



**HAL**  
open science

# Étude rétrospective descriptive de la consultation MEOPA au sein du service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix au cours de l'année 2016

Sophie Gereige

► **To cite this version:**

Sophie Gereige. Étude rétrospective descriptive de la consultation MEOPA au sein du service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix au cours de l'année 2016. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01887244

**HAL Id: dumas-01887244**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01887244>**

Submitted on 3 Oct 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

## AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

## UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

### FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2018

N° 043

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 29 mai 2018

Par

Sophie GEREIGE

# Étude rétrospective descriptive de la consultation MEOPA au sein du service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix au cours de l'année 2016

Dirigée Mme le Docteur Aurélie Marcel

JURY

Mme le Professeur Tiphaine Davit-Béal

Président

Mme le Docteur Élisabeth Dursun

Assesseur

Mme le Docteur Alice Germa

Assesseur

Mme le Docteur Aurélie Marcel

Assesseur

Mme le Docteur Lia Yacoub

Invité





## Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme VITAL	M. COURSON Mme DURSUN Mme JEGAT Mme SMAÏL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET	Mme GERMA M. PIRNAY M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD M. ROCHEFORT (PU associé)	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN Mme CHERIFI (MCU associée) M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS (MCU associée) Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON (MCU associée) M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES	M. POSTAIRE	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX		M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE (MCU associée) M. SALMON Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Mise à jour le 18 décembre 2017



## Remerciements

---

**À Mme le Professeur Tiphaine Davit-Béal**

*Docteur en Chirurgie dentaire*

*Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire*

*Ancien Interne des Hôpitaux*

*Docteur de l'Université Pierre et Marie Curie*

*Habilitée à Diriger des Recherches*

*Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes*

*Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris*

Pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Pour m'avoir donné envie de soigner les petits patients et m'avoir tant appris et soutenue durant mon cursus. Pour la confiance que vous m'accordez les vendredis matin en consultation interception. Pour votre bonne humeur, et votre implication auprès des étudiants. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect les plus sincères.



**À Mme le Docteur Élisabeth Dursun**

*Docteur en Chirurgie dentaire*

*Ancien Interne des Hôpitaux*

*Docteur de l'Université Paris Nord*

*Maitre de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes*

*Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris*

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon sincère respect.



**À Mme le Docteur Alice Germa**

*Docteur en Chirurgie dentaire*

*Docteur de l'Université Paris Sud*

*Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes*

*Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris*

Pour m'avoir fait l'honneur de faire partie de ce jury. Pour les connaissances que vous m'avez transmises au cours de mon cursus. Pour vos conseils au cours de mes années cliniques à Ivry. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect les plus sincères.



**À Mme le Docteur Aurélie Marcel**

*Docteur en Chirurgie dentaire*

*Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes*

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse. Pour m'avoir soutenue dans ce travail de recherche. Pour tout ce que tu m'as appris lors de l'option MEOPA et la confiance que tu m'as accordée tous les mardis après-midi. Pour ta bonne humeur communicative. Trouve ici l'expression de toute ma reconnaissance et mon sincère respect.



**À Mme le Docteur Lia Yacoub**

*Docteur en Chirurgie dentaire*

*Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes*

Pour avoir accepté de participer à ce jury. Pour tous les conseils et le soutien que tu m'as apporté depuis ma première année de clinique et que tu m'apportes encore aujourd'hui. Pour ta gentillesse et ta patience. Trouve ici l'expression de toute ma gratitude et mon sincère respect.

**À mes parents,**

Pour votre amour inconditionnel, votre soutien sans faille. Tout ça c'est beaucoup grâce à vous. Papa merci pour ton aide précieuse. Ce mémoire vous est dédié à tous les deux.

**À mon frère Simon,**

Merci pour ton soutien depuis le jour 1 littéralement. Merci de toujours m'encourager, me supporter et me faire rire.

**À ma famille, en France, au Liban, aux Etats-Unis, en Australie,**

Car de près ou de loin vous m'avez soutenue au cours de mes études. Merci à vous tous.

**À mes cousins, Eric, Guillaume, Marc, Charlotte, Julien et Benoît,**

Vous avez été là dans les bons moments comme dans les plus difficiles. Pour tous ces moments partagés avec vous et pour tous ceux qui arrivent.

**À Léa, ma binôme,**

Pour ton soutien depuis nos débuts en tant qu'apprenties dentistes jusqu'à aujourd'hui. Car tu es et tu seras toujours ma binôme qui m'a toujours encouragée et cru en moi. Merci d'être toujours à mes côtés.

**À Lucile, Pauline, Florine, Dikris, Anna, Sybille, Noémie, Clotilde, Sandrine, Mélissa, Camille, Justine, Jerry, Diane, Guillaume et à tous ceux qui ont partagé ces études avec moi,**

Pour tous ces moments de galère à la bium, mais aussi les fous rires et les moments de joie passés ensemble et à tous ceux qui arrivent. Toutes mes amitiés.

**À mes chères amies de première année, Yasmine, Dounia, Marie, Soriya et Nadine,**

Merci pour votre soutien et votre amitié indéfectible.

**À Karen,**

Pour ta joie de vivre et ton optimisme. Merci de me soutenir et de croire en moi depuis toutes ces années. Merci pour notre amitié si précieuse.

**À Vicky et Pierre,**

Vous m'avez aidé dans mes choix lors de la première année. J'espère devenir une aussi bonne praticienne que vous l'êtes. Merci à vous deux.

**Au Dr Margaux Hinet,**

Merci de me faire confiance les mercredis après midi à l'hôpital. Merci pour ton écoute, tes conseils et ta bienveillance qui m'ont beaucoup aidée.

# Table des matières

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>1 : MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>4</b>
1.1 ORGANISATION DU SERVICE .....	4
1.2 ORGANISATION DE LA CONSULTATION MEOPA .....	4
1.3. RECUEIL DES DONNEES .....	5
<b>2 : RESULTATS</b> .....	<b>9</b>
2.1. RESULTATS RELATIFS AUX PATIENTS DE LA CONSULTATION MEOPA .....	9
2.2. RESULTATS RELATIFS AUX SEANCES MEOPA .....	14
<b>3 : DISCUSSION</b> .....	<b>25</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>39</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>41</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX</b> .....	<b>42</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>43</b>

# Introduction

---

Bien que la pratique de la médecine dentaire ait évolué en prenant davantage en considération la douleur, la peur du dentiste persiste.

Pour certains patients, cette peur constitue un obstacle aux soins<sup>1</sup>. En 2007, d'après une enquête réalisée par l'Insee 7% des personnes âgées de 16 ans et plus ont renoncé au moins une fois au cours de l'année à consulter un dentiste alors qu'ils en ressentaient le besoin. L'obstacle financier était le premier motif de renoncement suivi en deuxième position par la peur des soins.<sup>2</sup>

Les techniques de sédation sont ainsi un outil non négligeable de notre arsenal thérapeutique. L'inhalation de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) permet ainsi d'obtenir une sédation consciente et permet la réalisation des soins dentaires chez des patients pour qui les soins réalisés de manière conventionnelle n'ont pas pu aboutir<sup>3</sup>.

D'après l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)<sup>4</sup>, les indications de l'utilisation du MEOPA sont :

- analgésie des actes douloureux de courte durée ou lors de l'aide médicale d'urgence
- en milieu hospitalier uniquement : analgésie dans l'attente d'une analgésie péridurale ou en cas de refus ou d'impossibilité de la réaliser
- sédation en soins dentaires chez les enfants, les patients anxieux ou handicapés

En 2016, 17% des Français déclarent avoir eu envie d'annuler un rendez-vous chez le dentiste à cause du stress, les femmes et les 15-34 ans étant les plus angoissés.<sup>5</sup>

Le MEOPA est reconnu comme un gaz médical seulement depuis les années 1990. En effet, lorsque le chimiste anglais Joseph Priestley découvre en 1722 le protoxyde d'azote, il est alors utilisé comme « gaz hilarant » dans les foires et les soirées.

---

<sup>1</sup> Armfield, Stewart, et Spencer, « The vicious cycle of dental fear ».

<sup>2</sup> Chaupain-Guillot, S. et Guillot, O., « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV ».

<sup>3</sup> Hennequin et al., « A clinical trial of efficacy and safety of inhalation sedation with a 50% nitrous oxide/oxygen premix (Kalinox™) in general practice ».

<sup>4</sup> Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, « MEOPA: antasol, entonox, kalinox, oxynox ».

<sup>5</sup> Union française pour la santé bucco-dentaire, « Chiffres clés par thématique ».

En 1800, Humprey Davy découvre les propriétés antalgiques et euphorisantes de l'inhalation du gaz en inhalant lui-même ce dernier à l'occasion de douleurs dentaires. Les propriétés ainsi démontrées, ce fut la première indication médicale de ce gaz<sup>6</sup>.

Le MEOPA tel qu'on le connaît aujourd'hui sous forme de mélange conditionné sous forme de bouteille unique est apparu en 1965 en Grande Bretagne et a été commercialisé sous le nom d'ENTONOX®.

En 2001, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) concernant le MEOPA est délivrée cependant en limitant son usage au milieu hospitalier pour l'odontologie. Ce n'est qu'en 2009 que l'AMM du MEOPA a été modifiée permettant ainsi son usage en cabinet de ville.

Au sein du service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix une consultation dédiée aux soins sous MEOPA est mise en place depuis 2001.

L'objectif de ce manuscrit est de réaliser une étude rétrospective de cette consultation afin d'effectuer le bilan de cette activité au cours de l'année 2016.

---

<sup>6</sup> Philippart et Roche, *Sédation par inhalation de MEOPA en chirurgie dentaire*.

# 1 : Matériel et Méthodes

---

## 1.1 Organisation du service

Le service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix est un service hospitalo-universitaire au sein duquel la prise en charge globale des patients est réalisée par des étudiants en odontologie encadrés par des praticiens hospitalo-universitaires confirmés.

Le service dispose de nombreuses consultations :

- la consultation générale
- la consultation d'urgence
- la consultation de chirurgie
- la consultation d'implantologie
- la consultation de géroodontologie
- la consultation dédiée aux bilans pré bisphosphonates
- la consultation esthétique/ éclaircissement
- la consultation de troubles fonctionnels et occlusaux
- la consultation d'interception orthodontique
- la consultation dédiée aux jeunes enfants trisomiques
- la consultation MEOPA

## 1.2 Organisation de la consultation MEOPA

Deux fauteuils sont dédiés à la consultation MEOPA, ils se trouvent dans les box 27 et 29. Les consultations MEOPA ont lieu les lundis matin, mardis, mercredis et jeudis toute la journée et les vendredis matin.

En général il y a deux étudiants T1 (6<sup>e</sup> année) et un enseignant responsable rattachés à la consultation. Les lundis matin ce sont les étudiants du diplôme universitaire (DU) de Pédodontie qui soignent les patients sous MEOPA.

D'autre part, les box dédiés au MEOPA sont aussi accessibles aux étudiants qui ne sont pas rattachés à cette consultation si l'utilisation de ce dernier est indiquée pour les patients qu'ils prennent en charge.

### **1.3. Recueil des données**

Chaque séance MEOPA, qu'elle soit réalisée dans le cadre de la consultation ou bien pour un soin ponctuel pour un patient est numérotée.

L'étude regroupe les séances MEOPA comprises entre le 20 janvier 2016 et le 22 décembre 2016 réalisées au sein du service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix.

Durant cette période 850 séances sur 331 patients ont été réalisées et répertoriées.

Le recueil des données a pu être réalisé grâce à la fiche d'évaluation de la séance sous MEOPA qui doit être remplie à chaque fin de séance. (Annexe 1)

Sur cette fiche sont renseignés :

-le numéro de séance MEOPA

-la date du soin

-la date du consentement pour la réalisation de soins sous MEOPA

-le nom du praticien opérateur

-l'étiquette du patient sur laquelle sont indiqués : son nom, son prénom, son NIP (numéro identification personne), sa date de naissance, son sexe.

-le numéro du dossier papier du patient

Les données qui suivent sur la fiche sont classées en différents sous-groupes ; afin de faciliter le recueil des données nous avons établi un code pour chaque sous-groupe, ces codes sont notés entre parenthèses à côté de chaque sous-groupe.

**-le type de patients :**

- Enfant de moins de 4 ans sans problème de développement (type 1)
- Déficit mental, handicap moteur (type 2)
- Anxieux, phobique (type 3)
- Autre : soin difficile, premier soin, acte ponctuel (type4)

**-le recrutement :**

- Service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix (en précisant la discipline, en général il s'agit soit de la consultation générale ou de la consultation d'urgences) (recrut1)
- Autre service hospitalier (recrut2)
- Praticien privé (recrut3)
- Autre (recrut4)

**-les antécédents médicaux :**

- Pathologies générales
- Traitements en cours
- Allergies

**-les actes réalisés :**

- Examen clinique et paraclinique (O)
- Empreintes (E)
- Anesthésie (A)
- Détartrage (D)
- Soins d'hygiène (H)
- Soins restaurateurs (R)
- Anesthésie et détartrage (AD)
- Anesthésie et extraction (AE)
- Anesthésie et soins restaurateurs (AR)
- Anesthésie et traitement endodontique (AT)
- Autres (AUT), par exemple : essai MEOPA

**-Temps de la sédation :**

- Heure du début de l'inhalation du gaz et débit associé (en L/min)
- Heure du début de l'acte et débit associé (L/min)
- Heure de fin de l'inhalation du gaz et débit associé (L/min)
- Heure de fin de l'acte et débit associé (L/min)

**-motif d'interruption de l'administration** (par exemple : vomissements)

**-motif d'interruption de l'acte**

**-Evaluation de l'acte :**

- Succès (S)
- Echech (E)

Lorsque la case échec est cochée celle-ci est souvent accompagnée d'une justification, il peut s'agir d'un échec du MEOPA ou bien d'un échec de soin, l'objectif de la séance n'ayant pas pu être atteint.

**-Evaluation comportementale selon l'indice de Venham.**

L'échelle utilisée au sein du service est celle modifiée utilisée pour l'étude multicentrique en France (Annexe 2).

Les indices vont de 0 (détendu) à 5 (totalement déconnecté).

On attribue les scores de Venham à 5 instants :

- T0-X : premier contact, à l'entrée du box avant de s'installer sur le fauteuil
- T0 : début de l'induction, lors de l'application du masque pour l'inhalation
- T1 : après les 3 minutes d'induction
- T2 : au moment de l'anesthésie locale
- T3 : au cours de l'acte

Le score attribué est le score maximal observé à chaque instant.

A la fin de la fiche un espace est laissé pour les remarques supplémentaires.

Les 850 fiches de l'année 2016 ont été analysées. Certaines fiches étaient incomplètes mais ont pu être complétées grâce aux informations contenues dans le dossier patient.

Les fiches où manquaient les scores de Venham et/ou les temps d'inhalation du gaz et/ou la qualification du succès ou de l'échec de l'acte et/ou l'identité du patient ont été exclues.

L'ensemble des fiches incluses dans l'étude sont complètes au niveau de chacun des renseignements stipulés ci-dessus.

C'est ainsi que sur les 850 fiches, 741 ont été incluses dans l'étude.

Toutes les données ont été introduites dans un fichier Excel. Dans un premier tableau les items suivants sont entrés :

- numéro de séance
- date de séance
- praticien opérateur
- numéro d'identification du patient (NIP)
- recrutement
- détails recrutement
- acte réalisé
- temps d'inhalation du gaz avec les heures de début d'inhalation du gaz, de début de l'acte, de fin d'inhalation du gaz, de fin de l'acte et les débits associés.
- évaluation de l'acte
- motif d'évaluation de l'acte
- les scores de Venham aux différents instants

Pour un patient peuvent correspondre plusieurs fiches de séances de MEOPA, c'est pour cela que nous avons décidé de mettre sur un deuxième tableau Excel indépendant du 1<sup>er</sup> les caractéristiques des patients, c'est-à-dire :

- le numéro de dossier papier
- le NIP
- le nom
- le prénom
- le sexe
- la date de naissance
- le type de patient
- les pathologies

C'est ainsi que nous avons pu distinguer 331 patients différents.

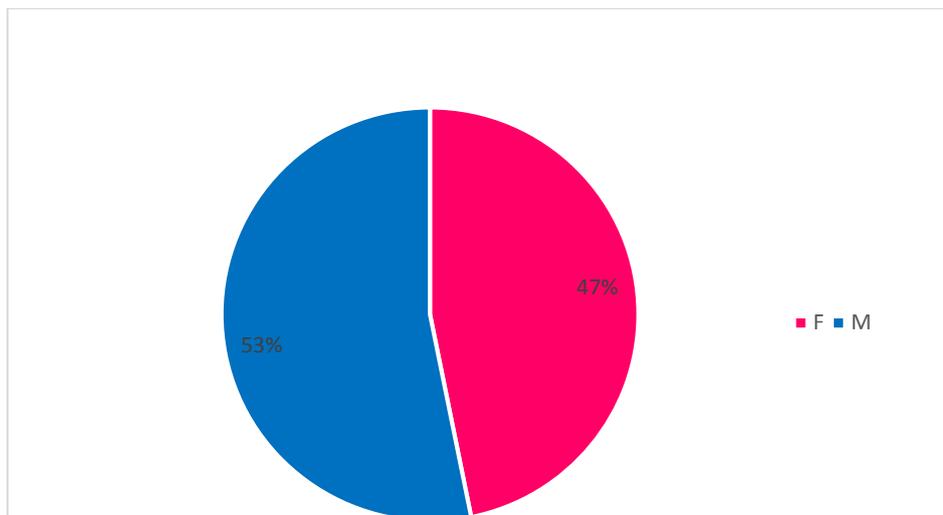
## 2 : Résultats

---

### 2.1. Résultats relatifs aux patients de la consultation MEOPA

Tous les résultats suivants ont été obtenu à l'aide de l'outil Excel et de graphiques croisés dynamiques.

Figure 1 : Répartition en pourcentage d'hommes et de femmes



Source : Auteur, 2018

A l'aide du tableau Excel concernant les patients, nous avons pu faire sortir la proportion de patients du sexe masculin et de patients du sexe féminin ayant reçu des soins sous MEOPA.

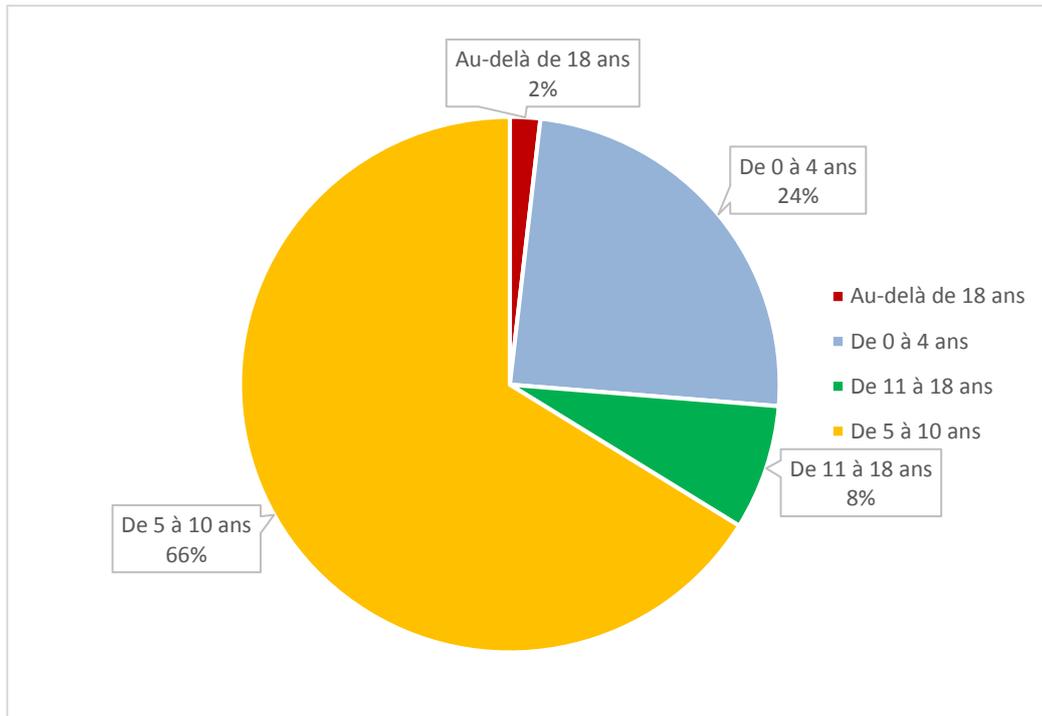
On observe qu'il y a 53% d'hommes et 47% de femmes. Il y a ainsi une majorité de patients de sexe masculin se présentant à la consultation MEOPA.

Pour représenter la répartition des âges des patients nous avons décidé de créer des groupes par tranche d'âges. Quatre groupes ont été créés :

- les patients ayant entre 0 et 4 ans
- les patients ayant entre 5 et 10 ans
- les patients ayant entre 11 et 18 ans
- les patients âgés de plus de 18 ans.

Pour des raisons pratiques, l'âge des patients est leur âge durant l'année 2016. Il a été calculé en fonction de leur année de naissance sans tenir compte du jour et du mois de naissance.

Figure 2 : Répartition en pourcentage des patients par tranche d'âges



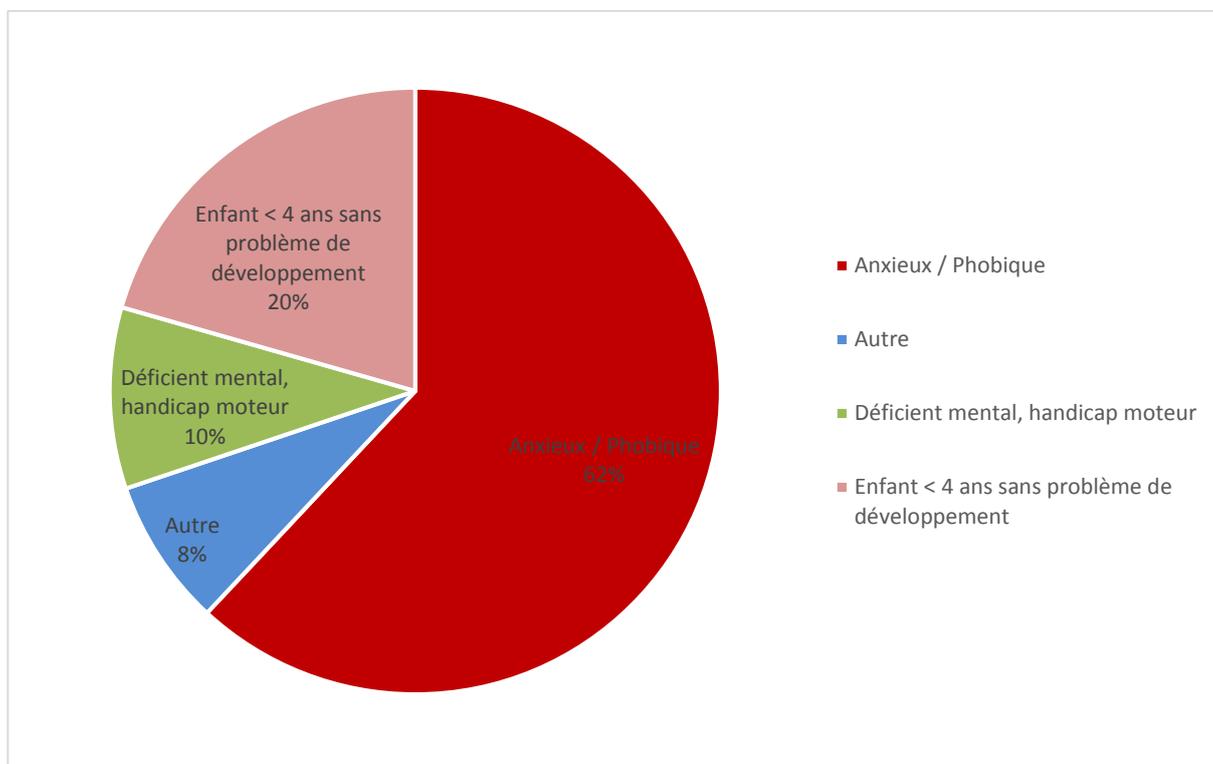
Source : Auteur, 2018

Nous avons une majorité d'enfants âgés de 5 à 10 ans (66%), une prépondérance d'enfants de moins de 4 ans (24%) par rapport aux jeunes de 11 à 18 ans (8%).

Les patients âgés de plus de 18 ans constituent une minorité (seulement 2%).

Au sein de ces patients qui ont reçu des soins sous MEOPA il est intéressant de voir la répartition des différents types qui sont qualifiés sur la feuille de renseignement MEOPA.

Figure 3 : Répartition en pourcentage des patients par types



Source : Auteur, 2018

La majorité des patients (61,93%) sont répertoriés sous la catégorie anxieux/phobique qui correspond à l'indication principale de la réalisation de soins sous sédation consciente. 20,54% sont de très jeunes patients âgés de moins de 4 ans sans problème de développement. 9,67% appartiennent au type 2 qui correspond aux patients présentant un déficit mental et ou un handicap moteur.

Sur la feuille MEOPA une partie est réservée aux antécédents médicaux du patient. Cette partie n'est pas toujours complétée mais quand cette dernière était renseignée nous l'avons reportée sur le tableau Excel.

De ce fait on peut relever que le type 2 comporte des patients :

- autistes
- trisomiques

- souffrant de troubles sévères du comportement
- présentant un retard mental (non spécifié)
- sourds
- hémiplegiques
- présentant une dégénérescence cérébrale
- présentant une macrocéphalie
- présentant une agénésie du corps calleux

Le type 4 est la catégorie « autre », elle correspond aux patients que l'on n'a pas pu inclure dans les types 1, 2 ou 3. C'est la catégorie la moins représentée (7,85%).

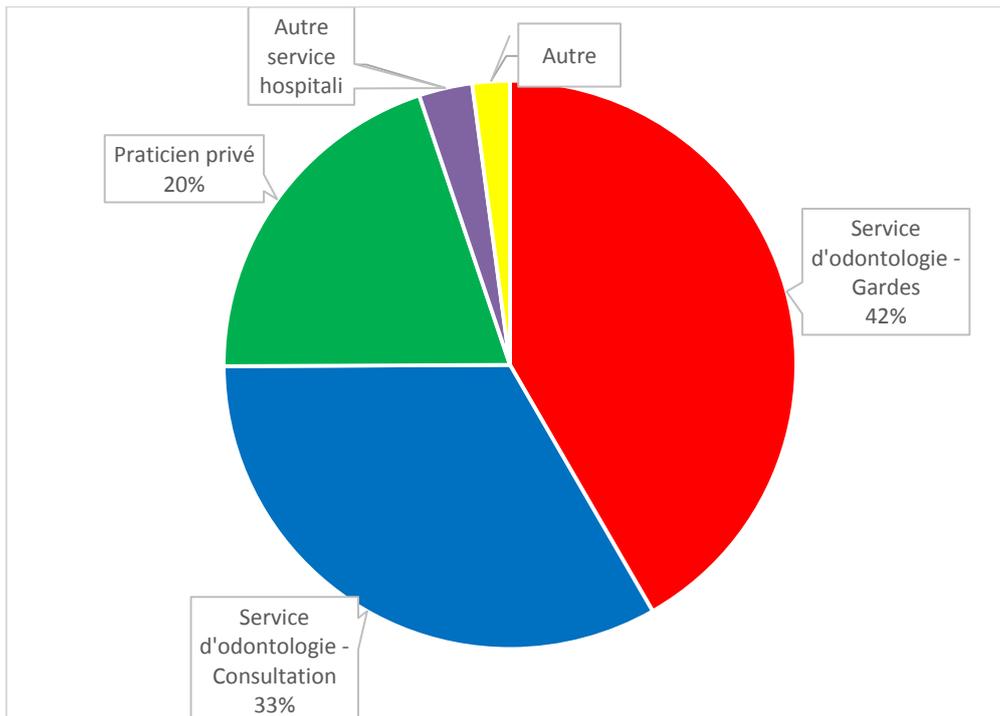
Tout comme pour les patients du type 2, le détail des patients type 4 a été relevé sur le fichier Excel quand ce dernier était renseigné.

Les détails type 4 suivants ont pu être relevés, justifiant l'usage du MEOPA :

- Prévention-acte difficile
- 1<sup>er</sup> soin dentaire
- Patient agité
- Soin long

Les patients arrivent dans la consultation MEOPA par différents parcours.

Figure 4 : Répartition en pourcentage des patients par types de recrutement



Source : Auteur, 2018

Le recrutement des patients était notifié sur toutes les fiches qui ont été incluses dans l'étude.

La 1<sup>ère</sup> catégorie de recrutement sur la fiche MEOPA est le service odontologie de l'hôpital Charles Foix, à chaque fois il est spécifié si les patients viennent de la consultation générale ou bien si leur rendez-vous en consultation MEOPA fait suite à une consultation en urgence.

Au total les  $\frac{3}{4}$  des patients sont recrutés via le service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix avec une majorité (42%) par la consultation d'urgence.

20% des patients sont adressés par un praticien privé.

3% sont adressés par un service hospitalier autre que l'hôpital Charles Foix.

Ces services, lorsqu'ils étaient renseignés étaient :

- l'hôpital Necker
- l'hôpital la pitié Salpétrière
- l'hôpital Rothschild
- le service d'odontologie de l'hôpital Louis Mourier à Colombes

-le service des urgences du Kremlin Bicêtre

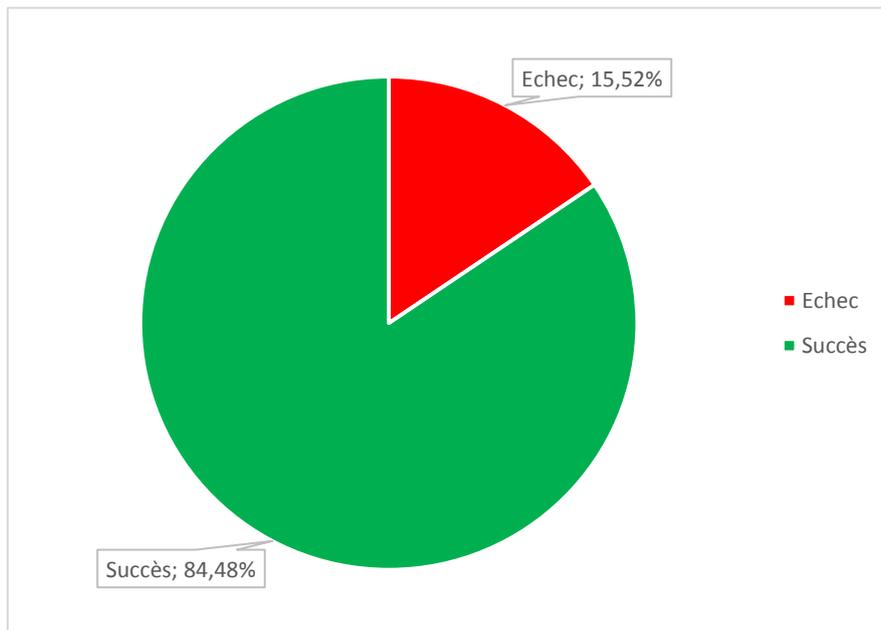
Seuls 2% constituent le groupe « autre », il s'agit des patients dont le recrutement ne correspond pas aux 4 autres types de recrutement.

Ces patients sont adressés :

- par le centre dentaire Pelleport
- par le centre municipal de santé de leur ville
- par un centre de *Protection Maternelle et Infantile*
- ou sont suivis en MEOPA car un parent (frère ou sœur) est déjà soigné au sein de la consultation.

## 2.2. Résultats relatifs aux séances MEOPA

Figure 5 : Taux de succès et d'échec



Source : Auteur, 2018

On constate un taux de succès qui s'élève à 84,48% et un taux d'échec qui atteint 15,52%.

Pour chaque échec, quand l'information était notifiée, le motif d'évaluation de l'acte comme échec a été relevé sur le tableau Excel.

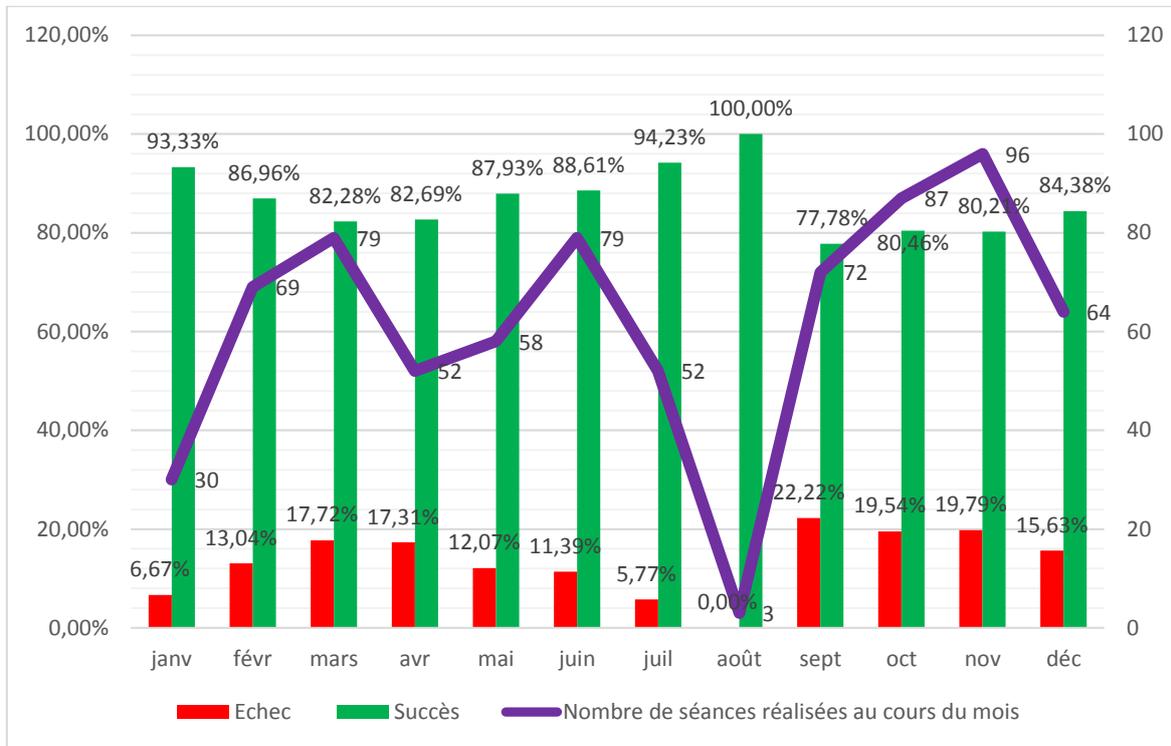
Tableau 1 : Différents motifs d'évaluation de l'acte comme échec relevés

<b>N'arrête pas de bouger et de rigoler</b>
<b>Patient très phobique, retire le masque</b>
<b>Panique avec les sensations</b>
<b>Ne se laisse pas faire</b>
<b>Acte fini dans des conditions déplorables</b>
<b>Très tendu, a du mal à respirer</b>
<b>Pas d'acte possible</b>
<b>Traumatisé par un essai en centre de soins</b>
<b>Refuse l'anesthésie</b>
<b>Soins non réalisables</b>
<b>Pas de coopération</b>
<b>Pas bien sédaté</b>
<b>Impossible de faire l'anesthésie, n'ouvre pas la bouche</b>
<b>Refuse d'ouvrir la bouche</b>
<b>Contention à 3, impossible de faire l'anesthésie</b>
<b>Échec MEOPA</b>
<b>Soin impossible à cause du bruit</b>
<b>Caprice, la dent n'a pas été enlevée en totalité</b>
<b>Echec MEOPA, succès acte</b>
<b>Pleurs et cris</b>
<b>Vomi, interruption du soin</b>
<b>Trop agité</b>
<b>Refuse le MEOPA</b>
<b>Pleure et se débat</b>

Source : Auteur, 2018

Nous avons cherché si le taux de succès et le taux d'échec variaient de façon significative en fonction des mois.

Figure 6: Taux de succès et d'échecs et nombre de séances en fonction des mois



Source : Auteur, 2018

Ce graphique représente le taux de succès et d'échec au cours de l'année ainsi que le nombre de séances réalisées au cours de l'année. Les taux présentés sont calculés par mois en fonction du nombre de séances réalisées dans le mois.

On constate que le mois de novembre est celui où on enregistre la plus grande activité avec 96 séances de MEOPA effectuées.

Le mois d'août représente la plus faible activité, cela s'explique par le fait que le service est fermé 4 semaines pour congé annuel.

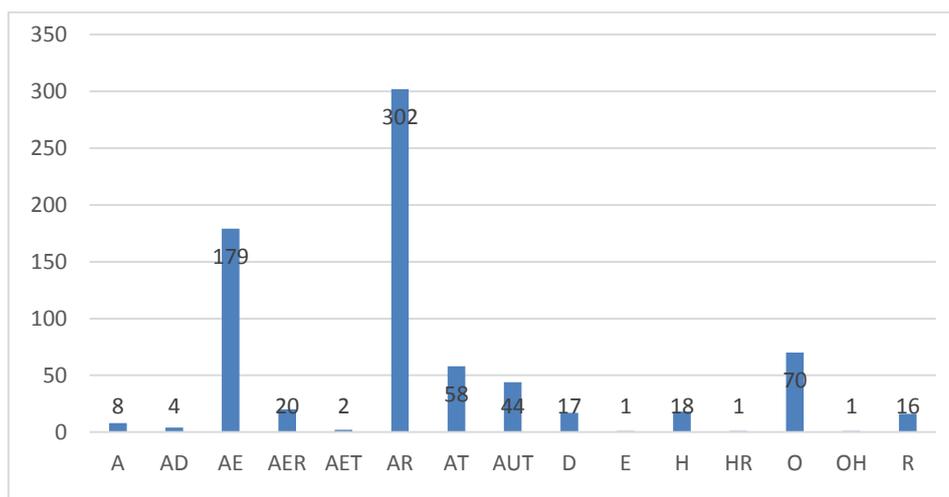
On enregistre que 30 séances au mois de janvier car l'étude prend en compte les séances à partir du 20 janvier 2016.

Le taux d'échec le plus élevé par rapport au nombre de séances réalisées est enregistré au mois de septembre avec un taux de 22,22% d'échec.

Le taux de succès le plus important est relevé au mois de juillet et atteint 94,23%.

Le type de soin que l'on a réalisé est renseigné sur chaque fiche MEOPA. Ce graphique révèle les soins qui sont le plus fréquemment réalisés sous MEOPA.

Figure 7: Types d'actes réalisés



Acte réalisé	Description
O	Examen clinique et para clinique
E	Empreintes
A	Anesthésie
D	Détartrage
H	Soins d'hygiène
R	Soins restaurateurs
OH	Examen clinique et para clinique+Soins d'hygiène
HR	Soins d'hygiène+Soins restaurateurs
AD	Anesthésie+Détartrage
AE	Anesthésie+Extraction
AR	Anesthésie+Soins restaurateurs
AER	Anesthésie+Extraction+Soins restaurateurs
AT	Anesthésie+Traitement endodontique
AET	Anesthésie+Extraction+Traitement endodontique
AUT	Autres

Source : Auteur, 2018

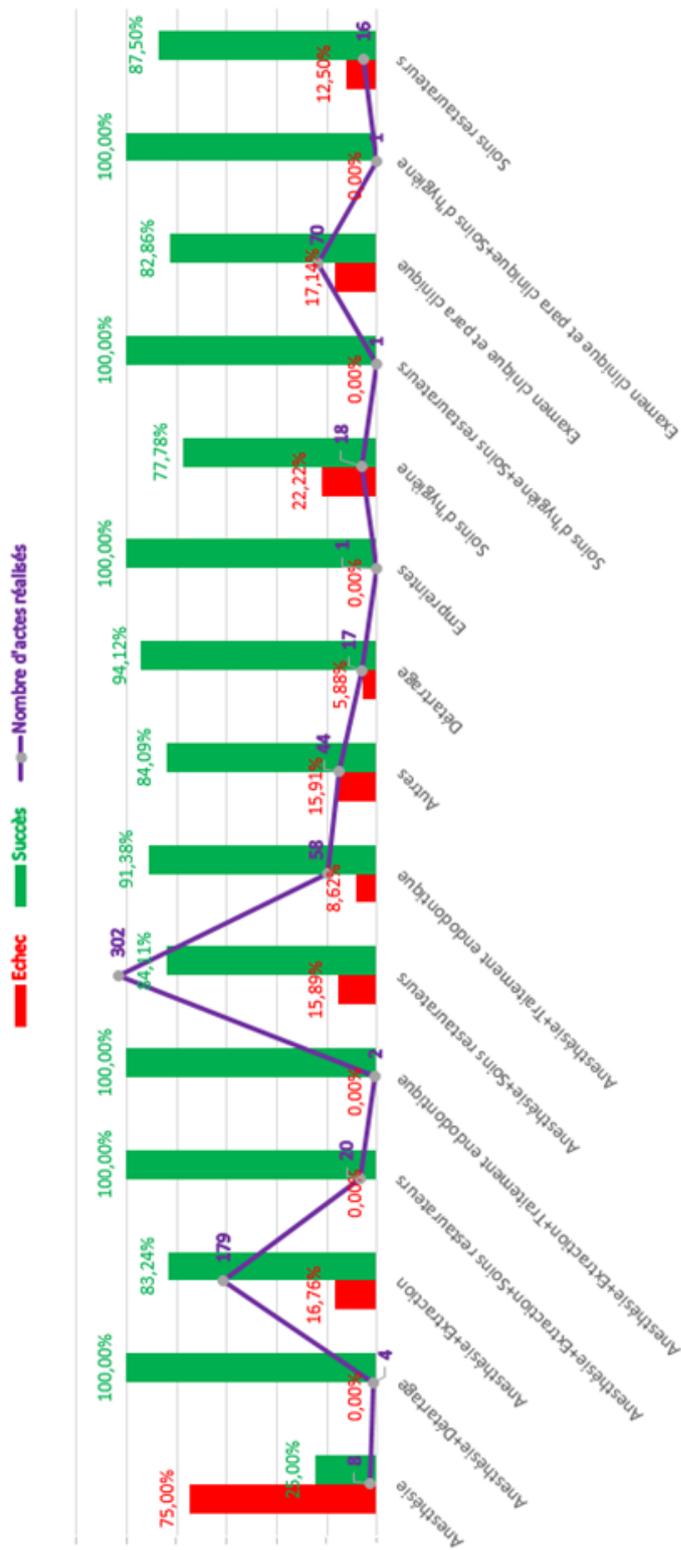
On note une nette majorité d'anesthésies accompagnées de soins restaurateurs (AR) suivies des anesthésies accompagnées d'avulsion(AE). Puis dans l'ordre décroissant, les observations cliniques, les anesthésies avec traitement endodontique, les soins qualifiés comme « autres », les détartrages.

Les soins répertoriés sous le qualificatif « autres » ont été relevés dans le tableau Excel, il s'agissait de :

- fluoration
- essai Meopa
- gingivectomie
- scellement de sillons
- drainage
- suture de la lèvre supérieure

Après avoir examiné le succès et l'échec en fonction des mois de l'année, nous avons examiné le succès et l'échec en fonction de l'acte réalisé.

Figure 8: Pourcentage de succès et d'échec en fonction de l'acte réalisé



Source : Auteur, 2018

On observe le taux d'échec le plus élevé pour les anesthésies seules. Sur 8 séances d'anesthésies réalisées, 6 ont été considérées comme des échecs.

Quand on recherche les séances correspondant à ces échecs elles concernent une majorité de patients de type 3 c'est-à-dire anxieux ou phobique et un patient de moins de 4 ans.

Il y a 2 séances où seule la case anesthésie a été cochée et qui sont considérées comme des succès. Sur l'une des 2 feuilles correspondante, seule la case anesthésie est cochée et il n'y pas d'observations supplémentaires qui ont été ajoutées. Sur la 2<sup>e</sup> feuille qui appartient à un patient différent, la case anesthésie seule est cochée et il est noté à côté de cette case « obturation endodontique ».

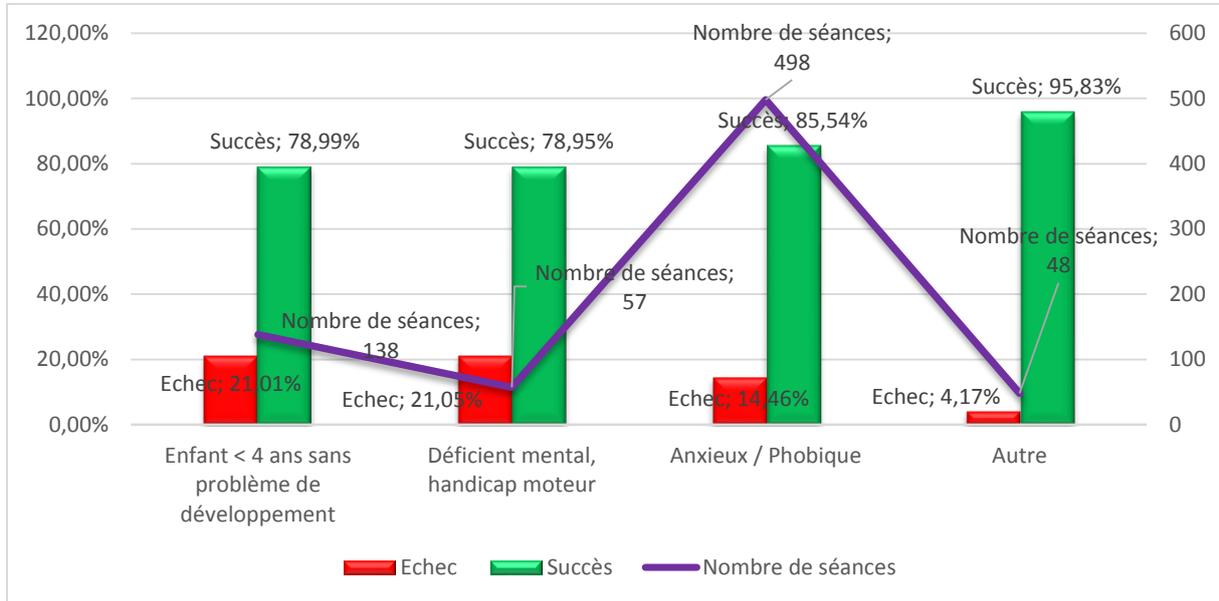
Le taux d'échec est également relativement élevé pour les soins d'hygiène (22,22%).

En recherchant les séances correspondantes, on observe une majorité de patients anxieux ou phobique suivis de patients handicapés puis des patients âgés de moins de 4 ans.

Concernant les 2 types d'actes les plus fréquents, c'est-à-dire les anesthésies avec extraction et les anesthésies avec soins restaurateurs, les taux de succès et d'échec sont très semblables à 1% près.

Les taux de succès atteignent 100% pour certains actes et concernent des actes qui n'ont été réalisés qu'une à deux fois au cours de l'année.

Figure 9: Pourcentage de succès et d'échec en fonction du type de patient et nombre de séances par type de patient



Source : Auteur, 2018

Nous avons fait ensuite ressortir le taux de succès et le taux d'échec en fonction du type de patient. Associé à ces taux, nous avons noté le nombre de séances effectué par type de patients. Ces taux ont été calculés en fonction du « type » renseigné pour chaque séance et ne tiennent pas compte des patients pris indépendamment.

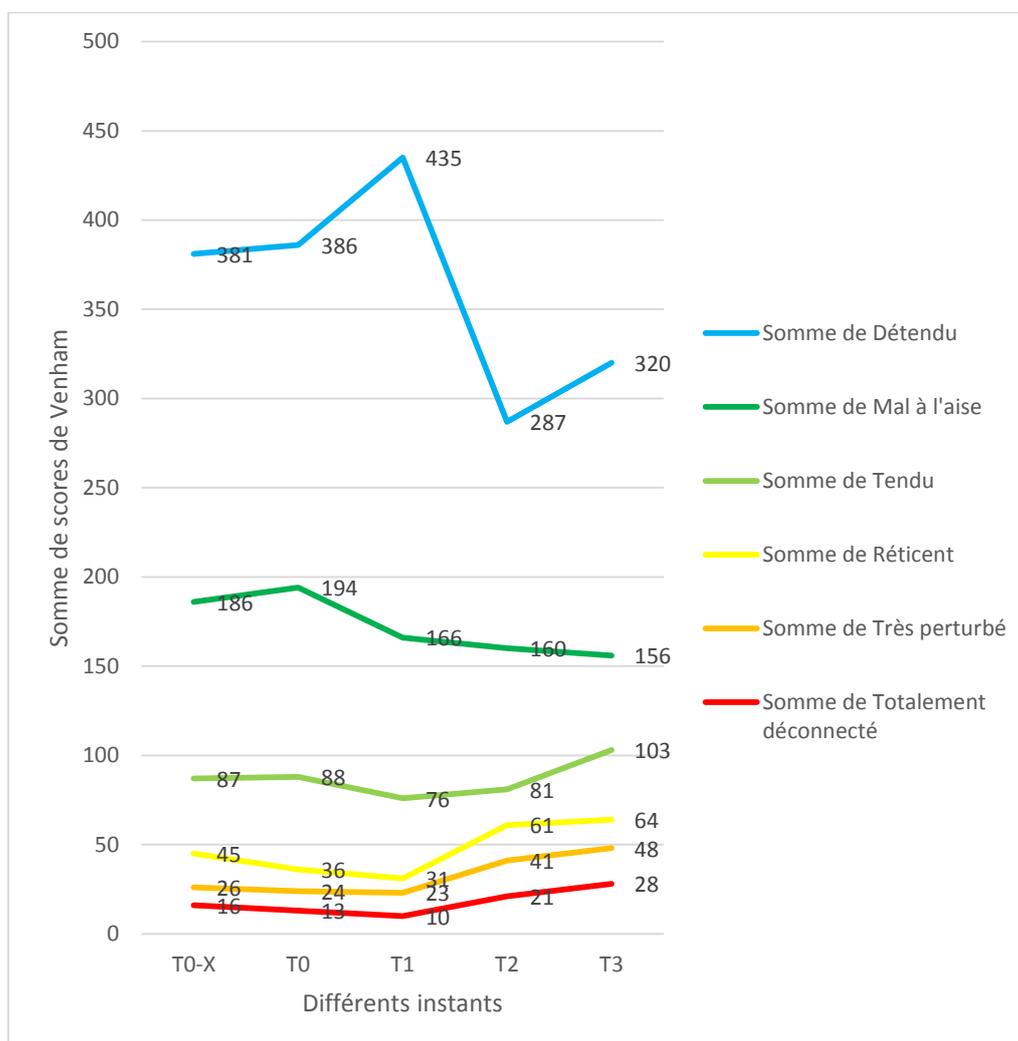
On observe que les taux de succès et taux d'échec pour les séances effectuées sur des patients déficients mentaux ou présentant un handicap moteur sont similaires à 0,04% près de celles effectuées sur des enfants de moins de 4 ans sans problème de développement.

Ces deux types de patients sont ceux qui présentent le plus fort taux d'échec.

Le plus fort taux de succès est observé sur les séances effectuées sur les patients classés dans le type « autre » et atteint 95,83%. Toutefois ce type de patient réalise le plus faible nombre de séances (48).

Concernant les séances réalisées sur patients anxieux/phobique, elles sont majoritaires avec 498 séances enregistrées et ont un taux de succès de 85,54% et un taux d'échec de 14,46%.

Figure 10: Répartition des scores de Venham en nombre fonction des instants T0-X,T0,T1,T2 et T3



Source : Auteur, 2018

Ce graphique représente la répartition des scores de Venham en nombre fonction des instants suivants :

- T0-X = premier contact
- T0 = début de l'induction
- T1 = fin de l'induction
- T2 = au moment de l'anesthésie locale
- T3 = au cours de l'acte

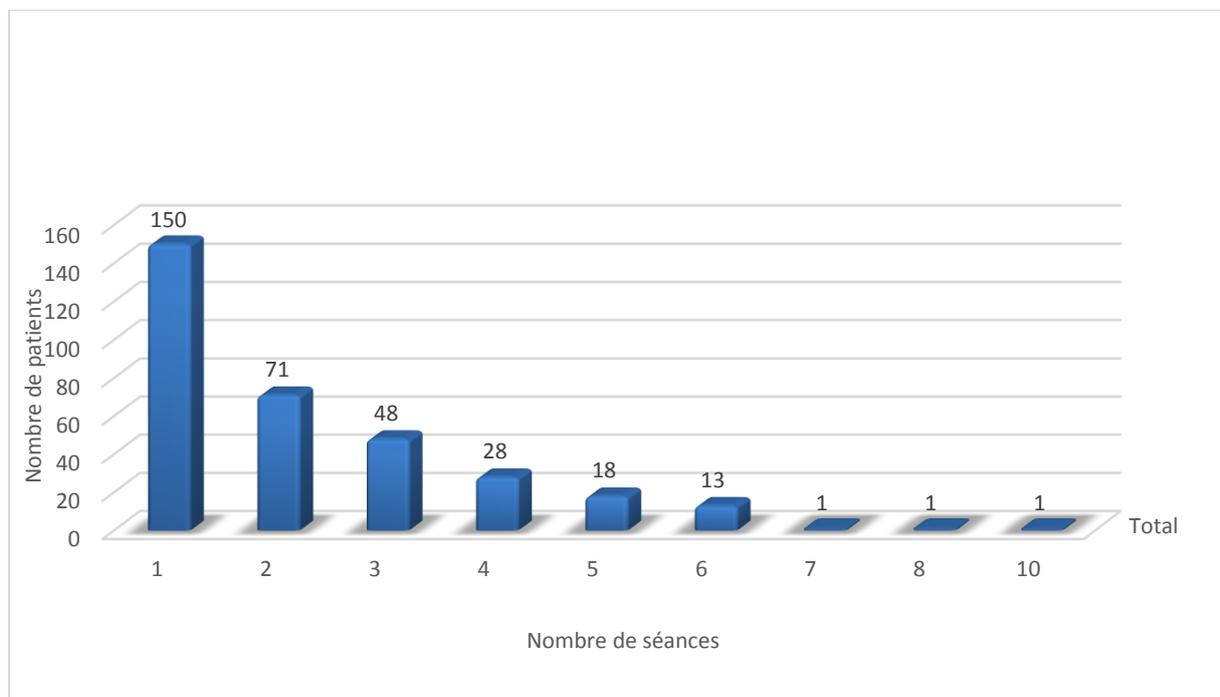
On constate que le nombre de score « détendu » est plus élevé que celui des autres scores aux différents instants.

On note une faible variation des scores de Venham entre le premier contact (T0-X) et le début de l'induction (T0).

Au passage du début de l'induction (T0) au moment de l'anesthésie locale (T2) le nombre de scores « détendu » et « mal à l'aise » diminue tandis que le nombre de scores « tendu », « réticent », « très perturbé » et « totalement déconnecté » augmente.

A la fin de l'induction (T1), la somme des scores « détendu » est nettement supérieure à celle des autres scores et est également plus élevée que lors du premier contact.

Figure 11 : Répartition du nombre de patients en fonction du nombre de séances



Source : Auteur, 2018

Ce graphique nous montre le nombre de patients en fonction du nombre de séances. On lit qu'il y a un patient qui a réalisé 10 séances sous MEOPA en 2016, un patient en a réalisé 8, un patient a effectué 7 séances.

Au total, 150 patients ont réalisé une seule séance sous MEOPA, ce cas de figure constitue la majorité.

En moyenne, on observe 2,2 séances MEOPA par patient.

### 3 : Discussion

---

- Concernant les résultats relatifs aux patients de la consultation MEOPA, on observe que nous avons 53% d'hommes et 47% de femmes.

D'après l'INSEE, au 1<sup>er</sup> janvier 2017, on recensait 48,47% d'hommes contre 51,53% de femmes au sein de la population française<sup>7</sup>.

On remarque que la population soignée sous MEOPA est en majeure partie une population âgée de moins de 18 ans d'après le graphique 2.

Tableau 2 : Population par sexe et groupe d'âges en 2017 : proportions en %

Population par sexe et groupe d'âges en 2017 : proportions			
Groupe d'âges	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 15 ans	19,4	17,4	18,3
15-19 ans	6,5	5,8	6,1
20-24 ans	5,9	5,4	5,6
25-29 ans	6,0	5,8	5,9
30-34 ans	6,2	6,0	6,1
35-39 ans	6,4	6,2	6,3
40-44 ans	6,6	6,3	6,5
45-49 ans	6,9	6,6	6,8
50-54 ans	6,8	6,7	6,8
55-59 ans	6,4	6,4	6,4
60-64 ans	6,0	6,2	6,1

---

<sup>7</sup> Institut national de la statistique et des études économiques, « Population totale par sexe et âge au 1<sup>er</sup> janvier 2017, France. Bilan démographique 2016 ».

Population par sexe et groupe d'âges en 2017 : proportions			
Groupe d'âges	Hommes	Femmes	Ensemble
65-69 ans	5,8	6,0	5,9
70-74 ans	4,0	4,3	4,2
75 ans ou plus	7,2	10,9	9,1
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Source : Insee, 2016

Le résultat de notre étude est bien en accord avec ceux observés au niveau de la population générale. En effet, on observe chez les moins de 15 ans une proportion d'hommes plus élevée que celle des femmes 19,4% contre 17,4%.

De même chez les 15-19 ans, la proportion d'hommes est supérieure à celle des femmes.

- Au niveau des différents types de patients, nous constatons que nous soignons une majorité de patients anxieux/phobique (61,93%), suivi de patients âgés de moins de 4 ans sans problème de développement (20,54%) puis des patients souffrant d'un handicap moteur ou d'une déficience mentale (9,67%).

Enfin 7,85% sont dans la catégorie « autre » qui correspond aux patients qui n'ont pas pu être inclus dans les autres catégories.

Nous pouvons comparer ces résultats à ceux obtenus par l'étude réalisée par le Dr Sophie Garnier<sup>8</sup> entre 2008 et 2011 sur la consultation MEOPA au sein de notre service.

Cette étude porte sur les séances MEOPA réalisées entre le 17 septembre 2008 et le 23 décembre 2011. 1058 séances ont été réalisées sur 373 patients au cours de ces trois années, soit en moyenne 352 séances par an.

---

<sup>8</sup> Garnier, « Etude rétrospective, descriptive et réorientation de patients ayant subi des échecs de sédation consciente par inhalation de MEOPA dans le service d'odontologie d'Ivry ».

Notre étude qui porte sur l'année 2016 montre que 850 séances sur 331 patients ont été réalisées, nous relevons ainsi une augmentation de l'activité MEOPA.

Dans l'étude du Dr Garnier, 1051 séances MEOPA réalisées sur 366 patients ont été exploitées.

Il a été relevé :

-21,1% de patients de moins de 4 ans

-18% de patients ayant un déficit mental ou un handicap moteur

-57,9% de patients anxieux/phobique

-3% de patients « non renseignés »

Au niveau du classement des différents types, on ne note pas de différence. Nous avons toujours majoritairement des patients anxieux/phobique suivi par des patients âgés de moins de 4 ans, puis les patients handicapés. Toutefois on remarque des différences quant aux proportions.

En effet, en 2016 nous avons soigné au sein de notre consultation 9,67% de patients handicapés alors qu'entre 2008 et 2011 ils étaient 18% à être soignés au sein de la consultation.

Entre 2008 et 2011 le professeur Wolikow était responsable de l'activité d'odontologie pédiatrique et de la consultation MEOPA au sein du service. Une consultation dédiée aux personnes handicapées avait été mise en place, cela expliquant un recrutement plus conséquent entre 2008 et 2011. Suite au départ du professeur Wolikow, l'activité MEOPA a continué mais la consultation spécifique au handicap s'est arrêtée.

Le service a continué de soigner les patients handicapés. Toutefois, il n'y avait plus de vacations dédiées à ces patients faute de moyen humain. Ce n'est qu'en septembre 2016 que la consultation handicap a été ré-ouverte avec une vacation les mardis après-midi dédiée à ces patients.

- L'efficacité de la sédation consciente avec le MEOPA sur des patients présentant une déficience mentale a été décrite dans une étude réalisée par Faulks et Hennequin en 2007<sup>9</sup>. Cette étude montre que l'utilisation de la sédation consciente pour les soins de routine peut ainsi réduire l'exposition des patients handicapés aux soins sous anesthésie générale.

---

<sup>9</sup> Faulks et al., « Sedation with 50% nitrous oxide/oxygen for outpatient dental treatment in individuals with intellectual disability ».

L'étude a été réalisée sur une année et a inclus 605 séances MEOPA réalisées sur 349 patients.

Les patients inclus présentaient tous un handicap mental. Ils étaient adressés par un praticien pour cause de refus de soins. Les patients ayant eu des soins sans sédation 1 mois avant le rendez-vous de soins sous MEOPA et les patients qui acceptaient les soins spontanément sans sédation étaient exclus. Ils ont défini le succès comme l'accomplissement du soin dentaire programmé entièrement sous MEOPA. L'échec a été défini quand la sédation n'a pas pu être administrée même si le soin a pu être réalisé ou lorsque ni la sédation ni l'acte n'ont pu être réalisés.

Dans cette étude l'évaluation de la séance se focalise clairement sur l'évaluation du MEOPA.

Dans leurs résultats, ils n'obtiennent pas de différence au niveau des scores de Venham en fonction de l'âge et du sexe.

Ils ont comparé l'évolution du score de Venham en fonction du passage de l'instant début de l'acte (T1) à l'instant où on réalise l'anesthésie locale (T2). Ils ont aussi comparé les scores de Venham entre le début de l'induction (T0) et au cours de l'acte (T3).

Ils ont constaté que la coopération était moins bonne lors du passage de T1 à T2. Cela peut s'expliquer par la réalisation de l'anesthésie qui constitue un acte anxiogène.

Cependant ils ont relevé une amélioration significative du comportement entre T0 et T3 durant la séance.

Leur taux de succès s'élevait à 91,4%.

Nous pouvons comparer ces résultats aux nôtres. Nous avons également une moins bonne coopération lors de la réalisation de l'anesthésie dans notre étude (cf graphique 10).

Notre taux de succès concernant les 57 séances MEOPA réalisées sur patients handicapés au cours de l'année 2016, est plus faible et s'élève à 78,95%.

La définition du succès et de l'échec est bien déterminée dans l'étude de Faulks et Hennequin, ce qui n'est pas le cas dans la nôtre. En effet, nous n'avons pas de « feuille de route » annexée à la feuille d'évaluation de la séance MEOPA qui définit les critères de succès et d'échec d'une séance. Dans notre étude, l'évaluation de la séance est praticien dépendant, rendant difficile la comparabilité avec d'autres études.

Cette étude relève également un point à prendre en compte au niveau de la politique de santé publique, car en réduisant les soins sous anesthésies générales pour les patients, on réduit les coûts pour le système de santé ainsi que la surexposition aux risques pour ces derniers.

- A travers nos résultats, on constate que le recrutement se fait majoritairement par la consultation d'urgence. Cela peut s'expliquer par les longs délais pour avoir un rendez-vous en première consultation. L'attente pour un premier rendez-vous peut atteindre jusqu'à 4 mois au sein de notre service.

De plus, le fait que les patients consultent majoritairement en urgence reflète un manque d'information sur la maladie carieuse et ainsi une faille dans notre système de prévention buccodentaire.

Selon l'American Academy of Pediatric Dentistry<sup>10</sup>, il est recommandé de réaliser le premier examen buccodentaire dès l'éruption de la première dent et de revoir le patient tous les six mois pour contrôle ou à un intervalle plus court en fonction de son risque carieux.

En France, depuis 2007, le programme M'T dents permet ainsi à tous les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans de bénéficier d'un rendez-vous gratuit chez le chirurgien-dentiste et de soins, si nécessaire<sup>11</sup>.

Ce programme laisse donc les familles penser qu'il n'est pas nécessaire de consulter un chirurgien-dentiste avant l'âge de 6 ans. Par ailleurs, 80% des enfants de six ans n'ont jamais consulté de dentiste (*IFOP 2008*)<sup>12</sup>.

Or, nous recevons de nombreux patients âgés de moins de 4 ans en consultation d'urgence pour douleurs dentaires.

Il est nécessaire de sensibiliser les familles à consulter un chirurgien-dentiste dès le plus jeune âge des enfants. Les professionnels de santé qui reçoivent les patients dès la petite enfance doivent promouvoir la santé dentaire<sup>13</sup>.

En 2001, une étude suédoise proposant une nouvelle stratégie pour les soins dentaires chez les enfants a été publiée<sup>14</sup>. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact d'une stratégie qui implique une évaluation précoce du risque carieux ainsi que des actes de prévention précoces chez des enfants

---

<sup>10</sup> American academy of pediatric dentistry, « Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children and adolescents ».

<sup>11</sup> Assurance Maladie, « M'T Dents ».

<sup>12</sup> Union française pour la santé bucco-dentaire, « Chiffres clés par thématique ».

<sup>13</sup> American academy of pediatric dentistry, « Guideline on infant oral health care ».

<sup>14</sup> Wendt et Carlsson, « Early dental caries risk assessment and prevention in pre school children: evaluation of a new strategy for dental care in a field study ».

âgés de 1 à 6 ans. Cette étude évalue aussi le temps que les professionnels de la santé buccodentaire ont passé avec ces enfants pour suivre ce programme.

Les enfants accompagnés par leurs parents ont un rendez-vous avec une assistante dentaire quand l'enfant a un an et un rendez-vous avec un chirurgien-dentiste lorsqu'il a deux ans. Lors de ces deux rendez-vous, des conseils d'hygiène et d'alimentation sont donnés. Un examen de la surface des incisives est réalisé, et les parents sont incités à brosser les dents de leurs enfants avec une brosse à dent et une petite quantité de fluor.

A 3 ans, les enfants sont examinés par un chirurgien-dentiste et les parents répondent à un questionnaire, ce qui permet d'attribuer un niveau de risque carieux à chaque enfant (nul, faible, modéré, élevé). En fonction du niveau de risque de l'enfant, un planning de rendez-vous adapté à ce dernier est mis en place.

Le groupe d'enfants suivant ce planning est comparé à un groupe témoin.

Les résultats de l'étude révèlent que chez les enfants du groupe interventionnel, 81% des enfants sont indemnes de caries à 6 ans, alors qu'ils ne sont que 55% dans le groupe témoin.

De plus, le temps moyen passé par an avec chaque enfant était de 12 minutes pour le chirurgien-dentiste (car il y a eu très peu de soins restaurateurs nécessaires) et 42 minutes pour l'assistante.

Cette étude, bien qu'elle ne soit pas randomisée suggère que des mesures de prévention précoces chez les enfants améliorent leur santé buccodentaire. Par ailleurs, cette stratégie de prévention précoce est profitable sur le plan économique.

- 33% des patients de la consultation MEOPA viennent de la consultation générale et 20% ont été adressés par un praticien privé. Ces chiffres montrent qu'il y a une diversification du type de patientèle recruté.
- Concernant les résultats relatifs aux séances de MEOPA, on a relevé le taux de succès et le taux d'échec au cours de l'année 2016. On a observé un taux de succès qui s'élève à 84,48% et un taux d'échec qui s'élève à 15,52%.

Dans son étude<sup>15</sup>, le Dr Sophie Garnier obtient à travers son analyse un taux d'échec de 15,9% et un taux de succès de 84,1%. Ces résultats sont similaires aux nôtres.

---

<sup>15</sup> Garnier, « Etude rétrospective, descriptive et réorientation de patients ayant subi des échecs de sédation consciente par inhalation de MEOPA dans le service d'odontologie d'Ivry ».

- Concernant le taux de succès au cours de l'année, on remarque qu'il atteint le meilleur taux au mois de juillet avec un pourcentage qui s'élève à 94,23%. Le taux d'échec le plus élevé est enregistré au mois de septembre et atteint 22,22%. Cet écart de résultats peut s'expliquer par le fait que chaque mois de septembre, de nouveaux étudiants de sixième année sont chargés d'effectuer les soins sous MEOPA. Parfois, ce sont des étudiants qui au cours de leur cinquième année d'étude n'ont fait que très peu de soins sous MEOPA. Ils doivent alors se familiariser avec la procédure, le box, la place des masques, des filtres, et doivent apprendre à travailler en binôme de façon ergonomique avec le masque.

De plus, les patients de la consultation MEOPA qui reviennent régulièrement s'habituent à leurs soignants et pour certains il n'est pas évident de devoir faire confiance à une nouvelle équipe.

En juillet, les étudiants ont gagné en confiance et en efficacité avec le MEOPA, connaissent les patients et leurs personnalités et gèrent mieux la consultation, ce qui peut ressentir au niveau des résultats.

- Au cours de l'année 2016, nous avons changé de modèles de masques entre les mois de janvier et mai.

Les nouveaux masques commandés présentaient un ballon réservoir à usage unique qui se situait très près du visage du patient. Les praticiens ont reporté une mauvaise ventilation à l'aide de ce système, le patient devant faire plus d'effort pour que le ballon se gonfle correctement.

Figure 12 : Photographies du masque à ballon réservoir à usage unique



Source : Dr Davit-Béal, 2016

Ce système gêne l'ergonomie du praticien et celle de l'aide opérateur. De plus, il est à monter et à démonter à chaque fin et début de séance et prend beaucoup de place en stockage.

Toutefois au vu de nos résultats nous n'avons pas enregistré plus d'échec au cours des mois où nous utilisons ce système.

Pour les raisons citées précédemment, nous sommes revenus au système avec le ballon réservoir à distance du patient qui fonctionne avec des filtres à usage unique (Clear-Guard Midi, Intersurgical®) et un circuit d'administration-évacuation (Mappelson-D modifié, Intersurgical®) que nous utilisons depuis 2001 au sein du service.

Figure 13 : Dispositif d'administration du MEOPA



16

Source : Andersen, 2010

- Au niveau de la répartition des actes réalisés on a en nette majorité les soins restaurateurs réalisés avec anesthésie puis les extractions.

Dans une étude nationale sur l'usage et les perceptions du MEOPA par les chirurgiens-dentistes libéraux publiées en décembre 2017<sup>17</sup>, on observe le même constat. Dans cette étude, 225 praticiens

---

<sup>16</sup> Andersen, « La sédation consciente par inhalation du M.E.O.P.A. »

<sup>17</sup> Vilanova-Saingery et al., « Use and perception of nitrous oxide sedation by French dentists in private practice ».

libéraux recensés auprès de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes comme ayant l'agrément pour utiliser le MEOPA ont répondu à un questionnaire en lien avec leur pratique.

Au niveau des actes, 83,1% utilisent le MEOPA pour réaliser des soins conservateurs ou endodontiques, 70,2% pour des actes de chirurgie, 25,8% pour de l'implantologie, 25,8% pour des actes de parodontologie et 10,1% pour des actes sous le qualificatif « autres ».

- Concernant notre taux de succès et notre taux d'échec en fonction du type d'actes, on observe le taux d'échec le plus élevé pour les anesthésies seules. Sur 8 séances d'anesthésies réalisées, 6 sont des échecs et 2 des succès. Généralement les séances où seule la case anesthésie est cochée sont les séances où rien n'a pu être réalisé au-delà de l'anesthésie, la séance est alors considérée comme un échec.

Nous avons relevé les 2 fiches considérées comme succès dans la partie « résultats ». La fiche où est noté « obturation endodontique » à côté de la case anesthésie soulève un point important, notre feuille d'évaluation de séance n'est pas calibrée. S'il est nécessaire d'ajouter de façon manuscrite des informations c'est que notre fiche manque d'éléments exhaustifs.

Ainsi, la réalisation de cette étude nous a permis de relever les défauts de la feuille d'évaluation actuelle et de proposer la feuille suivante.

**FEUILLE DE SEANCE MEOPA**

DATE DE SEANCE :

N° DE SEANCE :

PRATICIEN et OPERATEUR :

<b>Etiquette patient</b>	<b>MOTIF DE SOIN SOUS MEOPA :</b>	<b>RECRUTEMENT :</b>
	<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> soin <input type="checkbox"/> Enfant de moins de 4ans <input type="checkbox"/> Anxieux/phobique <input type="checkbox"/> Handicap mental/physique <input type="checkbox"/> Autre : .....	<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Gardes <input type="checkbox"/> Autre service hospitalier <input type="checkbox"/> Praticien privé :..... <input type="checkbox"/> Autre : .....
Numéro de dossier : ..... Pathologies/Allergies : ..... Prémédication : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Atarax <input type="checkbox"/> Autre : .....	

Dents traitées :

<b>SOINS REALISES :</b>	<input type="checkbox"/> Soin restaurateur (OC,pulpotomie) _____
<input type="checkbox"/> Essai MEOPA	<input type="checkbox"/> Avulsion _____
<input type="checkbox"/> Observation	<input type="checkbox"/> Coiffe pédodontique préformée _____
<input type="checkbox"/> Observation et Radiographies	<input type="checkbox"/> Traitement endodontique _____
<input type="checkbox"/> Détartrage/Fluoration	<input type="checkbox"/> Autre : _____

**TEMPS D'INHALATION :**

Heure de début de l'inhalation : ____ h ____	Débit : ____ L/min _____
Heure de début de l'acte : ____ h ____	Débit : ____ L/min _____
Heure de fin de l'inhalation : ____ h ____	Débit : ____ L/min _____
Heure de fin de l'acte : ____ h ____	Débit : ____ L/min _____

**ECHELLE DE VENHAM**

T0-X (1 <sup>er</sup> contact) :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____
T0 (début de l'induction) :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____
T1 (fin de l'induction) :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____
T2 (au moment de l'anesthésie de contact) :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____
T3 (au cours de l'acte) :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 _____

**EVALUATIONS :**

- MEOPA :  Succès  Echec  
Remarques : .....
- ACTE :  Succès  Echec  
Remarques : .....
- Vomissement \_\_\_\_\_

**SUITE :**

- PLAN DE TRAITEMENT ACHEVE :
- OUI : Suivi  en consultation MEOPA  en consultation générale  interne/ externe
- NON : Suite des soins  sous MEOPA  sans MEOPA  sous AG  praticien privé
- interne/ externe

- Nous avons essayé de garder les informations pertinentes et de les mettre sur une seule page contrairement à l'ancienne fiche qui comprenait un recto et un verso.

Tout a été fait pour que les étudiants aient le minimum à écrire et que toutes les informations soient à cocher.

Les différents types de patients ont été repris, nous avons ajouté la catégorie « 1<sup>er</sup> soin ». Au niveau du recrutement, nous avons distingué le recrutement par les gardes du recrutement par la consultation du service car cette information était compliquée à retrouver sur les fiches, il a fallu rechercher ces données dans les dossiers patients.

Nous avons ajouté une section « prémédication ». Au niveau des actes réalisés nous avons retiré la distinction « avec anesthésie » ou « sans anesthésie » car il est très rare que nous réalisions des soins restaurateurs sans anesthésie ou bien des anesthésies seules.

Les durées d'inhalation et l'évaluation avec l'échelle de Venham sont conservées et simplement modifiées au niveau de la présentation.

En effectuant l'étude nous avons souvent remarqué que lorsque la case échec était cochée, celle-ci était accompagnée de la remarque « échec MEOPA, succès acte ». Nous avons donc décidé de distinguer l'évaluation de la sédation et l'évaluation de l'acte.

Ainsi nous considérons l'acte comme un succès si ce qui a été prévu au début de la séance a pu être réalisé, et comme échec si non, de la même façon que dans de nombreuses études.

- Pour l'évaluation MEOPA, il nous faut établir une règle, car l'évaluation est très praticien dépendant. Cela a été démontré dans une étude publiée en 2007 dans *Pediatric Dentistry*<sup>18</sup>. Il s'agit d'une enquête réalisée auprès des dentistes membres de l'American Association of Pediatric Dentistry pour connaître leur définition d'un succès de sédation consciente et savoir si l'usage de la contention était le signe d'un échec de la sédation. Il en est sorti que pour la majorité, l'usage de la contention n'était pas inacceptable. 47% des dentistes étaient d'accord pour considérer la sédation comme succès malgré l'usage de la contention. La façon de gérer la séance et la perception de la contention étant très praticien dépendant, la définition du succès l'est aussi.

---

<sup>18</sup> Vargas et al., « Use of restraint and management style as parameters for defining sedation success ».

Malgré les biais dus à la subjectivité pour l'évaluation de la sédation, une étude publiée en 2005 dans l'International Journal of Pediatric Dentistry<sup>19</sup> a conforté l'évaluation subjective des praticiens de l'anxiété de l'enfant.

Cette étude a réuni 100 patients âgés de 8 à 15 ans. Ces patients ont été séparés en 2 groupes, un groupe nécessitant des soins sous sédation et un groupe n'ayant pas besoin de la sédation. La séparation a été réalisée par les praticiens de manière subjective. Avant et après les soins, les patients ont rempli l'évaluation des signes d'anxiété (STAIC) pour enfants, le test d'image de Venham (VPT), et l'échelle dentaire de l'évaluation de la peur de l'enfant (CFSS-DS). L'état d'anxiété était significativement plus élevé chez les patients du groupe sédation avant les soins. Après les soins, il n'a pas été noté de différence significative entre les deux groupes. Bien que les praticiens aient bien orientés les patients, cette étude est réalisée sur un faible échantillon et des mesures d'anxiété objectives permettraient d'identifier des peurs spécifiques et amélioreraient la prise en charge des patients.

A l'aide de l'échelle de Venham nous pouvons établir que sera considérée comme succès MEOPA la séance au cours de laquelle le score de Venham ne dépasse pas le score 2 (tendu) aux instants T2 (au moment de l'anesthésie) T3 (au cours de l'acte) et T1 (à la fin de l'induction), quel que soit le score aux instants T0-X (1<sup>er</sup> contact) et T0 (début de l'induction). L'obtention de ce résultat étant témoin de l'efficacité du MEOPA.

---

<sup>19</sup> Holmes et Girdler, « A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management ».

## Conclusion

---

Le nombre de séances réalisées en 2016 s'élève à 850 et seulement 741 ont pu être exploitées pour l'étude, soit 87,17% des séances.

Cette perte d'information peut être expliquée par un manque de rigueur quant au remplissage de la fiche de séance MEOPA. Ce point soulève aussi la nécessité de proposer la nouvelle fiche présentée ci-dessus, plus simple et plus concise qui est utilisée par les étudiants depuis décembre 2017.

La consultation MEOPA au sein de l'hôpital Charles Foix permet d'assurer le soin et le suivi des patients qui présentent des besoins spécifiques et permet ainsi de ne pas les exclure du parcours de soins.

L'apport du MEOPA dans la prise en charge des patients très jeunes, phobiques/anxieux ou présentant un handicap a été démontré. La question de l'accès au MEOPA et donc aux soins pour ces patients est ainsi soulevée.

Nous n'avons pas de recensement national officiel concernant les praticiens utilisant le MEOPA en France. Dans la thèse « Etude nationale sur l'usage et les perceptions du MEOPA par les chirurgiens-dentistes libéraux » soutenue en 2016<sup>20</sup>, l'auteur montre que les praticiens agréés sont concentrés en région parisienne, lyonnaise, suivi par la région frontalière avec l'Allemagne, la région bordelaise et la côte méditerranéenne. Dans l'ouest et la région centre, les praticiens libéraux utilisant le MEOPA sont peu nombreux voire absents dans certains départements.

Dans le rapport publié en 2016 par le réseau handicap et prévention des soins odontologiques d'Ile de France (RHAPSOD'IF) il est relevé que l'Ile de France manque d'une plateforme dédiée aux soins spécifiques disposant d'un large plateau technique : MEOPA (mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote), DIAZEPAM (sédation semi consciente), Anesthésie Générale. Les délais d'attente pour des soins sous anesthésie générale varient entre 2 et 18 mois. De plus, sur les 90 partenaires RHAPSOD'IF (chirurgiens-dentistes libéraux, centres de santé et services hospitaliers) seuls 31 étaient équipés du MEOPA en 2016.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Vilanova-Saingery, « Etude nationale sur l'usage et les perceptions du MEOPA par les chirurgiens-dentistes libéraux ».

<sup>21</sup> Réseau handicap de prévention et soins odontologiques d'Ile-de-France, « Rapport d'activité 2016 ».

Il est de ce fait indispensable que dans toutes les universités formant les futurs chirurgiens-dentistes, un enseignement à la pratique de la sédation consciente soit dispensé, une augmentation du nombre de praticiens dispensant des soins sous MEOPA permettant de réduire la demande pour les soins sous anesthésie générale.

De plus, la prise en charge de cette technique par la sécurité sociale pourrait motiver les praticiens à investir dans le matériel permettant la sédation consciente.

## Bibliographie

---

- . Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. « MEOPA: antasol, entonox, kalinox, oxynox ». ANSM, 2012. <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-stupefiants-et-des-psychoactifs/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/Medicaments-a-risque-d-usage-detourne-ou-de-dependance/MEOPA-ANTASOL-ENTONOX-KALINOX-OXYNOX>.
- American academy of pediatric dentistry. « Guideline on infant oral health care ». *Pediatric dentistry* 37, n° 6 (2014). [http://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/g\\_infantoralthcare.pdf](http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_infantoralthcare.pdf).
- . « Guideline on periodicity of examination, preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children and adolescents ». *Pediatric dentistry* 37, n° 6 (2013): 15- 16.
- Andersen, J. « La sédation consciente par inhalation du M.E.O.P.A. » *Le fil dentaire*, 2010. <https://www.lefiledentaire.com/articles/clinique/pedodontie/focus-clinic-sedation-consciente-par-meopa/>.
- Armfield, J. M., J. F. Stewart, et A. J. Spencer. « The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear ». *BMC oral health* 7 (2007): 1- 15. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-7-1>.
- Assurance Maladie. « M'T Dents : des examens gratuits pour les moins de 18 ans et les femmes enceintes ». Ameli, 2018. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>.
- Chaupain-Guillot, S., et Guillot, O. « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV ». *Économie et statistique*, n° 469- 470 (2014): 1.
- Faulks, D., M. Hennequin, S. Albecker-Grappe, M. C. Manière, C. Tardieu, A. Berthet, M. Wolikow, et al. « Sedation with 50% nitrous oxide/oxygen for outpatient dental treatment in individuals with intellectual disability ». *Developmental medicine and child neurology* 49, n° 8 (2007): 621- 25. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00621.x>.
- Garnier, S. « Etude rétrospective, descriptive et réorientation de patients ayant subi des échecs de sédation consciente par inhalation de MEOPA dans le service d'odontologie d'Ivry ». Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire, Paris Descartes, 2012.
- Hennequin, M., V. Collado, D. Faulks, et S. Koscielny. « A clinical trial of efficacy and safety of inhalation sedation with a 50% nitrous oxide/oxygen premix (Kalinox™) in general practice ». *Clinical oral investigations* 16, n° 2 (2012): 633- 42. <https://doi.org/10.1007/s00784-011-0550-y>.
- Holmes, R. D., et N. M. Girdler. « A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management ». *International journal of paediatric dentistry* 15, n° 3 (2005): 169- 76. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2005.00633.x>.
- Institut national de la statistique et des études économiques. « Population totale par sexe et âge au 1<sup>er</sup> janvier 2017, France. Bilan démographique 2016 ». Insee. Consulté le 9 octobre 2017. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926>.
- Philippart, F., et Y. Roche. *Sédation par inhalation de MEOPA en chirurgie dentaire*. Paris: Quintessence International, 2013.
- Réseau handicap de prévention et soins odontologiques d'Ile-de-France. « Rapport d'activité 2016 ». Rhapsod'if, 2016. <http://www.rhapsodif.com/rhapsodif/custom/module/cms/content/file/rapport-activite/rhapsod-if-rapport-activite-2016-vf.pdf>.

- Union française pour la santé bucco-dentaire. « Chiffres clés par thématique ». UFSBD. Consulté le 4 mars 2018. <http://www.ufsbd.fr/espace-public/espace-presse/chiffres-cles-par-thematique/>.
- Vargas, K. G., J. E. Nathan, F. Qian, et Ari Kupietzky. « Use of restraint and management style as parameters for defining sedation success: a survey of pediatric dentists ». *Pediatric dentistry* 29, n° 3 (2007): 220- 27.
- Vilanova-Saingery, C. « Etude nationale sur l'usage et les perceptions du MEOPA par les chirurgiens-dentistes libéraux ». Thèse d'exercice : Chirurgie dentaire, Université Paul Sabatier, 2016. <http://thesesante.ups-tlse.fr/1346/1/2016TOU33046.pdf>.
- Vilanova-Saingery, C., I. Bailleul-Forestier, F. Vaysse, J. N. Vergnes, et M. Marty. « Use and perception of nitrous oxide sedation by French dentists in private practice: a national survey ». *European archives of paediatric dentistry* 18, n° 6 (2017): 385- 91. <https://doi.org/10.1007/s40368-017-0307-7>.
- Wendt, L. K., et E. Carlsson. « Early dental caries risk assessment and prevention in pre school children: evaluation of a new strategy for dental care in a field study ». *Acta odontologica scandinavica* 59, n° 5 (2001): 261- 66.

## Table des figures

---

Figure 1 : Répartition en pourcentage d'hommes et de femmes .....	9
Figure 2 : Répartition en pourcentage des patients par tranche d'âges.....	10
Figure 3 : Répartition en pourcentage des patients par types.....	11
Figure 4 : Répartition en pourcentage des patients par types de recrutement .....	13
Figure 5 : Taux de succès et d'échecs.....	14
Figure 6: Taux de succès et d'échecs et nombre de séances en fonction des mois .....	16
Figure 7: Types d'actes réalisés .....	17
Figure 8: Pourcentage de succès et d'échec en fonction de l'acte réalisé.....	19
Figure 9: Pourcentage de succès et d'échec en fonction du type de patient et nombre de séances par type de patient .....	21
Figure 10: Répartition des scores de Venham en nombre fonction des instants T0-X,T0,T1,T2 et T3 .	22
Figure 11 : Répartition du nombre de patients en fonction du nombre de séances.....	23
Figure 12 : Photographies du masque à ballon réservoir à usage unique .....	31
Figure 13 : Dispositif d'administration du MEOPA.....	32

## Table des tableaux

---

Tableau 1 : Différents motifs d'évaluation de l'acte comme échec relevés .....	15
Tableau 2 : Population par sexe et groupe d'âges en 2017 : proportions en %.....	25

# Annexes

## Annexe 1



ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière/Charles Foix  
Service de Médecine Bucco-dentaire/Odontologie  
du Pr. Florence CHEMLA  
12, avenue de la République - 94200 IVRY-SUR-SEINE

Séance MEOPA : n°	Date : / /
	Date du consentement : / /
Praticien opérateur : .....	

Etiquette du patient : .....
N° de Dossier .....

Date de Naissance :	<input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M
Taille : cm	Poids :	Kg

### Type de patients.

- Enfant < 4 ans sans problème de développement.
- Déficient mental, handicap moteur
- Anxieux / Phobique
- Autre : .....

### Recrutement.

- Service d'odontologie (préciser la discipline)= .....
- Autre service hospitalier= .....
- Praticien privé : .....
- Autre = .....

### Antécédents médicaux.

Pathologie : .....

Ttt en cours : .....

Allergies : : .....

**Actes réalisés :**

- o Examen clinique et para
- o Empreintes
- o Anesthésie
- o Détartrage
- o Soins d'hygiène
- o Soin restaurateur
- o Anesthésie+ détartrage
- o Anesthésie + extraction
- o Anesthésie+s.restaurateurs
- o Anesthésie+ Tt.endodontique
- o Autre : .....

Début de l'inhalation du gaz	.....h.....mn	à	Débit : .....l /mn
Début de l'acte	.....h.....mn	à	Débit : .....l /mn
Fin de l'inhalation du gaz	.....h.....mn	à	Débit : .....l /mn
Fin de l'acte	.....h.....mn	à	Débit : .....l /mn

Motif d'interruption de l'administration :

Motif d'interruption de l'acte :

Evaluation de l'acte :    o SUCCES                    o ECHEC.

Motif : .....

**Evaluation comportementale** selon l'indice de VENHAM :

T0-X o N o R	T0	T1	T2	T3
premier contact	début de l'induction	fin de l'induction	au moment de l'anesthésie locale	au cours de l'acte

Remarques .....

**Echelle de VENHAM modifiée (version utilisée pour l'étude multicentrique en France)**

**0-Détendu**, souriant, ouvert, capable d'échange ou de relation, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le sollicite. Bras et pieds en position de repos. Attentif.

*Jeunes enfants* : La relation passe par la parole, le regard et le contact corporel. Intéressé et curieux de la situation.

*Adultes phobiques* : La relation passe principalement par la parole.

*Adultes et adolescents déficients mentaux* : La relation passe par le regard, le contact corporel et le ton de la voix, parfois par la parole.

**1-Mal à l'aise**, préoccupé. Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Expression faciale tendue. Pâleurs, sueurs, mains crispées possibles. Capable de bien coopérer avec le dentiste. Regards furtifs sur l'environnement.

*Jeunes enfants* : La relation avec le dentiste est directe mais méfiante.

*Adultes phobiques* : Le patient est disposé à – et capable de – dire ce qu'il ressent quand on le lui demande. Il se raisonne.

*Adultes et adolescents déficients mentaux* : Légers mouvements de tête pour montrer l'inconfort ou initier un évitement, relation maintenue.

**2-Tendu**. Pendant une manœuvre stressante, protestations, plaintes, pleurs discrets possibles. Pâleurs, sueurs. Mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Relation avec le dentiste tendue. Inquiet de tout nouvel événement. Le patient peut coopérer lorsqu'on le sollicite. La continuité thérapeutique est préservée. Cherche un contact corporel rassurant (main, épaule). Ne s'appuie pas sur le dossier spontanément.

*Jeunes enfants* : Regard au dentiste intermittent, se réfère plutôt aux parents.

*Adultes phobiques* : Multiplie les demandes d'informations. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Le patient interprète la situation avec une exactitude acceptable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété.

*Adultes et adolescents déficients mentaux* : Mouvements de tête pour montrer l'inconfort ou initier un évitement. Soupirs. Augmentation de l'agitation de base.

**3-Réticent** à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Pâleurs, sueurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Mouvements d'évitement. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. Relation avec le dentiste difficilement maintenue. La séance se déroule avec difficultés. Accepte le maintien des mains.

*Jeunes enfants* : Evite le regard direct, se réfère uniquement au parent, peut refuser le contact corporel avec le dentiste. Accessible à la dissociation par intermittence (chants, histoires, caresses etc.).

*Adultes phobiques* : Multiplie les demandes d'information, essaie de trouver une alternative à ce mode de soin, réactions d'évitement par rapport à l'acte, comportements d'évitement (essaie de gagner du temps, réclame la présence d'un tiers).

*Adultes et adolescents déficients mentaux* : Peut rejeter le contact corporel avec le dentiste, accessible à la dissociation par intermittence. Amplification de l'agitation ou repli sur soi.

**4-Très perturbé** par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Cris. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. La relation avec le dentiste est intermittente. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.

*Jeunes enfants* : refuse le contact corporel avec le dentiste, recherche de position de protection vers le référent. Contorsions énergiques, puis parfois cesse de résister et finit par abandonner. Accessible au réconfort venant des parents.

*Adultes phobiques* : Multiplie les demandes d'information, demande une alternative, réactions d'évitement par rapport à l'acte, mouvements frénétiques des jambes. Fini, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. Ouvre la bouche pour les soins.

*Adultes et adolescents déficients mentaux* : Rejette le contact corporel, serre les lèvres, échec partiel de la dissociation. Mouvements d'évitement brusques et puissants.

**5-Totalement déconnecté** de la réalité du danger; inaccessible au dentiste et à l'entourage. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

*Jeunes enfants* : Pleure à grands cris, se débat, ne cesse pas de résister. Inaccessible au réconfort venant des parents.

*Adultes phobiques* : Pleurs possibles, se débat, peut être agressif, ferme souvent la bouche.

*Adultes et adolescents déficients mentaux* : Pleure à grands cris, se débat, inaccessible aux tentatives de dissociation (chants, histoires, caresses etc.), rejette le contact corporel, se débat énergiquement.



Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire  
de l'Université Paris Descartes

Docteur Aurélie MARCEL

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes

Professeur Frédéric DARDEL

Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN



# **Étude rétrospective descriptive de la consultation MEOPA au sein du service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix au cours de l'année 2016**

## **Résumé :**

La peur des soins dentaires persiste malgré l'amélioration du plateau technique et de la prise en charge de la douleur. Cette peur constitue un obstacle aux soins pour les patients anxieux/phobiques ainsi que pour les patients souffrant de handicap.

La sédation consciente par inhalation de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) est un outil de notre arsenal thérapeutique non négligeable qui permet de ne pas exclure ces patients du parcours de soin.

Depuis 2001, l'AMM du MEOPA permet son utilisation en odontologie en milieu hospitalier.

Le service d'odontologie de l'hôpital Charles Foix a une consultation dédiée aux soins sous MEOPA. A chaque séance sous MEOPA, une fiche avec toutes les informations de la séance est rédigée. Au cours de l'année 2016, 850 séances MEOPA ont été réalisées. Le but de cette thèse est de réaliser un bilan de cette consultation au cours de l'année 2016 à travers une étude rétrospective.

## **Discipline :**

Odontologie pédiatrique

## **Mots clés fMesh et Rameau :**

Phobie des soins dentaires -- Dissertations universitaires ; Soins dentaires pour personnes handicapées -- Dissertations universitaires ; MEOPA (pharmacie) -- Thèses et écrits académiques ; Sédation consciente -- Thèses et écrits académiques

Université Paris Descartes  
Faculté de Chirurgie dentaire  
1, rue Maurice Arnoux  
92120 Montrouge