



HAL
open science

Les enjeux de la prise en soin d'un enfant vivant en situation de handicap auditif

Victoria Magro

► **To cite this version:**

Victoria Magro. Les enjeux de la prise en soin d'un enfant vivant en situation de handicap auditif. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04096246

HAL Id: dumas-04096246

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04096246>

Submitted on 12 May 2023

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

THÈSE

***POUR OBTENIR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
(Doyen : Monsieur le Professeur Georges LEONETTI)

École de Médecine Dentaire
(Directeur : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

***Les enjeux de la prise en soin d'un enfant
vivant en situation de handicap auditif.***

Présentée par

MAGRO Victoria

Née le 09/05/1997

A Marseille

Thèse soutenue le **9 novembre 2022**

Devant le jury composé de

Président : Professeur TARDIEU Corinne

Assesseurs : Docteur PHILIP Camille

Docteur CAMOIN Ariane

Docteur BLANCHET Isabelle

THÈSE

***POUR OBTENIR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE***

Présentée et publiquement soutenue devant

Aix-Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Éric BERTON)

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
(Doyen : Monsieur le Professeur Georges LEONETTI)

École de Médecine Dentaire
(Directeur : Monsieur le Professeur Bruno FOTI)

***Les enjeux de la prise en soin d'un enfant
vivant en situation de handicap auditif.***

Présentée par

MAGRO Victoria

Née le 09/05/1997

A Marseille

Thèse soutenue le **9 novembre 2022**

Devant le jury composé de

Président : Professeur TARDIEU Corinne

Assesseurs : Docteur PHILIP Camille

Docteur CAMOIN Ariane

Docteur BLANCHET Isabelle

ADMINISTRATION

Doyens Honoraires	Professeur Professeur Professeur Professeur	Raymond SANGIUOLO† Henry ZATTARA André SALVADORI Jacques DEJOU
Directeur	Professeur	Bruno FOTI
Directeurs adjoints	Professeur Professeur	Michel RUQUET Anne RASKIN
Chargés de missions Formation Initiale Recherche Formation Continue	Professeur Professeur Professeur	Michel RUQUET Anne RASKIN Frédéric BUKIET
Relations Internationales Internat et Diplômes d'études spécialisées Affaires générales	Professeur Professeur Docteur	Hervé TASSERY Virginie MONNET-CORTI Patrick TAVITIAN
Responsable Administrative	Madame	Katia LEONI

PROMOTIONS :

2019 Raymond SANGIUOLO
2020 Gaston BERGER
2021 Joseph MIGOZZI
2022 Jérôme GALLION

LISTE DES ENSEIGNANTS

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

BUKIET Frédéric (58-01)
FOTI Bruno (58-02)
LE GALL Michel (56-01)
MONNET-CORTI Virginie (57-01)
RASKIN Anne (58-01)
RUQUET Michel (58-01)
TARDIEU Corinne (56-01)
TARDIVO Delphine (56-02)
TASSERY Hervé (58-01)
TERRER Elodie (58-01)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

ABOUT Imad (65)

PROFESSEURS ÉMÉRITES

DEJOU Jacques (58-01)
HUE Olivier (58-01)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS DES CSERD

ABOUDHARAM Gérard (58-01)	SILVESTRI Frédéric (58-01)
ANTEZACK Angeline (57-01)	STEPHAN Grégory (58-01)
BELLONI Didier (57-01)	TAVITIAN Patrick (58-01)
BOHAR Jacques (56-01)	TOSELLO Alain (58-0)
CAMOIN Ariane (56-01)	
CAMPANA Fabrice (57-01)	
CATHERINE Jean-Hugues (57-01)	
GAUBERT Jacques (56-01)	
GIRAUD Thomas (58-01)	
GIRAUDEAU Anne (58-01)	
GUIVARC'H Maud (58-01)	
JACQUOT Bruno (58-01)	
LABORDE Gilles (58-01)	
LAN Romain (56-02)	
LAURENT Michel (58-01)	
MAILLE Gérald (58-01)	
MENSE Chloé (58-01)	
PHILIP-ALLIEZ Camille (56-01)	
POMMEL Ludovic (58-01)	
PRECKEL Bernard-Éric (58-01)	
RÉ Jean-Philippe (58-01)	
ROCHE-POGGI Philippe (57-01)	

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS

BALLESTER Benoît (58-01)

BLANCHET Isabelle (58-01)

CASAZZA Estelle (58-01)

CHEFS DE CLINIQUE DES UNIVERSITÉS - ASSISTANTS DES HÔPITAUX

ARNIER Canelle (56-01)

Borel Guillaume (56-02)

BAUDINET Thomas (58-01)

BRINCAT Arthur (57-01)

BROS Agnès (56-01)

CHIARINI Thomas (58-01)

DUPRAT Florence (56-01)

FAURE-BRAC Mathias (57-01)

FERRE Enzo (58-01)

FOUQUES Agathe (56-01)

HAMMOUTENE Stéphane (57-01)

LAFONT Jacinthe (57-01)

LAURENT Camille (58-01)

LIOTARD Alicia (58-01)

MADENIAN Pauline (58-01)

MANSUY Charlotte (58-01)

MARTIN William (56-01)

ONGHENA Tom (56-01)

PASCHEL Laura (58-01)

PILLIOL Virginie (58-01)

PRINCE Fanny (57-01)

RAYNAUD Camille (58-01)

REYNAL Florence (56-01)

ROMAO Vincent (57-01)

ROUSCOFF Eva (57-01)

SADOWSKI Camille (57-01)

TERRER Jérémy (56-01)

VEILLARD Pierre (56-01)

ASSISTANTE DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉ

BROTON Adèle (56-01)

Intitulés des sections CNU :

56^{ème} section : Développement, croissance et prévention

56-01 Odontologie pédiatrique et orthopédie dento-faciale

56-02 : Prévention – Epidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale

57^{ème} section : Chirurgie orale, Parodontologie, Biologie Orale

57-01: Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale

58^{ème} section : Réhabilitation orale

58-01 : Dentisterie restauratrice – Endodontie – Prothèses – Fonction-Dysfonction – Imagerie – Biomatériaux

L'auteur s'engage à respecter les droits des tiers, et notamment les droits de propriété intellectuelle. Dans l'hypothèse où la thèse comporterait des éléments protégés par un droit quelconque, l'auteur doit solliciter les autorisations nécessaires à leur utilisation, leur reproduction et leur représentation auprès du ou des titulaires des droits. L'auteur est responsable du contenu de sa thèse. Il garantit l'Université contre tout recours. Elle ne pourra en aucun cas être tenue responsable de l'atteinte aux droits d'un tiers

A Madame le Professeur Corinne Tardieu,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le Jury de cette thèse.

Je tiens également à exprimer mes remerciements pour votre enseignement ainsi que votre implication dans le bon déroulement de nos études par votre disponibilité et vos conseils tout au long de mon parcours universitaire.

A Madame le Docteur Camille Philip,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour échanger avec moi. Nos échanges ont été très intéressants et instructifs lors du commencement de ma thèse.

A Madame le Docteur Ariane Camoin,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté la direction de ma thèse.

Vous avez su me transmettre votre passion pour l'odontologie pédiatrique et plus particulièrement le handicap grâce à votre enseignement, votre gentillesse, et votre professionnalisme.

Je vous suis reconnaissante pour la disponibilité dont vous avez su faire preuve tout au long de mon parcours universitaire et également lors de la direction de ma thèse.

Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Isabelle Blanchet,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger parmi ce jury.

Je vous remercie pour votre enseignement et votre gentillesse lors des vacances de soins.

A Madame Bérengère Saliba-Serre,

Je souhaite vous remercier pour la gentillesse et la disponibilité dont vous avez su faire preuve tout au long de l'année. Vos conseils m'ont été d'une aide très précieuse.

« NE PAS LOUER SON SIÈCLE EST PARLER À DES SOURDS »
Jean de La Fontaine

Table des matières

TABLE DES MATIERES	11
GLOSSAIRE	13
TABLE DES FIGURES	14
INTRODUCTION	1
PARTIE I : ÉLÉMENTS DE CONTEXTUALISATION	2
I.1 ÉVOLUTION DE LA TERMINOLOGIE ET DE L'INCLUSION DES PERSONNES VIVANT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF	2
I.2 LE HANDICAP AUDITIF CHEZ L'ENFANT	5
I.2.1 RAPPELS ANATOMIQUES DE L'OREILLE	5
I.2.2 MODE DE CLASSIFICATION DES SURDITES	5
I.3 LES DIFFERENTS MOYENS UTILISES POUR COMMUNIQUER AVEC UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF LORS D'UN RENDEZ-VOUS D'ODONTOLOGIE	7
PARTIE II : ENQUETE SUR LES PRATIQUES DE SOINS SUR LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF	10
II.1 INTRODUCTION	10
II.2 MATERIELS ET METHODE	10
II.2.1 CHOIX DES MODALITES DE L'ENQUETE	10
II.2.1.a Échantillon cible	10
II.2.1.b Le questionnaire	10
II.2.1.c Mode de diffusion	11
II.2.1.d Choix des questions	11
II.2.2 PILOTAGE DU QUESTIONNAIRE	12
II.2.3 VALIDATION DE LA VERSION FINALE ET DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE	13
II.2.4 RECUEIL DES DONNEES	13
II.3 ANALYSES STATISTIQUES	13
II.4 CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON ETUDIE	14
II.4.1 PROFILS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES	14
II.4.2 À PROPOS DE L'ENFANT VIVANT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF	15
II.4.3 PRATICIENS AYANT DEJA PRIS EN SOIN UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF	16
II.4.5 PRATICIENS N'AYANT JAMAIS PRIS EN SOIN UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF	19
II.5 DISCUSSION	20
II.5.1 REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION ETUDIEE	20
II.5.2 PRATICIEN AYANT DEJA PRIS EN SOIN UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF	21
II.5.3 PRATICIEN N'AYANT JAMAIS PRIS EN SOIN UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF	24

PARTIE III : CREATION D'UN OUTILS PERMETTANT D'AMELIORER LA COMMUNICATION AVEC UN ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP AUDITIF LORS DE LA PRISE EN SOIN	25
III.1 OBJECTIF DES OUTILS	25
III.2 REGLES D'ELABORATION DE LA PLAQUETTE	25
III.2.1 LA FORME	25
III.2.1 LE CONTENU	26
III.3 ÉLABORATION DE LA PLAQUETTE	26
CONCLUSION	27
ANNEXES	A
ANNEXE 1	A
ANNEXE 2	A
ANNEXE 3 :	K
ANNEXE 4 :	L
BIBLIOGRAPHIE	I

Glossaire

APHM :	Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
ASA :	American Society of Anesthésiologistes
BIAP :	Bureau International d'AudioPhonologie
CSP :	Code de Santé Publique
dB :	déciBels
HA :	Handicap Auditif
HAS :	Haute Autorité de Santé
JORF :	Journal Officiel de la République Française
MEOPA :	Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONCD :	Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
PACA :	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
LSF :	Langue des Signes Française
LPC :	Langue Parlée Complétée
RCI :	Risque Carieux Individuel

Table des figures

Figure 1 : Anatomie de l'oreille (20)	5
Figure 2 : Classification audiométrique des déficiences auditives (23)	6
Figure 3 : L'alphabet dactylogique de la Langue des signes française (27)	8
Figure 4 : Langue française Parlée Complétée (28)	8
Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles de la population étudiée (n = 72)	14
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée (n = 72)	15
Tableau 3 : Répartition des praticiens selon la prise en soin d'un enfant en situation de handicap auditif (n = 72)	15
Tableau 4 : Fréquence de prise en soin d'un enfant en situation de handicap auditif (n=53)	16
Figure 5 : Répartition des praticiens ayant déclaré avoir pris en soin un enfant en situation de handicap auditif selon la confrontation à une difficulté. (n = 53)	Erreur ! Signet non défini.
Figure 6 : Diagramme représentant le nombre de difficultés rencontrées par les 40 praticiens lors de la prise en soin des patients en situation de HA (n=40)	16
Figure 7 : Pourcentage de praticiens déclarant avoir rencontré des difficultés lors de la prise en soin d'un enfant en situation de HA parmi les 5 propositions. (n = 40)	17
Tableau 5 : Pourcentage de praticiens réalisant les soins lors du premier rendez-vous, hors urgence dentaire. (n=53)	17
Figure 8 : Principaux thèmes mis en évidence par les répondants en lien avec les objectifs d'une première séance	18
Figure 9 : Répartition des praticiens en fonction du nombre de supports utilisés (n = 53)	18
Figure 10 : Nombre de praticiens ayant déjà pris en soin un enfant en situation de HA déclarant utiliser chaque type de support pour informer l'enfant. (n=53)	19

Introduction

En France, la surdité du jeune enfant est considérée comme une anomalie.

Selon le ministère de la santé et de la prévention, un enfant sur mille naîtrait sourd profond à la naissance.   3 ans, la prévalence des surdités sévères et profondes serait de trois enfants sur mille (1).

La surdité est le handicap sensoriel le plus fréquent au sein de la population (2).

D'après les articles L 1111-2 et suivant du code de santé publique, le praticien ne peut réaliser aucun soin sans avoir obtenu le consentement libre et éclairé de son patient préalablement informé sur son état de santé et les traitements adaptés (3).

Dans le cas de patients mineurs, l'autorisation du tuteur légal est indispensable pour réaliser le soin, mais l'adhésion de l'enfant, tout comme l'information sur sa santé doivent toujours constituer une priorité pour le chirurgien-dentiste. La recherche de l'assentiment du patient mineur, en plus de représenter une nécessité déontologique et éthique, est une condition indispensable à l'établissement d'une relation de confiance et la réalisation du soin dans de bonnes conditions. L'adhésion de l'enfant est indispensable à son implication dans la prise en soins.

La communication avec les enfants en situation de handicap auditif (HA) représente un défi au cabinet dentaire. Les défauts de communication peuvent majorer l'anxiété de ces enfants. Il est nécessaire d'améliorer la compréhension mutuelle entre chirurgien-dentiste, patient et parents.

L'objectif de ce travail de thèse est de faire un état des lieux sur les pratiques des chirurgiens-dentistes lors des soins sur les enfants en situation de HA. Une enquête en ligne a été réalisée en France afin de jauger les pratiques chez les jeunes patients en situation de HA concernant la communication et les soins.

Partie I : Éléments de contextualisation

I.1 Évolution de la terminologie et de l'inclusion des personnes vivant en situation de handicap auditif

L'évolution de cette terminologie est étroitement liée à la représentation sociale des personnes en situation de HA au cours de l'histoire. En effet, on a utilisé le terme « sourd-muet » pour parler d'une personne sourde jusqu'en 1920, néanmoins, après le congrès de Milan (1880) est apparu un nouveau terme dans les années 1890 « le sourd-parlant ». Ces termes ont été considérés comme désuets à partir de 1920 et ont été remplacés par le terme « sourd » sans différenciation entre celui qui parle ou celui qui ne parle pas jusqu'à nos jours (4).

Dès l'Antiquité, l'histoire des personnes en situation de HA a soulevé de nombreuses problématiques. En effet, il s'agit d'un sujet conceptualisé dès cette époque et dont l'appréciation, loin d'être linéaire, a évolué au fil des siècles entre stigmatisation des personnes, sentiment d'étrangeté et mise à l'écart de la société (5) (6).

Dans cette première partie, nous allons nous intéresser aux patients sourds prélingaux, c'est-à-dire nés en situation de HA ou devenu en situation de HA avant l'apprentissage du langage.

Pour les philosophes occidentaux de la Grèce Antique, la vision de la personne sourde était plutôt négative et les premiers travaux étudiaient la corrélation entre le niveau d'audition et l'intellect de l'individu.

On remarque à travers le terme grec, *kophos* (dont le dérivé utilisé aujourd'hui pour désigner la surdité totale est la cophose) que la surdité et la mutité étaient confondues, ce terme énonçait une ouïe « émoussée », mais également l'idée d'une privation de raison voire même la notion de déficience intellectuelle associée (7). En effet, sans cette capacité à entendre et, par voie de conséquence, à oraliser, la personne sourde était perçue par la société de l'époque comme un « animal dépourvu de toute intelligence ». C'est selon cette logique qu'Aristote énonçait dans son œuvre *Politique*¹ que, « seul parmi les animaux l'homme a un langage ». Ainsi, l'absence de *logos*, instrument de la raison, dénotait une incapacité à formuler la moindre pensée. C'est donc en ce sens qu'à l'époque d'Aristote, l'individu sourd n'était pas considéré comme un homme de plein droit et dont l'exclusion de la cité ne soulevait aucun doute.

Faisant écho à la pensée grecque, la notion de confusion reste présente en latin où le terme *surdus* se révèle être la racine du concept d'absurdité (8). À ce titre, les Romains prévoyaient un statut juridique particulier pour les personnes atteintes de surdité. Les personnes sourdes étaient exclues de la cité car ces derniers n'étaient pas considérés comme des citoyens. Ils ne pouvaient disposer de leur personne, ni de leurs biens.

Cette privation avait été codifiée à la 10^{ème} loi du Code Justinien qui disposait (9) :

- « 1. Le sourd et muet chez lequel cette double infirmité est naturelle [celui qui - n'entend ni ne parle - ne bénéficie d'aucun droit] ;
2. Le sourd et muet chez lequel cette double infirmité n'est point naturelle, mais l'effet d'un accident [celui qui, à condition de savoir lire et écrire, peut disposer de ses biens] ;
3. Le sourd qui n'est point muet, mais dont la surdité est naturelle ;
4. L'individu qui est simplement sourd, et qui a été atteint par accident de cette infirmité ; »

¹ Aristote, *Politiques*, VII, 13, 1332b5.

Néanmoins, durant le Moyen-Âge, ces idées perçues ont été remises en cause, bien que le sentiment d'étrangeté suscité par les personnes sourdes restait présent tout au long de cette période (10).

Il s'agit d'une période pendant laquelle ces personnes ont mieux été acceptées dans la société, et étaient sous la protection de leur famille. Du fait de leur surdité et de l'utilisation d'une langue gestuelle, elles ne pouvaient pas jouir de leurs droits. En effet, ces personnes ne pouvaient disposer ni de leurs biens, ni de leur personne à l'exception du mariage, qui avait été officiellement autorisé pour les « sourds-muets » sous l'autorité du Pape Innocent III en 1215. Il leur suffisait de regarder pour apprendre un métier, les personnes sourdes pouvaient aussi bien devenir artisans que paysans.

Bien que ces dernières étaient dépourvues de leurs droits civiques, elles demeuraient néanmoins protégées par la religion. En effet, des œuvres religieuses ont accueilli des enfants sourds pour leur offrir hébergement et assistance. Lors de cette période, les congrégations religieuses, régies par la règle monastique de Saint Benoît, prênaient le silence et développaient une communication non-verbale. L'idée était de « purifier l'esprit » de toute distraction afin d'être attentif à l'écoute de Dieu. À travers, le chapitre 6 (le silence) de la *règle de Saint Benoît* : « Si toutefois il leur manque quelque chose, ils le demanderont plutôt par quelque signe ».

Paradoxalement, la religion associait la surdité à une punition divine ou bien à une possession démoniaque. En effet, l'évangile de l'apôtre Marc témoigne de cet exorcisme : « Esprit qui rend muet et sourd, je te l'ordonne, sors de cet enfant et n'y rentre plus jamais ! » *Marc (9, 14-29)*

La Renaissance a marqué un renouveau dans le domaine intellectuel et artistique.

On assistait aux premiers éducateurs qui avaient développé des méthodes pour enseigner et éduquer les enfants en situation de HA en Europe. Lors de cette période, on trouvait les premières traces artistiques des personnes sourdes en Italie tel que Bernardino di Betto Biagi aussi surnomé le « petit peintre ». Il était le peintre des papes, celui-ci a marqué l'esprit des grandes familles au pouvoir notamment avec son œuvre « Vierge à l'enfant » (11)(12). En effet, on constatait une évolution de la condition des enfants sourds en Europe mais seulement dans les milieux aisés.

L'objectif était de permettre l'oralisation des personnes sourdes par des techniques d'articulations et de lecture labiale, pour des raisons juridiques ; cela permettait l'accès à la succession du patrimoine car la condition était de savoir « parler ».

Cela avait commencé en Espagne, avec comme premier précepteur, un moine bénédictin, nommé Pedro Ponce de Leon. En effet, il puisait son inspiration dans la pratique de ses frères bénédictins et a décidé d'adapter les gestes utilisés dans son monastère pour créer une méthode visant à apprendre aux personnes sourdes à communiquer, dans son ouvrage *Invention dialectica*. Il éduquait les enfants de la noblesse et était considéré comme le créateur de l'art d'enseigner aux « sourds-muets » (13).

Par ailleurs, dès le XVII^e, les méthodes d'enseignement se succédèrent et se diversifièrent : en Angleterre, John Wallis rédigea son traité d'instruction des sourds en 1653 tandis qu'en Hollande, Johann Conrad Amman publia « *Le sourd parlant* » et « *Dissertation sur la parole* ».

À l'aube du 18^e siècle, les enfants sourds devinrent des élèves à éduquer. Cette éducation au départ purement orale allait peu à peu tendre vers une éducation mixte avec une oralisation qui s'accompagne d'une dactylologie manuelle ou tactile.

Le siècle des Lumières a marqué un tournant du monde des sourds, on parle d'âge d'or des « sourds-muets ». Peu à peu, toute l'Europe s'est intéressée à l'éducation des sourds ; toutefois chaque éducateur avait sa propre méthode. De ce fait, aucune uniformisation n'était réellement réalisée, laissant alors des divergences entre chaque mouvement. Par la suite, deux grands mouvements se sont distingués en France : les « oralistes » avec comme figure emblématique Jacob Rodrigue Pereire et les « gestualistes » avec comme chef de file l'abbé Charles-Michel de l'Épée.

Si l'éducation des enfants sourds était possible, elle restait tout de même réservée à l'aristocratie, c'est seulement à la fin du 18^e siècle qu'elle s'est démocratisée, devenant ainsi accessible à tous et gratuite. En 1760, l'Abbé de l'Épée, ouvra une école pour les sourds à Paris, éducation visant l'accès à

l'alphabétisation. De plus, il écrivit un ouvrage nommé « La véritable manière d'instruire les sourds et muets » en 1784 regroupant toutes les méthodes gestuelles en vue de former une communauté.

Dès le début du 19^{ème} siècle, le sort des sourds s'est amélioré au niveau législatif, en particulier au sujet des mariages et des héritages. Le code Napoléon, rédigé en 1804, stipulait que « le sourd-muet » peut hériter et disposer de ses biens à condition qu'il puisse manifester ses intentions par écrit. Ce siècle a vu s'opposer deux conceptions différentes de l'éducation des jeunes sourds, l'apprentissage de la langue signée et l'apprentissage de la parole orale.

La méthode oraliste, avait pour but de faire développer la parole orale à la personne sourde. Cette méthode gagna en influence grâce à la découverte de l'électricité et la création du téléphone.

Durant le Congrès de Milan en septembre 1880, dont le but était d'améliorer la condition des « sourds-muets », il avait été convenu que la méthode oraliste était la meilleure pour éduquer les enfants sourds. Ce congrès rassemblait le courant dit « oraliste » qui prônait l'apprentissage de la parole au détriment de la langue signée. L'apprentissage et l'usage de la langue des signes devinrent alors interdits. L'oralisme triomphait et la langue des signes devint alors clandestine.

Toutefois, elle continuait de se transmettre dans le secret dans quelques instituts mais sans aucune reconnaissance officielle.

Concernant l'éducation, la loi initiale sur l'école de Jules Ferry de 1881, permettait à tous les enfants, quelles que soient leur condition et leur état de bénéficier d'un enseignement.

Cette loi s'est modifiée peu de temps après avec la création du secteur de « l'enfance inadaptée » et refusait l'accès aux écoles ordinaires pour les « *sourds et aveugles* » en 1909. Ces enfants bénéficiaient donc d'une instruction dans des écoles dites spécialisées (14).

En parallèle, on assistait à l'essor du mouvement associatif qui animait la vie sociale, culturelle et sportive de la communauté sourde. En France, dans le sport on assista à la fondation du premier club omnisport nommé « club sportif des sourds-muets » à Paris, en 1911 et l'organisation des premiers jeux olympiques des sourds à Paris, en 1924. Au niveau culturel, l'International Visual Théâtre, centre socioculturel des Sourds est créé, au château de Vincennes en 1976.

Dans les années 60 on assiste à un bouleversement du paysage de la surdité par la création de l'implant cochléaire et l'apparition d'un nouveau terme « malentendant » pour désigner les personnes sourdes (15). Il s'agissait d'une nouvelle étape : la médicalisation de la surdité (16)(17).

Ce n'est qu'à partir de 2005 que la Langue des Signes Française (LSF) a été enfin reconnue dans le JORF comme langue officielle : « La langue des signes française est reconnue comme une langue à part entière. Tout élève concerné doit pouvoir recevoir un enseignement de la langue des signes française. (...) Elle peut être choisie comme épreuve optionnelle aux examens et concours, y compris ceux de la formation professionnelle. Sa diffusion dans l'administration est facilitée. » (18).

On peut en conclure que la condition des personnes présentant un HA avant l'apprentissage de la parole a oscillé entre périodes d'inclusion et d'exclusion au fil du temps. Cela explique pourquoi la population sourde se reconnaît comme une communauté à part entière avec sa propre culture et sa propre langue aujourd'hui.

Celle-ci évolue réellement depuis le début du 21^{ème} siècle par l'amélioration des connaissances sur les déficiences auditives, les différentes classifications et les divers moyens de communications.

I.2 Le handicap auditif chez l'enfant

Afin de comprendre aux mieux les différentes déficiences auditives, nous allons rappeler les différentes composantes de l'anatomie de l'oreille.

I.2.1 Rappels anatomiques de l'oreille

L'oreille, aussi appelée organe vestibulo-cochléaire correspond à l'organe de l'audition et de l'équilibre. Elle comprend trois parties (19) :

L'oreille externe : permet de recueillir les ondes sonores grâce au pavillon de l'oreille et de les diriger par le conduit auditif au tympan, qui se situe en amont de l'oreille moyenne.

L'oreille moyenne : constitue l'appareil de transmission et d'adaptation aux vibrations sonores. En effet, les trois osselets qui sont unis par des articulations et mobilisés par des muscles vont vibrer sous l'action du tympan et transmettre l'information à l'oreille interne.

L'oreille interne : est composée de la cochlée (organe de l'audition) et du vestibule (organe de l'équilibre). Sa fonction est de transformer des vibrations acoustiques provenant de l'oreille moyenne en signaux électriques. Ces derniers sont ensuite transmis par des fibres nerveuses (nerf auditif) au cerveau qui les traduit en sons.

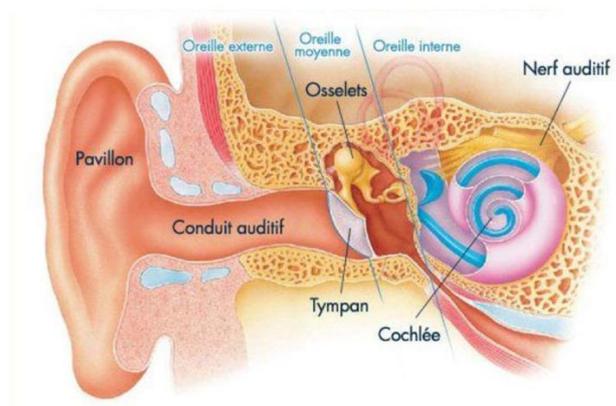


Figure 1 : Anatomie de l'oreille (20)

I.2.2 Mode de classification des surdités

Le handicap auditif a de multiples facettes. Il est décrit en fonction de la localisation anatomique de l'atteinte, du caractère uni- ou bi-latéral, de l'importance de la surdité, de l'âge d'apparition, de la date d'acquisition du langage mais également du mode de communication (LSF, oralisation, LPC) (21).

Selon la localisation anatomique de l'atteinte (22) :

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

D'une part, la surdité de transmission, qui est la plus fréquente chez l'enfant dont la première cause est l'otite sérumuqueuse.

Celle-ci provient de l'atteinte de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne, qui entraîne une conduction anormale des vibrations acoustiques. Elle induit une déficience légère à moyenne, ne dépassant pas 60 dB de perte audiométrique.

D'autre part, la surdité de perception, due dans 80 % des cas à des causes génétiques (1^{ère} cause CytoMégaloVirus). Celle-ci est liée à des pathologies de l'oreille interne ou d'une déficience des voies et centres nerveux, qui entraînent une perturbation au niveau de la transformation des vibrations en activité nerveuse.

Parfois, il arrive que ces deux types de surdités soient combinés, on parle dans ce cas de surdité dite mixte.

Selon le caractère uni- ou bi-latéral :

Pour les enfants atteints de surdité unilatérale, nous ne constatons que peu de conséquences sur le développement du langage et sur la communication.

En revanche, pour les enfants atteints de surdité bilatérale, les conséquences sur le développement du langage et de la communication seront plus ou moins importantes selon le degré de perte auditive.

Selon l'importance de la surdité :

La classification proposée est celle du **Bureau International d'Audio-Phonologie (BIAP)** (23).

D'après les données du BIAP, une perte tonale moyenne est calculée à partir de la perte en décibels (dB) aux fréquences 500 Hz, 1 000 Hz, 2 000 Hz et 4 000 Hz. Toute fréquence non perçue est notée à 120 dB de perte. Leur somme est divisée par 4, arrondie à l'unité supérieure. En cas de surdité asymétrique, le niveau moyen de perte en dB est multiplié par 7 pour la meilleure oreille et par 3 pour la plus mauvaise oreille. La somme des pertes pour les 2 oreilles est divisée par 10.

	Définition	Conséquences
Audition normale ou subnormale	La perte tonale moyenne ne dépasse pas 20dB.	Il n'y a pas d'incidence sociale
Déficience auditive légère	La perte tonale moyenne est comprise entre 21 dB et 40 dB.	La parole est perçue à voix normale mais plus difficilement à voix basse ou lointaine. La plupart des bruits familiers sont perçus.
Déficience auditive moyenne	<u>Premier degré</u> : la perte tonale moyenne est comprise entre 41 et 55 dB. <u>Deuxième degré</u> : la perte tonale moyenne est comprise entre 56 et 70 dB.	La parole est perçue si on élève la voix. Le sujet comprend mieux en regardant parler. Quelques bruits familiers sont encore perçus.
Déficience auditive sévère	<u>Premier degré</u> : la perte tonale moyenne est comprise entre 71 et 80 dB. <u>Deuxième degré</u> : la perte tonale moyenne est comprise entre 81 et 90 dB.	La parole est perçue à voix forte près de l'oreille. Les bruits forts sont perçus.
Déficience auditive profonde	<u>Premier degré</u> : la perte tonale moyenne est comprise entre 91 et 100 dB. <u>Deuxième degré</u> : la perte tonale moyenne est comprise entre 101 et 110 dB. <u>Troisième degré</u> : la perte tonale moyenne est comprise entre 111 et 119 dB.	Aucune perception de la parole et seuls les bruits très puissants sont perçus.
Déficience auditive totale - cophose	La perte moyenne est de 120 dB.	Aucune perception.

Figure 2 : Classification audiométrique des déficiences auditives (23)

Selon la date d'apparition de la surdité :

- Surdités prénatales ou anténatales : surdités acquises avant 22 semaines d'aménorrhée.
- Surdités périnatales : surdités développées entre 22 semaines d'aménorrhée et 8 jours de vie.
- Surdités postnatales : surdités acquises après 8 jours de vie.

Selon la date d'acquisition du langage :

- Surdités prélinguales : apparaissent avant la période d'acquisition du langage (avant 2 ans) et aura donc plus de retentissement sur le développement langagier.
- Surdités périlinguales : apparaissent en cours d'acquisition du langage (entre 2 et 4 ans)
- Surdités postlinguales : apparaissent après la période d'acquisition du langage (après 4 ans)

I.3 Les différents moyens utilisés pour communiquer avec un enfant en situation de handicap auditif lors d'un rendez-vous d'odontologie

Les personnes en situation de HA ont des profils très variés. En effet, il existe de nombreuses méthodes pour communiquer. Le choix de la méthode est fonction de leur situation, du degré de surdité, d'un éventuel appareillage (prothèse auditive ou implant cochléaire) et de leur histoire personnelle. Il est de notre devoir de trouver le moyen le plus adapté pour se faire comprendre.

Nous allons énoncer dans cette partie les différents moyens de communications utilisés par une personne en situation de HA. Chaque moyen n'est pas exclusif, et peut s'additionner à un autre le plus souvent pour permettre échange (24)(25).

-L'oralisation : surtout utilisée quand la LSF était interdite suite au Congrès de Milan ; Il s'agit d'une méthode de communication très compliquée à apprendre pour la personne sourde ; on parle d'oralisation lorsque la personne sourde s'exprime verbalement car n'ayant pas entendu de son, elle ne peut pas « parler ».

-La lecture labiale : On peut aussi parler de lecture bucco-faciale. En effet, il s'agit de la perception de l'ensemble des mouvements de la bouche et des lèvres qui permet de reconnaître visuellement les sons de la parole mais on prend également en compte les mimiques, les regards et les gestes naturels qui accompagnent le message et donnent des indications sur le sens.

Cette méthode demande beaucoup d'efforts et demeure source de confusion, parce qu'un certain nombre de mouvements labiaux sont identiques.

Seul 30-40% sont visibles lors de la langue parlée, alors que 70% des sons évoquent des mouvements similaires sur les lèvres.

-La Langue des Signes Française (LSF) : C'est une langue basée sur le canal de communication visuo-spatial. En effet, on utilise la vision pour la réception de l'information et la gestualité pour l'émission de l'information.

Il s'agit d'une véritable langue à part entière, reconnue comme telle depuis la loi du 11 février 2005 (26). Elle permet à l'enfant comme à l'adulte d'exprimer sa pensée dans une forme structurée.

La LSF a sa propre syntaxe. Chaque signe est construit par la combinaison de 5 paramètres :

- La forme de la main (configuration)
- L'emplacement de la main
- L'orientation de la paume
- L'expression du visage
- Le mouvement de la main

Le temps de l'action s'exprime horizontalement par les signes (27) :

- Le présent s'indique directement près du corps
- Le futur s'annonce devant le corps avant de faire les signes
- Le passé s'annonce derrière le corps avant de faire les signes



Figure 3 : L'alphabet dactylogologique de la Langue des signes française (27)

-Langue Parlée Complétée (LPC) : Elle est née du « Cued Speech » aux Etats-Unis et a été adaptée à la langue française.

Il s'agit d'un système phonétique visuel qui vient compléter la lecture labiale en donnant une position de main pour chaque voyelle (5 configurations possibles autour du visage) et une forme de main pour chaque consonne (8 configurations de mains possibles), ce qui permet de différencier les syllabes.

En effet, ce système a été élaboré pour permettre à l'enfant en situation de HA de visualiser la langue parlée afin d'améliorer la compréhension de la lecture bucco-faciale et d'en éliminer toutes les ambiguïtés dues aux sosies labiaux. Il est essentiellement utilisé pour les patients appareillés ou les devenus sourds.

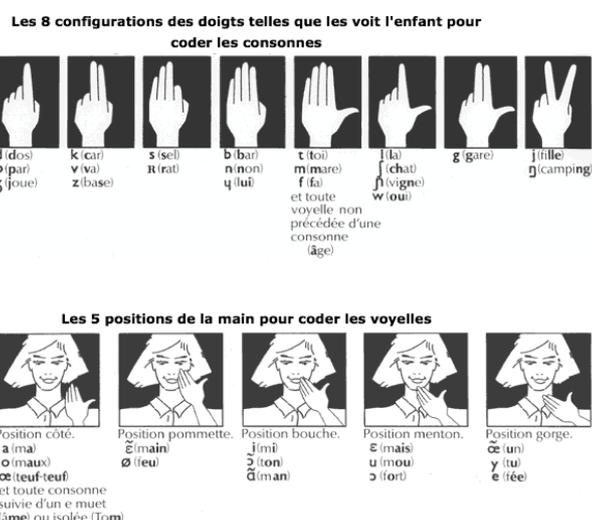


Figure 4 : Langue française Parlée Complétée (28)

-Le Français écrit : Les personnes en situation de HA rencontrent beaucoup de difficultés à apprendre à lire et à écrire. En effet, environ 60 % à 80 % des sourds ne maîtrisent pas la langue écrite. Ces difficultés sont dues à des causes variées telles que la perception auditive, le contexte éducatif, familial, social... (29)

-Les Pictogrammes : Il s'agit d'un dessin figuratif ou symbolique reproduisant le contenu d'un message sans se référer à sa forme linguistique (30).

Les modes de communication avec les personnes en situation de HA ont évolué au fil du temps. Notre étude a pour objectif de comprendre les pratiques des chirurgiens-dentistes ayant pris en soin des enfants en situation de HA. Pour cela, un questionnaire a été établi.

Partie II : Enquête sur les pratiques de soins sur les enfants en situation de handicap auditif

II.1 Introduction

L'objectif de ce travail de thèse est de faire un état des lieux sur les pratiques des chirurgiens-dentistes lors des soins sur les enfants en situation de HA. Une enquête en ligne a été réalisée en France afin de jauger les pratiques chez les jeunes patients en situation de HA concernant la communication et les soins.

II.2 Matériels et méthode

II.2.1 Choix des modalités de l'enquête

Il s'agissait d'une enquête transversale en ligne par questionnaire anonyme auto-administré dont l'objectif était de recueillir les pratiques lors de la prise en soin par les chirurgiens-dentistes, d'enfant en situation de handicap auditif.

Le questionnaire était précédé d'un message explicatif précisant qu'il était totalement anonyme et les réponses aux questions étaient strictement confidentielles.

Le questionnaire garantissait donc le principe de protection des personnes.

II.2.1.a Échantillon cible

L'enquête était destinée à l'ensemble des praticiens exerçant l'odontologie pédiatrique en tant qu'omnipraticiens ou en exercice exclusif mais également étendu aux orthodontistes, chirurgiens oraux et médecins bucco-dentaires.

La population interrogée était un échantillon des praticiens exerçant sur le territoire Français, aussi bien en exercice libéral que salarié en milieu public ou privé.

Le choix de cet échantillon permet d'avoir une vision globale des pratiques et des stratégies thérapeutiques face à cette déficience sensorielle.

II.2.1.b Le questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire semi-ouvert, comportant à la fois des questions à choix multiples avec possibilité d'ouverture de réponses, des questions fermées et des questions ouvertes, pour que le répondant puisse mettre un commentaire personnel.

Ce questionnaire comportait un branchement conditionnel, avec un parcours personnalisé en fonction de la réponse choisie par l'utilisateur.

La partie commune comprenait 6 questions fermées à choix unique. Le questionnaire se divisait ensuite en deux parties :

Si le praticien n'avait jamais pris en soin un enfant en situation de handicap auditif, une question à choix multiple s'affichait, avec possibilité de mettre un commentaire personnel.

Par ailleurs, si le praticien avait déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif, deux questions à choix unique, deux questions à choix multiples et une question suivie d'une zone de texte pour pouvoir y répondre.

II.2.1.c Mode de diffusion

Le questionnaire a été réalisé à l'aide du logiciel LimeSurvey® puis diffusé sur les réseaux sociaux Facebook® et WhatsApp® aux groupes fermés professionnels. Sur Facebook, nous avons utilisé les groupes :

- « Dentistes de France », qui compte 26 644 membres, omnipraticiens.
- « Pédiodontistes de France » qui compte 1 818 membres pédiodontistes exclusifs ou omnipraticiens s'intéressant à l'odontologie pédiatrique.

Les avantages de ce mode de diffusion étaient la collecte de données plus rapide, la facilité à saisir les réponses sur l'interface, le coût (nul) et la protection des données. Les inconvénients de ce mode de diffusion sont le biais d'échantillonnage et la mise à jour constante de nouvelles informations sur la page où le questionnaire a été publié. Sur WhatsApp®, nous avons utilisé le groupe « dentistes soins spé » composé de 50 membres.

Le logiciel LimeSurvey®, nous a permis d'exporter les données vers un tableur Excel, pour une utilisation ultérieure avec un logiciel de statistique. Il s'agit d'une enquête ouverte, dans laquelle chaque personne appartenant au groupe pouvait y répondre.

Aucun cookie ou IPP n'a été conservé, ce qui signifie que l'on ne peut pas identifier si une même personne a répondu deux fois au questionnaire. Aussi, un même praticien pouvait appartenir aux différents groupes, il a donc été précisé dans l'énoncé que si le praticien avait déjà participé à l'enquête il n'était pas utile de répondre à nouveau.

II.2.1.d Choix des questions

Notre travail porte sur les pratiques de la prise en soin d'un enfant vivant en situation de handicap auditif dans le cadre de l'odontologie.

La conception du questionnaire a nécessité une réflexion, menée au préalable, appuyée par des éléments de la littérature mais également par des entretiens informels, réalisés après des soins courants à l'hôpital auprès de parents d'enfants en situation d'HA pour connaître les difficultés rencontrées ; notamment, en termes de communication et d'accès aux soins.

Le questionnaire comprenait une partie commune permettant de comprendre le profil des praticiens.

Il a été décidé de différencier le questionnaire pour les praticiens ayant déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif par opposition à ceux qui n'en avaient jamais pris en soin. Cette distinction avait été réalisée à la fin du premier volet, donnant accès à une suite de questions correspondant à la pratique du participant.

Le questionnaire se composait de 2 volets dans le cas où la personne n'avait jamais pris en soin un enfant en situation d'HA ou 3 volets dans le cas contraire.

- Le premier volet était dédié aux caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des praticiens. Cinq questions portaient sur les caractéristiques de la population : sexe, année de naissance, spécialité, type d'exercice (libéral ou non), la région d'exercice et la faculté d'obtention du diplôme. La dernière question du premier volet conditionnait la suite du questionnaire, elle portait sur l'expérience de la prise en soin d'un enfant en situation de handicap auditif.

- Le deuxième volet concernait les pratiques des praticiens à prendre en soin un enfant en situation de HA lors de la première consultation ainsi que les difficultés éventuelles. Cette section comportait 4 questions afin d'évaluer la fréquence à laquelle les praticiens étaient confrontés à cette situation, les difficultés rencontrées mais également de savoir comment les praticiens appréhendent la première séance.
- Le troisième volet ne concernait que les praticiens ayant déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif. Cette section était composée d'une vignette clinique, et avait pour but d'évaluer les supports utilisés pour communiquer les différents éléments de l'information à transmettre à l'enfant.
- Le quatrième volet était dédié seulement aux praticiens qui n'avaient jamais pris en soin un enfant en situation de handicap auditif. Cette section comportait une question semi-ouverte et une question ouverte, laissant place aux commentaires personnels pour comprendre quelle était la raison de non prise en soin de ces enfants.

II.2.2 Pilotage du questionnaire

Nous avons réalisé une phase test par un questionnaire pilote, qui a été testé du 8 février 2022 au 7 mars 2022 auprès de 9 praticiens (omnipraticiens, pédodontistes exclusif et orthodontistes) ayant reçu le lien du questionnaire en ligne par mail avant une diffusion plus large du questionnaire.

Ce pilotage a eu pour but de vérifier :

- La clarté des questions posées (en termes de compréhension)
- La pertinence du contenu
- La facilité à saisir les réponses dans l'interface

Les répondants à cette étude pilote pouvaient proposer des modifications ou des reformulations visant à améliorer le questionnaire.

L'analyse de cette phase nous a permis de changer la formulation de l'introduction. En effet, dans la première phrase, nous avons employé le mot « frein », celui-ci n'étant pas totalement adapté nous avons réalisé une modification.

« Le but de ce questionnaire est d'enquêter sur les freins rencontrés par les chirurgiens-dentistes lors de la réalisation des soins dentaires chez les enfants en situation de handicap auditif en France et les différentes approches utilisées. »

Celle-ci a été remplacée par : « Le but de ce questionnaire est d'enquêter sur les pratiques utilisées par les chirurgiens-dentistes lors de la réalisation des soins dentaires chez les enfants en situation de handicap auditif en France. »

Par ailleurs, la question : « comment informez-vous l'enfant concernant les soins qui l'attendent ? » a été modifiée. En effet, la modalité de réponse « modèle pédagogique de mâchoire dentaire » a été ajoutée.

Ce questionnaire nous a également permis d'estimer le temps de remplissage. Celui-ci est sensiblement compris dans un intervalle de 5 à 7 minutes.

II.2.3 Validation de la version finale et diffusion du questionnaire

L'objectif était de diffuser le plus largement possible notre questionnaire aux praticiens exerçant l'odontologie pédiatrique sur le territoire français.

Pour cela, le recrutement a été opéré en sollicitant différents réseaux sociaux et des associations tels que le Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique et des enseignants à la Faculté d'Odontologie de Marseille du 8 mars 2022 au 22 avril 2022.

Le questionnaire réalisé à l'aide du logiciel LimeSurvey® a été rendu disponible via un lien internet accompagné d'un message expliquant l'objectif de la recherche et la présence de l'URL donnant un accès direct au questionnaire.

Sans aucun accès à la liste des praticiens sollicités pour cette étude, l'anonymat des participants a été préservé.

De plus, les répondants au questionnaire pilote ne devaient pas répondre au questionnaire final.

II.2.4 Recueil des données

Pour l'élaboration du questionnaire et son administration, nous avons utilisé l'application *LimeSurvey*® (logiciel dédié à la création de questionnaires en ligne et de pouvoir exporter les réponses pour pouvoir les analyser par la suite).

Cet outil permet de réaliser des questionnaires de manière personnalisée avec un large choix de types d'items (questions à choix unique, questions à choix multiples, questions ouvertes et question à choix multiples avec entrées numériques). Par ailleurs, LimeSurvey® offre la possibilité d'introduire un filtre conditionnel.

Les données ont été exportées dans une feuille de calcul Excel pour un traitement ultérieur avec un logiciel de statistiques.

II.3 Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS® (V9.4. SAS Institute Inc., Carry, NC, USA) par un ingénieur en statistiques (B.SS). Pour tous les tests effectués, le seuil de significativité a été fixé à 5%.

En ce qui concerne les statistiques descriptives, les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur pourcentage (n, %). Les variables quantitatives ont été décrites par leur effectif, les valeurs extrêmes, leur moyenne assortie de l'écart-type et leur médiane assortie de l'intervalle interquartile.

L'association entre les deux variables qualitatives a été évaluée à l'aide du test d'indépendance du Chi-deux ou du test exact de Fisher lorsque les conditions d'application du test d'indépendance du Chi-deux n'étaient pas vérifiées (effectifs théoriques inférieurs à 5). Le test non paramétrique de la somme des rangs de Wilcoxon (respectivement le test de Kruskal-Wallis) a été mis en œuvre afin de comparer la distribution d'une variable quantitative suivant une variable qualitative binaire (respectivement qualitative avec plus de deux modalités strictement).

La corrélation entre deux variables quantitatives a été testée à l'aide du test des corrélations des rangs de Spearman.

En ce qui concerne les champs libres, nous avons analysé le contenu des réponses sous forme de différentes thématiques.

II.4 Caractéristiques de l'échantillon étudié

II.4.1 Profils sociodémographiques et professionnelles

Au total, 89 questionnaires ont été recueillis. 17 d'entre eux ont été exclus de l'étude car le questionnaire n'avait pas été rempli en totalité.

Les professionnels de santé interrogés étaient majoritairement des femmes (83,3%). L'âge des participants variait de 24 ans à 69 ans, avec une moyenne âge de 38,4 ans (écart type = 10,4). Ils se répartissaient entre divers cadres d'exercice, la plupart étant en libéral (45,1%) ou salariés au sein d'un hôpital (31%). Cet échantillon était constitué de la moitié des praticiens exerçant l'odontologie pédiatrique en exercice exclusif (50%) (Tableau 1).

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Genre		
Homme	11	15,3
Femme	60	83,3
Sexe neutre	1	1,4
Âge		
< 30	12	16,7
Entre 30 et 39 ans	33	45,8
Entre 40 et 49 ans	14	19,5
> 50 ans	13	18,1
Spécialité		
Autre spécialité : ODF, chirurgie orale, médecine bucco-dentaire	10	13,9
En exercice exclusif	36	50,0
En tant qu'omnipraticien	26	36,1
Type d'exercice		
Exercice libéral (cabinet privé)	32	45,1
Exercice mixte (salarié et libéral)	12	16,9
Exercice salarié au sein d'un hôpital	23	32,4
Exercice salarié au sein d'une structure privée (mutuelle, centre dentaire)	4	5,63

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles de la population étudiée (n = 72)

On constate à travers cette carte le pourcentage des répondants. En effet, 17 des répondants pratiquent dans la région Provence-Alpes-Côte d'azur, 12 pratiquent en Île-de-France contre seulement 1 répondant en Corse, Bourgogne-Franche-Comté, Guyane, Centre-Val de Loire, Martinique (Tableau 2).

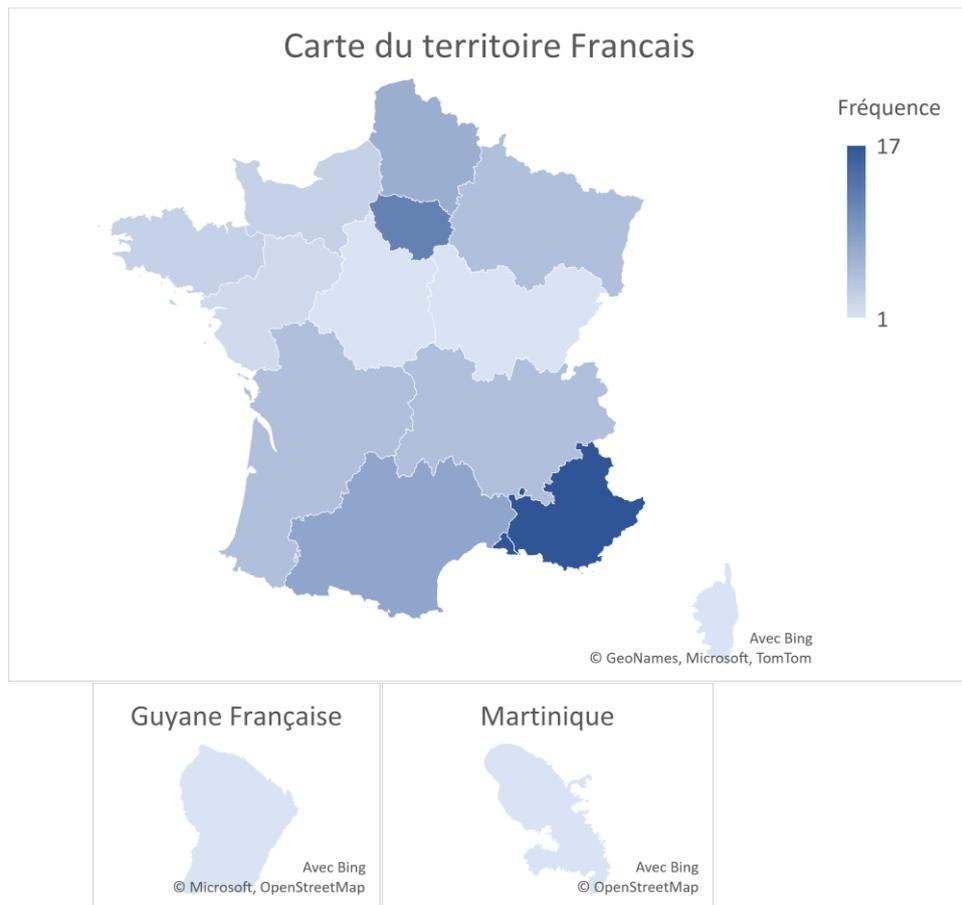


Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée (n = 72)

II.4.2 À propos de l'enfant vivant en situation de handicap auditif

Nous avons interrogé les praticiens sur la prise en soin d'un enfant en situation de HA, pour connaître le pourcentage de praticien ayant été confronté à cette situation et ainsi de pouvoir adapter la deuxième partie du questionnaire.

Plus de la moitié des praticiens interrogés (73,6 %) déclaraient qu'ils avaient déjà pris en soin un enfant en situation de HA (Tableau 3).

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Non	19	26,4
Oui	53	73,6

Tableau 3 : Répartition des praticiens selon la prise en soin d'un enfant en situation de handicap auditif (n = 72)

II.4.3 Praticiens ayant déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif

Parmi les praticiens ayant déjà pris en soin un enfant en situation d'HA, seulement 6 praticiens estimaient prendre en soin un enfant en situation d'HA plus d'une fois par mois (Tableau 4).

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Très élevée (1 fois par semaine ou plus)	2	3,8
Élevée (Plus d'une fois par mois)	4	7,5
Moyenne (Par exemple, de manière trimestrielle)	23	43,4
Faible (Moins d'une fois par an)	24	45,3

Tableau 4 : Fréquence de prise en soin d'un enfant en situation de handicap auditif (n=53)

Les praticiens avaient ensuite été interrogés sur l'évaluation des difficultés lors de la prise en soin. Seulement 18 avaient estimé qu'ils n'avaient rencontré aucune difficulté particulière. En revanche, les 54 praticiens restants avaient déclaré avoir déjà été confrontés à au moins une difficulté (Figure 4).

Parmi les 40 praticiens ayant déjà rencontré une difficulté, 12 praticiens déclaraient avoir rencontré 1 difficulté, 10 praticiens déclaraient avoir rencontré 2 difficultés et 10 praticiens déclaraient en avoir rencontré 3 lors de la prise en soin. On constate que 32 des praticiens déclaraient avoir rencontré entre 1 à 3 difficultés. Le nombre de difficultés rencontrées variait entre 1 et 5 avec une moyenne égale à 2,42 (écart-type égal à 1,25) (Figure 5).

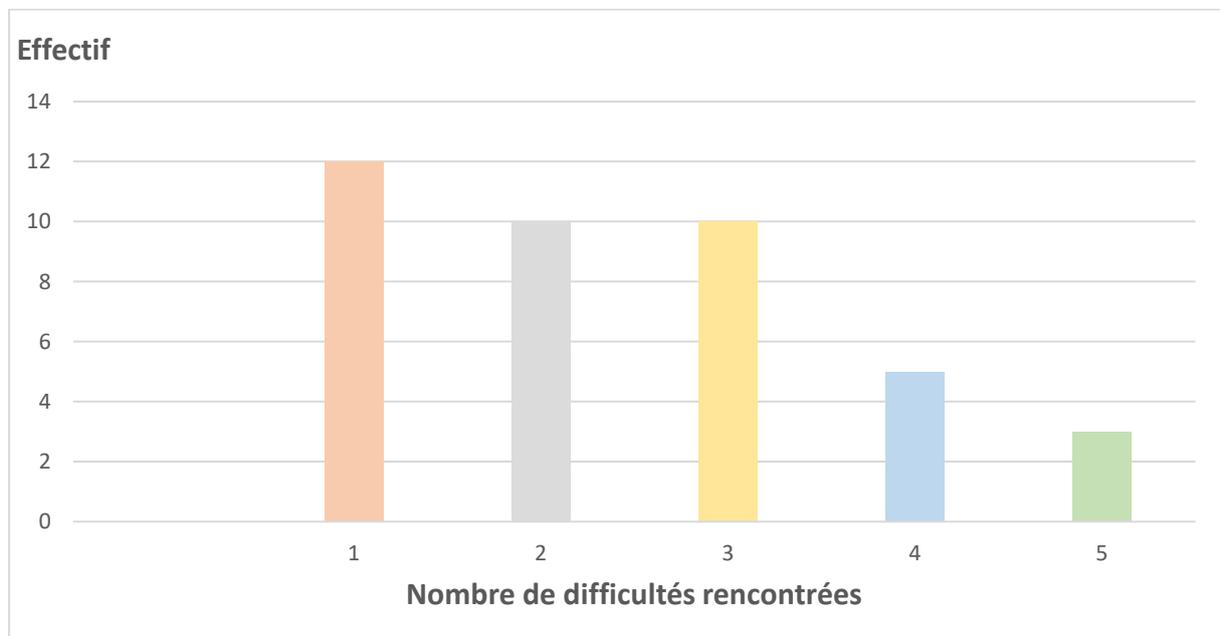


Figure 5 : Diagramme représentant le nombre de difficultés rencontrées par les 40 praticiens lors de la prise en soin des patients en situation de HA (n=40)

On remarque que parmi ces 40 praticiens, les deux tiers ont rencontré plus d'une difficulté. Les praticiens ont été interrogés sur les difficultés rencontrées lors de la prise en soin des patients en situation de HA. Le questionnaire comprenait une liste des potentielles difficultés rencontrées ainsi qu'un champ libre pour expliquer leurs réponses (figure 6).

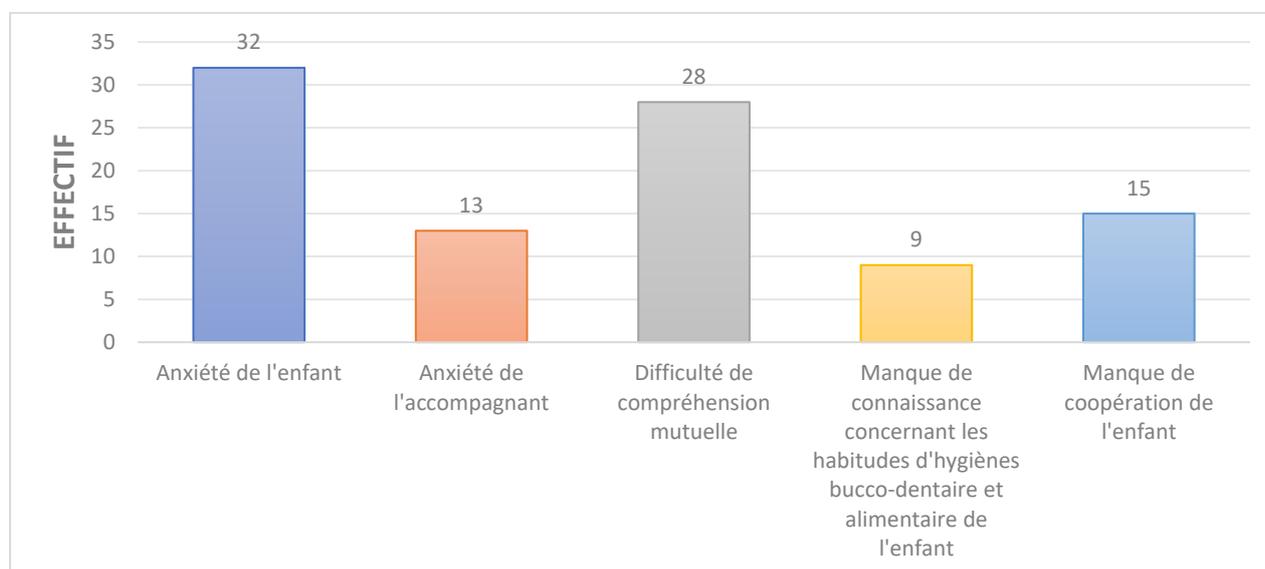


Figure 6 : Pourcentage de praticiens déclarant avoir rencontré des difficultés lors de la prise en soin d'un enfant en situation de HA parmi les 5 propositions. (n = 40)

Parmi les 40 praticiens déclarant avoir rencontré au moins une difficulté, 32 d'entre eux ont mentionné l'anxiété de l'enfant, 28 d'entre eux une difficulté de compréhension mutuelle, 15 d'entre eux un manque de coopération de l'enfant, 13 praticiens ont déclaré avoir été confronté à une l'anxiété de la part de l'accompagnant et 9 évoquaient un manque de connaissance concernant les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaires de l'enfant (Figure 6).

Pour mieux comprendre la première séance réalisée par le praticien, nous les avons interrogés sur la prise en soin lors de ce rendez-vous. On constate que 44 participants déclaraient qu'ils ne réalisaient jamais ou rarement (moins de 4 patients sur 10) les soins lors de la première séance (Tableau 5).

	Fréquence (n)	Pourcentage
Jamais ou rarement (<4 patients sur 10)	44	84,6
Souvent ou Toujours (de 4 à 10 patients sur 10)	8	15,4

Tableau 5 : Pourcentage de praticiens réalisant les soins lors du premier rendez-vous, hors urgence dentaire. (n=53)

Afin de mieux comprendre la première séance des 44 praticiens ne réalisant pas les soins lors de la première séance, une question à champ libre leur a été posée. On souhaitait connaître selon eux les objectifs principaux de la première séance. Après l'analyse de l'ensemble des réponses sous forme de différentes thématiques, nous avons pu mettre en évidence 3 thèmes.

Nous avons testé si certains mots étaient plus fréquemment employés que d'autres. Le mot « confiance » a été utilisé dans 21 réponses. De plus, si on prenait également en compte le mot « connaître » l'effectif s'élevait à 30.

L'ensemble des réponses montrait qu'il s'agissait d'une séance pour apprendre à se connaître mutuellement mais également de connaître les habitudes alimentaires ainsi que l'hygiène bucco-dentaire afin de prodiguer des conseils de prévention adaptés. Cette première séance permettant d'élaborer un plan de traitement afin que l'enfant soit conscient des soins envisagés et qu'il soit préparé pour espérer obtenir une bonne coopération (Figure 7).



Figure 7 : Principaux thèmes mis en évidence par les répondants en lien avec les objectifs d'une première séance

On constate que les praticiens ayant déjà pris un enfant en situation de HA utilisaient au minimum 1 support d'information, au maximum 9 supports d'information pour communiquer avec l'enfant avec un mode égal à 4 et une moyenne égale à 4,3 avec un écart-type de 1,8. (Figure 8)

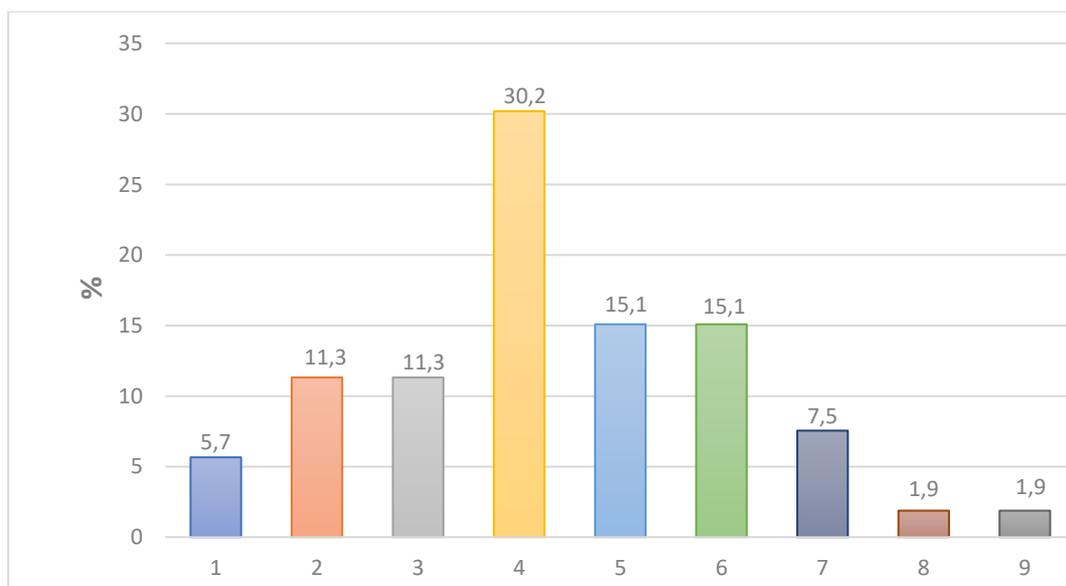


Figure 8 : Répartition des praticiens en fonction du nombre de supports utilisés (n = 53)

D'une part, nous avons cherché à comparer s'il existait une différence significative entre le nombre de supports utilisés et la fréquence de prise en soin d'un enfant en situation de handicap auditif en 3 classes : *faible* (moins d'une fois par an), *moyenne* (par exemple, de manière trimestrielle) et *élevée* ou très élevée (plus d'une fois par mois).

Pour cela, nous avons utilisé le test non paramétrique de Kruskal-Wallis. Aucune différence significative n'a été mise en évidence ($p = 0,200$).

D'autre part, nous avons également cherché à comparer s'il existait une différence significative entre le nombre de supports utilisés selon la spécialité. Les spécialités avaient été préalablement regroupées en 2 classes, celle des praticiens exerçant en tant qu'omnipraticiens et autres spécialités et celle des praticiens ayant un exercice exclusif. Pour cela, nous avons utilisé le test de la somme des rangs de Wilcoxon : Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre le nombre de supports utilisés pour informer selon la spécialité en 2 classes. ($p = 0,993$)

Nous avons interrogé les praticiens sur les différents supports utilisés pour communiquer lors de la prise en soin avec un enfant en situation de HA. On remarque que 43 des praticiens utilisaient la gestuelle, 32 préféraient s'adresser au tuteur de l'enfant en situation de HA, 27 utilisaient un langage verbal adapté, 26 réalisaient la traduction par un tiers. On remarque que seulement 22 utilisaient des objets transitionnels pour communiquer et 19 un modèle pédagogique de mâchoire dentaire pour expliquer à l'enfant (Figure 9).

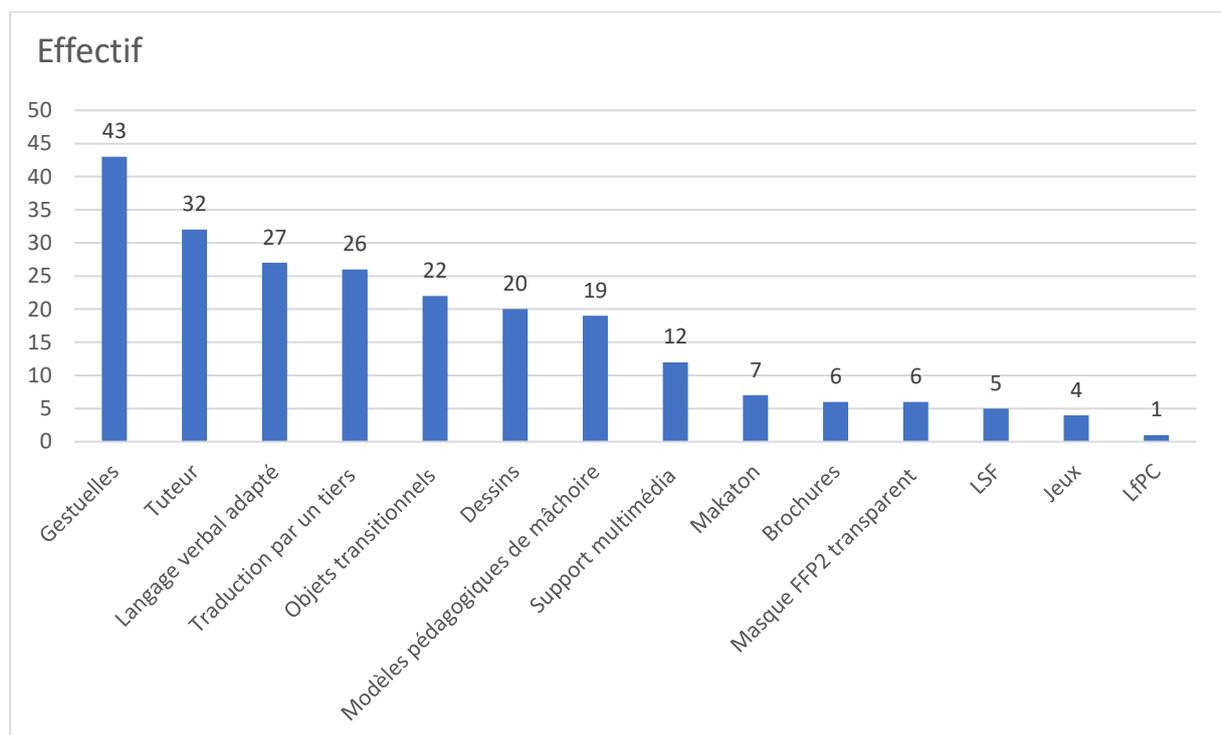


Figure 9 : Nombre de praticiens ayant déjà pris en soin un enfant en situation de HA déclarant utiliser chaque type de support pour informer l'enfant. (n=53)

II.4.5 Praticiens n'ayant jamais pris en soin un enfant en situation de handicap auditif

Lorsque le praticien avait répondu qu'il n'avait jamais pris en soin un enfant en situation de handicap auditif, la suite du questionnaire était adaptée à cette réponse.

Dix-neuf praticiens avaient déclaré n'avoir jamais pris en soin un enfant en situation de HA. Cette partie du questionnaire visait donc à connaître la ou les raisons pouvant expliquer cette non prise en soin. Plusieurs hypothèses leur étaient proposées avec la possibilité de cocher une ou plusieurs cases.

Les 19 praticiens avaient estimé qu'il s'agissait d'une « simple coïncidence », aucune autre proposition n'a été cochée. Une autre question facultative à champ libre leur était proposée pour écrire un message personnel sur le questionnaire ou sur la question de non prise en soin, mais aucun praticien n'y a répondu.

II.5 Discussion

II.5.1 Représentativité de la population étudiée

Sur les 72 participants, l'âge moyen des praticiens interrogés était de 38,4 ans, ce qui est en dessous de la moyenne d'âge des praticiens exerçant en France en 2021 qui était de 45,8 ans (31).

On peut expliquer ce résultat par le mode de diffusion du questionnaire. En effet, il a été relayé majoritairement via le réseau social Facebook, dont 57 % de ses utilisateurs ont entre 18 et 34 ans. Parmi ces 57%, 32% correspondent à la tranche d'âge 25-34 ans. Le réseau social WhatsApp® a également été utilisé, celui-ci cible des utilisateurs entre 18 et 34 ans (32).

De plus, les 72 répondants ne correspondent qu'à 0,2 % des chirurgiens-dentistes exerçant en France et dans les DOM TOM (43 968 situations du 30 juin 2022), ce qui n'est pas représentatif de la population. Cependant, nous avons essayé de cibler le réseau social de praticiens travaillant principalement avec les enfants, afin de maximiser la pertinence des réponses, via le groupe « Pédodontistes de France ».

D'autre part, les répondants étaient majoritairement des femmes (83,3%) ce qui ne correspond pas au taux constaté de féminisation actuel de la profession qui est de 48,2%.

Parmi ces résultats, 50% pratiquaient l'odontologie pédiatrique en exercice exclusif et il n'existe actuellement aucune donnée sur le recensement de l'âge et du sexe des pédodontistes en France. Ainsi, on peut supposer que les pédodontistes sont majoritairement des femmes.

Enfin, les praticiens exerçant en libéral ne correspondaient qu'à 45,1 % de nos répondants. Ce qui ne représente pas la proportion des praticiens libéraux au sein de la profession (83,80 % de libéraux en juin 2022 en France). La spécificité des soins d'odontologie pédiatrique pourrait expliquer cette particularité de l'échantillon étudié.

En ce qui concerne les pourcentages obtenus du nombre de praticiens dans les différentes régions, les résultats ne sont pas entièrement représentatifs.

En effet, 17 répondants (23,6 %) étaient situés dans la région PACA et 12 (16,7 %) dans la région île de France. D'après la cartographie du Territoire Français publiée en juin 2022 par l'ONCD, le pourcentage de praticiens exerçant en île de France représente 22 % contre 10,8% en région PACA.

De plus, l'étude a été réalisée à Marseille, ce qui doit être pris en compte dans le nombre de résultats provenant de la région PACA (33).

On constate que 73,6% des répondants ont déjà pris en soin un enfant en situation de HA. Ce pourcentage peut nous faire supposer que seules les personnes ayant un intérêt pour ce sujet ont participé à l'étude. En effet, les limites de notre étude sont marquées par le faible taux de réponses et le rafraîchissement constant sur les réseaux malgré les nombreuses relances réalisées pendant les deux mois.

II.5.2 Praticien ayant déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif

Concernant la fréquence des praticiens à prendre en soin un enfant en situation de HA, Il est étonnant de constater que parmi les praticiens ayant déjà pris en soin un enfant en situation de HA, 47 praticiens les prennent en soin de manière trimestrielle ou moins d'une fois par an ce qui est faible comparé au nombre de naissances d'enfants en situation de HA constaté chaque année. En France, d'après le ministère de la santé et de la prévention, un enfant sur mille naît sourd profond à la naissance (1).

Parmi ces praticiens, seulement un quart des praticiens n'avaient pas rencontré de difficulté particulière.

Nous nous sommes donc intéressés aux trois quart des praticiens qui avaient rencontré au moins une difficulté.

On constate que 32 praticiens déclaraient avoir été confrontés à une anxiété de la part de l'enfant. Il s'agit de l'un des principaux obstacles aux soins en odontologie, et plus particulièrement en pédiatrie. En effet, sur le plan épidémiologique, la prévalence de l'anxiété dentaire est considérable dans la population pédiatrique, touchant environ 10 à 20% des enfants et adolescents.

L'anxiété est définie comme un « sentiment de danger imminent indéterminé, s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi voire d'anéantissement » (34). De plus, celle-ci est en lien avec des facteurs personnels tel que l'âge, son handicap, les moyens de communications utilisés, son caractère, son état de santé bucco-dentaire ou encore ce que ses parents lui ont transmis (35).

Nous savons que plus l'enfant est jeune, plus il est anxieux, et plus le parent est anxieux (36).

De plus, les difficultés de communication rencontrés par l'enfant en situation de HA semblent engendrer chez eux, une certaine anxiété (37). Des moyens adaptés à l'enfant, à son âge et à son handicap doivent être mis à disposition pour réaliser au mieux la prise en soin de celui-ci (38)(39).

D'un point de vue déontologique (loi Kouchner, Convention Internationale des Droits de l'Enfant), Il importe de s'assurer en permanence de la compréhension et de l'assimilation des messages par l'enfant donc de mettre en place un programme d'accueil individualisé (40). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de faire appel à un assistant de communication en cas de handicap sensoriel (surdité) en dehors de toute altération cognitive (41)(42).

Il faut réussir à pallier cette anxiété et à instaurer un moyen de communication efficace avec l'enfant afin d'obtenir une meilleure coopération. Ainsi, on remarque que 15 répondants y avaient été confrontés.

De plus, en cas d'échec de soin, nous pouvons avoir recours à diverses techniques de sédations telles que la prémédication anxiolytique, l'utilisation du MEOPA (Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) ou encore l'anesthésie générale en complément des techniques psycho-comportementales. Le choix d'une de ces techniques doit être discuté en termes de bénéfices/risques pour l'enfant. Elle sera choisie en fonction du niveau de l'état physiologique du patient défini par l'American Society of Anesthésiologistes (ASA), des soins dentaires à réaliser, du respect de la déontologie et de l'éthique médicale (43).

On a pu constater que 13 praticiens ont rencontré des difficultés liées à l'anxiété provoquée par l'accompagnant. Considérant que le parent joue un rôle important dans le développement émotionnel et comportemental de son enfant, il va pouvoir nous aider à communiquer, distraire et comprendre l'enfant, et deviendra un partenaire lors des soins. Dans le cas de l'enfant en situation de HA, l'accompagnant peut s'avérer incontournable pour pouvoir communiquer et comprendre l'enfant. Lorsque les parents et l'enfant sont en confiance, suite à plusieurs séances de soins, l'enfant peut être progressivement séparés de ses parents lors du rendez-vous. Cela permettra à l'enfant d'augmenter son indépendance et de renforcer sa relation avec son praticien (44)(45)(46). Par ailleurs, 28 praticiens ont rencontré des difficultés dues à un problème de compréhension mutuelle. Selon le sociologue Bernard Mottez, il faut être au moins deux pour qu'on puisse commencer à parler de surdité. La surdité est un rapport, c'est une expérience nécessairement partagée (47). Cette situation est déstabilisante pour la personne entendante, puisque ses compétences communicatives sont remises en question et cela contribue à provoquer un sentiment d'impuissance (48).

De plus, 9 praticiens ont rencontré des difficultés dues à un manque de connaissance concernant les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaires de l'enfant. En effet, une étude a été menée auprès de 50 enfants en situation de HA.

Les résultats ont montré de nombreuses méconnaissances sur la cause de la carie dentaire, les effets nocifs des sucreries et autres aliments cariogènes par les enfants en situation de HA. En effet, ces résultats mettent en évidence un contraste avec les connaissances des enfants entendants (49).

Ces résultats nous laissent supposer qu'un manque d'informations des enfants en situation de HA pourrait être le résultat d'un défaut de communication. En effet, on peut prendre le cas du terme « carie » qui n'existe pas dans la LSF, ce terme est représenté par une « dent » « cassé ».

Pour mieux comprendre les difficultés rencontrées, nous avons cherché à connaître l'élaboration d'une première séance de soin et les moyens de communications utilisés.

Nous avons interrogé les praticiens sur l'organisation du premier rendez-vous, le premier contact lors de la prise en soin, afin de savoir si les praticiens réalisés les soins lors de cette séance. Nous avons pu constater 84,6 % des répondants ne pratiquaient jamais ou rarement les soins lors de la première séance. Pour ces répondants, un questionnaire supplémentaire leur a été soumis afin de connaître les objectifs de cette séance.

En effet, il s'agit d'une phase de découverte pour l'enfant, qui sera un élément clé pour la suite des soins. La consultation précoce permet d'établir une relation de confiance avec les parents et l'intégration de l'enfant dans le monde de la dentisterie.

Elle aura un retentissement positif non négligeable sur les relations ultérieures avec le monde de la dentisterie ainsi que sur la rigueur et la pérennité de ses habitudes d'hygiène bucco-dentaire. « Le temps passé à la mise en condition, à la prise en main du petit patient peut être parfois long, mais ce n'est jamais du temps perdu » (50).

Plusieurs éléments vont permettre de favoriser une attitude positive de l'enfant vis-à-vis des soins dentaires, notamment lors de la première consultation avec le praticien. Une communication adaptée ainsi que différentes approches psychologiques peuvent parfois même suffire à diminuer les appréhensions vis-à-vis des soins dentaires.

De plus, nous nous sommes intéressés à connaître le nombre et la nature des supports utilisés pour communiquer lors d'une séance en odontologie pédiatrique avec un enfant en situation de HA. La communication est un outil primordial dans l'établissement d'une relation entre l'enfant et le praticien. Cela permettra une meilleure coopération de la part de l'enfant, le bon déroulement du plan de traitement et le suivi des soins.

La plupart des répondants (94,3 %) avaient déclaré utiliser plus d'un support pour communiquer avec l'enfant, avec un mode égal à 4. Il s'agit de diversifier les supports pour améliorer la communication avec l'enfant afin de trouver une méthode privilégiée. Celle-ci peut également être trouvée en s'inspirant du mode de communication utilisé par l'enfant avec l'accompagnant.

Parmi ces résultats, 43 praticiens ont déclaré utiliser la gestuelle pour communiquer avec l'enfant. En effet, l'être humain acquiert dès son plus jeune âge des comportements non verbaux de communication qui évoluera en fonction de l'apprentissage de la parole ou d'un système linguistique plus élaboré. La gestuelle tel que le pointage, l'expression du visage seront complétés par d'autres outils de communications (51).

Un tiers des praticiens s'adressaient au tuteur pour communiquer ; en effet la présence de l'accompagnant est cruciale dans l'élaboration d'une relation avec l'enfant. Ce dernier pourra nous aider à améliorer la communication, à rassurer l'enfant et nous faire comprendre les attitudes de l'enfant dès la première séance. De plus, il s'agit d'une nécessité légale et éthique pour la prise de décision concernant les soins à apporter à l'enfant (3).

Nous avons pu également constater que 27 praticiens utilisaient un langage verbal adapté et 6 utilisaient un masque FFP2 transparent pour communiquer (52).

Lorsque l'enfant utilise la LSF ou la LfPC avec l'accompagnant, il est important de prendre cet élément en compte pour la relation qui va s'établir entre les 2 protagonistes bien que peu de praticiens ne sachent les pratiquer. En effet, seulement 5 praticiens appartenant à l'étude pratiquaient la LSF et seulement 1 praticien pratiquait la LfPC.

Par ailleurs, on a pu constater que presque 1/3 des praticiens réalisaient la traduction par un tiers. En effet, selon l'article 78 de la loi du 11 février 2005 : « Dans leurs relations avec les services publics, qu'ils soient gérés par l'État, les collectivités territoriales ou un organisme les représentant, ainsi que par des personnes privées chargées d'une mission de service public, les personnes sourdes et malentendantes bénéficient, à leur demande, d'une traduction simultanée écrite et visuelle de toute information orale ou sonore les concernant selon des modalités et un délai fixés par voie réglementaire » (53).

-L'utilisation d'un modèle pédagogique de mâchoire a été mentionnée par 19 répondants. Cela permet d'illustrer des explications données à l'enfant, et ainsi obtenir une appropriation des connaissances par imitation des gestes (par exemple pour des conseils d'hygiène bucco-dentaire, avec la technique de brossage) et une familiarisation avec le matériel (démonstration de l'utilisation de la sonde, du miroir et également une seringue air-eau sur le modèle)

-L'utilisation des dessins a été mentionnée par 20 participants comme vecteur de communication ; il s'agit d'un moyen permettant d'illustrer ses idées de façon visuelle plutôt que par de longues phrases. Cela permet une meilleure compréhension pour faire passer un message. De plus, le dessin est un procédé intéressant pour personnaliser la séance de soin (54).

-De plus, 12 des praticiens utilisent un support multimédia (smartphone ou tablette) comme vecteur de l'information. En effet, on peut prendre le cas de l'association CoActis santé dont la mission s'incarne dans 2 outils tels que SantéBD et Handiconnect.fr dédiés aux praticiens, aux patients et à leurs aidants (55). La plateforme SantéBD permet de décrire avec des dessins claires et des mots simples les différentes situations auxquelles l'enfant peut être confronté dans un cabinet dentaire (56).

On peut également s'aider des fiches conseils à destination du professionnel de santé tel que Handiconnect.fr (24).

-On constate que 4 des praticiens intègrent le jeu comme outil d'information ou bien 6 utilisent des brochures (trouvés dans le commerce ou personnalisés). En effet, certains organismes mettent à disposition des professionnels de santé des supports proposant des affiches et des brochures explicatives dont les praticiens peuvent se munir pour communiquer plus facilement avec l'enfant. On peut prendre le cas de l'association Sparadrap® avec le guide « je vais chez le dentiste » (57).

Notre étude soulevait une réflexion sur l'optimisation des moyens mis à disposition des praticiens en ce qui concerne la communication avec un enfant en situation de HA lors d'un rendez-vous en odontologie ; il se pourrait qu'ils soient peu adaptés en raison du nombre de difficultés mises en évidence. Il s'agit désormais de s'intéresser à une nouvelle approche permettant d'améliorer la discussion et de véhiculer l'information de façon adaptée entre le praticien, l'enfant et l'accompagnant.

Comme nous l'avons vu précédemment chaque patient est unique, donc requiert des outils supplémentaires afin d'améliorer les pratiques en termes de communication.

De plus, l'ensemble des moyens permettant d'optimiser la communication permettront à l'enfant en situation de HA de ne plus être considéré comme une personne en situation sociale de handicap. En effet, d'après la définition de l'OMS : « Le handicap n'est donc pas qu'un problème de santé. C'est un phénomène complexe, reflétant l'interaction entre les caractéristiques du corps d'une personne et celles de la société dans laquelle elle vit » (58).

Dès lors, les moyens seront mis en œuvre et l'on espère constater une évolution de la situation sociale de l'enfant en situation de HA.

II.5.3 Praticien n'ayant jamais pris en soin un enfant en situation de handicap auditif

On constate que les 19 praticiens n'ayant jamais pris en soin un enfant en situation de HA, avaient tous estimé qu'il s'agissait d'une simple coïncidence. De plus, 18 praticiens n'ayant jamais été confrontés à cette situation exerçaient dans des structures privées. Il semblerait que l'accessibilité des personnes en situation de handicap et l'aspect chronophage en cabinet libéral représente une problématique possible, c'est pourquoi les patients sont souvent directement adressés à l'hôpital (59). Dans la littérature, à l'heure actuelle il n'existe pas de résultat concernant l'évaluation de l'accès aux soins dentaires de ces personnes.

Cette étude nous a permis de constater qu'il existait des difficultés lors de la prise en soin d'un enfant en situation de HA notamment dû à un très faible pourcentage de praticiens utilisant la LSF. Pour pallier ce problème, nous avons choisi d'élaborer deux outils pédagogiques afin d'améliorer la communication et renforcer la relation patient-praticien.

Partie III : Création d'un outils permettant d'améliorer la communication avec un enfant en situation de handicap auditif lors de la prise en soin

III.1 Objectif des outils

L'objectif de ces outils est d'instaurer une relation de confiance entre le praticien et l'enfant, en permettant un échange bienveillant. Ils seraient une solution alternative à l'apprentissage de la LSF. En effet, cet outil permettrait à chaque praticien d'améliorer les soins, en permettant une meilleure communication avec un enfant en situation de HA. Pour rendre la séance adaptée à l'enfant il faudra combiner cet outil avec une plaquette informatique correspondant à un guide de bonnes pratiques pour la prise en soin des enfants sourds en cabinet dentaire (37). D'autres outils de communication pourront également être utilisés tel que des dessins ou bien des brochures en amont du rendez-vous... Cela permettrait d'atténuer ce « handicap » afin que l'enfant puisse se sentir acteur lors du soin en renforçant son autodétermination à la suite de l'information donnée.

L'objectif a donc été de construire une affiche pédagogique restituant des éléments de langage courant au fauteuil et des conseils données pour communiquer en LSF avec un enfant en situation de HA et nous avons également réalisé un support pédagogique permettant au praticien de réaliser la technique « tell-show-do » lors des soins. Le praticien pourra se servir de ces supports pour donner au patient une information claire et appropriée.

Cela permet de créer une séance personnalisée et adaptée à l'enfant en situation de HA. En effet, chaque enfant est différent en fonction des pathologies associées, de l'âge de survenue du handicap, de l'environnement éducatif de l'enfant, et des facteurs familiaux. C'est pourquoi il faudra combiner ces outils avec d'autres moyens de communications.

III.2 Règles d'élaboration de la plaquette

La réalisation d'une plaquette informative répond aux critères énoncés dans la « charte graphique Aix-Marseille Université » (60).

Le but de nos outils est de fournir des supports lors de la prise en soin pour améliorer la communication avec un enfant en situation de HA, s'exprimant en LSF.

III.2.1 La forme

Nos outils peuvent être diffusés sous différents formats (papiers, dématérialisé sur un site internet). Ces formats présentent divers avantages dont une facilité de diffusion de l'information, une lisibilité accrue pouvant atteindre un large public, une duplication possible et un faible coût.

Nous avons également choisi de plastifier nos supports afin de pouvoir les désinfecter après chaque utilisation.

Concernant la structure et la composition visuelle de nos 2 outils, nous avons demandé conseil à une graphiste professionnelle. Celle-ci nous a aidé dans le choix des formes, des couleurs, de la disposition et de la mise en page des outils pédagogiques afin de délivrer un message clair, concis et compréhensible par tous.

Pour la composition visuelle, les documents respectent de nombreuses caractéristiques telles que l'utilisation de pictogrammes pour une facilité de compréhension, certains éléments de couleurs pour rendre la page attrayante. La charte graphique d'Aix Marseille Université a été choisie : police Titillium fond blanc, jeu des couleurs.

III.2.1 Le contenu

Le contenu de la plaquette a été pensé et conçu en collaboration avec le Dr Camoin, Maître de conférences des Universités, praticien hospitalier en Odontologie pédiatrique

III.3 Élaboration de la plaquette

Souhaitant rendre plus concret notre outil, nous avons sollicité l'aide d'une graphiste pour nous accompagner sur l'idéation et la conception d'un prototype. Nous avons opté pour une version papier (Annexe 3), de sorte qu'il puisse être aisément affiché dans un cabinet dentaire, que nous avons fait plastifier pour, d'une part résister à l'exposition aux nombreux aérosols inhérents à la réalisation des soins et, d'autre part, en faciliter le nettoyage assidu. Afin de choisir les pictogrammes LSF à intégrer, nous sommes repartis d'une mise en situation classique d'une consultation. Il est d'usage qu'avant tout acte ou geste chirurgical, le professionnel de santé se renseigne sur plusieurs éléments :

- L'état de santé de son patient (traitement, allergies, contre-indications)
- Le motif de la consultation (contrôle, douleur, autre)

Dès lors que la raison de la consultation et la nature des soins à prodiguer sont connues, il s'agit pour le praticien d'être en mesure, non seulement d'interagir avec son patient ("excusez-moi, merci, au revoir"), mais également d'expliquer en toute simplicité les outils nécessaires ainsi que le déroulé de l'intervention : la sonde sera, par exemple, représentée par l'illustration d'un stylo.

Par ailleurs, si cette affiche pédagogique en LSF convient tout aussi bien aux enfants qu'aux adultes, nous avons pris le parti de développer une version spécifiquement dédiée à un public d'enfants (Annexe 4) avec un langage adapté misant sur les métaphores et autres représentations ludiques : un aspirateur pour l'aspiration dentaire, le souffle du vent pour la seringue d'air. Pour aider le praticien à mener avec succès ce type de consultation, un sommaire permet de naviguer rapidement parmi les différents pictogrammes en fonction du soin à administrer et ainsi rendre l'échange d'autant plus fluide.



Conclusion

Malgré les progrès tardifs sur la condition des sourds en France, la communication avec les enfants en situation de HA constitue un véritable défi au cabinet dentaire. Quelle que soit son origine, qu'elle soit de transmission, de perception ou bien mixte, la surdité peut entraver à la bonne compréhension du soin. C'est pourquoi, nous avons choisi dans travail de thèse de nous attacher à comprendre les pratiques professionnelles des praticiens. Afin de pallier les difficultés rencontrées, nous avons élaboré une affiche pédagogique destinée aux règles de bienséance et à la réalisation de l'examen clinique ainsi qu'une plaquette pédagogique permettant au praticien de mettre en œuvre la technique « tell-show-do » avant les soins. Ces supports d'informations sont à utiliser en complément d'autres supports énoncés précédemment. La bonne compréhension de l'enfant est indispensable pour une prise en soin efficace.

De plus, la loi du 11 février 2005 sur le handicap, fait référence à un désavantage au sein de la société (61). À ce titre, il est de notre devoir de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour permettre au patient de ne plus se sentir handicapé par la situation mais acteur lors du soin.

Annexes

ANNEXE 1

Questionnaire pilote envoyé par mail, précédé du message ci-dessous :

Bonjour,

Nous sollicitons aujourd'hui votre expertise concernant les soins dentaires réalisés chez les enfants en situation de handicap auditif. Nous nous intéressons notamment à la communication au fauteuil dans le cadre d'une thèse d'exercice menée par l'étudiante Victoria Magro. Nous avons réalisé dans un premier temps une enquête pilote. Nous souhaiterions connaître votre retour concernant le temps de remplissage, la pertinence et clarté des questions posées et la facilité à saisir les réponses dans l'interface.

Le lien pour ce questionnaire est le suivant

<https://columbo.univ-amu.fr/index.php/533568?lang=fr>

Nous avons réalisé un questionnaire que nous souhaitons diffuser dans un deuxième temps auprès des praticiens exerçant l'odontologie pédiatrique dans un cadre exclusif ou non.

Nous sommes très reconnaissantes du temps et de l'attention que vous porterez à cette enquête,
Cordialement

Dr Ariane Camoin (MCU-PH Odontologie Pédiatrique Marseille)

Mme Victoria Magro (externe des hôpitaux de Marseille)

ANNEXE 2

Questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux, précédé de ce message ci-dessous :

Bonjour à toutes et tous, nous menons actuellement à l'école dentaire de Marseille une recherche dans le cadre d'une thèse d'exercice concernant les pratiques de soins sur les enfants en situation de handicap auditif. Le temps de remplissage du questionnaire est environ de 5-7 minutes. Merci d'avance pour votre participation.

Nous sollicitons les praticiens via plusieurs réseaux, donc si vous avez déjà participé à cette enquête, il n'est pas utile d'y répondre à nouveau.

Voici le lien :

<https://columbo.univ-amu.fr/index.php/717884?lang=fr>

L'enfant en situation de handicap auditif

Etude de la prise en soin par un Chirurgien-Dentiste d'un enfant en situation de handicap auditif à la Faculté d'Odontologie Aix-Marseille.

Le but de ce questionnaire est d'enquêter sur les pratiques utilisées par les chirurgiens-dentistes lors de la réalisation des soins dentaires chez les enfants en situation de handicap auditif en France.

Ce questionnaire s'intègre dans un projet de thèse d'exercice mené par l'étudiante Mme Victoria MAGRO, dirigée par le Dr Ariane CAMOIN (MCU-PH odontologie pédiatrique) au sein de la Faculté de Sciences-Médicales et Paramédicales à Marseille.

Conscientes de votre charge de travail, nous vous sommes très reconnaissantes de l'attention que vous accorderez à cette enquête en répondant au questionnaire ci-dessous.

Le temps de remplissage est estimé entre 5 et 7 minutes.

Vos réponses demeureront strictement confidentielles.

Si toutefois vous avez déjà reçu une invitation à cette enquête, veuillez nous en excuser et ne pas répondre à nouveau.

Il y a 14 questions dans ce questionnaire.

Votre profil :

Etes-vous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
 Femme
 Sexe neutre

Quelle est votre année de naissance ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 2000 | <input type="radio"/> 1980 |
| <input type="radio"/> 1999 | <input type="radio"/> 1979 |
| <input type="radio"/> 1998 | <input type="radio"/> 1978 |
| <input type="radio"/> 1997 | <input type="radio"/> 1977 |
| <input type="radio"/> 1996 | <input type="radio"/> 1976 |
| <input type="radio"/> 1995 | <input type="radio"/> 1975 |
| <input type="radio"/> 1994 | <input type="radio"/> 1974 |
| <input type="radio"/> 1993 | <input type="radio"/> 1973 |
| <input type="radio"/> 1992 | <input type="radio"/> 1972 |
| <input type="radio"/> 1991 | <input type="radio"/> 1971 |
| <input type="radio"/> 1990 | <input type="radio"/> 1970 |
| <input type="radio"/> 1989 | <input type="radio"/> 1969 |
| <input type="radio"/> 1988 | <input type="radio"/> 1968 |
| <input type="radio"/> 1987 | <input type="radio"/> 1967 |
| <input type="radio"/> 1986 | <input type="radio"/> 1966 |
| <input type="radio"/> 1985 | <input type="radio"/> 1965 |
| <input type="radio"/> 1984 | <input type="radio"/> 1964 |
| <input type="radio"/> 1983 | <input type="radio"/> 1963 |
| <input type="radio"/> 1982 | <input type="radio"/> 1962 |
| <input type="radio"/> 1981 | <input type="radio"/> 1961 |
| | <input type="radio"/> 1960 |
| | <input type="radio"/> 1959 |
| | <input type="radio"/> 1958 |

Quel est votre type d'exercice ?

🗨️ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Exercice libéral (cabinet privé)
- Exercice salarié au sein d'un hôpital
- Exercice salarié au sein d'une structure privée (mutuelle, centre dentaire)
- Exercice mixte (salarié et libéral)
- Autres

Faites le commentaire de votre choix ici :

- 1957
- 1956
- 1955
- 1954
- 1953
- 1952
- 1951
- 1950
- 1949
- 1948
- 1947
- 1946
- 1945
- 1944
- 1943
- 1942
- 1941
- 1940

Exercez-vous l'odontologie pédiatrique *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En tant qu'omnipraticien
- En exercice exclusif
- Autre spécialité : ODF, chirurgie orale, médecine bucco-dentaire

Dans quelle région française exercez-vous ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur
- Guadeloupe
- Martinique
- Guyane
- La Réunion
- Mayotte

Avez-vous déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Vous avez déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif**Dans votre pratique actuelle, à quelle fréquence êtes-vous confronté(e) à ce type de situation ?**

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '6 [soinhandicapauditif]' (Avez-vous déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très élevée (1 fois par semaine ou plus)
- Élevée (Plus d'une fois par mois)
- Moyenne (Par exemple, de manière trimestrielle)
- Faible (Moins d'une fois par an)

Avez-vous rencontré une ou plusieurs difficulté(s) en particulier ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '6 [soinhandicapauditif]' (Avez-vous déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif ?)

🗨 Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Anxiété de l'enfant | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Anxiété des accompagnants | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Difficulté de compréhension mutuelle | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Manque de connaissance concernant les habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire de l'enfant | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Aucune difficulté particulière | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Manque de coopération de l'enfant | <input type="text"/> |

Hors urgence : Réalisez-vous les soins lors de la première séance ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '6 [soinhandicapauditif]' (Avez-vous déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Toujours ou presque (8 à 10 patient sur 10)
- Souvent (4 à 7 patients sur 10)
- Rarement (2 à 4 patients sur 10)
- Jamais ou presque (< 1 patient sur 10)

Selon vous, quel est ou quels sont les objectifs de la première séance ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '6 [soinhandicapauditif]' (Avez-vous déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Vous n'avez jamais pris en soin un enfant en situation de handicap auditif :

Selon vous, comment cette situation peut s'expliquer ?

Répondez à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '6 [soinhandicapauditif]' (Avez-vous déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif ?)

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- D'un refus motivé par un manque de compétence ou de formation
- D'un refus motivé dû à un manque d'accessibilité
- D'un refus motivé par le manque de temps
- D'un refus motivé par une mauvaise reconnaissance financière de la prise en charge de patients en situation de handicap auditif
- D'une simple coïncidence

Faites le commentaire de votre choix ici :

Veillez nous laisser vos commentaires et retours sur la question de la prise en soin des enfants en situation de handicap auditif ou en rapport avec le questionnaire.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '6 [soinhandicapauditif]' (Avez-vous déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif ?) et La réponse était à la question '11 [pasprisensoin]' (Selon vous, comment cette situation peut s'expliquer ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Situation clinique :

L. 8 ans est un enfant en situation de surdité bilatérale profonde, appareillé et accompagné par un adulte entendant.

Lors de cette première consultation, vous diagnostiquez une lésion carieuse amélo-dentinaire non douloureuse sur la face occlusale de la deuxième molaire temporaire supérieure droite (55).

Il n'y a pas d'autres lésions carieuses.

Comment informez-vous l'enfant concernant les soins qui l'attendent ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '6 [soinhandicapauditif]' (Avez-vous déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif ?)

📌 Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

<input type="checkbox"/> Vous vous adressez au tuteur	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Langage verbal adapté	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Langue des signes française (LSF)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Langue française Parlée Complétée	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Jeux (par exemple : figurines ou jeux de sociétés)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Objets transitionnel (par exemple : peluches)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Makaton (système de communication, qui utilise à la fois le vocabulaire gestuel et des symboles graphiques)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Support multimédia (par exemple : smartphone ou tablette)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gestuel	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dessins	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Brochures (trouvées dans le commerce ou personnalisées)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lecture labiale à l'aide d'un masque FFP2 transparent	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Traduction par un tiers	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Modèle pédagogique de mâchoire dentaire	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Aucune communication particulière	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autres : précisez	<input type="text"/>

Veillez nous laisser vos commentaires et retours sur la question de la prise en soin des enfants en situation de handicap auditif ou en rapport avec le questionnaire.

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '6 [soinhandicapauditif]' (Avez-vous déjà pris en soin un enfant en situation de handicap auditif ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.
22.04.2022 – 00:31

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Premier contact chez le dentiste

Accueil et Présentation



BONJOUR



ÇA VA ?



DENTISTE / DENT



S'IL VOUS PLAÎT



S'ASSEOIR

État de santé



ALLERGIE ?



MALADIE ?



TRAITEMENT



DOULEUR



QUAND ?

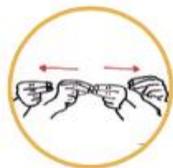


OÙ ?

Examen clinique



MIROIR



SONDE



FROID



CHAUD



RADIOGRAPHIE

Formules de politesse



EXCUSEZ-MOI



MERCI



AU REVOIR

ANNEXE 4 :

Soins chez le dentiste

SOMMAIRE

17	Lésion Carieuse	
	• Casser - Dent	18
	• Habiller - Dent	19
	• Crayon	20
	• Dessiner	21
	• Pansement	22
	• Lumière	23
24	Avulsion	
	• Enlever-Dent	25
	• Danser -Dent.....	26
	• Cueillir- Dent	27

Système d'aspiration dentaire



Aspirateur

5

SOMMAIRE

4	Matériels	
	• Aspirateur.....	5
	• Seringue	6
7	Assentiment	
	• Choisir	8
	• Vouloir	9
	• Ne pas vouloir	10
11	Détartrage	
	• Doucher - Dent	12
	• Brosse à dent électrique	13
14	Anesthésie	
	• Stylo	15
	• Gonflement	16

2

MATÉRIEL

Système d'aspiration dentaire



Seringue air : Vent

6

ASSENTIMENT

Assentiment

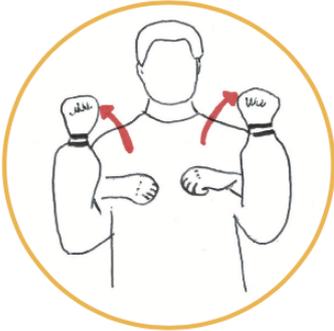


Choisir

7

8

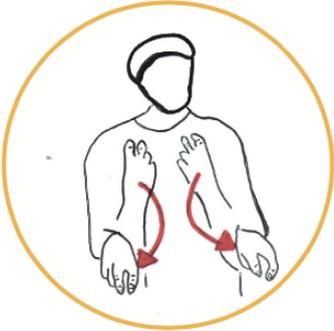
Assentiment



Vouloir

9

Assentiment



Ne pas vouloir

10

Détartrage

Détartrage



Doucher - Dent

11

12

Polissage



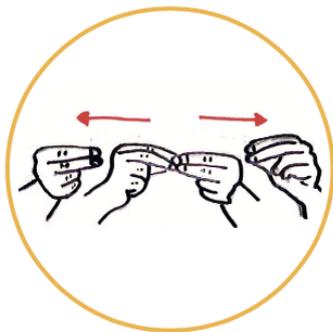
Brosse a dents électrique

13

ANESTHÉSIE

14

Seringue d'anesthésie



Stylo

15

Sensation d'anesthésie



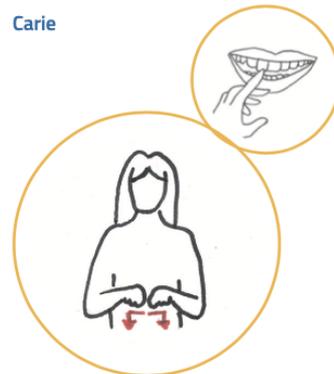
Gonflement

16

Lésion Carieuse

17

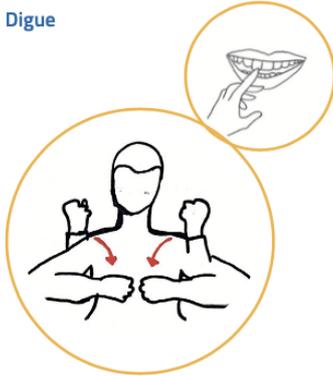
Carie



Casser - Dent

18

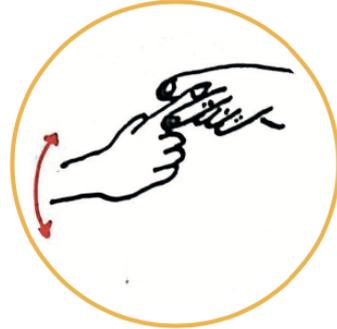
Digue



Habiller - Dent

19

Instrument rotatif



Crayon

20

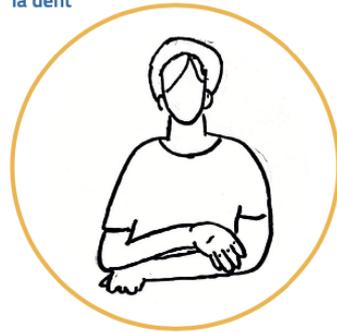
Préparation dentaire



Dessiner

21

Matériau pour reconstituer la dent



Pansement

22

Lampe à photopolymériser



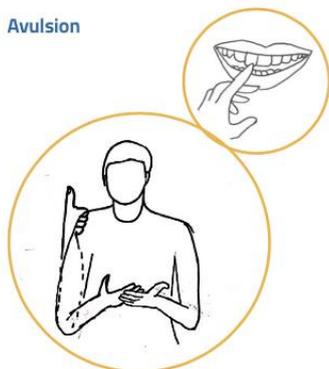
Lumière

23

Avulsion

24

Avulsion



Enlever - Dent

25

Action de luxer la dent



Danser - Dent

26

Extraire la dent



Cueillir - Dent

27

Bibliographie

1. Ministère de la Santé et de la Prévention. Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/depistage-des-troubles-de-l-audition-chez-l-enfant>
2. HandiConnect. H41 Handicap auditif : Définition, prévalence & sémantique des troubles de l'audition - Fiches Conseils - Professionnel de santé et le handicap [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/definition-prevalence-semantique-des-troubles-de-laudition>
3. Légifrance. Section 1 : Principes généraux (Articles L1111-1 à L1111-9) [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIAR TI000041721051/2022-03-11/?isSuggest=true>
4. Cantin Y. Designer les "Sourds", les évolutions de l'Histoire... [Internet]. La Noétomalalie Historique. [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: <https://noetomalalie.hypotheses.org/233>
5. Dodier C. 3. La surdité, quelle histoire ! [Internet]. Lavoisier; 2013 [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/feuilleter.php?ID_ARTICLE=LAV_QUERE_2013_01_0045
6. Bedoin D. II. Figures sociohistoriques du « sourd ». Reperes. 2 févr 2018;23-48.
7. em-Bible. La signification de kophos en grec est muet en français. EMCI TV [Internet]. [cité 12 juill 2022]. Disponible sur: <https://emciv.com/bible/strong-biblique-grec-kophos-2974.html>
8. Jecic M. De l'étranger à l'Absurde. Essaim. 2010;24(1):97-108.
9. Centre des monuments nationaux. L'histoire silencieuse des sourds - du Moyen âge à nos jours [Internet]. [cité 27 avr 2022]. Disponible sur: https://www.paris-pantheon.fr/var/cmn_inter/storage/original/application/906c84dee7dad87cd5ee3ab4d6792449.pdf
10. Y. Cantin La vie des sourds au Moyen  ge [Internet]. France Culture. 2019 [cité 4 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/conferences/palais-de-la-decouverte-et-cite-des-sciences-et-de-lindustrie/la-vie-des-sourds-au-moyen-age>
11. ministère de l'éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports. Bulletin officiel n  44 du 19-11-2020. Le bulletin officiel de l'éducation nationale [Internet] [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/document/21217/download>
12. J. Benhamou. Pintoricchio réhabilité [Internet]. Les Echos. 2008 [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/2008/02/pintoricchio-rehabilite-481088>
13. @NatGeoFrance. Comment les moines ont contribué à l'invention de la langue des signes [Internet]. National Geographic. 2019 [cité 12 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.nationalgeographic.fr/histoire/2019/05/comment-les-moines-ont-contribue-a-linvention-de-la-langue-des-signes>
14. H-J. Stiker. Brève histoire du handicap. Dans : Jeunes enfants en situation de handicap [Internet]. Cairn.info. Disponible sur: <https://www.cairn.info/jeunes-enfants-en-situation-de-handicap--9782749256184-p-17.htm>
15. Farges N. O i-dire, o i-sens. Implant cochléaire et surdités. Le Carnet PSY. 2012;159(1):41-3.
16. Benvenuto A. De quoi parlons-nous quand nous parlons de "sourds" ? Le Télémaque.

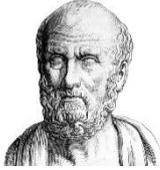
2004;25(1):73-86.

17. Centre national d'information sur la surdité Sourde ? Malentendant ? Déficiant auditif ? Le choix des mots [Internet]. Surdi info Service. [Cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.surdi.info/je-cotoie-une-personne-sourde-ou-malentendante/sourd-malentendant-deficient-auditif-le-choix-des-mots/>
18. Légifrance. Section 3 bis : L'enseignement de la langue des signes. (Article L312-9-1)). Code de l'éducation. [Internet]. [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071191/LEGISCTA000006182401/#LEGISCTA000006182401
19. Kamina P. Tome 2 : Tête, cou, dos. Maloine. (Anatomie clinique).
20. Boulet M. Les différents types de surdités [Internet]. Tout sur l'audition, la surdité et les appareils auditifs. [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: http://www.marcbouletaudection.com/pages/Les_differeents_types_de_surdites-4419373.html
21. AP-HM : ORL Pédiatrique. Modes de classification des surdités | AP-HM.fr [Internet]. [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/site/orl-pediatrique/pathologies/audiologie/classification-des-surdites>
22. Collège Français d'ORL et de Chirurgie cervico-faciale. Référentiel Collège d'ORL. Elsevier / Masson. (Référentiels des Collèges).
23. BIAP. Bureau International d'Audiophonologie [Internet]. [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.biap.org/en/component/content/article/65-recommandations/ct-2-classification/5-biap-recommandation-021-bis>
24. HandiConnect. H45 | Handicap auditif : Comment communiquer avec une personne sourde / malentendante ? - Fiches Conseils - Professionnel de santé et le handicap [Internet]. [cité 11 juill 2022]. Disponible sur: <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/comment-communiquer-avec-une-personne-sourde-malentendante>
25. Handicap auditif : fiche technique à visée informative et pédagogique. 2017;32.
26. Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances | Handicap [Internet]. Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. [cité 23 mars 2022]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>
27. EDIS petit guide. La langue des signes. [Internet]. Ekladata.com. [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <http://ekladata.com/ONuTGTvTbpKmKNBuKnS-4rZSmc4/Langue-des-signes.pdf>
28. ADIDA 38. Langue française Parlée Complétée (L.P.C.) [Internet].adida38.fr [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.adida38.fr/langue-francaise-parlee-completee-l-p-c/>
29. M.BALOSETTI. Les sourds et l'écrit : Approche théoriques et méthodologiques [Internet]. Université Stendhal Grenoble [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas00631015/file/Balocetti%20Margot_M2R_LS.pdf
30. Larousse. Définitions : pictogramme. Dictionnaire de français Larousse [Internet] [cité 25 juill 2022]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pictogramme/60760>
31. Ministère des Solidarités et de la santé. Rapport de la démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives. ONDPS [Internet]. [cité 2 juill 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf
32. Lamy G. Les chiffres sur les réseaux sociaux en 2021 [Internet]. 2021 [cité 2 juill 2022]. Disponible

sur: <https://ohtasri.com/seo/chiffres-des-reseaux-sociaux-en-2021/>

33. Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes. Répartition de la population des chirurgiens-dentistes. Cartographie publique ONCD [cité 2 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>
34. Collège des Enseignants en Odontologie Pédiatrique. Guide d'odontologie pédiatrique : La clinique la preuve - 3ème édition. Edition CdP
35. Koch G, Poulsen S, Espelid I, Haubek D. Pediatric Dentistry: A Clinical Approach. John Wiley & Sons; 2017. 408 p.
36. L'essentiel – Odontologie pédiatrique de la psychologie à la clinique [Internet]. L'Information Dentaire. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/produit/l-essentiel-odontologie-pediatrique-de-la-psychologie-a-la-clinique/>
37. L.Fuchs - Prise en charge des enfants sourds au cabinet dent. HAL : Université de Bordeaux [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02895803/document>
38. Kvam MH, Loeb M, Tambs K. Mental Health in Deaf Adults: Symptoms of Anxiety and Depression Among Hearing and Deaf Individuals. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 1 janv 2007;12(1):1-7.
39. Suhani RD, Suhani MF, Badea ME. Dental anxiety and fear among a young population with hearing impairment. *Clujul Med*. 2016;89(1):143-9.
40. 20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf
41. Haute Autorité de Santé. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé – certification V2010 [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2795633/fr/enjeux-et-specificites-de-la-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adolescents-en-etablissement-de-sante
42. Haute Autorité de Santé. Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire [Internet] [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/surdite_de_lenfant_-_0_a_6_ans_-_recommandations.pdf
43. American Academy of Pediatric Dentistry. Use of Nitrous Oxide for Pediatric Dental Patients [Internet]. THE REFERENCE MANUAL OF PEDIATRIC DENTISTRY [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_UseofNitrous.pdf
44. Laki K, Beslot-Neveu A, Wolikow M, Davit-Beal T. Présence des parents au cours des soins dentaires. *Archives De Pediatrie - ARCHIVES PEDIATRIE*. 1 nov 2010;17:1617-24.
45. Smeijers AS, Ens-Dokkum MH, van den Bogaerde B, Oudesluys-Murphy AM. Clinical practice: The approach to the deaf or hard-of-hearing paediatric patient. *Eur J Pediatr*. nov 2011;170(11):1359-63.
46. Elsevier. Techniques de prises en charge d'un enfant non coopérant [Internet]. Elsevier Connect. [cité 7 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/actualites/techniques-de-prises-en-charge-dun-enfant-non-cooperant>
47. Hamm M. Bernard Mottez, Les Sourds existent-ils ? Recherches & éducations [Internet]. 6 oct 2008 [cité 6 juill 2022];(1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/rechercheseducations/468>

48. Bedoin D. III. Représentations et conceptions de la surdité. In Paris: La Découverte; 2018 [cité 6 juill 2022]. p. 49-68. (Repères). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sociologie-du-monde-des-sourds--9782707193155-p-49.htm>
49. Oredugba FA. Oral health care knowledge and practices of a group of deaf adolescents in Lagos, Nigeria. *J Public Health Dent.* 2004;64(2):118-20.
50. Frédéric d'Arboneau, Faculté de Brest. Odontologie pédiatrique de la psychologie à la clinique (n°22-2017). Edition Espace Information Dentaire. Calameo.com. [cité 5 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/004524024f1dbba6b7310>
51. Lepot-Froment C, Clérebaut N. 5. Oralisme et communication gestuelle spontanée. In: *L'enfant sourd* [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 1996 [cité 25 juill 2022]. p. 207-23. (Questions de personne). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enfant-sourd--9782804121808-p-207.htm>
52. Champion J, Holt R. Dental care for children and young people who have a hearing impairment. *BRITISH DENTAL JOURNAL.* 2000;189(3):7.
53. Légifrance. Article 78 - Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1) [Internet]. [cité 2 août 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000033220166
54. A. Ruga. L'abord du patient au cabinet dentaire. Approche psychologique et outils de communication. HAL : Université de Lorraine. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738909/document>
55. Santé SC. Qui sommes-nous ? [Internet]. SantéBD. [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <https://santebd.org/sante-bd/qui-sommes-nous>
56. Santé SC. Dentiste et outils pédagogiques, banque d'images, ressources à disposition des patients, des aidants, des familles et des professionnels de santé [Internet]. [cité 11 mars 2022]. Disponible sur: <https://santebd.org/les-fiches-santebd/dentiste>
57. Sparadrap. Guide Je vais chez le dentiste (Guide n°6). Sparadrap.org [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.sparadrap.org/boutique/produit/guide-je-vaux-chez-le-dentiste>
58. World Health Organization. WorldReportonDisability2011. [Internet]. [cité 2 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability>
59. Pujade C, Kheng R, Braconni M, Bdeoui F, Monnier A, Hoang L, et al. Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés. *Santé Publique.* 2017;29(5):677-84.
60. Aix-Marseille Université. Communication, Charte graphique, logos...[cité 23 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.univ-amu.fr/fr/public/charte-graphique-amu>
61. Légifrance. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1). 2005-102 févr 11, 2005. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647>



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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

Que je sois déshonorée et méprisée de mes confrères si j'y manque.

MAGRO Victoria – Les enjeux de la prise en soin d'un enfant vivant en situation de handicap auditif.

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix-Marseille Université : 2022

Rubrique de classement : Odontologie Pédiatrique

Résumé :

La communication avec les enfants en situation de handicap auditif représente un défi au cabinet dentaire. L'objectif principal de cette thèse a été de réaliser un état des lieux sur les pratiques professionnelles des chirurgiens-dentistes lors des soins sur les enfants en situation de handicap auditif et de proposer un outil pouvant faciliter la communication au fauteuil. La première partie de ce travail s'attache à contextualiser la place de ces enfants au sein de notre société et les difficultés rencontrées lors des soins dentaires. La deuxième partie traite d'une enquête en ligne réalisée en France sous forme de questionnaire semi-ouvert, diffusé sur différents réseaux sociaux ainsi qu'à des associations tels que le Collège des enseignants en Odontologie pédiatrique et des enseignants à la faculté d'Odontologie de Marseille. Il y avait 72 participants, parmi lesquels 75% praticiens avaient déclaré une ou plusieurs difficultés lors de la prise en soin de l'enfant en situation de handicap auditif, dont 32% d'anxiété, 28% de difficulté de compréhension mutuelle et 15% d'opposition lors des soins

Il est nécessaire d'améliorer la communication praticien, patient et parents. Dans la troisième partie, deux plaquettes pédagogiques ont été réalisées pour faciliter la compréhension mutuelle afin d'améliorer l'implication de l'enfant et de diminuer son anxiété lors de la prise en soin.

Mots clés :

Odontologie pédiatrique – Handicap auditif – Enfant – Communication – Pratiques professionnelles

MAGRO Victoria – The challenges of caring for a child living with a hearing disability.

Abstract:

Communication with children with hearing disabilities is a challenge in the dental office. The main objective of this thesis was to carry out an inventory of the professional practices of dentists during the care of children with hearing disabilities and to propose a tool to facilitate communication in the dental office. The first part of this work aims to contextualize the place of these children in our society and the difficulties encountered during dental care. The second part deals with an online survey carried out in France in the form of a semi-open questionnaire, disseminated on various social networks and associations such as the College of Teachers of Pediatric Odontology and teachers at the Faculty of Odontology of Marseille. There were 72 participants, among whom 75% of practitioners had declared one or more difficulties in caring for the child with a hearing disability, including 32% anxiety, 28% difficulty in understanding each other and 15% opposition during care

It is necessary to improve communication between the practitioner, the patient and the parents. In the third part, two pedagogical leaflets were developed to facilitate mutual understanding in order to improve the child's involvement in the care and to reduce his anxiety.

Keywords: Pediatric dentistry - Hearing impairment - Children - Communication - Professional practices