

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année de soutenance : 2016

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 08 JUILLET 2016

Par CAMILLE, LHORS

Né(e) le 02 AOUT 1992 à Valenciennes – France

**BILAN DE LA PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE AU SEIN DU SERVICE
DE STOMATOLOGIE DE L'HOPITAL DE CAMBRAI : ETUDE SUR 100
PATIENTS.**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur PENEL

Assesseurs :

Madame le Docteur Caroline DELFOSSE

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Madame le Docteur Coralie LACHERETZ

ACADEMIE DE LILLE
UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
PLACE DE VERDUN
59000 LILLE

~*~*~*~*~*~*~*~*~*~*

Président de l'Université : X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services : P-M ROBERT
Doyen : Pr E. DEVEAUX
Asseseurs : Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Chef des Services Administratifs : S. NEDELEC

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

E DEVEAUX : Doyen de la Faculté
Responsable de la Sous-Section Odontologie
Conservatrice - Endodontie

P. BEHIN : Prothèses

H. BOUTIGNY : Parodontologie

T. COLARD : Sciences Anatomiques et Physiologiques,
Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques,
Radiologie

E. DELCOURT-DEBRUYNE : Responsable de la Sous-Section de Parodontologie

G. PENEL : Responsable de la Sous-Section des Sciences
Biologiques

M.M. ROUSSET : Odontologie Pédiatrique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	: Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. BOSCHIN	: Parodontologie
E. BOCQUET	: Responsable de la Sous- Section d'Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	: Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. CLAISSE	: Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	: Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	: Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	: Prothèses
C. DELFOSSE	: Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	: Prothèses
A. GAMBIEZ	: Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	: Prothèses
P. HILDELBERT	: Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	: Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	: Prothèses
J.L. LEGER	: Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	: Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	: Prothèses
L. NAWROCKI	: Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	: Sciences Biologiques
P. ROCHER	: Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
M. SAVIGNAT	: Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	: Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	: Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Guillaume PENEL,

Professeur des Universités – Praticien hospitalier

Sous section Sciences Biologiques

Docteur en chirurgie dentaire

Doctorat de l'université René Descartes (Paris V)

CES d'Odontologie Chirurgicale

Habilité à diriger des Recherches

Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section Sciences Biologiques.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie,
En espérant que ce travail soit à la hauteur de vos espérances.

Madame le Docteur Caroline DELFOSSE,

Maitre de conférence des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Sous Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section de Pédodontie

Doctorat de l'université de Lille 2 (mention Odontologie)

D.E.A Génie Biologie & Médical (option biomatériaux)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université Strasbourg I : « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires ».

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, vous avez accompagné ce projet de thèse, comme le projet hospitalier depuis sa naissance. Merci pour vos conseils avisés tout au long de mon cursus, et au cours de ce travail, pour votre disponibilité et votre gentillesse. Vous m'avez beaucoup appris pendant ma pratique clinique, et pour le début de mon investissement professionnel.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de conférence des Universités – Praticien Hospitalier

*Sous-Section Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé et Odontologie
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section Prévention et Épidémiologie, Économie de la
Santé et Odontologie légale

Docteur de l'Université d'Auvergne-Discipline Odontologie

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Évaluation en Santé &
Recherche

Clinique – Université Claude Bernard Lyon I

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins
dentaires

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au
contexte de vie d'un patient »

Secrétaire générale de la Société Française de Gérodontologie.

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour vos
conseils et votre encadrement en pédodontie, en prophylaxie, pour cette étude et
surtout pour m'avoir aidée à obtenir mes autorisations pour travailler à Cambrai
auprès du Conseil.

Madame le Docteur Coralie LACHERETZ

Assistante Hospitalo -Universitaire du CSERD

Sous-Section Chirurgie Buccale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master I : Biologie Santé : Histopathologie des tissus osseux et dentaires

Master II : Biologie Santé : Biomatériaux

CES Odontologie Chirurgicale mention Médecine Buccale – Lille 2

CES Odontologie Chirurgicale mention Odontologie Chirurgicale – Lille 2.

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Travailler avec vous a été un plaisir lors des vacances de chirurgie. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée en clinique, comme pour l'entrée au CES.

Table des matières

Remerciements.....	10
Introduction.....	14
1 Contexte de l'étude.....	16
1.1 Cambrai et son hôpital	16
1.1.1 Le bassin de population	16
1.1.2 Densité en chirurgiens dentistes	16
1.1.3 Description des activités du CH de Cambrai	19
1.2 Soins et extractions dentaire sous anesthésie générale	20
1.2.1 Législation de l'Anesthésie Générale	20
1.2.2 Des soins réglementés par la Haute Autorité de Santé (HAS).....	23
1.2.3 Critères de choix pour le mode d'hospitalisation	24
1.3 Parcours de soin d'un patient type au centre hospitalier de Cambrai	26
1.3.1 La consultation dans le service de stomatologie	26
1.3.2 La consultation d'anesthésie	28
1.3.3 Arrivée dans le service UACA : le jour de l'intervention	32
1.3.4 Arrivée au bloc ambulatoire	33
1.3.5 Passage en salle post-interventionnelle (SSPI)	35
1.3.6 Retour en chambre et sortie du patient	37
2 Description de l'étude	40
2.1 Autorisations	40
2.2 Matériel et méthodes.....	40
2.2.1 Type d'étude	40
2.2.2 Objectifs	40
2.2.3 Période d'inclusion	40
2.2.4 Description de la population d'étude	40
2.2.5 Recueil des données	41
2.2.5.1 La dernière consultation	41
2.2.5.2 Les données socio-familiales	41
2.2.5.3 Les données médicales	42
2.2.5.4 Les étiologies du processus carieux	44
2.2.5.4.1 L'impact psychologique	45
2.2.5.4.2 L'impact fonctionnel	45
2.2.5.5 L'adressage	46
2.2.5.6 Le type d'anesthésie	46
2.2.5.7 L'examen clinique	47
2.2.5.8 Examens complémentaires	48
2.2.5.9 Le traitement réalisé le jour du bloc	49
2.2.5.10 Les autres soins non effectués lors de l'intervention à prévoir ..	49
2.2.5.11 La coopération	49
2.2.6 Plan d'analyse et outils informatiques	50
2.2.7 Test statistique	50
3 Résultats.....	51
3.1 La dernière consultation (n = 96).....	51
3.2 Données socio-familiales	51
3.2.1 Age des patients (n=99).....	51
3.2.2 Sexe (n=99).....	52
3.2.3 Situation familiale	52

3.2.3.1	Situation familiale des adultes (n=92).....	52
3.2.3.2	Situation familiale des mineurs (n=8)	53
3.2.4	Catégorie socio-professionnelle (CSP)	53
3.2.4.1	CSP des patients adultes (n=76).....	53
3.2.4.2	CSP des parents des patients mineurs	54
3.2.5	Lieu de vie (n=97).....	55
3.3	Données médicales	56
3.3.1	Le poids	56
3.3.1.1	Adultes (n=83).....	56
3.3.1.2	Mineurs (n=6).....	56
3.3.2	La taille	57
3.3.2.1	Adultes (n=84).....	57
3.3.2.2	Mineurs (n=6).....	57
3.3.3	IMC	57
3.3.4	Etat de santé déclaré du patient	58
3.3.5	Traitements médicaux (n=99).....	59
3.4	Antécédents de soins dentaires sous anesthésie générale	60
3.5	Etiologie du processus carieux	60
3.5.1	Alimentation	60
3.5.1.1	Boissons consommées (n=100).....	60
3.5.1.2	Habitudes de grignotage (n=98)	61
3.5.2	Hygiène bucco-dentaire (n=97).....	61
3.5.3	Reflux gastro œsophagien (n=98).....	61
3.5.4	Xérostomie (n=97).....	61
3.5.5	Autres habitudes de vie	62
3.5.5.1	Consommation de tabac (n=99).....	62
3.5.5.2	Consommation d'alcool (n=98).....	62
3.5.5.3	Consommation de drogues (n=99).....	62
3.5.5.4	Environnement familial (n=91).....	62
3.6	Impact de la maladie carieuse sur la qualité de vie	63
3.6.1	Les douleurs dentaires (n=99)	63
3.6.1.1	L'impact sur l'alimentation (n=99).....	63
3.6.1.2	L'impact social (n=97).....	64
3.6.1.3	L'impact professionnel (n=93)	64
3.7	Orientation des patients (n=97).....	65
3.8	Type d'anesthésie (n=97).....	65
3.9	Examen clinique.....	67
3.9.1	Examen muqueux.....	67
3.9.1.1	Parodontite (n= 91).....	67
3.9.1.2	Lésion blanche (n=91).....	67
3.9.1.3	Lésion rouge (n=91).....	67
3.9.1.4	Foyer fongique (n=81).....	67
3.9.2	Examen dentaire	67
3.9.2.1	CAO	67
3.9.2.1.1	Chez l'adulte	67
3.9.2.1.2	Chez l'adolescent :	67
3.9.2.1.3	Chez l'enfant :	68
3.9.2.2	Plaque dentaire	70
3.9.2.3	Défaut de structure d'origine non carieuse (n=100).....	71
3.9.3	Nombre d'unités fonctionnelles	72
3.9.3.1	En antérieur (n=99).....	72

3.9.3.2 post-canines (n=97).....	72
3.9.4 Examen radiographique (n=100).....	73
3.10 Traitements réalisés (n=100).....	73
3.11 Traitements restant à réaliser (n=100).....	74
3.12 Niveau de coopération (n=96).....	74
4 Discussion	75
4.1 La dernière consultation	75
4.2 Age des patients	76
4.3 Sexe	77
4.4 Situation familiale	77
4.5 La catégorie socio-professionnelle	77
4.6 Lieu de vie	77
4.7 IMC	78
4.8 Etat de santé déclaré du patient	79
4.9 Antécédents de soins dentaires sous anesthésie générale	82
4.10 Les éléments en faveur d'un RCI élevé.....	82
4.11 Le CAO :	83
4.12 Plaque dentaire	84
4.13 Les addictions	85
4.13.1 Le tabac	85
4.13.2 L'alcool	86
4.13.3 La drogue.....	87
4.14 La carie, un phénomène familial ?.....	87
4.15 Impact de la maladie carieuse sur la qualité de vie	89
4.15.1 Impact esthétique :.....	89
4.15.2 Impact fonctionnel	90
4.16 Orientation des patients :.....	93
4.17 Type d'anesthésie.....	93
4.18 Traitements réalisés	94
4.19 Les traitements restant à réaliser	95
5 Conclusion	97
6 Références bibliographiques	99
Table des abréviations.....	103
7 Annexes	107
7.1 Annexe 1 : Dossier ARS : Zones sous et sur dotées	107
7.2 Annexe 2 : Autorisation pour mineurs	108
7.3 Annexe 3: Document d'information sur l'anesthésie	109
7.4 Annexe 4 : Consentement.....	111
7.5 Annexe 5 : Dossier d'anesthésie	112
7.6 Annexe 6 : Risque hémorragique.....	118
7.7 Annexe 7 : Relais AVK.....	119
7.8 Annexe 8 : Dossier UACA : fiche d'identification.....	120
7.9 Annexe 9 : Dossier UACA : appel de la veille et accueil du patient	121
7.10 Annexe 10 : Organigramme de prise en charge d'un patient type à l'hôpital de Cambrai	122
7.11 Annexe 11 : Fiches de conseil avant la sortie.....	127
7.12 Annexe 12 : Renseignements sur l'appel du lendemain	128
7.13 Annexe 13 : Cahier d'observation.....	129
7.14 Annexe 14 : Autorisation CNIL	139
7.15 Annexe 15 : Autorisations chefs de pôles	140
7.16 Annexe 16 : Echelle de VENHAM (48).....	141

Introduction

En France, malgré une amélioration de la santé bucco-dentaire, on note des disparités régionales importantes pour la prévalence de la maladie carieuse.

La progression de la maladie carieuse représente un fléau dans les populations précaires. Malgré les dispositifs de prévention mis en place par l'assurance maladie, une partie de la population reste exclue de ces derniers. Cette exclusion entraîne une détérioration de l'état bucco-dentaire, qui peut être sévère. Chez ces patients une prise en charge à l'état vigile n'est pas toujours possible ni souhaitée par ces derniers.

L'anesthésie générale représente alors leur dernière solution pour une prise en charge globale, en un temps, pour les patients qui cumulent besoins de soins importants, anxiété et manque de coopération. Toutefois, toute anesthésie présente des risques et nécessite d'être réalisée dans des conditions optimales de sécurité après avoir obtenu le consentement libre et éclairé du patient.

Elle permet aux patients peu observants d'éviter les rendez-vous multiples chez le praticien libéral, et une meilleure prise en charge de la douleur par rapport aux extractions réalisées en cabinet libéral.

La prise en charge hospitalière rassure les patients au statut médical compromis, en leur permettant une surveillance post interventionnelle, et une diminution du temps nécessaire pour réaliser l'assainissement buccal avant une chirurgie générale. Pour autant, ce mode de prise en charge ne doit pas être banalisé, et répond théoriquement à des indications bien particulières.

La chirurgie ambulatoire née au cours du XXème siècle, de développement croissant depuis les années 1990, a permis la progression des soins sous anesthésie générale. Elle a permis de diviser les coûts par quatre par rapport à une hospitalisation conventionnelle, selon Kitz et Coll tout en maintenant une prise en charge de qualité pour le patient. Elle permet un retour au domicile, le jour même de l'intervention (1) .

L'hôpital de Cambrai dispose d'un plateau technique accueillant un médecin stomatologue et un chirurgien dentiste. Le but du travail est de décrire l'activité odontologique du service de stomatologie.

Nous verrons dans une première partie la démographie de la population de Cambrai, et de ses chirurgiens-dentistes. Nous rappellerons ensuite les indications et contre-indications des soins dentaires sous anesthésie générale, puis nous décrirons le parcours type d'un patient venant pour des extractions dentaires à l'hôpital de Cambrai.

Dans une deuxième partie, nous présenterons l'étude épidémiologique effectuée afin de réaliser le bilan d'activité d'un chirurgien dentiste au sein de la vacation de stomatologie au bloc opératoire ambulatoire de l'hôpital de Cambrai et d'étudier le profil des patients pris en charge.

Dans la troisième partie, nous présenterons les résultats, qui seront ensuite analysés et comparés à la littérature dans la dernière partie, afin d'ouvrir de nouvelles perspectives d'avenir pour les patients pris en charge à l'hôpital.

1 Contexte de l'étude

1.1 Cambrai et son hôpital

1.1.1 Le bassin de population

La ville de Cambrai s'étend sur près de 18 km² et accueillait selon les dernières données disponibles de l'INSEE 32 847 habitants. La densité est de 1806,8 habitants au km².

18 % de la population cambraisienne a moins de 15 ans, et 10% plus de 75 ans. 19,3 % de la population de plus de 15 ans est sans activité professionnelle. Le taux de chômage s'élève à 22,7% (au sens du recensement). 34% de la population est considérée active avec un emploi, et 53% des ménages sont imposés fiscalement (2).

1.1.2 Densité en chirurgiens dentistes

Un article publié dans un journal régional de janvier 2015, soulignait à quel point il était difficile de trouver un nouveau dentiste à Cambrai. Il n'est en effet pas rare que les patients qui arrivent dans le service hospitalier, se plaignent de ne pas avoir trouvé de dentiste. En 2015, sur 6 chirurgiens dentistes partis à la retraite, seuls deux ont été remplacés (3).

Concernant la dotation en chirurgiens dentistes libéraux, on constate que la ville a une densité de 45 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants . Ce qui correspond à peu près à la moyenne régionale comprise entre 46 et 54 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants. Elle a cependant diminué entre 2006 et 2013 (Figure 1). De plus, 32,4% des dentistes ont plus de 55 ans (4)(5).

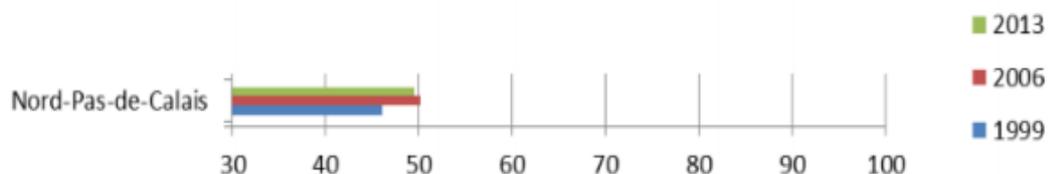


Figure 1: Evolution de la densité régionale (4)

Toutefois les alentours de Cambrai font partie des zones très sous dotées notamment le Cateau Cambrésis, Caudry (Figure 2). Ceci explique les temps d'attente conséquents pour avoir un rendez-vous chez un chirurgien dentiste libéral à Cambrai (Annexe 1) (6).

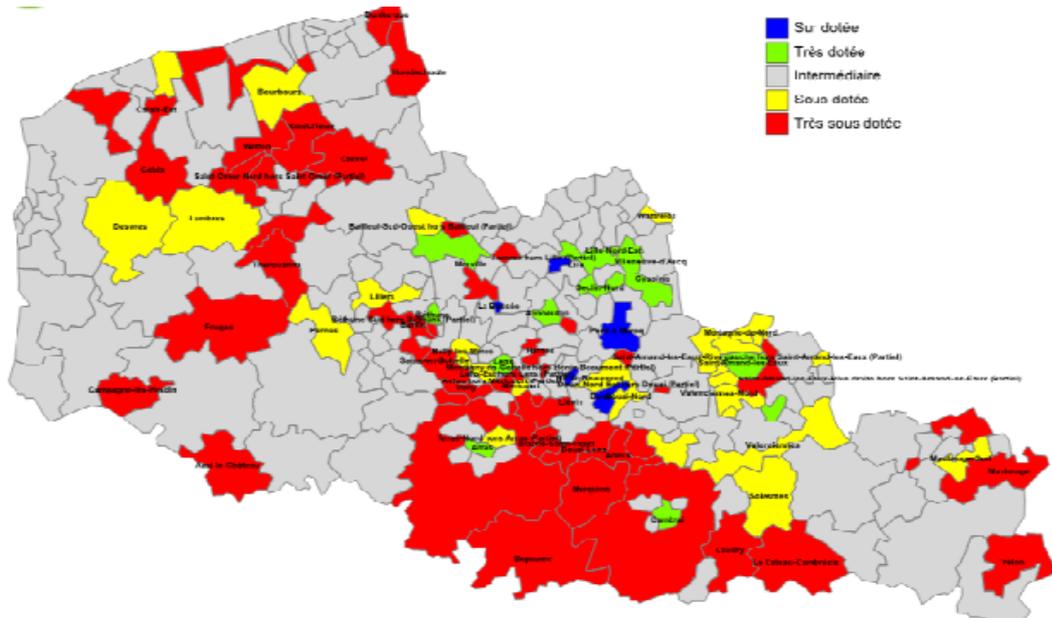


Figure 2: Niveau de dotations des bassins de vie en chirurgiens dentistes libéraux(4)

De plus d'une manière générale, le Cambrésis est considéré comme une zone en difficulté pour l'accès aux soins de premiers recours (Tableau 1)(5).

Tableau 1: Densité médicale de jour et de nuit, Nord pas de calais, 2008 (6).

Ville	Médecins généralistes		Médecins spécialistes		Chirurgiens dentistes	
	Jour	Nuit	Jour	Nuit	Jour	Nuit
Lille	210	223	265	282	66	70
Arras	171	168	101	98	42	41
Berck - Montreuil	167	165	148	145	50	50
Flandre - Lys	163	144	79	70	53	47
Boulogne-sur-Mer	162	159	121	119	57	57
Roubaix - Tourcoing	161	158	128	125	49	48
Valenciennes	161	162	129	130	53	53
Cambrai	156	147	91	86	45	42
Lens - Hénin	155	150	113	109	44	42
Maubeuge	152	145	94	90	44	42
Douai	152	144	93	89	51	48
Dunkerque	149	151	92	93	51	51
Béthune - Bruay	143	134	97	91	39	36
Saint-Omer	136	137	94	95	42	43
Calais	130	126	86	83	46	45
France métropolitaine	166		175		68	

Sources : DREES - DRASS - FINESS. Répertoire ADEU des professions médicales et paramédicales en exercice au 01/01/2008. INSEE - Recensement 2008 de la population. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Au niveau national, malgré une augmentation régulière du *numerus clausus* depuis 1999, la densité de chirurgiens dentistes continue à diminuer. On compte 40 000 chirurgiens dentistes en France métropolitaine, avec une moyenne d'âge de 48,8 ans. La densité moyenne est de 68 dentistes pour 100 000 habitants, mais elle varie en fonction des régions (Figure 3). Cambrai est donc en sous dotation par rapport à la moyenne nationale.

De plus, on note une féminisation très importante sur les jeunes générations (augmentation de 8 points en 14 ans), ce qui entraîne une offre de soins moins importante par rapport à un praticien qui travaille à temps plein, en effet la féminisation entraîne plus de recourt au temps partiel. Toutefois la profession reste majoritairement masculine (60%) (5).

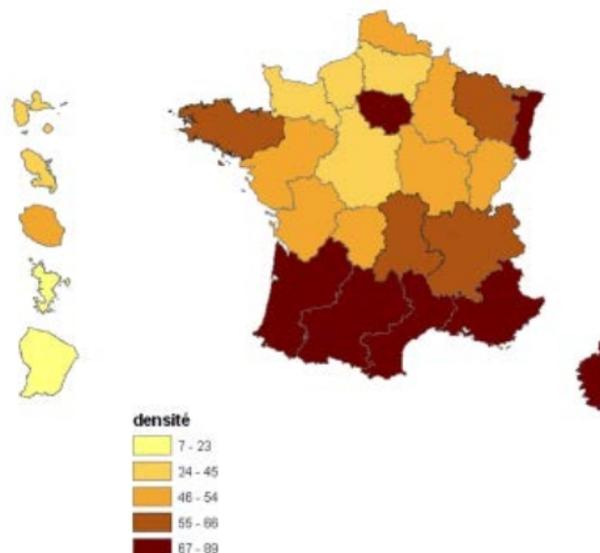


Figure 3: Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants en 2013 (5).

1.1.3 Description des activités du CH de Cambrai

L'hôpital de Cambrai existe depuis 1070. Il a été créé par un riche marchand Ellebaud le rouge, dans le but d'y accueillir les pauvres et les malades. Agrandi au cours des siècles suivants, il fonctionnait grâce à la charité des cambraisiens. Suite à la loi de 1941 qui instaure l'hôpital public, la municipalité décide de construire le centre hospitalier, rue de Paris. Les premiers patients sont installés dès 1966.

L'hôpital est actuellement dirigé par Mr Legros. Son activité pour l'année 2014 était de 24 341 entrées, 264 966 journées et de 67 086 consultations externes. Les consultations externes regroupent 31 consultations différentes (stomatologie, ORL, anesthésie, douleur, ophtalmologie...)

Le service de stomatologie actuel est couplé avec le service de plaies et cicatrisation et celui d'ORL. Il permet d'accueillir les patients sous surveillance suite à une cellulite, les traumatisés faciaux, et les suivis postopératoires immédiats pour les fractures mandibulaires notamment.

L'unité ambulatoire ou UACA est composée de 20 lits, et de trois places en fauteuil. Il dispose d'un personnel et d'une équipe anesthésique dédiés, ainsi qu'un bloc opératoire réservé contenant 3 salles. Il accueille huit spécialités médicales différentes.

1.2 Soins et extractions dentaire sous anesthésie générale

L'anesthésie générale selon la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) est : "un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical obstétrical ou médical en supprimant ou en atténuant la douleur. L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil produit par l'injection de médicaments par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié (7) (8).

L'anesthésie générale nécessite des agents inhalatoires (administrés par voie pulmonaire) et des agents injectés par voie intraveineuse, tous deux ont leur action cible sur le système nerveux central. On distingue donc les anesthésies inhalatoire, intraveineuse et balancée. L'anesthésie balancée se définit par une association d'anesthésiques intraveineux (lors de l'induction générale) et inhalatoires pour l'entretien. Etant donné la limitation ou l'abolition de l'activité respiratoire, il est impératif d'assurer la protection des voies aériennes supérieures, et la prise en charge mécanique de la ventilation (9).

L'anesthésie repose sur quatre critères : la narcose ou ataraxie qui correspond à une perte de conscience nécessitant une intubation endotrachéale, une analgésie centrale, un relâchement musculaire et une protection neurovégétative de l'organisme (7)(10).

1.2.1 Législation de l'Anesthésie Générale

Selon le décret du 5 décembre 1994 et l'article D 712-40 : Les établissements de santé pratiquant l'anesthésie générale doivent assurer les garanties suivantes :

- La consultation préanesthésique est obligatoire pour toutes les interventions programmées. Elle est pratiquée au moins 48 heures avant la date prévue pour l'intervention.
- Les moyens nécessaires à la réalisation de l'anesthésie doivent être disponibles

- Les patients sont suivis après l'intervention en salle d'intervention post-interventionnelle (anciennement appelée "salle de réveil") où ils bénéficient d'une surveillance continue.
- Une organisation est prévue pour faire face à toute complication liée à l'intervention chirurgicale ou à l'anesthésie (7).

Pour les patients mineurs, une autorisation de soins est à remplir obligatoirement par les parents ou le responsable légal. Si elle n'est pas présente dans le dossier, l'intervention est annulée (Annexe 2).

La réalisation de l'anesthésie générale repose sur des protocoles établis placés sous la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur (MAR). Le protocole choisi tient compte de la consultation pré anesthésique, d'une surveillance clinique continue et du matériel anesthésique et de suppléance adaptés en fonction du protocole choisit par le médecin anesthésiste.

Lors de l'intervention, le médecin anesthésiste ou l'infirmier anesthésiste sous la responsabilité du médecin anesthésiste devra veiller :

- Au compte rendu de la consultation pré anesthésique qui comporte toutes les informations importantes telles que les médications, les antécédents médicaux chirurgicaux, la classification ASA, la classification de Mallampati, la consommation tabagique...
- Au contrôle continu du rythme cardiaque du patient
- A la surveillance de la pression artérielle
- Au contrôle en continu du débit de l'oxygène administré et de la teneur en oxygène du mélange gazeux inhalé par le patient
- A la saturation en oxygène dans le sang
- Aux débits ventilatoires, et à la concentration en gaz carbonique expiré lorsque le patient est intubé.

Lors de la consultation préanesthésique le médecin anesthésiste doit veiller à fournir au patient l'information sur l'acte anesthésique, ses avantages, ses inconvénients et ses risques (9).

Depuis la loi 2002-303 du 4 mars 2002, informer son patient est devenu une obligation ; la charge de la preuve incombe au praticien et la traçabilité constitue cette preuve. Un document écrit est fourni aux patients (Annexe 3 et 4). L'objectif de l'information est l'obtention du consentement éclairé du patient à son intervention chirurgicale. Ce principe est décrit dans le code de Nuremberg et a été réaffirmé dans la loi du 4 mars 2002. Toutefois l'acte de consentir repose sur la capacité à comprendre l'information fournie et de pouvoir y répondre librement. Le consentement doit être libre, éclairé, révoquant à tout moment, et sous-tendu par une information de qualité(6) (11).

Le risque anesthésique n'est pas spécifique aux interventions odontologiques ou stomatologiques. La mortalité liée à l'acte anesthésique est aujourd'hui de 1/140 000. Elle a été divisée par un facteur 10, au cours des quinze dernières années. La majorité des accidents résiduels ne sont pas dus à des violations du protocole, mais à des aléas thérapeutiques imprévisibles. Le risque majeur en anesthésie reste l'allergie.

La mortalité anesthésique liée spécialement aux actes odonto-stomatologiques n'est pas connue (7) (12).

Il apparaît donc que tout acte entrepris sous anesthésie générale même réalisé avec compétence, dans le respect des protocoles établis et des données actuelles de la science comporte un risque. Si chaque praticien est responsable dans son domaine de compétence, il existe un devoir mutuel de concertation, d'informations et de conseils au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

La responsabilité est partagée entre le praticien qui pose l'indication de l'anesthésie générale, le praticien opérateur, et l'équipe anesthésique. Le praticien demandeur doit poser une indication justifiée afin de ne pas faire courir au patient un risque supplémentaire injustifié lié à l'anesthésie générale. Une fiche d'informations destinée au patient a été créée par la SFAR, elle reprend la définition de l'anesthésie, le déroulement, les risques d'une anesthésie générale et les suites opératoires à l'anesthésie générale (nausées, vomissements...) (13) .

Les complications les plus fréquentes , durant l'intervention, sont respiratoires, cardiaques et vasculaires. Celles liées à l'acte odontologiques sont notamment les saignements, l'obstruction des voies aériennes supérieures par des débris dentaires ou de matériaux (7).

1.2.2 Des soins réglementés par la Haute Autorité de Santé (HAS)

Selon le rapport de juin 2005 de la HAS, l'anesthésie locale doit être privilégiée. Dans les cas où elle ne peut être retenue, le rapport bénéfice risque de l'anesthésie générale (AG) doit être mesuré avant d'en poser l'indication (7).

L'information du patient, et/ou de son représentant légal, doit être claire, compréhensible et son consentement éclairé doit être obtenu (Loi Kouchner du 4 mars 2002). Il appartient au praticien de montrer que toutes les informations ont été transmises au patient et que son consentement a été obtenu en cas de problèmes.

Nous verrons donc successivement les indications de l'anesthésie générale, puis ses contre indications.

Les indications de l'anesthésie générale sont divisées en trois groupes : les indications liées à l'état général du patient, liées à l'intervention, et liées à l'anesthésie locale. Il est à préciser selon le rapport de la HAS que l'analyse de la littérature n'a pas permis de définir les indications et contre-indications précises pour les actes odonto-stomatologiques avec un niveau de preuve suffisant (7).

Les indications :

- Liées à l'état général du patient :

- conditions comportementales empêchant toute évaluation ou traitement bucco dentaire à l'état vigile après échecs de tentatives de soins au fauteuil,
- Nécessité de mise en état buccal lourde et pressante avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques et urgentes (carcinologie, greffe...),
- Limitation de l'ouverture buccale,

- Réflexes nauséeux prononcés.

- *Liées à l'intervention :*

- Interventions longues, complexes, et regroupement de plusieurs actes en une même séance,
- Etat infectieux loco-régional nécessitant d'intervenir en urgence.

- *Liées à l'anesthésie locale :*

- Contre-indications avérées de l'anesthésie locale (confirmée par un bilan d'allergologie et contre indications spécifiées dans l'AMM de la molécule),
- Impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de différentes séances.

Les contre-indications :

- Risques anesthésiques majeurs
- Refus du patient et/ou de son représentant légal

Le groupe de travail de la HAS a constaté que l'anesthésie générale s'inscrivait de façon indiscutable dans la pratique odontologique et stomatologique. Cependant les plateaux techniques étant complexes, et les temps opératoires longs, les moyens ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins de soins chez l'enfant, l'adulte et le sujet handicapé. Le développement de la chirurgie ambulatoire et des référentiels de prise en charge sur les populations vulnérables sont des pistes pour améliorer l'accès aux soins.

Différents modes d'hospitalisation peuvent être utilisés : l'hospitalisation longue (plus de 2 nuits), une hospitalisation courte (une nuit), ou une prise en charge ambulatoire avec une hospitalisation sur la journée. Depuis les années 90, la prise en charge en unité ambulatoire se développe considérablement (14).

1.2.3 Critères de choix pour le mode d'hospitalisation

« L'activité ambulatoire se définit comme l'ensemble des actes chirurgicaux ou investigations programmées et réalisées dans des conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire sous anesthésie de mode variable et selon des modalités permettant sans risque majoré, la sortie le jour même. » (*Conférence de Consensus mutualité française et fondation de l'avenir pour la recherche médicale*)

appliquée, mars 1993). Les actes peuvent être réalisés sous anesthésie locale, loco régionale, ou générale (15).

Les critères de sélection pour la chirurgie ambulatoire ont été développés par la Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH 2007). Ils concernent les interventions, les critères sociaux et médicaux des patients (8).

Les interventions doivent être :

- courtes, moins d'une heure et trente minutes. Les interventions peuvent être prolongées si la durée de surveillance postopératoire est compatible avec les heures de fonctionnement du service,
- à risques hémorragique et respiratoire faibles,
- aux suites simples, peu douloureuses, n'impliquant pas de handicap important.

Les patients doivent répondre à des critères :

- Sociaux :
 - Une compréhension du français et des consignes post-opératoires,
 - Une aptitude à respecter les prescriptions,
 - Les conditions d'hygiène et de logement doivent être au moins équivalentes à celles proposées par l'hôpital,
 - Une personne accompagnante doit être disponible, valide, capable de ramener le patient à son domicile, de le surveiller, et de l'amener au près d'un service hospitalier en cas de problème,
 - Être à moins d'une heure d'une structure de soins adaptée,
 - Avoir un accès rapide à un téléphone.
- Médicaux :
 - Âge : l'anesthésie générale ambulatoire est contre-indiquée chez le nouveau né, et sous réserve chez l'enfant de moins d'un an,
 - L'éventualité d'une grossesse doit être prise en compte,
 - Le patient doit être ASA I ou II, éventuellement ASA III stabilisé après accord de l'anesthésiste et du praticien.

Les interventions odontologiques répondent donc à ces critères, elles sont généralement courtes, peu invasives et à faibles risques postopératoires.

Si le patient ne répond pas aux critères de l'hospitalisation ambulatoire, il suivra une hospitalisation conventionnelle. Il rentre la veille ou le matin de l'intervention pour sortir le lendemain sauf en cas de complications ou d'état médical le contre indiquant.

1.3 Parcours de soin d'un patient type au centre hospitalier de Cambrai

1.3.1 La consultation dans le service de stomatologie

Tout patient souhaitant être pris en charge au centre hospitalier de Cambrai doit prendre rendez-vous en consultation. Les rendez-vous sont pris auprès du secrétariat des consultations externes. Les patients sont adressés par leur chirurgien dentiste ou médecin généraliste, certains sont orientés suite à leur passage aux urgences, d'autres proviennent des différents services hospitaliers où le personnel médical ou paramédical a constaté un mauvais état bucco-dentaire, et enfin certains patients consultent directement.

Actuellement quatre plages de consultations sont ouvertes par semaine, où en moyenne 10 patients par plage sont reçus. Les urgences s'ajoutent à la liste des patients prévus.

A son arrivée, le patient passe au bureau du service des consultations qui gère la partie administrative puis est reçu par l'infirmière. Cette dernière réceptionne les courriers, les radiographies disponibles pour constituer le dossier. Les dossiers sont disposés sur le bureau par ordre d'arrivée.

Le patient est reçu en consultation. Nous commençons par écouter son motif de consultation, un examen clinique est réalisé au fauteuil et les radiographies sont examinées lorsque le patient en dispose, puis le patient est questionné sur son état de santé général, ses médications et allergies.

Les éléments importants sont annexés au dossier du patient.

Les motifs de consultation sont variés :

- Avulsions multiples,

- Extractions suite aux caries précoces du jeune enfant, ou à des traumatismes,
- Extraction d'une dent sur un patient présentant un statut médical compromis, ou à risque hémorragique important,
- Extraction d'une ou plusieurs dents, car le chirurgien dentiste traitant ne pratique pas d'avulsions,
- Un envoi par les urgences suite à une cellulite dentaire, ou par les services hospitaliers si un mauvais état bucco-dentaire est constaté,
- Extractions de dents de sagesse, surtout adressées par les orthodontistes,
- Bilans avant greffe, chimiothérapie, mise en place de traitements par biphosphonates,
- Lésions blanches, des foyers fongiques, qui n'ont pas pu être gérés par le chirurgien dentiste traitant,
- Problèmes d'articulations temporo-mandibulaires,
- Bilans bucco-dentaires avant une chirurgie bariatrique.

Certains patients (enfants, et adultes) arrivant en consultation n'ont jamais vu de chirurgien-dentiste, d'autres sont directement envoyés par un chirurgien dentiste libéral.

Si une intervention est indiquée, le type d'anesthésie est ensuite discutée. Nous réalisons des anesthésies locales comme au cabinet dentaire, des anesthésies locales sous sédation et des anesthésies générales. Les trois types sont réalisées dans la salle spécifique au sein du bloc opératoire de chirurgie ambulatoire. L'anesthésie préconisée est proposée par le praticien et expliquée au patient. La décision se fait sur un consentement mutuel. Nous rencontrons beaucoup de patients directement orientés pour anxiété suite aux soins dentaires, ces patients viennent pour être soignés sous anesthésie générale. Si elle n'est pas indiquée, il convient d'expliquer au patient les risques de cette dernière. Depuis le développement des anesthésies locales sous sédation, un certain nombre d'anesthésies générales ont pu être évitées.

Si le patient présente un risque hémorragique, la question du maintien des antiagrégants et anticoagulants est expliquée au patient. La décision sera prise en fonction du résultat du bilan sanguin, des antécédents, et des actes à réaliser, entre l'anesthésiste et le praticien opérateur.

Le patient repart avec ses prescriptions préopératoires au besoin, et l'ordonnance pour ses radiographies si elles n'ont pas pu être présentées à la première consultation.

Par ailleurs, pour les patients qui vont subir une anesthésie générale, l'ordonnance du bilan biologique (NFS, TP, TCA, INR au besoin, et ionogramme) est fournie au patient. Il doit être réalisé la veille de la consultation pré anesthésique et fourni au médecin anesthésiste.

C'est ensuite l'infirmière qui gère les plannings du bloc opératoire et des consultations anesthésiques si besoin. Si c'est une urgence, c'est le praticien qui décide alors de la date. Si le patient n'est pas venu avec les documents nécessaires, l'infirmière programme avec le patient un nouveau rendez-vous en consultation.

S'il n'y a pas d'indication d'intervention chirurgicale, le patient est réorienté en fonction de ses besoins ou est convoqué pour un suivi (lésions blanches, foyers fongiques, traumatismes...).

1.3.2 La consultation d'anesthésie

Elle a lieu au minimum 48 heures avant la date prévue pour le bloc opératoire. Elle est réalisée par un des cinq médecins anesthésistes réanimateurs du service. Ce n'est pas forcément le même qui réalisera l'anesthésie.

Le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) effectue un examen clinique, évalue les risques, décide d'une prémédication éventuelle et de la technique anesthésique adaptée au geste chirurgical. La prémédication n'a pour objectif aujourd'hui que de limiter le stress du patient, or diverses études ont montré que l'état psychologique du patient influençait les effets hémodynamiques délétères de l'intubation et la consommation postopératoire d'antalgiques (12).

Le MAR remplit le dossier d'anesthésie, consultable dans le classeur du patient dès son arrivée au bloc opératoire (Annexe 5). Sur le dossier figure l'intervention à réaliser (extractions dentaires multiples, dents de sagesse...)

On y retrouve :

- Les antécédents : familiaux, médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, anesthésiques,
- Les allergies et les intolérances,
- L'état cardiovasculaire, respiratoire, les antécédents thromboemboliques, l'état veineux,
- La gestion des antiagrégants et anticoagulants. Dans la majorité de nos interventions, ils sont maintenus, car nous bénéficions de la surveillance post-interventionnelle nécessaire même si l'intervention est réalisée sous anesthésie locale. Cependant dans le cas des anticoagulants oraux directs, ou AOD un relais à l'héparine est la plupart du temps envisagé. La conduite à tenir est adaptée. Nous disposons d'éponges hémostatiques maintenues en place dans l'alvéole par les sutures, et un protocole a été élaboré pour la surveillance postopératoire, en chirurgie ambulatoire avec l'utilisation de l'acide tranaxémique, à savoir une demi ampoule sur une compresse en compression pendant 20 minutes minimum (Annexes 6 et 7).
- La classification ASA : selon l'American Society of Anesthesiologists. Elle permet une évaluation sommaire du risque anesthésique en fonction de l'état clinique du patient. Elle détermine la question de faisabilité anesthésique ou de contre-indication à l'anesthésie générale (7).
 - ASA I : patient n'ayant pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical ;
 - ASA II : patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection ;
 - ASA III : patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection ;
 - ASA IV : patient courant un risque vital du fait de l'atteinte d'une grande fonction

- ASA V : patient moribond
- Le score de Mallampati qui permet d'évaluer les difficultés d'intubation (Figure 4).
 - Mallampati I : luette, voile du palais et piliers du voile vus,
 - Mallampati II : pointe de la luette masquée par la base de la langue,
 - Mallampati III : seul le voile du palais est vu,
 - Mallampati IV : seul le palais osseux est vu,
- Le grade de Cormack (Figure 4) :
 - Grade 1 : toute la fente glottique est vue,
 - Grade 2 : seule la partie antérieure de la glotte est vue,
 - Grade 3 : seule l'épiglotte est visible,
 - Grade 4 : l'épiglotte n'est pas visible.

Le grade de Cormack ne peut pas être évalué lors de la consultation d'anesthésie car il nécessite l'utilisation du laryngoscope. Il est toujours évalué après l'intubation du patient. Il est demandé au patient, s'il a des antécédents d'intubation difficile et le cas échéant s'il a une connaissance de son grade.

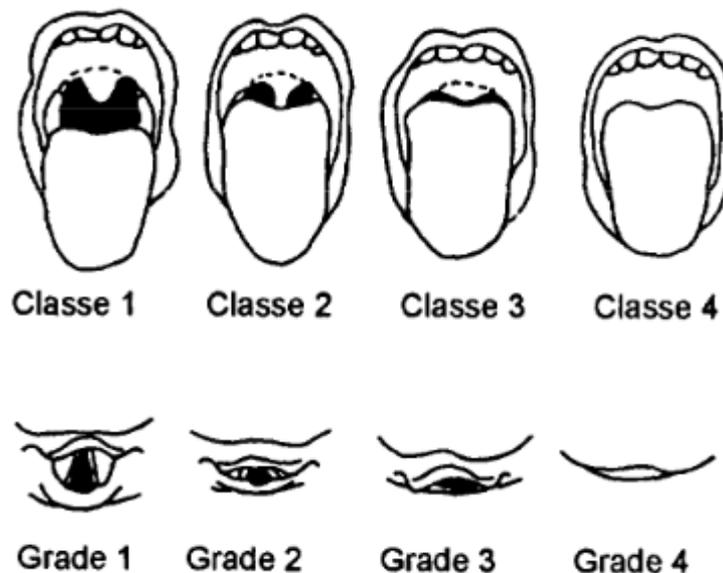


Figure 4: Classes de Mallampati et grades de Cormack(16).

- La mobilité cervicale: *angle déterminé par la tête en extension maximum sur le cou et en flexion maximum supérieur à 90°.*
- La distance thyromentonnière
- Les incisives proéminentes,
- L'ouverture de bouche,
- Le profil du patient.

L'examen s'effectue en quatre temps :

- De face, bouche fermée, pour rechercher une asymétrie mandibulaire, des cicatrices, un goitre, un cou court.
- De face bouche ouverte. L'inclinaison des incisives maxillaires, les dents manquantes ou fragilisées, la présence d'une subluxation antéro-postérieure de la mandibule sont recherchées. La bouche est ensuite grande ouverte pour observer la classe de Mallampati.
- De profil, regard à l'horizontal, la rétrognathie est recherchée, et la distance menton os hyoïde est évaluée.
- De profil, avec la tête en hyper-extension, pour mesurer la distance entre le menton et le cartilage thyroïdien (16).

Les critères laissant préfigurer une intubation difficile chez l'adulte sont, selon la SFAR, les antécédents d'une intubation difficile, un score de Mallampati supérieur à deux, une distance thyromentonnière inférieure à 6cm, une ouverture de bouche inférieure à 35mm. Les patients rétrognathes sont également plus difficiles à intuber.

Chez l'enfant le score de Mallampati n'est pas reconnu, une distance thyromentonnière de moins de 25mm chez le nourrisson, ou de moins de 35mm chez l'enfant sont les critères prédictifs d'une intubation difficile (16).

Une fois l'examen clinique terminé, le médecin anesthésiste rappelle les consignes de jeun préopératoire. Les patients étant opérés le matin, il leur est demandé de ne pas fumer, boire et manger après minuit.

Le législateur n'a pas rendu une liste exhaustive d'examens préopératoires obligatoires, elle est laissée à l'appréciation du MAR.

Si le MAR refuse l'anesthésie générale le patient retourne dans le service de stomatologie soit pour différer l'intervention, ou pour réaliser les soins en plusieurs fois sous anesthésie locale.

Lors de la réalisation d'anesthésie locale sous sédation, le patient consulte systématiquement le MAR. Les patients sont à jeun. La sédation est consciente, sous protoxyde d'azote, accompagnée d'une injection de sufentanil ou de midazolam, en fonction du MAR. La sédation doit permettre la conservation du réflexe de déglutition, toutefois la consultation anesthésique et le maintien des patients à jeun nous permettent de travailler dans des conditions de sécurité.

1.3.3 Arrivée dans le service UACA : le jour de l'intervention

Les infirmiers rappellent systématiquement les patients la veille de l'intervention pour leur donner l'heure d'arrivée, rappeler les consignes de jeun et les documents à apporter (Annexes 8 et 9).

Les premiers convoqués sont les enfants qui passeront systématiquement en priorité, puis les patients opérés sous anesthésie locale et enfin ceux sous anesthésie générale. Toutefois si un patient s'est montré très anxieux lors de la première consultation, il sera passé en priorité et éventuellement prémédiqué sur décision du médecin anesthésiste.

A son arrivée, le patient est reçu par l'infirmière qui vérifie si le dossier est complet (vérification d'identité, fiches de renseignements, autorisation d'opérer pour les mineurs notamment, bilan sanguin), que les prescriptions préopératoires, et les consignes de jeun ont été respectées. Le patient se voit attribuer une chambre et une tenue de bloc jetable. Le patient est installé dans un stricker (brancard motorisé) qui permettra d'éviter les transferts, de faciliter le brancardage pour les équipes et par conséquent un gain de temps entre les différentes interventions.

Si les consignes n'ont pas été respectées, le médecin anesthésiste et l'opérateur sont prévenus par l'infirmière. Dans ce cas l'intervention est annulée,

l'intervention est réalisée en partie sous anesthésie locale ou le patient passe en fin de programme.

Le patient est amené au bloc opératoire après accord téléphonique de l'infirmier de bloc opératoire (IBODE).

1.3.4 Arrivée au bloc ambulatoire

Le bloc opératoire ambulatoire est séparé du bloc central, seule la salle post-interventionnelle est commune aux deux blocs.

A son arrivée, le patient attend dans le SAS et est vu successivement par le MAR pour sa visite pré anesthésique, l'infirmier anesthésiste (IADE) et l'IBODE ; ou uniquement par l'IBODE si une anesthésie locale seule est prévue La visite pré anesthésique est obligatoire et permet de vérifier qu'il n'y a pas eu de modifications depuis la consultation d'anesthésie.

Lorsque le patient arrive, le cathéter est posé. Il permettra d'une part l'induction et l'entretien anesthésique et d'autre part le passage des antalgiques et des antibiotiques dans certains cas (risque oslérien, statut médical compromis). Chez l'enfant et le patient handicapé mental l'induction est réalisée au masque et le cathéter est posé par la suite.

Le praticien quant à lui, voit la plupart du temps le patient en salle avant l'induction anesthésique. L'IADE et l'IBODE restent en salle durant toute la durée de l'intervention, toutefois le médecin anesthésiste se partage sur les deux salles attenantes du bloc ambulatoire, celle des gastro-entérologues et celle dédiée à la stomatologie.

L'induction anesthésique est réalisée à l'aide du sufentanil puis du propofol. L'entretien anesthésique est assuré par les gaz halogénés et l'utilisation de propofol si nécessaire.

Les antalgiques sont prescrits par le médecin anesthésiste pendant l'intervention (17). Le protocole varie en fonction du médecin présent, dans la majorité des cas soit c'est la triade tramadol, néfopam et paracétamol qui est prescrite. En cas de germectomie ou de dents mandibulaires incluses où l'utilisation du matériel rotatif est requise et en l'absence de pathologie ou de médicaments les contre-indiquant, des corticoïdes sont administrés sur demande du praticien opérateur à raison de 1mg par kilogramme ; ou l'association

dexaméthasone, paracétamol est prescrite. Les antalgiques sont injectés dans le cathéter immédiatement après l'induction anesthésique pour limiter la douleur au réveil du patient.

La difficulté des actes stomatologiques et odontologiques réalisés sous anesthésie générale réside dans le partage des voies aériennes entre l'anesthésiste et le praticien opérateur. Une collaboration étroite entre le médecin anesthésiste, son IADE, et l'opérateur est primordiale pour respecter les impératifs de la chirurgie céphalique ; à savoir, selon la HAS :

- Le contrôle systématique de la liberté des voies aériennes supérieures
- Le contrôle de la fiabilité de la fixation de la sonde d'intubation et de ses raccords
- L'installation ergonomique du matériel et du monitoring
- La protection oculaire
- La concertation entre l'anesthésiste et l'opérateur (7).

L'intubation est réalisée par l'IADE sous couverture du médecin anesthésiste, la plupart des intubations sont orotrachéales. Les MAR plus anciens les privilégient car elles seraient moins traumatiques pour les cornets nasaux notamment. Un jeune anesthésiste ou un interne privilégient l'intubation nasotrachéale pour améliorer le confort opératoire du praticien. Le choix est laissé au médecin anesthésiste.

Si l'intubation est orotrachéale, l'IADE réalise le changement de côté pour la sonde d'intubation. Pour faciliter l'accès du praticien opérateur, le travail se fait en deux temps, nous travaillons du côté opposé à la sonde, une fois le côté terminé la sonde est changée de côté pour permettre l'accès au second. La protection des voies aériennes supérieures est assurée par la mise en place du packing oropharyngé. Nous mettons nous même en place le packing, et le retirons à la fin de l'intervention. L'IADE demande systématiquement à la fin si le retrait a été effectué pour une question de sécurité. L'aspiration chirurgicale est gérée par l'IBODE.

Dans quelques rares cas chez les enfants en bas âge, notamment lors des traumatismes sur les dents antérieures, l'enfant est induit et entretenu au masque sous surveillance du médecin anesthésiste. L'enfant reste ainsi en ventilation

spontanée, il est sorti rapidement en position latérale de sécurité à la fin de l'intervention. Il est cependant primordial que le matériel nécessaire à l'intubation soit prêt et que l'opérateur effectue des actes non sanglants et très rapides.

En parallèle, nous développons avec les médecins anesthésistes et les IADE, les anesthésies locales sous sédation afin de suivre au mieux les recommandations de la HAS.

1.3.5 Passage en salle post-interventionnelle (SSPI)

Une fois l'intervention terminée, le patient est amené en SSPI par l'IADE, pendant que l'IBODE range et prépare la salle pour le patient suivant. Le patient est sorti de la salle d'intervention quand il a repris sa ventilation spontanée, mais est toujours intubé.

L'installation des patients sur les strickers, entraîne une absence de transfert du patient de son installation en chambre dans le service UACA à son retour en chambre. Ceci permet d'optimiser le temps réel d'occupation des salles (TROS), et de diminuer les temps perdus (Figure 5) (8).

Définition du *TROS d'une intervention*

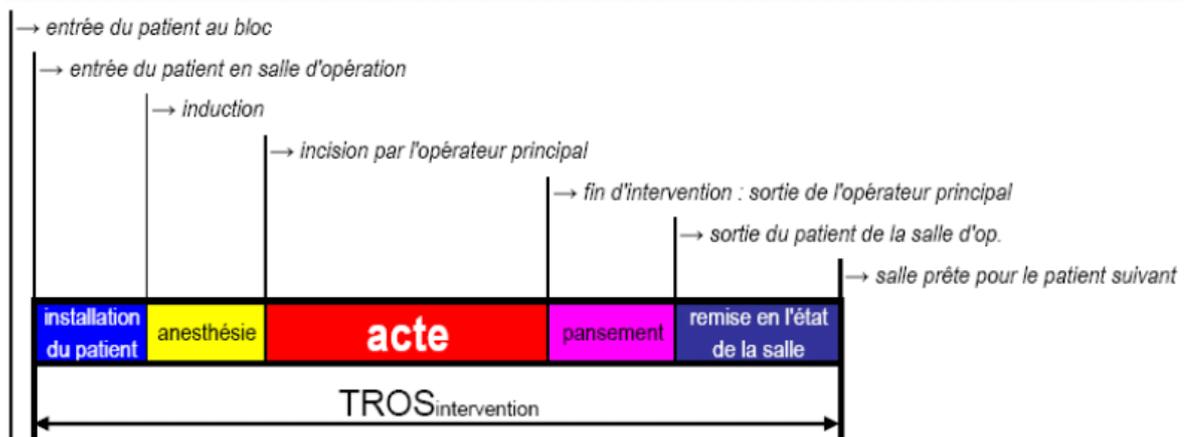


Figure 5: Temps réel d'occupation des salles (8).

La SSPI est gérée par une IADE et une aide-soignante sous la responsabilité du médecin anesthésiste. Elles s'assurent toutes deux du suivi du monitoring des patients, ainsi que du retour progressif de l'autonomie des grandes fonctions. Leurs objectifs sont de veiller au réveil, au confort du patient (gestion de la douleur postopératoire) et de s'assurer de l'absence de complications.

La surveillance est :

- Hémodynamique : *Fréquence cardiaque et tension artérielle*
- Respiratoire : *Fréquence respiratoire, amplitude symétrie des mouvements thoraciques*
- Neurologique : *retour progressif de la conscience, retour du réflexe de déglutition*
- Thermique : *température à 37°C (18).*

L'extubation est réalisée en salle de réveil, chez le patient adulte normotherme ayant récupéré ses fonctions de protection des voies aériennes supérieures. Chez l'enfant, l'extubation est dans la majorité des cas réalisée sur table, en salle d'intervention (19).

Le réveil du patient est défini par « la disparition des effets pharmacodynamiques des agents anesthésiques, par diminution de la concentration des molécules actives, en dessous de la dose minimale efficace ». Il comporte trois phases, le réveil immédiat, intermédiaire et complet.

Le réveil immédiat est défini par :

- une ouverture des yeux,
- une réponse aux ordres simples,
- des réflexes laryngés effectifs,
- une restauration des fonctions vitales.

Ce réveil est compatible avec une sortie de la SSPI (20).

La sortie de SSPI est validée par le médecin anesthésiste, une fois le réveil immédiat effectif et la douleur gérée. C'est le médecin qui fixe l'heure de sortie du patient.

Pendant ce temps, le dossier administratif est complété :

- le compte-rendu postopératoire sur lequel figure les données de l'examen clinique avant l'intervention, les actes réalisés et les commentaires particuliers,
- le schéma bucco-dentaire,

- l'ordonnance postopératoire, qui contient systématiquement un antalgique de niveau 1 (Paracétamol) et une solution bain de bouche à base de chlorhexidine. En fonction de l'indication des antibiotiques, un antalgique de niveau 2 et ou des corticoïdes (prednisolone) peuvent être ajoutés.
- Pour finir, la cotation des actes odontologiques et anesthésiques est réalisée par le praticien opérateur dans le logiciel prévu à cet effet (Hopital Manager®).

Entre deux patients, nous passons systématiquement voir les patients opérés réveillés en salle, afin de vérifier qu'ils n'ont pas mal, leur rappeler les suites post opératoires probables. Ils sont ensuite ramenés en chambre par l'infirmier de l'UACA .

1.3.6 Retour en chambre et sortie du patient

C'est le médecin anesthésiste qui valide la sortie après sa visite.

La sortie est possible après le réveil intermédiaire, c'est à dire :

- une récupération de la coordination psycho-motrice
 - Position assise
 - Position debout, la marche sans vertige
 - Diurèse effective et le contrôle des sphincters
 - Bonne orientation dans le temps et dans l'espace.

Ce réveil est compatible avec la sortie du service ambulatoire (20).

Les critères de sortie sont validés par l'échelle de CHUNG, pour sortir le patient doit avoir un score supérieur ou égal à 8 (Tableau 2) (8).

Tableau 2: Echelle de Chung (8)

Paramètres	Modalités	Points
Constantes vitales (température, pouls, respiration)	Variation < 20 % par rapport aux valeurs préopératoires	2
	Variation comprise entre 20 et 40 %	1
	Variation > 40 %	0
Déambulation	Démarche assurée, sans vertige	2
	Marche possible avec assistance	1
	Démarche non assurée, vertiges	0
Nausées et/ou vomissements	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Douleurs	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Saignement chirurgical	Minimes	2
	Modérés	1
	Sévères	0
Total		10

La dernière phase, le réveil complet, est obtenue à domicile.

Le réveil complet est défini par :

- la récupération des fonctions supérieures,
- la récupération de la mémoire, des capacités de planification de tâches complètes,
- la possibilité de conduire,
- une survenue à distance de l'acte (18).

C'est pourquoi les patients sortent systématiquement accompagnés et ne doivent pas rester seul à domicile. Dans le cas contraire, notamment les personnes âgées isolées, elles passeront la nuit dans le service « plaie cicatrisation stomatologie ophtalmologie » (19) (20).

Les patients sortent avec leur compte-rendu opératoire, les fiches comprenant les conseils pour la sortie et la date de consultation postopératoire (Annexe 11).

Enfin, les patients sont rappelés le lendemain de leur intervention par l'infirmière pour vérifier que le retour à domicile se passe bien (Annexe 12).

Un organigramme présentant l'ensemble de la prise en charge est disponible en annexe numéro 10.

Bien que la prise en charge des patients soit propre à chaque hôpital, l'anesthésie générale et les soins dentaires hospitaliers répondent à des indications précises, dictées par la HAS. Dans un secteur sous doté comme le Cambrésis, l'hôpital représente une alternative de soins indispensable pour les praticiens libéraux et leurs patients.

2 Description de l'étude

Le questionnaire est disponible en annexe 13.

2.1 Autorisations

Etant donné l'exploitation de données issues des soins et des dossiers médicaux une déclaration a été faite au près de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des liberté). Elle porte le numéro 40 (Annexe 14). Le chef de service de stomatologie, d'anesthésie, du bloc opératoire et le responsable du bloc opératoire ont donné leurs accords par écrit (Annexe 15).

2.2 Matériel et méthodes

2.2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive, prospective, transversale par questionnaire.

Il n'y a pas eu d'échantillonnage. C'est également une étude quantitative.

2.2.2 Objectifs

L'objectif principal était de réaliser le bilan d'activité de la vacation d'odontologie stomatologie au sein du bloc opératoire.

L'objectif secondaire était de décrire le profil de 100 patients bénéficiant d'une intervention au bloc opératoire ambulatoire de l'hôpital de Cambrai pour motif odontologique.

2.2.3 Période d'inclusion

La période d'inclusion s'étendait du 2 janvier au 22 mars 2016.

2.2.4 Description de la population d'étude

Les patients vus en consultation de stomatologie et nécessitant une intervention au bloc ambulatoire de l'hôpital de Cambrai ont été inclus dans l'étude, quel que soit leur âge, leur motif de consultation, et le type d'anesthésie indiqué.

Ont été exclus :

- les patients reçus la semaine du 08 au 13 février en raison de mon absence pour recueillir les questionnaires,

- un patient dont l'état de santé général ne permettait pas le remplissage des questionnaires,
- un enfant dont les parents ne comprenaient pas le remplissage du questionnaire,
- les patients ne sachant pas lire, et ne comprenant pas le français,
- tout dossier incomplet.

Pour les personnes non majeures, il était demandé au parent accompagnant de remplir le questionnaire.

Il était précisé aux patients que le questionnaire était anonyme, uniquement à visée statistique. Le choix de la participation était laissé au patient.

2.2.5 Recueil des données

L'étude a nécessité la réalisation d'un questionnaire en deux parties. La première partie comprenait les questions 1 à 20 (Annexe 13). Elle était donnée au patient le jour de la programmation du bloc opératoire, et était remplie en auto-questionnaire à la maison. Elle était récupérée dans le dossier de l'UACA par l'infirmière le matin de l'intervention (20).

La majorité des questions étaient fermées, il était demandé au patient de cocher la case correspondante.

2.2.5.1 La dernière consultation

Il était demandé au patient la date de la dernière consultation pour raison dentaire, était-elle :

- Il y a moins d'un an
- Entre un et deux ans
- Il y a plus de deux ans
- Ou inconnue par le patient.

2.2.5.2 Les données socio-familiales

Il était demandé au patient :

- La date de naissance, si le patient était un adulte ou un enfant

- Le sexe
- La situation familiale pour les adultes (célibataire, marié, divorcé, autre) et le type de famille pour les enfants (monoparentale, biparentale, recomposée)
- La catégorie socioprofessionnelle du patient, ou de ses parents si le patient est un enfant. La classification de la catégorie socio-professionnelle a été reprise sur celle de l'INSEE (2):
 - 1 : Agriculteur, artisan, commerçant, chef de petite entreprise
 - 2 : Profession libérale, cadre supérieur, cadre A de la fonction publique
 - 3 : Employé, ouvrier, catégorie C et D de la fonction publique
 - 4 : Etudiant
 - 5 : Demandeur d'emploi
 - 6 : Retraité
 - 7 :Autres personnes sans activité professionnelle
 - 8 : Autre, précisez:
- La ville où il résidait, le département, et la distance entre l'hôpital et leur lieu de résidence :
 - 1 : agglomération
 - 2 : moins de 50 km
 - 3 : entre 50 et 100 km
 - 4 : plus de 100 km

2.2.5.3 Les données médicales

- Le poids et la taille étaient à renseigner
- Les antécédents médicaux : nous nous sommes intéressés à **l'état de santé déclaré** du patient, selon son ressenti et la connaissance de sa pathologie :
 - 0 : En bonne santé
 - 1: Epilepsie
 - 2 : Cardiopathie

- 3 : Asthme
 - 4 : Diabète
 - 5 : Allergies
 - 6 : Autres, et antécédents familiaux.
- Les traitements en cours, et les traitements donnés à visée bucco-dentaire (antibiotiques notamment) :
 - 0 : Aucun
 - 1 : Antibiotiques à visée bucco-dentaire et la fréquence
 - 2 : Antiépileptiques
 - 3 : Bronchodilatateurs
 - 4 : Biphosphonates
 - 5 : Antiagrégants plaquettaires et anticoagulants
 - 6 : Antidépresseurs
 - 7 : Autres : à préciser
 - Les antécédents d'interventions sous anesthésie générale pour raisons bucco-dentaires :
 - 1 : Oui
 - Motif
 - Date de la dernière intervention
 - 2 : Non

2.2.5.4 Les étiologies du processus carieux

Nous avons voulu interroger les patients sur les différentes étiologies de la maladie carieuse en mettant en évidence :

- Les habitudes alimentaires :
 - Le type de boissons consommées
 - La fréquence du grignotage
- Les habitudes d'hygiène orale :
 - La fréquence du brossage
 - La capacité à réaliser le brossage seul
 - La coopération pour le brossage lorsqu'il était assisté
- Un reflux gastro œsophagien
- La xérostomie
- Les autres habitudes de vie :
 - La consommation de tabac, et le nombre de cigarettes fumées par jour (moins de 10, entre 10 et 20, ou plus de 20)
 - La consommation d'alcool (aucune, le week-end, plusieurs fois par semaine)
 - La consommation de drogues (aucune, une à deux fois par an, une à deux fois par mois, quotidiennement et le type de drogues)
- L'environnement familial : Un des proches avait-il subi des extractions dentaires multiples ?
 - 1 : oui, pour raison carieuse
 - 2 : oui, car les dents étaient mobiles (parodontopathies)
 - 3 : non
 - 4 : autres
 - Le degré de parenté

2.2.5.4.1 L'impact psychologique

- Les douleurs :
 - La présence de douleurs dentaires (1 : oui, 2 : non)
 - L'impact des douleurs sur le sommeil (1 : oui, 2 : non)
 - L'impact des douleurs sur la vie quotidienne (1 : oui, 2 : non)
- L'obstacle social :
 - L'état bucco-dentaire est-il un obstacle relationnel (1 : oui, 2 : non) ?
 - L'état bucco-dentaire a-t-il été reproché par l'environnement familial (1 : oui, 2 : non) ?
- L'obstacle professionnel :
 - L'état bucco-dentaire est-il un obstacle dans le travail (1 : oui, 2 : non) ?
 - L'état bucco-dentaire a-t-il été reproché par l'environnement professionnel (1 : oui, 2 : non) ?

2.2.5.4.2 L'impact fonctionnel

- Les difficultés pour s'alimenter :
 - 1 : oui
 - 2 : non
- *Si oui,*
 - 1 : oui, les douleurs m'empêchent de m'alimenter
 - 2 : oui, je n'arrive plus à mastiquer
 - 3 : autres

La seconde partie du questionnaire (questions 21 à 32) (Annexe 13), était remplie par le praticien opérateur, le jour de la consultation, elle était jointe au dossier du patient et éventuellement complétée le jour du bloc. Le schéma dentaire était systématiquement celui présent en bouche avant toute intervention de notre part.

2.2.5.5 L'adressage

Nous avons systématiquement demandé aux patients, comment ils étaient arrivés dans le service de stomatologie.

- 1 : Permanence des soins à l'hôpital
- 2 : Permanence des soins d'un autre hôpital
- 3 : Clinique
- 4 : Service de stomatologie
- 5 : Autre service hospitalier
- 6 : Dentiste libéral
- 7 : Médecin généraliste
- 8 : Famille
- 9 : Le patient lui même
- 10 : Autres

Dans les cas où ils avaient été orientés par leur chirurgien dentiste traitant, nous avons voulu savoir si ce dernier avait essayé de réaliser les soins demandés :

- 0 : Référé suite à échecs après une ou plusieurs tentatives de soins
- 1 : Référé sans tentative de soins
- 2 : a déjà été soigné sous AG pour soins dentaires.

2.2.5.6 Le type d'anesthésie

- Le type d'anesthésie préconisée :
 - 1 : Locale
 - 2 : Générale

- Le type d'anesthésie réalisée le jour de l'intervention :
 - 1 : Locale
 - 2 : Générale
- Les raisons de l'anesthésie générale :
 - 1 : Actes complexes
 - 2 : Actes multiples
 - 3 : Actes algiques
 - 4 : Refus de soins à l'état vigile, patient anxieux, phobique

2.2.5.7 L'examen clinique

Un examen clinique minutieux était réalisé, il était initié en consultation et complété au besoin lors de l'intervention au bloc opératoire. Seuls des miroirs jetables et compresses étaient à disposition. L'éclairage était de qualité, soit par le scialytique du fauteuil dentaire, soit avec celui du bloc opératoire.

Nous avons recherché :

- Le parodonte :
 - 1: cliniquement sain
 - 2 : inflammatoire
- Les lésions blanches :
 - 1 : absence de lésion blanche
 - 2 : présence de lésion blanche
- Les lésions rouges
 - 1 : absence de lésion rouge
 - 2 : présence de lésion rouge
- Les foyers fongiques suspectés
 - 1 : absence de foyers fongiques
 - 2 : foyers fongiques suspectés
- Un plan bouche avant intervention était réalisé :

- Les dents cariées (C) , absentes (/), obturées (O), racines résiduelles (R) .
- L'indice PUFA :
 - P: dent avec implication pulpaire visible
 - U : présence d'ulcérations causées par les débris radiculaires
 - F : présence d'une fistule
 - A : présence d'abcès (21).
- La plaque bucco-dentaire : sa localisation à l'aide d'une évaluation par sextant , et sa quantité avec l'indice de Greene et Vermillon (Figure 6).

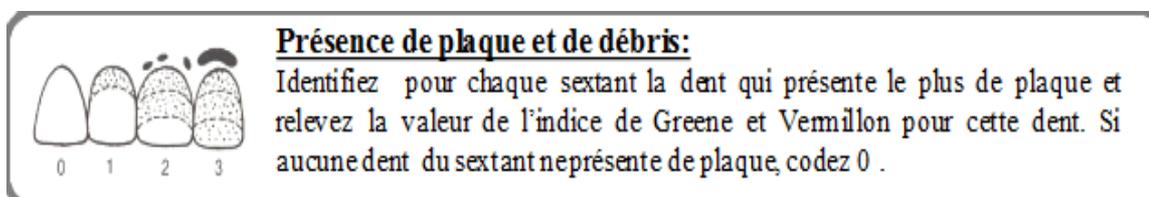


Figure 6: Echelle de Greene et Vermillon

- Les défauts de structures d'origine non carieuse :
 - 0 : Non
 - 1 : Oui, au moins une dent atteinte
 - 2 : Oui, au moins un secteur atteint (à préciser)
 - 3 : Non évalué
 - Si oui, préciser s'il s'agit de dents temporaires (4) ou définitives (5).
- Les nombres d'unités fonctionnelles en antérieur, et en postérieur (post canines) par une mise en occlusion ont été calculés.

2.2.5.8 Examens complémentaires

Un examen radiographique est systématiquement demandé en cas d'avulsions dentaires.

Le ou les cliché(s) présent(s) le jour du bloc étai(en)t renseigné(s) :

- 0 : aucun
- 1 : La panoramique

- 2 : Les rétroalvéolaires
- 3 : Les dentascans, ou les ordonnances fournies pour obtenir un dentascan

2.2.5.9 Le traitement réalisé le jour du bloc

Nous avons répertorié l'ensemble des interventions réalisées :

- 1 : Les dents de sagesse ou DDS
- 2 : Les dents incluses autre que DDS
- 3 : Les extractions dentaires multiples ou EDM sans DDS
- 4 : Les extractions de moins de 4 dents autre que DDS
- 5 : Les EDM + DDS
- 6 : Les extractions de dents lactéales
- 7 : Les lésions des tissus mous
- 8 : Les ablations et curetages de kyste

Aucune intervention carcinologique n'est réalisée au centre hospitalier de Cambrai, elles sont référées sur le CHRU de Lille.

2.2.5.10 Les autres soins non effectués lors de l'intervention à prévoir

Pour chaque patient, les éventuels soins nécessaires ont été répertoriés :

- Le détartrage et les autres soins de prévention (type sealant)
- Les soins carieux
- Les soins prothétiques
- L'ensemble de ces différents soins
- Aucun soin.

2.2.5.11 La coopération

L'échelle de VENHAM a été utilisée, pour quantifier le niveau d'anxiété du patient lors de la consultation. Elle est fournie en annexe 16.

2.2.6 Plan d'analyse et outils informatiques

La saisie des informations a été faite par un opérateur indépendant, Aurore MOONS, responsable du service qualité de l'hôpital de Cambrai. Ces données ont été rentrées dans le logiciel d'analyse Sphinx® .

2.2.7 Test statistique

Un test du chi deux afin d'observer si la différence entre les proportions était ou non significative. On définit :

- H_0 : Il n'existe pas de différence d'effectifs entre les deux variables.
 H_1 : Il existe une différence d'effectifs entre deux variables.
- Le risque alpha qui correspond au risque de rejeter H_0 alors qu' H_0 est vraie. On le fixe à 5%.
- Le degré de liberté : $ddl = (l-1) \times (c-1)$ avec l : le nombre de lignes, et c le nombre de colonnes.
- Les effectifs :

Type de variable	Effectifs observés	Effectifs théoriques
Variable 1	a	c
Variable 2	b	d
...
Variable n	y	z

- $X^2 = \text{somme } [(\text{effectifs observés}) - (\text{effectifs théoriques})]^2 / (\text{effectifs théoriques})$
- On regarde ensuite la valeur du $X^2_{5\%}$ au degré de liberté défini, si le X^2 calculé est inférieur à ce dernier on ne peut pas rejeter H_0 .

3 Résultats

Notre étude a permis d'inclure 100 patients reçus au bloc opératoire entre le 2 janvier 2016 et le 22 mars 2016.

3.1 La dernière consultation (n = 96)

65,6 % des patients ont déclaré avoir consulté leur chirurgien-dentiste, ou un service de stomatologie dans l'année précédant leur première consultation au sein du service de stomatologie de l'hôpital de Cambrai (Figure 7).

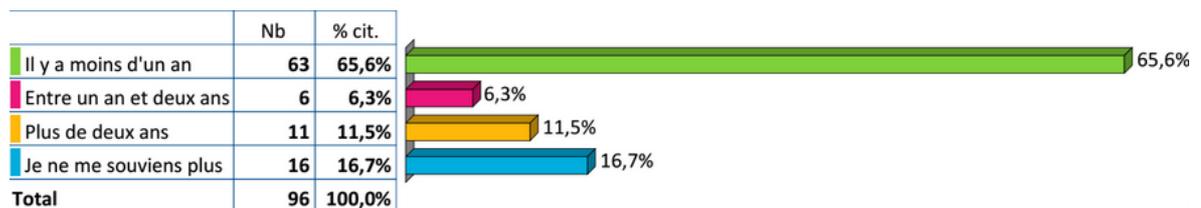


Figure 7: Date de la dernière consultation chez un chirurgien dentiste ou dans un service de stomatologie.

3.2 Données socio-familiales

3.2.1 Age des patients (n=99)

92% des patients pris en charge au bloc opératoire ambulatoire de stomatologie étaient des adultes.

La moyenne d'âge des patients pris en charge au bloc opératoire en vue d'une intervention de stomatologie ou d'odontologie était de 42 ans. L'âge minimum était de 5 ans, le maximum de 89 ans. Les classes d'âge les plus représentées étaient les patients âgés 16 et 46 ans (Figure 8). Nous avons utilisé le terme de patient mineur, les sujets de moins de 18 ans, pour lesquels on avait 4 adolescents et 4 enfants de moins de 15 ans et 3 mois (moyenne d'âge 7,2 ans).

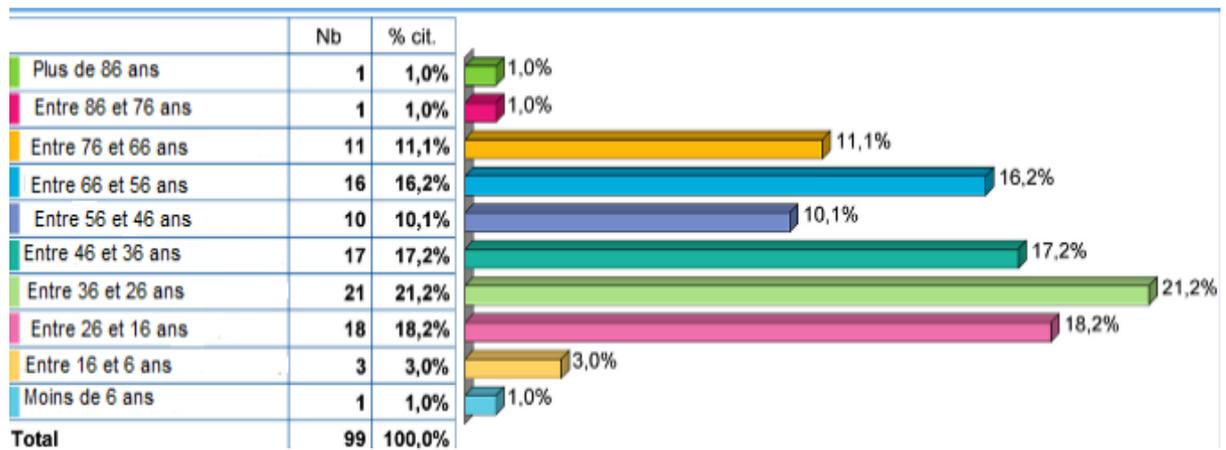


Figure 8: Classes d'âge des patients opérés.

3.2.2 Sexe (n=99)

La majorité des patients reçus (53,5%) étaient des personnes de sexe masculin, contre 46,5% de sexe féminin. Le test du chi deux n'a pas montré de différence statistiquement significative.

3.2.3 Situation familiale

3.2.3.1 Situation familiale des adultes (n=92)

Les patients opérés étaient le plus souvent mariés ou pacsés (41,3%) (Figure 9). Le test du chi deux n'a pas montré de différence significative statistiquement.



Figure 9: Situation familiale des adultes opérés

Dans la catégorie « Autre », 21 des 24 adultes ont précisé leur situation familiale (Figure 10). Ils étaient majoritairement (47,6%) en concubinage.

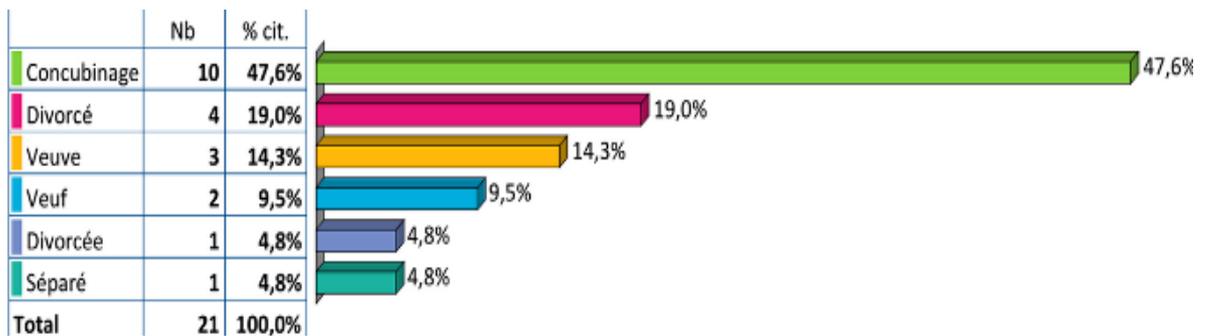


Figure 10: Précision des situations familiales "autres".

3.2.3.2 Situation familiale des mineurs (n=8)

Les parents des enfants opérés étaient invités à répondre sur l'environnement familial de l'enfant. Autant d'enfants évoluaient dans une famille monoparentale, que biparentale avec 37,5%. (Figure 11).



Figure 11: Situation familiale des mineurs opérés.

3.2.4 Catégorie socio-professionnelle (CSP)

3.2.4.1 CSP des patients adultes (n=76)

La catégorie majoritaire était les retraités, puis les employés ouvriers et catégories Cet D de la fonction publique, puis les demandeurs d'emploi. Les professions intellectuelles supérieures étaient les moins présentes avec 3,9% (Figure 12).

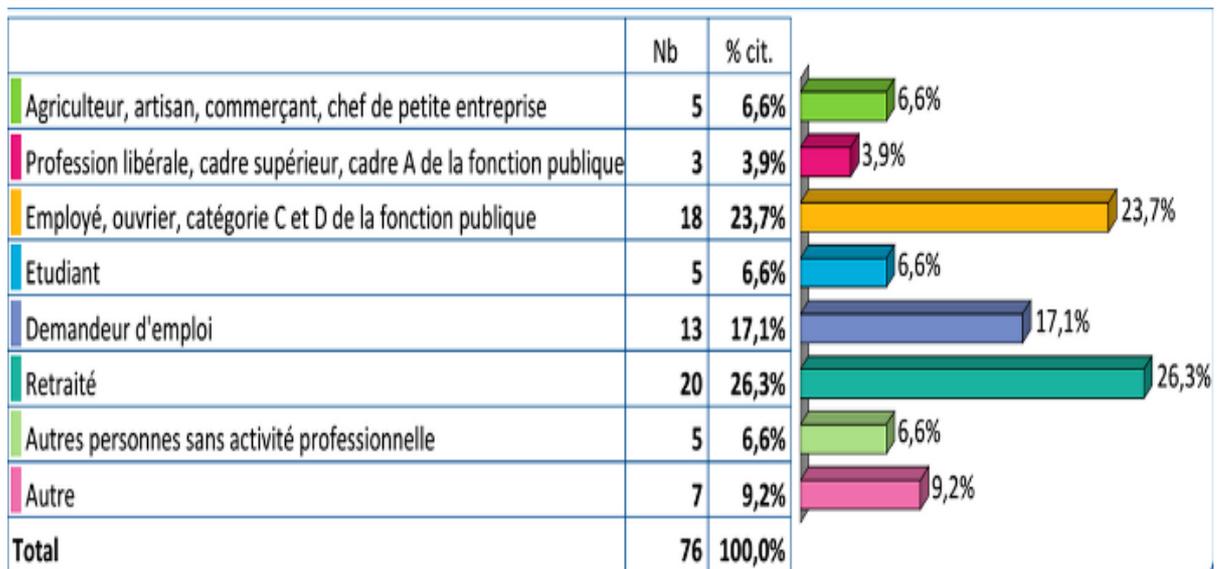


Figure 12: Catégories socioprofessionnelles des adultes

La catégorie autre est composée :

- Artiste,
- Mère au foyer,
- Invalide,
- Intérimaire,
- Assistante maternelle,
- Personne s'étant déclarée « VDI », vente à domicile indépendant,
- Educatrice.

3.2.4.2 CSP des parents des patients mineurs

Les résultats sont divisés en trois parties (Figure 13):

- Pour les pères, 5 parents sur les 8 ont répondu à la question, une prédominance de la catégorie « employé ouvrier, catégorie C et D de la fonction publique » avec 80% des pères est observée.
- Pour les mères, 7 parents ont répondu, on a noté une répartition plus équitable.
- Pour synthétiser, les données « CSP du père » et « CSP de la mère » ont été groupées, et 50% des parents appartenaient à la catégorie « employé ouvrier, catégorie C et D de la fonction publique ».

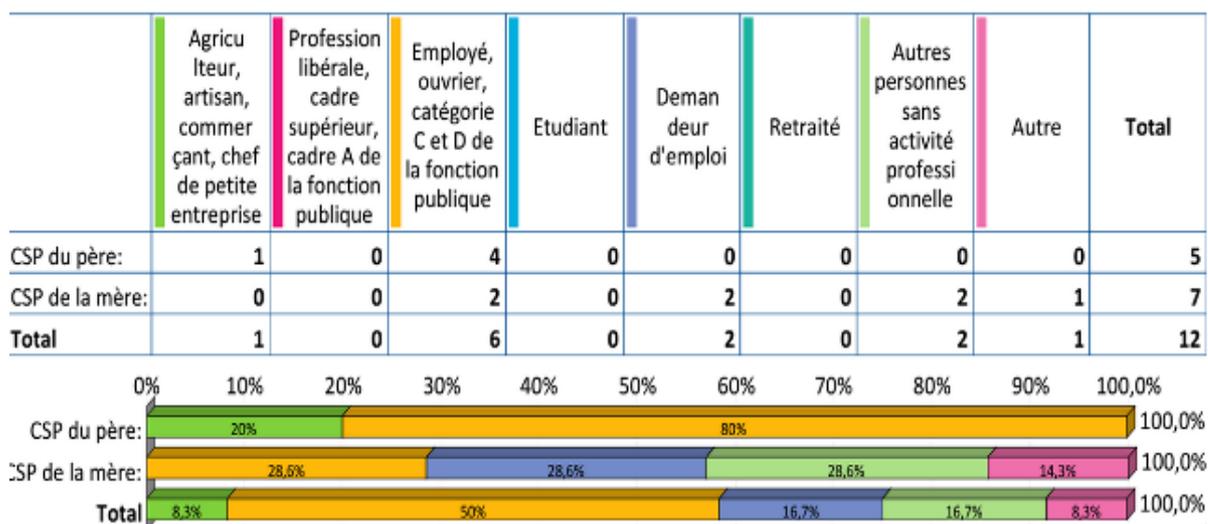


Figure 13: Catégories socioprofessionnelles des parents des enfants opérés.

NB : La maman ayant renseigné la catégorie « autre » était mère au foyer.

3.2.5 Lieu de vie (n=97)

91,8 % des patients venaient du département du Nord, 3,1% du Pas de Calais, 3,1 % de la Somme, et 2% de l'Aisne sur 98 répondants.

Les deux villes les plus représentées étaient Caudry avec 26% des patients y résidant et Cambrai avec 21,9 %, sur 96 répondants.

98% des patients faisaient moins de 50 kilomètres pour être opérés (Figure 14).

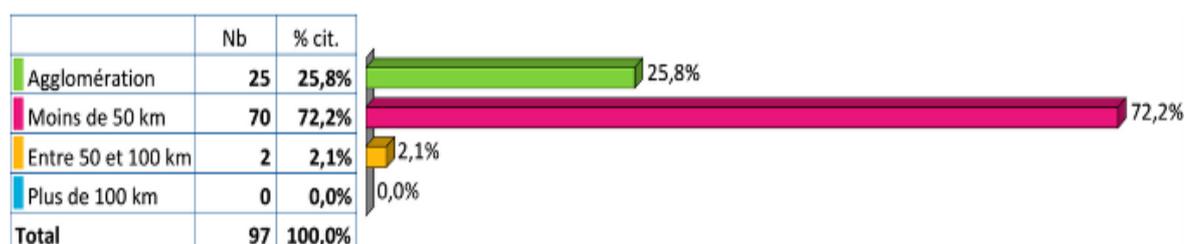


Figure 14: Distance entre le lieu d'habitation et le service de stomatologie.

3.3 Données médicales

3.3.1 Le poids

3.3.1.1 Adultes (n=83)

Le poids moyen des patients était de 81,9 kg, avec un écart type de 20,7. La majorité des adultes pesaient entre 60 et 90kg et 25,3% des adultes pesaient entre 90 et 120kg (Figure 15).

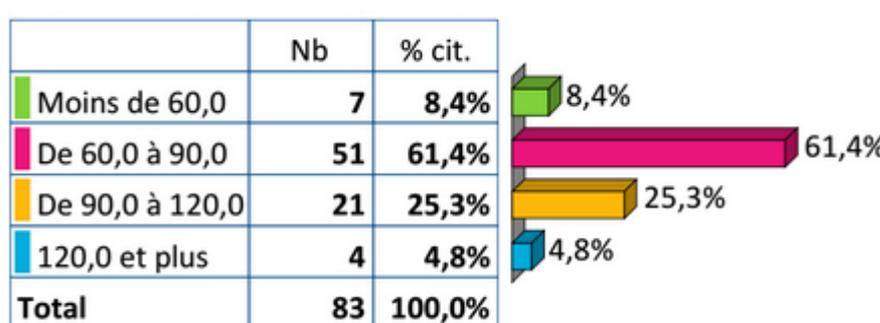


Figure 15: Poids des adultes en kg.

3.3.1.2 Mineurs (n=6)

Le poids moyen était de 41,2 kg avec un écart type à 17,7 (Figure16).

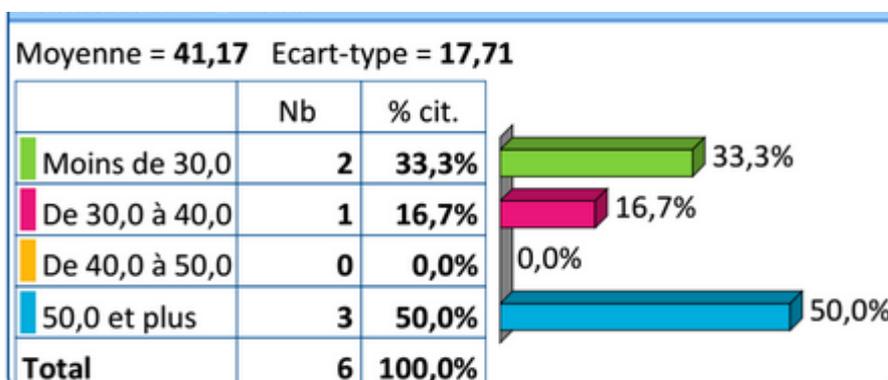


Figure 16: Poids des mineurs en kg.

Dans la catégorie mineurs étaient présents 4 adolescents âgés de 16 à 17 ans avec un poids moyen de 57 kg, et 4 enfants (moyenne d'âge 7,2 ans) avec un poids moyen de 25,3 kg.

3.3.2 La taille

3.3.2.1 Adultes (n=84)

La taille moyenne était de 171,7 cm avec un écart type à 9,96. 58,3% des patients faisaient plus de 170cm (Figure 17).

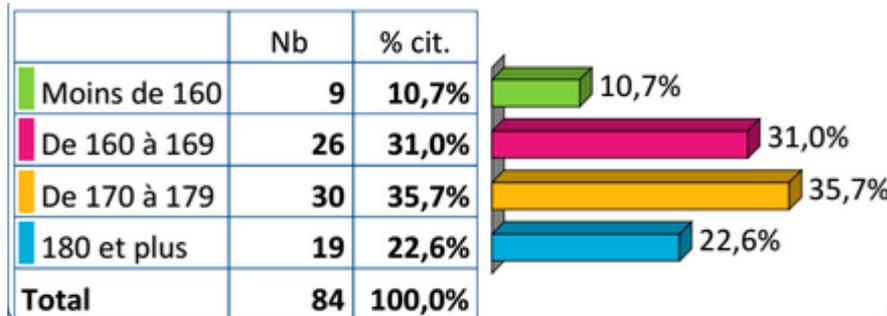


Figure 17: Taille des adultes en cm

3.3.2.2 Mineurs (n=6)

La majorité des mineurs faisaient plus de 140 cm (Figure 18).

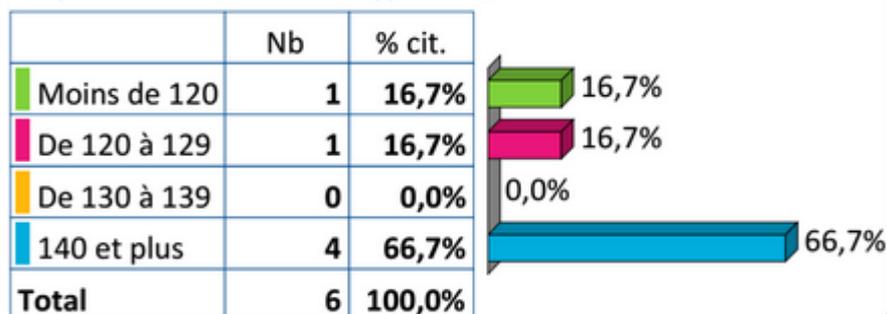


Figure 18: Taille des mineurs en cm.

3.3.3 IMC

L'IMC ou indice de masse corporelle, est défini par :

$$\text{IMC} = (\text{poids en kg}) / (\text{taille en mètre})^2.$$

Le patient est considéré en « sous poids » si l'IMC est inférieur à 18,5 ; il est normal s'il est compris entre 20 et 25, entre 25 et 30 le patient est en surpoids, et au dessus de 30 il est considéré comme obèse.

L'IMC moyen était de 27,23, avec un écart type de 6,60. Le minimum était à 13,89 et le maximum à 52,30.

Chez les mineurs, l'IMC moyen des adolescents était de 22,7, celui des enfants de 17,3.

3.3.4 Etat de santé déclaré du patient

Les critères n'étaient pas exclusifs (Figure 19).

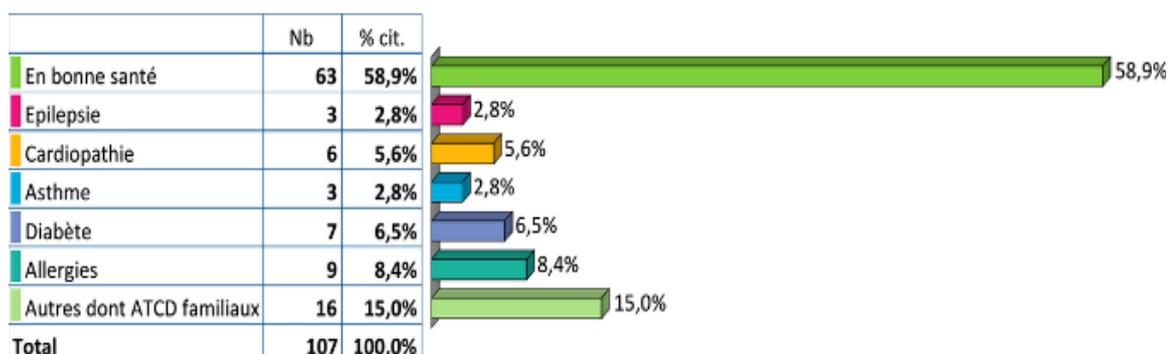


Figure 19: Etat de santé déclaré du patient et antécédents médicaux déclarés

58,9% des patients étaient en bonne santé.

Chez les patients ayant une cardiopathie, 2 avaient subi un infarctus, un souffrait d'arythmie, un avait subi un pontage. Et 5 patients ayant répondu « autre » souffraient d'hypertension artérielle.

Chez les 7 patients diabétiques, deux étaient insulino dépendants.

Sur les 9 patients allergiques, 5 étaient allergiques à un antibiotique dont 4 à l'amoxicilline, et un patient était allergique au latex.

Dans la catégorie autre, ont été retrouvés :

- 6 patients souffrant de cancer (3 cancers du sein, un hépatocarcinome, un lymphome, un mélanome)
- 3 patients souffrant de problèmes thyroïdiens.
- 2 patients souffrant de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI).
- 2 patients ayant une pathologie en lien avec une consommation excessive d'alcool (un patient cirrhotique et un patient souffrant de Korsakoff)
- 1 patient souffrant de spondylarthrite ankylosante, et 1 patient souffrant de sclérose en plaque.
- 1 patient ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC).

3.3.5 Traitements médicaux (n=99)

48,5 % des patients ne prenaient aucun traitement médicamenteux et 15,2 étaient sous antibiotiques pour une infection bucco-dentaire au moment de la première consultation (Figure 20).

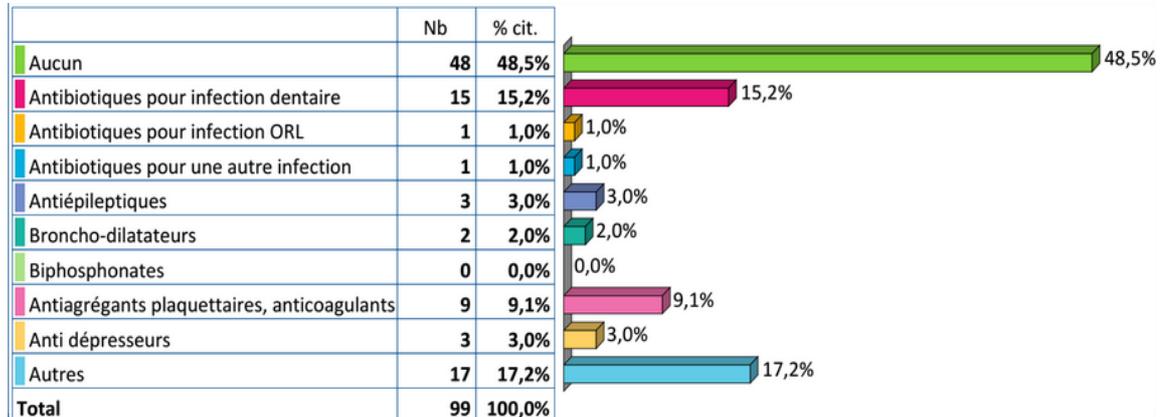


Figure 20: Traitements médicamenteux.

Pour les 15 personnes ayant pris des antibiotiques pour infection bucco-dentaire et ORL, il leur a été demandé de préciser la fréquence sur les six derniers mois. La personne ayant eu une infection ORL n'a eu recours qu'une fois aux antibiotiques, ce qui est également le cas de la majorité des personnes ayant présenté une infection bucco-dentaire (Figure 21).

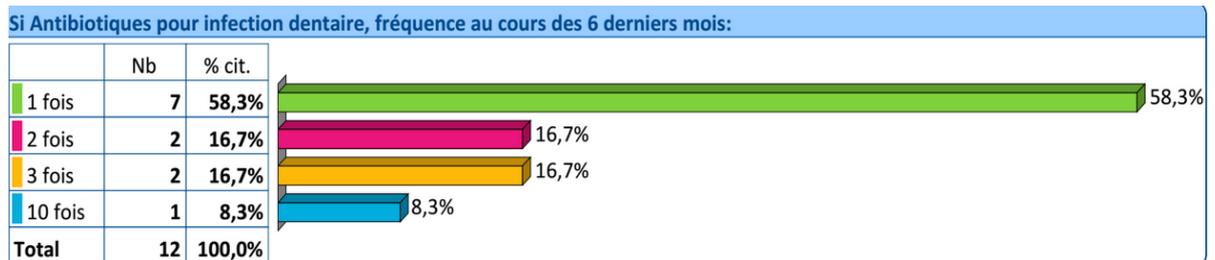


Figure 21: Fréquence de l'antibiothérapie au cours des 6 derniers mois pour infection dentaire.

Pour les patients ayant un traitement susceptible d'influencer le saignement lors de l'intervention (n=9), 5 patients étaient sous antiagrégants plaquettaires (AAP), 1 patient était sous anti vitamine K (AVK), 1 patient cumulait AAP et AVK et 2 patients étaient sous anticoagulants oraux directs (AOD).

- Deux patients étaient sous méthadone (traitement substitutif de l'héroïne et autre opiacés).

- Deux patientes étaient en phase active de traitement pour leur cancer du sein.
- Dans la catégorie autres, on retrouvait majoritairement les anti hypertenseurs, les anticholestérolémians, et les hormones thyroïdiennes.

3.4 Antécédents de soins dentaires sous anesthésie générale

11,4 % des patients ayant été pris en charge au bloc opératoire avaient déjà subi une anesthésie générale pour des soins dentaires (n=88).

Dans ces 11,4% , soit dix patients, 4 en avaient subi une, 5 en avaient subi deux, un patient handicapé physique et moteur adulte subissait régulièrement ses soins sous anesthésie générale avec plus de dix interventions.

Les dates de dernières interventions sous anesthésie générale s'échelonnaient entre 1976 et 2016. Un patient a subi deux anesthésies générales pour raison dentaire la même année.

3.5 Etiologie du processus carieux

3.5.1 Alimentation

3.5.1.1 Boissons consommées (n=100)

Les critères n'étaient pas exclusifs.

46,7 % des patients déclaraient consommer des boissons sucrées lorsqu'ils avaient soif (Figure 22).

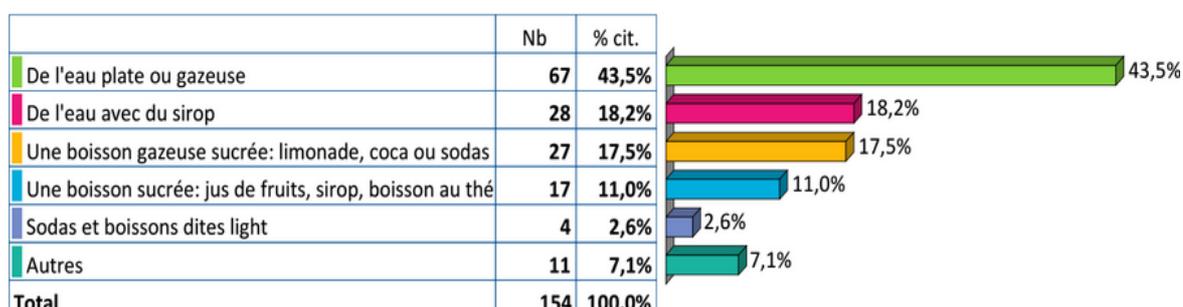


Figure 22: Réponses à la question : "Que buvez-vous habituellement quand vous avez soif ?"

Les autres consommaient du café (9), du thé, et de la bière.

3.5.1.2 Habitudes de grignotage (n=98)

64,3 % des patients grignotaient en dehors des repas, avec une fréquence variable .16,3 % des patients grignotaient plus de deux fois par jour (Figure 23).

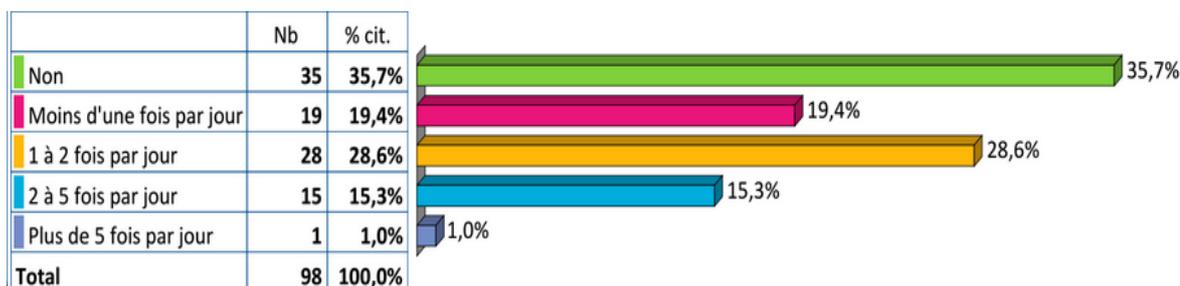


Figure 23: Réponses à la question : "Est ce que vous grignotez en dehors des repas ?"

Pour 66,7 % des patients qui grignotaient, il s'agissait de gâteaux et de bonbons, à l'opposé 6,7% mangeaient des fruits.

3.5.2 Hygiène bucco-dentaire (n=97)

38,1% respectaient les recommandations des professionnels de la santé bucco-dentaire, avec un brossage réalisé deux à trois fois par jour contre 41,2 % une fois par jour (Figure 24). Le test du chi deux n'a pas permis de montrer une différence statistiquement significative entre les patients qui se brossaient les dents une fois par jour et ceux qui les brossaient deux à trois fois par jour.

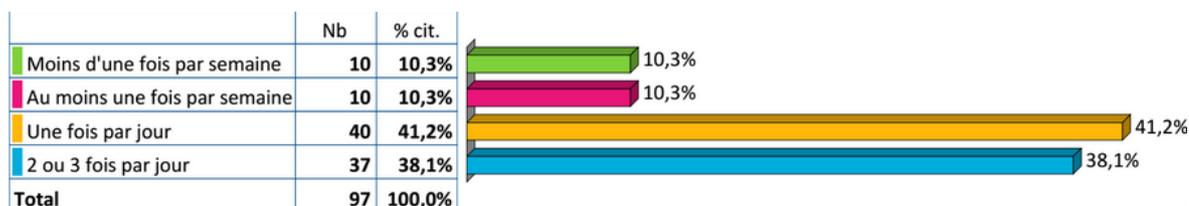


Figure 24: Habitude de brossage des patients

97% des patients réalisaient leur brossage seuls, sur les trois restants, deux étaient opposants lors de la réalisation du brossage par un tiers. Il s'agissait d'un adulte et de deux enfants.

3.5.3 Reflux gastro œsophagien (n=98)

15,5% des patients souffraient régulièrement de reflux gastro œsophagien..

3.5.4 Xérostomie (n=97)

33,7 % des patients déclaraient souffrir de sensation de bouche sèche.

3.5.5 Autres habitudes de vie

3.5.5.1 Consommation de tabac (n=99)

Nous avons recensé 39,4% de patients fumeurs, chez qui nous avons demandé de préciser la quantité de cigarettes fumées par jour.

Chez les fumeurs, 50% fumaient entre 10 et 20 cigarettes jour, et 31,6 % fumaient plus de 20 cigarettes par jour (Figure 25).

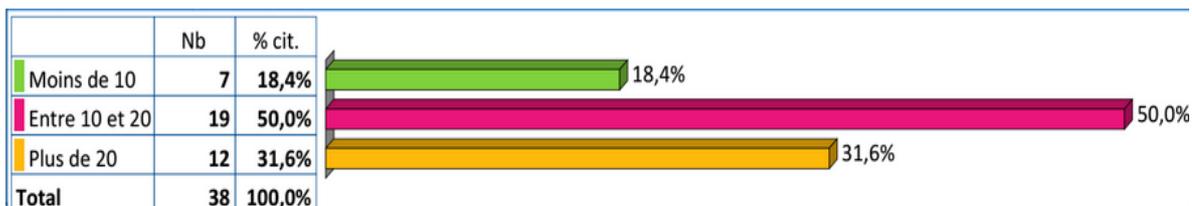


Figure 25: Nombre de cigarettes fumées par jour chez les patients fumeurs.

3.5.5.2 Consommation d'alcool (n=98)

Nous avons interrogé les patients sur leur consommation d'alcool, 10,1 % des patients consommaient de l'alcool plusieurs fois par semaine (Figure 26).

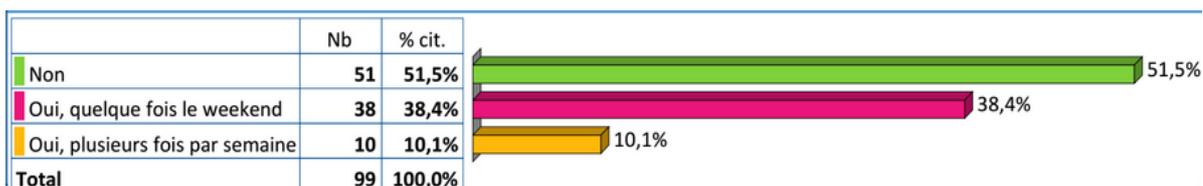


Figure 26: Habitudes de consommation d'alcool.

3.5.5.3 Consommation de drogues (n=99)

5% des patients ont déclaré consommer régulièrement de la drogue dont un quotidiennement. Il s'agissait de drogues douces (type cannabis) pour les patients ayant précisé (4 d'entre eux).

Deux patients étaient en cours de sevrage, sous méthadone.

3.5.5.4 Environnement familial (n=91)

Il était demandé au patient si des membres de la famille avaient dû également subir des extractions dentaires multiples, la raison et le degré de parenté.

Sur les patients opérés, 47,3% des patients avaient un proche qui avaient dû subir des extractions dentaires multiples pour raisons carieuse, ou parodontale (Figure 27). Dans la majorité des cas (56,7%) il s'agissait de leurs parents (Figure 28).

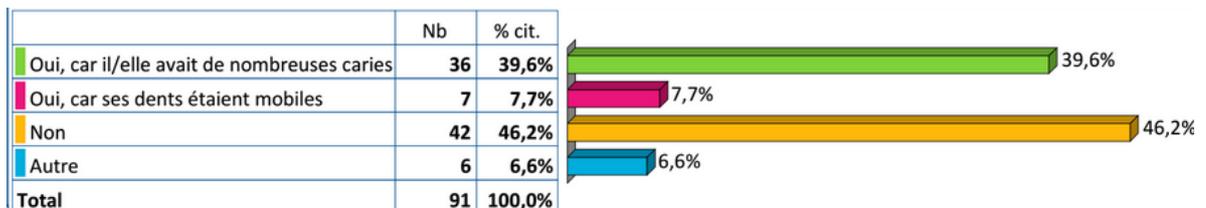


Figure 27: Réponses à la question "L'un de vos proches a-t-il dû subir des extractions dentaires multiples ?"

Dans la catégorie « autre », on retrouvait les dents de sagesse, et une intervention post accouchement.

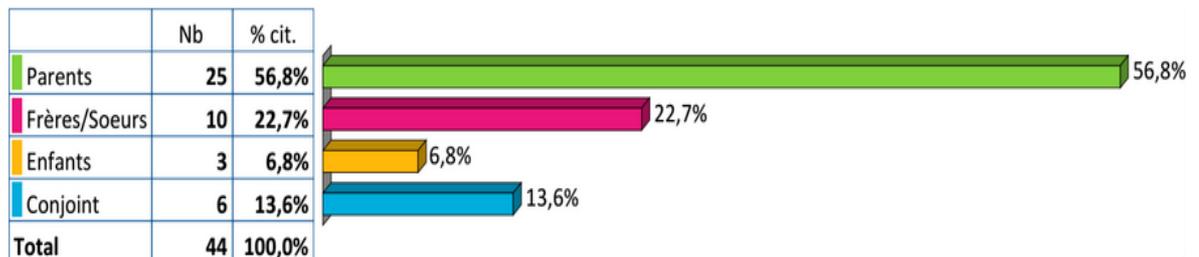


Figure 28: Lien de parenté.

3.6 Impact de la maladie carieuse sur la qualité de vie

3.6.1 Les douleurs dentaires (n=99)

55,6 % des patients déclaraient avoir des douleurs dentaires, dont 45,5 % ne dormaient pas à cause de ces dernières, et 38,9% ne pouvaient plus vivre normalement.

3.6.1.1 L'impact sur l'alimentation (n=99)

22,2 % des patients avaient des difficultés à manger à cause de leur état bucco-dentaire dont 40,7 % à cause de douleurs, et 55,6% à cause de leurs difficultés à mastiquer correctement les aliments (Figure 29).

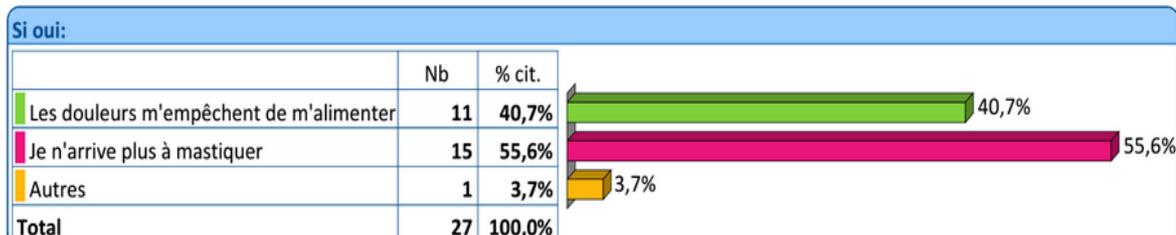
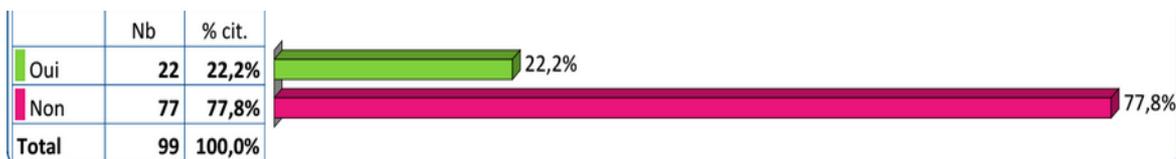


Figure 29: Réponses à la question "Avez vous des difficultés à vous alimenter et si oui pourquoi ?"

3.6.1.2 L'impact social (n=97)

18,6 % des patients trouvaient que leur état bucco-dentaire était un obstacle dans les relations sociales. L'impact esthétique ressortait le plus (Figure 30).

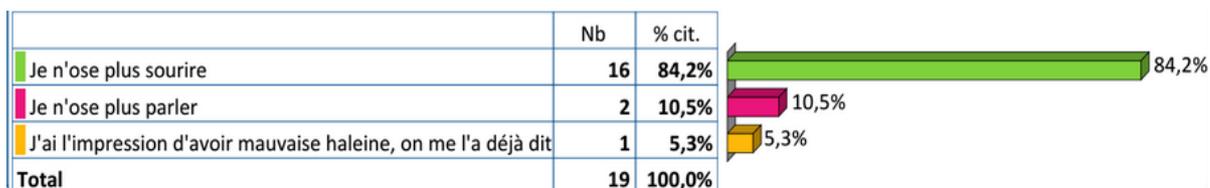


Figure 30: Réponses à la question : " Pourquoi votre état bucco-dentaire représente-t-il un obstacle social ?".

21,6% des patients s'étaient fait reprocher leur état bucco-dentaire par un proche, sur 93 répondants.

3.6.1.3 L'impact professionnel (n=93)

12,9 % des patients pensaient que leur état bucco-dentaire représentait un obstacle direct dans leur vie professionnelle.

5,9% se l'étaient fait reprocher par leur entourage professionnel, sur 92 répondants.

3.7 Orientation des patients (n=97)

60,8 % des patients ont été adressés par un chirurgien-dentiste libéral, 18,6 % sont venus par eux même, 8,2 % ont été renvoyés vers le service de stomatologie suite à un mauvais état bucco-dentaire constaté dans les différents services hospitaliers, et 8,6% ont directement été adressés par leur médecin traitant sans passer par un chirurgien dentiste (Figure 31).

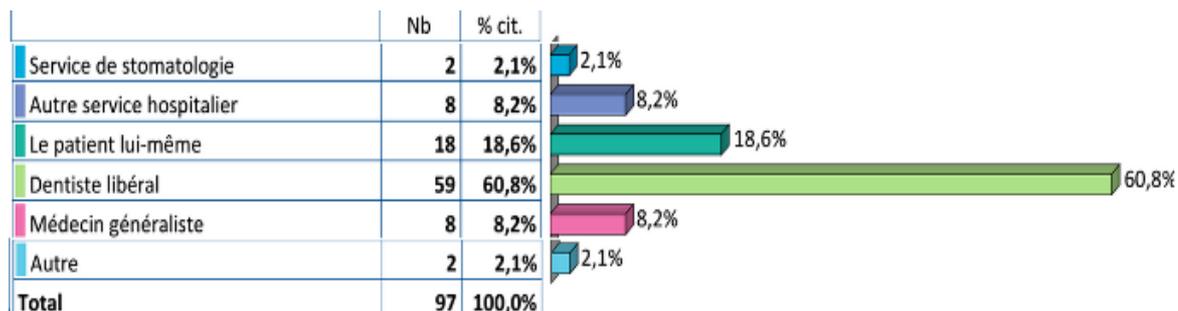


Figure 31: Personnes ou services ayant adressé les patients

Sur les 8 patients ayant été adressés par un des services hospitaliers de l'hôpital de Cambrai, la majorité provenait des urgences (42,9%) puis du service de la chirurgie bariatrique (28,6%). Pour l'un des patients le service n'avait pas été précisé (Figure 32).

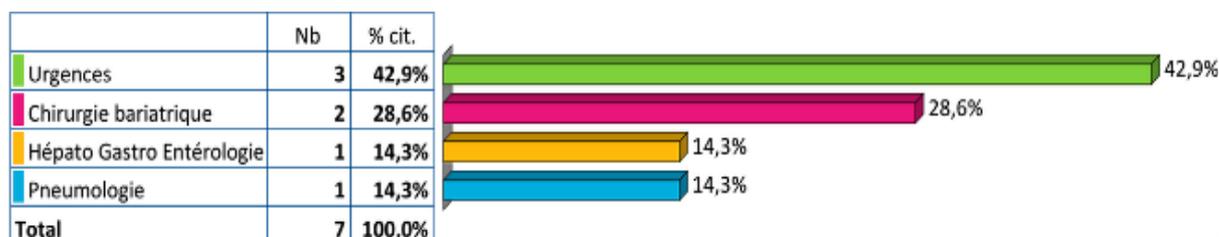


Figure 32: Service hospitalier à l'origine de la consultation.

Pour les patients envoyés par un chirurgien dentiste libéral vers l'hôpital de Cambrai, 87,8% des patients ont été envoyés vers l'hôpital sans n'avoir subi aucun soin chez leur chirurgien dentiste traitant, et 9,5% des patients ont été envoyés suite à des échecs de soins à l'état vigile.

3.8 Type d'anesthésie (n=97)

L'anesthésie préconisée par le stomatologue ou le chirurgien dentiste présent en consultation, et celle finalement réalisée ont été étudiées.

L'anesthésie majoritairement préconisée était l'anesthésie générale (Figure 33).



Figure 33: Type d'anesthésie préconisée.

L'anesthésie majoritairement réalisée le jour du bloc opératoire était l'anesthésie générale avec 66,7 % (Figure 34).



Figure 34: Type d'anesthésie réalisée.

Dans la majorité des cas, l'anesthésie générale était choisie à cause de la multiplicité des actes à réaliser (38%) (Figure 35).

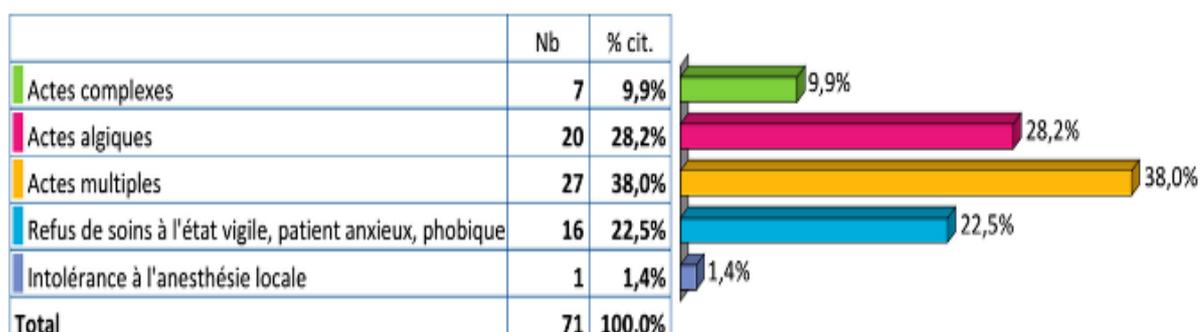


Figure 35: Les raisons de l'AG.

Les critères actes complexes, actes algiques, et actes multiples n'étaient pas exclusifs donc plusieurs critères pouvaient être retenus pour un seul patient. Si un acte était considéré comme complexe et potentiellement trop algique pour être réalisé sous anesthésie locale, les deux critères étaient cochés.

On note que 22,5% des interventions sous anesthésie générale ont été réalisées uniquement suite à l'anxiété des patients. L'intolérance à l'anesthésie locale a été vérifiée par les tests allergologiques.

3.9 Examen clinique

3.9.1 Examen muqueux

3.9.1.1 Parodonte (n= 91)

41,8 % des patients présentaient un parodonte cliniquement inflammatoire. Ce critère était retenu si la gencive était érythémateuse, œdémateuse, ou présentant un saignement.

3.9.1.2 Lésion blanche (n=91)

Aucune lésion blanche n'a été décelée sur la période d'inclusion.

3.9.1.3 Lésion rouge (n=91)

8,9% des patients présentaient une lésion rouge.

3.9.1.4 Foyer fongique (n=81)

6,2% des patients présentaient un foyer fongique suspecté, ayant conduit à un écouvillonnage en vue d'une recherche au laboratoire.

3.9.2 Examen dentaire

3.9.2.1 CAO

3.9.2.1.1 Chez l'adulte

- Le nombre moyen de dents absentes (A) était de 4,4 avec un minimum de 0 et un maximum de 22.
- Le nombre moyen de dents cariées (C) était de 2,3 avec un minimum de 0 et un maximum de 28.
- Le nombre moyen de racines résiduelles était de 1,3 avec un minimum de 0 et un maximum de 18.
- Le nombre moyen de dents obturées (O) était de 3,8 avec un minimum de 0 et un maximum de 18.
- Le CAO moyen était de 11,8.

3.9.2.1.2 Chez l'adolescent :

- L'âge moyen était de 17 ans.
- Le nombre moyen de dents absentes pour raison carieuse était nul. Les adolescents n'avaient jamais subi d'extractions de dents définitives avant leur intervention.

- Le nombre moyen de dents cariées était de 6 avec un minimum de 0 et un maximum de 22. Toutefois un des 4 adolescents présentaient à lui seul 22 dents cariées.
- Le nombre moyen de dents obturées étaient de 0,7 avec un minimum de 0 et un maximum de 2.
- Le CAO moyen était de 6,75 avec l'adolescent polycarié, et de 1,6 sans l'adolescent polycarié.

3.9.2.1.3 Chez l'enfant :

- L'âge moyen était de 7,2 ans.
- Le nombre moyen de dents absentes (A et a) pour raison carieuse était nul. Les enfants n'avaient jamais subi d'extractions avant leur intervention.
- Le nombre de dents définitives cariées moyen était de 1,25 avec un maximum de 4 et un minimum de 0.
- Le nombre de dents lactéales cariées (c) moyen était de 5,5 avec un minimum de 3, un maximum de 9.
- Le nombre de dents définitives obturées moyen était nul.
- Le nombre de dents lactéales obturées (o) moyen était de 0,5 avec un minimum de 0 et un maximum de 2.
- Le CAO moyen était de 1,25.
- Le cao moyen était de 6.

Les données sont rassemblées sur le tableau 3 et la figure 36.

Tableau 3: CAO et cao chez les enfants, adolescents et adultes.

	Adulte	Adolescents	Enfants
C	2,3	6	1,25
A	4,4	0	0
O	2,8	0,7	0
CAO	11,8	6,7	1,25
c	0	0	5,5
a	0	0	0
o	0	0	0,5
cao	0	0	6

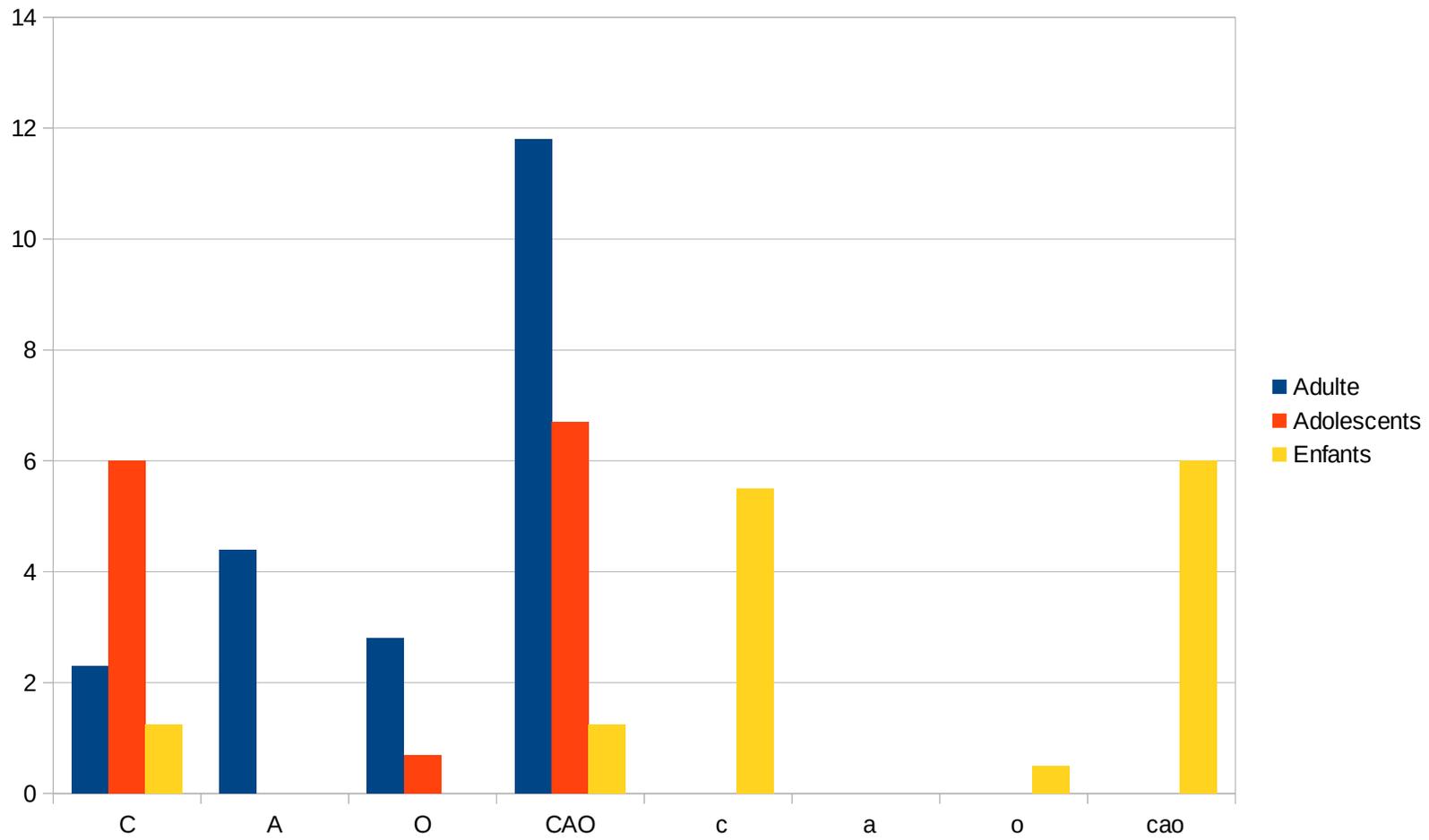


Figure 36: Récapitulatifs des indices CAO et cao

3.9.2.2 Plaque dentaire

La quantité de plaque dentaire par sextant a été analysée.

La répartition des sextants était la suivante (Figure 37).

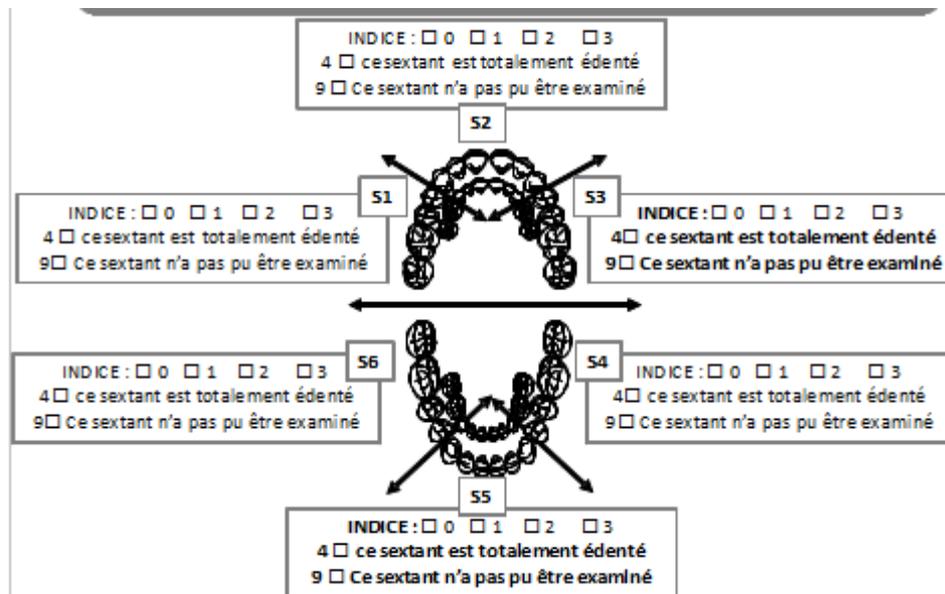
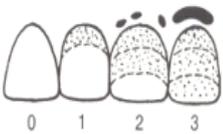


Figure 37: Répartition des sextants.

La quantité de plaque a été évaluée de la manière suivante (Figure 38) :



Présence de plaque et de débris:
Identifiez pour chaque sextant la dent qui présente le plus de plaque et relevez la valeur de l'indice de Greene et Vermillon pour cette dent. Si aucune dent du sextant ne présente de plaque, codez 0 .

Figure 38: Indice de Greene et Vermillon

L'indice le plus fréquent tout sextant confondu reste l'indice zéro, avec une absence de plaque visible à l'oeil nu, le sextant le plus touché par la présence de plaque dentaire quel que soit l'indice considéré est le sextant 5 (incisives et canines mandibulaires).

41,6% des patients ne présentaient pas de plaque visible à l'oeil nu ; à l'opposé 18,2% des patients avaient au moins une dent entièrement recouverte de plaque dentaire (Figure 39).

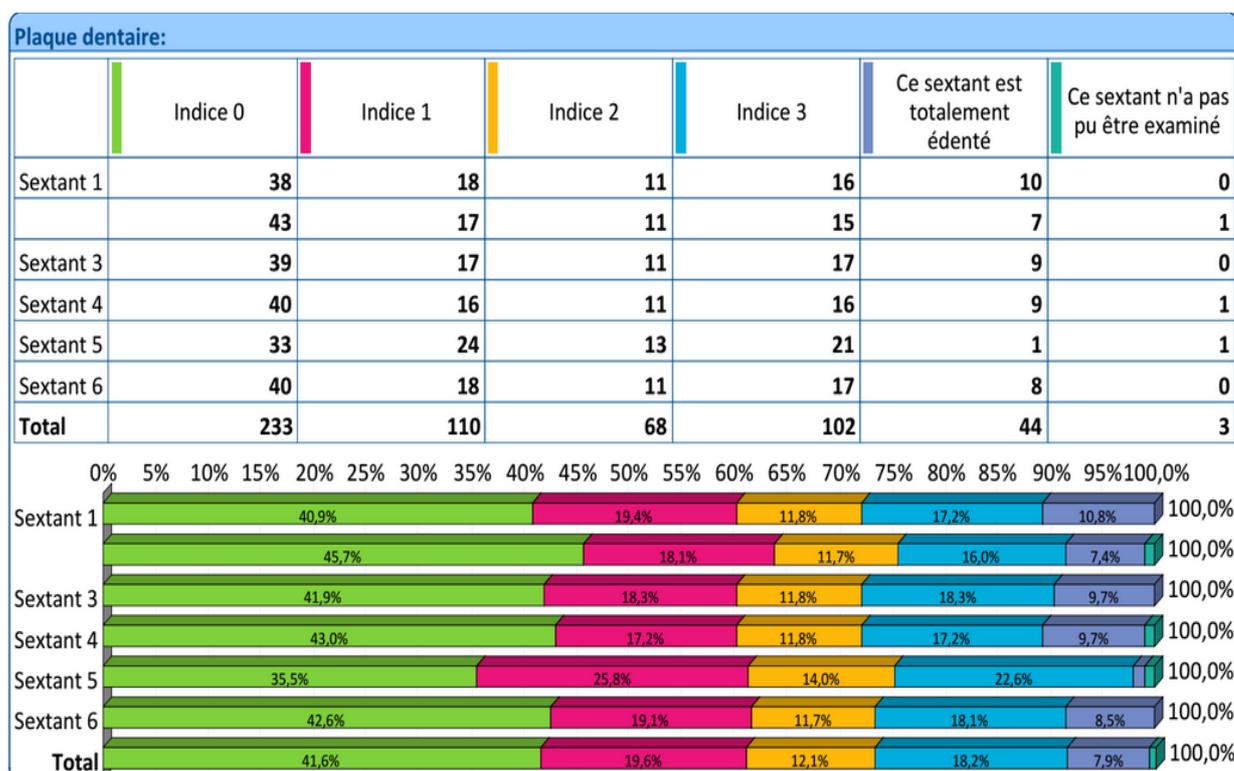


Figure 39: Répartition de la plaque dentaire par sextant.

3.9.2.3 Défaut de structure d'origine non carieuse (n=100)

Une seule hypominéralisation incisivo-molaire (MIH) a été décelée sur un enfant ayant été opéré pendant la période d'inclusion, son MIH était localisé sur plus d'un secteur, le secteur le plus caractéristique était le secteur antérieur maxillaire (incisives centrales), de plus l'enfant présentait des premières molaires mandibulaires délabrées et marquées d'hypominéralisations brunâtres sur les pans d'émail restants. Les premières molaires maxillaires étaient à l'état de racine.

3.9.3 Nombre d'unités fonctionnelles

3.9.3.1 En antérieur (n=99)

Le nombre moyen d'UF antérieures était de 4,4 et 57,6% des patients avaient le nombre maximum de 6 (Figure 40).

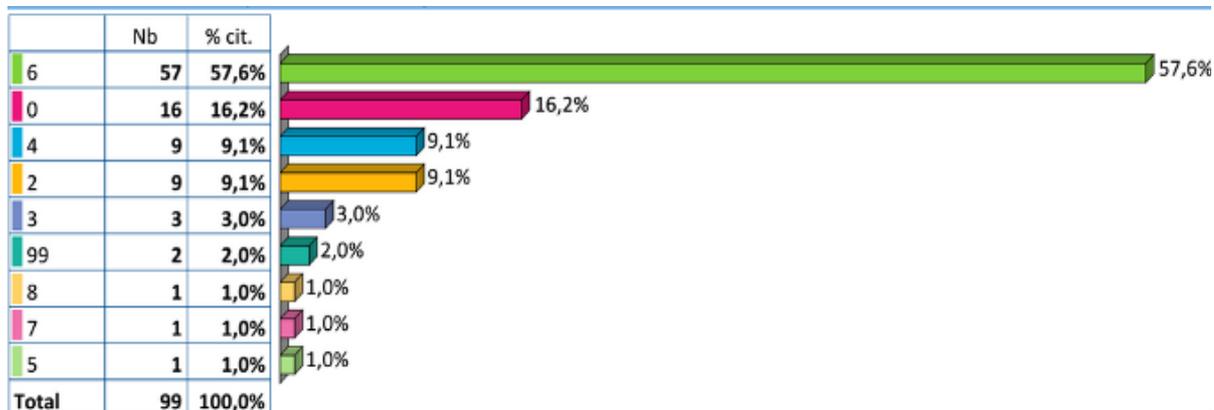


Figure 40: Nombre d'UF comptabilisées en antérieur lors de la mise en occlusion.

Le 7 et 8 sont des données aberrantes. Le minimum étant de 0, le maximum de 6 couples de dents antagonistes antérieures.

Le 99 correspond au patient pour lequel la donnée n'a pas pu être calculé.

3.9.3.2 post-canines (n=97)

Le 99 correspond aux patients où le calcul n'a pas pu être réalisé. Le maximum était de 10, le minimum de 0.

Le nombre d'unité fonctionnelles (UF) le plus retrouvé est 8, avec 22,7 % correspondant aux contacts prémolomolaires, sans dents de sagesse (Figure 41). Le nombre moyen était de 4,6.

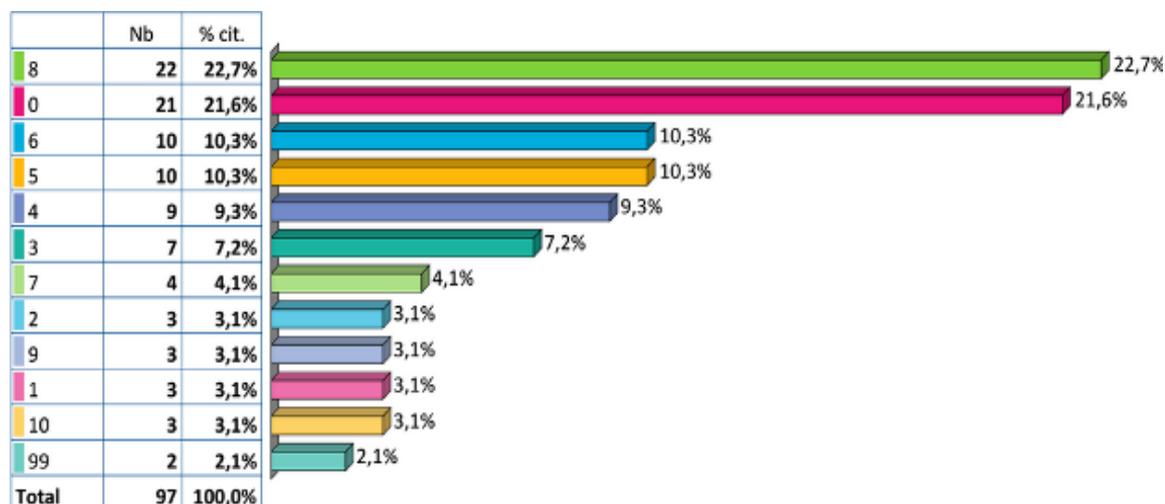


Figure 41: Nombre d'UF comptabilisées en postérieur lors de la mise en occlusion.

3.9.4 Examen radiographique (n=100)

L'examen radiographique noté est l'examen radiographique présent le jour de l'intervention (Figure 42).

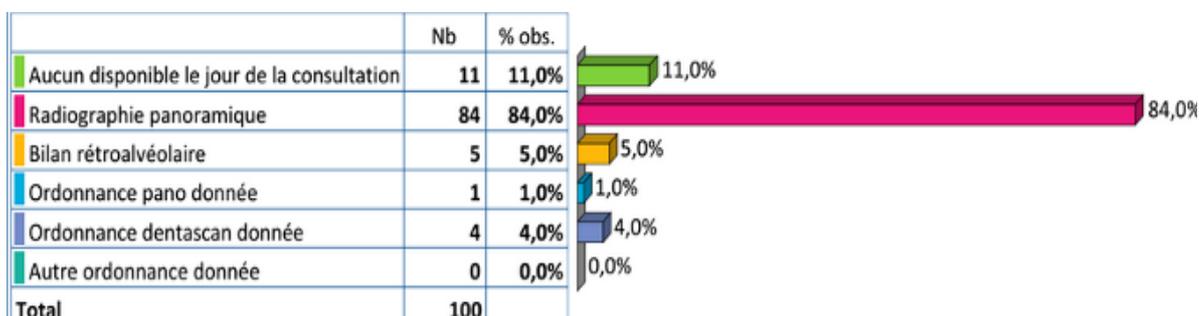


Figure 42: Examens radiographiques disponibles.

3.10 Traitements réalisés (n=100)

Le traitement enregistré est celui qui a été effectivement réalisé le jour de l'intervention.

On a appelé EDM, les extractions dentaires multiples, soit celles de plus de 4 dents, autre que les dents de sagesse (DDS).

43% des patients ont subi des extractions dentaires multiples le jour de leur passage au bloc opératoire, 21% des patients ont été pris en charge dans un contexte hospitalier, dans un bloc opératoire ambulatoire pour l'extraction de moins de 4 dents autre que des dents de sagesse (Figure 43).

Un patient a subi un déblocage, une opération qui sort des indications odontologiques. Il s'agit de la dépose des arcs maxillo mandibulaires posés chez une patiente suite à une fracture bicondylienne.

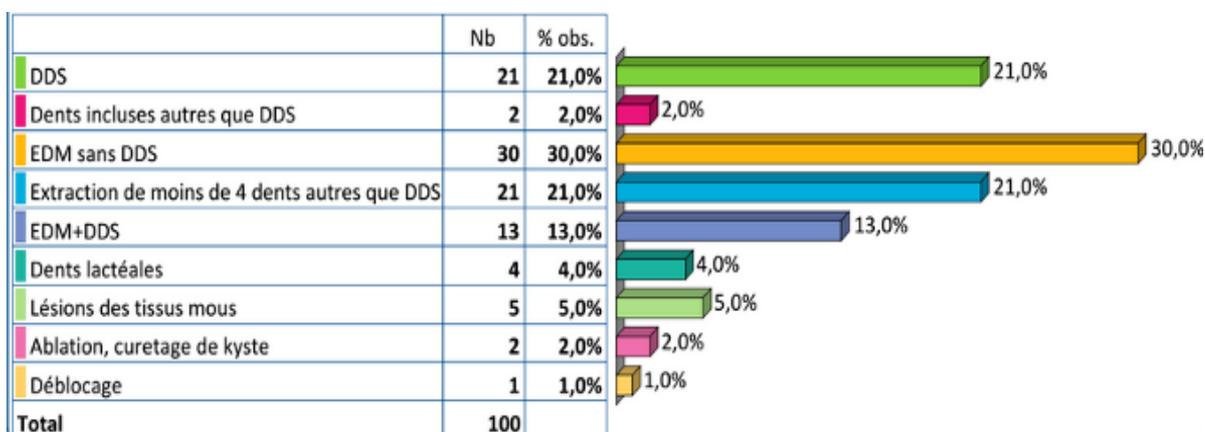


Figure 43: Traitement réalisé le jour de l'intervention

3.11 Traitements restant à réaliser (n=100)

Nous avons recensé les soins restant à effectuer lorsque le patient sortait du bloc opératoire.

Seuls 32% des patients ne présentaient pas de besoin de soins supplémentaires.

68% des patients avaient un besoin de soins dont 35% présentaient des caries à soigner (Figure 44).

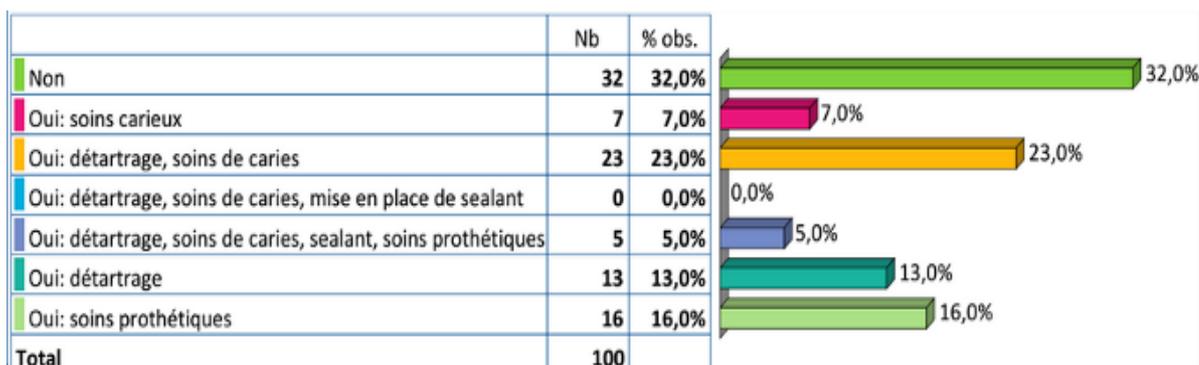


Figure 44: Traitements restant à réaliser après l'intervention.

3.12 Niveau de coopération (n=96)

Le niveau de coopération a été mesuré selon l'échelle de VENHAM présentée en annexe 16. 52,1% des patients n'étaient pas à l'aise lors de leur examen bucco-dentaire (stade 1 à 5). (Figure 45)

9,4 présentaient une anxiété marquée (stade 3, 4 et 5 de l'échelle de VENHAM).

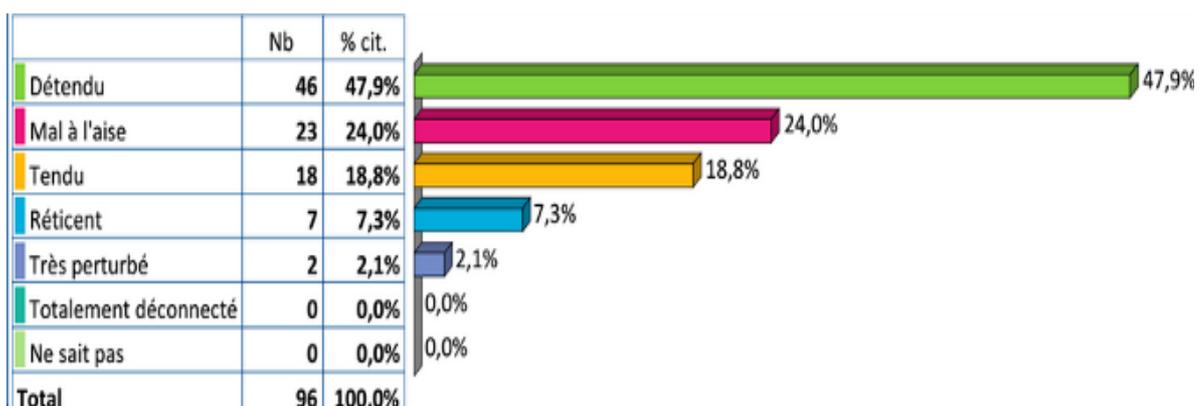


Figure 45: Degré de coopération du patient lors de l'examen bucco-dentaire.

L'ensemble des données rendues disponibles par le questionnaire ont été exploitées. Nous allons maintenant les analyser, tenter de les expliquer et les comparer avec les données présentes dans la littérature.

4 Discussion

Afin d'argumenter le travail, une comparaison a été faite avec essentiellement 3 études qui présentaient des populations globalement identiques.

La première a été réalisée à Seclin, elle englobait tous les patients candidats à une intervention sous anesthésie générale, de janvier 2012 à juin 2013. La population d'étude comprenait les patients sortis du circuit de soins au fauteuil pour des raisons diverses. Elle avait rassemblé 74 patients. C'était une étude rétrospective (22).

La deuxième était issue du CHRU de Lille et intéressait les patients suivis dans le service de pathologie et chirurgie buccale du service d'odontologie susceptibles d'être soignés dans le cadre d'une prise en charge en mode ambulatoire entre janvier 2002 et juin 2004. Elle comprenait les patients du centre A. Caumartin, et les patients adressés au service de stomatologie de l'hôpital Roger Salengro. C'était une étude rétrospective qui réunissait 145 patients (1).

La troisième a été réalisée à Nantes et intéressait les patients pris en charge au centre hospitalier de Nantes pour une intervention sous anesthésie générale pour des extractions dentaires, entre 1999 et 2002. C'était une étude rétro et prospective. Elle réunissait 212 patients (23).

La comparaison a été ensuite élargie avec d'autres données nationales et internationales présentées tout au long de la discussion.

4.1 La dernière consultation

65,6 % de patients déclaraient avoir vu leur chirurgien dentiste, il y a moins d'un an. Cependant cette donnée n'est pas représentative des habitudes de consultations des patients vers un chirurgien dentiste traitant. En effet, beaucoup de patients n'ayant pas consulté depuis des années se sont orientés vers un chirurgien dentiste libéral dans un premier temps et ont été réorientés vers le milieu hospitalier pour une prise en charge globale. On ne peut donc pas parler de soins réguliers, le terme de suivi aurait été plus approprié.

Nous rappelons que 60,8% des patients consultants sont arrivés avec un courrier de recommandation d'un chirurgien dentiste libéral.

4.2 Age des patients

Nous avons distingué dans un premier temps les adultes, des mineurs. *A posteriori*, nous avons pu pour certaines données subdiviser le groupe mineur, en deux groupes comprenant les adolescents et les enfants de moins de 15 ans et 3 mois.

Chez les patients âgés de plus de 15 ans et 3 mois (96%) , deux groupes de patients ont été identifiés :

- Les adolescents et jeunes adultes consultant pour avulsions de dents de sagesse.
- Les adultes (majoritairement entre 26 et 66 ans), parmi lesquels se trouvaient une population plus précaire, consultant pour des extractions dentaires multiples avec une volonté d'être pris en charge en une fois sous anesthésie générale. Les patients les plus âgés, étaient ceux au statut médical compromis dont la prise en charge en cabinet était compliquée par leur traitement, selon les praticiens traitants. (AVK, AAP...)

La moyenne d'âge était de 42 ans contre 26 au centre hospitalier de Seclin (22).

43% des patients avaient moins de 30 ans, contre 75% au centre hospitalier de Nantes en 2004 ; la classe d'âge la plus représentée était celle de 16 à 46 ans, contre celle de 40 à 65 ans au centre hospitalier de Seclin (23).

En Australie, selon une étude de 2008, la classe d'âge majoritaire était les 15-24 ans, en lien avec les extractions de dents de sagesse, puis le nombre de patients diminuaient jusque la classe d'âge des 60-64 ans où la courbe s'inversait de nouveau (patients âgés au statut médical complexe).

Nous n'avons inclus qu'un enfant de moins de 6 ans et trois enfants de 8 ans sur 8 mineurs. On opère des enfants plus âgés que la moyenne nationale. En effet, la moyenne d'âge était de 6,4 ans au CHRU de Lille (22). A Nancy, 60% des enfants avaient moins de 6 ans. A Clermont la moyenne d'âge était de 4 ans, 5 ans pour Montpellier et Brest.

En Australie, les 2/3 des enfants étaient âgés de moins de 6 ans, en Arabie Saoudite la moyenne était de 5 ans, enfin en Ecosse, elle était de 6,7 ans (24) (25) (26).

Toutefois, il ne s'agit pas d'un service pédiatrique ce qui explique le peu de prise en charge des enfants, et leur âge.

4.3 Sexe

Autant d'hommes et de femmes étaient pris en charge au bloc ambulatoire de Cambrai pour une intervention stomatologique.

A seclin, on retrouvait une majorité d'hommes avec 59,5%, comme au CHRU de Salengro en 2004 avec 67,47% (1) (22).

4.4 Situation familiale

Aucune différence statistiquement significative n'est observée entre les différentes situations familiales.

4.5 La catégorie socio-professionnelle

La catégorie la plus représentée était les retraités, or seulement 29,3% des patients ont plus de 65ans. Une des explications est la répartition hétérogène des patients plus jeunes dans les différentes catégories socioprofessionnelles.

Venaient ensuite les demandeurs d'emplois et inactifs avec 23,7% puis les employés et ouvriers. A Nantes, on retrouvait en majorité les inactifs (qui incluaient les étudiants) avec 74,1% puis également les employés, ouvriers (23) .

Selon les données de l'INSEE, le taux de chômage dans le cambrasis est de 22%, dans le nord de 12,9% et en France de 10,5%, le taux de chômage de notre population (17,1%) est donc supérieure à la moyenne nationale, mais en adéquation avec les taux retrouvés dans la ville (2).

Par ailleurs chez les enfants, aucun parent n'appartenait à la catégorie des cadres et profession libérale. Sur l'intégralité des parents, 66,7% étaient demandeurs d'emplois ou inactifs. Ce qui représentait un marqueur de précarité de la population étudiée, et permet de classer ces enfants en groupe à risque quant au développement des caries (27).

4.6 Lieu de vie

On observe chez les patients une volonté de proximité entre le lieu d'intervention et le domicile. De plus, les chirurgiens dentistes libéraux adressent la majorité des patients reçus, et ont pris l'habitude de travailler avec les mêmes praticiens et ont par ailleurs participé au développement du service hospitalier.

98% des patients parcourent moins de 50 kilomètres, dont 25,2% habitent dans l'agglomération. Pour les patients opérés à Nantes, 91% parcouraient moins de 50 kilomètres et 59,4 appartenaient à l'agglomération Nantaise. Ce qui montre l'attachement à rester proche de son domicile.

Lors des consultations, les patients se montraient rassurés pour les suites post-opératoires par la proximité avec l'hôpital comme par la présence quotidienne du praticien opérateur, et par le service des urgences en son absence.

De plus l'offre est limitée dans la région, en effet l'hôpital public réalisant des extractions dentaires à proximité est Valenciennes. Des praticiens travaillent également en clinique privée sur Cambrai et Saint-Saulve.

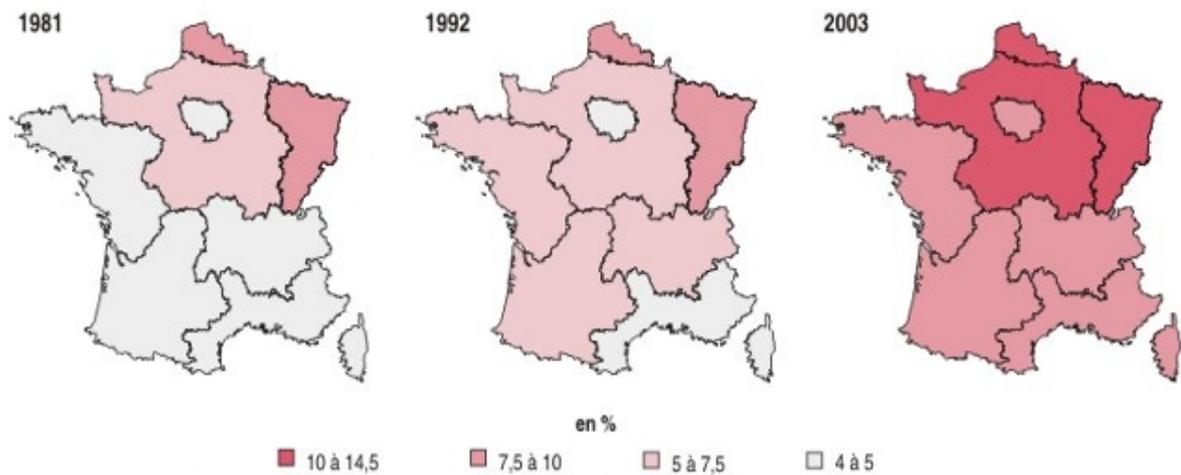
Les hôpitaux de St Quentin et Péronne, qui sont les plus proches de Cambrai, ne proposent pas de consultations de stomatologie.

4.7 IMC

L'IMC moyen de la population étudiée était de 27,2. L'IMC moyen en France est de 24,5 pour les femmes et 25,5 pour les hommes.

Nous observons donc un IMC moyen supérieur à la moyenne nationale, or le surpoids a été présenté comme un signe de précarité et il est montré que ces populations consomment moins de fruits, légumes, et viandes que le reste de la population. (28).

Nous pouvons facilement faire le lien avec les habitudes alimentaires, en effet 46,7 % de nos patients consommaient des boissons sucrées quotidiennement, et 64,3% avaient l'habitude de grignoter entre les repas. Le problème n'est pas uniquement local, en effet, surpoids, et obésité sont des problèmes nationaux, et avec une évolution croissante, comme nous le montrent les données de l'INSEE (Figure 46) (29).



Lecture : en 1981, l'Île-de-France comptait moins de 5 % d'obèses.
 Champ : individus de 18 à 65 ans, résidant en France métropolitaine.

Figure 46: Prévalence de l'obésité, selon INSEE (29).

2% des patients opérés étaient issus du service de chirurgie bariatrique, ils étaient obligatoirement pris en charge avant leur opération. Cependant, tous les patients candidats à cette dernière effectuent une première consultation dans le service de stomatologie. Il est important de souligner l'importance d'avoir un bon état bucco-dentaire avant la chirurgie ce qui est la plupart du temps méconnu par les patients. Les capacités digestives étant limitées par la suppression d'une partie ou de l'intégralité de l'estomac, la mastication correcte des aliments est alors capitale, ce qui présuppose d'avoir un nombre de couples prémolo-molaires suffisant (30). Ce qui ne semble pas être le cas de notre population puisque 21,7% des patients ne présentaient aucun couple prémolo-molaire efficace, et la moyenne était de 4,6 couples postérieurs.

Cependant, le surpoids ne touchait que la population adulte. Les enfants et les adolescents présentaient un IMC normal.

4.8 Etat de santé déclaré du patient

58,9% des patients seulement se considéraient en bonne santé, on peut cependant y ajouter les 8,4 % de patients qui ne présentaient qu'une allergie. On retrouvait des résultats similaires à Seclin avec 59% de patients en bonne santé. A Nantes, 74,5% des patients se considéraient en bonne santé.

7% de diabétiques ont été recensés dans l'étude, le taux moyen est de 4,8% dans le nord, et de 4% en France (31). L'importance de la proportion serait à

mettre en relation avec le taux de personne en surpoids dans notre étude (IMC moyen de 27,23). On peut d'ailleurs remarquer sur les illustrations 46 et 47, que les régions concernées par une proportion élevée de personnes obèses, et de diabétiques se superposent (Figure 47).

Ces données sont également croissantes (32).

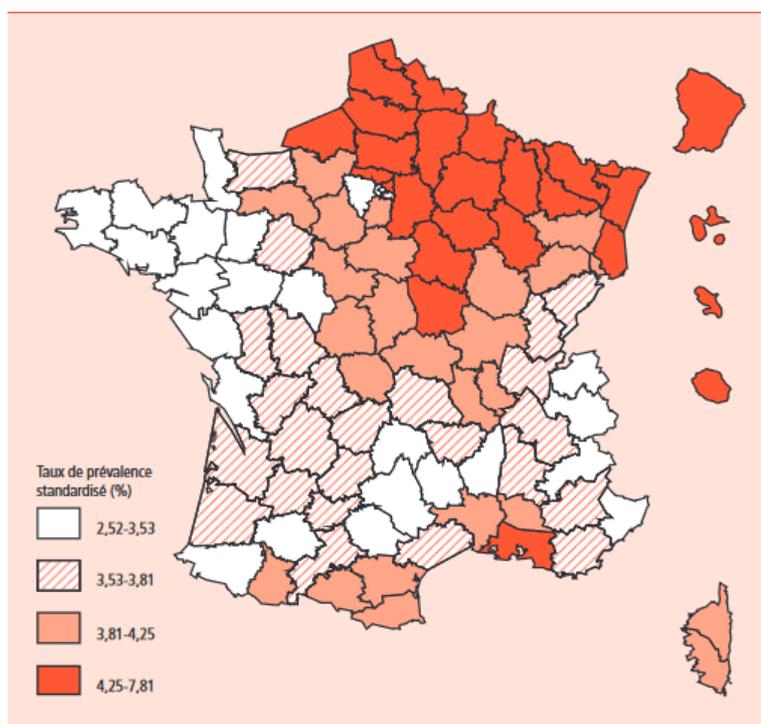


Figure 47: Taux de prévalence de diabète traité par département, selon les données de l'assurance maladie en 2007 (32).

6% des patients présentaient une cardiopathie, contre 34% au CHRU de Lille ce qui peut s'expliquer par le fait que les patients qui présentent des pathologies jugées trop complexes, sont moins prises en charge dans les hôpitaux de périphérie et sont référés sur Lille (1) (20). Le plateau technique propre à chaque hôpital ne permet pas d'accueillir tous les patients dans des conditions optimales de sécurité. C'est le MAR qui décidera de récuser le patient, si son état de santé n'est pas compatible avec l'intervention dont il a besoin, ou le plateau technique dont il dispose. Le bénéfice doit toujours être supérieur aux risques encourus par le patient.

C'était également le cas à l'hôpital de Nancy où 10% de patients présentaient une pathologie cardiaque et à Seclin, où 15% de patients souffraient d'une pathologie chronique mais sans distinction précisée sur le type de pathologie.

Une fois de plus, les patients ignoraient qu'il pouvait exister un lien entre état bucco-dentaire et pathologies cardiaques (22).

Une méconnaissance par le patient de leur propre traitement médicamenteux a été constatée, notamment pour la prise d'antiagrégants et d'anti coagulants. En effet ils n'étaient pas énoncés par les patients. Nous avons dû vérifier dans leurs dossiers anesthésiques, afin d'éviter une sous estimation importante. Ces patients ont conservé leur traitement, sauf pour le patient sous anticoagulants oraux directs où un relais a été mis en place. Le stress du saignement et de l'après chirurgie est très présent, et est souvent craint par les chirurgiens dentistes eux mêmes qui adressent ce type de patient.

2% de nos patients avaient fait un infarctus, alors que la moyenne nationale n'est que de 0,78% (33) . Ceci est à mettre en lien avec le surpoids présenté par les patients (IMC 27,3), la consommation de tabac chez 39,4% des patients et la consommation pluri-hebdomadaire d'alcool chez 10,1%.

Pour les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, l'étude relate un taux de 2% contre 0,1% de moyenne nationale (34) (35).

Pour les cancers du sein, la moyenne nationale est de 0,1% contre 3% dans l'étude. On n'a pas retrouvé de cancers orofaciaux, ce qui s'explique par leur envoi systématique sur le CHRU de Lille (36).

On peut donc remarquer que notre population présente un moins bon état de santé générale que la population française. Toutefois, nous prenons peu en charge les patients en situation de handicap moteur et physique, seul un adulte a été inclus, alors que les études de Seclin et Nancy retrouvaient respectivement 25% et 41% de personnes porteuses de handicap. La prise en charge des patients en situation de handicap représente un enjeu de santé public important et constitue une perspective d'évolution pour l'hôpital.

4.9 Antécédents de soins dentaires sous anesthésie générale

La répétition des anesthésies générales pour les soins dentaires (11,4%), n'est pas un phénomène propre à l'hôpital de Cambrai. Bien que ce type d'intervention soit souvent présenté au patient comme « la dernière chance », la littérature témoigne du contraire.

A Nancy, l'intervalle moyen entre deux anesthésies générales est de 5 ans, avec 3,8% de récurrence, elle touchait essentiellement les patients en situation de handicaps avec 41%. A Seclin, deux patients sur 75 ont dû subir une nouvelle intervention, l'un car la première avait été trop conservatrice, l'autre chez un patient polymédiqué (22).

Une étude de 2006, au Royaume Uni montrait que 50% des patients opérés avaient déjà subi une intervention sous anesthésie générale, ils étaient pourtant en bonne santé dans 72% des cas.

En 2005, en Ecosse, 25% des enfants opérés avaient déjà subi une anesthésie générale pour soins dentaires (26).

En 2010, à Helsinki, la moitié des patients opérés, l'avaient déjà été mais la récurrence était liée dans 86% des cas à un état de santé compliqué obligeant les soins sous anesthésie générale (37).

En Arabie Saoudite, la récurrence était de 0,2% en pédiatrie sur une étude de 3 ans (24).

On peut donc constater que le lien entre récurrence et état de santé varie d'une ville ou d'un pays à l'autre.

4.10 Les éléments en faveur d'un RCI élevé

Nous avons pu constater au travers du questionnaire des habitudes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaires que les patients cumulaient différents facteurs de risques :

- La consommation de boissons sucrées quotidiennes concernait la majorité de nos patients, 56,5% ne consommaient pas d'eau pure lorsqu'ils avaient soif.

Au Royaume Uni, un rapport nutritionnel montre que 72,5% des enfants de 2 à 4 ans ne consomment jamais d'eau pure, et 50,5% des 5 à 7 ans (38).

- Les habitudes de grignotages concernaient 64,3% des patients, dont 16,3% qui le font plus de deux fois par jour.
- 61,9% des patients ne se brossaient pas les dents deux fois par jour comme recommandé par les professionnels de la santé bucco-dentaire, dont 10,3% qui se brossaient les dents moins d'une fois par semaine. Pour les patients qui respectaient les recommandations, il serait intéressant de se renseigner sur le matériel utilisé, le temps de brossage et si la technique de brossage leur avait été préalablement enseignée.
- Le reflux gastro œsophagien, concernait 15,1 % des patients, à ces derniers s'ajoutaient ceux qui ne le présentaient qu'en nocturne et donc l'ignoraient.
- 33,7% des patients souffraient de xérostomie.
- Enfin, les mesures de prévention, ne sont pas pratiquées au bloc opératoire, comme la mise en place de vernis fluorés, ou de sealants ; et les techniques et conseils en matière d'hygiène ne sont que trop rarement développés en consultation.

Le manque de cette pratique était également soulignée dans l'étude de Helsinki, or les pays nordiques sont le plus souvent précurseurs en matière de prévention (37).

4.11 Le CAO :

Le CAO moyen chez l'adulte était de 11,8, avec 3,6 dents cariées en moyenne ou à l'état de racine. Ils présentaient environ autant de dents cariées que de dents obturées. Malgré les facteurs de risques plus importants que dans la population générale, le CAO de la population de l'étude est inférieur à la moyenne nationale comprise entre 13 et 15 en fonction des études (39).

Toutefois la moyenne n'est pas représentative de l'ensemble de la population, en effet les patients adressés par les orthodontistes en fin de traitement font baisser les chiffres car ils sont dans la plupart des cas indemnes de caries. Ils représentaient 21% des patients dans notre étude. Il serait intéressant d'étudier ce

CAO en le ciblant uniquement chez les patients venant pour des extractions dentaires multiples afin de pouvoir les comparer aux données de Clermont-Ferrand, qui s'élèvent à 8,4 dents cariées en moyenne (40).

Chez l'enfant (âge moyen de 7,25 ans), le cao mixte s'élevait à 7,25 alors qu'il n'était que de 1,38 en France en 2006 pour les enfants de 6 ans. En France, l'indice CAO mixte à 6 ans, a diminué de 3,73 (en 1987) à 1,38 (en 2006), mais depuis il stagne (39). Ces chiffres sont en corrélation avec les facteurs de risque observés dans l'étude. Le CAO était de 1,25, très proche de la moyenne nationale à 1,23.

Chez les mineurs de plus de 15 ans et 3 mois, il était de 6,75 mais il est considérablement augmenté par l'adolescent pris en charge pendant la période d'inclusion. Il avait 22 dents cariées. Si nous l'excluons des calculs, le CAO était de 1,6. La moyenne nationale pour les adolescents de 15 ans était de 4 (39).

Les mineurs en général présentaient beaucoup plus de dents cariées que de dents obturées, ce qui montre un besoin de soins important et une absence de soins réalisés.

4.12 Plaque dentaire

58,4% des patients avaient de la plaque dentaire visible à l'œil nu, donc leur brossage n'était pas efficace, voir quasi inexistant pour 20,6% des patients.

Le manque d'accès pour ces patients à la prévention primaire constitue un véritable problème, puisque lorsqu'ils arrivent dans le service hospitalier, la solution est l'extraction les dents restantes, et l'avenir des dents laissées sur arcade est compromis par l'absence de suivi.

Il serait intéressant de développer les techniques d'hygiène en amont par le biais des écoles, de la protection maternelle infantile, qui sont parfois les organismes les plus proches de ces populations précaires. La carie dentaire est un phénomène familial, si nous n'avons pas pu avoir d'impact sur les adultes, il est intéressant qu'ils corrigent les habitudes sur leurs enfants .

4.13 Les addictions

4.13.1 Le tabac

Nous avons recensé 39,4% de fumeurs. La moyenne nationale est de 31,7% mais la proportion de patients fumeurs varie avec l'âge (Figure 48) (41).

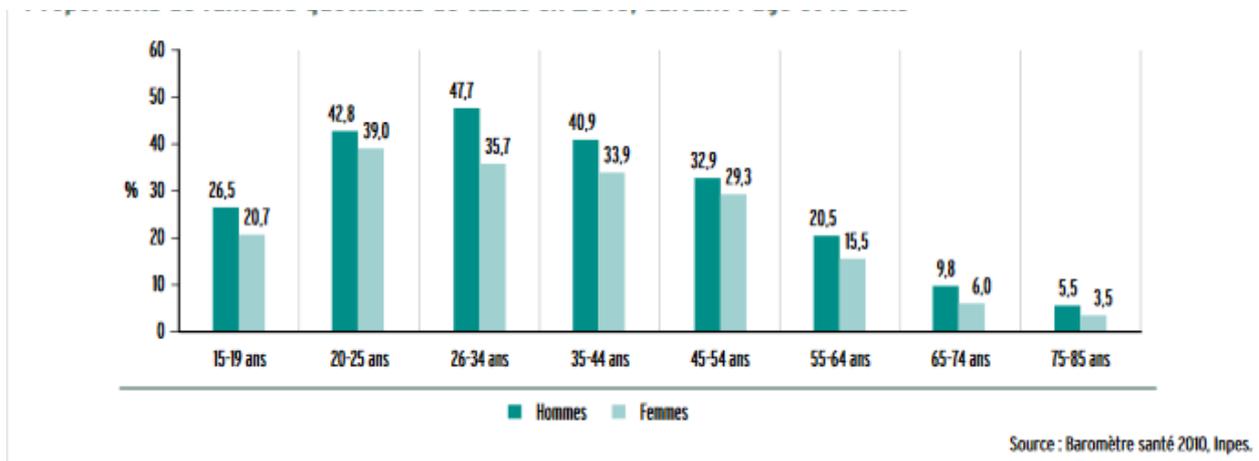


Figure 48: Proportion de patients fumeurs selon l'âge et le sexe en 2010 (41)

Le nombre de cigarettes fumées était dans la majorité des cas compris entre 10 et 20, la moyenne nationale est de 13,6 cigarettes par jour. De la même manière les quantités varient en fonction de l'âge et du sexe (Figure 49).

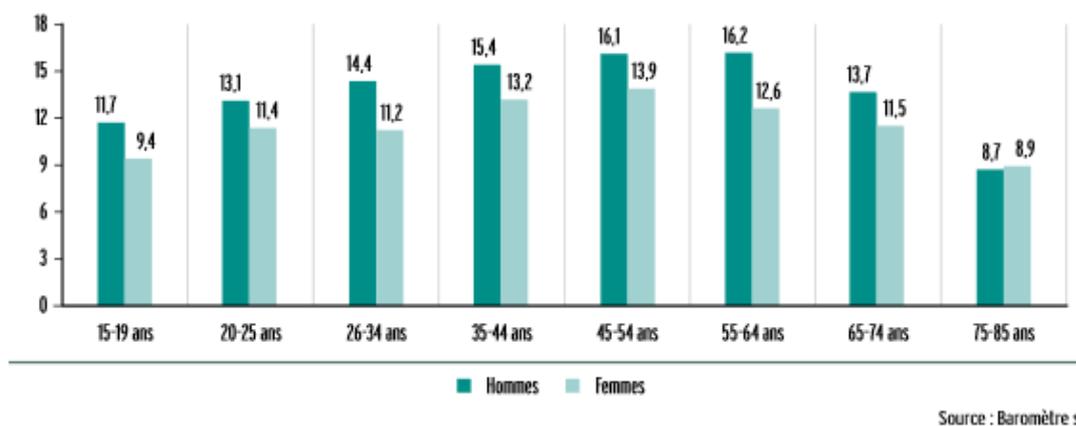


Figure 49: Nombre de cigarettes fumées par jour en fonction de l'âge et du sexe, en 2010 (41)

Le taux élevé de patients fumeurs, est en lien, selon les données de l'INPES, avec la proportion élevée de patients chômeurs, en effet au niveau national on considère que 50% des chômeurs sont fumeurs, de plus, chez les actifs, les taux les plus élevés sont observés chez les ouvriers avec 47% d'ouvriers fumeurs contre 24,6% chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Ce qui

nous permet d'expliquer notre taux de fumeurs plus élevé que dans la population générale, puisque ouvriers et demandeurs d'emplois sont nos deux catégories socio-professionnelles les plus représentées. La consommation élevée de tabac représenterait également un indice de précarité de notre population (41).

Nous avons pu constater chez les patients fumeurs que les consignes de jeun étaient moins respectées, il n'est pas rare qu'un patient fume avant de se présenter au service de chirurgie ambulatoire (environ une à deux fois par mois). L'acidité dans l'estomac créé par la consommation de tabac ne permet pas de les prendre en charge sous anesthésie générale, le jeun est considéré comme rompu. En fonction du programme, de l'heure de la cigarette fumée, et de la quantité fumée, le patient est soit mis en fin de programme, soit son intervention est réalisée en partie sous anesthésie locale, soit il est récusé par le médecin anesthésiste. Afin de responsabiliser les patients, ils ne sont pas automatiquement reprogrammés, et il leur est demandé de reprendre rendez-vous en consultation.

Par ailleurs se pose le problème des réserves en oxygène pour ce type de patients, qui sont plus faibles que chez les non fumeurs, ce qui peut induire des problèmes en cas d'intubation difficile, d'autant plus chez les enfants en cas de tabagisme passif.

4.13.2 L'alcool

48,5% des patients déclaraient une consommation hebdomadaire d'alcool, ce qui est en adéquation avec la moyenne nationale de 43,3%. De plus la consommation d'alcool est croissante avec l'âge (42).

Sur les 10,1% de patients consommant de l'alcool plusieurs fois par semaine, il aurait été intéressant de renseigner la quantité d'alcool consommée, afin de pouvoir la mettre en relation avec le risque de pathologies liées à cette dernière (cirrhose, hépatocarcinome...). Ces pathologies sont plus présentes dans les régions du Nord. Nous avons d'ailleurs pu mettre en évidence ces deux pathologies chez un des patients reçus.

Par ailleurs la consommation d'alcool régulière a des répercussions au niveau bucco-dentaire avec un risque infectieux et un risque hémorragique majorés (lié à la thrombopénie, et à une diminution du taux de prothrombine d'où l'importance du bilan biologique préopératoire), des lésions érosives, une

hyposialie favorisant l'accroissement bactérien. Ce dernier phénomène est accentué par la mauvaise hygiène. Ces patients présentent également un risque parodontal plus élevé, d'autant plus s'ils sont fumeurs (43).

Enfin, il serait intéressant de rechercher parmi les patients consommant de l'alcool de manière régulière, combien étaient fumeurs, car l'intoxication mixte (consommation régulière d'alcool et de tabac) est le facteur de risque des cancers oraux faciaux, qui ont des répercussions importantes au niveau bucco-dentaires. Toutefois ils ne sont pas pris en charge dans le service de Cambrai.

4.13.3 La drogue

5% de patients dépendants à la drogue (dont 4% au cannabis) et 2% de patients en sevrage sous méthadone ont été opérés. Toutefois, on peut se demander si tous les patients osent répondre de manière honnête à la question.

A Seclin, 11% de patients étaient dépendants ou en sevrage (22).

Au niveau national, le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France. Parmi les 18-64 ans, 42 % l'ont déjà expérimenté (50 % parmi les hommes et 33 % parmi les femmes) et 11 % déclaraient en avoir consommé au cours de l'année (15 % parmi les hommes, 7 % parmi les femmes) ; et 2,2% avaient un usage régulier (37).

4.14 La carie, un phénomène familial ?

47,3% des patients avaient un proche qui avaient dû subir des extractions dentaires multiples, dont 39,6% pour raison carieuse. Il est arrivé à l'hôpital de Cambrai, en dehors de la période d'inclusion, que la mère et son enfant de 4 ans, soient opérés le même jour pour un syndrome polycarieux.

Chez ces 47,3% , dans plus de la moitié des cas, il s'agissait d'un de leur parent qui avait été précédemment pris en charge pour ces extractions.

Cependant, c'est le rôle des parents de maintenir un environnement propice au développement des bonnes habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire. Une fois de plus, le contexte social et économique familial a une influence sur la transmission de ces dernières, il est montré une méconnaissance des facteurs de risques de la carie dentaire dans les familles les plus défavorisées.

Chez les enfants, les facteurs prédictifs d'un mauvais état bucco-dentaire sont,

- En analyse univariée :
 - Le jeune âge des parents
 - La profession du père
 - Les changements de statut matrimonial
 - Le fait de vivre seule avec l'enfant de 18 mois à 3 ans
 - Le niveau faible de l'éducation de la mère.
- En analyse multivariée :
 - Le jeune âge du père
 - Le niveau faible d'éducation de la mère restent corrélés au mauvais état bucco-dentaire avec un risque relatif de 2.

Le mauvais état bucco-dentaire de la mère et la mauvaise hygiène des parents augmentent de manière considérable le risque pour l'enfant d'avoir des caries, avec un risque relatif de 3,6 pour l'enfant de 10 ans (45).

S'ajoute à ces données, le facteur nutritionnel. Les habitudes de consommation d'aliments et de boissons sucrées se transmettent des parents à l'enfant, or il a été montré que lorsque ces habitudes sont prises très tôt durant l'enfance, elles sont d'autant plus difficile à éliminer. La prise importante de sucre lors de la petite enfance est corrélée à une prévalence double de la carie à l'âge de 10 ans, donc en denture mixte (45).

De plus, Harris et Coll, ont conclu leur étude, en montrant que les jeunes enfants sont plus à risques de caries s'ils sont contaminés précocement par le *Streptococcus Mutans* (in 45). La transmission se fait le plus souvent de la mère à l'enfant par le partage de la cuillère lors des repas.

Enfin, on note une importance du niveau d'éducation et du niveau scolaire, les personnes dont le niveau d'éducation s'arrête au primaire ou au secondaire, ont plus de dents absentes, plus de dents cariées non traitées, et plus de dents obturées que les personnes ayant été à l'université (40). Ceci peut s'expliquer par un moindre accès aux techniques de prévention.

Il est donc montré dans la littérature le rôle important des parents dans la prévention de la carie chez l'enfant, puis chez l'adulte. En effet, un enfant

présentant des caries sur les molaires temporaires a plus de risques d'avoir des caries sur ses dents permanentes à l'âge adulte. Par ailleurs, il est montré dans l'étude du Québec que les populations les plus précaires ont moins recouru aux soins conservateurs, et s'orientent davantage vers les extractions (46) Il a été mis en évidence au cours des consultations, que réaliser de la prothèse fixée, était quelquefois trop onéreux pour les patients qui n'avaient pas le droit à la couverture mutuelle universelle complémentaire (CMU-C), et que les extractions devenaient leur seule solution. D'où l'importance de travailler en amont, dans ces familles les plus modestes, afin de les orienter au plus tôt, et de pouvoir réaliser des soins conservateurs pris en charge.

4.15 Impact de la maladie carieuse sur la qualité de vie

Plus d'un patient sur deux déclaraient avoir des douleurs dentaires, et 45,5% des patients ne dormaient pas correctement à cause de ces dernières. Ceci est largement supérieur à ce que l'on retrouve au niveau européen, en effet 16% des patients avaient des douleurs dentaires (47).

4.15.1 Impact esthétique :

18,6% des patients considéraient que leur état bucco-dentaire impactait leur vie sociale.

Quand il y avait un impact social, il était le plus souvent esthétique, puisque 84,2% des patients qui considéraient que leur état bucco-dentaire impactait sur leur vie sociale n'osaient plus sourire. Par ailleurs 21,6 % des patients s'étaient fait reprocher leur état bucco-dentaire par un membre de leur famille et 5,9% par un membre de leur entourage professionnel.

Au niveau Européen, à la question « au cours des 12 derniers mois, avez vous eu ... ? », les personnes ont répondu de la manière suivante : (Figure 50)

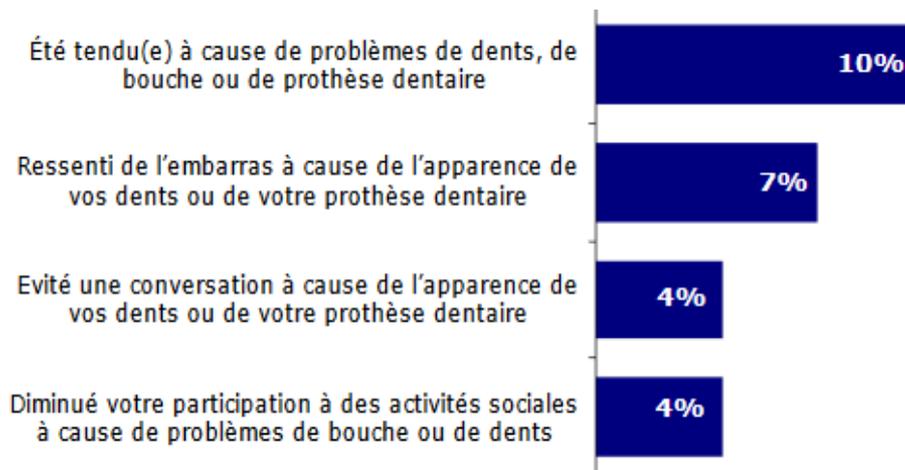


Figure 50: Etude TNS Opinion et Social : Impact de la santé bucco-dentaire sur la vie quotidienne(47)

Dans l'entretien au cours des premières consultations, il est ressorti que les patients demandeurs d'emplois comptaient sur leur réhabilitation bucco-dentaire pour trouver du travail. Chez les patients actifs, la question de l'après chirurgie était plus fréquente, avec la peur d'aller travailler « sans dents ». Nous tentons au maximum de collaborer avec les praticiens de ville, pour que les appareils amovibles provisoires puissent être posés immédiatement après les extractions au bloc opératoire. Il serait intéressant de s'interroger sur le « choc d'un réveil sans dents ». En effet bien que prévenus en consultation, les patients reconnaissent ces difficultés au réveil.

4.15.2 Impact fonctionnel

55,5 % des patients ne parvenaient plus à mastiquer correctement ; et 77,3 % des patients n'avaient pas les 8 couples prémolomolaires en occlusion dont 21,6% qui n'en avaient aucun. Nos données sont 3,5 fois plus importantes que les données européennes, puisque 15% seulement se plaignaient de difficultés à la mastication, avec une variation importante entre les pays (Figure 51). En France, entre 11 et 15% des personnes ont ces difficultés (47).

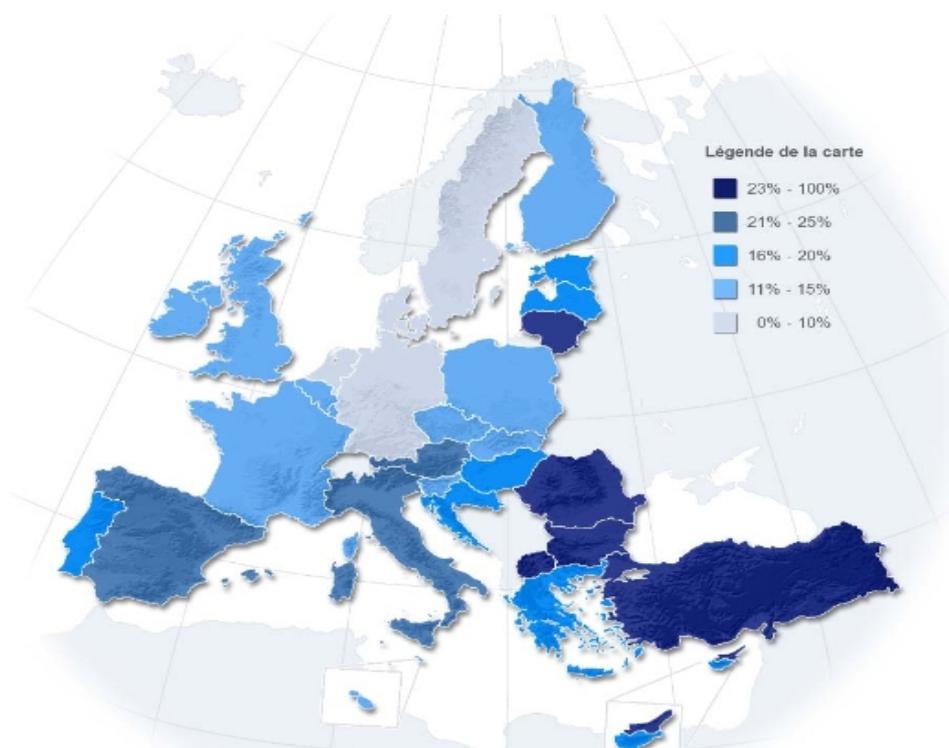


Figure 51: Proportion de personnes ayant des difficultés à la mastication par pays en Europe (47)

Par ailleurs, l'étude TNS Opinion & social a pu montrer le lien que nous supposons dans notre étude, entre l'impact social et fonctionnel, le faible niveau d'éducation, la précarité et le faible accès aux soins (Tableau 4 et 5) (47).

Tableau 4: Récapitulatif sur la question "avez vous eu des difficultés à mastiquer" en fonction des différents critères (47).

	Total Oui	Total Non
UE27	15%	85%
Sexe		
 Homme	14%	86%
Femme	16%	84%
Age		
 15-24	9%	91%
25-39	11%	89%
40-54	15%	85%
55 +	20%	80%
Age de fin d'études		
 15-	22%	78%
16-19	14%	86%
20+	11%	89%
Tjs étudiant	9%	91%
Difficultés payer factures		
La plupart du temps	27%	73%
De temps en temps	20%	80%
Pratiquement jamais	11%	89%
Accès à un cabinet/clinique dentaire		
Oui	14%	86%
Non	32%	68%

Tableau 5: Récapitulatif sur la question "avez vous ressenti une gêne à cause de votre état bucco-dentaire" en fonction des différents critères (47).

	Total Oui	Total Non
UE27	7%	92%
Sexe		
 Homme	6%	94%
Femme	8%	91%
Age		
 15-24	4%	96%
25-39	6%	94%
40-54	7%	92%
55 +	10%	90%
Age de fin d'études		
 15-	9%	90%
16-19	7%	93%
20+	7%	93%
Tjs étudiant	4%	96%
Difficultés payer factures		
La plupart du temps	16%	83%
De temps en temps	10%	89%
Pratiquement jamais	5%	94%
Accès à un cabinet/clinique dentaire		
Oui	7%	93%
Non	20%	80%

4.16 Orientation des patients :

60,8% des patients ont été orienté en milieu hospitalier par un chirurgien dentiste de ville. Sur ces patients, 87,8% n'ont bénéficié d'aucun soin avant leur réorientation.

Il est alors intéressant de s'intéresser au désintérêt des praticiens pour les pratiques chirurgicales, puisque sur 21% des patients opérés, moins de 4 dents ont été extraites par patient. Nous réalisons au bloc opératoire, des interventions qui pourraient être réalisés en cabinet de ville.

Les hypothèses de cette décharge vers les milieux hospitaliers sont liées à :

- la demande du patient :
 - Peur du risque de saignement pour les patients sous AAP et AVK,
 - Anxiété des patients face au chirurgien dentiste,
 - La volonté de réaliser l'intégralité des soins et de la chirurgie en une fois (40).
- la demande du praticien :
 - Temps d'attente longs pour avoir un rendez-vous, surcharge de travail : les activités sont recentrées vers les soins conservateurs et la prothèse,
 - Les extractions peuvent être chronophages,
 - Manque de formation des praticiens aux techniques chirurgicales de base.
- un recours au milieu hospitalier facilité :
 - Le temps d'attente moyen entre la première consultation et l'intervention est de deux mois, contre 5 mois au CHRU de Lille, 2 mois à Seclin, 3 mois à Nancy (1) (22).
A Cambrai, il est plus rapide d'être opéré au bloc opératoire, que d'obtenir des soins chez certains praticiens de ville.

4.17 Type d'anesthésie

33,3% des actes ont été réalisés sous anesthésie locale, ce sont donc potentiellement des actes qui auraient pu être réalisés chez le praticien de ville. Il est tout de fois nécessaire d'exclure les patients dont l'état de santé nécessite la

prise en charge en milieu hospitalier. Les anesthésies locales sont croissantes, en raison de la décharge croissante des praticiens de ville vers le milieu hospitalier.

Sur les 66,7% des actes réalisés sous anesthésie générale, 22,5% sont liés à l'anxiété du patient, rendant impossible les soins sous anesthésie locale. 10% des actes qui auraient dû être réalisés sous anesthésie locale, ont été réalisés sous anesthésie générale suite à la demande expresse du patient. 9,4% des patients présentaient une anxiété marquée (stade 3,4,5 de l'échelle de VENHAM) compromettant le bon déroulement des soins à l'état vigile.

Les anesthésies locales sous sédation sont aujourd'hui développées à l'hôpital de Cambrai. Les protocoles dépendent du niveau d'anxiété du patient, de l'inhalation de protoxyde d'azote, à la sédation par voie intraveineuse de midazolam. L'objectif principal est de réduire les anesthésies générales qui ne sont justifiées que par l'anxiété du patient. Il est à noter une méconnaissance des patients des risques liés à l'anesthésie générale, voire un désintérêt pour les plus anxieux d'entre eux.

Dans l'étude d'Helsinki, les motifs de recours à l'anesthésie générale étaient en premier lieu le manque de coopération (65%) ; l'anxiété au fauteuil (37%) puis le besoin de soins complexes (26%).

Enfin chez l'enfant, la prise en charge sous anesthésie générale est vécue par certains praticiens comme une nécessité. En Ecosse, 99% des enfants de moins de 6 ans inclus dans l'étude ont été pris en charge sous anesthésie générale (26).

4.18 Traitements réalisés

En majorité nous réalisons des extractions dentaires multiples (plus de 4 dents autre que des dents de sagesse incluses) (30% des cas), puis des extractions de dents de sagesse incluses (21%). 92% des actes réalisés étaient des extractions.

A Seclin, le motif de consultation était dans 93% des cas des extractions dentaires multiples (le nombre de dents n'étaient pas précisés), dont 14% pour des dents de sagesse (22).

A Lille, les interventions réalisées étaient dans 87% des cas, des extractions dentaires multiples, avec 36% de moins de 10 dents, et 51% plus de 10 dents. Les

13% restants étaient des dents de sagesse. Seules les extractions étaient réalisées et dans 66% des cas sous anesthésie générale (1).

A Nancy, 63,2% des interventions concernaient des avulsions de dents de sagesse et seulement 5,7% d'extractions dentaires multiples (18).

Dans l'étude d'Helsinki de 2010, les extractions ne représentaient que 24% des actes réalisés. Quel que soit l'âge du patient les soins conservateurs étaient prédominants sur les extractions, comme en Nouvelle Zélande et au Moyen Orient, ou en Asie (22). Cependant ces résultats varient en fonction des pays, puisque en Angleterre et en Australie, ce sont les extractions qui prédominaient (37).

Pour les lésions de tissus mous, il s'agissait de biopsie de lésions blanches dans les 5 cas. Dans le cas où les résultats de la biopsie révèlent un caractère suspect, le patient est orienté sur Lille pour une prise en charge adaptée. Nous ne réalisons pas les exérèses de lésions étendues et suspectes.

4.19 Les traitements restant à réaliser

35% des patients sortent de leur intervention avec des caries non soignées. C'est un enjeu de santé publique important de pouvoir développer en plus des extractions, les soins sous anesthésie générale. Il est inconcevable de croire que les patients qui réalisent leurs extractions sous anesthésie générale, à cause de leur anxiété, se rendent ensuite chez leur chirurgien dentiste pour les soins conservateurs. Ce sont donc potentiellement des patients que nous retrouverons au cours des années pour extraire les dents restantes.

Nous nous heurtons cependant au problème du coût de l'investissement nécessaire pour réaliser les soins sous anesthésie générale.

Toutefois certains hôpitaux proposent ces soins depuis plusieurs années. A Nancy, 25% des patients ont eu des soins conservateurs, 14% des enfants ont eu des pulpotomies lors de leur anesthésie générale. A Seclin, 39% ont eu des soins, dans l'étude d'Helsinki 57% des actes réalisés étaient des soins conservateurs, avec 4% d'actes endodontiques. Les soins conservateurs étaient favorisés par rapport aux extractions. En Arabie Saoudite en moyenne 14 dents étaient traitées lors des anesthésies générales (22).

Enfin, réaliser les soins permettraient :

- une prise en charge globale, en un temps chez les patients nécessitant une antibioprofylaxie afin d'éviter de multiplier les prises,
- un assainissement complet et plus rapide de la bouche,
- une prise en charge globale des patients anxieux,
- limiter les récurrences chez les patients peu motivés,
- d'être plus conservateurs dans notre prise en charge.

Notre taux élevé de nécessité de ré-intervention (11%) est à mettre en relation avec cette absence de soins réalisés au bloc opératoire, 68% des patients sortent du bloc opératoire avec un besoin de soins, dont 35% avec des caries non traitées sur des dents jugées conservables. Le manque d'équipement des structures hospitalières en matériel indispensable pour les soins, ainsi que les temps d'attente des cabinets libéraux du cambrais, le manque de motivation des patients pour réaliser les soins, et leur risque carieux individuel (RCI) élevé entraînent un risque conséquent de nouvelle anesthésie générale pour extraire les dents restantes.

Ceci constitue donc une voie d'évolution considérable pour l'hôpital de Cambrai.

Par ailleurs, l'anxiété est une des causes les plus importantes de soins sous anesthésie générale, nous savons donc qu'il est peu probable que ces patients retournent se faire soigner spontanément à l'état vigile s'ils ne sont pas encadrés. Afin d'éviter de retrouver ces patients sous anesthésie générale, nous développons les anesthésies locales sous sédation pour les adultes. De la même manière chez l'enfant, la sédation consciente par inhalation d'un mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène (MEOPA) est une alternative de choix s'il y a peu de soins à réaliser.

5 Conclusion

Cette étude épidémiologique menée à l'hôpital de Cambrai a permis de constater que la population qui consulte est jeune, sans distinction de sexe, de catégories socio-professionnelles relativement basses. Notre population est plus touchée que la population générale par les addictions (tabac, alcool, drogue), par le surpoids et l'obésité. Les patients ont un état de santé générale et orale moins bon que la population Française moyenne, et consultent en majorité pour des extractions dentaires multiples pour raison carieuse. Cette population est peu touchée par les dispositifs de prévention, et ne respecte pas les recommandations d'hygiène orale et alimentaire.

Enfin, elle reproduit ses habitudes néfastes au travers des générations, car on retrouve les enfants de parents déjà opérés.

Avec une prise en charge, de 12 à 16 patients au bloc opératoire par semaine l'activité odonto-stomatologique a toute sa place à l'hôpital de Cambrai. Elle est perçue comme un service de proximité et rassure les patients. Ils sont reçus dans l'unité ambulatoire, récemment aménagée, avec une équipe infirmière et anesthésique dédiée.

Elle permet l'accueil d'une population démunie face à l'importance des soins à réaliser, et au manque de disponibilités de soins en ville. La coopération entre médecin stomatologue et chirurgien dentiste, permet la formation de la nouvelle génération de soignant et d'espérer élargir le champ des compétences. De plus la flexibilité du système, et des médecins présents permet facilement d'intégrer les urgences demandées et de faire évoluer la prise en charge, comme avec le développement des anesthésies locales sous sédation depuis quelques mois.

L'hôpital permet un véritable relais en prenant en charge les patients adressés et en renvoyant systématiquement les patients vers leur chirurgien dentiste de ville pour le suivi prothétique postopératoire.

Toutefois, la prise en charge n'est pas complète puisque 35% des patients avaient des caries à soigner en sortie d'intervention ; et les patients se retrouvent de nouveau face aux délais d'attente de plus de 6 mois pour une prise en charge dans certains cabinets libéraux à Cambrai. Le réseau « ville-hôpital » doit être

complémentaire, sans pour autant décharger les chirurgiens dentistes libéraux des extractions qu'ils ne voudraient pas réaliser.

L'enjeu de l'hôpital et de l'agence régionale de santé (ARS) est d'augmenter la prise en charge des patients handicapés pour les soins dentaires, qui sont actuellement référés sur Lille ou Maubeuge faute de place. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place les soins restaurateurs sous anesthésie générale car les patients porteurs de handicaps, comme la population actuellement prise en charge à Cambrai, ont un besoin de soins dentaires important.

6 Références bibliographiques

1. Lefebvre PA. La chirurgie ambulatoire en chirurgie dentaire : évaluation des besoins du service d'odontologie du CHRU de Lille [thèse d'exercice]. Lille; 2005.
2. Insee - Commune de Cambrai (59122) - Dossier complet [Internet]. 2012 [cité 23 févr 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-59122
3. Nord LV du. Pourquoi c'est compliqué de trouver un nouveau dentiste à Cambrai... [Internet]. La Voix du Nord. 2015 [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.lavoixdunord.fr/region/pourquoi-c-est-complique-de-trouver-un-nouveau-dentiste-ia13b45101n2621797>
4. ARS. ARS : Détermination dans le schéma régional de l'organisation des soins du zonage de chirurgiens dentistes libéraux. NPC; 2013 avril p. 13.
5. ONDPS. État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes [Internet]. ONDPS; 2013 déc [cité 2 oct 2016] p. 41. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf
6. Vereecke JF. La santé, jour et nuit ? Les petits observatoires de la santé nord pas de calais. 2012;(34):4.
7. Barac'h V. HAS : indications et contre indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie. Paris; 2005 juin p. 43.
8. Gérard E, Moizan H. Pratique odontologique au bloc opératoire: de la chirurgie ambulatoire à l'anesthésie générale. Cahiers de prothèses éditions; 2009. 218 p.
9. Lecoeur M. L'anesthésie générale et la pratique dentaire [thèse d'exercice]. Lille; 1990.
10. Roewer N, Thiel H. Atlas de poche d'anesthésie. Flammarion. 2003. 374 p. (Medecine- Sciences).
11. Droits des malades [Internet]. SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: <http://sfar.org/pour-le-grand-public/droits-des-malades/>
12. Clergue F, Garnerin P, d'Hollander A. Sécurité en anesthésie. Médecine Thérapeutique. 31 mai 1999;5(4):255-62.

13. Information médicale sur l'anesthésie [Internet]. SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: <http://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medecale-sur-lanesthesie/>
14. Rommelaere C. Anesthésie générale en odontologie chirurgicale : le point en 1999 au travers d'une équipe épidémiologique menée auprès des praticiens en exercice dans le département du Nord. Lille; 2000.
15. La chirurgie ambulatoire aujourd'hui [Internet]. SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. [cité 18 mars 2016]. Disponible sur: <http://sfar.org/pour-le-grand-public/la-chirurgie-ambulatoire-aujourd'hui/>
16. Boisson Bertrand et coll. SFAR : Intubation difficile [Internet]. Paris: SFAR; 1996 [cité 5 juill 2016] p. 207-14. Report No.: 15. Disponible sur: http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Intubation-difficile.pdf
17. Huchet FX, Dupont X. HAS : Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale. 2005 nov.
18. Bourreau M roche, HA JC. Le réveil anesthésique en salle de surveillance post interventionnelle, service de réanimation de l'hôpital Pellegrin. 2012.
19. Cross A, Semjen J, Sztark F. Réveil post opératoire. (Traité d'anesthésie générale).
20. Beaussier M. Méthodes d'évaluation et scores des différents stades de réveil. scientifiques ELSEVIER. Paris: Elsevier SAS; 2001. 13 p.
21. Grund K, Goddon I, Schüller IM, Lehmann T, Heinrich-Weltzien R. Clinical consequences of untreated dental caries in German 5- and 8-year-olds. BMC Oral Health [Internet]. 4 nov 2015 [cité 7 mai 2016];15. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4634920/>
22. Cavrot A. Les actes dentaires sous anesthésie générale ambulatoire : étude rétro/prospective de janvier 2012 à juin 2013 des patients de la coopération chirurgicale entre le service d'odontologie du CHRU de Lille et du Centre hospitalier de Seclin [thèse d'exercice]. [Lille]: Lille; 2013.
23. Issad A. Bilan d'activité de la vacation d'anesthésie générale. Etude Epidémiologique [These pour le diplôme d'état de chirurgie dentaire]. [Nantes]: Nantes; 2004.
24. Jamjoom M m., Al-Malik M i., Holt R d., El-Nassry A. Dental treatment under general anaesthesia at a hospital in Jeddah, Saudi Arabia. Int J Paediatr Dent. 1 mars 2001;11(2):110-6.
25. Verco S, Bajurnow A, Grubor D, Chandu A. A five-year assessment of clinical incidents requiring transfer in a dental hospital day surgery unit: Anaesthetic clinical incidents. Aust Dent J. déc 2011;56(4):412-6.
26. Macpherson LMD, Pine CM, Tochel C, Burnside G, Hosey MT, Adair P. Factors influencing referral of children for dental extractions under general and local anaesthesia. Community Dent Health. déc 2005;22(4):282-8.

27. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. juillet 2013 [cité 19 mai 2016];(847). Disponible sur: www.drees.sante.gouv.fr
28. Quand précarité rime avec obésité | Alim'agri [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://agriculture.gouv.fr/quand-precarite-rime-avec-obesite>
29. Insee - Conditions de vie-Société - L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=IP1123&page=graph#carte
30. BÀT Obésité patient 220909:Obésité patient.qxd - brochure_obesite_patient_220909.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-09/brochure_obesite_patient_220909.pdf
31. Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. L'épidémiologie du diabète en France Métropolitaine [Internet]. Elsevier Masson; [cité 26 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/showarticlefile/79957/index.pdf>
32. KUSNIK JOINVILLE O. Bulletin épidémiologique hebdomadaire : Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes. 12 nov 2008;(43):12.
33. De Perreti C, Chin F, Tuppin F, Danchin N. Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008. Bull Épidémiologique Hebd. nov 2012;(41):12.
34. Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/maladies-inflammatoires-chroniques-de-l-intestin-mici>
35. Maladies Inflammatoires Chroniques Intestinales (MICI) - item118.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module8/item118/pdf/item118.pdf>
36. Espié M, Hamy A-S, Eskenazy S, Cuvier C, Giacchetti S. Epidémiologie du cancer du sein. oct 2012;7(4):17.
37. Savanhelmo N. Dental care and treatments provided under general anaesthesia in the Helsinki Public Dental Service. 2012 [cité 2 mai 2016]; (12:45). Disponible sur: http://download.springer.com/static/pdf/73/article%253A10.1186%252F1472-6831-12-45.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcoralhealth.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1472-6831-12-45&token2=exp=1462214473~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F73%2Farticle%25253A10.1186%25252F1472-6831-12-45.pdf*~hmac=8d4986267a01374df1595eec08b3d2d7c8f7dee0b20968a8ac8c12c50ca3abe5

38. Claude Dreux et coll. La prévention en questions. Edition médicale internationale 1ère édition. Paris: Technique et Documentation; 2009. 207 p. (lavoisier).
39. Collège de la Haute Autorité de Santé. HAS : Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. HAS; 2010 mars [cité 5 mai 2016] p. 180. Disponible sur: www.has-sante.fr
40. Cousson PY, ALSALEH I, Decerle N, Hennequin M. Soins dentaires sous anesthésie générale pour les adultes polycariés. Actual Odonto-Stomatol. Décembre 2011;(256):19.
41. Guignard R, Richard J, Perreti-Watel P. Le tabagisme en France Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010 [Internet]. Saint-Denis: INPES; 2013 [cité 5 févr 2016]. (Baromètre santé). Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>
42. Ménard C. La santé en chiffre : alcool. France: INPES; NC p. 19. (Education pour la santé pour mieux vivre).
43. Pesci Bardon C, Prêcheur I. L'alcool : une drogue licite aux conséquences bucco-dentaires non négligeables. AOS [Internet]. avril 2013 [cité 5 mars 2016];(262). Disponible sur: <http://www.aos-journal.org>
44. NC. Synthèse thématique : le cannabis [Internet]. Observatoire Français des drogues et des toxicomanies; 2015 [cité 5 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
45. Folliguet M. Prévention de la carie dentaire chez les enfants avant 3 ans. [Internet]. Direction générale de la petite enfance; 2006 Mai [cité 5 mars 2016] p. 41. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_de_la_carie_dentaire_chez_les_enfants_avant_3_ans.pdf
46. Jean-Marc Brodeur, DDS, PhD • Les caries dentaires chez les Québécois âgés de 35 à 44 ans [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <https://www.cda-adc.ca/jadc/vol-66/issue-7/374.html>
47. TNS opinion & social. La santé dentaire [Internet]. Belgique: commission européenne; 2010 Février [cité 5 mai 2016]. Report No.: 330. Disponible sur: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_fr.pdf
48. Usson M. Évaluation de l'anxiété de l'enfant face aux soins dentaires et adaptation de la prise en charge. [Thèse pour le diplôme d'état en chirurgie dentaire]. Lyon : Faculté d'odontologie ; 2013.

Table des abréviations

AAP : antiagrégants plaquettaires

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AVK : Anti Vitamines K

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

cao : dents lactéales Cariées, Absentes pour raison carieuse, Obturées

CAO : dents définitives Cariées, Absentes pour raison carieuse, Obturées

HAS : Haute autorité de Santé

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

HNF : Héparine Non Fractionnée

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

INR : International Normalized Ratio

MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur

RCI : Risque Carieux Individuel

SC : Sous Cutané

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SSPI : Salle de Surveillance Post-Interventionnelle

UACA : Unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire

Index des Figures

Figure 1: Evolution de la densité régionale (4).....	16
Figure 2: Niveau de dotations des bassins de vie en chirurgiens dentistes libéraux(4).....	17
Figure 3: Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants en 2013 (5).....	19
Figure 4: Classes de Mallampati et grades de Cormack(16).	30
Figure 5: Temps réel d'occupation des salles (8).....	35
Figure 6: Echelle de Greene et Vermillon.....	48
Figure 7: Date de la dernière consultation chez un chirurgien dentiste ou dans un service de stomatologie.....	51
Figure 8: Classes d'âge des patients opérés.....	52
Figure 9: Situation familiale des adultes opérés.....	52
Figure 10: Précision des situations familiales "autres".....	53
Figure 11: Situation familiale des mineurs opérés.....	53
Figure 12: Catégories socioprofessionnelles des adultes.....	54
Figure 13: Catégories socioprofessionnelles des parents des enfants opérés.....	55
Figure 14: Distance entre le lieu d'habitation et le service de stomatologie.....	55
Figure 15: Poids des adultes en kg.....	56
Figure 16: Poids des mineurs en kg.....	56
Figure 17: Taille des adultes en cm.....	57
Figure 18: Taille des mineurs en cm.....	57
Figure 19: Etat de santé déclaré du patient et antécédents médicaux déclarés....	58
Figure 20: Traitements médicamenteux.....	59
Figure 21: Fréquence de l'antibiothérapie au cours des 6 derniers mois pour infection dentaire.....	59
Figure 22: Réponses à la question : "Que buvez-vous habituellement quand vous avez soif ?".....	60
Figure 23: Réponses à la question : "Est ce que vous grignotez en dehors des repas ?"	61
Figure 24: Habitude de brossage des patients.....	61
Figure 25: Nombre de cigarettes fumées par jour chez les patients fumeurs.....	62
Figure 26: Habitudes de consommation d'alcool.....	62
Figure 27: Réponses à la question "L'un de vos proches a-t-il dû subir des extractions dentaires multiples ?".....	63
Figure 28: Lien de parenté.....	63
Figure 29: Réponses à la question "Avez vous des difficultés à vous alimenter et si oui pourquoi ?".....	64
Figure 30: Réponses à la question : " Pourquoi votre état bucco-dentaire représente -t-il un obstacle social ?".....	64
Figure 31: Personnes ou services ayant adressé les patients.....	65
Figure 32: Service hospitalier à l'origine de la consultation.....	65
Figure 33: Type d'anesthésie préconisée.....	66
Figure 34: Type d'anesthésie réalisée.....	66
Figure 35: Les raisons de l'AG.....	66
Figure 36: Récapitulatifs des indices CAO et cao.....	69
Figure 37: Répartition des sextants.....	70
Figure 38: Indice de Greene et Vermillon.....	70
Figure 39: Répartition de la plaque dentaire par sextant.....	71

Figure 40: Nombre d'UF comptabilisées en antérieur lors de la mise en occlusion.	72
Figure 41: Nombre d'UF comptabilisées en postérieur lors de la mise en occlusion.	72
Figure 42: Examens radiographiques disponibles.	73
Figure 43: Traitement réalisé le jour de l'intervention.	73
Figure 44: Traitements restant à réaliser après l'intervention.	74
Figure 45: Degré de coopération du patient lors de l'examen bucco-dentaire.	74
Figure 46: Prévalence de l'obésité, selon INSEE (29).	79
Figure 47: Taux de prévalence de diabète traité par département, selon les données de l'assurance maladie en 2007 (32).	80
Figure 48: Proportion de patients fumeurs selon l'âge et le sexe en 2010 (41).	85
Figure 49: Nombre de cigarettes fumées par jour en fonction de l'âge et du sexe, en 2010 (41).	85
Figure 50: Etude TNS Opinion et Social : Impact de la santé bucco-dentaire sur la vie quotidienne(47).	90
Figure 51: Proportion de personnes ayant des difficultés à la mastication par pays en Europe (47).	91

Index des tableaux

Tableau 1: Densité médicale de jour et de nuit, Nord pas de calais, 2008 (6).....	18
Tableau 2: Echelle de Chung (8).....	38
Tableau 3: CAO et cao chez les enfants, adolescents et adultes.....	68
Tableau 4: Récapitulatif sur la question "avez vous eu des difficultés à mastiquer" en fonction des différents critères (47).....	92
Tableau 5: Récapitulatif sur la question "avez vous ressenti une gêne à cause de votre état bucco-dentaire" en fonction des différents critères (47).....	92
Tableau 6: Risque hémorragique et conduite à tenir (6).....	118
Tableau 7: Exemple de relais des AVK pour une chirurgie programmée avec un INR déterminé 7 à 10 jours avant l'intervention (6).....	119

7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Dossier ARS : Zones sous et sur dotées

Zones très dotées – 13 –

Bassin de vie ou pseudo-canton		NORD-TRES DOTE -					
		Communes					
5988	Cambrai	59122	Cambrai				
59122	Cambrai	59001	Abancourt	59209	Esnes	59389	Masnières
		59010	Anneux	59213	Estourmel	59405	Mœuvres
		02030	Aubeneuil-aux-Bois	59219	Estrun	59422	Naves
		59039	Aeroingt	59216	Esuars	59432	Niengnies
		59047	Banteux	59236	Flesquières	59438	Noyelles-sur-Escaut
		59048	Bantigny	59244	Fontaine-Notre-Dame	59455	Pailencourt
		59049	Bantouzelle	59255	Fressies	59492	Ramillies
		59085	Blécourt	59267	Gonnelieu	59500	Ribécourt-la-Tour
		62164	Bourlon	59269	Gouzeaucourt	59502	Rieux-en-Cambrésis
		59097	Boursies	62384	Graincourt-lès-Havrincourt	59520	Rumilly-en-Cambrésis
		59121	Cagnoncles	62421	Havrincourt	59552	Sancourt
		59125	Cantain-sur-Escaut	59294	Haynecourt	59567	Séranvillers-Foreville
		59132	Camières	59300	Hem-Lenglet	59593	Thun-l'Évêque
		59138	Cattenières	59312	Honnecourt-sur-Escaut	59595	Thun-Saint-Martin
		59141	Cauroir	59322	Irudy	62830	Trescault
		59161	Crèvecœur-sur-l'Escaut	59517	Les Rues-des-Vignes	59623	Villers-Guislain
		59167	Cuvillers	59341	Lesdain	59625	Villers-Plouich
		59176	Doignies	59377	Marcoing	59635	Wambaix
		62298	Épinois				
59139	Caudry	59059	Beaumont-en-Cambrésis	59140	Caulery	59321	Inchy
		59063	Beauvois-en-Cambrésis	59149	Clary	59349	Ligny-en-C
		59074	Bertry	59191	Élincourt	59394	Maurois
		59075	Béthencourt	59243	Fontaine-au-Pire	59413	Montigny-en-Cambrésis
		59081	Béviliers	59287	Haucourt-en-C	59485	Quiévy
		59139	Caudry				
59136	Le Cateau-Cambrésis	59055	Bazuel	59395	Mazinghien	59496	Rejet-de-Beaulieu
		02103	Boué	02476	Mennevret	59498	Reumont
		59137	Catillon-sur-Sambre	02488	Molain	02647	Ribeauville
		59164	Croix-Caluyau	59412	Montay	59531	Saint-Benin
		02298	Étreux	59430	Neuvilly	02683	Saint-Martin-Rivière
		59246	Forest-en-Cambrésis	02569	Oisy	59545	Saint-Souplet
		59311	Honnechy	59460	Ors	59604	Troisvilles
		59274	La Groise	02784	Petit-Verly	02779	Vénérolles
		02760	La Vallée-Mulâtre	59465	Pommereuil	02830	Wassigny
		59136	Le Cateau-C				

7.2 Annexe 2 : Autorisation pour mineurs



Centre
Hospitalier
Cambrai

CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI
516 Avenue de Paris – B. P 389 – 59407 CAMBRAI CEDEX
☎ 03.27.73.73.73
☎ 03.27.73.73.85
@ www.ch-cambrai.fr
N° FINISS ETABLISSEMENT 59 0781605

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)

.....

agissant en qualité de déclare avoir autorité
sur

.....

- enfant mineur
- incapable majeur

autorise le

médecin

chirurgien

à pratiquer

hospitalisation

soins

examens

anesthésie

intervention

Cambrai, le

Signature

Sauf cas d'urgence, il vous sera demandé de signer l'autorisation d'anesthésie générale et/ou d'intervention chirurgicale

7.3 Annexe 3: Document d'information sur l'anesthésie



Centre
Hospitalier
Cambrai

CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI
516 Avenue de Paris – B. P 389 – 59407 CAMBRAI CEDEX
T 03.27.73.73.73
F 03.27.73.73.85
@ www.ch-cambrai.fr
N° FINISS ETABLISSEMENT 59 59 0781605

POLE CHIRURGIE
ANESTHESIE - REANIMATION

FEUILLE D'INFORMATION SUR LES DIFFERENTS TYPES D'ANESTHESIE

Ce document est destiné à vous informer sur l'anesthésie, ses avantages et ses risques. Nous vous demandons de le lire attentivement, afin de pouvoir donner votre consentement à la procédure anesthésique qui vous sera proposée par le médecin anesthésiste-réanimateur. Vous pourrez poser à ce médecin des questions sur cette procédure. Pour les questions relatives à l'acte qui motive l'anesthésie, il appartient au spécialiste qui réalisera cet acte d'y répondre.

Qu'est-ce que l'anesthésie ?

L'anesthésie est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical (endoscopie, radiologie, etc.), en supprimant ou en atténuant la douleur. Il existe deux grands types d'anesthésies : l'anesthésie générale et l'anesthésie loco-régionale.

L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié.

L'anesthésie loco-régionale permet, par différentes techniques, de n'endormir que la partie de votre corps sur laquelle se déroulera l'opération. Son principe est de bloquer les nerfs de cette région, en injectant à leur proximité un produit anesthésique local. Une anesthésie générale peut être y associée ou devenir nécessaire notamment en cas d'insuffisance de l'anesthésie loco-régionale.

La rachianesthésie et l'anesthésie péridurale sont deux formes particulières d'anesthésie loco-régionale, où le produit anesthésique est injecté à proximité de la moelle épinière et des nerfs qui sortent de celle-ci.

Toute anesthésie, générale ou loco-régionale, réalisée pour un acte non urgent, nécessite une consultation, plusieurs jours à l'avance et une visite pré-anesthésique, la veille ou quelques heures avant l'anesthésie selon les modalités d'hospitalisation. Comme l'anesthésie, elles sont effectuées par un médecin anesthésiste-réanimateur. Au cours de la consultation et de la visite, vous êtes invité(e) à poser les questions que vous jugerez utile à votre information. Le choix du type d'anesthésie sera déterminé en fonction de l'acte prévu, de votre état de santé et du résultat des examens complémentaires éventuellement prescrits. Le choix final relève de la décision et de la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur qui pratiquera l'anesthésie.

Comment serez-vous surveillé(e) pendant l'anesthésie et à votre réveil ?

L'anesthésie quel que soit son type, se déroule dans une salle équipée d'un matériel adéquat, adapté à votre cas et vérifié avant chaque utilisation. Tout ce qui est en contact avec votre corps est soit à usage unique, soit désinfecté ou stérilisé. En fin d'intervention, vous serez conduit(e) dans une salle de surveillance post-interventionnelle (salle de réveil) pour y être surveillé(e) de manière continue avant de regagner votre chambre ou de quitter l'établissement.

Durant l'anesthésie et votre passage en salle de surveillance post-interventionnelle, vous serez pris(e) en charge par un personnel infirmier qualifié, sous la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur.

Quels sont les risques de l'anesthésie ?

Tout acte médical, même conduit avec compétence et dans le respect des données acquises de la science, comporte un risque.

Les conditions actuelles de surveillance de l'anesthésie et de la période de réveil permettent de dépister rapidement les anomalies et de les traiter.

INF COM 002 R 02 / 03-2013

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie générale ?

Les nausées et les vomissements au réveil sont devenus moins fréquents avec les nouvelles techniques et les nouveaux médicaments. Les accidents liés au passage de vomissements dans les poumons sont très rares si les consignes de jeûne sont bien respectées.

L'introduction d'un tube dans la trachée (intubation) ou dans la gorge (masque laryngé) pour assurer la respiration pendant l'anesthésie peut provoquer des maux de gorge ou un enrouement passager.

Des traumatismes dentaires sont également possibles. C'est pourquoi il est important de signaler tout appareil ou toute fragilité dentaire particulière.

Une rougeur douloureuse au niveau de la veine dans laquelle les produits ont été injectés peut s'observer. Elle disparaît en quelques jours.

La position prolongée sur la table d'opération peut entraîner des compressions, notamment de certains nerfs, ce qui peut provoquer un engourdissement ou, exceptionnellement, la paralysie d'un bras ou d'une jambe. Dans la majorité des cas, les choses rentrent dans l'ordre en quelques jours ou quelques semaines.

Des troubles passagers de la mémoire ou une baisse des facultés de concentration peuvent survenir dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications imprévisibles comportant un risque vital comme une allergie grave, un arrêt cardiaque, une asphyxie, sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Quels sont les inconvénients et les risques de l'anesthésie loco-régionale ?

Après une rachianesthésie ou une anesthésie péridurale, des maux de tête peuvent survenir. Ils nécessitent parfois un repos de plusieurs jours ou/et un traitement local spécifique. Une paralysie transitoire de la vessie peut nécessiter la pose temporaire d'une sonde urinaire. Des douleurs au niveau du point de ponction dans le dos sont également possibles. Une répétition de la ponction peut être nécessaire en cas de difficultés. Des démangeaisons passagères peuvent survenir lors de l'utilisation de la morphine ou de ses dérivés.

Très rarement, on peut observer une baisse transitoire de l'acuité auditive ou visuelle.

En fonction des médicaments associés, des troubles passagers de la mémoire, ou une baisse dans les heures suivant l'anesthésie.

Des complications plus graves comme des convulsions, un arrêt cardiaque, une paralysie permanente ou une perte plus ou moins étendue des sensations sont extrêmement rares. Quelques cas sont décrits, alors que des centaines de milliers d'anesthésies de ce type sont réalisées chaque année.

Au cours de l'anesthésie loco-régionale en ophtalmologie, un traumatisme du globe oculaire est exceptionnel.

LA DOULEUR POST OPERATOIRE

La douleur post opératoire sera prise en charge par administration de médicaments :

- pris par voie orale
- pris par voie intra veineuse (analgésie contrôlée par vous-même)
- pris par voie péridurale
- pris par voie locale (intra articulaire)

Ce contrôle de la douleur post opératoire s'effectue sous surveillance monitorisée.

Qu'en est-il de la transfusion sanguine ?

S'il existe une probabilité que vous soyez transfusé(e) pendant votre opération, vous recevrez une information spécifique sur les techniques et le risque transfusionnel.

Remis en consultation

Le

Rendu lors de l'hospitalisation

le

7.4 Annexe 4 : Consentement



DECLARATION DE CONSENTEMENT A L'INTERVENTION

Etiquette patient :

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Au cours de l'entretien avec le Docteur _____

Celui-ci m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé.

Il m'a expliqué de façon simple et intelligible l'évolution possible si l'on ne recourait pas une intervention chirurgicale.

Il m'a informé(e) des autres types de traitements, s'ils existent, avec leurs bénéfices ou inconvénients potentiels.

Il m'a clairement indiqué la nature et le but de l'intervention qui sera pratiquée, l'inconfort possible qu'elle est susceptible d'entraîner, ainsi que les risques et complications potentiels de cette chirurgie, non seulement dans les suites opératoires, mais aussi à terme.

J'ai également été prévenu(e) du fait qu'au cours de l'intervention, une découverte ou un événement imprévus pourraient conduire l'opérateur à élargir la procédure en réalisant des actes complémentaires différents de ceux prévus initialement.

J'autorise dans ces conditions le chirurgien à effectuer tout acte ou prescription qu'il estimerait nécessaire.

J'ai eu la possibilité de poser des questions, et le Docteur _____ y a répondu de façon complète et satisfaisante.

J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

Je donne mon consentement pour que soit réalisée l'intervention prévue dans les conditions ci-dessus.

J'ai reçu toutes les informations nécessaires relatives à l'intervention et l'anesthésie.

Déclaration de consentement à l'intervention :

Je déclare avoir eu la possibilité de poser des questions et le Docteur _____ y a répondu de façon claire et satisfaisante. J'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies. Je donne mon consentement pour l'intervention.

Fait à Cambrai, le : _____

Signature du patient

Ou signature du
responsable légal

Ou signature du tuteur

Ce document doit être remis, signé par vos soins, à l'infirmière lors de votre admission.

7.5 Annexe 5 : Dossier d'anesthésie



Centre
Hospitalier
Cambrai

DOSSIER D'ANESTHESIE

NOM D'USAGE : _____	Service d'hospitalisation : _____
NOM DE FAMILLE : _____	
PRENOM : _____	
DATE DE NAISSANCE : _____	
<u>OU coller l'étiquette du patient</u>	

Consultation pré-anesthésique le : _____

Docteur : _____

Chirurgie ambulatoire Chirurgie programmée Urgence

Type d'intervention : _____

Chirurgien : _____ Prévus le : _____

Informations données (Type d'anesthésie – Transfusion)

Bénéfice / Risque évalué et expliqué

Documents d'information signés

Autorisation d'opérer (Mineurs et tutelles)

Information sur le sevrage tabagique

Remarques importantes :

Âge : _____ Poids : _____ Taille : _____ IMC : _____

ANTECEDENTS

<p>Familiaux :</p>	<p>Médicaux :</p>
<p>Chirurgicaux :</p>	<p>Obstétricaux :</p>
<p>Anesthésiques :</p>	<p>Allergiques :</p> <p><input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Urcaire <input type="checkbox"/> Œdème de Quinck</p>
<p>Cardio-vasculaires :</p> <p>SF :</p> <p>TA :</p> <p>FC :</p> <p>Auscultation :</p>	<p>Respiratoires :</p> <p>SF :</p> <p>Tabac :</p>
<p>Thrombo Emboliques :</p> <p>Etat veineux :</p>	<p>Gestion des anticoagulants et des antiagrégants plaquettaires :</p>
<p>Digestifs :</p> <p>Intolérance aux AINS :</p> <p>Alcool :</p>	<p>Autres fonctions :</p>

FEUILLE DE SURVEILLANCE POST-INTERVENTIONNELLE

Accueil par : _____ Heure d'arrivée : _____ Heure de départ : _____

Heure	10 20 30 40 50					10 20 30 40 50					10 20 30 40 50					Score d'Aldrète modifié	
	SURVEILLANCE																Activité motrice
																Respiration	0 1 2
																Activité circulatoire	0 1 2
																Niveau de conscience	0 1 2
																SpO ₂	0 1 2
																Total	/ 10

SAO ₂																	
EVA																	
NVPO																	
Ven la on																	
FiO ₂ / AA																	
T°																	
Diurèse																	
Dextro																	
Redons																	

Thérapeutique	

Sortie de salle de réveil autorisée par le Docteur _____

Signature du médecin :

PRESCRIPTIONS POST-OPERATOIRES

Boissons : Interdites Permisses

Oxygénation : _____ Sonde gastrique en aspiration à : _____

Surveiller :

Pls

TA

SpO₂

T°

Conscience

Respiration

Dextro

Diurèse

Redon(s)

Aspiration SNG

Thérapeutique écrite (Mode d'administration + Signature Médecin)

Qu'imprimé Image Pharma joint au dossier d'anesthésie :

- IV :

- SC :

- Per os :

- Autres :

Nom Anesthésiste :

Signature :

Bilans sanguins à prévoir : _____

Autres examens : _____

7.6 Annexe 6 : Risque hémorragique

Tableau 6: Risque hémorragique et conduite à tenir (6).

Actes sans risque hémorragique	Conduite à tenir
<ul style="list-style-type: none"> • Soins conservateurs • Soins prothétiques supragingivaux • Anesthésie péri apicale, intraligamentaire, intraseptale • Détartrage 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune mesure particulière • Attention, aux risques d'endocardites infectieuses
<p>Actes à risque hémorragique modéré</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Avulsion en secteur localisé • Implant unitaire • Surfaçage 	<ul style="list-style-type: none"> • Compression locale intra alvéolaire avec un matériau hémostatique • Sutures • Acide tranaxémique (compression ou rinçage passif) • Colle biologique conseillée si INR supérieur à 3
<p>Actes à haut risque hémorragique</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Avulsions de plus de trois dents • Avulsions dans différents quadrants • Chirurgie parodontale et mucogingivale • Désinclusion avec traction chirurgico orthodontique • Avulsions de dents temporaires • Avulsion de dents au parodonte amoindri • Avulsions en zone inflammatoire • Avulsion de dents incluses • Implants multiples • Enucléations kystiques et chirurgies apicales • Biopsies 	<ul style="list-style-type: none"> • Si INR inférieur ou égal à 3 : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Compression locale avec un matériau hémostatique ◦ Sutures ◦ Colles biologiques conseillées ◦ Acide tranaxémique (compression ou rinçage passif) • Si INR supérieur à 3 : <ul style="list-style-type: none"> ◦ Relais de l'AVK par l'héparine (Cf annexe 4) ◦ Compression locale intra alvéolaire avec un matériau hémostatique ◦ sutures ◦ colles biologiques systématiques ◦ Acide tranaxémique (compression ou rinçage passif)

7.7 Annexe 7 : Relais AVK

Tableau 7: Exemple de relais des AVK pour une chirurgie programmée avec un INR déterminé 7 à 10 jours avant l'intervention (6).

J-5	Dernière prise de fluindione ou de warfarine
J-4	Pas de prise d'AVK
J-3	Première dose d'HBPM curative en sous cutané (SC) ou HNF SC le soir
J-2	HBPM deux fois par jour en SC ou HNF SC deux ou trois fois par jour
J-1	<ul style="list-style-type: none"> • HBPM à dose curative le matin de la veille de l'intervention ou HNF SC jusqu'au soir de la veille de l'intervention • Ajustement de l'anticoagulation en fonction du bilan biologique sanguin si l'INR est supérieur à 1,5 la veille de l'intervention prise de 5mg de vitamine K per os • Hospitalisation systématique
J0	Chirurgie
J+2 ou J+3	Les AVK sont repris sur prescription en même temps que les HBPM ou l'HNF
J+4 ou J+5	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle quotidien de l'INR • Tant que l'INR n'est pas remonté les deux médicaments sont maintenues conjointement. Lorsque l'INR est supérieur à deux, les injections sont arrêtées. • L'INR est mesuré tous les jours jusqu'à l'obtention de la bonne valeur, puis toutes les semaines pour obtenir la stabilisation, puis une fois par moi au long cours.

7.8 Annexe 8 : Dossier UACA : fiche d'identification



Fiche d'identification

ETIQUETTE

IDENTIFICATION PATIENT

Nom : _____
 Prénom : _____
 Nom marital : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____

 Tél. domicile : _____
 Tél. portable : _____
 Tél. professionnel : _____

Chambre : _____

MEDECIN TRAITANT

Dr _____
 Ville _____
 Tél. _____

Créneau horaire pour appel de la veille : _____

Appel du lendemain : oui non

IDENTIFICATION ACCOMPAGNANT

Nom : _____
 Prénom : _____
 Lien avec le patient : _____
 Adresse : _____

 Tél. domicile : _____
 Tél. portable : _____
 Tél. professionnel : _____

TRANSPORT RETOUR

accompagnant
 ambulance _____

Opérateur : _____

Anesthésiste : _____
 Type d'anesthésie : AG : ALR AL

Intervention : _____

Date : _____
 Heure : _____

ANTECEDENTS MEDICAUX : _____

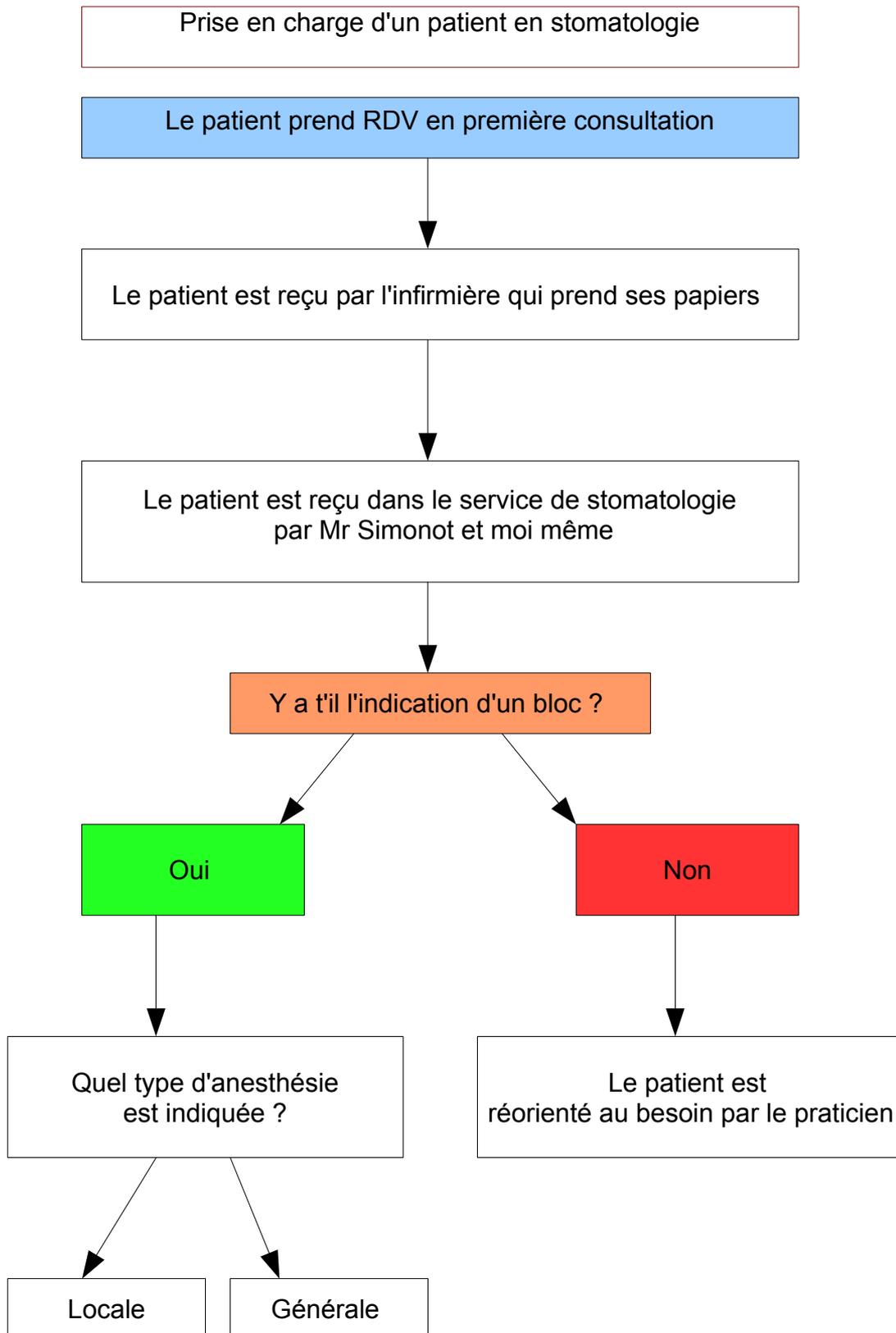
ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : _____

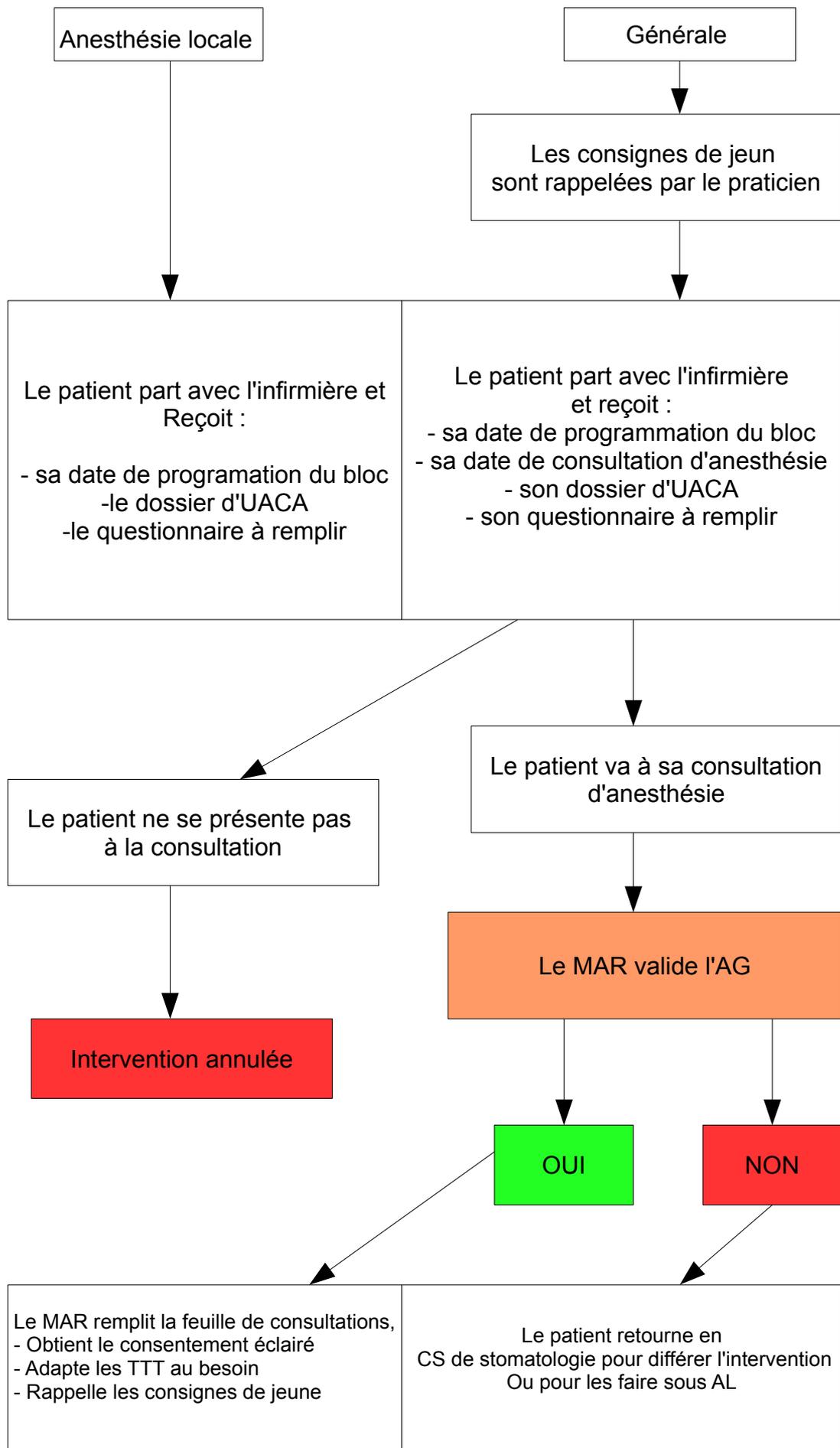
ALLERGIES CONNUES : _____

TRAITEMENTS A ARRETER AVANT INTERVENTION + DATE D'ARRET

Signature agent

7.10 Annexe 10 : Organigramme de prise en charge d'un patient type à l'hôpital de Cambrai





Le jour du bloc opératoire

Le patient arrive en UACA et est reçu
Par l'infirmière qui vérifie :
- si les documents ont été remplis
- si les consignes de jeun ont été respectées
- si les prescriptions pré opératoires ont été respectées

Les consignes de jeun
ont été respectées

Oui

Non

Le patient est préparé
et descend au bloc
quand l'IBOD donne l'accord

Le MAR et le chirurgien sont prévenus.
Le MAR décide :
- **l'intervention est annulée**
- le patient passe en fin de programme

Le patient attend dans le SAS,
Est vu par :
- L'IADE
- Le MAR
- le praticien opérateur
- l'IBODE

Le patient entre dans la salle d'intervention

Induction anesthésique

-Entretien anesthésique
- Intervention chirurgicale
et mise en place
des prescriptions per opératoires

Intervention terminée

Le patient part
en salle post interventionnelle
L'heure de sortie est fixée
Par le MAR

Le praticien remplit le dossier
Réalise les prescriptions post op
Réalise la cotation des actes

Au réveil, la douleur est évaluée
Les prescriptions
sont adaptées au besoin

Retour en chambre

Le patient est revenu en chambre

Le patient est revu en chambre par le praticien :
Conseils post op donnés

Le patient a mangé, uriné, s'est levé.
La douleur est maîtrisée
Pas de saignements intempestifs
Le patient est autorisé à sortir

L'infirmière remet au patient :
-son compte rendu d'opération
- son ordonnance
- sa date de consultation post opératoire
-le numéro à appeler si problème

8 à 10 jours plus tard, contrôle post opératoire

7.11 Annexe 11 : Fiches de conseil avant la sortie

PRECAUTIONS A OBSERVER

- Référez-vous aux recommandations en vue d'un acte ambulatoire.
- Pendant les 24 heures suivant l'anesthésie, ne conduisez pas de véhicule.
- N'utilisez pas d'appareil potentiellement dangereux.
- Ne prenez pas de décision importante.
- Vous pouvez boire et manger en petites quantités.
- Ne buvez pas d'alcool.
- Ayez un téléphone à proximité pendant les 24 premières heures.

L'équipe de l'U.A.C.A. vous a remis :

- votre lettre de sortie
- votre compte-rendu opératoire
- une ordonnance (traitement, soins éventuels)
- un rendez-vous de consultation
- votre bon de transport (si nécessaire)

Signature agent

NUMEROS DE TELEPHONE A GARDER PRES DE VOUS

S.A.M.U.	15	
Unité d'Anesthésie et de Chirurgie Ambulatoire (7h-19h)		03.27.73.76.82
Urgences du Centre Hospitalier de Cambrai (après 19h)		03.27.73.73.71



Centre
Hospitalier
Cambrai

CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI
516 Avenue de Paris - B. P 389 - 59407 CAMBRAI CEDEX
☎ 03.27.73.73.73
☎ 03.27.73.73.85
@ www.ch-cambrai.fr

A Cambrai, le

**POLES GERIATRIE, MEDECINE, CHIRURGIE
HOPITAL DE JOUR MEDICO-CHIRURGICAL**

CONDUITE A TENIR POST OPERATOIRE LORS D'EXTRACTION DENTAIRE

- Surveillance des saignements et/ou des caillots.
- Boire de l'eau fraîche en abondance pendant 24 heures.
- Prendre un repas tiède avec texture tendre pendant 24 à 48 heures (exemples : purée, omelette, jambon, steak haché, pâtes, compote, yaourt ...).
- Eviter les aliments comme le chocolat ou la fraise qui peuvent être confondus avec du sang.
- Débuter les bains de bouche dès le lendemain de l'intervention après chaque repas.
- Consultation avec le Docteur SIMONOT ou le dentiste habituel 8 à 10 jours après l'intervention.
- Antalgiques à la demande.

Si le saignement persiste, téléphonez à l'hôpital de jour au 03.27.73.76.82 ou rendez-vous aux urgences (si plus tard que 19h)

7.12 Annexe 12 : Renseignements sur l'appel du lendemain



Appel du lendemain

ETIQUETTE

Patient injoignable (2 tentatives) :

Appel non réalisé selon souhait du patient :

Date et heure de réalisation de l'appel :

Chambre :

A eu des saignements suffisamment importants pour appeler un médecin	oui	non
A eu mal à la gorge	oui	non
A eu mal à la tête	oui	non
A eu des nausées	oui	non
A vomi	oui	non
A eu des problèmes de somnolence	oui	non
A eu des vertiges ou des étourdissements	oui	non
A eu mal au niveau du point de perfusion	oui	non
A eu des douleurs à un autre endroit	oui	non
Si oui, localisation :		
A eu des difficultés à uriner	oui	non
A eu des douleurs musculaires	oui	non
A pu reprendre une alimentation normale le lendemain	oui	non
A repris une activité normale	oui	non
Si non : pourquoi ?		

Accepterait à nouveau une intervention en ambulatoire	oui	non
Accepterait à nouveau d'être opéré dans cette unité	oui	non

Les soins prodigués ont été : non satisfaisants satisfaisants excellents

Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Signature agent

7.13 Annexe 13 : Cahier d'observation

Questionnaire en vue de l'élaboration d'une thèse :

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont destinés à une étude de la prise en charge des soins dentaires au bloc opératoire dans le cadre d'une thèse réalisée par Mlle LHORS Camille entre janvier et juin 2016. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ainsi qu'un droit d'opposition.

Initiales du patient :

Numéro de chambre :

1- La dernière visite chez un chirurgien-dentiste, ou dans un service de stomatologie date de :

- 1 Il y a moins d'un an
- 2 entre un an et 2ans
- 3 plus de deux ans
- 4 je ne me souviens plus

DONNEES SOCIO-FAMILIALES

2- Date de naissance: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

- 1 Adulte
- 2 Enfant

3- Sexe: 1 M 2 F

4- Situation familiale :

- a) Si le patient est adulte : 1 célibataire
- 2 marié/pacsé
- 3 autre :

b) Si le patient est un enfant :

- 1 Famille monoparentale
- 2 Famille biparentale
- 3 Famille recomposée

5- Catégorie socioprofessionnelle du patient, (si le patient est un enfant, veuillez communiquer la situation des parents)

	Mère	Père
Agriculteur, artisan, commerçant, chef de petite entreprise	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Profession libérale, cadre supérieur, cadre A de la fonction publique	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Employé, ouvrier, catégorie C et D de la fonction publique	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Etudiant	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Demandeur d'emploi	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Retraité	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Autres personnes sans activité professionnelle	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Autre, précisez:	8	

6- Adresse du Lieu de vie

Ville en clair : Département : __

Distance entre le lieu de vie et le service de stomatologie :

- 1 agglomération
- 2 moins de 50 km
- 3 entre 50 et 100
- 4 + de 100 km

DONNEES MEDICALES

Poids : (kg)

Taille : (cm)

7- Etat de santé du patient (actuel et ATCD médicaux) :

<input type="checkbox"/> en bonne santé	<input type="checkbox"/> « malade » <input type="checkbox"/> épilepsie <input type="checkbox"/> cardiopathie (précisez) : <input type="checkbox"/> asthme <input type="checkbox"/> diabète (préciser) : <input type="checkbox"/> allergies (précisez) : <input type="checkbox"/> autres dont ATCD familiaux, précisez :
---	--

8-Traitement médical (actuel ou passé) : POSOLOGIE ET INDICATION

<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Antibiotiques : Précisez l'indication (<i>pourquoi ?</i>) : 1a <input type="checkbox"/> infection dentaire : Fréquence : __ fois au cours des 6 derniers mois 1b <input type="checkbox"/> infection ORL : Fréquence : __ fois au cours des 6 derniers mois 1c <input type="checkbox"/> autre :
<input type="checkbox"/> Antiépileptiques	<input type="checkbox"/> Broncho-dilatateurs
<input type="checkbox"/> Biphosphonates :	<input type="checkbox"/> Antiagrégants plaquettaires, anticoagulant :
<input type="checkbox"/> Anti déprimeurs	<input type="checkbox"/> Autres :....

9-Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales ou examen sous anesthésie générale ou sédation (uniquement pour des raisons dentaires) :

Non
 Oui
Si oui, combien ?
 Pour quel(s) motif(s) ?

 Date de la dernière intervention :

ETIOLOGIE DU PROCESSUS CARIEUX

10- Questions relatives à l'alimentation

10)a-Habituellement, quand vous avez soif dans la journée, qu'est ce que vous buvez ?

(préciser en dehors des repas et attendre la réponse spontanée du patient si possible, plusieurs réponses sont possibles)

- 0 *de l'eau plate, ou gazeuse*
- 1 *de l'eau avec du sirop*
- 2 *une boisson gazeuse sucrée : limonade, coca ou sodas*
- 3 *une boisson sucrée : jus de fruits, sirop, boisson au thé*
- 4 *sodas et boissons dites light*
- 5 *autres : préciser en clair :*

10) b- Est-ce que vous grignotez en dehors des repas ?

- 0 *Non*
- 1 *moins d'une fois par jour*
- 2 *1 à 2 fois par jour*
- 3 *2 à 5 fois par jour*
- 4 *plus de 5 fois par jour*
- 5 *préciser le contenu : gâteaux, chips, bonbons, autres.....*

11- Questions relatives à l'hygiène buccodentaire

11a-Quand vous brossez vous les dents ? :

- 0 *moins d'une fois par semaine*
- 1 *au mois une fois par semaine*
- 2 *Une fois par jour préciser quand :*
- 3 *2 ou 3 fois par jour*

11b-Pour le brossage,

- 0 *Est-ce que vous vous brossez les dents tout(e) seul(e)*
- 1 *Est-ce que quelqu'un vous aide un peu*
- 2 *Est-ce c'est quelqu'un d'autre qui lui brosse les dents complètement*

11c-Si le patient est un enfant, ou présente une incapacité motrice ou intellectuelle : Pendant le brossage, comment se comporte le patient en général (hors épisodes émotionnels particuliers) ?

- 0 *Il est actif*
- 1 *Il est passif*
- 2 *Il est opposant*
- 3 *Non concerné par la question*

12) Souffrez-vous de reflux gastro œsophagien ? :

1 oui

2 non

13) Avez-vous une sensation de bouche sèche :

1 oui

2 non

14) Habitudes autres :

14a) Fumez-vous ? :

1 oui

2 non

Si oui, Combien de cigarettes par jour, en moyenne :

1 moins de 10

2 entre 10 et 20

3 plus de 20.

15b) Consommez-vous de la drogue ? :

1 Non

2 Oui, mais rarement (*une à deux fois par an*)

3 Oui, quelque fois (*une fois par mois*)

4 Oui, quotidiennement

Si oui, quel(s) type(s) ?

.....

15c) Consommez-vous de l'alcool ?

1 Non

2 Oui, quelquefois le week-end

3 Oui, plusieurs fois par semaine

16) Environnement familial :

L'un de vos proches ont-ils déjà subi plusieurs extractions dentaires :

1 Oui, car il/elle avait de nombreuses caries

2 oui, car ses dents étaient mobiles

3 non

4 autres :.....

Précisez le degré de parenté : (parents, frères/sœurs, enfant, conjoint) :

.....

IMPACT DE LA MALADIE CARIEUSE SUR LA QUALITÉ DE VIE

17a- Avez vous des douleurs dentaires :

1 oui

2 non

17b- Ces douleurs vous empêchent elles de dormir ?

1 oui

2 non

17c- Ces douleurs vous empêchent elles de vivre normalement ?

1 oui

2 non

Si oui,

précisez.....

18) Avez-vous des difficultés à vous alimenter ?

1 oui

2 non

Si oui, car :

1 les douleurs m'empêchent de m'alimenter

2 Je n'arrive plus à mastiquer (= *mâcher les*

aliments)

3 autres.....

19) Obstacle social :

19a) Votre état bucco-dentaire représente-t-il un obstacle dans les relations avec vos proches ?

1 oui

2 non

Si oui, pourquoi :

1 Je n'ose plus sourire

2 Je n'ose plus parler

3 J'ai l'impression d'avoir mauvaise haleine, ou on me l'a déjà dit

19b) Votre entourage vous a-t-il déjà reproché votre état bucco-dentaire ?

1 oui

2 non

20) obstacle professionnel :

20a) Votre état bucco-dentaire représente-t-il un obstacle dans votre travail ?

1 oui

2 non

20b) Votre employeur, ou votre entourage professionnel (*clients, collègues, patron ?*) vous ont-ils déjà reproché votre état bucco-dentaire ?

1 oui

2 non

21) Patient adressé dans l'unité par :

1 <input type="checkbox"/> Permanence des soins de l'hôpital	6 <input type="checkbox"/> dentiste libéral
2 <input type="checkbox"/> Permanence des soins d'un autre hôpital	7 <input type="checkbox"/> médecin généraliste
3 <input type="checkbox"/> clinique	8 <input type="checkbox"/> famille, bouche à oreille
4 <input type="checkbox"/> service de Stomatologie	10 <input type="checkbox"/> Autres, précisez :
5 <input type="checkbox"/> Autre service hospitalier (précisez) :	
9 <input type="checkbox"/> Le patient lui même	

22- Expérience(s) antérieure(s) :

0 <input type="checkbox"/> échec suite à une ou plusieurs tentatives de soins Nb de tentatives en vigile : __ Nb de tentatives sous MEOPA : __ Nb de tentatives sous Midazolam : __	1 <input type="checkbox"/> référé sans tentative de soins 2 <input type="checkbox"/> a déjà été soigné sous AG pour soins dentaires date : lieu :
--	--

23a)- Type d'anesthésie préconisé par le chirurgien dentiste :

1 Locale

2 Générale

23b) Type d'anesthésie réalisée :

1 Locale

2 Générale

23c) Les raisons de l'AG :

1 Actes complexes

2 Actes algiques

3 Actes multiples

4 Refus de soins à l'état vigile, patient anxieux, phobique

24- Examen des muqueuses :

24a) Le parodonte est :

- 1 cliniquement sain
- 2 inflammatoire

24b) Lésion blanche :

bénigne

biopsie

- 1 absence de lésions blanches
- 2 Présence de lésion(s) blanche(s) d'allure
- 3 Présence de lésion(s) blanche(s) nécessitant

24c) Lésion rouge :

- 1 absence de lésion rouge
- 2 Présence de lésion(s) rouge(s)

24d) Foyer fongique :

- 1 absence
- 2 présence suspectée d'un foyer fongique

26) Présence de défauts de structure d'origine non carieuse affectant la constitution ou la teinte de l'émail (fluorose, amélogénèse imparfaite, dentinogénèse imparfaite, MIH...)

0 Non

1 Oui, et une dent est atteinte

2 Oui, et au moins un secteur est atteint : préciser lequel :

.....

3 Item non évalué

Si oui à l'item 23, les dents atteintes sont : 4 temporaires

5 définitives

27) Nombre d'UF (couples de dents antagonistes en contact - post-canine) comptabilisées lors de la mise en occlusion :

Préciser : _ _ 99 mise en occlusion impossible

28) Nombre d' « UF » antérieures (incisives et canines):

Préciser : _ _ 99 mise en occlusion impossible

29) Examen radiographique préopératoire :

0 aucun disponible le jour de la consultation

1 radiographie panoramique

2 Bilan rétroalvéolaire

3 Ordonnance dentascan

4 Ordonnance autre : préciser

30) Traitements à prévoir

1 DDS

2 Dents incluses autre que DDS

3 EDM sans DDS

4 Extractions de moins de 4 dents autre que DDS

5 EDM + DDS

6 Dents lactéales

7 Lésions des tissus mous

8 Ablation, curetage de kyste

31) Sur les patients reçus au bloc, d'autres soins dentaires seraient-ils nécessaires ?

1 Non

2 Détartrage

3 Oui, soins carieux

4 Oui détartrage + soins de caries

5 Oui détartrage, soins de caries, mise en place de sealant

6 Oui détartrage, soins de caries, sealant, soins prothétiques.

32) Quel a été le degré de coopération du patient au cours de l'examen bucco-dentaire ? 0 1 2 3 4 5 9 Ne sait pas

7.14 Annexe 14 : Autorisation CNIL



Centre
Hospitalier
Cambrai

CENTRE HOSPITALIER DE CAMBRAI
516, avenue de Paris - B.P 389 - 59407 CAMBRAI CEDEX

☎ 03.27.73.76.19

☎ 03.27.73.73.85

@



V/Réf : CD/CD/15/06

Affaire suivie par Céline DEKIMPE

Mme Camille LHORS

☎ 03.27.73.76.69

@ c.dekimpe@ch-cambrai.fr

Cambrai, le 16 décembre 2015

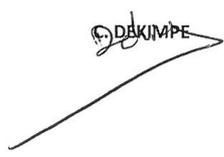
Madame,

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en août 2004, le centre hospitalier de Cambrai, 516 avenue de PARIS, BP 389, 59407 CAMBRAI Cedex, a déclaré dans son registre, un traitement d'informations nominatives dont la finalité principale est :

Etude de thèse sur la prise en charge des soins dentaires au Bloc opératoire.

Ce traitement est enregistré sous le numéro 40.

Correspondant Informatique et Libertés

 C. DEKIMPE

7.15 Annexe 15 : Autorisations chefs de pôles

~~Camille Lhors~~

Etudiante en sixième année de chirurgie dentaire
FFI dans le pôle de stomatologie à l'hôpital de Cambrai

lhors.camille@gmail.com

Objet : demande d'autorisation de lancement de questionnaire en vue de l'élaboration de la thèse de deuxième cycle.

A Monsieur le Dr Miequel, responsable du pôle chirurgical,
A Monsieur le Dr Linxe, responsable du pôle d'anesthésie,
A Monsieur le Dr Simonot, responsable du pôle de stomatologie,
A Monsieur Morelle Damien, responsable du bloc opératoire,

Dans le but de l'élaboration de ma thèse de troisième cycle, je souhaite réaliser une étude épidémiologique sur la population consultant le service de stomatologie au CH hospitalier de Cambrai.

Les questions concernent les habitudes de vie, d'hygiène et alimentaire des patients, ainsi qu'une étude de leur état bucco-dentaire. Un compte rendu est ensuite écrit en fonction des extractions réalisées, et des soins qui auraient été nécessaires. Le questionnaire sera donné en consultations externes.

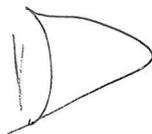
Afin de soutenir ma thèse, il m'est obligatoire d'obtenir votre accord écrit.

Je vous remercie de l'attention portée, et de votre accord futur,

Veuillez recevoir mes salutations distinguées,

Lhors Camille

Centre Hospitalier de Cambrai
Pôle Chirurgie - Anesthésie
Anesthésie Réanimation
Docteur E. LINXE
Praticien Hospitalier
Chef de Service
10002214921



7.16 Annexe 16 : Echelle de VENHAM (48)

0 Détendu, souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.

1 Mal à l'aise, préoccupé. Regard direct .mais expression faciale tendue. Observe furtivement l'environnement. S'appuie spontanément sur le dossier du fauteuil. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – dire ce qu'il ressent quand on le lui demande Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.

2 Tendus. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Multiplie les demandes d'informations. Mains crispées aux accoudoirs, peuvent se tendre et se lever, mais sans gêner le dentiste. S'appuie au dossier spontanément, mais la tête et le cou restent tendus. Accepte le main-dans-la-main. Regard direct. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs discrets possibles. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.

3 Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Soupire souvent. Protestations énergiques, pleurs possibles. S'appuie au dossier après plusieurs sollicitation, la tête et le cou restent tendus. Légers mouvements d'évitement. Mains crispées, regard parfois fuyant. Accepte le main-dans-la-main. Hésite à utiliser les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Gigote un peu. Proteste verbalement, larmoyant. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.

4 Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Crispation importante, Sourcils froncés, regard fuyant, les yeux peuvent être volontairement fermés. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Mouvements

d'évitement brusques. Pose ses mains sur sa bouche ou sur le bras du dentiste mais finit par laisser faire. Serre les lèvres mais finit par garder la bouche ouverte. Soulève fréquemment sa tête du dossier. Rejette le contact corporel, mais peut encore accepter le main-dans-la-main. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La dissociation est partielle. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.

5 Totallement déconnecté de la réalité du danger. Inaccessible à la communication. Rejette le contact corporel. Serre les lèvres et les dents. Referme la bouche et serre les dents dès que possible. Agite violemment la tête. Pleure fort à grands cris, hurle, dit des injures, se débat, est agressif ; inaccessible à la communication verbale, et visuelle. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

Bilan de la prise en charge odontologique au sein du service de Stomatologie de l'hôpital de Cambrai : étude sur 100 patients./ LHORS Camille.- 145 p: 51 ill ; 48 réf.

Domaines : Chirurgie buccale ; Anesthésie.

Mots clés Rameau: Santé publique bucco-dentaire-France-Cambrai ; Stomatologie ; Gestion des soins aux patients ; Chirurgie ambulatoire ; Anesthésie en odontostomatologie.

Mots clés FmeSH: Enquête de Santé dentaire ; Soins aux patients-statistiques et données numériques ; Service hospitalier d'odontologie ; disparité de l'état de santé.

En France, malgré une amélioration de la santé bucco-dentaire, on note des disparités régionales importantes pour la prévalence de la maladie carieuse. La progression de la maladie carieuse représente un fléau dans les populations précaires. Malgré les dispositifs de prévention mis en place par l'assurance maladie, une partie de la population reste exclue de ces derniers. Cette exclusion entraîne une détérioration de l'état bucco-dentaire, qui peut être sévère.

L'anesthésie générale représente alors leur dernière solution pour une prise en charge globale, en un temps, pour les patients qui cumulent besoins de soins importants, anxiété et manque de coopération. Elle permet également une meilleure prise en charge de la douleur par rapport aux extractions réalisées en cabinet libéral. La prise en charge hospitalière rassure les patients au statut médical compromis, en leur permettant une surveillance post interventionnelle, et une diminution du temps nécessaire pour réaliser l'assainissement buccal avant une chirurgie générale. Pour autant, ce mode de prise en charge ne doit pas être banalisé, et répond théoriquement à des indications bien particulières.

L'hôpital de Cambrai dispose d'un plateau technique accueillant un médecin stomatologue et un chirurgien dentiste. Le but du travail est de décrire l'activité odontologique du service de stomatologie.

JURY :

Président : Monsieur le Pr Guillaume PENEL,

Assesseurs : Madame le Dr Caroline DELFOSSE,

Madame le Dr Céline CATTEAU,

Madame le Dr Coralie LACHERETZ.