



**HAL**  
open science

# Élaboration d'un livret de pictogramme favorisant la communication avec les patients en situation de handicap lors d'un soin bucco-dentaire

Benjamin Setti

► **To cite this version:**

Benjamin Setti. Élaboration d'un livret de pictogramme favorisant la communication avec les patients en situation de handicap lors d'un soin bucco-dentaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03462909

**HAL Id: dumas-03462909**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03462909v1>**

Submitted on 2 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**FACULTÉ DE SANTÉ**

**UFR D'ODONTOLOGIE**  
5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2021

N°

**THÈSE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR**

**en CHIRURGIE DENTAIRE**

présentée et soutenue publiquement le

par **Benjamin SETTI**

Élaboration d'un livret de pictogramme favorisant la  
communication avec les patients en situation de  
handicap lors d'un soin bucco-dentaire

Dirigée par Mme la Docteure Faustine QUENUM et codirigée par Mme la  
Docteure Julia BOSCO

**JURY**

M. le Professeur Vianney DESCROIX	President
Mme la Docteure Vanessa BAAROUN	Assesseur
Mme la Docteure Julia BOSCO	Assesseur
M. le Docteur Philippe GATEAU	Assesseur
M. le Docteur Jean-François NGUYEN	Assesseur
Mme la Docteure Marjorie ZANINI	Assesseur
Mme la Docteure Faustine QUENUM	Membre invité

# UNIVERSITÉ DE PARIS

Présidente de l'Université : Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie Garancière : Mme la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services : Madame Pascale SAINT-CYR

---

## JURY

M. le Professeur Vianney DESCROIX	Président
Mme la Docteure Vanessa BAAROUN	Assesseur
Mme la Docteure Julia BOSCO	Assesseur
M. le Docteur Philippe GATEAU	Assesseur
M. le Docteur Jean-François NGUYEN	Assesseur
Mme la Docteure Marjorie ZANINI	Assesseur
Mme la Docteure Faustine QUENUM	Membre Invité

**M. le Professeur Vianney DESCROIX**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Docteur en Pharmacie  
Diplôme de Doctorat  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

*Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de présenter ce jour ma soutenance de Docteur en Chirurgie Dentaire. Merci de votre dévouement pour vos étudiants et de votre accompagnement dans notre parcours.*

**Mme la Docteure Vanessa BAAROUN**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

*Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de siéger à ce jury de thèse. Pour votre aide durant ma 6<sup>e</sup> année, vos conseils, votre expérience. Je vous prie d'agréer, Madame, mes plus profondes reconnaissances.*

**Mme la Docteure Julia BOSCO**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

*Je vous remercie pour l'honneur que vous avez fait de codiriger cette thèse au côté du Docteur Quenum. Je vous remercie de m'avoir accompagné du début jusqu'à la fin de ce projet, pour votre écoute, vos conseils, votre enseignement et votre bienveillance. Acceptez, Madame, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.*

**M. le Docteur Philippe GATEAU**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Diplôme de Doctorat  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

*Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de siéger à ce jury de thèse, pour vos enseignements, votre implication, votre bienveillance durant l'ensemble de mon cursus et plus particulièrement lors de ma 3<sup>ème</sup> année, où vous étiez mon professeur en travaux pratiques.*

**M. le Docteur Jean-François NGUYEN**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

*Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury de thèse, de votre implication et de votre accompagnement durant mes études ainsi que de l'ensemble de vos enseignements.*

**Mme la Docteure Marjorie ZANINI**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

*Je vous remercie pour l'honneur de siéger à ce jury de thèse, pour votre pédagogie ainsi que vos conseils durant l'ensemble de vos enseignements théoriques.*

**Mme la Docteure Faustine QUENUM**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Assistante Hospitalo-Universitaire

*Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de diriger ce projet aux côtés du Docteur Bosco. Je vous remercie pour votre patience, votre aide, votre soutien tout au long de cette dernière étape qui conclut mon parcours universitaire. Veuillez trouver, Madame, mes plus profonds respects et mes sincères salutations.*

## Sommaire

<b>Lexique</b> .....	<b>3</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Les différents types de handicap.</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Définition</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 Le handicap Physique ou moteur .....	7
1.1.2 Le handicap Sensoriel .....	7
1.1.3 Le handicap Mental ou Déficience Intellectuelle .....	8
1.1.4 Le handicap Psychique .....	8
1.1.5 Le handicap Cognitif .....	9
1.1.6 Le polyhandicap.....	10
<b>1.2 Conséquences du handicap</b> .....	<b>10</b>
1.2.1 Discrimination .....	10
1.2.2 Limitations d'activités.....	11
1.2.3 Conséquences Bucco-dentaires.....	12
<b>1.3 Difficultés de prise en charge d'un patient en situation de handicap</b> .....	<b>16</b>
1.3.1 Difficultés anatomiques ou fonctionnelles.....	17
1.3.2 Difficultés comportementales .....	18
<b>2. Communication verbale et non verbale</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Communication verbale</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2 Communication non verbale</b> .....	<b>21</b>
2.2.1 Définition.....	21
2.2.2 Le regard et expression du visage .....	22
2.2.3 Toucher et Gestuel .....	22
2.2.4 L'automutilation et l'autostimulation .....	23
2.2.5 Les stéréotypies.....	23
<b>2.3 Les outils de communication avec les personnes en situation de handicap</b> .....	<b>24</b>
2.3.1 La musique.....	24
2.3.2 Les jeux individuels, collectifs et la pratique sportive. ....	25
2.3.3 La peinture, la photographie et la vidéo .....	26
2.3.4 Les pictogrammes.....	27

<b>3. Travail et conception de pictogrammes pour personne en situation de handicap .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Outils de communication existant.....</b>	<b>28</b>
3.1.1 Application SantéBD .....	28
3.1.2 Application çATED .....	29
3.1.3 Le système PECS ( <i>Picture Exchange Communication System</i> ).....	30
3.1.4 MediPicto AP-HP .....	31
<b>3.2 La consultation blanche .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3 Création de notre outil : Un livret pictogramme favorisant la communication avec les patients en situation de handicap .....</b>	<b>33</b>
3.3.1 Cahier des charges.....	33
3.3.2 Choix du support .....	35
3.3.3 Choix des icônes. ....	36
<b>3.4 Étude pilote de l'utilisation de notre outil .....</b>	<b>38</b>
3.4.1 Objectifs de l'étude .....	38
3.4.2 Matériels et méthodes .....	38
<b>4. Résultats de l'utilisation du livret de pictogrammes dans la consultation .....</b>	<b>40</b>
<b>5. Discussion .....</b>	<b>44</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>47</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>48</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>52</b>

## Lexique

**AdAP** : Agenda d'accessibilité programmé

**APAJH** : Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés

**CAOD** : Dents cariées absentes ou obturées

**CCAH** : Comité national Coordination Action Handicap

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

**CIH.1** : Classification internationale des altérations, invalidités et handicaps

**CLIS TED** : Classe pour l'Inclusion Scolaire pour des élèves avec Troubles Envahissants du Développement

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CRA** : Centre Ressources Autisme

**EHESP** : École des Hautes Études en Santé Publique

**ERP** : Établissement recevant du public

**ETP** : Éducation thérapeutique du patient

**EVA** : échelle visuelle analogique

**GHPS** : Groupe Hospitalier la Pitié-Salpêtrière

**IME** : Institut Médico-Éducatif

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**LSF** : Langue des Signes Français

**MEOPA** : Mélange équimolaire d'oxygène et protoxyde d'azote

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PECS** : Picture Exchange Communication System

**TOC** : Trouble Obsessionnel Compulsif

**TSA** : Trouble du Spectre Autistique

## Introduction

D'un point de vue médical la population dite "vulnérable ou dépendante" regroupe à la fois les personnes en situation de handicap, celles atteintes de maladies invalidantes ainsi que certaines personnes âgées. Cette population constitue actuellement la minorité mondiale, la plus importante et la plus défavorisée. C'est pourquoi, ces dernières décennies ont vu naître une prise de conscience générale sur le besoin d'adaptation de nos pratiques à ces patients (loi du 11 février 2005). Le handicap peut entraîner certains troubles : problèmes de compréhension, d'attention, de réflexion, de conceptualisation ou encore des troubles comportementaux qui peuvent impacter de manière négative la prise en charge des patients. En effet, la communication avec ces patients est une tâche extrêmement importante et parfois complexe. La transmission des informations peut donc être tronquée.

A cela s'ajoute, l'environnement anxigène que peuvent représenter les soins dentaires en général, ce qui peut être un frein à la coopération du patient.

Pour une relation thérapeutique de qualité, il doit y avoir concordance entre le verbal et le non verbal. Le praticien qui aura intégré ce concept ne pourra qu'enrichir la relation thérapeutique qu'il construit avec chacun de ses patients. De même, ce praticien devra prendre en compte le patient dans sa globalité, maîtriser son langage et sa corporalité. Par ailleurs, c'est à ce même praticien qu'incombe le rôle de décrypter les codes que lui transmet son patient. Lorsque les limites de la communication verbale sont atteintes avec un patient en situation de handicap, il est nécessaire de trouver de nouveaux outils.

Comme évoqué précédemment, les patients en situation de handicap exigent une attention particulière. Au cours de cette thèse, nous avons donc recherché quels moyens peuvent aider le praticien à améliorer la prise en charge de ces patients. Après avoir défini la population ciblée et les obstacles liés à sa prise en charge bucco-dentaire, l'objectif de ce travail sera d'évaluer et répertorier les ressources disponibles permettant d'améliorer l'interactivité entre ces patients et les praticiens. Nous proposerons alors une nouvelle alternative aux moyens de communications actuels : la mise en place d'un livret pictogramme permettant d'optimiser la communication avec les patients présentant un handicap mental, sensoriel, cognitif.



Ce livret sera testé au sein de la consultation adulte de patients en situation de handicap dans le service d'odontologie de la Pitié Salpêtrière et fait suite à un projet mis en place au préalable avec les patients étrangers consultants le service d'urgence de ce même établissement.

## 1. Les différents types de handicap.

### 1.1 Définition

Le mot « handicap » vient du terme anglais « *hand in cap* » (la main dans le chapeau). Cela fait référence à un jeu britannique datant du XVI<sup>ème</sup> siècle et dont l'objectif était d'échanger des objets personnels à l'aveugle. Les lots étaient bien entendu contrôlés par un arbitre qui jugeait de l'équité et du bon déroulement de la partie pour permettre une égalité de chance entre chaque participant. Le handicap désignait celui qui tirait le mauvais lot et était désigné grand perdant de la partie. (CCAH 2015)

Définir le handicap est une tâche difficile. D'un point de vue historique le terme de handicap est contemporain de même que « personnes en situation de handicap ». Des termes comme personnes impotentes, incurables, infirmes, mutilées ont été ainsi longtemps utilisés. (Chabrol et al. 2009)

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit un individu en situation de handicap comme « toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, de sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ». (CCAH 2015)

L'OMS poursuit « le handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. » (OMS)

A cela s'ajoute la loi du 11 février 2005 (Article 2 de la loi du handicap) qui actualise son regard sur la notion du handicap. Elle présente le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne

en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Loi du handicap 2005)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie en 1980 la classification internationale du handicap (CIH.1) intitulée « Classification internationale des altérations, invalidités et handicaps. Un manuel de classification relatif aux conséquences de maladie ». La CIH.1 est conceptualisée au début des années 1970, par un rhumatologue anglais Philippe Wood, qui marque un tournant important dans la représentation du handicap. CIH.1 a pour objet de clarifier la notion de handicap en distinguant 3 dimensions (Folliguet 2006) :

- La déficience : correspond au dysfonctionnement d'une ou de diverses parties du corps.
- L'incapacité : c'est la conséquence des déficiences. Cela correspond à l'incapacité ou la difficulté de réaliser des actes courants de la vie.
- Le désavantage : c'est l'impossibilité pour un individu de remplir son rôle social.

Pour la première fois l'influence de l'environnement est prise en compte dans la notion du handicap. (Chabrol et al. 2009)

En 2001, La CIH est révisée par l'OMS pour constituer la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF). Elle permet de fournir un langage uniformisé et un cadre pour la description et l'organisation des informations relatives au fonctionnement et au handicap. Le fonctionnement et le handicap sont des concepts multidimensionnels qui permettent de mettre en avant l'interaction dynamique entre plusieurs composantes (EHESP 2020):

- Les fonctions organiques et les structures anatomiques des individus.
- Les activités que font les individus et les domaines de la vie auxquels ils participent.
- Les facteurs environnementaux qui influencent leur participation.
- Les facteurs personnels.

Suite à la loi du 11 février 2005, la fédération APAJH reconnaît six différents types de handicap à savoir : le handicap moteur, sensoriel, mental, psychique, cognitif et le polyhandicap. (**Figure 1**)



**Figure 1 : Diagramme des différents types de handicap et pictogrammes associés (Rey 2019)**

### 1.1.1 Le handicap Physique ou moteur

Le handicap moteur se définit par toute atteinte de la capacité totale ou partielle du corps à se mouvoir, réduisant l'autonomie de la personne et nécessitant parfois le besoin de recourir à une aide extérieure pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. (CCAH 2015)

### 1.1.2 Le handicap Sensoriel

Le handicap sensoriel fait référence aux difficultés liées aux organes sensoriels. Il se définit par une atteinte d'un ou de plusieurs sens. On peut distinguer deux atteintes sensorielles majeures, celle de l'ouïe et celle de la vue. Il existe tout de même des troubles du goût et de l'odorat qui sont intimement liés.

La déficience auditive désigne l'altération plus ou moins sévère de la capacité auditive d'une ou des deux oreilles. On parle de surdité lorsque la déficience est totale.

La déficience visuelle, quant à elle, désigne l'altération plus ou moins sévère du champ de vision. On parle de cécité lorsqu'elle est totale. (Handicap.fr 2013)

### 1.1.3 Le handicap Mental ou Déficience Intellectuelle

Le handicap mental et le handicap psychique sont très souvent confondus, il est pourtant nécessaire de les distinguer.

Le handicap mental est une déficience des fonctions mentales et intellectuelles, qui entraîne des difficultés de réflexion, de compréhension et de conceptualisation, conduisant automatiquement à des problèmes d'expression et de communication chez la personne atteinte. (Handicap.fr 2013)

Ce trouble touche environ 1 à 3% de la population et est d'origine multiple :

- Durant la conception. Par exemple les maladies génétiques telle que la trisomie 21 ou encore le syndrome de l'X fragile.
- Durant la grossesse, provoqué en grande partie par des expositions dangereuses (Rayons X, alcool, virus, tabac en autres.)
- À la naissance, ce qui peut être le cas quand l'enfant né prématurément.
- Au cours de la vie. Cela peut être le résultat de maladies infectieuses, virales ou dans d'autres cas les traumatismes crâniens peuvent en être la cause. (CCAHA 2015)

### 1.1.4 Le handicap Psychique

Le handicap psychique se distingue du handicap mental de la façon suivante : le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, reste de cause inconnue à ce jour, alors que le handicap mental a des causes identifiables. Il apparaît souvent à l'âge adulte alors que le handicap mental apparaît dès la naissance.

Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable et imprévisible. La prise de médicament est souvent indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, à décider et à réadapter les capacités à penser. (CCAHA 2015)

Le handicap psychique est la conséquence de diverses maladies :

- Les psychoses, et en particulier la schizophrénie.
- Le trouble bipolaire (trouble maniaco-dépressif).
- Les troubles graves de la personnalité (personnalité « *borderline* », par exemple).
- Certains troubles névrotiques graves comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs). (CCAH 2015)

#### 1.1.5 Le handicap Cognitif

Le handicap cognitif regroupe des difficultés de facultés d'apprentissage ou de perception de l'environnement.

Les fonctions cognitives désignent tous les processus par lesquels une personne va acquérir les informations dont elle a besoin pour régler son comportement dans la vie quotidienne.

Parmi les troubles cognitifs, nous pouvons citer les troubles du langage tel que la dyslexie, dysphagie, dyspraxie ou encore les troubles de l'attention et de la mémoire. Le handicap cognitif peut être classé en quatre populations différentes (CCAH 2015) :

- Les troubles spécifiques au développement comme la dyslexie, dysphagie, dyspraxie.
- Les troubles qui envahissent le développement comme le trouble du spectre autistique (TSA) ou la maladie d'Asperger.
- Les troubles acquis tels que les traumatismes crâniens.
- Les troubles évolutifs tels que la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson. (Coridys)

Le trouble du spectre autistique (TSA) fait partie intégrante du handicap cognitif mais est un handicap tellement vaste et important qu'il peut être considéré comme un type de handicap à proprement parlé. Il se caractérise par une perturbation du développement avec une limitation des interactions sociales, de la communication et des actions répétitives et restreintes. (CCAH 2015)

### 1.1.6 Le polyhandicap

Le polyhandicap se définit par une déficience mentale sévère associée à des troubles moteurs entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. (CCAH 2015)

## 1.2 Conséquences du handicap

### 1.2.1 Discrimination

Une personne en situation de handicap peut faire face, au cours de sa vie, à de fortes discriminations. Cela peut être traduit par des moqueries, une mise à l'écart ou encore des refus de droits.

Selon une enquête de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) réalisée en 2010, trois millions de personnes déclarent subir une discrimination liée à leur état de santé ou handicap. Cela représente près de 5% de la population. Toujours selon l'INSEE, dans la tranche 10 - 24 ans, 5 % déclarent être en situation de handicap dû à des déficiences d'ordre sensoriel, cognitif ou encore moteur. Un peu moins de 41% de cette tranche d'âge se sentent concernés par des discriminations négatives liées à leur handicap ou état de santé (Bouvier G. 2010). (**Tableau 1**)

Ce nombre diminue avec l'âge. Les jeunes présentant des troubles cognitifs sont davantage mis à l'écart, subissant moqueries et insultes tandis que les personnes présentant des troubles moteurs ou déficiences sensorielles subissent, davantage de refus de droits et traitements d'injustice. (Bouvier G. 2010).

	Population selon les handicaps					
	Ensemble	Aucun handicap	Au moins un handicap	dont : au moins un handicap d'ordre		
				cognitif	moteur	sensoriel
<b>Répartition de la population</b>	100	94,6	5,4	4,3	1,1	0,7
<b>Personnes ayant déclaré avoir subi des discriminations liées à la santé ou au handicap</b>	7	5	41	45	40	33
<b>Parmi elles, personnes ayant déclaré, pour des raisons liées à un problème de santé ou de handicap :</b>						
avoir subi des insultes, des moqueries	89	90	86	87	77	90
avoir été mises à l'écart des autres	44	35	62	64	51	38
avoir été traitées injustement	29	26	35	36	40	33
s'être vu refuser un droit	5	1	13	11	20	14
<b>En raison :</b>						
de l'apparence	72	81	52	48	69	71
de préjugés, de jugements de valeur	21	10	44	45	60	48
de limitations liées au handicap	20	9	43	45	46	34
d'attitudes inhabituelles pour les autres	9	4	19	21	30	23

Lecture : 4,3 % des personnes de 10 à 24 ans vivant en ménage ordinaire ont un handicap d'ordre cognitif. Parmi elles, 45 % déclarent avoir subi au cours de leur vie une discrimination liée à la santé ou au handicap. 87 % de ces personnes ont subi des insultes ou des moqueries, 64 % des mises à l'écart, différentes discriminations pouvant se cumuler.  
Champ : France, personnes de 10 à 24 ans vivant en ménage ordinaire, soit 11,8 millions de personnes.  
Source : Insee, enquête Handicap santé 2008 - volet ménages.

### **Tableau 1 : La proportion de discrimination liée au handicap (Bouvier G. 2010).**

Il faut toutefois distinguer les différents types de handicap. En fonction du handicap, les stéréotypes sont différents mais les comportements auprès de ces personnes le sont aussi. Les personnes atteintes des déficiences mentales ou neurologiques sont moins bien évaluées que les personnes en situation de handicap physique. De même, plus le handicap est visible plus il joue un rôle sur le comportement d'autrui. (Rohmer 2011)

#### 1.2.2 Limitations d'activités

Le Larousse définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de la participation à la vie en société due à une altération des capacités sensorielles, physiques, mentales, cognitives ou psychiques » reprenant ainsi les grands traits de la définition établit dans la loi du 11 février 2005. Ainsi, dès le début même de la définition, le handicap implique la notion de limitation d'activité. Lorsque nous évoquons ce sujet, il faut savoir distinguer chaque limitation à son handicap.

La seconde notion à prendre en compte est l'autonomie. L'autonomie est la capacité d'un individu à réaliser des actes de la vie courante, seul, sans l'aide d'un tiers dans un environnement donné. Toutefois, l'activité doit être prise en compte en considérant l'environnement social de la personne. (Santos 2010)

Pour le handicap physique ou moteur la limitation d'activité sera directement liée au handicap même. Chaque handicap physique a ses contraintes. Les mesures d'aide à la personne par un tiers, seront différentes pour chacun, selon la tâche ou l'activité à effectuer.

Le handicap sensoriel quant à lui limitera l'individu dans sa façon de communiquer : par exemple une personne sourde et/ou muette ne peut interagir qu'à travers la langue des signes ce qui nécessite la plupart du temps un interprète pour transposer ses propos. Parmi les cas de handicap sensoriel, nous pouvons aussi rencontrer des personnes non voyantes. Celles-ci seront limitées dans la perception des événements, se retrouvant face à l'inconnu et seront par conséquent diminuées dans certaines activités.

La limitation d'activité du handicap mental est étroitement liée à la capacité de la personne présentant ce type de handicap à percevoir les informations. Pour exemple, une personne atteinte de trouble du spectre autistique peut présenter des expressions du visage incohérentes avec la situation. De plus, l'anxiété que peuvent générer certains événements telle que la rencontre avec le chirurgien-dentiste peuvent entraîner un repli sur soi de la personne autiste qui limite les interactions.

### 1.2.3 Conséquences Bucco-dentaires

Chez les patients en situation de handicap, les pathologies bucco-dentaires sont plus fréquentes, leurs stades d'évolution sont plus graves. La santé bucco-dentaire du patient en situation de handicap s'aggrave au fur et à mesure que le patient grandit, et devient dès l'adolescence plus délétère que celle d'un individu de la population générale. Ces patients constituent donc un groupe de personnes à haut risque de pathologies orales. (Hennequin et al. 2004)

Les différentes formes de handicap peuvent avoir un impact important d'un point de vue bucco-dentaire. La grande majorité des études portant sur le sujet s'accordent sur le fait qu'il existe une susceptibilité aux pathologies orales pour les personnes en situation de handicap. Cela est principalement dû à deux facteurs : le manque d'autonomie en matière d'hygiène orale et/ou la découverte tardive des affections bucco dentaires. (Moussa-Badran 2013)



De nombreux handicaps sont associés à des difficultés psychomotrices. Ces mêmes difficultés peuvent affecter la réalisation des soins quotidiens, notamment le brossage des dents. Ce dernier est, bien souvent, réalisé ou accompagné par un tiers. De plus, le manque de connaissances des proches (parents, aidant, tuteur ou personnel de structure) impacte également sur la mise en place d'une bonne hygiène. Il est donc primordial lors de l'éducation thérapeutique des patients en situation de handicap d'inclure l'aidant. (Folliguet 2006)

Les mêmes pathologies buccales sont retrouvées dans la population générale et chez les patients en situation de handicap. Elles peuvent être de natures infectieuses (lésions carieuses, parodontales, halitose), traumatiques (fréquence des chutes augmentées, bruxisme) ou fonctionnelles (ventilation, déglutition ...). Cependant quantitativement, une personne en situation de handicap a quatre fois plus de chance d'avoir des problèmes bucco-dentaires qu'une personne autonome. Bien souvent, ils nécessitent deux fois plus de besoin de soins, et cinq fois plus de besoin de prévention. De plus, leur difficulté d'accès aux soins entraîne une accumulation des pathologies bucco-dentaires. Elles prennent des ampleurs plus importantes ce qui rend leurs prises en charge plus complexes. Les décisions thérapeutiques vont alors tendre vers des extractions plutôt que de la conservation. (Hennequin et al. 2004)

D'autres facteurs de risques sont associés à l'apparition de pathologies orales. Nous retrouvons la faible priorité pour l'hygiène bucco-dentaire, la faible perception de l'importance des soins dentaires, l'anxiété liée à ces derniers, leurs couts ou encore l'impact des médicaments sur le patient (par exemple l'hyposialie ou les reflux gastriques). (Folliguet 2006)

### **La maladie carieuse**

La maladie carieuse est le résultat d'une attaque bactérienne présente dans la flore commensale. Pour déterminer l'atteinte carieuse d'une population donnée, nous prenons en compte l'indice carieux. L'indice CAOD (Dents cariées absentes ou obturées) est la moyenne du nombre de dents cariées, absentes ou obturées d'une population donnée que l'on divise au nombre de personnes examinées. A l'adolescence, cet indice devient plus important chez les jeunes adultes en situation de handicap que ceux de la population générale. Le nombre de dents cariées est la composante qui augmente le plus. Cela peut s'expliquer par différents

cofacteurs qui engendrent un processus carieux, étroitement lié avec le handicap (Hennequin et al. 2004):

- La prise de certains antiépileptiques ou antihypertenseurs.
- L'hyposialie : due à la prise de nombreux médicaments (notamment ceux utilisés dans les troubles neurologiques comme l'épilepsie) provoque une sécheresse buccale importante.
- Certains troubles mentaux et psychomoteurs : Ces pathologies empêchent la mise en place d'une hygiène dentaire biquotidienne autonome.
- L'absence d'auto-nettoyage : Le phénomène d'auto-nettoyage permet grâce notamment à la salive de limiter la maladie carieuse. Les troubles moteurs, que l'on peut rencontrer sur les muscles faciaux chez certains types de handicap, limitent ce phénomène et favorisent le développement de la maladie carieuse à travers la propagation des germes cariogènes.

### **Parodontopathies**

Les maladies parodontales surviennent plus souvent et plus tôt chez les personnes en situation de handicap. Selon une étude clinique sur « Les formes cliniques des lésions carieuses et maladies parodontales chez les enfants en situation de handicap dans deux centres spécialisés de Yaoundé » réalisée entre octobre 2015 et mai 2016 : 83,1% de la population observée présentait des parodontopathies. Tandis qu'en 2012, Moussa-Badran détectait un taux de 80% à 90% de maladies parodontales au sein de la série de patients en situation de handicap au Maroc. (Awa et al. 2018)

Les facteurs favorisant ces infections sont une hygiène buccale insuffisante, des habitudes orales délétères (onychophagie, mastication d'objets), un trouble mental ou un trouble physique (le manque de dextérité empêchant un brossage de dents correct) mais également la faiblesse des stimulations au cours de la fonction masticatoire et de déglutition.

### **Traumatismes dentaires et bruxisme**

Les traumatismes dentaires sont fréquemment retrouvés chez les personnes en situation de handicap. Plusieurs causes peuvent les expliquer : le retard d'acquisition motrice, le manque de réaction de défense, les crises d'épilepsie, les crises d'automutilation, les habitudes comportementales d'introduction d'objets en bouche, les chutes du fauteuil ou du lit. Les dents majoritairement en cause sont les dents antérieures. (Moussa-Badran 2013)

Le bruxisme est une pathologie que nous rencontrons fréquemment et qui est difficile à traiter chez ces patients. En effet, lorsqu'un individu souffre de bruxisme, différentes thérapeutiques s'offrent à nous : La mise en place d'une gouttière de relaxation neuro musculaire de nuit, l'hypnose ou encore l'injection de toxine botulique sur les muscles élévateurs de la mandibule entre autres. Le bruxisme peut être en lui-même la cause de traumatismes dentaires sous forme de fracture/fêlure/attrition. (Moussa-Badran 2013)

### **Malocclusions**

Dans une étude réalisée par Uraga-González *et al.* en 2004, sont comparés les prévalences de malocclusion entre des enfants atteints de paralysie cérébrale, du syndrome de Down et d'un groupe témoin (enfants ne présentant pas de handicap). Les enfants avec une paralysie cérébrale présentaient le plus grand nombre de malocclusions (33% contre 15% pour les classes II et 12% contre 7% pour les classes III), ce qui constitue une différence statistiquement significative. Les malocclusions sont fréquentes et statistiquement significatives également dans le groupe d'enfants atteints de Syndrome de Down. (Uraga-González 2004)

Les malocclusions sont souvent liées à un sous-développement du maxillaire de l'enfant en situation de handicap car moins stimulé. Ainsi les croissances du palais, de la bouche et de la langue ne sont pas harmonieuses. Ces malocclusions peuvent rendre la mastication et l'élocution difficile. (Diéguez-Pérez *et al.* 2016)

### 1.3 Difficultés de prise en charge d'un patient en situation de handicap

La prise en charge des personnes en situation de handicap mental, psychique, cognitif sensoriel ou physique est souvent complexe. Tout d'abord, ces patients en situation de handicap se définissent comme une population à besoins spécifiques. Chaque handicap présente ses spécificités tout comme ses difficultés. Leur prise en charge doit alors être adaptée au type de handicap. Il est donc nécessaire de faire appel à un chirurgien-dentiste sensibilisé, formé et accueillant les patients à besoins spécifiques. Les actes restent les mêmes que sur le reste de la population, à une différence près : les difficultés auxquelles le praticien est confronté pour mettre en œuvre ses thérapeutiques. Ces difficultés peuvent se traduire par la règle des trois « A » (Anastasio et al. 2007):

#### **Accessibilité – Adaptation – Approche comportementale**

À l'issue des premières séances et au regard des capacités relationnelles du patient, du degré d'urgence et de la multiplicité des soins, le chirurgien-dentiste va déterminer le mode de prise en charge des soins et adapter son plan de traitement :

- **Pleine conscience (état vigilant)** : ce mode de prise en charge est privilégié.
- **Prémédication sédatrice** : peut-être envisagée pour éviter une intervention plus lourde (faire attention avec les prescriptions à ne pas interférer avec le traitement du patient).
- **Sédation consciente** : Il s'agit de faire inhaler à l'enfant, à partir d'un masque, un gaz indolore composé d'un mélange équimolaire oxygène/protoxyde d'azote (MEOPA). Utilisé chez l'enfant, lors de soins de courte durée, il permet d'améliorer la prise en charge de la douleur et de réduire l'anxiété.
- **Anesthésie générale** : pratiquée en dernier recours, lorsqu'une coopération en cabinet libéral ou dans un service spécifique n'a pu être obtenue et/ou quand les soins dentaires à réaliser sont trop importants. (Croze et al. 2018)

### 1.3.1 Difficultés anatomiques ou fonctionnelles

Le cabinet dentaire ou les services publics attitrés sont considérés comme des ERP (établissement recevant du public) et sont soumis aux « Dispositions relatives aux circulations intérieures verticales » de l'arrêté du 8 décembre 2014 fixant les dispositions prises pour l'application des articles R.111-19-7 à R.111-19-11 du code de la construction et de l'habitation et de l'article 14 du décret 2006-555 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public situés dans le cadre bâti existant et des installations existantes ouvertes au public». Ainsi tout établissement doit mettre en place un accès pour les personnes présentant un handicap (par exemple les personnes à mobilité réduite, nécessitant une chaise roulante, ou encore les non ou malvoyants). (lesadap 2014)

La première difficulté que nous allons évoquer est donc l'accès au fauteuil du dentiste. Une personne à mobilité réduite qui ne peut se déplacer qu'à l'aide d'un fauteuil roulant ou toute autre aide doit voir son accès au cabinet facilité. Parfois, l'impossibilité de transfert du patient entre le fauteuil roulant et le fauteuil de soin nécessite l'intervention de plusieurs personnes ou d'un « lève personne » (utilisé dans les structures pour patient en situation de handicap ou encore certains services hospitaliers). Également, le patient peut présenter une posture qui posent des difficultés lors de la réalisation des soins et être dans l'obligation de rester sur son fauteuil roulant. A cela s'ajoute, les possibles problèmes de cervicales, les gestes incontrôlés du patient ou encore le fait qu'un patient ne tienne pas en place. Tout ceci peut donc limiter l'accès à la bouche, la durée et la réalisation des soins.

Dans un second temps, nous pouvons également citer la difficulté de l'ouverture buccale, la macroglossie, l'endognathie ou toute dysmorphose dento-maxillaire que l'on retrouve dans de nombreux handicaps tel que le Syndrome de Down. Une ouverture buccale idéale, pour réaliser les soins dans de bonnes conditions, doit permettre l'accès aux instruments, la mise en place de la digue, le passage des rotatifs tels que la turbine ou le contre angle. Certaines thérapeutiques seront donc réévaluées. Par exemple, une macroglossie est une augmentation du volume de la langue. Les soins au maxillaire seront moins affectés par ce type d'anatomie mais cela peut considérablement limiter les soins à la mandibule. (Hennequin et al. 2000)

### 1.3.2 Difficultés comportementales

Lorsque le chirurgien-dentiste reçoit des patients en situation de handicap, il est confronté également à des difficultés de prise en charge comportementale du patient. Selon une étude réalisée dans un service hospitalier du sud de la France, sur 100 patients handicapés ayant été hospitalisés pour des soins dentaires sous anesthésie générale, 64% présentaient des troubles mentaux (43% pour des déficiences mentales et 21% pour des troubles mentaux sévères). Il sera constaté par la suite que ces troubles mentaux sont les handicaps les plus compliqués à gérer en termes de soins dentaires. (Maestre 1996)

L'anxiété, l'agressivité, le refus des soins, la non-compréhension des actes, l'automutilation ou encore les troubles compulsifs sont différents comportements que peut présenter une personne en situation de handicap. Ces comportements peuvent à terme se traduire par une non-coopération du patient. L'accès aux soins devient alors difficile en raison de la nature du handicap ainsi qu'au lourd passé médical. En effet, le vécu de ces patients ayant côtoyés à longueur de temps les milieux médicaux, accroît une forme d'opposition. Ils peuvent de ce fait devenir réfractaires aux différents soins. (Hennequin et al. 2004)

Chaque handicap présente une spécificité qui lui est propre. Le praticien doit alors adapter sa thérapeutique en fonction du patient auquel il fait face et doit porter une attention très particulière à l'ensemble des gestes effectués. (Hennequin et al. 2004)

L'ensemble de ces obstacles montrent l'importance de la mise en place de méthodes de prévention et de la participation d'ergothérapeutes, éducateurs et des aidants en règle générale pour la réalisation des soins d'hygiène bucco-dentaire biquotidiens. Ces techniques d'hygiène doivent être adaptées et personnalisées aux différents types de déficiences et troubles afin d'éviter un maximum le recours aux soins. La prévention est un point clef de la prise en charge des patients en situations de handicap. (Hennequin et al. 2004)

La coopération du patient est primordiale au bon déroulement des séances. Il est très difficile, voire impossible, de réaliser les soins sans avoir établi une relation de confiance entre le thérapeute et le patient. Or, dans le cas des patients en situation de handicap cognitif ou mental, la coopération peut être difficile à obtenir. Chaque patient a un comportement et des

réactions qui lui sont propres. Certains patients peuvent avoir des réactions extrêmes lorsque nous nous immisçons dans leur espace personnel et à plus forte mesure lorsque nous utilisons nos instruments dans leurs bouches. (Lussier-Morin 2010)

Le praticien devra passer outre les préjugés attribués généralement à ces malades, rester conciliant et patient lors des soins. Le contrôle de la douleur, les techniques « *Tell/Show/do* » ou encore le contrôle de la voix permettent d'améliorer la relation de confiance et donc la coopération du patient. (Hennequin et al. 2000)

Enfin, la prise en charge de patients en situation de handicap doit se faire avec une ou plusieurs aides. Ces personnes peuvent assister pour rassurer, contrôler, limiter les gestes inappropriés du patient, aider à obtenir un bon champ opératoire, accélérer et sécuriser la prise en charge du patient. (Croze et al. 2018)

## 2. Communication verbale et non verbale

Qu'est-ce que la communication ? C'est l'échange d'idées, de messages, entre minimum deux protagonistes. Ces échanges sont plus ou moins aboutis, ils peuvent porter sur des opinions, des points de vue afin de permettre à un des protagonistes d'exprimer sa vision des choses mais également dans un but de partage d'émotions et/ou d'affects. Ces échanges n'impliquent pas forcément la parole. En effet, la communication peut circuler à travers d'autres moyens tel que le regard, les émotions du visage, la mimique ou encore, le toucher. Ces phénomènes s'apparentent à la communication non verbale. Cette dernière implique l'intuition humaine pour être transcrite, ressentie, et comprise. (Crunelle 2018)

Ce mécanisme de communication non verbale est soumis à un risque d'incompréhension de la part du destinataire du message plus élevé que celui qui s'applique à la communication verbale. Cela peut entraîner certaines confusions.(Crunelle 2018)

En fonction du handicap, la communication entre le patient et son entourage peut être compliquée. Lorsque le handicap porte sur un trouble mental ou sur une déficience sensorielle telle que l'audition ou la parole, la communication devient une épreuve en elle-même.

Prenons le cas d'une personne sourde et/ou muette, elle devra apprendre et composer avec la langue des signes ce qui implique un entourage informé et formé à cette nouvelle langue. Le tout est de mettre en confiance son interlocuteur en situation de handicap, de savoir le

comprendre et se faire comprendre. Or la communication est le point central du bon déroulement des soins. Une personne présentant un handicap (lourd ou léger) est familière du système hospitalier dans le cadre de la prise en charge de son handicap. La venue chez le dentiste peut être source d'anxiété, à cela s'ajoute la difficulté de compréhension, l'inconnu des objets et outillages du praticien qu'il peut considérer comme anxiogène.

Pour que les soins soient réalisés dans les meilleures conditions possibles, l'utilisation de moyens de communication adéquats est un avantage significatif. Cela peut être mis en place à travers une musique, une vidéo, une peinture, des jeux ou autre.

## 2.1 Communication verbale

La communication verbale se définit par la transmission d'informations par le moyen du verbe. C'est le moyen usuel de communication. Cependant l'utilisation de la voix ne rentre pas forcément dans cette définition. La langue des signes ou encore la transmission de messages par le texte sont des outils de communication dite verbale. La langue des signes étant une langue à proprement parlé. (Cuxac 2003)

La langue des signes est le moyen de communication utilisé lorsqu'une personne est malentendante ou muette. Cela permet une communication entre une personne présentant ce type de handicap et son entourage mais aussi pour une relation entre deux personnes présentant ce même handicap. Cette langue repose sur des modalités gestuo-visuelle mais diffère entre chaque pays, région (ou plutôt langues pratiquées). Elle n'est pas universelle, il n'y a pas de lien entre chaque langue des signes mais nous pouvons parler d'air de famille, de ressemblance dans la façon de réaliser les gestes. Nous dénombrons près de 121 langues des signes différentes sur terre. (Cuxac 2003)

La langue des signes française (LSF) repose sur cinq éléments importants : la mimique, la symbolisation, l'imitation, la convention et l'allusion. Cette langue a pris naissance par la création de la première école sourde en France par l'Abbé de l'Épée en 1756, mais c'est Jacob Rodrigue Pereire (porté par le premier apport de l'espagnol Pedro Ponce de Léon) qui en fut le premier éducateur en France. Elle est utilisée aujourd'hui par près de 60 à 80.000 personnes en France et est le premier outil de communication pour dialoguer et partager avec une personne malentendante ou muette. (Hop Toys 2018)



## 2.2 Communication non verbale

### 2.2.1 Définition

La communication non verbale, par définition, est une communication qui n'implique pas un échange direct avec la parole. En psychologie, on nous explique que le corps peut faire passer des messages plus importants que l'utilisation des mots. On appelle ça le « *body language* » en anglais. L'attitude du corps peut trahir les mots, c'est ce qui se passe lorsqu'une personne ment. Selon une étude portée par le professeur Albert Mehrabian en 1967, seul 7% d'une communication est verbale, le reste appartient au non verbale (intonation de voix et visuelle). La communication non-verbale prend en compte toute utilisation d'aide, qu'elle soit visuelle, auditive ou tactile et permet de transmettre un message, de comprendre le comportement du malade et ainsi améliorer la qualité de l'échange. (Journaldunet 2020)

Une personne en situation de handicap mental, cognitif, psychique ou même sensoriel (dans le cas d'une personne muette ou malentendante), ne présentera pas la même façon de communiquer. Dans le cas du handicap mental, la communication verbale peut paraître compliquée voire impossible. (Aubert et al. 2004)

La personne atteinte de ces différents types de handicaps peut se braquer, ne pas comprendre ou être totalement réfractaire à la discussion. De plus, elle peut avoir du mal à utiliser des mots, un phrasé qui permettent de la comprendre. Ainsi, son corps, son « *body language* » nous révélera bien plus que ses mots. Cela passe par des mouvements corporels ; le regard, le toucher, des mimiques, une attitude ou encore à plus forte mesure une automutilation ou une autostimulation.

Pour pallier à cette difficulté, il est possible d'utiliser différents outils pour communiquer que ce soit la peinture, la photographie, la musique, les pictogrammes, les jeux ou tout autre moyen qui a pour but *in fine* la transmission du message.

### 2.2.2 Le regard et expression du visage

La clé de la communication est la perception de l'ensemble des signaux produits par autrui qui s'apparente à la communication non verbale. Le regard, les expressions et les émotions que dégagent le visage en font partie. Une certaine manière de regarder, de sourire, d'être étonné, d'être joyeux ou plutôt d'inhiber toute forme d'émotion laisse transparaître un message aussi fort que celle des mots. (Thommen et al. 2004) En effet, selon Paul Watzlawick, psychiatre, l'expression du visage constitue une des formes de langage non verbal essentiel aux relations humaines. Le premier contact visuel peut modifier le sentiment que l'on va forger à l'égard d'autrui. (Bodjona 2014)

### 2.2.3 Toucher et Gestuel

Le toucher est destiné à autrui ou à soi-même. Le fait de se toucher comme les gestes autocentrés peut être un acte de rassurance. (Cosnier 1996)

Le décodage des gestes permet de traduire les émotions en temps réel. En effet, le simple énoncé des paroles, des mots, d'un dialecte, ne suffit pas à traduire une pensée, une émotion, un ressenti. La communication englobe à la fois l'assemblage de mots pour former les phrases et les mouvements du corps que l'énonciateur y associe. Un dispositif d'interaction est donc ajouté à un dispositif de communication verbale et c'est cette combinaison qui permet d'émettre une pensée et de la transmettre telle que l'énonciateur la ressent. En 1966, Condon et Ogston définissent la « synchronie interactionnelle » comme étant un dispositif mimogestuel qui s'établit entre des personnes qui communiquent. De plus, les gestes font partie intégrante de la communication non verbale. Nous pouvons associer aux gestes, mimes et autres mouvements corporels des idées qui traduisent ce qui ne peut être exprimé par la parole. (Cosnier 1996)

Nous pouvons conclure que la communication parfaite résulte de l'assemblage entre la parole et les techniques mimogestuelles entre les interlocuteurs. (Cosnier 1996)

#### 2.2.4 L'automutilation et l'autostimulation

Selon le Larousse, la mutilation se définit par « une atteinte volontaire à l'intégrité physique d'une personne entraînant la perte d'un membre ou d'un organe ». On entend par l'automutilation toute forme de violence qu'un individu peut s'infliger à soi-même, par exemple se griffer, se donner des coups, se mordre, se laisser tomber ou toute violence physique.

Chez le patient en situation de handicap mental, notamment chez le patient présentant un trouble autistique sévère, ce phénomène peut souvent être observé. Le patient est souvent isolé, replié sur lui-même, ne participant à aucun échange verbal. Ces automutilations deviennent souvent source de stéréotypies. (Morelle 1995)

Pour ce type de patient, l'automutilation peut s'avérer être un outil de communication lui permettant d'évoquer une peur, une tristesse, un sentiment agréable ou désagréable.

#### 2.2.5 Les stéréotypies

Selon Dany Guerlach, « éducatrice de jeunes enfants et formatrice certifiée pour le concept de stimulation basale et vie quotidienne », les stéréotypies se définissent par un mouvement répété qui apparaît de façon spontanée et dont la disparition est significative. La personne établit un nouveau mouvement, qu'elle répète et qui peut s'apparenter à un jeu. Il est nécessaire de repérer le moment au cours duquel les stéréotypies apparaissent afin de l'analyser, de connaître les raisons du déclenchement de ces mouvements. Il existe différentes formes de stéréotypies que nous pouvons catégoriser en deux grands groupes (Dany Gerlach 2006) :

- Lorsque l'utilisation d'une partie du corps est la source de la stéréotypie : des griffures au visage, des coups (semblables à de la mutilation), un cri (où la voix est l'objet de la stéréotypie), le frottement d'une partie du corps contre une autre, le fait de balancer son corps d'avant en arrière de façon répétée ou encore le fait d'agiter les mains sans raison.
- Lorsqu'un objet identifié est la source de la stéréotypie : couper du papier, faire tourner un objet sans cesse, taper sur une table à l'aide d'un objet, un stylo ...

Ces différentes illustrations sont toutes des exemples d'actions, de stéréotypies que peut réaliser l'enfant ou l'adulte en situation de handicap pour exprimer un ressenti, un sentiment ou encore signaler sa présence lorsque le dialogue lui est impossible. (Dany Gerlach 2006)

## 2.3 Les outils de communication avec les personnes en situation de handicap

La parole est le moyen le plus simple pour communiquer avec autrui. Mettre des mots sur des pensées et ainsi établir un dialogue afin de pouvoir échanger avec son ou ses partenaires. Toutefois, la communication s'avère plus délicate lorsqu'il faut composer avec un interlocuteur souffrant d'un handicap, il faut parfois utiliser d'autres méthodes. Afin de faire passer le message, il est possible d'obtenir de meilleurs résultats lorsqu'on utilise différents moyens de communication autres que la parole. Il n'y a pas de limites aux outils utilisés, tout ce qui améliore la perception du message peut être considéré comme outil de communication. Nous allons tout de même en détailler ceux qui sont les plus utilisés.

### 2.3.1 La musique

Parmi les différents outils que l'on peut utiliser dans la communication non verbale, nous retrouvons la musique. La musique peut être à la fois le moyen de communication mais également avoir des effets thérapeutiques sur l'anxiété et d'attention du patient polyhandicapé. La musicothérapie permet, entre autres, un bien être mental, physique et émotionnel. Le musicothérapeute utilise les variations vocales ou mélodiques, les bruits de bouche et tout autre son rythmique pour pouvoir rentrer en contact avec l'état émotionnel du patient. Le patient en situation de handicap va se reconnaître en tant que sujet audible et peut débiter alors un dialogue, une conversation. (Mahe-Mongiorgi 2018)

La musicothérapie réceptive est conditionnée par 4 étapes : écouter, entendre, ressentir et comprendre. Notre système nerveux permet de faire succéder ces 4 étapes. Le processus musicotherapeutique agit alors sur différents niveaux de l'être humain :

- Le niveau neuropsychologique : c'est le sentiment émotionnel dégagé par la musique. Cela utilise le système limbique du diencephale comme siège de la mémoire émotionnelle.
- Le niveau psychologique : Le patient est confronté à des traces de blessures ou de traumatismes.

- Le niveau socio-culturel : c'est l'effet qui permet de construire, communiquer et se sociabiliser à travers la musique.
- Le niveau philosophique : L'être qui recherche au plus profond de son intérieur. (Scholer)

Le niveau sur lequel nous allons nous attarder est le niveau socio-culturel. Ainsi, la musique, à travers ses sons, sa mélodie et sa rythmique permet une forme d'échange entre l'aidant et le patient en situation de handicap. Une émotion se dégage et le patient peut s'ouvrir de plus en plus. Ce dernier peut ainsi associer des mots, des actions, des moments à différents sons, mélodies et rythmes. La musique peut également provoquer un sentiment de bien-être, dit « *flow* ». Le patient en situation de handicap peut alors se relaxer et s'apaiser. La musique, les jeux, la peinture ou encore les films sont constamment utilisés dans les différentes structures pour patients en situation de handicap. C'est un plus, une aide, aussi bien pour relaxer, calmer que pour communiquer. Par exemple, durant mes passages au service de soins odontologiques pour patients en situation de handicap à l'hôpital La Pitié-Salpêtrière, nous avons régulièrement utilisé certaines musiques afin relaxer nos patients. Nous avons pu alors réaliser nos soins dans une relation de confiance et d'apaisement.

### 2.3.2 Les jeux individuels, collectifs et la pratique sportive.

Nous pouvons distinguer deux types de jeux. Les jeux ludiques qui se jouent seul, tels que les jeux-vidéos adaptés et les jeux collectifs, regroupant les jeux de sociétés, jeux de cartes ou encore les pratiques sportives (football, basket, balle aux prisonniers etc...).

Dans un premier temps, les jeux ludiques aident la personne en situation de handicap de développer ses capacités intellectuelles. Il se familiarise avec des formes, des couleurs, des objets, des situations et il peut ainsi les associer aux mots. De plus en plus de jeux sont aujourd'hui développés et placent l'utilisation du pictogramme à un niveau central. Ainsi, à travers les images proposées dans le jeu, la personne en situation de handicap devra associer des images à des mots et inversement. C'est la base du système PECS (*Picture Exchange Communication System*) mais cette technique est également utilisée dans le *Pictokids*, un logiciel permettant la communication grâce aux pictogrammes avec un échange textuel ou vocal. Ce logiciel permet de créer des phrases pictographiées et les traduit en textes visuels. Il permet également une lecture par synthèse vocale. Le patient peut alors créer des phrases

par association d'idées pictographiées et également associer les mots visuellement et vocalement. (Zbakh et al. 2010)

Dans un second temps, nous pouvons évoquer les jeux collectifs utiles dans le développement de la communication et le partage. De nombreuses associations utilisent les jeux collectifs et autres pratiques sportives afin de stimuler et de développer aussi bien les compétences du patient mais également le partage et la communication. Ainsi de nombreuses activités sont très souvent proposées et le patient peut alors s'amuser, prendre du plaisir et s'ouvrir à son entourage. Les bienfaits du sport et des jeux collectifs se font remarquer à plusieurs niveaux. Tout d'abord, cela permet au patient de garder une condition physique. Entretenir une pratique sportive permet au patient de développer une endurance mais également d'éviter les affections cardiovasculaires. (Massion 2006)

Dans un second temps, les jeux collectifs et les pratiques sportives permettent de développer les fonctions sensorimotrices et cognitives. Nous pouvons prendre pour exemple la connaissance du corps (son poids, son inertie), son aspect sensitif qu'il soit proprioceptif (le ressenti) ou extéroceptif (le champ visuel et auditif) mais également la représentation du corps et des espaces qui l'entourent. Le patient devient conscient de son entourage et de son environnement. (Massion 2006)

Enfin, le sport et les autres jeux collectifs ont un impact important sur l'aspect social et communicatif (qu'il soit verbal ou non verbal) ainsi que sur le partage d'émotions et de plaisir qu'ils transmettent. En effet les jeux permettent une interaction entre les participants que l'on peut facilement observer à travers des mimiques, postures, et regards. Cela permet aux patients de se surpasser et de s'ouvrir à leurs coéquipiers et adversaires. (Massion 2006)

### 2.3.3 La peinture, la photographie et la vidéo

La peinture est un outil que peut utiliser la personne en situation de handicap pour exprimer ce qu'elle ressent, mais également voyager et transmettre un message. C'est une activité qui permet de stimuler le patient, l'ouvrir à un monde artistique, lui permettant d'évoquer ses sentiments, ses peurs, son ressenti. C'est le patient qui est à l'origine du message.

Les photos et vidéos, quant à elles, ont plus la faculté de transmettre un message au patient. Le patient est alors récepteur du message. Une animation, un dessin animé ludique, un film,

un tutoriel ou tout type de vidéo peuvent transmettre un message, une idée ou bien des règles tout simplement. C'est le cas également des photographies qu'elles soient de la vie quotidienne ou de paysages. L'image en elle-même peut appuyer nos paroles et permettre d'accompagner nos idées, nos mots transmis au patient.

#### 2.3.4 Les pictogrammes

Les pictogrammes se définissent, d'après le Larousse, par des « dessins figuratifs, schématiques, utilisés comme symboles ou comme signes graphiques ». Nous pouvons prendre pour exemple les panneaux de signalisation routière, l'étiquetage (danger, textile...) ou encore les symboles internationaux d'accessibilité.

Les pictogrammes sont le point central de notre thèse. L'utilisation de pictogrammes est de plus en plus courante pour aider à la communication avec les patients en situation de handicap intellectuel et/ou cognitif. En effet, pour des handicaps sensoriels, la communication est relativement plus accessible. Pour un patient sourd ou muet, l'utilisation de la langue des signes fera foi.

De nombreux outils ont été réalisés en utilisant les pictogrammes afin de favoriser les échanges, que ce soit entre langues étrangères ou encore pour la communication avec les patients en situation de handicap. C'est le cas du Système PECS (*Picture Exchange Communication System*), de l'application çATED, de Medi-Picto, du kit de communication de l'AP-HP ou encore de *Pictokids*.

A travers leur forme, leur couleur, leur simplicité, les pictogrammes ont l'atout d'être rapidement saisis par le patient. Le patient peut ainsi désigner les objets qu'il voit, les approprier et les associer à des actions. Cela permet également plus facilement de pouvoir poser une image sur les différents objets du quotidien, ou, en l'occurrence, les différents objets de notre cabinet dentaire.

## 3. Travail et conception de pictogrammes pour personne en situation de handicap

### 3.1 Outils de communication existant

#### 3.1.1 Application SantéBD

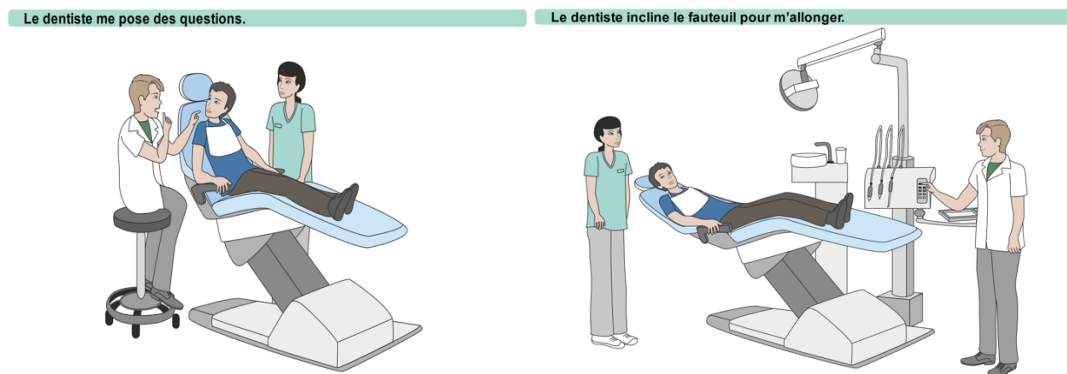
Le but de cette application est de rendre plus accessible les informations sur la santé pour les patients en situation de handicap. Suite au « Rapport Pascal Jacob » en 2013 qui fait constat d'un manque cruel d'outils de communication pour les personnes en situation de handicap, CoActis Santé (association facilitant l'accès aux soins pour tous) décide de créer le projet SantéBD. L'objectif principal est de permettre une information à tous, de l'ensemble des secteurs de la santé, en l'expliquant de façon simple, adaptée et imagée. Ce projet cible essentiellement les patients présentant des déficiences intellectuelles et cognitives. (Jacob 2013)

L'application SantéBD est mise en place par l'association CoActis Santé. Ce site internet est décliné en format application mobile disponible sur Android et Apple et propose des fiches, des vidéos et des banques d'images permettant d'améliorer la communication avec les patients en situation de handicap. Le principe est de pouvoir accéder à des fiches et des vidéos mettant en scène chaque spécialité du corps médical sous forme de bandes dessinées. Ainsi, on peut y découvrir les instruments et gestes du praticien et comment se déroule une consultation. Cette solution éloignera efficacement les appréhensions du patient.

Cette application a le mérite d'être entièrement gratuite, accessible à tous (professionnels de santé ou patients) et à tout moment. SantéBD peut être consultée sous forme de vidéos, de bandes dessinées, de banques d'images et met en scène les consultations et prises en charge de plus de 20 spécialités différentes. Nous pouvons citer l'ophtalmologie, la gynécologie, la radiologie, l'odontologie et autres parcours de soins. Prenons l'exemple de l'odontologie, SantéBD présente près d'une dizaine de thèmes qui attirent à cette spécialité. Pour exemple, nous retrouvons des fiches sur l'examen clinique, les différents soins dentaires ou encore l'utilisation du MEOPA (**Figure 3**). SantéBD a également la particularité de pouvoir donner la



possibilité de choisir le consultant et les différents protagonistes de ses fiches en fonction de la réalité clinique. Cela permet au patient de s'immerger un maximum dans celle-ci. Ainsi, nous pouvons décider que le médecin soit un homme ou une femme, que le patient soit un garçon ou une fille, à l'âge adulte ou au contraire à la petite enfance ou encore qu'il se déplace ou non à l'aide d'une chaise roulante.



**Figure 3 : Exemple d'illustrations issues d'une fiche portant sur l'examen dentaire dans SantéBD**

### 3.1.2 Application çATED

L'université de Nantes, le centre ressources autisme (CRA) des Pays de la Loire et l'entreprise SII Ouest Atlantique ont mis au point en 2011 la première version de l'application çATED. Cette application est un agenda qui permet de gérer son temps et d'organiser ses journées. Son principe réside également sur l'utilisation de pictogrammes afin de représenter l'ensemble des tâches et rendez-vous, ce qui permet d'obtenir une planification sous format d'icône des éléments importants de la journée. Les pictogrammes utilisés sont contenus et sauvegardés dans une banque de données qui peut être améliorée par des photos personnelles ou des sons personnels. L'agenda devient alors unique à chacun.

Dans le cadre du projet çATED-Autisme, les universités de Nantes, du Maine au Mans et la société SII Ouest Atlantique et le centre de ressources des Pays de la Loire ont décidé de créer une seconde version plus adaptée aux personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA). Cette version est disponible sur les différents supports (Android, Apple) et est gratuite. Le patient autiste se familiarise avec les pictogrammes qui représentent les différentes tâches

de sa journée telles que s'habiller, se laver, manger et accepte plus facilement le déroulement des séances. (Mercier C. 2015)

En 2015, l'application a été testée sur une CLIS TED (Classe pour l'Inclusion Scolaire pour des élèves avec Troubles Envahissants du Développement) mais également dans une IME (Institut Medico-Éducatif). D'après cette étude les expérimentations portées sur ces deux types d'instituts ont révélé être positives. L'outil (en l'occurrence les tablettes) permet d'être un objet de médiation entre les différents enfants de la classe. Les enfants deviennent alors plus autonomes et plus acteurs de la participation à la vie scolaire. En effet, que ce soit pour l'enfant ou pour l'adulte, l'utilisation des tablettes est bien acceptée et permet « un transfert de compétences vers d'autres domaines d'apprentissage ou de relations sociales ». (Mercier C. 2015)

### 3.1.3 Le système PECS (*Picture Exchange Communication System*)

Le système PECS (*Picture Exchange Communication System*) comme son nom l'indique est un système de communication par échange d'images. Ce système a été créé en 1985 par le Docteur Andy Brondy et par Lori Fraust orthophoniste. Son but primaire est l'amélioration de la communication pour les patients atteints de handicap, notamment du trouble du spectre autistique, afin de devenir autonome dans une conservation avec autrui.

Le système PECS s'appuie sur l'utilisation d'images ou de pictogrammes que nous associons aux mots correspondants pour entamer l'apprentissage de la communication. Ce système est composé de 5 phases qui entraînent peu à peu l'enfant (ou l'adulte autiste) à pouvoir interagir et se familiariser avec les mots du quotidien.

La première étape est l'échange d'images. L'enseignant doit motiver l'enfant (ou l'adulte) à échanger une image par l'objet ou l'activité en question par exemple si le patient montre l'image d'une banane, l'enseignant doit donner une banane et inversement.

La seconde étape a pour but d'augmenter la spontanéité. Si l'enfant (ou l'adulte) devient de plus en plus à l'aise avec l'échange d'images, il faut pouvoir créer un tableau de communication. Ce tableau doit être rempli d'images du quotidien de celui qui apprend. Ces images doivent pouvoir être retirées et rajoutées afin que l'enfant ou l'adulte puisse aller chercher l'image qu'il désire. La troisième étape est une étape dite de « discrimination ». Le

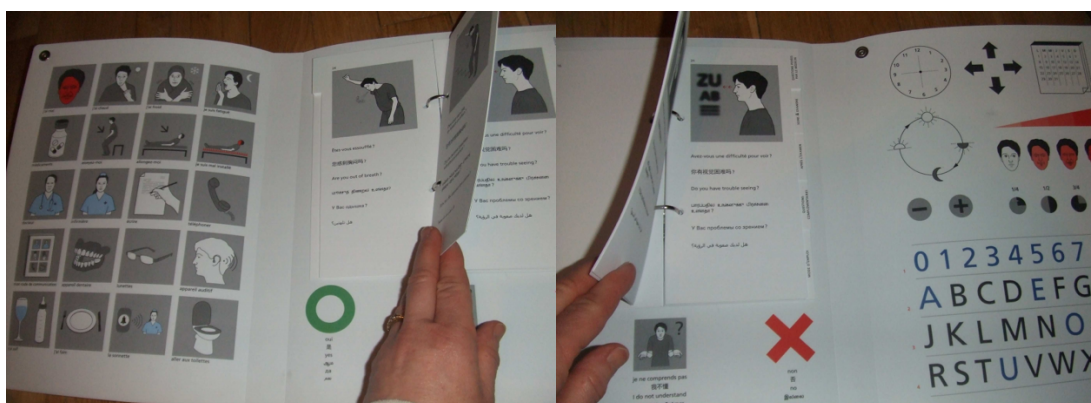
patient doit choisir entre plusieurs images celle qu'il préfère. Cela nous amène vers les deux dernières étapes où le patient commence à construire une phrase grâce aux images. Il débute une phrase commençant par « je veux » et désigne l'image qu'il souhaite. Enfin il doit finir par pouvoir répondre à la question « qu'est-ce que tu veux ? » et savoir désigner l'action ou l'objet qu'il souhaite. (FQA)

Aujourd'hui seul « *Pyramid France* » permet une formation reconnue de l'apprentissage PECS en France et est disponible sur « [www.pecs-france.fr](http://www.pecs-france.fr) »

### 3.1.4 MediPicto AP-HP

C'est en 2010 qu'est créé le premier « Kit de communication de l'AP-HP ». Ce travail débute d'une collaboration de médecins urgentistes et de Mission Handicap en 2005 afin d'améliorer la communication avec les patients ayant des difficultés de compréhension et d'expression. Cela inclut notamment les personnes ne comprenant pas ou peu le français et les personnes en situation de handicap.

La première version de ce kit est un triptyque formé d'un tableau de 20 pictogrammes, d'une seconde partie faite de fiches mobiles de dialogues (sous format pictogramme, les fiches présentent les questions les plus posées par l'examen clinique) et enfin une dernière partie composée d'outils qui aident le patient à répondre et peut être un complément aux questions pour le soignant. (Figure 4)



**Figure 4 : Illustration du Kit de communication.(AP-HP 2010)**

Malgré les avancées importantes qu'a suscité ce kit de communication, ce dernier présente des limites. En effet, pour Elisabeth Negre « les personnes avec une déficience intellectuelle importante, et des difficultés de compréhension, celles avec trouble envahissant du développement ou de la communication, les personnes avec polyhandicap ne peuvent pas expérimenter en direct l'intérêt de ce kit. » (Negre, 2010)

A l'instar de ce projet, L'AP-HP crée en 2015 une application Web gratuite « MediPicto AP-HP ». Cette application reprend l'utilisation de pictogrammes afin d'améliorer la communication avec les patients présentant des difficultés de compréhension et donc d'améliorer la relation soignant/soigné. Cette application est ouverte à tous, disponible sur différentes plateformes (Apple et Android) et sur l'ordinateur à l'adresse suivante ([Mercier C. 2015](#)).

Cette application, traduite d'emblée en français et en anglais, présente deux rubriques. L'une si vous êtes le patient et l'autre si vous êtes le soignant. Lorsque le patient débute l'application il peut choisir la langue que parle le soignant, la langue qu'il parle, ceci sur 16 langues différentes (langues les plus utilisées dans le monde). Le patient choisit alors de décrire s'il est un homme, une femme, qu'il parle au nom de son enfant ou même de son bébé. Il peut alors aborder plusieurs thèmes différents à l'aide de pictogrammes afin de se faire comprendre par le soignant. Son soignant à l'inverse peut s'exprimer à travers cette application afin d'être compris par le patient. L'avantage de cette application est qu'une fois téléchargée, elle peut être utilisée sans internet et permet de casser les barrières de la langue et du handicap.

### 3.2 La consultation blanche

Depuis plusieurs années, une consultation blanche peut être mise en place pour les patients en situation de handicap. La consultation blanche est une « pré-consultation » ou « consultation fictive » afin de préparer le patient à sa première consultation.

L'intérêt de cette consultation est d'habituer le patient tout en réduisant ses craintes. Les consultations blanches peuvent être échelonnées sur plusieurs mois. Elles entraînent le patient à rentrer dans la salle, s'asseoir, s'allonger, ouvrir la bouche et laisser le dentiste réaliser son examen et/ou ses soins. Elle permet également de s'habituer aux bruits, lumières,

instruments qui sont des éléments perturbateurs durant les soins. Une répétition des gestes est alors nécessaire. *In fine* le patient sera à l'aise, maîtrisera ses gestes et sera plus coopératif. (HAS 2018)

*Handiconsult* (de Montpellier), une association accompagnant les personnes en situation de handicap dans leur parcours de soin, propose de préparer les consultations pour les personnes en situation de handicap en 4 étapes :

- Une visite virtuelle permettant de présenter les lieux au patient à travers un écran (*Powerpoint*, vidéo).
- Une série de consultations blanches : le patient s'habitue au lieu, au personnel, au matériel.
- Utilisation des différentes aides précédemment présentées telles que les fiches santéBD.
- Utilisation des vidéos conçues pour les patients autistes et proposées sur le site du DR Cailler (site du centre ressources autisme de Montpellier). (Handiconsult)

C'est ainsi que nous avons pensé à créer notre outil afin d'améliorer et de consolider la consultation blanche pour parfaire la communication entre le patient et son praticien.

### 3.3 Création de notre outil : Un livret pictogramme favorisant la communication avec les patients en situation de handicap

#### 3.3.1 Cahier des charges

Nous avons pour ambition à travers cette thèse de pouvoir concevoir un livret de pictogrammes afin d'améliorer la communication avec les patients en situation de handicap mental, intellectuel ou présentant des troubles cognitifs. Ce livret sera mis en place dans la consultation pour adulte en situation de handicap du service d'odontologie à l'hôpital La Pitié-Salpêtrière.

En premier lieu, nous avons défini 6 thèmes qui seront traités dans ce livret.

- **La présentation du fauteuil dentaire.** Pour nombreux de nos patients, le rendez-vous dans notre service peut être leur premier contact avec le dentiste. Il faut alors pouvoir rassurer ce rendez-vous en leur présentant dès la salle d'attente ce à quoi va ressembler le fauteuil du dentiste. La présentation des différents éléments du fauteuil (instruments, scialytique, rotatifs, aspiration, crachoir) et de son environnement.
- **L'hygiène bucco-dentaire.** Une fiche explicative et schématisant le brossage des dents est importante afin d'aider le patient à accepter et mettre en place ce protocole dans son quotidien.
- **L'examen clinique dentaire.** Cela comprend la présentation du kit d'examen pour que le patient puisse se familiariser avec ces différents outils. Puis nous exposerons le test au froid (qui peut s'avérer être très douloureux et marque une cassure dans la relation praticien/soigné) et enfin notre adaptation de l'évaluation de la douleur (EVA : échelle visuelle analogique).
- **Le silence opératoire.** Cela comprend aussi bien l'anesthésie locale que l'utilisation du MEOPA (mélange équivalent d'oxygène et de protoxyde d'azote) utilisé dans de nombreux cas avec nos patients. Le but de cette fiche permet d'anticiper l'éventuelle anxiété face à l'anesthésie locale trop souvent qualifiée de « grosse piqure » et celle face au masque utilisé pour le MEOPA.
- **Le soin carieux et le détartrage.** Nous avons estimé qu'il est judicieux de pouvoir présenter aussi bien un soin carieux qu'un détartrage. Une fiche résumant l'avant/après est imaginée.
- **La récompense.** Nous avons évoqué la mise en place d'un système de récompense avec le patient en situation de handicap : une façon d'augmenter les chances du bon déroulement de la consultation. Le patient sera ainsi motivé et satisfait des efforts qu'il a fourni durant les soins.

De plus, pour la mise en page, l'idée est de transformer ce livret en plusieurs petites cartes que reçoit le patient. Ainsi chaque étape/séance peut se matérialiser par une carte qui préparera le patient à ce qu'il va vivre.

Afin de pouvoir s'adapter aux patients en situation de handicap, nous avons décidé d'éviter toutes sortes d'images représentant des aiguilles ou objets pointus (la sonde est supprimée, l'anesthésie modifiée par exemple). Cette décision a pour but d'éviter de brusquer nos patients et de ne pas réveiller en eux une appréhension ou une anxiété des soins qui vont leur être prodigués.

Enfin, les termes employés pour légender chaque pictogramme, ont pour mission d'être simple et facile de compréhension pour les patients. Ainsi les mots tels que « soleil » remplaceront le « scialytique » par exemple.

### 3.3.2 Choix du support

Nous avons décidé de mettre en page notre livret de deux façons différentes. Une version numérique (**Annexe 2**) et deux versions « papier » (**Annexe 3**).

La version papier sera représentée de deux manières : une mise en page sous forme de posters, l'autre de cartes.

La version poster a pour but d'afficher l'objet de la séance au sein du service. Les posters seront choisis avant l'arrivée du patient et adaptés à sa séance. Ainsi, le patient régulier, pourra connaître dès son entrée dans la salle de soin, l'objet de la séance.

Nous avons également décidé de pouvoir mettre en page les pictogrammes sous format « cartes », celles-ci seront plastifiées et de taille moyenne afin de tenir dans une poche. Elles auront au verso le logo du groupe hospitalier la Pitié-Salpêtrière afin de se rappeler que c'est à l'hôpital qu'auront lieu les soins. Elles seront distribuées après chaque fin de séance pour prévenir le patient de la séance suivante. Le patient avec ses aidants pourra alors durant toute la semaine se préparer psychologiquement aux soins qu'il va recevoir. Cela renforcera également la communication autour de la séance le jour des soins.

Enfin dans un second temps, l'ensemble du livret est sous format PDF. Nous pourrons alors l'envoyer par mail à l'aidant (la mère, le père, le tuteur, l'éducateur, ou autre). Cela permettra

de préparer la séance en amont, de rassurer le patient et l'encourager. Le patient peut également accepter plus facilement les pictogrammes présentés sur tablette, un smartphone ou un ordinateur (appareils associés à un moment de plaisir ou de détente).

D'autre part, en cas de perte des cartes distribuées, l'aidant aura toujours une version numérique.

### 3.3.3 Choix des icônes.

Le choix des icônes part d'un travail en coopération avec une graphiste, Madame Francesca Fobe. L'ensemble des icônes a été pensé en concertation avec les praticiens en charge de la consultation (choix des thèmes, des objets, des couleurs).

Tout d'abord, le fond bleu des icônes n'est pas choisi au hasard. Cette couleur est globalement acceptée, symbolisant l'océan, le ciel, le beau temps.

Chaque pictogramme a été travaillé à la précision :

- **La présentation du fauteuil dentaire** : Le choix a été de présenter le fauteuil dentaire dans son ensemble puis de pouvoir zoomer sur les différents outils qui le composent.
- **L'examen dentaire** : le choix des glaçons, pour représenter le test au froid, peut assurément être le plus parlant pour le patient en situation de handicap. Les quatre possibilités de résultat du test ont des couleurs différentes. Cela permet de différencier les situations.

Les glaçons présentent différentes expressions du visage. Le patient en situation de handicap peut alors calquer ce que son visage exprime avec ce que le glaçon représente. Pareillement, l'échelle de la douleur a été conceptualiser dans le même esprit.

De plus, la sonde a été volontairement retirée pour éviter tout objet pointu que le patient en situation de handicap peut stigmatiser.

- **Le silence opératoire.** L'icône choisie pour représenter l'anesthésie a été volontairement réalisée sans aiguille. Nous avons préféré la représenter par un stylo



pour pouvoir expliquer au patient que notre anesthésie n'est ni plus ni moins qu'un stylo qui nous aide à « écrire sur la gencive ». Les mots tels que « piqure » ou « moustique » ne sont relativement pas acceptés par le patient et engendrent souvent le refus des soins.

Le MEOPA, quant à lui, reflète bien la mise en place d'un masque, sans forcément être obligé d'imager la bombonne de gaz. Ce masque permettra au patient de « s'endormir » et est représenté sur le pictogramme par le symbole « ZZZ ». Le MEOPA reste une sédation consciente mais les effets de relaxation et la mise en place du masque seront plus acceptés par le patient si on lui explique que le masque « endort ».

- **Les soins dentaires** : Le détartrage est imagé par un avant/après avec une différence de couleur choisie. Une dent d'un côté est remplie de « boue », de « saleté » qu'il faut nettoyer, le « après » de l'autre côté présente une dent blanche, nettoyée, lustrée, représentée par un éclat de diamant.

Le soin carieux montre au patient une carie nettoyée en 3 étapes avec la mise en place d'un pansement. Le pansement a pour but de montrer au patient que l'on répare la dent et que nous la soignons à l'aide d'un matériau biocompatible.

- **Le brossage des dents**. Il est représenté par 4 images montrant l'ensemble des étapes du brossage : la partie vestibulaire puis palatine puis linguale pour finir avec la partie occlusale.

Pour garder l'esprit d'éclat de diamant cherché dans les icones du détartrage, nous avons décidé de les remettre sur le tube de dentifrice. C'est ainsi l'apport du dentifrice associé à la brosse à dents qui permet d'avoir le résultat espéré.

- **Le système de récompense**. Il a été pensé par deux médailles. Une représentant une dent qui sourit et l'autre une dent mécontente. Nous avons décidé de bien distinguer les médailles par deux tons de couleurs différentes : une claire et une sombre pour signifier la réussite ou au contraire le mauvais déroulé de la séance.

## 3.4 Étude pilote de l'utilisation de notre outil

### 3.4.1 Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude est d'avoir une première vision de l'apport de notre outil dans le service pour patients en situation de handicap du GHPS. Cela nous permet de connaître ce qu'il faut modifier, améliorer, repenser et retravailler afin d'introduire quotidiennement notre outil dans nos consultations.

### 3.4.2 Matériels et méthodes

#### *3.4.2.1 Type de l'étude*

Il s'agit d'une étude pilote portant sur l'utilité de notre livret de pictogrammes dans l'amélioration de la communication avec les patients en situation de handicap consultant le service d'odontologie du GHPS. Cette étude a été réalisée entre octobre 2020 et janvier 2021 au cours de 5 vacations de première consultation.

Afin de juger notre travail, nous avons mis en place un questionnaire (**Annexe 1**) appréciant l'efficacité de notre outil. Ce questionnaire a été rempli à l'aide des accompagnants après avoir obtenu leur consentement oral.

#### *3.4.2.2 Critères d'inclusions et d'exclusions*

Notre étude inclut tous les patients en situation de handicap cognitif, mental ou polyhandicap consultant notre service durant les vacations dédiées à l'utilisation de nos pictogrammes. Cela correspond à 13 patients.

Sont exclus les patients en situation de handicap sensitif, moteur ou physique, à fortiori les patients ne présentant pas de handicap, pour qui notre outil n'est pas utile. Par exemple, durant nos vacations, un patient présentant un handicap moteur a été pris en charge mais le livret ne lui a pas été présenté.

### 3.4.2.3 Déroulement de l'étude

Après avoir conçu notre livret de pictogrammes et avoir mis en forme les différentes versions de cartes et de posters, nous avons décidé de tester notre travail sur une étroite partie de notre patientèle. Nous avons alors mis en place 5 vacations de première consultation pour patients en situation de handicap. Les vacations se déroulaient dans le service pour patients en situation de handicap du bâtiment de stomatologie de l'hôpital la Pitié-Salpêtrière.

Ces vacations ont eu lieu le vendredi matin et nous avons accueilli 13 patients en situation de handicap. Ces consultations permettent d'avoir un premier contact avec le patient. Elles sont composées d'une anamnèse complète accompagnée de l'aidant. A ce stade, le patient découvre notre outil pour la première fois. Les cartes sont alors expliquées, décrites et distribuées au patient. Un examen clinique et radiographique sont ensuite réalisés. La séance se conclut par une première éducation préventive du patient (notamment conseils à l'hygiène bucco-dentaire). A l'issue de la séance, un questionnaire est rempli (**Annexe 1**) pour évaluer l'efficacité de notre livret et de son apport dans l'amélioration de la communication avec les patients en situation de handicap.

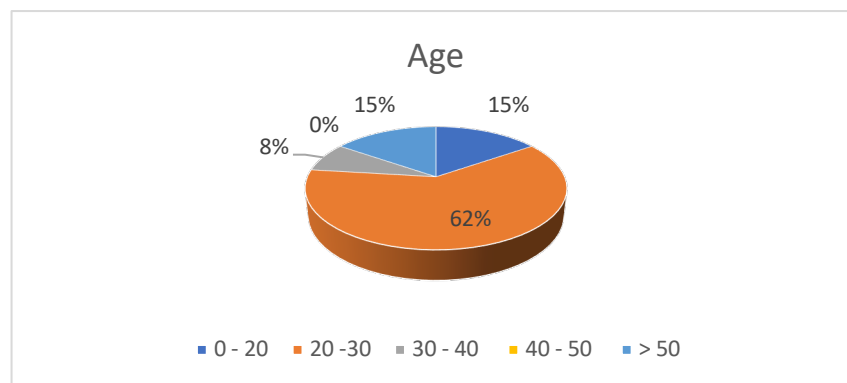
Ce questionnaire nous permet de récolter plusieurs données :

- Données démographiques (sexe, âge).
- Le type de handicap.
- Anamnèse des soins antérieurs : état vigil, sédation consciente ou anesthésie générale.
- La nature des soins à prodiguer au patient.
- Les connaissances du patient sur les soins dentaires.
- Le niveau de coopération du patient durant la consultation (échelle de Venham modifiée).
- La présence de l'aidant, son statut et sa réceptivité à notre livret.
- L'utilisation des pictogrammes et sa compréhension par nos patients.

## 4. Résultats de l'utilisation du livret de pictogrammes dans la consultation

### Données démographiques

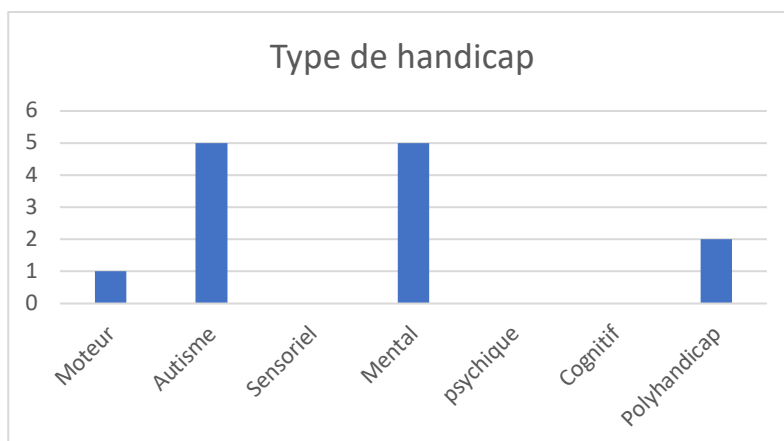
Sur l'ensemble des patients étudiés, 54 % sont des hommes et la grande majorité des patients sont âgés entre 20 et 30 ans (62%). 15% des patients sont dans la tranche 0-20 ans et plus de 50 ans. La part des 30 et 40 ans représente 8% (**Figure 5**)



**Figure 5 : Répartition des âges des patients**

### Types de handicap

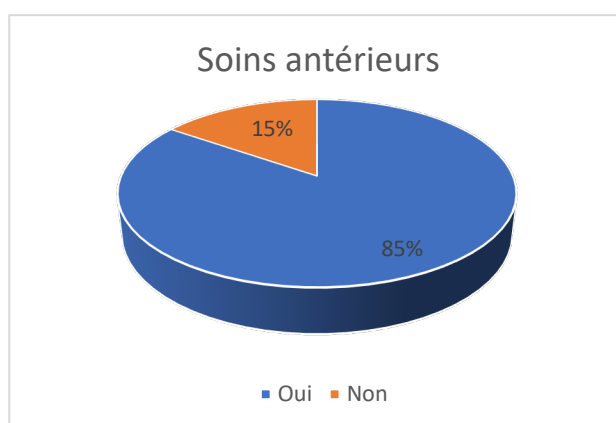
Notre consultation est dédiée aux patients adultes en situation de handicap. Comme défini dans la première partie, il existe une classification des différents types de handicap. Nous avons ainsi décidé de distinguer les patients à qui nous avons présenté notre livret en fonction de leur handicap. Cela respecte le classement de l'APAJH (moteur, cognitif, psychique, sensoriel, mental et polyhandicap). Nous pouvons remarquer que la majeure partie des patients étudiés présente une pathologie de type TSA (5 patients) et un handicap mental (5 patients). Dans une moindre mesure nous avons reçu un seul patient atteint de trisomie 21 (classé dans le handicap mental/intellectuel). Le TSA faisant partie du handicap cognitif, nous avons tout de même préféré distinguer les patients atteints de TSA dans ce graphique car leur prise en charge est singulière. (**Figure 6**)



**Figure 6 : Les différents types de handicap des patients**

Ainsi, la plus grande partie des patients consultant notre service sont des patients présentant un trouble cognitif, mental ou polyhandicap souvent accompagné d'une difficulté à la communication. Cela peut être, en partie dû, au fait que ces patients sont moins pris en charge dans les cabinets privés pour faute de moyens techniques ou encore de compétences. À noter que nous recevons bien moins de patients en situation de handicap sensoriel, moteur et psychique car ils présentent moins de difficultés de prise en charge.

La plupart des patients étudiés ont déjà reçu des soins antérieurs (85%) du fait que nous recevons des patients adultes - 85% sont âgés de plus 20 ans (**Figure 5**) - dont le parcours de soin est déjà avancé. (**Figure 7**)



**Figure 7 : Présence de soins antérieurs chez les patients**

Comme décrit ultérieurement, nos patients sont plus sujets aux pathologies bucco-dentaires. Cependant, pour plus de 70% de ces patients, les soins se sont déroulés sous sédation consciente ou anesthésie générale. Cela montre toute l'importance de l'introduction de notre outil. Son but aura, en plus de permettre et d'aider à la communication avec nos patients en situation de handicap, de réduire la part de patient soignés sous anesthésie générale ainsi que de favoriser les soins à l'état vigil ou avec sédation consciente (MEOPA). Également, ceci permettra de diminuer leur appréhension, leur anxiété et leur permettre de comprendre les soins qui vont leur être prodigués en devenant acteurs de leur santé.

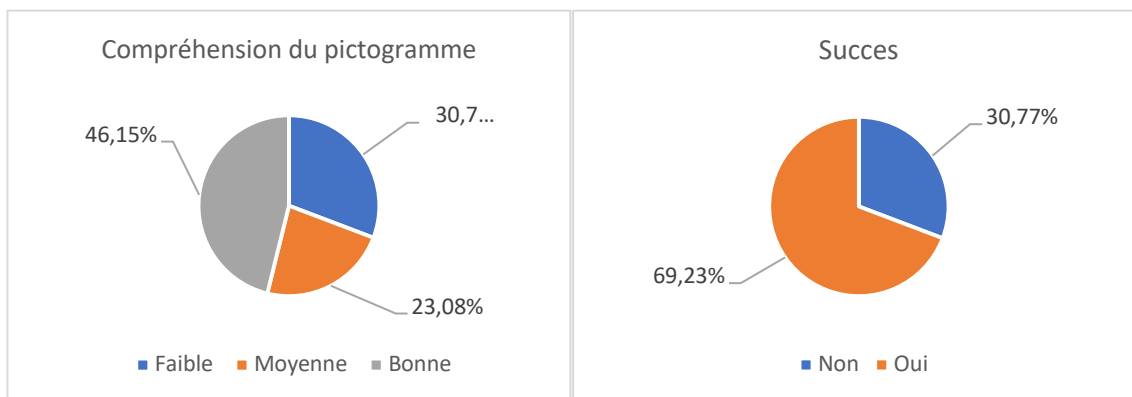
### **Présence de l'aidant**

Durant nos séances de consultation, l'aidant était toujours présent. La plupart du temps, les parents (et/ou la fratrie) sont les accompagnateurs de nos patients (77% des cas). Notre travail était aussi de les impliquer dans la prise en charge des soins afin de nous accompagner dans notre démarche de communication. Effectivement, lorsque le patient n'est pas dans une structure adaptée à son handicap, les parents ou aidants ne disposent pas forcément d'autant d'outils que le personnel hospitalier. Ainsi, la mise à disposition de notre livret, postérieurement à la consultation, leur apporte une aide supplémentaire. Cela permet de préparer la séance en amont et diminuer l'appréhension que peut susciter celle-ci pour le patient. De leur côté, les aidants ont tous été satisfaits de l'accompagnement obtenu à travers cet outil.

### **Compréhension et succès du livret**

Le livret a été présenté auprès de 12 patients sur les 13 rencontrés. Le degré de handicap des patients a été la première barrière pour la mise en place optimale de notre outil. Il fut impossible pour un patient souffrant d'un trouble sévère du spectre autistique avec automutilation et stéréotypie sévère d'utiliser, d'appréhender et de comprendre le message transmis par notre livret de pictogrammes. Son niveau de coopération étant trop faible, il était impossible pour lui de supporter la consultation.

Pour finir, nous remarquons que pour près de 70% de nos patients, les pictogrammes ont été bien compris et intégrés. Parmi eux, 46% ont très bien compris, et 23% ont globalement assimilés les messages issus du livret pictogrammes. (**Figure 8**)



**Figure 8 : Compréhension et succès de notre livret de pictogrammes chez les patients**

### **Analyse de la corrélation entre l'état vigil et le succès de notre livret**

Notre analyse de succès se base avant tout sur l'amélioration dans la coopération de notre patient, sur l'échange avec ce dernier concernant les différents outils de notre profession et sur sa facilité à accepter notre examen clinique réalisé le jour même. Pour la plupart d'entre eux, l'utilisation de nos cartes et posters ont permis de les aider à s'intéresser à nos outils, à développer leur curiosité autour de l'environnement du cabinet dentaire et de s'ouvrir à nous. Toutefois, si nous tenons compte du succès de notre livret en fonction de l'état dans lequel les soins antérieurs des patients se sont déroulés, la lecture des résultats est différente. En effet, nous remarquons que pour la majeure partie des patients présentant un succès dans notre enquête, leurs soins antérieurs à notre consultation se sont déroulés à l'état vigil. En comparaison, les patients ayant reçu leurs soins antérieurs sous sédation consciente et/ou anesthésie générale le succès reste plus mitigé.

Sur les 9 patients dont le livret fut un succès, 7 patients ont reçu des soins antérieurs à l'état vigil pour seulement 2 sous sédation consciente et/ou anesthésie générale. Pour ce qui est de l'échec de notre livret, 1 seul patient a reçu ses soins à l'état vigil sur les 4 patients dont le livret n'a pas présenté de succès. (**Tableau 2**)

	État vigil oui	État vigil non	Total
Succès des pictogrammes	7	2	9
Non succès des pictogrammes	1	3	4
Total	8	5	13

**Tableau 2 : Analyse de la corrélation entre l'état vigil et le succès de notre livret.**

## 5. Discussion

Cette étude réalisée sur un petit panel de patients est une étude pilote portant sur l'utilisation de notre outil. Celui-ci a pour vocation d'être utilisé régulièrement dans le service d'odontologie pour patients adultes en situation de handicap du GHPS mais également à terme en partenariat avec certaines associations dans l'accompagnement des soins dentaires. Pour améliorer notre outil, une étude à plus grande échelle, incluant un nombre plus important de patients sur une période plus importante est nécessaire et doit être réalisée. Cependant, à travers ces quelques patients, des points positifs et négatifs se dessinent concernant le questionnaire mais également l'utilisation de notre livret.

Pour le questionnaire, certains points d'amélioration sont à envisager.

En effet, à la question numéro 3, portant sur les connaissances du patient sur les soins dentaires, les réponses apportées ont été obtenues grâce aux jugements de l'investigateur et de l'aidant présent. Le patient ne pouvant pas forcément répondre directement aux questions, compte tenu de son handicap, la plupart des réponses étaient obtenues en concertation avec l'aidant. Ceci peut entraîner un certain biais sur la qualité des réponses acquises.

De même, pour la question numéro 7, la « compréhension » et « l'acceptation » de l'outil se basent sur les mêmes procédés. De plus ces termes ne portant pas forcément sur les mêmes attentes, ces questions auraient dû être distinctes l'une de l'autre. Effectivement, notre outil peut être « accepté » et « non compris » ou inversement.

Enfin, nous aurions pu développer le choix des réponses portant sur le succès ou l'échec de notre livret (item 10). Le succès n'étant pas une réponse binaire, fixe, mais présente des nuances. Par exemple nous aurions pu être confrontés à un « échec encourageant », un « succès dû à une communication et une coopération déjà obtenue avant l'utilisation de notre outil » ou bien d'autre. Ainsi plusieurs choix auraient dû être proposés en laissant la possibilité à l'investigateur et/ou à l'aidant de s'exprimer sur cette question face au ressenti du patient. Sur ces différents points, notre questionnaire peut être optimisé afin de pouvoir tester notre outil à plus grande échelle.



Évoquons à présent notre outil. Notre livret se distingue des autres outils déjà existants car il est orienté uniquement sur l'accueil et la prise en charge des patients en situation de handicap pour des soins dentaires. Les autres spécialités de la santé ne sont donc pas représentées.

En effet, çATED et le système PECS sont des outils intéressants pour la communication avec les patients en situation de handicap mais ils se concentrent sur des éléments de la vie courante. Leur objectif primaire est d'obtenir une communication avec les patients autistes (principalement) par le biais d'éléments de la vie courante en associant plusieurs pictogrammes pour former une phrase.

Ces outils présentent une réelle limite dans leur utilisation pour les soins dentaires. Ce domaine n'est que très peu, voire pas représenté. Ainsi, l'environnement du cabinet dentaire et tout ce qui y attire n'est pas du tout exploité par ces outils.

MediPicto, quant à lui, est un outil uniquement orienté vers les urgences générales. Il est non seulement, destiné aux personnes souffrantes de handicap mental ou cognitif mais également aux patients étrangers ne parlant pas français.

Le seul outil intéressant pour les soins dentaires est celui mis en place par SantéBD. C'est un dispositif clair, proposant un nombre incalculable de fiches portant sur plus d'une vingtaine de spécialités médicales. L'application est facile d'accès (via *Android*, *Apple* ou internet), gratuite pour les professionnels et pour les particuliers. Le patient peut être représenté par un garçon ou une fille (avec ou sans fauteuil roulant) avec un médecin homme ou femme afin de mieux s'identifier aux scènes et les calquer au réel.

Cependant, contrairement à notre livret, les scènes sont très développées, cela peut entraîner une perte d'attention du patient et donc un défaut de communication. De plus, étant donné que l'application brasse l'ensemble des spécialités médicales, il se peut que le patient se perde sur l'ensemble des fiches présentes ne ciblant pas ses attentes.

A contrario, notre livret est plus simple en ce sens puisqu'il cible un nombre de thèmes limités. Chaque thème est représenté par un seul poster permettant au patient d'identifier concrètement les séances de la journée. Cependant, concernant notre outil, des améliorations

peuvent être apportées. Nous pouvons, tout d'abord, penser à étoffer le nombre de situations dans notre livret en décrivant par exemple l'extraction dentaire, la pose d'une prothèse fixe ou d'un appareil amovible ou l'utilisation du bain de bouche comme aide d'hygiène dentaire.

De plus, la coopération du patient lors de ses soins antérieurs et actuels est importante à prendre en compte dans l'utilisation de notre livret. Le succès de notre outil dépend fortement de la coopération du patient. Comme nous pouvons le remarquer dans le tableau 2, la part importante de notre succès se base sur des patients qui ont déjà reçu des soins à l'état vigile. Sa coopération a donc déjà été obtenue auparavant et notre livret sera juste une aide supplémentaire dans l'acceptation des soins.

Un patient en situation de handicap avec trouble de la communication sévère et aucune coopération sera très difficile à soigner. Notre outil ne pourra alors pas être apprécié par celui-ci et les soins sont dans de nombreux cas réalisés sous anesthésie générale. D'autres part, il existe d'autres limites de notre outil. Par exemple un patient en situation de handicap (moteur, sensitif par exemple) ne présentant aucun souci de communication, n'aura pas l'utilité de s'aider de notre outil. De même, un patient non voyant ne pourra jamais l'utiliser.

Pour finir, nous avons pour vocation d'introduire peu à peu notre outil dans le déroulement de consultations blanches. Ces consultations sont des consultations fictives afin d'introduire tout doucement le patient vers son parcours de soin. Notre livret aura pour but d'obtenir une communication fluide avec le patient dans un environnement stable, de confiance, non anxiogène. Le patient sera alors amené vers une première consultation au fauteuil où notre livret et la consultation blanche auront joué un rôle majeur dans sa coopération.

Cette première consultation permettra, dans un second temps, d'introduire la mise en place d'une ETP (éducation thérapeutique du patient). L'ETP a pour but d'accompagner les patients dans leurs maladies chroniques, d'être un support pour leurs familles et ainsi améliorer leur qualité de vie et le suivi de leur traitement. L'ETP peut être accompagnée d'une préparation du patient aux consultations, de jeux drôles ou de tout autre démarche permettant, à terme, de s'adapter à sa maladie et d'acquérir la faculté d'« auto-soin ».

## Conclusion

Selon l'INSEE, 1.8% de la population active souffre de handicaps intellectuels. Cela représente une part non négligeable de patients que nous pouvons accueillir au sein de notre cabinet. Cependant, de nombreux cabinets n'ont pas la capacité de prendre en charge ce type de patients. Le service d'odontologie pour adultes en situation de handicap de l'hôpital la Pitié-Salpêtrière se retrouve ainsi énormément sollicité.

Le succès d'une première consultation pour des soins dentaires, repose sur la mise en place d'une relation de confiance entre le praticien et son patient. Cela est d'autant plus important lorsque le patient présente un handicap mental ou cognitif puisqu'il rend la communication difficile. La communication est le ciment d'une relation praticien-patient forte permettant d'informer notre patient sur les différentes éventualités et d'effectuer les soins en totale harmonie. C'est pourquoi l'utilisation de pictogrammes visuels semble être la solution idéale pour améliorer la communication entre le praticien et son patient et, a fortiori, créer une relation de confiance entre eux. C'est un outil fortement utilisé, efficace et reconnu.

Il est d'autant plus important de mettre en place des processus d'accompagnements du patient que d'informer et de former le praticien sur ce genre de problématique. Il est donc nécessaire de réunir l'ensemble des acteurs de santé qui entourent le patient (l'orthophoniste, la psychologue, le médecin traitant ou encore les personnels des structures adaptées) afin de les faire collaborer ensemble pour se familiariser avec notre livret de pictogrammes et d'optimiser son utilisation.

Enfin, nous pourrions penser à introduire notre outil au sein d'une consultation d'ETP (éducation thérapeutique du patient) au cours de laquelle nous sensibiliserons le patient autour des différents outils utilisés par le dentiste. L'objectif étant de réduire l'anxiété du patient envers cet univers peu commun qu'est le cabinet dentaire, d'attirer sa curiosité et donc améliorer la communication.

À terme, nous avons pour objectif d'approfondir les sujets traités par ce livret, en présentant des situations cliniques encore plus variées afin qu'il puisse être utilisé par l'ensemble des acteurs de notre profession.

## Bibliographie

Anastasio D, Hein-Halbgawachs L, Droz D, Gerrard E. Handicap et odontologie : propositions d'avenir. *Actual Odonto-Stomatol* 2007;(239):277-87. Disponible sur: <http://aos.edp-dentaire.fr/10.1051/aos:2007004>

AP-HP. Kit communication AP-HP. 2010.

Aubert S, Barat M, Campan M, Dehail P, Joseph PA, Mazaux J-M. Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Ann Réadapt Médecine Phys* 2004 47(4):135-41. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168605404000273>

Awa HDM, Bekono A, Tamgnoue GA, Messanga CB, Ndombo POK. Hygiène Buccodentaire, Formes Cliniques des Lésions Carieuses et Parodontopathies chez les Enfants Handicapés dans Deux Centres Spécialisés de Yaoundé. *Health Sci Dis* 2018;19(1 (Suppl)). Disponible sur: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/987>

Bodjona J. Quand notre visage dit tout haut ce que l'on pense tout bas SpotPink. 2014. Disponible sur: <https://www.spotpink.com/2014/05/02/communication-non-verbale-visage-emotions/>

Bouvier G. Les discriminations liées au handicap et à la santé [Internet]. 2010 [cité 16 juill 2020]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/29/1/ip1308.pdf>

CCAH. Les-differents-types-de-handicap - CCAH 2015. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>

Chabrol B, Halbert C, Milh M, Mancini J. Handicap : définitions et classifications. *Arch Pédiatrie* 2009;16(6):912-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X09742010>

Coridys. La notion de handicap cognitif - Coridys - handicap cognitif ASSOCIATION CORIDYS - Troubles cognitifs. Disponible sur: <https://coridys.fr/handicap-et-compensation/la-notion-de-handicap-cognitif-et-compensations/>

Cosnier J. Les gestes du dialogue, la communication non verbale. 1996;10.

Croze J, Leys M, Feugueur G, Blanchard J, Azoulay T. Difficultés de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. *Sante Publique (Bucur)*. 2018a Vol. 30(6):821-7. Disponible sur: <https://www-cairn-info.rproxy.sc.univ-paris-diderot.fr/revue-sante-publique-2018-6->

page-821.htm?WT.tsrc=cairnEmailAlert&WT.mc\_id=SPUB\_187

Croze J, Leÿs M, Feugueur G, Blanchard J, Azoulay T. Difficultés de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. *Sante Publique (Bucur)* 2018b;Vol. 30(6):821-7. Disponible sur: [http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-821.htm?WT.tsrc=cairnEmailAlert&WT.mc\\_id=SPUB\\_187](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-6-page-821.htm?WT.tsrc=cairnEmailAlert&WT.mc_id=SPUB_187)

Crunelle D. Évaluer et faciliter la communication des personnes en situation de handicap complexe: Polyhandicap, syndrome d'Angelman, syndrome de Rett, autisme déficitaire, AVC sévère, traumatisme crânien, démence. De Boeck Supérieur; 2018.

Cuxac C. Langue et langage : un apport critique de la langue des signes française. *Lang Fr* 2003 ;(137):12-31. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/41559066>

Dany Gerlach. Troubles du comportement, automutilation, stéréotypies, auto-stimulation : des moyens d'expression à décoder. Réseau Lucioles. 2006. Disponible sur: <https://www.reseau-lucioles.org/troubles-du-comportement-automutilation-stereotypies-auto-stimulation-des-moyens-dexpression-a-decoder/>

Diéguez-Pérez M, de Nova-García M-J, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. *J Clin Exp Dent* 2016;8(3):e337-43. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4930646/>

EHESP. Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) | Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). 2020 Disponible sur: <https://www.ehesp.fr/international/partenariats-et-reseaux/centre-collaborateur-oms/classification-internationale-du-fonctionnement/>

Folliguet. La santé bucco dentaire des personnes handicapées. 2006.

FQA. PECS | Fédération québécoise de l'autisme. Disponible sur: <https://www.autisme.qc.ca/tsa/methodes-educatives-interventions/pecs.html>

Handicap.fr. Définition / classification des handicaps (CIH et OMS) [. Handicap.fr. 2013. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-definition-classification-handicap-cih-oms-6029.php>

Handiconsult. Handiconsult – Accès au soin des personnes en situation de handicap. Disponible sur: <https://handiconsult34.fr/>

HAS. Autisme de l'adulte – S'adapter pour favoriser l'accès aux soins. Haute Autorité de Santé. 2018. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974202/fr/autisme-de-l-adulte-s-adapter-pour-favoriser-l-acces-aux-soins](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974202/fr/autisme-de-l-adulte-s-adapter-pour-favoriser-l-acces-aux-soins)

Hennequin M, Collado V, Faulks D, Veyrune J-L. Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées. *Mot Cérébrale Réadapt Neurol Dév.* 2004;25(1):1-11. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0245591904974134>

Hennequin M, Faulks D, Veyrune J-L, Faye M. Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie-2. 2000;14.

Hop Toys. Tout savoir sur La Langue des Signes Française (L.S.F) 2018. Disponible sur: <https://www.bloghoptoys.fr/tout-savoir-sur-la-langue-des-signes-francaise-lsf>

Jacob. Synthèse du Rapport Sur l'accès aux soins et à la Santé des Personnes handicapées. 2013.

Journaldunet. Communication non verbale : définition, éléments et exemples 2020. Disponible sur: <https://www.journaldunet.fr/business/dictionnaire-du-marketing/1198069-communication-non-verbale-definition-elements-et-exemples/>

lesadap. Qu'est ce qu'un Ad'AP ? (agenda d'accessibilité programmée) Les Ad'ap. 2014. Disponible sur: <http://lesadap.fr/quest-ce-quun-adap-agenda-daccessibilite-programme/>

Loi du handicap. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005-102 févr 11, 2005.

Lussier-Morin A-C. La perception des parents d'enfants atteints d'autisme ou autres Troubles Envahissants du Développement sur l'accès aux soins dentaires au Québec. 2010;116.

Maestre C. The use of general anaesthesia for tooth extraction in young handicapped adults in France. *Br Dent J.* 20 avr 1996;180(8):297-302.

Mahe-Mongiorgi JT. Musicothérapie auprès de personnes en situation de polyhandicap : ouverture vers une expression vocale partagée. *Revue Française de Musicothérapie.* 2018;

Massion J. Sport et autisme. *Sci Sports.* 2006;21(4):243-8. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0765159706000888>

Mercier C. (PDF) Gérer le temps à l'aide d'une application numérique sur tablette pour un public avec autisme / Manage time by a digital application on tablet for people with autism. ResearchGate. 2015. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/293158326\\_Gerer\\_le\\_temps\\_a\\_l'aide\\_d'une\\_application\\_numerique\\_sur\\_tablette\\_pour\\_un\\_public\\_avec\\_autisme\\_Manage\\_time\\_by\\_a\\_digital\\_application\\_on\\_tablet\\_for\\_people\\_with\\_autism](https://www.researchgate.net/publication/293158326_Gerer_le_temps_a_l'aide_d'une_application_numerique_sur_tablette_pour_un_public_avec_autisme_Manage_time_by_a_digital_application_on_tablet_for_people_with_autism)

Morelle C. Automutilation, corps et handicap mental. 1995;5.

Moussa-Badran S. Quelques éléments sur la santé orale des personnes en situation de handicap. J Réadapt Médicale Prat Form En Médecine Phys Réadapt. 2013;33(1):26-30. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0242648X13000078>

OMS. OMS | Handicaps. WHO. World Health Organization;. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>

Rey A. De l'histoire aux différentes typologies de handicap - 2ème partie. Mysite. 2019 . Disponible sur: <https://www.handifeels.com/post/de-l-histoire-aux-differentes-typologies-de-handicap-2eme-partie>

Rohmer. Le stéréotype des personnes handicapées en fonction de la nature de la déficience | Cairn.info . 2011. Disponible sur: <https://www-cairn-info.rproxy.sc.univ-paris-diderot.fr/revue-l-annee-psychologique1-2011-1-page-69.htm>

Santos D. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. :8.

Scholer M. Musicothérapie réceptive en situation de handicap. :13.

Thommen E, Châtelain F, Rimbert G. L'interprétation d'indices non verbaux par les enfants. Psychol Fr. 1 juin 2004; 49(2):145-60. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003329840400024X>

Uraga-González. Prevalencia de procesos patológicos bucodentales en niños con parálisis cerebral de 6 a 13 años de edad [Internet]. 2004 [cité 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=28937>

Zbakh M, Lopez Fontana I, Ahnache K, Mortera A, Krahe J. Pictokids: un logiciel de communication pictographique avec sortie textuelle ou vocale. In 2010.

## Annexes

### Annexe 1 – Questionnaire d'évaluation du livret.

#### Questionnaire pour l'évaluation du livret :

Sexe : .....

Date : / /

Age du patient ou année de naissance : .....

Pathologie (Type de handicap) :

1. Le patient a-t-il déjà eu des soins dentaires ?

Oui

Non

A l'état vigile ?

Oui

Non

Avec sédation ?

Oui

Non

Avec anesthésie générale ?

Oui

Non

2. Nature des soins à réaliser ?

Détartrage

Conservateur

Prothétique

Chirurgical (extraction)

Autre : .....



3. Connaissance du patient sur les soins dentaires ?
- Nulle
  - Insuffisante
  - Moyenne
  - Bonne
  - Très bonne
4. L'aidant est-il présent ?
- Oui
  - Non
- Statut ?
- Parent(s) (père/mère)
  - Fratrie (frère/sœur)
  - Tuteur
  - Personnel de la structure (infirmière/éducateur)
5. Coopération du patient durant les soins (Échelle de Venham modifiée) ?
- 0 point, Détendu
  - 1 points, Mal à l'aise, préoccupé
  - 2 points, Tendu
  - 3 points, Réticent
  - 4 points, Très perturbé
  - 5 points, Totalement déconnecté
6. Utilisation des pictogrammes avec le patient ?
- Oui
  - Non
7. Compréhension/acceptation des pictogrammes ?
- Faible
  - Moyenne
  - Importante

8. Aidant réceptif ?

- Oui
- Non

9. Envoie du livret par mail à l'aidant ?

- Oui
- Non

10. Le Livret pictogramme est-il un succès ?

- Oui
- Non

*Commentaire sur le livret de l'aidant :*

.....

.....

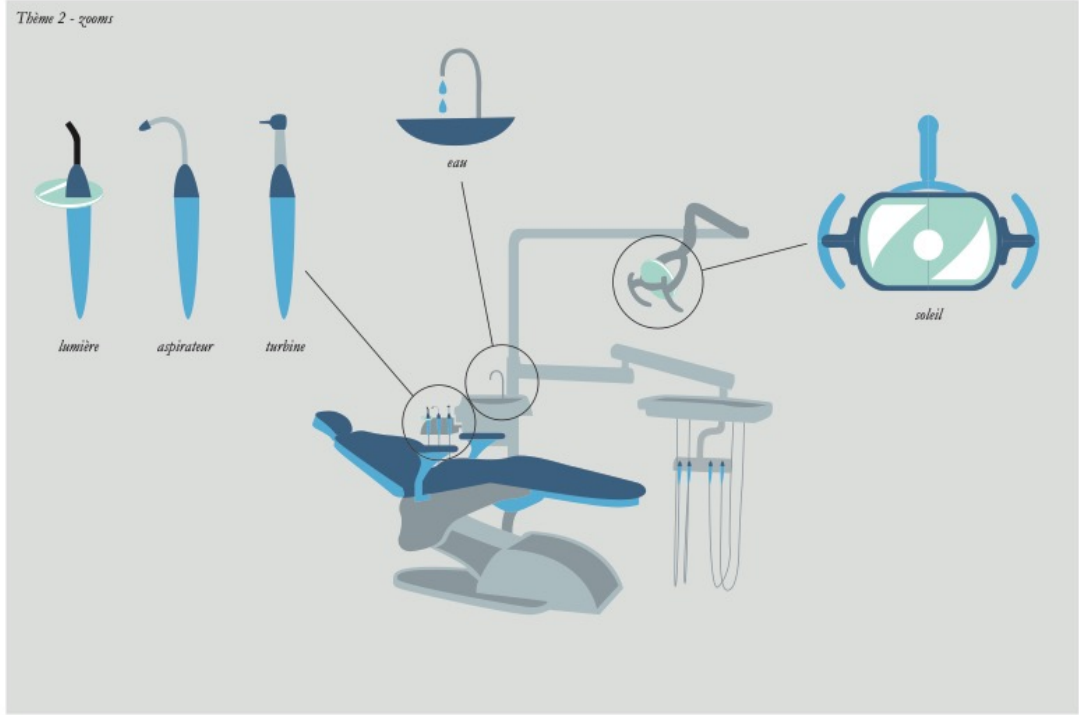
.....

**Annexe 2 – Livret sous format PDF**

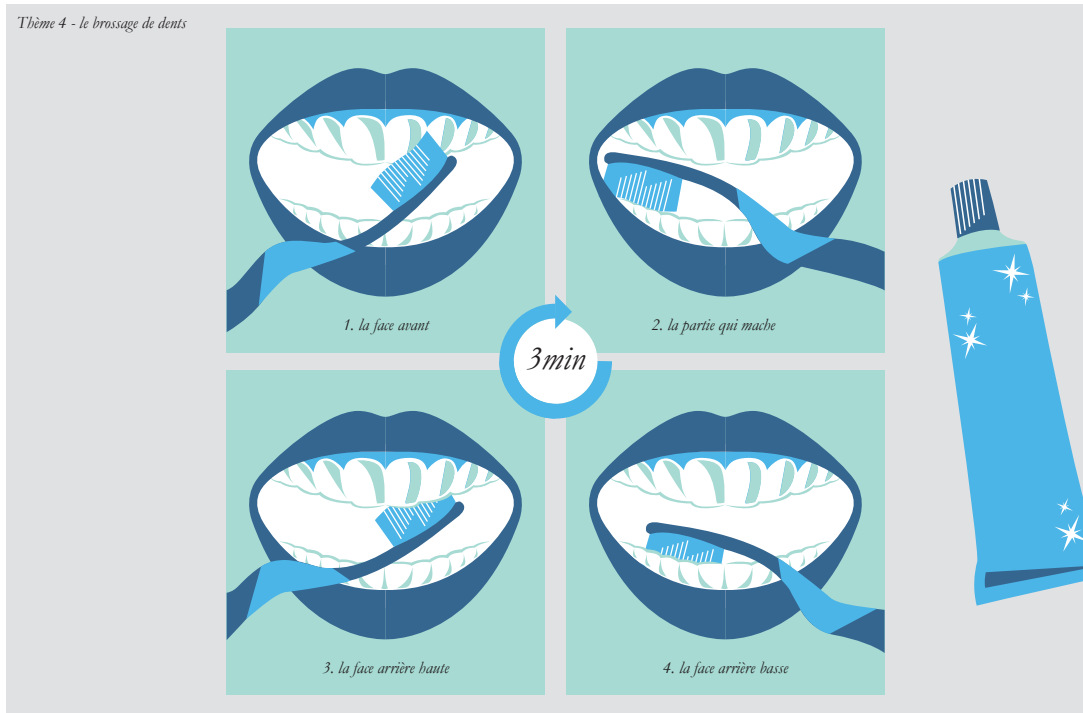
Projet dentaire - v2



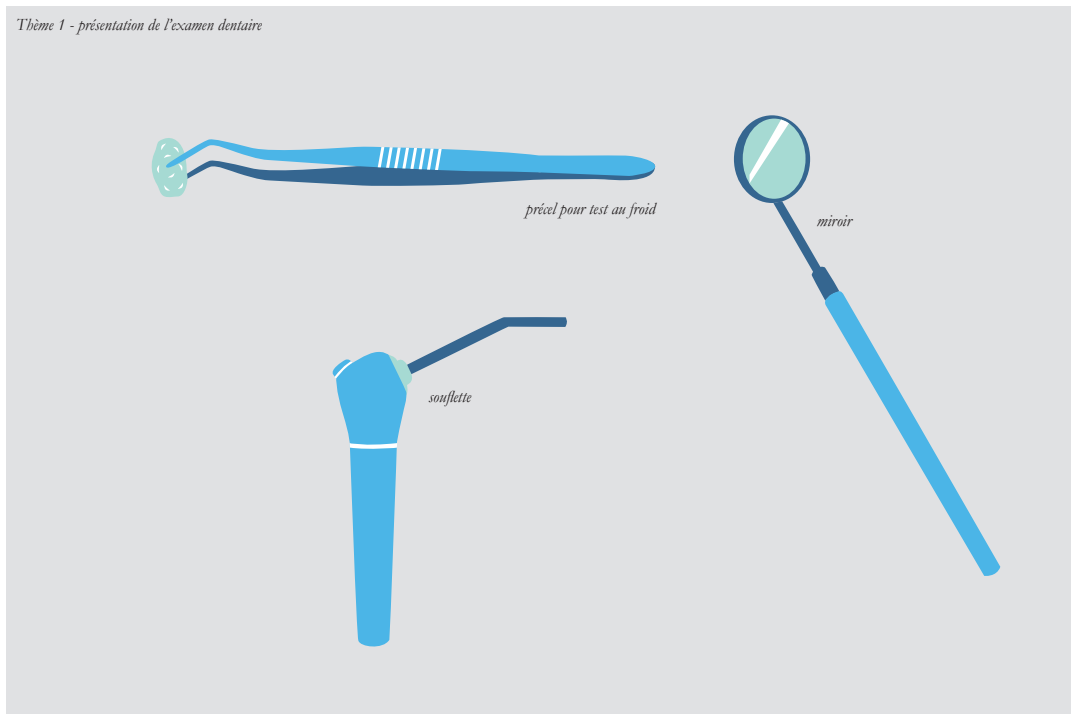
Projet dentaire - v2



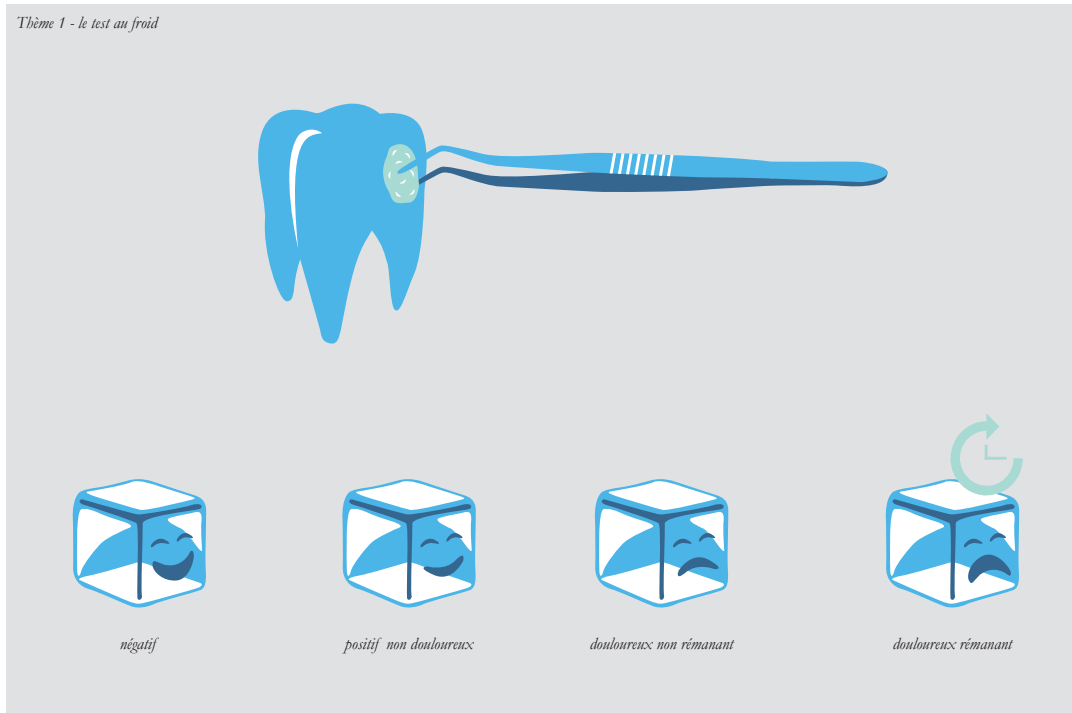
Thème 4 - le brossage de dents



Thème 1 - présentation de l'examen dentaire



Thème 1 - le test au froid

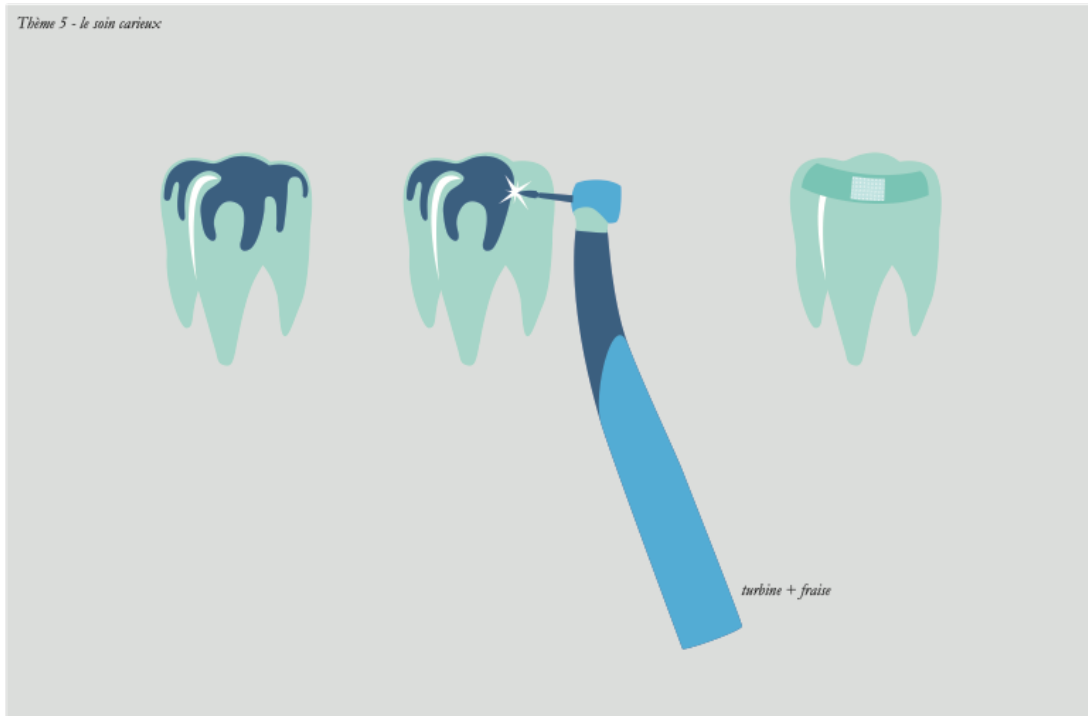


Thème 1 - Évaluation visuelle analogique





Thème 5 - le soin carieux



Thème 5 - le soin détartrage



*Thème 6 - la récompense*



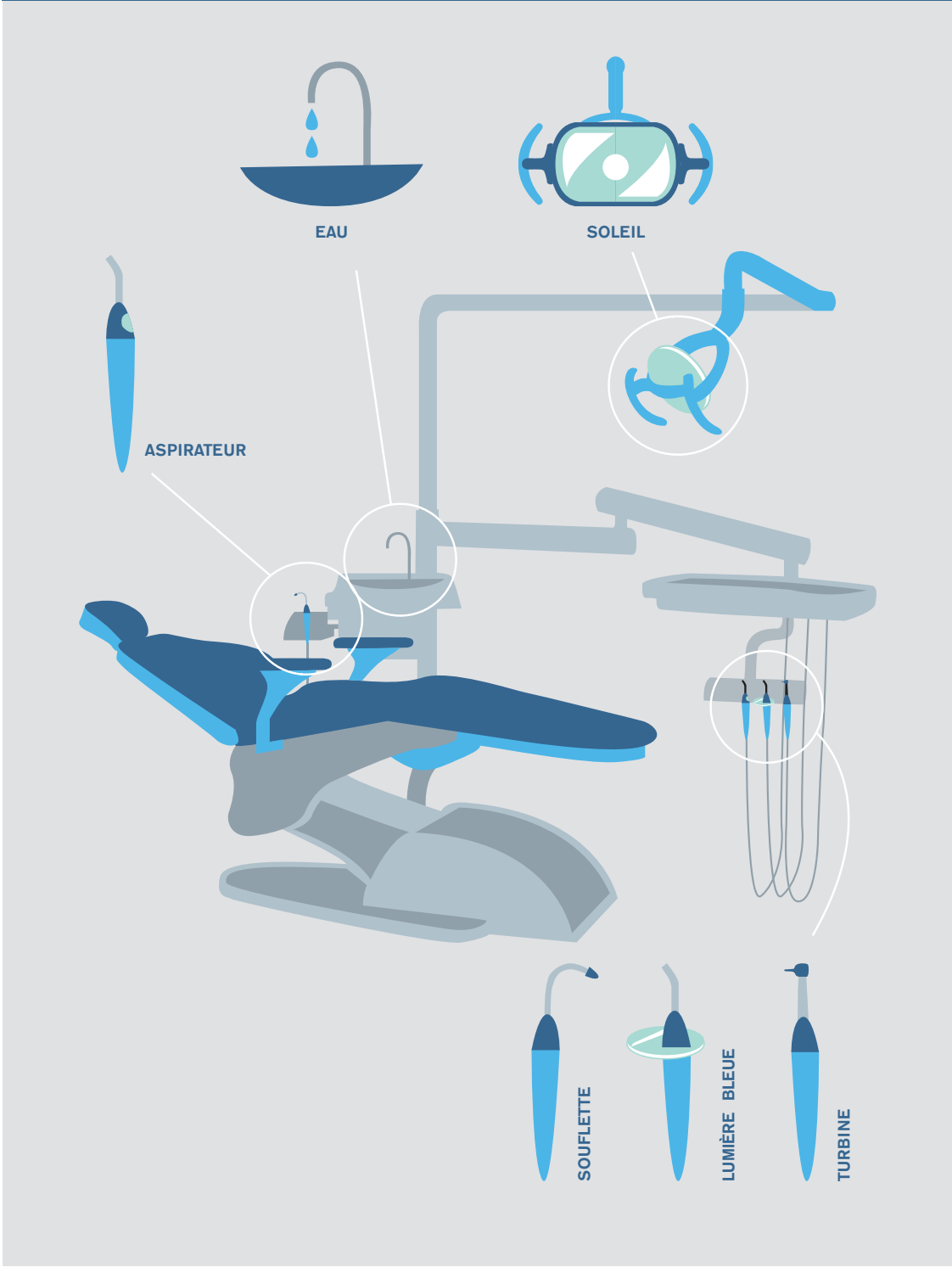
*bon déroulement de séance*



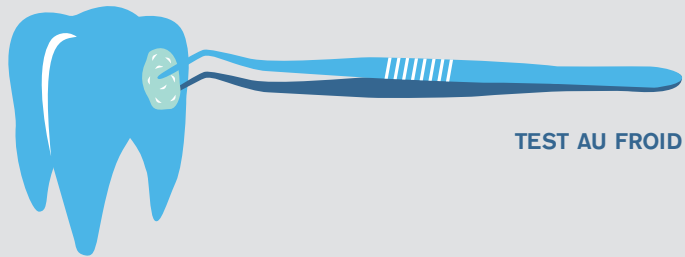
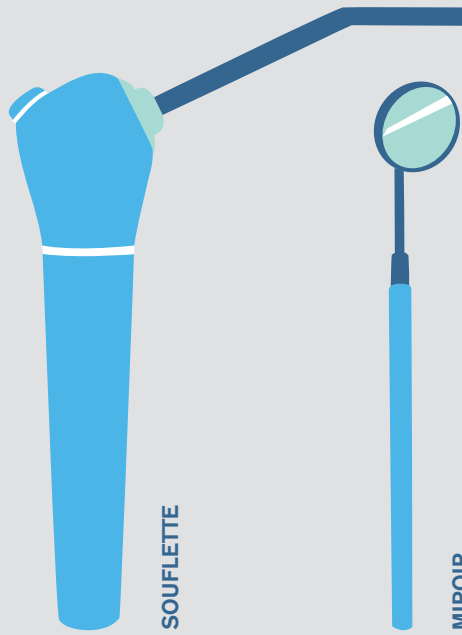
*mauvais déroulement de séance*



# PRÉSENTATION DU FAUTEUIL DENTAIRE



# L'EXAMEN CLINIQUE



NÉGATIF



POSITIF NON  
DOULOUREUX

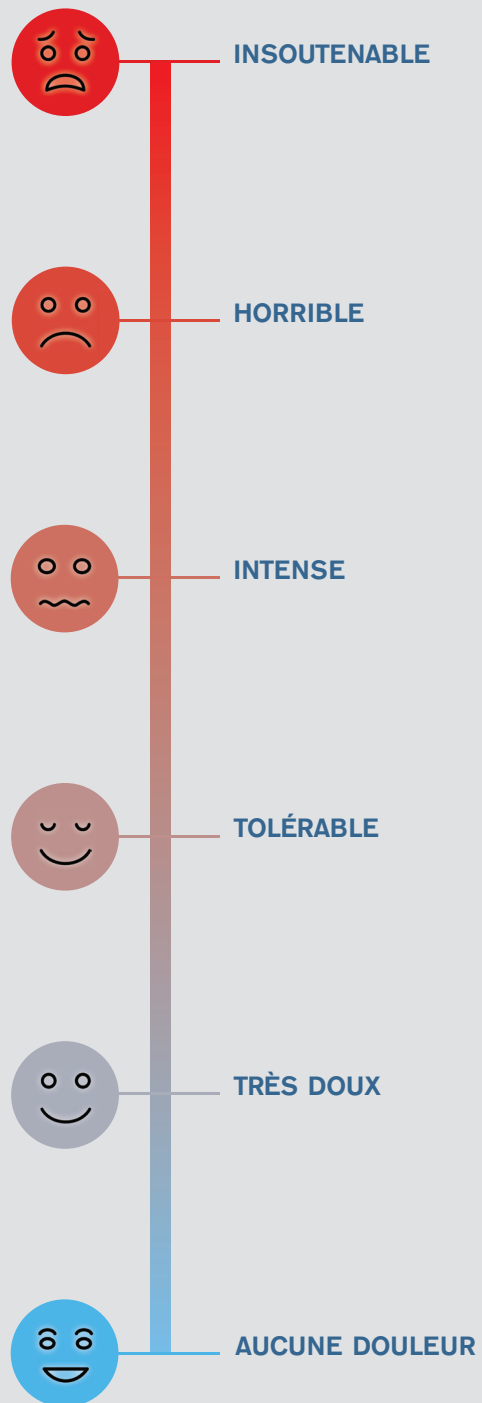


DOULOUREUX  
NON RÉMANANT



DOULOUREUX  
RÉMANANT

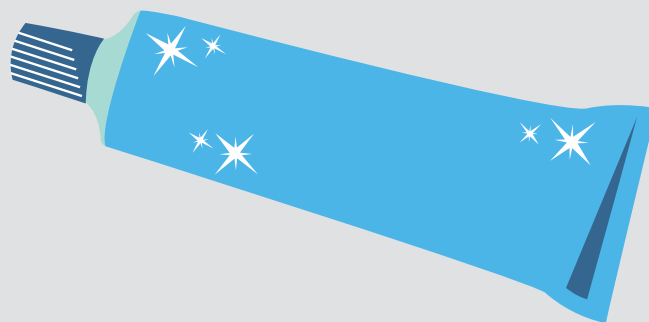
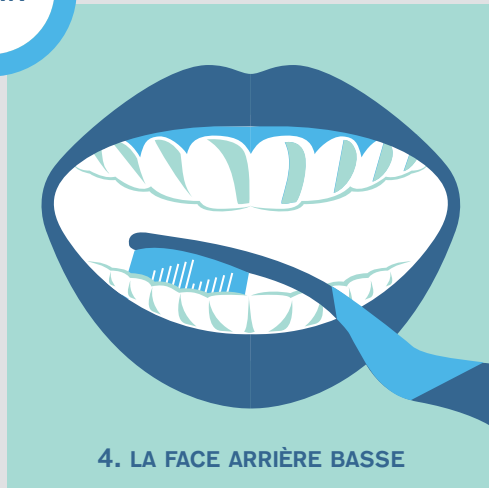
# L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR



# L'HYGIÈNE DENTAIRE



3MIN



## LE SILENCE OPÉRATOIRE



SÉDATION MEOPA



## LES SOINS CLASSIQUES



AVANT



APRÈS

ULTRASON DENTAIRE



TURBINE + FRAISE

## LA RÉCOMPENSE



BON DÉROULEMENT  
DE LA SÉANCE

## LA RÉCOMPENSE



MAUVAIS DÉROULEMENT  
DE LA SÉANCE



**Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.**

**SETTI Benjamin. Élaboration d'un livret pictogramme favorisant la communication avec les patients en situation de handicap lors d'un soin bucco-dentaire. Année. 69 p. : 4 ill., 4 graph., 2 tabl. Réf. Biblio. : 48-51**

**Sous la direction du directeur de thèse Dr QUENUM Faustine et du co-directeur Dr BOSCO Julia**

**Th : Chir Dent. : Université de Paris : 2021**

---

**Résumé :**

Les patients en situation de handicap représentent une population à risque sur le plan bucco-dentaire. Ce sont des patients dont les pathologies bucco-dentaires sont plus fréquentes et dont le stade d'évolution est plus grave. La santé bucco-dentaire du patient en situation de handicap s'aggrave exponentiellement avec le temps, et devient dès l'adolescence plus délétère que celle d'un individu de la population générale.

De plus, pour un patient en situation de handicap mental et/ou cognitif, les difficultés de prise en charge s'accroissent avec la barrière de la communication. Une bonne communication avec son patient étant la base d'une relation de confiance entre le patient et son médecin.

L'objectif de cette thèse est d'introduire un nouvel outil de communication dans le service pour patients adultes en situation de handicap à l'hôpital la Pitié-Salpêtrière. Cet outil se basera sur l'utilisation de pictogrammes afin de schématiser les différents outils du chirurgien-dentiste et de constituer un premier aperçu de ce que représentent les soins dentaires auprès du patient. La présentation du fauteuil dentaire et de ses composantes, l'examen clinique, l'évaluation de la douleur, l'enseignement à l'hygiène, les différents soins, le silence opératoire et la récompense sont les différents thèmes que nous pourrions rencontrer dans le livret pictogramme. Une évaluation succincte a été réalisée sur un panel de patients consultant notre service.

---

**Discipline : Santé Publique**

---

**Mots clés français (fMeSH et Rameau): Prévention ; Handicap ; Communication ; Pictogramme ; Soins ;**

---

**TITRE en anglais: Development of a pictogram booklet promoting communication with disabled patients during oral care**

---

**English keywords (MeSH): Prevention ; Disability ; Communication ; Pictogram ; cares**

Université de Paris  
UFR d'odontologie  
5, rue Garancière  
75006 Paris