

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Orthophonie**

**La place de l'explication des soins dans l'accompagnement du
jeune patient présentant une déglutition dysfonctionnelle**

Recueil par questionnaire des modalités et du contenu des informations
transmises par les professionnels

Mémoire présenté et soutenu par

Pauline HECHINGER,

En juin 2024

Mémoire dirigé par
Elyse Raynaud Bellanger
Orthophoniste

Membres du jury
Mme Alice Coursaget-Thibaud, masseur-kinésithérapeute
Mme Margot Chignac, psychologue
Mme Audrey Pépin-Boutin, orthophoniste

Remerciements

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des personnes qui ont contribué par leur implication et leur soutien moral à l'élaboration de ce projet de recherche.

Je souhaite en premier lieu remercier Madame Raynaud Bellanger, qui a montré son intérêt pour ce projet de recherche dès les premiers instants. Je vous adresse toute ma gratitude pour m'avoir accompagnée pendant ces deux années. Je vous remercie d'avoir cru en ce projet et d'avoir toujours valorisé mon travail pour que je continue de croire en moi.

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels de santé et des organismes ayant accepté de diffuser mon questionnaire, ainsi que tous les participants qui ont contribué à la finalisation de ce projet en acceptant d'y répondre.

Je remercie les membres du jury pour l'intérêt porté à ce travail et pour le temps que vous y accordez.

J'adresse mes plus sincères remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ILFOMER pour sa présence, son implication et sa disponibilité. La bienveillance dont vous avez fait preuve a été un réel moteur pour parvenir à évoluer sur le plan professionnel, comme sur le plan personnel. Un grand merci à Madame Pépin-Boutin et à Camille pour m'avoir accompagnée dans l'élaboration de ce travail. Je remercie tout particulièrement Madame Elie-Deschamps pour avoir été d'un grand soutien moral et Monsieur Sébastien Larue pour m'avoir permis de conserver les données de ce mémoire.

Je remercie Monsieur Prot, qui m'a accompagnée dans le traitement statistique des données de ce travail.

Merci à Madame Judet, Alice Patou, Alice Thibault et Aline Gironce pour leur contribution à ce travail. Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à tester mon questionnaire et à me transmettre vos retours.

Merci à mes responsables de stage. Chacun de mes stages a été une belle expérience, dont je garde un excellent souvenir. Vous avez su, semaine après semaine, me donner un peu plus confiance en moi. Une pensée particulière à Manon, Elodie, Emma et Faustine, qui seront au plus près de moi pour me guider dans ces premiers pas vers l'exercice.

Un grand merci à la promotion 2019-2024 de Limoges, qui a facilité ces cinq années par sa bienveillance et sa bonne humeur. Vous êtes toutes formidables et je n'ai aucun doute quant aux excellentes orthophonistes que vous ferez.

Un immense merci à la famille IDEO pour les milliers de moments partagés. Je garde en mémoire chacun des instants passés avec vous, partout dans le monde. Notre aventure au Cambodge a marqué le début d'une grande histoire d'amitié, celle de toute une vie. Merci à Lucie, Alice et Marie pour ces cinq années merveilleuses et toutes celles qu'il nous reste à vivre. Merci à Chloé pour sa bienveillance, son oreille attentive et son soutien tout au long de cette aventure.

Merci infiniment à Laura, Agathe et Leslie. Tant de remerciements à vous adresser pour avoir rendu ces cinq années si belles. Des mots ne suffiraient pas à décrire combien je vous aime et combien notre amitié est précieuse à mes yeux. Vous êtes et resterez mes meilleures amies.

Des milliers de merci à vous, Papa et Maman. Merci d'avoir mis à ma disposition tous les ingrédients pour réussir, et de m'avoir toujours soutenue. Merci d'avoir fait de mon épanouissement personnel et professionnel une priorité, de m'avoir guidée dans mes choix et de m'avoir donné votre amour sans limite ni conditions.

Merci à Mamie Dodie, Papi Macaire et Mamie Macaire. La fierté dans vos yeux est mon plus grand moteur à chaque instant. Je n'oublie pas ma bonne étoile, qui m'accompagne depuis toujours dans chacune de mes réussites. J'espère t'avoir rendu fier.

Une pensée toute particulière à Damien, qui m'apporte un soutien sans faille depuis six années. Ton réconfort et ton amour sont une grande source d'inspiration et m'aident à avancer chaque jour vers ma vie d'adulte. Avec toi, tout est plus beau.

Je remercie Anne et Franck de m'avoir accordée une si grande et belle place au sein de leur merveilleuse famille. Merci de croire en moi, et de m'entourer de votre infinie bienveillance depuis toutes ces années.

Un immense merci à Estelle, qui depuis six ans joue le rôle de sœur. Merci pour ton oreille attentive, pour nos moments de rire et nos longues discussions. T'avoir à mes côtés est très précieux et me porte chaque jour.

Je remercie très sincèrement Eva, Camille et Marie. En septembre 1985, nos destins se sont liés pour toujours. Merci pour les milliers d'heureux moments partagés, partout et toujours. Si l'on dit que nulle amitié ne vaut une sœur, alors qu'en est-il de trois ?

Nathalie, merci à toi d'avoir sollicité ta plus belle étoile...

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Pauline HECHINGER,

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le mardi 26 mars 2024



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire Certificat de Capacité d'Orthophonie

Session de juin 2024

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Pauline HECHINGER,
Étudiante de 5ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : mardi 26 mars 2024

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Glossaire

ADEO (Association des Dentistes Exclusifs en Orthodontie)
ADF (Association dentaire française)
ADOMF (Association des Disciplines Orthodontiques et Maxillo-Faciales)
ADPO (Association Départementale pour la Prévention en Orthophonie)
AFCPO (Association Franc-Comtoise pour la Prévention en Orthophonie)
AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire)
AGOPAL (Association Girondine Orthophonie Prévention Action Langage)
AGPL (Association Gersoise Prévention Langage)
AHLPIO (Association Haute-Loire Prévention et Information en Orthophonie)
ANPO (Association Normande pour la Prévention en Orthophonie)
APO (Aube Prévention Orthophonie)
APO-G (Association de Prévention en Orthophonie du Gard)
APOH (Association de Prévention en Orthophonie de l'Hérault)
APOLI (Association de Prévention des Orthophonistes Ligériens)
APOMM (Association Prévention en Orthophonie de Meurthe et Moselle)
APPO (Allier Pour la Prévention en Orthophonie)
APPOLO (Association de Prévention des Pyrénées Orientales Langage Orthophonie)
APPOR (Association Pour la Prévention en Orthophonie du Rhône)
APROL (Association de Prévention des Orthophonistes du Limousin)
CAPLI (Communication Action Prévention Langage Information)
CCO (Certificat de Capacité en Orthophonie)
CDF (Chirurgiens-Dentistes de France)
COCO (Club d'Orthodontie Clinique Optimisée)
CNO (Chambre Nationale des Ostéopathes)
CNPP (Conseil National de la Pédiatrie).
EPIC (Expression Prévention Information Communication)
ESOP (Et Si les Orthophonistes Prévenaient)
FFMKR (Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs)
FFO (Fédération Française d'Orthodontie)
FIP (Forum d'Intervention et de Prévention)
FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes)
FSDL (Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux)

HAS (Haute Autorité de Santé)

ILFOMER (Institut Limousin de FORMation aux MÉtiers de la Rééducation)

MIPRO (Association Martiniquaise d'Intervention pour la Prévention et la Recherche en Orthophonie)

ODA.AS (Association de Prévention en Orthophonie Drôme-Ardèche)

OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

OPAL (Orthophonie et Prévention en Alsace)

PAROL (Prévention Action et Recherche des Orthophonistes pour les Langages)

POM (Prévention Orthophonie Marne)

RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé)

SDOG (Syndicat des Orthophonistes de Guadeloupe)

SDOM (Syndicat des Orthophonistes de Martinique)

SDOP-IDF (Syndicat des Orthophonistes de Paris Ile-De-France)

SDORPACAC (Syndicat des Orthophonistes de la Région Provence Alpes Côte d'Azur)

SFDO (Syndicat Français Des Ostéopathes), à l'AFO (Association Française d'Ostéopathie)

SFODF (Société Française d'Orthopédie Dento-Faciale)

SFP (Société Française de Pédiatrie)

SFSO (Syndicat Français des Spécialistes en Orthodontie)

SIOB (Syndicat Interdépartemental des Orthophonistes de Bretagne)

SIONA (Syndicat Interdépartemental des Orthophonistes de Nouvelle-Aquitaine)

SNMKR (Syndicat National des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs)

SNPEH (Syndicat National des Pédiatres des Établissements Hospitaliers)

SNPF (Syndicat National des Pédiatres Français)

SOGEst (Syndicat régional des Orthophonistes du Grand Est)

SOHF (Syndicat des Orthophonistes des Hauts-de-France)

SOR-AuRA (Syndicat des Orthophonistes de la Région Auvergne-Rhône-Alpes)

SORC-VDL (Syndicat des Orthophonistes de la Région Centre - Val de Loire)

SOROcc (Syndicat des Orthophonistes de la Région Occitanie)

SORR (Syndicat des Orthophonistes de la Région Réunion)

SROBFC (Syndicat Régional des Orthophonistes de Bourgogne-Franche-Comté)

SROG (Syndicat Régionale des Orthophonistes de Guyane)

SROPL (Syndicat Régional des Orthophonistes des Pays de la Loire)

SRON (Syndicat Régionale des Orthophonistes de Normandie)

Table des matières

Introduction.....	16
Partie théorique	17
1. La déglutition	17
1.1. Déglutition physiologique.....	17
1.1.1. Terminologie et définition.....	17
1.1.2. Physio-anatomie	17
1.1.2.1. Déglutition infantile	17
1.1.2.2. Déglutition mixte.....	17
1.1.2.3. Déglutition adulte.....	18
1.2. Déglutition pathologique	18
1.2.1. Terminologie.....	18
1.2.2. Définition	18
1.2.3. Problématique pluridimensionnelle.....	18
1.2.4. Physiopathologie.....	19
1.2.5. Conséquences	19
1.2.5.1. Anomalies occlusales.....	19
- Les anomalies squelettiques :	19
- Les anomalies alvéolaires :	20
1.2.5.2. La théorie mécaniste	21
1.2.5.3. La théorie fonctionnaliste	21
1.2.5.4. Troubles articulatoires	22
2. La rééducation de la déglutition dysfonctionnelle	22
2.1. Objectif	22
2.2. Principes	23
2.2.1. Intervention précoce.....	23
2.2.2. Conditions préalables.....	23
2.3. Professionnels impliqués dans la rééducation	23
2.3.1. Rôle de l'orthodontiste	23
2.3.2. Les garants de la rééducation myofonctionnelle	24
2.3.2.1. L'orthophoniste	24
2.3.2.2. Le masseur-kinésithérapeute	24
2.3.2.3. Méthode de Maryvonne Fournier.....	25
2.3.2.4. Méthode proprioceptive.....	25
2.3.3. Rôle de l'ostéopathe	25
2.3.4. Rôle du psychologue.....	26
2.3.5. Rôle des prescripteurs	26
2.4. Pluridisciplinarité dans la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle	26
2.5. Chronologie.....	26
3. Rôle de la communication dans la prise en soins.....	27
3.1. La communication dans le contexte paramédical	27
3.1.1. Alliance thérapeutique	27
3.1.2. Éducation thérapeutique du patient.....	27
3.1.3. Compétences requises	27
3.1.4. Freins à la communication	28

3.2. Communication dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle.....	28
3.2.1. Les patients	28
3.2.2. L'éducation fonctionnelle cognitive	29
3.3. Pluridisciplinarité dans l'accompagnement du patient	29
3.3.1. Constat	29
3.3.1.1. Le point de vue des professionnels	29
3.3.1.2. Le point de vue des aidants	30
3.3.2. Réponses	30
Problématique et hypothèses	31
1. Problématique.....	31
2. Hypothèses.....	32
2.1. Hypothèse générale 1.....	32
2.2. Hypothèse générale 2.....	32
2.3. Hypothèse générale 3.....	32
Méthodologie expérimentale	34
1. L'étude	34
1.1. Type d'étude	34
1.2. Population cible.....	34
1.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	34
1.2.2. Taille de l'échantillon.....	35
1.2.3. Recrutement de la population	35
1.3. Variables de l'étude	36
2. Méthode.....	37
2.1. Objectifs du questionnaire	37
2.2. Élaboration du questionnaire.....	37
2.2.1. Outil	37
2.2.2. Modalités de réponses.....	37
2.2.3. Architecture du questionnaire	38
2.3. Validation du questionnaire	39
2.4. Diffusion du questionnaire	39
2.4.1.1. Diffusion aux associations et syndicats en chirurgie dentaire et orthodontie	40
2.4.1.2. Diffusion aux associations et syndicats en orthophonie.....	40
2.4.1.3. Diffusion aux associations et syndicats en pédiatrie	41
2.4.1.4. Diffusion aux associations et syndicats en masso-kinésithérapie.....	41
2.4.1.5. Diffusion aux associations et syndicats en ostéopathie	41
2.5. Questionnements éthiques.....	41
3. Recueil et traitement des données.....	41
3.1. Recueil des données	41
3.2. Analyse des données	41
Présentation des résultats.....	43
1. Description de l'échantillon.....	43
1.1. Caractéristiques des participants	43
1.2. Caractéristiques de l'exercice des participants.....	45
2. Description des informations fournies.....	49
2.1. Contexte de transmission de ces informations	49

2.2. Contenu de ces informations	53
3. Limites identifiées par les professionnels	56
3.1. Freins aux explications relatives au plan de soins.....	56
3.2. Freins à l'utilisation de supports pour illustrer les explications relatives au plan de soins	57
Discussion	58
1. Confrontation des hypothèses avec les résultats	58
1.1. Vérification de l'hypothèse générale 1 concernant les informations transmises par les prescripteurs à propos du parcours de soins	58
1.1.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.1 concernant la transmission d'informations sur le rôle et le contact des autres professionnels par les pédiatres ...	58
1.1.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.2 concernant la transmission d'informations sur la chronologie des soins par les pédiatres et les chirurgiens-dentistes	58
1.1.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.3 concernant la transmission d'informations sur les objectifs de la prise en soins spécifique par chaque professionnel	59
1.1.4. Synthèse des observations concernant les informations transmises par les prescripteurs à propos du parcours de soins	59
1.2. Vérification de l'hypothèse générale 2 concernant les modalités de transmission des informations sur le parcours de soins par les rééducateurs	61
1.2.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.1 concernant la systématisation de la transmission d'informations par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes	61
1.2.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.2 concernant les destinataires des informations transmises par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes ..	61
1.2.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.3 concernant la réitération de la transmission d'informations par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes	62
1.2.4. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.4 concernant les supports utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes pour illustrer leurs informations	62
1.2.5. Synthèse des observations concernant les modalités de transmission des informations sur le parcours de soins par les rééducateurs.....	63
1.3. Vérification de l'hypothèse générale 3 concernant l'identification du manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins comme limite principale à l'explication du plan de soins	64
1.3.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3.1 concernant l'impact du manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins par rapport au manque de temps.....	65
1.3.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3.2 concernant l'impact du manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins par rapport au manque de formation en communication, du point de vue des orthophonistes	65
1.3.3. Synthèse des observations concernant l'identification du manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins comme limite principale à l'explication du plan de soins.....	66
2. Biais et limites de l'étude	66
2.1. Limite liée à la formulation des hypothèses	66
2.2. Biais liés au choix de la population	67
2.3. Biais liés à l'échantillon	67

2.4. Biais et limites liés à la construction du questionnaire.....	67
2.5. Biais liés à la méthode de recrutement.....	68
3. Perspectives.....	69
3.1. Approfondir les analyses à propos de la communication relative au plan de soins dans le cadre de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle.....	69
3.1.1. Étudier les corrélations entre situation géographique et outils disponibles.....	69
3.1.2. Étudier les corrélations entre type d'exercice et connaissances sur les autres professions.....	69
3.1.3. Étudier les données liées à la participation des ostéopathes.....	70
3.2. Améliorer l'accès aux informations relatives au plan de soins par les professionnels de santé.....	70
3.2.1. Enrichissement des formations initiales.....	70
3.2.2. Mise à disposition de formations continues.....	70
3.3. Faciliter la restitution des informations relatives au plan de soins aux patients.....	71
3.3.1. Mise à disposition d'un outil fonctionnel.....	71
3.3.2. Proposition d'un outil.....	72
Conclusion.....	73
Références bibliographiques.....	74
Annexes.....	81

Table des illustrations

Figure 1 : Classe III (Allouch, 2006)	19
Figure 2 : Infraclusion au niveau antérieur (Allouch, 2006).....	20
Figure 3 : Proalvéolie globale supérieure (Kolf, 2006)	20
Figure 4 : Rétroalvéolie globale de l'arcade alvéolodentaire inférieure (Kolf, 2006)	20
Figure 5 : Classe II division 2 (Allouch, 2006)	21
Figure 6 : Classe II division 1 (Allouch, 2006)	21
Figure 7 : Diagramme représentant la répartition des participants selon leur profession.	43
Figure 8 : Diagramme représentant la répartition de notre population selon leur profession, d'après le RPPS.	43
Figure 9 : Diagramme représentant la répartition de notre échantillon, selon leur statut professionnel.	43
Figure 10 : Carte de France représentant la répartition de notre échantillon sur le territoire, selon leur département d'exercice.	44
Figure 11 : Histogramme représentant le nombre de professionnels, par tranche d'années d'expérience, parmi nos participants.	44
Figure 12 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon leur type d'exercice.	45
Figure 13 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon leur mode d'exercice.	45
Figure 14 : Histogramme représentant le nombre de professionnels, par temps consacré à leur premier rendez-vous, parmi les participants.....	45
Figure 15 : Histogramme représentant le nombre de professionnels, par tranche d'âge de leurs patients présentant une déglutition dysfonctionnelle, parmi les participants.....	46
Figure 16 : Histogramme représentant le temps consacré à la première consultation, par profession.....	46
Figure 17 : Histogramme représentant le nombre de professionnels par tranche d'âge de leurs patients présentant une déglutition dysfonctionnelle, parmi les participants.....	47
Figure 18 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations, par profession.....	47
Figure 19 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations, par type d'exercice.	48
Figure 20 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon le lieu dans lequel ils informent leurs patients des modalités de la prise en soins.....	49
Figure 21: Diagramme représentant la répartition des répondants selon les personnes qu'ils informent quant aux modalités de la prise en soins.	49
Figure 22 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations pour chaque destinataire, par profession.....	50

Figure 23 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les moments d'apports des informations relatives au plan de soins.....	50
Figure 24 : Histogramme représentant la fréquence de chaque modalité de répétition des informations, par profession.....	51
Figure 25 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les outils utilisés pour fournir les informations relatives au plan de soins.	51
Figure 26 : Histogramme représentant la fréquence d'utilisation de chaque outil comme support des informations relatives au plan de soins, par profession.	52
Figure 27 : Histogramme représentant la répartition des répondants selon le temps qu'ils consacrent pour fournir des informations relatives au plan de soins.....	52
Figure 28 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les aspects de la prise en soins globale évoqués.....	53
Figure 29 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les aspects de la prise en soins spécifique évoqués.....	53
Figure 30 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations concernant le rôle des autres professionnels, par profession.....	54
Figure 31 : Histogramme représentant la fréquence de transmission du contact des autres professionnels, par profession.....	54
Figure 32 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations concernant la chronologie des prises en soins, par profession.	55
Figure 33 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations concernant les objectifs spécifiques, par profession.	55
Figure 34 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les freins à l'explication du plan de soins qu'ils identifient.	56
Figure 35 : Diagramme représentant la répartition des orthophonistes ayant participé à l'étude selon les freins à l'explication du plan de soins qu'ils identifient.....	56
Figure 36 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les freins à l'utilisation d'outils pour informer le patient sur le plan de soins.	57

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition des différents types de variables de notre étude.....	36
Tableau 2 : Architecture du questionnaire	38

Introduction

La déglutition dysfonctionnelle correspond à la persistance d'une déglutition infantile après l'apparition des dents permanentes (Dixit & Shetty, 2013). Elle est caractérisée par un mouvement de protrusion linguale incompatible avec l'apparition de la barrière incisive (Proffit & Mason, 1975). Les trois symptômes principaux qui constituent le diagnostic de déglutition dysfonctionnelle sont la contraction des muscles faciaux et des lèvres, la protrusion linguale, et l'absence de contact dentaire (Leloup, 2006). Elle s'inscrit généralement dans le cadre d'un trouble oro-myo-fonctionnel plus global (Warnier, 2018). En effet, elle fait partie d'un ensemble de dysfonctions aux conséquences majeures pouvant survenir à tout âge. Nous connaissons notamment les relations entre la déglutition dysfonctionnelle, la respiration buccale et les anomalies occlusales, les troubles articulaires, mais également les difficultés attentionnelles et mnésiques, l'altération du sommeil, la vulnérabilité aux affections, les troubles posturaux, etc. (Hitos et al., 2013; Kukwa et al., 2018; Neiva et al., 2018; Raskin et al., 2000).

La prise de conscience des nombreuses difficultés générées par la déglutition dysfonctionnelle a conduit à un engouement scientifique autour de ce trouble, ainsi qu'à une amélioration de la qualité de sa prise en soins (Maspero et al., 2014). Les professionnels intégrés au parcours de soins du patient présentant une déglutition dysfonctionnelle sont de plus en plus nombreux. Les principaux acteurs de cette rééducation sont les orthodontistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes. Les ostéopathes, les pédiatres, les chirurgiens-dentistes et les dentistes pédiatriques jouent quant à eux des rôles préventifs et incarnent la vision holistique du trouble (Saccomanno et al., 2012b).

Ces professionnels de santé représentent l'ensemble des personnes qu'un patient présentant une déglutition dysfonctionnelle est susceptible de rencontrer au cours de sa prise en soins. Dans cette rééducation multi-interventionnelle, l'adhésion du patient à son traitement repose sur une communication efficace auprès du patient, concernant les différentes interventions (Ding et al., 2021; Gallerano et al., 2012). En effet, cette prise en soins est caractérisée par un travail qui est en grande partie réalisé en autonomie par l'enfant (Shah et al., 2021). Si le patient ne connaît pas l'intérêt et les étapes du traitement, celui-ci ne fait pas sens, et la motivation manquera pour fournir les efforts suffisants (Ding et al., 2021).

À la lumière de ces éléments, nous nous sommes posé la question suivante : comment les professionnels de santé impliqués dans la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle exposent-ils le parcours de soins à leurs patients ainsi qu'à leurs parents ?

Afin de répondre à cette problématique, nous avons interrogé des professionnels de santé par questionnaire. Ainsi, nous avons cherché à identifier les repères temporels et chronologiques transmis aux patients et à leur famille, et à connaître les modalités de cet apport d'informations. Nous nous sommes intéressés au type d'informations données par chaque professionnel de santé concernant sa prise en soins spécifique et le parcours de soins global. Nous nous sommes également interrogés sur les supports utilisés pour communiquer ces éléments.

Partie théorique

1. La déglutition

1.1. Déglutition physiologique

1.1.1. Terminologie et définition

La déglutition correspond au transport de la salive, des solides et des liquides de la bouche vers l'estomac (L. Crevier-Buchman et al., 2007). Le mécanisme de déglutition se fait par activation de nombreuses structures anatomiques qui s'articulent et se coordonnent entre elles pour donner lieu à un passage des aliments ou de la salive de la cavité buccale vers l'œsophage (Auzou, 2007). Elle peut être divisée en quatre phases, qui correspondent aux étapes de la progression du bolus : la phase préparatoire, la phase orale, la phase pharyngolaryngée, et la phase œsophagienne.

Dans le cadre de ce mémoire, nous aborderons la phase orale de la déglutition salivaire. En moyenne, nous déglutissons notre salive 1500 à 2000 fois par jour. Si la phase orale de la déglutition est dite volontaire, nous avalons notre salive sans intervention consciente environ une fois par minute lorsque nous sommes éveillés (L. Crevier-Buchman et al., 2007).

1.1.2. Physio-anatomie

À travers les différentes étapes de la vie, le mécanisme de déglutition évolue : la première période est caractérisée par une déglutition dite « infantile ». Cette déglutition évolue et devient mixte (ou transitionnelle), puis s'installe la déglutition adulte (Dixit & Shetty, 2013). Pour chacune de ces étapes, la langue joue un rôle majeur dans la fonction de déglutition (Soulet, 1989b).

1.1.2.1. Déglutition infantile

Dans la petite enfance, la déglutition est dite « infantile » (Van Dyck et al., 2016), ou viscérale (Peng, 2003). Ce schéma de déglutition est caractérisé par une poussée de la langue, qui joue un rôle de piston et exerce une pression entre les arcades dentaires (en avant et latéralement). Ce sont les lèvres qui assurent l'étanchéité du joint via l'activation des muscles oro-labiaux (Fournier & Girard, 2013; Soulet, 1989b). À ce stade du développement, le mécanisme de déglutition s'accompagne de l'activation des muscles abaisseurs : les digastriques, les ptérygoïdiens externes, les mylohyoïdiens, les sterno-hyoïdiens, et les omohyoïdiens (Soulet, 1989b).

1.1.2.2. Déglutition mixte

Lorsque la dentition temporaire apparaît, elle empêche la langue de s'interposer entre les arcades, et l'aide à se plaquer contre le palais : ce mécanisme transitoire est appelé « déglutition mixte » (Dixit & Shetty, 2013), ou « déglutition inconstante » (Peng, 2003). À ce stade, on assiste à une inversion de la dynamique linguale : la pointe de langue devient de plus en plus mobile, tandis que la base s'immobilise. Les lèvres sont de moins en moins contractées, puisqu'elles n'assurent plus l'étanchéité du joint, mais jouent seulement un rôle d'obturateur. Le plus souvent, la projection linguale persiste à ce niveau de développement (Soulet, 1989b).

1.1.2.3. Déglutition adulte

La déglutition de l'adulte est installée lorsque la langue adopte une position rétro incisive dans la région de la papille palatine, et exerce une pression négative sur le tractus oropharyngé (Dixit & Shetty, 2013). Ce schéma de déglutition est également appelé « déglutition somatique » (Peng, 2003). La déglutition fonctionnelle de l'adulte se fait lèvres jointes et arcades serrées sans contraction, avec un appui palatin antérieur de l'apex de la langue, et une langue contenue à l'intérieur des arcades. Ce mécanisme de déglutition mobilise de nombreux muscles, dont l'orbiculaire des lèvres, qui joue un rôle dans l'obturation de la cavité buccale (nerf facial), les temporaux postérieurs qui permettent l'immobilisation de la mandibule, ou encore les masséters qui se contractent pour établir un contact entre les dents et assurer le calage mandibulaire (nerf trijumeau, branche mandibulaire). Le mylohyoïdien, lorsqu'il se contracte, permet l'élévation et la protraction de la langue (nerf trijumeau). En parallèle, la pointe de langue prend appui sur le palais dur (nerf hypoglosse). Une onde péristaltique s'effectue grâce à l'activation de dix-sept muscles linguaux (nerf glossopharyngien). Le voile du palais se raccourcit (nerf trijumeau), la paroi postérieure pharyngée s'élève pour fermer la communication bucco-nasale (nerf vague et glossopharyngien), et l'os hyoïde se déplace vers l'avant et vers le haut (nerf trijumeau) (Soulet, 1989b).

1.2. Déglutition pathologique

1.2.1. Terminologie

La déglutition fonctionnelle et la déglutition dysfonctionnelle sont décrites sous de nombreux termes dans la littérature. La déglutition qui traduit un comportement physiologique est dite adulte, mature, typique ou secondaire. Tandis que la déglutition qui décrit un mécanisme pathologique est dite infantile, immature, atypique ou encore primaire (Soulet, 1989b).

Dans ce mémoire, nous mettrons en opposition la déglutition fonctionnelle et la déglutition dysfonctionnelle, conformément à la classification de Romette (Jasiakiewietz, 2022). La déglutition dysfonctionnelle est définie par la persistance d'une déglutition infantile après l'apparition des dents permanentes (Dixit & Shetty, 2013). La déglutition infantile est donc considérée comme fonctionnelle jusqu'à l'âge de quatre à six voire dix ans selon les études (Van Dyck et al., 2016).

1.2.2. Définition

Le mécanisme pathologique de la déglutition se traduit par un positionnement lingual incompatible avec l'apparition de la barrière incisive. C'est le mouvement de protrusion linguale qui est le plus souvent mis en cause (Mason & Proffit, 1974; Proffit & Mason, 1975).

1.2.3. Problématique pluridimensionnelle

La déglutition dysfonctionnelle est souvent décrite comme une problématique complexe, du fait de son lien étroit avec des aspects développementaux, psycho-affectifs, motivationnels, et sociaux (Gil et al., 2021). Nous savons, par exemple, que les dysfonctions oro-faciales et une immaturité psycho-affective s'entretiennent les unes les autres. En effet, la déglutition dysfonctionnelle peut être liée à une charge émotionnelle et retarder le développement et l'épanouissement de l'enfant (Margaillan-Fiammengo, 1983).

1.2.4. Physiopathologie

Selon Romette, les trois symptômes principaux qui constituent le diagnostic de déglutition dysfonctionnelle sont la contraction des muscles faciaux et des lèvres, la protrusion linguale, et l'absence de contact dentaire (Leloup, 2006). Le signe le plus décrit dans la littérature est la position non physiologique de la langue. De manière générale, la pointe de langue est en contact avec la surface palatine des dents, le dos de la langue est fléchi vers le bas, et la base de langue est en contact avec la partie postérieure du palais et la paroi pharyngée antérieure (Maspero et al., 2014).

Les critères diagnostiques de la déglutition dysfonctionnelle tiennent compte de la posture globale du visage au repos, lors de la déglutition, et lors de l'articulation. Lors de la déglutition, les lèvres sont hypertoniques et la contraction des muscles du menton persiste. Au repos, la langue est basse, les lèvres sont ouvertes ou tendues, les muscles du menton sont contractés et la respiration est buccale. La langue prend appui sur l'arrière des incisives au repos, lors de la déglutition et lors de l'articulation (Papé et al., 2012).

1.2.5. Conséquences

Le mouvement de protrusion en cause dans le mécanisme de déglutition dysfonctionnelle entraîne souvent des modifications sur le plan anatomique telles que des anomalies occlusales ou des dysmorphies faciales, mais aussi des troubles articulaires (Peng, 2003).

1.2.5.1. Anomalies occlusales

Lorsque la déglutition est dysfonctionnelle, la langue s'interpose le plus souvent entre les arcades dentaires : cette interposition est appelée interposition antérieure ou pulsion linguale. Mais la déglutition dysfonctionnelle peut également se caractériser par une langue basse et propulsive, ou par une interposition postérieure. Chacune de ces postures linguales peut conduire à des malpositions dentaires d'origine squelettique ou alvéolaire (Landouzy et al., 2009).

- Les anomalies squelettiques :

Parmi les anomalies squelettiques liées à la position linguale, nous pouvons citer le décalage entre un développement maxillaire restreint et un développement mandibulaire excessif : l'absence d'appui palatin et la pression excessive de la langue sur le secteur antérieur sont à l'origine de ces dysmorphies (Boileau et al., 2013).

En cas de langue basse et propulsive, on peut rencontrer une promandibulie liée à une sur sollicitation des muscles ptérygoïdiens, conduisant ainsi à la formation d'une malposition de classe III (figure 1) (Allouch, 2006).

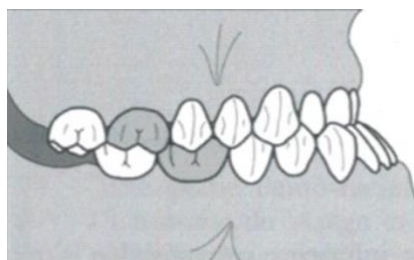


Figure 1 : Classe III (Allouch, 2006)

L'interposition postérieure, elle, sollicite majoritairement les rétropulseurs au détriment des muscles stylo-glosses et des ptérygoïdiens et peut conduire à la formation d'une rétromandibulie fonctionnelle.

Nous pouvons également citer la rotation postérieure de la mandibule et la rotation antérieure de la mandibule liée à une posture en flexion céphalique lorsque la langue est basse et propulsive. Aussi appelée hyperdivergence, elle est due à l'ouverture buccale lorsque la langue s'interpose entre les arcades.

L'anomalie squelettique la plus fréquente en cas de déglutition dysfonctionnelle est l'infraclusion des incisives ou des canines, aussi appelée béance antérieure (figure 2) (Allouch, 2006; Landouzy et al., 2009). La béance est caractérisée par une altération de la relation verticale des arcades dentaires maxillaires et mandibulaires générant un manque de contact des dents antagonistes (Subtelny & Sakuda, 1964). Cette affection concerne le plus souvent les incisives et rarement les dents postérieures (Maspero et al., 2021).

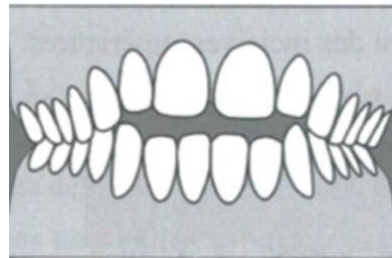


Figure 2 : Infraclusion au niveau antérieur (Allouch, 2006)

- Les anomalies alvéolaires :

La position de la langue peut également influencer le développement alvéolaire. Dans le cadre d'une pulsion linguale (ou interposition antérieure) avec hypotonie labiale, peuvent se développer une proalvéolie des incisives maxillaires si la lèvre supérieure est hypotone, ou une rétroalvéolie mandibulaire (ou linguo-version des incisives mandibulaires) si la lèvre inférieure est hypotone (figure 3 et 4) (Kolf, 2006). Dans ce cas, on parlera d'une malposition dentaire de classe II. Ainsi, lorsqu'il y a une interposition antérieure de la langue, les dents du haut s'orientent vers l'avant si c'est la lèvre du haut qui est hypotonique, et les dents du bas s'orientent vers l'arrière si c'est la lèvre du bas qui est hypotonique (Boileau et al., 2013).

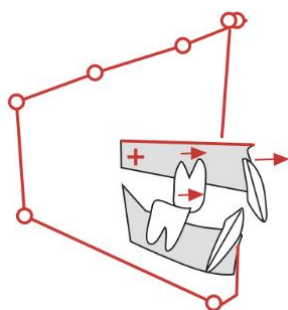


Figure 3 : Proalvéolie globale supérieure (Kolf, 2006)

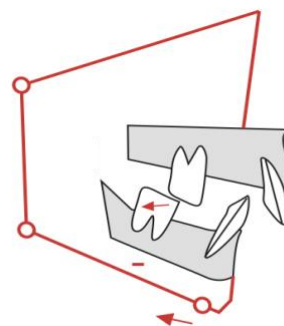


Figure 4 : Rétroalvéolie globale de l'arcade alvéolodentaire inférieure (Kolf, 2006)

La pulsion linguale peut également conduire à une endoalvéolie, c'est-à-dire à une étroitesse maxillaire liée à un défaut d'appui palatin. Ce phénomène peut s'étendre à la structure squelettique, auquel cas il s'agit d'une endognathie (Melki-Frèrejouand & Naulin-lfi, 2018).

Si la langue exerce une pression postérieure, l'étalement latéral de la langue peut créer un déséquilibre labio-lingual et conduire à une palatoversion des incisives maxillaires : les incisives s'orientent vers l'intérieur de la bouche et se dessine une malposition de classe II division 2 (figure 5) (Allouch, 2006; Landouzy et al., 2009).

L'anomalie alvéolaire la plus fréquente en cas de déglutition dysfonctionnelle est la vestibuloversion des incisives : les incisives mandibulaires sont inclinées vers l'avant et forment une malposition de classe II division 1 (figure 6) (Allouch, 2006). Les parafonctions telles que la succion du pouce majorent ce phénomène (Fournier, 2009).

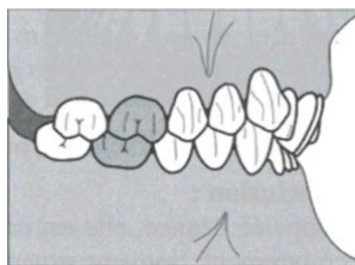


Figure 5 : Classe II division 2
(Allouch, 2006)

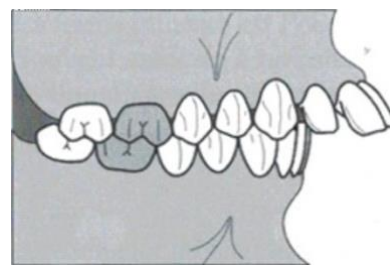


Figure 6 : Classe II division 1
(Allouch, 2006)

Dans la littérature, le lien étiologique entre la malocclusion et le dysfonctionnement lors de la déglutition fait l'objet de nombreuses controverses (Van Dyck et al., 2016).

1.2.5.2. La théorie mécaniste

Selon la théorie mécaniste, la fonction s'adapte à la structure (Seraoui, 2016). Ainsi, les anomalies occlusales (telles que la béance) provoqueraient le schéma de déglutition dysfonctionnelle (Kikyo et al., 1999; Van Dyck et al., 2016). Les défenseurs de cette théorie estiment que l'appui de la langue sur les dents lors de la déglutition serait trop succinct pour expliquer l'éruption des dents antérieures et donc la formation de la béance antérieure (Mason, 2011). La position de la langue au repos serait un facteur plus important que sa position lors de la déglutition pour déterminer la forme de l'arcade dentaire, qui, une fois déformée, entraînerait une modification du schéma de déglutition (Van Dyck et al., 2016). Notons que cette théorie est de moins en moins défendue au fil des années, pour laisser place à la théorie fonctionnaliste (Seraoui, 2016).

1.2.5.3. La théorie fonctionnaliste

D'après la théorie fonctionnaliste, la fonction crée la structure (Seraoui, 2016). L'équilibre environnemental et fonctionnel sous-tendrait l'évolution harmonieuse des structures dento alvéolaires (Ammouche, 2017). Ainsi, la déglutition dysfonctionnelle pourrait être un facteur étiologique de perturbations de l'appareil stomatognathique (Begnoni et al., 2020; Dixit & Shetty, 2013; Kasparaviciene et al., 2014). Nous savons notamment que le comportement lingual a une grande influence sur le positionnement dentaire (Soulet, 1989b).

La déglutition dysfonctionnelle étant caractérisée par un mouvement de poussée de la langue vers l'avant, l'anomalie dentaire la plus fréquente serait la béance antérieure (Kasparaviciene et al., 2014; Saccomanno et al., 2012a; Souki et al., 2009). Ce mouvement dysfonctionnel expliquerait également la réapparition de la béance à la suite du traitement orthodontique seul. Cette théorie justifierait donc un contrôle régulier pendant les périodes de traitement et de contention (Yashiro & Takada, 1999).

1.2.5.4. Troubles articulatoires

Le mécanisme pathologique de déglutition dysfonctionnelle s'accompagne souvent de troubles de la parole, représentant ainsi un handicap de la communication (Maspero et al., 2021).

Les conduites articulatoires permettant la production des sons de la parole sont régies par les effecteurs bucco-labiaux. La langue participe à la formation des voyelles, puisque leur point d'articulation est déterminé par la position du dos de la langue, et joue un rôle majeur dans l'articulation des consonnes. En effet, la musculature linguale détermine le point d'occlusion et crée la réduction du passage de l'air qui permet de produire précisément le son, en orientant les différentes parties de la langue contre les structures buccales. Le [m], le [b] et le [p] sont articulés si la langue est dans une position proche de la posture de repos. Le [g] et le [k] sollicitent la base de langue, qui s'accolle au voile du palais. Le [t], le [d] et le [n] sont formés par l'appui alvéolaire de l'apex de la langue. L'articulation du [l], [ɲ], [ʃ] et du [ʒ] fait appel à la contraction des bords linguaux. Pour produire le [s] et le [z], la pointe de langue est orientée vers les incisives inférieures.

Dans le cadre de la déglutition dysfonctionnelle, ce sont souvent des appuis linguaux erronés qui faussent les points d'articulation des consonnes et créent le trouble articulatoire. Les consonnes altérées sont donc celles qui sollicitent la base, le dos, l'apex et les bords de la langue. L'altération la plus fréquemment rencontrée dans le cadre des déglutitions dysfonctionnelles est le sigmatisme interdental, aussi appelé zézaïement. Il est lié à une interposition linguale entre les incisives et touche les sons [ʃ] et [ʒ] qui sont déformés en [s] et [z]. Il est souvent lié à une malposition de classe III. Lors de l'articulation du [l], le dos de la langue peut prendre appui contre le palais si celle-ci est trop hypotone, auquel cas le son produit sera un [j] : cette transformation est appelée "lambdacisme" (Piron et al., 2023; Soulet, 1989b).

Les conséquences de la déglutition dysfonctionnelle sont donc nombreuses et justifient l'intérêt d'une prise en soins la plus précoce possible, afin d'éviter l'apparition de ces troubles ou d'en limiter l'impact (Gil & Fougeront, 2015).

2. La rééducation de la déglutition dysfonctionnelle

2.1. Objectif

La rééducation de la déglutition dysfonctionnelle doit permettre d'éviter l'apparition de malformations dento-squelettiques, et d'assurer la stabilité du traitement en limitant les risques de réapparition de ces anomalies (Fournier & Girard, 2013).

En effet, les recommandations actuelles mentionnent trois objectifs principaux, qui guident la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle : l'amélioration de l'état du squelette, la normalisation de l'activité musculaire et la stabilité temporelle (Maspero et al., 2021).

Pour atteindre ces objectifs, il est primordial de porter à la connaissance de l'enfant la praxie qui correspond à une déglutition fonctionnelle, de manière très explicite, lui permettant de se représenter les schémas moteurs : la déglutition doit se faire arcades serrées, lèvres jointes et langue contenue à l'intérieur des arcades (Fournier, 1994; Soulet, 1989b).

2.2. Principes

2.2.1. Intervention précoce

Afin d'assurer une stabilité optimale dans les résultats du traitement, il est préconisé d'agir avant la fin de l'engrammation (entre huit et onze ans), c'est-à-dire avant que l'ensemble des circuits neuronaux nécessaires à l'établissement de la fonction soit installé (Ammouche, 2017). En effet, des résultats plus concluants et plus durables sont obtenus si les thérapies commencent lorsque la dentition est temporaire ou primaire mixte (Maspero et al., 2014). Il est également préconisé d'intervenir le plus tôt possible pour éviter l'apparition ou l'aggravation d'une malocclusion dentaire (Bassigny, 2002; Guilleminault & Huang, 2018).

Un diagnostic précoce permet de recourir à une rééducation fonctionnelle dès le repérage des premiers signes pour favoriser un bon développement des structures dentoalvéolaires (Ammouche, 2017).

2.2.2. Conditions préalables

Il est nécessaire que les facteurs pouvant perturber le déroulement du traitement soient éliminés préalablement. Parmi ceux-ci, on compte de nombreux freins anatomiques, tels que l'hypertonie des muscles masticateurs (masséters et ptérygoïdiens) ou le frein lingual restrictif (Saccomanno et al., 2012b).

La prise en soins de la ventilation est également une préoccupation prioritaire. En effet, le mode de ventilation a un impact sur les fonctions oro-myo-faciales : la ventilation buccale réduit l'amplitude de la respiration, gêne l'activité mandibulaire, modifie les points d'articulation et le timbre de voix, et induit fréquemment une déglutition dysfonctionnelle (Chotard et al., 2012). Il est ainsi nécessaire d'établir ou de rétablir un mode de ventilation nasale pour que les effets de la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle ne soient pas mis en péril par un terrain défavorable à une déglutition fonctionnelle.

Les conditions étiologiques, psychologiques et affectives dans lesquelles la dysfonction et les malpositions sont installées peuvent également nuire à la rééducation. En effet, l'efficacité du traitement est principalement sous-tendue par l'observance des patients (Mano et al., 2010; Soulet, 1989a). Le regard du praticien doit donc inclure le patient dans sa globalité (Paul, 2012; Traing, 2021). Aussi, il est primordial de solliciter l'intervention de professionnels pouvant agir sur ce contexte étiologique et psychoaffectif, tels que le psychologue ou le pédopsychiatre (Gil et al., 2021).

2.3. Professionnels impliqués dans la rééducation

2.3.1. Rôle de l'orthodontiste

Garants de la prescription, de la pose, du contrôle et du retrait des appareils orthodontiques, les orthodontistes jouent un rôle majeur dans le parcours de rééducation de la déglutition dysfonctionnelle (Amat & Brezulier, 2021; Celli et al., 2014).

De multiples appareillages permettent, via un système mécanique, de rétablir un positionnement lingual correct et de supprimer les parafonctions (Ammouche, 2017). Nous distinguons deux types de dispositifs : ceux qui restreignent (les restricteurs), et ceux qui stimulent (les stimulateurs). Les restricteurs empêchent la fonction incorrecte d'endommager l'occlusion grâce à des « barrières physiques » appropriées (grilles et écrans), tandis que les stimulateurs activent la fonction linguale (Celli et al., 2014).

L'objectif des appareils restricteurs est de rétablir une déglutition fonctionnelle en rendant difficile voire impossible l'interposition linguale. Parmi ces appareils, on distingue les appareils intra-buccaux amovibles, qui sont dédiés aux patients suffisamment matures pour se positionner comme acteurs de leur rééducation et en comprendre les enjeux, des appareils intra-buccaux fixes, qui sont scellés avec des bagues sur les molaires. La plaque palatine, les gouttières souples, l'enveloppe linguale nocturne, le Froggy Mouth ou encore l'écran buccal sont des exemples d'appareils intra-buccaux amovibles (Gil et al., 2021). L'enveloppe linguale nocturne de Bonnet fonctionne comme une aide à la bonne posture de la langue tandis que la grille linguale crée une barrière empêchant l'accolement du pouce entre le palais et la langue.

Il existe également des dispositifs multifonctions, tels que les gouttières souples d'éducation fonctionnelle, qui permettent d'agir simultanément sur le développement des arcades dentoalvéolaires et sur les dysfonctions (Ammouche, 2017).

2.3.2. Les garants de la rééducation myofonctionnelle

La prise en soins de la déglutition fonctionnelle est partagée entre les professionnels qui bénéficient d'une formation anatomo-fonctionnelle : les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes (Leloup, 2006; Thibault & Pitrou, 2018).

2.3.2.1. L'orthophoniste

L'orthophoniste pratique la rééducation myofonctionnelle, dont l'objectif est de créer ou de rétablir un environnement fonctionnel et propice au développement en intervenant sur la position linguale, la fonction masticatoire et la ventilation buccale (Lannadère et al., 2021; Van Dyck et al., 2016). Le praticien guide l'enfant pour procéder à un apprentissage actif et progressif des praxies sans appareillage (Ammouche, 2017).

La prise en soins orthophonique permet ainsi d'agir sur la dysfonction et d'éviter les rechutes post-traitement orthodontique qui surviennent lorsque la déglutition dysfonctionnelle non traitée persiste (Saccomanno et al., 2012a).

2.3.2.2. Le masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute spécialisé dans la rééducation maxillo-faciale, au même titre que l'orthophoniste, joue un rôle dans la rééducation myofonctionnelle de la déglutition (Girard et al., 2015). Son objectif est donc d'aider le patient à prendre conscience de son positionnement lingual et à automatiser le nouveau comportement (Traing, 2021).

La progression considérable des recherches dans le domaine de la déglutition dysfonctionnelle a donné lieu à de multiples protocoles. En effet, de nombreux auteurs ont mené des études afin d'isoler des critères de réussite pour faire progresser la prise en soins de cette dysfonction (Soulet, 1989a, 1989b).

2.3.2.3. Méthode de Maryvonne Fournier

En 1967, Maryvonne Fournier, masseur-kinésithérapeute et initiatrice de la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle en France, propose un protocole qui intègre la rééducation de la position de la langue au repos et en fonction, mais aussi des peauciers, de la ventilation, des articulations temporo-mandibulaires, des habitudes néfastes et de la posture.

Elle préconise un travail personnel quotidien de 10 minutes, entre des séances d'orthophonie ou de masso-kinésithérapie hebdomadaires de 30 minutes, et propose de commencer la rééducation dès l'âge de trois ans (Fournier & Girard, 2013).

Maryvonne Fournier recommande également un travail de prise de conscience des postures et des praxies erronées ainsi qu'un entraînement des muscles et des articulations dans l'objectif d'aider l'enfant à acquérir une déglutition fonctionnelle et à l'automatiser. Une fois ce mécanisme intériorisé, elle propose de diminuer progressivement la fréquence des séances (Fournier, 2009).

2.3.2.4. Méthode proprioceptive

La modification d'un comportement sur du long terme nécessite une automatisation des nouveaux apprentissages (Ericsson et al., 1993; Fournier & Girard, 2013).

Ericsson préconise une approche sensitive, proprioceptive et holistique (Ericsson et al., 1993). Ainsi, la rééducation se fait via une analyse par le patient de ses propres sensations, et non par un travail d'imitation et de force. En passant par le sens proprioceptif, on s'adapte au patient, à sa langue, à son tonus, à son palais et on l'aide à prendre conscience de son mouvement (Fournier & Girard, 2013).

Dans le cadre de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, la méthode proprioceptive passe par une verbalisation explicite de la position et des mouvements de la langue lors de l'acte de déglutition (Menin-Sicard & Sicard, 2017).

Pour répondre à cet objectif, on distingue différents procédés, tels que l'identification de la dysfonction, la recherche de comportements de substitution cohérents avec les sensations du patient, et la réalisation répétée du mouvement. Plus le mouvement est reproduit, mieux il est intégré car plus le circuit neuronal est emprunté, plus la myéline est augmentée, et plus l'influx nerveux est rapide : le comportement s'automatise sur le long terme grâce à la répétition (Ericsson et al., 1993).

2.3.3. Rôle de l'ostéopathe

L'ostéopathe joue un rôle fondamental dans la posture globale du patient (Jasiakiewietz, 2022).

Dans le cadre de la déglutition dysfonctionnelle, les ostéopathes sont garants de la technique manuelle ostéopathique, qui peut être prescrite en complément de l'appareillage orthodontique et de la prise en soins orthophonique ou kinésithérapeutique. Les objectifs de ce traitement sont le retrait de la langue et la régulation du tonus lingual grâce à une action sur la position de la tête, le rachis cervical et l'os hyoïde. Afin de sélectionner précisément les techniques à réaliser pour corriger les anomalies posturales du patient, l'ostéopathe procède à un bilan statique et dynamique (Landouzy et al., 2009).

2.3.4. Rôle du psychologue

Les dysfonctions orofaciales peuvent se développer dans des contextes psychoaffectifs difficiles, auquel cas des habitudes de succion peuvent répondre à un besoin de réassurance, de réconfort, ou se substituer à un manque. Il peut donc être bénéfique de solliciter l'intervention d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue si un problème affectif est décelé (Soulet, 1989a; Traing, 2021).

2.3.5. Rôle des prescripteurs

Les prescripteurs jouent un rôle majeur dans le dépistage des dysfonctions orofaciales et dans l'orientation des patients. Ces professionnels sont également garants du lien entre le patient et le rééducateur.

Dans le cadre de cette triple alliance, Hélène Gil, masseur-kinésithérapeute et Nicolas Fourgeront, chirurgien-dentiste, ont élaboré un bilan simplifié à destination de tous les professionnels, et non opérateur-dépendant (annexe I). Cette démarche d'information auprès des prescripteurs répond à une nécessité d'intervenir le plus tôt possible pour limiter les conséquences de la dysfonction (Gil & Fougeront, 2015).

2.4. Pluridisciplinarité dans la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle

La déglutition dysfonctionnelle peut être traitée avec un traitement orthodontique seul (appareillage), avec une rééducation orthophonique ou kinésithérapeutique seule (thérapie myofonctionnelle) ou grâce à une approche pluridisciplinaire, alliant appareillage et travail sur la fonction. Le traitement le plus efficace serait une combinaison de la thérapie orthodontique traditionnelle et de la thérapie myofonctionnelle (Celli et al., 2014; Maspero et al., 2021). En effet, lorsque l'enfant présente de mauvaises habitudes telles que la succion du pouce, une respiration buccale ou une déglutition dysfonctionnelle, un appareillage ne sera pas suffisant pour résoudre les anomalies orthodontiques et devra être soutenu par une thérapie myofonctionnelle (Saccomanno et al., 2012b).

Le caractère pluridisciplinaire de la prise en soins est également justifié par la forte association entre la déglutition dysfonctionnelle et les troubles de la parole (Cayley et al., 2000; Farronato et al., 2012; Maspero et al., 2014).

La qualité de la coopération entre les orthophonistes, les pédiatres, les oto-rhino-laryngologues et les orthodontistes joue ainsi un rôle majeur dans le succès et la stabilité du traitement de la déglutition dysfonctionnelle à long terme (Korbmacher & Kahl-Nieke, 2001), (Warnier, 2018). Dans ce cadre, une communication optimale entre orthodontistes et thérapeutes myofonctionnels est un facteur favorisant le bon fonctionnement du traitement (Saccomanno et al., 2012b).

2.5. Chronologie

La thérapie la plus appropriée est déterminée en fonction des difficultés rencontrées par le patient (habitudes orales, posturales, malocclusion), de son degré de motivation, et de la maturité de son dento-squelette. Un patient avec une dentition en croissance pourra bénéficier d'une simple thérapie myofonctionnelle, la suspension des habitudes orales pouvant conduire à l'auto-correction du défaut morphologique. Pour les patients dont la dentition est définitive il sera nécessaire d'associer à cette approche rééducative un appareillage orthodontique (Maspero et al., 2014).

Des études ont montré l'intérêt d'une rééducation myofonctionnelle oro-faciale en amont du traitement orthodontique pour éviter la récurrence du réflexe de poussée de la langue (Smithpeter & Covell, 2010). D'autres études préconisent de déterminer l'intervention prioritaire selon les modifications morphologiques observées.

En cas d'open bite (béance), il serait judicieux de réduire partiellement l'écart avec un traitement orthodontique avant de commencer la rééducation myofonctionnelle auprès d'un orthophoniste. En cas d'over jet (chevauchement sagittal), il serait plus pertinent que le patient bénéficie de séances d'orthophonie avant de débiter le traitement orthodontique (Saccomanno et al., 2012a).

Aucun consensus n'est établi autour de la chronologie des soins. Pour autant, il est important que ceux-ci soient coordonnés pour favoriser l'implication du patient dans son traitement et la compréhension des soins qu'il reçoit.

3. Rôle de la communication dans la prise en soins

3.1. La communication dans le contexte paramédical

3.1.1. Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique correspond au partenariat créé entre le thérapeute et le patient en vue d'atteindre ses objectifs. Elle occupe ainsi une place centrale au sein de la prise en soins (Valot & Lalau, 2020).

Dans le cadre de la prise en soins, le thérapeute et le patient fixent ensemble des objectifs et déterminent des critères de réussite. L'alliance thérapeutique entre les acteurs joue donc un rôle majeur dans le bon déroulement de la prise en soins et dans l'atteinte des objectifs fixés (Valot & Lalau, 2020).

Cette alliance se construit à partir des comportements du patient et du thérapeute, mais également selon les adaptations faites par les deux acteurs en fonction de leur âge, de leurs expériences individuelles, de leur niveau de compréhension, de leur degré de motivation et du type de prise en soins (Valot & Lalau, 2020).

3.1.2. Éducation thérapeutique du patient

Ces dernières années, la place de l'accompagnement du patient est devenue prépondérante et se situe désormais au cœur des prises en soins. L'éducation thérapeutique en est la forme la plus développée.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'éducation thérapeutique du patient comme un outil visant à « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ». En suivant cette approche, le thérapeute s'engage à se positionner en soutien du traitement pour un patient acteur. Cette démarche nécessite une communication importante afin de cibler les craintes, les attentes et les connaissances du patient à propos de son trouble ou sa pathologie (HAS, 2007).

3.1.3. Compétences requises

La place fondamentale de la communication dans la relation soignant-soigné exige du praticien un certain nombre de qualités telles que l'adaptabilité, la reformulation, l'accessibilité,

l'écoute active et l'empathie. Ces habilités permettent d'individualiser les échanges entre les acteurs et de centrer les soins sur le patient (Sow et al., 2021).

L'installation d'une relation de confiance entre le soigné et le soignant nécessite également d'adopter une communication la plus fonctionnelle possible et de la mettre au service d'un dialogue constructif. Pour ce faire, le praticien peut adapter son vocabulaire, analyser les indices de la communication non verbale du patient, lui laisser le temps de répondre à ses questions et d'en poser de nouvelles, reformuler, etc. (Terrat, 2020).

3.1.4. Freins à la communication

Si les praticiens connaissent les bénéfices d'une communication efficace dans la gestion du trouble par le patient, ces derniers relèvent un certain nombre de difficultés pouvant altérer la qualité de la relation soignant-soigné. Parmi ces limites, sont cités le manque de temps, la difficulté à adopter le rôle « d'éducateur » et les réticences à aborder des sujets à forte résonance émotionnelle sans s'approprier la douleur. Ces paramètres peuvent influencer négativement l'adhésion au traitement par le patient. La définition au préalable du rôle de chacun, en coopération avec le patient, faciliterait l'intégration d'une posture éducative ainsi que l'association entre les aspects du soin et la communication avec le soigné (Aghakhani et al., 2012; Pétré et al., 2019).

3.2. Communication dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle

Dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle, l'objectif du thérapeute est de rétablir une déglutition fonctionnelle, mais il est primordial d'intégrer les aspects relationnels et sociaux qui constituent l'environnement du patient (Paul, 2012). Nous avons notamment abordé la forte influence de la psychoaffectivité sur le mécanisme de déglutition : une prise en soins singulière est donc indispensable pour aborder avec le patient ses propres motivations (Godelar, 2017).

3.2.1. Les patients

Les malpositions dentaires et les dysfonctions orofaciales font partie des domaines qui ont le plus intéressé la recherche ces dernières années. Les études réalisées mettent en avant l'importance d'agir le plus tôt possible sur les dysfonctions pour intercepter voire prévenir l'apparition des malpositions dentaires (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2002; Gugino & Dus, 2000). Ainsi, les patients reçus pour des prises en soins de la déglutition dysfonctionnelle sont de plus en plus jeunes (Rollet, 2015).

Chez le jeune enfant comme chez l'adolescent, il est primordial de consacrer du temps pour échanger avec les parents pour que les actions du rééducateur et des aidants soient coordonnées dans un objectif d'adhésion au traitement par le patient (Guiral-Desnoës & Gil, 2017; Tubiana-Rufi, 2009). Pour les plus jeunes, il s'agit d'expliquer les enjeux de la rééducation et d'aider l'enfant à être assidu dans la réalisation des exercices. Pour les adolescents, l'objectif est de laisser un espace suffisant afin que les exercices se fassent en autonomie, qu'ils comprennent les enjeux de leur rééducation et restent acteurs de leur traitement (Amr-Rey et al., 2022).

Notons que la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle peut également être réalisée auprès d'adultes (Arnaud-Pellet, 2016).

3.2.2. L'éducation fonctionnelle cognitive

L'automatisation des postures et des praxies apprises ainsi que la durabilité des résultats sont déterminées par la motivation du patient, son désir d'atteindre un objectif et le plaisir qu'il prend dans la rééducation. Il est ainsi prioritaire d'aider le patient à se sentir responsable de sa rééducation et de son succès (Gil et al., 2021; Mano et al., 2010).

Cette approche, appelée "awareness training" ou "éducation fonctionnelle cognitive", est indispensable dès le démarrage du traitement (Gugino & Dus, 2000). L'objectif premier est d'aider l'enfant à prendre conscience de l'intérêt et de l'enjeu de la rééducation (Mano et al., 2010). Afin de favoriser l'adhésion de l'enfant, les explications doivent être transmises dans un climat calme et apaisé. Pour autant, il est important de s'assurer de sa motivation en lui expliquant que la rééducation myofonctionnelle demande un effort soutenu sur une longue durée (Soulet, 1989a).

Il est également nécessaire de savoir si le patient peut entreprendre une myothérapie et sera accompagné par les siens (Mano et al., 2010). Pour ce faire, nous pouvons consacrer la première séance à la verbalisation du problème par l'enfant : par exemple, le thérapeute tient une glace devant le visage de l'enfant, afin que ce dernier repère (avec l'aide du thérapeute) l'inocclusion labiale et l'assèchement qui l'accompagne, la projection de langue au repos et en déglutition, la contraction des lèvres et du menton, et l'hypotonie des muscles masticateurs.

Il est important que les acteurs déterminent ensemble quelles sont les conséquences de ces dysfonctions et en quoi elles peuvent constituer un frein dans les actes de la vie quotidienne du patient.

Une fois que le patient a pris conscience du problème, le thérapeute lui montre, via des photographies pré-traitement et post-traitement, des exemples de progrès obtenus grâce à la rééducation, et recueille ses attentes. Le but est qu'il considère la rééducation comme un moyen d'atteindre son objectif et non comme une contrainte (Soulet, 1989a).

Afin de renforcer l'assiduité du patient dans les séances et le travail personnel, le thérapeute doit s'assurer que la motivation soit maintenue durant toute la durée du traitement (Mano et al., 2010; Soulet, 1989a).

3.3. Pluridisciplinarité dans l'accompagnement du patient

3.3.1. Constat

3.3.1.1. Le point de vue des professionnels

En 2000, une étude a été menée auprès de différents thérapeutes impliqués dans la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle afin d'évaluer leur niveau de satisfaction quant à la coopération interdisciplinaire dans le cadre de cette prise en soins. Les résultats de cette étude ont révélé un important manque de communication entre ces professionnels. Pourtant, la coopération interdisciplinaire dans la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle présente un intérêt dans de nombreux aspects de cette prise en soins. Elle permet d'améliorer le dépistage précoce de cette dysfonction, d'assurer sa planification thérapeutique, d'avoir une compréhension commune du contexte étiologique, psycho-affectif et anatomique dans lequel elle est installée, mais aussi de favoriser l'implication du patient et des aidants et l'observance des soins via un travail éducatif mené par les différents professionnels.

Maryvonne Fournier développe cette idée. Elle précise que la communication avec l'enfant autour du travail fait avec les autres professionnels qui l'accompagnent facilite l'implication du patient dans sa rééducation. Elle invite ainsi les professionnels de santé qui travaillent avec l'enfant à manifester leur intérêt pour sa rééducation et pour ses progrès (Fournier, 2009).

3.3.1.2. Le point de vue des aidants

Des parents rapportent que le manque d'information concernant les étapes de ce traitement est un frein à son bon fonctionnement (Ding et al., 2021; Gallerano et al., 2012). La méthode rééducative myofonctionnelle est basée sur un travail qui est en grande partie réalisé en autonomie par l'enfant (Shah et al., 2021). S'il ne connaît pas l'intérêt ni les étapes du traitement, celui-ci ne fait pas sens, et la motivation manquera pour fournir les efforts suffisants (Ding et al., 2021). Or, l'efficacité des soins repose sur l'observance du traitement par les patients (Gil & Fougeront, 2018).

3.3.2. Réponses

Pour pallier les difficultés de communication et de coordination entre les différents professionnels, les rééducateurs et prescripteurs interrogés proposent de mettre en place des formations continues interdisciplinaires (Klocke et al., 2000). La circulation d'une fiche diagnostique pour chaque patient pourrait également améliorer la connaissance commune du contexte de la dysfonction (Korbmacher & Kahl-Nieke, 2001).

Problématique et hypothèses

1. Problématique

Parmi les différents domaines qui intéressent la recherche, la place accordée à l'étude de la déglutition dysfonctionnelle et de la prise en soins pluridisciplinaire qui y est associée est de plus en plus importante (Maspero et al., 2014).

Les nombreuses étiologies et conséquences de la déglutition dysfonctionnelle justifient la multiplicité des interventions qui constituent sa prise en soins (Korbmacher & Kahl-Nieke, 2001). Les conséquences les plus fréquentes de la déglutition dysfonctionnelle sont les anomalies occlusales et les troubles articulatoires qui en découlent (Landouzy et al., 2009; Maspero et al., 2021). L'objectif de la prise en soins pluridisciplinaire est donc d'appréhender la complexité du cercle vicieux « causes-symptômes-conséquences » (Saccomanno et al., 2012b).

La multiplicité des interventions implique une pluralité des professionnels. L'orthophoniste et le masseur-kinésithérapeute pratiquant la rééducation maxillo-faciale jouent un rôle dans la correction de la posture linguale. Les orthodontistes sont garants de la pose, de la surveillance et du retrait des appareils orthodontiques qui permettent de rétablir un positionnement lingual correct et de supprimer les parafonctions (Ammouche, 2017). La prise en soins précoce de la déglutition dysfonctionnelle est, quant à elle, favorisée par l'intervention des pédiatres et des chirurgiens-dentistes qui jouent un rôle de dépistage, d'orientation et de prescription (Gil & Fougeront, 2015).

Sans coordination, ces interventions multiples peuvent être inefficaces voire mener à une détérioration de la fonction (Chotard et al., 2012). En effet, la chronologie des soins a un impact sur l'évolution de la dysfonction. Par exemple, la majorité des études soulève l'intérêt d'une intervention orthophonique ou kinésithérapeutique pour procéder à une rééducation myofonctionnelle en amont du traitement orthodontique et éviter la récurrence du réflexe de poussée de la langue (Smithpeter & Covell, 2010).

Dans cette prise en soins multi-interventionnelle, les aidants jouent un rôle majeur, quel que soit l'âge du patient. Pour les plus jeunes, les parents participent au traitement en aidant leur enfant à être assidu dans la réalisation des exercices et à en comprendre les enjeux. Pour les adolescents, l'objectif des parents est de laisser à leur enfant un espace suffisant pour que les exercices soient réalisés en autonomie et que le patient reste acteur de son traitement (Amr-Rey et al., 2022).

Or, les parents rapportent que le manque d'information concernant les étapes de ce traitement est un frein à son bon fonctionnement (Ding et al., 2021; Gallerano et al., 2012). En effet, la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle est basée sur un travail qui est en grande partie réalisé en autonomie par l'enfant (Shah et al., 2021). Si le patient ne connaît pas l'intérêt et les étapes du traitement, celui-ci ne fait pas sens, et la motivation manquera pour fournir les efforts suffisants (Ding et al., 2021).

Ainsi, l'objectif de ce projet de recherche est de savoir quels repères temporels et chronologiques sont fournis aux patients et à leur famille, et dans quelle(s) modalité(s). Nous nous questionnons sur le type d'informations transmises par chaque professionnel de santé concernant sa prise en soins spécifique, mais également à propos du parcours de soins global.

Nous nous intéressons également aux supports d'information utilisés, et aux conditions dans lesquelles les informations sont communiquées (lieu, destinataire(s), durée, fréquence, etc.).

Nous nous demandons ainsi **comment les professionnels de santé impliqués dans la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle exposent le parcours de soins à leurs patients ainsi qu'à leurs parents.**

2. Hypothèses

Notre réflexion et l'analyse des données théoriques a donné lieu à trois hypothèses générales, chacune déclinée en plusieurs hypothèses opérationnelles.

2.1. Hypothèse générale 1

« Les professionnels garants de la prescription et de l'orientation des patients (pédiatres et chirurgiens-dentistes) les informent sur leur parcours de soins. »

Nous proposons les hypothèses opérationnelles suivantes :

- Hypothèse opérationnelle 1.1 : La plupart des pédiatres communiquent des informations sur le rôle et le contact des autres professionnels.
- Hypothèse opérationnelle 1.2 : Ce sont les chirurgiens-dentistes et les pédiatres qui informent majoritairement leurs patients sur la chronologie des soins.
- Hypothèse opérationnelle 1.3 : Les pédiatres, les chirurgiens-dentistes et les dentistes pédiatriques décrivent moins les objectifs de leur prise en soins spécifique à leurs patients que les orthodontistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes.

2.2. Hypothèse générale 2

« Les professionnels garants de la rééducation myofonctionnelle (masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes) suivent les principes de l'éducation fonctionnelle » :

Nous proposons les hypothèses opérationnelles suivantes :

- Hypothèse opérationnelle 2.1 : La plupart des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes exposent systématiquement le plan de soins à leurs patients.
- Hypothèse opérationnelle 2.2 : Les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes qui présentent le parcours de soins s'adressent toujours aux patients, et parfois à leurs parents.
- Hypothèse opérationnelle 2.3 : La plupart des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes répètent les informations données lors de la première séance au cours des séances qui suivent.
- Hypothèse opérationnelle 2.4 : La plupart des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes utilisent des supports visuels pour illustrer leurs explications.

2.3. Hypothèse générale 3

« Le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins est l'élément qui limite le plus l'explication des différents soins aux patients » :

Nous proposons les hypothèses opérationnelles suivantes :

- Hypothèse opérationnelle 3.1 : Le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins est plus limitant que le manque de temps.
- Hypothèse opérationnelle 3.2 : Selon les orthophonistes, le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins est plus limitant que le manque de formation en communication.

Méthodologie expérimentale

1. L'étude

1.1. Type d'étude

Afin d'explorer nos hypothèses, nous avons procédé à une analyse des pratiques professionnelles sous la forme d'un questionnaire diffusé aux professionnels de santé impliqués dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle. La quantité des informations à obtenir a suscité un questionnement sur le choix de la méthodologie à privilégier : l'entretien aurait permis de recueillir des réponses plus détaillées et qualitatives, mais la méthodologie choisie a donné lieu à un nombre plus élevé de réponses. Le questionnaire présente également l'avantage de pouvoir être diffusé plus largement, avec la possibilité de recevoir des réponses de nombreux professionnels dans une zone géographique large, pour une analyse plus pertinente (Gingras & Belleau, 2015). En effet, la localisation des professionnels participant à l'étude constitue l'une de nos variables indépendantes.

1.2. Population cible

1.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Notre population inclut les professionnels de santé, actifs ou retraités, qui sont impliqués dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle.

À l'issue de notre partie théorique, nous pouvons identifier parmi les professionnels impliqués dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle les chirurgiens-dentistes, dentistes pédiatriques et orthodontistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les pédiatres (Celli et al., 2014; Gil & Fougeront, 2015; Leloup, 2006; Thibault & Pitrou, 2018).

Les psychothérapeutes sont également impliqués dans le parcours de soins, des dysfonctions orofaciales pouvant se développer dans des contextes psychoaffectifs difficiles. Pour autant, cette comorbidité n'est pas systématique et ces patients sont peu représentés parmi le nombre de patients reçus par les psychothérapeutes. Nous n'avons donc pas jugé pertinent d'intégrer cette population à notre échantillon (Soulet, 1989a; Traing, 2021).

L'inclusion ou non des ostéopathes parmi notre population a également suscité de nombreux questionnements. En effet, nous connaissons l'impossibilité d'évaluer l'efficacité de la pratique ostéopathique selon des critères scientifiques. Pour autant, nous nous sommes référés au parcours de soins des patients présentant une déglutition dysfonctionnelle, et avons intégré ces professionnels dans notre étude (Landouzy et al., 2009).

Sont exclus les professionnels n'ayant jamais pris en soin de patients présentant une déglutition dysfonctionnelle, ainsi que les professionnels n'ayant jamais exercé sur le territoire français. Notre analyse théorique ne permettant pas de conclure que le processus de soins est uniforme dans tous les pays, nous avons supposé que les disparités de développement s'accompagnent de variations dans les approches de prise en soins (Hajjioui et al., 2015; Oliveira et al., 2015). Nous avons également choisi ce critère d'exclusion pour des raisons logistiques : le recrutement, la diffusion et la collecte des données à l'étranger auraient été source de contraintes.

1.2.2. Taille de l'échantillon

L'ensemble des professionnels inclus dans le parcours de soins de la déglutition dysfonctionnelle ne pouvant pas constituer notre échantillon, nous avons recherché le nombre de participants à recruter afin que la taille de notre échantillon soit significative. Pour ce faire, nous avons utilisé la formule :

$$n = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

En mars 2024, le ministère de la Santé et de la Prévention, dans le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), recense en France :

- 30153 orthophonistes
- 47642 chirurgiens-dentistes
- 101995 masseurs-kinésithérapeutes
- 8500 pédiatres
- 32000 ostéopathes

Notre population générale (N) comprend ainsi 220290 professionnels de santé (Agence Numérique de Santé, 2024). En fixant le seuil de confiance à 95%, nous obtenons une proportion estimée de la population (p) à 0,5, une marge d'erreur (e) à 0,05 et une côte z (z) de 1,96.

Notons que les dentistes pédiatriques et orthodontistes obtiennent un diplôme de chirurgie dentaire et sont donc représentés parmi les 47000 chirurgiens-dentistes.

En suivant la formule présentée ci-dessous, nous trouvons que $n = 384$. Ainsi, la significativité de nos résultats ne sera assurée qu'avec un échantillon incluant au moins 384 professionnels de santé.

1.2.3. Recrutement de la population

Les professionnels de santé impliqués dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle ont été recrutés via des associations, des syndicats, des réseaux sociaux professionnels, et individuellement.

La chirurgie-dentaire pédiatrique étant une spécialité de la chirurgie-dentaire, les dentistes pédiatriques ont été recrutés via les mêmes canaux que les chirurgiens-dentistes.

La faible proportion des pédiatres parmi les professionnels de santé inclus dans notre population nous permet d'anticiper un nombre de réponses moins élevé de la part de ces professionnels. Aussi, il nous semble indispensable de multiplier les canaux de diffusion auprès des associations, syndicats, et groupes de pédiatres.

Notons également que la kinésithérapie maxillo-faciale (incluant la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle) n'est pas pratiquée par tous les masseurs-kinésithérapeutes. Il nous a ainsi paru pertinent de privilégier des canaux de communication spécifiques, tels que des groupes s'intéressant au domaine oro-myo-fonctionnel sur les réseaux sociaux ou des contacts de professionnels ayant participé à des formations liées à ce domaine d'intervention.

Les professionnels qui n'ont jamais pris en soins de patients présentant une déglutition dysfonctionnelle ont été contactés lors de la phase de recrutement, et exclus à l'issue du troisième item du questionnaire : « votre patientèle comprend-elle ou a-t-elle déjà compris des personnes présentant une déglutition dysfonctionnelle ? ».

1.3. Variables de l'étude

Pour répondre à nos hypothèses, nous avons sélectionné huit variables indépendantes : la profession exercée, le statut professionnel, la présence ou non de patients présentant une déglutition dysfonctionnelle parmi la patientèle, la localisation du professionnel, le type de lieu d'exercice (cabinet libéral seul, maison de santé pluridisciplinaire, centre hospitalier, clinique, etc.), le nombre d'années d'exercice, la tranche d'âge la plus représentée parmi les patients présentant une déglutition dysfonctionnelle, et le temps consacré au premier entretien. Les 10 variables restantes constituent des variables dépendantes : la fréquence d'explication des soins, les destinataires de ces explications, la durée de ces explications, le lieu de ces explications (au bureau, dans la salle d'attente, par téléphone, etc.), le contenu des explications liées à la prise en soins globale, le contenu des explications liées à la prise en soins spécifique, la répétition de ces explications, les freins à ces explications, les types d'outils utilisés pour transmettre ces explications et les freins à l'utilisation d'outils.

Au sein de nos 18 variables, nous identifions 11 variables qualitatives nominales, une variable qualitative ordinale, deux variables qualitatives binomiales et quatre variables quantitatives discontinues.

Tableau 1 : Répartition des différents types de variables de notre étude.

Variables qualitatives nominales	Variable qualitative ordinale	Variables qualitatives binomiales	Variables quantitatives discontinues
Profession exercée Localisation du professionnel Type de lieu d'exercice Lieu des explications Destinataire des explications Contenu des explications sur la prise en soins globale Contenu des explications sur la prise en soins spécifique Répétition des explications Freins aux explications Type d'outils utilisés Freins à l'utilisation d'outils.	Fréquence d'explication des soins	Statut professionnel Présence ou non de patients présentant une déglutition dysfonctionnelle	Nombre d'années d'exercice Tranche d'âge la plus représentée parmi les patients présentant une déglutition dysfonctionnelle Temps consacré au premier entretien Durée de l'explication de la prise en soins

2. Méthode

2.1. Objectifs du questionnaire

Notre questionnaire a été élaboré afin de recueillir les éléments nécessaires à la validation de nos hypothèses. L'objectif était donc d'obtenir des informations concernant les repères fournis aux patients et à leur famille dans le cadre de la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle, et les modalités de transmission de ces informations. Ces données ont été mises en lien avec nos variables indépendantes afin d'identifier des corrélations.

2.2. Élaboration du questionnaire

2.2.1. Outil

Le questionnaire a été élaboré via la plateforme SphinxOnline®.

Grâce à la sauvegarde systématique des données proposée par le programme, nous avons pu concevoir et réaliser facilement le questionnaire, et ajuster sa forme selon les remarques reçues à l'issue de la phase de pré-test.

Nous avons également eu la possibilité de scénariser le questionnaire, afin de contrôler l'ordre des questions, et de choisir les items proposés en fonction des réponses données. Par exemple, seuls les professionnels n'utilisant aucun support pour expliquer le plan de soins à leurs patients ont vu apparaître la question abordant les freins à l'utilisation d'outils pour illustrer ces explications.

L'outil SphinxOnline® nous a permis de proposer différentes modalités pour la saisie des réponses : questions à choix multiples, réponses libres, échelles, classements, etc.

Les participants ont pu remplir le questionnaire via l'outil de leur choix : PC, tablette ou smartphone (Moscarola, 1995).

2.2.2. Modalités de réponses

Afin de répondre à nos hypothèses, nous avons sélectionné 18 items. Parmi eux, 15 correspondent à des questions fermées et trois correspondent à des questions ouvertes. En limitant le nombre de questions ouvertes, nous avons pour objectif de faciliter le futur traitement des données (Grémy, 1987).

Cependant, certains items ont nécessité une modalité de réponse libre, tels que la localisation du professionnel, le type de lieu d'exercice et le nombre d'années d'exercice. Nous nous sommes interrogés sur la pertinence de poser une question fermée pour recueillir le type de lieu d'exercice, mais avons préféré une réponse ouverte, afin d'éviter l'utilisation des termes « privé » et « public », ou de délimiter des groupes « salariat/libéral » qui auraient été peu pertinents. Afin d'obtenir des réponses suffisamment informatives, nous avons introduit des exemples au sein de la question : « Dans quel type de lieu exercez-vous ? (Cabinet seul.e, cabinet de groupe, maison de santé, hôpital, clinique, etc.) ».

Le dernier item du questionnaire est une question ouverte optionnelle dans laquelle le participant pouvait, s'il le souhaitait, décrire en quelques lignes les explications transmises aux patients.

Enfin, nous avons programmé une obligation de réponse pour l'ensemble des items. Ainsi, l'absence d'un modérateur contrôlant la complétion intégrale du questionnaire ne constituait aucun biais (Salès-Wuillemin, 2006).

2.2.3. Architecture du questionnaire

Tableau 2 : Architecture du questionnaire

1. Quelle profession exercez-vous ?	
2. Êtes-vous en activité ?	
3. Votre patientèle comprend-elle ou a-t-elle déjà compris des personnes présentant une déglutition dysfonctionnelle ?	
↓	↓
<p>Si « oui » à la question 3</p> <p>4. Dans quelle ville exercez-vous ?</p> <p>5. Dans quel type de lieu exercez-vous ? (Cabinet seul.e, cabinet de groupe, maison de santé, hôpital, clinique, etc.)</p> <p>6. Depuis combien d'années exercez-vous ?</p> <p>7. Parmi vos patient.e.s présentant une déglutition dysfonctionnelle, veuillez établir un classement de la tranche d'âge la plus représentée à la moins représentée.</p> <p>8. Combien de temps consacrez-vous à un premier entretien avec un.e patient.e qui consulte dans le cadre d'une déglutition dysfonctionnelle ?</p> <p>9. Diriez-vous que vous expliquez le plan de soins d'une rééducation de la déglutition dysfonctionnelle aux patient.e.s concerné.e.s ?</p>	<p>Si « non » à la question 3</p>
↓	↓
<p>Si « toujours » ou « souvent » ou « parfois » à la question 9</p> <p>10. Diriez-vous que cette présentation dure ?</p> <p>11. Dans quel lieu fournissez-vous ces explications ?</p> <p>12. Lorsque vous fournissez ces explications, vous adressez-vous ?</p> <p>13. Lors de ces explications, quel(s) type(s) d'informations fournissez-vous à des patients à propos de votre prise en soins ?</p> <p>14. Lors de ces explications, quel(s) type(s) d'informations fournissez-vous à vos patients à propos de la prise en soins globale ?</p> <p>15. À quel moment fournissez-vous ces explications ?</p>	<p>Si « jamais » à la question 9</p>

oro-myo-fonctionnel, tel que « Troubles Orofaciaux Myofonctionnels – Partage d’expertise pour orthophonistes ». Au total, le questionnaire a été adressé à huit groupes.

En parallèle, nous nous sommes adressés à des orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, orthodontistes, ostéopathes et pédiatres de notre répertoire afin de leur transmettre le questionnaire et de leur demander de le diffuser et/ou de nous transmettre d’autres contacts.

Puis nous avons contacté, via l’envoi de courriers électroniques, des syndicats et des associations.

Pour faciliter l’étape de diffusion du questionnaire, nous avons réalisé une trame de message électronique comprenant les éléments suivants :

- Présentation (nom, prénom, niveau et domaine d’étude)
- Objet du mail
- Contextualisation de l’étude : problématique
- Présentation du questionnaire et invitation à participer
- Durée de remplissage estimée (5 minutes)
- Lien d’accès
- Données concernant les questionnements éthiques
- Remerciements

2.4.1.1. Diffusion aux associations et syndicats en chirurgie dentaire et orthodontie

Afin de diffuser le questionnaire aux chirurgiens-dentaires et aux orthodontistes, nous avons contacté La FSDL (Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux), les CDF (Chirurgiens-Dentistes de France), l’Union dentaire, l’ADF (Association dentaire française), l’Association les dents la vie, la SFODF (Société Française d’Orthopédie Dento-Faciale), la FFO (Fédération Française d’Orthodontie), l’association Great – société scientifique, la SFSO (Syndicat Français des Spécialistes en Orthodontie), l’ADEO (Association des Dentistes Exclusifs en Orthodontie), l’Association COCO (Club d’Orthodontie Clinique Optimisée) et l’ADOMF (Association des Disciplines Orthodontiques et Maxillo-Faciales).

2.4.1.2. Diffusion aux associations et syndicats en orthophonie

Le questionnaire a été partagé aux orthophonistes via la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes), regroupant elle-même 17 syndicats régionaux, chacun contactés individuellement : SOR-AuRA Auvergne-Rhône-Alpes, SROBFC Bourgogne-Franche-Comté, SIOB Bretagne, SORC-VDL Centre-Val de Loire, SOGEst Grand Est, SDOG Guadeloupe, SROG Guyane, SOHF Hauts-de-France, SDOP Île-de-France, SORR Réunion, SDOM Martinique, SRON Normandie, SIONA Nouvelle Aquitaine, SOROcc Occitanie, SROPL Pays de la Loire, SDORPACAC.

Nous avons également contacté les associations régionales de prévention en orthophonie : APOLI, APPOR, ODA.AS, AHLPIO, OP 63, OP 74, APPO, Prévention Langage APO, AFCPO, A PROPOS, ESOP, OPAL, APOMM, APO, POM’, As.Pr.O.08, EPIC, Parlons-En !, Maison du Langage, Paroles d’orthos, ANPO, Les Orthos Vienne(nt), Orthophonie et Prévention 17, ORTHO F.I.P, APROL, AGOPAL, PAROL en Lot et Garonne, APO-G, APOH,

APPOLO, ADPO, APO 31, CAPLI81, Mégaphonistes 82, AGPL, Parol' des PDL, APO 04-05, Prévention Langage 06, PREVORTHO, PAROL84, MIPRO, EUPHRASIE.

2.4.1.3. Diffusion aux associations et syndicats en pédiatrie

Pour le recrutement des pédiatres, nous avons transmis le questionnaire au SNPF (Syndicat National des Pédiatres Français), au SNPEH (Syndicat National des Pédiatres des Établissements Hospitaliers), à la SFP (Société Française de Pédiatrie), à l'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire) ainsi qu'au CNPP (Conseil National de la Pédiatrie).

2.4.1.4. Diffusion aux associations et syndicats en masso-kinésithérapie

Les masseurs kinésithérapeutes ont été contactés via le SNMKR (Syndicat National des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs), la FFMKR (Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs), ainsi que le syndicat Alizé.

2.4.1.5. Diffusion aux associations et syndicats en ostéopathie

Nous avons également partagé notre questionnaire aux Ostéopathes de France, au SFDO (Syndicat Français Des Ostéopathes), à l'AFO (Association Française d'Ostéopathie) et à la CNO (Chambre Nationale des Ostéopathes).

2.5. Questionnements éthiques

Lors de la diffusion du questionnaire, nous avons informé les professionnels de santé contactés de la nature des recherches, des objectifs de l'étude, de la manière dont les données seraient utilisées et de leur droit de ne pas participer.

Le stockage des données via SphinxOnline® garantit une confidentialité des réponses. En effet, l'anonymat des participants est assuré puisqu'aucune donnée concernant leur identité n'est recueillie. Aussi, l'accès au questionnaire est restreint aux utilisateurs de l'ILFOMER et verrouillé par un mot de passe réactualisé régulièrement.

Notre population a été contactée via des adresses électroniques professionnelles, des réseaux sociaux, et des syndicats diffusant la demande. Il n'existe donc aucun rapport de hiérarchie pouvant interférer et générer des conséquences négatives en cas de refus de participer.

3. Recueil et traitement des données

3.1. Recueil des données

Les professionnels de santé ayant été contactés via les différents canaux de diffusion ont accédé au questionnaire et y ont répondu sur leur PC, leur tablette ou leur smartphone en cliquant sur le lien ou en flashant le QR code transmis. L'ensemble des données est référencé dans l'onglet « Données » de la plateforme SphinxOnline®, et peut être exporté au format Excel® afin de simplifier la phase d'analyse.

3.2. Analyse des données

À l'issue de la période de diffusion du questionnaire, nous avons pu obtenir 800 réponses. Parmi les 800 participants, 155 ont été exclus de l'étude après avoir répondu « non » à la question « Votre patientèle comprend-elle ou a-t-elle déjà compris des personnes présentant une déglutition dysfonctionnelle ? ». Au total, notre échantillon est donc constitué

de 645 professionnels de santé, actifs ou retraités, impliqués dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle. Notre échantillon est donc significatif, compte tenu des seuils minimums attendus (384 réponses).

Dans un premier temps, nous avons procédé à des statistiques descriptives afin de relever les éléments les plus pertinents concernant les caractéristiques de notre échantillon. Ainsi, nous avons observé la répartition des différents professionnels parmi les participants à notre étude et l'avons mise en regard de la répartition de ces professionnels dans la population générale. Nous avons également exploré la répartition des participants sur le territoire, la répartition des différents types d'exercice, le nombre de professionnels par tranche d'expérience, la tranche d'âge la plus représentée parmi les patients de nos participants, etc.

Afin de répondre à nos hypothèses de recherche, nous avons procédé à une analyse des données en isolant au préalable les items à exploiter dans le cadre de chaque hypothèse :

- Pour répondre aux hypothèses opérationnelles 1.1 et 1.2 « Ce sont plutôt les pédiatres qui communiquent des informations sur le rôle et le contact des autres professionnels » et « Ce sont plutôt les chirurgiens-dentistes et les pédiatres qui informent leurs patients sur la chronologie des soins », nous avons exploité les données relatives aux items « profession exercée » et « type(s) d'informations fournies à vos patients à propos de la prise en soins globale ».
- Pour répondre à l'hypothèse opérationnelle 1.3 « Tous les professionnels de santé décrivent au moins les objectifs de leur prise en soins spécifique à leurs patients », nous avons utilisé l'item « type(s) d'informations fournies à vos patients à propos de votre prise en soins ».
- Le traitement de l'hypothèse générale 2 « Les professionnels garants de la rééducation myofonctionnelle (masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes) suivent les principes de l'éducation fonctionnelle » a nécessité l'analyse des données relatives aux items « profession exercée », « destinataire des explications », « type(s) d'outils utilisés », « fréquence d'explication des soins », et « réitération de ces explications ».
- Les données exploitées pour répondre à l'hypothèse générale 3 « Le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins est l'élément qui limite le plus l'explication des différents soins aux patients concernés » sont celles qui concernent les items « frein(s) aux explications » et « profession exercée ».

Une fois ces données isolées et ordonnées, nous avons réalisé une analyse quantitative. Des pourcentages ont été calculés à l'aide du logiciel Microsoft Excel® afin de faire émerger des tendances. Pour chacune des hypothèses, nous avons confronté ces tendances à un test de proportionnalité (prop.test) pour calculer l'intervalle de confiance de ces données selon un indice de confiance de 95%, à l'aide du logiciel R®.

Enfin, nous avons exploité les réponses obtenues aux questions ouvertes afin de procéder à une analyse qualitative des données issues de ces réponses.

Présentation des résultats

Sur les 800 praticiens ayant répondu au questionnaire, 645 sont des professionnels de santé, actifs ou retraités, impliqués dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle et constituent ainsi l'échantillon de notre étude.

1. Description de l'échantillon

1.1. Caractéristiques des participants

Parmi notre échantillon, la profession de santé la plus représentée est la chirurgie dentaire (28%). 22% des participants sont des orthophonistes, 15% sont des ostéopathes et 13% sont des masseurs-kinésithérapeutes. Un répondant sur 10 est orthodontiste, et un répondant sur 10 est pédiatre. Seulement 2% des participants à notre étude sont des dentistes pédiatriques. Cela semble représentatif de notre population.

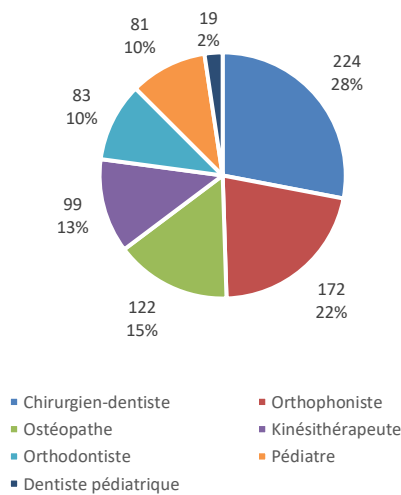


Figure 7 : Diagramme représentant la répartition des participants selon leur profession.

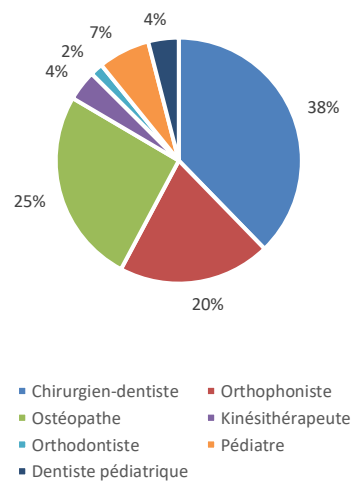


Figure 8 : Diagramme représentant la répartition de notre population selon leur profession, d'après le RPPS.

Au sein de notre échantillon, nous comptons seulement 10 professionnels de santé retraités. La plupart des participants sont donc en activité (98%).

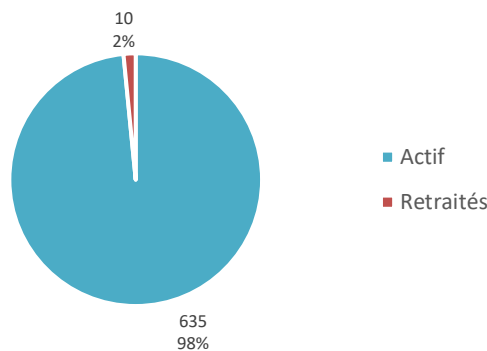


Figure 9 : Diagramme représentant la répartition de notre échantillon, selon leur statut professionnel.

Nos répondants ne sont pas équitablement répartis sur le territoire, les départements du Tarn, du Doubs, de la Drôme, des Vosges et de la Gironde étant les plus représentés.

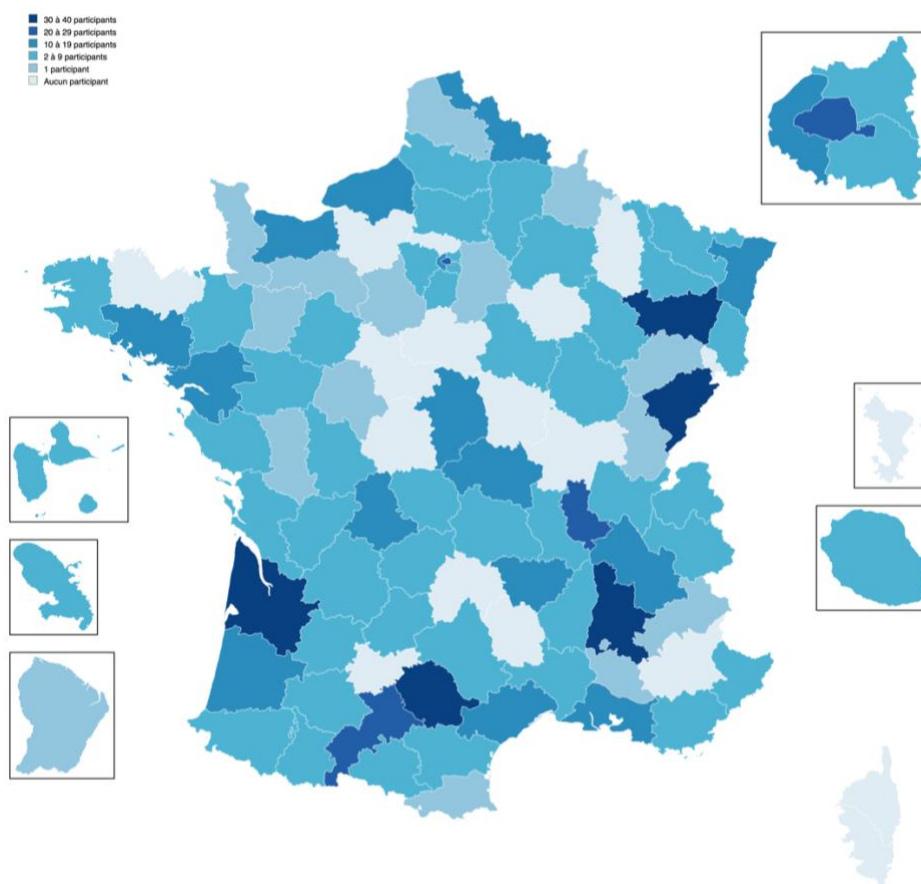


Figure 10 : Carte de France représentant la répartition de notre échantillon sur le territoire, selon leur département d'exercice.

La plupart des professionnels de santé ayant participé à l'étude ont moins de 15 années d'expérience, avec une majorité de praticiens exerçant depuis six à dix ans (20%). Sur les 645 retenus, seulement six participants ont plus de six années d'expérience.

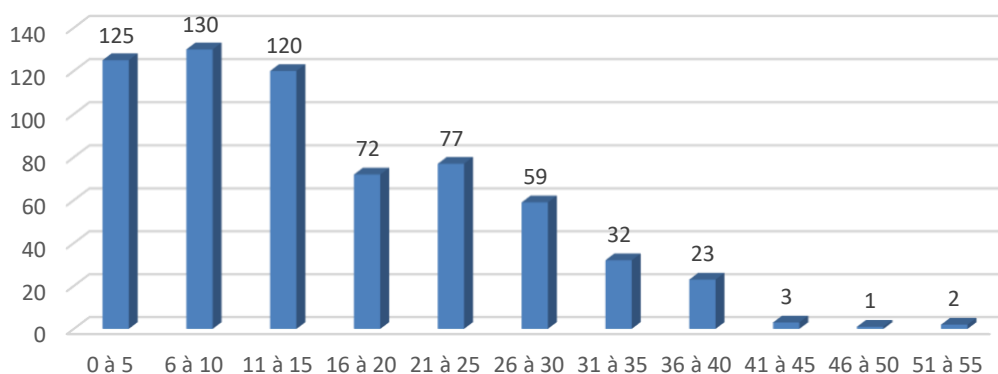


Figure 11 : Histogramme représentant le nombre de professionnels, par tranche d'années d'expérience, parmi nos participants.

1.2. Caractéristiques de l'exercice des participants

Notre échantillon est constitué d'une majorité de professionnels exerçant avec d'autres praticiens (72%), et la plupart de nos participants ont une activité libérale seule (90%), tandis que 6% d'entre eux ont une activité salariale. L'activité mixte est la moins représentée (4%).

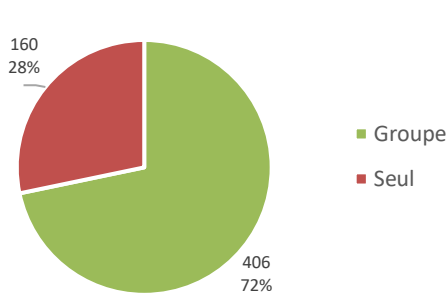


Figure 13 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon leur type d'exercice.

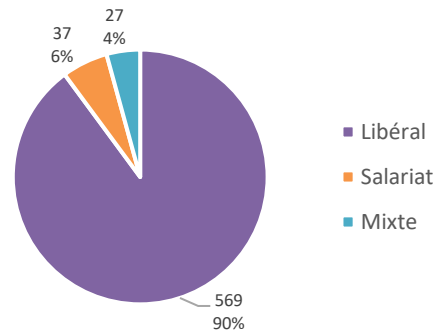


Figure 12 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon leur mode d'exercice.

Il est fréquent que la durée du premier entretien soit inférieure à 15 minutes (25% des cas), mais le plus souvent, celui-ci dure 15 à 30 minutes (32% des cas). Le temps consacré à la première visite est rarement supérieur à 60 minutes (5% des cas).

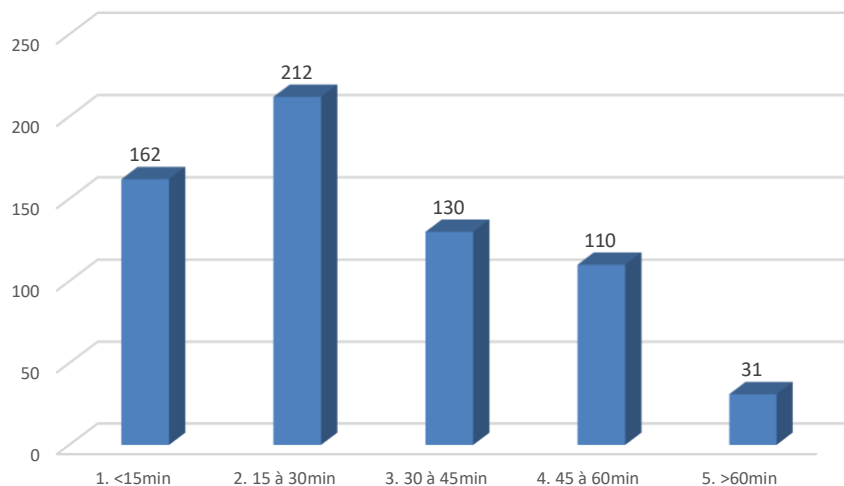


Figure 14 : Histogramme représentant le nombre de professionnels, par temps consacré à leur premier rendez-vous, parmi les participants.

Parmi les patients des professionnels de notre étude qui présentent une déglutition dysfonctionnelle, la plupart ont un âge compris entre cinq et huit ans (30%). Une minorité des personnes présentant une déglutition dysfonctionnelle parmi la patientèle des professionnels interrogés est âgée de plus de 12 ans (20%).

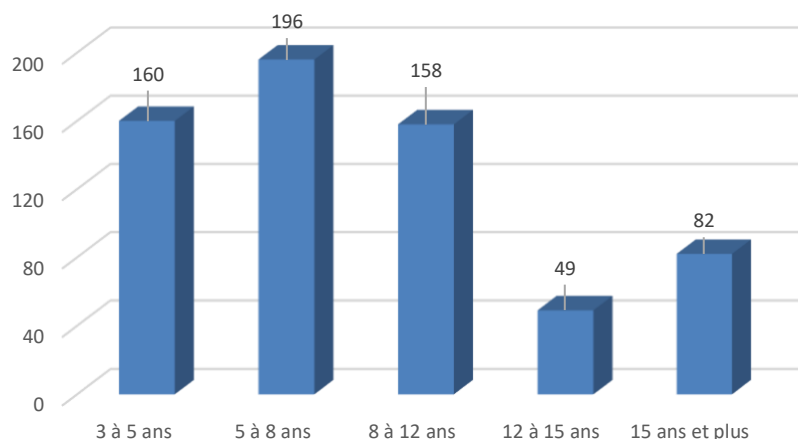


Figure 15 : Histogramme représentant le nombre de professionnels, par tranche d'âge de leurs patients présentant une déglutition dysfonctionnelle, parmi les participants.

Selon la profession exercée par nos répondants, nous relevons des disparités concernant le temps consacré à la première consultation avec des patients présentant une déglutition dysfonctionnelle. Notons qu'une orthophoniste sur cinq accorde plus de 60 minutes à cette première rencontre (20%). Nous observons également qu'aucun orthodontiste et que peu de dentistes pédiatriques et de chirurgiens-dentistes bénéficient d'un temps supérieur à 30 minutes pour ce premier échange avec leurs patients.

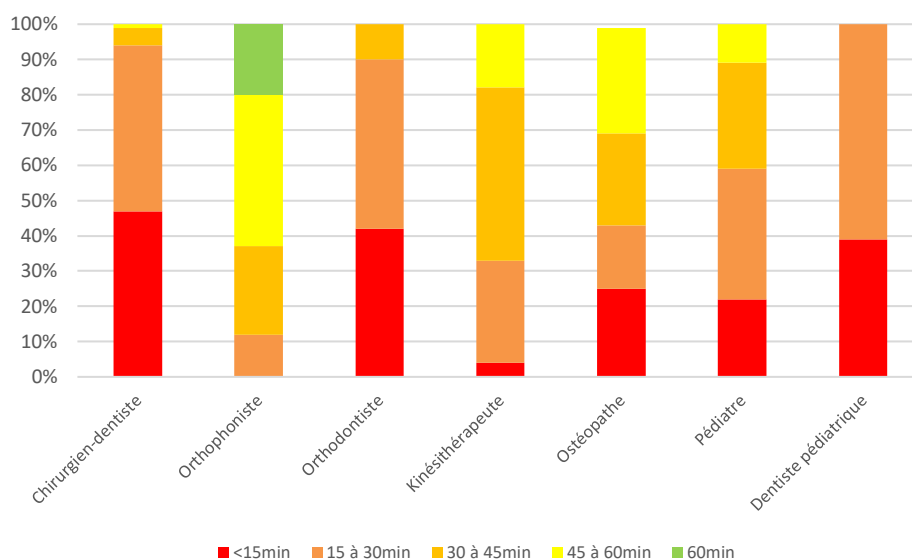


Figure 16 : Histogramme représentant le temps consacré à la première consultation, par profession.

Les professionnels de santé fournissent plus ou moins fréquemment les explications relatives au plan de soins à leurs patients et/ou à leurs parents. La majorité des praticiens expose de manière systématique les modalités de prise en soins (51%). Un peu plus d'un professionnel sur 10 n'informe jamais ses patients à propos du plan de soins (12%).

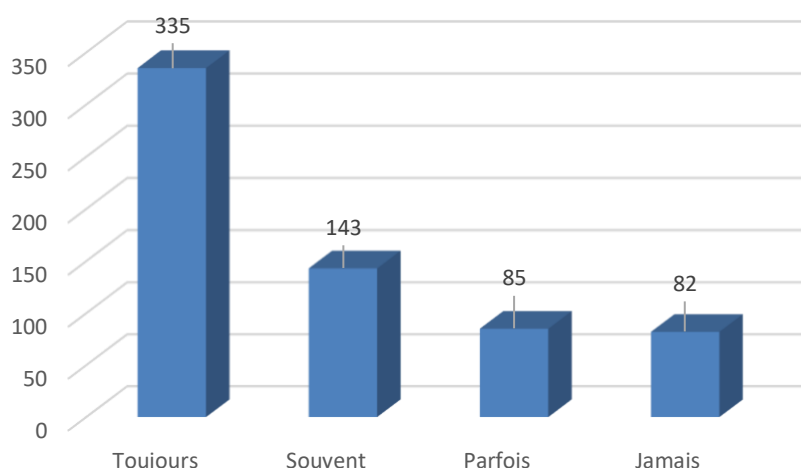


Figure 17 : Histogramme représentant le nombre de professionnels par tranche d'âge de leurs patients présentant une déglutition dysfonctionnelle, parmi les participants.

La répartition des praticiens intégrant un temps d'information à leurs séances varie selon la profession observée. Si une majorité de pédiatre dit ne jamais transmettre d'explications relatives au plan de soins, la plupart des orthophonistes ayant participé à l'étude ont répondu qu'ils accordaient systématiquement un temps d'information au patient (80%). La plupart des masseurs-kinésithérapeutes dont la patientèle est partiellement constituée de patients présentant une déglutition dysfonctionnelle exposent de manière systématique les informations liées au plan de soins à leurs patients et/ou à leurs parents (91%).

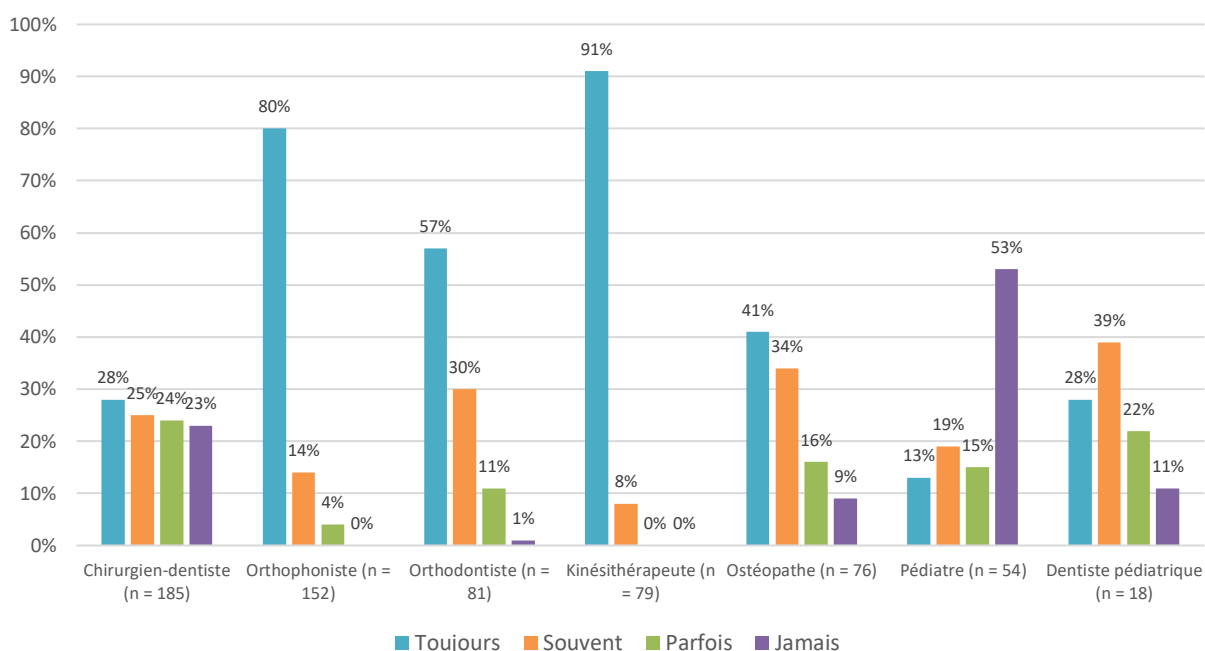


Figure 18 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations, par profession.

La répartition des professionnels selon leur fréquence de transmission d'explications relatives au parcours de soins est similaire, qu'ils travaillent en groupe ou seuls. Dans les deux cas, légèrement plus de la moitié des professionnels interrogés proposent systématiquement un temps d'information à leurs patients (51%), et moins de 15% ne fournissent jamais ces informations.

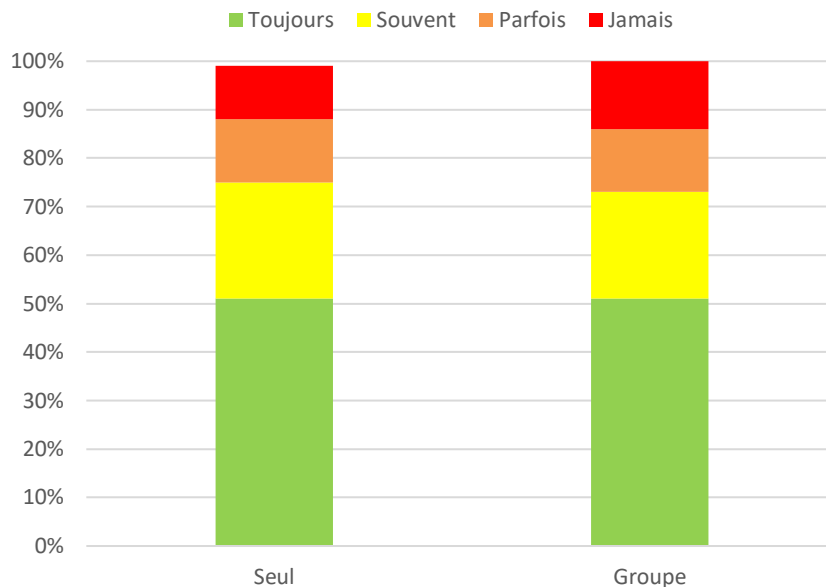


Figure 19 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations, par type d'exercice.

Seules les réponses des participants présentant toujours, souvent ou parfois les données liées au protocole de soin seront prises en compte dans la description des informations fournies, soit 563 réponses. Le nombre de réponses auxquelles nous nous référerons étant supérieur à 384, la représentativité de l'échantillon n'est pas altérée pour les résultats suivants.

2. Description des informations fournies

2.1. Contexte de transmission de ces informations

La grande majorité des professionnels ayant participé à l'étude et déclarant donner des explications sur le plan de soins parfois, souvent ou toujours, fournissent ces informations dans leur bureau (88%). Très rares sont les praticiens qui informent leurs patients sur les modalités de prise en soins ailleurs qu'au bureau, en salle de soin, au fauteuil ou au téléphone : un répondant transmet ces informations par mail, un autre les transmet en salle d'attente, un autre les expose sur son site internet, et un dernier transmet ces informations dans les couloirs.

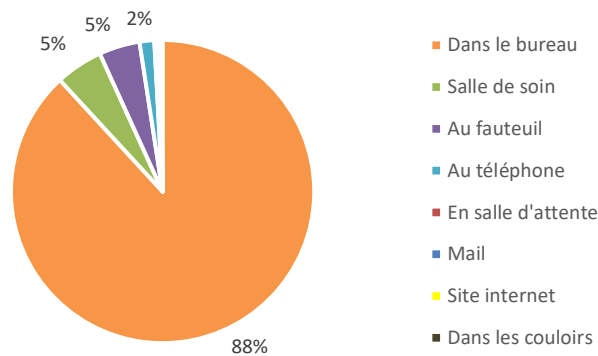


Figure 20 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon le lieu dans lequel ils informent leurs patients des modalités de la prise en soins.

Le plus souvent, ces informations sont fournies au patient concerné ainsi qu'à ses parents (68%). Il arrive, plus rarement, que les praticiens transmettent les explications à propos du plan de soins aux parents du patient uniquement (12%).

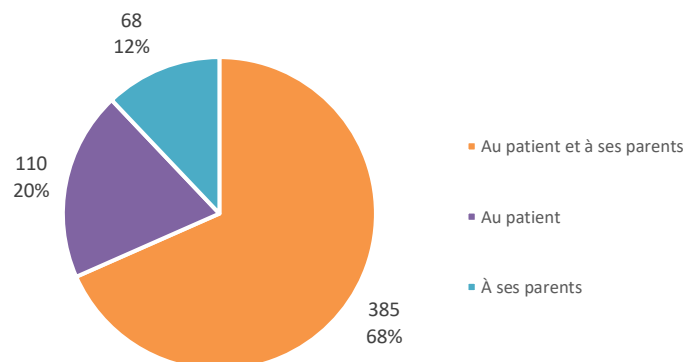


Figure 21: Diagramme représentant la répartition des répondants selon les personnes qu'ils informent quant aux modalités de la prise en soins.

Si la tendance pour chaque profession reste identique, avec une majorité de participants informant les patients et leurs parents, nous observons que l'information au patient n'est systématique pour aucune des professions. Aussi, le(s) destinataire(s) des informations relatives à la prise en soins varie(nt) selon les praticiens interrogés. Les chirurgiens-dentistes qui informent simultanément le patient et ses parents transmettent majoritairement les explications aux parents (75% des réponses), tandis que seulement ¼ des réponses concerne une transmission des informations aux patients. Cette tendance est inversée chez les orthophonistes, les orthodontistes, les ostéopathes et les dentistes pédiatriques n'informant pas les patients en présence de leurs parents : ces derniers ont tendance à fournir des explications au patient seul plutôt qu'aux parents seuls.

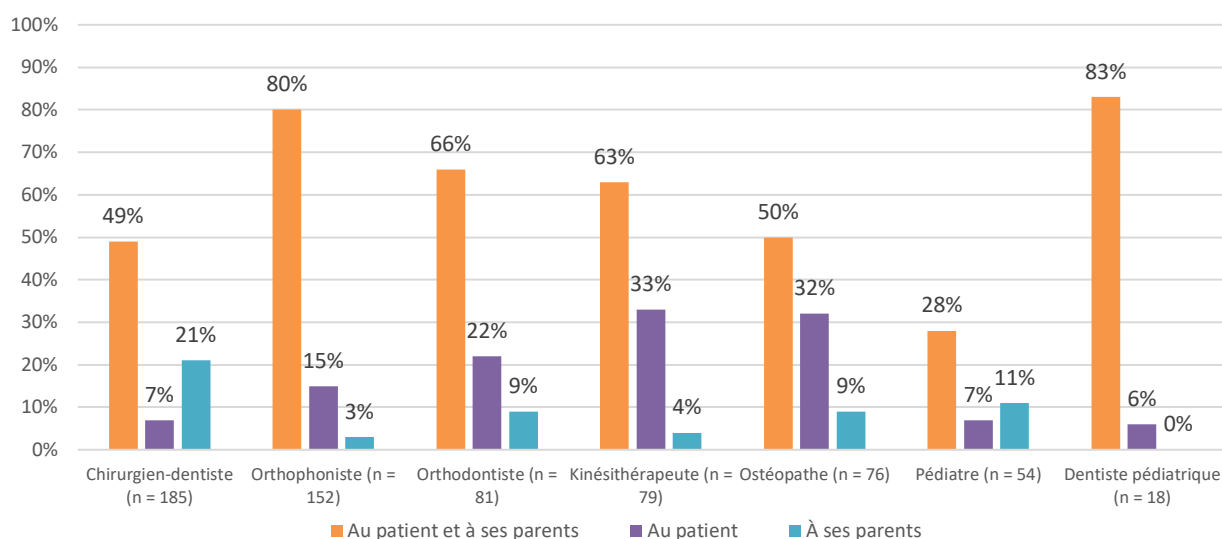


Figure 22 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations pour chaque destinataire, par profession.

Parfois, les informations relatives au plan de soins sont données à plusieurs reprises. Elles peuvent être fournies lors de la première séance puis répétées en début de chaque séance (17%) ou seulement reprises à chaque début de séance (10%). Mais la majorité des participants disent ne fournir ces explications que lors de la première séance (73%).

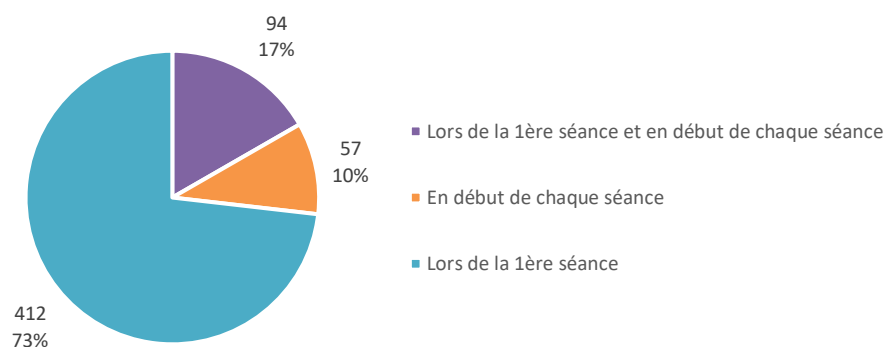


Figure 23 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les moments d'apports des informations relatives au plan de soins.

Cette tendance est observée pour chacune des professions représentées dans notre échantillon.

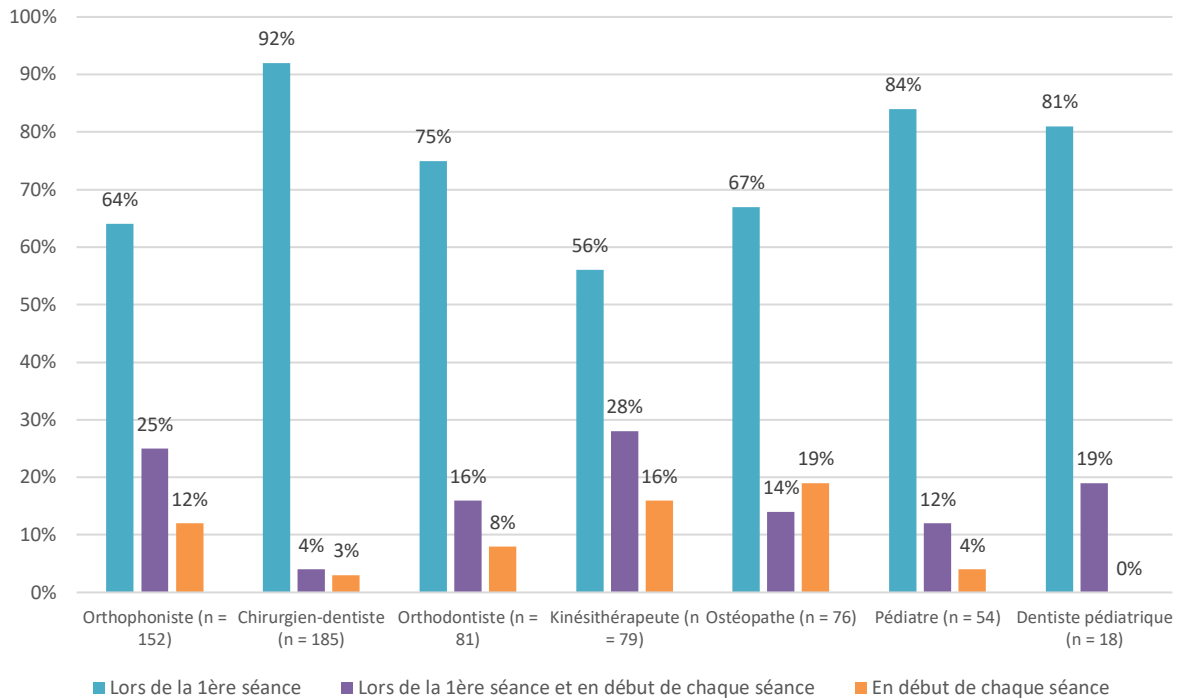


Figure 24 : Histogramme représentant la fréquence de chaque modalité de répétition des informations, par profession.

Nombreux sont les outils pouvant être utilisés pour illustrer les explications concernant les modalités de prise en soins. Parmi ces différents types de supports, les schémas sont majoritairement utilisés (35% des cas). Les modèles physiques sont les deuxièmes outils les plus utilisés (24%). Il est rare que les professionnels de santé s'appuient sur des articles pour informer leurs patients (4%). Certains de nos répondants affirment n'utiliser aucun support pour fournir les informations sur le plan de soins (20%).

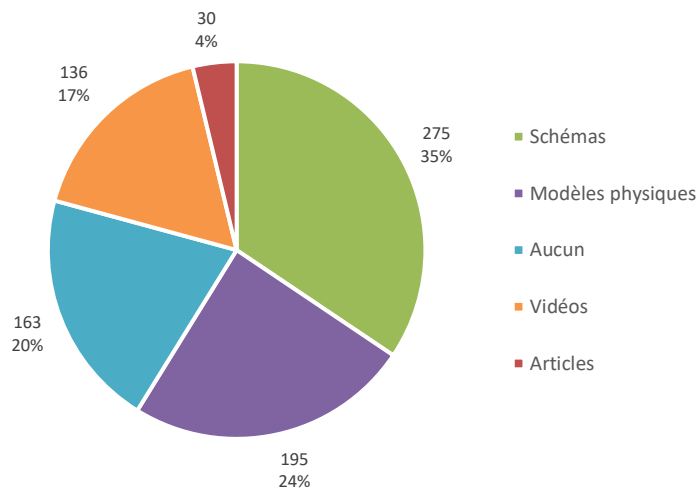


Figure 25 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les outils utilisés pour fournir les informations relatives au plan de soins.

Pour chaque profession, nous observons différentes tendances concernant les outils utilisés comme support des informations relatives au plan de soins. Les schémas sont préférentiellement utilisés par les orthophonistes, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes pédiatriques, tandis que les orthodontistes utilisent le plus souvent des modèles physiques. Notons que la grande majorité des chirurgiens-dentistes et des pédiatres interrogés n'utilisent aucun support (53% et 72%).

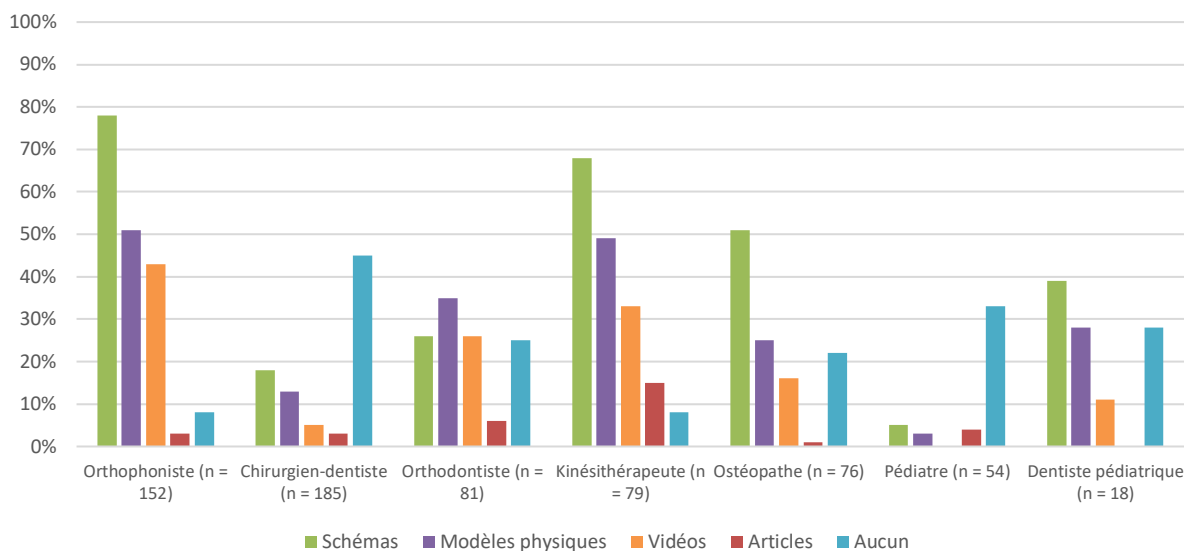


Figure 26 : Histogramme représentant la fréquence d'utilisation de chaque outil comme support des informations relatives au plan de soins, par profession.

Le temps consacré à l'exposition des modalités de prise en soins est également variable. La plupart du temps, les professionnels dédient 5 à 10 minutes de leur séance pour donner au patient et/ou à ses parents les informations relatives au plan de soins (41%). Il est très rare que les praticiens allouent plus de 30 minutes à ce temps explicatif (1%).

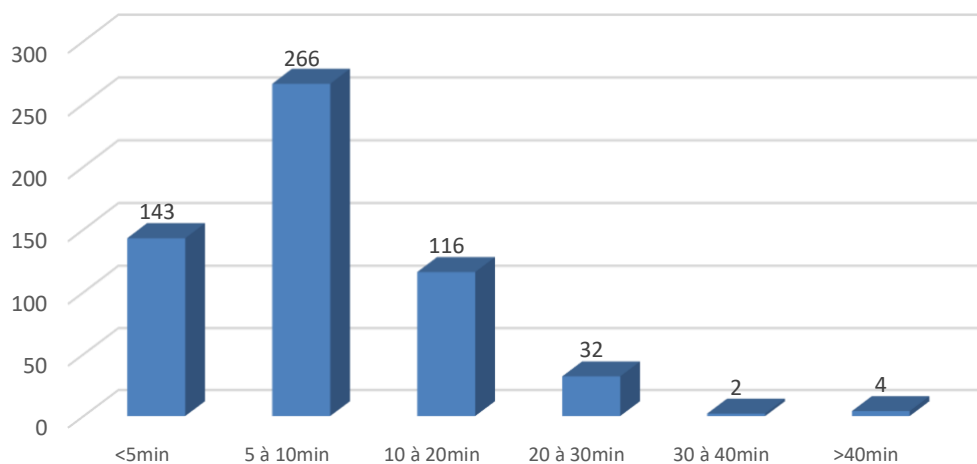


Figure 27 : Histogramme représentant la répartition des répondants selon le temps qu'ils consacrent pour fournir des informations relatives au plan de soins.

2.2. Contenu de ces informations

Les renseignements donnés au patient et/ou à ses parents à propos de la prise en soins varient selon la personne interrogée. Sur le plan de la prise en soins globale, l'objectif est exposé dans un tiers des cas, tandis que la chronologie des différentes prises en soins est plus rarement abordée (12%). Le deuxième élément le plus évoqué est le rôle des autres professionnels (30%).

L'objectif de la prise en soins est également l'élément le plus souvent partagé lorsqu'il s'agit de la prise en soins spécifique relative à chaque domaine d'intervention (34%). Concernant les informations relatives à ces prises en soins spécifiques, les consignes à suivre à domicile sont évoquées dans presque un tiers des cas (28%). Les aspects de la prise en soins les moins souvent renseignés sont les techniques spécifiques (13%) et le matériel utilisé (10%).

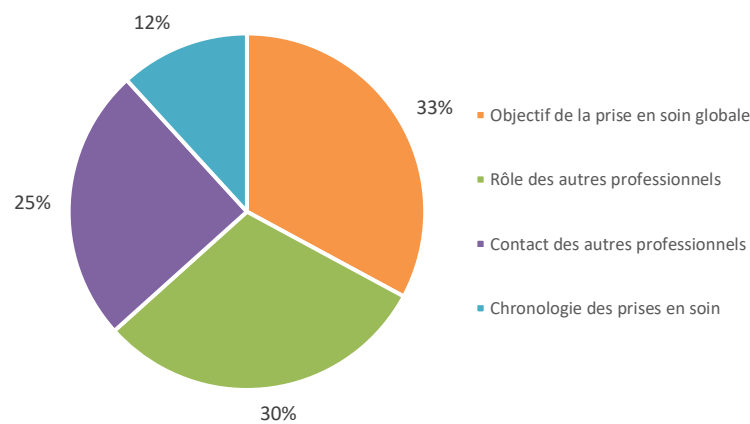


Figure 28 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les aspects de la prise en soins globale évoqués.

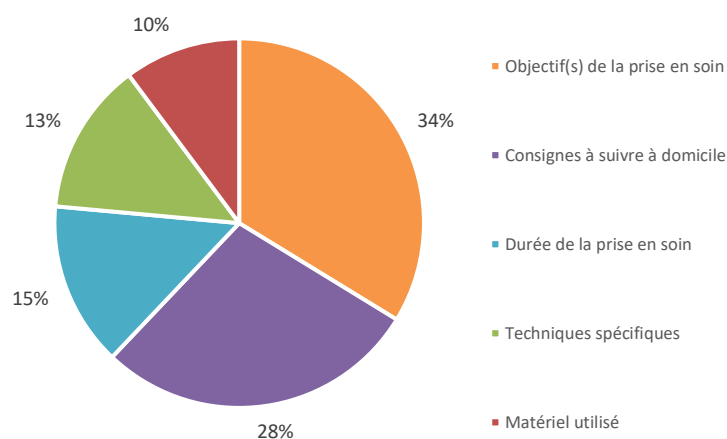


Figure 29 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les aspects de la prise en soins spécifique évoqués.

Le contenu des informations relatives à la prise en soins globale varie selon la profession de la personne interrogée. Par exemple, le rôle des autres professionnels intervenant dans la prise en soins est plus évoqué par les ostéopathes (75%), les dentistes pédiatriques (78%) et les orthodontistes (81%) que par les pédiatres (41%).

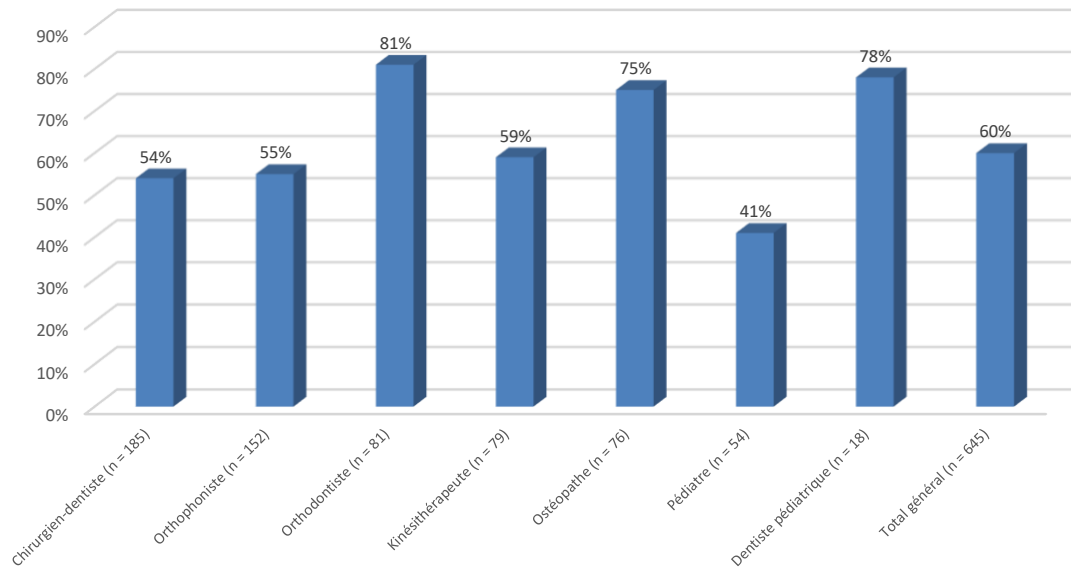


Figure 30 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations concernant le rôle des autres professionnels, par profession.

Le contact des autres professionnels est transmis par la moitié des participants (49%). Les dentistes pédiatriques et les orthodontistes sont les praticiens qui fournissent le plus ces informations (83% et 78%). Moins d'un tiers des masseurs-kinésithérapeutes et des pédiatres transmettent le contact des autres professionnels à leurs patients (30% et 28%).

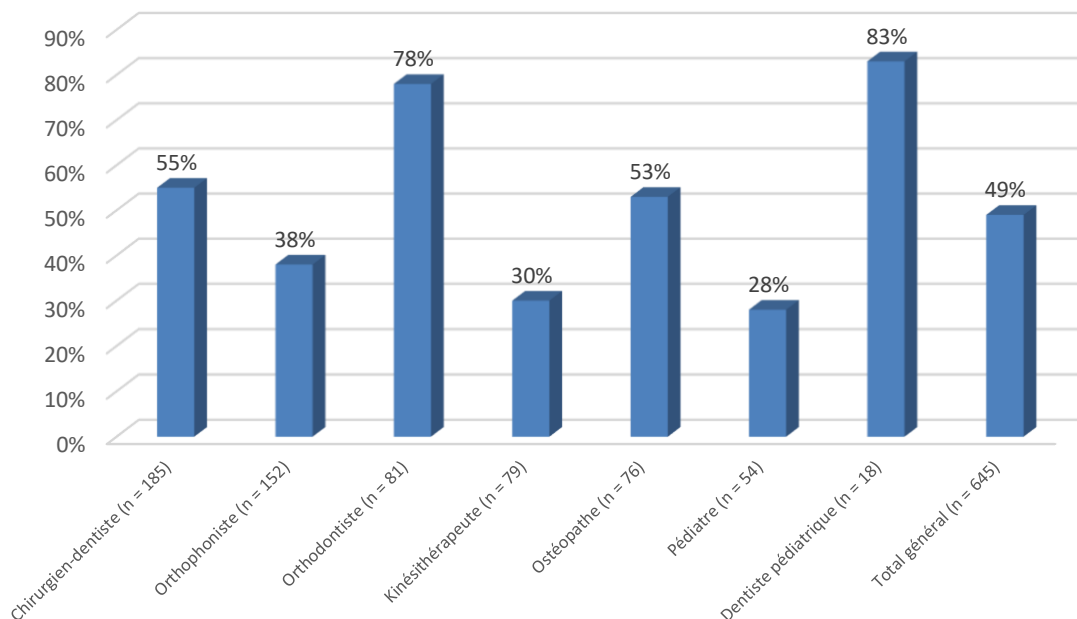


Figure 31 : Histogramme représentant la fréquence de transmission du contact des autres professionnels, par profession.

Moins d'un professionnel sur quatre présente à ses patients la chronologie des différentes interventions survenant dans le cadre de la prise en soins (23%). Les orthodontistes sont les praticiens qui fournissent le plus ces informations (56%). Une minorité de chirurgiens-dentistes, de pédiatres et d'ostéopathes transmettent des explications concernant l'ordre d'apparition des différentes prises en soins (14%, 9% et 8%).

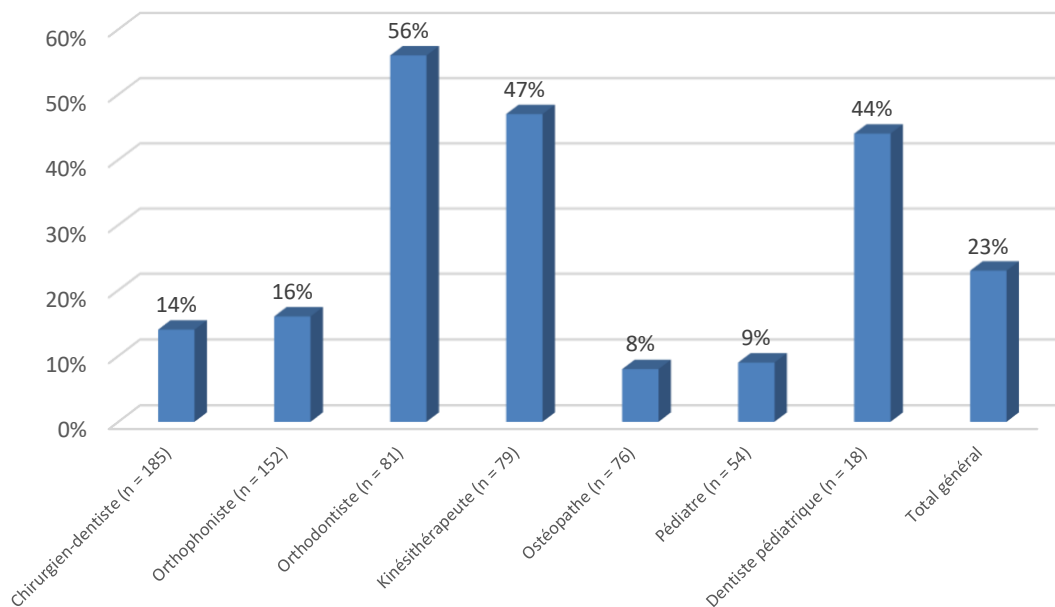


Figure 32 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations concernant la chronologie des prises en soins, par profession.

Concernant la prise en soins spécifique de chaque professionnel, tous les masseurs-kinésithérapeutes interrogés informent leurs patients sur les objectifs de leur intervention, ainsi que la quasi-totalité des orthophonistes (99%). Neuf orthodontistes sur 10 apportent ce type d'informations à leurs patients. Plus généralement, un peu plus des $\frac{3}{4}$ des professionnels de santé ayant participé à l'étude exposent les objectifs de leur prise en soins spécifique.

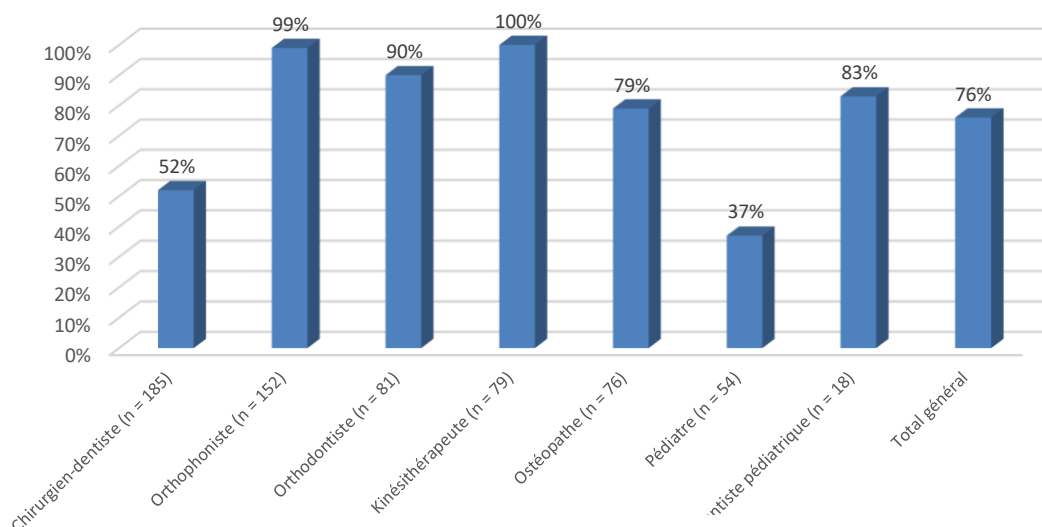


Figure 33 : Histogramme représentant la fréquence de transmission d'informations concernant les objectifs spécifiques, par profession.

3. Limites identifiées par les professionnels

3.1. Freins aux explications relatives au plan de soins

Parmi les professionnels de santé qui n'exposent jamais les informations relatives à la prise en soins, plus d'un tiers explique l'impossibilité de fournir ces explications par un manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins (37%). Un peu moins d'un quart de ces professionnels estiment manquer de temps (24%). Les professionnels n'identifiant aucune limite (16%) sont plus nombreux que ceux déterminant le manque de formation en communication comme un frein à l'explication du plan de soins (15%).

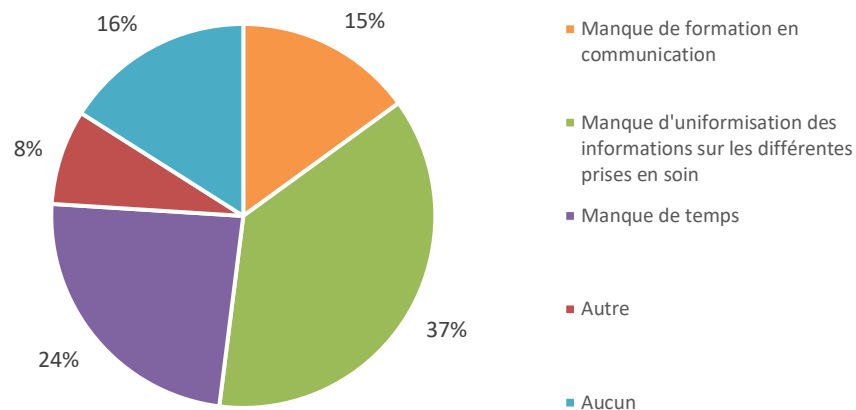


Figure 34 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les freins à l'explication du plan de soins qu'ils identifient.

Chez les orthophonistes interrogés, le manque de formation en communication est identifié comme l'élément qui limite le moins les explications relatives à la prise en soins, parmi toutes les propositions (8%). Le manque d'uniformisation des connaissances sur les différentes prises en soins est désigné le plus souvent par les orthophonistes comme frein à ces explications (44%).

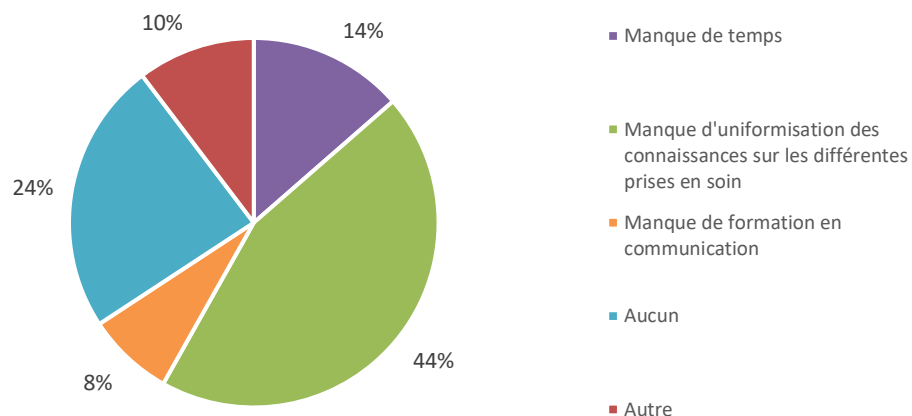


Figure 35 : Diagramme représentant la répartition des orthophonistes ayant participé à l'étude selon les freins à l'explication du plan de soins qu'ils identifient.

3.2. Freins à l'utilisation de supports pour illustrer les explications relatives au plan de soins

Les professionnels qui n'utilisent aucun support pour fournir les explications relatives au plan de soins estiment majoritairement que le manque d'outils synthétiques limite le recours à des outils (43%). Le manque d'outils fonctionnels est également fréquemment désigné comme une limite à l'utilisation de supports (36%). En revanche le prix trop élevé des outils n'est que rarement jugé comme limitant dans l'emploi de supports pour illustrer les informations fournies (5%).

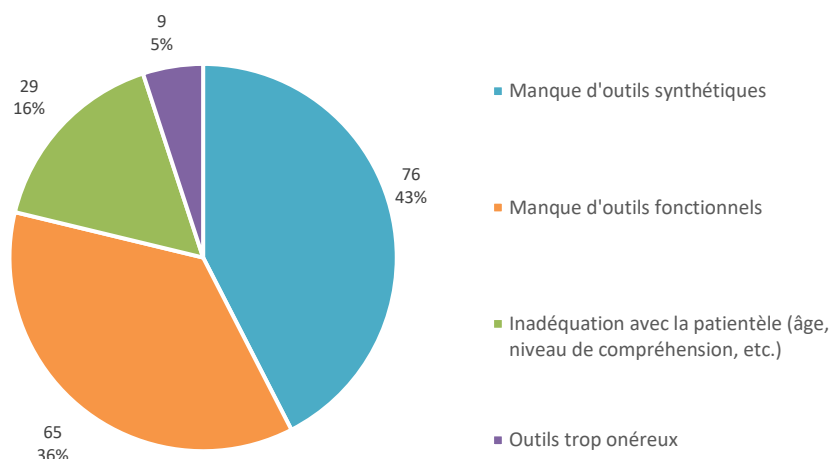


Figure 36 : Diagramme représentant la répartition des répondants selon les freins à l'utilisation d'outils pour informer le patient sur le plan de soins.

Discussion

1. Confrontation des hypothèses avec les résultats

L'objectif de ce projet de recherche est d'identifier les repères temporels et chronologiques fournis aux patients présentant une déglutition dysfonctionnelle et à leur famille. Nous nous questionnons sur le type d'informations communiquées par chaque professionnel de santé concernant sa prise en soins spécifique et du parcours de soins global. Nous nous intéressons également aux supports utilisés, et aux conditions dans lesquelles les informations sont transmises (lieu, destinataire(s), durée, fréquence, etc.). Pour ce faire, nous avons formulé plusieurs hypothèses et les avons confrontées aux résultats.

1.1. Vérification de l'hypothèse générale 1 concernant les informations transmises par les prescripteurs à propos du parcours de soins

Notre première hypothèse générale est la suivante : « Les professionnels garants de la prescription et de l'orientation des patients (pédiatres et chirurgiens-dentistes) les informent sur leur parcours de soins ». Elle se décline en trois hypothèses opérationnelles que nous avons analysées en regard de nos résultats.

1.1.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.1 concernant la transmission d'informations sur le rôle et le contact des autres professionnels par les pédiatres

L'hypothèse opérationnelle 1.1 est la suivante : « La plupart des pédiatres communiquent des informations sur le rôle et le contact des autres professionnels ».

Afin d'étudier cette hypothèse, nous avons analysé les réponses obtenues à la question « quel(s) type(s) d'informations fournissez-vous à vos patients à propos de la prise en soins globale ? ». Nous avons pu observer que 41% des pédiatres apportent des informations sur le rôle des autres professionnels. Après avoir soumis ce résultat à un test de proportionnalité, nous identifions un intervalle de confiance compris entre 27% et 55%.

Nous observons également que 28% des pédiatres transmettent à leurs patients le contact des autres professionnels impliqués dans la prise en soins. L'intervalle de confiance de ce résultat est compris entre 17% et 42%.

Ces éléments sont suffisants pour invalider notre hypothèse opérationnelle 1.1.

1.1.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.2 concernant la transmission d'informations sur la chronologie des soins par les pédiatres et les chirurgiens-dentistes

L'hypothèse opérationnelle 1.2 est la suivante : « Ce sont les chirurgiens-dentistes et les pédiatres qui informent majoritairement leurs patients sur la chronologie des soins ».

L'étude de cette hypothèse repose également sur la question « quel(s) type(s) d'informations fournissez-vous à vos patients à propos de la prise en soin globale ? ». Nous observons que 9% des pédiatres (intervalle de confiance compris entre 3% et 21%), et 14% des chirurgiens-dentistes (intervalle de confiance entre 9% et 19%) informent leurs patients à propos de la prise en soins globale.

Notons que 56% des orthodontistes (intervalle de confiance compris entre 44% et 66%) et 47% des masseurs-kinésithérapeutes (intervalle de confiance compris entre 36% et 58%)

transmettent à leurs patients des informations relatives à la chronologie des différentes interventions.

L'hypothèse opérationnelle 1.2 est donc invalidée.

1.1.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 1.3 concernant la transmission d'informations sur les objectifs de la prise en soins spécifique par chaque professionnel

L'hypothèse opérationnelle 1.3 est la suivante : « Les pédiatres, les chirurgiens-dentistes, et les dentistes pédiatriques décrivent moins les objectifs de leur prise en soins spécifique à leurs patients que les orthodontistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes ».

Pour analyser cette hypothèse, nous avons recueilli et observé les réponses à la question « quel(s) type(s) d'informations fournissez-vous à vos patients à propos de la prise en soins spécifique ? ». Nous constatons que tous les masseurs-kinésithérapeutes interrogés informent leurs patients sur les objectifs de leur intervention (intervalle de confiance compris entre 94% et 100%), ainsi que la quasi-totalité des orthophonistes (intervalle de confiance compris entre 95% et 98%). Neuf orthodontistes sur 10 apportent ce type d'informations à leurs patients (intervalle de confiance compris entre 81% et 95%). Par ailleurs, les professionnels garants de la prescription et de l'orientation des patients présentant une déglutition dysfonctionnelle énoncent moins fréquemment les objectifs relatifs à leur prise en soins. L'intervalle de confiance est compris entre 44% et 59% concernant les chirurgiens-dentistes, entre 25% et 51% concernant les pédiatres et entre 58% et 96% concernant les dentistes pédiatriques. Plus généralement, un peu plus des $\frac{3}{4}$ des professionnels de santé ayant participé à l'étude exposent les objectifs de leur prise en soins spécifique (intervalle de confiance compris entre 73% et 80%).

Ces éléments nous permettent de valider l'hypothèse opérationnelle 1.3.

1.1.4. Synthèse des observations concernant les informations transmises par les prescripteurs à propos du parcours de soins

Notre première hypothèse générale concernait la transmission d'informations relatives au parcours de soins par les médecins prescripteurs à leurs patients. Nos analyses statistiques ont conduit à invalider cette hypothèse. L'observation des différentes données en lien avec cette hypothèse a donné lieu à divers constats, et nous apporte des informations sur le contenu des explications transmises aux patients présentant une déglutition dysfonctionnelle au début de leur parcours de soins.

En premier lieu, notons que les pédiatres qui exposent le rôle et le contact des autres professionnels à leurs patients sont minoritaires. Étant les premiers professionnels à rencontrer le patient et les seuls, parmi les différents praticiens interrogés, à pouvoir prescrire une rééducation, les pédiatres et les chirurgiens-dentistes jouent un rôle d'orientation essentiel (Jasiakiewietz, 2022). Pourtant, rares sont ceux qui communiquent à leurs patients des éléments permettant de faciliter l'inscription du patient dans une démarche rééducative. Il existe ainsi un écart entre le rôle potentiellement crucial des pédiatres dans l'orientation des patients vers des soins rééducatifs et la réalité selon laquelle la plupart d'entre eux ne sont pas en mesure de remplir pleinement cette fonction. Cela implique que même s'ils peuvent prescrire ces traitements, beaucoup de pédiatres ne guident pas suffisamment les familles vers les ressources appropriées pour que leurs patients bénéficient de la coordination de soins dont ils pourraient avoir besoin.

Nous observons également que les chirurgiens-dentistes et les pédiatres informent rarement leurs patients à propos de la chronologie des soins dont ils bénéficieront, tandis que les orthodontistes et les masseurs-kinésithérapeutes sont ceux qui transmettent le plus ces informations. Si les chirurgiens-dentistes et les pédiatres sont les premiers à intervenir dans le parcours de soins, les orthodontistes et les masseurs-kinésithérapeutes rencontrent le patient lorsqu'il est en cours de prise en soins (Saccomanno et al., 2012b; Traing, 2021). Les éléments concernant la chronologie des différentes interventions seraient ainsi renseignés, le plus souvent, au cours de la prise en soins, et non en amont. Il semble effectivement primordial que les professionnels de santé communiquent avec leurs patients tout au long du processus de soins, afin de garantir une compréhension claire et une participation active des patients à leur propre traitement (Courson et al., 2021). Pour autant, il est nécessaire que cette informativité soit assurée par les premiers praticiens que rencontre le patient, afin qu'il puisse s'y référer dès le début du parcours de soins (Gugino & Dus, 2000).

En dernier lieu, nous constatons que l'objectif de chaque intervention n'est pas systématiquement transmis au patient. On observe une grande tendance à fournir ces repères chez les masseurs-kinésithérapeutes, les orthodontistes et les orthophonistes, mais ¼ des professionnels interrogés ne transmettent aucune information concernant les objectifs de prise en soins liés à leur intervention. Il est important de noter que les professionnels qui ont le plus tendance à transmettre ces explications sont ceux dont les objectifs de prise en soins sont les mieux définis. En effet, les recommandations destinées aux pratiques des orthodontistes, des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes dans le cadre de la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle donnent accès à des axes rééducatifs précis, en lien avec la rééducation myofonctionnelle pour les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes, et avec l'appareillage pour les orthodontistes (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2003). Les objectifs liés à l'intervention des pédiatres, des chirurgiens-dentistes et des dentistes pédiatriques sont de l'ordre de la prévention, du dépistage et de l'orientation. Les résultats observés sont en cohérence avec cette dissociation. En effet, les professionnels qui intègrent à leur séance un temps d'information à propos de leurs objectifs de prise en soins sont ceux dont l'intervention prend appui sur des axes thérapeutiques précis. Les données relevées sur le plan qualitatif corroborent ce constat, puisque certains chirurgiens-dentistes et pédiatres ont considéré l'adressage vers d'autres professionnels et la transmission de leurs coordonnées comme des éléments relevant de leur prise en soins spécifique.

Cette analyse met en évidence de grandes disparités dans le contenu des informations apportées au patient dans le cadre de sa prise en soins. Si nous nous attendions à ce que les premiers professionnels à rencontrer les patients soient ceux qui fournissent le plus d'explications, il semblerait que ce soient les praticiens garants de la rééducation myofonctionnelle et de l'appareillage qui informent le plus les patients à propos de leur parcours thérapeutique. D'après les résultats obtenus à propos des conditions d'exercice des professionnels interrogés, nous pouvons suggérer qu'il existe un lien entre le temps dont disposent les praticiens lors du premier échange et la quantité d'informations transmises. En effet, nous avons observé que les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes étaient les professionnels qui bénéficiaient des premières consultations les plus longues, tandis que les dentistes pédiatriques et les chirurgiens-dentistes disposaient la plupart du temps de moins de 30 minutes pour cette première rencontre avec leurs patients.

1.2. Vérification de l'hypothèse générale 2 concernant les modalités de transmission des informations sur le parcours de soins par les rééducateurs

Notre deuxième hypothèse générale est la suivante : « Les professionnels garants de la rééducation myofonctionnelle (masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes) suivent les principes de l'éducation fonctionnelle ». Elle se décline en quatre hypothèses opérationnelles que nous avons analysées en regard de nos résultats.

1.2.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.1 concernant la systématisation de la transmission d'informations par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes

L'hypothèse opérationnelle 2.1 est la suivante : « La plupart des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes exposent systématiquement le plan de soins à leurs patients ».

Afin d'analyser cette hypothèse, nous avons observé les réponses données par les masseurs-kinésithérapeutes et par les orthophonistes à la question : « Diriez-vous que vous expliquez le plan de soins d'une rééducation de la déglutition dysfonctionnelle aux patient.e.s concerné.e.s ? ». Les participants avaient quatre possibilités de réponse : « toujours », « souvent », « parfois », « jamais ». L'analyse des données met en évidence une grande tendance chez les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes à informer de manière systématique leur patientèle à propos du plan de soins d'une rééducation de la déglutition dysfonctionnelle. En effet, 91% des masseurs-kinésithérapeutes (intervalle de confiance compris entre 82% et 96%) et 80% des orthophonistes (intervalle de confiance compris entre 73% et 86%) transmettent systématiquement des explications de ce type à leurs patients. Nous relevons également que ce sont les praticiens qui ont le plus répondu « toujours » à cette question.

Ces éléments nous permettent de valider l'hypothèse opérationnelle 2.1.

1.2.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.2 concernant les destinataires des informations transmises par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes

L'hypothèse opérationnelle 2.2 est la suivante : « Les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes qui présentent le parcours de soins s'adressent toujours aux patients, et parfois à leurs parents ».

L'analyse de cette hypothèse repose sur l'étude des réponses données par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes à la question : « Lorsque vous fournissez ces explications, vous adressez-vous ? ». Parmi les différents choix de réponse, figuraient « au patient et à ses parents », « au patient » et « à ses parents ». Notre hypothèse opérationnelle suggère qu'aucun masseur-kinésithérapeute ni orthophoniste ne s'adresse qu'aux parents lorsqu'ils transmettent des informations relatives au plan de soins. Nous constatons, via l'analyse de nos données, que 4% des masseurs-kinésithérapeutes (intervalle de confiance compris entre 1% et 11%) et 3% des orthophonistes (intervalle de confiance compris entre 1% et 8%) ne transmettent les informations relatives au plan de soins qu'aux parents du patient concerné.

Si cette analyse statistique des résultats nous apporte des éléments de réponse conduisant à invalider l'hypothèse 2.2, notons que des éléments en faveur de cette hypothèse n'auraient pas été suffisant pour la valider. En effet, valider cette hypothèse reviendrait à

systematiser un élément observé sur un échantillon restreint de notre population. Sur le plan statistique, il était donc impossible de valider l'hypothèse opérationnelle 2.2.

1.2.3. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.3 concernant la répétition de la transmission d'informations par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes

L'hypothèse opérationnelle 2.3 est la suivante : « La plupart des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes répètent les informations données lors de la première séance au cours des séances qui suivent ». L'étude des réponses données par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes à la question : « À quel moment fournissez-vous ces explications ? » nous a permis d'obtenir des éléments en faveur ou en défaveur de la validation de cette hypothèse. Parmi les choix de réponses, figuraient « lors de la première séance », « lors de la première séance et en début de chaque séance » et « en début de chaque séance ». La majorité des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes ayant participé à l'étude ne transmettent les informations relatives au plan de soins que lors de la première séance. En effet, seulement 28% des masseurs-kinésithérapeutes (intervalle de confiance situé entre 18% et 32%) et 25% des orthophonistes (intervalle de confiance situé entre 19% et 39%) informent leurs patients lors de la première séance et en début de chaque séance, constituant ainsi une minorité.

L'hypothèse opérationnelle 2.3 est ainsi invalidée.

1.2.4. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 2.4 concernant les supports utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes pour illustrer leurs informations

L'hypothèse opérationnelle 2.4 est la suivante : « La plupart des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes utilisent des supports visuels pour illustrer leurs explications ». Afin d'étudier cette hypothèse, nous nous sommes appuyés sur les réponses données par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes à la question : « Pour fournir ces explications, sur quel(s) type(s) de supports vous appuyez-vous ? ». Les choix de réponse qui se présentaient aux participants étaient : « schémas », « modèles physiques », « vidéos », « articles », « aucun » ou « autre ». Notre hypothèse suggère que les supports les plus utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes pour illustrer les informations relatives au plan de soins sont les schémas, les modèles physiques et/ou les vidéos. L'analyse de nos résultats nous permet de constater que les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes utilisent préférentiellement les représentations schématiques : 68% des masseurs-kinésithérapeutes (intervalle de confiance compris entre 57% et 78%) et 78% des orthophonistes (intervalle de confiance compris entre 70% et 84%) s'appuient sur des schémas. Par ailleurs, 49% des masseurs-kinésithérapeutes (intervalle de confiance compris entre 38% et 61%) et 51% des orthophonistes (intervalle de confiance compris entre 43% et 59%) utilisent des modèles physiques pour illustrer leurs propos. Le troisième support le plus employé par les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes sont les vidéos. Ces constats nous permettent de mettre en évidence une tendance à l'utilisation d'outils visuels de la part des professionnels garants de la rééducation myofonctionnelle.

L'hypothèse opérationnelle 2.4 est donc validée.

1.2.5. Synthèse des observations concernant les modalités de transmission des informations sur le parcours de soins par les rééducateurs

Plusieurs constats sont mis en évidence par l'étude de nos hypothèses opérationnelles, qui concernait les modalités de transmission des informations sur le parcours de soins par les rééducateurs. En formulant cette hypothèse, nous avons suggéré que les professionnels garants de la rééducation myofonctionnelle dans le cadre de la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle (masseurs-kinésithérapeutes et orthophonistes), suivaient les principes de l'éducation fonctionnelle. Cela impliquait de donner de manière systématique des informations relatives au plan de soins, de les transmettre en priorité au patient, avec un appui sur des supports visuels afin de faciliter leur compréhension, et de réitérer la transmission de ces explications pour qu'elles soient suffisamment intériorisées (Fournier & Girard, 2013). Cette hypothèse générale est partiellement validée.

Au cours de notre analyse de données, nous avons constaté que la plupart des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes exposent systématiquement des informations relatives au plan de soins à leurs patients. Ces informations peuvent concerner la prise en soins globale du patient, mais également l'intervention spécifique du professionnel qui transmet les informations. Les 91% de masseurs-kinésithérapeutes et les 80% d'orthophonistes ayant répondu qu'ils apportaient systématiquement cette aide à l'observance permettent de valider l'hypothèse opérationnelle 2.1. Mais il est également important de noter qu'aucun des masseurs-kinésithérapeutes ni des orthophonistes ayant participé à l'étude n'a répondu « jamais » à la question « Diriez-vous que vous expliquez le plan de soins d'une rééducation de la déglutition dysfonctionnelle aux patient.e.s concerné.e.s ? ». Cela signifie que, parmi les 79 masseurs-kinésithérapeutes et 152 orthophonistes de notre échantillon, tous transmettent des informations relatives au plan de soins, au moins occasionnellement. En validant cette hypothèse opérationnelle, nous avons décrit et objectivé la mise en œuvre d'une conduite professionnelle essentielle dans l'obtention de l'adhésion du patient et d'une motivation suffisante pour assurer en toute autonomie le travail nécessaire à une rééducation efficiente (Gil & Fougeront, 2018; Shah et al., 2021). Nous pouvons ainsi considérer que la communication autour du plan de soins est intégrée dans la pratique des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes.

Cependant, ce constat doit être mis en lien avec les données observées dans le cadre de l'étude de l'hypothèse opérationnelle 2.2. En étudiant les résultats relatifs à la question portant sur les destinataires des informations liées au plan de soins, nous avons constaté que 4% des masseurs-kinésithérapeutes et 3% des orthophonistes ne transmettent les informations relatives au plan de soins qu'aux parents du patient concerné. Pourtant, il semble primordial que le patient, acteur premier de sa prise en soins, puisse systématiquement recevoir ces informations. En fournissant de manière systématique les détails du plan de soins au patient, le soignant lui donne des outils pour améliorer sa compréhension de la démarche thérapeutique (Gil et al., 2021). En favorisant une collaboration active du patient, cette démarche renforce également la relation thérapeutique. Il est ainsi essentiel que les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes considèrent le patient comme un acteur de son propre processus de rééducation en lui accordant un accès direct et régulier aux informations relatives à son plan de soins (Mano et al., 2010).

La régularité de cet apport d'information a été étudiée via l'analyse de l'hypothèse opérationnelle 2.3. En nous référant aux principes d'éducation fonctionnelle, nous avons émis l'hypothèse que les professionnels de santé garants de la rééducation myofonctionnelle

consacraient un temps à la transmission d'informations relatives à la prise en soins au cours de la première séance, mais également en début de chaque séance, afin de régulariser l'accès à l'information (Fournier & Girard, 2013). L'étude de nos données nous a permis de constater que seulement 28% des masseurs-kinésithérapeutes et 25% des orthophonistes informent leurs patients lors de la première séance et en début de chaque séance, constituant ainsi une minorité. Ces résultats sont à mettre en regard des principes d'éducation fonctionnelle, qui invitent le soignant à privilégier une communication continue et régulière des informations relatives à la prise en soins (Mano et al., 2010). En effet, nous savons que l'absence d'une transmission régulière d'explications pourrait se révéler délétère quant à la compréhension par le patient de son traitement, et réduire ainsi son engagement dans le processus de rééducation (Gil et al., 2021).

Les principes d'éducation fonctionnelle suggèrent également que les informations transmises par les professionnels de santé garants de la rééducation myofonctionnelle sont illustrées par des supports visuels (Courson et al., 2021). Nous avons ainsi formulé une hypothèse selon laquelle la plupart des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes utiliseraient des supports visuels pour illustrer leurs explications. En analysant nos données, nous avons effectivement observé une grande tendance à l'utilisation de supports visuels de la part des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes, les trois outils les plus utilisés par ces professionnels étant les schémas, les modèles physiques et les vidéos. Ceci met en évidence une volonté d'adopter des approches pédagogiques efficaces et adaptées aux besoins individuels des patients. L'utilisation de ces outils constitue en effet une aide à la visualisation de concepts abstraits et à la compréhension des processus physiologiques en lien avec la rééducation myofonctionnelle. Une communication claire et approfondie autour des objectifs de rééducation peut contribuer à améliorer l'adhésion du patient à sa prise en soins (Courson et al., 2021).

Ainsi, nous constatons que la plupart des principes induits par l'éducation fonctionnelle sont intégrés dans les pratiques rééducatives des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes. Pourtant, certains aspects tels que la transmission directe d'informations au patient et la réitération de celles-ci ne sont ni automatisés ni systématisés.

Sur le plan qualitatif, nous avons observé que les professionnels garants de la rééducation ont tendance à évaluer la motivation et les connaissances de leurs patients au cours du temps explicatif. Bien que nous n'ayons pas proposé cet élément de réponse, cette phase de recueil des motivations et des connaissances du patient permet au professionnel d'ajuster sa position et le contenu des informations qu'il transmet.

1.3. Vérification de l'hypothèse générale 3 concernant l'identification du manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins comme limite principale à l'explication du plan de soins

Notre troisième hypothèse générale est la suivante : « Le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins est l'élément qui limite le plus l'explication des différents soins aux patients ». Elle se décline en deux hypothèses opérationnelles que nous avons analysées en regard de nos résultats.

1.3.1. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3.1 concernant l'impact du manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins par rapport au manque de temps

L'hypothèse opérationnelle 3.1 est la suivante : « Le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins est plus limitant que le manque de temps ». L'étude de cette hypothèse repose sur l'analyse des données recueillies en réponse à la question « Selon-vous, quels sont les éléments susceptibles de représenter un frein à l'explication des différents soins aux patient.e.s concerné.e.s ? ». Les participants à l'étude pouvaient répondre « manque de formation en communication », « manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins », « manque de temps », « autre » et « aucun ». Conformément au manque de ressources communes relaté par Gil et Fourgeront, nous avons émis l'hypothèse que le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins était identifié par les professionnels comme l'élément le plus limitant à la transmission d'explications relatives au plan de soins (Gil & Fougeront, 2018). Afin d'analyser précisément cette donnée, nous l'avons comparée à un autre paramètre. Ainsi, nous observons que 37% des professionnels de santé interrogés estiment que le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins est une limite à la transmission d'explications (intervalle de confiance compris entre 34% et 41%), tandis que seulement 24% des répondants considère le manque de temps comme un frein à l'information au patient (intervalle de confiance compris entre 21% et 28%).

Cette analyse statistique valide notre hypothèse opérationnelle 3.1.

1.3.2. Vérification de l'hypothèse opérationnelle 3.2 concernant l'impact du manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins par rapport au manque de formation en communication, du point de vue des orthophonistes

L'hypothèse opérationnelle 3.2 est la suivante : « Selon les orthophonistes, le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins est plus limitant que le manque de formation en communication ». Afin de déterminer le caractère valide ou invalide de cette hypothèse, nous nous sommes appuyés sur les réponses données par les orthophonistes ayant participé à notre étude à la question « Selon-vous, quels sont les éléments susceptibles de représenter un frein à l'explication des différents soins aux patient.e.s concerné.e.s ? ». En nous référant à la maquette de formation du Certificat de Capacité en Orthophonie (CCO), nous avons émis l'hypothèse que les orthophonistes identifiaient le manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins comme une limite à la transmission d'explications plus importante que le manque de formation en communication (Décret numéro 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, 2013). Nous avons constaté que la réponse « manque de formation en communication » est la moins donnée (8% des réponses, correspondant à un intervalle de confiance compris entre 4% et 13%), tandis que la réponse « manque d'uniformisation des connaissances sur les différentes prises en soins » est la plus donnée (44% des réponses, correspondant à un intervalle de confiance compris entre 37% et 52%). En comparant les réponses données par les orthophonistes à celles données par l'ensemble des professionnels ayant participé à l'étude, nous observons que les orthophonistes sont les professionnels qui ont le moins identifié le manque de formation en communication comme une limite à l'information au patient.

Notre hypothèse opérationnelle 3.2 est donc validée.

1.3.3. Synthèse des observations concernant l'identification du manque d'uniformisation des informations sur les différentes prises en soins comme limite principale à l'explication du plan de soins

L'analyse des données relatives aux hypothèses opérationnelles 3.1 et 3.2, a mis en évidence des tendances concernant l'identification des limites à l'explication du plan de soins. Parmi les trois éléments suggérés, celui qui est considéré par la majorité des professionnels de santé interrogés comme limitant dans la transmission d'informations aux patients est le manque d'uniformisation des connaissances sur les différentes prises en soins. En effet, 44% des orthophonistes de notre échantillon et 37% de tous les professionnels interrogés considèrent que ce paramètre restreint les possibilités d'informer les patients. Cela valide notre troisième hypothèse générale.

Cette observation met en évidence un besoin d'uniformiser les connaissances et les pratiques relatives à chaque domaine d'intervention. Ces résultats soulèvent également la nécessité d'appuyer les compétences de chaque professionnel sur un socle commun, grâce à une collaboration interdisciplinaire, conformément aux recommandations (Tribonnière & Gagnayre, 2013). En effet, la qualité de la coopération entre les différents professionnels impliqués dans le parcours de soins joue un rôle central dans le succès et la stabilité du traitement de la déglutition dysfonctionnelle à long terme (Korbmacher & Kahl-Nieke, 2001; Warnier, 2018). Dans ce cadre, une communication optimale entre les acteurs de cette rééducation est nécessaire (Saccomanno et al., 2012b).

Le fait que les orthophonistes soient plus nombreux que les autres professionnels à relever cet obstacle peut indiquer des disparités dans la mise à disposition ou dans la recherche des informations relatives aux différentes pratiques professionnelles. Or, nous avons relevé l'importance d'inscrire le patient dans une démarche thérapeutique caractérisée par une coordination des soins (Jasiakiewietz, 2022). La rééducation orthophonique étant quasi-systématique dans le cadre de la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle, il semble primordial que les orthophonistes bénéficient d'un accès aux informations relatives aux autres interventions (Aghakhani et al., 2012; Pétré et al., 2019).

En étudiant les limites à la transmission d'informations au patient, nous avons pu identifier des critères restrictifs, mais également des leviers d'amélioration afin de permettre une meilleure communication entre le patient et le soignant. En effet, les participants ont ciblé le manque d'uniformisation des connaissances entre les professionnels comme un obstacle à l'information au patient. Il semblerait que l'harmonisation des données relatives à chaque intervention soit un axe de travail pertinent pour favoriser la transmission d'informations et rendre les patients acteurs de leur prise en soins.

2. Biais et limites de l'étude

L'élaboration de ce projet de recherche s'est faite en suivant une méthodologie rigoureuse et adaptée au sujet étudié. Nous avons ainsi veillé à minimiser les biais. Pour autant, certains éléments n'ont pu être évités. En identifiant les données ayant pu influencer les résultats et les interprétations de ces études, nous veillons à fournir une validation complète de nos conclusions.

2.1. Limite liée à la formulation des hypothèses

La première limite identifiée concerne notre hypothèse opérationnelle 1.3 : « Les pédiatres, les chirurgiens-dentistes et les dentistes pédiatriques décrivent moins les objectifs »

de leur prise en soins spécifique à leurs patients que les orthodontistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes ». Cette hypothèse repose sur l'analyse du contenu des informations transmises par les différents professionnels de santé à leurs patients présentant une déglutition dysfonctionnelle. Nous observons particulièrement les explications relatives aux objectifs des prises en soins spécifiques des orthodontistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, mais également des pédiatres, des chirurgiens-dentistes et des dentistes pédiatriques. Pourtant, les objectifs liés à l'intervention des pédiatres, des chirurgiens-dentistes et des dentistes pédiatriques sont de l'ordre de la prévention, du dépistage et de l'orientation (Gil & Fougeront, 2015). La formulation de cette hypothèse peut être identifiée comme une limite, puisque l'élément que nous avons cherché à analyser n'est pas en adéquation avec les données théoriques.

2.2. Biais liés au choix de la population

Concernant le choix de la population, nous pouvons mettre en évidence l'absence des médecins généralistes et des oto-rhino-laryngologues parmi notre échantillon. En effet, nous avons identifié, grâce à nos données théoriques, le rôle majeur de de ces intervenants dans le parcours de soins du patient présentant une déglutition dysfonctionnelle : l'oto-rhino-laryngologue en tant que spécialiste de la sphère oro-myo-faciale, et le médecin généraliste en tant que prescripteur (Gil & Fougeront, 2015). Au même titre que nous avons interrogé les pédiatres, il aurait semblé pertinent de recueillir les habitudes des médecins généralistes concernant la communication relative au plan de soins, pour affiner notre analyse des informations recueillies au début du parcours de soins.

2.3. Biais liés à l'échantillon

Notre échantillon est suffisamment important pour assurer la significativité de nos résultats. Cependant, il est caractérisé par une grande disparité entre la taille des différents groupes comparés entre eux. L'hétérogénéité des groupes peut être identifiée comme un biais dans l'interprétation des résultats. En effet, la présence de groupes de tailles inégales génère des difficultés pour déterminer si les relations et dissociations observées entre les groupes relèvent de facteurs observables sur la population générale ou sont liées à la disparité dans la taille de ces groupes. Pour autant, il est important de noter que cette disparité entre nos différents groupes est représentative de la population générale, limitant les risques de biais (Agence Numérique de Santé, 2024).

2.4. Biais et limites liés à la construction du questionnaire

Plusieurs éléments relatifs à la construction du questionnaire ont également été source de biais, tels que les terminologies choisies, la diffusion de l'objectif de l'étude, des questions manquantes pour affiner notre analyse, et les possibilités d'interprétations influencées par la formulation des questions.

Tout au long de notre questionnaire, nous utilisons le terme « déglutition dysfonctionnelle » pour aborder les difficultés de positionnement lingual pouvant survenir dans un contexte de trouble oro-myo-fonctionnel. Le recueil de nos données théoriques nous ont permis d'identifier la dimension globale de la déglutition, qui est fortement liée à des dimensions anatomiques, physiologiques et psycho-affectives (Chotard et al., 2012; Mano et al., 2010; Saccomanno et al., 2012b). Les pratiques cliniques sont conformes à ce socle théorique. Par exemple, l'acte réalisé par un orthophoniste dans le cadre d'une déglutition dysfonctionnelle relevant d'un trouble oro-myo-fonctionnel global sera déclaré sous l'intitulé

« rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales » (Nomenclature Générale des Actes Professionnels, 2024). Ainsi, l'utilisation répétée du terme « déglutition dysfonctionnelle » ne correspond qu'à une formulation, parmi les différents intitulés fréquemment rencontrés par les professionnels de santé ayant participé à l'étude. Cela a pu être source de biais, conduisant les praticiens rencontrant des patients présentant une déglutition dysfonctionnelle dans le cadre d'un trouble oro-myo-fonctionnel à ne pas participer à l'étude.

À travers notre questionnaire, nous avons sondé le type d'exercice des professionnels impliqués dans l'étude, afin de déterminer s'ils travaillaient individuellement ou en collaboration avec d'autres praticiens. Cette donnée a été relevée dans le but d'analyser d'éventuelles corrélations entre le travail en équipe avec d'autres professionnels de santé et la connaissance des différentes interventions proposées dans le cadre de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle. Bien que nous ayons jugé pertinent de mettre en relation ces deux aspects, nous n'avons pas spécifiquement interrogé nos participants sur les professionnels avec lesquels ils travaillaient. Pourtant, il semble important d'explorer l'influence potentielle des professions exercées par les individus collaborant avec nos participants sur leurs connaissances. En effet, nous aurions pu supposer que les praticiens travaillant aux côtés de professionnels intégrés au processus de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle constitueraient une minorité parmi ceux qui ont identifié le manque d'uniformisation des soins comme un obstacle à la communication autour de la prise en soins. L'omission d'une question sur les professionnels travaillant avec nos participants peut ainsi être considérée comme une limite à l'analyse réalisée dans le cadre de notre étude.

Le questionnaire ainsi que son message de diffusion étaient précédés d'une présentation de l'étude et de ses objectifs. Cela nous a permis d'obtenir un consentement éclairé de nos participants, mais a pu constituer un biais de désirabilité sociale et de perception. En effet, les participants ont pu ajuster leurs réponses pour correspondre à ce qu'ils croyaient être attendu, ou avoir eu des interprétations préconçues des questions posées. Cela a pu altérer la représentativité de l'expérience décrite par nos participants, constituant un biais à notre analyse.

2.5. Biais liés à la méthode de recrutement

Les professionnels de santé impliqués dans la prise en soins de la déglutition dysfonctionnelle ont été recrutés via des associations, des syndicats ainsi que des réseaux sociaux et professionnels. En parallèle de cette démarche de recrutement, nous nous sommes adressés à des orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, orthodontistes, ostéopathes et pédiatres de notre répertoire, principalement situés dans le Tarn, en Gironde et en Haute-Vienne, afin de leur transmettre le questionnaire et de leur demander de le diffuser. Ce procédé a donné lieu à une répartition inégale des participants sur le territoire. La diffusion du questionnaire via la mobilisation des conseils départementaux et régionaux a également donné lieu à une hétérogénéité dans la distribution géographique de notre échantillon. En effet, seulement quelques conseils départementaux tels que ceux de la Drôme, du Calvados et de la Haute-Loire ont accepté de partager l'accès au questionnaire, générant une participation plus importante des professionnels situés dans ces départements. Cette distribution inégale des participants sur le territoire compromet la représentativité de l'échantillon et a pu fragiliser la validité des résultats. Un futur croisement des données nous apportera des informations à propos d'éventuelles corrélations entre la localisation du lieu

d'exercice et les pratiques professionnelles observées, afin de déterminer s'il existe une homogénéité des résultats qui éliminerait ce biais.

3. Perspectives

3.1. Approfondir les analyses à propos de la communication relative au plan de soins dans le cadre de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle

En formulant nos hypothèses, nous avons choisi de focaliser nos observations sur des aspects précis de notre thème de recherche. Nous avons ainsi privilégié une méthodologie et construit notre questionnaire dans l'objectif de répondre à ces hypothèses. L'analyse de nos résultats s'est ensuite centrée sur des éléments permettant d'étudier nos hypothèses, afin de conclure à leur validation ou à leur invalidation. Nous pouvons considérer que le choix des éléments à observer est subjectif, puisqu'il relève de notre appréciation quant aux recherches prioritaires. Il semble pertinent d'approfondir ces analyses afin de décrire et de faire émerger d'autres constats relatifs à la communication autour du plan de soins dans le cadre de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle.

3.1.1. Étudier les corrélations entre la situation géographique des professionnels et les outils qu'ils ont à leur disposition

L'étude des réponses à notre questionnaire nous a permis d'obtenir des informations sur la répartition géographique de nos participants. Cette donnée a été exploitée pour décrire notre population, mais n'a donné lieu à aucune analyse statistique. En effet, l'étude de l'influence du lieu d'exercice sur les modalités utilisées par les professionnels de santé pour communiquer avec leurs patients n'entraîne pas dans le cadre de nos hypothèses. Il semble pertinent d'analyser ces relations afin de savoir s'il existe une corrélation entre la localisation d'exercice et les outils à disposition, la fréquence de transmission d'informations, les limites identifiées par les professionnels, etc.

Nous préconisons une poursuite de ce travail afin d'analyser ces données sur le plan statistique et de les interpréter pour vérifier l'existence ou non d'un lien entre le lieu d'installation des professionnels et les modalités utilisées pour communiquer avec les patients.

3.1.2. Étudier les corrélations entre les modalités d'exercice des professionnels et leurs connaissances sur les autres professions

Nous avons obtenu au cours de notre étude des données caractérisant l'exercice des professionnels de santé interrogés. Ainsi, nous avons pu observer que la grande majorité de nos participants exercent en libéral, et que la plupart d'entre eux travaillent en groupe. En mettant ces données en regard de la fréquence de transmission d'informations relatives au plan de soins, nous n'avons relevé aucune corrélation majeure.

Il peut être pertinent de poursuivre cette analyse afin de déterminer si la nature de la profession des praticiens qui travaillent avec nos participants peut exercer une influence sur le contenu des informations transmises, notamment au sujet des différents acteurs du parcours de soins. À titre d'exemple, nous suggérons de comparer les informations données par les professionnels exerçant avec des spécialistes du champ oro-myo-fonctionnel à celles données par des professionnels exerçant seuls ou avec des praticiens extérieurs à ce domaine.

3.1.3. Étudier les données liées à la participation des ostéopathes

Les données de la littérature nous ont conduit à inclure les ostéopathes parmi notre population (Landouzy et al., 2009). Ainsi, nous avons intégré et décrit les données relatives à leur participation au sein de nos résultats. Cependant, l'exploitation de ces informations sur le plan analytique ne rentrait pas dans le cadre de l'étude de nos hypothèses. Ainsi, les éléments relatifs aux modalités de communication privilégiées par les ostéopathes n'ont fait l'objet d'aucune interprétation.

Il semble pertinent d'approfondir ce travail afin d'observer les outils utilisés par les ostéopathes, les éléments qu'ils identifient comme des limites à la transmission d'informations, etc. Ainsi, il sera possible d'étudier les éventuels liens entre la vision holistique portée par l'ostéopathie et les moyens mis en œuvre par les ostéopathes pour communiquer avec les patients autour de leur parcours de soins.

3.2. Améliorer l'accès aux informations relatives au plan de soins par les professionnels de santé

Lors de l'analyse de nos résultats, nous avons objectivé la nécessité d'uniformiser les connaissances relatives à chaque intervention et de les rendre accessibles afin qu'elles puissent être disponibles pour tous les professionnels de santé. Nous avons identifié deux axes d'intervention pour répondre à ce besoin.

3.2.1. Enrichissement des formations initiales

L'identification d'un besoin d'uniformiser les connaissances relatives à chaque intervention a mis en évidence la nécessité d'envisager des mesures pour enrichir les formations initiales dans ce domaine. Cette étape revêt une importance capitale pour garantir dès la formation une acquisition des connaissances et des compétences nécessaires à la communication avec le patient autour de sa prise en soins.

Cela impliquerait de mettre à jour les programmes de formation en chirurgie-dentaire, en pédiatrie, en masso-kinésithérapie, en orthophonie, ainsi qu'en ostéopathie, dans les établissements d'enseignement supérieur. Cette mise à jour pourrait inclure l'intégration de modules spécifiques sur la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle avec une couverture des diverses interventions constituant ce parcours de soins.

Il semblerait également bénéfique d'encourager l'enseignement interprofessionnel dès les premières années de formation pour mettre en évidence l'importance de la collaboration interdisciplinaire dans la prise en soins des patients.

L'enrichissement des formations initiales présente ainsi un intérêt certain pour répondre au besoin d'uniformisation des compétences et des connaissances dans le domaine de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle. Cependant, la mise en œuvre de cet enrichissement des formations initiales semble difficile à envisager, compte tenu des nombreuses limites administratives et financières qui y sont associées.

3.2.2. Mise à disposition de formations continues

Un niveau de compétence uniformisé et optimal quant aux informations relatives au plan de soins dans le cadre de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle peut également être assuré par la mise à disposition de formations continues.

Au cœur de ces formations, nous suggérons d'associer un temps d'information quant aux diverses pratiques professionnelles liées à chaque intervention, un temps de réflexion autour de cas cliniques, ainsi qu'une phase d'entraînement à l'explication des soins. Il semble en effet pertinent d'introduire un temps participatif durant lequel les professionnels de santé suivant la formation auraient la possibilité de simuler un temps d'échange avec le patient autour de son parcours de soins. Au-delà du contenu de la formation, plusieurs paramètres sont à considérer afin que ces formations répondent aux besoins identifiés.

En premier lieu, il est essentiel de rendre ces formations accessibles à tous les professionnels concernés, afin de limiter les disparités observées. Pour ce faire, plusieurs outils peuvent être envisagés tels que des plateformes en ligne, ou l'organisation de sessions de formation régionales ou nationales.

Afin d'assurer une vision globale et complète du sujet, il est également nécessaire que ces formations soient dispensées par divers professionnels intervenant dans la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle. Cette approche pluridisciplinaire permettrait d'aborder les différents aspects de la prise en soins en informant sur chaque intervention du parcours de soins de manière représentative.

Par ailleurs, la pertinence et la fiabilité des informations transmises ne sera garantie qu'à condition que celles-ci s'appuient sur des données actuelles issues de la recherche scientifique et de la pratique clinique. Ainsi, nous nous assurerons que les contenus proposés reflètent les avancées les plus récentes et les recommandations des instances professionnelles compétentes dans le domaine de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle.

3.3. Faciliter la restitution des informations relatives au plan de soins aux patients

À travers le traitement de nos données, nous avons observé chez les professionnels de santé une tendance à favoriser des outils visuels pour illustrer leurs propos. Cependant, la majorité des praticiens n'utilisant aucun support identifient le manque d'outils fonctionnels et synthétiques disponibles comme un frein à l'illustration de leurs explications. Nous avons également fait le constat que les informations ne sont pas systématiquement apportées aux patients directement, certains professionnels favorisant une transmission des explications aux parents.

3.3.1. Mise à disposition d'outils fonctionnels

Afin de faciliter la restitution des informations relatives au plan de soins, nous suggérons de mettre en œuvre des outils synthétisant les informations relatives à chaque intervention, s'appuyant sur des informations visuelles et pouvant être présentés à tous les patients présentant une déglutition dysfonctionnelle. Par la création de cet outil, nous souhaitons mettre à disposition des professionnels un support visuel permettant de présenter au patient la chronologie de son parcours de soins et les objectifs de chaque intervention. Il est donc primordial que ces deux éléments apparaissent le plus clairement possible.

Notre objectif est de faciliter la collaboration entre les professionnels de santé et les patients en renforçant la compréhension du traitement par le patient et en favorisant son implication dans la prise en soins.

Il est essentiel que ces outils reposent sur des fondements théoriques, afin que les informations qui y figurent soient issues de la recherche. Pourtant, de nombreux auteurs ont

relevé un manque de données théoriques et une absence de recommandations officielles (Homem et al., 2014; Koletsi et al., 2018). Il n'existe donc pas de modèle de prise en soins universel. Pour autant, nous savons que les outils thérapeutiques doivent tenir compte du patient et de son environnement. Le choix d'une prise en soins personnalisée et adaptée passe par une compréhension du patient et de son fonctionnement. Cela implique d'instaurer une relation thérapeutique dès la première rencontre (Courson et al., 2021).

3.3.2. Proposition d'outils

Nous avons élaboré deux modèles de supports visuels répondant aux critères énoncés ci-dessus. Ces modèles sont disponibles en annexe (annexe III). Nous espérons que la mise à disposition de ces supports pourra servir de socle à l'élaboration d'outils pouvant être diffusés aux professionnels afin de présenter au patient la chronologie de son parcours de soins et les objectifs de chaque intervention.

Conclusion

Ces dernières années, nous avons observé une augmentation de l'intérêt scientifique et clinique porté à la communication entre les professionnels de santé et leurs patients, notamment dans le cadre de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle. Notre projet de recherche s'inscrit dans ce courant.

À travers ce travail, notre objectif était d'identifier et de caractériser les modalités utilisées par les professionnels pour communiquer auprès de leurs patients autour de leur parcours de soins. À partir des données de la littérature, nous avons relevé les mécanismes de communication favorisant une meilleure adhésion au traitement et les avons comparés à ceux réellement utilisés par les professionnels de santé impliqués dans la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle. Nous avons également cherché à déterminer quels éléments étaient identifiés par les praticiens comme des limites à la communication autour de la rééducation. Pour ce faire, nous avons interrogé par questionnaire les professionnels concernés.

Nos résultats ont montré une dissociation importante entre les attentes liées aux données de la littérature et les conduites réellement observées. Nous avons notamment identifié d'importantes disparités entre les modalités de communication privilégiées par les professionnels garants de la prescription et ceux garants de la rééducation. En effet, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les orthodontistes favorisent un apport d'information régulier et suivant les principes de l'éducation myofonctionnelle, tandis que les prescripteurs ne communiquent que rarement autour du parcours de soins. Aussi, nous avons observé que le manque d'uniformisation des connaissances autour des interventions de chaque professionnel est identifié par les praticiens comme une limite à l'apport d'informations au patient.

L'analyse de ces résultats a révélé une nécessité de garantir une communication à propos de la prise en soins du patient dès le début du parcours de soins et d'uniformiser les connaissances relatives à chaque intervention afin que le défaut d'accès à ces connaissances ne constitue plus une limite à la communication d'informations.

Ces constats nous encouragent à envisager des perspectives pour améliorer l'accès à une information synthétique pour tous les professionnels de santé et favoriser une communication efficace autour du plan de soins du patient. Pour ce faire, nous préconisons l'enrichissement de la formation initiale, l'élaboration de formations continues, et la mise en œuvre d'un support visuel synthétisant les informations relatives au parcours de soins dans le cadre de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle. Ainsi, nous espérons que les patients disposent de toutes les informations nécessaires pour être acteurs de leur traitement et y adhérer.

Références bibliographiques

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2002). *Indications de l'orthodontie dento-faciale et dento-maxillo-faciale chez l'enfant et l'adolescent* (p. 151-155) [Recommandation de bonne pratique]. ANAES. <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2003). *Les critères d'aboutissement du traitement d'orthopédie dento-faciale* (p. 1-42) [Recommandation de bonne pratique]. ANAES. https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Traitement_orthop_dento_faciale_rap.pdf
- Agence Numérique de Santé. (2024). *Répertoire RPPS* [Répertoire]. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://esante.gouv.fr/produits-services/repertoire-rpps>
- Aghakhani, N., Nia, H. S., Ranjbar, H., Rahbar, N., & Beheshti, Z. (2012). Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(1), 12-15.
- Allouch, E. (2006). Place de l'orthophoniste dans les traitements orthodontiques. *La déglutition dysfonctionnelle*, 44(226), 47-55.
- Amat, P., & Brezulier, D. (2021). Rééducation myofonctionnelle orofaciale et orthodontie : État des lieux en France. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 55(4), 443-455. <https://doi.org/10.1051/odf/2021031>
- Ammouche, F. (2017). Possibilités offertes par la rééducation fonctionnelle dans la prise en charge orthodontique préventive et interceptive: *Santé Publique*, Vol. 29(5), 707-709. <https://doi.org/10.3917/spub.175.0707>
- Amr-Rey, O., Sánchez-Delgado, P., Salvador-Palmer, R., Cibrián, R., & Paredes-Gallardo, V. (2022). Association between malocclusion and articulation of phonemes in early childhood. *The Angle Orthodontist*, 92(4), 505-511. <https://doi.org/10.2319/043021-342.1>
- Arnaud-Pellet, N. (2016). Échecs et rééducation linguale. *L'Orthodontie Française*, 87(1), 91-94. <https://doi.org/10.1051/orthodfr/2016007>
- Auzou, P. (2007). Anatomie et physiologie de la déglutition normale | Elsevier Enhanced Reader. *Kinesither Rev*, 7(64), 14-18. [https://doi.org/10.1016/S1779-0123\(07\)70368-6](https://doi.org/10.1016/S1779-0123(07)70368-6)
- Bassigny, F. (2002). Les béances antérieures : Diagnostic et principes thérapeutiques à l'intention du pédiatre. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 36(3), 353-362. <https://doi.org/10.1051/odf/2002017>
- Begnoni, G., Cadenas de Llano-Pérula, M., Dellavia, C., & Willems, G. (2020). Cephalometric traits in children and adolescents with and without atypical swallowing : A retrospective study. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 21(1), 46-52. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2020.21.01.09>
- Boileau, M.-J., Sampeur, M., Duhart, A. M., El Amrani, K., & Bardinet, É. (2013). Chapitre 1—Anomalies sagittales. In M.-J. Boileau (Éd.), *Orthodontie de l'enfant et du jeune*

adulte -Tome 2 (p. 1-129). Elsevier Masson. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-72470-1.50009-3>

- Cayley, A., Tindall, A., Sampson, W., & Butcher, A. (2000). Electropalatographic and cephalometric assessment of tongue function in open bite and non-open bite subjects. *European journal of orthodontics*, 22, 463-474.
<https://doi.org/10.1093/ejo/22.5.463>
- Celli, D., Manente, A., DeCarlo, A., & Deli, R. (2014). Long-term stability of anterior open bite correction in mixed dentition with a new treatment protocol. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 15(2), 158-162.
- Chotard, J., Arnoldi, M., & Danguy, M. (2012). *PRI et orthophonie : Concurrence ou complémentarité ?* [Mémoire]. Université de Lorraine; Université de Lorraine.
http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MORT_2012_CHOTARD_JEANNE.pdf
- Courson, F., Fourgeront, N., Gil, H., & Amat, P. (2021). Rééducation myofonctionnelle orofaciale et orthodontie intégrative : Un entretien avec Frédéric Courson, Nicolas Fougeront et Hélène Gil. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 55(4), 421-441.
<https://doi.org/10.1051/odf/2021030>
- Décret numéro 2013-798 du 30 août 2013 relatif au régime des études en vue du certificat de capacité d'orthophoniste, Pub. L. No. 2013-798, ESR51317552D (2013).
https://sante.sorbonne-universite.fr/sites/default/files/media/2019-12/le_decret_0.pdf
- Ding, Q., Wang, S., & Lai, G.-Y. (2021). [A survey of parents' cognition about orofacial myofunctional therapy in children with orofacial muscle dysfunction]. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue = Shanghai Journal of Stomatology*, 30(5), 539-542.
- Dixit, U. B., & Shetty, R. M. (2013). Comparison of soft-tissue, dental, and skeletal characteristics in children with and without tongue thrusting habit. *Contemporary Clinical Dentistry*, 4(1), 2-6. <https://doi.org/10.4103/0976-237X.111585>
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Romer, C. (1993). The Role of Deliberate Practice in the Acquisition of Expert Performance. *Psychological Review*, 100(3), 363-406.
- Farronato, G., Giannini, L., Riva, R., Galbiati, G., & Maspero, C. (2012). Correlations between malocclusions and dyslalias. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 13(1), 13-18.
- Fournier, M. (1994). La rééducation fonctionnelle chez l'enfant et son contrôle par l'orthodontiste. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 28(4), Article 4.
<https://doi.org/10.1051/odf/1994027>
- Fournier, M. (2009). Le rôle du rééducateur. *L'Information Dentaire*, 25, 1402-1404.
- Fournier, M., & Girard, M. (2013). Acquisition et maintien des automatismes en rééducation maxillo-faciale. *L'Orthodontie Française*, 84(3), 287-294.
<https://doi.org/10.1051/orthodfr/2013059>
- Gallerano, G., Ruoppolo, G., & Silvestri, A. (2012). Myofunctional and speech rehabilitation after orthodontic-surgical treatment of dento-maxillofacial dysgnathia. *Progress in Orthodontics*, 13(1), 57-68. <https://doi.org/10.1016/j.pio.2011.08.002>

- Gil, H., Bergès-Bouines, M., & Courson, Frederic. (2021). Parafonctions : Mieux les comprendre pour mieux les traiter. *Orthodontie Française*, 92(3), 357-366. <https://doi.org/10.1684/orthodfr.2021.50>
- Gil, H., & Fougeront, N. (2015). Dépister un dysfonctionnement lingual : Bilan à l'usage des prescripteurs. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 49(3), 277-292. <https://doi.org/10.1051/odf/2015026>
- Gil, H., & Fougeront, N. (2018). Traiter un dysfonctionnement lingual : Rééducation à l'usage des prescripteurs. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 52(4), 343-350. <https://doi.org/10.1051/odf/2018025>
- Gingras, M.-È., & Belleau, H. (2015, mai). *Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : Une revue de la littérature*. <https://www.semanticscholar.org/paper/Avantages-et-d%C3%A9savantages-du-sondage-en-ligne-comme-Gingras-Belleau/522627daf00e176c461d8e779db292674ed64451>
- Girard, M., Leroux, C., Girard, M., & Leroux, C. (2015). Gestion des muscles et des fonctions par le kinésithérapeute dans les traitements orthodontiques et ortho-chirurgicaux. Rééducation oro-myofonctionnelle. *L'Orthodontie Française*, 86(1), 95-111. <https://doi.org/10.1051/orthodfr/2015012>
- Godelar, Y. (2017). *Rôles du chirurgien dentiste omnipraticien dans la prévention et l'interception des malocclusions par éducation fonctionnelle* [Université de Lorraine]. Université de Lorraine. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932056/document>
- Grémy, J.-P. (1987). Les expériences françaises sur la formulation des questions d'enquête : Résultats d'un premier inventaire. *Revue française de sociologie*, 28(4), 567-599. <https://doi.org/10.2307/3321549>
- Gugino, C., & Dus, I. (2000). Les concepts du déverrouillage : L'interaction entre forme et fonction. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 34(1), 83-107. <https://doi.org/10.1051/odf/2000001>
- Guilleminault, C., & Huang, Y.-S. (2018). From oral facial dysfunction to dysmorphism and the onset of pediatric OSA. *Sleep Medicine Reviews*, 40, 203-214. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.06.008>
- Guiral-Desnoës, H., & Gil, H. (2017). Interview d'Hélène Gil par Hélène Guiral-Desnoës. Comment rééduquer un dysfonctionnement lingual ? *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 51(1), Article 1. <https://doi.org/10.1051/odf/2016049>
- Hajjioui, A., Fourtassi, M., & Nejjari, C. (2015). Le handicap au Maroc : Étude d'adéquation entre l'offre de soins et le besoin en rééducation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation En Médecine Physique et de Réadaptation*, 35(1), 33-37. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2014.11.001>
- HAS. (2007). *Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation* [Guide méthodologique]. Haute Autorité de Santé. <http://link.springer.com/10.1007/s11690-009-0174-4>
- Hitos, S. F., Arakaki, R., Solé, D., & Weckx, L. L. M. (2013). Oral breathing and speech disorders in children. *Jornal De Pediatria*, 89(4), 361-365. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2012.12.007>

- Homem, M., Vieira-Andrade, R., Falci, S., Ramos-Jorge, M., & Marques, L. (2014). Effectiveness of orofacial myofunctional therapy in orthodontic patients : A systematic review. *Dental press journal of orthodontics*, 19, 94-99. <https://doi.org/10.1590/2176-9451.19.4.094-099.oar>
- Jasiakiewietz, V. (2022). *Réflexion sur une approche globale et interdisciplinaire de la prise en charge des dysfonctions oro-faciales chez l'enfant de 0 à 6 ans* [Université de Lorraine]. Université de Lorraine. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870188>
- Kasparaviciene, K., Sidlauskas, A., Zasciurinskiene, E., Vasiliauskas, A., Juodzbaly, G., Sidlauskas, M., & Marmaite, U. (2014). The Prevalence of Malocclusion and Oral Habits among 5–7-Year-Old Children. *Medical Science Monitor*, 20, 2036-2042. <https://doi.org/10.12659/MSM.890885>
- Kikyo, T., Saito, M., & Ishikawa, M. (1999). A study comparing ultrasound images of tongue movements between open bite children and normal children in the early mixed dentition period. *Journal of Medical and Dental Sciences*, 46(3), 127-137.
- Klocke, A., Korbmacher, H., & Kahl-Nieke, B. (2000). Der Status der myofunktionellen Therapie im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit aus der Sicht des Muskelfunktionstherapeuten. *Sprache · Stimme · Gehör*, 24(1), 38-43. <https://doi.org/10.1055/s-2000-11066>
- Koletsis, D., Makou, M., & Pandis, N. (2018). Effect of orthodontic management and orofacial muscle training protocols on the correction of myofunctional and myoskeletal problems in developing dentition. A systematic review and meta-analysis. *Orthodontics & Craniofacial Research*, 21(4), 202-215. <https://doi.org/10.1111/ocr.12240>
- Kolf, J. (2006). Les classes II division 1. Historique et évolution des concepts. *Odontologie/Orthopédie dentofaciale*.
- Korbmacher, H., & Kahl-Nieke, B. (2001). Optimizing Interdisciplinary Cooperation for Patients with Orofacial Dysfunctions Presentation of an Interdisciplinary Diagnostic Referral Sheet : Presentation of an Interdisciplinary Diagnostic Referral Sheet. *Journal of Orofacial Orthopedics / Fortschritte Der Kieferorthopädie*, 62(3), 246-250. <https://doi.org/10.1007/PL00001932>
- Kukwa, W., Guilleminault, C., Tomaszewska, M., Kukwa, A., Krzeski, A., & Migacz, E. (2018). Prevalence of upper respiratory tract infections in habitually snoring and mouth breathing children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 107, 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2018.01.022>
- L. Crevier-Buchman, S. Borel, & D. Brasnu. (2007). Physiologie de la déglutition normale. *Oto-rhino-laryngologie*, 2, 1-13. [https://doi.org/10.1016/S0246-0351\(07\)41905-5](https://doi.org/10.1016/S0246-0351(07)41905-5)
- Landouzy, J.-M., Sergent Delattre, A. n. n. e., Fenart, R., Delattre, B., Claire, J., & Biecq, M. (2009). La langue : Déglutition, fonctions oro-faciales, croissance crânio-faciale. *International Orthodontics*, 7(3), 227-256. [https://doi.org/10.1016/S1761-7227\(09\)73500-4](https://doi.org/10.1016/S1761-7227(09)73500-4)
- Lannadère, É., Gatignol, P., & Picard, D. (2021). Rééducation orthophonique auprès de personnes présentant des dysmorphoses maxillo-mandibulaires. In *Troubles oro-myofonctionnels chez l'enfant et l'adulte* (p. 70-73). De Boeck Supérieur.

https://www.cairn-sciences.info/article.php?ID_ARTICLE=DBU_GATIG_2021_01_0070

- Leloup, G. (2006). Sémiologie de la déglutition dysfonctionnelle et des dysfonctions oro-faciales. *Rééducation orthophonique*, Vol. 44(n° 226), 29-38.
- Mano, M.-C., Begué-Simon, A.-M., Hamel, O., Sorel, O., & Hervé, C. (2010). Éducation thérapeutique de l'enfant et de l'adolescent : Réflexions éthiques en orthopédie dento-faciale. *L'Orthodontie Française*, 81(4), 315-321.
<https://doi.org/10.1051/orthodfr/2010028>
- Margaillan-Fiammengo, L. (1983). Personnalité et dysfonctions. Contribution à la correction de la déglutition dysfonctionnelle. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 17(3), 313-318.
<https://doi.org/10.1051/odf/1983032>
- Mason, R. M. (2011). Myths that persist about orofacial myology. *International Journal of Orofacial Myology*, 37(1), 26-38. <https://doi.org/10.52010/ijom.2011.37.1.2>
- Mason, R. M., & Proffit, W. R. (1974). The tongue thrust controversy : Background and recommendations. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39(2), 115-132.
<https://doi.org/10.1044/jshd.3902.115>
- Maspero, C., Cenzato, N., & Iannotti, L. (2021). Open bite and atypical swallowing : Orthodontic treatment, speech therapy or both? A literature review. *EUROPEAN JOURNAL OF PAEDIATRIC DENTISTRY*, 22(4), 286-290.
<https://doi.org/10.23804/ejpd.2021.22.04.5>
- Maspero, C., Prevedello, C., Giannini, L., Galbiati, G., & Farronato, G. (2014). Atypical swallowing : A review. *Minerva stomatologica*, 63, 217-227.
- Melki-Frèrejouand, C., & Naulin-lfi, C. (2018). Endoalvéolie / Endognathie du maxillaire : Comment traiter les anomalies du sens transversal ? *Revue Odonto Stomatologique*, 47(3), 223-240.
- Menin-Sicard, A., & Sicard, E. (2017). Phono-articulatory disorders and intelligibility : Role of lingual and palatal reading. *Rééducation orthophonique*. <https://hal.science/hal-01816184>
- Moscarola, J. (1995). Les utilisations pédagogiques du Sphinx, de l'enseignement à la recherche. *Les revues de l'EPI*, 78, 219-235.
- Neiva, P. D., Kirkwood, R. N., Mendes, P. L., Zabjek, K., Becker, H. G., & Mathur, S. (2018). Postural disorders in mouth breathing children : A systematic review. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 22(1), 7-19. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.06.011>
- Nomenclature Générale des Actes Professionnels (2024).
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP-07032024.pdf>
- Oliveira, Y. S., Mba Angoue, J. M., Oura, L., Opra, M. C., Tchoua, R., & Nzenze, J. R. (2015). La réadaptation médicale au Gabon : Où en sommes-nous ? *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 35(1), 28-32. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2014.09.004>
- Papé, R. de, Brandelet, M., Chabre, C., & Froger, F. (2012). Électromyographie de surface : Apport au diagnostic de la déglutition atypique et aide à la décision thérapeutique.

Revue d'Orthopédie Dento-Faciale, 46(4), Article 4.
<https://doi.org/10.1051/odf/2012403>

- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20. <https://doi.org/10.3917/rsi.110.0013>
- Peng, C.-L. (2003). Differential diagnosis between infantile and mature swallowing with ultrasonography. *The European Journal of Orthodontics*, 25(5), 451-456. <https://doi.org/10.1093/ejo/25.5.451>
- Pétre, B., Peignot, A., Gagnayre, R., Bertin, E., Ziegler, O., & Guillaume, M. (2019). La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 11(1). <https://doi.org/10.1051/tpe/2018019>
- Piron, L., Warnier, M., & Maillart, C. (2023). Agir en prévention et comprendre leurs liens avec la parole. *ULPF - INFO*, 4, 14-23.
- Proffit, W. R., & Mason, R. M. (1975). Myofunctional therapy for tongue-thrusting : Background and recommendations. *The Journal of the American Dental Association*, 90(2), 403-411. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1975.0075>
- Raskin, S., Limme, M., & Poirrier, R. (2000). [Could mouth breathing lead to obstructive sleep apnea syndromes. A preliminary study]. *L' Orthodontie Francaise*, 71(1), 27-35.
- Rollet, D. (2015). Interception des malocclusions à l'aide des éducateurs fonctionnels. *Réalités Cliniques*, 26(2), 117-129.
- Sacomanno, S., Antonini, G., D'Alatri, L., D'Angelantonio, M., Fiorita, A., & Deli, R. (2012a). Causal relationship between malocclusion and oral muscles dysfunction : A model of approach. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 13, 321-323.
- Sacomanno, S., Antonini, G., D'Alatri, L., D'Angelantonio, M., Fiorita, A., & Deli, R. (2012b). Patients treated with orthodontic-myofunctional therapeutic protocol. *European journal of paediatric dentistry : official journal of European Academy of Paediatric Dentistry*, 13, 241-243.
- Salès-Wuillemin, E. (2006). Méthodologie de l'enquête. In *Cours de psychologie Sociale 1* (Presses Universitaires de France, p. 45-77). Presses Universitaires de France. <https://shs.hal.science/halshs-00903244>
- Seraoui, H. (2016). Les occlusions pathologiques : Physiologie et traitement. *Journal Algérien de Médecine*, 24(6), 243-249.
- Shah, S. S., Nankar, M. Y., Bendgude, V. D., & Shetty, B. R. (2021). Orofacial Myofunctional Therapy in Tongue Thrust Habit : A Narrative Review. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 14(2), 298-303. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1926>
- Smithpeter, J., & Covell, D. (2010). Relapse of anterior open bites treated with orthodontic appliances with and without orofacial myofunctional therapy. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics: Official Publication of the American Association of Orthodontists, Its Constituent Societies, and the American Board of Orthodontics*, 137(5), 605-614. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2008.07.016>

- Souki, B. Q., Pimenta, G. B., Souki, M. Q., Franco, L. P., Becker, H. M. G., & Pinto, J. A. (2009). Prevalence of malocclusion among mouth breathing children : Do expectations meet reality? *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 73(5), 767-773. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.02.006>
- Soulet, A. (1989a). Éducation neuro-musculaire des fonctions oro-faciales. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 23(2), 135-175. <https://doi.org/10.1051/odf/1989013>
- Soulet, A. (1989b). Rôle de la langue au cours des fonctions oro-faciales. *Revue d'Orthopédie Dento-Faciale*, 23(1), 31-52. <https://doi.org/10.1051/odf/1989005>
- Sow, A., Smekens, T., De Man, J., De Spigelaere, M., Vanlerberghe, V., Van Dormael, M., & Criel, B. (2021). Qualité de la communication soignant-patient : Quels apports de l'intégration de la santé mentale dans des services de première ligne en Guinée ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 69(5), 287-295. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.06.001>
- Subtelny, J. D., & Sakuda, M. (1964). Open-bite : Diagnosis and treatment. *American Journal of Orthodontics*, 50(5), 337-358. [https://doi.org/10.1016/0002-9416\(64\)90175-7](https://doi.org/10.1016/0002-9416(64)90175-7)
- Terrat, É. (2020). La communication, un apprentissage au service du prendre soin. *L'Aide-Soignante*, 34(222), 10-11. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2020.10.007>
- Thibault, C., & Pitrou, M. (2018). Annexe 1. Décrets D'actes. In *Troubles du langage et de la communication: Vol. 3e éd.* (p. 265-280). Dunod. <https://www.cairn.info/troubles-du-langage-et-de-la-communication--9782100784738-p-265.htm>
- Traing, M. (2021). *Conséquences des dysfonctions et des para-fonctions sur l'occlusion du jeune patient et leur prise en charge pluridisciplinaire* [Thèse]. Université de Paris.
- Tribonnière, X. de la, & Gagnayre, R. (2013). L'interdisciplinarité en éducation thérapeutique du patient : Du concept à une proposition de critères d'évaluation. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 5(1), Article 1. <https://doi.org/10.1051/tpe/2013027>
- Tubiana-Rufi, N. (2009). Éducation thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique. *La Presse Médicale*, 38(12), 1805-1813. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2009.09.003>
- Valot, L., & Lalau, J.-D. (2020). L'alliance thérapeutique. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 14(8), 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2020.09.005>
- Van Dyck, C., Dekeyser, A., Vantricht, E., Manders, E., Goeleven, A., Fieuids, S., & Willems, G. (2016). The effect of orofacial myofunctional treatment in children with anterior open bite and tongue dysfunction : A pilot study. *The European Journal of Orthodontics*, 38(3), 227-234. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjv044>
- Warnier, M. (2018). Cap sur les actualités scientifiques en thérapie oro-myofonctionnelle. *UPLF info*, XXXV(5). <https://orbi.uliege.be/handle/2268/234377>
- Yashiro, K., & Takada, K. (1999). Tongue muscle activity after orthodontic treatment of anterior open bite : A case report. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 115(6), 660-666. [https://doi.org/10.1016/S0889-5406\(99\)70292-1](https://doi.org/10.1016/S0889-5406(99)70292-1)

Annexes

Annexe I. Bilan à l'usage des prescripteurs (Gil & Fougeront, 2015)	82
Annexe II. Questionnaire réalisé sur SphinxOnline®	84
Annexe III. Tests statistiques	88
Annexe III.I. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 1.1.....	88
Annexe III.II. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 1.2.....	88
Annexe III.III. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 1.3.....	89
Annexe III.IV. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 2.1.	91
Annexe III.V. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 2.2.	91
Annexe III.VI. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 2.3.	92
Annexe III.VII. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 2.4.	92
Annexe III.VIII. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 3.1.	93
Annexe III.IX. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 3.2.	94
Annexe IV. Modèles de supports visuels	95

BILAN LINGUAL

POSITION DE REPOS DE LA LANGUE

1. Langue entre les arcades ou langue entre les lèvres



2. Langue en appui sur le bloc incisivo-canin maxillaire



3. Dos de la langue au palais et pointe sur les racines des incisives mandibulaires

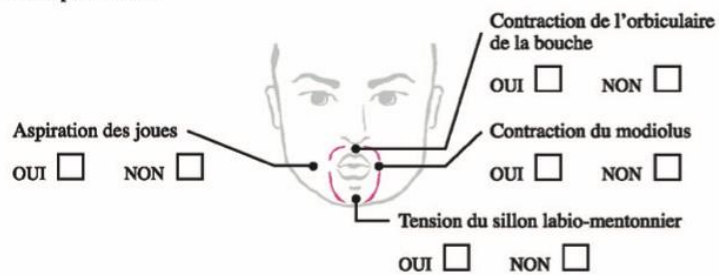


4. Langue basse



DÉGLUTITION

1. Zone péri-buccale



2. Mouvement de la langue en bouche

Interposition linguale

OUI NON

PHONATION

Test des palatales

- Épeler DINETTE et TARTINE :

La langue touche le bloc incisivo-canin

OUI NON

VENTILATION

1. Le matin, avez-vous la bouche sèche?

Respiration buccale nocturne

OUI NON

2. Avez-vous de façon récurrente des problèmes ORL?
(rhino-pharyngite, otites, ronflements, SAOS...)

OUI NON

PARAFONCTIONS

1. Portez-vous vos doigts ou des objets en bouche (pouce, doigts, lèvre...)?

OUI NON

2. Sentez-vous votre langue affleurer de façon répétitive vos dents et vos lèvres ?
(tétage de langue)

OUI NON

3. Sentez-vous un contact entre vos dents?

OUI NON

4. Grincez-vous des dents?

OUI NON

Hélène GIL / h70gil@orange.fr

Communication avec le patient présentant une déglutition dysfonctionnelle autour de son parcours de soin

Bonjour,

Je suis Pauline Hechinger. Étudiante en 5ème année d'orthophonie, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude.

L'objectif de ce projet de recherche est de recueillir des informations concernant les repères fournis aux patients et à leur famille dans le cadre de la prise en soin de la déglutition dysfonctionnelle, ainsi que les modalités de transmissions de ces informations.

Je vous remercie pour le temps que vous accorderez à votre participation à ce projet de recherche.

1. Quelle profession exercez-vous ?

- Chirurgien-dentiste
- Dentiste-pédiatrique
- Kinésithérapeute
- Orthodontiste
- Orthophoniste
- Ostéopathe
- Pédiatre

2. Êtes-vous en activité ?

- Oui
- Non

3. Votre patientèle comprend-elle ou a-t-elle déjà compris des personnes présentant une déglutition dysfonctionnelle ?

- Oui
- Non

4. Dans quelle ville exercez-vous ?

5. Dans quel type de lieu exercez-vous ? (cabinet seul.e, cabinet de groupe, maison de santé, hôpital, clinique, etc.)

6. Depuis combien d'années exercez-vous ?

7. Parmi vos patient.e.s présentant une déglutition dysfonctionnelle, veuillez établir un classement de la tranche d'âge la plus représentée à la moins représentée.

3 à 5 ans	+
5 à 8 ans	+
8 à 12 ans	+
12 à 15 ans	+
15 ans et plus	+

Glissez-déposez vos réponses ici

8. Combien de temps consacrez-vous à un premier entretien avec un.e patient.e qui consulte dans le cadre d'une déglutition dysfonctionnelle ?

- Moins de 15 minutes
- 15 à 30 minutes
- 30 à 45 minutes
- 45 à 60 minutes
- Plus de 60 minutes

9. Diriez-vous que vous expliquez le plan de soin d'une rééducation de la déglutition dysfonctionnelle aux patient.e.s concerné.e.s :

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

10. Diriez-vous que cette présentation dure :

- Moins de 5 minutes
- 5 à 10 minutes
- 10 à 20 minutes
- 20 à 30 minutes
- 30 à 40 minutes
- Plus de 40 minutes

11. Dans quel lieu fournissez-vous ces explications ?

- Dans le bureau
- Dans la salle d'attente
- Dans les couloirs
- Au téléphone
- Autre

11. Dans quel lieu fournissez-vous ces explications ?

- Dans le bureau
- Dans la salle d'attente
- Dans les couloirs
- Au téléphone
- Autre

12. Lorsque vous fournissez ces explications, vous adressez-vous :

- Au patient
- À ses parents

13. Lors de ces explications, quel(s) type(s) d'informations fournissez-vous à vos patients à propos de **votre prise en soin** ?

- Durée de la prise en soin
- Objectif(s) de la prise en soin
- Matériel utilisé
- Techniques spécifiques
- Consignes à suivre à domicile
- Aucune
- Autre

14. Lors de ces explications, quel(s) type(s) d'informations fournissez-vous à vos patients à propos de la **prise en soin globale** ?

- Rôle des autres professionnels
- Contact des autres professionnels
- Objectif(s) de la prise en soin globale
- Chronologies des interventions
- Aucune
- Autre

15. Fournissez-vous ces explications :

- Lors de la 1ère séance
- En début de chaque séance

16. Selon-vous, quels sont les éléments susceptibles de représenter un frein à l'**explication des différents soins** aux patient.e.s concerné.e.s ?

- Manque de formation en communication
- Manque de temps
- Manque d'uniformisation des connaissances sur les différentes prises en soin
- Aucune
- Autre

16. Selon-vous, quels sont les éléments susceptibles de représenter un frein à l'explication des différents soins aux patient.e.s concerné.e.s ?

- Manque de formation en communication
- Manque de temps
- Manque d'uniformisation des connaissances sur les différentes prises en soin
- Aucune
- Autre

17. Pour fournir ces explications, sur quel(s) type(s) de supports vous appuyez-vous ?

- Schémas
- Modèles physiques
- Vidéos
- Articles
- Aucun
- Autre

18. Selon-vous, quels sont les éléments susceptibles de représenter un frein à l'utilisation de supports pour présenter la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle aux patient.e.s concerné.e.s ?

- Manque d'outils synthétiques
- Manque d'outils fonctionnels
- Inadéquation avec la patientèle (âge, niveau de compréhension, etc)
- Outils trop onéreux
- Aucun
- Autre

Si souhaité, décrivez en quelques lignes les explications que vous transmettez à vos patients concernant la prise en soin (spécifique ou globale) de la déglutition dysfonctionnelle :

Tapez votre texte ici

Annexe III. Tests statistiques

Annexe III.I. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 1.1.

```
> prop.test(15,54)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 15 out of 54, null probability 0.5  
X-squared = 9.7963, df = 1, p-value = 0.001749  
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5  
95 percent confidence interval:  
 0.1686486 0.4186173  
sample estimates:  
      p  
0.2777778
```

```
> prop.test(22,54)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 22 out of 54, null probability 0.5  
X-squared = 1.5, df = 1, p-value = 0.2207  
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5  
95 percent confidence interval:  
 0.2785788 0.5493735  
sample estimates:  
      p  
0.4074074
```

Annexe III.II. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 1.2.

```
> prop.test(5,54)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 5 out of 54, null probability 0.5  
X-squared = 34.241, df = 1, p-value = 4.87e-09  
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5  
95 percent confidence interval:  
 0.03459219 0.21060219  
sample estimates:  
      p  
0.09259259
```

```
> prop.test(25,185)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 25 out of 185, null probability 0.5  
X-squared = 97.059, df = 1, p-value < 2.2e-16  
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5  
95 percent confidence interval:  
 0.09099015 0.19492141  
sample estimates:  
      p  
0.1351351
```



```
> prop.test(45,81)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 45 out of 81, null probability 0.5
X-squared = 0.79012, df = 1, p-value = 0.3741
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.4412501 0.6645498
sample estimates:
      p
0.5555556
```

```
> prop.test(37,79)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 37 out of 79, null probability 0.5
X-squared = 0.20253, df = 1, p-value = 0.6527
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.3564129 0.5833957
sample estimates:
      p
0.4683544
```

Annexe III.III. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 1.3.

```
> prop.test(79,79)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 79 out of 79, null probability 0.5
X-squared = 77.013, df = 1, p-value < 2.2e-16
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.9422187 1.0000000
sample estimates:
      p
1
```

```
> prop.test(150,152)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 150 out of 152, null probability 0.5
X-squared = 142.16, df = 1, p-value < 2.2e-16
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.9483774 0.9977177
sample estimates:
      p
0.9868421
```

```
> prop.test(73,81)
```

1-sample proportions test with continuity correction

```
data: 73 out of 81, null probability 0.5
X-squared = 50.568, df = 1, p-value = 1.151e-12
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.8095518 0.9533386
sample estimates:
      p
0.9012346
```

```
> prop.test(493,645)
```

1-sample proportions test with continuity correction

```
data: 493 out of 645, null probability 0.5
X-squared = 179.22, df = 1, p-value < 2.2e-16
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.7292751 0.7962033
sample estimates:
      p
0.7643411
```

```
> prop.test(96,185)
```

1-sample proportions test with continuity correction

```
data: 96 out of 185, null probability 0.5
X-squared = 0.19459, df = 1, p-value = 0.6591
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.4446100 0.5924296
sample estimates:
      p
0.5189189
```

```
> prop.test(20,54)
```

1-sample proportions test with continuity correction

```
data: 20 out of 54, null probability 0.5
X-squared = 3.1296, df = 1, p-value = 0.07688
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.2462089 0.5129436
sample estimates:
      p
0.3703704
```

```
> prop.test(15,18)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 15 out of 18, null probability 0.5
X-squared = 6.7222, df = 1, p-value = 0.009522
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.5773525 0.9559302
sample estimates:
      p
0.8333333
```

Annexe III.IV. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 2.1.

```
> prop.test(72,79)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 72 out of 79, null probability 0.5
X-squared = 51.848, df = 1, p-value = 5.996e-13
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.8204226 0.9606139
sample estimates:
      p
0.9113924
```

```
> prop.test(122,152)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 122 out of 152, null probability 0.5
X-squared = 54.48, df = 1, p-value = 1.57e-13
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.7286536 0.8609293
sample estimates:
      p
0.8026316
```

Annexe III.V. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 2.2.

```
> prop.test(3,79)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 3 out of 79, null probability 0.5
X-squared = 65.62, df = 1, p-value = 5.467e-16
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.009858745 0.114526011
sample estimates:
      p
0.03797468
```

```
> prop.test(5,152)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 5 out of 152, null probability 0.5
X-squared = 130.8, df = 1, p-value < 2.2e-16
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.01217272 0.07908734
sample estimates:
      p
0.03289474
```

Annexe III.VI. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 2.3.

```
> prop.test(37,151)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 37 out of 151, null probability 0.5
X-squared = 38.252, df = 1, p-value = 6.218e-10
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.1803921 0.3229255
sample estimates:
      p
0.2450331
```

```
> prop.test(22,79)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 22 out of 79, null probability 0.5
X-squared = 14.633, df = 1, p-value = 0.0001306
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.1862961 0.3924877
sample estimates:
      p
0.278481
```

Annexe III.VII. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 2.4.

```
> prop.test(118,152)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 118 out of 152, null probability 0.5
X-squared = 45.322, df = 1, p-value = 1.671e-11
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.7001883 0.8381565
sample estimates:
      p
0.7763158
```

```
> prop.test(78,152)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 78 out of 152, null probability 0.5  
X-squared = 0.059211, df = 1, p-value = 0.8077  
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5  
95 percent confidence interval:  
 0.4311388 0.5945018  
sample estimates:  
      p  
0.5131579
```

```
> prop.test(54,79)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 54 out of 79, null probability 0.5  
X-squared = 9.9241, df = 1, p-value = 0.001631  
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5  
95 percent confidence interval:  
 0.5679825 0.7810615  
sample estimates:  
      p  
0.6835443
```

```
> prop.test(39,79)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 39 out of 79, null probability 0.5  
X-squared = 0, df = 1, p-value = 1  
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5  
95 percent confidence interval:  
 0.3802918 0.6076699  
sample estimates:  
      p  
0.4936709
```

Annexe III.VIII. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 3.1.

```
> prop.test(183,747)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 183 out of 747, null probability 0.5  
X-squared = 193.31, df = 1, p-value < 2.2e-16  
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5  
95 percent confidence interval:  
 0.2148571 0.2777687  
sample estimates:  
      p  
0.2449799
```

```
> prop.test(280,747)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 280 out of 747, null probability 0.5
X-squared = 46.313, df = 1, p-value = 1.008e-11
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.3401885 0.4107822
sample estimates:
      p
0.3748327
```

Annexe III.IX. Tests de proportionnalité de l'hypothèse opérationnelle 3.2.

```
> prop.test(82,184)
```

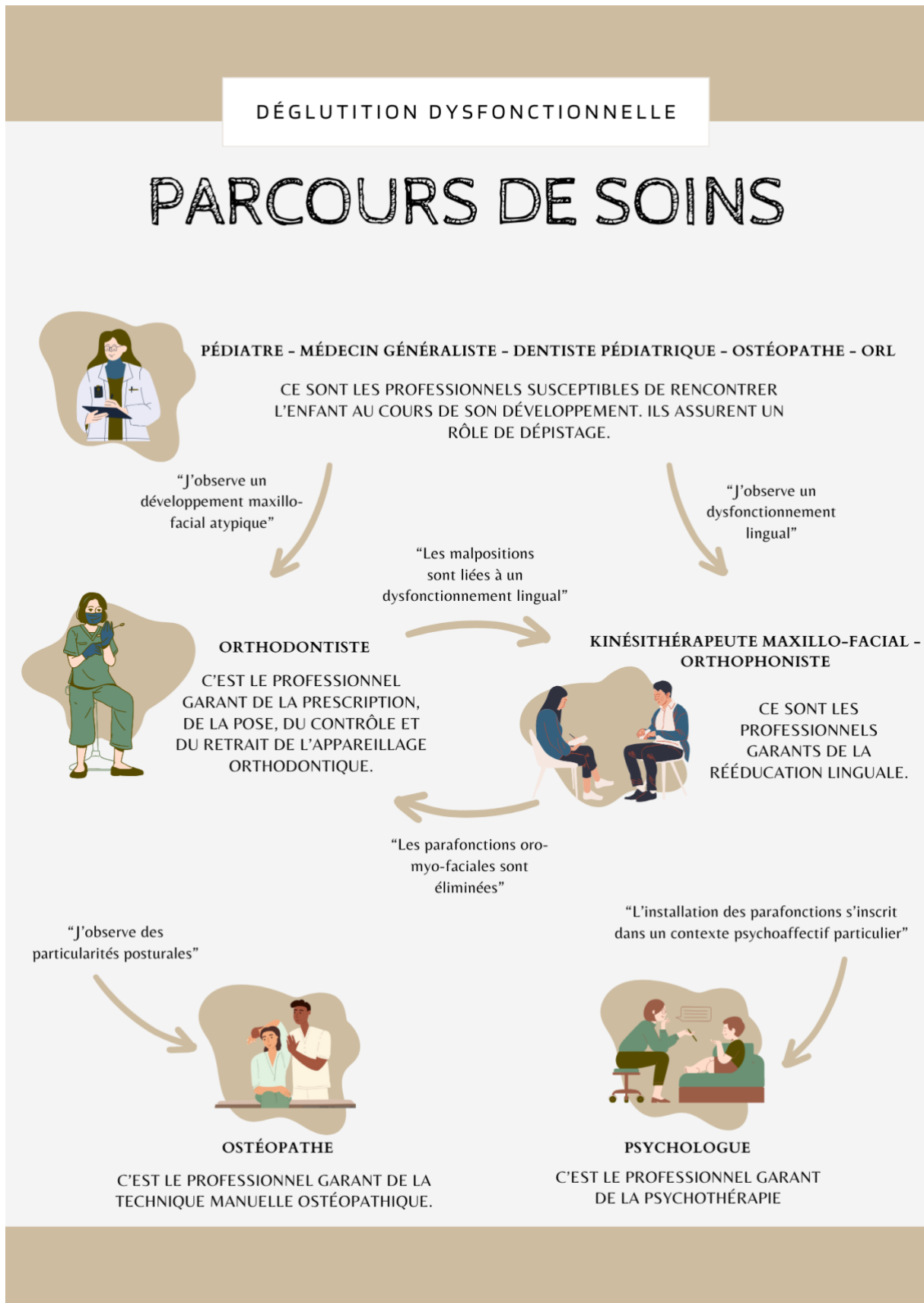
```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 82 out of 184, null probability 0.5
X-squared = 1.962, df = 1, p-value = 0.1613
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.3730567 0.5205537
sample estimates:
      p
0.4456522
```

```
> prop.test(14,184)
```

```
1-sample proportions test with continuity correction
```

```
data: 14 out of 184, null probability 0.5
X-squared = 130.57, df = 1, p-value < 2.2e-16
alternative hypothesis: true p is not equal to 0.5
95 percent confidence interval:
 0.04379971 0.12689949
sample estimates:
      p
0.07608696
```



CE QUE J'EXPLIQUE



PÉDIATRE - MÉDECIN GÉNÉRALISTE - DENTISTE PÉDIATRIQUE - OSTÉOPATHE - ORL

"Les dents servent à..."

"Tu vas rencontrer un orthodontiste, qui va regarder comment tes dents sont positionnées, et les aider à s'organiser entre elles si elles en ont besoin"

"La déglutition, c'est..."

"Tu vas rencontrer un kinésithérapeute ou une orthophoniste, qui va observer comment tu déglutis, et t'aider à corriger les mouvements de ta langue si elle ne fonctionne pas bien"



ORTHODONTISTE

"Les dents servent à..."

"Elles peuvent être positionnées de différentes manières. Les tiennes sont disposées comme ceci..."

"Ensemble, nous allons essayer de les aider à se redresser pour..."

"Ton rôle, c'est de..."

SCHÉMAS

KINÉSITHÉRAPEUTE MAXILLO-FACIAL - ORTHOPHONISTE

"La déglutition, c'est..."

"Il y a plusieurs manières de positionner sa langue quand on avale. La tienne se place ici, ce qui crée..."

"Ensemble, nous allons essayer d'aider ta langue à se positionner correctement..."

"Ton rôle, c'est de..."

SCHÉMAS VIDÉOS

"Les tensions, ce sont..."

"La posture, c'est..."

"Tu as des tensions, qui t'empêchent de bien positionner ta langue, car..."

"Ensemble, nous allons essayer de réduire ces tensions pour..."

OSTÉOPATHE

"Ton rôle, c'est de..."

"Ce que tu vis/ressens empêche ta langue de se positionner correctement, car..."

"Ensemble, nous allons discuter de ce que tu vis/ressens pour..."

PSYCHOLOGUE

"Ton rôle, c'est de..."

La place de l'explication des soins dans l'accompagnement du jeune patient présentant une déglutition dysfonctionnelle

Le mécanisme de déglutition dysfonctionnelle, souvent inscrit dans le cadre d'un trouble oro-myo-fonctionnel global, génère de nombreuses difficultés sur les plans respiratoire, cognitif, anatomique, postural et du sommeil. La diminution de ces troubles secondaires repose sur une prise en soins efficace du mécanisme de déglutition. Nous savons que la motivation du patient et son adhésion au traitement sont des éléments prédictifs de l'efficacité de la rééducation de la déglutition dysfonctionnelle. Or, cette implication prend appui sur une bonne compréhension des difficultés rencontrées et des moyens à mettre en œuvre pour y remédier. Nous avons ainsi choisi d'explorer les modalités et le contenu des informations transmises par les professionnels de santé à leurs patients, en interrogeant les praticiens concernés par questionnaire. L'étude des données recueillies nous a permis d'objectiver des disparités entre les modalités de communication privilégiées par les professionnels garants de la prescription et ceux garants de la rééducation. Nous avons également observé que le manque d'uniformisation des connaissances autour des interventions de chaque professionnel est identifié par les praticiens comme une limite à l'apport d'informations au patient. Cette étude a révélé une nécessité de garantir une communication à propos de la prise en soins dès le début du parcours de soins et d'uniformiser les connaissances relatives à chaque intervention afin que le défaut d'accès à ces connaissances ne constitue plus une limite à la communication d'informations. Pour ce faire, nous suggérons d'enrichir les formations initiales des professionnels concernés, d'élaborer des formations continues, et de mettre en œuvre un outil facilitant la transmission des informations relatives au plan de soins.

Mots-clés : déglutition dysfonctionnelle, accompagnement, information, patient, parcours de soins

The role of care explanations in supporting young patients with dysfunctional swallowing – Survey to explore the methods and content of information transmitted by professionals

The dysfunctional swallowing mechanism, often part of an overall oro-myo-functional disorder, generates numerous difficulties in terms of breathing, cognition, anatomy, posture, and sleep. Reducing these secondary disorders depends on effective management of the swallowing mechanism. We know that patient motivation and adherence to treatment predict the effectiveness of dysfunctional swallowing rehabilitation. This involvement is based on a clear understanding of the difficulties encountered and the means to be implemented to remedy them. We therefore chose to explore the modalities and content of the information transmitted by healthcare professionals to their patients, by questioning the practitioners concerned by questionnaire. Our study of the data collected revealed disparities between the communication methods favored by professionals responsible for ordering and those responsible for rehabilitation. We also observed that practitioners identified a lack of standardized knowledge about each professional's interventions as a limitation in providing information to patients. This study revealed the need to guarantee communication regarding care from the outset of the care pathway, and to standardize the knowledge relating to each intervention so that the lack of access to this knowledge no longer constitutes a limit to the transmission of information. To achieve this, we suggest enhancing the initial training of the involved professionals, developing continuous training program, and implementing a tool to facilitate the transmission of information regarding the care plan.

Keywords : dysfunctional swallowing, supporting, information, patient, care pathway

