HAL
open science

La pratique de la prescription orthophonique par les chirurgiens-dentistes dans le cadre des dysfonctions oro-myo-faciales et des parafonctions chez l'enfant de moins de 18 ans

Marlène Biedermann

To cite this version:

Marlène Biedermann. La pratique de la prescription orthophonique par les chirurgiens-dentistes dans le cadre des dysfonctions oro-myo-faciales et des parafonctions chez l'enfant de moins de 18 ans. Sciences cognitives. 2021. dumas-03281033

HAL Id: dumas-03281033

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03281033

Submitted on 7 Jul 2021

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.

Année universitaire 2020-2021

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Grade Master

Présenté et soutenu publiquement le 10 juin 2021

par Marlène BIEDERMANN

née le 30/09/1992 à Toulouse

La pratique de la prescription orthophonique par les chirurgiens-dentistes dans le cadre des dysfonctions oro-myo-faciales et des parafonctions chez l'enfant de moins de 18 ans

Sous la direction de :
Chantal de Castelbajac

Membres du jury :
Mme Elisabeth LONGERE, orthophoniste, enseignante associée à l'Université de Bordeaux, coordonnatrice pédagogique
Docteur Maud SAMPEUR, MCU-PH, chirurgien-dentiste spécialisée en orthopédie dento-faciale, Bordeaux
Docteur Virginie TURPIN, chirurgien-dentiste, Bordeaux

Année universitaire 2020-2021

COLLEGE SCIENCES DE LA SANTE
Centre de Formation Universitaire d'Orthophonie

Mémoire (U.E. 7.5) pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Grade Master

Présenté et soutenu publiquement le 10 juin 2021

par Marlène BIEDERMANN

née le 30/09/1992 à Toulouse

La pratique de la prescription orthophonique par les chirurgiens-dentistes dans le cadre des dysfonctions oro-myo-faciales et des parafonctions chez l'enfant de moins de 18 ans

Sous la direction de :
Chantal de Castelbajac

Membres du jury :
Mme Elisabeth LONGERE, orthophoniste, enseignante associée à l'Université de Bordeaux, coordonnatrice pédagogique
Docteur Maud SAMPEUR, MCU-PH, chirurgien-dentiste spécialisée en orthopédie dento-faciale, Bordeaux
Docteur Virginie TURPIN, chirurgien-dentiste, Bordeaux

Titre : La pratique de la prescription orthophonique par les chirurgiens-dentistes dans le cadre des dysfonctions oro-myo-faciales et des parafonctions chez l'enfant de moins de 18 ans

Résumé : Le chirurgien-dentiste, en tant que prescripteur omnipraticien, dispose de prérogatives favorables à une intervention précoce, comme le dépistage des dysfonctions oro-myo-faciales et des parafonctions. Le rétablissement de ces fonctions représente un enjeu de santé publique au regard des répercussions multiples sur la santé. Le chirurgien-dentiste est donc à même d'orienter ses jeunes patients vers l'orthophoniste compétent dans cette rééducation.

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des pratiques du chirurgien-dentiste en matière de prescription orthophonique et d'étudier si la connaissance de ses propres prérogatives et de celles de l'orthophoniste en matière de dysfonctions oro-myo-faciales influence cette pratique.

Pour cela, 102 chirurgiens-dentistes ont répondu à un questionnaire. Le traitement des réponses s'est fait sous la forme d'une analyse descriptive puis d'un traitement statistique inférentiel.

Il a ainsi pu être mis en évidence que le recours à la prescription d'orthophonie par les chirurgiens-dentistes, avec à peine 55,9% qui se déclarent prescripteurs, est une pratique encore trop peu répandue en dépit des recommandations de l'ANAES. Des facteurs susceptibles d'influencer cette pratique ont été identifiés : le degré de connaissance par le chirurgien-dentiste de sa mission de dépistage et son droit de prescription. La connaissance du champ de compétences des orthophonistes ne semble pas en revanche impliquée dans le recours à la prescription.

La collaboration professionnelle entre orthophonistes et chirurgiens-dentistes autour des jeunes patients présentant des dysfonctions OMF pourrait être améliorée au moyen d'interfaces formelles et informelles.

Mots clés : dysfonctions oro-myo-faciales – parafonctions- chirurgien-dentiste – dépistage – prescription – orthophoniste – pluridisciplinarité

Title : The practice of speech and language therapy prescription by dentists in the context of orofacial myofunctional disorders and parafunctions in children under 18 years old.

Abstract : The dentist, as a general practitioner, has prerogatives for early intervention, such as the screening of orofacial myofunctional disorders and parafunctions. Restoring these functions is a public health matter due to its many health implications. The dental surgeon is therefore in a position to refer his young patients to the speech therapist (who is) competent in this rehabilitation.

The aim of this paper is to review the practice of dental surgeons in prescribing speech and language therapy and to study the influence of knowledge of both their own prerogative on this practice and the one of the speech and language therapy in relation to orofacial myofunctional disorders.

For this purpose, 102 dentists answered a questionnaire. The processing of the answers was done in the form of a descriptive analysis and then an inferential statistical treatment.

It has been shown that the use of speech therapy prescriptions by dentists, with barely 55.9% declaring themselves to be prescribers, is still not widespread enough, despite the recommendations of the HAS

Factors likely to influence this practice were identified: the degree of knowledge of the dental surgeon of his screening mission and his right to prescribe. Knowledge of SLTs' scope of practice does not seem to be involved in the use of prescriptions.

Professional collaboration between speech and language therapists and dentists around young patients with orofacial myofunctional disorders could be improved through formal and informal interfaces.

Keywords : orofacial myofunctional disorders- parafunctions- oral surgeon- screening- prescription- speech and language therapist- multidisciplinary

---

Nombre de pages : 68 (61 hors annexes). Nombre de références : 77

REMERCIEMENTS

J'aimerais commencer par remercier ma directrice de mémoire, Madame Chantal de Castelbajac, pour avoir accepté d'encadrer ce projet. Je vous suis aussi reconnaissante d'avoir partagé avec moi, durant ces cinq années, vos connaissances et votre expérience.

Je remercie Mesdames Elisabeth Longère, Maud Sampeur et Virginie Turpin de me faire l'honneur d'évaluer ce travail.

Je remercie tous ceux qui ont participé à la réalisation de ce projet : Claire Dupoiron, Docteure Martignoni, les Docteurs Ghazi et Mounet, le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du Tarn et son président Docteur Piotrowski, le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes du Tarn-et-Garonne et sa présidente Docteure Sanz, les étudiants en biostatistique et en épidémiologie. Un merci tout particulier aux Docteurs Georges et Damien Biedermann pour leur disponibilité et judicieux conseils. Au plaisir de travailler ensemble !

Je tiens à remercier, Mesdames Sophie Lavedrine, Bénédicte Darrigrand, Gaëlle Benichou, Sophie Thiriet et Docteur Bertrand Glize d'avoir nourri mon envie d'être orthophoniste.

Ce mémoire est l'aboutissement d'un long parcours que je n'aurais pu mener à terme sans le soutien de mes proches.

Je remercie mes parents de croire en mon projet, d'avoir fait preuve de tant de patience et d'écoute bienveillante dans cette aventure ! Merci à mon frère Damien et à ma sœur Elsa de me guider et m'accompagner dans mes choix, depuis le berceau.

Je remercie tout particulièrement Alex, mon binôme dans la vie, pour son soutien inconditionnel depuis toutes ces années, son calme et sa sagesse. J'ai hâte de débuter cette nouvelle vie à tes côtés !

Je remercie chaleureusement ma grand-mère, « Mamie Gigi », d'être si exceptionnelle. Tous nos partages, en colocation comme à distance, m'ont guidée dans mes choix et ont participé à mon épanouissement. Merci pour ta générosité.

Je remercie tendrement ma marraine, Julia, pour toute l'énergie et les valeurs qu'elle m'a transmises. Merci de m'avoir encouragée avec tes formules magiques. Merci à Paul pour son précieux soutien.

Je remercie ma famille : Stéphane, Aurélie et Gilles, Hélène et Yves, notre fleur des îles Hinaé, Olivier, ma maman 2, Fredo et Doudou, de m'avoir tant soutenue tout au long de ce parcours.

Un immense merci à mes amies d'orthophonie : Maud « ma chéché », Sandrine, Célia, Clara, Noëllie et Marie, d'avoir rendu ces études si vivantes !

Enfin, je remercie mes ami.e.s, Laure, Justine, Mickaël, Emma, Marie et Lola de m'avoir donné de l'énergie à chacune de nos retrouvailles.

Un remerciement spécial pour Heïva, l'égérie de ce projet, pour sa douce compagnie.

« *Māuruuru roa* »

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 3
TABLE DES MATIERES 4
TABLE DES TABLEAUX 5
TABLE DES FIGURES 5
TABLE DES ANNEXES 6
LISTE DES ACRONYMES ET DES ABREVIATIONS 6
INTRODUCTION 7
CONTEXTE THEORIQUE 8
I.Le contexte de la prescription orthophonique 8
II. Le rôle du chirurgien-dentiste en tant que prescripteur d'orthophonie 14
III. Problématique et hypothèses de travail 21
MATERIEL ET METHODES 23
I. Population 23
II. Questionnaire 24
III. Recueil et traitement des données 26
PRESENTATION DES RESULTATS 30
I.Caractéristiques de l'échantillon 30
II.Pratique de la prescription orthophonique 31
III.Mission de dépistage 32
IV.Connaissance du droit de prescription orthophonique 35
V.Connaissance de la compétence de l'orthophoniste 36
VI. Les interlocuteurs des chirurgiens-dentistes 39
VII. Le besoin d'information 40
ANALYSE DES RESULTATS 41
DISCUSSION 42
I.Vérification des hypothèses 42
II.Discussion 47
III.Biais et limites de l'étude 51
IV.Apports pour la pratique professionnelle 52
V.Perspectives 52
CONCLUSION 54
BIBLIOGRAPHIE 55
ANNEXES 62

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Présentation des variables selon les modalités de réponse et leur recodage **27**
TABLEAU 2 : Descriptif des quatre variables qualitatives ayant fait l'objet du test statistique du Chi2 **29**
TABLEAU 3 : Etude du lien entre les facteurs d'influence et la pratique de la prescription chez les chirurgiens-dentistes en France en 2021 au moyen du test statistique du Chi 2 ..... **41**

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : Diagramme de flux de recueil des données **24**
FIGURE 2 : Répartition des répondants selon l'année d'obtention du diplôme **30**
FIGURE 3 : Répartition des répondants selon leur recours à la prescription orthophonique **31**
FIGURE 4 : Chirurgiens-dentistes pratiquant le dépistage des dysfonctions : répartition des répondants selon les stratégies post-dépistage adoptées **31**
FIGURE 5 : Répartition du groupe P au regard des recommandations de la formation initiale vs formation continue **32**
FIGURE 6 : Répartition des répondants selon leur connaissance de la mission de dépistage **32**
FIGURE 7 : Etat des connaissances des répondants sur la mission de dépistage selon leur pratique de la prescription **33**
FIGURE 8 : Etat des pratiques de la prescription des répondants selon leur connaissance de la mission de dépistage **33**
FIGURE 9 : Chirurgiens-dentistes méconnaissant leur mission de dépistage : répartition selon la désignation du professionnel jugé compétent en la matière **34**
FIGURE 10 : Répartition des répondants selon leur connaissance du droit de prescription orthophonique **35**
FIGURE 11 : Etat des pratiques de la prescription des répondants selon leur connaissance du droit de prescription orthophonique **35**
FIGURE 12 : Etat des connaissances des répondants sur leur droit de prescription selon leur pratique de la prescription **36**
FIGURE 13 : Répartition du groupe NP selon le niveau d'information au sujet de la compétence de l'orthophoniste **36**
FIGURE 14 : Répartition des chirurgiens-dentistes informés de la compétence de l'orthophoniste selon l'origine de l'information obtenue **37**
FIGURE 15 : Répartition des répondants selon leur connaissance de la compétence de l'orthophoniste **38**
FIGURE 16 : Etat des pratiques de prescription des répondants selon leur connaissance de la compétence de l'orthophoniste **38**
FIGURE 17 : Etat des connaissances des répondants sur la compétence de l'orthophoniste selon leur pratique de la prescription **39**

FIGURE 18 : Répartition des répondants selon le choix de(s) interlocuteur(s) au sujet des dysfonctions **39**
FIGURE 19 : Répartition des répondants selon le support d'information préféré **40**

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Contenu de la formation initiale des étudiants en odontologie **63**
ANNEXE 2 : Formulaire de l'examen bucco-dentaire **65**
ANNEXE 3 : Fiche d'aide à la prescription d'orthophonie **66**
ANNEXE 4 : Arbre décisionnel **67**

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ADF : Association Dentaire Française

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de la Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Commission Professionnelle Territoriale de Santé

DMP : Dossier Médical Personnalisé

DPC : Développement Professionnel Continu

EBD : examen bucco-dentaire

ECTS : European Credit Transfer System (Système européen de transfert et d'accumulation de crédits)

FIF PL : Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux

OMF : oro-myo-facial

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : oto-rhino-laryngologiste

QCM : question à choix multiples

QRU : question à réponse unique

INTRODUCTION

La théorie des matrices fonctionnelles selon laquelle « la fonction crée la forme » (Moss & Salentijn, 1969, cité par Gil & Courson, 2017, p.160) permet d'affirmer que les fonctions oro-myo-faciales impactent la croissance cranio-faciale. Les répercussions anatomiques et fonctionnelles consécutives aux dysfonctions oro-myo-faciales sont des arguments en faveur d'une intervention précoce recommandée par l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES).

Avec une consommation totale pour les actes dentaires (dont 10% pour l'orthopédie dento-faciale) de 11 435 millions d'euros en 2018, soit 1,4% de plus qu'en 2017, (Dress, 2019), l'interception des dysfonctions représente bien un enjeu de santé publique.

Le cadre légal prévoit la possibilité d'une intervention coordonnée du chirurgien-dentiste, en tant que prescripteur omnipraticien, au moyen du dépistage et des campagnes ciblées à cet effet (MT'Dents) d'une part, et de l'orthophoniste au titre de rééducateur d'autre part.

Néanmoins, ni la mention du dépistage fonctionnel ni le droit de prescription orthophonique ne font l'objet de mentions explicites sur le formulaire EBD (examen bucco-dentaire) mis à la disposition du chirurgien-dentiste. Par conséquent, le recours à l'orthophoniste peut être différé et/ou confié à d'autres prescripteurs entraînant alors un délai dans la normalisation des dysfonctions.

Ce mémoire vise, au moyen d'un questionnaire qui leur est destiné, à dresser un état des lieux des pratiques des chirurgiens-dentistes face à de jeunes patients présentant des dysfonctions oro-myo-faciales avec ou sans parafonctions. Ce travail vise d'abord la pratique du dépistage et ensuite, les choix thérapeutiques, notamment la prescription d'un bilan orthophonique suivi d'une rééducation si nécessaire. Il s'intéresse également aux facteurs susceptibles d'influencer ces pratiques cliniques.

CONTEXTE THEORIQUE

I.Le contexte de la prescription orthophonique

I.1 La croissance eumorphique

I.1.1 l'interaction des fonctions oro-faciales

Les fonctions oro-faciales forment un ensemble indissociable et interactif. Chez le tout-petit la ventilation et la déglutition fonctionnent de concert (Lejoyeux, 2006 ; Deroze, s. d.). On observe également que la posture linguale de repos dépend de contraintes respiratoires (Leloup, 2006a). En effet, la ventilation nasale s'accompagne d'une occlusion dentaire qui permet l'occlusion labiale et l'ascension linguale (Fellus, 1989). L'harmonie fonctionnelle entre ces fonctions concourt au bien-être général et ne se limite pas à la sphère oro-faciale (Thepault & Fournier, 2006). Elle est nécessaire pour atteindre l'occlusion dentaire et s'inscrit dans une quête de croissance harmonieuse (Leloup, 2006a) que l'on peut qualifier « d'eumorphique » (Fellus, 1989). La croissance eumorphique se définit comme le « développement équilibré, harmonieux des divers organes tant du point de vue formel que structural ». (CNRTL, 2012.)

I.1.2 l'interaction forme-fonction

Un consensus s'est formé autour de l'interaction de la forme et de la fonction. Il est issu de la théorie des matrices fonctionnelles selon laquelle « la fonction crée la forme » (Moss & Salentijn, 1969, cité par Gil & Courson, 2017, p.160). Il est partagé par de nombreux auteurs qui affirment l'influence des fonctions oro-faciales sur la croissance cranio-mandibulaire. Patrick Fellus constate la part non négligeable des causes fonctionnelles dans les troubles de la croissance du maxillaire et de la mandibule. Il expose le « triple équilibre postural » qui se compose de facteurs occlusaux, labiaux et linguaux et qui participe à la croissance mandibulaire (Fellus, 1989). En ce qui concerne la fonction linguale, elle est décrite par Moss comme une « matrice fonctionnelle » (Moss, 1962 cité par Thepault & Fournier, 2006). Lorsque la langue se trouve en position haute au repos, elle entraîne des pressions sur le palais et permet un développement optimal de la voûte palatine (Fellus, 2006). Nous avons vu que cette configuration est permise par une ventilation nasale. Il est important de préciser que la présence d'une dysmorphose s'accompagne toujours d'une mauvaise position de repos linguale, l'inverse n'est pas systématique (Thepault & Fournier, 2006).

Limme avance que l'influence de la fonction alimentaire sur la croissance maxillaire, mandibulaire et des structures dentaires est précoce (Limme, 2002). La mastication permet un développement des muscles de la tête et du cou (Deroze, s. d.). Deshayes s'inscrit dans ce consensus et précise que : « c'est tout l'équilibrage du puzzle cranio-mandibulaire qui ne s'effectue pas en l'absence d'une mastication puissante » (Deshayes, 1998, p299-310). La ventilation buccale peut être à l'origine d'un retard staturo-pondéral (Talmant, 1995) et impacter la morphogénèse maxillo-faciale ainsi que la posture cranio-rachidienne (Gola, 2000) avec des modifications de l'activité musculaire, labiale, linguale, masticatrice, de la face et de l'occlusion dentaire (Harvold et al., 1983). Le rétablissement de la ventilation nasale aurait l'effet d'un « vaccin » contre les dysmorphoses (Duchateaux, s.d. cité par Rioux). Associée à une mastication unilatérale alternée, elle conditionne le développement optimal de la face (Lumbroso, 2006).

Selon Thepaut et Fournier il est nécessaire lors de l'examen oro-facial de rechrcher systématiquement la triade de Chateau à savoir la déglutition, la position linguale au repos et la phonation. La ventilation nasale, la posture labiale, l'absence d'habitudes nocives et les dysfonctionnements cranio-mandibulaires sont également à observer, puisque la déglutition n'est pas la seule fonction responsable des déformations osseuses ou de l'articulé dentaire (Thepault & Fournier, 2006).

Les fonctions oro-faciales sont donc liées entre elles et composent une harmonie fonctionnelle, dont le rôle est primordial dans la croissance eumorphique.

I.2 La croissance dysmorphique

I.2.1 les dysfonctions

I.2.1.1 la déglutition dysfonctionnelle

Le terme de déglutition dysfonctionnelle est préféré par Leloup à celui de déglutition atypique, primaire, immature car il permet de ne pas définir comme pathologique un processus physiologique de maturation (Leloup, 2006a). Elle s'observe par la présence de trois éléments qui forment la triade de Romette :

- la contraction des muscles labiaux et faciaux,
- la protrusion linguale,
- l'absence de contact dentaire (Romette, 1982).

Une déglutition dysfonctionnelle se caractérise par :

- un appui lingual au niveau des incisives supérieures ou des incisives inférieures ou les deux, et/ou un appui latéral sur les prémolaires,
- une interposition linguale au niveau de la partie antérieure,
- une difficulté d'élévation linguale de la partie postérieure, compensée par un appui lingual sur les dents antérieures,
- la contraction des lèvres (Maurin, 1988).

Selon Leloup, elle peut s'exprimer comme la « persistance d'un geste immature » ou comme un « geste d'adaptation par compensation » dans un contexte dysfonctionnel. La déglutition dysfonctionnelle étant une dysfonction à part entière, elle peut être repérée dans le cadre d'un diagnostic simple ou être associée à d'autres dysfonctions oro-faciales (Leloup, 2006a).

I.2.1.2 la ventilation buccale

La ventilation buccale est une « ventilation de suppléance » en cas d'effort physique ou d'obstruction des voies respiratoires (Bouyahyaoui et al., 2007). Elle est acquise par accommodation à l'occasion d'une obstruction fortuite. La ventilation par les fosses nasales est rétablie dans l'année ou persiste par la voie buccale au titre d'une habitude (Lejoyeux, 2006). Lorsqu'elle est permanente, elle se trouve toujours associée à une position basse de la langue (Romette, 1982).

Le phénotype du respirateur buccal est le suivant :

- lèvre supérieure courte et gercée,
- position basse et avancée de la langue,
- téguments du nez infiltrés,
- narines étroites,
- altération du développement transversal du tiers inférieur de la face,
- modification de la dynamique labiale par une utilisation différente des muscles buccaux (Patti & Perrier d’Arc, 2003).

I.2.1.3 la posture linguale basse au repos

La position basse de la langue au repos est un des quatre marqueurs spécifiques des dysfonctions oro-faciales. Elle peut apparaître consécutivement à un trouble de l'articulé dentaire, une macroglossie ou un frein restrictif (Leloup, 2006a).

Elle apparaît également en réponse à une ventilation buccale pour permettre le passage de l'air et s'accompagne d'une hypotonie linguale (Thibault, 1997).

I.2.1.4 la mastication unilatérale stricte

La succion-déglutition précède la mastication. Elle est liée à l'allaitement au sein ou au biberon. L'allaitement au sein se caractérise par une stimulation plus intense du cartilage condylien (Godelar, 2017), tandis que l'alimentation au biberon, avec une stimulation condylienne moindre, représente un des risques de dysmorphose (Yan-Vergnes et al., 2003).

Une mastication dysfonctionnelle est unilatérale et stricte (Picaud, 2010).

I.2.1.5 le phonétisme altéré

Au regard de la triade de Chateau, il est recommandé d'évaluer la position linguale lors de la phonation et non uniquement au repos ou lors de la déglutition (Chateau et al., 1992). En effet, Husson a mis en lumière le fait que certaines praxies sont communes à la phonation et à la déglutition (Husson, 1962). Les troubles articulatoires sont donc à mettre en relation avec d'autres dysfonctions oro-faciales, comme la déglutition dysfonctionnelle et la position de repos linguale anormale, de telle sorte qu'ils apparaissent davantage comme des signes associés à ces dysfonctions qu'isolés. La dysfonction linguale, visible en phonation, participe aux dysmorphoses dans le sens où elle entretient les autres dysfonctions dans lesquelles elle intervient (déglutition, ventilation, position de repos) (Chauvois et al., 1991 ; Deneuville et al., 1995). Les troubles d'articulation sont visibles avec une position linguale interdentale sur les phonèmes [s], [z] et une hypotonie linguale sur l'ascension linguale pour les phonèmes [t], [d], [n], [l] (Thibault, 1997). Tandis que certains auteurs estiment les troubles phonatoires à l'origine d'altérations de l'articulé dentaire (Ameisen et al., 2003), d'autres ne les considèrent pas comme étant la cause de dysmorphoses (Le Gall & Lauret, 2002). Il n'existe donc pas de consensus sur le rôle que jouent les troubles phonatoires dans les dysmorphoses.

I.2.2 les parafonctions

Catherine Thibault parle « d'habitudes nocives » pour nommer le bruxisme, l'onychophagie et la succion non-nutritive qui regroupe le tic de succion du pouce, d'un ou plusieurs doigts, d'une tétine, le suçotement de la langue, le mordillement de la lèvre et la prise du biberon. L'arrêt de la succion non-nutritive est préconisé aux alentours de 3 ans pour ce qui concerne la tétine ou le biberon et avant 7 ans pour la succion digitale (Thibault, 1997). Les parafonctions sont considérées comme pathologiques à partir de 5-6 ans. Elles sont fréquemment associées à une hypotonie labiale, une déglutition primaire, un trouble d'articulation, une position linguale basse au repos avec une bouche entrouverte (Société Française d'Orthopédie Dento-faciale, 2007). Parmi les conséquences recensées dans la littérature, nous retrouvons des déplacements dentaires, des anomalies occlusales et squelettiques et une position linguale basse au repos (Godelar, 2017). Catherine Thibault fait également état d'un retard d'acquisition de l'ascension de l'apex au palais, de l'apparence de palais étroit et profond. Ces parafonctions freinent également le développement d'une déglutition et d'une mastication fonctionnelle, ainsi que l'évolution de la parole et de la ventilation nasale (Thibault, 1997).

I.2.3 la cascade dysfonctionnelle

Leloup nous explique que la langue a pendant longtemps été qualifiée de « coupable de tous les maux » (Leloup, 2006b, p.4). Pourtant, aujourd'hui, la langue n'est plus reconnue comme un facteur significatif mais plutôt aggravant parmi d'autres causes de la déglutition dysfonctionnelle. Certes la langue occupe un rôle spécial car elle s'impose comme la vitrine des dysfonctions oro-faciales (Leloup, 2006a), mais il est important de constater qu'elle s'inscrit dans un enchaînement dysfonctionnel (Lejoyeux, 2006). Celui-ci se compose de quatre marqueurs que sont la déglutition dysfonctionnelle, la ventilation buccale, la position linguale au repos anormale et les parafonctions, qui forment souvent une « cascade dysfonctionnelle » (Leloup, 2006a). Il est d'ailleurs difficile de distinguer clairement les dysfonctions originelles des dysfonctions conséquentes (Lejoyeux, 2006). On observe fréquemment un enchevêtrement des causes et des conséquences, avec une dysfonction qui peut se trouver à la fois être une cause et une conséquence. Parmi ces marqueurs, la ventilation buccale se présente comme « aggravante » dans les cas de maintien et de récidive des dysfonctions oro-faciales (Lejoyeux, 2006 ; Leloup, 2006a).

En effet, Petit parle « d'association de malfaiteurs par cumul des contraintes de l'une et de l'autre » pour évoquer le lien entre la langue et la ventilation (Chateau et al., 1993). L'interaction fonctionnelle implique donc de prendre en compte tous ces marqueurs dans la rééducation de la déglutition. Leloup explicite les trois axes d'intervention à envisager en amont de cette rééducation : restaurer la ventilation buccale, la position de repos linguale normale et supprimer les parafonctions (Leloup, 2006a). La déglutition ne doit donc pas être envisagée uniquement du point de vue de la langue mais prendre en considération les autres dysfonctions, tout comme l'environnement et les relations posturales (Rousseau, 2004).

I.2.4 les conséquences

Les dysfonctions oro-faciales présentent différents types de répercussions. Les conséquences posturales s'apparentent à une asymétrie corporelle (Landouzy et al., 2009) et une posture céphalique en extension (Patti & Perrier d'Arc, 2003). Le développement cranio-facial est aussi impacté et se caractérise par un maxillaire étroit et profond (Martignoni, 2018), des cavités nasales sous-développées et plus généralement une tendance dolichofaciale (Limme, 1993). Les dysfonctions sont source d'anomalies orthodontiques dès la denture temporaire (Ammouche, 2017). Allouch met en avant le risque d'instabilité et de récidive du traitement orthodontique dans un contexte dysfonctionnel persistant (Allouch, 2006). Les risques carieux (Choukroun, 2018) et de fracture dentaire (Rollet, 2015) sont également notables. En dehors des répercussions morphologiques, l'aspect musculaire est également impliqué et s'apparente à une hypotonie linguale et jugale ainsi qu'une hypertonie labiale. Le ventilateur buccal est exposé à des troubles du sommeil susceptibles d'affecter ses capacités attentionnelles et, par conséquent, ses apprentissages (Godelar, 2017). A plus long terme, la prise en compte tardive de ces dysfonctions aboutit à un recours accru aux extractions thérapeutiques (Ammouche & Si Ahmed, 2015).

II. Le rôle du chirurgien-dentiste en tant que prescripteur d'orthophonie

II.1 Formation et information du chirurgien-dentiste

II.1.1 la formation

La formation initiale du docteur en chirurgie-dentaire se compose de trois cycles. Le premier cycle sanctionne le diplôme de formation générale en sciences odontologiques, le deuxième cycle le diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques. A l'issue du master, deux options sont envisageables : le cycle court (deux semestres) ou le cycle long (six semestres). Le cycle court permet la délivrance du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, le cycle long correspond à l'internat en odontologie et propose trois spécialités : orthopédie-dento-faciale, médecine bucco-dentaire et chirurgie buccale (Onisep, 2021) (cf. annexe 1).

Parmi les enseignements, un tronc commun est prévu pour l'acquisition de compétences et de connaissances au sujet de la communication avec le patient, son entourage et les autres professionnels du système de santé. Parmi les enseignements du cycle court il est prévu à l'article 16 « d'approfondir ses connaissances et de parfaire ses compétences cliniques de façon interdisciplinaire (…) et avec les autres professionnels » (arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire). Les fonctions oro-faciales sont abordées au cours de la 2ème année d'odontologie. L'orthopédie dento-faciale est appréhendée en 3ème, 4ème et 5ème année (Université de Nantes Odontologie, 2021). L'article 6 permet à chaque unité de formation et de recherche d'odontologie d'organiser les enseignements sous la forme d'unités d'enseignements, sous réserve d'une validation par le président de l'université et du respect des objectifs fixés à l'article 5. L'arrêté prévoit également à l'article 7 que « les unités d'enseignement du tronc commun représentent au minimum 80 % et au maximum 90 % du total des enseignements » (arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire).

Dans un objectif d'homogénéisation des études et de mobilité professionnelle à plus long terme, la Déclaration de Bologne, signée en 1999, a permis la création d'un « Espace européen de l'enseignement supérieur » acté en 2010 .

Cet espace comprend aujourd'hui 48 états signataires qui s'engagent à respecter les six objectifs suivants :

- diplômes lisibles et comparables,
- structuration des études supérieures en 2 cycles, licence et master,
- recours au système européen de transfert des crédits (ECTS) pour favoriser la reconnaissance des périodes d'études,
- développement de la mobilité,
- coopération en matière de garantie de la qualité,
- développement de la dimension européenne de l'enseignement supérieur. (EUR-Lex, 2015).

II.1.2 l'information : l'intervention précoce

L'interception des dysfonctions oro-faciales doit être précoce, pour permettre un « déverrouillage de la croissance » de l'appareil manducateur, ralentie par des contraintes fonctionnelles. Elle doit avoir lieu le plus tôt possible, et peut être envisagée dès l'âge de 3 ans. Toutefois, la maturité et les capacités d'apprentissage ne le permettent pas toujours (Rollet, 2015). Selon Gugino, le concept d'intervention précoce se justifie par la relation causale suivante : « Plus vous traitez jeune, plus la face s'adapte à votre concept » (Gugino & Dus, 2000 cité par Rollet, 2015, p.118).
L'ANAES recommande de « traiter les anomalies susceptibles de porter atteinte à la croissance de la face ou des arcades dentaires, ou d'altérer leur aspect, de nuire aux fonctions orales et nasales, d'exposer les dents aux traumatismes » et évoque le fait que « les anomalies fonctionnelles » relèvent d'un « traitement en denture temporaire », donc précoce, à nuancer toutefois selon le « degré de compréhension, de coopération et de maturation psychomotrice de l'enfant » (ANAES, 2002, p.10). Les thérapeutiques fonctionnelles se justifient donc pleinement en période de denture temporaire. Jusqu'aux 6 ans de l'enfant, le chirurgien-dentiste va participer au dépistage des troubles fonctionnels. La réalisation précoce de ce dépistage permettra une intervention précoce et, de ce fait, une croissance faciale eumorphique. Les problèmes fonctionnels « résiduels » pourront toujours être traités en denture mixte (Zunzarren, 2014).

Le Professeur Claude Duchateaux met en lumière le rôle du chirurgien-dentiste en tant que professionnel omnipraticien, et les enjeux de son intervention précoce, notamment économique, en matière de troubles orthodontiques généralement en lien avec des dysfonctions oro-faciales (Duchateaux, 2003 in Vallée, 2016).

II.2 Dépistage précoce

Le dépistage est qualifié par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de prévention secondaire, et se caractérise, au même titre que les traitements précoces, par « tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie » (ANAES, 2002, p.16). L'ANAES qualifie les dysfonctions oro-faciales de « signes d'alerte » et recommande leur dépistage avant 6 ans (ANAES, 2002, p.25). Le référentiel d'auto-évaluation de l'ANAES explicite les étapes de ce dépistage entre 3 et 12 ans, à savoir l'examen exobuccal, l'examen endobuccal et l'examen fonctionnel (ADF & ANAES, 2004). Le Code de la santé publique prévoit des examens bucco-dentaires (EBD) obligatoires, au titre de la prévention, pour les enfants de moins de 18 ans. Ces examens sont échelonnés tous les trois ans à compter des 3 ans de l'enfant. A partir de 18 ans et jusqu'à 24 ans, l'assuré bénéficie encore de cet EBD triennal. La loi dispose que le chirurgien-dentiste est le professionnel compétent pour réaliser ce dépistage obligatoire. Seul un médecin qualifié en stomatologie peut se substituer à lui pour réaliser cette mission de santé publique (article L2132-2-1 du Code de la santé publique du 22 décembre 2018).

Ce dispositif de santé publique a été baptisé « M'T Dents ». Il a été établi par l'Assurance Maladie et les syndicats signataires de la convention dentaire. Parmi les objectifs de ce dispositif, nous retrouvons en première ligne la rencontre précoce entre le chirurgien-dentiste et l'enfant. Le dispositif comprend l'EBD et d'éventuels soins consécutifs si nécessaire. L'EBD se compose d'une anamnèse, d'un examen bucco-dentaire et d'une action de prévention et d'éducation sanitaire adaptée à l'âge du patient, complétés au besoin par des radiographies intrabuccales et d'un programme de soins. Les soins consécutifs envisagés comprennent des scellements de sillons pour agir contre la carie et des soins conservateurs et chirurgicaux selon le besoin (CNAM, 2021). Le formulaire de l'examen bucco-dentaire ne prévoit pas, au terme du dépistage, la possibilité pour le chirurgien-dentiste d'orienter le patient vers un rééducateur au moyen de la prescription (cf annexe 2).

Une nouvelle campagne de promotion qui s'intitule « Si t'aimes tes dents, tu prends les devants » a été lancée par l'Assurance Maladie en février 2021. Elle se matérialise par trois clips publicitaires et quatre spots radios.

La rencontre du chirurgien-dentiste et du jeune enfant à l'âge de 3 ans permet au professionnel d'objectiver la présence de la respiration nasale, de la déglutition fonctionnelle, de la mastication unilatérale alternée et d'aborder avec les parents l'arrêt des habitudes nocives (port de la tétine, succion du pouce) (Vallée, 2016). Le chirurgien-dentiste est le professionnel omnipraticien « en première ligne » (Martignoni, 2018, p.40), apte à dépister les dysmorphoses et à orienter vers un spécialiste de la sphère oro-faciale en charge d'intercepter (Setbon & Vermelin, 2008). Le dépistage présente un « double intérêt ». Il est à la fois diagnostique et thérapeutique car il permet de mettre en lumière un éventuel dysfonctionnement lingual et de pérenniser un traitement orthodontique à venir (Gil & Courson, 2017, p.160).

En pratique, une étude s'intéressant aux échanges entre orthophonistes et chirurgiens-dentistes objective que seulement 18% des chirurgiens-dentistes ayant participé à l'enquête, ont recours au dépistage des déglutitions dysfonctionnelles de manière régulière (Martignoni, 2018).

II.3 Interception directe du chirurgien-dentiste

II.3.1 les conseils au fauteuil

L'interception des dysfonctions oro-myo-faciales (OMF) par le chirurgien-dentiste peut prendre la forme de conseils au fauteuil. Une étude met en avant le fait que 37,5% des chirurgiens-dentistes qui ne prescrivent pas d'orthophonie sont concernés par cette pratique (Peyreigne, 2019). Ces conseils peuvent être isolés ou associés à d'autres stratégies comme les traitements interceptifs.

II.3.2 les traitements interceptifs

Les traitements interceptifs regroupent globalement trois types d'appareils, ceux qui cherchent à modifier les appuis linguaux, ceux qui repositionnent la langue au repos et ceux qui cherchent à modifier le volume de la cavité buccale (Bouyahyaoui et al., 2007).

En l’absence d’anomalies morphologiques à l’examen oto-rhino-laryngologique (ORL), les recommandations de l’ANAES évoquent le recours à la rééducation comme traitement interceptif. Il doit viser en priorité la suppression des dysfonctions. L’usage des seuls dispositifs intrabuccaux est décrit comme « coercitif » et devrait être assorti d’un accompagnement pour la prise en compte de la « maturation psychologique » du jeune patient (ANAES, 2002, p.24).

II.4 Recours aux orthophonistes

II.4.1 la prescription de rééducation

L'orthophoniste est un professionnel de santé qui exerce son art uniquement sur prescription médicale (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). La collaboration entre le chirurgien-dentiste et l'orthophoniste ne s'inscrit pas dans le parcours de soins coordonnés, comme cela est le cas entre un médecin traitant et un orthophoniste (Service Public, 2021). Néanmoins, le chirurgien-dentiste détient le droit de prescription au titre de l'article L4141-2 du Code de la santé publique qui dispose que « les chirurgiens-dentistes peuvent prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l’exercice de l’art dentaire » (loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006). Il n'existe pas de liste exhaustive et limitative des actes de prescription, mais ils doivent être « en rapport avec le champ de l’article du Code de la santé publique » (CNAM, 2008). De plus l'article R4127-210 du Code de la santé publique met en lumière la « liberté des prescriptions du chirurgien-dentiste » (décret n°2004-802 du 29 juillet 2004).

En pratique, les résultats d’une étude rapportent que 41% des omnipraticiens n’ont jamais prescrit de bilan orthophonique (Martignoni, 2018). D’après une autre étude, l’adressage vers l’orthophoniste se caractérise comme faible et variable selon la dysfonction. En effet, les chirurgiens-dentistes interrogés sont 23,4% à avoir recours à la prescription orthophonique face à des habitudes de succion contre 53,5% en présence d’une déglutition dysfonctionnelle (Azouz, 2018). L'Assurance Maladie a mis à disposition sur le site Ameli un document qui aide à la prescription orthophonique. Il y est précisé l'intitulé exact de la prescription, à savoir « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire » (CNAM, 2014) (cf annexe 3).

Les recommandations de l'ANAES explicitent la possibilité, pour les chirurgiens-dentistes, d'avoir recours lors de l'examen bucco-dentaire à la prescription de consultations spécialisées complémentaires, dont fait partie le bilan orthophonique. Il est également précisé au sujet des anomalies fonctionnelles que « leur traitement est souvent pluridisciplinaire » (ANAES, 2002, p.8).

II.4.2 le champ de compétences des orthophonistes

L'article 1er du décret de compétence des orthophonistes fait état des missions de l'orthophoniste. Ainsi, l'exercice de l'orthophonie consiste à **«** prévenir, à évaluer et à prendre en charge*,* aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement**,** les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole*,* ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression et à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions*.* » L'article 3 du même décret donne la compétence aux orthophonistes pour rééduquer « les fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole » (décret n°2002-721 du 2 mai 2002). L'article L. 4341-1 du Code de la santé publique dispose que les fonctions oro-faciales font partie du domaine d'intervention de l'orthophoniste dans le cadre de la promotion, de la prévention, de l'évaluation et du traitement. De plus, l'orthophoniste « établit en autonomie son diagnostic et décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre » (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016). Dans le contexte des dysfonctions oro-faciales, Soulet emploie le terme d'éducation plutôt que de rééducation dans la mesure où l'intervention ne vise pas le rétablissement mais l'acquisition d'un geste physiologique jusque-là absent (Soulet, 1989).

II.4.3 les échanges

Le traitement des dysfonctions est pluridisciplinaire (Solis, 2018). Le chirurgien-dentiste en tant qu'omnipraticien pratiquant le dépistage fonctionnel des dysfonctions oro-faciales devrait être amené à échanger avec l'orthophoniste (Gil & Courson, 2017). Ces échanges sont encadrés par la loi et se matérialisent par l'envoi du compte-rendu du bilan orthophonique au prescripteur (décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste).

Une étude, qui s'intéresse à la perception par les chirurgiens-dentistes de la déglutition dysfonctionnelle, a mis en lumière que plus de la majorité des chirurgiens-dentistes travaillant avec des orthophonistes reçoivent souvent les comptes-rendus de bilans orthophoniques (Peyreigne, 2019).

Le contenu des échanges se compose du diagnostic orthophonique, des objectifs thérapeutiques, du plan de soin ainsi que des éventuelles informations utiles au diagnostic médical. Ainsi l'orthophoniste participe à la pose du diagnostic médical au moyen du diagnostic orthophonique. De plus, il est prévu par l'article 4 du décret de compétence des orthophonistes que ces derniers peuvent intervenir dans le cadre de la formation initiale et continue auprès des chirurgiens-dentistes (décret n°2002-721 du 2 mai 2002).

Le dossier médical partagé (DMP), anciennement nommé dossier médical personnel, a été mis en place par le ministère de la Santé (Loi nº 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie). Il se présente comme un carnet de santé numérique sécurisé (Service Public, 2021).

Il permet aux professionnels autorisés par la personne concernée d'accéder aux informations de santé suivantes :

- historique des soins alimenté automatiquement par l'Assurance Maladie,
- pathologies et allergies éventuelles,
- traitements médicamenteux et soins,
- comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation,
- résultats d'examens,
- directives anticipées pour la fin de vie.

Le patient est libre de choisir les informations qui y figurent et les professionnels autorisés à les consulter (CNAM, 2021).

III. Problématique et hypothèses de travail

Nous avons vu que les dysfonctions OMF et les parafonctions sont rarement isolées et s'inscrivent dans un processus de cascade dysfonctionnelle. Leur interception présente de nombreux enjeux sur la croissance eumorphique, la réussite des traitements orthodontiques, le sommeil et les apprentissages notamment.
Les chirurgiens-dentistes en tant que professionnels omnipraticiens détiennent un droit de prescription universel et rencontrent les enfants dès le plus jeune âge. Ces consultations, encadrées par la loi, sont l'occasion de dépister de manière précoce les dysfonctions OMF et/ou les parafonctions. Par ailleurs, le champ de compétences des orthophonistes comprend la rééducation des troubles de la sphère oro-faciale. Ainsi, le dépistage est le préalable qui permet au chirurgien-dentiste d'adresser les patients au rééducateur de la sphère oro-faciale par la prescription d'un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire.

L'objectif principal de cette étude consiste à dresser un état des lieux de la pratique de la prescription orthophonique par les chirurgiens-dentistes, au regard des recommandations parues en 2002, et pour la population des jeunes de moins de 18 ans présentant des dysfonctions OMF et/ou des parafonctions. Afin de répondre à cet objectif principal, le critère de jugement choisi correspond à la proportion de chirurgiens-dentistes ayant déjà prescrit de l'orthophonie parmi l'ensemble des participants.

L'objectif secondaire concerne l'examen et l'analyse des facteurs susceptibles d'influencer la pratique de la prescription par les chirurgiens-dentistes pour la population visée, à savoir les jeunes de moins de 18 ans présentant des dysfonctions OMF et/ou des parafonctions.

Ces facteurs, identifiés comme des préalables indispensables à la prescription d'orthophonie, sont liés aux connaissances du chirurgien-dentiste :

- connaissance de sa mission de dépistage,
- connaissance de son droit de prescription,
- connaissance du champ de compétences de l'orthophoniste.

Nos hypothèses sont donc les suivantes :

H1 : Le chirurgien-dentiste n'a jamais prescrit d'orthophonie.

H2 : La connaissance du chirurgien-dentiste concernant ses prérogatives a une influence sur la pratique de la prescription orthophonique.

- ▶ **H2.a** : La connaissance par le chirurgien-dentiste de sa mission de dépistage influence la pratique de la prescription.
- ▶ **H2.b** : La connaissance par le chirurgien-dentiste de son droit de prescription influence la pratique de la prescription.

H3 : La connaissance du chirurgien-dentiste concernant la compétence de l'orthophoniste en matière de rééducation des fonctions OMF influence sa pratique de la prescription.

MATERIEL ET METHODES

I. Population

I.1 Population cible

La population cible étudiée se compose de chirurgiens-dentistes exerçant en France.

L'échantillon respecte les critères suivants :

- critères d'inclusion
  - être chirurgien-dentiste diplômé,
  - pratiquer la pédodontie.
- critères de non-inclusion
  - être chirurgien-dentiste mais ne pas pratiquer la pédodontie,
  - avoir été diplômé hors de France avant 2010.

I.2 Mode de recrutement

Les chirurgiens-dentistes ont été invités à répondre au questionnaire en ligne par le biais de différents canaux :

- le Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Tarn,
- le Conseil de l’Ordre des chirurgiens-dentistes du Tarn-et-Garonne,
- les réseaux sociaux,
- le réseau personnel.

Les sujets de l'étude ont participé sur la base du volontariat et de manière anonyme.

I.3 Description de l'échantillon

Nous avons recueilli 106 réponses au questionnaire. Nous avons exclu 3 participants qui ne pratiquaient pas la pédodontie et 1 participant qui a obtenu son diplôme à l'étranger avant 2010. L'échantillon final est donc constitué de 102 sujets.

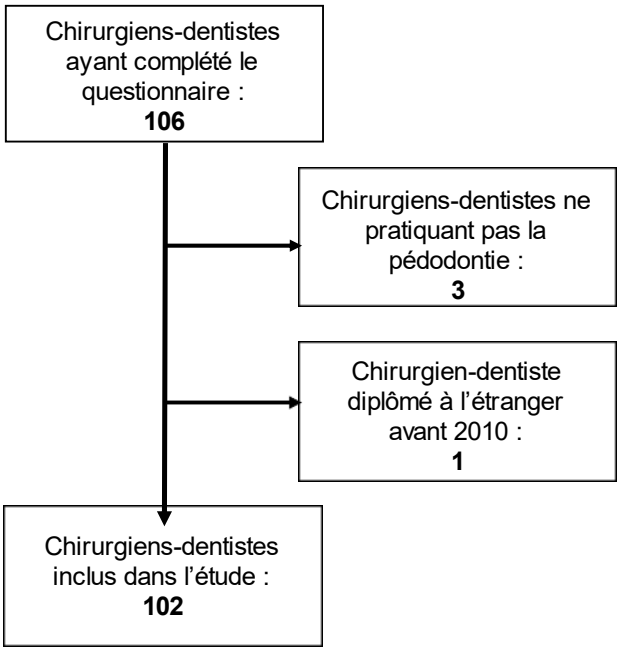


Figure 1 : Diagramme de flux de recueil des données

II. Questionnaire

II.1 Outil utilisé

La population cible a été interrogée au moyen d'un questionnaire numérique réalisé avec l'outil « Google Form ». Ce questionnaire, anonyme, permet de caractériser la population des répondants à travers deux informations :

- année d'obtention du diplôme,
- lieu d'obtention du diplôme (France ou étranger).

II.2 Elaboration du questionnaire

Les échanges avec des chirurgiens-dentistes et orthodontistes au sujet de la pratique des chirurgiens-dentistes en matière de prescription et du contexte professionnel ont été un point de départ dans la conception du questionnaire. Une revue de littérature a permis de croiser des données objectives avec des éléments subjectifs recueillis lors des échanges.

Les questions ont d'abord été conçues au regard des hypothèses de manière à éviter les questions redondantes. Afin de mieux appréhender le contexte de la prescription orthophonique et de dégager des constantes lors du traitement des données, le questionnaire a été étoffé au-delà des hypothèses. Pour cela, nous avons proposé des questions communes et des questions à tiroir afin de traduire autant que possible la réalité clinique des répondants.

II.3 Organisation du questionnaire

Le questionnaire se compose au total de 22 questions :

- 20 questions fermées,
- 1 question semi-fermée,
- 1 question ouverte.

Le questionnaire étant organisé en arborescence, tous les répondants n'accèdent pas à toutes les questions. En fonction de ses connaissances et de sa pratique, chaque répondant peut suivre, à travers le questionnaire et en fonction des réponses déjà données, un chemin qui lui est propre et qui est en adéquation avec sa pratique clinique. Cette organisation en arborescence permet de cibler les questions les plus pertinentes en fonction du profil du répondant, (cf annexe 4).

II.4 Phase de pré-test

Le questionnaire a été proposé à cinq chirurgiens-dentistes en octobre 2020. Cette phase de pré-test a permis d'améliorer la clarté de certaines formulations, de préciser les propositions de réponses aux questions à réponse unique (QRU) et aux questions à choix multiples (QCM), de vérifier la conception et d'estimer le temps nécessaire pour compléter le questionnaire.

II.5 Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été diffusé en ligne du 20 novembre 2020 au 20 janvier 2021 :

- au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Tarn,
- au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Tarn-et-Garonne,
- via les réseaux sociaux (groupe Facebook des Chirurgiens-Dentistes d'Aquitaine),
- par mail à nos réseaux personnels.

III. Recueil et traitement des données

III.1 Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé avec l'outil Google Forms. Le logiciel Excel a servi pour la mise en forme et le traitement des données.

III.2 Mise en forme des données

Ce questionnaire comprend principalement des questions fermées qui prennent la forme de QRU et de QCM, ainsi qu'une question semi-fermée, et une question ouverte. Les QRU proposent, selon les questions posées, deux à trois modalités de réponses ou une échelle de Lickert.

Les réponses ont fait l'objet de différents recodages, détaillés dans le tableau 1. Le recodage des variables « connaissance du droit de prescription » et « connaissance de la compétence de l'orthophoniste » se justifie au regard de la nature de la variable. En l'espèce, la variable « connaissance » s'aborde d'une manière plus binaire qu'une variable qui s'intéresse à l'opinion. En effet, la connaissance correspond à un avis sûr et tranché des répondants et ne concerne donc que les participants ayant répondu « tout à fait d'accord ». Les propositions « plutôt d'accord », « sans avis » et « plutôt pas d'accord » nous permettent de prendre en compte le doute du répondant. Aucun participant n'a répondu « pas du tout d'accord ».

Tableau 1 : Présentation des variables selon les modalités de réponse et leur recodage

QUESTIONNAIRE			
	VARIABLES	REPONSES	RECODAGE
QRU	-pratique de la pédodontie -obtention avant/après 2010 -informations sur le rôle de l'orthophoniste -besoin d'information sur le rôle de l'orthophoniste	OUI NON	Sans recodage
	-lieu d'obtention du diplôme	France Etranger	Sans recodage
	-format de l'information	Propositions	Sans recodage
	-pratique de la prescription	OUI NON	Groupe P (prescripteurs) Groupe NP (non-prescripteurs)
	-connaissance de la mission de dépistage	OUI NON	CONNAISSANCE DOUTE
	-connaissance du droit de prescription -connaissance de la compétence de l'orthophoniste	OUI NON JE NE SAIS PAS	CONNAISSANCE DOUTE
QCM	-origine de l'information sur la compétence de l'orthophoniste -professionnels compétents pour dépister -stratégies thérapeutiques post-dépistage -interlocuteurs privilégiés	Sans recodage	
Question semi ouverte	-stratégies thérapeutiques post-dépistage	Sans recodage	
Question ouverte	-année d'obtention du diplôme	Sans recodage	
Question avec échelle de Lickert	-connaissance du droit de prescription -connaissance de la compétence de l'orthophoniste	-Tout à fait d'accord	CONNAISSANCE
		-Plutôt d'accord -Sans avis -Plutôt pas d'accord	DOUTE
		-Pas du tout d'accord	MECONNAISSANCE
	-recommandations par la formation	-Tout à fait d'accord -Plutôt d'accord	OUI
		-Plutôt pas d'accord -Pas du tout d'accord	NON
		-Sans avis	SANS AVIS

III.3 Traitement statistique

Pour répondre à notre objectif secondaire, nous avons comparé deux variables qualitatives en utilisant le test statistique du Chi 2 d'indépendance. Au vu des effectifs théoriques obtenus, inférieurs à 5, lors du traitement de la variable « connaissance du dépistage », la correction de Yates a été appliquée au test du Chi 2 d'indépendance pour cette variable. Une p.value < 0.05 permet d'affirmer la significativité du résultat obtenu.

Les quatre variables d'intérêt principal sont :

Variable dépendante

- **Pratique de la prescription** correspondant à la question "*Avez-vous déjà prescrit ?*"

Variables indépendantes

- **Connaissance mission de dépistage** correspondant à la question "*Le dépistage des dysfonctions relève-t-il de vos missions ?"*.

- **Connaissance droit de prescription** avec deux formulations différentes de la question en fonction de la variable « Pratique de la prescription »
    - *« La prescription de bilan orthophonique appartient à votre champ de compétence. »*
    - *« Pensez-vous que la prescription d'orthophonie appartienne à votre champ de compétence légal ? »*

- **Connaissance compétence de l'orthophoniste** avec deux formulations différentes de la question en fonction de la variable « Pratique de la prescription »
    - *« L'orthophoniste est un rééducateur de la sphère oro-faciale »*
    - *« Selon vous, l'orthophoniste est-il compétent pour rééduquer les dysfonctions OMF et parafonctions ? »*

Ces quatre variables sont des variables qualitatives binaires et ont fait l'objet d'un traitement statistique inférentiel, (cf tableau 2).

Tableau 2 : Descriptif des quatre variables qualitatives ayant fait l'objet du test statistique du Chi 2

Variable	Effectif	Fréquence
Pratique de la prescription:		
-groupe P (prescripteurs)	57	55,9%
-groupe NP (non-prescripteurs)	45	44,1%
Connaissance mission de dépistage:		
-connaissance	94	92,2%
-doute	8	7,8%
Connaissance droit de prescription:		
-connaissance	60	58,8%
-doute	42	41,2%
Connaissance compétence de l'orthophoniste:		
-connaissance	79	77,4%
-doute	23	22,6%

PRESENTATION DES RESULTATS

Nota bene : dans la présentation des résultats, certaines sommes de pourcentages pourront présenter un écart (notamment par rapport à 100%) du fait des arrondis et de la possibilité de choisir plusieurs propositions. Le symbole indique les QCM.

I.Caractéristiques de l'échantillon

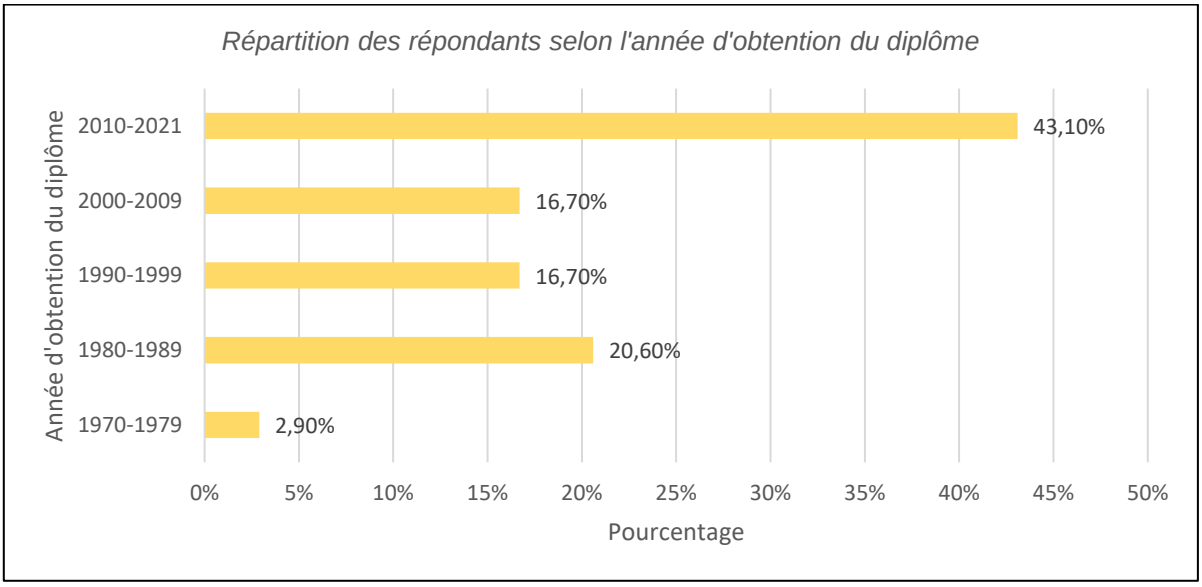


Figure 2 : Répartition des répondants selon l'année d'obtention du diplôme ***(n=102)***

L'échantillon est représenté en grande partie par des professionnels diplômés entre 2010 et aujourd'hui. La répartition de la population est assez homogène entre 1980 et 2009.

II.Pratique de la prescription orthophonique

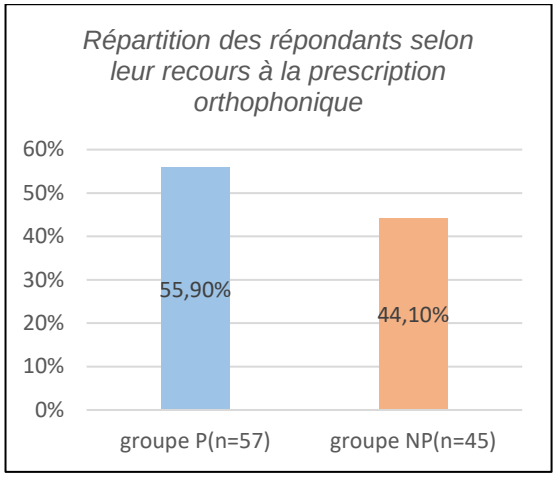


*Figure 3 : Répartition des répondants selon leur recours à la prescription orthophonique **(n=102)***

Les chirurgiens-dentistes prescripteurs au nombre de 57, soit **55,9%** des répondants, sont appelés **groupe P,** quant à ceux n'ayant jamais prescrit d'orthophonie, au nombre de 45 soit **44,10%** des répondants, ils forment le **groupe NP**.

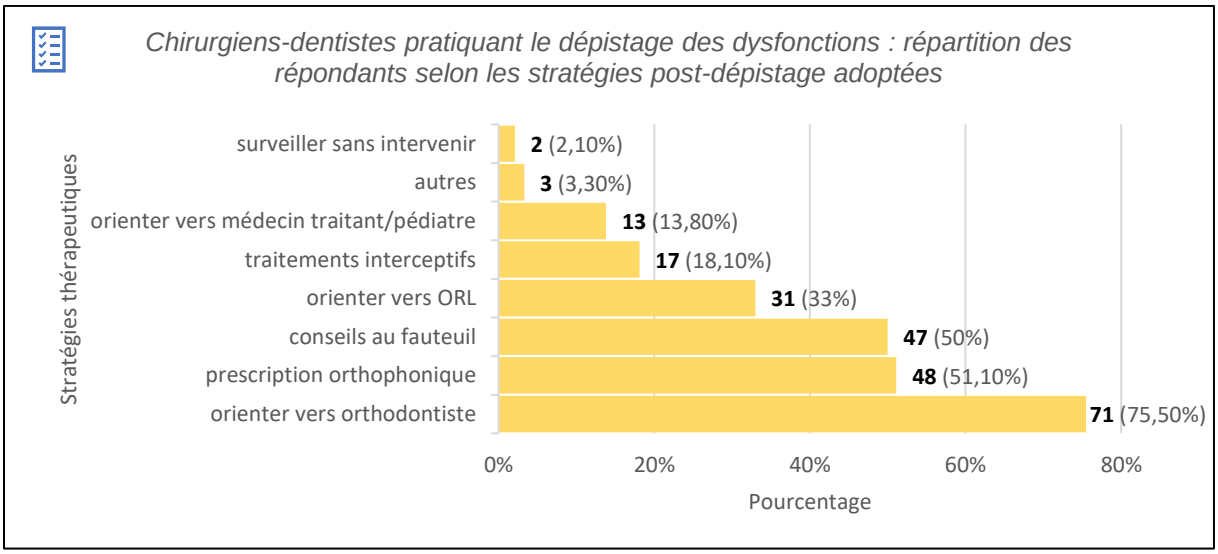


*Figure 4 : Chirurgiens-dentistes pratiquant le dépistage des dysfonctions **(n=94) :** répartition des répondants selon les stratégies post-dépistage adoptées*

Parmi les répondants, les **94** chirurgiens-dentistes qui pratiquent le dépistage des dysfonctions ont recours à différentes stratégies thérapeutiques. L'orientation vers un confrère orthodontiste est l'option la plus choisie **(75,5%)**. La prescription orthophonique et les conseils au fauteuil sont choisis par la moitié d'entre eux.

Parmi les trois réponses « autres », les chirurgiens-dentistes ont indiqué traiter eux-mêmes le problème orthodontique, orienter vers un kinésithérapeute et orienter vers un orthophoniste sans prescrire. De plus, les chirurgiens-dentistes utilisent en moyenne 2,5 stratégies chacun.

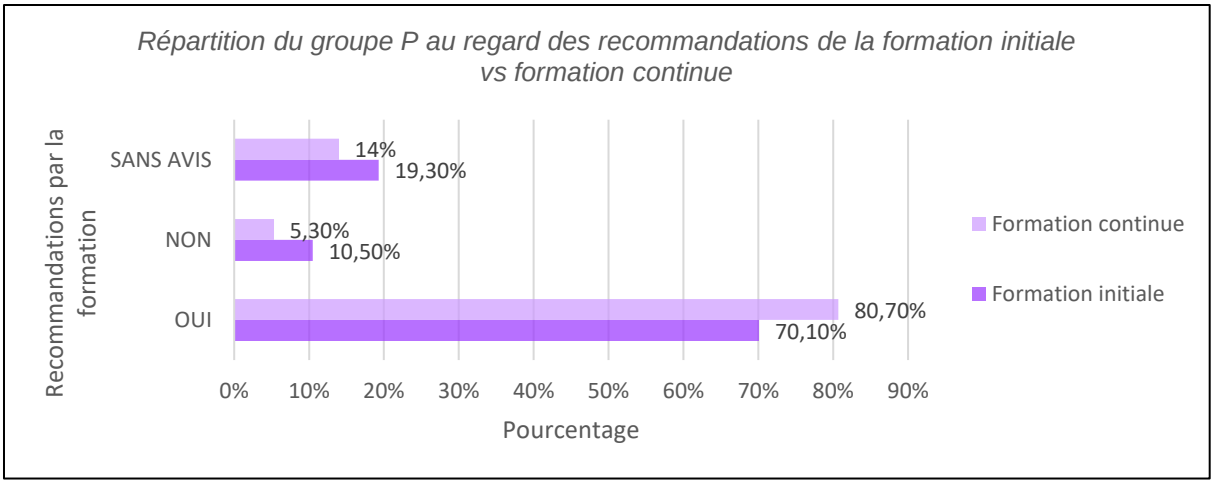


*Figure 5 : Répartition du **groupe P** au regard des recommandations de la formation initiale vs formation continue **(n=57).***

Parmi les **57** chirurgiens-dentistes du **groupe P**, **70,1%** déclarent avoir été encouragés à prescrire de l'orthophonie par la formation initiale contre **80,7%** par la formation continue.

III.Mission de dépistage

III.1 Etat des lieux des connaissances de la mission de dépistage par les répondants.

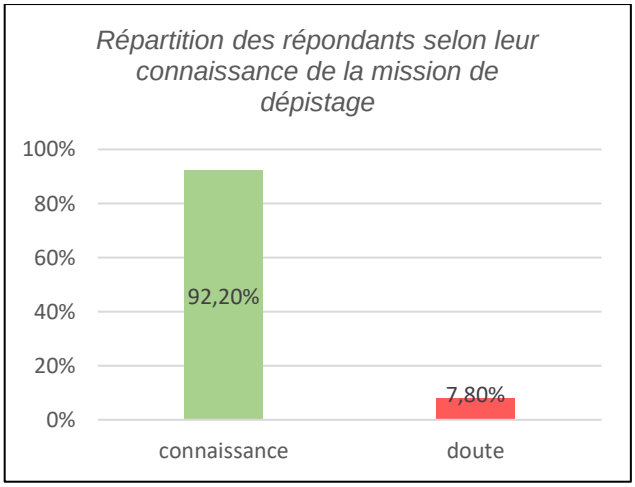


*Figure 6 : Répartition des répondants selon leur connaissance de la mission de dépistage **(n=102)***

92,2% des chirurgiens-dentistes interrogés**,** c'est-à-dire la quasi-totalité, déclarent connaître leur mission de dépistage.

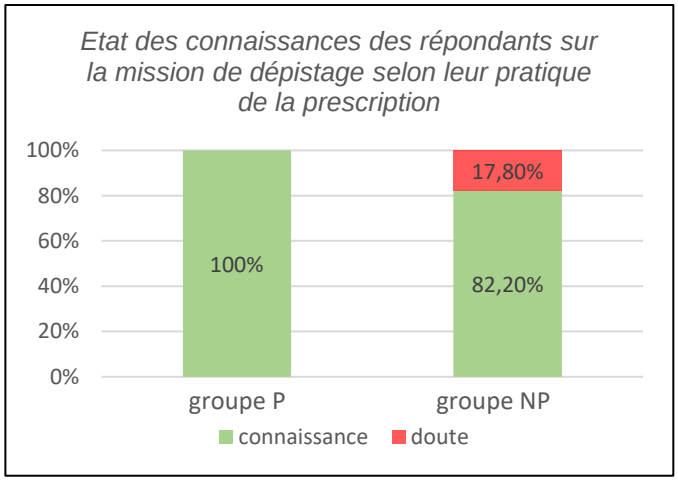


Figure 7 : Etat des connaissances des répondants sur la mission de dépistage selon leur pratique de la prescription

Les **57** chirurgiens-dentistes du **groupe P** interrogés connaissent leur mission de dépistage. Parmi les **45 du groupe NP** interrogés, **82,2%** ont connaissance de cette prérogative.

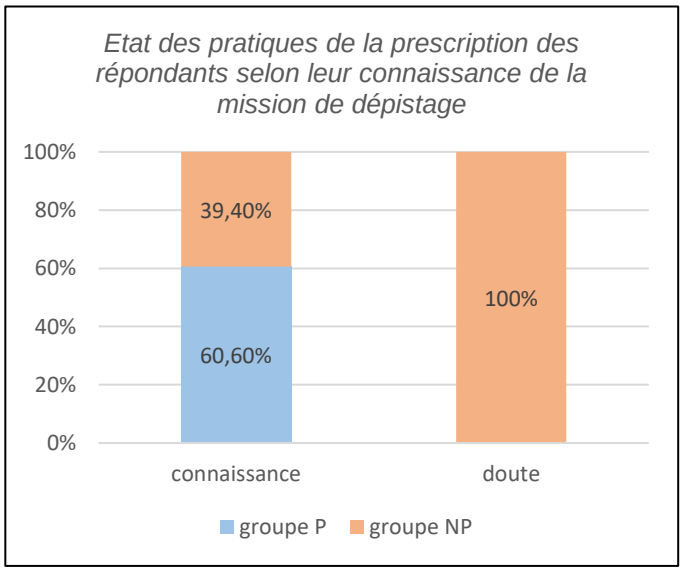


Figure 8 : Etat des pratiques de la prescription des répondants selon leur connaissance de la mission de dépistage

Parmi les **94** répondants qui ont connaissance de leur mission de dépistage, **39,4%** appartiennent au **groupe NP**. Quant aux **8** professionnels qui émettent un doute sur leur prérogative, ils sont tous dans le **groupe NP**.

III.2 Le(s) professionnel(s) désigné(s) comme compétent(s) pour le dépistage des dysfonctions

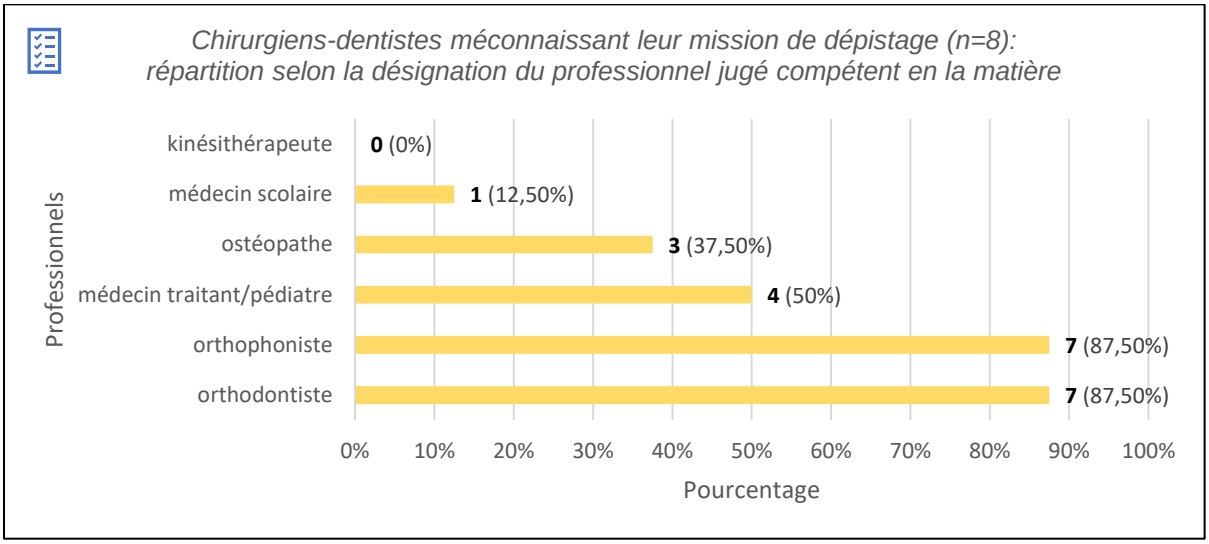


*Figure 9 : Chirurgiens-dentistes méconnaissant leur mission de dépistage **(n=8)** : répartition selon la désignation du professionnel jugé compétent en la matière*

Parmi les 8 chirurgiens-dentistes méconnaissant leur mission de dépistage, **7** désignent à égalité comme compétents pour le pratiquer les orthophonistes et les orthodontistes **(87,5%)**. Le médecin traitant et le pédiatre, seuls omnipraticiens proposés parmi les choix, sont désignés par la moitié des répondants. Les chirurgiens-dentistes ont désigné en moyenne plus d'un professionnel comme compétents pour le dépistage des dysfonctions.

IV.Connaissance du droit de prescription orthophonique

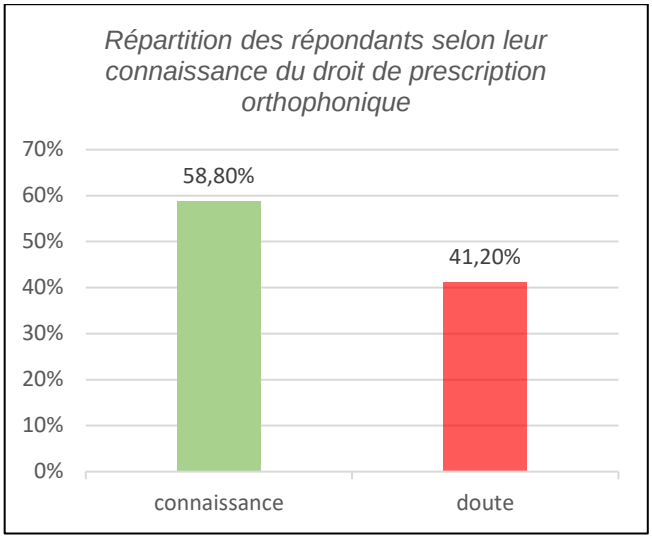


Figure 10 : Répartition des répondants selon leur connaissance du droit de prescription orthophonique ***(n=102)***

58,8% des **102** répondants connaissent leur droit de prescription orthophonique contre **41,2%** qui émettent un doute à propos de cette prérogative.

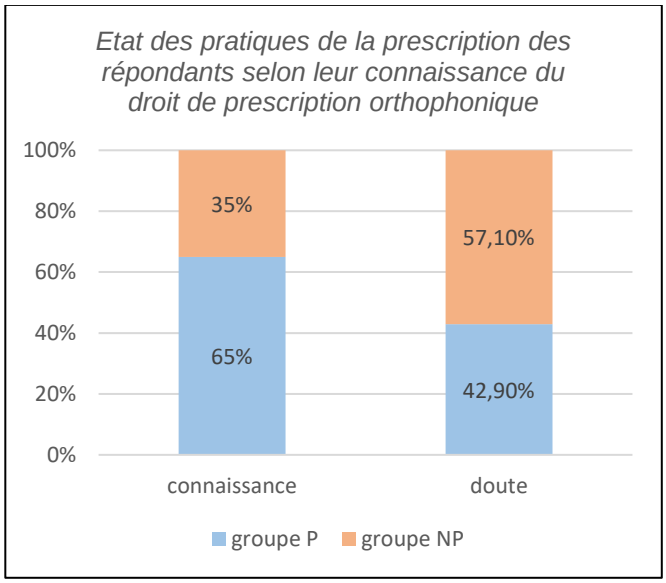


Figure 11 : Etat des pratiques de la prescription des répondants selon leur connaissance du droit de prescription orthophonique

Concernant les **60** répondants informés de leur droit de prescription, **35%** appartiennent au **groupe NP**. Parmi les **42** professionnels interrogés éprouvant un doute sur ce droit, **57,1%** s'inscrivent dans le **groupe NP** alors que **42,9%** font partie du **groupe P**.

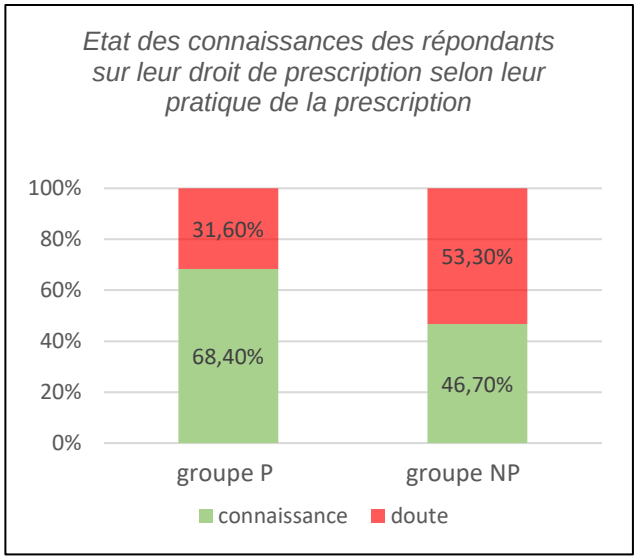


Figure 12 : Etat des connaissances des répondants sur leur droit de prescription selon leur pratique de la prescription

Les professionnels du **groupe NP** sont **53,3%** à émettre un doute relatif à leur droit de prescrire de l'orthophonie contre **31,6%** du **groupe P**.

V.Connaissance de la compétence de l'orthophoniste

V.1 L'information sur le rôle de l'orthophoniste et son origine

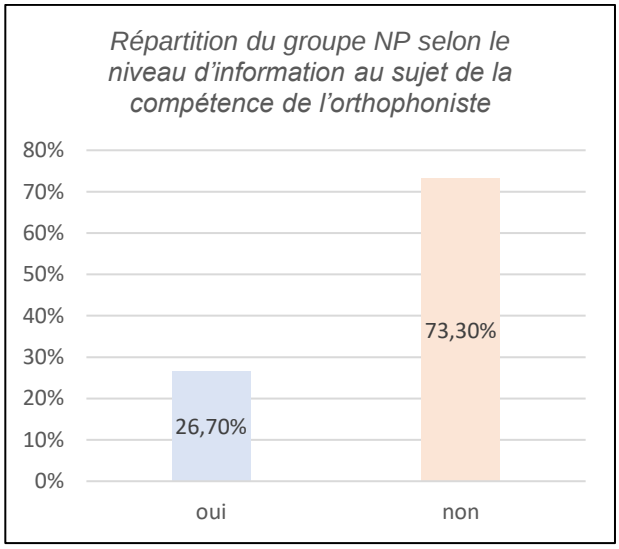


*Figure 13 : Répartition du groupe NP selon le niveau d'information au sujet de la compétence de l'orthophoniste **(n=45)***

Parmi les **45** chirurgiens-dentistes du **groupe NP**, **73,3% (n=33)** disent n'avoir jamais reçu d'informations sur les champs de compétences de l'orthophoniste.

Les répondants informés **(n=12)**, quant à eux, ont obtenu des informations sur la compétence de l'orthophoniste par différents canaux.

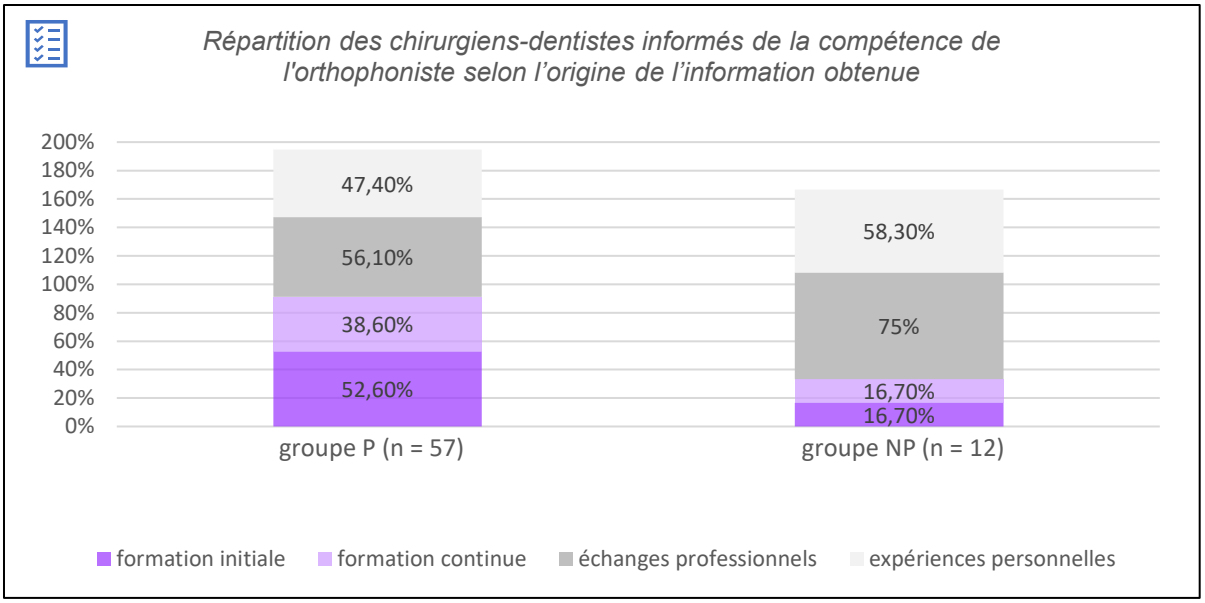


Figure 14 : Répartition des chirurgiens-dentistes informés de la compétence de l'orthophoniste selon l'origine de l'information obtenue

Les chirurgiens-dentistes du **groupe P** ont majoritairement eu connaissance du rôle de l'orthophoniste dans le cadre d'échanges professionnels **(56,1%)** et au cours de la formation initiale **(52,6%)**.

Parmi les chirurgiens-dentistes du **groupe NP** mais ayant déjà eu des informations sur le rôle de l'orthophoniste **(n=12), 75%** disent avoir été informés du rôle de l'orthophoniste à l'occasion d'échanges professionnels. Les expériences personnelles ont également été l'occasion pour plus de la moitié de l'échantillon **(58,3%)** de prendre connaissance du rôle de l'orthophoniste.

V.2 Etat des lieux des connaissances de la compétence de l'orthophoniste par les répondants

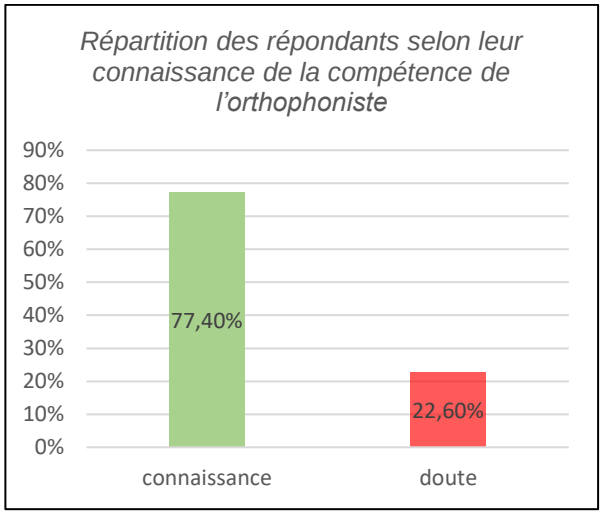


Figure 15 : Répartition des répondants selon leur connaissance de la compétence de l'orthophoniste ***(n=102)***

Parmi les répondants **77,4%** ont connaissance de la compétence de l'orthophoniste en matière d'interception des dysfonctions OMF et parafonctions, contre **22,6%** qui émettent un doute à ce sujet.

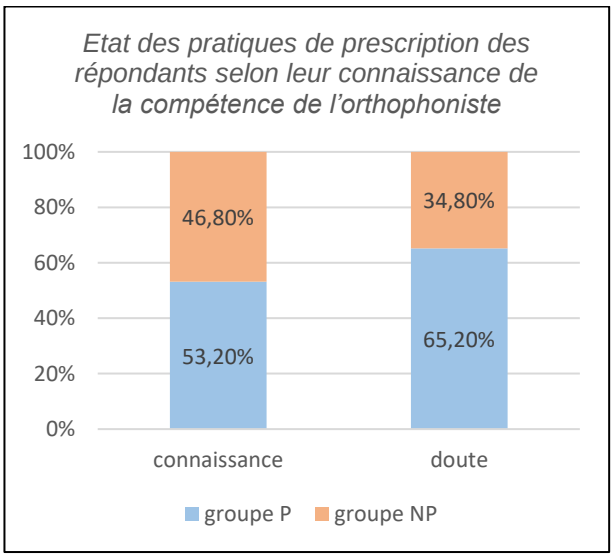


Figure 16 : Etat des pratiques de prescription des répondants selon leur connaissance de la compétence de l'orthophoniste

Parmi les répondants qui ont connaissance des prérogatives de l'orthophoniste, **46,8%** appartiennent au **groupe NP**. Les répondants, qui émettent un doute sur la compétence de l'orthophoniste, sont issus à **65,2%** du **groupe P** contre **34,8%** du **groupe NP**.

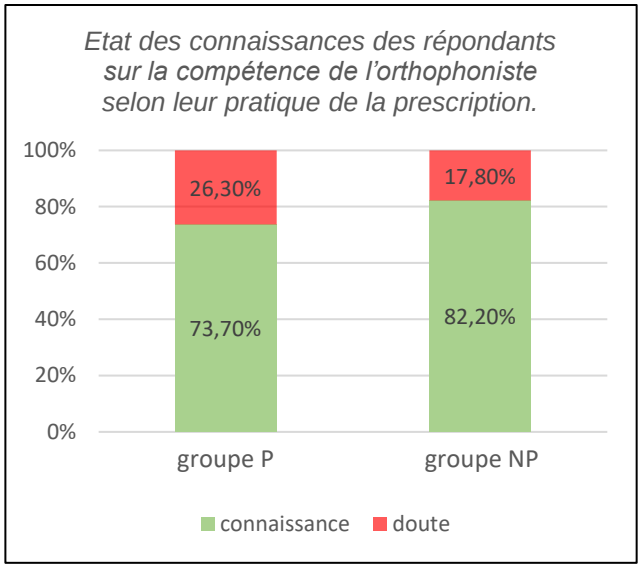


Figure 17 : Etat des connaissances des répondants sur la compétence de l'orthophoniste selon leur pratique de la prescription

Concernant les chirurgiens-dentistes du **groupe P**, ils sont **73,70%** à connaître le champ de compétences des orthophonistes. Parmi ceux du **groupe NP**, **82,2%** ont connaissance de la compétence de l'orthophoniste.

VI. Les interlocuteurs des chirurgiens-dentistes

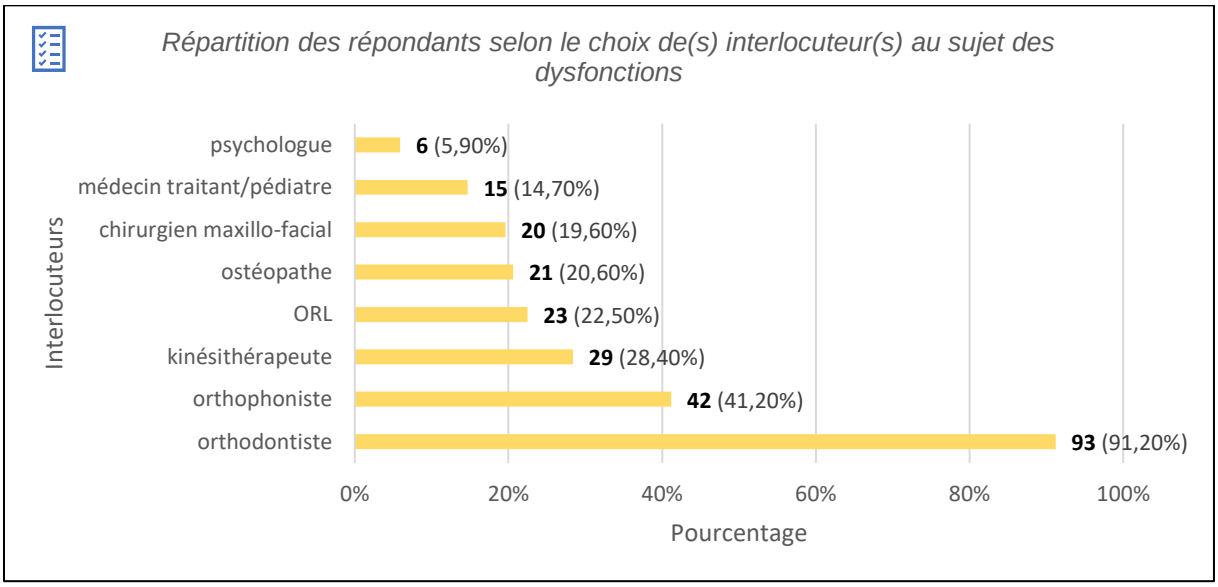


*Figure 18 : Répartition des répondants selon le choix de(s) interlocuteur(s) au sujet des dysfonctions **(n=102)***

Pour échanger au sujet des dysfonctions OMF, les **102** chirurgiens-dentistes interrogés identifient l'orthodontiste comme un interlocuteur à **91,2%** et l'orthophoniste à **41,2%**, l'un n'étant pas exclusif de l'autre.

VII. Le besoin d'information

A la question demandant si les chirurgiens-dentistes souhaitent obtenir des informations au sujet du rôle de l'orthophoniste dans la rééducation des dysfonctions OMF et des parafonctions, **94,1% (n=96**) ont répondu être intéressés.

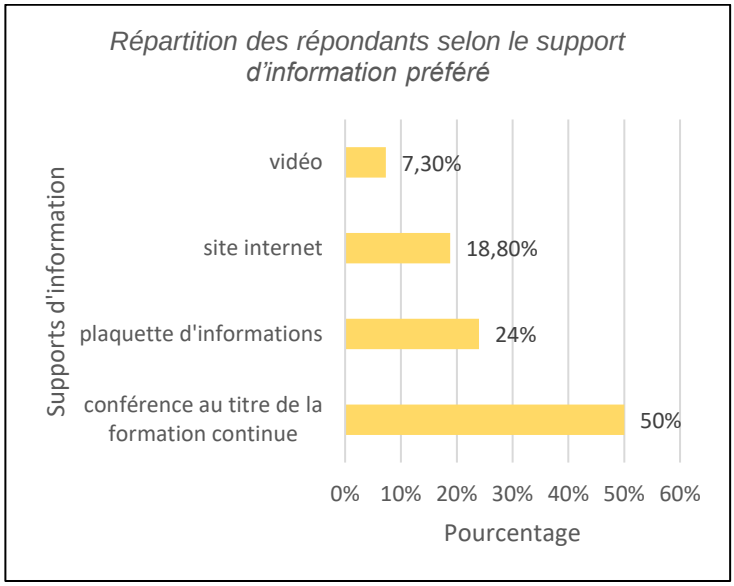


*Figure 19 : Répartition des répondants selon le support d'information préféré **(n=96)***

48 d'entre eux, soit la moitié, souhaiteraient recevoir ces informations sous la forme d'une conférence au titre de la formation continue.

ANALYSE DES RESULTATS

Tableau 3 : Etude du lien entre les facteurs d'influence et la pratique de la prescription chez les chirurgiens-dentistes en France en 2021 au moyen du test statistique du Chi 2

Variable	Pratique de la prescription		p-value
	Groupe P (prescripteurs)	**Groupe NP** (non-prescripteurs)	
Mission de dépistage*			
Connaissance	57 (60,6%)	37 (39,4%)	**<0,01**
Doute	0 (0%)	8 (100%)	
Droit de prescription			
Connaissance	39 (65%)	21 (35%)	**<0,05**
Doute	18 (42,9%)	24 (57,1%)	
Compétence de l'orthophoniste			
Connaissance	42 (53,2%)	37 (46,8%)	**NS**
Doute	15 (65,2%)	8 (34,8%)	

***** : application de la correction de Yates NS : p-value > 0,05 (non-significatif)

La pratique de la prescription orthophonique est significativement associée à la connaissance de la mission de dépistage par le chirurgien-dentiste **(p-value <0,01** ; cf tableau 3). Cette association va dans le sens où les professionnels qui connaissent leur mission de dépistage ont tendance à prescrire davantage que ceux qui ne la connaissent pas. En l'occurrence aucun chirurgien-dentiste du groupe P n'a émis de doute sur sa propre compétence à dépister.

De plus, il existe une association statistiquement significative entre la pratique de la prescription orthophonique et le niveau de connaissance du droit de prescription orthophonique par les chirurgiens-dentistes (**p-value <0,05** ; cf tableau 3). Plus les chirurgiens-dentistes ont connaissance de leur droit de prescription plus ils prescrivent d'orthophonie.

Enfin, la pratique de la prescription n'est pas associée significativement à la connaissance de la compétence de l'orthophoniste par le chirurgien-dentiste **(p-value= NS** ; cf tableau 3). Le fait de prescrire de l'orthophonie n'est donc pas en rapport avec la connaissance des prérogatives de l'orthophoniste par le chirurgien-dentiste.

DISCUSSION

I.Vérification des hypothèses

I.1 La pratique de la prescription orthophonique

Dans l'étude de Martignoni, 66% des chirurgiens-dentistes interrogés n'ont que rarement ou jamais prescrit d'orthophonie, ce qui a conforté notre interrogation relative à l'acte de prescription d'orthophonie par les chirurgiens-dentistes (Martignoni, 2018). Nous avons choisi d'ignorer le paramètre de fréquence de la prescription pour nous intéresser à l'existence de la prescription.

Nous avons donc émis l'hypothèse que les chirurgiens-dentistes n'ont jamais prescrit d'orthophonie.

Nos résultats mettent en évidence une plus grande proportion de chirurgiens-dentistes qui ont déjà été amenés à prescrire et ne nous permettent donc pas de confirmer notre hypothèse.

Notre hypothèse 1 n'est donc pas validée.

Néanmoins, nos résultats sont similaires à ceux d'Aude Martignoni puisque nous trouvons 44,1% de chirurgiens-dentistes n'ayant jamais prescrit d'orthophonie quand elle en trouve 41% (Martignoni, 2018).

Ces résultats sont encourageants pour la pérennité d'une collaboration professionnelle entre les chirurgiens-dentistes et les orthophonistes. En effet, plus de la moitié semble déjà sensibilisée à la prescription orthophonique. Certes la répartition équitable des répondants à la question « Avez-vous déjà été amené à prescrire de l'orthophonie » légitime nos interrogations sur la prescription et les facteurs qui l'influencent, mais nuance également ces résultats en mettant en lumière le fait qu'une part non négligeable de praticiens n'a jamais eu recours à la prescription orthophonique durant sa carrière.

D'autres aspects nous permettent de nuancer ces résultats.

Tout d'abord, avec moins des deux-tiers (55,9%) des répondants ayant déclaré avoir déjà eu recours à la prescription orthophonique, cette pratique peut être considérée comme trop peu répandue.

De plus la question que nous avons posée s'attache à interroger l'expérience de la pratique et non la fréquence. Le chirurgien-dentiste peut donc n'avoir prescrit qu'une fois dans sa vie pour être considéré comme « prescripteur ». En outre, nous avons constaté qu'à la suite du dépistage, le recours à l'orthophonie est faible comparativement à d'autres stratégies adoptées. Cela soulève la question de l'intégration de la prescription orthophonique parmi les pratiques courantes. Toutefois, notre étude ne consistant pas à interroger la fréquence du recours à la prescription par le chirurgien-dentiste mais son expérience, nos résultats ne nous permettent pas de tirer de conclusions sur l'usage de la prescription en tant que pratique courante.

I.1.1. Le recours préférentiel à l'orthodontiste et son impact sur l'intervention précoce.

Contrairement à l'orientation vers l'orthophoniste, le recours à l'orthodontiste est largement plébiscité. Ce résultat nous amène à nous interroger sur le sentiment de compétence du chirurgien-dentiste à prescrire de l'orthophonie et sur le fait qu'il pense l'orthodontiste davantage compétent que lui.

En effet le chirurgien-dentiste et l'orthodontiste ont en commun le droit de prescription. Ils n'interviennent cependant pas au même stade et ne rencontrent pas tout à fait les mêmes populations. Le chirurgien-dentiste profite d'un statut d'omnipraticien qui lui permet grâce aux programmes de dépistage obligatoires de rencontrer tous les enfants à partir de 3 ans de manière systématique et renouvelée. Ces rendez-vous offrent l'occasion au praticien de dépister et d'orienter précocement.

Face à une dysfonction et quel que soit le besoin d'orthodontie, le chirurgien-dentiste est en capacité d'orienter vers un orthophoniste. Quand un chirurgien-dentiste n'use pas de son droit de prescription orthophonique dans une dynamique préventive, il expose le patient à une perte de chance. En effet, la bonne santé bucco-dentaire des patients s'en trouve alors fragilisée. Finalement, seuls ceux qui seront éventuellement orientés vers un orthodontiste prescripteur d'orthophonie auront une chance accrue de débuter un protocole d'interception des dysfonctions, mais le délai sera dommageable (Choukroun, 2018).

Ces éléments mettent en avant le fait que l'orthophoniste, en tant que rééducateur de la sphère oro-faciale, est un interlocuteur du chirurgien-dentiste au même titre que de l'orthodontiste.

I.1.2. La complémentarité des conseils au fauteuil

La stratégie consistant à donner des conseils au fauteuil est autant adoptée que la prescription orthophonique. Les participants ayant choisi en moyenne 2,5 stratégies différentes pour agir face aux dysfonctions, nous pouvons dire que le recours à un orthophoniste ne se substitue pas aux conseils.

Ces conseils sont un préalable à la prescription et permettent un gain de temps avec la prise de conscience des dysfonctions et des parafonctions par le patient et sa famille. La proportion de chirurgiens-dentistes qui y recourt est de 50%, ce qui peut être considéré comme faible. En effet les conseils au fauteuil comprennent autant les astuces que l'information qui participent à la prévention. Ce travail d'information et de conseils accompagne le dépistage et prépare le terrain pour l'interception. Les conseils ne devraient être ni oubliés ni isolés.

Comme Leloup l'affirme une dysfonction s'inscrit souvent dans un processus de cascade dysfonctionnelle qui est le fruit de schèmes moteurs engrammés par le patient (Leloup, 2006a) Le rétablissement des fonctions oro-faciales est conditionné à l'engrammation des bons gestes de manière répétée. Il nécessite un accompagnement régulier sous la forme de séances individuelles auprès du patient et de temps de guidance parentale.

I.2 Dépistage et pratique de la prescription

Nous avons émis l'hypothèse d'une influence de la connaissance par le chirurgien-dentiste de sa mission de dépistage sur sa pratique de la prescription orthophonique.

L'influence de la connaissance de sa mission de dépistage sur la prescription d'orthophonie par le chirurgien-dentiste est significative (p-value <0,01).

Notre hypothèse 2.a est donc validée.

Le dépistage se présente bien comme un préalable à la prescription puisqu'aucun prescripteur ne fait part de doute au sujet de sa mission de dépistage.

Toutefois, malgré l'importante proportion de chirurgiens-dentistes informés du dépistage, une part non négligeable, qui représente 7,8% de l'échantillon, émet un doute.

Cette proportion est en adéquation avec les résultats obtenus dans une étude au sujet du sentiment de compétence du chirurgien-dentiste pour dépister une déglutition dysfonctionnelle. En effet, 11,5% de l'échantillon estiment ne pas savoir diagnostiquer une déglutition dysfonctionnelle (Peyreigne 2019).

I.2.1.L'absence de mention du dépistage fonctionnel face à des recommandations explicites

Nous observons un niveau d'information différent au sujet du dépistage. En effet, tandis que les recommandations de l'ANAES sont explicites sur la nécessité de pratiquer un examen fonctionnel dès 3 ans (ANAES, 2002, p.25), le formulaire d'examen bucco-dentaire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ne prévoit pas d'espace dédié à cet examen et ne permet pas au praticien d'inscrire sa démarche de prescription orthophonique (cf annexe 2). Ce manque de clarté peut conduire à un manque de cohérence. C'est ainsi que plus du tiers des chirurgiens-dentistes qui connaissent leur mission de dépistage (39,40%) n'ont jamais eu recours à la prescription orthophonique. Les recommandations de l'ANAES allant dans le sens d'un traitement pluridisciplinaire, la prescription d'orthophonie devrait être une habitude plus répandue face à des anomalies fonctionnelles. Faire mention de ces recommandations sur le formulaire d'EBD pourrait sans doute aider à l'automatisation de la prescription d'orthophonie.

I.2.2.La perte de chance

Les chirurgiens-dentistes qui ne dépistent pas désignent indifféremment et dans une forte proportion (87,5%) l'orthodontiste et l'orthophoniste comme compétents pour ce dépistage. L'orthodontiste comme l'orthophoniste partagent le fait d'être des « spécialistes » de la sphère oro-faciale et non des omnipraticiens. Les deux concourent à la bonne santé bucco-dentaire, l'orthodontiste avec l'alignement et l'occlusion et, l'orthophoniste avec la normalisation des fonctions. Le chirurgien-dentiste, en tant qu'omnipraticien, expose ses patients à une perte de chance en les privant d'une intervention précoce s'il délègue le dépistage aux spécialistes.

I.3 Connaissance du droit de prescription et pratique de la prescription

Nous avons émis l'hypothèse que la connaissance du droit de prescription a une influence sur la pratique de la prescription d'orthophonie. En effet, nous avons vu que le droit de prescription universel comprend la prescription orthophonique mais que celle-ci n'est pas notifiée explicitement comme une prérogative du chirurgien-dentiste (loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006). Nous avons donc souhaité interroger la connaissance à ce sujet et observer le lien avec la prescription orthophonique. Nos résultats ont permis d'objectiver une influence significative de la connaissance des prérogatives en matière de droit de prescription orthophonique du chirurgien-dentiste sur la pratique même de la prescription (p-value<0,05 ; cf tableau 3).

Notre hypothèse H2.b est donc validée.

Nos résultats nous permettent d'objectiver un réel manque d'information avec 41,2%, de chirurgiens-dentistes qui émettent un doute sur leur droit de prescription. Parmi eux, une part non-négligeable (42,9%) a toutefois déjà prescrit de l'orthophonie.

L'obtention du droit de prescription universel par les chirurgiens-dentistes a marqué une grande évolution dans la profession (loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006). Il est conditionné à la justification de la nécessité de la prescription par son auteur. Grâce à ce droit universel, le chirurgien-dentiste devient un des interlocuteurs de l'orthophoniste en tant que prescripteur et il devient destinataire du compte-rendu de bilan orthophonique. Il dispose alors d'un accès direct au rééducateur. Cela formalise les échanges dans le respect du secret professionnel partagé. Le droit de prescription universel est donc plus que la délivrance d'une prérogative supplémentaire, il acte la possibilité pour ces deux professions de s'entendre pour un exercice complémentaire et sans intermédiaire autour d'un patient.

I.4 Connaissance du champ de compétences de l'orthophoniste

Nous avons émis l'hypothèse que la connaissance du rôle de l'orthophoniste dans l'interception des dysfonctions et des parafonctions influence la pratique de la prescription orthophonique.

L'organisation des études en odontologie stipule que le tronc commun doit traiter des fonctions oro-faciales et que la pratique clinique interdisciplinaire doit être encouragée

(arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire) (cf annexe 2). Cela peut nous conduire à supposer que le rôle du rééducateur de la sphère oro-faciale est a minima évoqué au cours de l'enseignement. Toutefois, la liberté pédagogique dont jouit chaque enseignant, le défaut de publication des contenus des enseignements et la multiplicité des enseignants ne nous permet pas de l'affirmer. Ainsi, si de lego, le rééducateur et la rééducation trouvent une place dans l'enseignement, de facto, ce n'est pas forcément le cas. Nous avons donc souhaité tester l'influence de la connaissance du rôle de l'orthophoniste sur la pratique de la prescription orthophonique.

Nos résultats ne montrent pas d'influence de la connaissance du champ de compétences de l'orthophoniste sur la prescription orthophonique par le chirurgien-dentiste (p-value : NS, cf tableau 3).

Notre hypothèse H3 n'est donc pas validée.

Il est encourageant d'observer qu'une part importante de l'échantillon est informée du rôle de l'orthophoniste (77,4%), quel que soit le vecteur d'information.

Les chirurgiens-dentistes qui ne sont pas informés du champ de compétences des orthophonistes déclarent, pour deux tiers d'entre eux, avoir déjà prescrit de l'orthophonie. Nous pouvons supposer qu'ils ont la conviction de bien faire sans pour autant pouvoir l'expliquer. Le dernier tiers n'a, plus logiquement, jamais prescrit d'orthophonie par méconnaissance. Une information ciblée et complète pourrait permettre un recours plus régulier, plus assuré et plus argumenté à la prescription.

II.Discussion

Le degré de connaissance des chirurgiens-dentistes en matière de prescription d'orthophonie ne peut, à lui seul, expliquer la pratique clinique actuelle. Nous ne pouvons pas négliger la réalité de difficulté d'accès aux soins en orthophonie (avec des zones très sous-dotées, des délais d'attente avant le premier rendez-vous parfois supérieurs à une année,…).

Pourtant, notre étude a pu mettre en avant une certaine méconnaissance des chirurgiens-dentistes de leurs propres prérogatives.

De surcroît, la quasi-totalité des répondants (94,1%) a répondu souhaiter disposer d'informations sur le rôle de l'orthophoniste. Répondre à cette demande serait une opportunité de cibler des actions de sensibilisation et de partager des informations. Il serait intéressant d'investir davantage et de développer les interfaces déjà existantes autour du patient et des professionnels.

II.1 Interfaces à développer « autour du patient »

II.1.1 les échanges formels

L'envoi du compte-rendu au prescripteur est une obligation et permet la transmission d'informations par le rééducateur (décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste). Il revient aux responsables légaux de transmettre le compte-rendu à d'autres professionnels que le prescripteur. Ainsi, le chirurgien-dentiste peut ne pas être informé du suivi orthophonique d'un de ses patients. Ce constat nous amène à envisager des interfaces qui permettraient des opportunités d'échanges plus nombreuses et dynamiques.

Comme nous l'avons vu en introduction, le DMP a l'avantage de permettre un échange d'informations médicales intéressant dans un contexte de prise en soin pluridisciplinaire. Sa création, son contenu et son accessibilité sont laissés au libre choix du patient. Il y a donc un risque que le patient ne souhaite pas y voir figurer toutes les informations le concernant, ce qui en entamerait l'exhaustivité. Nous pouvons imaginer qu'il devienne un lieu sécurisé d'échanges d'informations entre l'orthophoniste et le chirurgien-dentiste, qu'il soit prescripteur ou non. L'orthophoniste pourrait en retour prendre connaissance d'informations médicales importantes pour la prise en soin comme l'orientation vers l'orthodontiste par exemple. De cette manière, tous les professionnels de santé concernés, orthophoniste compris, peuvent être identifiés dans le parcours de soins du patient.

La messagerie électronique sécurisée, comme Apicrypt et Mailiz (par exemple), constitue une interface dynamique pour échanger en toute sécurité des données de santé. Les professionnels ont encore souvent recours au courrier postal alors que la messagerie électronique pourrait se révéler un canal préférentiel d'échanges professionnels parce que facile, rapide et sécurisée.

II.1.2 les échanges informels

Les répondants, même sans avoir jamais prescrit d'orthophonie, ont, pour la plus grande part, bénéficié d'informations concernant le rôle des orthophonistes, dans le cadre d'échanges professionnels (75%) et/ou dans le cadre d'échanges personnels (58,3%). Tous les chirurgiens-dentistes interrogés désignent les échanges professionnels comme une importante source d'informations.

Ainsi, il serait judicieux d'inciter les professionnels de santé concernés par la santé bucco-dentaire à s'organiser en CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé), voulues et portées par les professionnels libéraux d'un même territoire. Les CPTS, outre leurs concours à l'amélioration de la prise en charge des patients dans un souci de continuité, de cohérence, de qualité et de sécurité par une meilleure coordination des acteurs qui la composent, deviennent de réels lieux d'échanges interprofessionnels.

Dans un second temps, les CPTS pourraient se fédérer en réseau de santé sur un territoire plus vaste et pourraient alors décentrer leur activité autour des professionnels de santé concernés par le dépistage et l'interception des dysfonctions OMF, et répondre aux missions fixées par l'article L. 6321 du Code de la santé publique, qui précise que « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. » (ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018).

II.2. Interfaces à développer « autour des professionnels »

II.2.1la formation initiale

Les recommandations de la formation initiale ne mettent pas en lumière les mêmes informations que celles de la formation continue. En effet, comme nous l'avons évoqué en introduction, la formation initiale s'organise en ECTS avec des enseignements communs (EUR-Lex, 2015). Le contenu est sensiblement identique d'une université à

l'autre et concerne tous les étudiants de manière unanime. La formation initiale évoluant avec le temps, l'année de diplôme peut expliquer des niveaux de connaissance différents. L'information des étudiants en orthophonie et en odontologie, au sujet des champs de compétences partagés, permettrait, à long terme, une identification des divers professionnels de santé et une dynamique collaborative facilitée.

II.2.2 la formation continue

La formation continue est obligatoire pour les professionnels de santé, avec un financement par le biais du FIF PL (Fonds Interprofessionnel de Formation des Professionnels Libéraux) ou du DPC (Développement Professionnel Continu). Elle permet aux professionnels d'assurer une mise à jour des connaissances. Elle se différencie de la formation initiale par son caractère sélectif, dans le sens où le praticien choisit les thèmes des formations auxquelles il s'inscrit.

Les chirurgiens-dentistes prescripteurs de notre échantillon semblent avoir connu l'orthophonie grâce à la formation initiale et approfondir leur niveau d'information par le biais de la formation continue (38,6%).

La formation continue serait un moyen de créer un partenariat entre le prescripteur et le rééducateur. Parmi les formats proposés aux répondants désireux d'avoir des informations sur le rôle de l'orthophoniste (vidéo, site internet, plaquette d'informations), la « conférence au titre de la formation continue » est le format plébiscité. Elle permettrait de réunir les professionnels autour d'un domaine partagé. Il est encourageant d'observer la préférence pour la transmission de l'information dans un contexte d'échanges, à la différence du format vidéo ou de la plaquette d'informations.

La Société Française d'Orthodontie Pédiatrique a déjà réuni orthodontistes et orthophonistes autour d'une même formation consacrée à l'intervention précoce. Le même format pourrait réunir chirurgiens-dentistes, orthodontistes et orthophonistes autour des dysfonctions OMF et des parafonctions. Ces trois professionnels sont complémentaires et interviennent à des moments et contextes différents.

Concrètement, la formation continue pourrait intervenir à différents stades. Au niveau départemental elle présenterait l'avantage de réunir les professionnels d'un même

secteur géographique et de créer ou renforcer ainsi un réseau alliant prescripteurs et rééducateurs. Concernant la formation au niveau national, comme organisée annuellement par l'Association Dentaire Française (ADF), elle serait davantage l'occasion de sensibiliser les professionnels aux prérogatives dont ils disposent respectivement. Ainsi, il nous semble qu'il serait idéal de créer à l'échelle départementale une formation continue sur mesure, qui porterait des projets communs et pluridisciplinaires tenant compte des prérogatives de chacun.

III.Biais et limites de l'étude

III.1 Echantillon

Notre échantillon est critiquable avec seulement 102 répondants qui le composent quand le nombre de chirurgiens-dentistes exerçant en France s'élève à 43 015 (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2021). Ce faible effectif expose notre travail à un risque de généralisation abusive des résultats obtenus.

III.2 Formulation des questions

Nous avons choisi de proposer des questions qui soient le plus en adéquation possible avec les réponses déjà apportées et avons pour cela conçu un questionnaire en arborescence. Ainsi, certaines variables sont testées au travers de questions qui ne font pas l'objet de formulations identiques pour tout l'échantillon.

Les résultats statistiques obtenus doivent donc être nuancés et interprétés à l'échelle de notre échantillon seulement. Ils ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des chirurgiens-dentistes exerçant en France.

III.3 Binarisation des données

Les répondants qui ont manifesté un doute au travers des échelles de Lickert ou de la proposition « je ne sais pas » et ceux qui ont fait part de leur méconnaissance ont été réunis par un recodage des données qui ont été binarisées afin de pouvoir appliquer un test statistique conditionné à l'obtention d'un échantillon d'une taille minimum.

IV.Apports pour la pratique professionnelle

Cette étude sur le thème de l'interception des dysfonctions OMF et des parafonctions a permis de dresser un état des lieux de la pratique du recours à la prescription d'orthophonie par les chirurgiens-dentistes et de cerner leur degré de connaissances au sujet de leurs prérogatives et de celles des orthophonistes.

Elle a été l'occasion de constater que les répondants émettent, pour une part importante d'entre eux, des doutes sur leurs compétences en matière de dépistage fonctionnel et de droit de prescription orthophonique et qu'en parallèle les outils mis à la disposition du chirurgien-dentiste manquent de clarté.

Face à ce besoin communicationnel, notre travail invite les chirurgiens-dentistes et les orthophonistes à se réunir autour d'une formation continue dans un objectif d'information et d'échanges professionnels.

Notre travail vise plus largement à inciter les chirurgiens-dentistes à user de leurs prérogatives en matière de dépistage et d'orientation dans un objectif d'intervention précoce.

V.Perspectives

Les professionnels interrogés privilégient les échanges professionnels comme canal d'information et se disent intéressés par un apport d'informations sous la forme d'une conférence au titre de la formation continue. Au vu de ces éléments, il nous parait intéressant et novateur d'envisager une formation continue partagée au niveau départemental et/ou régional entre les orthophonistes, les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes.

Elle aurait pour objectifs d'actualiser les connaissances des praticiens sur leurs prérogatives respectives, de permettre des échanges professionnels sur les pratiques cliniques et de créer un réseau géographique de professionnels prescripteurs et rééducateurs. De plus, comme nous l'avons évoqué en discussion, une intervention au niveau national sur « la prise en soin pluridisciplinaire des dysfonctions oro-faciales au service d'une intervention précoce » pourrait également s'envisager dans le cadre d'un congrès comme l'ADF. Nous pourrions également ouvrir ce travail à l'étude du lien entre la pratique de la prescription orthophonique et d'autres facteurs comme

l’année de formation ou la répartition des professionnels. L’étude de ces facteurs donnerait davantage de clés de compréhension de la pratique actuelle et permettrait d’agir plus efficacement. Notre travail a également mis en avant un droit de prescription orthophonique souvent délaissé par le chirurgien-dentiste. Il serait intéressant qu’une prochaine étude compare les liens qu’entretiennent les orthodontistes et les orthophonistes au sujet des dysfonctions et des parafonctions

CONCLUSION

Ce travail a permis de dresser un état des lieux de la pratique du dépistage des dysfonctions et de la réponse thérapeutique, notamment la prescription orthophonique, proposée par les chirurgiens-dentistes auprès de leurs jeunes patients. L'importance de la précocité du repérage précoce des dysfonctions et parafonctions bénéficie d'un consensus, la nécessité d'une dynamique collaborative pour leur interception également.

Malgré des recommandations claires de l'ANAES, les chirurgiens-dentistes ayant participé à cette étude méconnaissent pour une partie leur mission de dépistage, leur droit de prescription de rééducation, le champ de compétences des orthophonistes. Ainsi, à l'heure actuelle et dans la population observée, le recours à l'orthophonie par les chirurgiens-dentistes reste à améliorer. Les réponses obtenues ont également mis en évidence la demande d'informations sur les champs de compétences partagés et complémentaires des professionnels de la santé bucco-dentaire.

Cette information réciproque pourrait passer par la constitution de réseaux de professionnels. Ils permettraient l'identification des acteurs concernés et le développement de l'offre de formation continue. Les répondants ont plébiscité ce support car il ouvre à des échanges que la pluriprofessionnalité enrichirait encore davantage.

L'instauration d'un parcours de soins coordonnés avec la prescription d'orthophonie comme ouverture en serait, par conséquent, facilité et permettrait alors plus d'échanges directs entre le chirurgien-dentiste et l'orthophoniste.

BIBLIOGRAPHIE

ADF, & ANAE. (2004). *Dépistage orthodontique en denture temporaire et/ou en denture mixte, des anomalies fonctionnelles dentaires et occlusales*, [Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en odontologie.]

Allouch, E (2006). Place de l'orthophoniste dans les traitements orthodontiques. *Rééducation orthophonique*, *226*, 47-55.

Ameisen, E., Auclair-Assad, C., & Rolland, M.-L. (2003). Phonation et orthodontie, *EM-Consulte*.

Ameli pro. (2021). *Programme MT'Dents*. Consulté le 03/05/2021 sur https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/services-patients/dents

Ammouche.F (2017). Possibilités offertes par la rééducation fonctionnelle dans la prise en charge orthodontique préventive et interceptive. *Santé Publique*, 29 (5), 707-709. https://doi.org/10.3917/spub.175.0707

Ammouche, & Si Ahmed. (2015*).* Évaluation de la fréquence et critères de choix des extractions thérapeutiques en orthodontie : Étude épidémiologique au sein du service d'orthopédie dento-faciale du CHU Mustapha d'Alger. *Revue d'Orthopédie dento-faciale, 49* (2), 193-195. https://doi.org/10.1051/odf/2015010

ANAES (2002). *Indications de l'orthopédie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent*. [Recommandations pour la pratique clinique].

Arrêté du 08 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire, JORF n°0095 du 23 avril 2013 (2013).

Article L2132-2-1, Code de la santé publique, modifié par la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 - art. 51, Code de la santé publique, JORF n°0297 du 23 décembre 2018 (2018).

Art L4141-2, Code de la santé publique, modifié par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 53 du Code de la santé publique (2006).

Art. L. 4341-1, Code de la santé publique, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 126, Code la Santé Publique (2016). JORF n°0022 du 27 janvier 2016. (2016)

Article L.6321 du Code de la santé publique modifié par l'ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 28 JORF n°0014 du 18 janvier 2018.(2018)

Article R4127-210, issu du décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, Code de la santé publique JORF n°183 du 8 août 2004 (2004).

Azouz, S. (2018). *Évaluation des habitudes des chirurgiens-dentistes de Nouvelle Aquitaine dans la prévention et le dépistage des dysmorphoses et des malocclusions* [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université de Bordeaux]. Évaluation des habitudes des chirurgiens-dentistes de Nouvelle Aquitaine dans la prévention et le dépistage des dysmorphoses et des malocclusions (cnrs.fr)

Bouyahyaoui, N., Benyahia, H., Alloussi, M., & Aalloula, E. (2007). Anomalies du comportement neuromusculaire de la sphère oro-faciale et techniques de rééducation. *Actualités Odonto-Stomatologiques*, 240, 359-374. http://dx.doi.org/10.1051/aos:2007011

Chateau, M., Charron, C., Couly, G., & Delaire, J. (1992). *Bases scientifiques : Croissance, embryologie, histologie, occlusion, physiologie*. International Orthodontics, (Vol. 1). CdP.

Chateau, M., Janvier, G., Kolf, J., Lambertini, P., Lejoyeux, E., Petit, H., Philippe, J., & Psaume, J. (1993). *Evaluation des relations pathogènes langue-voies respiratoires.* Orthopédie dento-faciale: Vol. Tome 2. CdP.

Chauvois, A., Fournier, M., & Girardin, F. (1991). *Rééducation des fonctions dans la thérapeutique orthodontique*. SID.

Choukroun, M.-G. (2018). *L'orthodontie fonctionnelle; apprentissages et coopération pour les praticiens et les assistantes*. Edp Sante-Parresia.

CNAM. (2020). *Médicaments et dispositifs médicaux: les règles de prescription*. Ameli.fr. Consulté le 03/12/2020 sur https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-prescription-formalites/medicaments-dispositifs

CNAM.(2021). *Le dossier médical partagé ou carnet de santé en ligne*. Ameli.fr. Consulté le 04/05/2021 sur Le Dossier Médical Partagé (DMP) ou carnet de santé en ligne | ameli.fr | Assuré

CPAM du Loiret (2014). *Modalités de prescription des soins en orthophonie.* Ameli.fr. Consulté le 03/12/2020 sur https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Aide_a_la_prescription_Orthophonie.pdf

CNRTL. (2012). *Définition de eumorphique.* Consulté le 18/11/2020 sur https://www.cnrtl.fr/.

Décret n°2002-721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste, JORF n°104 du 4 mai 2002, (2002).

Deneuville, O., Ameisen-Costa, & Rolland, M.-L. (1995). *Phonation et Orthodontie*. Encycl Méd Chir Stomatologie, Odontologie.

Deroze, D. (s. d.). *La prévention en orthopédie dento-faciale*. Consulté le 24/11/2020 sur https://selarl-dr-rollet-daniel.chirurgiens-dentistes.fr

Deshayes, M.-J. (1998). *La morphogenèse cranio-faciale*. Revue d'orthopédie dento-faciale, 32 (2), 299-310. DOI:10.1051/odf/1998009.

Duchateaux,C.(s. d.).https://orthodontiste-geneve-docteur-rioux.com/wp-content/uploads/2018/02/Dr-Rioux-Ventilation-orale.pdf.

Dress, (2019). *Les dépenses de santé en 2018*. Panoramas de la Dress Santé. Consulté le 08/05/2021 sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/.../files/2020-07/cns2019.pdf

EUR-Lex, (2015). *Le processus de Bologne: création de l'espace européen de l'enseignement supérieur.* EUR-Lex Access to European Union law. Consulté le 03/05/2021 sur EUR-Lex - c11088 - EN - EUR-Lex (europa.eu)

Fellus, P. (1989). Modifications dynamiques et posturales de la langue : Influence sur la croissance faciale. *Revue d'orthopédie dento-faciale*, Vol 23 (n°1), 69-77.https://doi.org/10.1051/odf/1989003

Fellus, P. (2005). *L'orthodontie précoce en denture temporaire (Tome 2)*. CdP.

Fellus, P. (2006). Dysfonctions linguales et dysmorphies. *L'Orthodontie Française, volume 77* (n°1), 105-112. https://doi.org/10.1051/orthodfr/200677105

Geray, E. (2019). *Interrelation orthophoniste et chirurgien-dentiste dans la prise en soin des enfants présentant un trouble de l'oralité alimentaire sans pathologie associée : Création d'un outil permettant une meilleure collaboration* [Mémoire d'orthophonie, Université de Lille]. https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2b8b18af-733c-4117-914d-76df381fc417 (univ-lille2.fr)

Gil, H., & Courson, F. (2017). Pourquoi et comment dépister un dysfonctionnement lingual ? *Revue francophone d'odontologie pédiatrique, volume 12 (4)* 159-165.

Godelar, Y. (2017). *Rôles du chirurgien-dentiste omnipraticien dans la prévention et l'interception des malocclusions par éducation fonctionnelle.* [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie-dentaire, Université de Lorraine] Rôles du chirurgien dentiste omnipraticien dans la prévention et l'interception des malocclusions par éducation fonctionnelle (univ-lorraine.fr)

Gola, R. (2000). Conséquences de l'obstruction nasale chez l'enfant. *Orthodontie Française, 71(3), 219-231.* https://doi.org/10.1051/orthodfr/200071219

Gugino, C.-F., & Dus, I. (2000). Les concepts du déverrouillage : L'interaction entre forme et fonction. *Revue d'orthopédie dento-faciale, 34*(1), 83-107.DOI :10.1051/ODF/2000001

Harvold, E.-P., Tomer, B.-S., Vargervik, K., & Chierici, G. (1983). Primate experiments on oral respiration. *American Journal of orthodontics, 79* (4), 359-372. DOI :10.1016/0002-9416(81)90379-1

Husson, R. (1962). *Physiologie de la phonation*. Masson et Cie.

Landouzy, J.-M., Delattre, A., Fenart, R., Delattre, B., Claire, J., & Biecq, m. (2009). La langue : Déglutition, fonctions oro-faciales, croissance cranio-faciale*. International Orthodontics, 7, 227-256.* https://doi.org/10.1016/S1761-7227(09)73500-4.

Le Gall, M.-G., & Lauret, J.-F. (2002). *Occlusion et fonction ? Une approche clinique et rationnelle*. Cdp.

Lejoyeux, E. (2006). La déglutition dysfonctionnelle : Quoi de neuf ? *Rééducation orthophonique, 226*, 15-25.

Leloup, G. (2006a). Sémiologie de la déglutition dysfonctionnelle et des dysfonctions oro-faciales. *Rééducation orthophonique, 226*, 29-38.

Leloup, G. (2006b). Une approche pluridisciplinaire de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle. *Rééducation orthophonique, 226*, 3-8.

Limme, M. (1993). Le patient respirateur buccal. *Acta oto-rhino-laryngologica belgica*, *47* (2), 141-144.

Limme, M. (2002). Conduites alimentaires et croissance des arcades dentaires. *Revue d'Orthopédie dento-faciale, 36* (3), 289-309. https://doi.org/10.1051/odf/2002020

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé, Code de la santé publique, (2016) JORF n°0022 du 27 janvier 2016

Lumbroso, C. (2006). Réharmonisation des arcades dentaires. *Rééducation orthophonique, 226,* 57-62.

Martignoni, A. (2018). *Orthophonie et déglutition dysfonctionnelle chez l'enfant : Fiche d'aide au diagnostic* [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie-dentaire, Université de Lille]. https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/908e4fdf-0546-46c3-b456-6e211c3d2af8

Maurin, N. (1988). *Rééducation de la déglutition et des autres fonctions buccales dans le cadre des dysmorphoses dentaires*. Ortho édition.

Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. (2018). *Processus de Bologne et Conférence ministérielle de Paris 2018*. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation Consulté le 17/11/2020 sur https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid124889/le-processus-de-bologne-questions-reponses.html

Moss, M.-L. (1962). The functional matrix. *Journal of Dental Research*, *76*, 1814-1817.https://doi.org/10.1177/00220345970760120201

Moss, M.-L., & Salentijn, L. (1969). The primary role of functional matrices in facial growth. *American Journal of Orthodontics*, *55*, 566-577. https://doi.org/10.1016/0002-9416(69)90034-7

Onisep. (2021). *Les études d'odontologie*. Onisep : l'info sur les métiers et les formations. Consulté le 03/05/2021 sur Les études d'odontologie (chirurgie dentaire) - Onisep

Ordre National des Chirurgiens-dentistes (2021).*Cartographie et données publiques*. Consulté le 06/05/2021 sur Cartographie publique ONCD (ordre-chirurgiens-dentistes.fr)

Patti, A., & Perrier d'Arc, G. (2003). *Les Traitements Orthodontiques Précoces*. Quintessence International.

Peyreigne, P. (2019). *Perception de la déglutition infantile par les chirurgiens-dentistes* [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie-dentaire, Université de Toulouse]. Perception de la déglutition infantile par les chirurgiens-dentistes - Thèses d'exercice de Santé (ups-tlse.fr)

Picaud, M. (2010). *L'éducation fonctionnelle au cabinet d'orthodontie à l'aide d'appareils amovibles souples*. [Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Université de Nantes].

Rioux, E. (2018). *La ventilation orale*. Consulté le 03/12/2020 sur https://orthodontiste-geneve-docteur-rioux.com/wp-content/uploads/2018/02/Dr-Rioux-Ventilation-orale.pdf.

Rollet, D. (2015). *Interception des malocclusions à l'aide des éducateurs fonctionnels*. *Réalités Cliniques, 26*(2), 117-129.

Romette, D. (1982). Les déglutitions*. Orthodontie Française, 53* (2), 565-569.

Rousseau, T. (2004). *Les approches Thérapeutiques en Orthophonie*. Ortho Edition.

Service Public. (2021). *Médecin traitant et parcours de soins coordonnés*. Service public*.* Consulté le 04/05/2021 sur http://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163.

Service Public.(2021). *Qu'est-ce que le dossier médical partagé ?*Service public. Consulté le 04/05/2021 sur Qu'est-ce-que le dossier médical partagé (DMP) ? | service-public.fr)

Setbon, O., & Vermelin, L. (2008). Gestes simples en orthodontie interceptive. *Réalités Cliniques* (3), p.231.

Société française d'orthopédie dento-faciale. (2007). *Dictionnaire orthognathodontie*. Société française d'orthopédie dento-faciale. Consulté le 28/11/2020 sur http://www.sfodf.org/avada_portfolio/dictionnaire-dorthognathodontie/

Solis, M. (2018). Succión digital : Repercusiones y tratamiento. *Odontol Pediatr*, 17 (1), 42-51.

Soulet, A. (1989). Éducation neuro-musculaire des fonctions oro-faciales. *Revue d'orthopédie dento-faciale* 23 (2)*,135-175.* https://doi.org/10.1051/odf/1989013

Talmant, J. (1992). Du rôle des fosses nasales dans la thermorégulation cérébrale. *Revue d'orthopédie dento-faciale*, 26 (1), *51-59.* https://doi.org/10.1051/odf/1992007

Talmant, J. (1995). Ventilation et mécanique des tissus mous faciaux : En guise de préambule. *Revue d'orthopédie dento-faciale*, 29 (2), 175-188. https://doi.org/10.1051/odf/1995016

Thepault, G., & Fournier, M.-Y. (2006). Rééducation de la déglutition : Intérêts et limites. *Rééducation orthophonique, 226*, 39-46.

Thibault, C. (1997). *Orthophonie et oralité : La sphère oro-faciale de l'enfant*. Masson.

Université de Nantes Odontologie. (2021). *Etudes de chirurgie-dentaire : La formation initiale.* Université de Nantes Odontologie. Consulté le 28/11/2020 sur https://odontologie.univ-nantes.fr/loffre-de-formation/la-formation-initiale

Vallée, J.-J. (2016). *Plaidoyer pour une prévention précoce dès 3 ans pour la croissance bucco-dentaire*. Consulté le 17/11/2020 sur https://selarl-dr-rollet-daniel.chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2016/07/PLAIDOYER-POUR-UNE-PREVENTION-PRECOCE-DES-3-ans-pour-la-croissance-bucco2.pdf

Yan-Vergnes, W., Vergnes, J.-N., Dumoncel, J., Baron, P., Marchal-Sixou, C., & Braga, J. (2003). Asynchronous dentofacial development and dental crowding : A cross-sectional study in a contemporary sample of children in France. *Journal of Physiological Anthropology.* DOI: 10.1186/1880-6805-32-22

Zunzarren, R. (2014). *Guide clinique d'odontologie*. Elsevier Masson.

ANNEXES

Annexe1 : Contenu de la formation initiale des étudiants en odontologie

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE (ODONTOLOGIE)

UNIVERSITÉ DE NANTES

PREMIÈRE ANNÉE EFFECTUÉE À L'UFR MÉDECINE

STAGE D'INITIATION AUX SOINS INFIRMIERS (EN JUILLET OU AOUT)

2EME ANNEE EN ODONTOLOGIE : DFGSO2

AU 1ER SEMESTRE (30 ECTS)	AU 2EME SEMESTRE (30 ECTS)
UE – ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ET ENDODONTIE	UE7 - FONCTIONS ORO-FACIALES
UE1 – PREVENTION-SERVICE SANITAIRE	UE8 - FONCTIONS CIRCULATOIRE, RESPIRATOIRE,…
UE2 - ANATOMIE – RADIOLOGIE DENTAIRES	UE9.1 - MATERIAUX
UE3 - FONCTIONS DIGESTIVE ET RENALE	UE9.2 - SEANCES PRE-CLINIQUES
UE4 - PROTHESES	UE10 - LE METIER DU CHIRURGIEN-DENTISTE
UE5 - ANGLAIS (PREPARATION AU TOEFL)	UE11 - APPROFONDISSEMENT DES ENSEIGNEMENTS DE PACES
UE6 - HISTOLOGIE DENTAIRE	UE12 – PROTHESES
	UE13 – INITIATION A L'INFORMATIQUE ET A LA RECHERCHE

3EME ANNEE EN ODONTOLOGIE : DFGSO3

AU 1ER SEMESTRE (30 ECTS)	AU 2EME SEMESTRE (30 ECTS)
UE1 - SANTE PUBLIQUE (STAGE DE STERILISATION)	UE6 - MEDECINE ORALE
UE2 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ET ENDODONTIE	UE7 - SEANCES PRECLINIQUES
UE3 - CHIRURGIE ORALE	UE8 - PATHOLOGIES GENERALES
UE4 - DOULEUR ANESTHESIOLOGIE	UE9 - PARODONTOLOGIE
UE5 - PROTHESES	UE10 - PHARMACOLOGIE
UE – ODF – ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE	UE11 - ANGLAIS – BIBLIOGRAPHIE
	UE12 - BIOMATERIAUX
	UE13 - LE GRADIENT THERAPEUTIQUE
STAGES HOSPITALIERS DANS UN SERVICE D'ODONTOLOGIE	

OBTENTION DU DIPLOME DE FORMATION GENERALE EN SCIENCES ODONTOLOGIQUES (DFGSO)
(GRADE LICENCE)

4EME ANNEE EN ODONTOLOGIE : DFASO1

AU 1ER SEMESTRE (30 ECTS)	AU 2EME SEMESTRE (30 ECTS)
UE1 - PARODONTOLOGIE	UE7 – SANTE PUBLIQUE
UE2 - MEDECINE ET CHIRURGIE ORALES 1	UE8 - MEDECINE ET CHIRURGIE ORALES 2
UE3 - PROTHESES	UE9 – ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE
UE4 – ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ENDODONTIE 1	UE10 – IMPLANTOLOGIE
UE5 – ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE	UE11 – ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ENDODONTIE 2
	UE12– RADIOLOGIE
	UE13 – PATHOLOGIE GENERALE
STAGES HOSPITALIERS DANS UN SERVICE D'ODONTOLOGIE *(étudiant salarié de l'hôpital)*	

CM : Cours Magistraux - TD : Travaux Dirigés - TP : Travaux Pratiques – ED : Enseignements dirigés

5EME ANNEE EN ODONTOLOGIE : DFASO2

AU 1ER SEMESTRE (30 ECTS)	AU 2EME SEMESTRE (30 ECTS)
UE1 - PARODONTOLOGIE	UE6 - SANTE PUBLIQUE
UE2 - ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE	UE7 - ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ENDODONTIE
UE3 – PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	UE8 - MEDECINE ORALE
UE4 - PROTHESES	UE9- PATHOLOGIES GENERALES
UE5 – PLAN DE TRAITEMENT GLOBAL	UE10- IMPLANTOLOGIE

STAGES HOSPITALIERS DANS UN SERVICE D'ODONTOLOGIE *(étudiant salarié de l'hôpital)*

- FORMATION DE PREMIERS SECOURS
- FORMATION DE RADIOPROTECTION
- CERTIFICAT DE SYNTHESE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE
- POSSIBILITE D'EFFECTUER DES REMPLACEMENTS EN CABINET PRIVE ET DE VALIDER UN M1 RECHERCHE

OBTENTION DU DIPLOME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES ODONTOLOGIQUES (DFASO)
(GRADE MASTER)

6EME ANNEE EN ODONTOLOGIE : 3EME CYCLE

UE1 - PREPARATION A L'INSERTION PROFESSIONNELLE
UE2 – ODONTOLOGIE CLINIQUE
UE3 - ENSEIGNEMENT OPTIONNEL

STAGES *(étudiant salarié de l'hôpital)* :

- STAGES HOSPITALIERS DANS UN SERVICE D'ODONTOLOGIE
- STAGES HOSPITALIERS HORS DES SERVICES D'ODONTOLOGIE DU CHU DE NANTES, LE CAS ECHEANT
- STAGE ACTIF CHEZ LE CHIRURGIEN-DENTISTE *(200 HEURES)*

EN FIN DE 5EME ANNEE OU EN FIN DE 6EME ANNEE :
POSSIBILITE DE PASSER LE CONCOURS DE L'INTERNAT EN ODONTOLOGIE

INTERNAT EN ODONTOLOGIE : 3EME CYCLE LONG (3 ANS)
SPECIALITES : - ORTHOPEDIE-DENTO-FACIALE (ORTHODONTIE)
- MEDECINE BUCCO-DENTAIRE
- CHIRURGIE ORALE
EPREUVE CLASSANTE NATIONALE QUI DETERMINE LE CHOIX DE LA SPECIALITE ET DE LA VILLE DE FORMATION EN FONCTION DU RANG DE CLASSEMENT

THESE D'EXERCICE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIEN DENTAIRE

POUR LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT : MASTER + DOCTORAT D'UNIVERSITE

UFR ODONTOLOGIE – 1 Place Alexis Ricordeau – 44000 NANTES - ☎ 02 40 41 29 03 - http://www.odontologie.univ-nantes.fr/
scolaritedentaire@univ-nantes.fr

Annexe 2 : Formulaire de l'examen bucco-dentaire

Examen
de prévention bucco-dentaire

articles L. 2132-2-1 du Code de la santé publique et L. 162-1-12 du Code de la sécurité sociale
arrêté du 14 juin 2006 (J.O. du 18 juin 2006)

partie à adresser à l'organisme d'affiliation

date limite de réalisation de l'examen : . . / . . / . . . .

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR bénéficiaire : date de naissance	

Identification du praticien	et	Identification de la structure (raison sociale du cabinet, de l'établissement...)
Praticien remplaçant identifiant nom et prénom :		n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)

Examen(s) ou acte(s) réalisé(s)

date de réalisation de l'examen

pas de radiographie réalisée ☐

1 ou 2 radiographies réalisées ☐ 3 ou 4 radiographies réalisées ☐

montant des honoraires : euros

signature du praticien attestant la réalisation de l'examen

document télétransmis : oui ☐ non ☐

renseignements à conserver par le praticien

Renseignements médicaux à compléter et à conserver **impérativement** dans le dossier - papier ou informatique - du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation du programme et à communiquer au service médical à sa demande).

schéma dentaire à compléter
(reporter le code correspondant dans chaque case du schéma dentaire)

C : dent cariée **A** : dent absente pour cause de carie **O** : dent obturée **S** : scellements de sillons réalisés

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

état parodontal
- parodontopathie : oui ☐ non ☐

besoins de soins dans le cadre du dispositif : oui ☐ non ☐
si oui :
- détartrage ☐
- scellement(s) de sillon(s) - dent(s) n° :
- dent(s) à soigner ☐

besoins de soins hors du cadre du dispositif : oui ☐ non ☐
si oui :
- ODF ☐
- prothèse(s) ☐

acte exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention : oui ☐ non ☐

date de réalisation de l'examen

Assuré(e) - bénéficiaire	Organisme d'affiliation
assuré(e) : NIR bénéficiaire : date de naissance	

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.

705 EBD CNAM - XII 2017

SPECIMEN

Annexe 3 : Fiche d'aide à la prescription d'orthophonie

MÉMO PRESCRIPTION D'ACTES EN ORTHOPHONIE

MODALITÉS DE PRESCRIPTION DES SOINS EN ORTHOPHONIE

Deux types de prescription de bilan initial sont possibles :

Bilan orthophonique d'investigation	Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire
Dans le cadre d'une demande d'examens complémentaires pour compléter et/ou orienter le diagnostic médical, vous pouvez prescrire : **"un bilan orthophonique d'investigation".**	Dans les autres cas, vous pouvez prescrire : **"un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire"**
A l'issue de ce bilan, vous recevez un compte-rendu. ↓ Si une **rééducation orthophonique** est nécessaire, **il vous faudra effectuer une prescription quantitative** conformément à la nomenclature de 30 ou 50 séances selon la pathologie. ↓ L'orthophoniste établit alors une demande d'accord préalable (DAP) sur cette base.	A l'issue de ce bilan, vous recevez un compte-rendu. ↓ L'orthophoniste estime si une prise en charge est nécessaire. **Une prescription quantitative de votre part n'est pas nécessaire.** ↓ L'orthophoniste établit la DAP.

Bilan orthophonique de renouvellement

A l'issue des 50 ou 100 séances, l'orthophoniste vous sollicitera pour la prescription d'un **bilan orthophonique de renouvellement**

↓

Vous recevez le compte-rendu du bilan.

↓

L'orthophoniste estime si des séances de rééducation sont encore nécessaires.
Une prescription quantitative de votre part n'est pas nécessaire.

↓

L'orthophoniste en établit directement la demande (DAP) auprès de la Caisse.

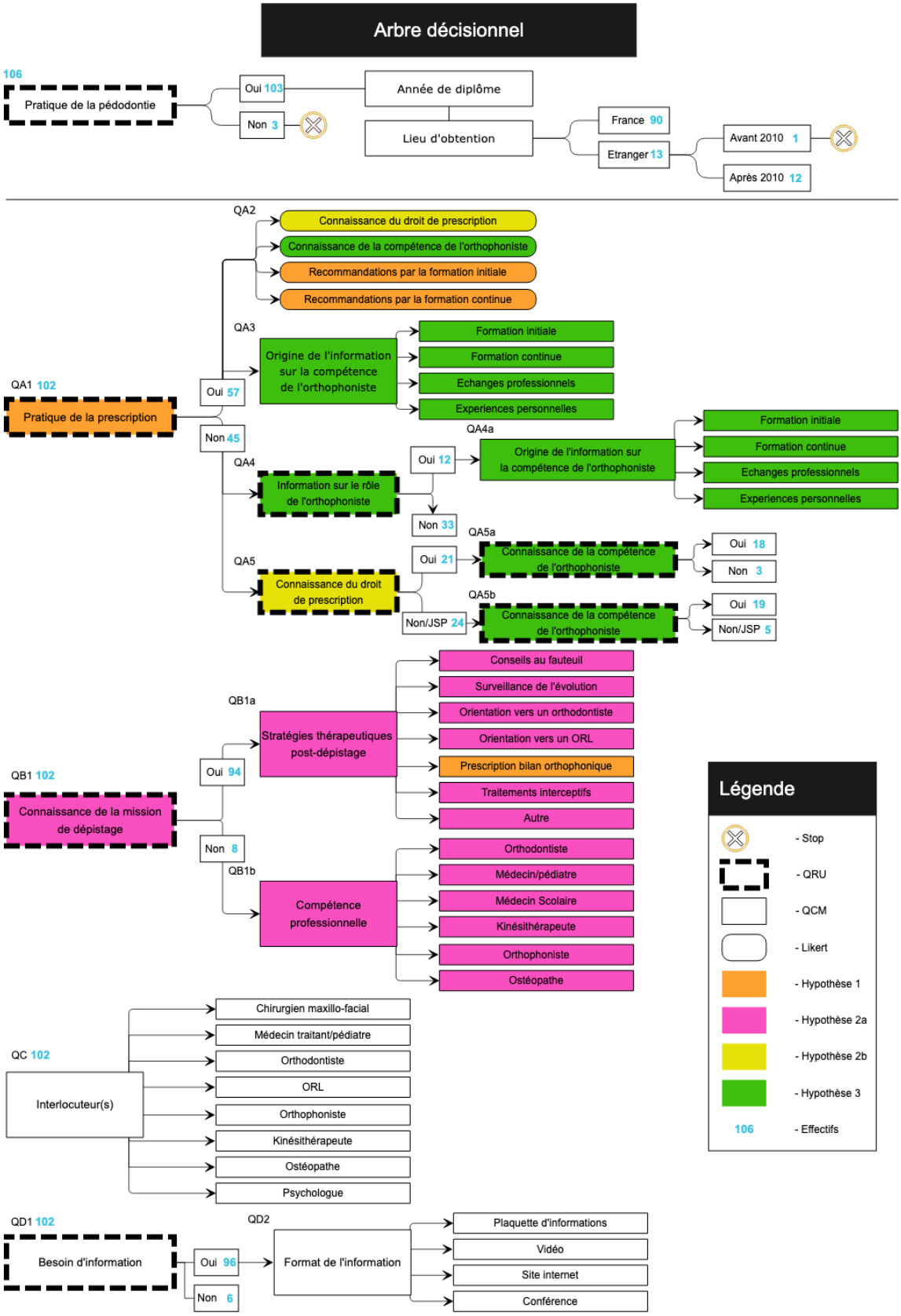
Juillet 2014

Mémo réalisé en collaboration avec la Commission Paritaire Départementale des Orthophonistes

La santé progresse **avec vous**

SÉCURITÉ SOCIALE l'Assurance Maladie LOIRET

Annexe 4 : Arbre décisionnel



Titre : La pratique de la prescription orthophonique par les chirurgiens-dentistes dans le cadre des dysfonctions oro-myo-faciales et des parafonctions chez l'enfant de moins de 18 ans

Résumé : Le chirurgien-dentiste, en tant que prescripteur omnipraticien, dispose de prérogatives favorables à une intervention précoce, comme le dépistage des dysfonctions oro-myo-faciales et des parafonctions. Le rétablissement de ces fonctions représente un enjeu de santé publique au regard des répercussions multiples sur la santé. Le chirurgien-dentiste est donc à même d'orienter ses jeunes patients vers l'orthophoniste compétent dans cette rééducation.

L'objectif de ce travail est de réaliser un état des lieux des pratiques du chirurgien-dentiste en matière de prescription orthophonique et d'étudier si la connaissance de ses propres prérogatives et de celles de l'orthophoniste en matière de dysfonctions oro-myo-faciales influence cette pratique.

Pour cela, 102 chirurgiens-dentistes ont répondu à un questionnaire. Le traitement des réponses s'est fait sous la forme d'une analyse descriptive puis d'un traitement statistique inférentiel.

Il a ainsi pu être mis en évidence que le recours à la prescription d'orthophonie par les chirurgiens-dentistes, avec à peine 55,9% qui se déclarent prescripteurs, est une pratique encore trop peu répandue en dépit des recommandations de l'ANAES. Des facteurs susceptibles d'influencer cette pratique ont été identifiés : le degré de connaissance par le chirurgien-dentiste de sa mission de dépistage et son droit de prescription. La connaissance du champ de compétences des orthophonistes ne semble pas en revanche impliquée dans le recours à la prescription.

La collaboration professionnelle entre orthophonistes et chirurgiens-dentistes autour des jeunes patients présentant des dysfonctions OMF pourrait être améliorée au moyen d'interfaces formelles et informelles.

Mots clés : dysfonctions oro-myo-faciales – parafonctions- chirurgien-dentiste – dépistage – prescription – orthophoniste – pluridisciplinarité

Title : The practice of speech and language therapy prescription by dentists in the context of orofacial myofunctional disorders and parafunctions in children under 18 years old.

Abstract : The dentist, as a general practitioner, has prerogatives for early intervention, such as the screening of orofacial myofunctional disorders and parafunctions. Restoring these functions is a public health matter due to its many health implications. The dental surgeon is therefore in a position to refer his young patients to the speech therapist (who is) competent in this rehabilitation.

The aim of this paper is to review the practice of dental surgeons in prescribing speech and language therapy and to study the influence of knowledge of both their own prerogative on this practice and the one of the speech and language therapy in relation to orofacial myofunctional disorders.

For this purpose, 102 dentists answered a questionnaire. The processing of the answers was done in the form of a descriptive analysis and then an inferential statistical treatment.

It has been shown that the use of speech therapy prescriptions by dentists, with barely 55.9% declaring themselves to be prescribers, is still not widespread enough, despite the recommendations of the ANAES

Factors likely to influence this practice were identified: the degree of knowledge of the dental surgeon of his screening mission and his right to prescribe. Knowledge of speech language therapists' scope of practice does not seem to be involved in the use of prescriptions.

Professional collaboration between speech and language therapists and dentists around young patients with orofacial myofunctional disorders could be improved through formal and informal interfaces.

Keywords : orofacial myofunctional disorders- parafunctions- oral surgeon- screening- prescription- speech and language therapist- multidisciplinary

---

Nombre de pages : 68 (61 hors annexes). Nombre de références : 77