

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2022

N°: 4575

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 11 Janvier 2022

Par Charlotte BAERT

Née le 10 Avril 1996 à Hazebrouck

**Le parcours patient au sein de l'Unité Fonctionnelle
d'odontologie pédiatrique du service d'odontologie
du CHU de Lille**

JURY

Président : Madame la Professeure Caroline DELFOSSE

Assesseeurs : Monsieur le Docteur Laurent NAWROCKI

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directrice Générale des Services de l'Université	:	M-D. SAVINA
Doyen UFR3S	:	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S	:	G. PIERSON
Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S	:	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services	:	M. DROPSIT
Responsable de la Scolarité	:	G. DUPONT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S
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
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	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
W. PACQUET	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
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 la Professeure Caroline DELFOSSE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

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

Habilitation à Diriger des Recherches (Université Clermont Auvergne)

Diplôme d'Université « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

Diplôme d'Université « Gestion du stress et de l'anxiété »

Diplôme d'Université « Compétences Cliniques en sédation pour les soins dentaires »

Diplôme Inter Universitaire « Pédagogie en sciences de la santé »

Formation Certifiante en Éducation Thérapeutique du Patient

Doyen de la faculté d'Odontologie – UFR3S

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Je vous suis reconnaissante pour toutes les connaissances que vous m'avez apporté pendant mon cursus hospitalo-universitaire.

A travers ce travail, veuillez trouver l'expression de mon respect le plus sincère.

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 en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Maîtrise en Biologie Humaine

Certificat d'Études Supérieures d'Odontologie Chirurgicale

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

Chef du Service d'Odontologie du CHU de Lille

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

Responsable du Département de Chirurgie Orale

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Trouvez dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Éthique et Droit Médical – Université Paris Descartes

Certificat d'Études Supérieures de Pédodontie et Prévention – Université Paris Descartes

Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » - Aix-Marseille II

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

Responsable du Département d'Odontologie Pédiatrique

Vous avez accepté de faire partie de ce jury de thèse et j'en suis honorée. Votre sympathie et votre accessibilité sont des qualités qui m'ont encouragé à venir vers vous et à progresser dans le domaine de l'odontologie pédiatrique. Vos enseignements m'ont permis de prendre plaisir à soigner les jeunes patients. Vous trouverez dans cette thèse l'expression de mes sincères remerciements et de mon plus grand respect

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département d'Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Santé Publique

Spécialiste Qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Certificat d'Études Supérieures Odontologie Pédiatrique et Prévention

Attestation Universitaire soins dentaires sous sédation consciente au MEOPA

Master 1 Biologie Santé – mention Éthique et Droit de la Santé

Master 2 Santé Publique – spécialité Éducation thérapeutique et éducations en santé

Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient

Diplôme du Centre d'Enseignement des Thérapeutiques Orthodontiques
orthopédiques et fonctionnelles

Lauréat du Prix Elmex® de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique

Responsable de l'Unité Fonctionnelle d'Odontologie pédiatrique – CHU de Lille

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à l'égard de mes idées dès lors que je vous les ai présentées et ainsi d'avoir pu envisager ce travail. Merci pour votre patience, votre écoute et votre réactivité.

Merci de m'avoir accordé un peu de ce temps précieux dont vous disposez, je vous en suis sincèrement reconnaissante.

J'espère que ce travail fera honneur à votre encadrement et sera à la hauteur de vos espérances.

Je dédie cette thèse...

A mes parents,

Table des abréviations

AAPD : American Academy of Pediatric Dentistry (Académie Américaine d'Odontologie pédiatrique)

AG : Anesthésie générale

ALD : Affection longue durée

APECS : (Échelle des) Adaptations pour une prise en charge spécifique

ARS : Agence régionale de la santé

BBD : Bilan bucco-dentaire

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CAOD : Indice de dents cariées, absentes ou obturées

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMF : Chirurgie maxillo-faciale

CMI : Certificat médical initial

CPP : Couronne préformée pédiatrique

EAPD : European Academy of Pediatric Dentistry (Académie Européenne d'Odontologie Pédiatrique)

ETP : Education thérapeutique du patient

HAS : Haute autorité de santé

ICDAS : International Caries Detection and Assessment System (Système international de détection et d'évaluation des caries)

MEOPA : Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

MIH : Hypominéralisation Molaires-Incisives

ODF : Orthodontie dento-faciale

OHM : Oral hygiene motivation (MHO - motivation à l'hygiène orale)

OMS : Organisation mondiale de la santé

OP : Odontologie pédiatrique

ORL : Oto-rhino-laryngologue

PMI : Protection maternelle infantile

SFOP : Société Française d'Odontologie Pédiatrique

UF : Unité fonctionnelle

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	18
1. DEFINITIONS ET CADRE CONCEPTUEL	19
1.1 DEFINITIONS DU PARCOURS ET DES TERMES ASSOCIES : DU PARCOURS DE VIE AU PARCOURS PATIENT	19
1.1.1 <i>Le parcours de vie</i>	20
1.1.1. <i>Le parcours de santé</i>	21
1.1.2. <i>Le parcours de soins</i>	21
1.1.3. <i>Le parcours patient</i>	22
1.2 LA PREVENTION DANS LE PARCOURS DE SANTE	23
1.2.1 <i>Définitions</i>	23
1.2.2 <i>L'approche traditionnelle de la prévention</i>	23
1.2.3 <i>Prévention individuelle et prévention collective</i>	24
1.2.4 <i>La prévention sur la population cible : Classification de Gordon</i>	24
1.3 PLACE DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LE PARCOURS SANTE DE L'ENFANT	25
1.3.1 <i>Un acteur dans la prévention des affections bucco-dentaires</i>	25
1.3.2 <i>Lien entre la santé générale et la santé bucco-dentaire</i>	27
1.3.3 <i>Intervention du chirurgien-dentiste dans le parcours santé de l'enfant</i>	28
1.3.4 <i>La place que le chirurgien-dentiste décide de s'octroyer dans le parcours de soin de l'enfant</i> 30	
1.4 LES CHIRURGIENS-DENTISTES PEDIATRQUES	31
1.4.1 <i>Définition</i>	31
1.4.2 <i>Évolution</i>	31
1.4.3 <i>Liens qu'entretient le chirurgien-dentiste pédiatrique avec l'équipe pluridisciplinaire</i>	32
1.4.4 <i>Un exercice spécifique non reconnu comme une spécialité</i>	33
33	
2. LES BESOINS DE SOINS EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE AU CHU DE LILLE.....	34
2.1 ACCES AU SERVICE D'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE DE LILLE	34
2.1.1 <i>Consultation en urgence</i>	34
2.1.2 <i>La première consultation (générale)</i>	35
2.1.3 <i>La première consultation pédiatrique</i>	35
2.1.4 <i>Motifs de consultation</i>	35
2.1.5 <i>Délai de rendez-vous</i>	36
2.2 PRESENTATION DU SERVICE D'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE DE LILLE	36
2.2.1 <i>Soins en salle</i>	36
2.2.2 <i>Service de chirurgie orale pédiatrique</i>	37
2.2.3 <i>Consultation spécialisée : soins sous sédation consciente MEOPA</i>	37
2.2.4 <i>Soins sous anesthésie générale</i>	39
2.2.4.1 <i>Indications</i>	39
2.2.4.2 <i>Consultation dentaire pré opératoire</i>	40
2.2.4.3 <i>Consultation pré-anesthésique</i>	40
2.2.4.4 <i>Consultation post-opératoire</i>	41
2.2.5 <i>Éducation thérapeutique</i>	41
2.2.6 <i>Orthopédie dentofaciale</i>	42
2.3 LE PARCOURS PATIENT DES SON ARRIVEE AU CHU DE LILLE	43
3. LES PARCOURS PATIENTS EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE AU CHU DE LILLE.....	44
3.1 L'ENFANT PORTEUR DE CARIES PRECOCES	44
3.1.1 <i>Définitions</i>	44
3.1.2 <i>Conséquences pour le patient</i>	45
3.1.3 <i>Parcours patient de l'enfant porteur de caries précoces</i>	46
3.2 LE PATIENT ATTEINT DU SYNDROME D'HYPOMINERALISATION INCISIVES ET MOLAIRES (MIH)	47
3.2.1 <i>Définition</i>	47
3.2.2 <i>Conséquences pour le patient</i>	47

3.2.3	<i>Parcours patient de l'enfant atteint de MIH.....</i>	<i>49</i>
3.3	L'ENFANT PORTEUR D'UNE MALADIE RARE : EXEMPLE DE L'ENFANT ATTEINT DE DYSPLASIE ECTODERMIQUE	50
3.3.1	<i>Définition de la dysplasie ectodermique</i>	<i>50</i>
3.3.2	<i>Conséquences pour le patient.....</i>	<i>50</i>
3.3.2.1	Anomalies dentaires.....	50
3.3.2.2	Retentissement physique.....	51
3.3.2.3	Retentissement psychologique et social	51
3.3.3	<i>Parcours patient de l'enfant atteint de dysplasie ectodermique</i>	<i>52</i>
3.4	L'ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP	53
3.4.1	<i>Généralités sur la prise en charge.....</i>	<i>53</i>
3.4.2	<i>La grille APECS</i>	<i>54</i>
3.4.3	<i>Parcours patient de l'enfant en situation de handicap</i>	<i>55</i>
3.5	L'ENFANT VICTIME D'UN TRAUMATISME ALVEOLO-DENTAIRE	56
3.5.1	<i>Parcours patient de l'enfant victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire sur dent temporaire</i>	<i>56</i>
3.5.2	<i>Parcours patient de l'enfant victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire sur dent définitive</i>	<i>58</i>
3.6	LE PARCOURS DE L'ENFANT MEDICALEMENT COMPROMIS	60
3.6.1	<i>Généralités sur la prise en charge.....</i>	<i>60</i>
3.6.2	<i>Conséquences pour le patient.....</i>	<i>60</i>
3.6.3	<i>Parcours patient de l'enfant médicalement compromis</i>	<i>62</i>
CONCLUSION		63
4. ANNEXE		64
4.1	DOCUMENT D'AUTORISATION PARENTALE SUR MINEUR DU SERVICE D'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE DU CHU DE LILLE	64
4.2	QUESTIONNAIRE MEDICAL ENFANT DU SERVICE D'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE DU CHU DE LILLE	65
4.3	PROTOCOLE DE SOINS CERFA POUR UNE DEMANDE D'ALD DANS L'EXEMPLE DE LA DYSPLASIE ECTODERMIQUE	67
4.4	GRILLE APECS DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP	68
TABLE DES ILLUSTRATIONS		69
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		70

Introduction

Face à l'évolution constante des maladies chroniques et des affections rares ayant des conséquences sur la sphère oro-faciale, le chirurgien-dentiste devient alors un acteur majeur dans le parcours de santé du patient et celui-ci est d'autant plus spécifique quand il s'agit d'un enfant.

Le service d'odontologie pédiatrique du CHU de Lille a pour mission d'éduquer à la santé bucco-dentaire, de prendre en charge, de suivre et d'orienter les jeunes patients mais également de faire la transition avec l'équipe soignante pour adulte. Il existe une continuité tout au long du parcours de santé de l'individu, du préventif au curatif.

Cette thèse a pour but d'aider à la compréhension du parcours spécifique du patient-enfant présentant des affections bucco-dentaires passant par le service odontologique du CHU de Lille et plus particulièrement par l'Unité Fonctionnelle d'odontologie pédiatrique.

Dans un souci d'améliorer la compréhension du parcours que suit l'enfant durant sa prise en charge, nous introduirons dans un premier temps le concept de parcours, la place qu'occupe le chirurgien-dentiste au sein de celui-ci et l'importance de la prévention. Puis, dans un second temps, les différents types de prise en charge proposées au sein du service d'odontologie du CHU de Lille seront détaillées en fonction des motifs de consultation et des besoins de l'enfant. Afin d'avoir une vision claire et concise, plusieurs parcours seront détaillés par un arbre décisionnel dans la dernière partie.

1. Définitions et cadre conceptuel

1.1 Définitions du parcours et des termes associés : du parcours de vie au parcours patient

La progression des maladies chroniques, marqueur de vulnérabilité sociale, et des affections bucco-dentaires nécessite la mise en place d'une prise en charge globale et organisée du patient en odontologie pédiatrique notamment par des parcours. Les parcours ont une dimension à la fois temporelle, afin d'organiser une prise en charge du patient et de l'utilisateur de façon coordonnée dans le temps, et spatiale dans un territoire et à proximité de leur domicile.

A ce niveau, il est important de différencier le patient de l'utilisateur, le patient est une personne qui fait l'objet d'un traitement, d'un examen médical, d'une opération chirurgicale au sens d'un malade (1). Quant à l'utilisateur, c'est une personne qui a recours à un service, en particulier à un service public, ou qui emprunte le domaine public. En l'occurrence dans les établissements de santé publics, par exemple, le Centre Hospitalier Universitaire de Lille (2).

L'objectif des parcours est de mieux coordonner l'action de l'ensemble des intervenants tout au long de la vie du patient. Leur réussite réside sur la participation et l'implication des patients et des usagers comme acteurs de leur propre santé.

Le parcours est défini par « l'ensemble des étapes, des stades par lesquels passe quelqu'un, en particulier dans sa carrière » or dans le domaine de la santé il est impossible de le réduire à ces termes (3).

Il est important de ne pas le considérer comme une succession d'obstacles que devraient franchir les patients. Ce processus a pour but de répondre de la meilleure façon possible à un problème que rencontre le patient au cours de sa prise en charge. Il s'agira donc d'orienter le patient vers la solution thérapeutique jugée optimale lors de cette étape de vie, tout en prenant en compte son passé et ses futurs projets. Les définitions courantes du mot « soin » trouvent alors leur sens dans les parcours et la qualité qui en découle, « actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un, actes thérapeutiques qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps ».

La notion de soin et d'attention est introduite par le concept du *care*. Il s'agit d'une prise en charge marquée par une attention positive qui devrait animer tout soignant : le *caring*. Ce concept de *caring* intervient en amont de soins aigus et lorsque la maladie a pris le tournant de la chronicité, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'accompagner le patient à recouvrer son autonomie sociale. Si le concept *care* est insuffisant et qu'il faut passer aux soins curatifs lors d'une phase aiguë de la maladie, alors nous sommes dans le concept *cure*, plus technique et médical (4). Selon l'ARS, « le parcours est la prise en charge globale et continue des usagers du système de santé : prévenir en adoptant des comportements favorables à la santé (hygiène, mode de vie, éducation à la santé), soigner pour prendre en charge au plus près du lieu de vie du patient et accompagner ».

Il s'agit donc d'une approche globale mais graduée, où vont pouvoir être identifiés plusieurs niveaux de prise en charge (Fig.1) :

1.1.1 Le parcours de vie

La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne.

Utilisé dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale (5).

Le parcours de vie comprend donc l'ensemble des événements vécus par un individu, de sa naissance jusqu'à sa mort. Il prend en compte sa construction lors de son enfance, ses aspirations ainsi que son vécu professionnel, familial et social. Au cours de celui-ci, l'individu peut être affecté par des maladies ou des affections dont il devra faire face avec les soignants.

1.1.1. Le parcours de santé

D'après la HAS : « Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels de santé doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels ».

L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre « appropriée ou pertinente » des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins.

La prévention est à ce niveau primordial, on considère que la personne n'est pas obligatoirement malade. Les comportements de santé sont donc déterminants du parcours de santé de l'individu concerné. Dès l'enfance, et tout au long de la vie, nous sommes concernés par le parcours de santé, les campagnes de santé publiques nous le rappellent notamment par différents programmes nationaux comme « le plan de prévention bucco-dentaire » annoncé en novembre 2005 par le ministre chargé de la santé, à travers notamment l'examen bucco-dentaire de prévention ou BBD (6).

1.1.2. Le parcours de soins

Le mot soin trouve son sens dans les parcours, il faut comprendre que la personne présente une situation de faiblesse physique ou psychologique, aiguë ou chronique nécessitant une prise en charge médicale, et éventuellement un accompagnement.

Le parcours de soins comprend pour le patient le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus.

La démarche consiste à développer une meilleure coordination de ces intervenants, fondée sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme (7).

Il est important de rappeler que le parcours de soins coordonné correspond à un dispositif rendu obligatoire par l'assurance maladie mis en place par la loi du 13 août 2004 consistant à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins (8). Malheureusement, notre profession est très peu intégrée au parcours de soins tel qu'il est conçu actuellement puisqu'elle n'est pas pleinement intégrée dans ce dispositif.

1.1.3. Le parcours patient

Le parcours de soins et le parcours patient sont des termes aux similitudes importantes, leur utilisation est de ce fait rarement différenciée.

A l'hôpital, le parcours patient fait référence à la qualité et à la sécurité des prestations qui sont délivrées au patient tout au long de son parcours (de l'amont à l'aval) : sa participation active au projet thérapeutique, la continuité des soins, le respect de ses droits et de sa dignité, la coordination des professionnels et le management du secteur d'activité (9).

Le patient peut connaître une perte de ses repères physiques et psychiques, ce séjour peut être une période difficile à vivre pour lui. Il est donc nécessaire d'identifier les différents acteurs hospitaliers médicaux, paramédicaux, sociaux ou bénévoles intervenant pour le bon déroulement de son séjour.

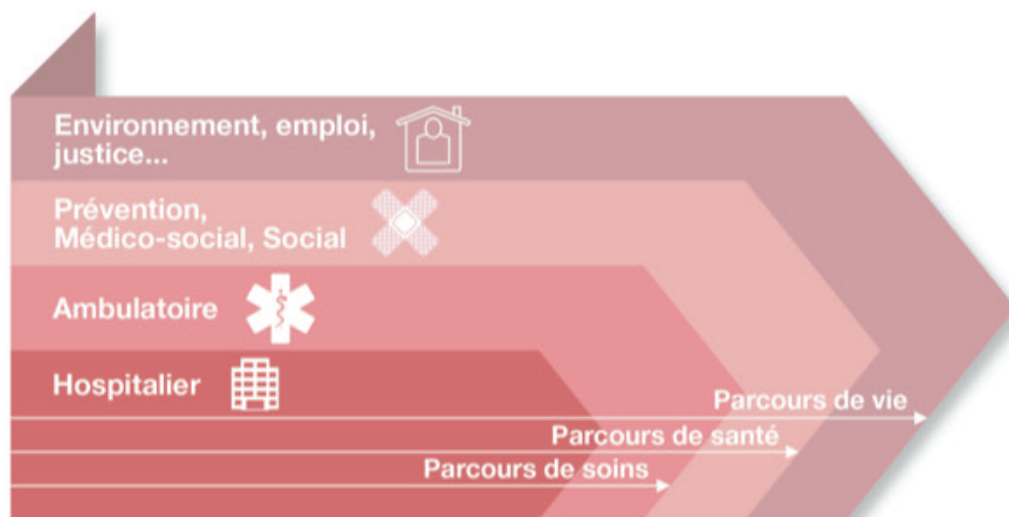


Figure 1: Infographie reproduite des différents parcours, d'après l'ARS Nouvelle-Aquitaine (10)

1.2 La prévention dans le parcours de santé

1.2.1 Définitions

La prévention est « l'ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger, un risque, un mal ». La haute autorité de santé (HAS) est chargée de mettre en place ces dispositions par exemple dans le cadre de la santé (10). La prévention permet d'éviter au patient de rentrer dans un parcours de soins.

1.2.2 L'approche traditionnelle de la prévention

Développée par l'organisation mondiale de la santé (OMS), cette approche traditionnelle de la prévention distingue trois moments d'intervention qui correspondent à des états successifs de la maladie :

- La **prévention primaire** : ensemble des moyens mis en œuvre afin d'empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un syndrome. L'objectif étant de réduire l'incidence d'une pathologie. Le scellement des sillons des molaires permanentes des enfants fait partie de la prévention primaire.

- La **prévention secondaire** : ensemble des moyens mis en œuvre pour révéler l'atteinte afin de prévenir l'aggravation de la maladie par des soins précoces. Le but étant de réduire la prévalence de la maladie, en réduisant la durée de celle-ci ou en empêchant le passage à un stade plus évolué ou vers la chronicité. Le dépistage et le diagnostic en font partie.
- La **prévention tertiaire** : ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter les rechutes, complications ou séquelles. On cherche à réduire les conséquences d'une maladie (11). Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique (12). L'éducation thérapeutique fait partie de la prévention tertiaire.

1.2.3 Prévention individuelle et prévention collective

L'approche centrée sur la personne correspond aux comportements individuels et spontanés des usagers du système de santé et des professionnels de santé, tant dans le domaine du soin que dans celui de la prévention.

Tandis que l'approche populationnelle appréhende les problèmes de santé à travers l'ensemble des déterminants de l'état de santé d'une population (physiques, sociaux, économiques, culturels etc.).

Elle correspond aux actions de santé qui visent à pallier les insuffisances du jeu spontané des acteurs au sein d'une population. Cette approche nécessite la mise en œuvre d'une démarche scientifiquement fondée, reposant sur une analyse des problèmes de santé ainsi qu'à l'identification de leurs déterminants (11).

1.2.4 La prévention sur la population cible : Classification de Gordon

À l'instar de l'OMS, RS. Gordon établit en 1982 une classification de la prévention en trois parties. Cependant, là où l'OMS établissait une distinction fondée sur le stade de la maladie, RS. Gordon prit appui sur la population cible des actions de prévention mises en œuvre. Il distingua : la prévention universelle, la prévention sélective et la prévention ciblée.

- **La prévention universelle** est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Dans cette prévention, on note l'importance de « l'éducation pour la santé » qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène.
- **La prévention sélective** s'exerce en direction de sous-groupes de population spécifiques : les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, les femmes qui allaitent. Ainsi, des actions de prévention sélective peuvent être mise en place adaptées à la population cible.
- **La prévention ciblée** est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais également et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population telle que les enfants atteints de cardiopathie congénitale par exemple (12).

C'est cette dernière qui nous intéresse dans le parcours patient en odontologie pédiatrique.

Le chirurgien-dentiste joue un rôle majeur dans le dépistage précoce et la prise en charge bucco-dentaire des maladies systémiques, des syndromes et des différentes situations de handicap. L'éducation en santé orale et la prévention sont également primordiales afin d'ancrer les bons comportements dès le plus jeune âge ainsi que de prévenir les facteurs de risque communs avec certaines maladies.

1.3 Place du chirurgien-dentiste dans le parcours santé de l'enfant

1.3.1 Un acteur dans la prévention des affections bucco-dentaires

L'alimentation joue un rôle majeur dans la prévention des affections bucco-dentaires, dont la maladie carieuse, l'érosion dentaire, les défauts de développement, les maladies des muqueuses buccales. Quand celle-ci est déséquilibrée, notamment par un apport élevé en sucre libre, elle devient un facteur de risque commun à plusieurs maladies non transmissibles comme le diabète et prédispose à l'obésité (13).

Prenons deux comportements distincts, entraînant tous deux des conséquences sur la santé bucco-dentaire :

- La sous-nutrition aggrave les affections touchant les muqueuses buccales et la parodontolyse. Elle est aussi l'un des facteurs qui favorise les stomatites gangréneuses dont le pronostic peut parfois être mortel. Elle peut également s'accompagner de défauts de développement de l'émail, pouvant entraîner l'érosion dentaire. Les données laissent penser que les boissons sucrées, importantes sources d'acides dans le régime alimentaire des pays développés constituent un facteur étiologique majeur de ce phénomène.
- L'alimentation riche en sucre est associée à une prévalence plus importante de maladie carieuse. La maîtrise de la dose de sucre ingérée demeure donc primordiale pour prévenir la maladie carieuse. Les travaux de recherche montrent de manière cohérente que le taux de maladie carieuse reste faible lorsque la dose de sucres libres ingérée est inférieure à 15 kg par personne et par an. De plus, la fréquence de consommation d'aliments contenant des sucres libres doit être limitée à un maximum de 4 fois par jour (14).

Le chirurgien-dentiste possède un rôle clé dans le parcours santé de l'enfant. C'est le premier à dépister les comportements alimentaires peu compatibles avec une bonne santé bucco-dentaire à travers son examen clinique. Il se doit de transmettre l'ensemble des conseils nécessaires au maintien d'une bonne santé orale.

Les recommandations mondiales encouragent un régime alimentaire riche en fruits, en légumes et en aliments contenant de l'amidon et des fibres mais surtout pauvre en sucres libres et en graisses qui protégera la santé générale, comme la santé orale.

En effet, l'OMS recommande un apport réduit en sucres libres tout au long de la vie. Chez l'adulte et l'enfant, l'organisation recommande de ramener l'apport en sucres libres à moins de 10% de l'apport énergétique total voir à moins de 5% pour aller plus loin (15).

1.3.2 Lien entre la santé générale et la santé bucco-dentaire

Malheureusement, dans la société la cavité orale est très peu intégrée au reste du corps, or les répercussions sur les pathologies générales ne sont pas négligeables : augmentation du risque de maladies cardio-vasculaires, perturbation de la glycémie chez le patient diabétique, aggravation des maladies respiratoires, entretien de l'inflammation articulaire dans la polyarthrite rhumatoïde.

En 2011, plus de 9 millions de personnes étaient déclarées en affection de longue durée (ALD) au régime général de l'assurance maladie, dont 400 000 enfants et adolescents de moins de 19 ans.

En 2018, c'est 11,1 millions de personnes déclarées en ALD soit 2,1 millions en plus par rapport à 2011 (16,17).

Ces chiffres sont en constante évolution. Les maladies chroniques font partie de notre quotidien et leur gestion constitue une préoccupation importante pour ces enfants ainsi que leur famille, mais aussi un véritable enjeu pour les soignants.

Aujourd'hui, le lien entre la santé bucco-dentaire et la santé générale n'est plus à démontrer. Les pathologies chroniques tel que la BPCO, le diabète, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, les maladies cardiovasculaires, les maladies rénales, les maladies neurodégénératives ainsi que la polyarthrite rhumatoïde vont avoir un impact sur la santé orale soit directement soit par la prise des médicaments qui les traitent. Certains médicaments peuvent altérer qualitativement et quantitativement la salive, le microbiome oral est alors perturbé et cela va conduire à la dysbiose qui va favoriser le développement d'infections buccales (18).

Les maladies bucco-dentaires touchent une part importante de la population mondiale et pèsent lourdement sur la morbidité¹ et la mortalité², on estime que près de 3,5 milliards de personnes sont touchées par des affections bucco-dentaires. Leurs effets se font ressentir tout au long de la vie, en provoquant une gêne, des douleurs, des lésions défigurantes, voire la mort (19).

¹ Morbidité (n.f.) : Nombre d'individus atteints par une maladie dans une population donnée et pendant une période déterminée.

² Mortalité (n.f.) : Quantité d'êtres vivants qui meurent d'une même maladie.

Les jeunes patients ne sont pas épargnés puisque l'on sait que plus de 530 millions d'enfants dans le monde sont atteints de maladie carieuse sur les dents lactéales (20). Même si, de nombreux progrès ont été accomplis dans la prévention et les traitements des affections dentaires au cours des dernières décennies. La maladie carieuse peut être la conséquence de souffrance, d'anxiété, et de contraintes fonctionnelles tel que l'absentéisme, les mauvais résultats, sans compter le handicap social lié à la perte des dents (15).

1.3.3 Intervention du chirurgien-dentiste dans le parcours santé de l'enfant

La première consultation chez le chirurgien-dentiste est recommandée par les sociétés savantes et les associations de la profession dentaire (EAPD, SFOP, UFSBD, AAPD) dans les six mois après l'apparition des premières dents, notamment vers l'âge d'un an (21,22). Cette visite doit être envisagée comme une visite de suivi chez le pédiatre, c'est la consultation du petit rien. Commencer tôt à faire des contrôles dentaires permet de donner des bonnes habitudes à l'enfant mais également d'apprendre à connaître l'environnement particulier du cabinet dentaire ainsi qu'à découvrir les instruments qui y sont associés. Il est préférable de rencontrer l'enfant en dehors d'une consultation en urgence afin de le rassurer et d'établir une relation de confiance (23).

Avec le programme M'T dents, l'Assurance-Maladie permet à tous les enfants et jeunes adultes de bénéficier d'un rendez-vous pris en charge à 100% chez le chirurgien-dentiste et de soins, si nécessaire, dès l'âge de 3 ans. Cette consultation est proposée à l'âge de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans soit toutes les 3 ans.

A chaque âge son examen-bucco-dentaire :

- A 3 ans, un suivi de la mise en place des dents de lait et un contrôle des habitudes d'hygiène bucco-dentaire et d'hygiène alimentaire.
- A 6 ans, c'est en général l'arrivée des premières dents définitives avec les premières molaires qui peuvent avoir besoin d'une protection au niveau

de leurs sillons. On effectue alors un scellement de sillons. C'est aussi la bonne période pour évaluer le besoin en orthodontie.

- A 9 ans, un suivi de l'éruption des incisives doit être réalisé ainsi que la surveillance d'éventuels problèmes orthodontiques.
- A 12 ans, c'est l'arrivée en général des deuxièmes molaires définitives qui peuvent avoir également besoin d'une protection au niveau de leurs sillons. C'est aussi la période de la perte des dernières dents temporaires.
- A 15 ans, c'est l'âge limite pour un éventuel traitement orthodontique (en cas de besoin, un traitement orthodontique doit être commencé avant les 16 ans de l'enfant pour être pris en charge par l'assurance maladie). On peut également commencer à faire de la prévention anti-tabac.
- A 18 ans, le jeune est « autonome ». Cette consultation permet de responsabiliser le jeune adulte sur son suivi dentaire, ses habitudes d'hygiène et d'alimentation. Un point peut être fait au niveau des dents de sagesse ainsi que sur la prévention des risques liés au tabac et aux piercings.
- A 21 et 24 ans, rendez-vous pour les jeunes adultes afin de conserver les bons réflexes acquis au fil des rendez-vous M'T dents (24).

Ce programme, introduit dans le plan de prévention bucco-dentaire, vise à diminuer de 30% l'indice carieux des enfants dès l'âge de 6 ans en les incitant à adopter les comportements suivants :

- Brossage deux fois par jour avec du dentifrice fluoré.
- Trois à quatre repas par jour, avec une alimentation équilibrée.
- Visite annuelle préventive chez le chirurgien-dentiste.

Un article dans la revue d'épidémiologie et de santé publique montre que les résultats de ce programme sont en demi-teinte. En effet, ce programme est uniquement basé sur le recours aux soins, ne prenant pas en compte les besoins des populations, et ayant tendance à aggraver les inégalités (25).

Les recommandations émises par la HAS en 2010, incitent les parents à consulter pour la première fois entre l'âge de 6 mois et 1 an, ce qui correspond

aux éruptions des dents temporaires, ainsi qu'entre 1 et 2 ans, correspondant à l'âge de la diversification alimentaire (26).

Malgré les sollicitations par l'Assurance Maladie et les recommandations, dans la pratique, la première visite chez le chirurgien-dentiste a lieu bien au-delà du premier anniversaire de l'enfant. Cependant, il faut préciser que l'offre de soins dentaire pédiatrique est tellement limitée que les parents ont du mal à consulter, même s'ils en ont pleinement conscience (27).

Des études révèlent un écart entre les préconisations issues des chirurgiens-dentistes et celles des pédiatres, notamment sur l'utilisation du fluor (28,29). Une implication de tous les professionnels de la petite enfance est nécessaire – pédiatres, puéricultrices, assistantes maternelles, milieu scolaire – pour inciter à l'application des recommandations et pour renforcer les conseils d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire à donner à l'enfant ainsi qu'à son entourage pour la vie de tous les jours (21).

1.3.4 La place que le chirurgien-dentiste décide de s'octroyer dans le parcours de soin de l'enfant

Le métier de chirurgien-dentiste est technique. Les investissements et le coût de fonctionnement qui s'y attachent, sa pratique de moins en moins autonome, engagent le praticien dans des arbitrages qui peuvent le conduire à privilégier une logique de rentabilité à une logique de continuité et d'accès aux soins. Mais également, à une logique d'offre au détriment d'une logique de réponse à la demande (30).

La prise en charge d'un enfant revêt un caractère particulier. L'enfant est un adulte en devenir qui a tout à découvrir au travers ses propres expériences. La relation de soin qui s'établit avec l'enfant est différente, elle est liée à l'enfant et à son environnement familial, aux moyens d'expression et de communication qui varient selon son âge, à la communication particulière à adapter à l'enfant, à l'état émotionnel des trois parties : l'enfant, l'adulte qui le soigne et l'accompagnateur qui a confié son enfant. Pour gagner la confiance d'un enfant, les praticiens n'ont qu'une seule chance : s'ils la manquent, les futures consultations seront des batailles ou des échecs (31).

Dans cette approche, le soin de l'enfant peut être vu comme chronophage pour le praticien, mais est également une source de stress. Face à cette prise en charge particulière, le chirurgien-dentiste peut alors décider de traiter le curatif et symptomatique ou de prendre en charge l'enfant dans sa globalité et mettre en place un véritable suivi.

La prise en charge de l'enfant nécessite parfois un plateau technique différent et peut se voir adresser vers un spécialiste en odontologie pédiatrique en ville ou vers les établissements de santé comme le CHU de Lille, au sein de l'Unité Fonctionnelle d'odontologie pédiatrique.

1.4 Les chirurgiens-dentistes pédiatriques

Lorsque la prise en charge de l'enfant par le chirurgien-dentiste omnipraticien de ville est un échec, l'enfant peut être adressé vers un chirurgien-dentiste dont l'activité pédiatrique est plus importante voire exclusive, ou vers un établissement de soin hospitalo-universitaire.

1.4.1 Définition

L'odontologie pédiatrique est la seule discipline à ne pas être définie par un domaine de compétences techniques spécifiques mais par un type de patient (nourrisson, enfant et adolescent jusqu'à 16 ans) en cours de croissance concernée par toutes les techniques.

La prise en charge des jeunes enfants nécessite des compétences psychologiques spécifiques pour la gestion des comportements et des émotions, elle demande également la maîtrise des actes propres aux enfants : coiffe préformée pédiatrique, anesthésie intra-osseuse, ...

1.4.2 Évolution

Autrefois, les actes restaurateurs sur dents temporaires étaient jugés inutiles car fait sur des dents destinées à être rapidement remplacées.

Avec la nouvelle approche de la maladie carieuse (ICDAS), ces besoins en soins se sont par ailleurs révélés sous évalués, car les lésions non cavitaires doivent désormais être prises en charge par des traitements non invasifs, multipliant ainsi par deux les besoins en soins des enfants (32).

Depuis, les techniques spécifiques aux traitements sur dents temporaires se sont améliorées et la demande a également évolué.

A cet ensemble de compétences techniques s'ajoute un prérequis indispensable pour la sérénité des soins : l'approche cognitivo-comportementale adaptée au patient.

1.4.3 Liens qu'entretient le chirurgien-dentiste pédiatrique avec l'équipe pluridisciplinaire

Cette discipline a tissé des liens avec toutes les structures encadrant et s'occupant des enfants et adolescents afin de jouer un rôle essentiel dans le dépistage précoce et la prise en charge des maladies systémiques, des syndromes et des différentes situations de handicap.

Au même titre que les pédiatres, les chirurgiens-dentistes pédiatriques doivent, en plus de leurs compétences dans tous les domaines de la médecine bucco-dentaire, être en mesure de conférer la même qualité de traitements aux jeunes patients présentant des problèmes intellectuels, physiques, psychologiques et/ou émotionnels. Ils doivent maîtriser les techniques de sédation consciente accessibles en milieu libéral, faire partie de réseaux de soins rattachés à des établissements de soins pour la sédation hospitalière ou l'anesthésie générale. Ils font partie de l'équipe soignante des enfants vulnérables, pour dépister, orienter et participer à la prise en charge des troubles alimentaires. Ils jouent un rôle majeur dans le dépistage des maladies rares dès le plus jeune âge, à partir des anomalies dentaires (33).

1.4.4 Un exercice spécifique non reconnu comme une spécialité

La spécificité de cet exercice a conduit environ 150 chirurgiens-dentistes libéraux installés en France, à un exercice exclusif en odontologie pédiatrique, plus particulièrement les praticiens à proximité des villes universitaires.

Notre pays n'a pas encore fait le choix de la spécialité pourtant déjà reconnue dans dix-sept pays européens dont onze dans l'Union européenne : Bulgarie, Croatie, Finlande, Hongrie, Italie, Lituanie, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie et Suède.

Ce nombre de praticien exclusif est insuffisant au regard des besoins. En France, la prévalence des dents temporaires affectées par des lésions carieuses cavitaires non traitées était encore, en 2015, de l'ordre de 30%, alors qu'elle était de 9% à l'échelle mondiale, selon Kassebaum (34) (fig. 2).

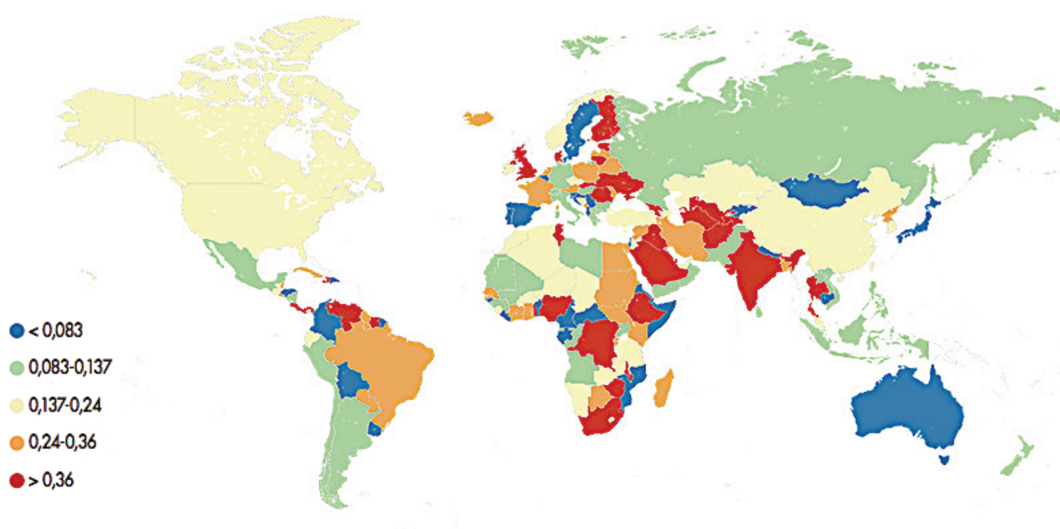


Figure 2 : Cartographie du monde sur la prévalence standardisée sur l'âge des lésions carieuses cavitaires des dents temporaires non traitées (31,32)

Ce constat alarmant s'explique par une moindre, voire une absence totale de prise en charge des patients de moins de 6 ans, les praticiens concernés étant le plus souvent déstabilisés par le comportement peu coopératif des plus jeunes.

On peut également citer le cas des molaires permanentes atteintes d'hypo-minéralisation (MIH), dont la prise en charge n'est pas assurée, conduisant à court terme à la perte de ces dents. Mais encore, des enfants en situation de handicap, contraints de faire des centaines de kilomètres pour bénéficier d'une prise en charge.

2. Les besoins de soins en Odontologie pédiatrique au CHU de Lille

2.1 Accès au service d'odontologie pédiatrique de Lille

Le parcours de soins des jeunes patients au sein du CHU peut commencer de deux façons :

- En première consultation
- En urgence

2.1.1 Consultation en urgence

Les urgences se tiennent du lundi au vendredi de 8h45 à 12h et de 13h45 à 17h sans rendez-vous. Comme son nom l'indique, la consultation d'urgence ne permettra que de soulager le patient et traitera essentiellement la douleur. Les urgences dentaires pédiatriques sont essentiellement liées à la survenue de traumatisme des dents temporaires et permanentes, de douleurs infectieuses ou pulpaires.

A l'issue du rendez-vous en urgence, deux possibilités s'offrent au patient :

- soit l'enfant continue les soins avec son chirurgien-dentiste traitant en cabinet de ville,
- soit l'enfant souhaite une prise en charge en établissement hospitalier et dans ce cas, un bilan post-urgence est prévu en première consultation.

2.1.2 La première consultation (générale)

La première consultation est un rendez-vous qui est obtenu après un appel téléphonique au CHU. La demande est élevée, de ce fait les délais sont relativement importants. L'enfant doit avoir plus de 10 ans révolus.

Les rendez-vous de première consultation ont lieu le mardi matin, le mercredi matin et le jeudi soir dans la même salle que les adultes.

2.1.3 La première consultation pédiatrique

Pour la première consultation pédiatrique, l'enfant doit avoir moins de 10 ans. Les parents doivent préalablement à l'admission en salle clinique remplir une autorisation parentale (annexe 5.1) ainsi qu'un questionnaire médical (annexe 5.2) concernant leur enfant. Cette consultation est établie par des externes sous la supervision d'un praticien sénior.

Les rendez-vous de première consultation pédiatrique se déroulent le mardi matin de 9h à 12h ainsi que le jeudi après-midi de 13h45 à 17h.

2.1.4 Motifs de consultation

Les motifs de consultation des jeunes enfants les plus courants sont les suivants :

- Échec de soins en ville (défaut de coopération, anxiété, refus de soins)
- Adressé par un professionnel de santé ou un service (Chirurgiens-dentistes, PMI, médecins, autre service hospitalier) : carie de la petite enfance ou autres prise en charge pédiatrique spécifique
- Traumatologie bucco-dentaire
- Maladie dentaire spécifique : amélogénèse, dentinogénèse, MIH
- Prise en charge spécifique dans le cadre d'une pathologie : malformation cardiaque, fente oro-faciale, handicap, patient porteur d'une hémopathie...
- Consultation spontanée : bilan, fratrie suivie au CHU.

2.1.5 Délai de rendez-vous

En moyenne, il y a 6 mois de délai pour une première consultation. Les délais dépendent du type de prise en charge et de l'organisation du service. À titre d'exemple, un créneau pour réaliser les soins au bloc opératoire sous anesthésie générale (hors cadre d'urgence vitale : patient porteur d'une pathologie mettant en jeu son pronostic vital) présente un délai moyen de 12 mois sur le CHU de Lille.

2.2 Présentation du service d'Odontologie pédiatrique de Lille

À la suite de la première consultation, les enfants sont adressés dans les différents services, en fonction de leur besoin en soin, au sein même du service d'Odontologie de Lille ou dans les hôpitaux à proximité :

- Soins en salle, à l'état vigil, au fauteuil pour les divers soins conservateurs, endodontiques, prophylactiques et prothétiques,
- Service de chirurgie orale pédiatrique pour les avulsions,
- Soins sous sédation consciente avec le MEOPA,
- Soins sous anesthésie générale,
- Éducation thérapeutique,
- Orthopédie Dentofaciale (orientation vers l'UF ODF).

2.2.1 Soins en salle

Avant la réalisation des soins à l'état vigil, trois éléments sont à analyser : l'âge de l'enfant, son degré de coopération et l'importance des soins à réaliser. Lorsque ces trois éléments sont compatibles, les jeunes patients se retrouveront en salle et seront soignés par les externes du service de chirurgie-dentaire du CHU supervisés par des praticiens seniors. A ce jour, les soins à l'état vigil ont lieu dans l'aile Est, salle 500.

Dès lors que les soins commencent en salle, à l'état vigil, il faut respecter un certain nombre de règles :

- privilégier les rendez-vous le matin, voire après la sieste chez les jeunes enfants de 2 à 5 ans ;
- en dehors de l'urgence, commencer par un acte court et facile de façon à introduire l'instrumentation de façon progressive ;
- dès lors que l'enfant est en confiance, soigner au maximum par secteur pour limiter le nombre de séances et éviter de lasser l'enfant sur le long terme (35).

2.2.2 Service de chirurgie orale pédiatrique

Le service de chirurgie orale pédiatrique prend en charge les jeunes patients pour lesquels des extractions sont nécessaires. Les enfants sont orientés en Aile Est, salle 600. Les externes prennent en charge le patient en binôme sous la supervision d'un praticien sénior.

2.2.3 Consultation spécialisée : soins sous sédation consciente MEOPA

La sédation consciente par voie inhalatoire utilise un mélange gazeux incolore et quasiment inodore d'oxygène et de protoxyde d'azote, le pourcentage de ce dernier ne pouvant dépasser 50%. La sédation consciente est une technique simple, efficace et sûre qui permet d'obtenir une sédation légère.

Elle nécessite que le patient garde sa conscience tout au long de l'intervention, malgré les sédatifs administrés (36).

Cette technique est une alternative efficace à l'anesthésie générale, chez les enfants peu coopérants, anxieux-phobiques ou porteurs de handicap devant bénéficier de soins dentaires. La séance ne doit généralement pas dépasser 60 minutes.

L'anxiété doit être évaluée au préalable et en fin de séance pour avoir des repères de préférence par une échelle d'auto-évaluation de l'anxiété (EVA, Corah) ou d'hétéro-évaluation comportementale (Venham).

Les contre-indications sont rares et souvent temporaires mais doivent être soigneusement recherchées (37,38).



Figure 3 : Photographie de la salle de MEOPA, service d'odontologie, CHU de Lille

Les contre-indications absolues et les contre-indications relatives à la sédation consciente sont les suivantes (d'après Droz, 2009 ; AFSSAPS, 2010) :

▪ **Contre-indications absolues**

- Patient nécessitant une ventilation pure en oxygène
- Altération de l'état de conscience empêchant la coopération du patient
- Traumatisme crânien
- Hypertension intracrânienne
- Expansions gazeuses pathologiques :
 - Pneumothorax
 - Emphysème
 - Occlusion intestinale, distension gazeuse abdominale
 - Embolie gazeuse, accident de plongée
- Traumatisme des os de la face (mauvaise étanchéité du masque)

- Intervention de moins de 3 mois avec gaz ophtalmique (SF6, C3F8, C2F6) car augmentation de la pression intraoculaire
- Déficit connu et non substitué en vitamine B12
- Anomalies neurologiques d'apparition récente et non expliquées.

▪ **Contre-indications relatives**

- Ventilation buccale (fuite dans l'environnement et diminution de l'efficacité)
- Psychose (risque de dissociation) (39)

Lorsque les besoins de soins sous MEOPA sont validés lors de la première consultation, un consentement éclairé est distribué aux parents afin qu'ils puissent le lire et le signer pour la séance suivante en MEOPA.

2.2.4 Soins sous anesthésie générale

L'anesthésie générale doit être considérée comme le dernier recours pour les soins dentaires chez les enfants pour lesquels les différentes techniques de sédation n'ont pas eu de succès, chez les enfants présentant un état de santé général défaillant ou une déficience cognitive sévère (39).

2.2.4.1 Indications

Selon la haute autorité de santé, l'anesthésie générale (AG) peut être indiquée pour les soins « courants » en odontologie en fonction de :

- l'état général de l'enfant : par exemple échec de soins lié au comportement non coopératif, à des réflexes nauséeux, nécessité de mise en état buccal lourde et pressante avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes (par exemple, carcinologie) ;
- l'intervention : urgence infectieuse ou traumatique, nombre et complexité des actes ;
- l'anesthésie : anesthésie locale insuffisante ou contre indiquée (40).

2.2.4.2 Consultation dentaire pré opératoire

Si l'enfant est porteur d'une pathologie, il sera pris en charge dans un bloc opératoire à l'hôpital Jeanne de Flandre. Dans le cas où l'enfant ne présente pas de pathologie (à partir de 3 ans et 15 kgs environ), il sera pris en charge dans un bloc opératoire du centre hospitalier de Seclin.

La consultation pré opératoire permet de réaliser un bilan complet clinique et radiographique, on réalise une radiographie panoramique également.

Quand la coopération de l'enfant ne permet pas de faire les bilans, l'échec est mentionné dans le dossier et les bilans sont faits en salle opératoire.

Un questionnaire médical est dûment rempli par les parents ou les titulaires de l'autorité parentale.

A l'issue de cette consultation la demande de prise en charge sous anesthésie générale est finalisée. Un courrier modèle est rempli pendant la consultation pré opératoire puis sera dactylographié par une assistante afin d'avoir une traçabilité dans le dossier patient.

En fonction des disponibilités de chacun, on programme la date du bloc opératoire.

2.2.4.3 Consultation pré-anesthésique

Pour les blocs réalisés à l'hôpital de Seclin, la consultation pré-anesthésique a lieu à Seclin avec un médecin anesthésiste. Le médecin recherche les principales contre-indications à l'anesthésie générale.

Le médecin informe également le patient ainsi que les titulaires de l'autorité parentale des risques liés à l'AG en référence à la classification ASA (rapport bénéfice / risque) et des consignes (jeûne, entrée, sortie).

Le chirurgien-dentiste quant à lui, informe l'anesthésiste du protocole général de soins (soins restaurateurs, chirurgie) et de la durée estimée de l'intervention.

2.2.4.4 Consultation post-opératoire

La consultation post-opératoire a pour but de s'assurer que les suites opératoires se déroulent pour le mieux. Elle est réalisée sous 6 à 8 semaines après l'intervention et a lieu le mardi après-midi.

Lors de cette consultation, plusieurs points sont abordés et vérifiés :

- Le déroulement des suites opératoires : douleurs, gêne à l'occlusion, signalement du patient
- Cicatrisation des sites post-extractionnels
- Contrôle de plaque
- Correction des comportements à risque pour la santé bucco-dentaire préalablement expliquée à la première consultation : alimentation, hygiène
- Éventuel questionnaire

Elle permet également d'orienter le patient en consultation pédiatrique pour la suite de la prise en charge (réhabilitation prothétique) et le suivi dentaire.

2.2.5 Éducation thérapeutique

Selon l'HAS, « l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient » (41).

L'objectif principal est d'instaurer de nouvelles habitudes pour obtenir une meilleure santé bucco-dentaire ainsi qu'un mieux-être.

Au CHU de Lille, après une première consultation pédiatrique, si les enfants répondent à certains critères, dont le fait d'être porteur de carie de la petite enfance, on leur propose des séances d'ETP le mercredi après-midi dans le but de limiter la récurrence de la maladie carieuse.

Après élaboration d'un diagnostic éducatif auprès du patient et de sa famille, les externes supervisés de praticiens seniors établissent un programme personnalisé d'éducation et mettent en place des séances d'ETP individuelles ou collectives.

Les séances visent l'acquisition de compétences par les familles afin de leur permettre d'adopter des comportements favorables à la santé orale de leur enfant. À la fin des séances d'ETP, un bilan permet d'évaluer la progression des enfants et de leurs parents ainsi que l'absence de récurrence carieuse.

2.2.6 Orthopédie dentofaciale

Lorsque des malpositions dentaires, des dysharmonies maxillo-faciales, des anomalies de fonctions ou de croissance sont détectées en première consultation ou lors du suivi de l'enfant, celui-ci peut être adressé dans le service d'orthopédie dentofaciale du CHU de Lille (42). Les consultations d'ODF ont lieu en aile ouest. La prise en charge fait l'objet d'un partenariat entre les deux disciplines ODF-OP. L'objectif est de mettre en place une stratégie thérapeutique en dépistant une anomalie dès le plus jeune âge pour en évaluer l'importance et l'intercepter au moment le plus favorable.

Selon Tollaro et Bacetti (1996), intercepter, c'est dépister, évaluer, contrôler ou neutraliser les mécanismes d'aggravation d'une malocclusion initiale.

La HAS recommande d'intervenir en denture temporaire pour :

- Les anomalies fonctionnelles pouvant nuire aux fonctions orales et nasales, ces thérapeutiques sont souvent pluridisciplinaires (ORL, allergologue...)
- Les anomalies de l'occlusion ayant une incidence fonctionnelle (pro et latéro-glissements mandibulaires) ou pouvant altérer la croissance physiologique des arcades dentaires, voire osseuses (37).

Les patients sont pris en charge dans le service d'ODF par des internes en orthodontie dentofaciale souvent assistés par un binôme d'externe. Les plans de traitement sont validés par le chirurgien-dentiste sénior spécialisé en orthodontie.

2.3 Le parcours patient dès son arrivée au CHU de Lille

Dès son arrivée, le patient est pris en charge et son parcours débute comme l'expose le schéma suivant.

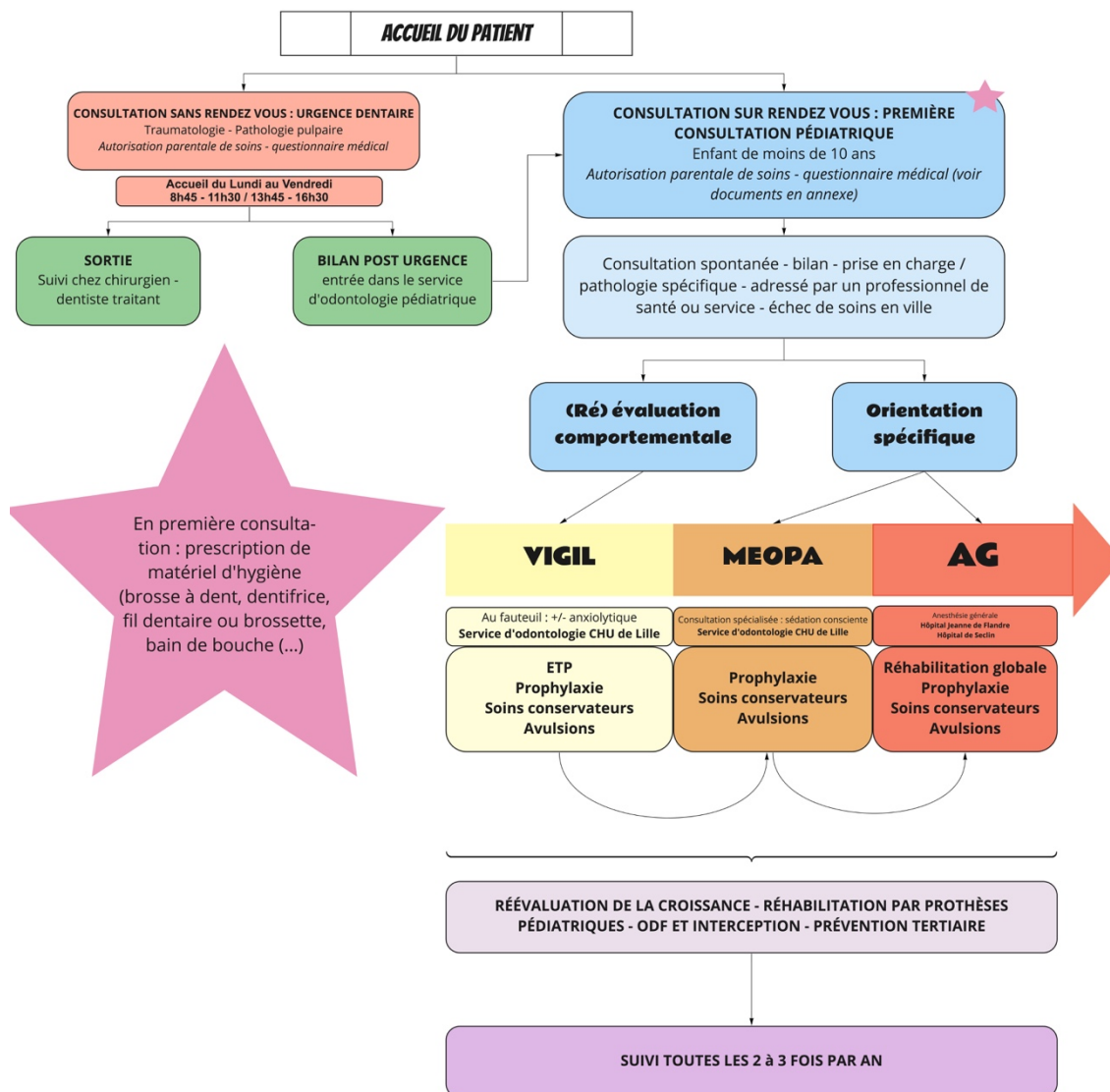


Figure 4 : Arbre décisionnel sur le parcours patient dès son arrivée au CHU de Lille

3. Les parcours patients en Odontologie pédiatrique au CHU de Lille

3.1 L'enfant porteur de caries précoces

La carie de la petite enfance est une forme sévère de la maladie carieuse qui touche les jeunes enfants d'âge préscolaire (dont l'âge est inférieur à 5 ans).

3.1.1 Définitions

La carie de la petite enfance est définie par la présence d'une ou de plusieurs dents temporaires cariées (lésions cavitaires ou non), absentes (pour cause de carie), ou obturées chez un enfant d'âge préscolaire (âgé de 0 à 60 mois).

La forme sévère de la carie de la petite enfance (ou S-ECC : Severe Early Childhood Caries) est décrite chez les enfants :

- de moins de 3 ans qui présentent un signe de carie sur une surface lisse ;
- de 3 à 5 ans qui présentent une ou plusieurs dents antérieures maxillaires cariées (lésions cavitaires), absentes pour cause de carie ou obturées ;
- un caod > 4 à 3 ans, > 5 à 4 ans ou > 6 à 5 ans.

L'utilisation immodérée du biberon entraîne la carie de la petite enfance. Elle atteint progressivement les incisives temporaires maxillaires, les molaires puis les canines maxillaires, suivant la séquence d'éruption, avant d'atteindre les dents mandibulaires. Les incisives mandibulaires sont généralement épargnées. Un des principaux facteurs étiologiques est la consommation répétée de biberons contenant des liquides à haute teneur en sucre et leurs contacts avec les dents (jus de fruit, sodas, lait...) (35).

3.1.2 Conséquences pour le patient

La carie de la petite enfant peut avoir des répercussions sur l'enfant ainsi que sur son entourage familial et également sur la société.

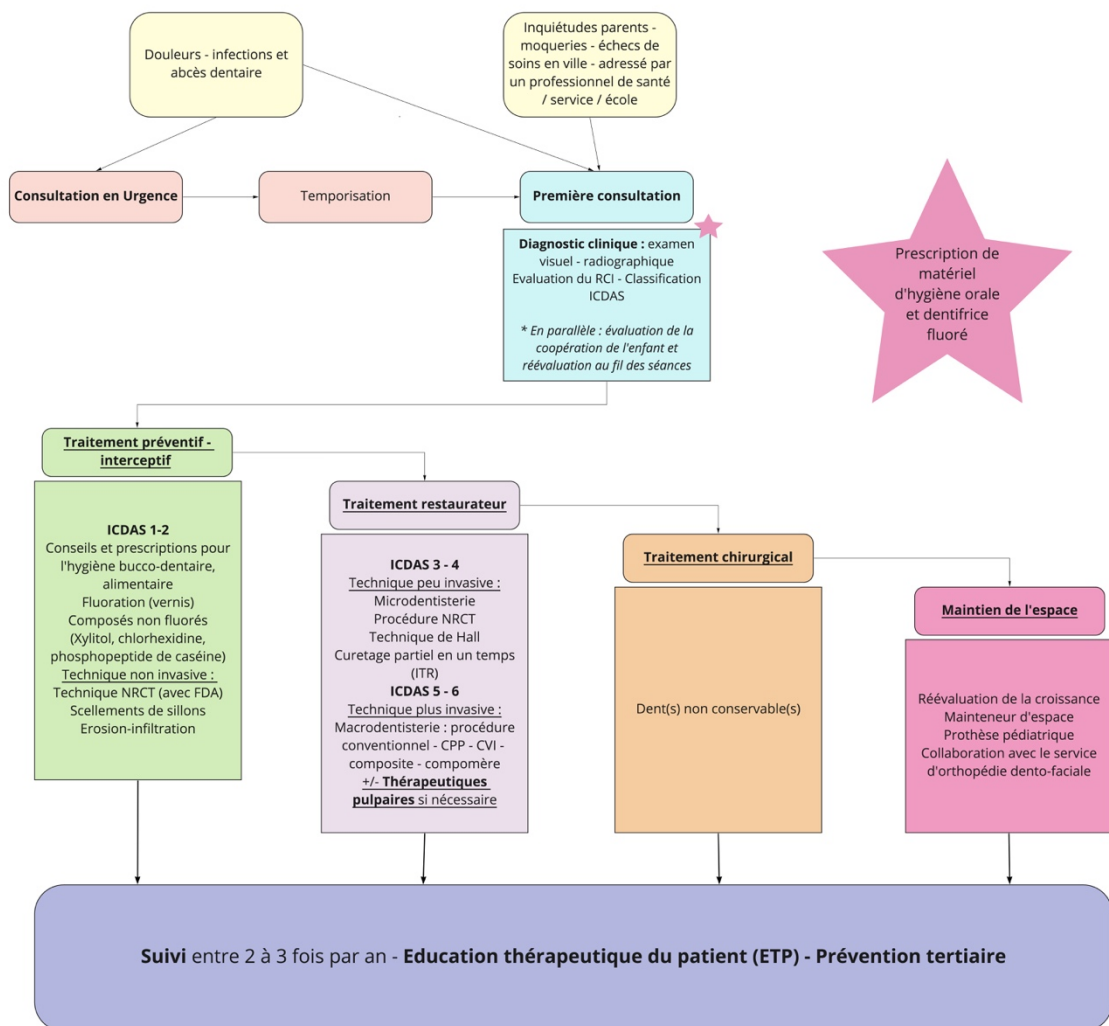
- Répercussion de la pathologie sur l'enfant :
 - En l'absence de traitement, l'évolution des lésions aboutit à l'apparition d'abcès dentaires multiples qui en passant à l'état chronique, entraînent un risque de lésions irréversibles sur les germes sous-jacents. La carie de la petite enfance constitue un facteur prédictif majeur de développement de caries sur les dents permanentes (43).
 - Des conséquences fonctionnelles, la dégradation des dents perturbe la fonction masticatoire et notamment la fonction de préhension due à la destruction des incisives. La modification des rapports inter-arcades due à la perte de calage postérieur entraîne une modification du jeu musculaire et renforce les perturbations de stimulation de croissance (44).
 - Des troubles de la phonation et de la déglutition, apparaissent par interposition linguale dans l'espace créé par le manque des incisives. La prononciation de plusieurs phonèmes nécessite que la pointe de la langue s'appuie sur la face palatine des incisives maxillaires. Lors de l'acquisition du langage, l'absence de ces appuis peut entraîner des défauts d'élocution.
 - Des défaut de socialisation, la localisation des lésions carieuses au niveau antérieur cause un préjudice esthétique pouvant être à l'origine de perturbations psychologiques. De plus, l'absentéisme scolaire important dû aux douleurs dentaires entraîne des défauts de développement cognitif (45).

- Répercussion sur son entourage familial et sur la société :

Les douleurs compliquent les nuits des enfants et des parents, les visites chez le chirurgien-dentiste sont responsables d'absentéisme au travail, ont un impact financier et altèrent la qualité de vie familiale. Le coût sociétal est élevé, un dépistage et des interventions précoces semblent indispensables afin de limiter ces coûts dans un objectif de maîtrise des dépenses de santé (46,47).

3.1.3 Parcours patient de l'enfant porteur de caries précoces

En fonction du contexte, le jeune patient se présente soit en consultation d'urgence, soit en première consultation puis son parcours suit le schéma suivant.



***Prise en charge adaptée à la coopération de l'enfant**



Figure 5 : Arbre décisionnel sur les parcours patients de l'enfant porteur de caries précoces

3.2 Le patient atteint du syndrome d'hypominéralisation incisives et molaires (MIH)

D'origine systémique inconnue et multifactorielle, l'hypominéralisation incisives et molaires est une maladie de plus en plus répandue avec une prévalence qui varie dans la littérature d'environ 3,6 à 25% et qui semble également différer selon certaines régions et cohortes de naissance (48).

3.2.1 Définition

L'hypominéralisation des incisives et molaires (MIH) constitue un défaut d'origine systémique atteignant une à quatre premières molaires permanentes fréquemment associées à une atteinte des incisives permanentes. Les molaires atteintes de MIH sont fragiles car leur émail est affaibli, ainsi les caries peuvent se développer très facilement sur ces dents. La sévérité varie sur un même type de dent d'une simple dyschromie discrète à des pertes de substances importantes (48,49).

3.2.2 Conséquences pour le patient

L'hypominéralisation molaires-incisives entraîne des répercussions buccales qui altèrent la qualité de vie du patient :

- Hypersensibilités : les bactéries pénètrent au sein de la dentine voire de la pulpe du fait de la porosité de l'émail, créant une inflammation pulpaire chronique qui est à l'origine d'hypersensibilités douloureuses. Les hypersensibilités sont provoquées par des stimuli mécaniques (brossage, contact avec la sonde...) et/ou par des variations de température (chaud, froid, air) (50).
- Difficultés au brossage : les hypersensibilités thermiques et mécaniques entraînent des douleurs pour certains enfants au cours du brossage. Par conséquent, la zone douloureuse est souvent évitée ce qui entraîne un risque plus important de développement de carie dentaire (51).

- Fréquence et difficulté des soins dentaires : ces enfants nécessitent d'avantage de soins dentaires du fait du risque carieux élevé, de la fragilité de leur émail, mais également à cause des restaurations mises en place sur ces dents qui résistent moins longtemps en bouche (52).
Les soins dentaires sont souvent compliqués à cause de l'hypersensibilité et de la réfraction aux anesthésies locales classiques des dents atteintes. Afin de pallier à ces difficultés, il faut recourir aux anesthésies locorégionales associées ou non aux techniques de sédation ou utiliser un système d'anesthésie à injection électronique contrôlée (53).
- L'anxiété et la difficulté de coopération entraînent une augmentation du délabrement de la dent à cause d'un cercle vicieux : hypersensibilités, contrôle de plaque déficient, lésions carieuses à évolution rapide, anxiété et échec des soins (51).
- Esthétique : la sévérité des lésions sur les dents antérieures entraîne une demande esthétique. La demande vient souvent des parents qui sont inquiets quand l'enfant n'est pas en âge de ressentir un complexe. Lorsque ces lésions suscitent des moqueries à l'école, la demande vient de l'enfant lui-même. Ces moqueries ont souvent un impact psychologique : l'enfant perd confiance en lui, n'ose plus sourire et s'isole (54,55). La prise en charge est indispensable pour le bien-être de l'enfant et pour son développement (55,56).

3.2.3 Parcours patient de l'enfant atteint de MIH

Le parcours patient de l'enfant atteint d'hypominéralisation molaires-incisives peut suivre différente branche selon le niveau d'atteinte de ses dents, tel qu'il est décrit dans le schéma suivant.

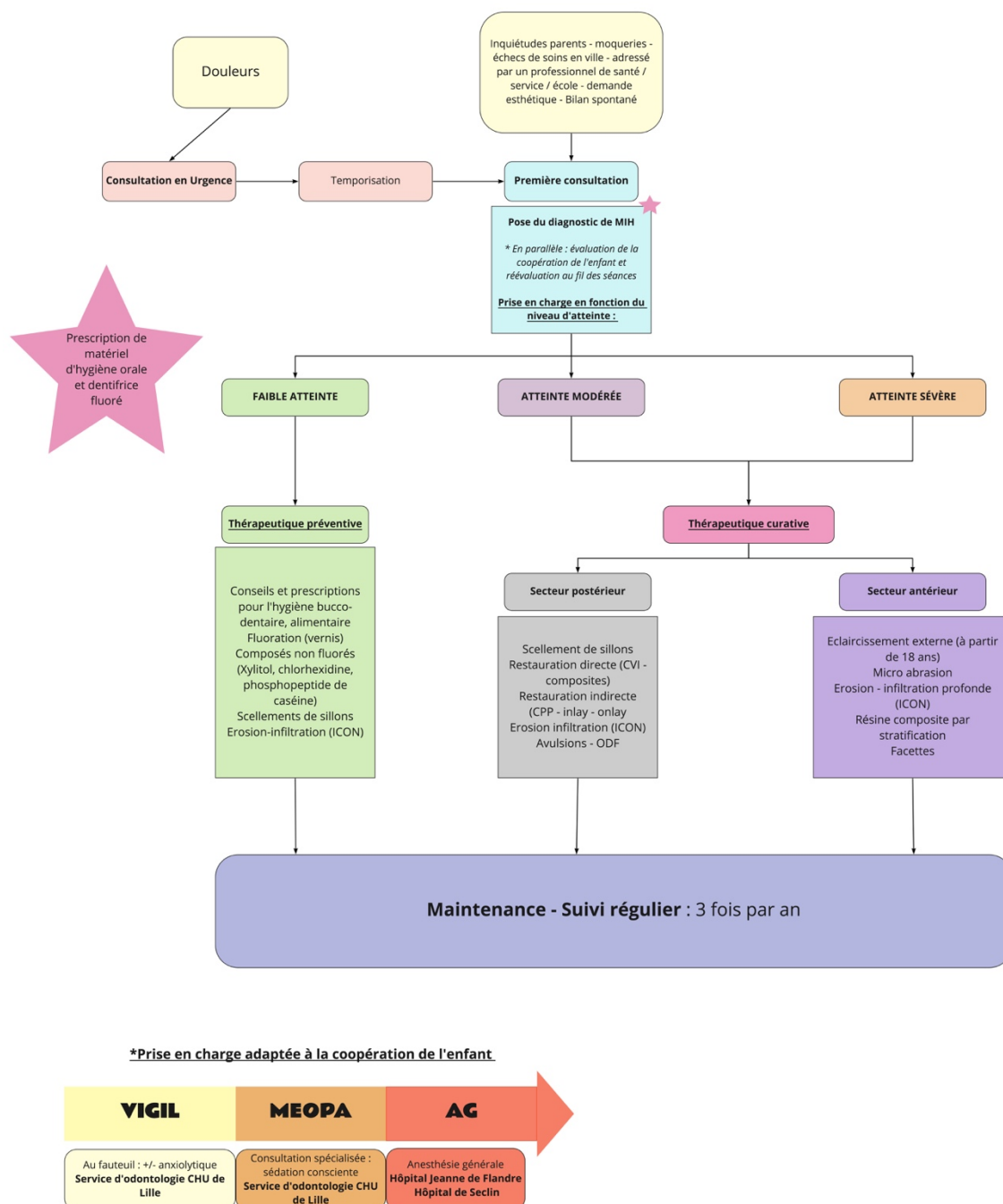


Figure 6 : Arbre décisionnel sur le parcours patient de l'enfant atteint de MIH

3.3 L'enfant porteur d'une maladie rare : exemple de l'enfant atteint de dysplasie ectodermique

3.3.1 Définition de la dysplasie ectodermique

Maladies génétiques le plus souvent héréditaires, les Dysplasies Ectodermiques constituent une famille d'affection très large qui compte plus de 200 entités associant de façon variable des anomalies des phanères c'est-à-dire des cheveux, des dents, des glandes sudorales ainsi que des anomalies de développement (57,58).

3.3.2 Conséquences pour le patient

Parmi de nombreuses perturbations, cette pathologie entraîne des anomalies des phanères dont les dents, ayant pour impact un retentissement physique, psychologique et social sur le patient.

3.3.2.1 Anomalies dentaires

L'atteinte dentaire peut toucher la denture lactéale, la denture définitive ou les deux. Le retard d'éruption est fréquent. Les dents présentes peuvent être dysmorphiques et de petites tailles. Elles peuvent avoir un aspect conoïde, conique ou riziforme en secteur incisivo-canin et prémolaire (59).

En denture temporaire, on observe au niveau du phénotype dentaire plusieurs manifestations dont :

- Des agénésies fréquentes des incisives mandibulaires, des incisives latérales maxillaires ainsi que des premières molaires temporaires maxillaires et mandibulaires,
- L'oligodontie peut associer un diastème médian inter incisif,
- Un taurodontisme ou des cuspidés surnuméraires au niveau des secondes molaires peuvent également être observés,
- Des résorptions radiculaires externes,
- La persistance des molaires ou canines temporaires,

- Le phénotype le plus sévère correspond à l'anodontie et peut être observée en denture temporaire.

En denture permanente, les anomalies correspondent principalement aux agénésies. On retrouve aussi les mêmes anomalies dysmorphiques conoïdes au niveau du secteur antérieur permanent.

L'hypodontie entraîne un hypo-développement des mâchoires. La diminution des forces masticatoires associée au défaut d'occlusion fonctionnelle a pour conséquences des syndromes algodysfonctionnels de l'appareil manducateur (SADAM) (60).

3.3.2.2 Retentissement physique

L'hypodontie causée par les dysplasies ectodermiques engendre de nombreux problèmes dont une modification de la croissance maxillo-faciale en ayant un retentissement sur le faciès du patient. On observe souvent des rapports de classe III avec un menton très prononcé et des creux paranasaux. L'alimentation est souvent perturbée à cause de l'absence de dent et cela peut engendrer une malnutrition sévère et une perte de dimension verticale (59).

3.3.2.3 Retentissement psychologique et social

La dysplasie ectodermique est une maladie rare qui, en entraînant des modifications de l'apparence du patient, peut avoir des conséquences sur de nombreux aspects de sa vie sociale. Des problèmes de communication peuvent également exister lorsque le patient n'est pas appareillé et en raison des difficultés de phonation et de vie sociale (59).

La réhabilitation prothétique dentaire peut être prise en charge en affection longue durée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sous certaines conditions et avec un dossier complet élaboré par un praticien et envoyé à la caisse d'assurance maladie. Le protocole de soins cerfa en fait partie (annexe 5.3).

3.3.3 Parcours patient de l'enfant atteint de dysplasie ectodermique

Le parcours patient de l'enfant atteint de dysplasie ectodermique débute par une première consultation, au cours de laquelle un plan de traitement est déterminé. Le parcours de soins suit le schéma suivant.

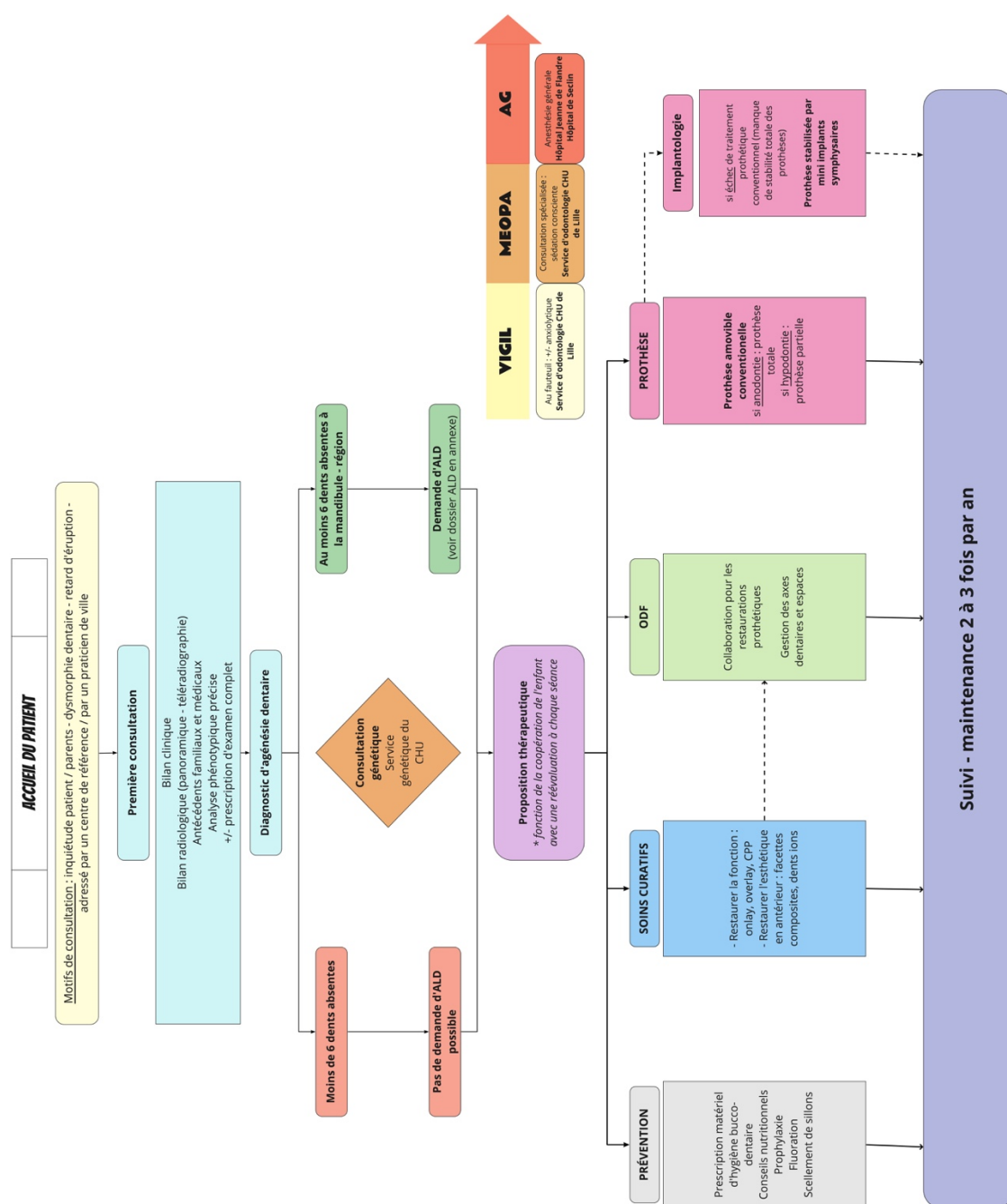


Figure 7 : Arbre décisionnel sur les parcours patients de l'enfant porteur d'une maladie rare : l'exemple de la dysplasie ectodermique

3.4 L'enfant en situation de handicap

Les enfants en situation de handicap sont particulièrement prédisposés au développement des pathologies bucco-dentaires, et pour ces enfants, la prévalence des dysmorphoses, des parodontopathies et des maladies carieuses est plus importante que pour la population générale. Leur prise en charge au sein du cabinet dentaire nécessite de prendre en compte leurs problèmes cognitifs, leur angoisse, leurs difficultés psychomotrices et le risque de comorbidité lié à leurs troubles systémiques ainsi que les pathologies buccodentaires liées à leur état de santé général. La santé bucco-dentaire de ces enfants est plus fragile et nécessite une approche préventive spécifique (36).

3.4.1 Généralités sur la prise en charge

Dès la première consultation, il faut évaluer la situation du handicap, la coopération et décider des modalités de prise en charge afin de mettre en œuvre un plan de traitement.

L'enfant en situation de handicap est généralement intégré dans une structure et suivi par une équipe. Le dialogue avec cet entourage est primordial pour, d'abord, recueillir les informations concernant l'enfant, son dossier médical, mais également avoir une action de conseils et de prévention au niveau des habitudes alimentaires, de l'hygiène bucco-dentaire et pour l'interception des différents troubles causés par le handicap.

Il faut instaurer des visites régulières chez le chirurgien-dentiste et mettre en œuvre une interception et une prévention adaptée pour chaque patient (39).

3.4.2 La grille APECS

A chaque fin de séance, le chirurgien-dentiste peut décider de remplir une grille APECS : des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap (annexe 5.4). Cette grille permet une majoration des honoraires pour la prise en charge dans le cadre de la CCAM. Dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, cela lui permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Cette échelle concerne les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap (61).

3.4.3 Parcours patient de l'enfant en situation de handicap

Après un accueil adapté de l'enfant en situation de handicap, celui-ci suivra le parcours de soins représenté par le schéma suivant après sa visite en consultation d'urgence ou en première consultation.

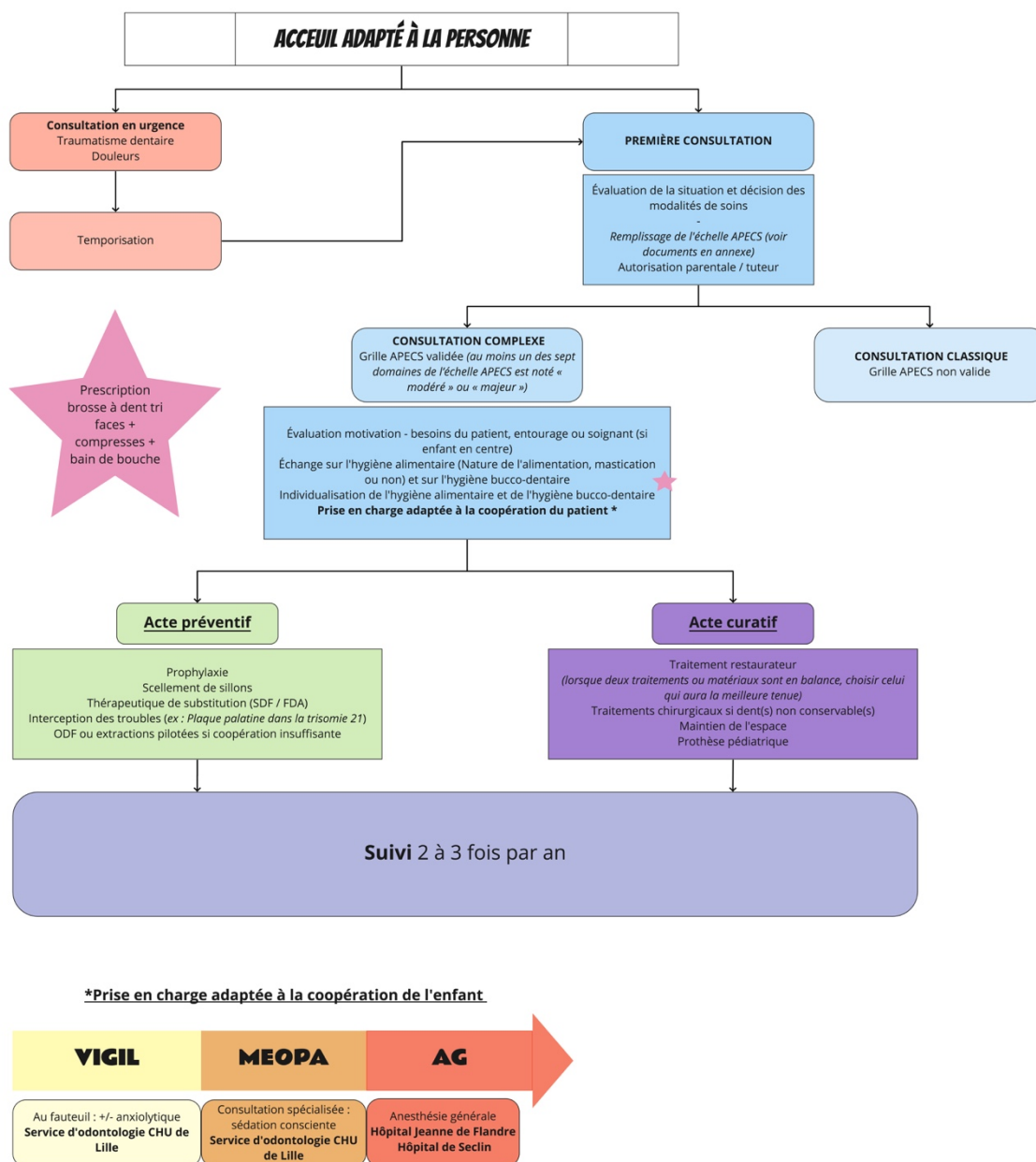


Figure 8 : Arbre décisionnel sur les parcours patients de l'enfant en situation de handicap

3.5 L'enfant victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire

Le traumatisme alvéolo-dentaire est un motif de consultation fréquent aux urgences dentaires du CHU de Lille. L'objectif est de soulager l'enfant, rassurer les parents, établir un certificat médical initial dentaire (CMI), mais surtout d'établir un diagnostic précis de l'importance et de la sévérité du traumatisme afin de maintenir la dent vivante sur l'arcade dentaire le plus longtemps possible. Un traitement rapide et réfléchi permettra d'améliorer sensiblement le pronostic initial. Un suivi à long terme et une évaluation des possibles séquelles sont à la base de la prise en charge.

On distinguera la prise en charge du traumatisme de la dent temporaire du traumatisme de la dent permanente (62).

3.5.1 Parcours patient de l'enfant victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire sur dent temporaire

L'enfant victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire va consulter en urgence dans le service d'odontologie du CHU de Lille. Si la dent traumatisée est une dent temporaire, le parcours de soins de l'enfant sera le suivant.

3.5.2 Parcours patient de l'enfant victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire sur dent définitive

L'enfant victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire va consulter en urgence dans le service d'odontologie du CHU de Lille. Si la dent traumatisée est une dent permanente, le parcours de soins de l'enfant sera le suivant.

3.6 Le parcours de l'enfant médicalement compromis

L'enfant porteur de pathologies fait partie de ces populations spécifiques de patients qui nécessitent une plus grande attention. Certains actes ou prescriptions du chirurgien-dentiste peuvent interférer dans l'équilibre de leur pathologie. De plus, leur maladie, souvent chronique, leur confère une fragilité psychologique et physique plus importante.

Le chirurgien-dentiste, comme tout professionnel de santé, se doit de participer à l'éducation en santé orale de ces jeunes patients et de leur entourage proche afin de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire. De plus, la prise en charge de ces patients à risque impose au chirurgien-dentiste une collaboration étroite avec l'équipe pluridisciplinaire (oncologue, cardiologue, pédiatre,...) en charge de l'enfant (39).

3.6.1 Généralités sur la prise en charge

Ces enfants peuvent être suivis en cabinet libéral de ville et ne nécessitent pas une prise en charge hospitalière mais parfois un aménagement de la prise en charge en fonction de leur coopération et dans ce cas, la prise en charge hospitalière est une solution adaptée.

Les enfants malades peuvent être atteints de pathologies cardio-vasculaires, neurologiques, endocriniennes et certaines précautions sont alors à prévoir pendant la prise en charge odontologique : antibioprophylaxie, protocole d'hémostase, bilan hématologique préalable,...

3.6.2 Conséquences pour le patient

Certaines pathologies et leurs traitements peuvent affecter directement ou indirectement la santé orale des jeunes patients et peuvent significativement réduire leur qualité de vie.

Différents facteurs accroissent le risque de développer des complications buccales : le type de pathologie, l'âge de l'enfant, le sexe du patient, l'état nutritionnel de celui-ci, le traitement qu'il suit, l'état bucco-dentaire initial, l'hygiène orale.

Dans le cadre d'un enfant atteint d'une leucémie, un bilan bucco-dentaire doit être rapidement effectué afin de dépister les foyers infectieux. Une prise en charge immédiate doit être mise en place avant chimiothérapie ou en inter-cure et avant la greffe.

Les complications bucco-dentaires chez l'enfant malade sont multiples et nécessitent un suivi régulier et une attention accrue de la part du chirurgien-dentiste. L'objectif principal est d'éradiquer tout foyer infectieux et de maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire afin de ne pas engendrer plus de complications et d'éviter la mise en jeu du pronostic vital (39,63).

3.6.3 Parcours patient de l'enfant médicalement compromis

Le schéma suivant décrit le parcours de soins de l'enfant atteint d'une maladie : des actes préventif au suivi de l'enfant en passant par la gestion des complications.

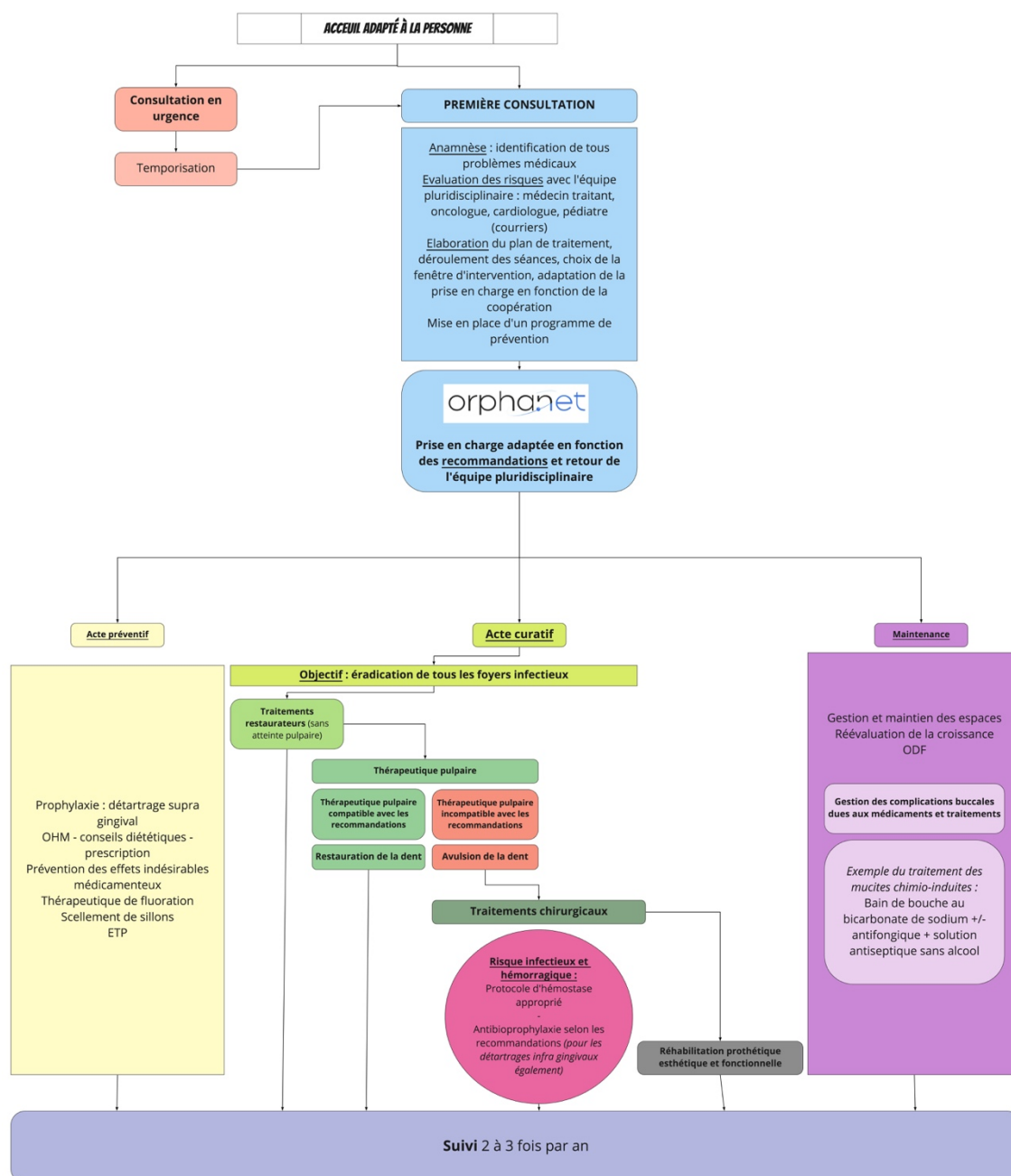


Figure 11: Arbre décisionnel sur le parcours patient de l'enfant médicalement compromis

Conclusion

Face à l'accroissement des maladies chroniques, la multitude des syndromes et des pathologies touchant la sphère bucco-dentaire des enfants, le parcours patient en santé orale de ces derniers peut s'avérer complexe.

La mission de chaque soignant est d'optimiser celui-ci, depuis la prévention en passant par les actes curatifs et au suivi post-thérapeutique afin qu'il soit efficace, complet, efficient et permet d'éviter les récurrences.

Cette thèse avait pour but d'expliquer le parcours patient-enfant en santé orale. L'objectif principal étant d'aider les parents à mieux le comprendre pour améliorer la qualité et l'observance du suivi. Plusieurs parcours ont été décrits sous la forme de schéma propre à une pathologie ou syndrome parmi les plus courants en odontologie pédiatrique.

La cavité orale est malheureusement trop peu intégrée au reste du corps et les répercussions sur les pathologies systémiques ne sont pas négligeables. En effet, la collaboration entre les différents professionnels de santé est essentielle pour le parcours de soins de l'enfant qui doit s'intégrer dans une prise en charge pluridisciplinaire.

Face à l'ensemble des constats décrits dans ce manuscrit, le parcours du patient en odontologie pédiatrique pourrait encore être amélioré.

La diffusion de ces schémas permettrait une plus large compréhension des parcours.

4. Annexe

4.1 Document d'autorisation parentale sur mineur du service d'odontologie pédiatrique du CHU de Lille



CENTRE DE SOINS DENTAIRES - ABEL CAUMARTIN AUTORISATION PARENTALE SUR MINEUR

JE, SOUSSIGNE (E)

☐ MERE : NOM JEUNE FILLE:.....PRENOM :..... TEL:.....
NOM EPOUSE :.....

☐ PERE : NOM :.....PRENOM :..... TEL:.....

OU

☐ TUTEUR :NOM :.....PRENOM :.....TEL:.....
(Absence d'autorité parentale) ..

CERTIFIE DETENIR L'AUTORITE PARENTALE SUR L'ENFANT :

NOM : PRENOM DATE DE NAISSANCE :/...../.....

☐ SEUL(E)

☐ CONJOINTEMENT (PERE ET MERE)

(**Attention** : dans le cas où 1 seul des deux parents est inscrit en haut, compléter la partie encadrée)

Autorise (sent) Mesdames et Messieurs les Médecins et Chirurgiens du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille à effectuer : les soins, examens, intervention chirurgicale, anesthésie ou analgésie que pourrait nécessiter l'état de mon enfant.

.....

LIRE ATTENTIVEMENT PUIS INDIQUER L'IDENTITE DU PARENT ABSENT

J'ai bien pris note que selon les termes de l'article 372-2 du Code Civil, (insérés par la loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'exercice de l'autorité parentale), cette décision est réputée être prise en accord avec la personne ci-dessous détenant également l'autorité parentale sur mon enfant :

☐ PERE : NOM..... PRENOM.....

Adresse (si différente de celle de la mère) :.....

☐ MERE : NOM..... PRENOM.....

Adresse (si différente de celle du père) :.....

Observations :

CACHET DU SERVICE

FAIT A LILLE, LE :/...../.....

SIGNATURES
MERE PERE TUTEUR

4.2 Questionnaire médical enfant du service d'odontologie pédiatrique du CHU de Lille

CHRU de Lille
Pôle des spécialités médicales et chirurgicales

Service d'Odontologie

QUESTIONNAIRE MEDICAL ENFANT

Les pathologies bucco-dentaires ainsi que les soins et traitements pouvant être entrepris sur votre enfant peuvent interférer avec son état de santé actuel ou une maladie même ancienne. Ainsi, nous vous demandons de remplir le questionnaire médical le concernant avec précision. Les problèmes médicaux particuliers seront réexaminés en consultation.

NOM : _____ Prénom : _____ Scolarisation : _____

Date de naissance : / / Sexe : M – F Poids : Taille :

• A quand remonte son dernier examen médical ?dentaire ?.....

• A-t-il actuellement des problèmes de santé, un handicap ? **NON OUI** Si oui, précisez dans la liste ci-dessous
Nom du médecin traitant / service hospitalier

• **Votre enfant a-t-il / a-t-il eu une/des affections de la liste suivante ?**

☐ Malformation cardiaque	☐ Maladie du foie, hépatite	☐ Maladies neurologiques
☐ Affection valvulaire	☐ VIH	☐ Ulcère, gastrite
☐ Souffle au cœur	☐ Maladie de la thyroïde	☐ Maladie des reins
☐ Endocardite	☐ Asthme	☐ Maladie de Crohn
☐ Infarctus du myocarde	☐ Bronchite chronique	☐ Polyarthrite rhumatoïde
☐ Trouble du rythme	☐ Tuberculose	☐ Arthrose/Ostéoporose
☐ Hypertension artérielle	☐ Epilepsie ou convulsions	☐ Glaucome
☐ Maladie du sang	☐ Perte de connaissance	☐ Pathologie ORL
☐ Cancer	☐ Dépression	☐ Maladies de la peau
☐ Diabète	☐ Troubles psychiatriques	☐ Maladies rares/orphelines
☐ Autres pathologies ou si vous voulez préciser.....		

• Prend-il actuellement des médicaments ? **NON OUI** Si oui, précisez dans le cadre en bas à gauche

• A-t-il été hospitalisé au cours des deux dernières années ? **NON OUI** Motif ?.....

• A-t-il ou a-t-il eu un des traitements de la liste suivante ? (cochez la case correspondante)

☐ Chirurgie cardiaque	☐ Dialyse	☐ Greffe	☐ Radiothérapie	☐ Chimiothérapie
☐ Anticoagulants	☐ Biphosphonates	☐ Thérapies ciblées (biothérapies)		

• Est-il allergique ☐ au latex ? ☐ à des médicaments ?..... ☐ autres ?.....

• A-t-il eu des complications à la suite d'anesthésies ? **NON OUI** Lesquelles ?.....

• A-t-il eu des saignements prolongés suite à des interventions / blessures / du nez ? **NON OUI**

• Pour les filles, est-elle ou supposez-vous qu'elle soit enceinte ? **NON OUI**

• A propos de ses habitudes de vie, consomme-t-il ☐ cigarette ? ☐ cannabis ou autres drogues ?

• Est-il susceptible d'être régulièrement exposé au tabac ? **NON OUI**

Médicaments actuellement prescrits :

Fournir la dernière ordonnance
Amener le carnet de santé SVP

A ma connaissance, j'atteste l'exactitude de ces informations.
En cas de modification(s) de l'état de santé et/ou des prescriptions médicales de l'enfant, j'en informerai le praticien qui le prendra en charge.

Date :

Signature du représentant légal :

Personne à prévenir en cas d'urgence : NOM.....Prénom.....Tél.....

QUESTIONS COMPLEMENTAIRES

Si un recours à la sédation par inhalation de MEOPA s'avérait nécessaire, votre enfant a-t-il ou a eu une / des affections de la liste suivante ? (cochez la / les cases correspondantes)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Traumatisme crânien (<6 mois) | ☐ Embolie gazeuse | ☐ Tuberculose |
| ☐ Hypertension intracrânienne | ☐ Occlusion intestinale | ☐ Anémie |
| ☐ Pneumothorax | ☐ Bronchite chronique | ☐ Déficit en vitamine B12 |
| ☐ Emphysème | ☐ Insuffisance respiratoire | ☐ Otite |
| ☐ Recours au gaz ophtalmique (SF6, C3F8, C2F6) (< 3 mois) | | ☐ Sinusite |
| ☐ Accident vasculaire cérébral (< 6 mois) | | |

-
- A-t-il déjà bénéficié du MEOPA pour un geste médical ou des soins dentaires ?

NON OUI : Geste : Date :

- La sédation a-t-elle été efficace ? OUI NON : Préciser pourquoi :

.....
.....

-
- A-t-il déjà pris de l'Hydroxyzine (Atarax®) pour un geste médical ou des soins dentaires ?

NON OUI : Geste : Date :

- La prémédication a-t-elle été efficace ? OUI NON : Préciser pourquoi :

.....
.....

-
- Afin d'optimiser l'efficacité de la sédation pouvez-vous nous communiquer les centres d'intérêts de l'enfant (loisirs pratiqués, héros préférés) ? :

.....
.....

SCANS - Edition 12/06

4.4 Grille APECS dans la prise en charge du patient en situation de handicap



Grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser dentaires	
DOMAINE DE LA COMMUNICATION		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	☐
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	☐
DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	☐
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	☐
DOMAINE DE LA COOPERATION		
pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)		
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	☐
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	☐
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	☐
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	☐
DOMAINE DE L' ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	☐
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie et en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	☐
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	☐
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigus fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	☐
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE		
(ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémedecine bucco-dentaire.	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	☐
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	☐

FSDL - Liberté, Responsabilité, Ethique

Table des illustrations

Figure 1: Infographie reproduite des différents parcours, d'après l'ARS Nouvelle-Aquitaine (10)	23
Figure 2 : Cartographie du monde sur la prévalence standardisée sur l'âge des lésions carieuses cavitaires des dents temporaires non traitées (31,32).....	33
Figure 3 : Photographie de la salle de MEOPA, service d'odontologie, CHU de Lille	38
Figure 4 : Arbre décisionnel sur le parcours patient dès son arrivée au CHU de Lille	43
Figure 5 : Arbre décisionnel sur les parcours patients de l'enfant porteur de caries précoces	46
Figure 6 : Arbre décisionnel sur le parcours patient de l'enfant atteint de MIH.	49
Figure 7 : Arbre décisionnel sur les parcours patients de l'enfant porteur d'une maladie rare : l'exemple de la dysplasie ectodermique	52
Figure 8 : Arbre décisionnel sur les parcours patients de l'enfant en situation de handicap	55
Figure 9 : Arbre décisionnel sur le parcours patient victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire sur dent temporaire	57
Figure 10 : Arbre décisionnel sur le parcours patient victime d'un traumatisme alvéolo-dentaire sur dent permanente	59
Figure 11: Arbre décisionnel sur le parcours patient de l'enfant médicalement compromis	62

Références bibliographiques

1. Patient - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/patient>
2. Définitions : usager - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/usager/80761>
3. Larousse É. Définitions : parcours - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parcours/58092>
4. Morvillers J-M. Le care, le caring, le cure et le soignant. Rech Soins Infirm. 15 oct 2015;N° 122(3):77-81.
5. Promouvoir la continuité des parcours de vie 2012 [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf
6. Anne.G. Le plan de prévention bucco-dentaire [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 28 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire>
7. Questions réponses parcours de soins [Internet]. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf
8. Parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 18 mai 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf
9. Bergeau J. Parcours patients & pratiques professionnelles innovantes : l'indispensable re-définition des territoires. 2009;3.
10. Définitions : prévention - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9vention/63869>

11. HAS - Stratégie de prévention de la carie dentaire [Internet]. [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf
12. Prévention [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
13. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le diabète [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 [cité 19 déc 2021]. 86 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254648>
14. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. Rôles Régime Aliment Nutr Dans l'étiologie Prev Affect Bucco-Dent. sept 2005;83(9):694-9.
15. Guideline: sugars intake for adults and children [Internet]. [cité 24 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549028>
16. Colson S, Gentile S, Côté J, Lagouanelle-Simeoni M-C. Spécificités pédiatriques du concept d'éducation thérapeutique du patient : analyse de la littérature de 1998 à 2012. Sante Publique (Bucur). 24 juill 2014;Vol. 26(3):283-95.
17. Assurance Maladie. Affection de longue durée (ALD) : incidence. [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php>
18. Deschamps-Lenhardt S, Martin-Cabezas R, Hannedouche T, Huck O. Association between periodontitis and chronic kidney disease: Systematic review and meta-analysis. Oral Dis. mars 2019;25(2):385-402.
19. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018; 392: 1789–8583.
20. OMS - Santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 26 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
21. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on the dental home. Reference Manual 2014-2015 ; 36 : 24-25 (disponible sur www.aapd.org).
22. Ng MW, Chase I. Early childhood caries : risk-based disease prevention and management. Dent Clin North Am 2013 ; 57 : 1 - 16.

23. Fiche conseil enfant naissance à 6 ans. [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2016/08/Fiche-conseil-ENFANT-NAISSANCE-A-6-ANS-avec-video-.pdf>
24. Action M'T dents [Internet]. UFSBD. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/enfants/>
25. R. Lan, A.C. Bas, L. Lupi-Pégurier, S. Azogui-Lévy, (2018). Caractéristiques de l'accès aux soins dentaires et de leur prise en charge en France. Numéro spécial Santé Publique. ROS.
26. Haute Autorité de santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Rapport 2010 (disponible sur www.has.fr).
27. Marquillier T, Plos One 2021.
28. Wagner Y, Heinrich-Weltzien R. Pediatricians' oral health recommendations for 0- to 3-year-old children : results of a survey in Thuringia, Germany. BMC Oral Health 2014 ; 14:44.
29. Assathiany R, Salinier C, Opsahl-Vital S, Courson F. Connaissance et application par les pédiatres ambulatoires des recommandations de l'Afssaps sur la prescription de fluor. Arch Pediatr 2010; 17:778-779.
30. Rapport d'étude - le métier de Chirurgien-dentiste [Internet]. [cité 15 févr 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_metier_de_chirurgien_dentiste_-_caracteristiques_actuelles_et_evolutions.pdf
31. Odontologie pédiatrique : de la clinique à la psychologie [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: <https://www-information-dentaire-fr.ressources-electroniques.univ-lille.fr/download/?pid=38058&d=64956>
32. Clara J, Bourgeois D, Muller-Bolla M. DMF from WHO basic methods to ICDAS II advanced methods: a systematic review of literature. Odonto-Stomatol Trop Trop Dent J. sept 2012;35(139):5-11.
33. Bolla M, Opsahl-Vital S. L'odontologie pédiatrique, une spécialité ? [Internet]. L'Information Dentaire. 2018 [cité 3 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.information-dentaire.fr/actualites/l-odontologie-pediatrique-une-specialite%E2%80%89/>
34. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJL, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and metaregression. J Dent Res. mai 2015;94(5):650-8.

35. C. Delfosse T. Trentesaux. La carie précoce du jeune enfant : du diagnostic à la prise en charge globale. Editions CdP. (Collection Mémento).
36. Ramarosan J. Humanisation des soins bucco-dentaires chez les handicapés par le MEOPA - 2. 2011;3:10.
37. Collège des enseignants en Odontologie Pédiatrique C par le PMM-B. Guide d'odontologie pédiatrique : la clinique par la preuve. Editions CdP. 437 p. (Guide Clinique).
38. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Décision portant modification de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité Kalinox 50%/50% gaz médicinal comprimé, 12 novembre 2013 (disponible sur www.airliquidesante.fr).
39. Chantal NAULIN-IFI. JPIO - Odontologie pédiatrique clinique. 327 p.
40. Interventions courantes d'odontologie et de stomatologie : quand pratiquer l'anesthésie générale ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 5 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_240338/fr/interventions-courantes-d-odontologie-et-de-stomatologie-quand-pratiquer-l-anesthesie-generale
41. Haute Autorité de santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique, mai-juin 2008 ; 92 p (disponible sur www.has-sante.fr).
42. Admin_SFODF. Votre première consultation [Internet]. SFODF. [cité 9 juin 2021]. Disponible sur: http://www.sfodf.org/avada_portfolio/votre-premiere-consultation/
43. Isaksson H, Alm A, Koch G, Birkhed D, Wendt LK. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. Caries Res 2013 ; 47 : 234-242.
44. Malek MT, Wright CM, Kay EJ. Childhood growth and dental caries. Community Dent Health 2009 ; 26 : 38-42.
45. Blumenshine S, Vann W, Gizlice Z, Lee J. Children's school performance : impact of general and oral health. J Public Health Dentistry 2008 ; 69 : 82 - 87.
46. Gomes M, Pinto-Sarmiento T, de Brito Costa E, Martins CC, Granville-Garcia AF, Pavia SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families : a cross sectional study. Health Qual Life Outcomes 2014 ; 12 : 55.
47. Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. Beyond the DMFT : the human and economic cost of early childhood caries. J A m Dent Assoc 2009 ; 140 : 650-657.

48. Weerheijm K. Molar Incisor Hypomineralisation (MIH). Eur J Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent. 1 oct 2003;4:114-20.
49. Marquillier T, Leverd C, Delfosse C, Trentesaux T, Catteau C. L'hypominéralisation molaires-incisives en 3 questions. CLINIC 2021;42(406):9-32. :4.
50. Krishnan R, Ramesh M. Molar incisor hypomineralisation : A review of its current concepts and management. SRM J Res Dent Sci. 2014; 5(4):248.
51. Rouas P, Bandon D. Les hypominéralisations molaires-incisives : diagnostic et prise en charge adaptée. Information Dentaire. 2010; (9) : 142-136.
52. Saitoh M, Nakamura Y, Hanasaki M, Saitoh I, Murai Y, Kurashige Y, et al. Prevalence of molar incisor hypomineralization and regional differences throughout Japan. Environ Health Prev Med. 2018; 23(1):55.
53. Apport de l'anesthésie intraosseuse pour les patients atteints de MIH [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2014 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/analyse/etudes/apport-de-l-anesthesie-intraosseuse-pour-les-patients-atteints-de-mih/>
54. Leal SC, Oliveira TRM, Ribeiro APD. Do parents and children perceive molar-incisor hypomineralization as an oral health problem? Int J Paediatr Dent. 2017; 27(5):372-9.
55. Portella PD, Menoncin BLV, Souza JF de, Menezes JVNB de, Fraiz FC, Assunção LR da S. Impact of molar incisor hypomineralization on quality of life in children with early mixed dentition : A hierarchical approach. Int J Paediatr Dent. févr 2019; 29(4):506-496.
56. Jedeon K, Maupile S, Babajko S, Naulin-Ifi C. Les hypominéralisations Molaires Incisives (MH) : prévalence, étiologie et pratique médicale. 2016; 45(3):250-234.
57. Orphanet: Dysplasie ectodermique [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: [https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=11399&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Dysplasie-ectodermique&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie\(s\)/groupes%20de%20maladies=Dysplasie-ectodermique&title=Dysplasie%20ectodermique&search=Disease_Search_Simple](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=11399&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=Dysplasie-ectodermique&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Maladie(s)/groupes%20de%20maladies=Dysplasie-ectodermique&title=Dysplasie%20ectodermique&search=Disease_Search_Simple)
58. Dereure O. Mutations du gène PVRL4 codant la molécule d'adhésion Nectine-4 dans le syndrome dysplasie ectodermique-syndactylie. Ann Dermatol Vénéréologie. fév 2011;138(2):159-60.

59. Escudero-Papot N, Roux C, Torrès J. Dysplasie ectodermique anhidrotique : le point sur la prise en charge implantaire des enfants atteints. Rev Francoph Odontol Pédiatrique. 2011; 6(2):62-6.
60. Fosto J, Hugentobler M, Kiliaridis S, Richter M. Dysplasie ectodermique anhidrotique. Réhabilitation. Rev Stomatol Chir Maxillofac. févr 2009; 110(1):50-4.
61. Grille chirurgien-dentiste handicap - apecs [Internet]. [cité 20 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/705664/document/grille-chirurgien-dentiste-handicap-apecs.pdf>
62. La traumatologie dentaire : données actuelles. Réalités Cliniques Vol 32, Septembre 2021 n°3.
63. Robert D. Prise en charge odontologique des enfants atteints de leucémie aigüe. 2014;109.

**LE PARCOURS PATIENT AU SEIN DE L'UNITÉ FONCTIONNELLE
D'ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DU CHU
DE LILLE**

Charlotte BAERT. – 75p. : 11 ill. ; 63 réf.

Domaines : Odontologie pédiatrique ; Enseignement ; Pédagogie ; Clinique ;
Parcours patient

Mots clés : Parcours ; Accès ; Orientation ; Prise en charge ; Suivi ; Prévention ;
Traitement ; Pathologie

Résumé de la thèse :

La prise en charge en santé orale de l'enfant revêt un caractère complexe.

Aussi, ce travail permet de comprendre le parcours de santé en tant que tel, depuis la prévention, en passant par les thérapeutiques propres à chaque pathologie avec des adaptations selon les besoins spécifiques de soins, mais aussi par l'éducation thérapeutique et le suivi. Il met également en lumière la place du chirurgien-dentiste dans ce parcours.

Il propose une schématisation du parcours de soins de l'enfant en fonction de la pathologie qu'il présente. L'objectif est de permettre une meilleure compréhension des parcours par les parents afin qu'il adhèrent d'avantage à la prise en charge.

JURY :

Président : Madame le professeur Caroline DELFOSSE
Assesseeurs : Monsieur le docteur Laurent NAWROCKI
Monsieur le docteur Thomas TRENTESAUX
Monsieur le docteur Thomas MARQUILLIER