

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2020

N°:

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

Présentée et soutenue publiquement le 25 Mai 2020

Par Louise KUHN

Né(e) le 13 JANVIER 1995 à Villeneuve d'Ascq - France

Information en Chirurgie Orale et création de fiches d'information pour le service
d'Odontologie du CHU de Lille

JURY

Président : Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Monsieur le Docteur Fabien GRESSIER

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	E. BOCQUET
Vice-Doyen	:	A. de BROUCKER
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BECAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du Département de Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département 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 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.

Remerciements

Aux membres du Jury,

Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT – DEBRUYNE

Professeure Émérite des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques

Maîtrise libre de Biologie Humaine

Docteur d'État en Odontologie

Habilitation à Diriger des Recherches

Membre titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques.

*Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de
cette thèse.*

*Je vous remercie pour votre disponibilité, vos conseils et la bienveillance dont
vous avez fait preuve pour la finalisation de ce travail.*

*Veillez trouver dans cet ouvrage, l'expression de ma profonde reconnaissance et
de mon profond respect.*

Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département de Chirurgie Orale

Docteur e Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Maîtrise en Biologie Humaine

Certificat d'Etapes Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

Secrétaire du Collège National des Enseignants de Chirurgie Orale et Médecine Orale

Chef du Service d'Odontologie du CHRU de Lille

Coordonnateur du Diplôme d'Études Spécialisées de Chirurgie Orale (Odontologie)

Responsable du Département de Chirurgie Orale

Veillez recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de siéger parmi les jurés en ce jour. Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez témoignée tout au long de la réalisation de ce travail.

Malgré vos responsabilités, vous avez su vous rendre disponible, votre aide et votre implication ont facilité la réalisation de cette thèse.

Je vous remercie également de la chance que vous m'avez donnée de pouvoir vous assister lors de vos consultations préopératoires pendant ma dernière année de clinique, dont je garde un agréable souvenir.

Soyez assuré de ma plus grande estime à votre égard.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université d'Auvergne

Master II Recherche « Santé et Populations » - Spécialité Évaluation en Santé & Recherche Clinique – Université Claude Bernard (Lyon I)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales (Lille 2)

Formation à la sédation consciente par administration MEOPA pour les soins dentaires (Clermont-Ferrand)

Formation certifiante « concevoir et évalue un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient » (CERFEP Lille)

Responsable du Département Prévention et Épidémiologie, Économie de la Santé et Odontologie Légale

Coordonnateur inter-régional du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Bucco-Dentaire

Vous avez spontanément accepté de faire partie de ce jury de thèse et je vous en remercie. Vos réponses à mes interrogations ont été précieuses dans les débuts de la réalisation de cette thèse.

Je vous remercie également pour votre pédagogie et vos conseils pendant mes trois années de clinique qui me servent chaque jour.

Recevez l'expression de ma gratitude et de ma plus profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Fabien GRESSIER

Assistant Hospitalo-Universitaire des CSERD

*Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale
Département Chirurgie Orale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Études Supérieures de Médecine Buccale – Lille

Certificat d'Études Supérieures d'Odontologie Chirurgicale – Lille

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de poursuivre la réalisation de ce travail malgré votre emploi du temps particulièrement chargé.

Je vous remercie pour vos encouragements, vos conseils et votre implication dans ce projet et également pour la confiance que vous m'avez témoignée.

Vous m'avez également initiée à la chirurgie orale pendant ma dernière année de clinique et donné envie d'approfondir cette pratique dans mon exercice futur grâce à vos enseignements.

Je vous prie de croire en mon amicale et profonde reconnaissance, et je vous renouvelle mes sincères remerciements pour cette thèse que vous avez dirigée.

A mes amis et à ma famille,

Tables des matières

Introduction.....	15
1. Information et consentement : généralités.....	16
1.1. L'information.....	16
1.1.1. Définition.....	16
1.1.2. Cadre juridique.....	16
1.1.3. Rôle dans la relation praticien-patient.....	17
1.1.3.1. Qui délivre l'information ?.....	17
1.1.3.2. Qui reçoit l'information ?.....	18
1.1.3.2.1. Personne mineure.....	18
1.1.3.2.2. Personne majeure sous tutelle.....	19
1.1.3.3. Quel est le contenu de l'information ?.....	19
1.1.3.4. Quelle doit être la qualité de l'information ?.....	20
1.1.3.4.1. Préalable à tout acte.....	20
1.1.3.4.2. Loyale, claire, appropriée.....	20
1.1.3.4.3. Complète, ou différée.....	21
1.1.3.4.4. Intervention d'une tierce personne.....	21
1.2. Le consentement : finalité de l'information.....	22
1.2.1. Définition.....	22
1.2.2. Textes juridiques.....	22
1.2.3. Principes du consentement.....	23
1.2.3.1. Libre.....	25
1.2.3.2. Éclairé.....	25
1.2.3.3. Implicite ou explicite.....	26
1.2.3.3.1. Implicite.....	26
1.2.3.3.2. Explicite.....	26
1.2.3.4. Cas particuliers.....	27
1.2.3.4.1. L'urgence.....	27
1.2.3.4.2. Personne mineure ou majeure sous tutelle.....	28
1.2.4. En résumé.....	28
2. Application des principes de l'information en Chirurgie Orale.....	29
2.1. Terrains d'application.....	29
2.1.1. L'information au préalable.....	29
2.1.1.1. Acte opératoire.....	29
2.1.1.2. Anesthésie utilisée.....	29
2.1.1.3. Risques encourus.....	29
2.1.1.4. Prescription préopératoire.....	30

2.1.2.	L'information postopératoire.....	31
2.1.2.1.	Suites opératoires.....	31
2.1.2.2.	Prescription postopératoire.....	31
2.2.	Intérêts de l'information écrite en Chirurgie Orale.....	32
2.2.1.	L'avulsion dentaire : un acte anxigène.....	32
2.2.1.1.	Idées reçues	32
2.2.1.2.	Progrès et changement des mentalités	32
2.2.1.3.	Sources de l'anxiété en Chirurgie Orale	33
2.2.2.	Défaut d'information : une perte de chance	33
2.2.2.1.	Sources de litige en Chirurgie Orale.....	33
2.2.2.2.	Litiges en cas de mauvaise information.....	34
2.2.2.3.	Recours à internet	35
2.2.3.	L'information écrite : un outil pour le patient comme pour le personnel de santé.....	36
2.2.3.1.	Meilleure prise en charge	36
2.2.3.2.	Réduction de l'anxiété	36
2.2.3.3.	Difficultés de compréhension.....	36
2.2.3.4.	Difficultés de mémorisation de l'information	37
2.2.3.5.	Traçabilité de l'information	38
2.2.3.6.	Une satisfaction démontrée	39
2.3.	Conclusion	40
3.	Élaboration d'une fiche d'information pour l'Unité Fonctionnelle de Chirurgie orale du service d'Odontologie du CHU de Lille.....	41
3.1.	Présentation du projet.....	41
3.1.1.	Le déroulement des consultations de l'UF de Chirurgie Orale	41
3.1.1.1.	Une consultation préopératoire.....	41
3.1.1.2.	L'acte opératoire	42
3.1.1.3.	La consultation postopératoire.....	42
3.1.2.	Le projet	43
3.1.3.	Les objectifs du projet.....	43
3.1.4.	Validation du projet	43
3.2.	Conception des fiches d'information	44
3.2.1.	Les étapes d'élaboration d'un document écrit	44
3.2.1.1.	La pertinence de la demande	45
3.2.1.2.	Le thème.....	45
3.2.1.3.	Le public	46
3.2.1.4.	Le type de document	46
3.2.1.5.	Stratégie de diffusion et de mise à disposition du document....	46
3.2.1.6.	Identifier les documents existants à l'intention du public sur le	

thème et les évaluer	47
3.2.2. La conception de la fiche	48
3.2.2.1. Structure et contenu du document.....	48
3.2.2.1.1. Texte.....	48
3.2.2.1.2. Illustrations	49
3.2.2.2. Logiciel utilisé	50
3.2.2.3. Choix de la police	50
3.2.2.4. Choix des couleurs	51
3.2.2.5. Score de lisibilité de Flesh	51
3.2.2.5.1. Généralités	51
3.2.2.5.2. Calculs de l'indice de Flesch pour les fiches	52
3.2.2.5.3. Conclusion.....	53
3.2.2.6. Mise en page par le CHU	53
3.3. Validation des fiches d'information	54
3.3.1. Validation par les praticiens de l'UF de Chirurgie Orale	54
3.3.1.1. Objectifs de la validation.....	54
3.3.1.2. Méthode.....	55
3.3.1.3. Modifications apportées.....	55
3.3.1.3.1. Termes médicaux.....	55
3.3.1.3.2. Ajout ou retrait d'informations.....	56
3.3.1.3.3. Format	56
3.3.2. Validation par les patients	57
3.3.2.1. Intérêts.....	57
3.3.2.2. Méthode.....	58
3.3.2.3. Résultats.....	58
3.3.3. Validation par le Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille.....	59
3.3.4. Fiches définitives	60
3.3.4.1. Information médicale avant avulsions dentaires.....	60
3.3.4.2. Information médicale avant avulsions de dents de sagesse	61
3.3.4.3. Consentement éclairé avant acte de chirurgie orale	63
3.3.4.4. Conseils postopératoires après acte de chirurgie orale.....	64
3.4. Perspectives.....	66
Conclusion.....	67
Références bibliographiques	69
Annexes.....	74
Annexe 1 : « Indications d'avulsion d'une troisième molaire », d'après les Recommandations de la Haute Autorité de la Santé [60]	74
Annexe 2 : « Conseils postopératoires », exemple de fiche proposée par la Société Française de Chirurgie Orale [64].....	75

Annexe 3 : Fiche conseil sur les dents de sagesse, Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)	77
Annexe 4 : Fiche conseil sur les « Extractions dentaires », Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)	78
Annexe 5 : Exemple de fiche de consentement proposé par la Haute Autorité de Santé [65].....	80
Annexe 6 : Première maquette de la fiche « Information médicale avant avulsions dentaires »	81
Annexe 7 : Première maquette de la fiche « Information médicale avant avulsions de dents de sagesse ».....	82
Annexe 8 : Première maquette de la fiche « Consentement éclairé avant acte de Chirurgie Orale ».....	84
Annexe 9 : Première maquette de la fiche « Conseils postopératoires après acte de Chirurgie Orale ».....	85

Introduction

L'information fait partie intégrante de la prise en charge des patients dans le quotidien des professionnels de santé. Dans le milieu médical, elle appartient aux droits des patients et aux devoirs des praticiens.

Depuis quelques années, une augmentation des litiges dus à une mauvaise information est observée. Les professionnels de santé doivent veiller à délivrer à tous une information complète et détaillée. La délivrance de l'information et le recueil d'un consentement éclairé repose sur une information obligatoirement orale, mais une information écrite peut être recommandée afin d'améliorer sa qualité et sa compréhension.

Dans ce contexte, quelles doivent être les caractéristiques d'une information idéale ? Comment améliorer la délivrance de l'information et sa compréhension par le patient ? Pourquoi un document écrit peut-il être proposé et comment est-il élaboré ?

La première partie de ce travail est consacrée aux généralités sur l'information, ses caractéristiques, les modalités de sa délivrance et l'obtention du consentement éclairé.

L'application des principes de l'information en Chirurgie Orale et les intérêts de l'information écrite dans cette discipline sont étudiés dans une seconde partie.

Dans le cadre de cette thèse, des fiches d'information destinées aux patients de l'Unité Fonctionnelle de Chirurgie Orale du service d'Odontologie du CHU de Lille sont réalisées. Les étapes d'élaboration de ces documents selon les recommandations sont détaillées dans une dernière partie.

1. Information et consentement : généralités

1.1. L'information

1.1.1. Définition

Dans le dictionnaire Larousse, l'information est définie par une « indication, renseignement, précision que l'on donne ou que l'on obtient sur quelqu'un ou quelque chose » [1].

Dans le domaine de la santé, l'information est délivrée par le professionnel de santé et elle est destinée à éclairer le patient sur son état général, à lui décrire la nature, le déroulement des soins, mais également les risques encourus pendant l'acte thérapeutique. Elle est devenue un élément central de la relation praticien-patient et elle est devenue progressivement une obligation pour les praticiens. Elle fait partie des droits du malade qui sont : l'accès aux soins, l'autonomie, l'information, le secret et l'indemnisation des risques sanitaires.

L'information médicale est une obligation morale, légale et déontologique pour les professionnels de santé en France. Elle est un véritable enjeu de santé publique et la base d'une bonne prise en charge et d'une relation de confiance, il est donc essentiel d'y accorder du temps et de l'importance au sein de la pratique médicale.

1.1.2. Cadre juridique

La naissance de l'obligation de l'information dans la jurisprudence française date de l'Arrêt Mercier, le 20 mai 1936. Cet arrêt met en avant le fait que le médecin a l'obligation de fournir au patient une information sur son état et sur les soins envisagés, de manière à recueillir son consentement [2].

Dans l'arrêt Teyssier, prononcé le 28 janvier 1942 par la Cour de Cassation, le devoir d'information du médecin envers le patient est jugé nécessaire dans sa prise en charge [2].

Cette notion d'information sera ensuite reprise dans de nombreux textes législatifs, en particulier dans la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Article L1111-2 et L1111-4 du Code de

Santé Publique). La loi Kouchner énonce que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé » [3]. Cette loi a permis une réflexion essentielle sur la place du malade dans le cadre des soins. Il en ressort que le patient a le droit d'être informé, ce droit lui permet également de s'exprimer ensuite sur ses choix, sa volonté et de prendre des décisions quant à sa santé.

L'information est également définie par le Code de Déontologie : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans les explications et veille à leur compréhension » [4].

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, l'information est « délivrée par le professionnel de santé à la personne et destinée à l'éclairer sur son état de santé et à lui permettre, si nécessaire, de prendre en connaissance de cause les décisions concernant sa santé en fonction de ce qu'elle estime être son intérêt » [5].

1.1.3. Rôle dans la relation praticien-patient

1.1.3.1. Qui délivre l'information ?

L'information est délivrée par le praticien, ou professionnel de santé. C'est ce praticien qui prescrit les examens complémentaires, les ordonnances, qui réalise ensuite l'acte opératoire, le suivi et prend en charge son dossier médical [5].

Chaque praticien qui participe aux soins du patient doit délivrer l'information. C'est à dire que dans le cas où le prescripteur de l'acte opératoire n'est pas le même praticien qui effectue ce dernier, les deux praticiens se doivent de donner chacun l'information au patient [6].

Le praticien délivre au patient l'information au cours d'un entretien individuel, préalablement aux soins nécessaires, dans un lieu approprié, favorable à la compréhension et à l'écoute [3].

Le praticien ne se contente pas de transmettre l'information, il doit s'impliquer personnellement dans la façon dont il transmet l'information [6]. La délivrance de l'information va être déterminante pour la prise de décision du patient ultérieurement.

1.1.3.2. Qui reçoit l'information ?

Chacun est acteur de sa santé. D'après l'article L1111-4 du Code de Santé Publique, toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Cet article informe également sur le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle, qui doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision [7].

D'après l'article du Code de Santé Publique L-1111-2, « les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle » [8]. Toute personne est présumée capable de recevoir des informations, à moins qu'il ait été établi que cette capacité lui faisait défaut [9].

1.1.3.2.1. Personne mineure

Le professionnel de santé délivre au mineur une information adaptée à son degré de maturité et à son niveau de compréhension. Le mineur peut participer au dialogue et à la prise de décision s'il en est capable. En fonction de son âge, une partie de l'entretien pourra être individuelle.

L'information est délivrée aux parents, titulaires de l'autorité parentale ou tuteurs, la vérification des différentes autorisations est de ce fait nécessaire. Si le mineur n'est pas accompagné pendant la consultation, il est nécessaire de préciser que l'information devra être, soit réitérée, soit complétée, en présence du, ou des titulaires de l'autorité parentale [5].

En cas de refus de la part du mineur d'informer le titulaire de l'autorité parentale, une personne majeure de son choix doit être choisie et informée, cela doit alors être précisé dans le dossier médical [10].

1.1.3.2.2. Personne majeure sous tutelle

Le professionnel de santé délivre à la personne une information adaptée à ses facultés de compréhension. Si la personne n'est pas en état de comprendre, retenir l'information, ou d'exprimer sa volonté, le professionnel de santé doit consulter la personne de confiance qui a été désignée par le patient lorsqu'il disposait encore de ses facultés de discernement. Dans le cas où la personne de confiance est absente, le tuteur ou les proches présents peuvent être consultés [5].

Au sein de l'étude de médecine générale menée par Coudane et al., 90% des patients ont plébiscité la présence de leur personne de confiance pendant leurs consultations chirurgicales [11].

1.1.3.3. Quel est le contenu de l'information ?

Le professionnel de santé délivre tous les éléments qu'il juge utiles, permettant au patient d'accepter, ou refuser les soins qu'il lui propose. Cette information porte sur les éléments généraux comme spécifiques, elle tient compte des connaissances médicales avérées [5].

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le patient doit être informé sur [5] :

- son état de santé générale. En cas de maladie, l'information porte sur ses caractéristiques et son évolution habituelle avec et sans traitement, y compris en ce qui concerne la qualité de vie,
- la description, le déroulement et l'organisation des investigations, des soins, des actes envisagés et l'existence ou non d'une alternative,
- leurs objectifs, leur utilité, leur degré d'urgence,
- les bénéfices escomptés,
- les inconvénients, les complications et les risques fréquents ou graves habituellement prévisibles,
- les conseils à la personne, les précautions qui lui sont recommandées,

- le suivi et ses modalités en fonction des solutions envisagées.

Pour tout nouveau risque découvert postérieurement à l'acte thérapeutique réalisé, le praticien est dans l'obligation d'en informer son patient, d'après l'article L1111-2 du Code de Santé Publique [8].

Seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer peut dispenser le praticien l'obligation d'informer [9,12].

1.1.3.4. Quelle doit être la qualité de l'information ?

Qu'elle soit délivrée par oral ou par écrit, l'information doit contenir les mêmes critères de qualité : elle doit être hiérarchisée, reposer sur des données validées scientifiquement ; les bénéfices doivent être présentés avant les inconvénients et les risques, et elle doit être comprise par le patient [13].

1.1.3.4.1. Préalable à tout acte

L'information doit être obligatoirement délivrée avant chaque acte opératoire. En effet, dans l'arrêt de la Cour de Cassation du 17 novembre 1969, il en ressort que l'avertissement préalable, constituant une obligation professionnelle d'ordre général, doit être antérieur à l'intervention médicale ou chirurgicale [14].

1.1.3.4.2. Loyale, claire, appropriée

L'arrêt de la Cour de Cassation du 21 février 1961 définit les qualités nécessaires de l'information médicale délivrée comme étant « simple, approximative, intelligible et loyale » [15].

L'information doit être simple, c'est à dire qu'il faut éviter les termes médicaux trop complexes, que le patient ne pourrait comprendre s'il n'a pas suffisamment de connaissances médicales [10].

Comme énoncé précédemment, d'après l'article 35 du code de Déontologie Médicale « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension» [4].

L'article 34 du code de Déontologie Médicale énonce également que « le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution» [16].

Tout en restant loyal, le praticien doit expliquer sa préférence et expliquer pourquoi, afin d'apporter une aide au patient dans sa prise de décision.

1.1.3.4.3. Complète, ou différée

L'information peut être délivrée dans son intégralité au patient dès la première consultation. S'il est possible, le praticien peut décider de délivrer l'information de façon progressive, en plusieurs fois [5]. L'information peut être réitérée et doit être actualisée.

Dans certains cas particuliers, le praticien peut choisir délibérément de délivrer l'information partiellement ; par exemple dans le cas où une personne accompagnante doit être présente.

1.1.3.4.4. Intervention d'une tierce personne

Si un accompagnant est présent, il est nécessaire de demander préalablement au patient s'il désire recevoir les informations lors d'un entretien individuel, sans la présence de la personne accompagnante.

Si la personne a désigné une personne de confiance, l'information peut être délivrée en sa présence.

Si la personne est étrangère, il est recommandé de faire appel à un interprète. De la même façon que pour une personne malentendante, ou autre handicap sensoriel, il est préférable de faire appel à un assistant de communication [5].

1.2. Le consentement : finalité de l'information

1.2.1. Définition

Le consentement est défini comme « l'action de donner son accord à une action, à un projet ; acquiescement, approbation, assentiment » [1], dans le dictionnaire Larousse. Le consentement est la manifestation, l'expression de la volonté de la personne à une proposition qui lui est faite, la concrétisation explicite ou implicite de la volonté de la personne.

Le consentement éclairé est un aspect important de prise en charge des patients. Les défaillances dans ce domaine peuvent entraîner une insatisfaction du patient ou un litige [17].

Dans les années 50, la relation praticien-patient était paternaliste, le praticien imposait ses décisions au patient. Le patient est devenu progressivement, dans les dernières décennies, acteur de sa santé. Une autonomie du patient face au corps médical est désormais retrouvée, avec notamment l'intervention des différents médias, dans lesquels le patient peut lui-même recueillir des informations médicales [9].

1.2.2. Textes juridiques

La première notion de consentement en juridiction, remonte à l'arrêt Mercier, le 20 mai 1936, en Cour de Cassation, où il est défini comme un véritable contrat, entre le praticien et le patient : « qu'il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat » [18].

Puis le 28 janvier 1942, l'Arrêt Teyssier en Chambre de Cassation, met alors en avant le principe du respect du consentement préalable du malade à des examens, ou à la mise en place d'une prise en charge thérapeutique [2]. La notion de droit du malade en matière de consentement est alors reconnue pour la première fois. Cette notion de consentement apparaît ensuite, le 20 décembre 1988, dans l'ancien Code de Santé Publique [19].

Désormais, le consentement est défini dans l'ensemble des textes juridiques reliés à la santé, comme dans l'article R4127-236 du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes : « le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas » [20], ou dans l'article L1111-4 du nouveau Code de Santé Publique : « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » [7].

Ce contrat de soin est défini dans l'article 1106 du Code Civil comme un contrat « synallagmatique », c'est à dire qu'il fait naître des obligations réciproques et interdépendantes entre le praticien et le patient : « les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres » [21]. D'une part, une obligation de la part du praticien de donner les « soins consciencieux, attentifs et conformes aux données de la science », d'autre part une obligation du patient d'honorer le praticien et collaborer aux soins définissent ce contrat [22].

En juin 2014, une charte ayant pour titre « Charte Ordinale sur le consentement éclairé, Éléments nécessaires et suffisants » a été créée par l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Cette charte a pour objectif d'aider les praticiens à remplir leurs obligations en termes de consentement et leur sert de guide durant leur entretien avec le patient. Elle reprend toutes les caractéristiques essentielles de l'information qui doit être délivrée, les cas particuliers que chaque praticien peut rencontrer pendant leur exercice. Elle définit également les preuves de délivrance de l'information et la validité du consentement [23].

1.2.3. Principes du consentement

Le consentement et l'information sont étroitement liés. En effet, le consentement dépend de l'information donnée en amont, c'est uniquement lorsque toutes les informations ont été délivrées que le consentement est recherché. Le patient doit être préalablement informé pour consentir, de la façon la plus complète possible, afin qu'il dispose de tous les éléments pour prendre sa décision [13].

Selon Phanuel (2002), quatre éléments d'information conditionnent le consentement éclairé et la confiance des patients (Figure 1) [24] :

- les examens et analyses,
- la maladie et état de santé,
- les bénéfices attendus,
- les soins.

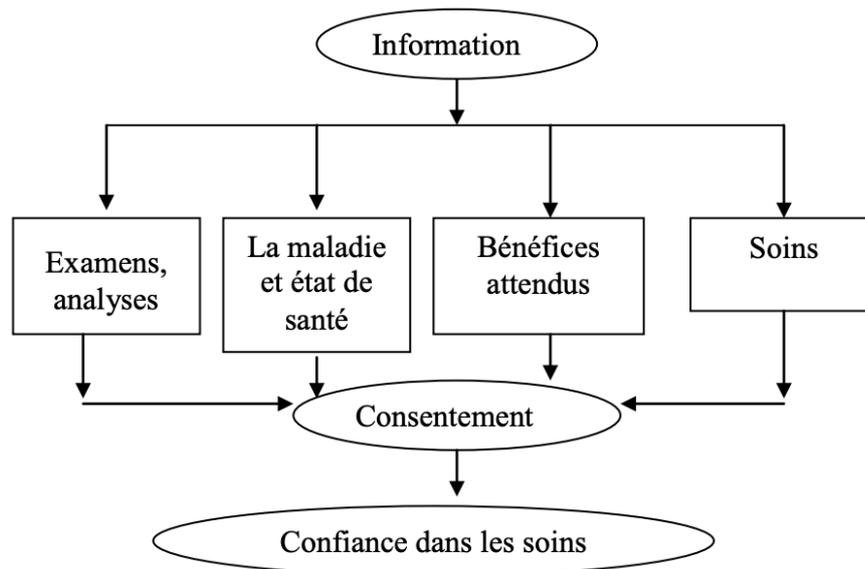


Figure 1 : Information, consentement et confiance dans les soins [24]

En revanche, en aucun cas l'information n'est donnée dans le seul but d'obtenir le consentement, dans ce cas ce serait un retour à la relation praticien-patient paternaliste, dans laquelle le praticien décide indirectement pour son patient.

Dans le domaine de la santé, la décision quant à la prise en charge thérapeutique doit être bidirectionnelle, c'est à dire qu'elle doit être prise à la fois par le praticien et par le patient. De plus, elle doit reposer sur un échange d'information partagé [25] (Tableau 1).

Tableau 1 : Les différents modèles d'information et de prises de décision [25].

	Modèle paternaliste	Décision partagée	Modèle informatif
Échange d'information	Unidirectionnelle Contenu médical Information minimale requise par la loi	Bidirectionnelle Contenu médical et personnel Toute information pertinente pour la prise de décision	Unidirectionnelle Contenu médical Toute information pertinente pour la prise de décision
Délibération	Médecin seul ou avec d'autres médecins	Médecin et patient	Patient
Qui prend la décision ?	Médecin	Médecin et patient	Patient

1.2.3.1. Libre

Le consentement du patient doit être libre, c'est à dire qu'il ne doit pas avoir été obtenu sous la contrainte [13] et peut être retiré à tout moment [7].

Selon l'article L-1111-4 du Code de Santé Publique : « le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité » [7].

D'après l'article R4127-236 du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes : « Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le chirurgien-dentiste doit respecter ce refus après l'avoir informé de ses conséquences » [20].

Un patient qui se sent opprimé se dirigera possiblement vers un autre praticien, c'est pourquoi la liberté du consentement est essentielle dans le processus de création de la confiance envers le praticien [24].

1.2.3.2. Éclairé

Le consentement éclairé est le critère de validité du contrat de soins. Le consentement est considéré comme éclairé si le patient disposait préalablement de toutes les informations qui lui étaient nécessaires afin de prendre sa décision.

La validité du consentement éclairé est mise en doute si l'information qui doit le précéder n'est pas fournie au patient [24,26].

1.2.3.3. Implicite ou explicite

Le consentement du patient doit être obtenu après une information objective.

1.2.3.3.1. Implicite

Pour des actes courants le consentement du patient sera implicite. C'est à dire qu'à partir du moment où le patient se présente dans un service pour l'acte thérapeutique, qu'il a respecté une prescription donnée plusieurs jours avant, son consentement est considéré comme obtenu implicitement. Il n'y a pas de document écrit mais l'accord du patient est considéré comme acquis.

Pour Coudane et al. (2016) « les patients ont tendance à accepter l'intervention chirurgicale à partir du moment où ils ont rencontré le chirurgien ; même si l'information orale a été jugée insuffisante et abandonnent l'idée d'une période de réflexion possible » [11].

1.2.3.3.2. Explicite

Pour des actes plus complexes, le consentement sera recherché avec l'aide d'un document écrit, c'est donc un consentement explicite [12].

La signature du patient n'est en revanche pas obligatoire et ne sera pas reçue en cas de litige, car elle n'est pas considérée comme suffisante par les juridictions [10]. Dans certaines cultures, une signature sur papier plutôt qu'un consentement verbal peut transmettre un manque de confiance [27].

Un formulaire de consentement éclairé est une solution à condition qu'il soit personnalisé, clair et accessible [12]. Un délai de réflexion suffisant doit être respecté après délivrance d'un formulaire écrit (Figure 2) [28].

Suivant les articles et les recommandations, le délai de réflexion diffère. En dehors de la chirurgie esthétique où un délai de 15 jours minimum doit être respecté, le Code de Santé Publique n'impose pas de délai déterminé concernant le délai de réflexion.



Figure 2 : Obtention du consentement éclairé avec délai de réflexion [28]

1.2.3.4. Cas particuliers

1.2.3.4.1. L'urgence

D'après l'article R4127-236 du Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes : « Lorsqu'il est impossible de recueillir en temps utile le consentement du représentant légal d'un mineur ou d'un majeur légalement protégé, le chirurgien-dentiste doit néanmoins, en cas d'urgence, donner les soins qu'il estime nécessaires » [20].

Le Code Civil cadre également un cas particulier dans l'article 16-3 : « Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » [29].

En d'autres termes, dans le cas où l'état du patient rend nécessaire une intervention thérapeutique urgente à laquelle il n'est pas en mesure de consentir, le praticien peut se dispenser du consentement [10].

1.2.3.4.2. Personne mineure ou majeure sous tutelle

D'après l'article L1111-4 du Code de Santé Publique « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables » [7]. En d'autres termes, il est nécessaire de demander l'avis du mineur sans pour autant admettre qu'il décide. En revanche, les textes juridiques dont nous disposons actuellement ne font pas mention d'un âge précis à partir duquel le patient mineur serait apte à exprimer son avis [22]

1.2.4. En résumé

La figure suivante rassemble l'ensemble des cas particuliers d'obtention du consentement (Figure 3).

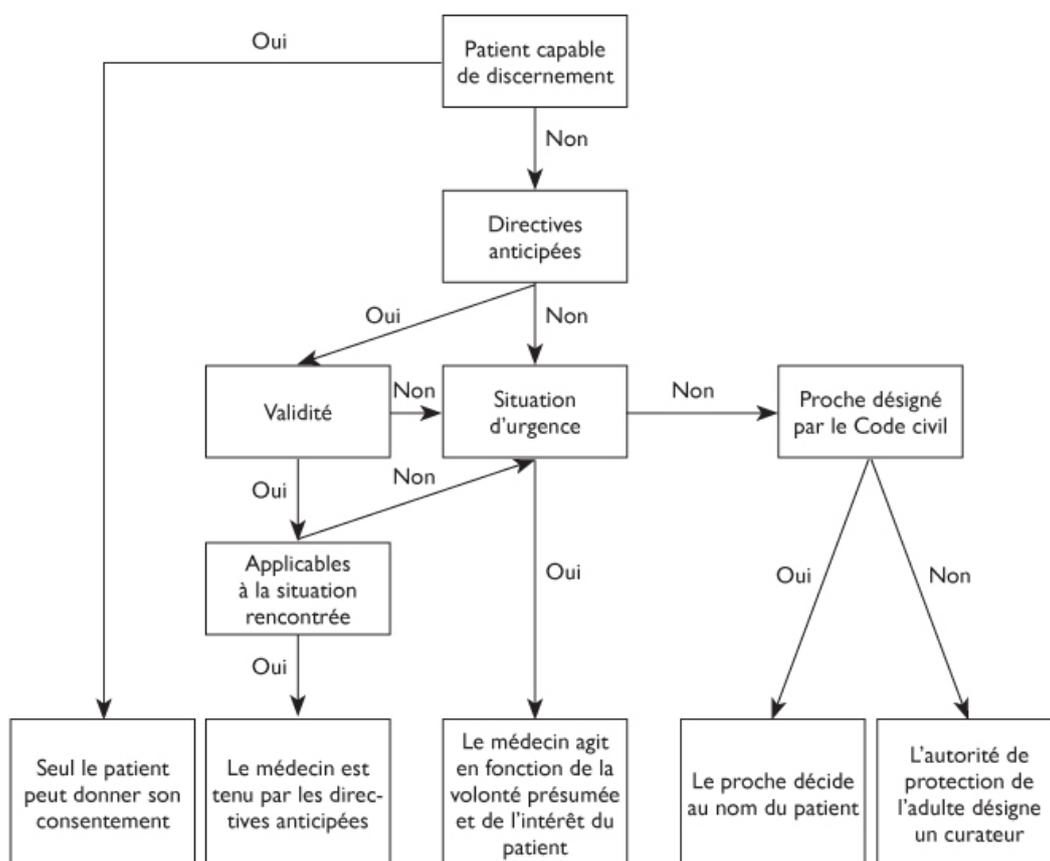


Figure 3 : Cas particuliers d'obtention du consentement [30]

2. Application des principes de l'information en Chirurgie Orale

2.1. Terrains d'application

2.1.1. L'information au préalable

2.1.1.1. Acte opératoire

L'information sur l'acte chirurgical allant être réalisé doit être délivrée préalablement. En chirurgie, il est nécessaire de réaliser une consultation préopératoire, au cours de laquelle le professionnel de santé délivrera toutes les informations nécessaires concernant l'acte chirurgical. Les informations permettent au patient d'acquiescer une réflexion et de prendre une décision quant à la réalisation de l'acte chirurgical.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la gestion de la douleur postopératoire, il est recommandé aux praticiens de délivrer une information complète sur le déroulement de l'intervention, car cela contribue à rassurer et à diminuer la douleur postopératoire [31].

2.1.1.2. Anesthésie utilisée

En chirurgie orale, les anesthésies les plus courantes sont l'anesthésie locale et locorégionale. L'anesthésie générale peut, pour les cas les plus complexes, être indiquée.

D'après une étude américaine réalisée par Shafer et al., l'anxiété pendant la période préopératoire a été réduite grâce à des informations sur les procédures d'anesthésie. Ces informations avaient été fournies soit par des dépliants, soit par vidéo [32].

2.1.1.3. Risques encourus

L'arrêt du 7 octobre 1998 (1^{ère} chambre civile en Cour de Cassation), rappelle l'importance de l'information sur les risques graves : « hormis les cas d'urgence,

d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés et qu'il n'est pas dispensé de cette obligation par le seul fait que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement » [33].

La loi du 4 mars 2002 cadre également l'information sur les risques : le professionnel de santé se doit d'informer sur « les risques fréquents ou graves normalement prévisibles » [3]. Une liste exhaustive n'est pas obligatoire : il faut développer essentiellement les complications fréquentes, connues. Plus le risque est fréquent, plus il apparaît comme décisif dans la décision du patient. Cela va de pair avec les risques considérés comme graves, qui sont également essentiels dans la prise de décision.

Différents types de risques sont encourus pendant un acte chirurgical : les risques liés à l'état général du patient et les risques liés à l'intervention chirurgicale elle-même. Selon Sustersic et al. (2017), 95% des patient souhaitent être informés sur les risques encourus avant une opération chirurgicale [34].

Laccourreye et al. (2005) ont étudié l'impact de l'information délivrée préalablement à l'acte chirurgical. Le résultat de l'étude est que 87,6% des patients allant subir une intervention chirurgicale, ont une opinion positive sur l'information délivrée préalablement sur les risques encourus [35].

2.1.1.4. Prescription préopératoire

La prescription préopératoire est réalisée à la fin de la consultation. Le praticien définit l'état de santé général du patient grâce au questionnaire médical soigneusement rempli et signé au préalable. Une fois que l'acte opératoire est programmé, le praticien réalise une prescription préopératoire au patient. L'ordonnance doit être expliquée au patient oralement et comprise par celui-ci.

L'information préalable du patient à propos de la douleur postopératoire est recommandée par la Haute Autorité de Santé car c'est un acte de prévention dans la gestion de la douleur [31].

2.1.2. L'information postopératoire

2.1.2.1. Suites opératoires

Après un acte chirurgical, le patient doit respecter certaines conduites à tenir et certaines règles d'hygiène bucco-dentaires, afin de garantir une bonne cicatrisation du site opératoire. Le patient va être désormais totalement autonome jusqu'au prochain rendez-vous, il est donc important de s'assurer que l'information délivrée ait été claire et comprise par le patient avant son départ.

Dans une étude belge réalisée par Christiaens et Reyckler (2002), pour 94 avulsions de dents de sagesse mandibulaires sous anesthésie locale, le taux de complications était de 12,6%. La première cause de complication était l'infection secondaire (3,6%) [36].

Cette étude montre qu'il est essentiel de préconiser les bonnes conduites à tenir après une intervention chirurgicale et insister sur l'importance de leurs continuités, afin de réduire le nombre de complications qui pourraient être évitables dans certains cas.

2.1.2.2. Prescription postopératoire

Une prescription postopératoire adaptée à l'état général du patient et en rapport avec la procédure précédemment réalisée doit être faite par le praticien en charge de l'acte opératoire.

Cette prescription a pour objectif d'assurer une bonne convalescence du patient en réduisant les douleurs postopératoires, ainsi qu'une bonne cicatrisation du site opératoire.

2.2. Intérêts de l'information écrite en Chirurgie Orale

2.2.1. L'avulsion dentaire : un acte anxiogène

2.2.1.1. Idées reçues

L'avulsion dentaire est l'acte de Chirurgie Orale le plus courant et le plus ancien. C'est un acte mutilant, qui reste, dans les esprits, un épisode traumatisant pour chaque personne en ayant eu l'expérience [37]. Elle est vécue comme une amputation, une perte de l'intégrité physique pour le patient, certes dans son intérêt, mais vécu comme une sentence. Il en résulte un « manque », qui ne pourra pas toujours être immédiatement remplacé ou même pas du tout.

Le chirurgien-dentiste a souvent été considéré dans la culture populaire comme un vulgaire « arracheur de dents », la vision de la société envers la discipline a toujours été négative. Au Moyen-Âge, les avulsions dentaires étaient pratiquées sur la place publique, aux yeux de tous et sans anesthésie [37].

2.2.1.2. Progrès et changement des mentalités

A l'heure actuelle, les patients pris en charge ont connu les techniques chirurgicales des décennies précédentes et même si leur « arracheur de dents » de l'époque a cédé la place à un praticien délicat et expert, l'anxiété est toujours régulièrement présente. D'après l'étude australienne menée par Armfield et al. (2006), les personnes de la tranche d'âge 40-64 ans ont presque deux fois la prévalence de la peur élevée que les autres groupes d'âges réunis [38].

L'affinement des anesthésies et les progrès opératoires ont réduit considérablement la douleur et ont donc permis de retrouver une certaine confiance du patient envers la discipline. Néanmoins, chaque patient est accueilli avec son expérience et son vécu, certaines appréhensions et anxiétés peuvent toujours être présentes [37].

2.2.1.3. Sources de l'anxiété en Chirurgie Orale

L'anxiété engendrée par les soins dentaires a fait l'objet de très nombreuses études et publications. Elles reconnaissent le caractère anxiogène de certains facteurs au cabinet dentaire [39–41].

L'anxiété se caractérise par une réaction émotionnelle à une expérience aversive subséquente qui se manifeste par le stress, l'appréhension, la nervosité et l'inquiétude, avec un sentiment de perte de contrôle de soi et d'activation du système nerveux autonome.

D'après l'étude australienne réalisée par Armfield et al. (2006), 16,1% de la population interrogée a une peur élevée du dentiste [38]. Un des résultats de l'étude est qu'il y a une nette différence entre la prévalence des personnes ayant une peur élevée et celle des personnes ayant une peur faible du dentiste en fonction du nombre de dents restantes : les personnes ayant une peur élevée ayant moins de dents restantes que les personnes ayant une peur faible [38]. Il semble donc probable que les personnes qui se sont fait extraire davantage de dents aient eu des expériences désagréables, ou douloureuses, qui se traduiraient par une plus grande prévalence de la peur.

2.2.2. Défaut d'information : une perte de chance

2.2.2.1. Sources de litige en Chirurgie Orale

D'après le rapport annuel 2018 des risques médicaux du Sou Médical de la MACSF (Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français), sur les 446 déclarations du groupe des « complications suite à des actes de soins et de chirurgie », 26 déclarations portaient sur les conséquences d'anesthésie et les suites d'extractions, dont, entre autres [42] :

- lésion nerveuse du nerf lingual, alvéolaire inférieur, mentonnier (13 déclarations),
- apex résiduel (4 déclarations),
- alvéolite, complication de cicatrisation (4 déclarations),
- projection dans une cavité anatomique hors sinus (4 déclarations).

Une augmentation des sinistres de 9% a été observée entre 2017 et 2018.

2.2.2.2. Litiges en cas de mauvaise information

Le devoir d'information résulte des multitudes de litiges portés devant les juridictions. Le devoir d'information peut être défini comme une création « prétoirienne », c'est à dire qu'il a été édicté par les juges [43]. Un défaut d'information est susceptible d'être sanctionné car il constitue une faute professionnelle [44].

Plus récemment, dans l'arrêt rendu par la Cour de Cassation du 3 juin 2010, une information insuffisante lors d'une chirurgie d'urologie a été source de litige, « l'obligation du médecin d'informer son patient avant de porter atteinte à son corps est fondée sur la sauvegarde de la dignité humaine ; que le médecin qui manque à cette obligation fondamentale cause nécessairement un préjudice à son patient ; qu'en décidant au contraire que le patient n'aurait perdu aucune chance d'éviter le risque qui s'est réalisé et auquel le docteur l'a exposé sans l'en informer » [45].

Le 10 avril 2013, la Cour de Cassation, première Chambre Civile a rendu l'arrêt suivant : « lorsque le défaut d'information sur les risques d'une intervention chirurgicale a fait perdre au patient une chance d'éviter le dommage résultant de la réalisation d'un de ces risques en refusant définitivement ou temporairement l'intervention projetée, l'indemnité qui lui est due doit être déterminée en fonction de son état et de toutes les conséquences qui en découlent pour lui et correspondre à une fraction, souverainement évaluée, de son dommage » [46].

Le défaut d'information est une perte de chance pour le patient. En effet, il est considéré comme la cause du dommage, si l'intervention pouvait être évitée. C'est à dire, que si le patient avait été mieux informé sur ledit risque, il n'aurait pas forcément accepté l'intervention. C'est donc une perte de chance d'échapper au risque qui s'est réalisé.

Selon l'étude de médecine générale réalisée par Sustersic, lorsque les fiches d'information sont distribuées avant l'intervention chirurgicale, le taux de refus est 3,2% à 14,6% suivant l'intervention [34]. Ce constat est également retrouvé dans une étude réalisée par Laccourreya, lorsque les risques encourus sont énoncés oralement durant la consultation préopératoire 14,6% des patients refusent l'intervention [35]. Ces résultats ne sont pas négligeables et montrent qu'à tout moment

le patient peut refuser un plan de traitement en se basant sur les informations communiquées précédemment.

En Chirurgie Orale, le risque de lésion du nerf lingual lors d'une extraction de dent de sagesse est à prendre en compte par le patient car le risque est réel, comme le rappelle le rapport annuel 2018 des risques médicaux du Sou Médical de la MACSF [43].

2.2.2.3. Recours à internet

Un manque d'informations peut pousser certains patients à consulter des pages web afin de trouver eux-mêmes les informations manquantes et se rassurer.

D'après une étude réalisée par Coudane et al. (2016), 21% des patients de l'étude ont consulté des sites d'information sur Internet pendant leur prise en charge avant une intervention chirurgicale orthopédique [11]. C'est un facteur intervenant dans le processus décisionnel du patient.

Ces pratiques nuisent à la relation de confiance praticien-patient et peuvent être source d'anxiété supplémentaire. Les patients peuvent trouver sur internet une quantité importante de données plus au moins précises. En effet, certaines sources ne sont ni vérifiées, ni contrôlées par un corps médical. De plus, la plupart des personnes qui consultent ces pages internet, ne possèdent ni le bagage scientifique, ni les connaissances médicales qui leur permettent de traiter et d'analyser les informations qu'ils récoltent. Les patients distinguent difficilement la bonne information de la mauvaise.

Selon McMullan (2006), les patients consultent des sites internet avant une consultation clinique pour décider s'ils ont besoin d'un avis médical, mais également après une consultation s'ils estiment ne pas avoir eu assez d'information durant cette consultation [47].

Dans une étude menée par Diaz et al. (2002), il en ressort que 60% des personnes interrogées sur l'information médicale consultée sur internet, évaluent cette information « identique » ou « meilleure » que l'information donnée par leur médecin. Un autre résultat montre que 59% des personnes interrogées ayant consulté des informations médicales sur internet n'en parlent pas avec leur médecin [48].

Cela peut engendrer une baisse de confiance envers le corps médical et un obstacle à une bonne communication.

Dans une « fiche conseil » proposée par la Haute Autorité de Santé, il est fortement conseillé au patient de consulter son médecin, afin de vérifier qu'une information lue sur internet est fiable et adaptée à son cas [49].

2.2.3. L'information écrite : un outil pour le patient comme pour le personnel de santé

2.2.3.1. Meilleure prise en charge

L'information écrite est directement bénéfique pour le patient, car elle permet une prise en charge avec le même niveau et contenu d'information, ce qui va faciliter la continuité et la qualité des soins [44].

Le patient dispose également désormais d'un temps suffisant pour consulter, reconsulter et assimiler l'information, sans allonger la durée de consultation grâce aux fiches.

2.2.3.2. Réduction de l'anxiété

L'amélioration de l'information est un moyen de réduire leur anxiété selon une étude réalisée en 2017 au sein d'un service de chirurgie pédiatrique à Tours. Cette étude compare d'une part l'anxiété des parents à qui une information orale seule est donnée et d'une autre part l'anxiété des parents à qui une information orale est appuyée d'un document écrit. Le résultat de l'étude est que les parents ayant bénéficié d'un document écrit en plus de l'information orale sont moins anxieux [50].

2.2.3.3. Difficultés de compréhension

D'après l'article 34 du Code de Déontologie Médicale, « tout au long de la maladie, le praticien tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension » [16].

La compréhension repose sur une bonne communication, qui elle-même possède deux sens distincts : le premier est d'être en relation et le deuxième est la transmission de l'information. Le praticien doit s'impliquer personnellement dans la façon dont il transmet l'information. Comme énoncé précédemment, l'information devait être délivrée préalablement à l'acte chirurgical, or, c'est à cet instant, quand le patient est le plus vulnérable, que le praticien commence à donner les informations nécessaires pour la compréhension de la conduite thérapeutique [51].

Une étude réalisée sur 21 patients d'un service de chirurgie orthopédique, démontre que l'information transmise par le professionnel de santé diffère de l'information comprise et retenue par le patient. La concordance entre l'information donnée par le chirurgien et celle retenue par le patient varie de 15 à 50 % seulement [26]. Cette différence entre transmission et compréhension a des répercussions sur la suite des soins, ainsi que sur la suite de la prise en charge.

Avant une opération chirurgicale, 25% de l'information ne sont pas comprises par les patients, selon Sustersic (2017) [34].

D'autres obstacles peuvent également interférer dans la communication entre le praticien et le patient : la surestimation par les patients de leur capacité d'assimilation de l'information et l'appréhension de poser des questions ou de faire répéter [52].

2.2.3.4. Difficultés de mémorisation de l'information

Après la réception de l'information, puis la phase de compréhension, une troisième phase intervient : la phase de mémorisation. De nombreuses études déplorent qu'une partie de l'information reçue n'est pas retenue par le patient [35,53].

La mémorisation de l'information, délivrée dans un cadre anxiogène et à la suite d'un acte thérapeutique sous tension comme les avulsions dentaires, peut être altérée.

Plusieurs études anglo-saxonnes démontrent que les patients qui reçoivent l'information oralement retiennent moins bien les informations que ceux qui ont eu des fiches écrites [54–56].

Dans une étude de médecine générale réalisée par Kitching, les patients ont oublié la moitié de ce que le médecin leur avait dit, dans les cinq minutes suivant leur sortie de la salle de consultation [53].

Selon l'étude française réalisée par Laccourreya (2005) sur 123 patients ayant une pathologie tumorale bénigne de la glande thyroïde, aucun patient ne mémorise plus de 4 des 6 risques encourus, 68,8% mémorise 1 ou 2 risques et 12,2% n'en mémorise aucun, lorsque l'information sur les risques encourus est délivrée oralement durant la consultation préopératoire [35].

Ces études rappellent également que la mémorisation dépend de la compréhension initiale du patient, elles sont indissociables [54].

L'utilisation d'un complément par écrit (brochure, fascicule, fiche) est bénéfique pour l'intégration des données et par conséquent, pour obtenir le consentement éclairé du patient.

2.2.3.5. Traçabilité de l'information

Des documents écrits et signés par le patient permettent d'assurer la traçabilité de l'information donnée lors de la consultation. L'information écrite est une preuve formelle de l'information, en revanche, il n'existe aucune exigence d'une preuve écrite dans les juridictions.

Dans l'article L1111-2 du Code de Santé Publique, il est mentionné que l'information doit être « rapportée par tout moyen » [8]. Cette notion est retrouvée dans l'arrêt du 14 octobre 1997 (1^{ère} chambre civile de la Cour de Cassation) : « le médecin a la charge de prouver qu'il a bien donné à son patient une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations ou soins qu'il lui propose de façon à lui permettre d'y donner un consentement ou un refus éclairé et si ce devoir d'information pèse aussi bien sur le médecin prescripteur que sur celui qui réalise la prescription, la preuve de cette information peut être faite par tous moyens » [57].

Il est important de rappeler que l'information est avant tout basée sur un dialogue entre le praticien et le patient et l'information écrite n'est que **complémentaire**. Certains auteurs préconisent l'édition et le recueil d'un « formulaire de recueil

de consentement éclairé », mais précisent que ces documents ne sont « ni suffisants, ni obligatoires, mais **essentiels** » [18].

En aucun cas ces documents écrits ne doivent comporter une formule l'invitant à apposer sa signature [5].

Il est important que le praticien mentionne dans le dossier médical que le patient a reçu les informations nécessaires pendant la consultation. En effet, le contenu dossier médical pourra être contrôlé en cas de contentieux.

Le dossier médical doit être à jour et complet, il doit contenir [23,28,58] :

- les examens complémentaires,
- le questionnaire médical actualisé, daté et signé par le patient,
- le schéma dentaire actualisé,
- les dates et heures des rendez-vous,
- le délai de réflexion,
- les réactions particulières du patient le cas échéant,
- les courriers au médecin traitant, correspondants,
- témoignages,
- le formulaire de consentement éclairé complété et daté par le patient.

De manière générale, en cas de contentieux, il est recommandé de fournir un maximum d'éléments convergents vers une information de qualité par le patient, soit tous les éléments démontrant que l'information a été donnée et comprise. Le délai de prescription étant de 10 ans à partir de la consolidation d'un dommage, la conservation de tous les éléments du dossier médical sont à conserver [10].

2.2.3.6. Une satisfaction démontrée

Selon l'étude EDIMAP (2010) qui évalue six « Fiches d'Information Patient » de médecine générale, 96% des patients pensent que les médecins devraient utiliser plus souvent ce genre de fiches, ils en sont demandeurs et les utilisent. Les scores de satisfaction dépendent uniquement du niveau d'études et de l'appartenance au milieu médical [58].

Dans une étude réalisée au sein du service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital Gatien de Clocheville à Tours (2017), il est mis en évidence que l'information écrite améliore significativement les scores de compréhension, mémorisation et satisfaction parentale et diminue significativement le niveau d'anxiété de ces derniers. Le document écrit fourni apparaît dans cette étude comme un outil de communication essentiel entre les praticiens et les parents des patients [50].

2.3. Conclusion

Dans cette deuxième partie consacrée à l'information en Chirurgie Orale, il ressort que l'information écrite apporte de nombreux avantages selon les différents articles étudiés qui sont :

- une réduction de l'anxiété,
- une meilleure compréhension et mémorisation,
- une meilleure prise en charge d'un point de vue pédagogique,
- une traçabilité optimisée.

L'information écrite n'est que complémentaire de l'information orale et ne doit pas la remplacer, mais c'est un outil très intéressant et adapté à l'Unité Fonctionnelle de Chirurgie Orale, où elle peut être un véritable atout pour le professionnel de santé comme pour le patient.

3. Élaboration d'une fiche d'information pour l'Unité Fonctionnelle de Chirurgie orale du service d'Odontologie du CHU de Lille

3.1. Présentation du projet

3.1.1. Le déroulement des consultations de l'UF de Chirurgie Orale

Au sein de l'Unité Fonctionnelle de Chirurgie Orale du service d'Odontologie du CHU de Lille, les opérations chirurgicales courtes et non complexes, sont réalisées en ambulatoire, sous anesthésie locale ou locorégionale. Une fois que l'intervention est terminée et que les conseils postopératoires ont été donnés, le patient rentre directement chez lui, de préférence accompagné.

La prise en charge des patients au sein de cette UF se fait en trois rendez-vous distincts : une consultation préopératoire, l'acte opératoire et la consultation postopératoire.

3.1.1.1. Une consultation préopératoire

La consultation préopératoire est programmée une semaine minimum avant l'intervention, afin de garantir au patient un temps de réflexion suffisant avant l'acte opératoire qui lui est proposé.

La consultation est réalisée dans un box de la salle de l'UF de Chirurgie Orale, ou bien dans un des deux boxes chirurgicaux fermés, séparés du reste de la salle.

Les patients sont reçus par les étudiants hospitaliers en formation de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année, sous la responsabilité d'un praticien hospitalier référent. Tous les patients doivent être présentés au moins une fois à un praticien hospitalier référent durant cette consultation.

Cette consultation préopératoire permet :

- de réaliser un examen exo buccal et endo buccal,
- de réaliser un ou plusieurs examen(s) radiographique(s) complémentaire(s), de type radiographie panoramique, Cone Beam et/ou radiographie rétro-alvéolaire,
- d'expliquer oralement l'acte opératoire qui sera réalisé et ses indications,
- d'expliquer les risques immédiats, secondaires à l'acte opératoire,
- de réaliser l'ordonnance préopératoire.

Une fois toutes les informations délivrées et les examens réalisés, le praticien pourra alors, pendant cette consultation, programmer les rendez-vous suivants avec le patient.

3.1.1.2. L'acte opératoire

Le patient est pris en charge par l'étudiant et un étudiant assistant, sous la responsabilité d'un praticien hospitalier référent.

L'Unité Fonctionnelle de Chirurgie Orale du service d'Odontologie dispose de deux box chirurgicaux fermés, séparés du reste de l'UF. Si l'acte opératoire implique une séquence opératoire complexe, il sera réalisé par un praticien, plus expérimenté et assisté d'un étudiant.

À la fin de l'acte opératoire, le praticien remet au patient une ordonnance postopératoire adaptée au patient et à son état de santé générale et délivre les consignes postopératoires.

3.1.1.3. La consultation postopératoire

La consultation postopératoire se déroule 1 à 2 semaines après l'intervention chirurgicale. Durant cette consultation, le praticien contrôle la cicatrisation, dépose les fils de sutures éventuels. Il contrôle également les éventuels effets indésirables et les complications survenus en postopératoire. En cas de mauvaise cicatrisation, il peut ré-intervenir sur le site opératoire durant cette consultation.

Cette consultation a également pour rôle d'assurer la continuité des soins dans l'ensemble du service d'Odontologie, d'orienter le patient vers d'autres Unités Fonctionnelles, si d'autres soins sont nécessaires.

3.1.2. Le projet

Dans le cadre de cette thèse, le projet consiste à créer plusieurs fiches pour l'UF de Chirurgie Orale. Ces fiches sont destinées aux patients vus en consultation et distribuées par les étudiants et praticiens hospitaliers de cette UF durant les consultations.

3.1.3. Les objectifs du projet

Les objectifs des fiches d'information sont :

- une information complète et détaillée pour les patients,
- une meilleure accessibilité de l'information,
- une meilleure compréhension de l'acte opératoire et des consignes postopératoires,
- une diminution des complications évitables,
- une anxiété diminuée en pré, per et postopératoire.

3.1.4. Validation du projet

Le projet a été validé par le Chef de service et responsable de l'UF de Chirurgie Orale, le Dr Laurent NAWROCKI, ainsi que par l'ensemble des enseignants de l'UF de Chirurgie Orale du service d'Odontologie du CHU de Lille.

3.2. Conception des fiches d'information

3.2.1. Les étapes d'élaboration d'un document écrit

Le guide méthodologique de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui s'intitule « Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » est suivi pour la création des fiches d'information [59].

Ce guide décrit les étapes clés de l'élaboration d'un document écrit (Figure 4). Les fiches d'information sont réalisées en suivant ces recommandations.

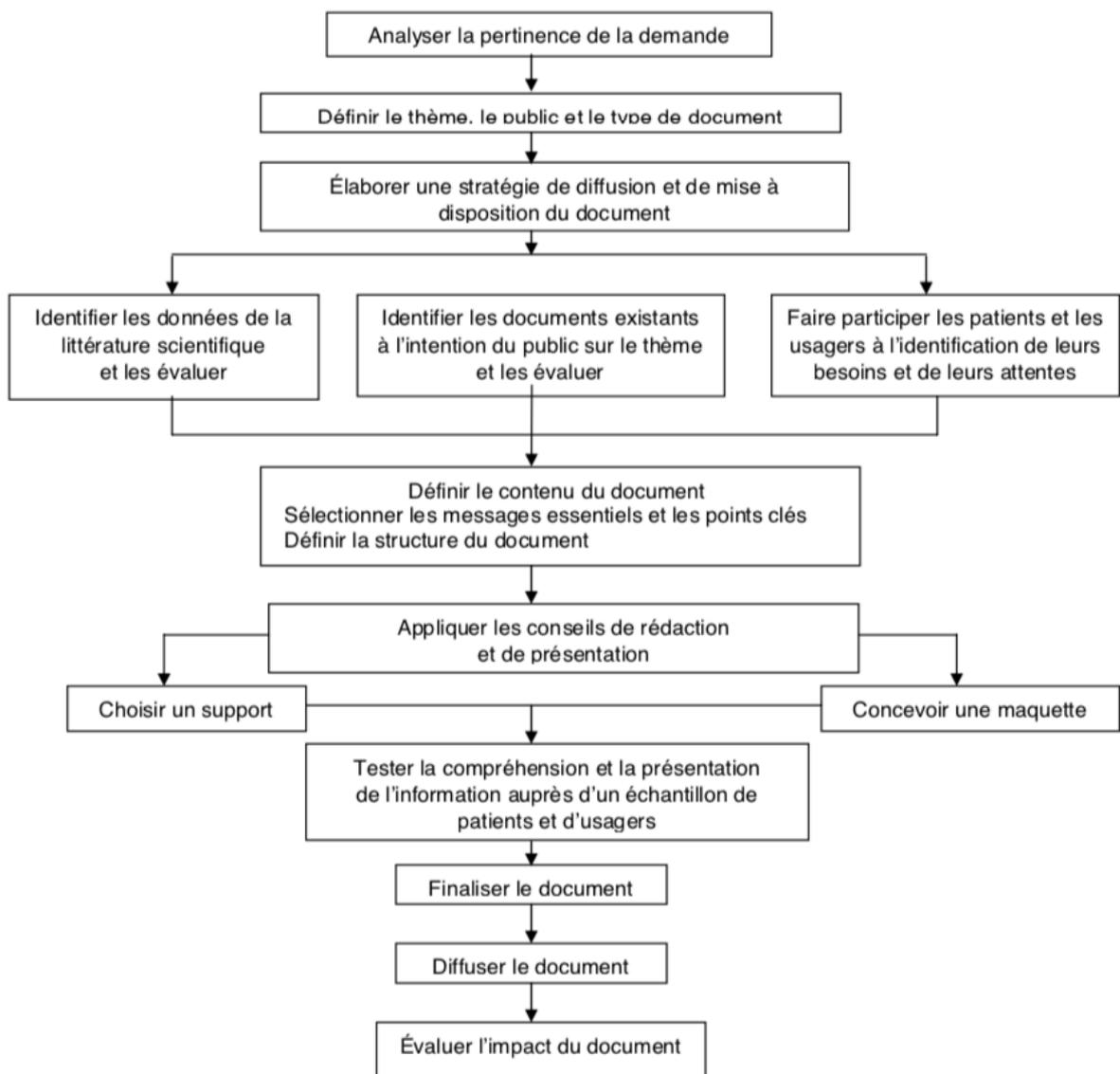


Figure 4 : Étapes clés de l'élaboration d'une fiche d'information d'après l'HAS [59].

3.2.1.1. La pertinence de la demande

La demande de fiches d'information pour l'UF de Chirurgie Orale a été faite par les enseignants et praticiens hospitaliers de cette UF.

En effet, au sein de cette unité fonctionnelle, il est indispensable que chaque patient reçoive les mêmes informations durant les consultations pré et postopératoires, afin d'uniformiser le message d'un point de vue pédagogique.

De plus, d'après les résultats des articles étudiés au fil des parties précédentes de ce manuscrit, les patients semblent être demandeurs de ces documents écrits.

L'intérêt de ces fiches est à la fois éducatif, informatif et préventif. Elles permettent la transmission d'une information scientifique juste, compréhensible et adaptée au plus grand nombre au sein d'une même UF.

3.2.1.2. Le thème

Quatre fiches sont réalisées :

- une fiche de consentement éclairé,
- une fiche de conseils postopératoires après acte de chirurgie orale,
- une fiche d'information générale sur les avulsions dentaires,
- une fiche d'information générale sur les avulsions des dents de sagesse.

D'après les différents enseignants de Chirurgie Orale, l'acte le plus fréquent pratiqué au sein de l'UF de Chirurgie Orale est l'avulsion dentaire.

Les avulsions de dents simples ou complexes concernent toute personne en denture mixte ou définitive, quel que soit l'âge, le sexe, le statut socio-professionnel, l'état de santé général.

Les avulsions de dents de sagesse sont des actes fréquemment pratiqués en raison de leurs nombreuses indications, d'après la Haute Autorité de la Santé (Annexe 1) [60].

3.2.1.3. Le public

Ces fiches d'information sont accessibles à tous mais sont plutôt destinées à une population adulte. Si un mineur ou une personne n'est pas considéré apte à recevoir lui-même les fiches, les fiches seront données aux majeurs accompagnants, ou à la personne de confiance.

3.2.1.4. Le type de document

Le support papier est choisi en raison de ses nombreux avantages :

- accessibilité,
- faible coût,
- facilité de distribution,
- adapté à l'UF concernée,
- support matériel concret,
- outil de communication pour le praticien,
- conservable par le patient,
- reproductible.

3.2.1.5. Stratégie de diffusion et de mise à disposition du document

Ces fiches d'informations seront distribuées lors des consultations préopératoires pour les fiches d'informations générales, ainsi que pour la fiche de consentement. La fiche d'information sur les conseils postopératoires sera distribuée à la fin de l'acte opératoire. Elles seront distribuées par les étudiants, internes ou praticiens hospitaliers de l'UF de Chirurgie Orale, en charge du patient.

Les fiches seront en libre-service pour les étudiants et praticiens hospitaliers à un point stratégique de la salle de soins, afin de faciliter leur distribution durant les consultations. Le point le plus stratégique serait au niveau du secrétariat de la salle, au même endroit que les questionnaires médicaux et ordonnances.

Ces fiches pourront servir de support au praticien afin de délivrer une explication illustrée pour une meilleure compréhension.

Les patients pourront partir avec ces documents, les consulter de nouveau si besoin chez eux et pourront donc éventuellement poser des questions au prochain rendez-vous.

3.2.1.6. Identifier les documents existants à l'intention du public sur le thème et les évaluer

Il existe de nombreuses fiches de références dans ce domaine, en particulier sur le site de la Société Française de Chirurgie Orale (SFCO) (Annexe 2) et sur le site de la Société Française de Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale (SFSCMFCO).

Ces fiches peuvent servir de références et de modèles pour le contenu à utiliser. En revanche, un contenu plus complet est recherché, une mise en forme moins générale, ainsi qu'une présentation plus ludique.

Il existe des fiches conseils sur le site de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) (Annexe 3 et 4), qui sont intéressantes sur le plan ludique. Leur fiche « Dents de sagesse » présente des photographies et une mise en page colorée et attractive, ce qui réduit l'aspect scientifique du contenu et la pertinence.

La Haute Autorité de la Santé a également proposé des exemples de fiches, dont une fiche d'informations sur les dents de sagesse et une fiche type de consentement en 2019 (Annexe 5) [60].

Selon la Haute Autorité de Santé, les principales critiques sur les documents écrits du domaine médical sont :

- un manque d'information scientifique,
- certaines informations sont inexactes ou obsolètes par comparaison aux recommandations professionnelles disponibles,
- le ton utilisé est souvent paternaliste,
- le vocabulaire trop technique [59].

3.2.2. La conception de la fiche

3.2.2.1. Structure et contenu du document

3.2.2.1.1. Texte

Le langage clair et simple vise à simplifier les explications pour un lecteur dont l'expérience et les capacités de lecture varient [61].

La fiche doit renforcer, voire compléter les informations professionnelles délivrées, elle doit donc être détaillée, mais schématique et concise [62].

La mise en forme du texte doit respecter certaines règles afin qu'il soit compréhensible par le plus grand nombre :

- utilisation de mots et d'idées grand public,
- utilisation de phrases courtes,
- utilisation de puces pour rompre les longues phrases,
- éviter les descriptions trompeuses : simplifier les termes pour ne pas induire en erreur (Tableau 2) [61].

Tableau 2 : Préférences des usagers pour la présentation des documents écrits [59]

	
<ul style="list-style-type: none">• ton positif, rassurant, encourageant, optimiste, constructif• information honnête, pratique, non condescendante• personnalisation : utilisation du « vous » plus impliquant• vocabulaire d'usage, clair, facile à lire et à comprendre• phrases courtes, explication des termes• texte concis, avec une structure visible• caractères lisibles• édition professionnelle• mélange équilibré du texte et des illustrations• éléments interactifs qui favorisent la participation active : liste de questions pour préparer une consultation, possibilité d'enregistrer des informations sur les symptômes et leur évolution, espace pour des notes personnelles	<ul style="list-style-type: none">• ton négatif, alarmiste, trop centré sur ce qui va mal• information masquant les problèmes réels• dépersonnalisation : parler des patients en général• langage et explications compliqués, texte mal écrit• texte trop long, termes trop techniques• texte trop dense et non structuré• taille trop petite des caractères• édition d'amateur, d'apparence « bon marché »• présentation triste, non attractive

3.2.2.1.2. Illustrations

Un ou deux encadrés, au maximum, sont utilisés pour les messages essentiels selon les recommandations de la Haute Autorité de la Santé (Figure 5).

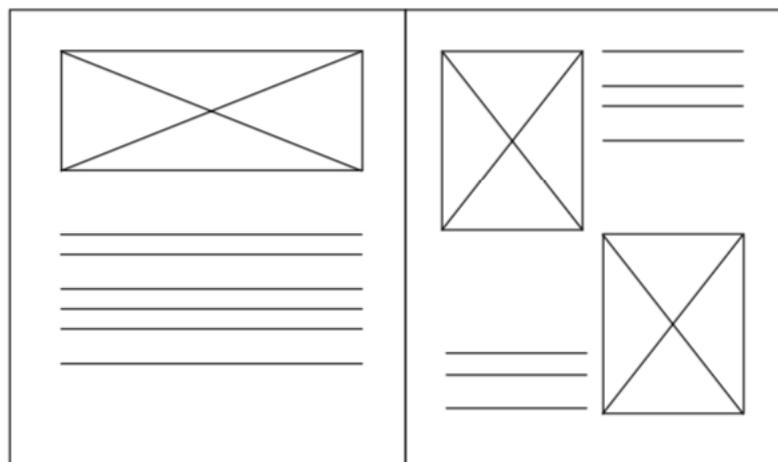


Figure 5 : Exemple de disposition équilibrée du texte et des illustrations ou encadrés, HAS [59].

Dans les fiches « Information médicale avant avulsions dentaires » et « Information médicale avant avulsions de dents de sagesse », un encadré rouge est choisi pour mettre en valeur un contenu (Figures 6 et 7). Dans ces fiches, ce sont les suites habituelles des avulsions qui sont encadrées en rouges car ce sont des informations essentielles, il est nécessaire de capter l'attention du patient sur l'importance de ce contenu.

Les suites opératoires habituelles sont :

- Un léger **saignement** peut persister pendant quelques heures, à une nuit. Appliquez une compresse sur la zone de l'avulsion et mordre sur celle-ci tant que le saignement ne s'est pas arrêté
- Un **œdème** (gonflement des joues), variable selon les personnes et donc imprévisible
- Une **douleur**, qui pourra être diminuée par les antalgiques prescrits, en évitant impérativement l'aspirine, et par l'apposition de glace enrobée dans un linge sur la joue immédiatement après l'extraction et à renouveler tous les ¼ d'heure à la demande, après une pause d'1/4 d'heure (des poches spéciales sont également disponibles en pharmacie)
- Une **limitation de l'ouverture buccale** est fréquente pendant quelques jours

Figure 6 : Encadré tiré de la fiche « Information médicale avant avulsions de dents de sagesse », Figure personnelle.

Les suites opératoires habituelles sont :

- Un œdème (gonflement des joues)
- Une douleur, qui pourra être calmée par les antalgiques prescrits selon une stricte posologie, en évitant impérativement l'aspirine
- Un léger saignement, pendant quelques heures à 1 nuit
- Une limitation de l'ouverture buccale transitoire

Figure 7 : Encadré tiré de la fiche « Information médicale avant avulsions dentaires », Figure personnelle.

3.2.2.2. Logiciel utilisé

Le logiciel Word est utilisé pour la création des différentes fiches, en raison de sa facilité d'utilisation pour la rédaction du texte et la mise en page.

3.2.2.3. Choix de la police

La police choisie est la police Arial, une police neutre et formelle. La taille de police choisie est entre 10 et 12, suivant la quantité de texte sur la fiche, pour permettre une lisibilité satisfaisante du texte.

Concernant la fiche sur les conseils postopératoires, un système de puces est utilisé pour énumérer les conduites à tenir, afin de simplifier la lecture pour le patient et assurer une bonne compréhension.

Les mots-clés ou groupe de mots-clés de chaque puce est mis en valeur et mis en gras dans cette fiche. Ces mots sont : prescriptions ; 48 heures ; alimentation tiède, molle et non épicée ; ne pas fumer ; ne pas boire d'alcool ; saignements ; brossage dentaire ; bain de bouche ; douleur ; œdème ; hématome ; limitation de l'ouverture buccale ; points de sutures.

A la fin des fiches, le numéro à contacter en cas d'urgence a été mis en encadré pour le mettre en valeur.

3.2.2.4. Choix des couleurs

Une étude italienne met en évidence que la couleur des textes est à utiliser avec modération. En effet, la majorité des patients de cette étude trouvent que le message perdait son sens scientifique s'il était en couleur [62].

Le noir est entièrement utilisé pour le texte des fiches d'information.

3.2.2.5. Score de lisibilité de Flesh

3.2.2.5.1. Généralités

Après avoir rédigé les fiches d'information, le score de Flesh est calculé afin de déterminer leur complexité et ainsi améliorer leurs lisibilités.

Par exemple, dans un texte, la ponctuation est très importante, elle permet au lecteur de réduire l'effort mental et d'assimiler au fur et à mesure les informations. Une phase très longue, sans ponctuation sera plus difficile à comprendre.

Le fonctionnement du calcul du score de lisibilité de Flesh prend en compte :

- les occurrences : nombre de caractères, syllabes, mots, phrases, paragraphes ; nombre de phrases courtes, longues, simples ; nombre de mots longs
- les moyennes : syllabes par mot, mots par phrase, phrases par paragraphe
- le degré de lisibilité et interprétation du niveau de difficulté de lecture [58].

Un score sur 100 est alors obtenu et détermine son niveau stylistique, la catégorie du texte et le niveau scolaire approprié (Tableau 3).

Tableau 3 : Interprétation de l'indice de Flesch

Interprétation de l'indice de Flesch :

Indice de Flesch	Nb de mots / phrases	Nb de syllabes / mots	Niveau stylistique	Type de magazine	Niveau scolaire
0 à 30	29 et plus	1,92 et plus	Très complexe	Scientifique	Universitaire
30 à 50	25	1,67	Complexe	Pédagogique	1er cycle universitaire
50 à 60	21	1,55	Assez complexe	Littérature de qualité	Lycée
60 à 70	17	1,47	Standard	Magazine	Quatrième / troisième
70 à 80	14	1,39	Assez simple	Roman de fiction	Cinquième
80 à 90	11	1,31	Simple	Roman de gare	Sixième
90 à 100	8 ou moins	1,23 ou moins	Très simple	Bandes dessinées	Cours moyen

3.2.2.5.2. Calculs de l'indice de Flesch pour les fiches

Le calcul de l'indice de Flesch sur les maquettes quasi définitives des fiches est réalisé. Les résultats sont les suivants :

- pour la fiche de consentement éclairé, le score est de 42,5,
- pour la fiche de conseils postopératoire, le score est de 43,6,
- pour la fiche d'information médicale sur les avulsions, le score est de 31,1,
- pour la fiche d'information médicale sur les avulsions de dents de sagesse, le score est de 21,6.

3.2.2.5.3. Conclusion

Les résultats du score de Flesch sur les fiches sont assez variables, le niveau stylistique va de complexe, à très complexe pour la fiche d'information médicale sur les avulsions. Elles sont adaptées à un niveau scolaire universitaire et de premier cycle universitaire. En conclusion, les fiches sont destinées à un public adulte et jeune adulte, mais reste complexe pour des adolescents.

3.2.2.6. Mise en page par le CHU

La mise en page de ces fiches n'est pas définitive. En effet, elle sera modifiée suivant les normes du CHU de Lille par l'imprimeur du CHU avant l'impression. Le logo de la Faculté de Chirurgie Dentaire ne sera plus apparent, car les fiches n'auront alors plus de lien avec l'université.

Un encadré destiné aux étiquettes des patients sera ajouté sur chaque fiche pour être adapté au service du CHU

Lorsque le patient arrive dans un service du CHU de Lille, une feuille d'entrée et une plaquette d'étiquettes à son nom sont éditées et transmises au praticien en charge du patient. Ces étiquettes donnent les informations suivantes (Figure 8) :

- nom et nom marital,
- prénom,
- date de naissance,
- numéro d'entrée,
- date d'entrée,
- sexe,
- code barre personnel.

Ces étiquettes permettent une traçabilité de tous les documents qui concernent le patient, qu'ils soient remis au patient ou placés dans son dossier médical. Ces étiquettes sont collées systématiquement sur chaque document.



Figure 8 : Exemple d'étiquette patient du CHU de Lille, Image personnelle

3.3. Validation des fiches d'information

3.3.1. Validation par les praticiens de l'UF de Chirurgie Orale

3.3.1.1. Objectifs de la validation

Les objectifs de la validation par les praticiens de l'UF de Chirurgie Orale du service d'Odontologie du CHU de Lille sont :

- évaluer les fiches d'information par les professionnels de santé qui seront amenés à les utiliser au quotidien durant leurs consultations,
- évaluer le contenu scientifique des fiches par des professionnels de santé, en particulier des praticiens spécialisés en Chirurgie Orale,
- permettre aux praticiens concernés d'ajouter, retirer ou modifier certaines informations au sein des textes des différentes fiches afin d'établir la maquette définitive.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'élaboration d'un document écrit, la validation par les professionnels de santé est essentielle [59].

3.3.1.2. Méthode

Les maquettes des fiches (Annexe 6, 7, 8 et 9) sont imprimées et distribuées à quatre praticiens de l'UF de Chirurgie Orale, dont le chef de Service d'Odontologie, le Dr Laurent NAWROCKI, afin qu'ils les lisent individuellement et les évaluent.

Le test est effectué sur les maquettes quasi définitives des versions qui seront distribuées aux patients à l'issue des consultations : même papier, même format.

Les praticiens sont libres d'annoter de façon individuelle les fiches afin d'apporter leurs modifications et leurs suggestions personnelles.

3.3.1.3. Modifications apportées

3.3.1.3.1. Termes médicaux

Les termes médicaux trop pointus sont remplacés par des termes plus simples et compréhensibles pour des personnes qui n'ont pas ou peu de connaissances médicales :

- Le mot « alvéole » a été remplacé par « site de l'avulsion » ;
- Les mots « tissu mou » ont été remplacés par « tissu environnant » ;
- Le mot « mandibule » a été remplacé par « mâchoire inférieure » ;

Dans la fiche « Information médicale avant avulsion de dents de sagesse » la phrase « une perte de la sensibilité de la langue du côté de la lésion car le nerf lingual est situé à proximité de la partie interne de la mandibule » a été remplacée par « une perte de la sensibilité de la langue du côté de la lésion car le nerf lingual est situé à proximité de la dent de sagesse ».

3.3.1.3.2. Ajout ou retrait d'informations

Certaines explications médicales trop complexes sont retirées pour simplifier le contenu des fiches :

- la phrase « réduire la fracture et la stabiliser par des vis et des plaques » dans la fiche « Information médicale avant avulsions de dents de sagesse »,
- les explications des termes « incluses, semi-incluses et visibles en bouche » dans la fiche « Information médicale avant avulsions de dents de sagesse ».

En revanche, certaines informations que les praticiens de Chirurgie Orale trouvent essentielles sont ajoutées :

- dans la fiche « Conseils Postopératoires après acte de Chirurgie Orale » le type d'alimentation, que le patient doit adopter à la suite d'une chirurgie orale, est plus détaillé en raison de son importance dans la continuité de la cicatrisation,
- dans la fiche « Information médicale avant avulsions dentaires », le traitement orthodontique est ajouté aux indications,
- dans les « suites opératoires habituelles » et « conseils postopératoires » la contre-indication à l'aspirine a été ajoutée,
- les conseils sur l'activité physique dans la fiche « Information médicales avant avulsions de dents de sagesse » ont été ajoutés.

3.3.1.3.3. Format

La totalité des praticiens questionnés confirment qu'ils seraient prêts à distribuer ces fiches, dans cette présentation et dans ce format, soit le format A4, en une ou deux pages, à leurs patients, dans leur pratique quotidienne au sein de l'UF de Chirurgie Orale.

Le format A4 est validé par tous les praticiens de cette UF, car c'est un format confortable pour la lecture et peut être emporté facilement par les patients après les différentes consultations.

3.3.2. Validation par les patients

3.3.2.1. Intérêts

Un test de lisibilité, de compréhension sur la population cible concernée par le support est une étape essentielle d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé. En effet, certaines fiches d'information sont parfois de qualité méthodologique insuffisante et certaines d'entre elles sont diffusées sans avoir été évaluées au préalable auprès de la population cible [59].

L'étude d'Alexis et Letrillart (2011) a pour objectif de réaliser un inventaire national des fiches d'information produites au sein des Départements universitaires de médecine générale et d'évaluer la qualité des documents identifiés [63]. Les 198 documents inclus dans l'étude sont évalués selon une grille d'évaluation, rassemblant 15 critères basés sur ceux établis par la Haute Autorité de Santé, dont 5 critères considérés comme indispensables à la validation d'un document écrit. Le résultat de leur étude est le suivant : en moyenne, moins de 4 critères majeurs de qualité sur 9 étaient respectés et aucun document ne respectait l'ensemble de ces critères de qualité [63]. Il est donc nécessaire de respecter ces recommandations afin d'établir des documents écrits de qualité suffisante.

L'objectif est d'évaluer sur des patients qui n'ont pas de connaissances médicales, la bonne compréhensibilité et lisibilité des fiches. D'après les recommandations de la HAS, les documents destinés aux usagers peuvent être testés par des patients ou anciens patients [59]. Le nombre de patients interrogés pour cette étape doit être compris entre 10 et 15 personnes concernées, qui ont été concernées ou qui seront concernées par le sujet [59].

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le document écrit doit être testé, auprès du public, sur les points suivants :

- l'opinion générale sur le document,
- la lisibilité et la compréhension : la facilité/difficulté à localiser, lire et comprendre,
- l'information et le repérage du message principal et des points clés,

- la présentation et l'organisation : logique, hiérarchie ; liens entre les messages clés,
- la quantité d'information (trop ou pas assez),
- l'utilité et l'aspect des illustrations,
- l'utilisation potentielle sur le terrain,
- les modalités de mise à disposition et les différentes utilisations possibles (qui remet, où et quand, comment) [59].

3.3.2.2. Méthode

Le test est effectué sur les maquettes quasi définitives des versions qui seront distribuées aux patients à l'issue des consultations : même papier, même format.

Le consentement éclairé ainsi que les fiches d'information médicales sont distribués à l'issue de la consultation préopératoire, ou dernier rendez-vous avant l'acte de chirurgie orale.

La fiche de conseils postopératoires est donnée à l'issue de l'acte opératoire avant que le patient ne rentre chez lui. Chacune des fiches est distribuée après que l'information orale a été donnée.

3.3.2.3. Résultats

Au total, 10 patients ont été interrogés.

Les retours sur les fiches ont été recueillis oralement. Les retours essentiels ont été répertoriés :

- « Elles réunissent toutes les informations qui m'ont été données précédemment »
- « L'information est plus complète que celle donnée oralement »
- « Je les ai relues chez moi »
- « J'ai pu suivre à la lettre les conseils postopératoires grâce à la fiche qui m'a été donnée »

La totalité des patients interrogés étaient satisfaits des fiches, de leur contenu et de leur lisibilité. La compréhension générale fut satisfaisante.

3.3.3. Validation par le Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille

Cette thèse étant un travail universitaire, dont le travail final est destiné au service hospitalier de la même structure, l'avis du doyen est essentiel.

Le Dr Emmanuelle Bocquet, doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille et Chef du Service de l'Unité Fonctionnelle d'Orthopédie Dento-Faciale du service d'Odontologie du CHU de Lille a apporté son point de vue et ses propositions de modifications sur les maquettes quasi définitives des différentes fiches créées.

Les modifications apportées sont :

- pour les titres des fiches : « acte de Chirurgie Orale » remplace « Chirurgie Orale »,
- le numéro de téléphone du service d'Odontologie du CHU de Lille est ajouté dans les consignes « en cas de complications »,
- le terme « avulsion dentaire » est complété par « extraction » pour que ce terme soit plus compréhensible,
- l'indication orthodontique est retirée dans la fiche « Information médicale avant avulsions de dents de sagesse »,
- dans la fiche « Information médicale avant avulsions dentaires », le traumatisme et traitement orthodontique sont des indications indépendantes.

3.3.4. Fiches définitives

3.3.4.1. Information médicale avant avulsions dentaires



INFORMATION MEDICALE AVANT AVULSIONS DENTAIRES

Cette fiche d'information a pour objet de vous expliquer les principes de l'intervention qui va être pratiquée, et les risques à connaître (même s'ils peuvent être exceptionnels). Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions après la lecture de cette fiche.

Les avulsions ou extractions dentaires sont indiquées :

- Lorsque les dents présentent une carie à un stade trop avancé pour permettre des soins conservateurs
- Dans le cas d'un traumatisme dentaire (sans que la dent ne puisse être maintenue ou réimplantée)
- Lorsque les dents constituent un risque infectieux et ne peuvent bénéficier de traitements conservateurs (en prévision d'un traitement médical immunosuppresseur, d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie cervico-faciale, ou par rapport à certaines pathologies médicales) ; ceci afin de prévenir les risques de complications infectieuses défavorables à l'état général
- Dans le cadre d'une réhabilitation prothétique globale
- Dans le cadre d'un traitement orthodontique.

L'intervention peut s'effectuer sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale, en fonction du caractère invasif de l'acte et/ou du statut médical du patient (pathologie médicale, coopération, état psychologique...).

Une gêne esthétique est possible ainsi que fonctionnelle (phonation et mastication).

Les suites opératoires habituelles sont :

- Un œdème (gonflement des joues)
- Une douleur, qui pourra être calmée par les antalgiques prescrits selon une stricte posologie, en évitant impérativement l'aspirine
- Un léger saignement, pendant quelques heures à 1 nuit
- Une limitation de l'ouverture buccale transitoire

Tout acte chirurgical, même bien mené, comporte des risques de complications, qui doivent cependant être relativisés au regard des bénéfices attendus :

- Hématome et saignement persistant
- Alvéolite : inflammation ou infection du site de l'avulsion (appelée couramment extraction)
- Cellulite : inflammation ou infection des structures environnantes, de la face ou de la bouche
- Lésion d'une dent voisine, descellement d'une couronne, fracture d'une restauration
- Communication entre la bouche et le sinus qui se ferme seule le plus souvent (4 à 8 semaines). En cas de persistance, une intervention sera nécessaire pour obtenir sa fermeture.

Dans le cadre de la consultation, il vous a été exposé, pour votre cas précis, les risques et les effets secondaires de cet acte.

En cas de complications, veuillez contacter l'Unité Fonctionnelle de Chirurgie Orale du service d'Odontologie du CHU de Lille au 03 20 44 43 55.

3.3.4.2. Information médicale avant avulsions de dents de sagesse



INFORMATION MEDICALE AVANT AVULSIONS DE DENTS DE SAGESSE

Cette fiche d'information a pour objet de vous expliquer les principes de l'intervention qui va être pratiquée, et les risques à connaître (même s'ils peuvent être exceptionnels). Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions après la lecture de cette fiche.

◇ Pourquoi opérer ?

L'avulsion ou extraction des dents de sagesse consiste à retirer les troisièmes molaires supérieures ou inférieures.

Chez l'enfant ou l'adolescent, ces dents n'ont pas terminé leur développement et sont appelées germes, l'intervention est donc appelée « germectomie ».

Ces dents doivent être extraites :

- Si elles sont en mauvaise position, incluses dans l'os ou enclavées (retenues), et qu'elles ont été ou seront à l'origine de douleurs, d'inflammation voire d'infections
- Si l'évolution de ces dents de sagesse ne peut se faire après étude de l'anatomie de la mâchoire inférieure
- Si elles sont cariées et ne peuvent plus bénéficier de soins traditionnels conservateurs
- Si elles sont à proximité ou dans une lésion de la mâchoire (kyste, tumeur, nécrose) qu'il faut enlever.

◇ Comment se déroule l'intervention ?

L'intervention peut s'effectuer sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale, en fonction du caractère invasif de l'acte et/ou du statut médical du patient (pathologie médicale, coopération, état psychologique...). L'anesthésie locale consiste à endormir la dent, la gencive, ainsi que les tissus environnants.

L'extraction peut nécessiter la réalisation d'un fraisage de l'os après ouverture de la gencive lorsque la dent est incluse dans l'os : c'est une alvéolectomie. Parfois, il est également nécessaire de sectionner la dent avant de l'extraire.

La fermeture du site de l'avulsion peut se faire à l'aide de fils de suture résorbables, c'est à dire qu'ils disparaissent spontanément en 2 à 4 semaines. S'ils sont source de gêne ou de douleurs il est possible de demander à son chirurgien de les retirer au bout de 2 semaines. Les fils peuvent également être non résorbables, ils seront retirés lors d'une consultation post-opératoire programmée.

Pour votre confort, il est souhaitable de prévoir après l'intervention 2 à 3 jours de repos : week-end, congés, arrêt de travail (non systématique) ou dispense scolaire, sans sport et occupation tête en bas.

Les suites opératoires habituelles sont :

- Un léger **saignement** peut persister pendant quelques heures, à une nuit. Appliquez une compresse sur la zone de l'avulsion et mordre sur celle-ci tant que le saignement ne s'est pas arrêté
- Un **œdème** (gonflement des joues), variable selon les personnes et donc imprévisible
- Une **douleur**, qui pourra être diminuée par les antalgiques prescrits, en évitant impérativement l'aspirine, et par l'apposition de glace enrobée dans un linge sur la joue immédiatement après l'extraction et à renouveler tous les ¼ d'heure à la demande, après une pause d'1/4 d'heure (des poches spéciales sont également disponibles en pharmacie)
- Une **limitation de l'ouverture buccale** est fréquente pendant quelques jours

◇ **Quels sont les risques ?**

Tout acte médical, même bien conduit, recèle un risque de complications immédiates ou tardives, qui doivent cependant être relativisés au regard des bénéfices attendus.

Il peut s'agir de complications rares :

- Une alvéolite : infection de l'alvéole dentaire (orifice laissé libre après l'extraction) qui survient quelques jours à 3 semaines après. Elle entraîne des douleurs souvent nocturnes importantes et nécessite parfois des soins locaux sous anesthésie locale
- Une infection des tissus mous de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'extraction. Elle cède par un traitement antibiotique adapté
- La lésion de la deuxième molaire à côté de la dent de sagesse (perte d'un "plombage", lésion d'une couronne, parfois mobilisation et nécrose)
- Une diminution ou une perte de la sensibilité de la lèvre inférieure car le nerf alvéolaire inférieur chemine à l'intérieur de la mâchoire inférieure en passant sous les racines des dents. Lorsqu'il est au contact des racines dentaires, il peut être lésé entraînant une perte de la sensibilité de la lèvre inférieure du côté atteint, temporaire ou exceptionnellement définitive
- Une perte de la sensibilité de la langue du côté de la lésion car le nerf lingual est situé à proximité de la dent de sagesse. Cette perte de sensibilité est le plus souvent temporaire (quelques jours à quelques semaines) ou exceptionnellement permanente : une persistance au-delà peut justifier un traitement chirurgical

Il peut s'agir de complications exceptionnelles :

- Une fracture de l'angle de la mâchoire qui peut nécessiter de bloquer la mâchoire en position fermée pendant quelques semaines ou de réduire la fracture et la stabiliser par des plaques et des vis
- Une névralgie qui est une douleur vive et très gênante secondaire à l'atteinte d'un nerf alvéolaire inférieur ou lingual. Si le nerf alvéolaire inférieur est concerné, une gêne ou une douleur parfois vive irradie dans les dents antérieures et/ou la lèvre inférieure. Si le nerf lingual est concerné, la gêne ou la douleur irradie dans la moitié de la langue
- Une communication entre le sinus maxillaire et la bouche pour les dents supérieures, elle se ferme spontanément en 15 jours à 3 semaines. Une persistance au-delà justifie un traitement chirurgical adapté
- Une blessure accidentelle de la muqueuse ou d'autres organes par un instrument chirurgical
- L'expulsion de la dent de sagesse supérieure en haut dans le sinus maxillaire ou en arrière (fosse infra-temporale) est très rare mais peut justifier une nouvelle intervention chirurgicale pour la récupérer.

Dans le cadre de la consultation, il vous a été exposé, pour votre cas précis, les risques et les effets secondaires de cet acte.
En cas de complications, veuillez contacter le service de Chirurgie Orale du service d'Odontologie du CHU de Lille au 03 20 44 43 55.

3.3.4.3. Consentement éclairé avant acte de chirurgie orale



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AVANT ACTE DE CHIRURGIE ORALE

Mme / Mr

1 - Je confirme que le Docteur m'a exposé les bénéfices et les risques inhérents à l'intervention chirurgicale envisagée. Une fiche d'information médicale m'a été remise.

2 - Je confirme avoir été informé(e) que le praticien peut être amené à modifier son geste chirurgical en fonction de la survenue d'événements durant l'intervention.

3 - Je reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à cette intervention.

4 - J'ai été informé(e) des bénéfices attendus de cette intervention, de son pronostic et des alternatives thérapeutiques.

5 - J'ai pris note des risques possibles liés à cette intervention, en sachant qu'il existe des complications exceptionnelles, voire imprévues.

6 - J'ai reçu des explications claires me permettant de guider mon choix.

7 - Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention.

8 - Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post-opératoires qui m'ont été préconisées.

Lieu :

Date :

Signature :

3.3.4.4. Conseils postopératoires après acte de chirurgie orale



CONSEILS POSTOPERATOIRES APRÈS ACTE DE CHIRURGIE ORALE

Vous venez de bénéficier d'une intervention de chirurgie orale. Veuillez respecter les conduites à tenir suivantes :

- Suivez les **prescriptions** de l'ordonnance qui vous a été remise. *En cas d'éruption cutanée avec démangeaisons, ou en cas d'apparition de brûlures d'estomac, contactez le service afin de nous en informer.*
- Pendant les premières 48 heures :
 - Privilégiez une **alimentation sans grains (riz, semoule), tiède ou froide , molle, et non épicée**
 - **Ne pas fumer et ne pas boire d'alcool**
 - Évitez toute activité physique excessive, et occupation tête en bas
 - Dormez avec la tête surélevée
 - Ne pas cracher et ne pas utiliser de paille pour boire
 - Utilisez de la glace enrobée dans un linge (pas directement sur la peau), ou des poches spéciales disponibles en pharmacie, pour limiter l'œdème et réduire la douleur, à renouveler tous les ¼ d'heure à la demande
- Les **saignements** : il est fréquent qu'un petit saignement persiste pendant quelques heures à une nuit suivant l'intervention. Appliquer une compresse sur la zone de l'extraction, mordre sur celle-ci, et attendre que le saignement s'arrête (pendant 15 à 30 minutes)
- Le **brossage dentaire** pourra être repris dès le lendemain de l'intervention, en évitant la zone opérée pendant 2 ou 3 jours. Après ce délai, vous pouvez nettoyer cette zone avec une brosse à dents à poils ultra-souples, dite 7/100^{ème} ou 6/100^{ème}, que vous trouverez en pharmacie
- Afin de ne pas évacuer le caillot sanguin qui s'est formé dans l'alvéole, les **bains de bouche** qui vous sont prescrits ne doivent être débutés qu'après les premières 48 heures suivant l'acte chirurgical ; les bains de bouche doivent être doux, à type de lavage

- La **douleur** au niveau des zones opérées cède souvent avec des antalgiques, et disparaît en quelques jours. Un traitement avec une posologie adaptée et à respecter sera prescrit à votre sortie par votre chirurgien, la prise d'aspirine est interdite
- Un **œdème** ou un **hématome** peut apparaître en regard de la zone opérée et augmenter durant les 72 premières heures. De la glace enrobée dans un linge ou une poche spéciale disponible en pharmacie peut être appliquée sur la joue, permettra de réduire le gonflement
- Une **limitation de votre ouverture buccale** appelée trismus peut apparaître pendant plusieurs jours. Celle-ci est due à l'hématome qui provoque une contracture musculaire ; ne forcez pas, elle cédera petit à petit
- Des **points de suture** ont pu être réalisés au niveau de votre gencive. Si le fil utilisé est résorbable, ils se résorberont spontanément en 2 à 4 semaines. S'ils persistent ou s'ils vous gênent, il vous sera possible de les faire retirer au bout de 2 semaines. Si le fil utilisé est non résorbable, les points de suture seront retirés lors d'une consultation post-opératoire programmée.

En cas de problème, contactez l'Unité Fonctionnelle de Chirurgie Orale du Service
d'Odontologie du CHU de Lille au 03 20 44 43 55.
Contactez le 15 dans les cas les plus graves.

3.4. Perspectives

L'aspect financier de ce projet sera à étudier avant leur distribution au sein de ce service. D'un point de vue logistique, la qualité et le type de papier sont à déterminer en lien avec l'imprimeur du CHU, puis un premier test de distribution sera nécessaire afin d'évaluer le nombre de fiches à développer.

Les autorisations requises préalables à la diffusion auprès du CHU de Lille seront également à prévoir.

Il serait également intéressant d'étendre ces fiches à d'autres actes de Chirurgie Orale pratiqués régulièrement au sein de l'UF de Lille comme les désinclusions, les kystes et tumeurs du maxillaires, les biopsies, les frénectomies, les greffes.

Conclusion

La bonne prise en charge dans le domaine de la santé repose sur une information claire, loyale et appropriée, délivrée par le professionnel de santé à chaque patient. L'information médicale est un élément central dans la relation praticien-patient et chaque praticien doit veiller à distribuer une information complète et de qualité dans sa pratique quotidienne.

Les documents écrits sont des outils essentiels, tant pour le patient que pour le professionnel de santé et assurent une meilleure compréhension et mémorisation de l'information.

En dépit de ses nombreux avantages, le document écrit est cependant mis en réserve par les juridictions actuelles et son impact lors de litiges est minimisé. De ce fait, ce document écrit n'est que complémentaire de l'information orale et ne doit pas être utilisé dans le seul but d'obtenir une preuve écrite.

Le respect des recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé en matière d'élaboration de document écrit est essentiel, afin que le document soit adapté, accessible à tous et scientifiquement acceptable.

Une étude à plus large échelle serait intéressante afin d'évaluer l'impact de ces fiches sur le long terme au sein de cette Unité Fonctionnelle de Chirurgie Orale du Service d'Odontologie du CHU de Lille.

Table des illustrations

Figure 1 : Information, consentement et confiance dans les soins [24].....	24
Figure 2 : Obtention du consentement éclairé avec délai de réflexion [28].....	27
Figure 3 : Cas particuliers d'obtention du consentement [30]	28
Figure 4 : Étapes clefs de l'élaboration d'une fiche d'information d'après l'HAS [59].....	44
Figure 5 : Exemple de disposition équilibrée du texte et des illustrations ou encadrés, HAS [59].	49
Figure 6 : Encadré tiré de la fiche « Information médicale avant avulsions de dents de sagesse », Figure personnelle.	49
Figure 7 : Encadré tiré de la fiche « Information médicale avant avulsions dentaires », Figure personnelle.	50
Figure 8 : Exemple d'étiquette patient du CHU de Lille, Image personnelle	54

Références bibliographiques

- [1] Larousse. Dictionnaire Larousse poche 2018. Éd. anniversaire bicentenaire Pierre Larousse. 2018.
- [2] Hœrni B, Boushara J-P. Arrêt Teyssier de la Cour de Cassation, 28 janvier 1942. *Hist Sci Médicales* 2001;XXXV:299–304.
- [3] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 13 septembre 2019).
- [4] Code de déontologie médicale - Article 35. Legifrance 2004. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 13 Septembre 2019).
- [5] HAS - Haute Autorité de la Santé. Recommandations - Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. HAS 2012. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr> (page consultée le 9 Novembre 2019).
- [6] Haute Autorité de la Santé. Argumentaire Scientifique - Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. HAS 2012. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/> (page consultée le 9 Décembre 2019).
- [7] Code de la santé publique - Article L1111-4. Legifrance 2016. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 26 Septembre 2019).
- [8] Code de la santé publique - Article L1111-2. Legifrance 2016. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 26 Septembre 2019).
- [9] Abellard V. L'évolution de l'obligation d'information, vers une remise en cause de la nature de la relation médecin-patient. *Droit Déontologie Soins* 2005;5:91–118.
- [10] MACSF.fr. L'obligation d'information - MACSF. MACSF.fr 2018. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Nos-publications/Nos-livres-blancs/livre-blanc-obligation-information> (page consultée le 20 Septembre 2019).
- [11] Coudane H, Seivert V, Baydaroglu E, Houfani F, Mangin M. Faut-il proposer systématiquement un délai de réflexion au patient avant une intervention en chirurgie orthopédique ? Étude prospective à propos de 52 patients. *Bull Académie Natl Médecine* 2016;200:943–52.
- [12] Vassal J-P. Code de déontologie des Chirurgiens-dentistes Commenté. Espace ID. Paris: 2010.
- [13] Bery A, Delprat L. Droits et obligations du chirurgien-dentiste. Éditions du Puits fleuri. Héricy, France: Emile Guchet; 2006.
- [14] Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 17 novembre 1969, Publié au bulletin. Legifrance 1969. Disponible sur <http://legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 26 Septembre 2019).

- [15] Cour de Cassation, Chambre Civile 1, du 21 février 1961, Publié au bulletin. Legifrance 1961. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 26 Septembre, 2019).
- [16] Code de déontologie médicale - Article 34. Legifrance 2004. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 13 Septembre 2019).
- [17] Bajada S, Dwamena S, Abdul Z, Williams R, Ennis O. Improving consent form documentation and introduction of procedure-specific labels in a district general hospital. *BMJ Qual Improv Rep* 2017;6.
- [18] Pirnay P. L'éthique en médecine bucco-dentaire. *Espace ID*. 2015.
- [19] Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. n.d.
- [20] Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Code de déontologie dentaire. 2009.
- [21] Code civil - Article 1106. Legifrance 2016. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 26 septembre 2019).
- [22] Mauhourat S. Droit du patient et responsabilité du praticien : l'information et le consentement. *Orthod Fr* 2011;82:59–66.
- [23] Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Charte Ordinale sur le consentement éclairé : Éléments nécessaires et suffisants. *La Lettre* 2014;p21-24.
- [24] Phanuel D. Confiance et consentement des malades : le défi de l'information *2002;1:12*.
- [25] Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: trac. *Soc Sci Med* 1982 1999;49:651–61.
- [26] Ghrea M, Dumontier C, Sautet A, Hervé C. Difficultés du transfert d'information en vue d'un consentement éclairé. *Rev Chir Orthopédique Réparatrice Appar Mot* 2006;92:7–18.
- [27] Cocanour CS. Informed consent—It's more than a signature on a piece of paper. *Am J Surg* 2017;214:993–7.
- [28] Le consentement éclairé du patient : quelle traçabilité ? 2017. Disponible sur <http://prevention.sham.fr/> (page consultée le 13 Novembre 2019).
- [29] Code Civil - Article 16-3. Legifrance 2004. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 1er Octobre 2019).
- [30] Hochmann Favre M, Martin-Achard P. Le médecin et le patient incapable de discernement Quels changements apporte le nouveau droit de la protection de l'adulte ? *Rev Med Suisse* 2013;Volume 9.
- [31] HAS - Haute Autorité de la Santé. Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale. HAS Santé 2005. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/>

(page consultée le 1^{er} Octobre 2019).

[32] Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative Anxiety and Fear: A Comparison of Assessments by Patients and Anesthesia and Surgery Residents. *Anesthesia & Analgesia* 1996;83:1285.

[33] Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 7 octobre 1998, 97-10.267, Publié au bulletin. Legifrance 1998. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 3 Octobre 2019).

[34] Sustersic M, Gauchet A, Foote A, Bosson J-L. How best to use and evaluate Patient Information Leaflets given during a consultation: a systematic review of literature reviews. *Health Expect* 2017;20:531–42.

[35] Laccourreye O, Cauchois R, Touraine Ph, Garay A, Bourla A. Information orale et chirurgie programmée pour pathologie tumorale bénigne de la glande thyroïde :le point de vue du chirurgien, du médecin, de l’avocat, et du magistrat. *Ann Chir* 2005;130:458–65.

[36] Christiaens I, Reychler H. Complications après extraction de dents de sagesse. *Rev Stomatol Chir Maxillofac n.d.*:7.

[37] Bohl J-B, Pirnay P. La peur du dentiste. CdP. 2016.

[38] Armfield JM, Spencer AJ, Stewart JF. Dental fear in Australia: who’s afraid of the dentist? *Aust Dent J* 2006;51:78–85.

[39] Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *J Am Dent Assoc* 1939 1984;109:247–51.

[40] Galle C, Faivre T, Robin O. Evaluation comparative de l’anxiété induite par un acte chirurgical odontologique et dermatologique. *Médecine Buccale Chir Buccale* 2005;11:87–96.

[41] Doganer YC, Aydogan U, Yesil HU, Rohrer JE, Williams MD, Agerter DC. Does the trait anxiety affect the dental fear? *Braz Oral Res* 2017;31:e36.

[42] MACSF. Rapport annuel sur le risque médical. MACSF.fr 2018. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical> (page consultée le 7 Octobre 2019).

[43] Missika P, Rahal B. Droit et chirurgie dentaire Prévention, expertises et litiges. CdP; 2006.

[44] Moizan H, Jammot P, Goudot P. Information et consentement éclairé du patient en chirurgie buccale : comment limiter l’ingérence du juridique dans la relation praticien - patient? 2007:6.

[45] Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 3 juin 2010, 09-13.591, Publié au bulletin. Legifrance 2010. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 21 Novembre 2019).

- [46] Revue Générale du Droit. Cour de cassation, 1e civ., 10 avril 2013, pourvoi numéro 12-14.813, non publié au bulletin (F-D) 2013. Disponible sur : <https://www.revuegeneraledudroit.eu/> (page consultée le 21 Novembre 2019).
- [47] McMullan M. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. *Patient Educ Couns* 2006;63:24–8.
- [48] Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW. Patients' Use of the Internet for Medical Information. *J Gen Intern Med* 2002;17:180–5.
- [49] Parler avec son médecin. Haute Aut Santé 2013. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/> (page consultée le 13 Novembre 2019).
- [50] Landier M, Villemagne T, Le Touze A, Braïk K, Meignan P, Cook AR, et al. The position of a written document in preoperative information for pediatric surgery: A randomized controlled trial on parental anxiety, knowledge, and satisfaction. *J Pediatr Surg* 2018;53:375–80.
- [51] Breton AL, Hervé C, Pirnay P. Informations et consentement au cours de soins dentaires associés à la recherche biomédicale. *Sante Publique (Bucur)* 2013;Vol. 25:803–12.
- [52] Ollat D, Rizzo C, Teboul F. Sensibilisation à l'information préopératoire – intérêt d'une fiche. *Hand Surg Rehabil* 2017;36:426–7.
- [53] Kitching JB. Patient information leaflets--the state of the art. *J R Soc Med* 1990;83:298–300.
- [54] Langdon IJ, Hardin R, Learmonth ID. Informed consent for total hip arthroplasty: does a written information sheet improve recall by patients? *Ann R Coll Surg Engl* 2002;84:404–8.
- [55] Clarke K, O'Loughlin P, Cashman J. Standardized Consent: The Effect of Information Sheets on Information Retention. *J Patient Saf* 2018;14:e25–8.
- [56] Grime J, Blenkinsopp A, Raynor DK, Pollock K, Knapp P. The role and value of written information for patients about individual medicines: a systematic review. *Health Expect* 2007;10:286–98.
- [57] Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 14 octobre 1997, 95-19.609, Publié au bulletin. *Legifrance* 1997. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/> (page consultée le 3 Octobre 2019).
- [58] les Drs MS, Voorhoeve M, Menuret H, Baudrant MM, les Drs AM, Bosson JL. Fiches d'information pour les patients: quel intérêt? L'étude EDIMAP. *Rev Médecine Générale* 2010:332–9.
- [59] HAS. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé (1re partie): Guide méthodologique, Mars 2005. *Oncologie* 2006;8:182–96. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/> (page consultée le 26 Septembre 2019).
- [60] Haute Autorité de la Santé. Avulsion des 3es molaires : indications, techniques et

modalités - Synthèse de la recommandation de bonne pratique. HAS 2019. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/> (page consultée le 26 Septembre 2019).

[61] Young DR, Hooker DT, Freeberg FE. Informed consent documents: Increasing comprehension by reducing reading level. IRB 1990;12:1–5.

[62] Bernardini C, Ambrogi V, Fardella G, Perioli L, Grandolini G. How to improve the readability of the patient package leaflet: a survey on the use of colour, print size and layout. Pharmacol Res 2001;43:437–43.

[63] Antoine A, Letrillart L. Inventaire et évaluation des documents écrits d'information destinés aux patients produits par les Départements universitaires de médecine générale. Rev Fr Médecine Générale 2011;23:148–56.

[64] Info du patient - Société Française de Chirurgie Orale 2019. Disponible sur : <https://societechirorale.com/fr/> (page consultée le 27 Septembre 2019).

[65] Haute Autorité de la Santé. Avulsion des 3es molaires : indications, techniques et modalités - Argumentaire scientifique. HAS 2019. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr> (page consultée le 27 Septembre 2019).

Annexes

Annexe 1 : « Indications d'avulsion d'une troisième molaire », d'après les Recommandations de la Haute Autorité de la Santé [60]

Indications d'avulsion d'une 3 ^e molaire		
	3 ^e molaire pathologique	3 ^e molaire non pathologique
3 ^e molaire symptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Carie symptomatique de la 3^e molaire non restaurable de manière pérenne. ■ Pathologie pulpaire et/ou périapicale de la 3^e molaire (granulome, kyste apical) symptomatique non traitable. ■ Cellulite, abcès, ostéomyélite en relation avec la 3^e molaire. ■ Parodontopathie en relation avec la 3^e molaire. ■ Fracture symptomatique de la 3^e molaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Péricoronarite récidivante et/ou résistante aux traitements conservateurs. ■ Résorption interne/externe de la dent adjacente. ■ 3^e molaire perturbant l'occlusion dynamique.
3 ^e molaire asymptomatique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Carie asymptomatique de la 3^e molaire non restaurable de manière pérenne. ■ Pathologie pulpaire et/ou périapicale de la 3^e molaire (granulome, kyste apical) asymptomatique non traitable. ■ Fracture asymptomatique de la 3^e molaire ■ 3^e molaire en rapport avec un kyste ou une tumeur bénigne. ■ 3^e molaire en rapport avec une pathologie à caractère supposé malin. ■ 3^e molaire située dans un trait de fracture mandibulaire (optimisation de la réduction et de l'ostéosynthèse). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anticipation des difficultés et/ou complications potentielles futures liées à l'édification des racines des 3^{es} molaires et leur possible promiscuité avec le nerf alvéolaire inférieur. ■ Raisons médicales : radiothérapie future, foyer infectieux potentiel dans un contexte médical diabétique, cardiaque et/ou immunosuppresseur. ■ 3^e molaire dans le champ d'une chirurgie et/ou d'une reconstruction de la mâchoire. ■ 3^e molaire qui servira de transplant. ■ Pose d'un implant à proximité d'une 3^e molaire incluse ■ Situations de vie spécifiques afin de prévenir les troubles liés à une 3^e molaire à un moment inapproprié pour le patient (grossesse, stress physique ou émotionnel, voyage, activité sportive, expédition militaire, trajet aérien, etc.). ■ Prévention d'une résorption coronale et/ou radiculaire de la dent adjacente. ■ 3^e molaire non fonctionnelle (sans antagoniste avec risque d'égression). ■ Optimisation/planification d'une réalisation prothétique : probabilité d'éruption secondaire ou dent incluse dans une zone d'appui muqueux de la prothèse amovible. ■ Préparation à la chirurgie orthognathique : prévention d'une difficulté chirurgicale (3^e molaire assimilée à un obstacle sur le trajet de l'ostéotomie). ■ Besoin orthodontique : facilitation d'un déplacement distal de la 2^e molaire.

Annexe 2 : « Conseils postopératoires », exemple de fiche proposée par la Société Française de Chirurgie Orale [64]



Société Française de Chirurgie Orale

Conseils post-opératoires

Vous venez de bénéficier d'une intervention chirurgicale de la bouche ou des maxillaires.

1 - Suivez les prescriptions de l'ordonnance qui vous a été remise. Cependant, en cas d'éruption cutanée avec démangeaisons ou en cas d'apparition de brûlures d'estomac, mettez-vous en rapport avec nous afin de la modifier.

2 - Les saignements : il est fréquent qu'un petit saignement persiste pendant quelques heures à une nuit suivant l'intervention. Le traitement consiste à appliquer une compresse sur la zone de l'extraction et mordre sur celle-ci tant que le saignement ne s'est pas arrêté. Afin de ne pas évacuer le caillot sanguin qui s'est formé dans l'alvéole, les bains de bouche qui vous seront prescrits ne doivent pas être faits pendant les premières 48 heures suivant l'acte chirurgical.

3 - La douleur au niveau des zones opérées est plus fréquente en bas qu'en haut. Elle cède souvent avec des antalgiques et disparaît en quelques jours. Un traitement adapté sera prescrit à votre sortie par votre chirurgien. Des glaçons enrobés dans un linge (pas directement sur la peau) diminuent le gonflement et la douleur.

4 - Un oedème ou un hématome peuvent apparaître en regard de la zone opérée et augmenter durant les 72 premières heures. Ceci est normal ; ils peuvent prendre des proportions importantes selon les individus et le type d'opération. Le traitement et les vessies de glace permettront de réduire la douleur et l'importance de cette déformation.

5 - Une limitation de votre ouverture buccale peut exister pendant plusieurs jours. Celle-ci est due à l'hématome qui provoque une contracture musculaire ; ne forcez pas, elle cédera petit à petit.

6 - Des points ont pu être posés au niveau de votre gencive. Ils se résorberont spontanément en 3 semaines - un mois, mais s'ils persistent ou s'ils vous gênent, il vous sera possible de les faire retirer après 15 jours.

7 - Le brossage dentaire pourra être repris dès le lendemain de l'intervention, en évitant la zone opérée pendant 3 ou 4 jours. Après ce délai, vous pouvez nettoyer cette zone avec une brosse à dents souple, dite chirurgicale que vous trouverez en pharmacie.

En résumé, vous devez respecter un certain nombre de précautions pendant 48 heures :

- Ne pas faire de bains de bouche et ne pas cracher car cela favorise le saignement
- Privilégier une alimentation mixée
- Ne rien boire ou manger de chaud
- Dormir la tête surélevée
- Placer une vessie de glace sur la peau au niveau des zones opérées.

Information reçue le _____ et bien comprise.

Signature du patient

**En cas de problème, vous pouvez contacter : La clinique où vous avez été opéré.
Le 15 dans les cas les plus graves,**

Annexe 3 : Fiche conseil sur les dents de sagesse, Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)



Votre dentiste complice de votre sourire

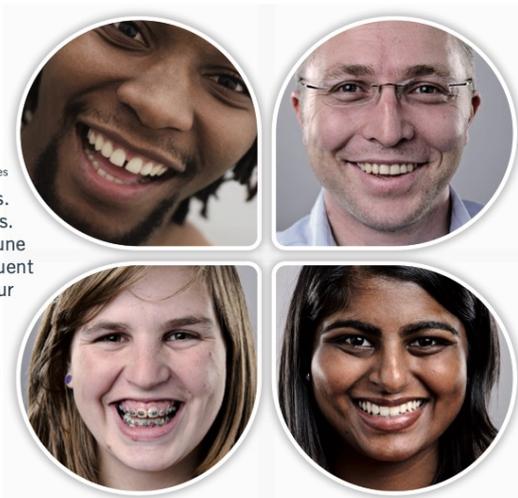
FICHE CONSEIL

LES DENTS DE SAGESSE

● A quoi servent les dents de sagesse ?

Les dents de sagesse sont au nombre de 4, aussi appelées 3^{èmes} molaires ont la même fonction de mastication que les molaires. Elles ne font leur apparition le plus souvent entre 17 et 25 ans. Parfois, elles existent mais ne sortent pas, par fois même une ou plusieurs d'entre elles n'existent pas. Souvent elles manquent de place dans la bouche et posent des problèmes lors de leur éruption.

Cependant, s'il n'y a pas de raison de les extraire systématiquement. Il est intéressant de les maintenir en place. Elles peuvent s'avérer utiles dans le cas d'une molaire perdue en faisant office de support pour la pose d'un bridge.



● Dans quels cas dois-je me faire extraire mes dents de sagesse ?



Afin que leur éruption puisse se faire normalement, il doit y avoir une croissance suffisante à l'arrière des mâchoires. Dans le cas contraire, les dents de sagesse doivent être extraites car elles risquent d'occasionner des troubles sur les dents voisines, surtout en cas de traitement orthodontique concomitant.

Il arrive aussi que les dents de sagesse ne poussent pas complètement et soit recouverte en partie de gencive : on dit que la dent est **semi-incluse**. Dans ce cas, il est souvent conseillé de la retirer car elle présente un risque de carie et un risque d'infection plus élevé à moyen ou long terme.

Pour prendre une décision, votre chirurgien-dentiste vous fera une **radiographie panoramique** et évaluera certains facteurs comme la grosseur des dents, la formation de leurs racines, la direction d'éruption, l'espace disponible, l'os de la mâchoire, etc.

● Comment se passe l'opération ?

L'intervention se passe généralement sous anesthésie locale, dans le cabinet de votre chirurgien-dentiste, de votre stomatologue ou en clinique.

Il est possible pour certaines indications d'avoir recours à l'anesthésie générale, dans ce cas on extrait en général toutes les dents de sagesse en même temps.

L'opération n'est pas douloureuse, car votre mâchoire est anesthésiée. Si vous respectez la prise de médicaments et les conseils prodigués par votre dentiste, les suites de l'opération seront réduites. Un œdème peut apparaître ce qui fera gonfler un peu vos joues et vous limitera dans la prise d'aliments difficiles à mastiquer. L'alimentation doit être adaptée pendant quelques jours.



« L'UFSBD représente les 38 000 chirurgiens-dentistes qui agissent au quotidien pour votre santé bucco-dentaire au sein de leur cabinet. Pour en savoir plus sur votre santé bucco-dentaire www.ufsbd.fr »

Annexe 4 : Fiche conseil sur les « Extractions dentaires », Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)



Votre dentiste complice de votre santé

FICHE CONSEIL

LES EXTRACTIONS DENTAIRES : LES BONS CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

● Pourquoi ?

Parfois les dents doivent être enlevées suite à un stade avancé de carie, une maladie du tissu osseux des mâchoires ou un traumatisme de la dent. Enlever une dent s'appelle une extraction ou une avulsion dentaire.

Quand une dent est extraite, il est normal que des changements se produisent dans votre bouche. Votre dentiste vous donnera des conseils à suivre après l'extraction, il est important de parler à votre dentiste de tout problème que vous rencontreriez. Voici quelques conseils simples pour vous aider à bien cicatriser.

● Anesthésie

Avant une extraction, vous aurez une anesthésie locale. Votre bouche restera engourdie quelques heures après l'intervention. Pendant que votre bouche est endormie, vous devez faire attention de ne pas vous mordre les joues, les lèvres ou la langue. Ne fumez pas, ne buvez pas d'alcool. L'anesthésie doit disparaître après quelques heures. En cas de problème, contactez votre chirurgien-dentiste.

● Saignements

Votre dentiste va mettre en place une compresse de gaze sur laquelle vous mordrez pour limiter les saignements juste après l'extraction. Ceci aide à la formation du caillot de sang, qui est nécessaire à la bonne cicatrisation de la plaie. Cette compresse doit être maintenu sous pression (sans trop forcer) pendant 30 minutes après votre rendez-vous pour permettre une bonne coagulation. Ne mâchez pas la compresse. Avalez normalement votre salive, ne crachez pas pour éviter de saigner.

La plaie peut saigner ou suinter après avoir retiré la compresse. Si c'est le cas, voici ce que vous devez faire :

- Plier un morceau de gaze stérile à placer directement sur le site de l'extraction,
- Appliquer une pression en mordant dessus. Maintenez la pression pendant au moins 30 minutes ;
- Ne passer pas votre langue sur le site l'extraction ;
- Une quantité légère de fuite du site d'extraction jusqu'à ce qu'un caillot se forme. Cependant si cela continue à saigner abondamment, contactez votre dentiste.

● Laissez la plaie tranquille

Le caillot de sang qui se forme dans le site de l'extraction est important pour une bonne cicatrisation. Vous ne devez rien faire qui puisse déloger ce caillot. Voici quelques conseils pour le protéger :

- Ne fumez pas, ne rincez pas votre bouche abondamment, ne buvez pas avec une paille pendant 24 heures. Toutes ces pratiques créent une dépression en bouche, qui peut déplacer le caillot sanguin et retarder la cicatrisation ou vous refaire saigner ;
- Evitez les boissons alcoolisées ou les bains de bouche contenant de l'alcool pendant 24 heures ;
- Limitez les activités physiques intenses pendant 24 heures après l'extraction. Cela réduira les risques de saignements et aidera la cicatrisation ;
- Ne pas cracher car cela favorise le saignement ;
- Privilégier une alimentation mixée ;
- Ne rien boire ou manger de trop chaud ;
- Dormir la tête surélevée ;
- Parfois le caillot ne se forme pas le premier ou le deuxième jour après l'extraction ou se forme mais ne reste pas en place. Le résultat est appelé une plaie sèche. Cela peut être très douloureux et vous aurez besoin de retourner chez votre chirurgien-dentiste. Un pansement pourra être placé dans la plaie pour favoriser la cicatrisation et soulager la douleur.



« L'UFSBD représente les 38 000 chirurgiens-dentistes qui agissent au quotidien pour votre santé bucco-dentaire au sein de leur cabinet. Pour en savoir plus sur votre santé bucco-dentaire www.ufsbd.fr »

Toute reproduction sans l'accord préalable de l'UFSBD est interdite

LES EXTRACTIONS DENTAIRES : LES BONS CONSEILS POST-OPÉRATOIRES

● Prescription de médicaments

Votre chirurgien-dentiste vous a prescrit des médicaments pour des raisons précises : douleurs inflammation, infection. Suivez scrupuleusement ces prescriptions.

Si les médicaments contre la douleur n'ont pas un effet suffisant, ne prenez pas plus de comprimés par prise ou plus que la quantité maximale recommandée, mais contactez votre dentiste.

● Brossage

Ne brossez pas vos dents à côté du site de l'extraction pour le reste de la journée. Vous pouvez cependant brosser vos dents et passer le fil dentaire entre les autres dents. Vous pouvez également brosser votre langue. Ceci vous aidera à vous débarrasser de la mauvaise haleine et de goût désagréable qui sont fréquents après une extraction, mais ne rincez pas avec de l'eau ou des bains de bouche le premier jour.

Essayez de rincer très doucement votre bouche pour ne pas déloger le caillot sanguin. N'utilisez pas de bain de bouche pendant ce premier temps de cicatrisation sans avis de votre chirurgien-dentiste.

● Inflammation et douleur

Après l'extraction de la dent, vous pouvez avoir quelques sensations inconfortables et remarquer un gonflement (œdème). C'est normal. Pour réduire le gonflement et la douleur, essayez d'appliquer une poche de glace ou de froid sur votre visage en intercalant une serviette éponge pour ne pas avoir la glace à même la peau. Votre dentiste vous aura donné des instructions sur la durée et la fréquence d'utilisation de cette poche de glace.

● Inflammation et douleur

Si vous avez l'un des signes suivants, contactez votre dentiste immédiatement. Si vous ne parvenez pas à le joindre votre dentiste, adressez-vous à un médecin de garde ou aux urgences :

- Fièvre, nausée ou vomissements,
- Douleur intense ou qui ne cède pas aux anti-douleurs, saignement, gonflement important,
- Des douleurs qui augmentent avec le temps au lieu de diminuer.

● Manger et boire

Après l'extraction, buvez abondamment mais doucement de l'eau et mangez léger. Evitez les boissons chaudes et les boissons alcoolisées. N'utilisez pas de paille. Pour les jours suivants, essayez de mâcher du côté opposé au site de l'extraction. Quand vous vous sentez mieux, vous pourrez à nouveau mâcher des deux côtés.

● Suivi

Si vous avez des sutures qui doivent être retirées, votre chirurgien-dentiste vous donnera un nouveau rendez-vous pour procéder à leur retrait.



Annexe 5 : Exemple de fiche de consentement proposé par la Haute Autorité de Santé [65]

Avulsion des 3^{es} molaires : indications, techniques et modalités

CONSENTEMENT AVULSION DES 3^{es} MOLAIRES

Je (nous) soussigné(e)s, Mlle, Mr, Mme,

Patient(e) ou parents responsables du patient (ou de la patiente)

Suis(sommes) d'accord pour l'avulsion des dents de sagesse ou 3^{es} molaires

De notre fils(fille) nommé(e)

M86.48 ostéomyélite chronique avec fistule drainage
K010 dent incluse
K011 dent enclavée
K735 dent ectopique
K040 pulpite
K041 nécrose pulpaire
R52.1 douleur chronique irréductible
HBGD017 avulsion d'une 3^e molaire ectopique
HBGD018 avulsion d'une 3^e molaire maxillaire 18 ou 28
HBGD004 avulsion d'une 3^e molaire mandibulaire 38 ou 48
HBGD025 avulsion de deux 3^{es} molaires
HBGD021 avulsion de trois 3^{es} molaires
HBGD038 avulsion de quatre 3^{es} molaires
LBFA023 résection os maxil/mand de moins de 2 cm
LBFA030 résection os maxil/mand de 2 à 4 cm
LBFA002 résection os maxil/mand de plus de 4 cm
ADCA004 dérivation du nerf alvéolaire inférieur

Certifie(nt) avoir reçu une information claire, transparente et argumentée :

- sur les bénéfices attendus de l'intervention,
- sur les raisons médicales ou chirurgicales justifiant le choix d'une anesthésie locale, locorégionale, sédation ou anesthésie générale, et ce, en externe, en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle,
- sur les précautions à prendre avant l'intervention,
- sur les différentes étapes de l'intervention,
- sur les risques et complications de l'intervention chirurgicale (cf feuille d'information).

Fait à

le

Signature du (de la) patient (e)

Signature de ses parents (si mineur (e))

Annexe 6 : Première maquette de la fiche « Information médicale avant avulsions dentaires »



INFORMATION MEDICALE **AVANT AVULSIONS DENTAIRES**

Cette fiche d'information a pour objet de vous expliquer les principes de l'intervention qui va être pratiquée, et les risques à connaître (même s'ils sont exceptionnels). Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions après la lecture de cette fiche.

Les avulsions dentaires sont indiquées :

- Lorsque les dents présentent une carie à un stade avancé, ou en cas de traumatisme ;
- Lorsque les dents constituent un risque infectieux et ne peuvent bénéficier de traitements conservateurs (en prévision d'un traitement médical immunosuppresseur, d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie cervico-faciale, ou par rapport à certaines pathologies médicales), ceci afin de prévenir les risques de complications infectieuses ;
- En vue d'une réhabilitation prothétique globale.

L'intervention peut s'effectuer sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale, en fonction du caractère invasif de l'acte et/ou du statut médical du patient (pathologie médicale, coopération, état psychologique...)

Une gêne esthétique est possible ainsi que fonctionnelle (phonation et mastication).

Les suites opératoires habituelles sont :

- Un œdème (gonflement des joues),
- Une douleur, qui pourra être calmée par les antalgiques prescrits
- Un léger saignement, pendant quelques heures à 1 nuit
- Une limitation de l'ouverture buccale

Tout acte chirurgical, même bien mené, comporte des risques de complications, qui doivent cependant être relativisés au regard des bénéfices attendus :

- Hématome et saignement persistant,
- Alvéolite : inflammation ou infection du site de l'avulsion,
- Cellulite : inflammation ou infection des structures environnantes, de la face ou de la bouche,
- Lésion d'une dent voisine, descellement d'une couronne, fracture d'une restauration, d'un bridge ou d'une dent.
- Communication entre la bouche et le sinus qui se ferme seule le plus souvent (4 à 8 semaines). En cas de persistance, une intervention sera nécessaire pour obtenir sa fermeture.

Dans le cadre de la consultation, il vous a été exposé, pour votre cas précis, les risques et les effets secondaires de cet acte.
En cas de complications, veuillez contacter le service de Chirurgie Orale du service d'Odontologie de Lille.

Annexe 7 : Première maquette de la fiche « Information médicale avant avulsions de dents de sagesse »



INFORMATION MEDICALE **AVANT AVULSIONS DE DENTS DE SAGESSE**

Cette fiche d'information a pour objet de vous expliquer les principes de l'intervention qui va être pratiquée, et les risques à connaître (même s'ils sont exceptionnels). Votre chirurgien est à votre disposition pour répondre à toutes vos questions après la lecture de cette fiche.

◇ **Pourquoi opérer ?**

L'avulsion des dents de sagesse consiste à retirer les troisièmes molaires du haut et/ou du bas. Chez l'enfant ou l'adolescent, ces dents n'ont pas terminé leur développement et sont appelés germes, l'intervention est donc appelée « germectomie ».

Les dents de sagesse peuvent être :

- Incluses : non visibles dans la cavité orale, recouvertes par de la gencive et de l'os ;
- Semi incluses : partiellement visibles
- Visibles en bouche.

Ces dents doivent être extraites :

- Si elles sont en mauvaise position, incluses dans l'os ou enclavées (retenues), et qu'elles ont été ou seront à l'origine de douleurs, d'inflammation voire d'infections ;
- Si elles risquent de rendre difficile l'alignement de vos dents par manque de place postérieure (l'indication est alors orthodontique) ;
- Si elles sont cariées et ne peuvent plus bénéficier de soins traditionnels conservateurs ;
- Si elles sont à proximité ou dans une lésion de la mâchoire (kyste, tumeur, nécrose) qu'il faut enlever.

◇ **Comment se déroule l'intervention ?**

L'intervention peut s'effectuer sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale, en fonction du caractère invasif de l'acte et/ou du statut médical du patient (pathologie médicale, coopération, état psychologique...). L'anesthésie locale consiste à endormir la dent, la gencive, ainsi que les tissus environnants.

L'extraction peut nécessiter la réalisation d'un fraisage de l'os après ouverture de la gencive lorsque la dent est incluse dans l'os : c'est une alvéolectomie. Parfois, il est également nécessaire de sectionner la dent avant de l'extraire.

La fermeture du site de l'avulsion peut se faire à l'aide de fils de suture résorbables, c'est à dire qu'ils disparaissent spontanément en 2 à 4 semaines. S'ils sont source de gêne ou de douleurs il est possible de demander à son chirurgien de les retirer au bout de 2 semaines. Les fils peuvent également être non résorbables, ils seront retirés lors d'une consultation post-opératoire programmée.

Pour votre confort, il est souhaitable de prévoir après l'intervention 2 à 3 jours de repos : week end, congés, arrêt de travail (non systématique) ou dispense scolaire.

Les suites opératoires habituelles sont :

- Un léger **saignement** peut persister pendant quelques heures à une nuit suivant l'intervention. Appliquez une compresse sur la zone de l'avulsion et mordre sur celle-ci tant que le saignement ne s'est pas arrêté ;
- Un **œdème** (gonflement des joues), variable selon les personnes et donc imprévisible ;
- Une **douleur**, qui pourra être diminuée par les antalgiques prescrits et l'apposition de glace enrobée dans un linge sur la joue ;
- Une **limitation de l'ouverture buccale** est fréquente pendant quelques jours.

◇ Quels sont les risques ?

Tout acte médical, même bien conduit, recèle un risque de complications immédiates ou tardives, qui doivent cependant être relativisés au regard des bénéfices attendus. Il peut s'agir de :

Il peut s'agir de complications rares :

- Une alvéolite : infection de l'alvéole dentaire (orifice laissé libre après l'extraction) qui survient quelques jours à 3 semaines après. Elle entraîne des douleurs souvent nocturnes importantes et nécessite des soins locaux sous anesthésie locale ;
- Une infection des tissus mous de la joue (cellulite) peut survenir quelques jours à quelques semaines après l'extraction. Elle cède par un traitement antibiotique adapté ;
- La lésion de la deuxième molaire à côté de la dent de sagesse (perte d'un "plombage", lésion d'une couronne, parfois mobilisation et nécrose) ;
- Une diminution ou une perte de la sensibilité de la lèvre inférieure car le nerf alvéolaire inférieur chemine à l'intérieur de la mandibule en passant sous les racines des dents. Lorsqu'il est au contact des racines dentaires, il peut être lésé entraînant une perte de la sensibilité de la lèvre inférieure du côté atteint, temporaire ou exceptionnellement définitive ;
- Une perte de la sensibilité de la langue du côté de la lésion car le nerf lingual est situé à proximité de la partie interne de la mandibule. Cette perte de sensibilité est le plus souvent temporaire (quelques jours à quelques semaines) ou exceptionnellement permanente : une persistance au-delà peut justifier un traitement chirurgical ;

Il peut s'agir de complications exceptionnelles :

- Une fracture de l'angle de la mâchoire qui peut nécessiter de bloquer la mâchoire en position fermée pendant quelques semaines ou de mettre des plaques et des vis ;
- Une névralgie qui est une douleur vive et très gênante secondaire à l'atteinte d'un nerf alvéolaire inférieur ou lingual. Si le nerf alvéolaire inférieur est concerné, une gêne ou une douleur parfois vive peuvent irradier dans les dents antérieures et/ou la lèvre inférieure. Si le nerf lingual est concerné, la gêne ou la douleur irradient dans la moitié de la langue ;
- Une communication entre le sinus maxillaire et la bouche pour les dents supérieures, elle se ferme spontanément en 15 jours à 3 semaines. Une persistance au-delà justifie un traitement chirurgical adapté ;
- Une blessure accidentelle de la muqueuse ou d'autres organes par les instruments chirurgicaux ;
- L'expulsion de la dent de sagesse supérieure en haut dans le sinus maxillaire ou en arrière (fosse infra-temporale) est très rare mais peut justifier une nouvelle intervention chirurgicale pour la récupérer.

Annexe 8 : Première maquette de la fiche « Consentement éclairé avant acte de Chirurgie Orale »



CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ **AVANT CHIRURGIE ORALE**

Mme / Mr

1 - Je confirme que le Docteur m'a exposé les bénéfices et les risques inhérents à l'intervention chirurgicale envisagée. Une fiche d'information médicale m'a été remise.

2 - Je confirme avoir été informé(e) que le praticien peut être amené à modifier son geste chirurgical en fonction de la survenue d'événements durant l'intervention.

3 - Je reconnais avoir eu la liberté de poser toutes les questions relatives à cette intervention.

4 - J'ai été informé(e) des bénéfices attendus de cette intervention, de son pronostic et des alternatives thérapeutiques.

5 - J'ai pris note des risques possibles liés à cette intervention, en sachant qu'il existe des complications exceptionnelles, voire imprévues.

6 - J'ai reçu des explications claires me permettant de guider mon choix.

7 - Je reconnais qu'un délai de réflexion suffisant m'a été accordé entre la consultation et l'intervention.

8 - Je m'engage à respecter toutes les consignes pré et post-opératoires qui m'ont été préconisées.

Lieu :

Date :

Signature :

Annexe 9 : Première maquette de la fiche « Conseils postopératoires après acte de Chirurgie Orale »



CONSEILS POST-OPERATOIRES APRÈS CHIRURGIE ORALE

Vous venez de bénéficier d'une intervention de chirurgie orale. Veuillez respecter les conduites à tenir suivantes :

- Suivez les **prescriptions** de l'ordonnance qui vous a été remise. *En cas d'éruption cutanée avec démangeaisons, ou en cas d'apparition de brûlures d'estomac, contactez le service afin de nous en informer.*
- Pendant les premières 48 heures :
 - Privilégiez une **alimentation tiède, molle, et non épicée** ;
 - Il est fortement recommandé de **ne pas fumer et ne pas boire d'alcool** ;
 - Évitez toute activité physique ;
 - Dormez avec la tête surélevée ;
 - Ne pas cracher et ne pas utiliser de paille ;
 - Utilisez la glace enrobée dans un linge (pas directement sur la peau) pour soulager la douleur ;
- Les **saignements** : il est fréquent qu'un petit saignement persiste pendant quelques heures à une nuit suivant l'intervention. Appliquer une compresse sur la zone de l'extraction, mordre sur celle-ci, et attendre que le saignement s'arrête (pendant 15 à 30 minutes) ;
- Le **brossage dentaire** pourra être repris dès le lendemain de l'intervention, en évitant la zone opérée pendant 2 ou 3 jours. Après ce délai, vous pouvez nettoyer cette zone avec une brosse à dents souple, dite chirurgicale que vous trouverez en pharmacie ;
- Afin de ne pas évacuer le caillot sanguin qui s'est formé dans l'alvéole, les **bains de bouche** qui vous sont prescrits doivent être faits après les premières 48 heures suivant l'acte chirurgical ;

- La **douleur** au niveau des zones opérées cède souvent avec des antalgiques, et disparaît en quelques jours. Un traitement adapté sera prescrit à votre sortie par votre chirurgien ;
- Un **œdème** ou un **hématome** peuvent apparaître en regard de la zone opérée augmenter durant les 72 premières heures. De la glace enrobée dans un linge et appliquée sur la joue, permettra de réduire le gonflement ;
- Une **limitation de votre ouverture buccale** appelée trismus peut apparaître pendant plusieurs jours. Celle-ci est due à l'hématome qui provoque une contracture musculaire ; ne forcez pas, elle cédera petit à petit ;
- Des **points de suture** ont pu être réalisés au niveau de votre gencive. Si le fil utilisé est résorbable, ils se résorberont spontanément en 2 à 4 semaines. S'ils persistent ou s'ils vous gênent, il vous sera possible de les faire retirer au bout de 2 semaines. Si le fil utilisé est non résorbable, les points de suture seront retirés lors d'une consultation post-opératoire programmée ;

<p>En cas de problème, contactez le service de Chirurgie Orale du Service d'Odontologie de Lille. Contactez le 15 dans les cas les plus graves.</p>

Information reçue le à

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année [2020] – N°:

Information en Chirurgie Orale et création de fiches d'information pour le service d'Odontologie du CHU de Lille

KUHN Louise.- p. (86) : ill. (11) ; réf. (65).

Domaines : Chirurgie Orale ; Déontologie Médicale

Mots clés Rameau: Droit des patients à l'information ; Consentement éclairé (droit médical) ; Déontologie Médicale ; Relations dentiste-patient ; Bouche-Chirurgie ; Guides pratiques

Mots clés FMeSH : Consentement libre et éclairé ; Relations dentiste-patient ; Chirurgie stomatologique (spécialité)

Mots clé libre : Chirurgie Orale

L'information est un élément central de la relation entre le professionnel de santé et le patient. Cette information est délivrée obligatoirement à l'oral, de façon claire, loyale, appropriée et dans son intégralité. L'information orale peut être complétée par un document écrit, qui ne doit cependant pas la remplacer.

D'après la littérature actuelle, le document écrit apparaît comme un outil pour le professionnel de santé comme pour le patient, car il permet une réduction de l'anxiété, une amélioration de la compréhension, mémorisation de l'information et une meilleure traçabilité de l'information.

La première partie de cet ouvrage est consacrée aux caractéristiques essentielles de l'information, les modalités de sa délivrance et l'obtention du consentement éclairé. Dans un second temps, l'application de ces principes en Chirurgie Orale, et les intérêts de l'information écrite sont étudiés.

Dans le cadre de cette thèse, dans une dernière partie des fiches d'information destinées aux patients de l'Unité Fonctionnelle de Chirurgie Orale du service d'Odontologie du CHU de Lille sont créées selon les étapes d'élaboration recommandées.

JURY :

Président : Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Assesseurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Monsieur le Docteur Fabien GRESSIER