Description des indications de prise en charge pour une anesthésie générale par les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne

Sophie Buisset de Braquilanges

▶ **To cite this version:**

Sophie Buisset de Braquilanges. Description des indications de prise en charge pour une anesthésie générale par les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04017392

HAL Id: dumas-04017392
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04017392

Submitted on 7 Mar 2023

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

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

université de BORDEAUX

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2023 Thèse n° 21

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Sophie BUISSET de BRAQUILANGES

Née le 24 juillet 1996 à Péronne (80)

Le 28 février 2023

Description des indications de prise en charge pour une anesthésie générale par les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne.

Sous la direction de : Dr Guillaume CRESTE

Membres du jury :

Mme BERTRAND Caroline	Professeur des Universités	Présidente
Mme GAROT Elsa	Maitre de conférences des Universités	Rapporteur
M. CRESTE Guillaume	Praticien Hospitalier	Directeur
M. DELBOS Yves	Maitre de conférences des Universités	Assesseur
M. SAMOT Johan	Maitre de conférences des Universités	Assesseur

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/01/2023

Président	M. LEWIS Dean
Directeur de Collège des Sciences de la Santé	M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie	M. DELBOS Yves	56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. CATROS Sylvain	57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M.SEDARAT Cyril	57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Sylvain	CATROS	Chirugie orale	57-01
M.	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie orale	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie orale	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Hélène	FRON-CHABOUIS	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01

M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

PRATICIENS HOSPITALIER-UNIVERSITAIRE

M.	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01

AUTRES ENSEIGNANTS

M.	Maxime	BOITEAUD	CDD 2e degré Santé publique	56-02

ASSISTANTS

M.	Adrien	AMELINE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	William	AUMAILLEY	Prothèse dentaire	58-01
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Diane	DELADRIERE	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Mathieu	DELOLME	Parodontologie	57-01
M.	Quentin	DESPERIEZ	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Laura	DONNET	Biologie Orale	57-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Joran	GARDIN	Parodontologie	57-01
M.	Paul	GIRARDEAU	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
M.	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Jean-Baptiste	IRIBARREN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Aymeric	JOUBERT DU CELLIER	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Sarah	KAWCHAGIE	Prothèse Dentaire	58-01
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Xavier	LAGARDE	Chirurgie Orale	57-01
M.	Clément	LEBRET	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	LEVRIER	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Chiara	PASCALI	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Imane	RAMDANI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Ana	RIBEIRO MAGALHES	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Florianne	VILLAT	Dentisterie restauratrice et endodontie	5801
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

REMERCIEMENTS

A notre Président de thèse

Madame le Professeur Caroline BERTRAND

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Doyenne de l'UFR des Sciences Odontologiques

Section Prothèse Dentaire 58-01

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury. Je vous suis reconnaissante pour l'enseignement de qualité que vous m'avez donné tout au long de ma formation.

Veuillez trouver, par la réalisation de ce travail, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Guillaume CRESTE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Je vous remercie pour votre accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour votre accueil et votre pédagogie au sein du CHU de Limoges lors de mes vacations hospitalières de 6e année. Cette année aura été très enrichissante.

Je trouve ici l'occasion de vous témoigner toute ma gratitude.

A notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Elsa GAROT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Odontologie Pédiatrique 56-01

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté d'être rapporteur et de nous avoir fait l'honneur de juger notre travail.

Je vous remercie pour votre bienveillance, votre enseignement et vos conseils précieux lors de mes deux premières années d'externat à l'hôpital Pellegrin.

Que cette thèse témoigne du profond respect que je vous porte.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Johan SAMOT

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Biologie Orale 57-01

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites en participant au jury de cette thèse. Je vous remercie pour l'enseignement que vous nous avez donné tout au long du cursus universitaire.

Veuillez trouver, dans cette thèse, mes plus sincères remerciements.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Yves DELBOS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Odontologie Pédiatrique 58-01

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

Ce travail est l'occasion de vous remercier pour la qualité de vos enseignements et pour l'investissement dont vous avez fait preuve au cours de mes études d'odontologie. Merci pour votre bienveillance lors de l'enseignement optionnel sur l'hypnose médicale, auquel j'ai eu la chance de participer. Je ne manque pas de mettre en pratique vos bons conseils.

Veuillez trouver ici le témoignage de mes sentiments les plus respectueux.

A **Papa, Maman**, puisque c'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. Merci pour votre patience, vos encouragements et votre soutien lors de ma PACES. Merci d'avoir toujours été des meilleurs conseils. Merci pour toutes les valeurs que vous nous avez transmises. Merci de nous avoir fait voyager et d'avoir autant ouvert nos esprits. Merci de nous avoir donner la confiance pour se battre pour donner le meilleur de nous-même.

Merci aussi à ma petite sœur, **Alice**, mon petit frère, **Victor**, et mon beau-frère, **Amaury**, pour les rires et les souvenirs. Merci pour les moments partagés et ceux encore à venir.

A **Amaury, mon mari, mon Dids**. Merci pour ton soutien sans faille, merci d'avoir cru en moi. Merci pour ces milles allers-retours Limoges-Bordeaux. Merci de m'avoir fait découvrir les maquettes et les dents en cire. Merci pour ta patience et l'attention que tu me portes chaque jour. Merci pour tes mots rassurants. Merci d'être ce papa aimant et blagueurs. Je t'aime.

A **Emérance, notre fille**. Merci d'être arrivée dans nos vies. Merci pour tes milles sourires. Tu nous combles de bonheur. A ces 6 mois de vie et toutes les années qui nous restent à partager. Je t'aime.

A **ma belle-famille**, merci pour tous ces merveilleux moments partagés. Ma place auprès de vous me procure un immense bonheur et je suis heureuse d'avoir intégré votre jolie famille.

A **mes amies de fac** qui sont devenues bien plus.

A **Lolo, ma binôme et ma témoin**. Merci pour ta folie, et ta joie de vivre. Merci de me faire rire encore et toujours. Merci pour ces moments passés au PQR. Merci pour nos soirées confinements. Merci pour tous ces merveilleux moments que tu as pris soin de m'organiser. Merci pour ta générosité. A toutes ces belles années qui nous restent à partager.

A **Claire, Alexia, Albane et Tiguida**, merci pour ces folles années et tous ces moments partagés, merci pour vos rires et ces soirées.

A **mes amis d'Angoulême, à ma team scout**. A Zoé, Mathieu, Rémi, Mélanie, Louis, Thomas, Agathe, Marie et Clarisse. Merci pour tous les camps vécus ensemble. Merci pour les soirées, et les brunchs. Des amis pour la vie. #APTSD

A **Lisa et Eloïse**, merci pour ces moments que je n'oublierai jamais. Merci pour ces années primaires et collèges dans notre petit bout de paradis. Je suis si heureuse d'avoir grandi avec vous. Vous êtes des amis de toujours et j'espère vous garder près de moi encore longtemps.

Au **cabinet dentaire de Rivières**. Merci à tous pour votre accueil. Merci pour votre écoute et votre gentillesse. Merci pour tous ces moments de partage et de joie. Vivement les prochains.

Un merci tout particulier à **Damien**. Mille mercis de m'avoir fait confiance dans mes premiers pas de dentiste.

Merci aussi à **Sophie**, mon assistante. Merci pour ta bonne humeur et ton aide tellement précieuse.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 13

II. ANXIETE ET PHOBIE DENTAIRE 14

A. Définitions 14
B. Etiologies 15
1. Facteurs personnels 16
a) Age 16
b) Personnalité de l'enfant : son tempérament, son caractère. 16
c) Expériences médicales et/ou dentaires antérieures 16
d) Déficience physique et cognitive 17
2. Facteurs externes 17
a) L'anxiété des proches et le niveau d'éducation 17
b) L'environnement du cabinet et le personnel 18

III. PRISE EN CHARGE 19

A. Approche comportementale 19
1. Communication et comportement du dentiste 19
a) Le comportement 20
b) La communication 20
2. Technique de relaxation 21
3. Distraction 21
4. Imagerie guidée 22
5. Hypnose 23
6. Tell-show-do 23
B. Méthodes pharmacologiques 24
2. MEOPA 25
a) Indications 25
b) Contre-indications liées à l'état général 25
c) Effets indésirables rencontrés 26
3. L'anesthésie générale 26
a) But de l'anesthésie générale 27
b) Indications 27
(1) Lié à l'état general du patient 27
(2) Relative au profil du patient (comportement, degré d'anxiété ou de coopération, âge, stade de développement) 28
(3) Lié à une contre-indication de l'anesthésie locale 28
(4) Lié à l'intervention 28
c) Contre-indications 29
(1) Liée à l'état générale 29
(2) Contre-indication médico-légale 29
d) Limites 29

IV. ETUDE : Evaluation des pratiques professionnelles 30

A. Description d'une « évaluation des pratiques professionnelles » 30
B. Contexte de l'étude 31
1. Objectif 32
2. Population cible 32
3. Matériels et méthodes 32
a) Réalisation du questionnaire 32
b) Diffusion du questionnaire 32
c) Receuil et analyse 33
4. Résultats: statistique descriptive 33
a) Introduction 33
b) Fiche praticien 33
(1) Sexe des praticiens 33

(2) Exercice professionnel 34
(3) Formations complémentaires 35
(4) Formations complémentaires souhaitées 35
(5) Formation en orthodontie 35
(6) Prise en charge des enfants au cabinet 35
(7) Réalisation des soins dentaires en fonction des différentes tranches d'âge 35
(a) Enfants de moins de 3 ans 36
(b) Enfants entre 3 et 5 ans 36
(c) Enfants entre 6 et 12 ans 36
(d) Enfants entre 13 et 18 ans 36
(8) Prise en charge des enfants en situation de handicap 37
(a) Enfants en situation de handicap physique 37
(b) Enfants en situation de handicap mental 37
(9) Enfants anxieux ou phobiques 37
c) Prise en charge des enfants au sein du cabinet 38
(1) Présence des parents 38
(2) Méthodes de prise en charge des patients anxieux/ phobiques ou en situation de handicap 38
d) En cas d'échec 39
(1) Nombre de tentatives 39
(2) Orientation en cas d'échec de soin 39
(3) Présence d'un pédodontiste à proximité 40
(4) Facteurs limitants dans la prise en charge d'un patient a besoin spécifique 40
(5) Situations nécessitant une prise en charge en milieu hospitalier 41
(6) Souhaits de formation 42
5. Discussion 42

V. Conclusion 47

Lexique des abréviations :

HAS : Haute Autorité de Santé

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygéne et de Protoxyde d'Azote

AG : Anesthésie Générale

ASA : American Society of Anesthesiologists.

ONCD : Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

URPS : Unions Régionales des Professionnels de Santé

Table des figures :

Figure 1 : Cercle vicieux de la peur dentaire d'aprés Moore et al (4) *15*

Figure 2 : illustration d'un "arracheur de dent" représentant le dentiste *18*

Figure 3 : illustration d'un cabinet dentaire effrayant *18*

Figure 4 : Relation tripodique entre l'enfant, les parents et le praticien pour une bonne alliance thérapeutique (28) *20*

Figure 5 : illustration d'une boîte d'Atarax@ 25 mg (https://pharmaciesaintpierre.pharmavie.fr/medicament-produit-parapharmacie/78329-atarax-25-mg-comprime-pellicule-secable) *24*

Figure 6 : tableau de la classification ASA (alt 5) *27*

Figure 7 : Cartographie de la répartition des chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne (2CD) *31*

Figure 8 : répartition des chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne en fonction de leur sexe ... *34*

Figure 9 : répartition des chirurgiens-dentistes en fonction de leurs années d'exercice *34*

Figure 10: répartition de la présence des parents ou non au sein du cabinet *38*

Figure 11 : distribution des différentes méthodes utilisées par les chirurgiens-dentistes dans la prise en charge d'enfants anxieux ou phobiques ou avec handicap *39*

Figure 12 : orientation en cas d'échec *40*

Figure 13 : facteurs limitants dans la prise en charge d'un enfant ou d'un patient à besoin spécifique selon les chirurgiens-dentistes *41*

Figure 14 : représentation des situations qui nécessitent une prise en charge en milieu hospitalier selon les chirurgiens-dentistes *42*

I. INTRODUCTION

Il est très fréquent de rencontrer, dans les cabinets dentaires, des patients peu rassurés par leur rendez-vous. Chez les enfants, la peur est considérée comme une norme de développement. Cependant lorsque la peur cède la place à une anxiété ou à une phobie dentaire importante, l'évitement des soins qui en résultent peut avoir un impact sur l'état de santé bucco-dentaire (1). Ainsi ces deux émotions peuvent représenter des obstacles pour une bonne prise en charge des patients.

Afin de bien prendre en charge les jeunes patients et faire que le rendez-vous se déroule correctement, il est essentiel d'instaurer une relation de confiance et une ambiance appropriée entre le dentiste et l'enfant. Le praticien devra bien repérer les patients anxieux ou phobiques, pour limiter le stress et la peur engendrés, et faire que les soins se passent sereinement. Ainsi une bonne coopération entre le dentiste et l'enfant est importante.
Dans le cas contraire, si l'anxiété et/ou la phobie dentaire ne sont pas bien appréhendées par le dentiste, les patients auront tendance à repousser voire éviter leur rendez-vous dentaire. C'est ainsi que ces derniers ne consultent qu'en cas d'urgence (2). Les soins deviennent alors plus compliqués voire impossible à réaliser. En effet, la peur aura eu le temps de s'installer et de prendre de l'ampleur, la douleur aura aussi augmenté, et les actes seront en général plus longs, avec des rendez-vous plus nombreux.

Les inconvénients ne sont pas uniquement présents chez le patient. Le dentiste lui-aussi peut être « touché » par l'anxiété du patient. En effet, traiter des patients avec une forte anxiété peu devenir stressant pour la réalisation des soins par le dentiste. La coopération réduite, nécessitera plus de temps et de ressources, ce qui entrainera une expérience désagréable pour les 2 parties.
Enfin, les résultats cliniques peuvent aussi en être affectés.

Les personnes très anxieuses nécessitent donc une gestion prudente et prévenante de la part des praticiens dentaires (3).

Pour tenter de remédier et de gérer l'anxiété ou la phobie dentaire, un large éventail de techniques peut être utilisé par les chirurgiens-dentistes. Ces méthodes peuvent être soit psychothérapeutiques (imagerie guidée, hypnose, distraction, tell-show-do…) ou bien, lorsque le patient n'est pas capable de répondre à ces techniques ou que la coopération n'est pas possible, le praticien passera à des méthodes pharmacologiques (ATARAX®, MEOPA, anesthésie générale). Parfois le dentiste utilisera les deux méthodes. Le choix de ces techniques se fera en fonction du type d'anxiété, de son niveau, et de l'acte à réaliser.

Afin d'essayer d'améliorer la prise en charge des jeunes patients, des patients phobiques ou en situation de handicap, il est important de connaitre les causes de l'anxiété et de la phobie dentaire. Nous aborderons ensuite les différentes techniques de prise en charge qui peuvent être utiliser pour soigner de façon plus sereine un enfant ou un patient handicapé ou phobique. Enfin, à travers notre étude descriptive, nous essaierons de comprendre sur quelles indications et quels critères les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne se basent lorsqu'ils adressent leur patient en milieu hospitalier.

II. ANXIETE ET PHOBIE DENTAIRE

En odontologie, la peur, l'anxiété, l'angoisse voire la phobie constituent les principaux obstacles aux soins, en particulier chez l'enfant. Malgré l'évolution des techniques de soins, la fréquence de ces situations augmente (4,5). La prise en charge de ce type de patients devient alors compliquée (6).

La peur est souvent la conséquence d'une anxiété ou d'une phobie.
L'anxiété et la phobie sont deux émotions désagréables qui peuvent provoquer des réactions physiques, cognitives mais aussi émotionnelles et comportementales différentes selon les individus (6,7).
Ces termes sont bien évidemment liés entre eux, et sont souvent confondus, mais ont des significations différentes. Nous allons essayer de les définir.

A. Définitions

La peur est une réaction émotionnelle normale face à un danger connu, spécifique et réel, qui implique une réaction de fuite ou de combat (6). Ce sentiment inconfortable s'accompagne de modifications physiologiques (tachycardie, hyperventilation, sudation…) (4).
Elle peut survenir en raison d'événements particuliers comme le passé traumatisant d'un soin dentaire. Par conséquent, la première réponse à un objet ou à une situation redoutée est d'éviter ou d'échapper à cette situation effrayante (3).

L'anxiété dentaire est aussi une réaction émotionnelle. Elle est définie comme un état d'appréhension, une réponse à un danger dentaire inconnu, notamment lorsque le traitement proposé n'a jamais été expérimenté. Le patient pense que quelque chose de terrible va se passer, en relation avec les soins dentaires, associé à un sentiment de perte de contrôle (8). De plus, l'anxiété est liée à une perception accrue de la douleur ; en effet les patients ressentent plus de douleurs, et celle-ci dure plus longtemps (6).

L'angoisse est un sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminé en se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges, etc.) (9).
Les angoisses, courantes chez les enfants et les adolescents sont fréquemment rencontrées lors des examens et des soins dentaires. Ils peuvent alors manifester des comportements perturbateurs, en passant par des pleurs pour les plus jeunes, et allant parfois même jusqu'à refuser le traitement. Le refus de soin peut être rencontré même si ces patients ressentent une douleur importante qui pourrait être soulagée par des soins appropriés (1).

Il est important de savoir repérer ces différents sentiments et émotions et de les évaluer, car, bien trop souvent, les patients anxieux en viennent à éviter les soins, on parle alors de phobie.

La phobie est un type sévère d'anxiété. C'est une peur intense, extrême et persistante des procédures dentaires qui conduit à un évitement complet du danger perçu (1,4). C'est une

réaction de peur exagérée qui persiste même dans des environnements sûrs. C'est souvent une réaction disproportionnée et incontrôlable.

B. Etiologies

Chez les jeunes patients, la peur du dentiste est un réel problème de santé publique, et constitue parfois un obstacle pour la bonne prise en charge des enfants en cabinet dentaire (8,10).
D'après une étude de Klingberg and Broberg en 2007, la prévalence de l'anxiété dentaire face au soin serait d'environ 9% chez les enfants et adolescents (11).

Les patients craintifs et anxieux ont l'impression que quelque chose de terrible va se passer pendant les actes dentaires et, par conséquent, repoussent leurs soins dentaires, parfois allant même jusqu'à ne plus consulter leur dentiste, sauf en cas d'urgence.
Un tel comportement entraîne finalement une mauvaise santé bucco-dentaire, avec un indice carieux plus élevé, plus de dents manquantes, et un mauvais état parodontal. Les soins qui en résultent sont, par conséquent, souvent plus longs et plus douloureux. En effet, les procédures de traitement deviennent plus compliquées et traumatisantes, ceux qui à son tour aggrave et renforce la peur. Tout cela conduit alors à un évitement complet des soins à l'avenir (12). En effet, si les expériences vécues sont négatives, l'anxiété peut se développer, persister avec l'âge et évoluer en véritable phobie (4). C'est un cercle vicieux qui se met alors en place (6).

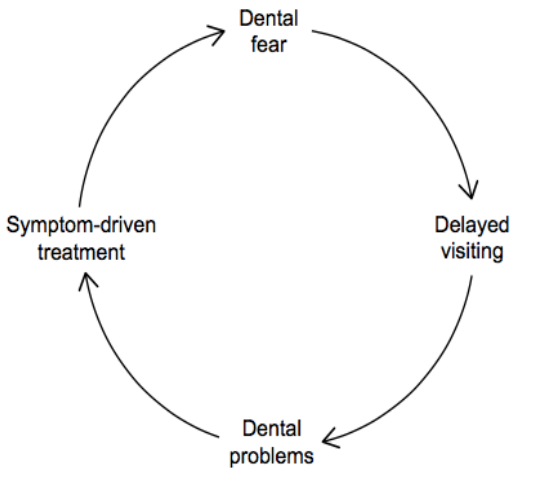

Figure 1 Vicious cycle of dental fear.
Note: Reproduced from Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 2007;7:1 (http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/).[14]

Figure 1 : Cercle vicieux de la peur dentaire (6)

Chez l'enfant, sa capacité à faire face aux procédures dentaires dépend de différents facteurs. Ils peuvent être coopératifs, potentiellement coopératifs, ou ne pas avoir la capacité d'être coopératifs (13). Ces derniers incluent les très jeunes patients et ceux avec des handicaps spécifiques où la coopération peut être plus compliquée voire impossible.

L'étiologie de l'anxiété dentaire chez les enfants peut être multifactorielles (14). En effet, les situations cliniques auxquelles le praticien est confronté dépendent de différents contextes, propres à l'enfant ou externes à celui-ci.

1. Facteurs personnels

a) Age

Cette caractéristique dépend du développement de l'enfant. En effet, plus l'enfant et jeune, plus sa capacité à coopérer peut-être réduite. Avant 6 ans , l'âge est souvent un facteur d'opposition aux soins dentaires, et la séparation du petit enfant avec ses parents entraine un stress et une angoisse supplémentaire (4). La présence des parents est alors souvent conseillée, mais elle ne doit pas compromettre le bon déroulement du soin.
De plus, un nouveau lieu est plus difficile à apprivoiser pour un jeune patient ou un patient handicapé, que pour un patient plus âgé. Il est recommandé de mettre l'enfant tôt en lien avec cet environnement pour qu'il se familiarise rapidement avec ce nouveau cadre.

Le premier rendez-vous est recommandé des 1 an, et le programme MT'Dent propose une première consultation à partir de 3 ans. Cette première visite est cruciale dans la formation de l'attitude de l'enfant envers la dentisterie et la réussite future du traitement (15).

b) Personnalité de l'enfant : son tempérament, son caractère.

Dès la naissance, l'enfant acquiert un certain tempérament. Le tempérament est principalement déterminé génétiquement, mais peut aussi être influencé par le milieu familial et social. Le tempérament d'un enfant va influencer sur son niveau d'activité, d'attention, d'anxiété, de timidité, d'irritabilité et d'adaptabilité aux situations nouvelles. Le tempérament a aussi des effets sur le degré d'intensité de ses émotions et sur son niveau de sensibilité (16),(17).

La personnalité, elle, se développe au fil du temps et est influencée par le tempérament, le milieu familial, l'entourage et les expériences de vie de l'enfant. La personnalité est donc évolutive, et peut être modifié jusqu'à l'âge adulte (17)(2).

c) Expériences médicales et/ou dentaires antérieures

Les enfants qui ont eu des expériences négatives ou traumatisantes en rapport avec des visites à l'hôpital ou suite à un traitement médical antérieur, peuvent être plus angoissés face à un traitement dentaire (1,18). La fréquence des visites chez le dentiste est alors souvent réduite, ce qui peut entrainer une mauvaise hygiène bucco-dentaire.
Lors du premier rendez-vous, les parents doivent remplir un questionnaire médical ; celui-ci comporte une partie sur les antécédents médicaux. Il est important à ce moment-là d'interroger les parents sur les traitements antérieurs et les antécédents médicaux. La réponse de l'enfant peut aussi aider à faire un premier diagnostic sur une éventuelle peur ou anxiété du dentiste. En effet, cela peut aider à identifier des comportements potentiels liés à l'anxiété et permettrait au praticien d'adopter des stratégies appropriées de modification du comportement (13).

Son état de santé bucco-dentaire peut aussi jouer un rôle. En effet, un enfant avec des douleurs dentaires dues à une alimentation ou à hygiène non adaptées aura des douleurs

buccales constantes. Suite à ces épisodes douloureux récurrents, il peut déjà être anxieux à l'idée d'aller chez le dentiste.

d) Déficience physique et cognitive

Que la déficience soit physique, sensorielle, intellectuelle ou psychique, les obstacles à l'accès aux soins sont nombreux. La perception de la santé bucco-dentaire est nettement moins bonne et l'état santé bucco-dentaire plus dégradé chez les personnes en situation de handicap. (19)
Les freins à la prise en charge sont liés aux handicaps des patients (la maladie elle-même et les traitements peuvent avoir un impact sur la santé bucco-dentaire), aux professionnels de santé (personnels médicaux et paramédicaux formés) et à l'environnement technique et organisationnel des soins (accès géographique, fauteuil adapté), ainsi qu'aux coûts des soins eux-mêmes (techniques de sédation, dépassements d'honoraires). Les difficultés financières auxquelles les personnes handicapées sont souvent confrontées participent aussi au défaut de soins. Les prises en charge tardives et en urgence, nécessitant souvent le recours à l'anesthésie générale (avec des extractions dentaires entraînant des difficultés d'alimentation et de socialisation), sont la conséquence de l'absence d'hygiène buccale et de soins réguliers (20).
Les études montrent une prévalence plus importante des affections bucco-dentaires chez ces patients. Elles se caractérisent par des besoins de soins bucco-dentaires supérieurs à la population générale. (19)

Pourtant une bonne santé bucco-dentaire participe à l'amélioration de l'état de santé globale de la personne et par conséquent à une meilleure qualité de vie de la personne.

2. <u>Facteurs externes</u>

a) L'anxiété des proches et le niveau d'éducation

Les enfants miment très souvent le comportement de leurs parents. L'anxiété peut donc être aggravée par l'attitude de l'entourage, généralement les parents ou la fratrie. Les parents qui ne peuvent pas contenir leurs propres angoisses peuvent les transmettre involontairement à leurs enfants et ainsi aggraver les choses alors qu'ils essaient réellement d'aider (13).
La présence du parent doit être une aide, un encouragement pour l'enfant lors des soins (4). S'il est compliqué pour eux d'être un soutien efficace, il est recommandé que les parents restent en salle d'attente (21).

Le dentiste a longtemps été associé à « l'arracheur de dents », et à des images peu glorieuses. Les origines culturelles, les livres, dessins animés véhiculent parfois une image terrifiante du dentiste, du cabinet dentaire ou des soins dentaires et peuvent aussi créer ou aggraver une peur.

Figure 2 : illustration d'un "arracheur de dent" représentant le dentiste

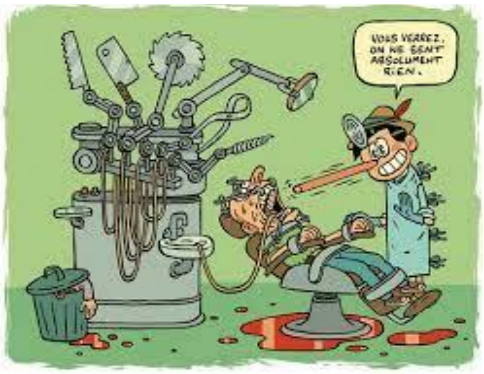

Figure 3 : illustration d'un cabinet dentaire effrayant

On peut noter que les enfants des milieux défavorisés nécessitent souvent beaucoup plus de soins en denture temporaire et que leurs niveaux d'anxiété vont fréquemment de pair avec cette constatation. En effet le renoncement aux soins est 2 fois plus important dans les classes sociales défavorisées. Ce phénomène est renforcé par l'isolement géographique engendré par la pauvreté qui rend l'accès aux soins plus compliqué (2), (6). L'éducation aurait également un impact sur la coopération lors des soins dentaires et ce d'autant plus que, de nos jours, les enfants contestent fréquemment l'autorité. Souvent, les rendez-vous et actes préventifs ne seront pas réalisés et les enfants issus de ces familles ne consulteront qu'en cas de douleurs et donc d'urgence, entretenant le cercle vicieux de l'anxiété (22).

b) L'environnement du cabinet et le personnel

L'enfant craint l'inconnu. Par conséquent, un environnement nouveau peut être anxiogène pour le jeune patient. Il est important que l'équipe soignante soit accueillante et que le cabinet et une partie de la salle d'attente soient adaptés aux jeunes patients, avec des images et une décoration dédiées aux enfants (6,13).

De plus, il existe des déclencheurs sensoriels qui peuvent entrainer une anxiété chez les enfants : ces sens peuvent se retrouver agressés.

- La vue : le patient se crée des images angoissantes lorsqu'il voit des objets et instruments pointus tels que des aiguilles d'anesthésies ou des fraises de turbines. Le scialytique aussi peut être une source d'angoisse pour lui ; en effet il peut se sentir agressé avec une lumière vive. Tous ces instruments et objets sont nouveaux

pour le patient. C'est ce genre de nouvelles situations et de nouvelles expériences qui peut rendre le moment angoissant pour un jeune patient.

- L'ouïe : par des sons et autres bruits. Le son de la turbine ou du contre-angle pourront évoquer des bruits de perçage.

- L'olfaction et le gout : par des odeurs et des gouts. En effet certains soins nécessitent un curetage et la mise en place de matériaux de comblement. La dentine découpée ou l'eugénol entre autres ont des odeurs peu agréables. Le sang et les anesthésiques sont également difficiles à faire accepter au patient.

- Le sens kinesthésique avec les sensations : les vibrations à haute fréquence lors des détartrages, ou des curetages avec la turbine ou le contre angle peuvent rajouter, en plus des autres sens, une source d'angoisse supplémentaire. Aussi pendant les extractions dentaires, les enfants peuvent se sentir agresser, avec des mouvements de force, ou des bruits de craquement qui peuvent les surprendre. L'air et l'eau sont deux sensations nouvelles qui provoquent parfois une sensation d'étouffement (notamment avec l'eau). L'aspiration peut aussi être source d'angoisse. De part le bruit qu'elle fait, mais aussi par l'impression d'une forte aspiration ou encore lorsqu'elle est positionnée trop loin dans la bouche, pouvant ainsi créer des réflexes nauséeux.

  La position longue et parfois inconfortable sur le fauteuil peut aussi perturber l'enfant. Elle peut être ressentie comme une position vulnérable pour celui-ci. Il est important de communiquer avec lui et de le prévenir.

Toutes ces sensations parfois nouvelles et inconnues peuvent contribuer à l'anxiété chez un enfant (23).

III. PRISE EN CHARGE

Afin de réaliser des soins correctement et ne pas entrainer de traumatisme psychologique à la suite de la consultation ou de l'acte réalisé, il est important de comprendre le niveau d'anxiété du patient. L'approche et la prise en charge avec ce dernier sera ainsi plus adaptée et plus efficace.
L'anxiété dentaire peut être gérée par des interventions comportementales, pharmacologiques ou les deux. Les différentes méthodes de prise en charge seront misent en place selon le niveau d'anxiété, les caractéristiques du patient et les situations cliniques. La prise en charge doit être appropriée au patient en face du praticien.

A. Approche comportementale

1. Communication et comportement du dentiste

Le rôle du dentiste est d'accompagner l'enfant dans la découverte des soins dentaires, en établissant une véritable relation de confiance (4). La communication et le comportement

entre le dentiste et le patient sont donc cruciales pour une bonne prise en charge de ce dernier et faire que les soins soient adaptés et bien réalisés (6).
Chez le jeune patient, on parle de relation tripodique entre : le dentiste, le parent et l'enfant. C'est ainsi que la relation de confiance doit s'établir entre les 3 individus. Elle est primordiale pour une bonne prise en charge (16).

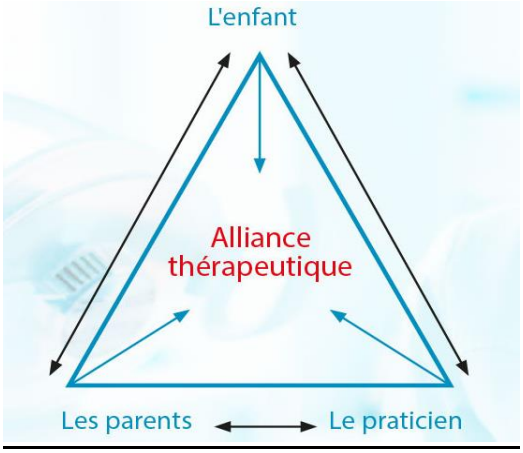

Figure 4 : Relation tripodique entre l'enfant, les parents et le praticien pour une bonne alliance thérapeutique (28)

a) Le comportement

Le comportement du praticien est un type de communication non verbale qui est une compétence essentielle à adopter pour la bonne prise en charge des jeunes patients.
La communication non verbale représente environ 70% de la communication pendant une consultation ou un soin. Elle est permanente (signes, gestes, regard…) et peut parfois contredire les messages verbaux.
Selon Friedman et al en 1983, le comportement, l'attitude et la position du dentiste permet de rendre les patients plus calmes (4,24).
Il a été démontré que se présenter au jeune patient, et même réaliser une poignée de main peut augmenter la confiance de certain patient.
Faire face en s'accroupissant pour être bien en face de lui (se mettre à sa hauteur), avec un sourire et en essayant de maintenir un contact visuel est un geste positif. L'enfant se sentira comme un « grand », est une relation de confiance s'installe.
Pendant les soins, il faut éviter les mouvements rapides qui peuvent être source d'agression pour le patient. Le toucher peut être utilisé pour réconforter et contrôler les patients. Les gestes lents et expliqués sont plus rassurants pour l'enfant.
Avoir une attitude calme, attentionnée et empathique est plus susceptible d'aboutir à une gestion réussie d'un enfant anxieux.

b) La communication

Adapter son timbre de voix et parler avec des mots adaptés à l'âge de l'enfant est également important pour une bonne relation avec lui.
Cette technique est appelée la « technique iatrosédative » (24). C'est un processus de communication entre le dentiste et le patient qui crée un lien de compréhension et de confiance.

En effet, une conversation calme, un ton de voix posé, doux, des paroles positives, et des questions ouvertes sont autant de façon de rassurer le patient et faire qu'il soit moins anxieux. Les réponses courtes, claires, honnêtes, directes sont appréciées également. Au cours du soin, il faut continuer à demander si les patients ressentent une gêne, apporter un soutien moral et le rassurer pendant l'acte dentaire (6).
Les explications doivent être données dans un langage simple et non menaçant, en évitant l'usage du jargon.

Des exemples de vocabulaires sont donnés ci-dessous :

- Le « jus endormi » et « gonfler un ballon » pour l'anesthésie locale
- Le « soleil » pour le scialytique
- « faire une photo » pour la radiographie
- « faire l'hippopotame » ou « grand comme un lion » pour ouvrir la bouche
- L' « hélicoptère » pour le contre-angle et « douche », « avion » pour la turbine.
- La « peinture dentaire » pour le scellement des sillons.
- Le « fauteuil magique », ou « tapis volant », « vaisseau spatiale » lorsque l'enfant est invité à s'installer et qu'on l'allonge pour réaliser des soins (4).

Hamasaki et ses collègues ont démontré que les patients qui avaient une opinion positive de leur communication avec leur dentiste avaient de meilleurs résultats en termes de satisfaction et moins de peur que ceux qui avaient une opinion moins positive de la communication de leur dentiste (3).

2. Technique de relaxation

La relaxation est l'opposé d'une réponse au stress, et lorsqu'elle est pratiquée régulièrement, elle réduit non seulement le stress et l'anxiété, mais permet également à un individu de faire face aux symptômes de l'anxiété. Cela peut être réalisé à la fois par une respiration profonde et une relaxation musculaire. Une fois qu'une personne est physiquement détendue, il lui est impossible d'être psychologiquement bouleversée en même temps. Les stimuli anxiogènes provoquent des tensions physiques, qui à leur tour augmentent la perception de l'anxiété de la personne (6)

3. Distraction

La distraction vise à détacher le patient de l'environnement dentaire, en détournant son attention de ce qui peut être perçu comme un acte désagréable (6,24). Cela permet de diminuer la perception du désagrément et d'éviter un comportement négatif ou d'évitement (25).

La distraction peut être visuelle ou auditive :

- Sous forme de musique : autrement appelé musicothérapie (distraction auditive). Cette technique est non invasive. Il a été démontré qu'une musique appropriée

influence les ondes cérébrales humaines, et amène à une relaxation profonde et permet de soulager la douleur et l'anxiété (10),(26).

- Sous forme d'histoires (distraction visuelle) : le dentiste ou plus souvent l'assistante dentaire parle aux enfants pendant que le dentiste réalise le soin. Cela permet à l'enfant de l'écouter plutôt que de se concentrer sur l'acte.
- Sous forme de dessins animés ou vidéo : écran au plafond, lunettes 2D ou 3D accompagnées d'un son. Dans ce cas, la distraction est visuelle et auditive (3,6).

Des recherches montrent que la distraction vidéo est plus bénéfique pour réduire l'anxiété que la distraction audio. Par exemple, se concentrer sur un aquarium entraîne moins d'anxiété que d'écouter une affiche musicale. Cela pourrait être lié à une plus grande utilisation des sens (24),(27).
Pour la distraction vidéo, des composants visuels et audio sont utilisés, ce qui peut avoir un potentiel de distraction plus important que l'audio seul. De plus, les objets animés peuvent distraire un patient plus que les objets inanimés.

4. Imagerie guidée

C'est une technique très proche de la distraction.
L'imagerie guidée est définie comme une rêverie dirigée qui utilise tous les sens pour créer un état de relaxation ciblé et un sentiment de bien-être physique et émotionnel.
C'est un exercice corps-esprit, dans lequel les patients développent une image mentale d'une expérience agréable et tranquille, et qui guide consciemment leur attention pour atteindre la relaxation, réduisant ainsi l'anxiété. Les patients peuvent choisir leur propre image mentale ou ils peuvent être guidés à l'aide de scripts par le dentiste (1).

L'imagerie guidée comporte généralement trois étapes : la relaxation, la visualisation et la suggestion positive.

Cela consiste en :

1) le patient sera encouragé à s'asseoir tranquillement
2) à ralentir sa respiration, à détendre ses muscles
3) puis à imaginer un lieu de paix et de relaxation qu'il trouve particulièrement agréable pour lui (3). Cela peut être une plage, des montagnes, un lac, un endroit sûr, qui doit être engageant et personnalisé pour chaque patient.

Le dentiste aura une voix calme et détendue, et guidera le patient à travers le scénario que se crée ce dernier. Il devra essayer d'amener le plus de sens (vue, ouïe, toucher, odorat) et de souvenirs possible au patient (3). Le patient se créera des détails concrets et spécifiques avec le son et les odeurs qui seront développés pendant l'acte.
Cette technique produit une relaxation merveilleuse et apaisante dans tout le corps (6).

Il est relativement facile à apprendre, enseigner et utiliser dans la pratique. Elle peut être effectuée par un dentiste correctement formé ou à l'aide d'enregistrements audio, et peut être effectuée quotidiennement ou selon les besoins du patient.

5. Hypnose

L'hypnose (du grec hypnos [sommeil]), a longtemps été critiquée, mais est dorénavant beaucoup utilisée en médecine et en dentisterie (6).
Le terme « hypnose » désigne une interaction entre une personne, l'« hypnotiseur », et une ou plusieurs autres personnes, les « sujets ». Dans cette interaction, l'hypnotiseur tente d'influencer les perceptions, les sentiments, la pensée et le comportement des sujets en leur demandant de se concentrer sur des idées et des images qui peuvent évoquer les effets recherchés. Il utilise des « suggestions ». (28)
C'est l'une des options les plus utilisées par les dentistes comme méthode pour aider les sujets anxieux à se détendre (10).

Cette technique est peu coûteuse et présente un très faible risque d'effets secondaires, mais les dentistes ont besoin d'une formation spéciale pour pratiquer l'hypnothérapie.

La technique doit être évitée chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, de troubles de la personnalité et de troubles neurodégénératifs.

Dans une revue méta-analytique, il a été montré que 75 % des patients ont ressenti une réduction de la douleur après l'hypnose. Des études ont également montré son efficacité dans la réduction de l'anxiété, permettant aux gens de gérer des traitements dentaires stressants. (6)

6. Tell-show-do

Cette technique est largement utilisée pour familiariser un jeune patient avec une nouvelle procédure, tout en minimisant la peur de l'inconnu (6). Elle est souvent utilisée lors du premier rendez-vous de l'enfant. Le dentiste dicte avant que quoi que ce soit ne soit fait, l'enfant sera informé de ce qui sera fait, puis le praticien montrera ce qu'il fera par une sorte de simulation avant le début de la procédure (15).
Il est important d'être sincère avec les enfants pour garder la relation de confiance. De plus, les enfants sont sensibles aux mensonges et les tromper augmente leur degré d'anxiété.
Par exemple, il faut éviter de lui dire « tu ne sentiras rien », l'enfant va ressentir des sensations, des pressions, parfois un mauvais gout. Il est important de le prévenir en utilisant des termes positifs (chatouiller, picoter, fourmiller…) (4).

La technique du tell-show-do a été proposée par Addlestion et se réalise en plusieurs étapes (4) :

- Cela implique des explications verbales des procédures, en expliquant ce qui va se passer, avec les instruments qui seront utilisés et les raisons de leur utilisation, dans des phrases appropriées. Ces explications doivent être faites en fonction de l'âge et du niveau de développement du patient, c'est-à-dire avec un langage qu'il comprendra : tell/dire ;
- Puis, le dentiste fera une démonstration des aspects visuels, auditifs et tactiles de la procédure : show/montrer ;
- Enfin, sans s'écarter de l'explication et de la démonstration, le dentiste effectuera la procédure : do/faire. (6)

Le tell-show-do réduit l'anxiété d'anticipation chez un nouveau patient (13).

B. Méthodes pharmacologiques

Dans certaines situations, les méthodes de modification du comportement de façon non pharmacologique ne suffisent plus. Cette situation se retrouve souvent lorsque les patients sont très anxieux ou phobiques, ou avec un gros handicap. Le patient n'est alors pas capable de répondre et de bien coopérer avec les interventions psychothérapeutiques. On passe donc à des thérapies pharmacologiques (29).
Parmi elles, la sédation consciente et l'anesthésie générale sont particulièrement efficaces pour résoudre l'impossibilité ou l'échec de soins au fauteuil (30).

1. ATARAX®

Figure 5 : illustration d'une boîte d'Atarax® 25 mg
(https://pharmaciesaintpierre.pharmavie.fr/medicament-produit-parapharmacie/78329-atarax-25-mg-comprime-pellicule-secable)

L'hydroxyzine est le médicament le plus souvent prescrit dans le cas de manifestations mineures de l'anxiété. C'est un antihistaminique avec des propriétés anxiolytiques, que l'on retrouve sous deux formes pharmacologiques : comprimé pelliculé ou sirop pédiatrique. L'administration est donc simple et bien tolérée, ne nécessitant pas de surveillance particulière.
Ce médicament est prescrit et administré dans le cas de :

- Manifestations mineures de l'anxiété
- Prémédication à l'anesthésie générale
- Traitement symptomatique de l'urticaire
- Pour des troubles de l'endormissement chez les enfants de plus de 6 ans (31).

Les deux premiers points sont fréquents en dentisterie, que ce soit dans les populations adultes ou pédiatriques. Les différentes manifestations de l'anxiété dentaire ont un impact sur les soins puisque ceux-ci peuvent devenir difficilement réalisable ou être repousser le plus tard possible jusqu'à entrainer des complications et passer sur des soins d'urgence. Il est donc fréquent de réaliser une prémédication d'Atarax® avant les soins.

De plus, en ce qui concerne la prémédication à l'anesthésie générale, la prémédication à ce médicament vise à induire une sédation pour calmer l'anxiété ressentie avant une intervention (32).

Dans les deux cas, selon la commission de l'HAS, « le service médicale rendu reste important dans ces indications » (32).

Posologie et mode d'administration :

Le comprimé n'est pas une forme adaptée aux enfants de moins de 6 ans (risque de fausse route). Il vaut alors mieux prendre la forme en sirop.
Dans les populations pédiatriques : la dose maximale recommandée est de 2mg/kg/jour. Ces doses peuvent être réduite de moitié lorsque seul un effet momentané est souhaité.
Le pic sérique a lieu environ 2h après la prise, il est donc important de veiller à bien prendre le médicament en fonction de l'heure du rendez-vous (32).

2. MEOPA

La technique du MEOPA ou Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote est basée sur une méthode d'analgésie relative ou « sédation consciente » (33). Cela correspond à la disparition de la perception douloureuse et à un détachement de la réalité tout en conservant la conscience et donc l'état d'éveil du sujet et ses réflexes laryngés par inhalation du MEOPA.

a) Indications

En odontologie pédiatrique, la sédation consciente est particulièrement intéressante pour :

- Les actes de courte durée (30 minutes) et peu nombreux (3 à 5 dents à traiter),
- Les jeunes enfants ou adolescents anxieux ou phobiques, opposants ou handicapés (si la déglutition et la ventilation sont normales), appartenant aux catégories ASA I ou ASA II (34).
- Les actes simples en chirurgie dentaire courante (extractions, soins coronaires) (33).

b) Contre-indications liées à l'état général

Cependant il existe aussi des contre-indications. Elles sont rares mais absolues :

- Accident de plongée, de pneumothorax ou d'occlusion digestive
- Épanchement gazeux
- Hypertension intracrânienne non dérivée
- Traumatisme crânien non évalué, accident cérébro-vasculaire
- Altération de la conscience non évaluée
- Fracture des os de la face

Il faut garder une certaine prudence pour les patients insuffisants rénaux ou hépatiques, atteint de drépanocytose ou avec des greffes d'organes.

Il faut aussi veiller à éviter l'association avec les benzodiazépines ou les opioïdes pour éviter la potentialisation de la dépression respiratoire (33).

c) Effets indésirables rencontrés

Il existe des effets indésirables lors de la prise du MEOPA par un patient. En effet ce dernier peut ressentir des paresthésies (picotements, fourmillements), une sensation de lourdeur, de chaleur, de légèreté, avoir des visions ou des distorsions auditives.
D'autres effets indésirables, décrits dans la littérature, sont en autres :

- une sensation de malaise, des nausées voire des vomissements (ces symptômes sont rencontrés dans moins de 5% des cas),
- une excitation paradoxale ou une certaine somnolence,
- une dysphorie chez certains enfants très anxieux, surtout si le terrain psychologique n'est pas bien préparé (33).

Ces effets indésirables doivent être communiqués au patient lors du premier rendez-vous.

Lors de ce même rendez-vous, il est important d'expliquer à l'enfant et aux parents le principe de l'inhalation pour une meilleure efficacité le jour du soin. Le dentiste prévient des différentes sensations qui pourront être ressenties le jour du soin mais aussi des possibles effets indésirables. Il montre comment utiliser le masque afin de s'assurer de l'acceptation de celui lors des soins. Ce dernier est laissé à l'enfant ; cela lui permet de s'entraîner chez lui, dans un lieu connu (33).

3. L'anesthésie générale

La plupart des procédures dentaires peuvent être réalisées sous anesthésie locale, mais parfois pour des patients pédiatriques souffrant d'anxiété sévère, les patients souffrant de retard mental ou de troubles psychiatriques, ou encore de traumatismes buccaux faciaux par exemple, l'anesthésie générale peut être indiquée (35).
Pour diverses raisons, les demandes de soins sous anesthésie générale sont très voire trop fréquentes.
Une des principales raisons est que les enfants touchés par les maladies carieuses le sont plus sévèrement. Ainsi, de nombreux praticiens ne se sentent pas capable de réaliser autant de soins dans une même bouche chez un jeune patient, par crainte de réactions intempestives (manque de patience, de compréhension…), quand d'autres jugent une perte de temps et d'argent dont ils ne peuvent pas se permettre.

Les parents aussi jouent un rôle dans cette demande d'AG, puisque souvent ils souhaitent que leur enfant soient traités en une seule séance pour éviter une perte de temps et d'argent (si le rdv à lieu avec un pédodontiste → dépassement honoraire) (20).
Cependant l'anesthésie générale devrait restée la solution ultime dans les cas de soins dentaires.

Les principales raisons d'une anesthésie générale sont le plus souvent :

- Les extractions multiples,
- L'anxiété,
- L'âge du patient,

- Le souhait des parents,
- Des enfants non-coopérants.

a) But de l'anesthésie générale

L'anesthésie générale a un triple but :

- Permettre la perte de connaissance et supprimer la douleur
- Relâcher les muscles
- Prendre le relai du cerveau « mis au repos » afin d'assurer les fonctions vitales, la surveillance des fonctions respiratoires et cardio-vasculaire étant permanente avant, pendant et après l'intervention (33).

b) Indications

Lorsqu'un médecin prescrit une anesthésie générale pour quelconques soins, il doit toujours évaluer la balance bénéfice/risque. En effet, l'AG présente des risques et n'est donc pas un acte anodin. La décision de ce type d'intervention en odontologie ne doit pas s'apparenter à une indication de confort pour le patient ou le praticien (33,36,37), mais elle doit répondre à une nécessité dont découlent les indications et contre-indications résultant de données scientifiques. Ce n'est jamais une technique dans laquelle le praticien doit rechercher une solution de facilité.
Dans l'intérêt des soins continus du patient, l'AG ne doit être envisagée que là où d'autres techniques ont échoué, et compte tenu des risques inhérents, des coûts et des difficultés associées au traitement sous anesthésie générale.

(1) Liées à l'état général du patient

La classification décrite par l'American Society of Anesthesiologists (ASA) quantifie le type et la gravité des problèmes médicaux sous-jacents (38,39).
Ce système ASA, utilisé depuis plus de 60 ans est une classification de l'état physique d'un patient. Son but est d'évaluer et de communiquer les comorbidités médicales préanesthésiques d'un patient. Il doit être étudié avec les autres facteurs qui entrent en compte pour l'opération (type de chirurgie, fragilité du patient…) (40).
On pourra ainsi étudier les risques liés à l'opération.

ASA I	Sans affection autre que celle nécessitant l'hospitalisation
ASA II	Affection modérée d'une grande fonction
ASA III	Affection sévère d'une grande fonction
ASA IV	Affection grave faisant courir un risque vital imminent
ASA V	Moribond, chance de survie à 24h faible

Figure 6 : tableau de la classification ASA (33)

En pratique dentaire, l'AG peut être réalisée uniquement pour les ASA I, II et III. Lors des stades IV et V, l'enfant a un état de santé trop dégradé pour pouvoir réaliser une AG.

ASA II : diabéte équilibré, épilepsie stabilisée, trouble autistique
ASA III : cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse

(2) Relatives au profil du patient (comportement, degré d'anxiété ou de coopération, âge, stade de développement)

Pour décider d'adresser un patient en AG, il faut d'abord avoir tenté des soins au fauteuil sous sédation consciente (ex : MEOPA). L'AG ne doit pas être tentée en 1ère intention. On pourra la programmer dans les cas suivants :

- Patient craintif et anxieux pour lesquels l'orientation comportementale de base n'a pas fonctionné et l'enfant ayant des antécédents de comportement non coopératif,
- Patient qui ne peut pas coopérer en raison d'un manque de maturité psychologique ou émotionnelle et/ou d'un handicap mental, physique ou médical (41),
- Patient psychotique, caractériel, infirme moteurs cérébraux, patient cardiaque, hémophile ou sous anticoagulant, retard mental, handicaps mentaux (33).

(3) Liées à une contre-indication de l'anesthésie locale

- Allergie aux constituant des anesthésiques locaux (41),
- Patient avec porphyries : groupes de maladies avec accumulation de porphyrines au niveau hépatiques (souvent anesthésiques locaux contre-indiqués) (37).

(4) Liées à l'intervention

- Polycaries (plus de 4 caries en bouche) ou anomalies dentaires multiples : grands nombres de caries et/ou que son âge ou son état ne permettent pas un traitement au fauteuil
- Extractions multiples
- Intervention longue, douloureuse et/ou répétitive où il est difficile d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant (20,33,37).

Selon une revue de Nunn et al, une classification des patients traités sous anesthésie générale au Dental Hospital de l'Université de Newcastle au Royaume Uni a été réalisée. Ils ont constaté que 30,2% des patients adultes et pédiatriques avaient une déficience intellectuelle. Les autres raisons rencontrées étaient la présence de handicaps multiples (24%) ou la phobie dentaire (21,4%). Un examen similaire a été réalisé à l'hôpital de Mount Sinaï au Canada, qui trouve des résultats concordants.
D'après une étude menée par le service dentaire public d'Helsinki en Finlande, les principales raisons d'un traitement sous anesthésie générale seraient l'absence extrême de coopération (65 %), la phobie dentaire (37 %) et un besoin urgent de traitement (26 %) (38).

Certaines situations nécessitent de réaliser une anesthésie générale. Cependant, il existe aussi des contre-indications. L'anesthésie générale reste un acte à prendre avec précautions.

c) Contre-indications

(1) Liées à l'état générale

Les patients dit ASA IV et V car l'état de santé du patient est déjà trop dégradé (33,36).

Il existe aussi des contre-indications relatives qui entraînement un report de l'anesthésie générale comme par exemple un rhume, une bronchite et autres troubles respiratoires passagers aigus (20).

Il est important de bien faire attention aux patients avec des problèmes cardiovasculaires, car la plupart des médicaments utilisés pour la sédation et l'analgésie peuvent provoquer une vasodilatation et une hypotension. (39)

(2) Contre-indication médico-légale

La notion du rapport bénéfice-risque demeure un critère important dans l'indication de l'AG. Tout acte d'AG, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.
Pour des patients avec des pathologies, il faut toujours s'assurer que tout se passera bien pendant l'opération, en prenant en compte aussi les éventuelles complications pendant l'opération (par exemple l'intubation, ne doit pas engendrer de problème plus grave que les caries en elles-mêmes).

L'information du patient est obligatoire. Ainsi d'après la ***loi du 4 mars 2002 :***
« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » (37).

Pour le professionnel de santé, elle précise :
« L'anesthésiste et le praticien sont co-responsables en cas d'accident. »
Donc il faut que l'AG soit médicalement indiquée avec autorisation du responsable légal de l'enfant c'est à dire des deux parents.
A l'hôpital, il faut signer une série de papier. La signature des deux parents est obligatoire.

d) Limites

Le praticien qui réalise les soins sous anesthésie générale n'est pas dans les mêmes conditions que dans un cabinet libéral.
D'abord, il ne dispose pas de tous les matériaux (CVI, composite, biodentine…) et de tout le matériel du cabinet dentaire, notamment la radiographie. De plus, les soins réalisés doivent être le plus complet possible ; en effet il doit soigner (extraction ou soins conservateurs) toutes les dents cariées en bouche car il faut éviter de ré-intervenir sur le

patient. Il est alors difficile de prétendre réaliser tous les soins de la même manière et avec la même qualité qu'en pratique courante. Ceci implique des choix thérapeutiques sensiblement différents (33).

Le praticien hospitalier doit aussi réussir à s'intégrer dans une équipe souvent différente (infirmière, anesthésiste-réanimateur…).

Il faut aussi faire prendre conscience au praticien et aux patients qu'une anesthésie générale est une technique onéreuse en matériel et en personnel (33).

Pour conclure, l'anesthésie générale n'est donc pas un acte anodin, et la balance bénéfice/risque est importante à prendre en compte.
Aussi les délais sont très longs (généralement 1 an d'attente avant de réaliser des soins sous anesthésie générale), et ce type de sédation est onéreux.
Ainsi il est important que le praticien réunisse un certain nombre d'élément afin d'orienter au mieux le patient :

- un questionnaire médical du patient,
- une évaluation de la motivation des parents et de l'enfant sur le plan de la santé bucco-dentaire avec un à priori favorable pour les parents qui font la démarche de consulter,
- un bilan bucco-dentaire précis,
- un bilan orthodontique,
- un bilan fluor, alimentation et brossage,
- une radiographie panoramique,
- un courrier pour le pédodontiste avec les remarques ou exigences particulières concernant le traitement (33).

IV. ETUDE : Evaluation des pratiques professionnelles

L'étude qui a été menée consistait à comprendre sur quelles indications et quels critères se basent les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne lorsqu'ils adressent un enfant ou un patient en situation de handicap en anesthésie générale au CHU de Limoges, pour des soins dentaires.
Nous avons ainsi essayé de comprendre leur pratique en cabinet et leur gestion des jeunes patients et patients avec un handicap.

A. Description d'une « évaluation des pratiques professionnelles »

D'après le décret du 14 Avril 2005, Art. D. 4133-0-1. - « L'évaluation des pratiques professionnelles a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode

élaborée ou validée par la HAS (Haute Autorité de Santé) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. » (42)

Selon l'HAS, l'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé correspond à la mise en œuvre de méthodes et d'outils d'amélioration des pratiques professionnelles, dans le cadre d'une démarche individuelle ou collective (programme d'actions souvent pluridisciplinaires).

A ce jour, la HAS ne propose pas de recommandations officielles concernant les méthodes de gestion de l'anxiété et de la phobie dentaire. Notre étude n'est donc pas une évaluation des pratiques professionnelles mais une description de ces pratiques. Nous n'évaluons pas les méthodes de prise en charge, mais les indications de prise en charge en anesthésie générale selon les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne.

B. Contexte de l'étude

Après avoir travaillé 1 an au CHU de Limoges lors de ma 6e année d'étude odontologique, et suite aux échos des années passées, nous nous sommes rendu compte que beaucoup d'enfants été adressés au CHU de Limoges pour réaliser des soins dentaires, sous anesthésie générale. Or, cela a tendance à saturer le service dentaire, alors que parfois, ces patients pourraient être pris en charge en cabinet. De plus et comme expliqué dans la deuxième partie de cette thèse, l'anesthésie générale doit rester l'ultime solution.

Nous nous sommes donc posé plusieurs questions :
L'effort relationnel à instaurer avec l'enfant est-il trop long à mettre en place, ou trop complexe ? Les praticiens qui orientent leur patient vers cette solution, ont-ils essayé d'autres méthodes ? Ou est-ce par manque de temps, de moyens ?

D'après la cartographie du site de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, la Haute-Vienne est un département, qui compte 188 dentistes inscrit à l'Ordre, c'est à dire 1 dentiste pour près de 2000 habitants, soit 50 dentistes pour 100 000 habitants (donnés de l'INSEE en 2015) (43).

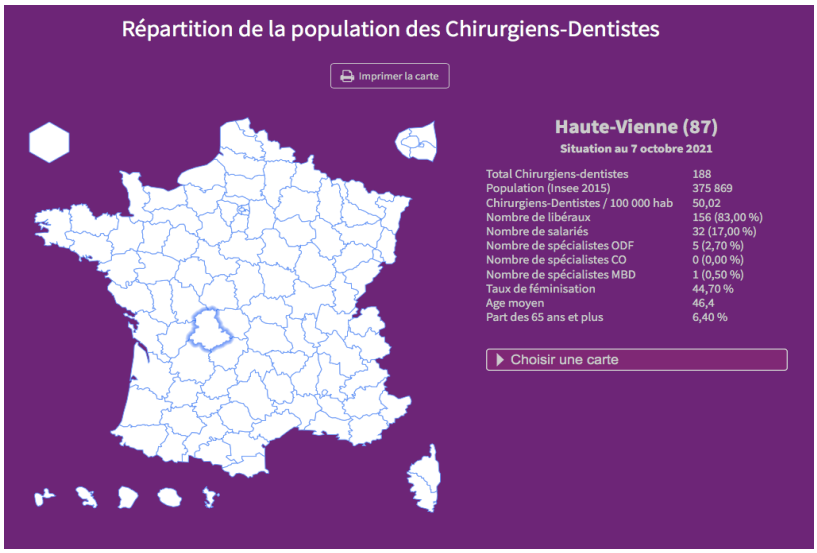

Figure 7 : Cartographie de la répartition des chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne (13)

1. Objectif

Nous avons décidé de réaliser une étude descriptive transversale auprès des chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne pour comprendre sur quels critères et à partir de quelles indications ils se basent pour adresser ces jeunes patients ou les patients porteurs d'un handicap à l'hôpital de Limoges.
Nous avons aussi cherché à décrire les moyens utilisés par les chirurgiens-dentistes pour la prise en charge bucco-dentaire de ces patients avant l'envoi en anesthésie générale, et nous avons essayé de trouver les limites et les freins rencontrés par les chirurgiens-dentistes dans la prise en charge des enfants et patients en situation de handicap en cabinet.

Pour cela, nous avons envoyé un questionnaire via le conseil départemental de l'Ordre de Haute-Vienne et l'URPS de Nouvelle-Aquitaine, aux 188 dentistes de Haute-Vienne.

2. Population cible

Notre population cible était constituait des praticiens inscrit à l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes de Haute-Vienne. Nous n'avons pas inclus les étudiants en formation, ou en exercice mais non thésés.

3. Matériels et méthodes

a) Réalisation du questionnaire

Avec l'aide du Dr Creste et du Dr Arrive, nous avons réalisé un questionnaire, qui comportait 43 questions réparties en 3 grandes parties :

- La première partie consiste en la réalisation d'une « fiche praticien », pour déterminer son profil, ses informations personnelles : sexe, âge, formation existante ou non, est-ce qu'il soigne des enfants ou patients en situation de handicap ?
- Dans la deuxième partie, nous nous sommes renseignés sur leur pratique et notamment la prise en charge des enfants et patients avec un handicap par les praticiens dans leur cabinet : réalisation de soins dentaires chez les enfants en fonction de leur tranche d'âge, mais aussi chez les patients phobiques, ou en situation de handicap ? Et si oui les modalités de prise en charge (présence des parents dans le cabinet, utilisation de méthodes alternatives…)
- Enfin, dans la troisième partie, nous avons cherché à comprendre leur gestion en cas d'échec. A partir de quel délai considère-t-il que ce soit un échec ? Adressent-ils à un confrère ? Quand l'enfant nécessite-t-il une prise en charge hospitalière selon eux ?

b) Diffusion du questionnaire

Une fois validé puis créé sur l'interface Lifesurvey, nous avons décidé de diffuser le questionnaire aux chirurgiens-dentistes via le conseil département de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne. En effet, nous avons estimé que ce serait plus

formelle et que les chirurgiens-dentistes le rempliraient de manière plus assidue, s'il était distribué par l'Ordre.
Le questionnaire a été envoyé le 20 mai 2022, et clôturé le 2 décembre 2022.

c) Recueil et analyse

Une analyse descriptive des réponses a été réalisée pour chaque question du questionnaire.

4. Résultats : statistique descriptive

a) Introduction

Pour commencer, nous voulions avoir le consentement des praticiens sur le fait que ce questionnaire soit anonyme et que les données enregistrées ne pourraient être retrouvées, rectifiées ou effacées. Par cette question, le praticien donne son accord ou non pour remplir son questionnaire.
Au total, le questionnaire a été ouvert par 50 praticiens. Cependant, nous n'avons eu que 33 questionnaires complets et 20 incomplets.
A la première question sur le consentement du questionnaire, sur 50 ouvertures du questionnaire, 43 ont répondu « j'ai compris et j'accepte de remplir ce questionnaire ». 1 sans réponse.
Et 6 personnes ont ouverts puis se sont arrêtés là, sans même répondre à cette première question.

De plus ce questionnaire s'adressait uniquement aux chirurgiens-dentistes exerçants en Haute-Vienne à partir du 1er janvier 2022.
Sur 50 ouvertures du questionnaire, 41 ont répondu « oui », 3 réponses « non », et 6 sans réponses (se sont arrêtés la).

b) Fiche praticien

Notre questionnaire a été envoyé aux chirurgiens-dentistes de Haute Vienne via l'ordre départemental des chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne. Il a aussi été transmis à l'URPS des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Aquitaine, qui l'a mis en ligne. Ainsi, il était accessible à tous les départements de Nouvelle Aquitaine, mais grâce à la 1ere partie « Introduction », nous avons pu sélectionner uniquement les praticiens de Haute-Vienne.
Le nombre d'inscrits au Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de Haute-Vienne est de 188 au 7 octobre 2021. Au total, le questionnaire a été ouvert par 50 dentistes, mais 3 ne faisait pas partie de la Haute-Vienne. Sur les répondants de Haute-Vienne, seulement 25%, soit ¼ des praticiens ont pris le temps de commencer et parfois terminer le questionnaire. Cependant seul 33 praticiens ont répondu au questionnaire entièrement, ce qui représente seulement 17,5% de participation.

(1) Sexe des praticiens

A la question, « Etes-vous : un homme / une femme ? », la majorité des répondants étaient des femmes, puisqu'elle représenté 53,6%, contre 46,3% des hommes *(Figure 8).*

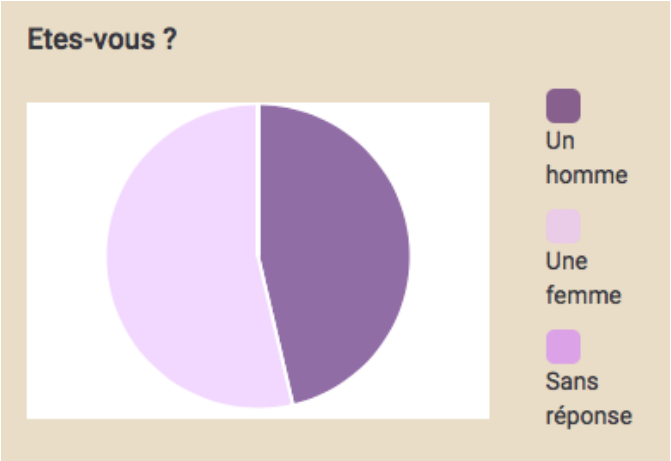

Figure 8 : répartition des chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne en fonction de leur sexe

(2) Exercice professionnel

A la deuxième question, « Depuis quand exercez-vous ? », la catégorie des dentistes la plus représentée est celle avec des praticiens ayant un exercice depuis plus de 20 ans (presque 48,8% d'entre eux). Ils sont suivis de deux catégories avec un même pourcentage, soit près de 22% chacun : les dentistes qui exercent depuis 5 à 10 ans, et ceux avec un exercice depuis 10 à 20 ans. Enfin, seul 7,3% des répondants ont moins de 5 ans d'exercice *(Figure 9).*

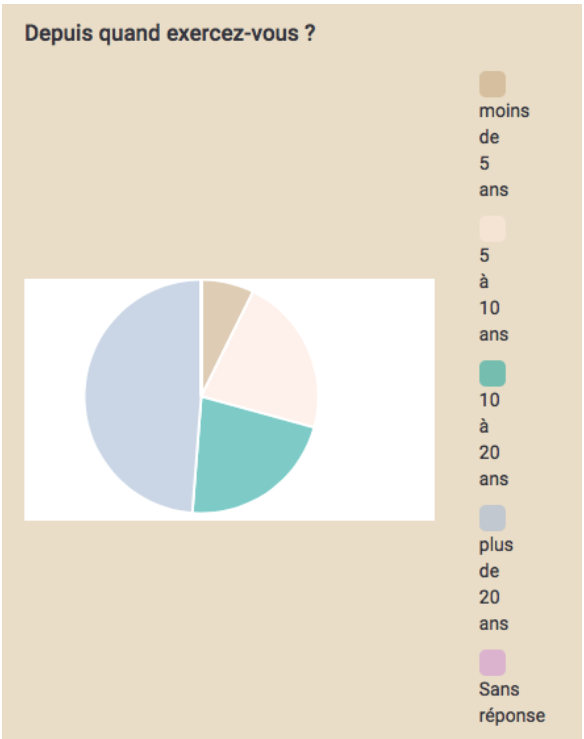

Figure 9 : répartition des chirurgiens-dentistes en fonction de leurs années d'exercice

(3) Formations complémentaires

A partir de cette question, nous avons perdu un participant. Nous avons donc 40 répondants.
A la question « Avez-vous eu une formation complémentaire en lien avec la prise en charge des enfants ? », 6 praticiens ont répondu « oui », ce qui représente 14,6% des répondants, et près de 83% ont répondus ne pas avoir de formations complémentaires.

Concernant les praticiens ayant répondus « oui » à la question précédente, 3 ont une attestation MEOPA ; les autres ont répondus « autres ». Ces derniers ont précisé avoir une formation d'hypnose (récente car 2015 et 2022 pour deux d'entre-eux), dont un qui a complété par une formation de thérapies brèves. Deux praticiens ont également fait le CETO (2012 et 2022), dont un qui a complété avec de l'éducation fonctionnelle (2018) et Orthoplus.

(4) Formations complémentaires souhaitées

A la question « Comptez-vous réaliser une formation complémentaire en lien avec la prise en charge des enfants ? », la majorité des praticiens ne souhaite pas en avoir une (78%), seul 7,3% ont répondu « oui ».
A la question suivante « si oui, laquelle ? », 1 praticien souhaite avoir la formation MEOPA, 1 praticien souhaite avoir un DU en odontologie pédiatrique et 2 praticiens souhaitent passer une formation privée d'orthodontie/CETO.

(5) Formation en orthodontie

A la question « Avez-vous une formation en orthodontie ? », et « si oui, laquelle », 19,5% des praticiens ont répondu « oui », dans la majorité des cas il s'agissait du CETO. 1 praticien a suivi une formation en 2 modules de 1 semaine pour omnipraticien.

(6) Prise en charge des enfants au cabinet

A la question « Soignez-vous des enfants au cabinet ? », la très grande majorité des praticiens soignent des enfants au sein de leurs cabinets (95%). Seul 1 praticien a déclaré ne pas prendre en charge les enfants dans son cabinet.

Nous avons ensuite cherché à connaitre la proportion des soins réalisés en fonction de différentes tranches d'âge.

(7) Réalisation des soins dentaires en fonction des différentes tranches d'âge

La question posée était « Réalisez-vous des soins dentaires (hors consultation, examen et radiographie) dans votre cabinet dentaire aux enfants… » et divisé en plusieurs questions en fonction de l'âge de l'enfant.
Pour ces questions, nous avons encore perdu un participant. Le nombre de répondants étaient de 39.

(a) Enfants de moins de 3 ans

Pour cette tranche d'âge, plus de la moitié des praticiens déclarent ne pas réaliser de soins chez les moins de 3 ans. Seul 33% des dentistes ont répondu « oui ».

A la question « si oui, cela représente combien de patients par mois ? », 84,6% ont répondu moins de 1 par mois, et un peu plus de 15% ont répondu entre 1 et 5 par mois.
Aucun des praticiens ayant répondu à ce questionnaire ne prend en charge plus de 6 patients par mois dans cette tranche d'âge.
De plus, parmi les commentaires, les praticiens qui voient ces enfants avouent qu'il est très rare qu'ils prennent en charge des enfants si jeunes, uniquement lors de traumatismes.

(b) Enfants entre 3 et 5 ans

Pour cette tranche d'âge, près de 90% des répondants ont répondu « oui » pour la prise en charge des enfants. Un tout petit peu plus de 10% ont répondu ne pas soigner d'enfants âgés de 3 à 5 ans.

A la question « si oui, cela représente combien de patients par mois ? », 48,7% ont répondu entre 1 et 5 par mois, près de 36% ont répondu moins de 1 par mois, et seul 5% (soit 2 répondants) en soignent entre 6 et 10 par mois.
Un commentaire a été écrit pour cette question : la prise en charge pour ce praticien serait principalement pour le premier rendez-vous de prévention bucco-dentaire par MT'Dent : le BBD des 3 ans.

(c) Enfants entre 6 et 12 ans

Pour cette tranche d'âge, tous les praticiens ayant répondu au questionnaire affirment réaliser des soins chez ces enfants.

A la question « si oui, cela représente combien de patients par mois ? », 48,7% ont répondu entre 6 et 10 par mois, près de 41% ont répondu entre 1 et 5 par mois, et seul 5% en soignent moins de 1 par mois ou plus de 10 par mois (même pourcentage).
Parmi les 2 commentaires, les praticiens ont répondu que c'était pour des soins variés ou un bilan ODF.

(d) Enfants entre 13 et 18 ans

De même pour cette tranche d'âge, tous les praticiens ayant répondu au questionnaire affirment réaliser des soins chez ces enfants.

A la question « si oui, cela représente combien de patients par mois ? », plus de 50% ont répondu entre 6 et 10 par mois, près de 36% ont répondu entre 1 et 5 par mois, et près de 13% ont répondu plus de 10 par mois.

(8) Prise en charge des enfants en situation de handicap

Nous avons aussi étudié la prise en charge des enfants en situation de handicap physique et mental par les praticiens de Haute-Vienne.
Comme pour la précédente partie, la question posée était « Réalisez-vous des soins dentaires (hors consultation, examen et radiographie) dans votre cabinet dentaire aux enfants… » et divisée en 2 questions : handicap physique et handicap mental chez l'enfant.

(a) Enfants en situation de handicap physique

Pour cette catégorie de patient, 64% des praticiens ont répondu « oui », et presque 36% ont répondus « non ».

A la question « si oui, cela représente combien de patients par mois ? », 76% ont répondu moins de 1 par mois, près de 20% ont répondu entre 1 et 5 par mois, et seul 1 praticien a répondu entre 6 et 10 par mois.
Dans le seul commentaire reçu pour cette question, le praticien affirme réaliser des soins dans la mesure où le patient peut s'asseoir sur le fauteuil.

A la question « si non pourquoi ? », les répondants ont affirmé que ces patients ne consultent pas dans leur cabinet, un praticien a commenté que son cabinet est trop petit et non adapté pour recevoir les patients qui ne peuvent quitter leur fauteuil.

(b) Enfants en situation de handicap mental

Pour cette catégorie de patient, 70% des praticiens ont répondu « oui », et 30% ont répondu « non ».

A la question « si oui, cela représente combien de patients par mois ? », 77,7% ont répondu moins de 1 par mois, et 22,2% ont répondu entre 1 et 5 par mois.
Dans les commentaires notifiés, tous estiment cela possible uniquement si le patient est coopératif.

A la question « si non pourquoi ? », 83,3% des répondants ont affirmé que ces patients ne consultent pas dans leur cabinet, et près de 17% ont affirmé adresser ces patients à l'hôpital.

(9) Enfants anxieux ou phobiques

Enfin à la question « Réalisez-vous des soins dentaires (hors consultation, examen et radiographie) dans votre cabinet dentaire aux enfants anxieux ou phobiques ? », près de 80% des répondants ont répondu « oui », contre un peu plus de 20% de réponses négatives.

A la question « si oui, cela représente combien de patients par mois ? », près de 55% ont répondu moins de 1 par mois, près de 42% entre 1 et 5 par mois, et seul 1 praticien affirme en soigner entre 6 et 10 par mois.

Dans les commentaires reçus pour cette question, 2 praticiens « essayent » de prendre en charge ces patients phobiques ou anxieux, en essayant de « les rassurer ». Un dentiste nous spécifie que « sinon il les adresse à l'hôpital ».

A la question « si non, pourquoi ? », la plupart adressent à l'hôpital, certains adressent à un confrère libéral, et 1 praticien affirment que ces patients ne consultent pas dans son cabinet.
Dans les commentaires reçus, les praticiens estiment que « c'est trop compliqué s'ils ne laissent pas soigner », ou qu'il n'en a pas la force.

c) Prise en charge des enfants au sein du cabinet

(1) Présence des parents

A la question « Comment gérez-vous la présence des parents pendant le soin ? », la plupart des praticiens acceptent la présence de façon systématique des parents dans le cabinet, puisque 61,5% d'entre eux ont répondu favorable à cette réponse.
23% des praticiens ont répondu que les parents pouvaient être présents s'ils ne perturbaient pas les gestes.
Enfin, pour un peu plus de 7% des dentistes, les parents sont présents uniquement pour les enfants jeunes, ou anxieux/phobiques ou avec un handicap. Pour un même pourcentage de réponses, les praticiens estiment que les parents restent en salle d'attente *(Figure 10).*

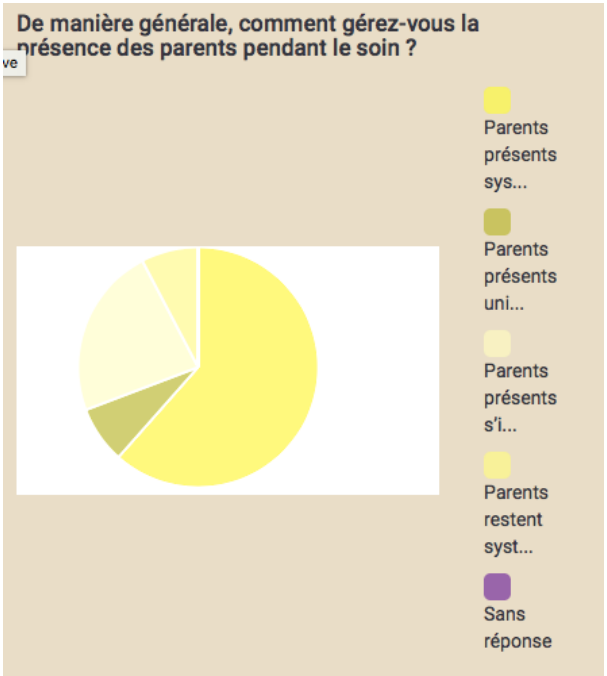

Figure 10: répartition de la présence des parents ou non au sein du cabinet

(2) Méthodes de prise en charge des patients anxieux/ phobiques ou en situation de handicap

A la question « Utilisez-vous certaines de ces méthodes pour prendre en charge les jeunes enfants phobiques ou anxieux ou avec handicap ? », plusieurs réponses étaient possibles.

La méthode la plus employée par les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne étaient les paroles positives, puisque 76,9% d'entre eux l'utilisent. Suivi de près de la méthode du « tell show do » avec 53,8% des praticiens. Un peu plus de 25,6% utilisent des techniques de relaxation, et 23% utilisent la distraction. 10% des répondants utilisent l'hypnose. Enfin, en ce qui concerne les techniques médicamenteuses, près de 18% des praticiens utilise la prémédication sédative (Atarax® notamment) et seulement 2 praticiens ont répondu utiliser le MEOPA, ce qui représente uniquement 5% des répondants *(Figure 11).* 2 praticiens ont répondu « autre » en laissant en commentaire leur expérience/vécu.

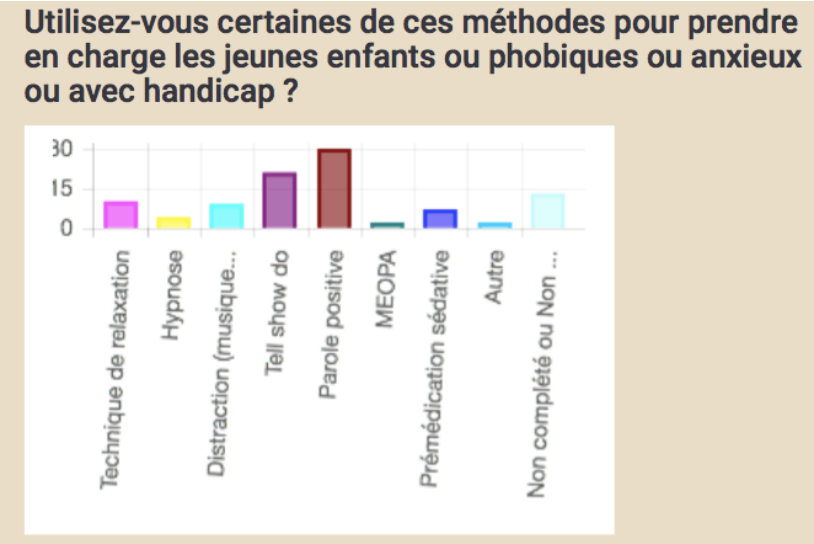

Figure 11 : distribution des différentes méthodes utilisées par les chirurgiens-dentistes dans la prise en charge d'enfants anxieux ou phobiques ou avec handicap

d) En cas d'échec

Pour la suite des questions, nous avons encore perdu quelques participants puisque 35 participants ont répondu aux questions suivantes.

(1) Nombre de tentatives

A la question « Au bout de combien de séances sans coopération considérez-vous que ce soit un échec ? », près de 80% des répondants ont répondu « entre 2 et 3 tentatives », et donc 20% ont répondu « dès la première ».

Dans les commentaires, un praticien affirme que si c'est dans le cas d'un patient anxieux, il fait plusieurs tentatives (2), si c'est un handicap, il s'arrête au 1er essai.
Un peu plus de 32% des praticiens n'ont pas eu accès à cette question ou ce sont arrêtés là dans le questionnaire.

(2) Orientation en cas d'échec de soin

A la question « En cas d'échec, à qui adressez-vous votre patient ? », un peu plus de 74% adressent « à l'hôpital », 20% à un pédodontiste et seulement 5,7% à un confrère libéral d'omnipratique *(Figure 12).*

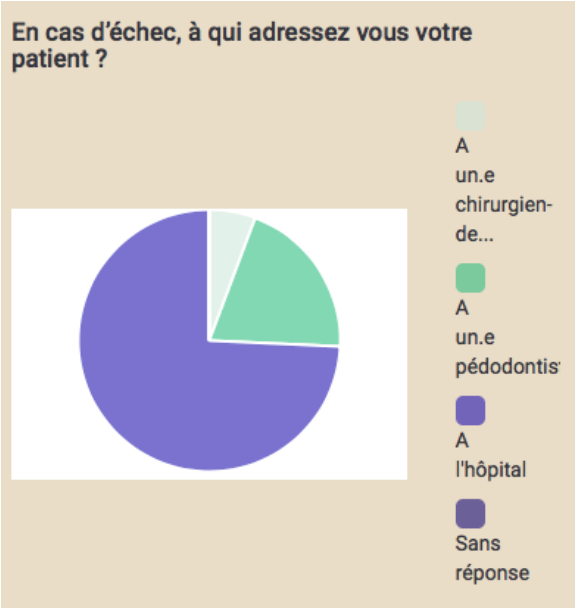

Figure 12 : orientation en cas d'échec

(3) Présence d'un pédodontiste à proximité

Selon les réponses de nos répondants, il existe peu de pédodontistes à proximité, puisqu'à la question « Y a-t-il un pédodontiste à proximité de votre cabinet ? », seul un peu plus de 14,2% des praticiens ont répondu « oui ». Près de 83% ont répondu « non » et un seul praticien ne savait pas répondre à cette question.

(4) Facteurs limitants dans la prise en charge d'un patient a besoin spécifique

A la question « Pour vous, quels sont les facteurs qui compliquent ou limitent la prise en charge d'un enfant ou d'un patient à besoin spécifique ? », plusieurs réponses étaient possibles.
Deux réponses ressortent en premier et à égalité : c'est l'état bucco-dentaire trop dégradé puisque près de 66% des répondants ont indiqué que dans les cas de patients polycariés, le regroupement de soins devenait compliqué chez ce type de patient. En effet, cela nécessité plusieurs rendez-vous et un praticien estimé par conséquent que la prise en charge hospitalière était plus adéquate.

La coopération a été cochée autant de fois (un peu plus de 65% des répondants). En effet, les praticiens estiment que sans coopération, c'est-à-dire avec agitation du patient (qui pourrait rendre un soin dangereux à la fois pour le patient et le dentiste), un refus de communiquer, ou une patience limitée de la part du patient, sont autant de facteurs qui compliquent la prise en charge dans leur cabinet.

En troisième vient le type d'acte à réaliser, qui représente 48,5% des réponses. Pour les praticiens ayant coché cette case, soit ils ne se sentent pas capable de réaliser certains soins sur les patients à besoin spécifique (notamment les actes endodontiques ou les extractions), ou alors ce peut être lié à des effets « secondaires » du soin tels que le gout (sang, anesthésie), le bruit...

Le handicap mental et l'âge sont deux facteurs qui représentent près de 43% des réponses, en partie dû à un manque de compréhension et de communication avec les patients, et donc une coopération limitée selon les praticiens. La plupart estiment qu'en dessous de 3 ans, il est impossible de les prendre en charge, (pour d'autres c'est en dessous 7 ans), et que ce serait lié à un manque de concentration nécessaire aux soins.

L'anxiété représente 34% des réponses.

Près de 23% des réponses représentent la présence des parents. La principale raison évoquée et que les parents transmettent leur peur et leur stress, ce qui accroit se sentiment à l'enfant.

Enfin le handicap physique représente un peu plus de 17% des réponses des répondants. Pour certains praticiens c'est un facteur limitant car ils rencontrent parfois des mouvements incontrôlés de la part du patient, ce qui pourrait rendre un acte dangereux, Le fait de ne pas pouvoir tenir assis sur le fauteuil dentaire est aussi un facteur qui complique la prise en charge de ces patients selon les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne (*Figure 13).*

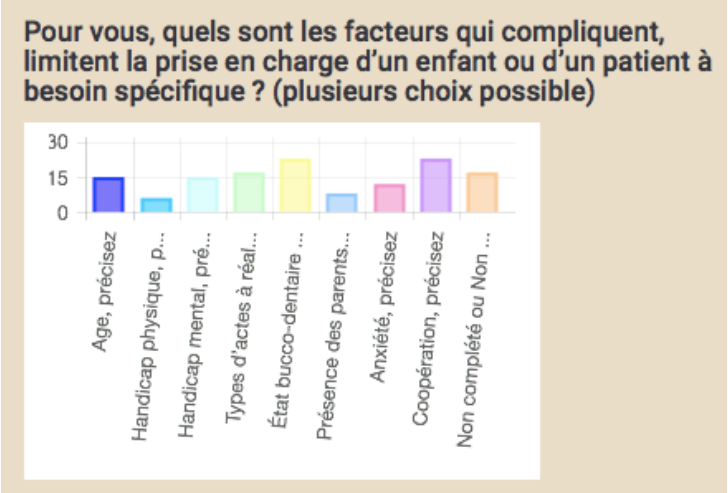

Figure 13 : facteurs limitants dans la prise en charge d'un enfant ou d'un patient à besoin spécifique selon les chirurgiens-dentistes

(5) Situations nécessitant une prise en charge en milieu hospitalier

A la question « Selon vous, quelles situations nécessitent l'indication d'une prise en charge hospitalière, chez l'enfant ? », la majorité des dentistes ont répondu, le nombre de dents à soigner (65,7% des répondants ont coché cette réponse) : les commentaires étaient cependant différents en fonction des praticiens puisque certains estimés qu'il fallait une prise en charge hospitalière à partir de 3 ou 4 dents, tandis que pour d'autre, le milieu hospitalier semble nécessaire à partir de 7 ou 8 dents ou pour des extractions multiples.

Dans les mêmes proportions de réponses, le handicap mental nécessite une prise en charge hospitalière. Dans la plupart des commentaires, on retrouve toujours le manque de communication et, de fait, une coopération moindre. Deux dentistes ont également précisé que ce sont les gestes incontrôlables du patient qui rendraient un soin dangereux

à la fois pour le patient et le dentiste, et pour cette raison, ils adressaient au milieu hospitalier.

L'âge (37%) : la plupart des répondants estiment qu'en dessous de 3 ans (premier BBD), cela nécessite une prise en charge hospitalière. Pour un dentiste ayant coché cette case, le milieu hospitalier est nécessaire pour un enfant de moins de 7 ans.

Le handicap physique représente 20% des réponses.

Les autres situations représentent 17% des réponses des chirurgiens-dentistes ayant répondus au questionnaire. Dans les commentaires ont retrouvés principalement le manque de compréhension, et de façon parallèle le manque de coopération *(Figure 14).*

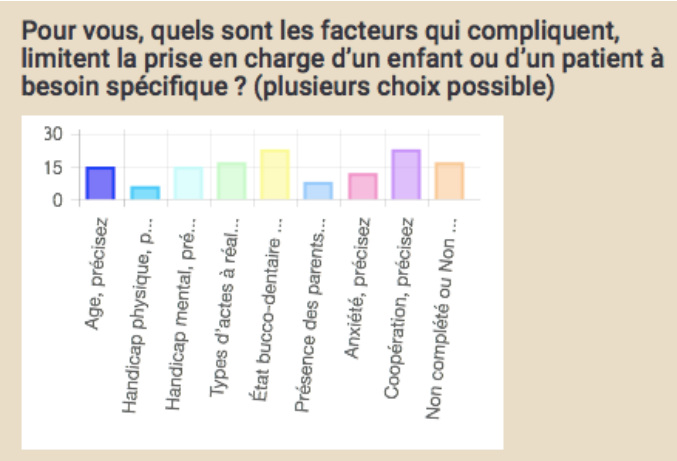

Figure 14 : représentation des situations qui nécessitent une prise en charge en milieu hospitalier selon les chirurgiens-dentistes

(6) Souhaits de formation

A la question « Souhaiteriez-vous suivre une formation spécifique dans les domaines suivants ? », plusieurs types de formation été citées, et la question était à choix multiples.

La formation la plus sollicitée dans ce questionnaire est l'hypnose puisque 28,5% des dentistes ont répondu souhaiter en faire une. Juste derrière avec 25,7% de réponses positives, nous retrouvons la technique de la relaxation.
De façon égale, près de 23% des dentistes sont intéressés par une formation dans les techniques plus médicales avec le MEOPA, ainsi que la prémédication sédative.
Enfin très peu ont répondu de façon favorable dans les techniques de paroles positives (14,2%) et encore moins dans les techniques en rapport avec la distraction ou le « tell-show-do » (8,5%).

5. Discussion

D'après les articles lus et étudiés dans le cadre de cette thèse, nous connaissons l'existence de méthodes de prise en charge adaptées face à des patients à besoins spécifiques (jeunes, anxieux, phobiques ou en situation de handicap par exemple) (3,6,10,16).

Cependant, lors de ma dernière année de vacation hospitalière effectuée à l'hôpital de Limoges et suite à l'affluence depuis quelques années de plus en plus d'enfants dans le service dentaire du CHU de Limoges, nous avons cherché à comprendre le comportement des chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne et leurs attitudes face à ces patients.

D'après les résultats recueillis dans notre étude, nous constatons que le taux de réponse « je suis une femme » est supérieur par rapport aux hommes. En effet, les femmes ont répondu, de manière volontaire, plus facilement à ce questionnaire et on peut donc penser que la pédiatrie intéresse plus souvent les femmes que les hommes.
On peut aussi penser que lors de la prise de rendez-vous, les parents de jeunes patients se tournent plus facilement vers des dentistes « femmes », pensant peut-être qu'elle sera plus maternante, réconfortante et plus douce qu'un homme.
On peut aussi se demander si les hommes ne se sentant pas à l'aise, évitent cette patientèle.
On peut aussi comparer les résultats par rapport au niveau régional, puisque le pourcentage de femme dans la région Haute-Vienne représente 44,7%, et le pourcentage ayant répondus à notre questionnaire est de 53,6%, ce qui montre bien que plus de femme ont répondu à notre questionnaire que les hommes.

En Haute-Vienne, la moyenne d'âge des dentistes est aux alentours de 46 ans. Dans notre étude, la majorité des répondants ont un exercice de plus de 20 ans. Les résultats obtenus sont en corrélation avec la moyenne d'âge des praticiens de Haute-Vienne. Les praticiens diplômés depuis moins de 5 ans, sont ceux ayant le moins répondu à notre questionnaire. Cela peut peut-être vouloir dire que les plus anciens praticiens ont plus d'expérience et de patience. Les jeunes praticiens sont peut-être moins l'aise, et peut-être que c'est une patientèle qui les intéresse moins, contrairement à des actes plus valorisants (implantologies, prothèses, esthétiques…).

Nous avons cherché à savoir si le fait d'avoir une formation complémentaire pouvez être favorable dans la prise en charge des enfants anxieux ou phobiques ou des patients en situation de handicap. Très peu de praticiens ont répondu avoir bénéficié d'une formation complémentaire. En ce qui concerne cette petite proportion, il apparait que les praticiens ont bénéficié de formation d'orthodontie ou d'une formation MEOPA, complétée parfois par des formations d'hypnose.
A la question sur le souhait d'une formation complémentaire concernant la prise en charge de jeunes patients ou patients phobiques ou en situation de handicap, peu de praticiens veulent en réaliser une au cours de leur carrière.
On peut penser que peu de praticiens sont intéressés par la prise en charge spécifique de pédodontie, puisqu'en grande majorité, ils ne souhaitent pas réaliser de formation complémentaire. Ou qu'ils estiment que la formation universitaire qu'ils ont reçu à ce sujet est suffisante.

Tous les dentistes ayant répondu à notre questionnaire déclarent prendre en charge des enfants dans leur cabinet. Seul 1 seul praticien a répondu ne jamais soigner d'enfants, car ce type de patients « ne consultent pas dans son cabinet ».
Cependant, nous avons cherché à déterminer si les enfants de tous âges étaient reçus et soignés de la même manière.
Les taux de réponse sur la réalisation de soins dentaires autres que les premières consultations/examens et radiographies dentaires se sont révélés très différents en fonction des tranches d'âges. En effet, tous les répondants ont affirmé prendre en charge les enfants de 6 à 18 ans. Pour ce qui est des enfants âgés de 3 à 5 ans, et ceux ayant moins

de 3 ans, plus de la moitié des praticiens ont répondu ne pas les prendre en charge. Les soins réalisés sur les enfants de moins de 3 ans, restent uniquement des cas d'urgences avec des traumatismes. Or les recommandations de l'UFSBD préconisent une première visite dès l'âge de 1 an, puis de façon régulière tous les ans. De nos jours, on retrouve même des pages dédiées au consultation dentaire dans les carnets de santé des enfants.
Concernant les enfants avec un handicap mental et/ou physique, plus de la moitié des praticiens affirment prendre en charge ces patients et de façon quasi similaire entre les deux types de handicap. Cependant dans les deux cas, le pourcentage de patients vu dans le mois reste très faible puisque la majorité des réponses étaient moins de 1 par mois.
Pour les praticiens ayant répondu « non », la principale raison était que ces patients ne consultent pas dans leur cabinet.
Concernant la prise en charge des patients phobiques ou anxieux, plus de la moitié des répondants affirment aussi prendre en charge ce type de patient, mais en faible proportion par mois. Les dentistes qui assurent ne pas prendre en charge ces patients, déclarent adresser à un autre cabinet, ou à l'hôpital.

On peut penser que la principale raison de cette non prise en charge de cette patientèle par les praticiens de ville est la crainte de la difficulté de la gestion de ces personnes (4).
Beaucoup de praticiens estiment ne pas être à l'aise face aux jeunes patients, aux patients anxieux ou face aux patients en situation de handicap, principalement à cause du manque de communication et de coopération. Beaucoup appréhendent la réaction des enfants face aux soins dentaires. C'est pour cette raison qu'il est important de toujours rassurer l'enfant et le mettre en confiance face aux différents actes qui seront réalisés (4,23).
D'autres part, certains considèrent aussi ne pas avoir la capacité d'accueillir des patients handicapés dans de bonnes conditions (cabinet trop petit), ou qu'ils se sentent inaptes à la prise en charge de ce type de patients (19).

La question de la présence des parents est toujours un dilemme pour le dentiste. Pour les dentistes de Haute-Vienne ayant répondu au questionnaire, la présence des parents est quasi systématique lors des soins.
Cependant, on pourrait se demander si elles ne perturbent pas le bon déroulement des soins. Certes le jeune patient peut se sentir rassurer et entourer lorsque son papa ou sa maman sont présents, or dans beaucoup de situation, le parent lui-même est stressé et angoissé, et risque donc de transmettre son stress et ses angoisses à son enfant (20). De plus l'enfant à tendance à mimer ce que fait le parent, si ce dernier n'est pas rassuré, ce sentiment se ressentira chez le jeune patient. Ainsi le déroulement du soin pourrait devenir plus compliqué (4,13).

Dans l'analyse de notre étude, il apparait que la plupart des chirurgiens-dentistes utilisent principalement des méthodes non médicamenteuses, notamment les paroles positives, et la méthode du tell-show-do (c'est-à-dire, dire-montrer-faire). (4,13)
Nous pouvons imaginer que ces techniques se mettent en place plus naturellement ou plus facilement au cours du soin. De plus elles nécessitent uniquement la parole, et peuvent se réaliser sans matériel spécifique. En effet, elles sont très simples à mettre en œuvre et relativement efficaces.
Les formations ne sont pas non plus nécessaires pour ces méthodes (même si faire une formation permettrait sans doute de renforcer leur compétence). Elles restent efficaces sans investissement financier spécifique.

Le MEOPA, dans notre étude n'est utilisé que par 2 praticiens. Peu de praticiens affirment l'utiliser, peut-être parce qu'une formation est nécessaire (reconnue par l'ONCD). Cette

formation doit être faite par le dentiste et son assistante et constitue un coût supplémentaire.
Parmi les techniques médicamenteuses, 18% des répondants utilisent une prémédication sédative avant le rendez-vous. Cette technique est efficace dans le cas de soin dentaire plus ou moins long, mais l'efficacité a été démontrée jusqu'à un certain degré d'anxiété (32). Cependant elle reste efficace dans de nombreuses situations. Il faut quand même noter que l'efficacité se gère sur le moment mais ne traite pas l'anxiété sur du long terme.

En ce qui concerne l'échec des soins dentaires, les praticiens ont affirmé réitérer les soins entre 2 et 3 fois, avant d'adresser à un confrère ou à l'hôpital. Cependant 20% d'entre eux ont affirmé adresser le patient dès le premier échec, ce qui reste un taux important. Dans la majorité des cas, les dentistes adressent leur patient à l'hôpital directement sans passer par un pédodontiste ou un autre praticien d'omnipratique.
On peut corréler cette réponse à la suivante, puisque seulement 14,2% des dentistes affirment connaitre un pédodontiste à proximité. Dans la grande majorité des cas, ils affirment ne pas en avoir proche de leur cabinet. Ce n'est pas une spécialité reconnue pour le moment, ce qui peut s'avérer compliqué pour les dentistes d'omnipratique de connaître des dentistes qui n'ont qu'une activité pédiatrique. C'est peut-être pour cette raison qu'il est compliqué d'adresser ces jeunes patients vers un pédodontiste.

Selon les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne, les deux principaux facteurs qui font que la prise en charge peut être compliquée sont l'état bucco-dentaire et la coopération. En effet, pour les praticiens, les enfants polycariés nécessitent des soins et des rendez-vous qui leur semblent plus appropriés en milieu hospitalier.
La coopération et la communication sont deux choses importantes à mettre en place entre le dentiste, le patient et le parent. Si la communication est difficile, il est évident que les soins dentaires seront plus difficiles à réaliser. Le temps est important pour le bon déroulement des soins et de mise en confiance de l'enfant chez le dentiste.

On le sait par la pratique, mais tous les actes ne sont pas toujours faciles à prodiguer quel que soit le patient. D'autres part, certains praticiens ont plus d'affinité avec certains actes que d'autres.
Les extractions ou soins endodontiques peuvent devenir compliqués en fonction de l'accès ou de la difficulté de la dent. Les praticiens de Haute-Vienne ont répondu que certains actes pouvaient être dangereux si un mouvement incontrôlé arrivait ou qu'ils se sentaient inaptes à réaliser certains soins chez les enfants ou patients en situation de handicap.
En ce qui concerne les patients en situation de handicap physique, les praticiens considèrent qu'il est impossible de prendre en charge un patient qui ne pourrait pas tenir assis sur le fauteuil.

Après l'analyse de nos résultats, on peut se demander si les praticiens ne se sentent réellement pas aptes à soigner ce type de patient, ou si ça n'est-ce pas plutôt par manque de temps ou de patience, entrainant aussi un « manque » d'argent car une prise en charge à mettre en place plus longue ?
Est-ce que les praticiens, après 1 ou 2 échecs, ont tenté de mettre en place d'autres méthodes de sédation de l'anxiété ?
Dans l'esprit collectif, on peut penser que l'hôpital est forcément plus adapté à une prise en charge de n'importe quel patient, en termes de matériel, de disposition du cabinet mais aussi du personnel apte à recevoir tous les types de patients.

On peut aussi forcément imaginer, que le dentiste qui n'aura pas réussi à soigner un patient ne voudra pas adresser un patient « compliqué » à un confrère qui ne sera pas forcément plus en capacité à soigner ce patient.

Nous l'avons vu afin de pratiquer certaines méthodes comme le MEOPA, des formations sont nécessaires. Dans notre étude la formation la plus sollicité est l'hypnose puisque près de 30% des dentistes ont répondu souhaiter en faire une. Certains souhaitent se performer sur les techniques de relaxation et près de 23% des dentistes sont intéressés par une formation sur le MEOPA.

Nous avons rencontré quelques limites dans notre étude de questionnaire. En effet, c'est une étude qui inclut des sujets sur la base du volontariat. Nous avons donc un biais de sélection. Dans notre étude, nous avons eu un taux de participation de 17,5%, ce qui est plutôt faible. De plus les sujets volontaires présentent des caractéristiques différentes de celles qui n'ont pas répondu. Nous ne pouvons donc pas prendre les résultats comme une vérité absolue. De plus, nous savons, d'après nos résultats, que les praticiens qui ont répondu adressent leurs patients après 2 ou 3 échecs en générale, mais est ce que les non-répondants n'ont pas répondu au questionnaire car ils estiment ne pas être concerné par cette étude ? Est-ce qu'ils soignent tous leurs jeunes patients ou patients handicapés dans leur cabinet ? Ou est-ce par manque de temps ? Ou tout simplement par in intéressement au sujet ? Nous n'avons pas relancé le questionnaire une seconde fois. Peut-être aurions-nous pu avoir plus de réponses.

Pour conclure, nous constatons que l'anxiété et la phobie dentaire chez l'enfant et le patient en situation de handicap ou phobique est un problème important et fréquent dans les cabinets dentaires. Malgré la volonté des chirurgiens-dentistes à prendre en charge des enfants ou patients en situations de handicap dans leur cabinet, certains praticiens se sentent inaptes lorsqu'il s'agit de soigner de très jeunes patients ou des patients handicapés. Pour beaucoup d'entre eux, la prise en charge des enfants ne commence qu'à partir de l'âge de 6 ans. Or d'après les recommandations de l'UFSBD, la première visite chez le dentiste devrait commencer dès l'âge de 1 an.
Aussi, les praticiens ne se sentent pas en confiance, par peur du mauvais geste ou de la mauvaise communication (et donc un manque de coopération du patient). Ils ne s'estiment pas non aptes à réaliser tous les actes dentaires chez ce type de patients. C'est pour toutes ces raisons que beaucoup adressent leur patient, et trop souvent directement à l'hôpital sans passer par un confrère ou un pédodontiste. Nous constatons aussi un manque de formation et un manque de correspondant en odontologie pédiatrique. Ainsi, il semble judicieux d'approfondir la formation continue pour ce qui concerne les méthodes de gestion de l'anxiété et du comportement mais également de mettre en place un référentiel de pédodontistes pour assurer une meilleure prise en charge des patients jeunes, anxieux, phobiques ou avec un handicap.
De plus pour ne plus avoir ce cliché du dentiste « arracheur de dent », et « qui fait mal », et malgré les actes de prévention déjà existant, il serait peut-être opportun d'intégrer des moments de vulgarisation de la douleur (par l'hôpital des nounours, lors des moments de prévention à l'école…).

V. Conclusion

Bien qu'elle agisse comme un obstacle aux soins dentaires, l'anxiété peut être gérée par des techniques de gestion du comportement.
De nombreuses options s'offrent aux patients anxieux facilitant la réalisation des soins dentaires. L'aspect technique est important, mais doit toujours être en lien avec l'aspect psychologique, qui reste primordial afin de permettre d'obtenir efficacement la coopération de l'enfant et donc des conditions favorables au bon déroulement des soins.

Ces méthodes de gestion du comportement, tel que la relaxation, le tell-show-do, la distraction ou encore l'hypnose ont fait leurs preuves pour réduire l'anxiété vis-à-vis du dentiste. Pour la mise en place de ces méthodes non médicamenteuses, il est important que le dentiste communique avec l'enfant afin de gagner sa confiance. Elles prennent du temps, sont longues à mettre en place, mais leur efficacité dans le temps est meilleure par rapport aux méthodes médicamenteuses.
Dans certains cas, elles ne suffisent plus, et peuvent donc être associées à des méthodes médicamenteuses de sédation consciente comme l'Atarax® ou le MEOPA. Enfin dans les cas les plus extrêmes, l'anesthésie générale peut être pratiquée en milieu hospitalier. Cette technique doit rester la solution de dernier recours.

Afin de diminuer le risque d'anxiété dentaire chez l'enfant, de nombreux dispositifs de prévention sont mis en place notamment dans les écoles primaires mais également auprès des parents, dans les maternités ou encore lors du rendez-vous MT dent au 6e mois de grossesse. Il est également important de respecter les rendez-vous réguliers chez le dentiste, qui doivent être annuels et dès la première année de l'enfant. Cela permettrait au dentiste d'établir un lien de confiance avec l'enfant et les parents. De plus, les premiers conseils d'hygiène, avec un brossage correct et un dentifrice adapté, mais aussi des conseils sur une alimentation non cariogène et des conseils d'éducation thérapeutique pourraient être données. Le cabinet dentaire deviendrait alors un lieu connu pour l'enfant.
Tous ces éléments pourraient faire diminuer la peur et l'anxiété chez l'enfant et donc éviter un cercle vicieux qui pourraient perdurer à l'âge adulte.

ANNEXES

Ce questionnaire a pour objectif de décrire la prise en charge bucco-dentaire des enfants par les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne.

Il est réalisé dans le cadre de la thèse d'exercice de Sophie Buisset sous la direction du Dr Guillaume Creste, praticien hospitalier au CHU de Limoges.

Il prend environ 8 minutes à compléter. Il s'adresse aux chirurgiens-dentistes thésés exerçant en Haute Vienne au 1er janvier 2022.

Nous vous remercions pour votre participation.

Partie A: Introduction

A1. **Ce questionnaire est anonyme. Il ne sera donc pas possible de retrouver vos données, de les rectifier ou de les effacer.**

J'ai compris et j'accepte de remplir ce questionnaire ☐

A2. **Je suis chirurgien-dentiste thésé(e) et j'exerce en Haute Vienne au 1er janvier 2022.**

Oui ☐

Non ☐

Partie B: Fiche praticien : vous

B1. **Etes-vous ?**

Un homme ☐

Une femme ☐

B2. **Depuis quand exercez-vous ?**

moins de 5 ans ☐

5 à 10 ans ☐

10 à 20 ans ☐

plus de 20 ans ☐

B3. **Avez-vous eu une formation complémentaire en lien avec la prise en charge des enfants ?**

Oui ☐

Non ☐

B4. **Si oui, laquelle ?**

Diplôme d'Université, précisez le thème et l'année ☐

Certificat d'Etudes Supérieures, précisez le thème et l'année ☐

Attestation MEOPA, précisez l'année ☐

Autre, précisez le thème et l'année ☐

B5. **Comptez-vous réaliser une formation complémentaire en lien avec la prise en charge des enfants ?**

Oui ☐

Non ☐

B6. **Si oui, quelle formation ?**

Diplôme d'Université, précisez le thème ☐

Certificat d'Etudes Supérieures, précisez le thème ☐

Attestation MEOPA ☐

Autre, précisez le thème ☐

B7. **Avez-vous eu une orientation/formation en orthodontie?**

Oui ☐

Non ☐

B8. **Si oui laquelle ?**

CECSMO ☐

DESODF (internat) ☐

DU ☐

Autre, précisez ☐

B9. **Soignez-vous des enfants au cabinet ?**

Oui ☐

Non ☐

B10. Si non, pourquoi ?

Parce que ces patients ne consultent pas à votre cabinet ☐

Parce que vous les adressez à un autre cabinet libéral ☐

Parce que vous les adressez à l'hôpital ☐

Autre, précisez ☐

B11. Réalisez-vous des soins dentaires (hors consultation, examen et radiographie) dans votre cabinet dentaire aux enfant de moins de 3 ans ?

Oui ☐

Non ☐

B12. Si oui, cela représente environ combien de patients par mois ?

moins de 1/mois ☐

1-5/mois ☐

6-10/mois ☐

> 10/mois ☐

B13. Réalisez-vous des soins dentaires (hors consultation, examen et radiographie) dans votre cabinet dentaire aux enfants de 3-5 ans ?

Oui ☐

Non ☐

B14. Si oui, cela représente environ combien de patients par mois ?

moins de 1/mois ☐

1-5/mois ☐

6-10/mois ☐

> 10/mois ☐

B15. Réalisez-vous des soins dentaires (hors consultation, examen et radiographie) dans votre cabinet dentaire aux enfants de 6-12 ans ?

Oui ☐

Non ☐

B16. Si oui, cela représente environ combien de patients par mois ?

moins de 1/mois ☐

1-5/mois ☐

6-10/mois ☐

> 10/mois ☐

B17. Réalisez-vous des soins dentaires (hors consultation, examen et radiographie) dans votre cabinet dentaire aux enfants de 13-18 ans ?

Oui ☐

Non ☐

B18. Si oui, cela représente environ combien de patients par mois ?

moins de 1/mois ☐

1-5/mois ☐

6-10/mois ☐

> 10/mois ☐

B19. Réalisez-vous des soins dentaires (hors consultation, examen et radiographie) dans votre cabinet dentaire aux enfants en situation de handicap physique ?

Oui ☐

Non ☐

B20. Si oui, cela représente environ combien de patients par mois ?

moins de 1/mois ☐

1-5/mois ☐

6-10/mois ☐

> 10/mois ☐

B21. Si non, pourquoi ?

Parce que ces patients ne consultent pas à votre cabinet ☐

Parce que vous les adressez à un autre cabinet libéral ☐

Parce que vous les adressez à l'hôpital ☐

Autre, précisez ☐

B22. **Réalisez vous des soins dentaires (hors consutation, examan et radiographie) dans votre cabinet aux enfants en situation de handicap mental ?**

Oui ☐

Non ☐

B23. **Si oui, cela représente environ combien de patients par mois ?**

moins de 1/mois ☐

1-5/mois ☐

6-10/mois ☐

> 10/mois ☐

B24. **Si non, pourquoi ?**

Parce que ces patients ne consultent pas à votre cabinet ☐

Parce que vous les adressez à un autre cabinet libéral ☐

Parce que vous les adressez à l'hôpital ☐

Autre, précisez ☐

B25. Réalisez-vous des soins dentaires (hors consultation, examen et radiographie) dans votre cabinet dentaire aux enfants anxieux ou phobiques ?

Oui ☐

Non ☐

B26. Si oui, cela représente environ combien de patients par mois ?

moins de 1/mois ☐

1-5/mois ☐

6-10/mois ☐

> 10/mois ☐

B27. Si non, pourquoi ?

Parce que ces patients ne consultent pas à votre cabinet ☐

Parce que vous les adressez à un autre cabinet libéral ☐

Parce que vous les adressez à l'hôpital ☐

Autre, précisez ☐

Partie C: Prise en charge des enfants dans votre cabinet

C1. De manière générale, comment gérez-vous la présence des parents pendant le soin ?

- ☐ Parents présents systématiquement
- ☐ Parents présents uniquement pour les enfants jeunes ou phobiques ou anxieux ou avec handicap
- ☐ Parents présents s'ils ne perturbent pas les gestes
- ☐ Parents restent systématiquement en salle d'attente

C2. Utilisez-vous certaines de ces méthodes pour prendre en charge les jeunes enfants ou phobiques ou anxieux ou avec handicap ?

- ☐ Technique de relaxation
- ☐ Hypnose
- ☐ Distraction (musique, télévision…)
- ☐ Tell show do
- ☐ Parole positive
- ☐ MEOPA
- ☐ Prémédication sédative
- ☐ Autre

Autre

Partie D: En cas d'échec

D1. Au bout de combien de séances sans coopération considérez-vous que c'est un échec ?

- ☐ Dés la première
- ☐ Entre 2 et 3 tentatives
- ☐ Plus de 3 tentatives
- ☐ Autre, précisez

D2. **En cas d'échec, à qui adressez vous votre patient ?**

- A un.e chirurgien-dentiste libéral.e omnipratique ☐
- A un.e pédodontiste ☐
- A l'hôpital ☐

D3. **Y-a-t-il un pédodontiste à proximité de votre cabinet ?**

- Oui ☐
- Non ☐
- Je ne sais pas ☐

D4. **Pour vous, quels sont les facteurs qui compliquent, limitent la prise en charge d'un enfant ou d'un patient à besoin spécifique ? (plusieurs choix possible)**

- Age, précisez ☐
- Handicap physique, précisez ☐
- Handicap mental, précisez ☐
- Types d'actes à réaliser (soins, extractions…), précisez ☐
- État bucco-dentaire très altéré, précisez ☐
- Présence des parents, précisez ☐
- Anxiété, précisez ☐
- Coopération, précisez ☐

D5. **Selon vous, quelles situations nécessitent l'indication d'une prise en charge hospitalière, chez enfants ?**

- L'âge, précisez ☐
- Un handicap physique, précisez ☐
- Un handicap mental, précisez ☐
- Le nombre de dents à soigner (et si oui à partir de combien de dents?), précisez ☐

Autre, précisez ☐

D6. Souhaiteriez-vous suivre une formation spécifique dans les domaines suivant ?

	Oui	Non
Technique de relaxation	☐	☐
Hypnose	☐	☐
Distraction (musique, télévision...)	☐	☐
Tell show do	☐	☐
Parole positive	☐	☐
MEOPA	☐	☐
Prémédication sédative	☐	☐

Partie E: Fin du questionnaire

Nous vous remercions pour votre intérêt mais ce questionnaire ne s'adresse pas à vous.

E1. Nous vous remercions pour votre intérêt mais ce questionnaire ne s'adresse pas à vous.

Nous vous remercions pour votre participation.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. Clin Psychol Rev. juill 2017;55:25-40.

2. Mamdouh Talaat DA. Evaluation of Children's Perception towards Non-pharmacologic Behavior Guidance Techniques. Dentistry [Internet]. 2015 [cité 22 sept 2022];05(09). Disponible sur: https://www.omicsonline.org/open-access/evaluation-of-childrens-perception-towards-nonpharmacologic-behavior-guidance-techniques-2161-1122-1000326.php?aid=58599

3. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. Aust Dent J. déc 2013;58(4):390-407; quiz 531.

4. Masson E. Techniques de prises en charge d'un enfant non coopérant [Internet]. EM-Consulte. [cité 23 sept 2022]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1491593/techniques-de-prises-en-charge-d-un-enfant-non-coo

5. Sadana G, Grover R, Mehra M, Gupta S, Kaur J, Sadana S. A novel Chotta Bheem–Chutki scale for dental anxiety determination in children. J Int Soc Prev Community Dent. 2016;6(3):200-5.

6. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. CCIDE. mars 2016;35.

7. Attri J, Sharan R, Makkar V, Gupta K, Khetarpal R, Kataria A. Conscious sedation: Emerging trends in pediatric dentistry. Anesth Essays Res. 2017;11(2):277.

8. Shim YS, Kim AH, Jeon EY, An SY. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. J Dent Anesth Pain Med. juin 2015;15(2):53-61.

9. Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais

10. Ramírez-Carrasco A, Butrón-Téllez Girón C, Sanchez-Armass O, Pierdant-Pérez M. Effectiveness of Hypnosis in Combination with Conventional Techniques of Behavior Management in Anxiety/Pain Reduction during Dental Anesthetic Infiltration. Pain Research and Management. 2017;2017:1-5.

11. Shahnavaz S, Hedman E, Grindefjord M, Reuterskiöld L, Dahllöf G. Cognitive Behavioral Therapy for Children with Dental Anxiety: A Randomized Controlled Trial. JDR Clin Trans Res. oct 2016;1(3):234-43.

12. Morgan AG, Rodd HD, Porritt JM, Baker SR, Creswell C, Newton T, et al. Children's experiences of dental anxiety. Int J Paediatr Dent. mars 2017;27(2):87-97.

13. Gupta A, Marya CM, Bhatia HP, Dahiya V. Behaviour management of an anxious child. Stomatologija. 2014;16(1):3-6.

14. Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi NM, Felemban OM, Alamoudi NM, Alandejani AA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. BMC Oral Health. 7 mars 2018;18(1):33.

15. Paryab M, Arab Z. The effect of Filmed modeling on the anxious and cooperative behavior of 4-6 years old children during dental treatment: A randomized clinical trial study. Dent Res J (Isfahan). juill 2014;11(4):502-7.

16. Masson E. Abord de l'enfant en odontologie [Internet]. EM-Consulte. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1175883/abord-de-l-enfant-en-odontologie

17. Personnalité et tempérament [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://naitreetgrandir.com/fr/etape/0_12_mois/viefamille/fiche.aspx?doc=ik-naitre-grandir-enfant-personnalite-temperament

18. Asl AN, Shokravi M, Jamali Z, Shirazi S. Barriers and Drawbacks of the Assessment of Dental Fear, Dental Anxiety and Dental Phobia in Children: A Critical Literature Review. J Clin Pediatr Dent. 2017;41(6):399-423.

19. Plan d'actions régional en faveur de la santé bucco-dentaire 2018-2023 [Internet]. [cité 7 oct 2022]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/plan-dactions-regional-en-faveur-de-la-sante-bucco-dentaire-2018-2023

20. Bandon D, Nancy J, Prévost J, Vaysse F, Delbos Y. Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins buccodentaires des enfants et des patients handicapés. Archives de Pédiatrie. mai 2005;12(5):635-40.

21. Munayco Pantoja ER, Mattos-Vela MA, Torres Ramos G, Blanco Victorio DJ. Relationship Between Anxiety, Dental Fear of Parents and Collaboration of Children to Dental Treatment. Odovtos International Journal of Dental Sciences. déc 2018;20(3):81-91.

22. Popescu SM, Dascălu IT. Dental Anxiety and its Association with Behavioral Factors in Children. Current Health Sciences Journal. 12 déc 2014;(4):261-4.

23. Kilinç G, Akay A, Eden E, Sevinç N, Ellidokuz H. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. Braz Oral Res. 18 août 2016;30(1):S1806-83242016000100700.

24. Karnad MPR. Dental anxiety--how would you manage it? SAAD Dig. janv 2015;31:26-31.

25. Asl Aminabadi N, Erfanparast L, Sohrabi A, Ghertasi Oskouei S, Naghili A. The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2012;6(4):117-24.

26. Treurnicht Naylor K, Kingsnorth S, Lamont A, McKeever P, Macarthur C. The effectiveness of music in pediatric healthcare: a systematic review of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2011;2011:464759.

27. Cunningham A, McPolin O, Fallis R, Coyle C, Best P, McKenna G. A systematic review of the use of virtual reality or dental smartphone applications as interventions for management of paediatric dental anxiety. BMC Oral Health. 7 mai 2021;21(1):244.

28. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. 2015.

29. Eskandarian T, Eftekharian H, Soleymanzade R. Efficacy and safety of premedication with single dose of oral pregabalin in children with dental anxiety: A randomized double-blind placebo-controlled crossover clinical trial. Dent Res J (Isfahan). déc 2015;12(6):528-33.

30. Laki K, Wolikow M, David-Beal T. Evidence-Based Dentistry: Sédation des enfants anxieux au cours des soins dentaires, résumé d'une revue systématique Cochrane [Internet]. L'Information Dentaire. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.information-dentaire.fr/formations/evidence-based-dentistry-sedation-des-enfants-anxieux-au-cours-des-soins-dentaires-resume-d-une-revue-systematique-cochrane/

31. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0233990.htm

32. CT-15857_ATARAX_PIS_RI_Avis2_CT11057&15857.pdf [Internet]. [cité 2 déc 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15857_ATARAX_PIS_RI_Avis2_CT11057&15857.pdf

33. Bandon D, Delbos Y, Vaysse F, Nancy J, Rouas P. MEOPA Anesthésie générale comment choisir? 28 mai 2009;

34. La sédation consciente par inhalation d'un mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote chez l'enfant [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2010 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/pedodontie/focus-clinic-sedation-consciente-par-inhalation-enfant/

35. Özkan AS, Erdoğan MA, Şanlı M, Kaçmaz O, Durmuş M, Çolak C. Retrospective Evaluation of Dental Treatment under General Anaesthesia. Turk J Anaesthesiol Reanim. oct 2015;43(5):332-6.

36. MEOPA, anesthésie générale : pourquoi et comment orienter les patients ? [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2010 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.lefildentaire.com/articles/clinique/omnipratique/meopa-anesthesie-generale-pourquoi-et-comment-orienter-les-patients/

37. indication_contre_indication_ag_juin_2005.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://odonte.com/wp-content/uploads/2016/02/indication_contre_indication_ag_juin_2005.pdf

38. Lim MAWT, Borromeo GL. The use of general anesthesia to facilitate dental treatment in adult patients with special needs. J Dent Anesth Pain Med. juin 2017;17(2):91-103.

39. Nelson T, Nelson G. The role of sedation in contemporary pediatric dentistry. Dent Clin North Am. janv 2013;57(1):145-61.

40. ASA Physical Status Classification System [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system

41. Hutchinson S. General anaesthesia for dentistry. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 1 sept 2017;18(9):451-4.

42. Critères d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_438005/fr/criteres-d-evaluation-des-pratiques-professionnelles-epp

43. Cartographie publique ONCD [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/

université de BORDEAUX

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.
Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Titre : Description des indications de prise en charge pour une anesthésie générale par les chirurgiens-dentistes de Haute-Vienne.

Résumé :

La peur dentaire est un sentiment fréquemment rencontré chez les enfants et les patients en situation de handicap. La prise en charge de ces derniers peut devenir compliquée, entrainant un évitement des soins avec des conséquences sur la santé buccale. C'est pourquoi il est primordial d'instaurer, dès la première consultation, un environnement adapté aux soins afin d'avoir une bonne coopération du patient. Le praticien dispose pour cela de nombreuses méthodes non-médicamenteuses, telles que le tell-show-do, la distraction ou encore l'hypnose. Lorsque ces dernières ne suffisent pas, le dentiste pourra utiliser des méthodes médicamenteuses, comme l'ATARAX, le MEOPA ou l'anesthésie générale. A l'hôpital de Limoges, nous nous sommes aperçus que beaucoup de patients jeunes ou handicapés étaient adressé, et souvent pour des AG. L'objectif de ce travail est donc de décrire et d'analyser, à travers un questionnaire réalisé auprès des CD de Haute-Vienne, à partir de quels critères et sur quelles indications ils se basent lorsqu'ils adressent leurs jeunes patients et patients en situation de handicap ou phobiques en anesthésie générale au CHU de Limoges.

Mots clés : odontologie pédiatrique, anesthésie générale, sédation, phobie dentaire

---

Title : Description of treatment indications for general anesthesia by dentists in Haute-Vienne.

Abstract : Dental fear is a feeling frequently encountered in children and patients with disabilities. The medical care of these can become complicated, leading to avoidance of care with consequences for oral health. This is why it is essential to establish, during the first consultation, an environment adapted to care in order to have good cooperation from the patient. The practitioner has many non-drug methods for this, such as tell-show-do, distraction or hypnosis. When these are not enough, the dentist can use medicinal methods, such as ATARAX®, MEOPA or general anesthesia. At the Limoges hospital, we noticed that many young patients or disabled patients were referred, and often for AG. The objective of this work is therefore to describe and analyze, through a questionnaire carried out with the dentist of Haute-Vienne, from which criterias and on which indications they base themselves when they address their young patients and patients in disabled or phobic in general anesthesia at the University Hospital of Limoges.

Keywords : pediatric dentistry, general anesthesia, sedation, dental phobia