masque (20%) ou rester visible et ne pas surprendre (20%).

Seuls 2 étudiants ont suggéré de chercher avec le patient le meilleur moyen de communiquer contre autant d'étudiants qui souhaitent utiliser l'accompagnant comme traducteur.

Le fait d'avoir déjà eu à prendre en charge un enfant sourd semble avoir permis aux étudiants de développer des stratégies intéressantes vis-à-vis de ces patients, avec notamment l'utilisation du canal visio-gestuel. Néanmoins, certaines attitudes ne sont pas citées à l'unanimité (retrait du masque, recherche de la meilleure façon de communiquer, etc) ou parfois même oubliées (utilisation d'images, s'assurer que le patient ait compris, etc).

### *2.3.2.3. Analyse comparative des deux études*

L'analyse comparative met en évidence que les dentistes semblent davantage se sentir en difficulté que les patients. En effet, il n'y a que 18% des parents qui déclarent que le dernier rendez-vous a été difficile contre 90% des étudiants qui se sont senti en difficulté. En revanche, dans les deux études, les difficultés qui faisaient obstacle aux soins étaient la communication et l'anxiété liée à ces derniers.

Les deux études s'accordent également sur les suggestions faites quant à l'attitude à adopter au cabinet dentaire avec les enfants sourds. La majorité des parents et des étudiants pense qu'il est nécessaire d'être patient et doux et d'utiliser le canal visuel (images, langage corporel, montrer avant de faire).

#### 2.3.2.4. Analyse de la littérature

- Utilisation du système de santé par les patients sourds

Les résultats de l'étude conduisent au constat suivant : tous les enfants ont déjà consulté un chirurgien-dentiste et semble adopter un suivi dentaire de type préventif pour 75% d'entre eux. Les parents et enfants ne semblent pas rencontrer de difficultés dans la démarche de soins. Les besoins en soins bucco-dentaires sont faibles (17,9%). En revanche, 30% des enfants pourraient améliorer leur hygiène bucco-dentaire.

Ces conclusions plutôt positives ne sont pas tout à fait en accord avec les données de la littérature. En effet, les patients sourds sont souvent mal à l'aise avec le personnel soignant et éprouve parfois une certaine méfiance vis-à-vis d'eux, en raison du manque de connaissance des professionnels de santé sur la culture sourde et des expériences négatives qu'ils ont vécu. Ils peuvent penser que leur traitement est de moindre qualité que celui des personnes entendantes. (27) De plus, ils rencontrent fréquemment des obstacles dans leur démarche de soin. Ils sont, par exemple, confrontés à des difficultés dès la prise de rendez-vous, pouvant alors retarder les visites et parfois conduire à un ajournement de celles-ci. (2) Les enfants sourds sont, pour la plupart, dispensés de ce problème puisque ce sont leurs parents entendants qui s'occupent de cela. Ceci peut participer à expliquer les différences entre l'étude et la littérature.

Cette différence peut également s'expliquer par le fait que la majorité des enfants de l'étude utilisaient l'oral comme moyen de communication. Avec l'oralisation, la barrière de communication est en partie levée et le bon déroulement des séances de soins facilité. Cette utilisation majoritaire de l'oral est liée au dépistage systématique de la surdité en maternité depuis 2012 et au développement de l'implant cochléaire. Il y a de plus en plus d'enfants sourds porteurs d'implants. Seuls 4 parents sur 12 déclarent que leur enfant porte un implant pour justifier l'emploi de l'oral comme moyen de communication mais on peut se demander si les autres ne l'ont simplement pas précisé. L'oralisation est un processus difficile nécessitant un apprentissage long.

Cependant, l'enfant Sourd, même s'il parle bien, est avant tout une personne qui n'entend pas naturellement. Il ne pourra jamais se sentir complètement à l'aise dans toutes les subtilités culturelles du monde entendant. Des efforts de communication restent donc nécessaires. (2)

De plus, les résultats de l'étude sont dépendants du jugement subjectif des parents : ils peuvent parfois avoir tendance à affirmer que cela se passe bien alors que ce n'est pas forcément le cas. Un parent a déclaré, par exemple, que le dernier rendez-vous de son enfant s'était très bien déroulé alors que les soins dont celui-ci avait besoin n'avaient pas pu être faits par manque de communication.

Enfin, les parents n'ont pas les compétences nécessaires pour savoir si leur enfant a besoin de soins dentaires, ils ne savent pas forcément diagnostiquer une carie.

- Obstacles aux soins

Lorsqu'il y a un obstacle aux soins, les résultats de l'étude s'accordent avec la littérature pour dire qu'il est, dans la plupart des cas, lié à des difficultés de communication. (28) (29)

Nous savons pourtant qu'une communication efficace est primordiale dans la détermination des diagnostics et la gestion thérapeutique. Une ordonnance incomprise ne pourra être bien suivie, mettant alors en péril la sécurité du patient. (30) (31)

En l'absence d'aménagement du temps et de moyens de communication adaptés pour les personnes sourdes et faute de sensibilisation du monde médical, les informations sur les soins et la prévention peuvent être insuffisamment délivrées et intégrées, avec des conséquences parfois dramatiques sur le plan psychologique et en terme de prise en charge. (2)

Les patients sourds doivent alors être considérés comme un groupe de patients présentant un risque accru de mauvaise communication soignant - patient afin d'adopter un comportement adapté à leur prise en charge. (32)

Parmi les contraintes rencontrées dans l'accès aux soins chez les enfants sourds, on retrouve aussi l'anxiété dentaire. En effet, celle-ci est répandue dans les communautés sourdes. (26) Elle est liée en partie à la peur de l'inconnu, comme pour tout enfant, mais chez le sourd elle est majorée par cette barrière de communication. En effet, les enfants sourds sont souvent anxieux et parfois hostiles, de peur de ne pas comprendre ce qu'on va leur demander. (33)

Un étudiant signalait également la difficulté à prendre des radiographies liée au port d'appareils auditifs. En effet, ces derniers doivent être retirés avant tout cliché radiographique car ils sont sensibles aux radiations. Il est préférable de baisser le volume de l'appareil et de supprimer les bruits parasites au maximum pour le confort du patient. (34)

- Attitude à adopter face à un enfant sourd

Concernant l'attitude à adopter face à un enfant sourd, les suggestions émises par les parents et les étudiants sont pour la plupart en accord avec la littérature.

→ Une approche progressive

Les parents, tout comme les étudiants, ont suggéré d'adopter une attitude rassurante, avec de l'empathie et de la patience à l'égard de l'enfant. Cette suggestion est pertinente mais les étudiants ne précisent pas comment la mettre en pratique. Ils ont utilisé des termes très généraux pour la décrire comme « le rassurer », « empathie », « prendre le temps » sans préciser ce que cela impliquait.

En odontologie pédiatrique, il faut adopter une approche progressive et tenir compte de l'âge et du rythme de l'enfant : privilégier les rendez-vous le matin ou après la sieste chez les enfants de 2 à 6 ans, ne pas effectuer de longues séances de soins après une journée d'école chez les enfants scolarisés. Pour les enfants atteints de surdité, il est nécessaire de prévoir des séances de soins plus longues que d'habitude car ces jeunes patients sont souvent anxieux, comme nous l'avons vu précédemment.

Un « stop signal » (ex. lever la main) peut être mis en place, permettant à l'enfant d'interrompre la séance s'il ressent une gêne importante. Cela permet d'inclure l'enfant dans son propre soin et d'instaurer un climat de confiance mutuel.

Il est préférable de ne pas engager de soin lors de la première rencontre, sauf en cas d'urgence, de traumatisme ou de problème infectieux.

Avec l'enfant sourd, la communication non verbale est essentielle. Au début de la première consultation, le praticien évite de porter masque, gants et lunettes afin d'avoir un aspect plutôt avenant. Une attitude rassurante passe aussi et surtout par le regard. Regarder l'enfant signifie qu'on lui porte toute notre attention. (33) (35)

#### → Faire appel aux autres sens

Avec un enfant sourd, la communication verbale est fortement entravée. Comme cela a été proposé par de nombreux étudiants dans l'étude ainsi que par les parents, il faut alors faire appel aux autres sens. La parole n'est pas la seule façon de communiquer. Les expressions du visage, les postures, les gestes peuvent transmettre de multiples informations. Le toucher, par exemple, permet de manifester l'attention : c'est prendre la main de l'enfant, lui caresser la joue ou poser une main sur son épaule pour le rassurer ou contenir une agressivité. Le langage gestuel (sourire, mimes) peut également aider à développer une attitude positive vis-à-vis des soins dentaires chez les enfants sourds. (36)

La technique « tell-show-do » est une autre technique de communication qui aide l'enfant à développer une attitude positive vis-à-vis des soins dentaires. Elle implique de montrer les différents aspects de la procédure avant de la faire. Ici, la partie explicative (tell) n'est pas systématiquement utile du fait de l'incapacité à entendre de l'enfant.

En revanche, l'étape du « show » est essentielle, elle fait appel au visuel en présentant l'instrument, au tactile en le faisant toucher à l'enfant et parfois à l'olfactif ou au gustatif (ex. anesthésie de contact). Une démonstration sur la main du praticien puis sur celle de l'enfant peut être proposée. (33)

La partie explicative du « tell-show-do » peut être remplacée par la démonstration par l'image. En effet, diverses études ont montré l'effet positif de l'utilisation d'images sur l'anxiété des enfants sourds. (37)

En salle d'attente, l'enfant peut feuilleter un livre avec des images positives montrant comment cela se passe chez le dentiste (« pop-up book »). Le livre pop-up est un outil éducatif visuel avec images tridimensionnelles qui implique les sens de la vue et du toucher, en utilisant des symboles non verbaux et l'interactivité. Il aide à réduire l'anxiété de l'enfant. (38) (39) (40) Dans le cabinet, le dentiste peut aussi utiliser des images pour montrer les gestes qu'il va faire. Il existe un site internet appelé Santé BD où les professionnels peuvent créer rapidement un profil et accéder à des fiches par spécialité qui illustrent en images les soins. Dans la rubrique dentiste, on trouve notamment des fiches sur la carie, l'avulsion, le MEOPA mais aussi l'enseignement de l'hygiène bucco-dentaire. (41)

#### → Maintenir un contact visuel

Des parents ont signalé l'importance de rester dans le champ de vision de l'enfant et d'éviter de le surprendre ; certains étudiants l'ont suggéré aussi mais ils étaient peu nombreux (<10%). En effet, l'enfant n'entend pas le dentiste arriver et pourrait prendre peur s'il arrive avec des instruments de façon intrusive près de son visage. De plus, pour favoriser la communication, surtout chez les enfants utilisant la lecture labiale, il est primordial qu'il puisse voir le dentiste pendant que celui-ci s'exprime. Pour cela, il faut veiller à être face au patient avec le visage bien éclairé, établir un contact visuel avant de s'exprimer et retirer le masque comme l'ont signalé 12% des étudiants. (42) (43)

#### → Communiquer autrement

Afin de faciliter la lecture labiale, quelques étudiants ont conseillé également de parler lentement et de bien articuler. En effet, pour que l'enfant ait une chance de comprendre ce qui est dit, il faut faire l'effort de ne pas parler trop vite et articuler sans excès sinon la lecture labiale sera trop difficile. En revanche, contrairement à ce que déclarait l'un des étudiants, le fait de « parler très fort » n'est pas du tout adapté. (43)

Outre la lecture labiale, il existe d'autres moyens de communication que nous avons abordé dans la première partie. Chaque enfant est unique et sera plus à l'aise avec l'un ou l'autre d'entre eux. Il faut alors chercher celui qui lui correspond le mieux en l'interrogeant sur ses habitudes. Seuls 4 étudiants ont évoqué cette démarche. (31)

Cela paraît primordial quand on sait que les malentendus sont fréquents, pourtant un seul des étudiants interrogés a conseillé de s'assurer que le patient ait bien compris. La plupart des soignants ont tendance à affirmer qu'ils ont réussi à se faire comprendre mais ils passent souvent à côté de la réalité. Les Sourds sont habitués à ne pas comprendre le discours des soignants et ont tendance à répondre « oui » à toute question pour éviter de créer le malaise. Faire reformuler le patient et répéter ses dires permettent de s'assurer de la bonne compréhension. (21) (42)

#### → Place de l'accompagnant

Près de 20% des étudiants ont déclaré que la présence de l'accompagnateur est importante. Il est vrai qu'elle est nécessaire pour rassurer l'enfant, connaître ses sources de plaisir ou d'angoisse et faciliter la communication. Mais la communication ne doit pas se faire avec lui car il est primordial de toujours garder le contact avec l'enfant.

Si l'accompagnateur sert d'interprète, comme c'est le cas souvent, le dentiste doit continuer à regarder l'enfant lorsqu'il s'adresse à lui, et non pas « communiquer le plus possible avec le parent » comme certains étudiants le pensent. La relation de soin doit être centrée sur l'enfant afin de répondre à ses besoins. Il faut donc privilégier la relation directe avec l'enfant malgré la surdité et échanger le plus possible avec lui. (33) (42)

#### → Écriture, lecture labiale et interprétariat

Il faut se rappeler que les réponses au questionnaire destiné aux patients ont été données par les parents, qui sont entendants, et qui, même s'ils connaissent leur enfant, n'ont pas forcément conscience de toutes les subtilités de la surdité. Certains parents ont affirmé, par exemple, que l'écriture est un bon moyen de communication alors que leur enfant n'était âgé que de 4 ou 5 ans.

Il faut savoir que les Sourds ont souvent un rapport très difficile avec l'écrit et l'apprentissage de la lecture est long. L'utilisation de l'écrit peut être utile à condition que le patient sache lire. Elle est plutôt réservée aux sourds oralistes pour qui l'accès à la lecture est facilité. Pour les autres enfants sourds, il convient davantage de faire appel à des images ou à des objets plutôt qu'à l'écrit.

De même, la lecture labiale est considérée comme un bon moyen de communication par la moitié des parents alors que celle-ci ne présente en réalité qu'une capacité de restitution très limitée. Elle est variable d'un individu à l'autre, les plus doués arrivent à décoder un tiers du message pendant un quart d'heure. (21)

Au sujet de l'interprète, aucun parent de l'étude ne fait appel à un interprète professionnel. Cela implique de « toujours dépendre d'une tierce personne et est onéreux » comme l'a déclaré l'un des parents. C'est donc le parent qui, le plus souvent, sert d'interprète. Pourtant, un interprète professionnel, grâce à ses qualités professionnelles, peut participer à améliorer la relation de soin. En effet, les parents ne sont pas toujours neutres et traduisent ce qu'ils peuvent de leur mieux, déformant parfois les paroles échangées. Néanmoins, chez l'enfant sourd, son intervention peut s'avérer anxiogène pour l'enfant du fait de la présence d'une personne inconnue supplémentaire. Pour éviter cela, il faudrait veiller à ce que l'interprète engagé soit le même à chaque consultation. (2)

L'idéal, selon les parents, serait évidemment un dentiste qui pratique la langue des signes ou du moins qui a appris quelques signes liés au métier. Cette formation permettrait de réduire les barrières de communication et améliorerait la prise en charge. En effet, diverses études ont comparé l'impact des démarches de prévention chez des patients sourds ayant reçu des instructions en langue des signes avec d'autres patients sourds les ayant reçues sous forme d'affiches ou autres méthodes visuelles classiques. L'état de santé, ainsi que leur communication avec les professionnels de santé, étaient davantage améliorés chez les patients ayant reçu les informations de santé en langue des signes. (44) (45)



Cette analyse comparative avec la littérature permet de mettre en lumière les points essentiels quant à l'attitude à adopter face à un enfant sourd au cabinet dentaire. Ces points seront repris lors de l'élaboration de notre plaquette informative à destination des chirurgiens-dentistes.

### **3. ÉLABORATION D'UNE PLAQUETTE INFORMATIVE À DESTINATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES**

#### **3.1. Objectif : Pourquoi réaliser cette plaquette ?**

Nous l'avons vu, l'anxiété dentaire est fréquente chez les patients sourds. Celle-ci est en partie liée aux difficultés de communication entre le patient et le soignant. En effet, les sourds qui pensent et rêvent en langue des signes sont contraints de consulter des soignants qui communiquent verbalement. (2)

En odontologie pédiatrique, les enfants sourds apparaissent d'autant plus anxieux et nécessitent donc une prise en charge personnalisée et en accord à la fois avec leur âge et leur handicap. (46)

Actuellement, l'attitude des chirurgiens-dentistes n'est pas toujours adaptée et correcte vis-à-vis des patients atteints de surdité. Ainsi, il est fréquent que des patients sourds subissent des préjugés au cours de leur traitement et de l'échange d'informations, des dommages à leur autonomie, des limites à leur accès aux services et une efficacité réduite de la thérapie. (47) (48)

Différentes études ont montré que lorsque des efforts étaient fournis par le professionnel de santé pour communiquer avec le patient sourd, les soins de ce dernier étaient considérablement améliorés ainsi que la relation soignant – patient. (44) (49)

Il nous est alors apparu essentiel de réaliser un outil pratique, contenant des informations clés sur ce sujet, afin d'apporter une aide et un soutien aux chirurgiens-dentistes dans la prise en charge des enfants sourds.

L'objectif a donc été de construire une plaquette informative, à destination des chirurgiens-dentistes, en tenant compte des résultats de l'étude réalisée et présentée précédemment ainsi que des données de la littérature. Ce support pourrait servir de référence pour guider le praticien avant et pendant sa consultation avec un enfant sourd. Le praticien aura ainsi à sa disposition un document avec un message clair, précis et concis à ce sujet.

Après diffusion de cette plaquette, l'objectif secondaire sera d'évaluer son impact et son utilité auprès des chirurgiens-dentistes. Ceci pourra faire l'objet d'un travail de thèse ultérieur.

### 3.2. Règles d'élaboration de la plaquette

La réalisation d'une plaquette informative répond aux mêmes critères que la création d'un guide de bonnes pratiques (Annexe 2). Le but de notre travail étant de fournir un support le plus pertinent possible sur la prise en charge des enfants sourds au cabinet dentaire, certaines règles de composition et d'édition doivent être respectées.

Deux documents nous ont servi de guide dans la création de cette plaquette :

- Le premier : Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques (50), rédigé par l'Agence de la santé et des services de la MONTÉGÉRIE (QUÉBEC). C'est le plus pertinent car il apporte des conseils utiles pour élaborer un contenu et une mise en forme adaptés à des documents s'adressant aux professionnels de santé.
  
- Le second : Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé, publié par la Haute Autorité de Santé (51). Bien qu'ils soient destinés à la création d'un document « à l'intention des patients », certaines informations clés ont été intéressantes pour la rédaction de notre plaquette.

### 3.2.1. La forme

#### ***La structure***

Elle correspond à l'organisation de l'information dans l'ensemble du document. Il est recommandé de :

- Diviser le document en différents chapitres, autoportants, et amenant les éléments dans un ordre naturel pour le lecteur.
- Utiliser des titres hiérarchisés, concis et évocateurs ainsi que des phrases clés au début du document ou de chaque section pour inciter à la lecture.

#### ***Le style littéraire***

Afin d'aider le lecteur à aborder l'information écrite et en favoriser sa compréhension, il est préférable de :

- Privilégier un style descriptif simple avec des phrases courtes et une syntaxe simple (sujet - verbe – complément).
- Éviter les figures de style, l'emploi de synonyme ou les formules de phrases négatives.
- Utiliser un vocabulaire adapté au sujet traité et à l'utilisateur.
- Préférer la voie active (style direct, indicatif) à la voie passive (style plus lourd, impersonnel).
- Adopter un ton personnel pour insister sur un comportement ou une implication du lecteur, contre un ton impersonnel pour présenter des conséquences négatives ou complications.
- Employer des formules telles que « vous savez déjà que... » permettant d'activer des connaissances préalables.
- Utiliser une forme directe (« vous », « nous ») en complément de la voie active pour augmenter l'intérêt du lecteur.

## ***La composition visuelle***

Il s'agit de la disposition des éléments textuels ou graphiques sur le document. Elle doit respecter les caractéristiques suivantes :

- Sobre, aérée mais attrayante
- Variations typographiques limitées et utilisation d'interlignes pour faire ressortir la structure du texte
- Police de caractère ayant une bonne lisibilité
- Utilisation de schémas, tableaux, encadrés, puces ou tout élément facilitant la lecture de la plaquette
- Insertion d'images et de pictogrammes
- Jouer avec la couleur pour valoriser certains éléments et rendre la page attrayante, attention un excès de couleur entraîne l'effet inverse.

## ***Le format***

La plaquette peut être diffusée sous différents formats (papier, CD-ROM, site internet). L'articulation du format papier et du format électronique permet une large diffusion du document et l'apport de modifications ultérieures.

### 3.2.2. Le contenu

Le contenu de notre plaquette est élaboré à partir de la synthèse de différentes ressources. Il doit :

- Recommander des pratiques éprouvées : l'utilisation de données scientifiques assure la crédibilité de l'information
- Délivrer une information objective, claire, précise et concise
- Accompagner l'utilisateur pour prendre des décisions
- Laisser place au jugement personnel
- Permettre une adaptation à des situations particulières
- Mentionner clairement les rédacteurs et partenaires (Université de BORDEAUX).

### 3.3. Élaboration de la plaquette

#### 3.3.1. La forme

Nous avons choisi de réaliser un dépliant papier au format A4 (21 cm x 29,7 cm), plié en deux dans le sens de la longueur pour obtenir un format A5. (Annexe 3)  
Ce format présente divers avantages dont une lisibilité accrue, une facilité de rangement et d'accès, une duplication possible (photocopie, téléchargement), un faible coût. Ce document peut également accompagner un mailing ou un courrier.

Pour la structure et la composition visuelle, nous avons fait appel aux compétences d'une graphiste professionnelle. Celle-ci nous a dispensé de nombreux conseils dans le choix des formes (arrondies plutôt que triangulaires), la disposition et l'aération du document afin de mettre en avant certains éléments et faciliter la lecture (réalisation d'un sommaire, utilisation de puces, tableaux et images).

Pour une meilleure interaction avec l'utilisateur, les recommandations ont été amenées sous forme de questions/réponses, afin que celui-ci puisse répondre aux interrogations qui lui sont propres.

#### 3.3.2. Le contenu

Le contenu de la plaquette a été pensé et conçu en collaboration avec le Docteur BOULÉ-MONTPEZAT, pédodontiste, et le Docteur JONQUET, médecin généraliste et responsable de l'unité d'accueil et de soins des patients sourds de Bordeaux.

La plupart des images de la plaquette sont issues d'une banque d'images libres de restriction de droits d'auteurs appelée STOCKSNAP. Pour celles qui ne le sont pas, une demande écrite d'autorisation d'exploitation de l'image a été envoyée à chaque auteur.

→ *Que dois-je savoir à propos de la surdité ?*

## QUE DOIS-JE SAVOIR À PROPOS DE LA SURDITÉ ?

### Quelles sont les spécificités de la surdité ?

La surdité est :

- un **handicap sensoriel**, caractérisé par une perte plus ou moins importante de l'audition
- **invisible**, son identification nécessite une entrée en contact avec la personne sourde
- **pré-linguale ou post-linguale**. La surdité pré-linguale survient avant l'apprentissage de la parole alors que la surdité post-linguale survient après.

Cette plaquette concerne les enfants atteints de surdité profonde pré-linguale, avec lesquels la communication orale est entravée. Pour autant, ne vous sentez pas démunis, il y a plein d'informations qui passent par le regard et les gestes, l'important c'est de **toujours garder le contact !**

### Que représente-t-elle dans le monde et en France ?

Dans le monde : plus de 400 millions de personnes ayant une déficience auditive handicapante (5)

En France : 182 000 personnes sourdes (6)

1 enfant sur 1000 naît sourd (7)

Un **problème de santé publique** car :

- Prévalence élevée : **handicap sensoriel le plus représenté** en France
- **Répercussions sur le développement** de la communication, la scolarité et l'insertion sociale de l'enfant

## → **Comment prendre en charge un enfant sourd ?**

Lors de la première consultation, il faut recueillir les antécédents médicaux et chirurgicaux et déterminer les capacités et le développement du patient : y a-t-il un handicap associé à la surdité ou non ?

Dans certains cas, la surdité est associée à un handicap. Globalement, on peut rencontrer trois types de situation :

- handicap polysensoriel : nécessite un apprentissage du langage pour compenser un handicap visuel futur (syndrome de Usher) ;
- handicap interférant avec l'apprentissage du langage (surdité par atteinte in utero au cytomégalovirus associée à une encéphalopathie) ;
- handicap dont la lourdeur de prise en charge va gêner l'action éducative ou la communication de l'enfant. (8)

La communication joue un rôle majeur dans la démarche diagnostique et la gestion des soins. La prise en charge du patient ne peut être réussie que lorsque la thérapeutique est bien comprise. Or, les patients sourds présentent des difficultés à communiquer avec les soignants. Il est donc primordial de demander d'emblée le mode de communication favori de notre patient sourd afin d'améliorer la prise en charge de ce dernier. (31)

Un consentement éclairé et écrit doit être également recueilli auprès des parents de l'enfant mineur.

### **COMMENT PRENDRE EN CHARGE UN ENFANT SOURD ?**

#### Quelles sont les particularités auxquelles je dois être attentif ?

- La consultation : antécédents et consentement écrit parental, existe-t-il un **handicap associé** ?
- Le mode de communication : **Se renseigner sur le mode de communication habituel du patient** (oral, écrit, etc)



-> L'*oral* : pour les patients implantés notamment ; si le patient sourd s'exprime oralement, son oralisation est souvent différente de celle de l'entendant.

-> La *lecture labiale* : le patient décode les mots avec le mouvement des lèvres, le praticien doit être face au patient et bien éclairé. Capacité de restitution limitée.

-> L'*écrit* : respecter une forme et une chronologie ; « on fera le détartrage après la radiographie » donne « Radiographie – fini - Détartrage ».

-> Les *illustrations ou pictogrammes* : pour les personnes moins à l'aise avec l'écrit et les enfants.

-> La *langage parlé complété* : associe à la parole ou à la lecture labiale, les signes des syllabes dont la distinction est difficile (ex. « be » et « pe ») pour éviter la confusion. Maîtrise des signes nécessaire.

-> La *Langue des Signes Française* : apprendre quelques signes liés à la dentisterie ou faire appel à un interprète (avoir les coordonnées au cabinet). (21) (22)

### Qui doit-être présent au cabinet dentaire ? Et avec quel rôle ?

(33)

- L'**entourage** familial et/ou quotidien du patient : aide pendant les soins (présence rassurante, connaître les sources de plaisir et d'angoisse de l'enfant, ...) et parfois interprète.

- Un **interprète personnel ou professionnel** : favorise la compréhension et la communication avec l'enfant. Attention, ne pas s'adresser à l'interprète !

L'interprète est là pour rendre accessible au patient sourd tout ce qu'il entendrait s'il était entendant (échanges entre dentiste et assistante, frappement à la porte, etc).

Les personnes sourdes considèrent qu'il est impoli d'être exclu de toute information conversationnelle. Les sons environnementaux accessibles à une personne entendant doivent également être communiqués à la personne sourde, cela élimine le besoin pour la personne sourde de deviner la raison pour laquelle la personne entendant regarde ou se déplace vers un endroit spécifique. Les interprètes sont formés à cela. (43)

- L'**assistante dentaire** : sa présence est primordiale en odontologie pédiatrique, encore plus en situation de handicap. Elle assure la sécurité de tous et aide à distraire le patient pendant le soin.

## COMMENT PRENDRE EN CHARGE UN ENFANT SOURD ?

### Existe-t-il des aménagements ou du matériel spécifiques ?

L'article 41 de la loi du 11 février 2005 fixe l'obligation d'accessibilité aux personnes en situation de handicap pour tous les établissements recevant du public. Il s'agit, pour les personnes sourdes, de mettre en place notamment des supports visuels adaptés. (52)

Pour favoriser la prise en charge, certains outils sont à disposition :

- **CVI photopolymérisable** pour diminuer la longueur des soins
- **Cale bouche** et **digue** pour la sécurité
- **EVA** pour évaluer le niveau de confort, à partir de 6 ans
- Outils pédagogiques et ludiques : en salle d'attente ou dans le cabinet, le dentiste peut montrer à l'enfant comment cela se passe chez le dentiste avec des **images positives** (libre pop-up, santé BD) (38) (41)
- **Traducmed** comme aide à la communication : Traducmed est un site internet qui propose un questionnaire médical (plutôt orienté en médecine) traduit en LSF pour guider la consultation et l'examen clinique du patient.  
Il peut être utilisé pour recueillir l'identité et les antécédents du patient ou lui expliquer son ordonnance. (53)

### Quelle attitude dois-je adopter ?

Pour **COMMUNIQUER** (42)

	Patients sourds s'exprimant oralement	Patients sourds s'exprimant en langue des signes
ACCUEIL	- Accueillir le patient avec un signe de bienvenue - Demander à l'enfant ou aux parents comment communiquer au mieux avec lui	

ENVIRON- NEMENT	- S'assurer que la pièce et notre visage sont bien éclairés et que le patient n'est pas ébloui	
EXPRES- SION	- S'assurer que le patient peut nous voir et voir l'interprète en même temps	
et RECEPTION	- Établir un contact visuel avant de s'exprimer - S'assurer que la bouche n'est pas masquée (mains, stylo, dossier, masque, etc.) - Expliciter clairement les changements de sujet	
	- Répéter ou reformuler l'information si elle n'est pas comprise - Écrire peut être utile - Demander régulièrement à la personne si elle a compris - S'en assurer en lui demandant de résumer - Répéter les dires du patient pour s'assurer de la bonne compréhension	- Parler au patient et non à l'interprète - Regarder le patient pendant que l'interprète vous parle - Possible effet limité de supports écrits

Pour **SOIGNER** (33)

- Utiliser le « **(tell)-show-do** » ((dire-)montrer-faire) : montrer des images en amont et à distance sur la main, l'utilisation des instruments puis faire le geste en bouche.
- **Éviter les approches et arrivées de matériel intrusives** près du visage (le patient ne vous entend pas arriver)
- **S'adapter au rythme du patient** : pas de soin à la première séance, donner des limites dans le temps (compter jusqu'à 10 avec les doigts avec l'assistante ou le parent), montrer que le patient peut lever la main pour demander une pause.
- Utiliser la **distraction** : autoriser le doudou ou projeter un dessin animé.
- Pour les enfants porteurs d'appareils auditifs, supprimer les bruits parasites, baisser le volume de leur appareil et les retirer pour toute prise de radio. (34)

## → **Comment faire en cas d'échec de soin ?**

En cas d'échec de soins et lors de situations difficiles (enfant peu coopérant, troubles du comportement, anxiété élevée, etc), nous pouvons avoir recours à diverses procédures de sédation : la prémédication, l'utilisation du MEOPA ou l'anesthésie générale. (54)

Ces techniques de sédation sont indissociables des techniques psycho-comportementales. Le choix de l'une d'elles doit être réfléchi en fonction :

- des antécédents du patient, des possibles interactions médicamenteuses avec les traitements du patient et des effets secondaires éventuels
- de l'étendue des soins dentaires à réaliser
- de la coopération du patient
- du respect de la déontologie et de l'éthique médicale.

Un formulaire de consentement doit être remis aux parents ou tuteur légal du patient.

La prémédication sédatrice la plus répandue est l'administration d'hydroxyzine (1 à 2 mg/kg, une heure avant le rendez-vous). L'hydroxyzine (Atarax®) est préconisée dans les manifestations mineures de l'anxiété, et suppose que l'administration orale soit possible car la voie veineuse n'est pas envisageable au cabinet. Les effets secondaires sont peu nombreux mais des effets paradoxaux peuvent être observés avec une agitation de l'enfant.

Les benzodiazépines du type diazépam peuvent être prescrites chez l'enfant mais elles sont de moins en moins utilisées. (55)

La sédation consciente par inhalation d'un mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote (MEOPA) peut, depuis plusieurs années, être utilisée par les praticiens libéraux à condition d'une formation à son utilisation. Le MEOPA entraîne un détachement de la réalité avec une augmentation du seuil de perception de la douleur, tout en maintenant la conscience du sujet. Le patient peut ressentir des paresthésies (picotements, fourmillements), une sensation de lourdeur, de chaleur, de légèreté, avoir des visions ou des distorsions auditives. Il est réservé aux actes de courte durée, et contre-indiqué en cas d'hypertension intra-crânienne ou pathologies aériennes. (56) (57)

L'anesthésie générale permet de lever toute anxiété et de supprimer la douleur, elle provoque une perte totale de conscience avec perte des réflexes de protection. Elle ne doit être envisagée qu'en ultime recours pour les soins dentaires pour les enfants pour lesquels les techniques de sédation précédentes se sont révélées inefficaces ou dans un contexte infectieux préoccupant. Pour les soins et avulsions dentaires, elle entre dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. (58) (59)

Pour favoriser l'induction de l'anesthésie générale, une prémédication au Midazolam est possible chez les patients non coopérants. (60)

## COMMENT FAIRE EN CAS D'ÉCHEC DE SOIN ?

### Quelle technique de sédation puis-je proposer à mon patient ?

- **Prémédication** : Hydroxyzine (Atarax®) 1 à 2 mg/kg/j (1h avant le geste). **Contre-indication** : glaucome, rétention des urines, porphyrie, anomalies du trouble cardiaque. Effet inverse possible (agitation).
- **MEOPA** : nécessite une formation du personnel (*dentiste et assistante*) et une adaptation des locaux (aération). Réalisation sur prescription médicale du dentiste. **Contre-indication** : pathologies aériennes, hypertension intracrânienne, refus du patient.
- **Anesthésie Générale** : en dernier recours, tous les soins conservateurs et chirurgicaux sont réalisés lors du même acte chirurgical. Pratique réalisée dans plusieurs centres hospitaliers, si les antécédents du patient le permettent et si le rapport bénéfice/risque est favorable.

### De qui puis-je me rapprocher ?

Il existe différentes unités d'accueil et de soins pour personnes sourdes dans les centres hospitaliers de vos régions et des réseaux ou initiatives particulières, dont la liste est disponible sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé ([https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_sourds\\_liste\\_uass\\_ls\\_130218.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_sourds_liste_uass_ls_130218.pdf)). (61)

Ces unités de soins proposent des consultations de médecine générale en LSF mais peuvent également aider les patients sourds à prendre des rendez-vous ou trouver des interprètes.

Des inter-médiateurs sourds y guident les patients, facilitent l'expression de leurs demandes et, en sens inverse, aident les médecins et interprètes dans la compréhension des demandes des patients sourds. Ils évitent ainsi l'intervention d'un proche, délicate dans la relation de soin.

Il existe aussi un dispositif public qui délivre des informations validées sur la surdité ([www.surdi.info](http://www.surdi.info)), avec notamment un onglet « Je côtoie une personne sourde ou malentendante ».

## **4. DISCUSSION**

L'objectif de notre étude était d'évaluer à la fois les besoins bucco-dentaires spécifiques des enfants sourds et les connaissances des étudiants de dernier cycle à ce sujet.

Les questionnaires ont été conçus principalement autour de questions à réponse fermée. Cette méthode de recueil des données peut engendrer des biais du fait de la formulation parfois suggestive des réponses, mais facilite l'analyse en obtenant des données quantitatives objectives.

Lors de l'analyse des réponses, nous avons mis en évidence certains défauts dans le questionnaire destiné aux parents des enfants sourds.

L'étude menée auprès de ces derniers n'a récolté que 28 réponses. Elle est donc peu représentative. Ce faible nombre de réponses peut éventuellement s'expliquer par l'intervention de plusieurs intermédiaires pour la transmission du questionnaire : j'ai envoyé le questionnaire au Docteur JONQUET qui l'a transféré aux institutions qui étaient chargées de le remettre aux parents. Une remise directe aurait certainement augmenté le nombre de réponses.

De plus, certaines questions étaient à réponse obligatoire donc les parents dont les enfants n'ont jamais consulté un dentiste ne pouvaient pas compléter le questionnaire en entier et donc participer à l'étude. Cela a certainement encore réduit le nombre de réponses et écarté des enfants dans le besoin de soins dentaires.

Lors de l'analyse des réponses aux questionnaires, nous avons obtenu un bilan positif sur les besoins bucco-dentaires des enfants sourds (peu de difficultés dans la démarche de soin) et des connaissances cohérentes avec la prise en charge d'un enfant sourd auprès des étudiants.

Cependant, les résultats obtenus auprès des parents d'enfants sourds ne sont pas en accord avec les données de la littérature. Cet écart peut être lié à diverses raisons que je vous ai exposé précédemment : l'intervention de parents entendants dans la prise de rendez-vous, l'utilisation majoritaire de l'oral ou le jugement subjectif des parents.

On pourrait aussi émettre l'hypothèse que les données de la littérature ne sont plus actuelles et que depuis la publication du *Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012*, ayant servi de référence, la prise en charge s'est nettement améliorée.

Néanmoins, des difficultés existent ; en effet, 90% des étudiants qui ont déjà pris en charge un enfant sourd ont déclaré avoir rencontré des difficultés. Nous savons que celles-ci sont essentiellement liées à la communication. D'ailleurs, dans le questionnaire destiné aux parents des enfants sourds, une question qui aurait demandé « est-ce que votre dentiste a des difficultés à communiquer avec votre enfant ? » aurait pu être ajoutée. Cela aurait sûrement permis de montrer à quel point la communication est au cœur de cette relation enfant sourd – dentiste.

De plus, bien que les résultats obtenus auprès des étudiants soient plutôt positifs, les points les plus importants dans la façon de communiquer (rester dans le champ de vision, chercher le meilleur moyen de communiquer avec le patient, etc) et de soigner un enfant sourd ne sont pas cités de façon majoritaire par les étudiants et d'autres n'étaient pas développés ou explicités.

Enfin l'étude des soignants a été réalisée auprès d'étudiants en chirurgie dentaire en dernière année ou en instance de thèse, ils sont donc tout juste sortis ou en fin de leur formation. Leurs connaissances et leur apprentissage sont récents. Les résultats auprès de dentistes exerçant depuis plusieurs années n'auraient peut-être pas été les mêmes.

Réaliser une mise au point auprès des chirurgiens-dentistes sur l'attitude à adopter lors de la prise en charge d'un enfant sourd nous a donc semblé utile et nécessaire. C'est pourquoi, nous avons décidé de réaliser une plaquette informative afin de les guider dans la prise en charge de ces patients.

Notre plaquette a été réalisée sous forme de dépliant A5. Ce format présentait notamment l'avantage d'être largement diffusable.

Cependant, ce document n'est pas exhaustif car le format imposait de sélectionner les informations clés. L'essentiel est mis en lumière mais tout ne peut être abordé.



De plus, il s'agit d'un document scolaire classique ayant une interactivité faible avec les usagers. Certaines études ont montré que la passivité de ces supports écrits n'améliorait pas ou peu les connaissances des professionnels de santé. (62)

En 1998, *BERO and al.* comparaient l'efficacité de différentes stratégies visant à améliorer les performances professionnelles et changer les pratiques. Ils ont classé ces stratégies en trois catégories :

- les interventions efficaces : entretiens à visée éducative, rencontres pédagogiques interactives avec participation des professionnels de santé à des séminaires combinant discussion et pratique ;
- les interventions à efficacité variable : audit et feedback, recours à un leader d'opinion local (praticien identifié comme influant par ses collègues), interventions où le patient est médiateur ;
- les interventions ayant peu ou pas d'effet : supports pédagogiques, conférences.

Partant de ce constat (les supports écrits ont peu d'effet sur le changement de pratique du clinicien), *GRUDNIEWICZ and al.* se sont interrogés sur l'apport du graphisme dans ce type de document et l'effet que cela produisait sur l'utilisation de celui-ci. Ils ont constaté que l'implication de l'utilisateur ainsi que le respect de certains critères de design lors de la conception du document amélioreraient son utilisation. (63)

Dans la conception de notre plaquette, il aurait pu être intéressant de faire participer à chaque étape des chirurgiens-dentistes afin qu'ils donnent leur avis.

Ici, la plaquette a été réalisée en collaboration avec les Docteur BOULÉ-MONTPEZAT et Docteur JONQUET ainsi qu'une graphiste professionnelle. Cette dernière nous a beaucoup apporté en terme de composition visuelle (forme, lisibilité, etc) afin de favoriser la bonne utilisation du support.

S'il existe des formations (CES, DU) ou optionnels visant à améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap, elles sont en général peu demandées par les chirurgiens-dentistes libéraux.

Dans cette situation, bien qu'il ne remplace pas une formation pratique et interactive, notre dépliant informatif apparaît comme une solution de choix pour diffuser une première information. Il propose des pistes de prise en charge des enfants sourds dans le but de faciliter leur accueil et donc leur accès aux soins.

A posteriori, il faudra évidemment évaluer la satisfaction des chirurgiens-dentistes vis à vis de notre plaquette (clarté, contenu) et son impact : La plaquette les a-t-elle aidés à améliorer leurs connaissances et leur pratique ? Sont-ils intéressés et prêts à recevoir ce type de patients dans leur cabinet ?

# CONCLUSION

Quelle que soit son origine, la surdité peut faire obstacle à la bonne compréhension du patient, primordiale pour une prise en charge efficace. L'analyse de notre étude a mis en évidence les difficultés de communication que rencontrent les enfants atteints de surdité, engendrant alors chez eux une certaine anxiété.

Cette difficulté de communication réside notamment dans la confrontation de deux langues, l'une orale et l'autre visio-gestuelle, mais aussi et surtout dans l'existence de deux cultures et la méconnaissance de celle des Sourds par les entendants.

En effet, là où la majorité des soignants ne ressent qu'un problème de communication, la majorité des Sourds se sent dévalorisée. Nombreux sont encore les praticiens qui abordent la surdité comme condition pathologique uniquement, ce qui va à l'encontre du mouvement visant à considérer la population sourde comme un groupe minoritaire avec sa propre culture.

Afin de répondre aux besoins spécifiques de cette population, les chirurgiens-dentistes doivent prendre en charge ces patients avec une attention particulière. Le temps consacré à ces patients doit être supérieur à celui accordé à la population générale pour obtenir une coopération maximale et les moyens de communication utilisés adaptés au handicap sensoriel de surdité.

L'objectif de ce travail a donc été de réaliser un dépliant informatif, iconographié, à destination des chirurgiens-dentistes afin d'améliorer leurs connaissances sur la prise en charge des enfants sourds. Il s'agissait de leur fournir un document clair et précis basé sur les recommandations et la dentisterie fondée sur les preuves tout en restant cohérent avec leurs pratiques professionnelles.

Certaines stratégies, comme les rencontres pédagogiques interactives ou les entretiens à visée éducative, semblent néanmoins avoir davantage d'impact que le dépliant. Elles devraient accompagner celui-ci afin d'en optimiser l'utilisation.

Aujourd'hui, il existe à l'Université de Bordeaux, un optionnel de prévention bucco-dentaire auprès d'enfants sourds mais aucune formation obligatoire n'est recensée.

L'inclusion obligatoire, dans les programmes de formation médicale, de modules d'enseignement sur la communication non verbale et d'ateliers éducatifs sur la culture sourde et la LSF pourrait être intéressante. Plusieurs études montrent qu'elle permettrait non seulement de lever l'obstacle lié à la communication et donc de favoriser de meilleurs soins aux personnes sourdes, mais aussi de développer l'empathie et l'éthique de l'étudiant. (64) (65) (66)

L'ensemble de ce travail a porté sur la prise en charge des enfants sourds profonds, mais la majeure partie de son contenu peut être appliquée à l'ensemble de la population sourde quel que soit son âge, même lorsque la surdité est post-linguale. Il faut souligner l'importance de la recherche en communication sur la santé et la nécessité d'éduquer les professionnels de santé sur les moyens appropriés pour prendre en charge l'ensemble des personnes atteintes de surdité sachant qu'il convient de considérer que leur nombre augmentera avec le vieillissement de notre population.

# ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire destiné aux parents d'enfants sourds

## QUESTIONNAIRE à destination des parents d'enfants sourds : RELATION ENFANT SOURD - CHIRURGIEN DENTISTE

Email : ....

1. Quel âge a votre enfant : .....
2. Sexe de votre enfant :
  - A. Masculin
  - B. Féminin
3. Votre enfant est-il pris en charge par un institut/structure spécialisé(e) ?
  - A. Oui, il est interne
  - B. Oui, il est externe
  - C. Non
4. Votre enfant a-t-il déjà consulté chez un chirurgien dentiste ?
  - A. Oui
  - B. Non
5. A quelle fréquence votre enfant consulte-t-il un chirurgien dentiste ?
  - A. Une fois par an
  - B. Deux fois par an
  - C. Seulement en cas de douleurs
  - D. Seulement en urgence
6. Lors de son dernier rendez-vous, votre enfant a consulté :
  - A. Un chirurgien dentiste
  - B. Un chirurgien dentiste spécialisé dans le soin des enfants (Pédodontiste)
  - C. Au sein d'une structure hospitalière
7. Quel était le motif de consultation ?
  - A. Prévention
  - B. Soins carieux
  - C. Urgence
  - D. Autres, préciser : .....
8. Comment s'est passé le rendez-vous ?
  - A. Très difficilement
  - B. Difficilement
  - C. Bien
  - D. Très bien
9. Combien de fois par jour votre enfant se lave-t-il les dents ?
  - A. 2 à 3 fois par jour
  - B. 1 fois par jour
  - C. Pas tous les jours
  - D. Jamais
10. Votre enfant a-t-il déjà reçu un enseignement à l'hygiène bucco-dentaire par son dentiste ?
  - A. Oui
  - B. Non
11. Si oui, était-il clair et compréhensible par votre enfant ?
  - A. Oui
  - B. Non

12. Votre enfant nécessite-t-il des soins dentaires ?  
A. Oui  
B. Non
13. Si oui, les soins dentaires ont-ils pu être réalisés ?  
A. Oui  
B. Non
14. Si non, selon vous pour quelle raison ?  
A. Manque de communication  
B. Anxiété liée aux soins  
C. Le praticien n'a pas pu  
D. Le praticien n'a pas voulu  
E. Autres, préciser : .....
15. Votre dentiste cherche-t-il à expliquer les soins à votre enfant avant de les commencer ?  
A. Oui  
B. Non
16. Êtes-vous satisfait de la prise en charge par votre dentiste ?  
A. Oui  
B. Non
17. Comment votre enfant communique-t-il avec le dentiste ?  
A. Grâce à un interprète personnel / un parent  
B. En lisant sur les lèvres  
C. En écrivant  
D. Grâce à un interprète professionnel  
E. Autres, préciser : ....
18. Pensez-vous que l'écriture est un bon moyen de communication ?  
A. Oui  
B. Non
19. Pensez-vous que la lecture labiale est un bon moyen de communication ?  
A. Oui  
B. Non
20. La présence d'un interprète serait-elle nécessaire à chaque rendez-vous ?  
A. Oui  
B. Non
21. Avez-vous des suggestions à nous soumettre afin d'améliorer la communication entre le chirurgien dentiste et votre enfant au cabinet dentaire ?  
.....

## Annexe 2 : Règles d'édition et de composition d'un guide de bonnes pratiques

### **CONTENU**

- ✓ Dans les éléments de contenu, distinguer ce qui est incontournable de ce qui est optionnel.

### **STYLE D'ÉCRITURE : « ÉCRIRE MOINS, ÉCRIRE MIEUX »**

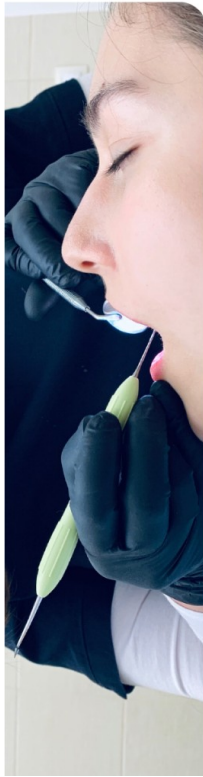
- ✓ Rédiger des phrases courtes;
- ✓ Utiliser une syntaxe simple (sujet, verbe et complément);
- ✓ Adapter le vocabulaire au lecteur;
- ✓ Éviter les figures de style;
- ✓ Éviter d'employer des synonymes pour désigner un même objet;
- ✓ Utiliser des puces lorsque cela est possible.

### **STRUCTURE : « UN REPÉRAGE AISÉ DES INFORMATIONS »**

- ✓ Structure similaire pour tous les guides;
- ✓ Table des matières précise;
- ✓ Hiérarchisation des titres, mais pas plus de trois niveaux;
- ✓ Sections courtes (privilégier un découpage en petites sections);
- ✓ Titres évocateurs permettant de se faire une idée du contenu de la section;
- ✓ Codes de couleur pour faciliter le repérage des sections ou des éléments;
- ✓ Sommaire au début de la section;
- ✓ Encadré de type « résumé, à retenir ou important » à la fin de la section;
- ✓ Information complémentaire en annexe, par ex. : aide-mémoire, outils, fiche synthèse;
- ✓ Choix du style argumentaire adapté au lecteur (pyramide inversée ou dissertation).

### **FORMAT DU DOCUMENT : « UN DOCUMENT CONCIS QUI VA À L'ESSENTIEL »**

- ✓ Format lettre, dimensions 21,6 X 27,9 cm (8 ½ x 11 po);
- ✓ Pas trop volumineux (environ 30 pages);
- ✓ Version électronique permettant la reproduction;
- ✓ Version électronique avec hyperliens pour faciliter la navigation;
- ✓ Typographie lisible (privilégier les polices de caractères sans empattement);
- ✓ Éviter le rouge et le bleu pour le texte;
- ✓ Nombre limité de variations typographiques (maximum : deux polices de caractère, trois tailles, deux variations);
- ✓ Pagination indiquant le numéro de page;
- ✓ Références indiquées (dans le texte ou note en bas de page ou à en fin de document);
- ✓ Facile à photocopier (éviter les arrières plans de couleur ou une couleur de texte difficile à photocopier, notamment le rouge et le bleu).



## 02 • COMMENT FAIRE EN CAS D'ÉCHEC DE SOIN ?

Quelle technique de sédation puis-je proposer à mon patient ?

- **PRÉMÉDICATION :**  
Hydroxyzine (Atarax®) 1 à 2 mg/kg/j (1h avant le geste).  
Contre-indication : glaucome, rétention des urines, porphyrie, anomalies du trouble cardiaque.  
Effet inverse possible (agitation).
- **MEOPA :**  
Réalisation sur prescription médicale du dentiste.  
Nécessite une formation du personnel (dentiste et assistant) et une adaptation des locaux (aération).  
Contre-indication : pathologies aériennes, hypertension intracrânienne, refus du patient.
- **ANESTHÉSIE GÉNÉRALE :**  
En dernier recours. Tous les soins conservateurs et chirurgicaux sont réalisés lors du même acte chirurgical. Pratique réalisée dans plusieurs centres hospitaliers, si les antécédents du patient le permettent et si le rapport bénéfice/risque est favorable.

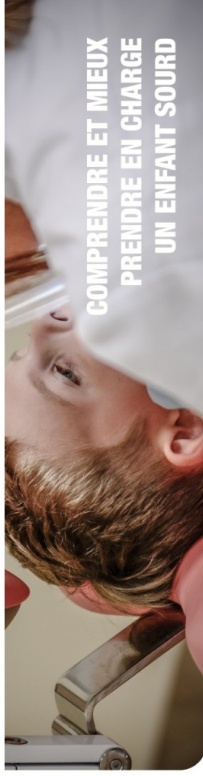
## De qui puis-je me rapprocher ?

Il existe différentes unités d'accueil et de soins pour personnes sourdes dans les centres hospitaliers de vos régions et des réseaux ou initiatives particulières, dont la liste est disponible sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé ([https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgoss\\_liste\\_uass\\_ls\\_130218.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgoss_liste_uass_ls_130218.pdf)).

Il existe aussi un dispositif public qui délivre des informations validées sur la surdité ([www.surdi.info](http://www.surdi.info)).



Comprendre et mieux prendre en charge un enfant sourd



## QUE DOIS-JE SAVOIR À PROPOS DE LA SURDITÉ ?

Quelles sont les spécificités de la surdité ?

- LA SURDITÉ EST :**
- **Un handicap sensoriel**, caractérisé par une perte plus ou moins importante de l'audition
  - **Invisible**, son identification nécessite une entrée en contact avec la personne sourde
  - **Pré-linguale ou post-linguale**. La surdité pré-linguale survient avant l'apprentissage de la parole alors que la surdité post-linguale survient après.

Cette plaquette concerne les enfants atteints de surdité profonde pré-linguale, avec lesquels la communication orale est entravée. Pour autant, ne vous sentez pas démunis, il y a plein d'informations qui passent par le regard et les gestes, l'important c'est de **toujours garder le contact !**

## Que représente-t-elle dans le monde et en France ?

Dans le monde : plus de 400 millions de personnes ayant une déficience auditive handicapante.  
En France : ~ 182.000 personnes sourdes  
- 1 enfant sur 1000 naît sourd

- **Un problème de santé publique** car :
  - Prévalence élevée : **handicap sensoriel le plus représenté** en France
  - **Répercussions sur le développement** de la communication, la scolarité et l'insertion sociale de l'enfant

## Quelles questions se poser pour une prise en charge adaptée ?

### SOMMAIRE

## 01 Comment prendre en charge un enfant sourd ?

- Quelles sont les particularités auxquelles je dois être attentif ?
- Qui doit être présent au cabinet dentaire ? Et avec quel rôle ?
- Existe-t-il des aménagements ou du matériel spécifique ?
- Quelle attitude dois-je adopter ?

## 02 Comment faire en cas d'échec de soins ?

- Quelles techniques de sédation puis-je proposer à mon patient ?
- De qui puis-je me rapprocher ?

**Être Sourd, c'est une culture.**  
*Une attitude centrée sur l'expérience du patient, et donc la reconnaissance de sa culture, est nécessaire.*





## 01 • COMMENT PRENDRE EN CHARGE UN ENFANT SORD ?

### Quelles sont les particularités auxquelles je dois être attentif ?

- **LA CONSULTATION :** Antécédents, consentement écrit parental. Existe-t-il un handicap associé ?
- **LE MODE DE COMMUNICATION :** Se renseigner sur le mode de communication habituel du patient (oral, écrit, etc)

ORAL	ÉCRIT	LPC*
<p>Pour les patients implantés notamment, si le patient sourd s'exprime oralement, son oralisation est souvent différente de celle de l'entendant</p>	<p>Respecter une forme et une chronologie : « on fera le détartrage après la radiographie » donne « Radiographie / fmi / Détartrage »</p>	<p><b>*Langage Parlé Complété</b> Associé à la parole ou à la lecture labiale, les signes des syllabes dont la distinction est difficile (ex. « be » et « pe ») pour éviter la confusion. Maîtrise des signes nécessaire</p>
LECTURE LABIALE	ILLUSTRATIONS	LSF*
<p>Le patient décode les mots avec le mouvement des lèvres, le praticien doit être face au patient et bien éclairé. <b>Capacité de restitution limitée</b></p>	<p>Pour les personnes moins à l'aise avec l'écrit et les enfants +++</p>	<p><b>*Langue des Signes Française</b> Apprendre quelques signes liés à la dentisterie ou faire appel à un interprète (avoir les coordonnées au cabinet)</p>

### Qui doit être présent au cabinet dentaire ? Et avec quel rôle ?

**L'entourage familial et/ou quotidien du patient** aide pendant les soins (présence rassurante, connaître les sources de plaisir et d'angoisse de l'enfant...) et parfois interprète.

**Un interprète professionnel** favorise la compréhension et la communication avec l'enfant. Attention, ne pas s'adresser à l'interprète !

**L'assistante dentaire.** Sa présence est primordiale en odontologie pédiatrique, encore plus en situation de handicap. Elle assure la sécurité de tous et aide à distraire le patient pendant le soin.

Comprendre et mieux prendre en charge un enfant sourd

### Existe-t-il des aménagements et du matériel spécifiques ?

L'article 41 de la loi du 11 février 2005 fixe l'obligation d'accessibilité aux personnes en situation de handicap (mise à disposition de supports visuels adaptés, etc.) pour tous les établissements recevant du public. Pour favoriser la prise en charge, certains outils sont à disposition :

**GAIN DE TEMPS** **SÉCURITÉ** **RÉDUIRE L'ANXIÉTÉ** **ÉVALUER LE CONFORT** **AIDE À LA COMMUNICATION**

CVI  
photopolymerisable

Cale-bouche Digue

Images Positives Livre Pop-Up

EVA

Traducmed

TRADUCMED

### Quelle attitude dois-je adopter ?

- **POUR COMMUNIQUER**

ACCUEIL	ENVIRONNEMENT	EXPRESSION ET RÉCEPTION
<p><b>Patient sourd s'exprimant oralement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander le mode de communication habituel</li> <li>• Bien éclairer la pièce et notre visage</li> <li>• Ne pas éblouir le patient</li> </ul>	<p><b>Patient sourd s'exprimant en LSF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signe de bienvenue</li> <li>• S'assurer que le patient peut nous voir et voir l'interprète en même temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que la bouche n'est pas masquée (masque, mains, stylo)</li> <li>• Établir un contact visuel avant de s'exprimer</li> <li>• Expliciter clairement les changements de sujet</li> <li>• Répéter ou reformuler l'information si elle n'est pas comprise</li> <li>• Écrire peut être utile</li> <li>• Parler au patient et non à l'interprète</li> <li>• Regarder le patient pendant que l'interprète vous parle</li> <li>• Effet limité de l'écrit</li> <li>• Demander régulièrement à la personne si elle a compris</li> <li>• S'en assurer en lui demandant de résumer</li> <li>• Répéter les dires du patient pour s'assurer de la bonne compréhension</li> </ul>

- **POUR SOIGNER**

- **(tell-)show-do :** Montrer l'utilisation des instruments en image et à distance sur la main puis faire le geste en bouche.
- Pour les enfants porteurs d'appareils auditif, **supprimer les bruits parasites**, baisser le volume de leur appareil et les retirer pour toute prise de radio.
- **Utiliser la distraction :** Autoriser le doudou ou projeter un dessin animé.
- **S'adapter au rythme du patient :** Pas de soin à la 1ère séance. Donner des limites dans le temps (compter jusqu'à 10 avec les doigts avec l'assistante ou le parent), montrer que le patient peut lever la main pour demander une pause.
- **Éviter les approches** et arrivées de matériel intrusives près du visage (le patient ne vous entend pas arriver).

# BIBLIOGRAPHIE

1. Pollard RQJr, Barnett S. Health-related vocabulary knowledge among deaf adults. *Rehabil Psychol.* mai 2009;54(2):182-5.
2. Sitbon A dir. Baromètre santé sourds et malentendants 2011/2012. Saint-Denis : Inpes; 2015. 296 p. (Baromètres santé).
3. OMS. Surdité et d ficiency auditive [Internet]. 2019 [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
4. Centre national d'information sur la surdité. Sourd ? Malentendant ? Déficient auditif ? Le choix des mots [Internet]. *Surinfo.* 2017 [cité 13 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.surdi.info/je-cotoie-une-personne-sourde-ou-malentendante/sourd-malentendant-deficient-auditif-le-choix-des-mots/>
5. OMS. 10 faits sur la surdité OMS [Internet]. 2018 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/deafness>
6. Haeuser L, De Laval T, Millot C. Etude quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé » [Internet]. 2014 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: [file:///Users/lauriefuchs/Documents/THESE/Articles/dt131-etudes\\_et\\_recherches.pdf](file:///Users/lauriefuchs/Documents/THESE/Articles/dt131-etudes_et_recherches.pdf)
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/depistage-des-troubles-de-l-audition-chez-l-enfant>
8. Mondain M, Blanchet C, Venail F, Vieu A. Classification et traitement des surdités de l'enfant. *EMC - Oto-Rhino-Laryngol.* août 2005;2(3):301-19.
9. Terre d'audition. Définition de la surdité [Internet]. Terre d'audition. [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.terre-audition.fr/index.php/profil-auditif/definition-de-la-surdite>
10. Righini CA, Debry C, Mondain M. Item 115 - UE5 évaluation clinique et fonctionnelle d'un handicap sensoriel : la surdité. In: *ORL.* Elsevier Masson; 2017. p. 119-23.
11. Lina-Granade G, Truy E. Conduite à tenir devant une surdité de l'enfant. *EMC - Oto-Rhino-Laryngol.* août 2005;2(3):290-300.
12. Bonfils P, François M, Aidan D, Avan P, Parat S, Boissinot C, et al. La surdité en période néonatale: les bases du dépistage. *Arch Pédiatrie.* 1 juill 1995;2(7):685-91.
13. Lina-Granade G, Truy E, Porot M, Collet L, Disant F. Surdités de l'enfant : un diagnostic précoce est impératif. *Arch Pédiatrie.* 1 sept 2000;7(9):991-1000.
14. Moulin A, Ferber-Viart C, Berland M, Dubreuil C, Duclaux R. Dépistage systématique de la surdité en maternité par otoémissions acoustiques provoquées : aspects pratiques et attitudes parentales. *Arch Pédiatrie.* sept 2001;8(9):929-36.

15. Bertrand X, Précesse V, Berra N. Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale. Journal officiel de la République Française. 23 avr 2012;
16. Righini CA, Debry C, Mondain M. Item 87 - UE 4 Altération de la fonction auditive - Inclus item 44 - UE 2 Dépistage des troubles auditifs chez l'enfant. In: ORL. Elsevier Masson; 2017. p. 25-55.
17. Legent F, Bordure P, Calais C, Malard O, Chays A, Roland J, et al. Audiologie pratique Audiométrie. 3ème éd. Elsevier Masson; 2011. 308 p.
18. Pol C. Épidémiologie et étiologies des surdités de l'enfant. Arch Pédiatrie. 1 mai 2003;10:s148-50.
19. Marcolla A, Bouchetemple P, Lerosey Y, Marie J-P, Dehesdin D. Surdités d'origine génétique. Ann Otolaryngol Chir Cervico-Faciale. juin 2006;123(3):143-7.
20. Garabédian EN. Avancées récentes dans le domaine de la surdité de l'enfant. Arch Pédiatrie. févr 2002;9(2):107-9.
21. Dagron J. Les silencieux, Chroniques de vingt ans de médecine avec les Sourds. Presse Pluriel; 2008.
22. IRSA. Les modes de communication pour les personnes sourdes [Internet]. IRSA - Institution Régionale des Sourds et des Aveugles. 2017 [cité 12 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.irsa.fr/une-entreprise-ou-un-particulier/une-entreprise-ou-un-particulier-se-sensibiliser-s-informer/une-entreprise-ou-un-particulier-les-modes-de-communication-pour-les-personnes-sourdes>
23. Poirier D. La surdité entre culture, identité et altérité. Lien Soc Polit. 4 nov 2005; (53):59-66.
24. Dalle-Nazébi S, Lachance N. Sourds et médecine : impact des représentations sur les conditions d'accès aux soins. Regards croisés France-Québec. ¿Interrogations? 2008;La santé au prisme des sciences humaines et sociales(6).
25. Kvam MH, Loeb M, Tambs K. Mental Health in Deaf Adults: Symptoms of Anxiety and Depression Among Hearing and Deaf Individuals. J Deaf Stud Deaf Educ. 17 août 2006;12(1):1-7.
26. Suhani RD, Suhani MF, Badea ME. Dental anxiety and fear among a young population with hearing impairment. Clujul Med. 2016;89(1):143-9.
27. Zazove P, Nienmann L, Gorenflo D, Carmack C, Mehr D, Coyne J, et al. The health status and health care utilization of deaf and hard-of-hearing persons. Arch Fam Med. 1 juill 1993;2(7):745-52.
28. Scheier DB, Kalman M, Wells M, Gavan CS, Sturm BA. Barriers to health care for people with hearing loss: A review of the literature. J N Y State Nurses Assoc. 2009;32.
29. Ralston E, Zazove P, Gorenflo DW. Physicians' Attitudes and Beliefs About Deaf Patients. J Am Board Fam Pract. 1 mai 1996;9(3):167-73.

30. Gupta L, Jain P, Mora LN, Mujho T. Evaluation of different visual method used, to enhance communication skills between dental care providers and speech and hearing impaired patients. *Indian J Dent Res.* 7 août 2018;29(4):418-22.
31. Iezzoni LI, O'Day BL, Killeen M, Harker H. Communicating about Health Care: Observations from Persons Who Are Deaf or Hard of Hearing. *Ann Intern Med.* 2 mars 2004;140(5):356.
32. McEwen E, Anton-Culver H. The medical communication of deaf patients. *J Fam Pract.* mars 1988;26(3):289-91.
33. Vanderzwalme-Gouvernaire A, Naulin-Ifi C. Développement de l'enfant et approche comportementale au cabinet dentaire. In: *Odontologie pédiatrique clinique.* CdP. 2011. p. 1-12. (JPIO).
34. Nunn J, Wright G. Childhood impairment and disability. In: *Paediatric Dentistry.* Oxford University Press. 2005. p. 359-74.
35. Clot D, Davit-Béal T, Wolikow M. Relation praticien-enfant : une approche progressive. In: *Guide d'odontologie pédiatrique La clinique par la preuve.* CdP. 2018. p. 25-7.
36. Shalini Chandrasekhar, Ghanashyam Prasad Madu, Naga Radhakrishna Ambati, Pavani Reddy Suravarapu, Kalyani Uppu, Deepthi Bolla. Pioneering Strategies for Relieving Dental Anxiety in Hearing Impaired Children: a Randomized Controlled Clinical Study. *J Dent* 17283426. juin 2017;18(2):112-7.
37. Gangwal RR, Rameshchandra Badjatia S, Harish Dave B. Effect of Exposure to Positive Images of Dentistry on Dental Anxiety among 7 to 12 Years Old Children. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2014;7(3):176-9.
38. Susilo CW, Fauziah E, Rizal MF, Suharsini M. Impact of Using an Educational Pop-up Book to Address Dental Anxiety in Hearing Impaired Children. *J Int Dent Med Res.* janv 2018;11(1):135-8.
39. Rachmawati S, Fauziah E, Rizal MF, Indiarti IS. Electrodermal Activity as an Indicator of Dental Anxiety Hearing Impaired Children After Educated by Pop-Up Books. *J Int Dent Med Res.* janv 2018;11(1):139-42.
40. Fauziah E, Rachmawati S, Rachmadani AP, Susilo CW. Comparison of the Educational Effect of Two and Three Dimensional Books on Dental Anxiety in Children With Hearing Impairment (Aged 7–9 Years). *J Int Dent Med Res.* déc 2019;12(4):1507-10.
41. Santé BD. Les fiches de Santé : « Le dentiste » [Internet]. Santé BD. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://santebd.org/les-fiches-santebd/dentiste>
42. Barnett S. Communication with Deaf and Hard-of-hearing People: A Guide for Medical Education. *Acad Med.* juill 2002;77(7):694–700.
43. Meador HE, Zazove P. Health Care Interactions with Deaf Culture. *J Am Board Fam Pract.* 1 mai 2005;18(3):218-22.

44. MacKinney TG, Walters D, Bird GL, Nattinger AB. Improvements in preventive care and communication for deaf patients: results of a novel primary health care program. *J Gen Intern Med.* mars 1995;10(3):133-7.
45. Hashmi S, Mohanty VR, Balappanavar AY, Yadav V, Kapoor S, Rijhwani K. Effectiveness of dental health education on oral hygiene among hearing impaired adolescents in India: A randomized control trial. *Spec Care Dentist.* 2019;39(3):274-80.
46. Alsmark SSB, García J de N, Martínez MRM, López NEG. How to improve communication with deaf children in the dental clinic. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;6.
47. Pereira PCA, de Carvalho Fortes PA. Communication and Information Barriers to Health Assistance for Deaf Patients. *Am Ann Deaf.* 2010;155(1):31-7.
48. Steinberg A, Barnett S, Meador H, Wiggins E, Zazove P. Health Care System Accessibility: Experiences and Perceptions of deaf People. *J Gen Intern Med.* mars 2006;21(3):260-6.
49. Witte TN, Kuzel AJ. Elderly deaf patients' health care experiences. *J Am Board Fam Pract.* févr 2000;13(1):17-22.
50. Rocheleau L, Harisson C, Gélinas M-C, Shang M, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (Québec), Direction de la planification de la performance des connaissances et des ressources humaines réseau. Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques. Longueuil: ASSS Montérégie; 2015.
51. Haute Autorité de Santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 févr 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_430286/fr/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_430286/fr/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante)
52. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.
53. Vanbelle C. Traducmed, outil d'aide pour la prise en charge médicale des patients migrants [Internet]. 2017 [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.traducmed.fr/application/traduction/accordeon/langue/100>
54. Gaudy J, Arreto C. Manuel d'analgésie en odontostomatologie. 2ème éd. Paris : Masson; 2004.
55. Delfosse-Verlyck C, Naulin-Ifi C. Contrôle de la douleur et de l'anxiété. In: *Odontologie pédiatrique clinique.* CdP. 2011. p. 37-61. (JPIO).
56. ANSM. Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) : ANTASOL®, ENTONOX®, KALINOX®, OXYNOX® – Rappel sur le bon usage et la sécurité d'emploi - Lettre aux professionnels de santé [Internet]. 2016 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.anism.sante.fr/S-informer>

57. Andersen J. La sédation consciente par inhalation du M.E.O.P.A. Fil Dent [Internet]. 9 août 2010 [cité 11 mars 2020]; Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/pedodontie/focus-clinic-sedation-consciente-par-meopa/>
58. Bandon D, Delbos Y, Vaysse F, Nancy J. MEOPA, anesthésie générale : pourquoi et comment orienter les patients ? Fil Dent. mai 2009;(43):20-3.
59. Bandon D, Nancy J, Prévost J, Vaysse F, Delbos Y. Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins buccodentaires des enfants et des patients handicapés. Arch Pédiatrie. mai 2005;12(5):635-40.
60. Lim SW, So E, Yun HJ, Karm M-H, Chang J, Lee H, et al. Analysis of the effect of oral midazolam and triazolam premedication before general anesthesia in patients with disabilities with difficulty in cooperation. J Dent Anesth Pain Med. août 2018;18(4):245-54.
61. DGOS. Un accès aux soins facilité pour les personnes sourdes et malentendantes [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/sourds-et-malentendants/patients-sourds>
62. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. BMJ. 15 août 1998;317(7156):465-8.
63. Grudniewicz A, Bhattacharyya O, McKibbin KA, Straus SE. Redesigning printed educational materials for primary care physicians: design improvements increase usability. Implement Sci IS. 4 nov 2015;10.
64. Jones T, Cumberbatch K. Sign language in dental education—A new nexus. Eur J Dent Educ. août 2018;22(3):143-50.
65. Jain S, Duggi V, Avinash A, Dubey A, Fouzdar S, Sagar MK. Restoring the voids of voices by signs and gestures, in dentistry: A cross-sectional study. J Indian Soc Pedod Prev Dent. avr 2017;35(2):115-22.
66. Lock E. A Workshop for Medical Students on Deafness and Hearing Impairments. Acad Med. déc 2003;78(12):1229–1234.

## Collège des Sciences de la Santé

### UFR des Sciences Odontologiques

# Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :



## **Titre : PRISE EN CHARGE DES ENFANTS SOURDS AU CABINET DENTAIRE : ÉVALUATION DES BESOINS BUCCO-DENTAIRES.**

**Résumé :** Les patients atteints de surdité sont, la plupart du temps, contraints de consulter des soignants qui communiquent verbalement et qui ignorent tout des façons de dire et de faire des Sourds. Pour les Sourds, cette méconnaissance est à l'origine d'une certaine anxiété vis-à-vis du monde médical. Les enfants sourds apparaissent d'autant plus anxieux et parfois hostiles de peur de ne pas comprendre ce qu'on va leur demander. L'attitude des chirurgiens-dentistes n'est pas toujours adaptée pour les prendre en charge de façon efficace.

Fort de ce constat, l'objectif de cette thèse est de cibler les besoins et d'identifier les difficultés pour le patient sourd ainsi que pour le praticien. L'étude a été réalisée par l'intermédiaire de questionnaires distribués à des parents d'enfants sourds et à des étudiants en odontologie. Nous avons obtenu 28 réponses de parents et 71 réponses de dentistes.

L'analyse des réponses a permis de mettre en évidence que la difficulté majeure est la communication. Celle-ci étant essentielle pour la prise en charge de nos patients, nous avons réalisé une plaquette informative à destination des praticiens afin de les guider dans cette prise en charge. Elle reprend quelques notions essentielles sur la surdité, ainsi que les comportements et gestes à adopter au cabinet avec ces patients.

**Mots clés :** enfants déficients auditifs, surdité, communication, anxiété dentaire, soins dentaires

---

## **Title : MANAGEMENT OF HEARING IMPAIRED CHILDREN IN THE DENTAL OFFICE : DENTAL NEEDS ASSESSMENT.**

**Abstract :** Most of the time, deaf patients are forced to consult caregivers, who communicate verbally and are unaware of Deaf ways to say and do. Among the Deaf population, this lack of knowledge is the source of some anxiety regarding the medical field. Deaf children appear all the more anxious and sometimes hostile for fear of not understanding what we are going to ask them. Therefore, dentist's attitude is not always adequate to treat them effectively.

Based on this observation, the objective of this thesis is to target the needs and identify the difficulties for the deaf patient as well as the practitioner. The survey is based on questionnaires collected from 28 parents of hearing impaired children and 71 dentistry students.

The analysis of their answers reveal that the most important difficulty is communication. This is essential for patient cares, so we produced an informative leaflet for dentists to guide them in this care. It explains the essential points of deafness as well as the behaviours and actions to be taken in the dental office.

**Keywords :** hearing impaired children, deafness, communication, dental anxiety, dental cares

---