

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE – DEPARTEMENT D’ODONTOLOGIE

ANNEE 2025

2025 TOU3 3003

THESE

POUR LE DIPLOME D’ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Farah CASTELLANOS

Le 10 janvier 2025

**PERTE PRECOCE D’UNE OU PLUSIEURS INCISIVES CHEZ
L’ENFANT : ETUDE QUALITATIVE A PARTIR DE DESSINS**

Directrice de thèse : Pr Marie-Cécile VALERA

JURY :

Président : Pr Frédéric VAYSSE
1er assesseur : Pr Marie-Cécile VALERA
2ème assesseur : Dr Mathieu MARTY
3ème assesseur : Dr Chiara CECCHIN– ALBERTONI



Faculté de santé
Département d'Odontologie

➔ **DIRECTION**

Doyen de la Faculté de Santé
M. Philippe POMAR

Vice Doyenne de la Faculté de Santé
Directrice du Département d'Odontologie
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

Directeurs Adjointes
Mme Sarah COUSTY
M. Florent DESTRUHAUT

Directrice Administrative
Mme Muriel VERDAGUER

Présidente du Comité Scientifique
Mme Cathy NABET

➔ **HONORARIAT**

Doyens honoraires
M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

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*)

➔ **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, Mme Marie - Cécile VALERA
Maître de Conférence : M. Mathieu MARTY
Assistants : M. Robin BENETAH
Adjointes d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Mathieu TESTE, M. Daniel BANDON

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Carole VARGAS JOULIA, Mme Chahrazed BELAILI, Mme Véronique POINSOTTE
Adjointes d'Enseignement : Mme. Isabelle ARAGON, M. Vincent VIDAL-ROSSET, Mme Hasnaa KHALED

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme Géromine FOURNIER)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES
Maîtres de Conférences : Mme Géromine FOURNIER
Assistant : M. Nicolas DRITSCH
Adjointes d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Jean-Philippe GATIGNOL
Mme Carole KANJ, Mme Mylène VINCENT-BERTHOUMIEUX, M. Christophe BEDOS

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Professeur d'Université : Mme Sara LAURENCIN- DALICIEUX,
Maîtres de Conférences : Mme Alexia VINEL, Mme. Charlotte THOMAS
Assistants : M. Antoine AL HALABI, M. Pierre JEHLE
Adjointes d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE , Mme Myriam KADDECH,
M. Mathieu RIMBERT, M. Joffrey DURAN

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS, M. Antoine DUBUC.
Assistant : Mme Jessica CHALOU
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Jérôme SALEFRANQUE,
M. Clément CAMBRONNE

BIOLOGIE ORALE

Professeurs d'Université : M. Philippe KEMOUN, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Matthieu MINTY
Assistants : Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS, Mme Valentine BAYLET GALY-CASSIT,
Mme Sylvie LE
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, Mme Inessa TIMOFEEVA-JOSSINET

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M Paul MONSARRAT)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeurs d'Université : M. Franck DIEMER, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNÉS, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN,
Assistants : M. Nicolas ALAUX, M. Vincent SUAREZ, M. Lorris BOVIN, M. Thibault DECAMPS, Mme Emma STURARO, Mme Anouk FESQUET
Assistante Associée : Mme Lucie RAPP
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean-Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE,
Mme Marion CASTAING-FOURIER

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR, M. Florent DESTRUHAUT,
Maîtres de Conférences : M. Antoine GALIBOURG, M. Julien DELRIEU
Assistants : Mme Mathilde HOURSET, Mme Constance CUNY, M. Paul POULET, Mme Aurélie BERNEDE,
Mme Cécile CAZAJUS
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Luc RAYNALDY, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fakiem LEMAGNER,
M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Victor EMONET-DENAND, M. Thierry DENIS, M. Thibault YAGUE, M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, M. Julien ROZENZWEIG

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur d'Université : Mr. Paul MONSARRAT
Maîtres de Conférences : Mme Sakine JONIOT, M. Karim NASR, M. Thibault CANCEILL,
Assistants : M. Olivier DENY, Mme Laura PASCALIN, Mme Alison PROSPER, Mme Luna DESNOT
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 06 Novembre 2024

Remerciements

A *papa et maman*, vous m'avez apporté un soutien indéfectible et un amour inconditionnel tout au long de ma vie. C'est grâce à vous que j'en suis arrivée là. Vous m'avez montré ce que sont le respect, l'amour et la bienveillance. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'être les meilleurs parents que l'on puisse imaginer, je vous en suis éternellement reconnaissante. Je vous aime.

A *Dada*, merci pour ton affection et ta douceur gravée dans les souvenirs heureux de mon enfance. Je sais que tu aurais été fière de moi.

A mes sœurs,

Leila tu es une source d'inspiration constante pour moi et je te remercie pour tes conseils avisés et ton optimisme contagieux, tu es toujours là pour moi et je n'aurai pas pu rêver mieux comme grande sœur, modèle et meilleure amie.

Fatna, je suis fière d'avoir une sœur comme toi à mes côtés, nous avons grandi et évolué ensemble, je t'admire pour ta sensibilité, ta générosité, ton enthousiasme et je suis infiniment reconnaissante de l'aide précieuse que tu m'as offerte pour la rédaction de cette thèse, tes connaissances en psychologie ont apportés une perspective claire et réfléchie que je n'aurai pu trouver ailleurs.

Morjane, je suis chanceuse de t'avoir vu grandir en la jeune femme que tu es à présent et je te remercie pour ta bonne humeur, ta joie de vivre et nos moments de complicité, tu es un rayon de soleil qui illumine ma vie et celle de notre famille depuis ta naissance.

A *Tatiana, Maissan et Nicolle*, vous êtes à mes côtés depuis 10 ans déjà, et je suis heureuse de vous compter parmi mes amis les plus chers. Malgré la distance et les années qui passent, nos liens restent fermement noués et je vous remercie pour les rires, les pleurs, et toutes les émotions qu'on vit dans une amitié véritable et impérissable.

A *Léa, Célia et Julie*, notre aventure a commencé en PACES et nous avons construit des attaches dignes d'une grande amitié, voire même d'une grande sororité qui, j'en suis convaincue, durera toute la vie. Dans les bons comme dans les mauvais moments, vous avez toujours été présentes et je suis fière de la route que l'on a parcourue ensemble.

A *Carla, Aurélie, Lehna, Coraly* et tous mes autres amis rencontrés à la fac qui se reconnaissent, merci d'avoir agrémenté mes années d'études de rires, de fous rires même, d'entraide et d'instant précieux. J'ai eu la chance de découvrir des personnalités exceptionnelles et profondément humaines, avec qui je suis heureuse de poursuivre mon chemin. Je suis convaincue que vous serez d'excellents praticiens et que les patients pourront être sereins entre vos mains.

A *Abir et Camille*, j'ai hâte de cheminer sur la voie de la pédodontie à vos côtés dans un environnement épanouissant et dans le partage de la passion de notre métier.

A notre président du jury

Monsieur le Professeur **Frédéric Vaysse**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,
- Responsable du Centre de Référence des Maladies Orales et Dentaires rares,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous offrez de présider ce jury. La qualité de vos enseignements et la richesse de votre savoir partagées avec vos étudiants ont été précieuses. L'expertise et la rigueur dont vous faites preuve dans votre pratique clinique et dans l'accompagnement des patients ont largement contribué à l'enrichissement de notre parcours. Veuillez recevoir dans ce travail toute l'estime et la reconnaissance que nous éprouvons à votre égard.

A notre directrice de thèse

Madame la Professeure **Marie-Cécile Valéra**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Spécialiste Qualifiée en « Médecine Bucco-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,
- Habilitation à Diriger des Recherches,
- Diplôme universitaire de Recherche Clinique en Odontologie,
- Diplôme interuniversitaire « Soigner les soignants ».

Je vous adresse toute ma gratitude pour avoir accepté de diriger cette thèse. Votre implication, votre réactivité et votre soutien ont été déterminants dans la réalisation de ce travail. Vous avez été un exemple pour nous dans la prise en charge des patients et avez contribué de manière essentielle à l'efficacité de notre service par votre disponibilité et votre engagement. Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements pratiques et théoriques que vous nous avez dispensés et votre encadrement lors des vacances d'odontologie pédiatrique, qui ont été des plus enrichissants et formateurs. Je vous suis sincèrement reconnaissante pour tout ce que vous m'avez transmis, tant en termes de patience que de maturité, des valeurs indispensables pour devenir un soignant accompli. Votre bienveillance à bien des égards a rendu ces années de cliniques inoubliables.

A notre 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 crânio-faciales,
- Master 2 Sciences de l'éducation Université Paul VALERY Montpellier 3,
- Doctorat en Sciences de l'éducation Université Paul VALERY Montpellier 3,

Je vous remercie pour vos enseignements novateurs et votre application à transmettre cette belle spécialité qu'est l'odontologie pédiatrique dans l'empathie et l'écoute de l'autre. Vous avez été l'une des raisons pour laquelle les vacances d'odontologie pédiatrique avaient lieu dans la bonne humeur, et ce grâce à votre sens de l'humour aiguisé et votre don pour la pédagogie. J'ai beaucoup appris de votre capacité à concilier une approche infiniment humaine à une technicité remarquable dans la prise en charge de nos jeunes patients. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous. Vous m'avez montré qu'il est possible de ne pas renoncer à la passion de l'écriture en choisissant la passion du soin, bien au contraire, et je vous exprime en conséquence l'expression de ma plus profonde gratitude.

A notre jury de thèse

Madame le Docteur **Chiara Cecchin – Albertoni**

- Assistant Hospitalo-Universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 2 en Odontologie Pédiatrique et Orthodontie Interceptive,
- Certificat d'Études Supérieures en Odontologie Pédiatrique et Prévention,
- Diplôme Inter Universitaire en Odontologie Pédiatrique Clinique et Sédation,
- Attestation d'Etudes Universitaires en Prothèse Complète Supra Implantaire,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. L'accompagnement que vous m'avez offert tout au long de ma dernière année de clinique a été d'une qualité rare, grâce à votre grande capacité d'écoute et votre disponibilité pour offrir votre aide et vos connaissances. Vos enseignements et conseils ont joué un rôle crucial dans le bon déroulement de mon parcours, et la manière dont vous établissez une relation de confiance avec les patients est une source d'inspiration. Ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés.

Veillez trouver dans cette thèse le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance la plus sincère.

Table des matières

INTRODUCTION	12
I. ETIOLOGIES DE LA PERTE PRECOCE DE DENTS ANTERIEURES CHEZ L'ENFANT	13
1. La maladie carieuse	13
1.1. Définitions	13
1.1.1. Définition de la carie	13
1.1.2. La carie précoce de l'enfance	14
1.1.3. Le syndrome du biberon	16
2. Le traumatisme bucco-dentaire	17
2.1. Définition.....	17
II. DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT	19
1. Le développement psycho-cognitif de l'enfant	19
1.1. La théorie du développement selon Piaget.....	19
1.1.1. Le stade sensori moteur (0 à 2ans)	20
1.1.2. La période pré-opératoire (de 2 à 7-8ans)	20
1.1.3. Le stade des opérations concrètes (7-8 à 11-12ans)	20
1.1.4. Le stade des opérations formelles (de 11-12 à 14-15ans).....	20
1.2. La théorie du développement selon Wallon.....	21
1.3. La théorie du développement selon Freud.....	22
2. Perception de soi et de la perte des incisives dans la littérature	23
2.1. Eveil à soi : conscience et estime de soi dans l'enfance.....	23
2.2. Influence de l'apparence du sourire sur la vie sociale de l'enfant.....	24
2.2.1. Influence de la perte de dent antérieure sur la vie sociale de l'enfant.....	25
2.2.2. Harcèlement et moqueries	26
3. Développement du dessin de bonhomme selon A. et G. Cognet (38).....	28
3.1. Stade du bonhomme « je » (de 2 à 2,5ans).....	28
3.2. Stade du bonhomme « soi » (de 3 à 5 ans)	29
3.3. Stade du bonhomme « avatar » (de 5ans à la puberté).....	30
III. ETUDE QUALITATIVE DE L'IMPACT PSYCHO SOCIAL ET PSYCHO-EMOTIONNEL DE LA PERTE PRECOCE D'UNE OU PLUSIEURS INCISIVES CHEZ L'ENFANT	30
1. Matériel et méthodes	30
1.1. Critères d'inclusion	30

1.2.	Objectifs	30
1.3.	Recueil des données.....	31
2.	Résultats	31
2.1.	Population étudiée	31
2.2.	Analyse thématique	32
2.3.	Analyse interprétative des dessins.....	38
2.3.1.	Le sourire altéré à 4 ans et le réalisme manqué.....	38
	Dessin 1	39
	Dessin 2	40
	Dessin 3	41
	Dessin 4	42
2.3.2.	Le sourire altéré de 5 à 6 ans et le réalisme intellectuel.....	43
	Dessin 5	43
	Dessin 6	44
	Dessin 7	46
	Dessin 8	47
2.3.3.	Un sourire altéré à partir de 8 ans, à l'aube du réalisme visuel.....	48
	Dessin 9	48
	Dessin 10	49
	Dessin 11	50
	Dessin 12	51
IV.	DISCUSSION.....	52
	CONCLUSION	57
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	58
	TABLE DES TABLEAUX.....	59
	ANNEXES	60
	BIBLIOGRAPHIE	61

INTRODUCTION

L'âge physiologique d'éruption des dents temporaires varie entre 6 mois et 2 ans et demi pour la denture temporaire complète. Pour ce qui est des incisives temporaires, elles sont censées être exfoliées entre 6 et 7 ans pour laisser place aux incisives permanentes. Mais qu'en est-il lorsque l'on sort du cadre physiologique, et que l'on se retrouve face à des petits patients polycariés ou ayant subi un traumatisme, qui perdent leurs incisives de manière prématurée ? Dans l'imaginaire collectif, il est admis qu'un enfant possède les critères de beauté idéal, avec les bonnes proportions. Aujourd'hui, pour se référer à un beau visage, on a tendance à se baser sur des mesures faciales objectives que les éléments qui siègent sur le faciès doivent respecter et qui consistent en l'harmonie et la symétrie des traits. (1) Le sourire en est une des principales clés : les dents alignées, d'une teinte uniforme et disposées les unes à côté des autres. S'il en manque une, cela se remarque tout de suite, et ce, même chez l'enfant. Cette thèse va s'intéresser aux répercussions psycho-sociales et psycho-émotionnelles que la perte d'une ou plusieurs des dents antérieures maxillaires ou mandibulaires chez l'enfant peut engendrer, par le biais d'une analyse de dessin. En effet, l'analyse de dessin d'enfant est un outil estimé et utilisé dans le domaine médical. Son usage se développe de plus en plus en odontologie pour mieux appréhender la sphère narrative du patient pédiatrique ainsi que la compréhension de sa perception du monde. Comprendre ce que l'enfant ressent suite à la perte d'une dent antérieure peut nous permettre de mettre en relief l'importance du sourire en odontologie pédiatrique, ainsi que les conséquences psychologiques de l'absence pathologique d'une dent antérieure. Cette étude a pour objectifs l'analyse qualitative des impacts psychosociaux et psycho-émotionnels de la perte précoce de dent antérieure chez l'enfant du point de vue de l'enfant et l'analyse interprétative de dessins. Dans une première partie, nous définirons les étiologies de la perte de dent antérieure précoce chez l'enfant, puis nous aborderons le développement psycho-cognitif de l'enfant. Dans un second temps, nous décrirons les résultats de notre étude puis analyserons ces données. Enfin, nous discuterons les résultats obtenus.

I. ETIOLOGIES DE LA PERTE PRECOCE DE DENTS ANTERIEURES CHEZ L'ENFANT

1. La maladie carieuse

1.1.Définitions

1.1.1. Définition de la carie

La maladie carieuse est une maladie d'origine bactérienne, multifactorielle. D'un point de vue physio-pathologique, les bactéries cariogènes présentes dans la cavité buccale colonisent les surfaces dentaires par l'accumulation de plaque bactérienne sous la forme d'un biofilm résistant. Les bactéries se servent des hydrates de carbones comme substrat énergétique pour les dégrader en acides organiques ce qui va par la suite dissoudre les tissus dentaires. La salive est un facteur protecteur qui a un rôle d'effet tampon pour remonter le pH devenu acide et induire une reminéralisation, permise si les prises alimentaires et les phases de baisses de pH sont assez espacées dans le temps. Si le processus de déminéralisation persiste, la destruction des tissus dentaires durs survient jusqu'à former une cavité. (2) La balance entre facteurs protecteurs et pathologiques influence la progression de la lésion carieuse. Ce processus peut être synthétisé par le schéma de Keyes (1962) modifié par Newburn en 1978 (Figure 1). (3)

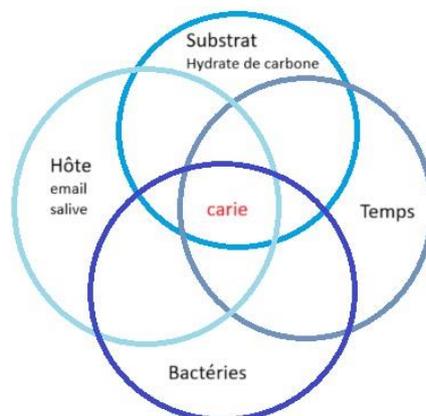


Figure 1 : Schéma de Keyes modifié par Newton (3)

D'un point de vue clinique, la maladie carieuse peut atteindre la dentition temporaire ou définitive, provoquer l'effondrement de la couronne et atteindre le complexe pulpo-dentinaire.

Lorsque la lésion carieuse atteint la pulpe dentaire, le passage de la pulpite irréversible à la nécrose se produit de manière accélérée. (4) Les bactéries s'attaquent alors aux tissus environnants de la dent, diffusant au desmodonte, avec des complications infectieuses : les atteintes pulpo-parodontales qui peuvent mener à deux formes cliniques. La forme chronique la plus fréquente chez l'enfant entraîne l'apparition de parulie, une tuméfaction localisée, fluctuante et remplie de pus au niveau de la gencive attachée qui se trouve en regard de la zone de furcation pour les dents pluriradiculées et un peu plus apicalement pour les monoradiculées. La forme aigue se traduit par une cellulite, une infection bactérienne polymicrobienne intéressant les espaces cellulo-adipeux de la face et du cou, qui nécessite un traitement antibiotique et un traitement étiologique. (4,5) (Figure 2)



Figure 2 : Parulie de 61 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)

1.1.2. La carie précoce de l'enfance

La maladie carieuse précoce de l'enfance (CPE) est devenue un réel phénomène de santé publique, à l'échelle nationale et internationale. Cette pathologie est même considérée comme 3^e fléau par l'Organisation mondiale de la santé. (6) En effet, le phénomène carieux est en expansion et figure parmi les principales préoccupations de santé publique en France. La prévalence chez les enfants entre 2 et 5 ans a d'ailleurs récemment augmenté. (7)

Mais qu'est-ce que la maladie carieuse précoce de l'enfance ? C'est une forme sévère de la maladie carieuse qui touche les dents lactéales dès le plus jeune âge. Elle augmente de manière croissante avec l'âge de l'enfant (17 % à 1 an, 63 % à 5 ans). C'est une maladie qui

touche particulièrement certains enfants issus de milieux moins favorisés et qui représente alors un marqueur important des inégalités sociales notamment de la santé bucco-dentaire. (8)

Les lésions carieuses sur dent lactéale évoluent beaucoup plus rapidement et agressivement que sur les dents définitives. L'absence de brossage dentaire ou le brossage réalisé de façon incorrecte, les grignotages réguliers au cours de la journée et l'absence de surveillance par le biais de visite annuelle chez le dentiste sont les différents facteurs qui mène à la dégradation de la dent temporaire. Généralement, plusieurs dents sont touchées, parfois les deux arcades complètes sont concernées.

Le traitement étiologique, lorsque l'on arrive malheureusement à de tels extrêmes consiste à avulser la dent concernée. Les dents sont alors souvent déjà à l'état de restes radiculaires, la couronne étant fréquemment détériorée (Figure 3). En ce qui concerne donc la perte de dent antérieure chez l'enfant, les incisives maxillaires (51, 52, 61, 62) sont premièrement touchées. Les incisives mandibulaires (71, 72, 81, 82) sont généralement protégées et beaucoup moins affectées par la carie, car elles bénéficient des propriétés antibactériennes de la salive et de son pouvoir tampon (le canal submandibulaire naissant à la base du frein lingual, au sommet de la caroncule sublinguale). (9) Cependant, si aucun traitement n'est mis en place pour arrêter le phénomène, elles finissent également par être atteintes (Figure 4).



Figure 3 : Incisives à l'état de restes radiculaires, (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)



Figure 4 : Incisives à l'état de restes radiculaires et caries sur les incisives mandibulaires, parulie sur 61, (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)

1.1.3. Le syndrome du biberon

Le phénomène appelé « syndrome du biberon », est déclenché par la prise prolongée de liquide sucré, tels que la tétée au sein, au biberon, et parfois des boissons sucrées telles que les sodas dans les biberons. (7) Le sucre se transformant en acidité en bouche toute la nuit, diminuant le pH salivaire, est propice à la dégradation du tissu dentaire, notamment les incisives. On se retrouve alors souvent face à des patients sur lesquels il n'y a plus de solutions de restaurations ou de conservation des dents, et l'on se résout à avulser les incisives trop atteintes. Ces avulsions se déroulent assez précocement dans la vie d'un enfant et du cours physiologique de la vie d'une incisive temporaire. Une incisive centrale ou latérale maxillaire a une durée de vie sur arcade approximative d'environ 5 ans. De ce fait, l'enfant va se retrouver sans incisives pendant plusieurs mois, voire plusieurs années jusqu'à l'arrivée des incisives définitives, dont l'éruption est parfois retardée compte tenu du contexte environnant, du fait de la survenue d'infections.

2. Le traumatisme bucco-dentaire

2.1. Définition

Chez l'enfant en bas âge, le risque de traumatisme bucco-dentaire est très fréquent. Si la prévalence varie selon les études et les âges étudiés, elle est importante : un tiers des enfants de moins de 6 ans reçoit un choc dentaire. (10)

Ceci est dû à l'acquisition progressive des différentes facultés de motricité. La marche autonome devient un acquis dans le cadre du développement psychomoteur entre l'âge de 9 mois à 18 mois. Cependant, il subsiste un certain manque de coordination et de réflexe. La position avancée du bloc incisivo-canin maxillaire expose les dents aux potentiels impacts qui peuvent survenir dans la vie d'un enfant, que ce soit lors d'une chute ou d'un choc. En effet, chez l'enfant, les incisives maxillaires sont les plus fréquemment concernées par ces traumatismes. (11) Il peut s'agir de luxation (Figure 5), de fracture coronaire ou coronoradiculaire (Figures 6 et 7), d'impaction (qui peut représenter un risque de lésion du germe de la dent successive définitive), d'extrusion, jusqu'à l'expulsion de la dent (Figure 8 et 9). Si la dent est trop lésée, il peut également y avoir un risque important d'infection, avec un risque élevé de nécrose. Si le pronostic de la dent lactéale traumatisé est défavorable, que le soin pour conserver la dent est trop complexe à recevoir pour le petit patient, ou que la dent présente un risque infectieux suite à une nécrose, cela justifiera l'avulsion de la dent. (12,13)



Figure 5: Luxation de 61 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)



Figure 6 : Fracture coronaire de 51 et 61 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)



Figure 7: Fracture coronaire de 51 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)



Figure 8 : Expulsion des 51 et 61 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)



Figure 9: Expulsion de 51 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)

II. DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT

1. Le développement psycho-cognitif de l'enfant

Connaître la chronologie du développement de l'enfant est primordiale pour accéder à la compréhension de l'intelligence émotionnelle et psycho-sociale de l'enfant. Piaget, Wallon et Freud sont trois auteurs ayant exposé chacun une théorie de référence en matière de psychologie du développement. (14) Nous allons nous appuyer sur ces théories pour analyser, décrire et comparer les propos de nos jeunes patients au cours des entretiens menés lors de l'étude. Mais que décrivent-elles ?

1.1. La théorie du développement selon Piaget

Piaget, psychologue et épistémologue suisse reconnu à travers le monde, postule que les processus psychologiques maintiennent une continuité avec les processus biologiques d'adaptation de l'organisme dépendant de l'environnement dans lequel l'individu vit. Ainsi la connaissance découle d'une interaction entre le sujet et l'objet. Il détermine plusieurs concepts pour expliquer le développement de l'intelligence et de la pensée.

Le schème en est l'un d'entre eux, et se définit par la structuration d'une action, équivalent d'un concept non verbal ; un enfant agit de la même façon dans des situations comparables via ce schème intégré en soi. Les schèmes ne sont pas statiques, ils se modifient par l'assimilation et l'accommodation, deux grands principes d'adaptions d'un même individu dans son environnement. L'assimilation permet d'intégrer de nouveaux éléments intellectuels, moteurs, perceptifs dans des structures mentales et de replacer l'environnement extérieur au sein l'individu. Quand de nouvelles données apparaissent, l'enfant va s'adapter en modifiant les schèmes acquis, par le biais de l'accommodation. Le développement de l'intelligence peut se décrire comme un processus d'équilibration dont les stades de développement de l'enfant sont des paliers.

Pour Piaget, le passage d'un stade de développement à un autre résulte d'une acquisition importante de nouvelles données et qui va permettre de modifier le mode de fonctionnement usuel de l'enfant. Il existe une interdépendance étroite entre le contexte social de l'enfant et

son développement cognitif, c'est par les interactions avec autrui que l'enfant réalise son apprentissage. (14,15)

1.1.1. Le stade sensori moteur (0 à 2ans)

Durant ce stade, le bébé apprend à interagir avec le monde en acquérant de nouvelles capacités sensorielles et motrices et leur coordination. A la fin de la deuxième année de vie, l'enfant passe d'une simple intelligence pratique (des actions) à une intelligence de la pensée grâce aux différentes représentations mentales qu'il rassemble. L'enfant apprend à connaître son environnement et à le distinguer.

1.1.2. La période pré-opératoire (de 2 à 7-8ans)

C'est une période préparatoire au stade suivant. Elle a lieu au cours des années préscolaires et se caractérise par l'utilisation des représentations mentales pour désigner des objets ou des événements rencontrés malgré leur absence : l'enfant acquiert la fonction symbolique et développe une intelligence concrète. L'apparition du dessin, de la socialisation ou encore des valeurs morales se mettent en place. L'enfant présente une meilleure compréhension du langage et des relations logiques entre les choses. Cependant, il a toujours du mal à s'imaginer un autre point de vue que le sien.

1.1.3. Le stade des opérations concrètes (7-8 à 11-12ans)

D'une pensée originellement individuelle, l'enfant évoluerait vers une pensée de plus en plus socialisée. A ce stade, les structures mentales de l'enfant ne cessent de croître, l'enfant est capable de comprendre que l'altération d'une propriété d'un objet n'implique pas nécessairement l'altération des autres propriétés intrinsèques à l'objet. De plus, il commence à saisir la notion de volumes, de poids, de structures logiques. L'enfant commence à traduire en pensées les données sensorielles qui viennent à lui.

1.1.4. Le stade des opérations formelles (de 11-12 à 14-15ans)

L'enfant devenu adolescent est capable de raisonner sur un plan abstrait. Il développe une logique formelle et son raisonnement devient hypothético-déductif : il parvient à formuler des hypothèses et à avoir une pensée réflexive.

1.2. La théorie du développement selon Wallon

Henri Wallon, philosophe, médecin, psychiatre et psychologue français, a étudié et décrit l'influence du milieu social de l'enfant sur son développement cognitif. Il décrète que l'émotion possède un caractère social, se situant entre la pensée et l'acte, et l'imitation, celle qui est différée dans le temps, est symbolique et donc représentative. (16) Pour Wallon, la personnalité se construit à travers une succession de changements, continus et discontinus, dont le facteur biologique n'a de rôle que les 5 à 6 premières années de vie, avant de décroître et laisser le milieu social, familial puis scolaire, prendre une place prépondérante. Il décrit, comme Piaget, plusieurs stades pour expliquer le développement psychologique de l'enfant. Cependant, ils sont davantage caractérisés en fonction des âges.

Le stade de l'impulsivité motrice jusqu'à 6 mois, et émotionnel jusqu'à un an, marqué par la prédominance de l'affectivité sur l'intelligence.

Le stade sensori moteur entre 1 et 2 ans et projectif entre 2 et 3 ans. Par les progrès de motricité et par le début de l'intelligence discursive, c'est-à-dire l'émergence du langage, par des mots-phrases, puis, selon le degré d'achèvement d'espace mental suffisant, l'enfant arrivera à parler avec ces propositions principales et mots accolés. L'enfant explore le réel durant ce stade.

Le stade du personnelisme de 3 à 6 ans, où vont se succéder les périodes d'opposition (3 à 4ans) et d'imitation (5 à 6ans). La différenciation moi/autrui est réalisée. A l'âge de 4ans, l'enfant ne peut se plaire à lui-même que s'il a le sentiment de pouvoir plaire à l'autre. La conscience de soi est la préoccupation principale de ce stade, selon Wallon et la formation du caractère va prendre l'ascendant sur celle de l'intelligence. (17,18) La construction de la notion du corps est nécessaire au progrès de la personnalité. Et toute déficience dans l'établissement de l'image visuelle du Moi risque d'entraîner un préjudice au développement harmonieux et heureux de l'enfant.

Le stade catégoriel de 7 à 12 ans, débute par la difficulté à distinguer ce qui est important de ce qui ne l'est pas, et continue par la progression de l'enfant en raisonnement logique et

en comparaisons. A ce stade, l'enfant aura acquis la représentation des choses et l'explication du réel. C'est une période capitale pour la construction de l'intelligence.

Le stade de la puberté et de l'adolescence, de 12 à 15ans est la période de développement finale, où les expériences vécues par l'adolescent vont forger son identité et sa façon de percevoir le monde.

1.3. La théorie du développement selon Freud

Freud, fondateur autrichien de la psychanalyse, a tenté de décrire le développement psychique de l'enfant en théorisant que les stades du développement sont universels. Il a recueilli le récit de ses patients adultes qui relataient leur enfance, puis a fait vérifier ses hypothèses sur quelques patients pédiatriques. (19) Il utilise les concepts de pulsions, qui régissent le comportement de l'être humain pour faire tendre l'organisme vers un objectif, et la libido, énergie dérivée des pulsions sexuelles qui prend différentes formes durant le développement de l'enfant. Il va alors définir plusieurs stades d'évolution libidinale. (14)

Le stade oral, durant la première année de vie, où le plaisir recherché va se retrouver lors de la succion du sein maternel où l'idée primaire est de faire passer à l'intérieur de soi de la nourriture puis des informations sensorielles, les données de l'environnement extérieur.

Le stade anal, entre 2 et 4 ans, c'est le stade de l'ambivalence : l'objet peut être gardé, dominé, bon ou mauvais, les pulsions d'emprises et de maîtrise sont consacrées à ce stade. La frontière intérieur/extérieur du corps est consolidée.

Le stade phallique, de 4 à 6 ans, est représenté par l'unification des pulsions partielles qui existent chez l'enfant, se constituant sous le primat des organes génitaux. C'est une période d'affirmation de soi.

La période de latence, de 6 ans à la puberté, vers 12 ans, durant laquelle les pulsions changent de but en se tournant vers des objectifs plus socialisés et où l'enfant peut entreprendre un apprentissage pédagogique avec suffisamment de concentration réunie pour ce même but.

Ces trois auteurs ont donc décrit des stades, dont les âges sont parfois délimités différemment suivant les auteurs, mais dont la base des modèles est équivalente, nous permettant

d'affirmer que le développement de l'enfant répond à un mouvement social nécessaire à la genèse de l'intelligence et à l'avènement de l'évolution cognitive. Chaque stade en fonction de l'âge met en avant un aspect distinct. De la période préscolaire à l'âge scolaire, entre 4 et 7 ans, l'enfant est en pleine phase d'affirmation de soi et commence à être conscient du regard que les autres portent sur lui. La personnalité se construit sur ces concepts, et la représentation physique a un grand rôle sur le bon développement du caractère et de l'harmonie identitaire. La conscience de soi est déjà mise en œuvre dès l'âge de 3 ans, et l'enfant se tourne vers ce qu'il renvoie à son environnement.

2. Perception de soi et de la perte des incisives dans la littérature

2.1. Eveil à soi : conscience et estime de soi dans l'enfance

Comme nous avons pu le décrire plus tôt, la conscience de soi apparaît à un âge précoce, alors que l'enfant apprend à se distinguer d'autrui en utilisant le « moi » et le « je ». Avec ce développement du langage, survient l'appivoisement de son corps et de son visage. En effet, il a été constaté que l'enfant se construit au contact d'autrui et que ceci donne lieu à l'image de soi. L'enfant ne tarde pas à imiter et à se comparer à ses frères et sœurs, ses parents, puis ses camarades de classe, ou encore aux individus appréciables dans les médias. Dès lors naît la représentation de soi et la sensibilité esthétique va entrer en jeu. Mais comment l'enfant construit cette dernière ? Certaines études décrivent qu'un bébé de 9 mois va s'attarder plus longtemps sur un visage jugé attractif, supposant indiqué que l'idéal de beauté est inné. (20) D'autres auteurs vont affirmer que l'enfant développe sa représentation de soi à travers la conscience de soi grâce à la confrontation répétée à autrui. La conscience de soi en public a permis d'expliquer dans certaines recherches les différences individuelles psychosociales sur l'impact de l'apparence extérieure et des caractéristiques physiques. (21) Ainsi, l'enfant intègre son environnement en intégrant également les idéaux communs engendrés par la société. Le visage répond alors à des normes, qui, si elles ne sont pas respectées, peuvent déterminer un mal être interne important.

Selon Le Breton, le visage est l'élément du corps qui permet de singulariser l'individu. (22) Si cet élément subit une dégradation, voire une défiguration, c'est le sentiment d'identité qui risque une déchirure profonde en soi, absout de repères sociaux et individuels. D'après lui, l'homme vit dans un corps imaginaire, ensemble de valeurs et significations teinté d'approbation sociétale, non pas seulement dans un corps physique. La défiguration devient

une infirmité à partir du moment où elle engendre un jugement social et empêche la possibilité de relations avec autrui. De plus, l'estime de soi est considérée comme l'un des besoins les plus importants à satisfaire durant les différents stades du développement. (23) L'enfant qui fait face à une défiguration, aussi minime soit-elle, peut connaître des répercussions sur sa confiance en soi et le regard qu'il porte sur son apparence. Les enfants de tout âge, peuvent donner trop d'attention à des imperfections sur leur visage, leur sourire, leurs dents ainsi que d'autres caractéristiques physiques et être très critiques envers eux même, au moment charnière où les compétences sociales sont acquises avec le risque qu'une telle surestimation de l'importance de l'imperfection crée des formes de trouble du comportement, tels que de la perte de motivation, de l'anxiété, de la dépression ou d'autres troubles psychosomatiques. (24,25)

2.2. Influence de l'apparence du sourire sur la vie sociale de l'enfant

La cavité buccale, et par conséquent les éléments qui la constitue, dont les dents, représente la caractéristique faciale qui influence majoritairement le charme inhérent au visage d'un individu. (26,27) On a pu s'apercevoir que dès l'âge de 3 ans, l'enfant devient conscient de l'apparence de son sourire. (28,29) Les enfants assimilent en parallèle certains standards de beauté qui vont fonder la perception qu'ils ont de ce qui est désirable ou non.

En 1981, Shaw *et coll.* ont réalisé une étude pour déterminer si la beauté sociale d'un enfant serait influencée par son esthétique dentofaciale. (30) Des photos en noirs et blanc d'enfants jugés socialement plaisant physiquement et d'enfants jugés socialement déplaisants physiquement ont été obtenues et retouchées pour que sur chaque version, il y ait une modification réalisée au niveau des dents : des incisives normales, des incisives proéminentes, une incisive manquante, un encombrement incisif important et une fente labio-palatine cicatrisée. 840 enfants de cinq écoles différentes ont été scindés en plusieurs groupes de 42 enfants, répartis en deux groupes égaux, un groupe de filles et un groupe de garçons. Chacun des enfants a été exposé à une seule photographie parmi les vingt versions de portrait. S'en est suivi un entretien durant lequel l'enfant devait répondre à ces différentes questions, dans l'ordre :

« Si ce/cette garçon/fille venait dans ta classe, est ce que tu penses que tu voudrais qu'il/elle devienne ton ami/e ? Est-ce que tu penses que ce/cette garçon/fille embêterait les autres et se bagarrerait ? Est-ce que tu penses que ce/cette garçon/fille est beau/belle ? »

Les résultats ont par la suite été présentés dans des tableaux de répartition selon différents facteurs (le sexe de l'enfant jugeant la photo, le sexe de l'enfant sur la photo, la photo ayant été exposée). L'analyse des résultats a permis de constater que l'enfant (fille ou garçon) ne correspondant pas aux critères de beauté standards était perçu comme un enfant violent et non désirable en tant qu'ami. Cela confirme le postulat d'après lequel l'esthétique dentaire et ses différences ont un impact conséquent sur ce que les enfants peuvent penser d'un autre individu. Le fait que l'enfant tienne un jugement sur ses pairs basé en partie sur l'apparence physique entraîne un phénomène de rejet et d'exclusion dès lors que l'apparence n'est pas attrayante : l'enfant concerné subit directement la mise à l'écart du fait de sa différence, avec des idées préconçues sur sa présumée violence ou sa désirabilité amicale. Or plusieurs études ont souligné l'importance d'entretenir des relations entre pairs saines et bienveillantes pour un développement psycho-émotionnel et psychosocial équilibré. Ainsi le rejet d'un camarade envers soi dû à une apparence jugée défavorable socialement, risque d'affecter considérablement l'enfant. (30,31)

2.2.1. Influence de la perte de dent antérieure sur la vie sociale de l'enfant

D'autres résultats s'avèrent être très intéressants dans l'étude de Shaw *et coll.*, particulièrement ceux concernant la photographie du garçon avec une incisive manquante. (29) En effet, le garçon à qu'il manquait l'incisive latérale était jugé moins attirant, et plus propice à être violent, devant toutes les autres versions de photographie. On peut constater ici que la perte d'une dent antérieure peut présenter un impact extrêmement important sur la vision qu'ont les autres de soi.

Dans une étude réalisée par Bitencourt F. *et coll.* au Brésil en 2020, les parents d'enfants ayant perdu une ou plusieurs incisives temporaires avant la période d'exfoliation physiologique ont communiqué comment ils perçoivent le processus de perte par l'enfant sans une ou plusieurs dents dans son environnement social. (32) Les enfants dont les dossiers médicaux rapportaient une absence d'une ou plusieurs dents lactéales sur l'arcade maxillaire ou mandibulaire avec un écart d'un an minimum avant l'éruption de la dent permanente successive ont été sélectionnés. L'étude s'est déroulée sous forme d'entretiens semi-directifs. Les questions guidées étaient les suivantes : « Quel est votre souvenir de la situation qui a causé à l'enfant la perte de sa dent de lait avant la période adéquate ? Est-ce que l'absence de la dent de lait affectait la vie de votre enfant ? Avez-vous arrêté des activités à cause de la perte ? Est-ce que cela a eu un impact financier ? Comment l'enfant se sent par rapport à

cette situation ? Comment vous sentez-vous et les autres membres de votre famille par rapport à cette situation ? »

Plusieurs résultats nous interpellent dans cette étude : certains parents ont remarqué des limitations du langage et des problèmes de mastication, mais également et surtout l'arrivée de moqueries et de surnoms donnés à leur enfant par d'autres enfants. Cela nous renseigne sur le préjudice et la stigmatisation présents dans la vie quotidienne des enfants et sur un premier aperçu de l'expérience vécue par les parents de l'absence d'incisive temporaire. L'image de soi de l'enfant sans sa dent antérieure est « mauvaise » selon certains parents, ce qui rend l'acceptation encore plus difficile dans un groupe social. De plus, les entretiens décrivent de la honte de la part de certains enfants qui se manifeste sous la forme de sourires gênés et cachés.

D'autres entretiens ont révélé que lorsque la perte de la dent survenait à la suite d'un rendez-vous chez le dentiste, après qu'elle ait provoquée beaucoup de douleur et de souffrance chez l'enfant, le souvenir des parents prenait la forme d'un soulagement, par la fin de cette souffrance. Ainsi l'enfant n'était pas blâmé et ne donnait pas l'impression aux parents d'être très affecté par la perte, en faisant de sa différence un élément normal. Il y a également une corrélation faite par beaucoup de parents entre « avoir des dents » et « avoir un corps sain ». Ce qui est donc rapporté majoritairement lors des entretiens, c'est le fait que le corps est marqué d'une valeur potentiellement négative qui pourrait présenter un désavantage pour l'enfant par rapport à d'autres enfants ayant leurs dents, malgré le fait que la perte de la dent temporaire est attendue un jour ou l'autre. Ainsi, beaucoup de parents ont indiqué ressentir de la culpabilité, que la perte soit due à un traumatisme bucco-dentaire ou à une carie. De ce fait la perte de la dent précoce a pu se traduire dans la limitation des activités de l'enfant, par peur qu'il ne retombe par exemple dans le cas du traumatisme et l'impact psychosocial sur l'ensemble de la famille a été souligné à plusieurs reprises.

2.2.2. Harcèlement et moqueries

Une esthétique dentofaciale jugée médiocre impacte négativement les interactions sociales durant l'enfance. (31) L'impact peut parfois se manifester sous forme de harcèlement de la part de pairs. Le harcèlement, se définit comme un comportement agressif, répétitif et intentionnel à l'égard d'un enfant qui ne va pas parvenir à se défendre efficacement. Il peut prendre une forme physique, verbale ou bien les deux conjointement. (33) Plusieurs études

dans la littérature ont rapporté que les dents (définitives) étaient la première caractéristique du visage à être ciblée et à donner lieu à du harcèlement. (34) Les trois caractéristiques dentofaciales communément cités étaient l'espace entre les dents, l'absence de dent, la forme ou la couleur des dents et une incisive maxillaire proéminente. On peut remarquer que l'absence d'incisive figure parmi les particularités dentaires les plus à risque d'augmenter les chances de se faire harceler par d'autres enfants.

Dans une autre étude, parmi 14 caractéristiques faciales différentes, les dents étaient mentionnées en 4^e position comme objet de moquerie par 531 enfants scolarisés. (35) De tous les sujets interrogés concernant l'objet des moqueries, 7% étaient moqués répétitivement à cause de leurs dents. 50% des enfants moqués à cause de leurs dents ont vécu du harcèlement, verbal par le biais de surnoms dégradants et physique avec de l'intimidation régulière. Nous pouvons déduire que la moquerie peut être dirigée envers l'apparence dentaire, et qu'elle peut occasionner des séquelles inquiétantes sur le bien-être de l'enfant.

Ces séquelles peuvent malheureusement se manifester sous la forme d'automutilation, une indication de souffrance psychique associée à des situations anxieuses et qui représente une stratégie inadaptée pour échapper à ces sentiments anxieux. (36) En effet, il existe une étude datant de 2022, qui a démontré l'existence d'actes d'automutilation rapportée par des adolescents et enfants de plus de 12 ans, dû à l'apparence de leurs dents et au harcèlement subit lié à certains défauts dentaires visibles. (37) Parmi les trois caractéristiques identifiées comme cause de l'automutilation, on retrouvait la forme et la couleur des dents, un diastème antérieur ou l'absence d'incisives et une incisive maxillaire proéminente, classement que l'on a cité précédemment identique aux trois caractéristiques les plus propices à être ciblées par des harceleurs.

Par conséquent, il existe des répercussions non négligeables quant au bien-être psychique de l'enfant, à la suite de la perte d'une ou plusieurs incisives.

Cependant, trop peu de recherches ont été conduites au sujet de l'impact de l'absence de dent antérieure du jeune enfant sur son environnement social et son développement psycho-émotionnel du point de vue de l'enfant. C'est un sujet qui interroge de plus en plus, et qui devient une préoccupation essentielle auprès des chirurgiens-dentistes dans le monde de la recherche et de la clinique, tandis que l'on considère peu à peu l'enfant en tant qu'individu

à part entière doué de sensibilité, d'identité et d'estime de soi en construction. La difficulté rencontrée est souvent liée au langage limité de l'enfant en bas âge. Le dessin représente une forme de langage très utile pour communiquer avec l'enfant et le comprendre. C'est pourquoi il a été question de découvrir comment déchiffrer les éléments clés d'un dessin et comprendre le dessin selon l'âge de l'enfant pour mieux accéder à son univers psychique.

3. Développement du dessin de bonhomme selon A. et G. Cagnet (38)

3.1 Stade du bonhomme « je » (de 2 à 2,5ans)

La toute première représentation de l'être humain avant que l'enfant ne sache distinguer le « je » pour se différencier de son environnement, correspond à la forme qui va être close, fermée, permettant de délimiter l'extérieur de l'intérieur, une figure d'unité corporelle maîtrisée. Elle est corrélée avec l'expérience du miroir où l'enfant se regarde et possède l'intuition qu'il voit son propre reflet. Il est nécessaire qu'un adulte y apporte son assentiment pour que l'enfant voit son intuition d'identification validée. La même intervention d'un adulte face à une représentation dessinée par l'enfant le rendra capable de représenter puis se représenter, c'est le réalisme fortuit (Figure 10).

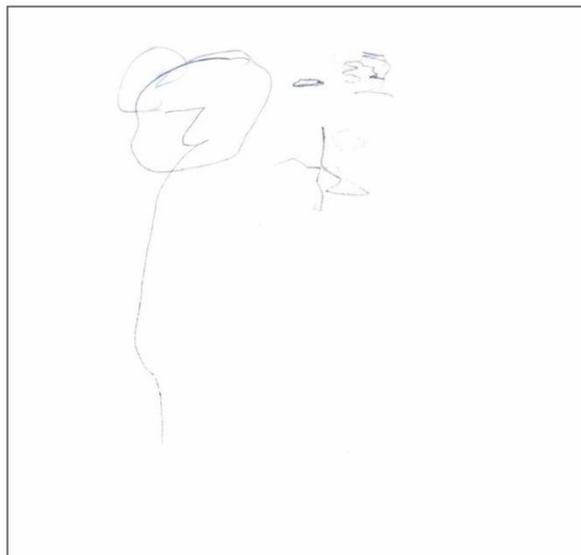


Figure 10 : Bonhomme « je » dessiné par un enfant de 2 ans et 10 mois

3.2 Stade du bonhomme « soi » (de 3 à 5 ans)

Cette période, correspond au développement du langage, de la découverte du jeu symbolique et du passage du sentiment de soi à la conscience de soi. L'enfant va dessiner ce qu'il se représente de lui-même, dans une image fantasmagique et corporelle qui se construit, c'est le réalisme manqué. Selon les auteurs, la première étape du bonhomme-soi, entre 3 ans et 3 ans et demi est le bonhomme-têtard, une seule tête et des membres (Figure 11).

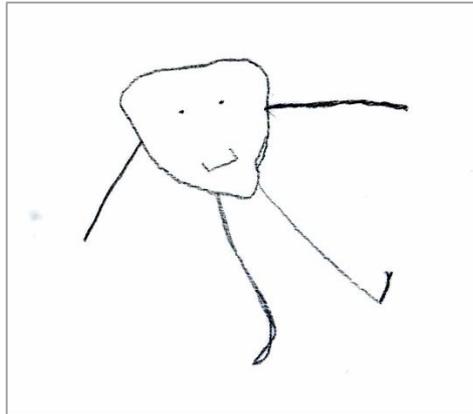


Figure 11: Bonhomme soi têtard dessiné par un enfant de 3 ans et 2 mois

Il va en peu de temps se transformer en bonhomme-soi-standard de l'âge de 3 ans et demi jusqu'à 5 ans, avec l'adjonction du tronc, des principaux organes sensoriels et de quelques accessoires (Figure 12). Le rôle de l'entourage de l'enfant est essentiel pour consentir à l'identification du sujet sur le dessin, interpellés, les proches y reconnaissent des ressemblances ce qui permet à l'enfant la construction du soi corporel sur papier.



Figure 12 : Bonhomme soi standard dessiné par une fille de 4 ans et demi

3.3 Stade du bonhomme « avatar » (de 5ans à la puberté)

L'atteinte de ce stade est un indicateur de la projection de soi dans l'environnement et de la capacité à symboliser. Le dessin évolue avec l'enrichissement du bonhomme dans les détails, et la qualité esthétique. Le papier est un support de l'imaginaire où l'enfant peut créer un monde infini de possibilités de représentation et mettre en relation différentes incarnations avec des scènes fantasmées. Il y a une mise en relation des mondes internes et externes de l'enfant.

III. ETUDE QUALITATIVE DE L'IMPACT PSYCHO SOCIAL ET PSYCHO-EMOTIONNEL DE LA PERTE PRECOCE D'UNE OU PLUSIEURS INCISIVES CHEZ L'ENFANT

1. Matériel et méthodes

1.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion à l'étude sont des enfants âgés de 4 à 11 ans, ayant perdu une ou plusieurs incisives maxillaires ou mandibulaires de façon pathologique (carie ou traumatisme), parlant français, consentant à répondre aux questions et à dessiner, avec l'autorisation du parent accompagnant. Les critères de non-inclusion sont les enfants ne parlant pas français et les enfants en situation de handicap non communicants. Nous avons pu inclure 12 patients.

1.2. Objectifs

Dans cette étude, les objectifs sont :

- l'analyse qualitative des impacts psychosociaux et psycho-émotionnels de la perte précoce de dent antérieure chez l'enfant du point de vue de l'enfant sous la forme d'une analyse thématique,
- l'analyse interprétative de dessins.

1.3. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés de manière semi-directive, et se sont déroulés au sein du CHU de Toulouse dans le service d'odontologie, d'octobre 2023 à juillet 2024. L'entretien se déroulait avant la consultation dentaire pour laquelle l'enfant avait rendez-vous au centre de soin. Après explication au parent de l'étude et signature du consentement, l'enfant était seul avec l'examineur dans une salle de soin du CHU. Il avait devant lui sur une table, une feuille blanche A4, des crayons de couleurs, des feutres, un crayon à papier et une gomme. L'examineur donnait comme consigne à l'enfant « dessine ton visage ». L'entretien avait ensuite lieu.

Le déroulement de l'étude a été encadré conformément au code de déontologie des chirurgiens-dentistes et des psychologues afin de garantir qu'aucun impact négatif supplémentaire ne soit infligé aux enfants, compte tenu de la sensibilité du sujet.

Concernant l'analyse thématique, les entretiens ont été retranscrits en détails sur un logiciel de traitement de texte (Word, Microsoft, USA) pour préserver les éléments caractéristiques du langage tel que l'enthousiasme, la vitesse, le ton de la voix, les pauses permettant une interprétation fidèle. Les données ont été classées puis traitées à l'aide d'un logiciel de traitement de données qualitatives (NVIVO, QSR international, Cambridge (MA), USA).

A partir des verbatims issus des entretiens, nous avons procédé à une analyse thématique de type hypothético-déductive.

Lors de l'analyse interprétative de dessin, nous avons analysé les œuvres des enfants selon les catégories d'âge identifiées par les pionniers de la psychologie du développement, en les associant aux tranches d'âge lors de l'entretien présentées dans le tableau 2.

2. Résultats

2.1. Population étudiée

12 patients ont participé à cette étude. Parmi eux, 41,7% étaient des filles et 58,3% des garçons (soit 5 filles et 7 garçons), avec une moyenne d'âge au moment de l'entretien de 6,5 ans (écart type (*ET*) = 2,78) et une moyenne d'âge au moment de la perte de 4,4 ans (*ET* = 1,4) (Tableau 1).

Age lors de l'entretien	Age au moment de la perte	Sexe
Moyenne = 6,5	Moyenne = 4,4	41,7 % filles
Ecart-type= 2,78	Ecart-type= 1,44	58,3% garçons

Tableau 1 : Statistiques descriptives

Les données socio-démographiques des patients figurent dans le tableau suivant (Tableau 2) où l'on peut observer qu'au total, 8 enfants ont perdu une ou plusieurs incisives à cause de caries, 4 à cause de traumatismes. Les incisives perdues étaient exclusivement maxillaires. A 4 ans au moment de l'entretien, les enfants ont en moyenne perdu 2 incisives dû pour la moitié à un traumatisme bucco-dentaire et pour l'autre moitié à des caries. Les enfants de 5 à 6 ans ont exclusivement perdu leurs incisives à la suite de maladie carieuse. Pour ce qui est des enfants de plus de 7 ans inclus dans l'étude, 2,8 incisives avaient été perdues soit à cause de traumatisme bucco-dentaire (50%) soit à cause de caries (50%).

N	âge lors de l'entretien	Etiologie de la perte	Nombre d'incisives perdues (en moyenne)
4	4 ans	trauma (50%),caries(50%)	2
4	5 à 6 ans	caries (100%)	4
4	7 ans et +	trauma (50%),caries(50%)	2,8
Total	12	4 trauma, 8 caries	1 à 4 incisives

N = nombre de participants

Tableau 2 : Données socio-démographiques en fonction de l'âge lors de l'entretien

2.2. Analyse thématique

Nous avons souhaité répondre à deux questions : quels sont les impacts psychosociaux et quels sont les impacts psycho-émotionnels ?

6 thèmes ont été exprimés au total lors des interviews, représentés dans l'arbre thématique suivant. (Figure 13)

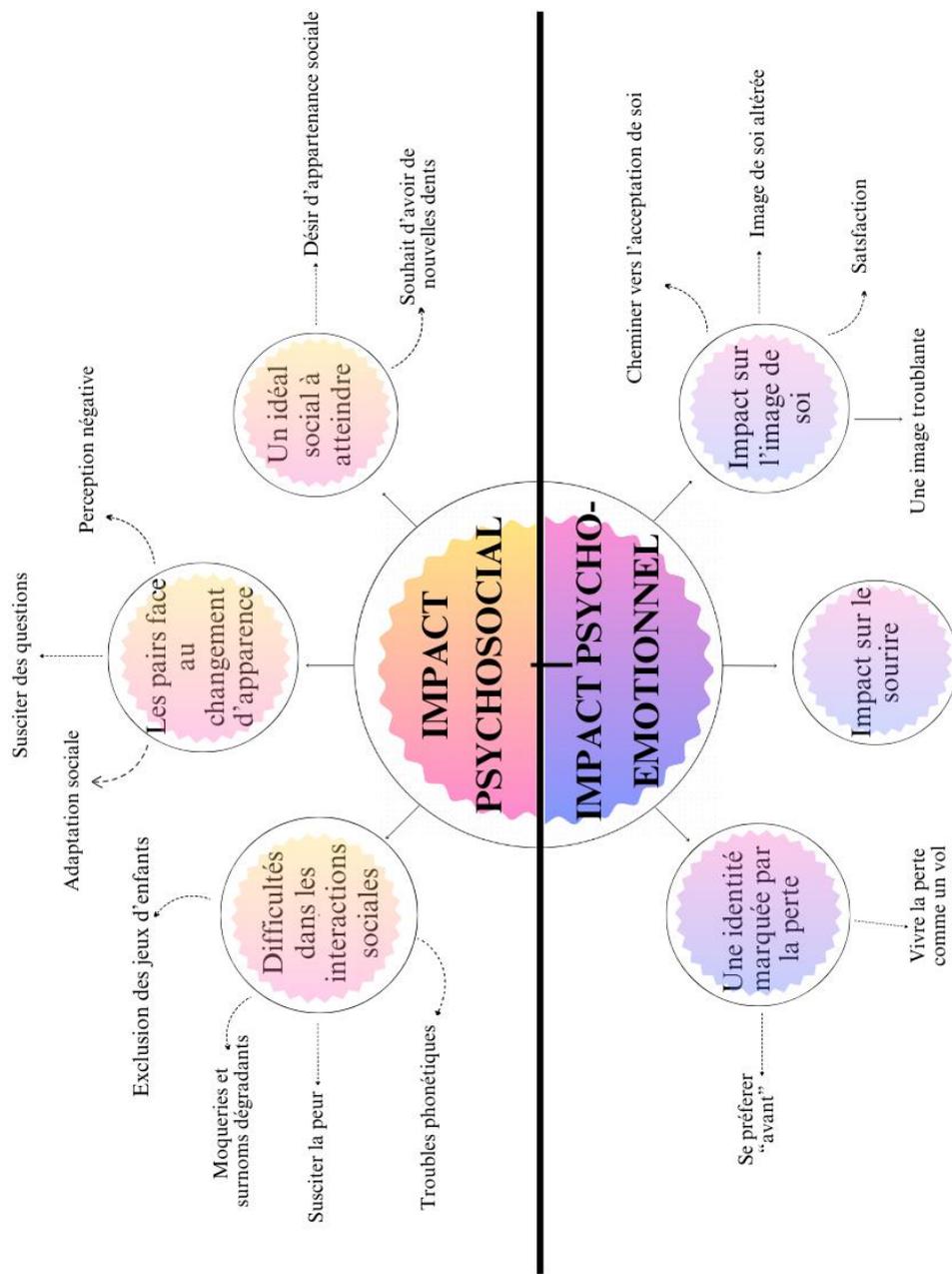


Figure 13 : Arbre thématique

Les impacts psychosociaux

Thème 1 : Difficulté dans les interactions sociales	Thème 2 : Les pairs face au changement d'apparence	Thème 3 : Un idéal social à atteindre
<ul style="list-style-type: none"> - Moquerie et surnoms dégradants « A l'école, j'ai un copain, et il dit que moi on dirait que je suis un monstre. » « J'avais une maitresse qui m'appelait « mon petit pirate » » - Exclusion des jeux d'enfants « [Mes copains] ont dit que je jouais pas [à cause de mes dents]. » - Susciter la peur « Mon copain, (...) il a peur de mes dents. » - Troubles phonétiques « Déjà pour parler c'était difficile. » 	<ul style="list-style-type: none"> - Susciter des questions « Elle m'a dit pourquoi t'as tombé des dents ? Et je lui ai dit que j'avais mal et que j'ai tombé la dent. » - Perception négative « Ryan il a dit que c'était pas très beau » - Adaptation sociale « Mon cousin, il disait que c'était comme d'habitude » 	<ul style="list-style-type: none"> - Désir d'appartenance sociale « Moi je voulais avoir les dents comme tout le monde » - Souhait d'avoir des nouvelles dents « J'ai demandé à papa des autres dents » « Maman peut pas m'avoir d'autre dent pour moi en magasin... »

Tableau 3 : Impacts psycho-sociaux

1^{er} thème : La difficulté dans les interactions sociales

Lors des entretiens, il y a eu un certain nombre d'enfant citant les remarques de la part de camarade, voire de l'entourage adulte, par exemple dans le cas de Lc., 11 ans, qui se rappelait que sa « maitresse [l]'appelait « mon petit pirate » », il n'en gardait pas un mauvais souvenir, étant de nature très optimiste et positif, mais cela semble l'avoir marqué. Les autres enfants ayant subi des moqueries de la part de camarades de classe étaient majoritairement des garçons, et avaient été blessés par les surnoms dont on avait pu les affubler dans la cour d'école. Cette forme de stigmatisation a pu aller plus loin dans certains cas, où l'enfant a dû vivre un isolement social à cause de son apparence, et être exclu des jeux avec ses pairs. Cette exclusion sociale a pu s'exprimer à cause de la peur que suscite l'absence de dents chez certains enfants « mon copain, il a peur de mes dents » Am., 4 ans. La difficulté à

communiquer a figuré parmi la préoccupation de certains enfants « *déjà pour parler c'était difficile.* » Mn., 11 ans.

2^e thème : Les pairs face au changement d'apparence

Ce thème est apparu dans plusieurs entretiens. Les enfants ont vécu un changement d'apparence visible, et qui s'est fait remarquer. Mais lorsque l'entourage est bienveillant, il y a un phénomène d'adaptation sociale, où les autres enfants par exemple, ne font pas état de la différence, et intègrent le nouveau visage de l'enfant « *mon cousin, il disait que c'était comme d'habitude* » Lc., 11 ans. Dans d'autres cas, il existe une perception négative de la perte de dents « *Ryan il a dit que c'était pas très beau* » Am, 4ans. Le changement d'apparence intrigue les autres enfants qui peuvent poser des questions comme « *où est allée la dent ?* », ou pourquoi l'enfant concerné a « *tombé* » sa dent « *elle m'a dit pourquoi t'as tombé des dents ? Et je lui ai dit que j'avais mal et que j'ai tombé la dent.* » W., 4 ans. L'enfant a pu lui-même en parler de façon spontanée à ses amis « *j'ai dit à mon copain qu'on m'a opéré des dents* » I., 5ans, cette nouvelle apparence représente un questionnement dans les discussions entre enfants.

3^e thème : Un idéal social à atteindre

L'envie d'être intégré à son environnement a été un des thèmes évoqués régulièrement par les jeunes enfants. L'envie de retrouver de nouvelles dents par exemple, pour retrouver son ancien sourire, exempt de différence et d'imperfection « *j'ai demandé à papa des autres dents* » Ln., 4 ans. Les enfants ont pu par exemple demander à leurs parents de leur « *acheter des nouvelles dents en magasin* », Ln., 4 ans, et peuvent se retrouver démunis sans leurs dents. Le souhait de faire partie d'un idéal social, que l'on peut observer autour de soi, a pu être mentionné, où l'envie d'avoir toutes ses dents, « *comme tout le monde* », était très présente « *moi je voulais avoir les dents comme tout le monde* » N., 10 ans.

Les impacts psycho-émotionnels

Thème 1 : Impact sur le sourire	Thème 2 : Impact sur l'image de soi	Thème 3 : Une identité marquée par la perte
<p>« Si quelqu'un ne dit pas quelque chose qui fait rire je souris pas »</p> <p>« Je souriais pas trop sur les photos »</p> <p>« [Ça me gênait] pour sourire sur des photos »</p> <p>« J'aimais pas sourire. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une apparence troublante : <p>« Ça me faisait un peu bizarre parce que d'habitude je me voyais avec toutes mes dents »</p> <p>« C'était dérangeant. »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction <p>« J'étais un petit peu content »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Image de soi altérée <p>« Je me dis... que moi, on dirait je suis le monstre. »</p> <p>« J'aurai mis des dents comme des requins [pour représenter ses dents] »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cheminer vers l'acceptation de soi <p>« L'apparence, c'est pas ce qui compte. C'est l'amitié. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se préférer « avant » <p>« Je préférerais avant comment c'était. Et mes parents aussi ils préféreraient avant. »</p> <p>« Je préfère avec les dents »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivre la perte comme un vol <p>« Cette dent (...) elle a été volée par des bandits »</p>

Tableau 4 : Impacts psycho-émotionnels

1^{er} thème : l'impact sur le sourire

L'impact sur le sourire a été un des thèmes évoqués à plusieurs reprises. Le sourire dévoile l'absence d'incisive(s) et l'enfant en est conscient. Certains évitent de sourire sans forcément réussir à nous expliquer pourquoi. Le fait de se voir, en photographie par exemple, est un évènement inconfortable car l'enfant constate cette perte « *J'aimais pas sourire.* » *J., 8 ans.* Le vide apparent laissé par la perte affecte en parallèle la confiance en soi, car l'enfant va

avoir tendance à éviter de se retrouver face à son sourire qui ne lui plaît pas « *Si quelqu'un ne dit pas quelque chose qui fait rire, je souris pas* » Ln., 4 ans.

2^e thème : l'impact sur l'image de soi

Au-delà du sourire, l'image de soi est perturbée par la perte de la dent. Le sourire du reflet qui contemple l'enfant dans le miroir ne correspond plus au sourire intégré comme un élément reconnaissable de soi jusqu'alors. La nouvelle apparence du sourire peut provoquer des difficultés de reconnaissance de soi « *C'était dérangent.* » N., 10 ans, et troubler le jeune enfant. Dans d'autres cas, l'impact de la perte peut être positif. En effet, lorsque la dent a connu un délabrement important qui a provoqué des souffrances jusqu'au moment de l'extraction, la perte de dent peut être associée à la fin des douleurs subies. A cet instant, la satisfaction est davantage importante que le préjudice esthétique subi. Malgré la fin des douleurs, l'image de soi souffre chez certains enfants, où la perception de soi peut être affectée négativement « *je me dis... que moi, on dirait je suis le monstre.* » H., 5 ans, cela peut représenter une épreuve difficile pour se construire correctement, à moins que l'enfant ait les capacités d'intégrer cette expérience positivement pour cheminer vers l'acceptation de soi « *L'apparence, c'est pas ce qui compte. C'est l'amitié* » Lc., 11 ans.

3^e thème : une identité marquée par la perte

L'enfant voit son identité naissante marquée par cette perte. Les dents sont reconnues comme un fragment de soi, qui lorsqu'elles sont absentes de manière pathologique, laissent un vide. L'enfant regrette le sourire immaculé de son ancienne apparence « *Je préfère avec les dents* » Am., 4 ans, et doit faire face à un sourire désormais incomplet. Le manque de l'incisive peut s'avérer être frustrant pour l'enfant qui, en pleine construction de soi, peut développer une certaine timidité « *[Ça me gênait] pour sourire sur des photos* », J., 8 ans, dû à la gêne de s'exprimer ce qui risquerait d'exposer son sourire qu'il ne trouve plus convenable. La perte peut également être perçue comme un vol, « *Cette dent (...) elle a été volée par des bandits* » W., 4 ans. L'enfant peut vivre cet événement comme une expérience traumatique, car dans le cadre d'une perte précoce, la dent laisse un vide qui ne sera pas comblé tout de suite. Si la perte résulte d'une avulsion, il est possible que le chirurgien-dentiste ayant réalisé l'acte soit perçu comme le « bandit » qui a volé la dent, et de cela peut découler une certaine méfiance vis-à-vis du praticien et des futures consultations.

Les entretiens nous ont permis de comprendre et interpréter les dessins dont nous allons présenter les analyses.

2.3. Analyse interprétative des dessins

Nous nous sommes appuyés sur les enseignements de Françoise Dolto, psychanalyste spécialisée dans l'interprétation de dessins d'enfants, et sur les travaux d'Anne et Georges Cagnet, psychologues pour enfants, afin de réaliser une analyse interprétative des dessins esquissés par les enfants inclus. (38,39)

2.3.1. Le sourire altéré à 4 ans et le réalisme manqué

L'enfant part à la découverte de soi, à travers ses productions. Il va tenter de représenter tous les détails auxquels il pense, qui attirent son attention et selon l'importance qu'il accorde à chaque partie de l'objet ou du sujet. Il est difficile pour lui de représenter exactement ce qu'il voit, c'est le réalisme manqué.

Le dessin du personnage nous renseigne sur l'image inconsciente du corps. Le schéma corporel est similaire à tout être humain, mais l'image du corps est intime, et sa représentation dans un dessin d'enfant démontre la perception de son corps, en fonction des interactions avec autrui. Si l'enfant met l'accent sur une partie de son corps, on peut y voir une image corporelle perturbée. (40)

Dessin 1

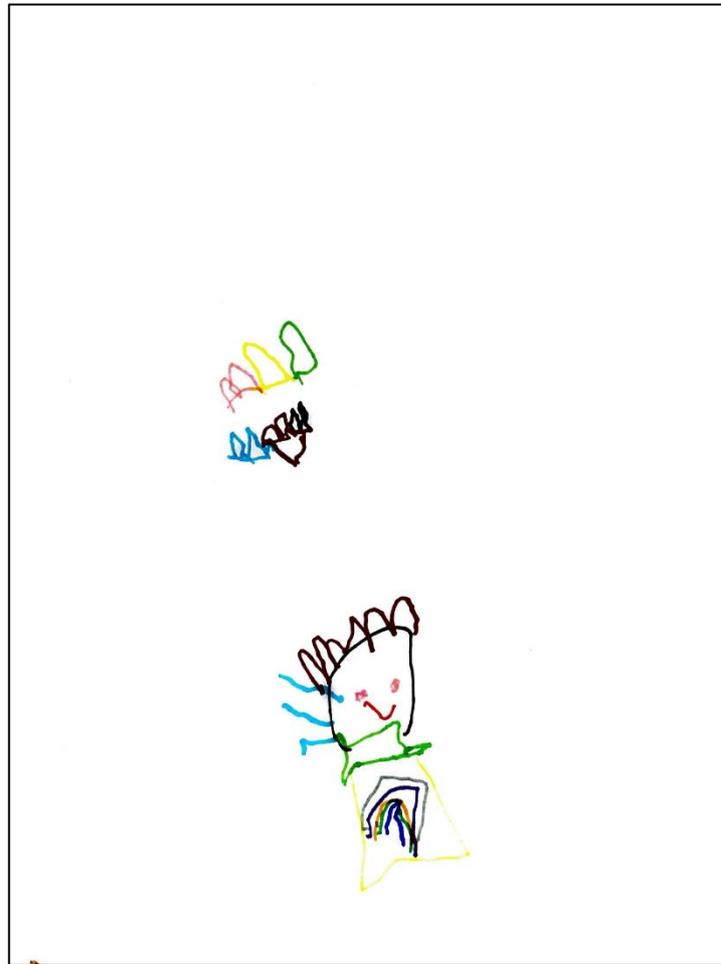


Figure 14 : Am., 4 ans

Am. a commencé par la forme de son visage, circulaire. Son visage ne prend que le bas de la page et n'est pas situé au centre, comme s'il ne voulait pas que son visage prenne toute la place. Au vu du choix des couleurs, on peut supposer qu'Am. est enjoué, vif. De l'ensemble du visage se dégage une certaine harmonie, avec une symétrie au niveau des yeux et une bouche rouge souriante, représentant les lèvres, de la même couleur. Am. s'est appliqué lors du dessin et a été très soigneux sur les détails : les cheveux dressés sur sa tête, de couleur identique aux siens. Am. a décidé de représenter ses dents à l'extérieur de son visage, isolées au centre de la feuille, comme encore présentes mais absentes du visage malgré leur représentation. Les quatre formes du haut sont moins nombreuses que celles du bas, représentant l'absence des quatre incisives maxillaires qu'il a perdu lors d'extractions précoces à cause de lésions carieuses. Sophie Morgenstern, psychanalyste d'enfant, a décrit à quel point les dimensions sont importantes dans les dessins d'enfants, et comment les incohérences de proportions sont porteuses de signification psychologique. (41) Ici, les dents

sont aussi grandes que la taille du visage, Am. semble y accorder beaucoup d'importance, malgré leur absence sur le visage. Il les fait figurer au centre de la page, comme une présence à laquelle il pense davantage si on lui demande de dessiner son visage. D'après Françoise Dolto (39), le dessin nous révèle l'inconscient de l'enfant et révèle l'instantané de son état affectif. Il était alors soucieux de son sourire, ayant déjà eu des remarques à son propos par certains de ses pairs. (Figure 14)

Dessin 2

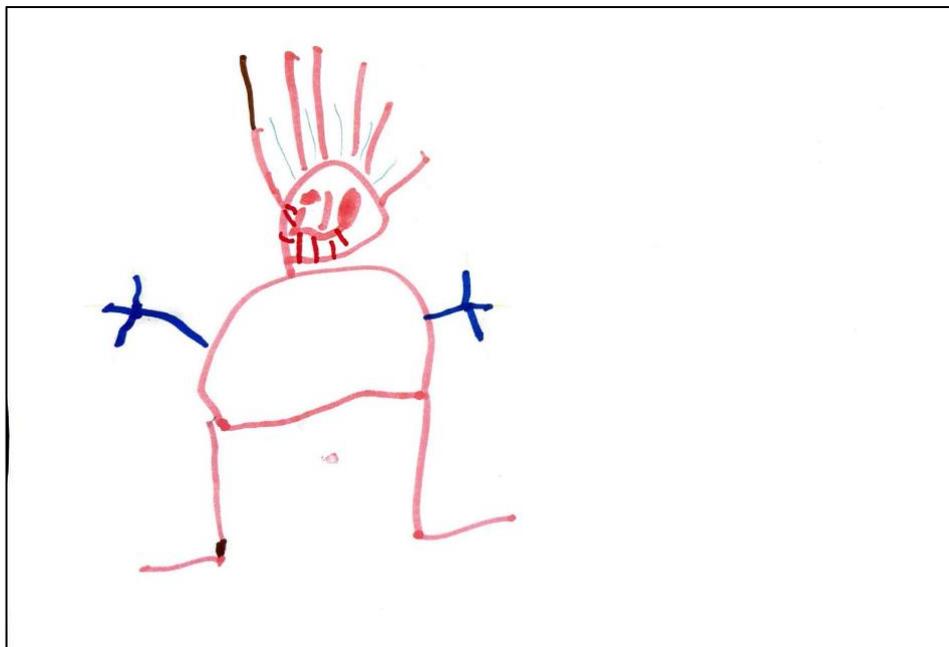


Figure 15: T., 4 ans

T., âgé de 4 ans, s'est représenté à gauche de la feuille, c'est un élément à noter parce que cette localisation est régulièrement équivalente à l'envie de sécurité, et au besoin de se sentir aimé par ses proches. Il s'est dessiné en rose, et seuls les bras et les dents ont une couleur différente du reste du corps. Les dents sont de couleur rouge, ce qui pourrait évoquer le sang qu'il a vu après l'extraction de ses incisives maxillaires centrales suite à un traumatisme bucco-dentaire. Le personnage semble souriant malgré tout. (Figure 15)

Dessin 3



Figure 16 : W., 4 ans

W. est une fille expressive, qui a souhaité mettre plusieurs couleurs pour illustrer son visage. L'ébauche de tracé bleu correspond au T-shirt qu'elle portait le jour-même. Elle a tenté de dessiner son corps, très circulaire et arrondi, et qui englobe son visage dont le contour est jaune, comme la mèche de ses cheveux. Le visage couvre l'ensemble de la page, et les traits ne sont pas très appuyés. Il y a une amorce de bouche, le trait rouge qui semble souriant. Les dents ne sont pas représentées sur le dessin, à priori car la bouche est fermée. La perte des dents n'est pas un élément reconnaissable dans le dessin, bien qu'elle ait mentionné la perte au cours de l'entretien qui a suivi, perçue comme un vol. (Figure 16)

Dessin 4

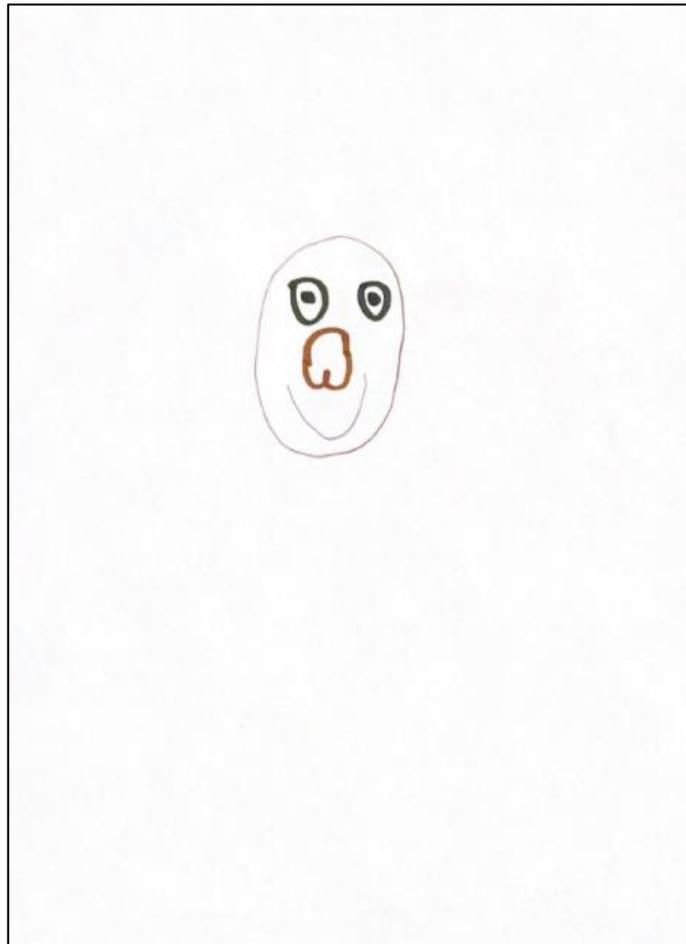


Figure 17: Ln., 4 ans

Ln. est une jeune fille bavarde et joviale. Elle a réalisé un nez « comme un cœur », des yeux ronds noirs et un trait de la même couleur que le contour de son visage pour désigner son sourire. D'apparence, le visage semble joyeux. Il n'y a pas d'expression de différence au niveau de la bouche ou des dents. Lorsque nous lui avons demandé pourquoi elle n'avait pas dessiné ses dents, elle nous a indiqué ne pas savoir les dessiner, sinon elle les aurait faites « comme des dents de requin ». Elle était satisfaite de son dessin, le trouvant joli. Elle s'est représentée de façon sobre et maîtrisée, même si la petitesse du dessin peut cacher une certaine timidité vis-à-vis de son visage à cet âge-là. (Figure 17)

2.3.2. Le sourire altéré de 5 à 6 ans et le réalisme intellectuel

Vers la 5^{ème} année, l'enfant signifie les personnages et les objets dans un environnement. Il représente ce qu'il sait ou ce qu'il imagine d'un objet, sans forcément être capable de réaliser une représentation fidèle de ce qu'il voit.

Dessin 5



Figure 18 : I., 5 ans et demi

I. est âgé de 5 ans et demi, son dessin est saturé et empreint de beaucoup d'émotions. Les couleurs principales sont le bleu et le jaune, couleurs contraires dans leur signification interprétative graphique. Cela peut représenter un équilibre ou une ambivalence sur ce qu'il pense lorsqu'il a comme consigne de dessiner son visage. Il est situé au milieu du dessin, en rouge et détonne avec les éléments ambiants. Nous relevons une représentation en bonhomme-têtard correspondant à une représentation produite normalement par un enfant de 3 ans, et qui pourrait signer un retard de développement psychique, corrélé à un retard de langage constaté chez I. Les cheveux sont dressés sur la tête et ressemblent aux autres membres de son corps. Quand nous lui avons demandé que représentaient les carrés rouges, il nous a affirmé que c'étaient des dents. Il a décidé de les faire en rouge, comme son corps, montrant à la fois une continuité et une discontinuité entre les deux, du fait de leur séparation du visage mais du choix de la même couleur. Il ne paraît pas spécialement heureux ou triste, mais sans expression. La page est bien remplie, synonyme d'extraversion prononcée de

l'enfant. Il s'est adonné à l'élaboration d'objets tels qu'une maison, à gauche, et de lettre comme le E, pour délaissier le visage qu'il avait dessiné au départ, et fournir la feuille d'accessoires de complément à soi. La valeur narrative du dessin réside dans le choix de thèmes différents malgré la consigne précise donnée, motivée par le reflet du monde imaginaire de l'enfant. (Figure 18)

Dessin 6



Figure 19: H., 5 ans et demi

Le dessin d'H. comporte plusieurs éléments à analyser de manière singulière et conjointe. Il a commencé par représenter une forme, lorsque l'on lui a demandé d'esquisser son visage. On note une rupture caractéristique avec la réalité, où la représentation de soi est « difforme », et ne ressemble pas à un être humain, à part au niveau des organes sensoriels. Cette forme est par ailleurs semblable à une dent, immense et disproportionnée. Les yeux, en forme de croix, n'ont rien de rassurant, et les dents sont acérées, ressemblant aux griffes de ce qu'H. a figuré comme un « monstre ». Au cours de l'élaboration du dessin, le personnage principal parle à un nouveau visage, dans une bulle, qui est davantage humain, et quand on interroge le jeune garçon, il nous indique que « le monstre dit qu'il faut se brosser les dents pour ne plus avoir de mal aux dents ». Notre sujet dépeint donc une nouvelle

version de soi, grondée par une autre version de soi, inquiétante et monstrueuse, vis-à-vis de son hygiène bucco-dentaire (ayant perdu ses quatre incisives maxillaires suite à des caries).

Le dessin d'un arbre dans le dessin, peut également trahir la représentation du corps. H. avait bien compris la consigne, et a choisi de représenter un arbre : un sapin avec un tronc colorié en marron, réaliste, et dont le feuillage n'a pas été colorié de façon délibérée. L'arbre peut-être une image projective où l'enfant représente ses identifications, et de ce qu'il pense être en fonction du regard des autres et de son idéal. Il est incomplet, comme sa dentition. Ce détail du décor peut également évoquer un objet qu'il apprécie dessiner lorsqu'il en a l'occasion, comme les étoiles et les chiffres, qu'il apprend au même moment à l'école. Il est malgré tout intéressant d'envisager le dessin du bonhomme en interaction avec les autres éléments du dessin, Widlocher nous indique par ailleurs qu'« en accumulant des détails au mépris de la vraisemblance visuelle, l'enfant n'accroît pas le réalisme de son dessin, mais il augmente la quantité d'information que contient le dessin. » (42) L'enfant, par le biais du dessin, raconte son histoire, c'est pourquoi le dessin est l'équivalent du récit. La reproduction du visage d'H. comparable à un « monstre-dent », juxtaposée graphiquement à des éléments issus de son environnement scolaire, nous fait penser qu'il a pu se sentir persécuté due à l'apparence de son sourire à l'école, ce qui a ensuite été confirmé lors de l'entretien. Il semble exister chez notre jeune dessinateur une atteinte sérieuse due à la perte de ses incisives sur le soi perçu et l'image de soi. (Figure 19)

Dessin 7



Figure 20 : Ms., 6 ans

Ms. occupe tout l'espace. Une effusion de couleurs saisit le spectateur du dessin. Elle tient une fleur dans une de ses mains, et un arc en ciel avec un cœur de l'autre. Elle a commencé par l'élaboration des traits de son visage, avant d'étoffer le dessin, comme pour compléter le sentiment d'un vide. A ce sujet, elle nous a indiqué ne pas se soucier de la nouvelle apparence de son visage, et être contente de son sourire. Les carrés en bouche sont censés traduire les dents qu'elle possède encore. De la vitalité et de la gaieté se dégagent du dessin. (Figure 20)

Dessin 8

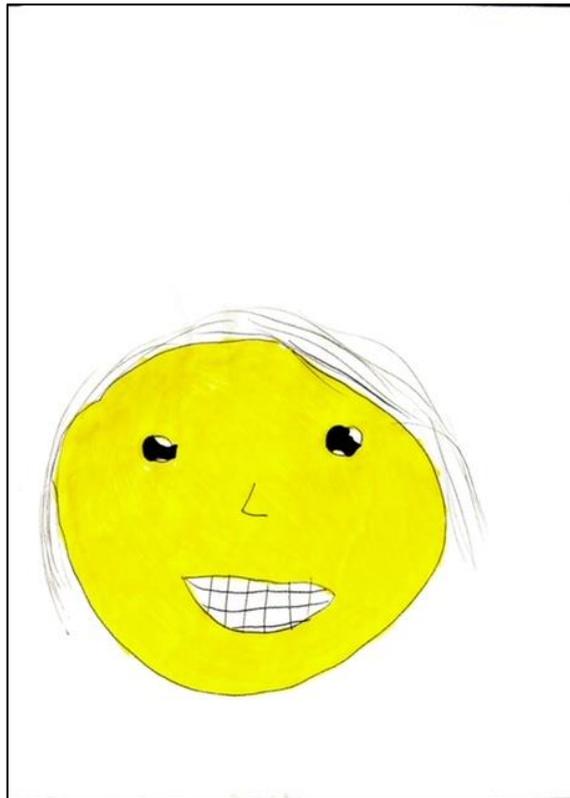


Figure 21 : An., 6 ans

Un élément nous interpelle sur le dessin : l'omniprésence unique de la couleur jaune. Elle a choisi de ne pas mettre d'autres couleurs, ni même pour ses cheveux, et a réalisé les contours du visage et des traits en gris, en étant centrée sur la feuille. Le jaune pourrait être utilisée comme une couleur vivante et rayonnante, la couleur du soleil, qui est donc une valeur positive : son visage n'est pas un élément qu'elle souhaite cacher et elle se représente heureuse. C'est également régulièrement synonyme d'extraversion et d'affirmation. Pourtant la jeune fille est très timide. Le sourire dessiné est le deuxième élément important qui nous interpelle. Elle a réalisé plusieurs rangées de dents, bien droites, alignées et bien blanches, sans défaut apparent. La représentation de son sourire est très différente de la réalité, du fait de l'absence de ses quatre incisives maxillaires, dont elle a donc choisi expressément d'en faire abstraction pour se dessiner sur la feuille. Le fait d'être heureuse et enjouée pourrait être corrélé à un sourire parfait et exempt de défaut ou d'absence de dents. C'est également probable que l'on soit confronté à une représentation de soi fantasmée, rêvée, idéalisée. (Figure 21)

2.3.3. Un sourire altéré à partir de 8 ans, à l'aube du réalisme visuel

La dimension symbolique du dessin s'estompe pour laisser place au réalisme visuel recherché par l'enfant.

Dessin 9

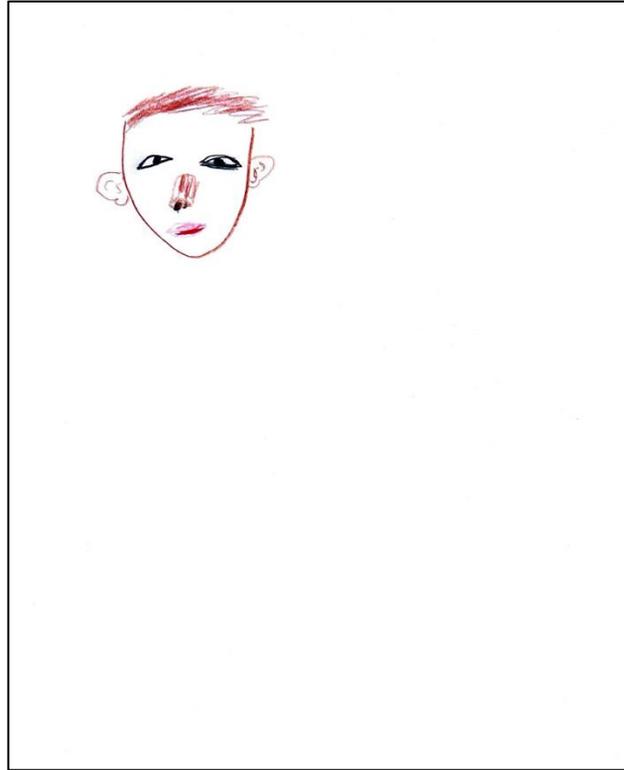


Figure 22: J., 8 ans

Notre jeune sujet s'est dessiné légèrement à gauche du dessin, ce qui peut s'apparenter à une représentation de soi moins évoluée car en occident, on lit de gauche à droite. L'élaboration du dessin est réaliste, jusqu'au détail des oreilles et des narines. Avant de dessiner la bouche, J. a demandé s'il devait dessiner les dents, question à laquelle on a répondu que c'était son choix. Il a réalisé une bouche, avec une langue en rouge. On peut observer qu'il n'a pas représenté ses dents. C'est une sorte de scotome (non-dessin), il a oublié de les illustrer après avoir évoqué à l'oral la possibilité de les mettre sur feuille. La perte de ses dents peut être un des motifs qui explique la décision inconsciente de ne pas les faire figurer. A 8 ans, le développement s'articule de plus en plus autour de la vie sociale, et savoir qu'il donne une représentation de lui-même visible à autrui peut être appréhendée. (Figure 22)

Dessin 10

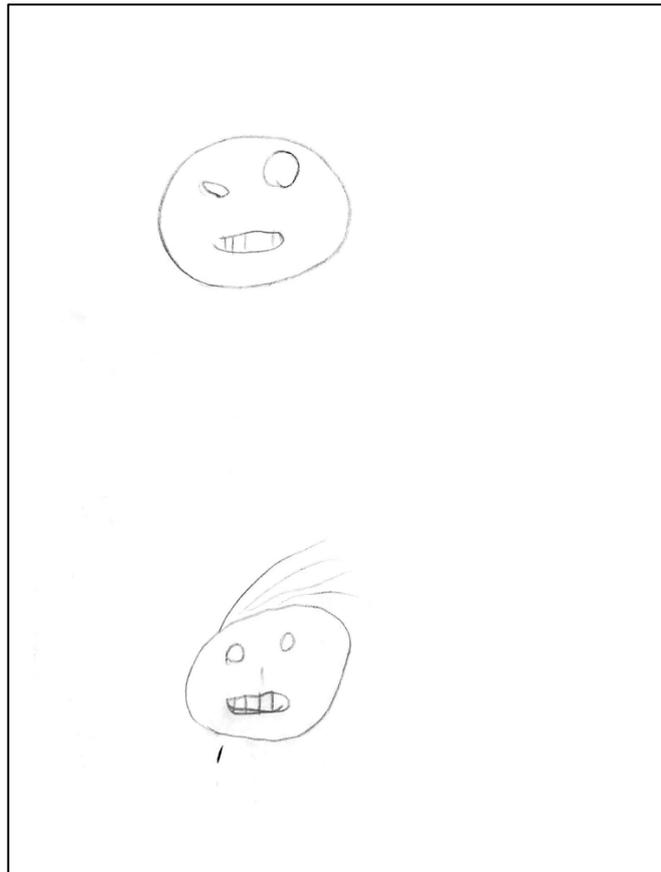


Figure 23: N., 10 ans

Sur la page blanche, on peut observer deux représentations. N. a commencé par dessiner son visage en haut de la feuille. Il refuse d'utiliser les couleurs, mises à disposition : un refus possible de livrer ses émotions, ce qui peut être confirmé lors de l'entretien durant lequel N. s'est contenu avant d'être très ému à propos de la perte de ses dents et au souvenir laissé par cette dernière. Le dessin est extrêmement simple. Les yeux sont asymétriques et déformés, on note que le sourire est tronqué, dû à l'absence d'incisives. C'est une figure inquiétante et en mauvais état, l'image de soi semble très abîmée par le traumatisme bucco-dentaire subit et l'absence de dent, qui le fait paraître difforme. Le traumatisme bucco-dentaire a eu lieu lors d'un accident où il a subi d'autres blessures (au niveau des yeux notamment). Après une vive émotion signifiée par des pleurs à l'idée de se dessiner et de s'imaginer à nouveau sans ses dents, nous lui avons demandé si aujourd'hui il se voyait toujours de cette manière. Il a pu alors dessiner comme il se perçoit désormais. On remarque des éléments tels que les cheveux et le nez qui n'étaient pas présents sur le premier visage, tant la fixation sur le sourire altéré et les yeux était importante. Les dents sont désormais toutes présentes et les yeux sont de taille normale, le visage semble gai. L'enfant a guéri de sa blessure physique et

on pourrait imaginer qu'à travers l'image de soi rétablie, la blessure psychique a cicatrisé. (Figure 23)

Dessin 11



Figure 24: Mn., 11 ans

Mn. s'est appliquée pour réaliser son dessin. C'est un visage fermé qui nous fait face, bouche et yeux clos où l'expression d'émotions est traduite uniquement par des larmes qui coulent. Interrogée, elle nous dit représenter la peine d'avoir perdu une incisive centrale maxillaire, traumatisme ayant eu lieu lors d'un accident de toboggan. Au-delà de la douleur qui a suivi, c'est de s'être aperçue dans le miroir dépourvue d'un sourire autrefois irréfutable, qui a provoqué une grande tristesse en elle. (Figure 24)

Dessin 12

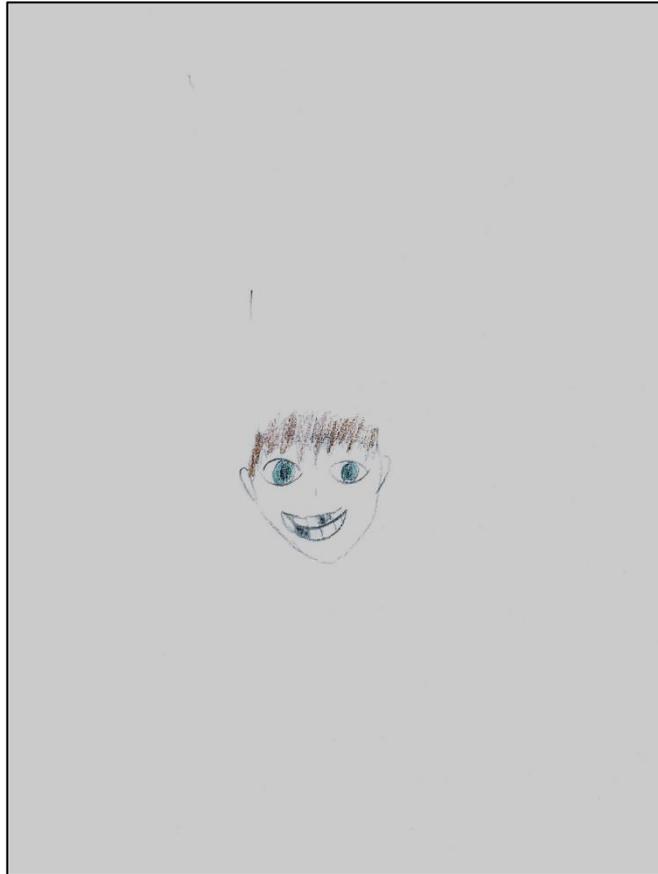


Figure 25: Lc., 11 ans

Le garçon a 11 ans. Son dessin est affirmé dans les traits qui sont fins et réfléchis. Il est situé au centre de la feuille, et représenté de façon réaliste (cheveux et yeux de la même couleur que dans la vraie vie). Cependant il n'a pas apposé de couleur sur la bouche, malgré l'intention de détails et d'application. Il a surtout représenté l'absence de dents, des « trous » dans la bouche. C'est l'élément principal du dessin, celui qui nous frappe le plus, certes, mais les dents sont apparentes, avec un très large sourire, qui remonte presque jusqu'aux oreilles. Il n'y a pas une intention de cacher son sourire même s'il est imparfait, il est assuré. Ça ne semble pas avoir été un traumatisme pour le jeune garçon, qui semble posséder une belle confiance en soi. (Figure 25)

IV. DISCUSSION

Dans notre étude menée au CHU de Toulouse sur 12 patients âgés de 4 à 11 ans, nous avons pu évaluer les impacts psychosociaux et psycho-émotionnels de la perte précoce d'une ou plusieurs incisives à l'aide d'interprétation de dessins et d'une analyse qualitative.

Dans la littérature, il existe peu d'études relatant la perception de la perte d'incisive précoce chez l'enfant, du point de vue de l'enfant. Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs, l'un d'entre eux étant les préjugés qui subsistent quant à la perte de dents antérieures et son préjudice esthétique chez un jeune enfant, qui doit, dans tous les cas, perdre ses dents pour permettre l'éruption des dents définitives. Cependant, cette exfoliation doit avoir lieu à un certain âge, aux alentours de 6 ans, et l'édentement antérieur est relativement court, entre 6 jours et 6 semaines. (43) Quand la perte a lieu en dehors des conditions classiques, et que la cause est pathologique, le temps d'édentement est plus long. Par ailleurs, selon les étiologies, l'enfant vivra l'expérience de la perte d'une manière différente que lors d'une exfoliation physiologique.

Un autre facteur qui explique le manque de prise en compte du point de vue de l'enfant est le fait qu'il possède un niveau de langage relativement réduit pour parvenir à exprimer ses émotions et son ressenti concernant la perte dentaire. Il existe de nombreuses études qui cherchent à estimer l'impact social et l'impact sur l'estime de soi de l'esthétique dentaire chez les adolescents de plus de 12 ans. Ces études utilisent des tests normés tels que le questionnaire sur l'impact psychosocial de l'esthétique dentaire (PIDAQ), le Oral Health Impact Profile (OHIP-14, l'impact de la santé orale concentré sur les impacts négatifs d'une mauvaise santé orale) et l'échelle de Rosenberg (mesure des sentiments positifs et négatifs associés à l'estime de soi). (44) Ces tests sont représentatifs de l'impact de l'esthétique dentaire et dans le cadre de l'absence de dents antérieures, sont appropriés pour l'évaluer. Cependant, ils sont assez difficiles à mettre en place chez l'enfant jeune, qui aura du mal à répondre à un questionnaire très normé où les questions peuvent ne pas être bien assimilées. C'est pourquoi nous avons choisi la forme d'entretiens semi-directifs couplé à l'interprétation de dessins pour comprendre la perception d'enfants.

L'utilisation de dessin comme moyen de communication non verbal est particulièrement appropriée et sollicitée pour appréhender les pensées de l'enfant. Luquet décrit comment le

dessin porte une valeur narrative essentielle permettant de révéler l'imagination de l'enfant et comment il vit les significations symboliques qu'il prête aux objets. C'est l'ensemble de son monde imaginaire qui se reflète dans le dessin. (45) Les valeurs expressive, projective et informative du dessin nous permettent également de percevoir le point de vue de l'enfant.

En odontologie pédiatrique, c'est un moyen décrit récemment, qui a su faire ses preuves pour permettre de comprendre les émotions et pensées de l'enfant. (46) Bien avant qu'ils soient capables de s'exprimer sous la forme de mots et de phrases, les enfants peuvent exprimer leurs préoccupations conscientes et inconscientes sur papier. (47)

Les dessins se sont révélés très utiles pour parvenir à déchiffrer la perception de la perte du point de vue de l'enfant, à partir de l'âge de 4 ans. Tout d'abord, nous n'avons pas constaté de distinction spécifique en fonction du genre de l'enfant, vis-à-vis de l'impact engendré par la perte des incisives, que ce soit lors de l'entretien ou à la suite de l'analyse interprétative de dessins.

De plus, concernant l'étiologie de la perte d'incisive, le traumatisme bucco-dentaire semble être davantage source d'inconfort et de souffrance psychique, au moment de faire face à la nouvelle apparence de son sourire, que la carie. Ceci peut s'expliquer par le fait que la perte de l'incisive due à une lésion carieuse n'est pas immédiate, l'apparence des dents se détériorant de façon progressive jusqu'à atteindre parfois l'état de restes radiculaires, tandis que la perte due à un traumatisme est généralement soudaine, sur une dent qui était à priori saine.

En fonction de l'âge de l'enfant au moment de l'entretien, nous avons pu observer des résultats variés. Nous avons vu précédemment qu'à l'âge de 4 ans, les enfants veulent plaire aux autres pour se plaire à eux-mêmes. L'absence d'incisive a parfois provoqué de l'exclusion sociale décrite lors de certains entretiens. La bonne entente avec les camarades est essentielle pour un bon développement, et dans ce genre de situation, l'enfant peut être très touché par la mise à l'écart dû à l'apparence de son sourire. Nos sujets sont conscients de la perte de leurs dents, mais ne font pas forcément le choix de l'illustrer en représentation. C'est un évènement troublant pour certains, et facilement accepté pour d'autres. L'assimilation de ce changement peut être réalisée de manière positive mais dans certains cas, une déconstruction de soi semble émerger.

Wallon décrit la période d'imitation à 5-6 ans, durant laquelle l'enfant souhaite refléter ce qu'il voit. (18) Les jeunes patients ont usé de l'espace blanc de la feuille pour faire figurer de nombreux éléments qui pouvaient indiquer de la gaieté à l'idée de représenter leur visage par le biais de couleurs vives, mais en parallèle, il existe également des représentations d'un mal-être face à la nouvelle apparence du sourire qui n'est plus satisfaisante. Le dessin a pu être le lieu d'une image fantasmée, qui est en rupture avec ce que l'enfant voit en réalité, pour mieux s'accepter malgré l'absence de dents antérieures.

Les théoriciens de la psychologie du développement s'accordent pour décrire un nouveau palier franchi à partir d'environ 7 ans et ainsi dire que l'affirmation de soi finit de se concrétiser. Nous retrouvons dans les dessins présentés dans cette étude à partir de cet âge-là, un processus de reconnaissance de l'impact psychosocial et psycho-émotionnel de l'expérience de la perte, intégré en soi, qui va jouer un rôle crucial dans le développement de l'image de soi, que ce soit de manière favorable ou défavorable à l'accomplissement personnel. Les enfants ayant réalisé les dessins avaient un certain recul sur la situation, du fait de leur âge, et ont pu se remémorer l'expérience de perte par un procédé rétrospectif, ce qui a pu démontrer que malgré le jeune âge lors de la perte, les répercussions subsistent encore plusieurs années après.

Il est donc essentiel de comprendre l'évolution des compétences graphiques pour évaluer l'enfant en fonction de ses capacités motrices et intellectuelles. Quelle signification l'enfant attribue-t-il à ses gestes graphiques ? Pour l'un des patients inclus âgés de 5 ans, la représentation correspondait à celle réalisée par un enfant de 3 ans à 3 ans et demi, selon les critères de G. et A. Cagnet. (38) Cet enfant lors de l'entretien avait du mal à s'exprimer correctement, et il semblait présenter un trouble du langage. A la fin de l'entretien, il a souhaité obtenir rapidement le téléphone de sa mère. Il pourrait s'agir ici du phénomène de l'exposition précoce excessive aux écrans (EPEE) et de son impact sur le développement psychique et relationnel de l'enfant, dont l'évolution est entravée par une hypnose permanente qui néglige l'imagination, ainsi que le développement du langage et du dessin. (48) Cela peut poser un nouveau défi pour le chirurgien-dentiste, qui pourrait rencontrer des difficultés à établir une connexion avec l'enfant afin de comprendre ses besoins et ses émotions, même à travers le dessin.

L'étude menée par Bitencourt et *coll.* a pour objet de cibler l'impact de la perte précoce d'incisives et on peut faire l'analogie avec nos objectifs. La différence réside en le choix du point de vue par ces auteurs, qui est celui du parent de l'enfant. (32) On peut constater que les résultats trouvés dans nos études comportent des similarités malgré le point de vue qui diverge : la limitation des fonctions chez l'enfant comme la mastication et la phonation, ainsi que la déficience induite sur l'apparence physique et les interactions sociales perturbées avec les pairs. Nous avons également mis en évidence l'acceptation de la perte lorsque l'incisive avait causé de la douleur antérieurement. Cette acceptation se produit à la fois chez l'enfant et chez l'adulte accompagnant, qui perçoit alors la perte comme une nécessité pour que la souffrance disparaisse et laisse alors place à un sentiment positif. L'étude de Bitencourt et *coll.* est sous le prisme d'une analyse phénoménologique, qui est une démarche inductive ayant pour objectif l'étude d'expériences déterminées telles qu'elles sont vécues par des individus. (49) Elle tend à comprendre un phénomène du point de vue des personnes qui en ont fait l'expérience, ce qui est semblable à notre problématique et à notre objectif.

Il serait pertinent de rassembler les perspectives des parents et des enfants dans une même étude afin d'évaluer l'impact d'un même événement et d'en obtenir une meilleure compréhension.

Par ailleurs, dans l'étude de Bitencourt et *coll.*, il a été décidé de n'inclure que des patients dont le temps d'édentement était d'au moins un an. Ce n'est pas le cas dans notre étude, où nous n'avons pas sélectionné nos patients selon la durée de l'édentement. Pour plusieurs cas, la durée d'édentement était inférieure à un an, et nous avons observé des impacts similaires chez les enfants ayant été édenté pendant plus d'une année. On pourrait se demander le rôle de la durée d'édentement dans l'impact psychosocial et psycho-émotionnel. On peut constater que l'enfant pouvait être affecté par son apparence sans dents, malgré une durée inférieure à un an.

Nous avons donc pu déterminer que si l'enfant est capable de comprendre l'impact de la perte précoce d'une incisive, il peut également être conscient du préjudice esthétique qui en résulte, même s'il ne l'exprime pas toujours. Certains enfants ne sont pas affectés par cette perte et continuent leur développement sans problème.

En revanche, pour ceux pour qui cet événement est difficile à vivre, il est pertinent d'explorer la question du remplacement de ces dents. Parfois, ce sont uniquement les parents qui émettent la demande. Lorsque l'enfant lui-même y consent, il est essentiel de répondre à ce besoin. Ainsi, la réalisation de prothèses dentaires pédiatriques devrait être envisagée. Les limites posées à l'utilisation des prothèses pédiatriques viennent de l'entretien de la prothèse et de l'acceptation du port qui peut être difficile pour l'enfant. L'usage de prothèses fixes pour remplacer les incisives temporaires constitue une option thérapeutique privilégiée car l'enfant ne remarque pas l'existence de la prothèse. (50) Cependant, lorsque les molaires temporaires sont également absentes, il peut être nécessaire de créer une prothèse amovible complète, qui permet de restaurer à la fois les fonctions et l'esthétique chez les jeunes patients.

Limites de l'étude :

Afin de réaliser au mieux notre étude, nous avons cherché à effectuer des démarches pour collaborer avec des psychologues cliniciens formés pour nous aiguiller dans nos analyses des dessins. En effet, l'interprétation de dessin peut nécessiter un œil aguerris et une certaine expérience clinique pour reconnaître les significations qui peuvent apparaître dans les œuvres de patients. Il a été difficile de trouver un psychologue disponible tout au long de l'étude en raison des variations dans les jours des entretiens et du rythme d'inclusion des participants, qui dépendait de la facilité à recruter des sujets. Nous avons alors pris contact avec des étudiants en master de psychologie qui ont pu aider à orienter nos interprétations.

Une des limites de cette étude est le langage de l'enfant qui a pu représenter un obstacle au cours des entretiens. Par ailleurs, l'interprétation de dessins comporte également une limite car pour trancher des incertitudes lors de l'analyse, il faut se reporter au commentaire du sujet, ainsi qu'à d'autres dessins réalisés le jour même ou plus tôt.

Or, nous n'avons en notre possession qu'une seule réalisation et les commentaires de jeunes patients ne sont pas toujours extrêmement clairs. Demander aux parents ou à l'entourage du patient aurait pu nous permettre de saisir davantage le contexte dans lequel l'enfant situe ses réponses, selon ce qu'ils ont déjà pu voir ou entendre de l'enfant. Ils ont connaissance du vécu du patient dont nous ne disposons que de quelques bribes.

CONCLUSION

L'importance de l'apparence du sourire chez l'enfant a été étudiée et démontrée dans plusieurs études. En effet, l'estime de soi chez l'enfant est fondamentale pour un développement psycho-cognitif optimal, et pour s'établir elle nécessite une image de soi positive. Dès lors qu'une imperfection affecte le sourire, il peut exister de réelles répercussions. Ce peut être le cas lors de la perte précoce d'une ou plusieurs incisives. Cette perte peut résulter d'une lésion carieuse ou d'un traumatisme bucco-dentaire. Pour comprendre le point de vue de l'enfant face à cette situation, nous avons décidé d'utiliser un outil de communication intéressant en pédiatrie, le dessin. Il permet de contourner les difficultés de compréhension engendrées par un langage relativement limité en bas-âge.

En nous basant sur les stades du développement psychologique de l'enfant, nous avons donc réalisé une analyse interprétative de dessins. Elle nous a permis de constater qu'il existe plusieurs impacts quant à la perte précoce d'incisive. Les impacts psychosociaux sont de l'ordre de la difficulté dans les interactions sociales, la stigmatisation et l'envie de correspondre à l'idéal social. Pour ce qui est des impacts psycho-émotionnels, nous retrouvons une baisse de confiance en soi et une image de soi très altérée chez certains enfants. D'autres résultats ont été observés où l'impact de la perte était moins important : l'enfant était content de son apparence malgré la perte et ne se sentait pas spécialement moins en confiance, il parvenait à surmonter la différence pour s'accepter.

Notre étude permet d'affirmer qu'il est important de prendre en compte le point de vue de l'enfant en ce qui concerne le préjudice esthétique lié à la perte précoce d'incisive, car il est doué de sensibilité et conscient de son image, dès l'âge de 4 ans. Par ailleurs, elle permet également d'attester que l'usage du dessin en odontologie pédiatrique est indiqué afin de communiquer avec l'enfant et accéder à son monde imaginaire pour le comprendre et établir une relation de confiance.

Directrice de thèse : Pr Valera

Président du jury : Pr Vaysse

Vu le 29 11 2024

Vu le 29 11 2024

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'VALERA', written over a stylized circular scribble.A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'VAYSSE', written over a stylized circular scribble.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Schéma de Keyes modifié par Newton (3)	13
Figure 2 : Parulie de 61 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan).....	14
Figure 3 : Incisives à l'état de restes radiculaires, (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)	15
Figure 4 : Incisives à l'état de restes radiculaires et caries sur les incisives mandibulaires, parulie sur 61, (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)	16
Figure 5: Luxation de 61 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan).....	17
Figure 6 : Fracture coronaire de 51 et 61 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan).....	17
Figure 7: Fracture coronaire de 51 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)	18
Figure 8 : Expulsion des 51 et 61 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan)	18
Figure 9: Expulsion de 51 (crédit photo : CHU de Toulouse, Dr Noirrit-Esclassan).....	18
Figure 10 : Bonhomme « je » dessiné par un enfant de 2 ans et 10 mois	28
Figure 11: Bonhomme soi têtard dessiné par un enfant de 3 ans et 2 mois.....	29
Figure 12 : Bonhomme soi standard dessiné par une fille de 4ans et demi.....	29
Figure 13 : Arbre thématique.....	33
Figure 14 : Am., 4 ans	39
Figure 15: T., 4 ans	40
Figure 16 : W., 4 ans	41
Figure 17: Ln., 4 ans.....	42
Figure 18 : I., 5 ans et demi	43
Figure 19: H., 5 ans et demi	44
Figure 20 : M., 6 ans.....	46
Figure 21 : An., 6 ans.....	47
Figure 22: J., 8 ans.....	48
Figure 23: N., 10 ans	49
Figure 24: Mn., 11 ans.....	50
Figure 25: Lc., 11 ans	51

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Statistiques descriptives	32
Tableau 2 : Données socio-démographiques en fonction de l'âge lors de l'entretien.....	32
Tableau 3 : Impacts psycho-sociaux	34
Tableau 4 : Impacts psycho-émotionnels.....	36

ANNEXES

Données démographiques brutes des participants à l'étude

ID Participant	Sexe	âge lors de l'entretien	âge au moment de la perte	Etiologie perte de la dent	nombre d'incisives perdues
W.	Fille	4	3	carie	1
Ln.	Fille	4	3	trauma	1
Am.	Garçon	4	4	carie	4
F.	Garçon	4	4	trauma	2
H.	Garçon	5	4	carie	4
L.	Garçon	5	5	carie	4
An.	Fille	6	2	carie	4
Ms.	Fille	6	5	carie	4
J.	Garçon	8	4	carie	4
N.	Garçon	10	6	trauma	4
Lc.	Garçon	11	6	carie	2
Mn.	Fille	11	7	trauma	1

Notice d'explication de l'étude aux parents

NOTICE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Dans le cadre de ma thèse universitaire « perte précoce d'une ou plusieurs dents antérieures : analyse par dessins », et sous la direction du Pr. Valera, au sein de la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse,

L'étude consiste à demander à votre enfant de **dessiner son portrait**. Le dessin sera alors suivi d'une entrevue avec moi-même pour en discuter et lui poser quelques questions concernant la perte/absence de la ou des dents antérieures.

Je soussigné(e) _____ autorise librement mon enfant _____ à participer à la recherche intitulée : « perte d'une ou plusieurs dents antérieures temporaire : analyse de dessins ».

J'ai pris connaissance de la notice et je comprends le but et la nature du projet de recherche.

Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies.

Date : _____

Signature du représentant légal et, si tel est le cas,

Père/ mère/ tuteur

J'ai expliqué le but et la nature du projet de recherche au représentant légal du participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Date : _____

Signature du chercheur

BIBLIOGRAPHIE

1. Ulrich L, Dugelay JL, Vezzetti E, Moos S, Marcolin F. Perspective Morphometric Criteria for Facial Beauty and Proportion Assessment. *Appl Sci.* janv 2020;10(1):8.
2. Trentesaux T, Sandrin-Berthon B, Stuckens C, Hamel O, Hervé C. La carie dentaire comme maladie chronique, vers une nouvelle approche clinique. *Presse Médicale.* 1 févr 2011;40(2):162-6.
3. Lasfargues J-J, Colon P, Vanherle G, Lambrechts P. *Odontologie conservatrice et restauratrice.* Tome 1, Tome 1., Paris: Éditions CdP; 2009.
4. Msefer S. Importance du diagnostic précoce de la carie de la petite enfance. *J Can Dent Assoc.* 2006;6-8.
5. Sofia H, Kissi L, Hamza M, Rifki C, Yahya I. Les cellulites cervico-faciales d'origine dentaire : étude transversale. 1 janv 2016;
6. Kabous J, Esclassan R, Alva O, Heiske M, Pereda-Loth V, Tisseyre L, et al. Histoire évolutive de la maladie carieuse : exemple des populations inuites. *Bull Mém Société D'Anthropologie Paris BMSAP* [Internet]. 15 mars 2021 [cité 16 sept 2024];33((S)). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/bmsap/7074>
7. Pavlov MI, Naulin-Ifi C. Plaidoyer pour une prévention et une prise en charge précoce du syndrome du biberon. *Arch Pédiatrie.* 1 févr 1999;6(2):218-22.
8. Marquillier T, Lombrail P, Azogui-Lévy S. Inégalités sociales de santé orale et caries précoces de l'enfant: comment prévenir efficacement? Une revue de portée des prédicteurs de la maladie. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 2020;68(4):201-14.
9. Witt RL. *Salivary gland diseases: surgical and medical management.* 2006;1ère ed. New York : Thieme Medical:288.
10. Tenenbaum A, Borsa L, Lupi L, Germa A. La santé orale de l'enfant : un plaidoyer pour l'interdisciplinarité. *Santé Publique.* 1 déc 2023;35(HS1):83-91.
11. Fried I, Erickson P. Anterior tooth trauma in the primary dentition: incidence, classification, treatment methods, and sequelae: a review of the literature. *ASDC J Dent Child.* 1 juill 1995;62(4):256-61.
12. Mettoudi JD, Ginisty D. Extraction chez l'enfant. *EMC - Dent.* 1 nov 2004;1(4):453-61.
13. Holan G, Needleman HL. Premature loss of primary anterior teeth due to trauma – potential short- and long-term sequelae. *Dent Traumatol.* 2014;30(2):100-6.
14. Tourrette C, Guidetti M. Chapitre 1. Les auteurs, les théories et les méthodes: In: *Introduction à la psychologie du développement* [Internet]. Dunod; 2018 [cité 6 oct 2024]. p. 23-50. Disponible sur: <https://www.cairn.info/introduction-a-la-psychologie-du-developpement-2018--9782100777006-page-23.htm?ref=doi>
15. Fischer GN. *Les domaines de la psychologie sociale (2): Les processus du social.* FeniXX; 1991. 290 p.
16. Jalley É. Freud, Wallon, Piaget. *J Fr Psychiatr.* 2016;44(2):73-8.

17. Lajoie M. Les stades du développement de l'enfant selon Henri Wallon. [Internet]. University of Ottawa (Canada); 1980 [cité 9 oct 2024]. Disponible sur: <https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/8204/1/MK48564.PDF>
18. Wallon H. Les origines du développement de l'enfant. Vol. Pour une psychologie de l'enfant. Paris: Presses universitaires de France; 1971.
19. Litowitz BE. Freud et Piaget : une fois de plus. 1998 [cité 10 oct 2024]; Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/buppsy_0007-4403_1998_num_51_437_14771
20. Hönn M, Göz G. The Ideal of Facial Beauty: A Review. *J Orofac Orthop Fortschritte Kieferorthopädie*. 1 janv 2007;68(1):6-16.
21. Klages U, Zentner A. Dentofacial Aesthetics and Quality of Life. *Semin Orthod*. juin 2007;13(2):104-15.
22. Breton DL. De la défiguration à la greffe du visage. *Études*. 1 juin 2010;412(6):761-72.
23. Jincy VV, Suja MK, Joshi KC, Caliaperoumal SK. Self-esteem and Psycho Social Impact of Dental Aesthetics among Children-Clinical Survey. *Indian J Public Health Res Dev*. 2019;10(8):689.
24. Zebrowitz L. *Reading Faces: Window To The Soul?* New York: Routledge; 2019. 287 p.
25. Tiro A, Nakas E, Arslanagic A, Markovic N, Dzemic V. Perception of Dentofacial Aesthetics in School Children and Their Parents. *Eur J Dent*. 29 juill 2020;15:13-9.
26. Terry RL. Further Evidence on Components of Facial Attractiveness. *Percept Mot Skills*. 1 août 1977;45(1):130-130.
27. Patusco V, Carvalho CK, Lenza MA, Faber J. Smile prevails over other facial components of male facial esthetics. *J Am Dent Assoc*. 1 août 2018;149(8):680-7.
28. Kapur A, Hs C, Goyal A, Gauba K. An esthetic point of view in very young children. *J Clin Pediatr Dent*. 1 janv 2006;30(2):99-103.
29. Shaw WC. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. *Am J Orthod*. 1 avr 1981;79(4):399-415.
30. Shaw D. The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. 1981;
31. Rossini G, Parrini S, Castroflorio T, Fortini A, Deregibus A, Debernardi CL. Children's perceptions of smile esthetics and their influence on social judgment. *Angle Orthod*. 1 nov 2016;86(6):1050-5.
32. Bitencourt FV, Rodrigues JA, Toassi RFC. Narratives about a stigma: attributing meaning to the early loss of deciduous teeth on children's caregivers. *Braz Oral Res*. 26 avr 2021;35:e044.
33. Bouchet A, Garnier A, Vors O. Harcèlement scolaire et/ou bouc émissaire ? Une étude de cas en cours d'éducation physique et sportive. *Déviante Société*. 10 août 2018;42(2):351-88.
34. Broutin A, Blanchet I, Canceill T, Noirrit-Esclassan E. Association between Dentofacial Features and Bullying from Childhood to Adulthood: A Systematic Review. *Children*. juin 2023;10(6):934.
35. Shaw WC, Meek SC, Jones DS. Nicknames, Teasing, Harassment and the Salience of Dental Features among School Children. *Br J Orthod*. 1 avr 1980;7(2):75-80.

36. Chapman AL, Gratz KL, Brown MZ. Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behav Res Ther.* 1 mars 2006;44(3):371-94.
37. Al-Bitar ZB, Sonbol HN, Al-Omari IK, Badran SA, Naini FB, AL-Omiri MK, et al. Self-harm, dentofacial features, and bullying. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* juill 2022;162(1):80-92.
38. Cagnet G, Cagnet A. Comprendre et interpréter les dessins d'enfants. Dunod; 2023.
39. Dolto F. Rapport sur l'interprétation psychanalytique des dessins au cours des traitements psychothérapeutiques. *Psyché.* 1948;1(17):324-46.
40. Vinay A. Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent-3e éd. Dunod; 2020.
41. Morgenstern S. Psychanalyse infantile: symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant; suivi de, La psychanalyse et son rôle dans l'hygiène mentale. Bibliothèque des introuvables; 2003.
42. Widlöcher D. L'interprétation des dessins d'enfants. Editions Mardaga; 1998. 180 p.
43. Nyström M, Peck L. The period between exfoliation of primary teeth and the emergence of permanent successors. *Eur J Orthod.* 1 févr 1989;11(1):47-51.
44. Militi A, Sicari F, Portelli M, Merlo EM, Terranova A, Frisone F, et al. Psychological and Social Effects of Oral Health and Dental Aesthetic in Adolescence and Early Adulthood: An Observational Study. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2021;18(17):9022.
45. Luquet GH. Le dessin enfantin. 3e édition Delachaux et Niestlé. Lausanne; 1977.
46. Torriani DD, Goettens ML, Cademartori MG, Fernandez RR, Bussoletti DM. Representation of dental care and oral health in children's drawings. *Br Dent J.* juin 2014;216(12):E26-E26.
47. Farokhi M, Hashemi M. The Analysis of Children's Drawings: Social, Emotional, Physical, and Psychological aspects. *Procedia - Soc Behav Sci.* 1 janv 2011;30:2219-24.
48. Marcelli D, Bossière MC, Ducanda AL. L'exposition précoce et excessive aux écrans (EPEE) : un nouveau syndrome. *Devenir.* 24 juill 2020;32(2):119-37.
49. Ntebutse JG, Croyere N. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. *Rech Soins Infirm.* 19 avr 2016;124(1):28-38.
50. Dursun E, Beslot A, Landru MM. Donner le sourire à nos jeunes patients : stratégies préventives et thérapeutiques. *Actual Odonto-Stomatol.* juin 2008;(242):121-8.

**PERTE PRECOCE D'UNE OU PLUSIEURS INCISIVES CHEZ L'ENFANT :
ETUDE QUALITATIVE A PARTIR DE DESSINS**

RESUME : L'apparence du sourire chez l'enfant est cruciale pour son estime de soi et son développement psycho-cognitif. Une imperfection, comme la perte précoce d'une ou plusieurs incisives due à une carie ou un traumatisme, peut entraîner des répercussions significatives. Le dessin a été utilisé comme outil de communication, pour comprendre le ressenti des enfants. L'analyse des dessins a révélé divers impacts psychosociaux, tels que des difficultés d'interactions et le souhait de ressembler à nouveau à l'idéal social, ainsi que des impacts psycho-émotionnels, comme une mauvaise image de soi. Cependant, certains enfants réussissent à accepter leur apparence malgré la perte. Cette étude souligne l'importance de considérer le point de vue des enfants et valide l'utilisation du dessin en odontologie pédiatrique pour établir une relation de confiance.

**EARLY LOSS OF ONE OR MULTIPLE INCISORS : QUALITATIVE ANALYSIS
THROUGH DRAWINGS**

ABSTRACT : The appearance of a child's smile is crucial for their self-esteem and psycho-cognitive development. An imperfection, such as the early loss of one or more incisors due to decay or trauma, can have significant repercussions. Drawing was used as a communication tool to understand the children's feelings. The analysis of drawings revealed various psychosocial impacts, such as difficulties in interactions and the desire to conform to social ideals, as well as psycho-emotional impacts, like poor self-image. However, some children manage to accept their appearance despite the loss. This study highlights the importance of considering children's perspectives and validates the use of drawing in pediatric dentistry to establish a trusting relationship.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : CHIRURGIE DENTAIRE

MOTS CLES

Perte précoce, édentement, incisive, impact psychosocial, impact psycho-émotionnel, dessin d'enfants, odontologie pédiatrique, carie, traumatisme bucco-dentaire, estime de soi

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier – Faculté de santé –

Département d'Odontologie 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex 09

Directrice de thèse : Pr Marie-Cécile VALERA