UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021 2021-TOU3-3010

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lucie DUBOSC

le 8 mars 2021

PERCEPTION DU CHIRURGIEN – DENTISTE PAR DES ENFANTS DE 4 A 9 ANS AU CHU DE TOULOUSE : ÉTUDE CLINIQUE A TRAVERS DES DESSINS

Directrice de thèse : Dr Marie – Cécile VALÉRA

Co – directeur : Dr Mathieu MARTY

JURY

Président : Pr Frédéric VAYSSE

1er assesseur : Dr Marie – Cécile VALÉRA

2ème assesseur : Dr Mathieu MARTY

3ème assesseur : Dr Alice BROUTIN

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN
M. Philippe POMAR

ASSESSEUR DU DOYEN
Mme Sabine JONIOT
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

CHARGÉS DE MISSION
M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE
Mme Cathy NABET

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE
Mme Muriel VERDAGUER

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES
M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

M. Damien DURAN
Mme Geneviève GRÉGOIRE
M. Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université :	Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE
Maîtres de Conférences :	Mme Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants :	Mme Alice BROUTIN, Mme Marion GUY-VERGER
Adjoints d'Enseignement :	M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH, M. Mathieu TESTE,

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences :	M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, M. Maxime ROTENBERG
Assistants :	Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université :	M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL
Maître de Conférences :	M. Jean-Noël VERGNES
Assistant:	M. Julien ROSENZWEIG
Adjoints d'Enseignement :	M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, Mme Géromine FOURNIER M. Fabien BERLIOZ, M. Jean-Philippe GATIGNOL

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Bruno COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences :	M. Pierre BARTHET, Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL
Assistants:	Mme. Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN
Adjoints d'Enseignement :	M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE , Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université :	Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences :	M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants :	Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE
Adjoints d'Enseignement :	M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY, M. Jérôme SALEFRANQUE,

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université :	M. Philippe KEMOUN
Maîtres de Conférences :	M. Pierre-Pascal POULET, M Vincent BLASCO-BAQUE
Assistants :	M. Antoine TRIGALOU, Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI
Adjoints d'Enseignement :	M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, M. Maxime LUIS

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Serge ARMAND)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université :	M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences :	M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants :	M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE, Mme. Manon SAUCOURT M. Ludovic PELLETIER, M. Nicolas ALAUX
Adjoints d'Enseignement :	M. Eric BALGUERIE, M. Jean- Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE

PROTHÈSES

Professeurs d'Université :	M. Serge ARMAND, M. Philippe POMAR
Maîtres de Conférences :	M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT
Assistants:	M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, Mme Caroline DE BATAILLE, Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE
Assistant Associé :	M. Antoine GALIBOURG,
Adjoints d'Enseignement :	M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Louis Philippe GAYRARD, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA, M. Victor EMONET-DENAND M. Thierry DENIS

FONCTIONS-DYSFONCTIONS , IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences :	Mme Sabine JONIOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT
Assistants :	M. Thibault CANCEILL, M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES
Adjoints d'Enseignement :	Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGE, Mme Josiane BOUSQUET, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 12 Février 2021

Remerciements

A **maman**, merci pour ton soutien, et ta présence depuis toutes ces années. Toujours les bons mots qui donnent le courage et le sourire, même le dimanche soir où les retours à Toulouse étaient souvent difficiles.

A **papa**, toujours fier de moi et content de mes résultats. Merci pour ton aide.

A **Nicolas**, merci pour ton soutien et ta présence qui m'ont permis d'avancer et m'aideront encore.

A **mamie Thérèse**, merci de m'avoir encouragé et d'avoir souvent pensé à moi. Cela m'a certainement porté chance et transmis la réussite.

A **mes grands – parents,** merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

A **Kévin**, sans toi je ne serai pas ce que je suis aujourd'hui. J'ai rencontré mon second. Merci de m'avoir soutenu et encouragé à toujours faire mieux. Hâte de commencer une nouvelle vie avec toi.

A mes copines d'école, à **Lisa – Marie** ma binôme. Merci d'avoir était présente dans les bons et mauvais moments de clinique. Merci pour la personne que tu es et merci d'avoir était la binôme parfaite pendant ces 3 ans. A **Abi et Marine** mes copines de la team 65. Ne changez jamais vous êtes des dentistes parfaites. Abi petite pensée à nos trajets en co - voiturage à parler « potins ».

A mes copines d'enfance, **Emilie, Floriane, Laura et Myriam**, à nos folles soirées du samedi soir. J'attendais tellement ce moment de vous revoir chaque semaine.

A mes camarades de la promotion Caries'matique.

A tous les praticiens m'ayant accepté en stage dans leur cabinet et à ceux m'ayant fait confiance pour mes premiers remplacements.

Au **Dr Emilie Duran**, qui m'a fait confiance pour la remplacer pendant son congé maternité et chez qui je débute une collaboration. Merci pour ton aide et tes précieux conseils. Ce n'est que le début d'une belle aventure.

A l'ensemble des **professeurs**, **assistants et personnels** de la Faculté et des services de Rangueil et de l'Hôtel Dieu.

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Frédéric VAYSSE

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Chef adjoint du pôle CVR,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,

Je suis très honorée que vous ayez accepté la présidence de cette thèse.

Je vous remercie pour votre pédagogie et votre implication en cours et dans la pratique clinique tout au long des études.

Veuillez trouver dans cette thèse l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A notre directrice de thèse et jury de thèse,

Madame le Docteur Marie-Cécile VALÉRA,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'université Paul Sabatier – Spécialité : Physiopathologie cellulaire, moléculaire et intégrée,
- Master 2 recherche, mention Physiologie cellulaire intégrée,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger ce travail.

Merci pour votre accompagnement, votre réactivité et votre disponibilité nécessaires pour l'élaboration de ce travail.

Merci d'avoir partagé votre intérêt pour la pédodontie, et de m'avoir transmis de précieux conseils tout au long des études. Vous êtes et vous resterez un exemple pour la prise en charge de mes petits patients.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect et de ma reconnaissance la plus sincère,

A notre co – directeur de thèse et jury de thèse,

Monsieur le Docteur Mathieu MARTY,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- CES de Chirurgie Dentaire Odontologie Pédiatrique et Prévention,
- CES de Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies cranio-faciale,
- Master 2 ''Sciences de l'éducation Université'' Paul VALERY Montpellier 3

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à la réalisation de cette thèse.

Merci pour votre disponibilité et votre encadrement nécessaire à l'élaboration de ce travail.

Merci pour votre implication, vos conseils et votre aide durant toutes ces années théoriques et cliniques d'odontologie pédiatrique.

Merci pour avoir apporté joie et humour à ces vacations cliniques.

Veuillez trouver dans cette thèse le témoignage de mon profond respect et de ma grande reconnaissance.

A notre membre du jury,

Madame le Docteur Alice BROUTIN,

- Assistant hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Université d'anesthésie générale et sédation en odontologie clinique,
- Certificat d'étude Supérieures de Chirurgie Dentaire en Odontologie Pédiatrique et Prévention

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci pour votre encadrement au cours de ces années.

Merci pour m'avoir transmis, dès le début des vacations cliniques d'odontologie pédiatrique, votre intérêt et votre passion pour cette discipline.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance.

Table des matières

I- Introduction 11

A- Comment définir un enfant ? 11

B- Le développement de l'enfant 11

1- Développement psychomoteur et sensoriel 12

2- Développement de l'intelligence et du langage 13

II- Revue de la littérature : la perception des soignants à partir des dessins d'enfants 17

A- Etudes en médecine générale 17

1- Etude de B. Ginières et R. Gagnayre (17), 2004 17

2- Etude d'AC. Daunas (18), 2013 18

B- Etudes en Cancérologie 20

1- Etude de D. Oppenheim et O. Hartmann (19), 2002 20

2- Etude de A. Judy Rollins (20), 2005 20

C- Etudes en service hospitalier 21

1- Etude de C. Van den Abeele, P. De le Court, M. Dominicy et Buysschaert (21), 2005 21

2- Etude de S. Shirdelzade, E. Ramezanzade et A.Gazerani (22), 2014 23

D- Etudes en chirurgie – dentaire 24

1- Etude de A. Jungels (23), 2009 24

2- Rapport de cas des Drs M. Marty, B. Gendron et JN. Vergnes (25) 25

III- Etude à travers des dessins réalisés au CHU 26

A- Matériels et méthodes 26

1- Critères d'inclusions 26

2- Population choisie 26

3- Outils 26

4- Intervention 27

5- Analyses des données 27

B- Résultats 28

C- Discussion 45

IV- Conclusion 50

Annexes 51

Table des figures 53

Bibliographie 54

I- Introduction

A- Comment définir un enfant ?

L'enfant est selon le dictionnaire Larousse « un garçon ou une fille avant l'adolescence ». Ce mot a pour racine le latin « infantem » qui signifie « ne parle pas encore » (1). A partir de cette courte définition, plusieurs questions se posent. En effet, l'enfant est un être humain très jeune et qui selon son âge ne parle pas. On peut se demander comment l'enfant passe du stade où il ne parle pas, dépendant de ses parents à l'âge adulte, totalement autonome. On peut imaginer que cette évolution est progressive et se fait en plusieurs étapes. C'est à la fin du XIXème siècle qu'ait apparue la notion de développement de l'enfant (2). Nous allons aborder brièvement cette notion dans les paragraphes suivants.

B- Le développement de l'enfant

J. Piaget, psychologue Suisse, s'est beaucoup intéressé au développement de l'enfant. Selon ses études, le développement se fait par stades. Ces stades s'effectuent dans le même ordre pour chaque enfant mais pas aux mêmes âges. Il y a quatre principaux stades de développement :

- Le stade sensori – moteur, qui s'effectue de la naissance à l'âge de 2 ans. Ce stade correspond au développement et à la coordination des sens et des capacités motrices du nourrisson. Pendant cette période, l'intelligence de l'enfant est pratique : elle est liée à l'action. A la fin de ce stade, l'enfant aura une idée des objets par le début des représentations mentales et aura la capacité de penser à quelque chose ou à quelqu'un.
- Le stade pré –opératoire, de 2 à 7 ans. Il y a un développement du langage et l'enfant est égocentrique, c'est-à-dire qu'il ne comprend pas que les autres ne pensent pas forcément comme lui. C'est le début de la mise en place des théories de l'esprit.
- Le stade opératoire concret, de 7 à 12 ans. Il y a une croissance importante des structures mentales de l'enfant et de ses réflexions. Il est capable d'envisager le point de vue des autres, de faire des opérations mentales. L'apprentissage, notamment à l'école, est encore facilité par le jeu, le concret.

- Le stade formel, de 12 à 16 ans. C'est le dernier stade avant l'adolescence et l'âge adulte. L'enfant pourra comprendre des notions abstraites (3).

1- Développement psychomoteur et sensoriel

C. Von Hofsten, psychologue, s'est intéressé en 2004 au développement psychomoteur de l'enfant (4). Dans son étude, il indique que le développement moteur n'est pas une seule entité du développement mais que c'est quelque chose qui vient s'intégrer dans tous les autres aspects du développement : en effet, selon lui chaque mouvement qu'apprend un enfant n'est pas dû qu'à des contrôles musculaires mais il s'agit d'actions ciblées, réalisées dans un but précis. Il faut tenir compte de la raison pour laquelle l'enfant réalise le mouvement, de comment l'enfant planifie le mouvement et anticipe la suite du mouvement. Le développement moteur est donc une interaction entre le corps, le cerveau et le monde extérieur, qui dépend de la croissance corporelle et du développement cérébral de l'enfant (5).

Tout au long de son développement l'enfant réorganise ses échanges avec le monde extérieur et le passage d'une organisation à l'autre constitue des révolutions qui modifient l'ensemble des relations de l'enfant avec le monde extérieur. La perception de son schéma corporel évolue et chaque nouvelle acquisition de l'enfant s'ajoute successivement (6). On peut noter des moments clés du développement. En effet, à l'âge de 4 ans, l'enfant est capable d'exercer un contrôle caractérisé par une organisation initiale d'ensemble c'est –à – dire que l'enfant est capable de contrôler ses gestes et ses mouvements par rapport à l'action qu'il doit accomplir. Pour exemple, l'enfant peut être capable de remplir son verre d'eau. Entre 4 et 5 ans, une évolution se fait, et l'enfant passe d'une organisation initiale d'ensemble en organisations élémentaires, qui fait de l'organisation d'ensemble une décomposition des différents éléments constitutifs de celle – ci. L'enfant est alors capable de contrôler et de comprendre les différents résultats qui découlent de l'action qu'il est en train de réaliser.Pour exemple, l'enfant est capable de comprendre que remplir correctement son verre d'eau est nécessaire pour boire. Entre 5 et 6 ans, plusieurs organisations partielles se mettent en place dans le but de venir se conjuguer progressivement entre elles pour aboutir à une organisation finale du développement qui sera à son tour une organisation initiale à une nouvelle révolution dans la suite du développement de l'enfant (7)(8).

Il faut savoir que des réflexes posturaux archaïques sont déjà présents au stade d'embryon et se poursuivent lors des premières semaines de vie du nouveau-né. Ils sont le point de départ du développement. En effet, selon P. Mounoud, ces réflexes sont homogènes, coordonnés entre eux et contiennent le programme des différentes réorganisations qui se mettront en place tout au long du développement de l'enfant, permettant de s'adapter et d'évoluer correctement dans son milieu (9). La persistance de ces réflexes à un âge plus avancé est un indice de troubles développementaux de l'enfant.

Certains auteurs se sont intéressés aux moyens qui permettent d'optimiser le développement psycho – moteur des enfants. Le jeu est le moyen à privilégier pour favoriser l'activité motrice de l'enfant et permettre l'apprentissage dans tous les domaines : moteur, sensoriel, cognitif et social. Il est important de faire bouger un enfant pour stimuler son développement global. A travers le jeu et l'activité physique, les enfants apprennent à se garder en sécurité. C'est important que, lors des jeux et des apprentissages, les enfants soient accompagnés par une ou plusieurs personnes motivées car le comportement de la personne accompagnatrice influence le comportement de l'enfant : l'adulte sert de modèle et de référence à l'enfant. De plus, il y a une corrélation entre le temps d'activité physique de l'enfant et sa capacité à développer des habilités motrices (10).

2- Développement de l'intelligence et du langage

Nous savons que l'intelligence d'un enfant est différente de celle d'un adulte. A. Binet et Th. Simon se sont très tôt intéressés au développement de l'enfant et en 1907, ils ont mesuré dans leur étude l'intelligence chez des enfants âgés de 3 à 12 ans, car ils ont constaté que certains programmes pédagogiques enseignés à l'école ne sont pas adaptés à leur intelligence, en particulier à leur réceptivité mentale (11).

D'après les auteurs cités précédemment (11), il y a trois façons d'étudier l'intelligence : une méthode anatomique (grâce aux dimensions du crâne), une méthode pédagogique (grâce aux connaissances acquises à l'école), et une méthode psychologique (grâce à la mesure de l'intelligence pure de l'enfant sans culture). Les auteurs ont donc choisi la méthode psychologique, à partir d'une série de tests en se référant à une échelle métrique de l'intelligence.

Au niveau des tests, chez le jeune enfant (de 3, 4 ans) l'intelligence est mesurée par la compréhension d'ordres simples, et par la répétition d'un mot (mais à cet âge - là le bafouillage est encore présent et il est donc difficile de juger).

Pour des âges précis, un enfant doit être capable de réaliser certains tests. Pour exemple, un enfant de 3 ans doit savoir répéter une phrase de six syllabes et deux chiffres. A partir de différentes images, l'enfant doit être capable de nous dire ce qu'il voit, et en fonction de ses réponses, on pourra juger de son niveau d'intelligence : niveau 3 ans, 7 ans ou 12 ans. D'après les normes de références utilisées, les auteurs se sont rendu comptes qu'à l'âge de 3 ans, l'enfant ne fera pas des phrases pour identifier ce qu'il voit sur l'image mais prononcera seulement des mots à partir de ce qu'il reconnaît. En revanche à partir de 7 ans, l'enfant répondra à l'aide de phrases construites et décrira ce qu'il voit. Les enfants plus âgés feront en plus de la description, une interprétation de ce que dégage l'image.

Toutes les réponses aux tests sont comparées à des normes pour déterminer l'âge de l'intelligence. Cette étude montre que le développement cognitif est inégal et que l'intelligence doit s'évaluer sur plusieurs épreuves et pas sur une épreuve unique. Il faut également prendre en compte que la concentration de l'enfant peut varier énormément d'un test à l'autre, et d'un jour à l'autre. Les réponses aux tests nous montrent qu'un certain temps est nécessaire pour le développement de l'enfant : on voit que certaines épreuves sont réalisables à 9 ans mais pas à 7 ans. Il y a un progrès de l'enfant en fonction de l'âge. S'intéresser à l'intelligence d'un enfant permet de mieux le connaître et de mieux l'intégrer dans son environnement de vie.

En 1922, A. Descoeudes s'est également intéressée au développement de l'intelligence de l'enfant (12). Dans son étude, elle a réalisé des tests complets sur 65 enfants âgés de 2 à 7 ans en faisant la distinction du milieu social : 29 enfants venant de milieux aisés et 36 de milieux sociaux populaires. Pour chaque question constituant les tests, il fallait indiquer si l'enfant donne une bonne ou une mauvaise réponse et tout le vocabulaire employé par l'enfant était relevé. Le pourcentage de bonnes et de mauvaises réponses est comptabilisé. Tout ceci permettant de voir où en est le vocabulaire de l'enfant par rapport aux enfants de son âge et du même milieu social que lui. Ces tests permettent d'évaluer la compréhension, la mémoire immédiate et la mémoire plus lointaine, la parole, le langage, les connaissances, le jugement, l'intelligence (à partir du vocabulaire total c'est – à – dire le vocabulaire parlé, connu et le vocabulaire employé), l'habilité manuelle et l'observation

de l'enfant, qui est étudiée à travers un jeu de loto de reconnaissance des formes et des couleurs. Le temps est chronométré. On constate que le temps nécessaire pour réaliser ce test diminue toujours d'une demi – année à l'autre sauf entre 6 ans et demi et 7 ans où le temps réaugmente. Ceci montre l'impact de l'école. En effet, les programmes scolaires de la maternelle sont basés sur l'observation puis dès l'entrée en école primaire, l'observation est laissée de côté. L'école a donc une influence importante sur les capacités de l'enfant et sur son apprentissage.

Une autre catégorie de tests découle de ces tests complets : les tests partiels. Un plus grand nombre d'enfants sont interrogés : 150 enfants de la classe aisée et 170 enfants de la classe populaire. Ces tests partiels permettent une analyse plus précise du vocabulaire : à partir de deux images contraires. L'enfant doit trouver le contraire du mot qu'on lui dit à propos des images qu'il a devant lui. Pour exemple, « Cette dame est jeune, celle – ci est ? » à partir d'une image d'une personne jeune et d'une personne âgée. Ceci est le seul test des tests partiels qui n'est pas dans les tests complets.

Tous ces tests et jeux permettent de calculer l'âge linguistique de l'enfant et de savoir si l'enfant est en avance ou en retard par rapport à son âge physique. Ces tests permettent de détecter une anomalie ou une pathologie du développement. A l'issue de tous ces tests, on constate que la différence des milieux sociaux est très importante dans le développement de l'enfant (du langage et de son intelligence) lors de ses premières années de vie puis la différence s'efface presque intégralement à l'âge de 7 ans. En effet, les enfants de milieux aisés atteignent leur maximum de compréhension à l'âge de 5 ans et les enfants de milieux populaires à 6 ou 7 ans.

Un peu plus tard, en 1977, J. Piaget s'est intéressé à la naissance de l'intelligence chez l'enfant, qui repose sur une intelligence sensori – motrice et sur les réflexes (13). Il y a donc une continuité entre l'intelligence, le psychisme et les processus biologiques. Il y a des facteurs héréditaires du développement de l'intelligence. Piaget fait la distinction des facteurs héréditaires biologiques de premier groupe, qui sont les éléments structuraux qui constituent le système nerveux et les organes des sens et les facteurs héréditaires de second groupe, qui est l'hérédité de fonctionnement de tous ces systèmes. Il y a également des facteurs héréditaires de l'intelligence pure, qui sont selon Piaget, les facteurs d'une hérédité spéciale à l'espèce humaine comportant un certain niveau d'intelligence par rapport à d'autres espèces animales et les facteurs psychologiques de l'hérédité générale de la vie,

permettent une activité fonctionnelle du psychisme. Ces facteurs psychologiques héréditaires orienteront la raison et les idées en fonction du réel, du vécu et viendront s'imposer petit à petit après la naissance et pendant tout le développement de l'enfant. En effet, l'intelligence est selon Piaget une organisation, une adaptation, une accommodation et une assimilation à son milieu de vie, qui est en perpétuel remaniement.

En 1979, AL. Perret – Clermont, vient démontrer l'importance de l'interaction sociale dans le développement cognitif de l'enfant. Grâce aux tests réalisés chez des enfants âgés de 4 – 5 ans, elle montre les véritables progrès et les restructurations des structures cognitives de l'enfant, suite à l'interaction sociale. L'enfant développe peu à peu une certaine autonomie. L'interaction avec autrui oblige l'enfant à coordonner ses actions avec celles de l'autre, le conduisant dans un conflit entre son point de vue et celui de l'autre. Ce conflit conduira à une restructuration cognitive, à des progrès, et participera ainsi au développement de l'enfant. Pour tirer tous les bénéfices de cette interaction sociale, il faut que l'enfant soit capable d'interagir (ceci étant possible qu'à partir d'un certain âge), et qu'il ait la compétence cognitive nécessaire au progrès. On peut ainsi retenir que l'imitation d'un modèle n'est pas suffisante pour développer l'intelligence de l'enfant (14), mais vient en complément de l'interaction sociale, qui crée des accommodations permanentes pour s'adapter à l'autre et ainsi apporter des nouveautés, nécessaire au processus de développement (15).

En 1981, W. Doise et G. Mugny, rejoignent AL. Perret – Clermont sur l'intérêt de l'interaction sociale dans le développement de l'enfant. Ils mentionnent l'importance de la communication verbale nécessaire à la coopération de l'enfant avec l'autre. La stimulation sociale de l'enfant fonde son développement cognitif par étapes. L'enfant acquiert ainsi certaines compétences lui permettant de participer à des interactions plus complexes, assurant le développement de structures cognitives plus élaborées, et permettant à leur tour de participer à de nouvelles interactions (16).

Le développement de l'enfant est donc un processus long et complexe, dépendant de nombreux facteurs. Au cours de cette période de remaniement intellectuels et moteurs permanents, les enfants découvrent constamment de nouvelles choses et peuvent être amenés

à consulter un chirurgien – dentiste. Chaque enfant aura des réactions ou des sentiments différents lors de la visite. Nous allons donc étudier, à l'aide de dessins, la perception des enfants reçus en consultation au CHU de Toulouse. D'après les paragraphes précédents, en fonction de l'âge de l'enfant, la capacité de dessin, de perception, et d'explication sera différente. Tout ceci étant variable en fonction du milieu social, du vécu, de l'intelligence, et de la maturité actuelle de l'enfant.

II- Revue de la littérature : la perception des soignants à partir des dessins d'enfants

Certaines études et analyses sur la perception des professionnels de santé ou sur la maladie ont été menées en médecine à partir de dessins d'enfants. Nous allons en faire un résumé.

A- Etudes en médecine générale

1- Etude de B. Ginières et R. Gagnayre (17), 2004

Cette étude a été réalisée dans une maison d'enfants où les enfants sont présents pour un séjour d'environ trois mois. Ils sont tous atteints de pathologies respiratoires chroniques. Le but de l'étude est d'analyser les représentations qu'ont les enfants de la santé et de la maladie notamment de l'asthme à travers des dessins. La consigne était de dessiner deux bonhommes : l'un en bonne santé et l'autre en mauvaise santé. Après le dessin, les enfants donnent les explications à l'oral lors d'un échange avec un adulte. 47 dessins ont été retenus.

Dans l'analyse des résultats, plus de la moitié des dessins pour le personnage en bonne santé font référence à l'absence de maladie, au ressenti affectif, au ressenti physique et aux activités ludiques et sportives. Pour le personnage en mauvaise santé, la majorité des dessins font référence au ressenti physique et à la maladie (toux, sifflement, gêne…). L'explication orale du dessin du bonhomme en mauvaise santé est plus longue et s'inspire d'une situation personnelle déjà vécue par l'enfant. Cependant, la plupart des enfants s'identifient au bonhomme en bonne santé tout en évoquant un état de la santé variable lors d'une crise d'asthme par exemple *(figure 1)*.

Cette étude montre également que le dessin est un moyen simple pour entrer en relation avec l'enfant et aller plus loin sur son ressenti de la maladie et avoir une attitude préventive ou thérapeutique.

Te sens-tu plutôt comme ce bonhomme-là, en mauvaise santé (à gauche, il est triste), ou comme celui-ci, en bonne santé (à droite, il sourit)?
«Entre les deux : je suis en bonne santé et en mauvaise santé en même temps : là je ne suis pas malade alors je suis en bonne santé mais comme je fais de l'asthme, je suis en mauvaise santé en même temps».
Réponse de François, 9 ans.

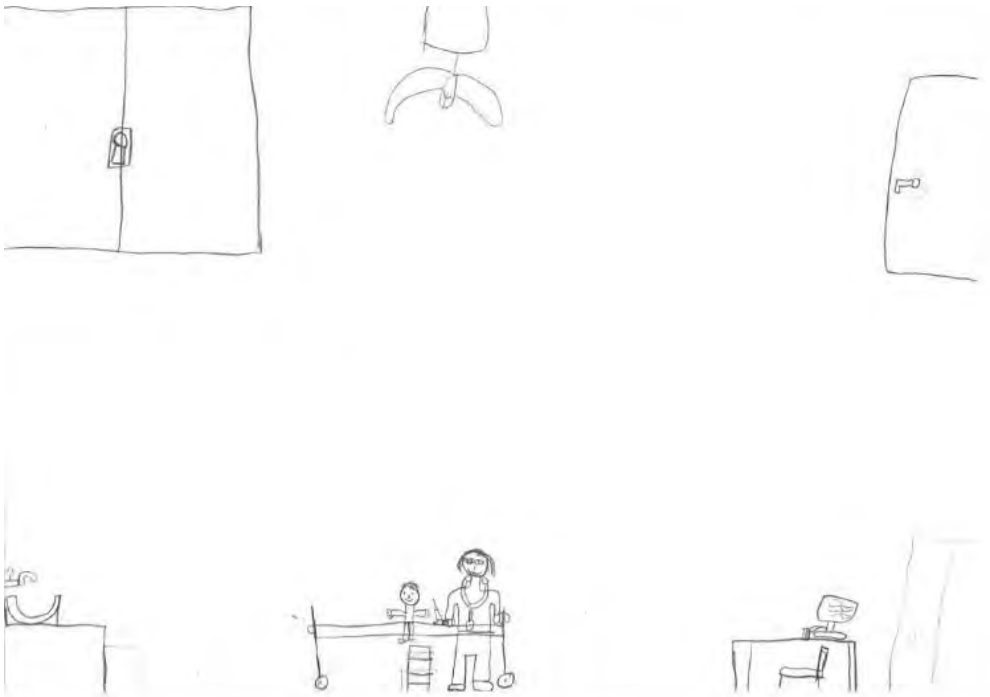
Figure 1 : Dessin de François : sa vision d'un personnage en bonne santé et d'un personnage

2- Etude d'AC. Daunas (18), 2013

Dans le cadre de sa thèse d'exercice de Docteur en médecine, AC. Daunas s'est intéressée à l'image que se font les enfants de leur médecin généraliste. Elle leur a donné pour consigne : « Dessine ton Docteur » et a recueilli 68 dessins d'enfants âgés de 6 à 9 ans. Le médecin est dans 67 dessins représenté dans son cabinet par un endroit fermé. La salle d'attente avec de nombreuses chaises est souvent mise en avant. Au niveau des meubles et des objets du cabinet, ce sont le lit d'examen, le bureau, l'ordinateur et une lampe qui sont les éléments les plus représentés. Le médecin apparaît souvent comme un homme habillé en civil, accueillant et sympathique. Le parent qui accompagne l'enfant n'est pas souvent représenté et dans les seuls dessins où il apparaît, c'est la mère qui est mise en avant. Aucune relation rassurante et proche de l'enfant ne se dégage. La mère est également très éloignée du médecin. La relation de communication médecin – enfant apparaît dans les dessins par le geste, la parole, la proximité dans l'espace, ou par le nom de l'enfant et du docteur.

En conclusion de l'étude : 72% des dessins font ressortir une situation angoissante par le geste que le médecin peut effectuer (piqûre, mains du médecin, nudité de l'enfant pour l'examen …), *(figure 2)* et 28% des dessins dégagent une situation neutre ou de sécurité, *(figure 3)*. On peut donc dire que le médecin n'apparaît donc plus comme un personnage de

toute puissance, paternaliste, et redoutable mais comme quelqu'un de plus accessible, mais qui peut être angoissant pour l'enfant par les gestes qu'il peut être amené à réaliser.



L'enfant s'est représenté au centre du dessin avec le médecin debout à côté de lui tenant une seringue dans sa main. Aucune couleur n'est utilisée et beaucoup de vide se dégage de l'image. La situation paraît angoissante.

Clément, 8 ans et 8 mois. CE1

Figure 2 : Dessin de Clément : une situation d'angoisse quand il est chez son médecin.

L'enfant s'est représentée assise sur une table d'examen. Elle sourit. Elle est contente. Le médecin proche d'elle paraît sympathique. Des couleurs sont utilisées. Une situation calme, tout en sérénité se dégage du dessin.

Alice, 8 ans et 3 mois. CE2

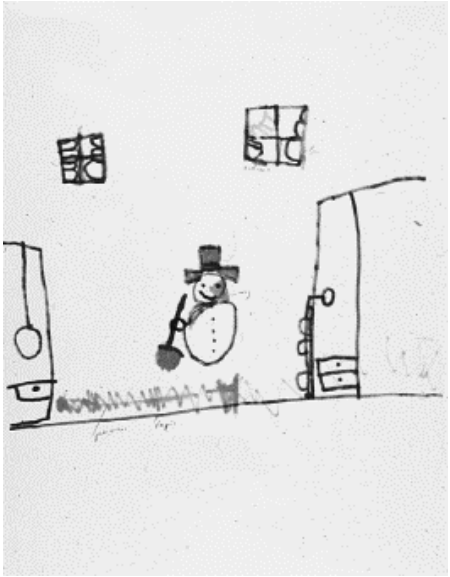
Figure 3 : Dessin d'Alice : détendue et sereine chez son médecin.

B- Etudes en Cancérologie

1- Etude de D. Oppenheim et O. Hartmann (19), 2002

Cette étude a été réalisée dans le service d'oncologie pédiatrique de l'institut Gustave – Roussy, à Villejuif. Lors des entretiens psychothérapeutiques, des dessins ont été faits par les enfants.

L'analyse de ces dessins fait ressortir ce que ressentent les enfants face à la maladie et aux traitements. Chaque dessin fait ressortir que la maladie est une épreuve intense et bouleversante. On y retrouve la mort, la solitude, la présence d'un trouble familial, une atteinte de l'image de son corps et les séquelles, une perte d'identité humaine, l'oubli, le trou noir, l'enfermement, la honte, le désarroi, la préoccupation du temps, la distance entre l'enfant malade et les autres, ou encore le doute de la guérison *(figure 4).* Cette perception n'est pas toujours évoquée à l'oral par les enfants, ainsi le dessin est un premier support pour le dialogue afin de l'accompagner dans le traitement de sa maladie.



Ludovic, âgé de 5 ans traité pour un neuroblastome, s'est représenté sur son dessin par un bonhomme de neige entre une horloge et une chaudière. L'horloge pour le temps qui reste et la chaudière qui va faire fondre le bonhomme de neige. Le balai que tient le bonhomme de neige permettra de ramasser les poussières qui resteront du bonhomme de neige. A l'extérieur par les deux petites fenêtres, on peut voir le ciel, le soleil et un arbre, représentants la vraie vie loin de celle qu'il est en train de vivre.

Figure 4 : Dessin de Ludovic qui doute de sa guérison.

2- Etude de A. Judy Rollins (20), 2005

Cette étude a été réalisée dans deux centres accueillant des enfants atteins de cancer : un au Royaume-Unis et un aux Etats – Unis. Elle avait pour but de mettre en avant les différents facteurs de stress que les enfants pouvaient ressentir face à la maladie. Les méthodes qu'ils utilisent pour y remédier et grâce aux dessins essayer d'améliorer la communication avec l'enfant, qui peut s'avérer compliquée. Les résultats de l'étude montrent bien que l'utilisation

du dessin a permis d'améliorer la communication grâce à l' « expression visuelle directe » sur le papier ou l'expression verbale : l'explication de son dessin.

L'auteur compare ainsi le dessin à un « feu de camp » : on s'asseoit autour du feu, toute l'attention est tournée vers le feu et on discute. Ce transfert d'attention de l'enfant pour le dessin semblerait le détendre et le déstresser grâce à la communication avec l'autre. Chaque enfant a fait apparaître ou a évoqué dans les explications du dessin un aspect de la maladie ou du traitement comme étant difficile : douleurs, nausées, vomissements, fatigue … Un enfant a mentionné que la pire des choses qu'elle a affronté est la perte de cheveux. Cette étude rejoint donc l'étude de D. Oppenheim et O. Hartmann (19): le dessin est bien un support de dialogue et de communication.

C- Etudes en service hospitalier

1- *Etude de C. Van den Abeele, P. De le Court, M. Dominicy et Buysschaert* (21)*, 2005*

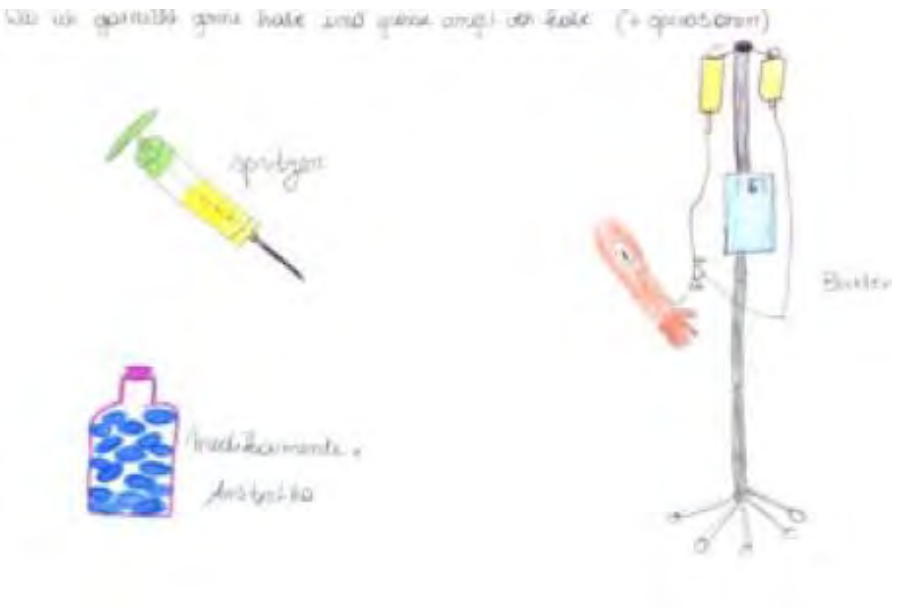
Cette publication reprend un concours de dessins et de textes organisé par l'UNICEF Belgique. Ce concours était ouvert à tous les enfants âgés de 6 à 18 ans, hospitalisés dans les services pédiatriques et psychiatriques de Belgique. Le but de ce concours était de recueillir les sentiments et les impressions des enfants sur l'hospitalisation et de montrer ces résultats aux hommes politiques, au Comité des Droits de l'Enfant à Genève. La consigne était de représenter par un dessin, par un collage, par de la peinture, avec plus ou moins de texte (par exemple une bande dessinée) ce qu'ils aiment à l'hôpital (les bons côtés), ce qu'ils n'aiment pas (les mauvais côtés), et ce qu'ils aimeraient (l'hôpital idéal). L'explication de leur œuvre a été donnée à l'oral à l'équipe soignante du service concerné. 549 dessins ont été reçus.

La majorité des dessins donne une image positive de l'hôpital (ils ont majoritairement évoqués ce qui leur plaît à l'hôpital ou ce qu'ils aimeraient à l'hôpital), *(figure 5)* mais il faut noter qu'une proportion non négligeable (14%) des enfants fait référence seulement aux points négatifs de l'hôpital *(figure 6).* L'humour est majoritairement présent dans les créations. Les principaux thèmes évoqués par les enfants sont : les soins et les traitements, les jeux et l'animation, le confort, les visites et la compagnie, le personnel hospitalier et l'hôpital en général. Les dessins évoquant les soins montrent tous une image négative de l'hôpital, et font référence à ce que les enfants n'aiment pas, notamment les

piqûres qui sont représentées dans la moitié de ces dessins. Dans les dessins évoquant les jeux et l'animation, on retrouve souvent la salle de jeux. Les enfants disent que les jeux permettent de moins s'ennuyer et d'oublier qu'ils sont malades. Les dessins évoquant cette catégorie dégagent pour la majorité une image positive de l'hôpital mais les résultats différents selon les hôpitaux. Les dessins évoquant le confort montrent un aspect positif et font référence à la chambre, aux repas, au lit et à la télévision. Les dessins évoquant les visites et la compagnie montrent l'importance des parents, la possibilité de se faire de nouveaux amis et les enfants précisent qu'ils aimeraient des animaux à l'hôpital. Dans les dessins faisant référence aux personnels soignants, ce sont les infirmières et infirmiers qui sont majoritairement représentés grâce à des commentaires positifs à leur égard. Il faut noter que tous les dessins venant des services psychiatriques montrent une image négative de l'hôpital (peur ou enfermement…).

Bernard, 9 ans a dessiné ce qu'il aime à l'hôpital : les visites, la salle de jeux, les gentils médecins et les gentilles infirmières, la télévision et les cadeaux.

Figure 5 : Ce que Bernard aime à l'hôpital



Lia, 7 ans a dessiné tout ce qu'elle n'aime pas à l'hôpital : les piqûres, les perfusions et les médicaments.

Figure 6 : ce que Lia n'aime pas à l'hôpital.

2- Etude de S. Shirdelzade, E. Ramezanzade et A.Gazerani (22), 2014

Le but de cette étude est d'évaluer à travers les dessins la satisfaction des enfants hospitalisés. Les dessins de vingt enfants âgés de 6 à 12 ans et hospitalisés dans les services médicaux et chirurgicaux d'un l'hôpital pédiatrique en Iran, ont été analysés. La consigne était de dessiner ce qu'ils pensaient des soins infirmiers et de leurs interventions.

L'analyse des dessins montre qu'aucun jouet ou livre n'ont été dessinés. Dans tous les dessins, les enfants apparaissaient joyeux, contents et dans la plupart, un lit et des instruments médicaux (seringue, embout intra – veineux…) ont été dessinés. Dans beaucoup de dessins, les enfants se représentent allongés sur un lit. On peut donc dire que de manière générale dans ce service hospitalier, les enfants sont heureux et ne sont pas traumatisés par les soins. Le dessin permet d'évaluer les avis, les émotions des enfants à travers le jeu et cette méthode peut être développée pour étudier d'autres opinions de l'enfant dans divers domaines.

D- Etudes en chirurgie – dentaire

1- Etude de A. Jungels (23), 2009

Le but de cette thèse d'exercice était de faire remplir un questionnaire à des enfants pour connaître leur niveau d'anxiété avant, pendant et après le soin et à partir de ce questionnaire essayer de leur apporter plus de confort lors des soins. Trente enfants ont été interrogés, tous âgés de 6 à 10 ans et suivi au CHU de Nancy. L'échelle « Child's Dental Anxiety Scale », qui reprend l'échelle d'anxiété de Croah (24) pour les questions et une échelle visuelle pour les réponses, sont utilisées pour cette étude. L'échelle visuelle est créée par l'auteur à partir de cinq smileys.

On constate que 67% des enfants sont confiants avant les soins, 13% sont légèrement stressés et 20% sont très stressés. Parmi les 20 enfants confiants avant le soin, seulement 11 sont totalement détendus lorsque le chirurgien – dentiste va commencer le soin. Lorsque les soins sont terminés la majorité des enfants sont détendus. Il faut noter que la plus grande partie des enfants viennent au CHU après un échec de soin en cabinet de ville. 70% des enfants préfèrent tout savoir sur ce que le chirurgien - dentiste fait ou va faire. 1/3 des enfants préfère les chirurgiens – dentistes de sexe masculin. 80% préfèrent être accompagnés par un parent lors du soin. La majorité des enfants préfèrent ne pas avoir de monde dans la salle d'attente et leur attraction favorite pour patienter sont les jeux. Lors des soins, 60% des enfants bougent et 83% ont pu être soignés sans difficulté. L'anesthésie, le soin des caries qui fait du bruit, et les extractions sont les soins les moins appréciés par les enfants. La majorité des enfants interrogés sont satisfaits des praticiens qu'ils ont rencontrés et s'attachent à des choses simples lors des consultations comme la gentillesse ou le calme.

Ces éléments se retrouvent dans les dessins qui ont été réalisés par les enfants et montrent l'interférence d'une maman dans le discours du dentiste en obligeant l'enfant à écouter. Un dessin où le dentiste apparaît très grand est synonyme d'appréhension et de peur. Un dessin représente un appel au secours à l'annonce d'une extraction dentaire et un autre, une jeune patiente allongée sur le fauteuil, souriante et détendue.

2- Rapport de cas des Drs M. Marty, B. Gendron et JN. Vergnes (25)

Cet article reprend l'expérience de Paul, âgé de 5 ans. Lorsqu'il est venu pour la première fois en consultation, l'examen clinique n'a pas été possible car il était très anxieux. Lors du second rendez – vous, l'équipe soignante a donc demandé à Paul de dessiner sa première expérience dans le cabinet dentaire. Puis Paul a parlé de son dessin : il a évoqué tout ce qu'il lui faisait peur. Grâce au dessin et aux explications donnés par Paul, l'équipe soignante a pu adapter la prise en charge pour limiter ses craintes et son angoisse, tout ceci en répondant spécifiquement à ses besoins. L'examen clinique a ainsi pu être réalisé et les soins ont été réalisés sous MEOPA. Cet article montre donc l'importance de la communication entre l'enfant et le praticien : l'enfant se sent écouté et le praticien peut ainsi s'adapter aux besoins spécifiques de celui – ci et réaliser les soins dans une approche globale centrée sur la personne.

Paul, 5 ans, a dessiné sa première expérience chez le chirurgien – dentiste : il s'est représenté sans yeux, le dentiste, en noir, a sa main gauche déformée et sa main droite très détaillée. Sa petite sœur Alice assiste au rendez – vous.

Figure 7 : Dessin de Paul : sa première expérience chez le chirurgien – dentiste.

En résumé, chacune de ces études montrent que le dessin permet d'entrer en relation avec l'enfant, de communiquer avec lui sur un sujet qui peut paraître tabou à son égard et dont il n'oserait pas parler. Ainsi, on peut connaître les sentiments et les ressentis des enfants afin d'améliorer ou de modifier les prises en charges, spécifiques à chaque enfant. Cependant, il faut noter que peu de travaux et d'études s'intéressent à la perception qu'ont les enfants des professionnels de santé et en particulier des chirurgiens – dentistes.

III- Etude à travers des dessins réalisés au CHU

A- Matériels et méthodes

1- Critères d'inclusions

Les critères d'inclusions pour cette étude sont les enfants reçus en consultation de pédodontie au CHU de Rangueil, et âgés de 4 à 9 ans.

2- Population choisie

Il y a quatorze enfants ayant acceptés de dessiner : des garçons et des filles (choisis indifféremment). Chaque enfant répond aux critères d'inclusion de l'étude cités précédemment et nous avons eu l'autorisation et le consentement des parents.

Lors du dessin, nous ne savons pas si l'enfant est déjà venu pour des soins dans le service ou s'il se présente pour la première fois. De plus, le score Vehnam de l'enfant n'est pas connu. (26). En effet, Venham a mis en place une échelle qui permet de déterminer l'anxiété, le stress de l'enfant et son comportement vis-à-vis des soins dentaires. Par la suite, Veerkamp a modifié cette échelle pour distinguer six catégories (qu'on appelle des scores) qui permettent donc d'évaluer la coopération de l'enfant lors des soins (25). (cf *Annexe 1)*

3- Outils

Pour l'étude, des feutres, des crayons de couleur, des crayons gris et des gommes sont mis à disposition de l'enfant. Il peut choisir les couleurs de son choix. L'enfant est au calme,

isolé dans une salle pour faire son dessin sur une feuille A4 posée sur une table. L'enfant peut s'asseoir sur une chaise.

Selon le dictionnaire Larousse (27), le dessin est :

- La « représentation sur une surface de la forme (et éventuellement des valeurs de lumière et d'ombre) d'un objet ou d'une figure, plutôt que de leur couleur. »,
- La « technique et l'art de cette représentation », pouvant faire référence ici à l'apprentissage (28).
- « Toute production graphique », englobant « le dessin d'enfant »,
- Tous les « contours linéaires, les profils, les lignes, considérés sur le plan esthétique. »,
- Le « motif », ou la « forme et en particulier ornement imprimé sur un tissu, un papier, etc. »,
- Mais le dessin peut aussi être le « plan d'une œuvre littéraire, musicale, etc., » ou la « disposition des parties d'un ouvrage, d'un canevas. ».

4- Intervention

Les enfants ont eu pour consigne : « Dessine ce qui te fais penser aux soins dentaires » ou « Dessines toi chez le dentiste ». Puis il leur a été demandé d'expliquer leur dessin. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits sur un logiciel de traitement de texte.

5- Analyses des données

Une analyse thématique des données issues des entretiens a été réalisée. Les dessins ont été analysés suivant les explications de C. Kocher, enseignante en premier cycle, graphologue et spécialisée dans l'analyse des dessins d'enfants. Son ouvrage nous a permis de faire une analyse méthodique des dessins en prenant en compte le vécu affectif, le tempérament, et les caractéristiques intellectuelles de l'enfant (29). Les œuvres d'autres auteurs comme G. Cognet (30), D. Widlocher (31) et P. Wallon (32) nous ont permis d'approfondir l'analyse des dessins

B- Résultats

Différents thèmes sont évoqués dans les dessins et les entretiens (*cf tableau 1*) :

- L'environnement dentaire, notamment le box où ont lieu les soins, le fauteuil, le méopa (masque et ballon), le masque chirurgical et les gants.
- Les instruments nécessaires aux soins : le capteur radio et la turbine, avec la précision orale qu'elle fait du bruit, ainsi que le davier. Le davier associé « au sang » et donc à la couleur rouge sur les dessins.
- Le soin en lui-même (le « dessin qui endort la dent »).
- Le dentiste est souvent représenté par une femme.
- La salle d'attente, avec les précisions orales que le temps d'attente est long, qu'il y a beaucoup de personnes et qu'il y a du bruit.
- La clinique, représentée par un grand bâtiment.
- L'anesthésie, représentée par une seringue et une aiguille.
- Les appareils dentaires.
- La présence de plusieurs personnes autour de l'enfant lors des soins.
- La présence d'un parent.

Plusieurs dessins font appels à des couleurs sombres symbolisant l'inquiétude, la peur et l'angoisse. Certains dessins sont « vides », ceci pouvant évoquer la solitude et le monopole du dentiste. Au contraire, d'autres dessins présentent des couleurs joyeuses (surtout du rose) symbole de gaité, joie et sérénité.

Thème	Sous-thème	Citation
Le patient		
Description du matériel	- Matériel décrit de manière imagée	➢ « Les boites qu'il y a sur la table, le stylo pour me soigner, la photo de la dent et le fauteuil ici » (Evangeline) ➢ « Le soleil » (le scialytique) (Lou)
	- Matériel décrit de façon réaliste	➢ « Les outils » (Lina)
	- Locaux	➢ « Ca c'est la grande maison d'ici » (Antonia) ➢ « Là j'ai dessiné des gants et une salle d'attente (…) parce que j'aime pas trop, on attend trop longtemps » (Alycia)
Le soin	- Description imagée du soin	➢ « Le dessin qu'on lui fait sur la dent » (Antonia)
	- Description réaliste du soin	➢ « C'est la piqûre qui pique et qui fait mal » (Esteban)

		➢ « Une pince » pour « arracher les dents » (Alycia) ➢ « Trois dents et le sang » (Mathys)
Les personnages	- L'équipe de soins inquiétante - L'équipe de soin qui rassure	➢ « Pleins d'autres docteurs et des requins (…) c'est méchant les requins » (Dayron) ➢ « La personne qui tient le masque du méopa et qui sourit » (Alya) ➢ « Un cœur (…) Parce que j'aime bien le dentiste » (sophie)

Tableau 1 : Analyse thématique des entretiens

Figure 8 : Evangéline 4 ans

Evangéline s'est représentée en rose, bleu, vert et jaune, au centre de la feuille. Ce sont des couleurs vives. Elle sourit : elle semble contente d'être chez le dentiste. Elle a également dessiné un capteur radiologique et nous dit qu'il y a « sa dent en photo ». Elle nous dit qu'elle a aussi dessiné un « stylo qui permet de la soigner » représentant la turbine, le fauteuil, et un plan de travail avec du matériel. Tous ces derniers éléments sont de couleurs plus sombres. A noter que le/la dentiste n'apparaît pas.

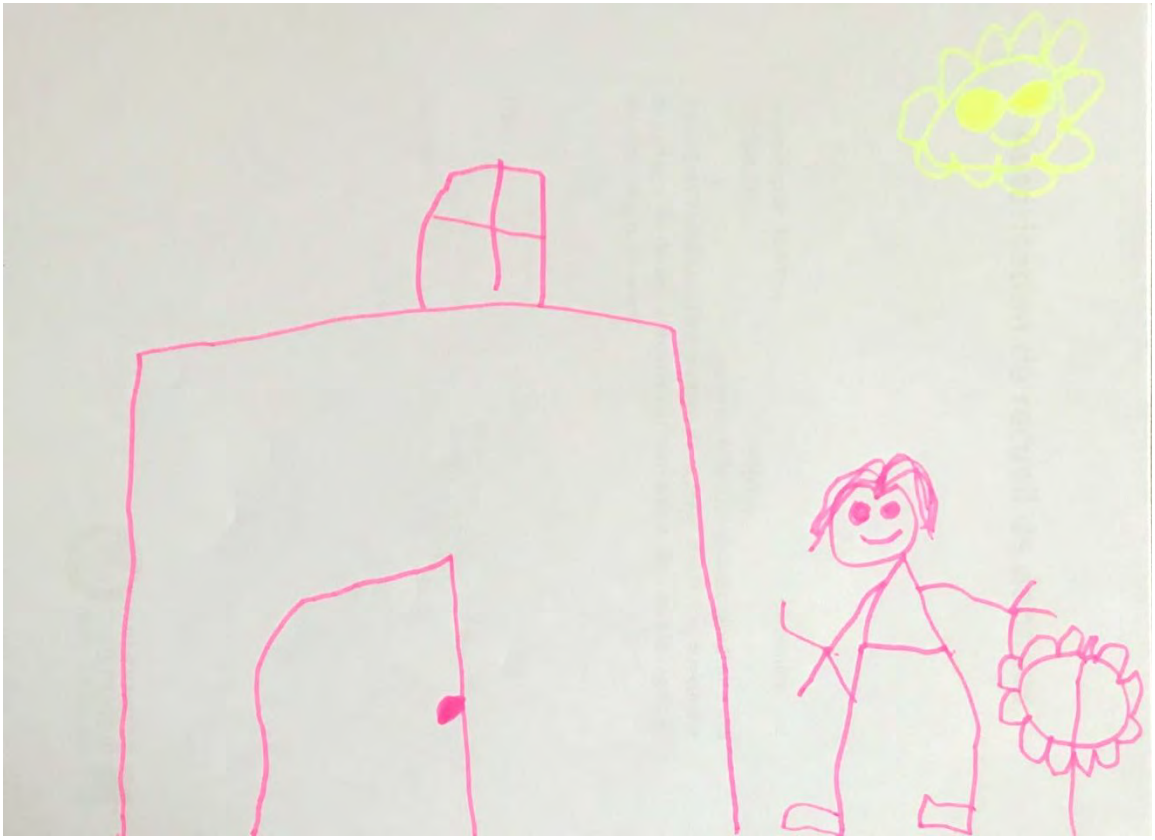


Figure 9 : Antonia 6 ans

Au centre de la feuille Antonia a dessiné une « grande maison » et nous dit que c'est « l'hôpital ». A droite, elle s'est dessinée en train de sourire. On peut également voir une fleur et le soleil. La fleur pour « le dessin qu'on lui fait sur la dent » et le soleil pour la lumière du fauteuil. Les couleurs sont vives et chaleureuses. La situation semble calme et paisible. Le/la dentiste n'apparait pas.

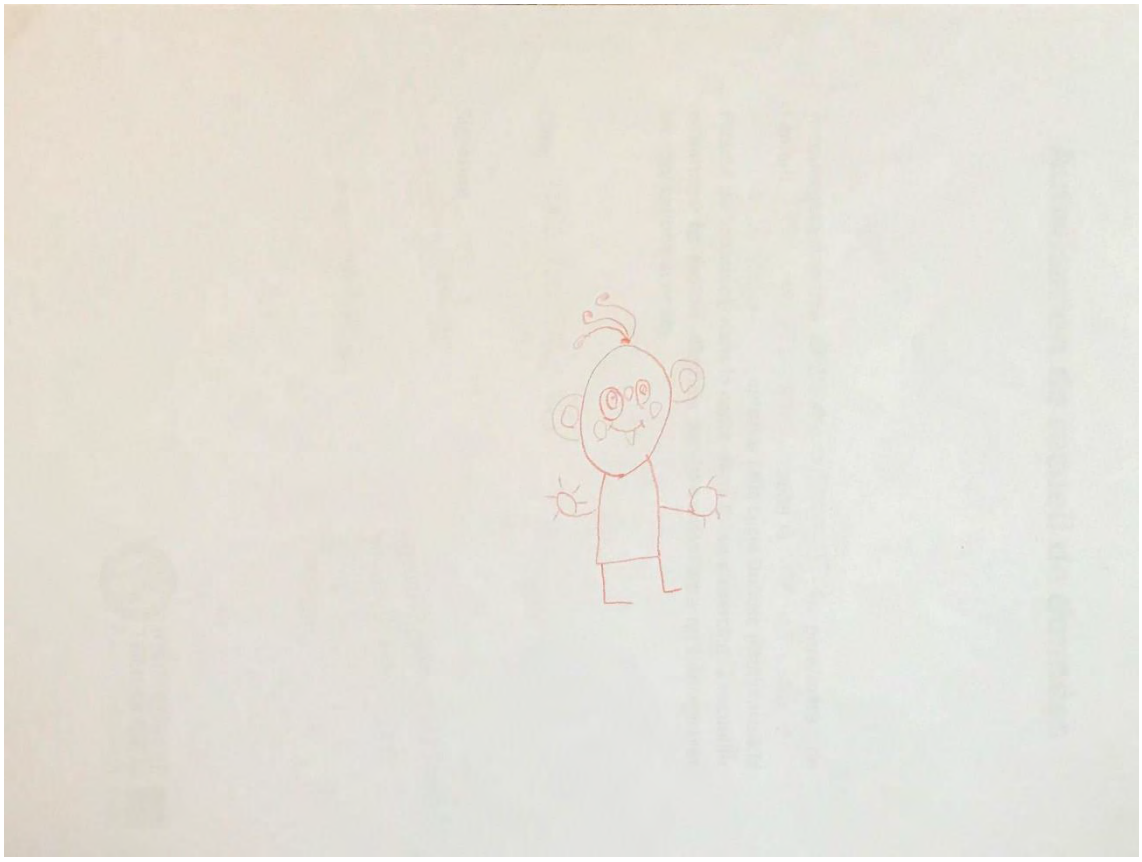


Figure 10 : Manal 5 ans

Manal s'est représentée au centre de la feuille en rouge. Elle a la bouche ouverte et tire la langue. Le dessin est vide. La situation semble inquiétante.

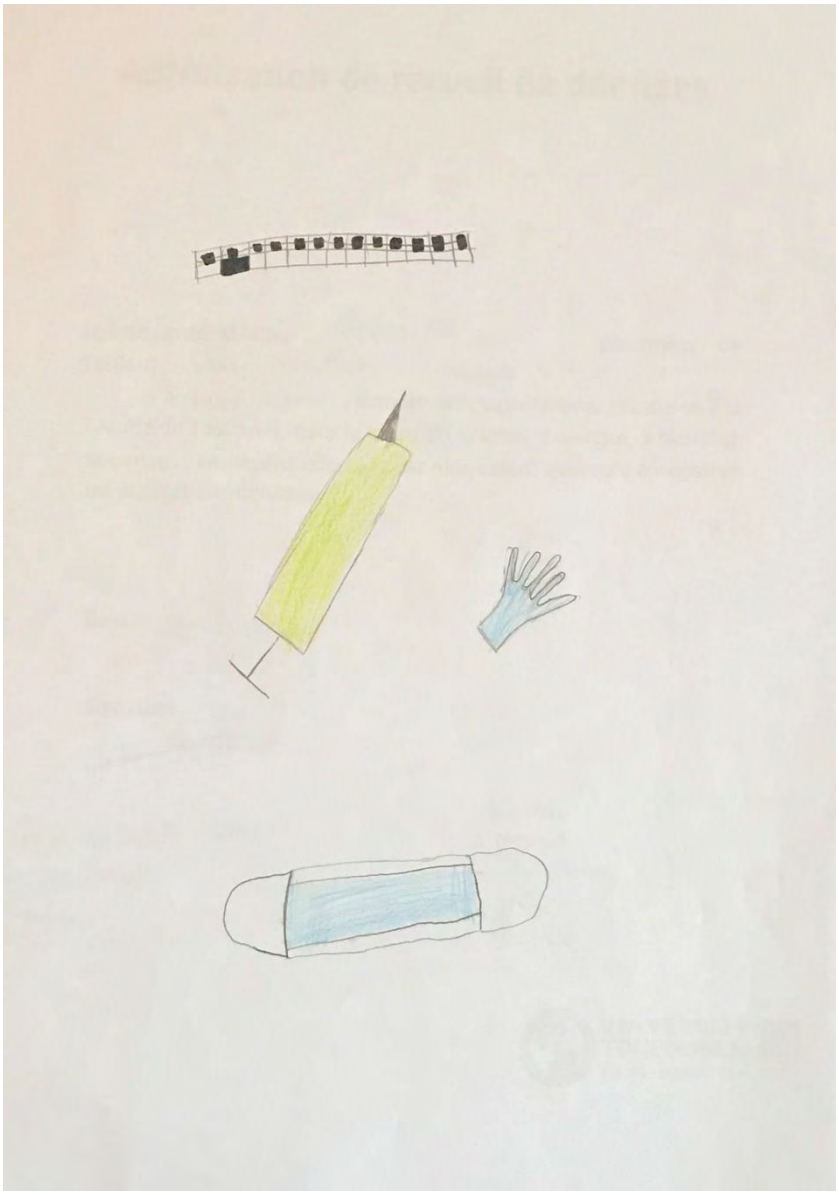


Figure 11 : Esteban 8 ans

Au centre de la feuille, Esteban a dessiné la seringue d'anesthésie et nous dit que « c'est la piqûre qui pique et qui fait mal ». Il a également dessiné un gant, un masque, et un appareil dentaire. L'élément marquant de ce dessin est l'anesthésie qui semble ne pas être appréciée.

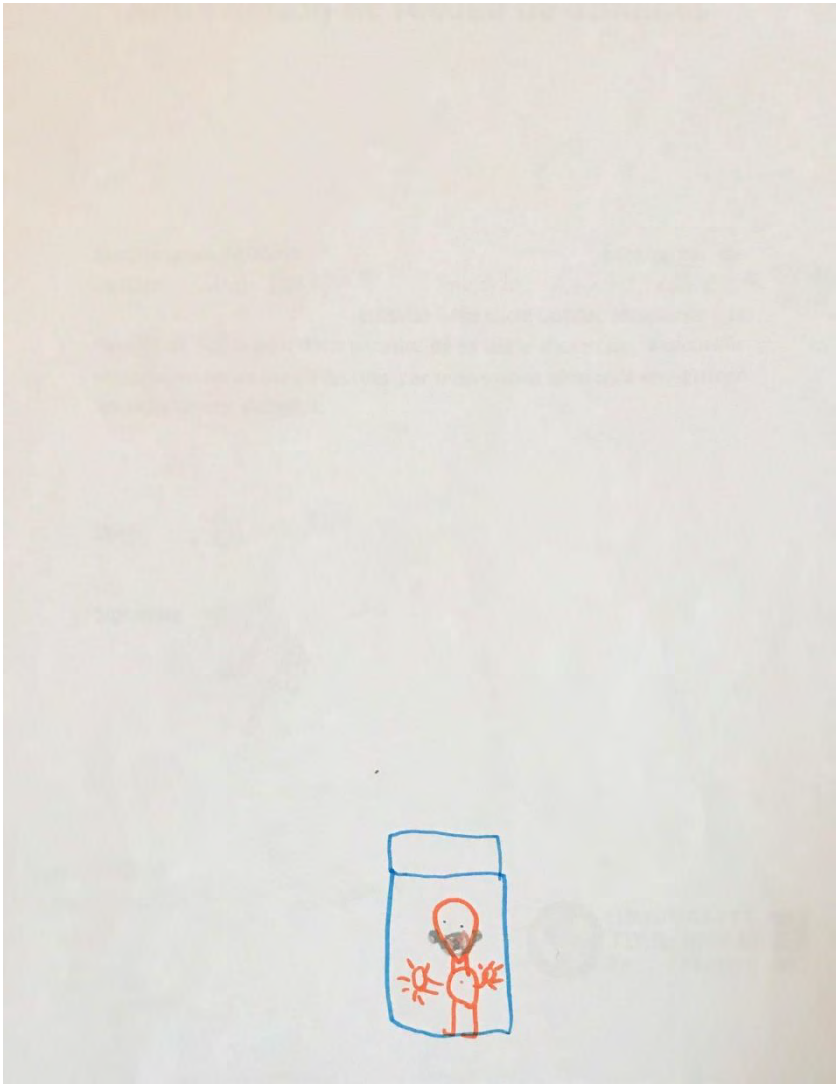


Figure 12 : Nathan 7 ans

Le dessin est vide, Nathan s'est dessiné allongé sur un fauteuil en bas de la feuille avec un masque. La situation semble grave et angoissante.

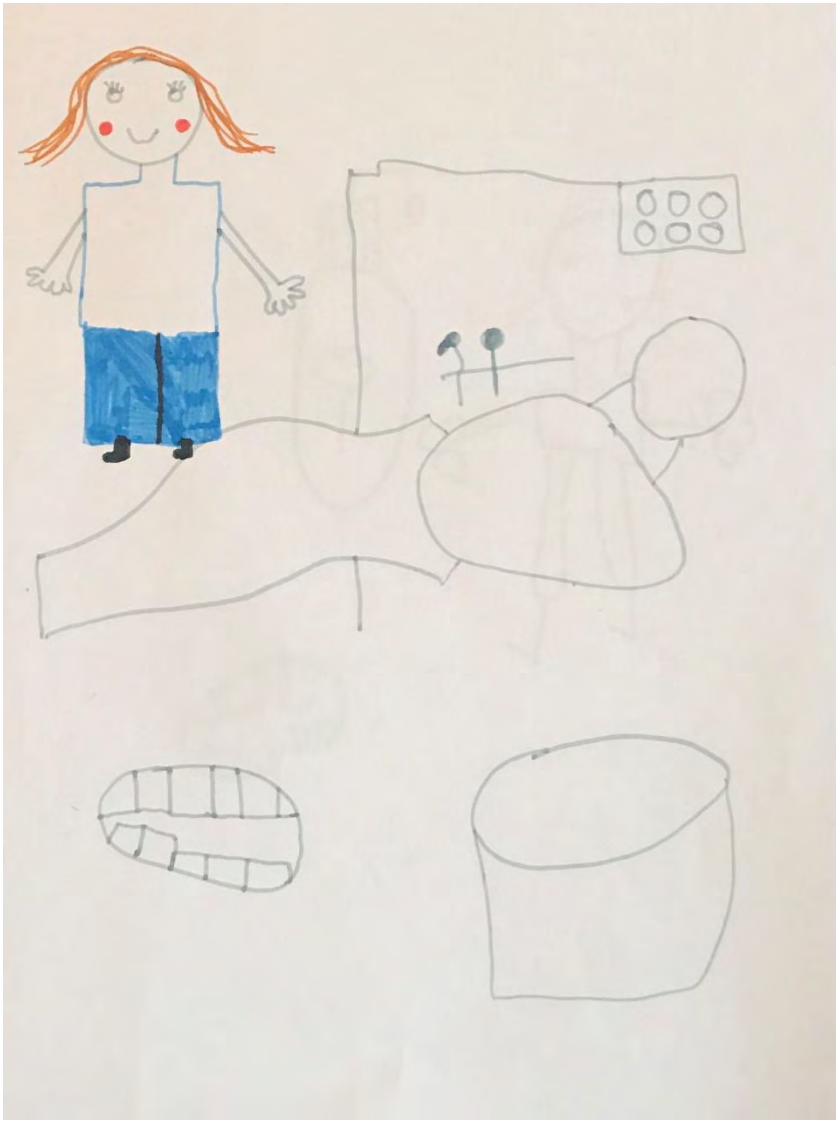


Figure 13 : Lina 8 ans

Lina a dessiné le fauteuil, le scialytique, et les instruments qu'elle appelle « les outils ». On voit également une femme aux cheveux longs, souriante et élégante. Elle nous dit que c'est la dentiste. Elle a aussi dessiné une bouche avec les dents. Les couleurs sont ternes à part pour la dentiste : elle a choisi deux couleurs lumineuses, le rouge et le orange. Lina ne s'est pas dessinée sur le fauteuil. La situation semble dirigée par la dentiste qui a le monopole et l'enfant s'oublie.

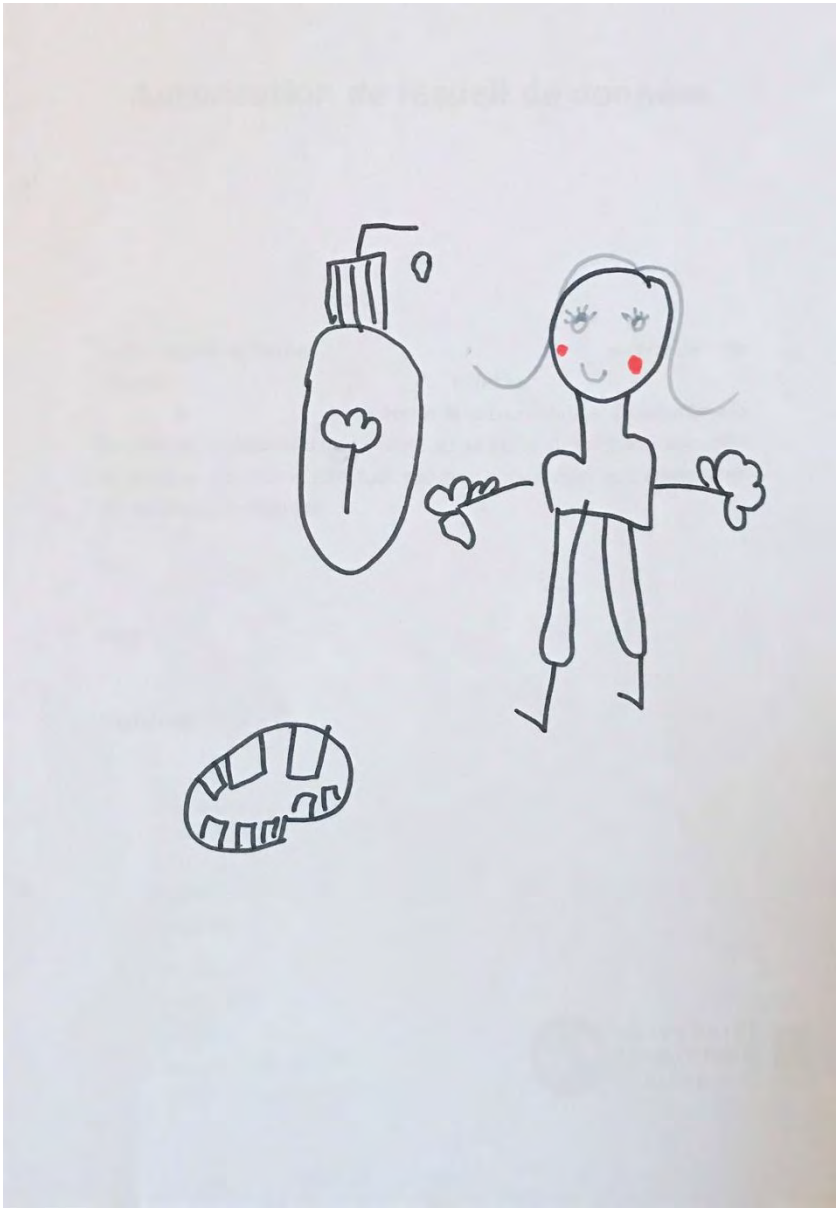


Figure 14 : Lamia 5 ans

Lamia a dessiné un personnage et nous dit que c'est la dentiste. Elle a aussi représenté une bouche avec les dents et un savon pour se laver les mains. Tout est dessiné en noir à part un peu de rouge pour la dentiste. La situation semble calme mais pas rassurante.

Figure 15 : Lou 4 ans

Deux couleurs dominent: le bleu et le vert. Lou nous dit qu'elle a dessiné le fauteuil avec elle dessus. A droite elle a dessiné le dentiste, en marron, qui paraît sévère et à gauche elle a dessiné sa mère. De plus, elle nous dit qu'elle a dessiné « le masque avec le ballon vert » (le méopa), « le soleil » (la lumière), les instruments, un nuage (peut être la sensation qu'elle ressent lorsqu'elle respire le méopa) et un escargot (une référence à la salive). On peut noter ici que le fauteuil est entièrement colorié, on a du mal à voir qu'elle s'est représentée allongée dessus. Les couleurs sont foncées, sombres, ce qui peut traduire une situation angoissante, stressante, pas appréciée par l'enfant. Le dentiste prend une place importante dans l'image et semble contrôler toute la scène.

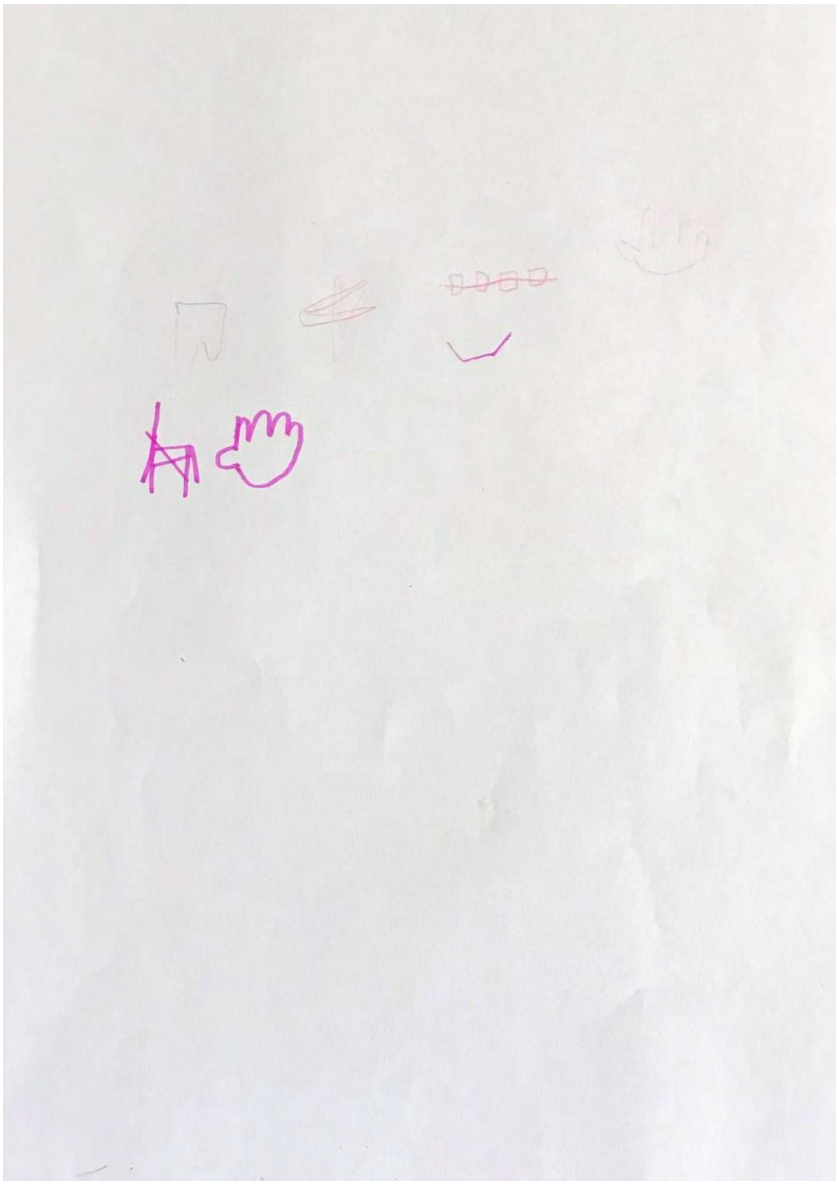


Figure 16 : Alycia 8 ans

Alycia a utilisé le rose pour réaliser son dessin : c'est une couleur joyeuse et lumineuse. Elle a représenté une dent, « une pince » pour « arracher les dents », un appareil dentaire, un gant et un capteur de radiologie. La situation semble calme et sereine malgré l'utilisation de mots qui peuvent faire peur « pince » et « arracher ».

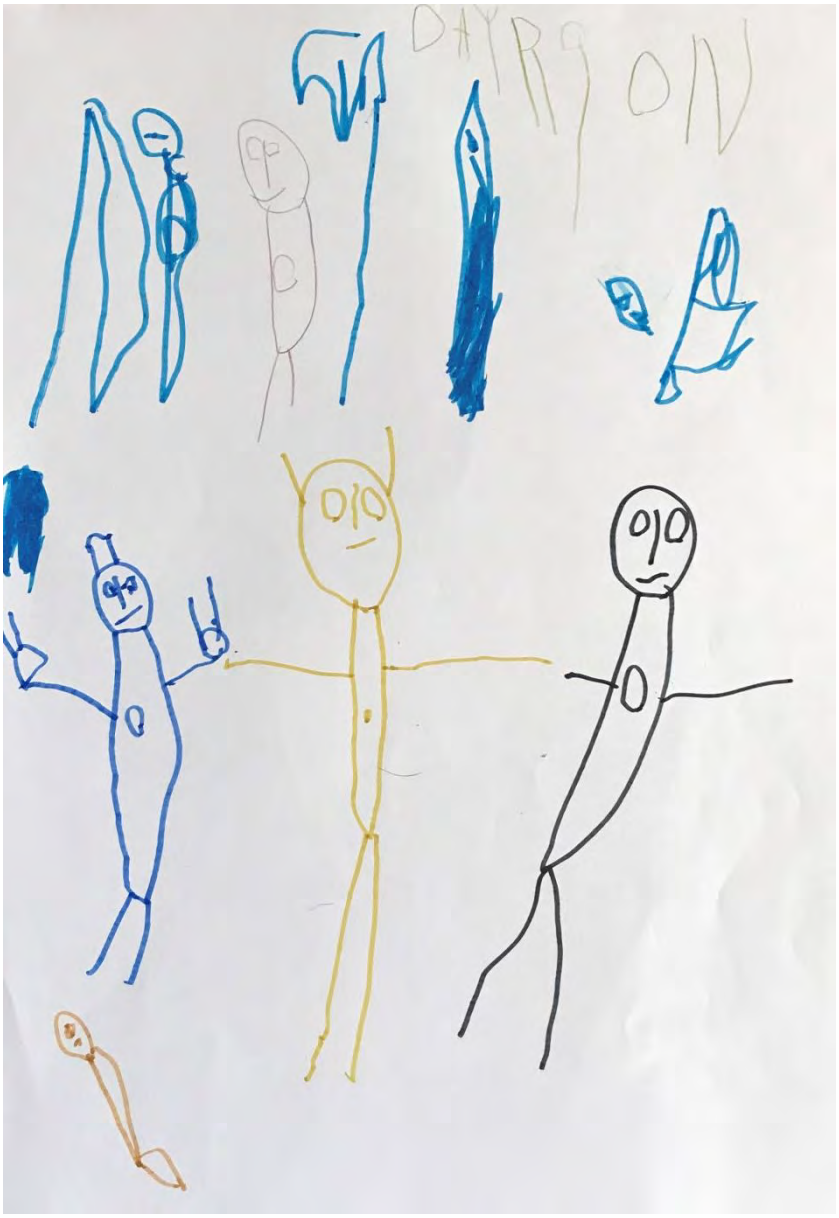


Figure 17 : Dayron 5 ans

Dayron a utilisé des couleurs sombres. Beaucoup de personnages sont dessinés. Il nous dit qu'il y le dentiste à sa droite (en noir), et à gauche sa mère mais aussi « pleins d'autres personnes » en haut du dessin. Il nous dit qu'il a également dessiné deux requins un à droite et un à gauche dans le haut de l'image. Il nous dit que le requin « c'est méchant ». L'enfant semble mal vivre la situation, avec le requin qui renvoie une image dangereuse, de crainte et de peur.

Figure 18 : Sophie 6 ans

Le dessin de Sophie est très coloré. Elle a mis le cœur en évidence. Il se dégage une ambiance calme et sereine. Le dentiste est représenté en jaune (une seule couleur), et l'enfant fait référence dans l'entretien à la tenue blanche uniforme du praticien. Seulement les fils des instruments sont représentés. On peut se demander si l'enfant les a déjà vus ? Ou lui a-t-on caché lors des soins ? Le fauteuil est aussi représenté mais elle ne s'est pas dessinée dessus. La situation semble être dirigée par le dentiste au centre du dessin associé aux cœurs.

Figure 19 : Mathis 8 ans

La situation semble inquiétante, le dessin est vide et les couleurs utilisées sont sombres. Mathis a représenté le davier, et « trois dents et le sang ». Lors de l'entretien l'enfant nous dit que « c'était bien chez le dentiste » mais ne veut pas plus parler. Le dentiste n'apparaît pas ni l'enfant. On peut imaginer que l'enfant garde tout de même une image positive de l'extraction mais l'associe à une situation grave qu'il veut fuir.

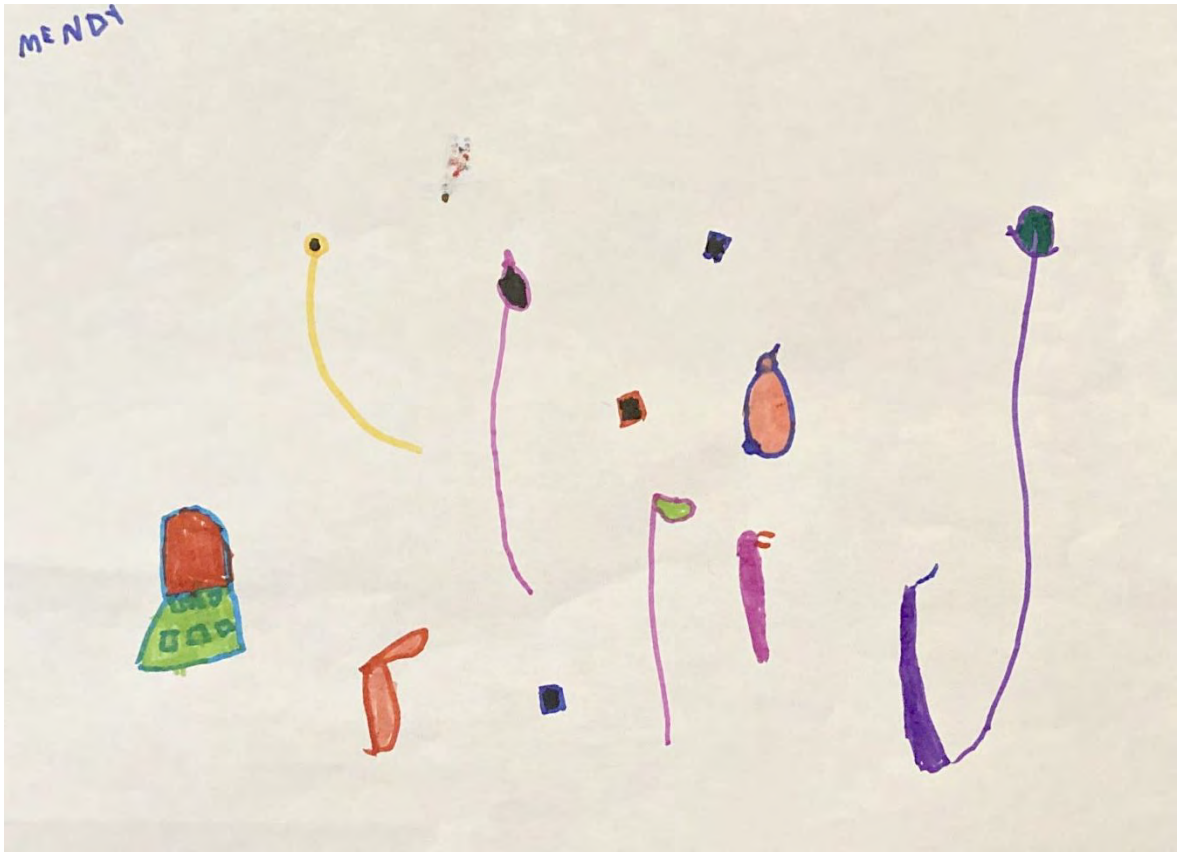


Figure 20 : Mendy 5 ans

Les couleurs sont vives et chaleureuses. Ce dessin dégage de la joie, et de la gaité. Mendy a représenté le davier, le ballon du méopa, les fils des instruments et trois dents. Deux dents qui « vont bien » et une dent rouge qui est « malade ». L'enfant a dessiné au dos un cœur et nous dit qu'elle aime bien venir chez le dentiste. Le rouge de la dent malade se retrouve sur les mords du davier. L'enfant associe peut être dent malade et extraction … Le dentiste n'apparait pas ni l'enfant.

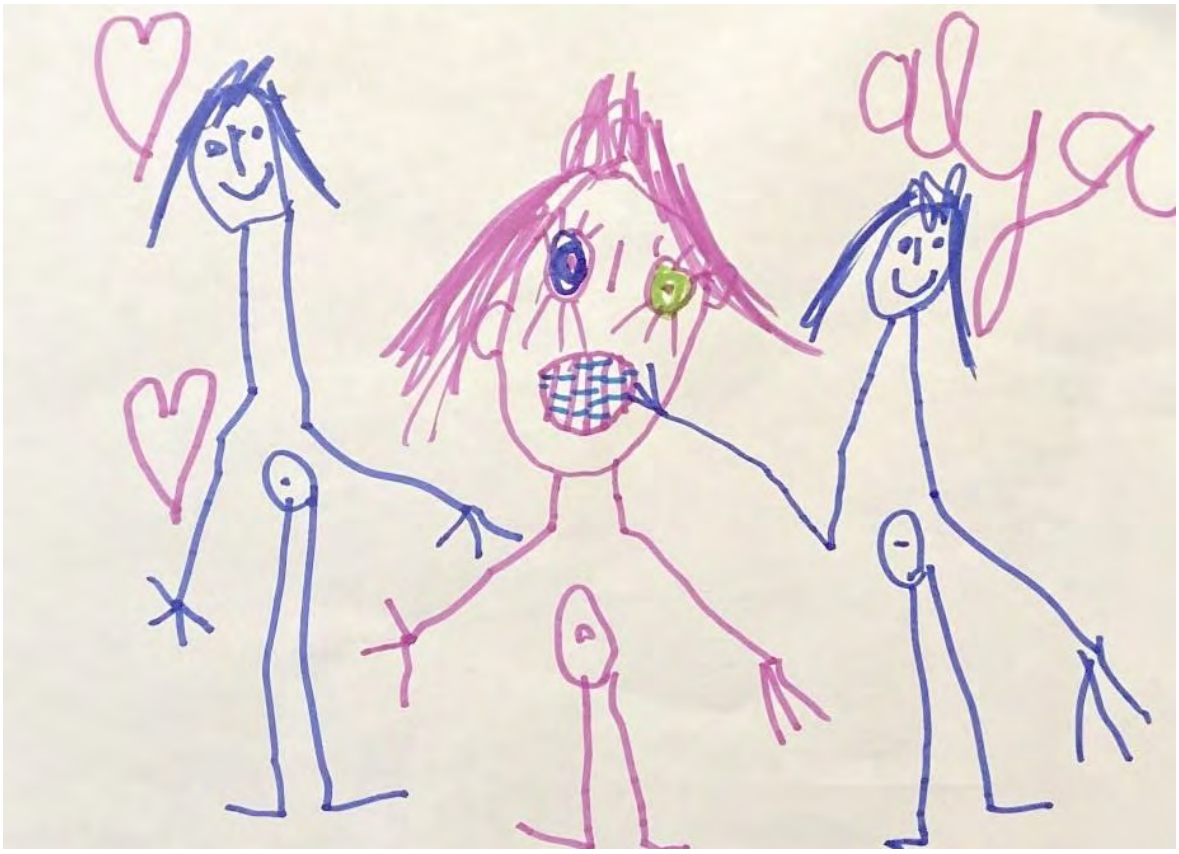


Figure 21 : Alya 7 ans

Tout l'espace de la feuille est utilisé. Alya s'est représentée au centre du dessin avec une grande bouche ouverte et des dents. A droite, elle nous dit avoir dessiné la dentiste, qui sourit avec sa main qui va dans la bouche de l'enfant. Le côté intrusif dans le corps humain du chirurgien – dentiste apparaît ici. A gauche elle nous dit avoir « dessiné la personne qui tient le masque du méopa et qui sourit » également. Le masque ou le ballon du méopa ne sont pas représentés. Un œil de l'enfant est bleu et l'autre est vert. Ceci fait peut être référence aux effets du méopa ? (Rire, détente …). L'enfant a aussi dessiné des cœurs et nous dit aimer venir chez le dentiste. La situation semble calme et détendue.

C- Discussion

Le dessin présente une évolution permanente en fonction de l'âge de l'enfant. En 1927, GH. Luquet, philosophe français, a montré que le dessin se rapproche de plus en plus de la réalité lorsque l'enfant grandit : à 5 ans, l'enfant reproduit ce qu'il sait et ce qu'il a dans son imaginaire et non ce qu'il voit. L'auteur parle de « réalisme intellectuel ». Vers l'âge de 9 ans, l'enfant sera capable de dessiner ce qu'il voit, avec des détails très précis qu'il perçoit dans la réalité et notamment la perspective, c'est le « réalisme visuel » (33). On peut donc dire que le dessin est semblable à un « miroir » témoins de l'évolution du développement mental, psychologique, psychique, affectif et moteur de l'enfant (31) (30). De plus, dans le dessin, l'enfant confronte le réel et l'imaginaire, selon G. Gognet, psychologue, c'est une interaction à double sens : l'enfant fait appel à son imaginaire car il connait des choses dans la réalité et c'est grâce aux évènements qu'il a déjà vécus dans le réel que son imaginaire se crée (30). Nous pouvons voir dans les dessins de cette étude que les enfants racontent l'histoire de leur traitement avec les mots utilisés par les praticiens lors des séances précédentes. Ces idées positives (le "soleil", le stylo") aide l'enfant en adaptant la communication à son âge et sa compréhension.

Le dessin est également perçu comme un moyen de connaître l'état psychique et émotionnel de l'enfant au moment où il dessine. Notre étude nous a permis de montrer que le dessin peut-être une aide dans l'établissement du contact entre le praticien et le jeune patient. Ainsi à travers un dessin, on peut juger si l'enfant est angoissé, apeuré, anxieux ou joyeux face à une situation (34). On peut aussi déterminer les sentiments, les désirs et les pensées de l'enfant (35). Lorsqu'il dessine, l'enfant est libre : le dessin fait appel à la liberté et à l'expression de soi (36). Le dessin informe sur la personnalité de l'enfant et livre ainsi une partie de son « identité » et de son « intimité » (37). Le dessin permet à l'enfant de s'exprimer, de « parler » et de communiquer sur une expérience ou sur un événement difficile et émotionnel plus aisément (35). S. Morgenstern, psychiatre, dans une de ses études a utilisé le dessin comme le seul moyen de communication avec un enfant victime de mutisme dans le but de le soigner (38). De plus, les résultats de l'étude de J. Gross et H. Hayne montrent que le dessin permet d'augmenter la quantité d'informations que les enfants fournissent sur leurs expériences par rapport aux enfants qui ont seulement parlé de leur expérience sans dessiner. Pour justifier cela, les auteurs ont fait plusieurs hypothèses : ils supposent que les enfants à qui il a été demandé de dessiner pourraient se sentir plus à l'aise

que les autres face à la personne adulte et peuvent ainsi parler plus facilement de l'évènement. Notre travail montre de manière semblable que les enfants peuvent partager leur expérience de soin dentaire par l'intermédiaire du dessin. Pour A. Anzieu, psychanalyste, (39) et A. Vinay, professeur de psychologie, (37) l'enfant communique mieux sur ses sentiments par l'image et le graphisme que par l'écriture ou la parole.

Le dessin est le support de la relation avec l'adulte : en effet, c'est une relation à double sens qui se met en place. L'enfant prend plaisir à dessiner et transmet une partie de lui à l'adulte qui perçoit le dessin comme un « cadeau » et qui est toujours émerveillé de ce qu'a pu dessiner l'enfant (30).

A travers le dessin, l'enfant raconte une histoire, le dessin est un « langage » qui a donc une valeur narrative. De plus, le dessin peut être comparé à un jeu. Il transmet à l'adulte de façon ludique, qui possède les capacités de comprendre en interprétant le dessin (31). Le dessin par sa valeur narrative permet donc de mieux connaître l'enfant qui se trouve en face de nous et ainsi de mieux l'appréhender lors des soins dentaires.

Bien évidemment, ce travail présente plusieurs biais qui peuvent avoir influencés les résultats, en effet les dessins ont été effectués dans un environnement dentaire et hospitalier et le ratio fille/garçon n'est pas équitable (dix filles pour quatre garçons). Cependant, les résultats obtenus permettent, en se référant aux travaux précédents dans d'autres domaines de la santé, une première approche de la perception du chirurgien-dentiste par l'enfant.

Cette perception est influencée par l'environnement social de l'enfant qui agit sur le comportement et l'évolution de l'enfant. Dans les milieux sociaux défavorisés, la prévention est souvent oubliée (40) . Un enfant sera amené en consultation par ses parents seulement s'il a mal aux dents et qu'il se plaint. Ainsi, l'enfant associera le dentiste à la douleur et gardera une image négative. Au contraire, dans les milieux de vie favorisés, les parents amènent leurs enfants en consultation de contrôle, il y a un suivi annuel et régulier dès le plus jeune âge. Ainsi, ces enfants n'associeront pas obligatoirement le dentiste à la douleur mais seront habitués à venir en consultation et garderont une image positive des soins et du chirurgien – dentiste. De plus, le milieu de vie, le style de vie et la situation familiale

participe à l'éducation de l'enfant et donc au comportement de l'enfant vis-à-vis des autres, du personnel soignant, et du chirurgien – dentiste (41) (42). Il faut souligner ici qu'en pratique hospitalière, au CHU, les patients sont majoritairement issus de populations défavorisées. Ainsi, nous rencontrons très souvent les problèmes cités ci – dessus.

L'influence des adultes est importante dans la perception du soin par l'enfant. Un parent très stressé par les soins dentaires peut transmettre cette angoisse à l'enfant avant de venir au rendez – vous et pendant la consultation (23). J. Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, a mis en avant la théorie de l'attachement, qui est une relation de proximité entre l'enfant et la figure parentale (qui est souvent la mère) permettant à l'enfant de se sentir en sécurité (43). La réciproque de la théorie de l'attachement est le « caregiving » où la mère transmet ses sentiments de joie et de bonheur quand elle est en capacité de protéger son enfant et ses sentiments de peur ou d'anxiété quand elle ne peut pas apporter de l'aide à son enfant ou qu'elle ne maîtrise pas la situation (44). Ainsi, cette anxiété de la mère ressentie par l'enfant peut nuire au bon déroulement des soins. L'enfant ne se sentira pas en sécurité et adoptera un comportement peu ou pas coopératif (45). Dans l'étude réalisée ici au CHU, un des parents est représenté dans deux dessins, montrant l'importance de l'accompagnement des enfants. La présence ou non des parents lors des soins est source de discussion dans la profession, notre étude ne permet pas de conclure sur le rôle positif (sentiment de protection) ou négatif d'un adulte lors de la séance de soin. Cependant, nous sommes en mesure de souligner l'importance de l'ensemble de l'équipe de soin, praticien et aide-opératoire, qui sont dessinés par les enfants.

On peut faire l'hypothèse qu'un enfant qui a déjà vu un dentiste à l'hôpital ou en ville et que la consultation s'est bien déroulée garde une bonne image du chirurgien – dentiste et des soins dentaires, et ne sera pas angoissé ou stressé, d'où l'utilisation de couleurs vives dans les dessins et un sentiment de sérénité et de calme qui s'en dégage. Au contraire, un enfant qui a déjà eu une consultation qui ne s'est pas bien passée pourra garder ce souvenir et faire part de son angoisse et de ses peurs dans les dessins. Cet aspect est visible dans les dessins réalisés lors cette étude, qui représentent souvent la rencontre précédente avec le chirurgien-dentiste. Ce résultat est intéressant car il peut permettre d'utiliser le dessin en amont de la séance pour rappeler des souvenirs positifs à l'enfant et induire une attitude positive.

C’est ainsi que certaines solutions pourraient être mise en place au CHU de Toulouse pour améliorer la prise en charge des patients, elles s’appuient sur le jeu lié au dessin, les possibilités de communications qu’il développe et sa faculté à s’appuyer sur les souvenir de l’enfant. Ainsi, il serait intéressant que dès le plus jeune âge l’enfant puisse « jouer au dentiste », par exemple à travers une mallette où se trouvent tous les instruments, ou par des livres éducatifs. Pour exemple, on peut trouver dans le commerce un jeu de pâte à modeler « Tout pour soigner les dents de ce pauvre patient avec le dentiste » de la marque Play-Doh : le visage du patient s'ouvre et l’enfant, grâce à la pâte à modeler, peut faire des moulages de dents, les brosser grâce au moule de la brosse à dent, ou soigner les caries grâce à une turbine électrique. D’autres instruments sont présents dans le coffret (46).

Figure 22 : Jeu de pâte à modeler « Le dentiste »

Notre étude met en évidence l’importance de la salle d’attente dans la perception des enfants. Ainsi, la création au sein du CHU d’une salle d’attente spéciale pour les enfants, à l’écart de la salle d’attente principale permettrait d’éviter le monde et le bruit qui peut déjà mettre l’enfant dans une situation d’inconfort. De plus, on pourrait imaginer une salle d’attente décorée, colorée pour en faire un lieu chaleureux, avec la présence de jeux de « relaxation » comme des livres ou la télévision (dans un but instructif par rapport aux soins dentaire). Cf images ci – dessous (47) (48). L’enfant doit être en confiance, c’est le premier

endroit que l'enfant voit et découvre quand il vient en clinique (49). Cet environnement permettrait à l'enfant de réaliser un dessin dans des conditions positives.

L'utilisation de ces dessins est primordiale. Un temps d'analyse et de discussion doit être mis en place avec l'enfant en amont de la séance de soin. Cependant, cela ne pourra être mis en place qu'à la condition d'une formation des praticiens. Ainsi, l'intégration de la pédagogie narrative dans les études en chirurgie-dentaire doit être poursuivie, en incluant les dessins d'enfant qui sont une forme d'outil narratif adaptée à leur âge.

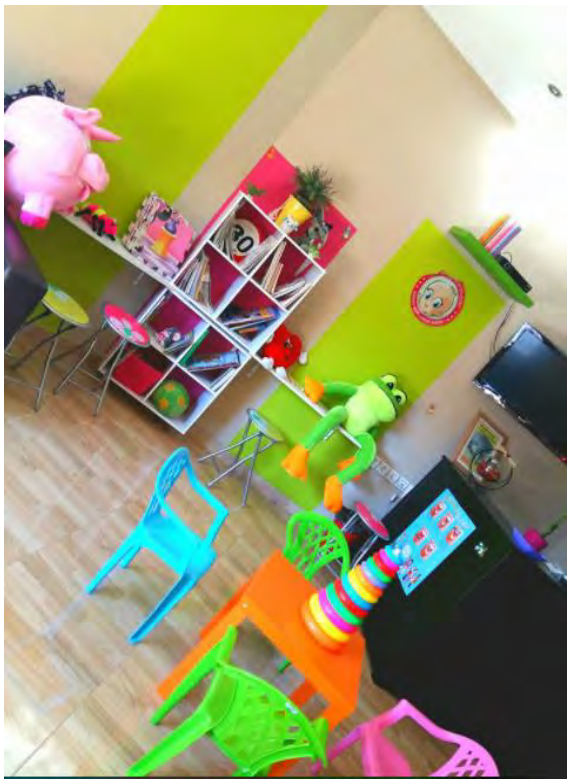


Figure 23 : exemple 1 de salle d'attente. Photo d'un cabinet de pédodontie exclusive.

Figure 24 : exemple 2 de salle d'attente. Photo d'un cabinet de pédodontie exclusive.

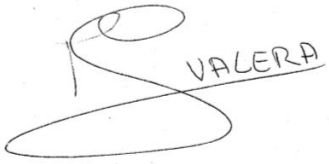
IV- Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire que le dessin permet d'analyser la perception et les sentiments de l'enfant mais aussi est un moyen de communication permettant de mieux connaître et ainsi de mieux appréhender l'enfant lors des soins. Chaque enfant a ses propres souvenirs et ressentis du chirurgien – dentiste, en fonction des soins qu'il a déjà eu dans le passé mais aussi en fonction de ce qu'une autre personne peut lui avoir raconté. Tout ceci ayant une influence sur le comportement et la coopération de l'enfant lors des soins et consultations à venir au cours de son enfance mais aussi lorsqu'il sera acteur de sa propre santé à l'âge adulte. Cette perception aura alors des conséquences sur sa santé bucco – dentaire future.

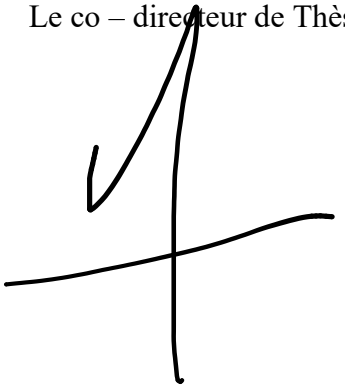
A travers l'analyse des dessins, nous avons ainsi constaté que certains enfants associent les soins dentaires à une situation inquiétante et angoissante alors que d'autres les associent à une situation joyeuse, calme et sereine. Le support de discussion que représente le dessin doit être utilisé pour déconstruire les perceptions négatives ou au contraire pour renforcer les souvenirs positifs des enfants. Ainsi, l'utilisation des dessins d'enfants peut-être un outil quotidien pour le praticien souhaitant établir un contact positif avec son jeune patient.

Le président du Jury

La directrice de Thèse



Le co – directeur de Thèse



Annexes

Score 0	Détendu, souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément ou dès qu'on le lui demande. Bras et pieds en position de repos. Attentif.
Score 1	Mal à l'aise, préoccupé. Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Elles sont parfois crispées. Expression faciale tendue. Pâleurs, sueurs. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste. Regards furtifs sur l'environnement.
Score 2	Tendu. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Pâleurs, sueurs. Inquiet de tout nouvel évènement. Obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée. Cherche un contact corporel rassurant (main, épaule).
Score 3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques mais sans commune mesure avec le danger ou exprimées bien avant le danger, pleurs, pâleurs, sueurs. Utilise ses mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Mouvements d'évitement. Parvient à faire face

	à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés. Accepte le maintien des mains.
Score 4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement, cris. Importantes contorsions nécessitant parfois une contention. Peut encore être accessible à la communication verbale mais après beaucoup d'efforts et de réticence pour une maîtrise relative. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
Score 5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat avec énergie. Le praticien et l'entourage ne contrôle plus l'enfant. Inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite : tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

Annexe 1 : Echelle de Venham modifiée par Veerkamp en 1993

Table des figures

- **Figure 1** : Dessin de François : sa vision d'un personnage en bonne santé et d'un personnage
- **Figure 2** : Dessin de Clément : une situation d'angoisse quand il est chez son médecin.
- **Figure 3** : Dessin d'Alice : détendue et sereine chez son médecin.
- **Figure 4** : Dessin de Ludovic qui doute de sa guérison.
- **Figure 5** : Ce que Bernard aime à l'hôpital
- **Figure 6** : ce que Lia n'aime pas à l'hôpital.
- **Figure 7** : Dessin de Paul : sa première expérience chez le chirurgien – dentiste.
- **Figure 8** : Evangéline 4 ans
- **Figure 9** : Antonia 6 ans
- **Figure 10** : Manal 5 ans
- **Figure 11** : Esteban 8 ans
- **Figure 12** : Nathan 7 ans
- **Figure 13** : Lina 8 ans
- **Figure 14** : Lamia 5 ans
- **Figure 15** : Lou 4 ans
- **Figure 16** : Alycia 8 ans
- **Figure 17** : Dayron 5 ans
- **Figure 18** : Sophie 6 ans
- **Figure 19** : Mathis 8 ans
- **Figure 20** : Mendy 5 ans
- **Figure 21** : Alya 7 ans
- **Figure 22** : Jeu de pâte à modeler « Le dentiste »
- **Figure 23** : exemple 1 de salle d'attente. Photo d'un cabinet de pédodontie exclusive.
- **Figure 24** : exemple 2 de salle d'attente. Photo d'un cabinet de pédodontie exclusive.

Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : enfant - Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfant/29439

2. Baudier A, Bernadette C. Le développement affectif et social. Edition Armand Colin, 2010.

3. Piaget J. Les stades du développement infantile. Cabinet Psy-enfant. 2018. Disponible sur: http://psy-enfant.fr/stade-developpement-jean-piaget/.

4. Von Hofsten C. An action perspective on motor development. Trends Cogn Sci. Juin 2004;8(6):266-72.

5. Miermon A, Benois-Marouani C, Jover M. Le développement psychomoteur. Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome1 concepts fondamentaux, 2011. P 25-82,

6. Mounoud P. Les révolutions psychologiques de l'enfant. Archives de psychologie,1976; vol. 44, no. 171, P 103-114.

7. Mounoud P. Construction et utilisation d'instruments chez l'enfant de 4 à 8 ans. Revue Suisse de psychologie. 1968, 27, 1, P 200 - 208.

8. Mounoud P. Structuration de l'instrument chez l'enfant. Edition Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1970.

9. Mounoud P. Développement des systèmes de représentation et de traitement chez l'enfant. Bulletin de psychologie, Université de Paris, 1971, 296, XXV, 5 -7, P 261 - 2172.

10. Dugas C, Point M. Portrait du développement moteur et de l'activité physique au Québec chez les enfants de 0 à 9 ans. 2012.

11. Binet A, Simon Th. Le développement de l'intelligence chez les enfants. L'année psychologique. 1907 vol. 14.

12. Descoeudres A. Le developpment de l'enfant de deux à sept ans. Recherches de psychologie expérimentale. 1922.

13. Piaget J. La naissance de l'intelligence chez l'enfant. 9ème édition de 1977.

14. Piaget J. L'équilibre des structures cognitives. 1975.

15. Perret Clermont AL, La construction de l'intelligence dans l'interaction sociale. 1979.

16. Doise W, Mugny G. Le développement social de l'intelligence. 1981.

17. Ginières B, Gagnayre R. Le représentation de l'asthme par l'enfant au travers du dessin de la santé. Un outil pour la relation éducative. Education du patient et enjeux de santé, Vol 22, n°3, 2004.

18. Daumas A-C. Dessine ton docteur. L'image du médecin dans des dessins d'enfants âgés de 6 à 9 ans. Thèse d'exercice. Université de Nantes; 2013.

19. Oppenheim D, Hartmann O. L'experience du cancer des enfants illustree par leurs dessins. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2003; 51, P 5-13.

20. Rollins JA. Tell Me About It: Drawing as a Communication Tool for Children With Cancer. J Pediatr Oncol Nurs. Juillet 2005; 22(4): 203-21.

21. Van den Abeele C, De le Court P, Dominicy M, Buysschaert G. Dessine moi l'hôpital. UNICEF Belgique; 2006.

22. Shirdelzade S, Ramezanzade E, Gazerani A. Children satisfaction of Nursing care by drawing in hospotalized children. International Journal of Pediatrics (Supplement 4), August 2014; Vol.2, N.3-2, Serial No.8.

23. Jungle A. Perception du chirurgien dentiste, facteurs d'anxiété et déroulement des soins; étude clinique chez des enfants de 6 à 10 ans. Thèse d'exercice. Université de Lorraine; 2018.

24. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. J Am Dent Assoc 1939. nov 1978;97(5):816-9.

25. Marty M, Gendron B, Vergnes JN. L'utilisation des dessins d'enfant en odontologie pédiatrique : Le rôle des récits dans l'approche centrée sur la personne. RFOP 2018 vol 13; No 3, P 134-136.

26. Larry L Venham, Elise Gaulin - Kremer. A self - report measure of situational anxiety for young children. Pediatric Dentistry, Academy of Pedodontics, 1979; Vol 1, No 2.

27. Larousse É. Définitions : dessin - Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dessin/24654.

28. Scetbon A. Le dessin d'enfant, étude de son utilisation par 43 pédopsychiatres de Hautes - Garonne. Thèse d'exercice. Université Toulouse III; 2013.

29. Kocher C. Analyses de dessins d'enfants. Editions Petits-Bonheurs. Juin 2010.

30. Cognet G. Comprendre les dessins d'enfants (2ème édition). Juillet 2018.

31. Widlöcher D. L'interprétation des dessins d'enfants. Editions Mardaga. 1998.

32. Wallon P. Le dessin d'enfant. Edition Puf. Avril 2012.

33. Luquet GH. Le dessin enfantin.1927.

34. Gross J, Hayne H. Drawing Facilitates Children's Verbal Reports of Emotionally Laden Eents. 1998.

35. Søndergaard E. et Reventlow S. Drawing as a Facilitating Approach When conducting Research among children. International Journal of Qualitative Methods, 2019; Vol 18, P 1- 11.

36. Jumel B. L'aide-mémoire du dessin d'enfant. Edition Dunod. Septembre 2011.

37. Vinay A. Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent. 2ème édition.2020.

38. Morgenstern S. Un Cas de Mutisme Psychogène. Revue Française de Psychanalyse, Première année, 1927, T. I, n° 3; Edition G. Doin et Cie, P 492-504.

39. Anzieu A, Barbey L, Bernard-Nez J, Daymas S. Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant. Edition Paris: Dunod. 2012.

40. Locker D. Deprivation and oral health : a review. Community Dent Oral Epidemiol 2000 Jun; 28(3):161-9.

41. Madrid C., Abarca M., Pop S., Bodenmann P., Wolff H., Bouferrache K. Santé buccale : déterminants sociaux d'un terrain majeur des inégalités Revue Médicale Suisse, 2000; 5: 1946-51.

42. Azogui-Levy S, Boy-Lefèvre M-L. Inégalités d'accès aux soins dentaires. Apres-Demain, Mai 2017; N ° 42, NF(2):30-2.

43. Bowlby J. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. Edition Taylor & Francis. 2005.

44. K. Laki, A. Beslot-Neveu, M. Wolikow, T. Davit-Béal. Présence des parents au cours des soins dentaires. Odontologie pédiatrique, faculté de chirurgie-dentaire, Université Paris-Descartes. 2010.

45. Kotsanos N, Arhakis A, Coolidge T. Parental presence versus absence in the dental operatory: a technique to manage the uncooperative child dental patient. Eur J Paediatr Dent, Sept 2005; 6(3):144-8.

46. Pâte à modeler Le dentiste PLAY-DOH. Jouets de Noël 2020. Disponible sur: https://jouetsdenoel.carrefour.fr/produit/activites-creatives-et-manuelles/pate-a-modeler-le-dentiste-play-doh

47. Cabinet de pédodontie Dr. Soussia Soumaya. Disponible sur:https://www.facebook.com/pedodontisteSoussiaSoumaya/posts/765798380192269/

48. Dentiste Pédiatrique (enfants et adolescents) - Kids dental - Accueil [Internet]. Dentiste pour enfants et adolescents - Kids Dental. Disponible sur: https://kids-dental.be/

49. Institut de puériculture de Paris, Soulé M, Badoual J, éditeurs. La salle d'attente: « clinique » et espace méconnus: 12e Journée scientifique du Centre de guidance infantile de l'Institut de puériculture de Paris. Paris: ESF; 1985. 152 p. (La Vie de l'enfant).

DUBOSC Lucie 2021-TOU3-3010

PERCEPTION DU CHIRURGIEN – DENTISTE PAR DES ENFANTS DE 4 A 9 ANS AU CHU DE TOULOUSE : ÉTUDE CLINIQUE A TRAVERS DES DESSINS

RESUME EN FRANÇAIS :

Il est nécessaire de prendre en compte le développement de l'enfant pour étudier la perception du chirurgien - dentiste par l'enfant lors d'une consultation ou des soins dentaires. L'étude a été menée à travers des dessins au CHU de Toulouse. Les résultats de l'analyse des dessins sont variés : certains dessins font références à une situation calme et sereine alors que d'autres laissent une image contraire à celle -ci. Plusieurs facteurs interviennent dans les sentiments et la perception de l'enfant notamment le niveau social de la famille. Dans le but que la plus grande partie des enfants reçus en consultation garde une image positive du chirurgien – dentiste, certains facteurs d'éducation et de prise en charge pourraient être améliorés.

TITRE EN ANGLAIS : PERCEPTION OF THE SURGEON - DENTIST BY CHILDREN FROM 4 TO 9 YEARS OLD IN TOULOUSE: CLINICAL STUDY THROUGH DRAWINGS

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : Perception – Dessin d'enfant – Pédodontie – Odontologie pédiatrique

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Dr Marie – Cécile VALERA et Dr Mathieu MARTY