

UNIVERSITÉ DE LILLE
UFR3S – DEPARTEMENT ODONTOLOGIE

[Année de soutenance : 2026]

N°:

THÈSE POUR LE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Janvier 2026

Par Maxine RANÇON

**ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES POUR LES ENFANTS EN SITUATION DE
HANDICAP EN CABINET DE VILLE : L'IMPORTANCE DE LA PREMIÈRE
CONSULTATION**

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Thomas MARQUILLIER
Assesseurs :	Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX
	Madame la Docteur Céline CATTEAU
	<u>Madame la Docteur Caroline DUHAMEL</u>

Président de l'Université :	Pr. R. BORDET
Directrice Générale des Services de l'Université :	A.V. CHIRIS FABRE
Doyen UFR3S :	Pr. D. LACROIX
Directrice des Services d'Appui UFR3S :	A. PACAUD
Vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie :	Pr. C. DELFOSSE
Responsable des Services :	L. KORAÏCHI
Responsable de la Scolarité :	V MAURIAUCOURT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
P. BOITELLE	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DELFOSSE	Vice doyen du département UFR3S-Odontologie Odontologie Pédiatrique Responsable du département d'Orthopédie dento-faciale
M. DEHURTEVENT	Co-responsable du département de Prothèses
B LOUVET	Chirurgie orale (Professeur des universités associé)
T. MARQUILLIER	Odontologie Pédiatrique
L ROBBERECHT	Responsable du département de Dentisterie Restauratrice Endodontie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Parodontologie
F CATHALA	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale (maître de conférences des Universités associé)

C. CATTEAU	Responsable du département de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.
X. COUTEL	Biologie Orale
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
C. DENIS	Co-responsable du département de Prothèses
F. DESCAMP	Prothèses
M. DUBAR	Responsable du département de Parodontologie
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHU Lille
C. OLEJNIK	Responsable du département de Biologie Orale
P OLEKSIK	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
H PERSOON	Dentisterie Restauratrice Endodontie (maître de conférences des Universités associé)
C PRUVOST	Prévention,Épidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale (maître de conférences des Universités associé)
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. SAVIGNAT	Responsable du département de Fonction-Dysfonction, Imagerie,Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Responsable du département d'Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses
R. WAKAM KOUAM	Prothèses
<u>PRATICIEN HOSPITALIER et UNIVERSITAIRE</u>	
M BEDEZ	Biologie Orale

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,

Monsieur le Professeur Thomas MARQUILLIER

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Section 56 - Développement, croissance et prévention

Sous-section 56-01 - Odontologie pédiatrique & Orthopédie dento-faciale

Département d'Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Santé Publique

Habilitation à diriger des recherches

Spécialiste Qualifié en Médecine Bucco-Dentaire

Certificat d'Etudes Supérieures Odontologie Pédiatrique et Prévention

Attestation Universitaire soins dentaires sous sédation consciente au MEOPA

Diplôme Universitaire Dermato-vénérologie de la muqueuse buccale

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

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

Formation Certifiante en Education Thérapeutique du Patient

Diplômé du Centre d'Enseignement des Thérapeutiques Orthodontiques, orthopédiques et fonctionnelles

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

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

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

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter spontanément de siéger dans ce jury de thèse, je

vous en suis très reconnaissante pour votre présence en ce jour si spécial pour moi

Je vous remercie pour votre dévouement et pour votre professionnalisme.

Je vous prie de bien vouloir trouver dans ce travail l'expression de mon plus grand respect

ainsi que de mon entière gratitude.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Section Développement, Croissance et Prévention
Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Ethique et Droit Médical de l'Université Paris Descartes (Paris V)
Certificat d'Etudes Supérieures de Pédodontie et Prévention – Paris Descartes (Paris V)
Diplôme d'Université « Soins Dentaires sous Sédation » (Aix-Marseille II)
Master 2 Ethique Médicale et Bioéthique Paris Descartes (Paris V)

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

Vice-président de la Société Française d'Odontologie Pédiatrique
Responsable du département d'Odontologie Pédiatrique

Je suis particulièrement touchée que vous ayez accepté de faire partie de ce jury de thèse.

*Je vous remercie pour votre enthousiasme, votre bienveillance et vos précieux
enseignements tout au long de mon cursus.*

*Veillez trouver ici l'assurance de mes sentiments les plus respectueux
et de ma sincère reconnaissance.*

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Odontologie de l'Université d'Auvergne

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

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales (Lille2)

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

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

Adjoint au vice doyen département facultaire UFR3S-Odontologie - Lille

Responsable du Département Prévention et Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie Légale

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter spontanément de siéger dans ce jury de thèse et de contribuer à l'évaluation de mon travail. Je vous en remercie sincèrement.

Votre investissement et votre disponibilité auprès des étudiants et à travers vos cours est une source d'inspiration. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Madame le Docteur Caroline DUHAMEL
Chef de Clinique des Universités – Assistant Hospitalier

Section Développement, Croissance et Prévention
Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire
Master 1 Biologie Santé – Parcours dispositif médicaux

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse ainsi que la confiance que tu m'as accordée pour la réalisation de ce travail. Je garde en mémoire les années de Fac ensemble et je te remercie pour ces précieux souvenirs.
Je te souhaite une belle carrière professionnelle et une très belle vie.

À mes proches,

Liste des abréviations :

ALD : Affection Longue Durée

APECS : Échelle des Adaptation pour une Prise en Charge Spécifique en Odontologie

ARS : Agence Régionale de la Santé

ATM : Articulation Temporo Mandibulaire

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CIH : Classification Internationale du Handicap de Wood

DMFT : Decayed Missing Filled Teeth

DPC : Développement Professionnel Continu

ICIDH : International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

ICPR : Indemnité Compensatrice pour Perte de Revenus

IMC : Infirmité Motrice Cérébrale

MEOPA : Mélange Équimolaire Oxygène et Protoxyde d'Azote

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côtes d'Azur

PASO : Programme Autisme et Santé Orale

RCI : Risque Carieux Individuel

RHBD : Référent en Hygiène Bucco-Dentaire

RSVA : Réseau de Service pour une Vie Autonome

SOHDV : Santé Orale, Handicap Dépendance et Solidarité

TAS : Task Analysis Score

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

TSA : Trouble du Spectre Autistique

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VBRS : Venham Behavior Rating Scale

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	15
1.1 La santé bucco-dentaire chez les enfants	16
1.1.1 Définition de la santé bucco-dentaire par L'OMS	16
1.1.2 État des lieux de la santé bucco-dentaire chez les enfants	16
1.1.3 Corrélation entre la santé générale et la santé orale	17
1.2 État des lieux et spécificité des personnes en situation de handicap.....	19
1.2.1 Histoire et évolution des différentes classifications	19
1.2.2 Présentation des différentes catégories de handicap	21
1.2.3 Spécificités de la santé orale des personnes en situation de handicap	22
2. LES OBSTACLES CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES POUR L'ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP.....	25
2.1 Barrières physiques, psychologiques et sociales	25
2.1.1 L'accessibilité des cabinets dentaires.....	25
2.1.2 Les peurs et l'anxiété des enfants en situation de handicap face aux soins dentaires.....	26
2.1.3 La réalité des formations et de la sensibilisation des professionnels de santé	26
2.1.4 La perception du handicap par les praticiens de ville	28
2.2 Les défis d'organisation et d'économie	29
2.2.1 Les inégalités géographiques dans l'accès aux soins dentaires spécifiques.....	29
2.2.2 Orientation vers des structures adaptées et prise en charge financière	29
3. L'IMPORTANCE D'UNE PREMIÈRE CONSULTATION ADAPTÉE	30
3.1 La première consultation : un moment clé	30
3.1.1 Objectifs de la première consultation.....	30
3.2 Adapter la première consultation	31
3.2.1 Préparation pédagogique et psychologique.....	31
3.2.2 Importance d'un environnement rassurant et d'un personnel de confiance.....	32
3.2.3 Aménagement de l'espace.....	33
3.2.4 Techniques de communication et d'approche.....	33
3.2.5 Différentes stratégies de gestion du comportement	34
3.2.6 Utilisation d'outils de communication adaptés	35
3.3 Adaptation des cabinets de ville pour répondre au mieux aux besoins spécifiques des enfants en situation de handicap	37
3.3.1 Adaptations réglementaires et financières pour une prise en charge inclusive.....	37
3.4 Importance du rôle du chirurgien-dentiste dans la gestion et l'organisation de la première consultation.....	39
3.4.1 Compétences et attitudes attendues de la part du chirurgien-dentiste.....	39
3.4.2 Élaboration d'un protocole de consultation et de prise en charge des soins	39
3.4.3 Utilisation des échelles comportementales dans la gestion des soins dentaires complexes.....	41
3.5 Les défis et obstacles rencontrés lors de la première consultation	44
3.5.1 Communication, comportement et collaboration : la relation praticien-patient-aidant	44
3.5.2 L'enfant face à ses peurs	44
Face à une situation inconnue, deux raisons conduisent à la naissance d'un sentiment d'anxiété (66):	44
3.5.3 Les stimuli sensoriels au cabinet dentaire	45
3.5.4 Réticence de la part des parents	46
3.5.5 Orientation vers d'autres structures.....	46
3.6 Les bénéfices d'une prise en charge précoce et personnalisée	48
3.6.1 Impacts court, moyen et long terme	48
3.6.2 Conséquences sur les pathologies bucco-dentaires	48
3.6.3 Mieux envisager les futurs soins	49

4. L'INTÉGRATION DES SÉANCES D'HABITUATION DANS LES CABINETS DE VILLE LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION	50
4.1 Les séances d'habitation : une approche préventive et pédagogique.....	50
4.1.1 Définition et objectifs.....	50
4.1.2 Méthodologie	50
4.2 Défis pour les cabinets de ville d'intégrer ces séances	53
4.2.1 Manque de temps et de ressources.....	53
4.2.2 Engagement des parents / des accompagnants.....	53
5. RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE.....	54
5.1 Renforcer les compétences et la sensibilisation des chirurgiens-dentistes.....	54
5.1.1 Développer des programmes de prévention et d'éducation à la santé orale	54
5.1.2 Le réseau Handident : un modèle de coordination et de formation pour des soins inclusifs	55
6. CONCLUSION	56
Références bibliographiques	57
Table des figures	64
Table des Tableaux	65
Tableau des Annexes	66

1. INTRODUCTION

En France, l'accès aux soins dentaires constitue un droit fondamental, garanti par l'article R.4127-211 du Code de la santé publique, qui impose au chirurgien-dentiste de soigner avec la même conscience tous les patients, indépendamment notamment de leur handicap ou de leur état de santé (1).

Pourtant, plus d'un million de personnes en situation de handicap rencontreraient encore des obstacles dans ce domaine (2).

Chez l'enfant, qu'ils soient physiques, psychologiques ou organisationnels, ces freins peuvent avoir des conséquences particulièrement marquées.

Les enfants porteurs de handicap ont, en moyenne, plus de lésions carieuses que les enfants non porteurs de handicap. Selon le rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire » de 2010 qui émane du secrétariat d'état chargé de la famille et de la solidarité, l'enfant en situation de handicap a quatre fois plus de risque de développer des pathologies dentaires diverses (3).

Ces enfants présentent donc des besoins bucco-dentaires spécifiques, liés à des limitations fonctionnelles, à certains traitements médicaux ou à une dépendance à un tiers pour l'hygiène orale. Or, une bonne santé orale est essentielle pour prévenir la douleur, maintenir les fonctions orales et soutenir l'estime de soi (4).

Ainsi, ces enfants ne constituent pas un groupe unique et homogène au sein de la population générale. Leur situation et leurs attentes ne sont pas, non plus, uniformes mais sont reconnues comme ayant des besoins spécifiques en matière de santé.

Dans ce contexte, la première consultation prend un enjeu stratégique : instaurer la confiance, adapter l'environnement, poser les bases de la relation thérapeutique et initier un suivi précoce et personnalisé.

Ce travail propose d'identifier les freins et leviers de la prise en charge en cabinet de ville, afin de fournir aux praticiens des repères concrets pour rassurer l'enfant en situation de handicap et son entourage, et optimiser le succès du suivi au long terme notamment grâce à la première consultation.

ETAT DES LIEUX DE LA SANTE BUCCO DENTAIRE CHEZ LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP

1.1 La santé bucco-dentaire chez les enfants

1.1.1 Définition de la santé bucco-dentaire par L'OMS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé bucco-dentaire comme « l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie (affection touchant les gencives), de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles » (5).

1.1.2 État des lieux de la santé bucco-dentaire chez les enfants

Une bouche en bonne santé permet de manger, de boire et d'assurer correctement de nombreuses autres fonctions au cours de la vie. Par ailleurs, elle facilite de bonnes relations avec les autres, favorise l'estime de soi grâce au sourire et au langage oral.

Les maladies bucco-dentaires existent sous différentes formes comme les lésions carieuses qui sont les plus courantes, ou les maladies du parodonte qui constitue le tissu de soutien de la dent.

Il est important, d'une part, de les prévenir tôt dès l'apparition de la première dent par une bonne hygiène orale et, d'autre part, de les dépister précocement pour les traiter le plus rapidement possible.

L'hygiène orale est un ensemble de pratiques visant à éliminer la plaque dentaire qui se forme naturellement à la surface des dents au cours de la journée. Si elle n'est pas éliminée, les bactéries de la plaque dentaire peuvent être à l'origine de pathologies gingivales et/ou favoriser le développement des lésions carieuses (6).

On retrouve ci-dessous une évolution des recommandations de l'UFSBD concernant le brossage des dents en fonction de l'âge de l'enfant (Figure 1).

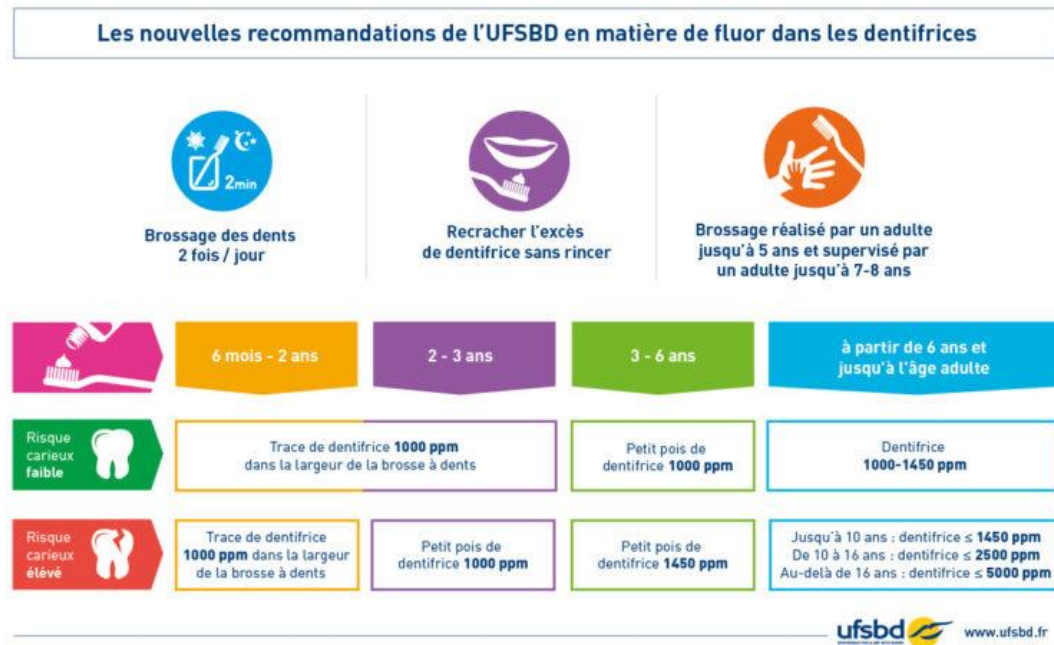


Figure 1 : Recommandations UFSBD concernant le brossage et le fluor chez les enfants (2019) (7)

La santé orale passe aussi par une alimentation saine et équilibrée.

1.1.3 Corrélation entre la santé générale et la santé orale

Une mauvaise santé orale peut entraîner des troubles fonctionnels (mastication, déglutition, ventilation, phonation), favoriser la dénutrition, altérer la communication, et affecter la qualité de vie en générant des douleurs, des troubles du comportement mais aussi une gêne esthétique, avec un impact psychologique notable et une altération des interactions sociales.

Elle est également associée à un risque accru de pathologies générales telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les pneumopathies, la polyarthrite rhumatoïde ou la maladie de Crohn. Certaines affections, comme le diabète, peuvent à leur tour favoriser ou aggraver les maladies bucco-dentaires (8).

Les pathologies potentiellement liées à une mauvaise santé orale sont présentées dans le schéma ci-dessous (Figure 2).

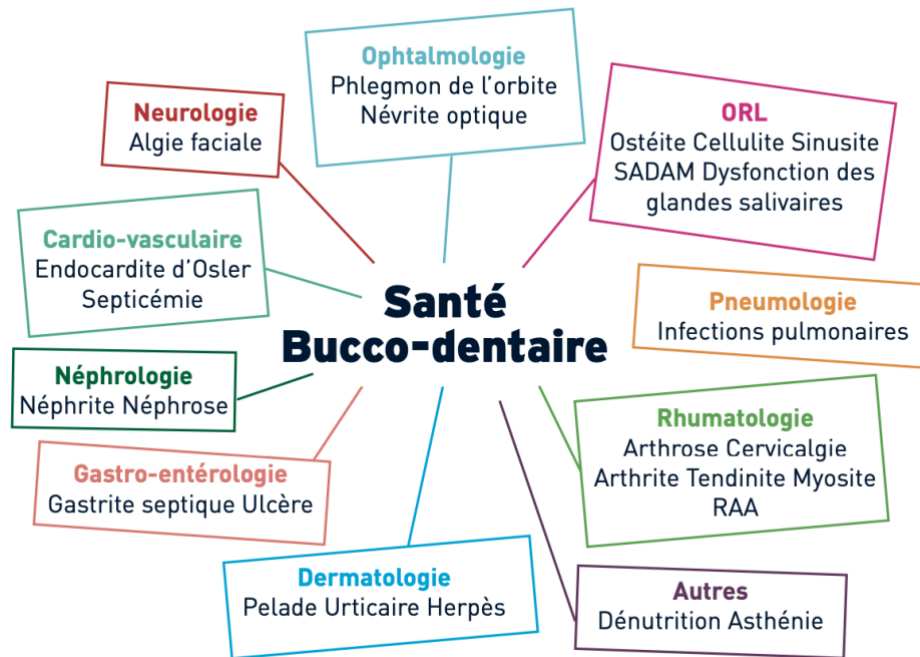


Figure 2 : Impact de la santé bucco-dentaire sur la santé générale (9)

Les pathologies dentaires peuvent aussi être à l'origine d'infections locales ou systémiques, du fait de bactéries transmissibles comme *Porphyromonas gingivalis* ou *Streptococcus mutans* (10). Elles jouent un rôle dans la dysrégulation du diabète (relation bidirectionnelle avec les maladies parodontales), et sont impliquées dans l'apparition de candidoses buccales ou de cancers oraux (11).

Ainsi une bonne hygiène orale permet le maintien de la dignité de la personne en situation de handicap et participe donc à sa bientraitance (12).

1.2 État des lieux et spécificité des personnes en situation de handicap

1.2.1 Histoire et évolution des différentes classifications

Il y a eu plusieurs classifications permettant de définir le handicap au cours des années.

La première classification voit le jour le 30 juin 1975 : elle est votée par l'assemblée nationale. Cette classification a pour but de cibler une population précise à laquelle elle accorde un statut particulier, celui d'handicapé, sans aménagement ni droit particulier ni prise en charge ou aide financière : en d'autres termes, c'est une loi qui marginalise (13).

La notion et la définition du handicap ont ensuite beaucoup évolué. En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié la classification internationale des déficiences, incapacités et désavantages (ICIDH), dite « classification de Wood ».

Cette classification conceptualise le handicap comme une déficience (atteinte du corps) entraînant une incapacité (préjudice fonctionnel) où c'est au patient handicapé de s'adapter à la société. Celle-ci est basée sur le modèle : déficience - incapacité - désavantage (14).

Puis, 20 ans plus tard sort la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) en 2001, qui est un modèle social où la société s'adapte à l'individu handicapé, considérant l'environnement comme non adapté à la personne handicapée (15).

Le schéma ci-dessous illustre les interactions entre le problème de santé, les fonctions, les activités, la participation et les facteurs personnels et environnementaux (Figure 3).

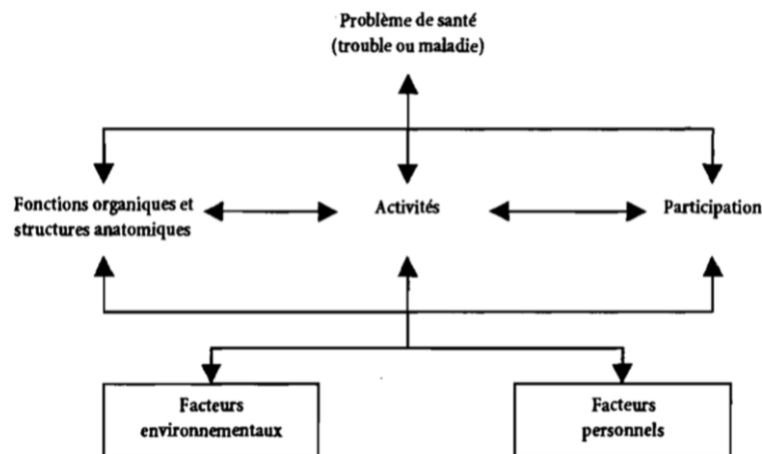


Figure 3 : Le handicap selon la CIF (16)

Suivant ce modèle, on retrouve donc (16) :

- Une fonction organique (fonction mentale, motrice, sensorielle, digestive) qui correspond au domaine du fonctionnement corporel.
- Une structure anatomique (structure du système nerveux, structure liée au mouvement) qui situe l'organisation physique en jeu.
- L'activité et participation (activité de communication, de mobilité) qui identifie les fonctions concernées.
- Les facteurs environnementaux (produit et système technique, soutien et relation) qui relient aux facteurs extérieurs potentiellement handicapants.

Ainsi il n'existe pas de handicap en tant que tel mais plutôt une « situation handicapante » (17).

Le 11 février 2005 est promulguée la loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap. Cette loi marque la prise de conscience des difficultés rencontrées par ces personnes mais l'accessibilité à la santé n'est pas acquise (18).

Faulks et Hennequin définissent en 2006 le handicap pour le domaine de la santé orale de la façon suivante : « les personnes ayant des besoins spécifiques en santé orale sont celles pour lesquelles une déficience ou une limitation de l'activité altère directement ou indirectement la santé orale, dans le contexte personnel ou environnemental propre à l'individu » (19).

1.2.2 Présentation des différentes catégories de handicap

Les handicaps sont généralement regroupés en plusieurs grandes familles ou typologies, conformément à la définition inscrite dans la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap (18).

On retrouve (18) :

- Le handicap moteur / déficience motrice : englobe l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte totale ou partielle de la motricité (par exemple infirmité motrice cérébrale (IMC), paralysie périphérique).
- Le handicap auditif / déficience auditive : concerne les personnes atteintes de surdité, qui est un état pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe. Ce handicap peut être inné ou acquis.
- Le handicap visuel / déficience visuelle : concerne la cécité ou la malvoyance.
- Les handicaps sensoriels : résulte de l'atteinte d'un ou plusieurs sens (par exemple agueusie, anesthésie, dysesthésie).
- Le handicap mental / déficience intellectuelle : arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales.
- Le handicap psychique / troubles psychiques : secondaires à la maladie psychique, ils restent de cause inconnue à ce jour (alors que le handicap mental a des causes identifiables).

- Le handicap cognitif / les troubles cognitifs / les troubles du neurodéveloppement : constitué par l'altération importante des fonctions cognitives (d'une à plusieurs). Cette altération peut être temporaire ou définitive et elle doit résulter d'un dysfonctionnement cérébral (par exemple dyspraxie, dysphagie).
- Les maladies chroniques invalidantes ou évolutives / les troubles de santé invalidants : constituent un ensemble de troubles de la santé qui peuvent atteindre les organes internes vitaux et sont des affections de longue durée, qui, en général évoluent lentement (par exemple mucoviscidose, cancer).
- Troubles du spectre autistique (TSA) et troubles envahissant du développement : caractérisés par des difficultés dans la communication et les interactions sociales ainsi que des comportements répétitifs et des centres d'intérêts restreints.

Selon le type de handicap, c'est l'approche relationnelle, l'environnement adapté du soin, ou le recours à des techniques de sédation qui constituent la spécificité de la prise en charge.

Les difficultés relationnelles avec les personnes en situation de handicap mental ou présentant des troubles de la personnalité ne permettent pas une prise en charge thérapeutique habituelle ; les handicaps physiques, eux, nécessitent des aménagements d'accès aux soins mais la coopération pour les soins est la même que dans la population générale. Les handicaps sensoriels requièrent d'autres techniques de communication.

1.2.3 Spécificités de la santé orale des personnes en situation de handicap

Les patients porteurs de handicap présentent une santé orale fragilisée. Cette fragilité peut être expliquée par leur difficulté à réaliser le brossage en raison de leur dépendance, ainsi que par la prise fréquente de médicaments au quotidien.

Ils peuvent également développer des maladies parodontales (car le brossage dentaire et l'hygiène sont souvent difficile), des malpositions, ils peuvent également retrouver des répercussions orales à cause de certains médicaments (comme par exemple des antiépileptiques, antihypertenseurs, calciotropes, immunosuppresseurs, tétracyclines).

De façon générale, on observe une hygiène orale moins favorable comparativement à la population générale (20).

Les déterminants de cette situation peuvent être de nature diverse :

- Les maladies elles-mêmes et leurs traitements peuvent entraîner ou aggraver les pathologies bucco-dentaires. Le handicap, mental ou physique peut conduire à une altération de l'image de soi et l'hygiène orale peut ainsi se trouver négligée.

- Les difficultés psychomotrices que présentent de nombreuses personnes en situation de handicap ne leur permettent pas de réaliser efficacement les soins quotidiens d'hygiène dentaire. Cette tâche relève alors de la responsabilité des parents, de l'entourage ou des personnels médico-éducatifs des centres spécialisés qui n'ont pas forcément reçu de formation particulière à ce sujet. De plus, certains patients peuvent rejeter ces soins qu'ils perçoivent comme agressifs ou douloureux.

En conséquence, l'hygiène orale des personnes dépendantes est négligée, ce qui favorise le développement des pathologies infectieuses et de l'halitose (21).

Lorsque ces personnes sont autonomes pour le brossage, il est nécessaire de surveiller sa réalisation. Aussi, le manque de connaissance des parents, de l'entourage et des professionnels de santé peut parfois limiter l'accès aux mesures préventives pour les enfants en situation de handicap.

On peut retrouver certaines pathologies susceptibles de se développer :

- Les pathologies infectieuses (22) :
 - Les lésions carieuses (qui peuvent être causées par la stase alimentaire fréquente).
 - Les maladies parodontales (dus au fait que le tartre s'accumule plus vite).

- Les pathologies traumatiques :
 - Lésion des muqueuses.
 - Usure et bruxisme.
 - Traumatismes dentaires.

- Les pathologies fonctionnelles :
 - Trouble de la ventilation.
 - Trouble succion-déglutition.
 - Mastication peut être défaillante.
 - Para fonctions ont un impact.
 - Reflux gastrique fréquent.
 - Production de salive modifiée (hypo ou hypersalivation).

2. LES OBSTACLES CONCERNANT L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES POUR L'ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

2.1 Barrières physiques, psychologiques et sociales

2.1.1 L'accessibilité des cabinets dentaires

La loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 stipule que « toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation nationale, l'accès aux soins fondamentaux reconnus tous les citoyens ainsi qu'au plein exercice de sa citoyenneté » (18).

Les difficultés que rencontrent les personnes en situation de handicap à accéder physiquement aux structures de soins de proximité résultent d'une prise en charge tardive et bien souvent en urgence.

On arrive ainsi souvent à des situations nécessitant une prise en charge hospitalière sous anesthésie générale. Cette prise en charge se traduit fréquemment par des extractions multiples, visant à restaurer la santé orale. Malheureusement ces avulsions vont entraîner des difficultés de nutrition et de socialisation.

Il est aussi important de noter que le coût total de la prise en charge dans un cabinet libéral sera beaucoup moins élevé qu'à l'hôpital sous anesthésie générale (13).

2.1.2 Les peurs et l'anxiété des enfants en situation de handicap face aux soins dentaires

L'anxiété et la peur dentaire sont présentes dans notre société et sont d'autant plus significatives chez les enfants en situation de handicap.

Elles peuvent être dues à de multiples facteurs comme par exemple une ancienne expérience négative, la transmission par procuration d'un proche anxieux, l'incompréhension ou encore la situation vulnérable que provoque l'examen dentaire.

La mauvaise expérience durant l'enfance est responsable de la moitié des phobies dentaires chez l'adulte elle est généralement liée à une prise en charge en urgence et inadaptée (23,24).

Il est donc capital d'instaurer, dès la première consultation de l'enfant un climat propice aux soins. Afin d'y parvenir, une relation de confiance doit s'instaurer entre les trois acteurs du soin, à savoir l'enfant, le parent/l'accompagnateur et le praticien (25,26).

Si au contraire, cette appréhension n'est pas gérée, elle peut devenir un obstacle aux soins. Les actes préventifs sont alors retardés et l'enfant aura tendance à ne consulter qu'en cas de douleur.

Il est donc primordial d'identifier ces peurs et angoisses et d'en atténuer les composantes pour ouvrir la voie à une meilleure santé orale et au bien-être général de l'individu (27).

2.1.3 La réalité des formations et de la sensibilisation des professionnels de santé

La loi garantit le respect des droits des personnes en situation de handicap, notamment leur accès aux soins et une prise en charge adaptée, dans le respect du principe de non-discrimination (28). Pour assurer cette prise en charge, les professionnels de santé doivent recevoir une formation spécifique sur le handicap, comme prévu par la loi du 11 février 2005 (18).

Concernant les études odontologiques, lors du troisième cycle court, les étudiants peuvent choisir de participer à la prise en charge des populations spécifiques, renforçant ainsi leurs compétences en santé publique. Cette formation garantit leur qualification pour une prise en charge adaptée des patients en situation de handicap (29).

Le code de déontologie des chirurgiens-dentistes impose une formation continue après les études afin d'entretenir et perfectionner les connaissances (30). Ce devoir est rempli à travers le Développement Professionnel Continu (DPC), un dispositif obligatoire visant à améliorer la qualité des soins et à répondre aux priorités de santé publique (31).

La prise en charge des patients en situation de handicap pourrait y gagner à devenir une thématique essentielle de cette formation continue. Le rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire de 2010 par Hescot et Moutarde, concernant le handicap et la santé bucco-dentaire recommande d'en faire une priorité (32).

Les praticiens peuvent approfondir leurs connaissances via des formations proposées par les réseaux de santé, les universités ou des organismes privés.

Les réseaux de santé, définis par l'article L6321-1 du Code de la santé publique, visent à améliorer l'accès aux soins, la coordination et l'interdisciplinarité des prises en charge, notamment pour certaines populations spécifiques (33). Le réseau Handident des Hauts-de-France propose des formations aux praticiens et assistants pour les aider à mieux accueillir les patients à besoins spécifiques, tout en répondant à leur obligation de formation continue (34).

En complément, des ressources gratuites en ligne, comme Handiconnect.fr, offrent aux professionnels des fiches conseils pour faciliter la prise en charge des patients en situation de handicap (32).

Il y a ainsi de nombreuses façons de rester sensibilisé à ce type de patientèle, mais dans la réalité des cabinets, la plupart des chirurgiens-dentistes préfèrent orienter leurs patients en situation de handicap directement vers une structure hospitalière.

2.1.4 La perception du handicap par les praticiens de ville

La première rencontre entre un patient et le praticien peut être ressentie comme une épreuve compliquée. C'est un fait, le handicap peut susciter une certaine forme d'appréhension, souvent liée à la méconnaissance ou à la crainte de l'altérité. D'ailleurs nous parlons bien souvent de « refus » de soin et non de « rejet » de la part des praticiens exerçant en ville (34).

D'après l'étude réalisée par Abira à Paris en 2023 (35), qui vise à évaluer la formation des chirurgiens-dentistes sur la prise en charge des patients en situation de handicap et à comparer les enseignements reçus avec ceux des nouvelles générations de praticiens, un questionnaire en ligne de 13 questions avait été diffusé via les réseaux sociaux et avait recueilli 116 réponses de chirurgiens-dentistes exerçant depuis au moins un an en cabinet, centre dentaire ou structure hospitalière. Les résultats montrent que la majorité des chirurgiens-dentistes prennent en charge très peu de patients en situation de handicap (moins de 5 par an), souvent par manque de formation ou par appréhension malgré la connaissance d'une aide rémunératrice sur les soins. Parmi ceux qui ne les prennent pas en charge, les principales raisons évoquées sont le sentiment d'incompétence, le manque de temps ou d'envie (35).

L'étude souligne cependant des biais, notamment une surreprésentation des jeunes chirurgiens-dentistes et des praticiens d'Île-de-France, ce qui peut limiter la généralisation des résultats.

Globalement, les répondants estiment ne pas être suffisamment formés pour assurer ces soins dans des conditions optimales. Un ressenti commun de peur et d'appréhension a été relevé tant chez les étudiants que chez les praticiens. Les disparités entre les universités en matière de formation sur cette thématique sont également mises en évidence.

2.2 Les défis d'organisation et d'économie

2.2.1 Les inégalités géographiques dans l'accès aux soins dentaires spécifiques

Concernant la pratique dentaire, il existe tout d'abord des inégalités d'accès aux soins liées à l'offre de soins ainsi qu'aux disparités géographiques d'implantation des praticiens. La répartition territoriale des chirurgiens-dentistes demeure très inégale et ne permet pas de garantir une offre de soins homogène et équitable.

Les chirurgiens-dentistes représentant une des professions médicales de premier recours, leur répartition au sein du territoire français constitue un enjeu majeur dans l'accès aux soins. En effet, les recherches sur l'impact de l'éloignement géographique sur la consommation de soins de santé montrent que les taux de recours aux services de santé sont plus bas lorsque la distance augmente (36).

2.2.2 Orientation vers des structures adaptées et prise en charge financière

Quand des soins ne sont pas envisageables pour diverses raisons dans un cabinet dentaire de ville, l'enfant peut être orienté vers une structure hospitalière ou un cabinet qui proposerait des soins sous sédation consciente par inhalation de MEOPA.

En France, les soins dentaires pour les personnes en situation de handicap peuvent être pris en charge à 100 % pour certains actes, avec des aides spécifiques comme le forfait handicap ou les consultations d'habitation. Les prothèses du panier 100 % santé sont remboursées intégralement, tandis que les autres peuvent générer un reste à charge. Le coût final varie selon les soins et les aides mobilisées (37).

3. L'IMPORTANCE D'UNE PREMIÈRE CONSULTATION ADAPTÉE

3.1 La première consultation : un moment clé

3.1.1 Objectifs de la première consultation

La première consultation en odontologie pédiatrique constitue la rencontre initiale entre l'enfant et l'environnement du cabinet dentaire.

L'approche psychologique instaurée lors de cette première rencontre constitue la clé d'une relation tripartite (enfant – parent/accompagnant - chirurgien-dentiste). Basée sur la confiance, elle est donc essentielle (38).

Idéalement, la première consultation bucco-dentaire de l'enfant devrait survenir dès sa première année. C'est le moment propice pour éduquer et conseiller les enfants ainsi que les parents concernant les bonnes pratiques d'hygiène orale et alimentaire hors contexte d'urgence, mais également faire de la prévention (39).

L'âge de la première visite et sa fréquence expliquent 44,4 % de la variance de la peur dentaire. Plus la visite est précoce et répétée, moins l'enfant développera de peur via un mécanisme d'habituation (40).

Cette première consultation est également le moment d'effectuer un bilan de la santé orale afin de diagnostiquer précocement des pathologies orales et de proposer une prise en charge globale et la plus efficiente possible.

Le déroulement de cette consultation peut se faire de manière conventionnelle et standardisée et est rapportée dans le dossier médical de l'enfant. Les enfants sont mieux disposés et moins craintifs s'ils ont des visites « neutres » ou des visites de contrôle (41).

3.2 Adapter la première consultation

3.2.1 Préparation pédagogique et psychologique

Les parents ont un rôle primordial dans la préparation psychologique de l'enfant. Ils représentent l'environnement de l'enfant et influencent donc sa perception, ses capacités d'adaptation et d'apprentissage, mais aussi son niveau d'anxiété (42).

Un descriptif de la première consultation peut être donné aux parents ou mis sur le site internet du cabinet afin qu'ils soient eux-mêmes rassurés. Il est aussi possible de leur donner des conseils en pré-visite, afin que l'enfant arrive dans les meilleures dispositions (par exemple, ne pas présenter à l'enfant les soins comme une « punition ») (23).

Ce sont les parents qui prennent généralement l'initiative du rendez-vous, et qui amènent l'enfant en consultation. Ils préparent l'enfant à ce rendez-vous, expliquent ce qui va se passer et la raison de sa venue. Idéalement, il est familiarisé positivement à l'environnement dentaire au préalable (41).

Une fois chez le chirurgien-dentiste il est important que les parents restent calmes et détendus et ne communiquent pas leurs craintes à l'enfant. En effet les enfants sont très réceptifs au langage corporel et aux émotions de leurs parents.

La démarche reste la même s'il ne s'agit pas des parents mais d'un accompagnateur.

Le praticien a la tâche complexe d'expliquer aux parents que parfois, leur présence ou leurs réflexions pourraient avoir une influence néfaste sur le comportement de leur enfant (43).

3.2.2 Importance d'un environnement rassurant et d'un personnel de confiance

Le but est d'amener le patient à être coopérant, c'est-à-dire dans un premier temps, qu'il accepte au moins de s'asseoir sur le fauteuil dentaire (ou au moins sur un siège présent dans le cabinet).

Ensuite, le chirurgien-dentiste va être amené à parler directement au patient pour faire en sorte qu'il accepte d'ouvrir la bouche suffisamment pour faire un premier examen clinique.

La coopération peut dépendre de l'humeur du patient ce jour-là, de l'accompagnement, de l'horaire du rendez-vous, du type de soins prévus, de leur localisation, de s'il y a des douleurs ou non.

L'important est de ne jamais présumer de l'attitude de l'enfant, il est nécessaire de préparer la consultation, commencer par le chirurgien-dentiste de proximité. Il faut que le chirurgien-dentiste pense à bien se présenter à l'enfant mais aussi aux accompagnants (44).

Le cabinet doit être accueillant et calme.

La présentation de l'équipe soignante rentre aussi en compte : l'équipe dentaire a un rôle particulièrement important pour mettre à l'aise l'enfant. Son comportement vis-à-vis de l'enfant va influencer son anxiété (45).

Les soins d'hygiène orale sont souvent difficiles pour les enfants en situation de handicap et nécessitent généralement l'assistance d'un tiers. Une approche optimale repose sur la cohésion et la collaboration de l'équipe soignante, incluant praticiens, secrétaires et assistantes.

3.2.3 Aménagement de l'espace

L'accès physique aux structures de soins est la première étape du parcours de soins des personnes en situation de handicap.

Le transport des personnes doit être organisé, l'accès aux structures facilité et l'environnement de soin aménagé (46) : l'accès géographique doit pouvoir comporter une rampe d'accès ou un ascenseur. Les équipements des fauteuils dentaires doivent être sécurisés afin d'éviter le risque de chute. Les espaces doivent être suffisamment grands. Il est aussi important de faire attention à la constitution d'une équipe paramédicale qualifiée pour l'assistance au fauteuil et l'accompagnement.

Les cabinets dentaires doivent ainsi être conçus pour permettre les soins aux patients en fauteuil roulant, incluant des aménagements spécifiques dans le cabinet.

Même pour la première consultation, il est conseillé de simplifier l'environnement (ne proposer que l'essentiel, comme un miroir) afin d'éviter la surcharge sensorielle (47).

3.2.4 Techniques de communication et d'approche

La communication est la clé de cette relation patient-praticien. Elle permet de réduire la distorsion existante entre la réalité extérieure et son interprétation interne et permet donc à l'enfant d'avoir une attitude plus positive concernant les soins dentaires.

Les communications peuvent être (48) :

- Non verbales : mise en jeu des sens, des expressions du visage, de la posture et des gestes.
- Para verbales : possibilité de modulation de la voix, rythme et silence.
- Verbales : communication adaptée à l'âge.

La communication est associée à des techniques spécifiques qui aident l'enfant à avoir une attitude positive lors des soins comme (49) :

- Le renforcement positif : l'enfant est soutenu et encouragé.
- La distraction : le but est de focaliser l'attention de l'enfant sur des pensées positives pour l'apaiser.
- Le modelage : permet d'apprendre en observant le comportement des autres.

3.2.5 Différentes stratégies de gestion du comportement

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont des techniques spécialisées permettant de gérer l'anxiété (26,50) :

- La relaxation : consiste à amener le patient à un état d'apaisement physique qui s'oppose à la réaction physiologique engendrée par la peur. Elle permet de gérer le stress.

- Les thérapies d'exposition :

- La pré-exposition (Technique de Wolpe) : permet à l'enfant de s'approprier l'univers.
- L'exposition prolongée : permet d'affronter progressivement et de façon contrôlée les situations dentaires redoutées (comme les soins, le bruit de la fraise ou la présence du praticien), jusqu'à une diminution significative de leur anxiété par habitude.

- L'affirmation de soi : permet à l'enfant d'adopter un comportement affirmé, afin de lutter contre l'apparition du stress.

- La désensibilisation : confronte l'enfant progressivement aux éléments anxiogènes. C'est le cas de la technique *Tell-Show-Do* d'Addelston (Dire-Montrer-Faire) qui consiste à expliquer à l'enfant, lui montrer les instruments avant de réaliser l'acte. La technique est bien acceptée (51). L'enfant n'est donc pas passif, il participe et se sent impliqué. Confronter progressivement l'enfant à des situations semblables aux stimuli dentaires est utile en début de traitement.

Toutes ces techniques dépendent bien évidemment du degré de compréhension de l'enfant et de son handicap.

3.2.6 Utilisation d'outils de communication adaptés

L'intérêt est de mettre à disposition des praticiens des supports à la disposition des enfants et des familles qui permettent d'expliquer les actes de soins et de rassurer notamment pour lever la crainte de la douleur et l'appréhension sur les potentiels futurs soins dentaires.

Il arrive bien souvent que la communication écrite ne se trouve pas être la plus appropriée. Le chirurgien-dentiste peut alors venir mettre en place des images, des dessins, des pictogrammes, qui peuvent aider à communiquer. Des outils existent notamment à destination des plus jeunes enfants qui ne sont pas encore en mesure de verbaliser leurs questionnements et leurs craintes (52).

Voici deux exemples de supports visuels pouvant être utilisés lors de la première consultation (Figure 4 ci-dessous et 5 ci-après).

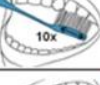
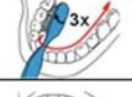
SEQUENCE BROSSAGE DES DENTS – plus de 6 ans		
1		PRENDRE LE MATERIEL
2		OUVRIR LE TUBE DE DENTIFRICE
3		METTRE LE DENTIFRICE
4		FERMER LE DENTIFRICE
5		BROSSER LE DESSUS EN BAS A DROITE
6		BROSSER LE DESSUS EN BAS A GAUCHE
7		BROSSER LE DESSUS EN HAUT A GAUCHE
8		BROSSER LE DESSUS EN HAUT A DROITE
9		BROSSER L'EXTERIEUR EN BAS
10		BROSSER L'EXTERIEUR EN HAUT
11		BROSSER L'INTERIEUR EN BAS
12		BROSSER L'INTERIEUR EN HAUT
13		CRACHER
14		RINCER LA BROSSSE A DENTS
15		RANGER LE MATERIEL
16		S'ESSUYER LA BOUCHE

Figure 4 : Séquence brossage dès 6 ans (9)

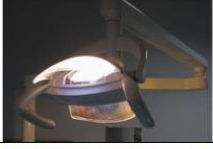
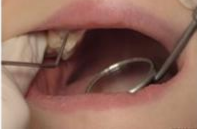
RENDEZ-VOUS CHEZ LE DENTISTE	1	JE M'ASSOIS SUR LE FAUTEUIL	
	2	J'OUVRE LA BOUCHE	
	3	LE DENTISTE ALLUME SA LUMIERE	
	4	LE DENTISTE MET LE MIROIR DANS MA BOUCHE	
	5	LE DENTISTE MET LA SONDE DANS MA BOUCHE	
	6	LE DENTISTE MET LE MIROIR ET LA SONDE DANS MA BOUCHE	

Figure 5 : Séquence rendez-vous chez le dentiste (9)

3.3 Adaptation des cabinets de ville pour répondre au mieux aux besoins spécifiques des enfants en situation de handicap

3.3.1 Adaptations réglementaires et financières pour une prise en charge inclusive

Depuis la version 64 de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) de 2020, certains codes sont spécifiquement liés aux soins chez les personnes en situation de handicap. Le site Ameli stipule que deux suppléments sont prévus pour la réalisation d'actes techniques (53) :

- YYYY183 : supplément pour la prise en charge des personnes atteintes de handicap modéré ou majeur valorisé à hauteur de 100 euros par séance avec ou sans utilisation de MEOPA (mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote).
- YYYY185 : supplément pour certains actes techniques bucco-dentaires réalisés en deux séances ou plus à hauteur de 200 euros (non cumulable avec le supplément YYYY183).

Une consultation bucco-dentaire complexe à hauteur de 46 euros (acte CXD) est également mise en place dans cette version.

Une consultation d'habitude cotée CD à 23 euros mise en place depuis 2024, pour valoriser :

- Soit une consultation blanche qui permet le temps de rencontre planifié entre le patient vivant avec un handicap et le praticien ainsi que son lieu de consultation (appropriation de l'espace, du matériel, reconnaissance des personnes).
- Soit une consultation au cours de laquelle les soins prévus n'ont pas pu être réalisés compte tenu du handicap du patient.

Un supplément de 23 euros (acte BDX) est à associer à l'examen de prévention bucco-dentaire (EBD) (BDA, BDB, BDD, BDP).

Cette prise en charge, encadrée par des critères stricts d'éligibilité, repose sur une évaluation préalable à l'aide de la grille APECS, afin d'objectiver la complexité de la situation clinique (54). Elle exclut notamment les personnes âgées sans handicap sévère ou souffrant uniquement de phobie dentaire (55).

La figure ci-dessous présente un récapitulatif des suppléments applicables à l'issue du remplissage de la grille APECS (Figure 6).

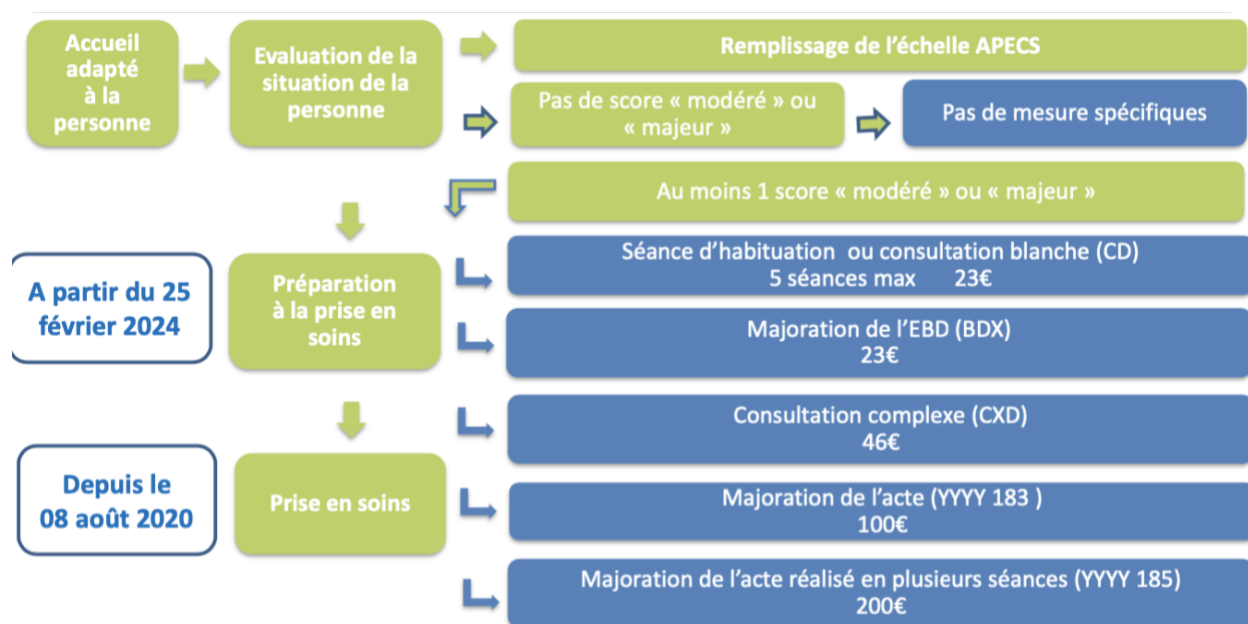


Figure 6 : Parcours de soin et valorisation des actes pour les patients en situation de handicap (56)

3.4 Importance du rôle du chirurgien-dentiste dans la gestion et l'organisation de la première consultation

3.4.1 Compétences et attitudes attendues de la part du chirurgien-dentiste

L'empathie et la bienveillance de la part du praticien sont essentielles (57). La flexibilité du praticien est aussi très importante.

Chaque enfant est différent. Certaines techniques comportementales fonctionneront sur des enfants et pas sur d'autres. Le praticien doit s'adapter et connaître un arsenal de techniques permettant d'approcher chaque enfant.

Le contrôle de la voix est important, le praticien devra s'exprimer en fonction de l'enfant qu'il a devant lui mais ne jamais élever la voix (38).

De plus il est nécessaire d'avoir une bonne qualité d'écoute, un travail rapide et adroit, une faculté de communication ainsi que de la patience.

3.4.2 Élaboration d'un protocole de consultation et de prise en charge des soins

La mise en place d'un protocole structuré pour la consultation et la réalisation des soins chez les enfants en situation de handicap constitue une démarche réaliste et essentielle pour assurer une prise en charge adaptée et efficiente.

En amont du rendez-vous, il est primordial d'entrer en contact avec la famille du patient afin de pouvoir recueillir des informations le concernant.

La prise de rendez-vous doit être effectuée en tenant compte à la fois du confort du patient et de la disponibilité optimale de l'équipe soignante :

- Choix d'un créneau favorable au rythme biologique du patient (sommeil, alimentation, traitements) (58).
- Présence d'une assistante dentaire si besoin.
- Transmission en amont de supports visuels (photographies du cabinet, de l'équipe) pour favoriser la familiarisation.

Les premiers instants de la consultation doivent viser à instaurer un climat de confiance : le praticien se présentera sans masque, ni gants, ni loupes pour saluer le patient et établir un premier contact visuel et verbal (59).

L'installation sur le fauteuil de soin ou sur le fauteuil personnel du patient se fait progressivement, en laissant un temps d'adaptation nécessaire. Au début de la consultation, le chirurgien-dentiste vient rassembler les informations complémentaires (Cf. Annexe 1) (60):

- Anamnèse : le type de handicap de l'enfant, les caractéristiques personnelles (comportement, niveau d'autonomie, troubles associés, etc.) les appréhensions éventuelles, les modes de communication préférentiels, reprendre le contexte familial, le motif de consultation, recueillir les antécédents médico-chirurgicaux, les antécédents dentaires, remplir la grille APECS. Cette démarche permet, si nécessaire, une prise de contact avec les médecins référents du patient.
- Habitudes de l'enfant : hygiène bucco-dentaire, habitudes alimentaires, habitudes générales.
- Examen exobuccal : observation de la symétrie et de la croissance faciale, des proportions des étages de la face, analyse des tissus mous péri-oraux, évaluation du RCI (présence de plaque, de lésion carieuse, de sillon anfractueux), inspection de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM).
- Examen endobuccal : examen des muqueuses, du parodonte, des dents, rapports inter et intra-arcade, évaluation du risque carieux individuel (RCI).
- Examen fonctionnel : observation des habitudes et des fonctions de ventilation, déglutition, mastication, phonation, examen des parafunctions.
- Examens complémentaires : radiographies.

- Établissement d'un premier diagnostic : Le diagnostic est établi à la fin de la première consultation, il est divisé en trois catégories : la cariology, la parodontologie et enfin l'occlusion (61).

Ce premier échange permet également d'évaluer la nécessité éventuelle d'une sédation.

Lors de la séance, la disponibilité du praticien doit être totale, le praticien ne doit pas être dérangé par le téléphone.

Une approche explicative et sensorielle est fortement recommandée avant toute manipulation (62) :

- Expliquer chaque étape du soin : expliquer l'importance du port de gants, de masque, présentation des potentiels instruments.
- Permettre au patient d'explorer par les sens les instruments utilisés notamment par le toucher, le regard, l'écoute.

L'examen clinique ainsi que les examens complémentaires nécessaires peuvent ensuite être réalisés.

Le retour au bureau permet d'établir un plan de traitement personnalisé, adapté aux besoins exprimés et aux capacités du patient.

3.4.3 Utilisation des échelles comportementales dans la gestion des soins dentaires complexes

Lors de la première consultation, le praticien peut s'appuyer sur l'échelle de Frankl (ou échelle comportementale de Frankl) qui est un outil utilisé en odontologie pédiatrique pour évaluer le comportement d'un enfant pendant une consultation ou un soin dentaire.

Elle permet de mesurer de façon subjective le niveau de coopération de l'enfant dans la séance et d'identifier si l'enfant nécessite une approche particulière. Elle permet aussi d'avoir un suivi d'une consultation à une autre (63).

Il existe 4 niveaux à l'échelle de Frankl présentés ci-dessous (Figure 7) :

Comportement définitivement négatif	Refuse le traitement avec cris et force
Comportement négatif	Peu disposé à accepter les soins
Comportement positif	Accepte le traitement avec réserve et prudence
Comportement définitivement positif	Coopération totale, patient détendu

Figure 7: Échelle d'évaluation comportementale de Frankl (63)

Elle est particulièrement utile pour adapter la prise en charge, notamment chez les enfants en situation de handicap ou avec des troubles du comportement.

Grace à cette échelle, le comportement de l'enfant est analysé, le praticien peut ensuite mesurer la progression à l'aide d'un *task analysis score* (TAS), c'est-à-dire le pourcentage de tâches dentaire réalisées durant la consultation. Le TAS prend la forme d'un formulaire ou d'une grille de notation et peut contenir jusqu'à 59 items permettant de calculer le score. Ce dernier est consigné dans le dossier du patient et permet donc de suivre les progrès du patient d'une consultation à une autre (64).

Il est aussi possible de s'appuyer sur l'échelle de Venham, aussi appelé VBRS (*Venham Behavior Rating Scale*). Il s'agit d'un score comportemental basé sur l'observation. Le chirurgien-dentiste note le comportement de l'enfant selon différents moments de la séance de 0 à 5 (0 : l'enfant a un comportement détendu, allant jusqu'à 5 : panique ou refus total). Ce score permet ainsi d'objectiver les progrès, d'adapter les soins et de comparer les interventions (65).

À l'issue de la séance, une évaluation de son déroulement est indispensable :

- Si la séance s'est bien déroulée, il est pertinent de consigner les éléments rituels ayant contribué à ce succès, afin de les reproduire lors des séances ultérieures.
- En cas de difficultés, une réévaluation du créneau horaire, du déroulé de la séance ou des modalités de sédation devra être envisagée.

La gestion de la douleur, notamment lors des soins, repose sur une approche multimodale combinant plusieurs techniques :

- Anesthésies locales efficaces.
- Sédation adaptée (accompagnement verbal, MEOPA, prémédication).
- Prise en compte de la douleur somatique et de la souffrance psychique.

Suite à la consultation, il convient de prendre contact avec la famille ou l'accompagnant pour recueillir des nouvelles, notamment en cas d'utilisation de sédation. Il est important de rester attentif à tout changement de comportement pouvant évoquer une douleur ou un inconfort postopératoire.

3.5 Les défis et obstacles rencontrés lors de la première consultation

3.5.1 Communication, comportement et collaboration : la relation praticien-patient-aidant

En effet, tous les chirurgiens-dentistes ont les clés pour permettre un bon maintien de l'état de santé de la cavité buccale. Les familles et/ou les encadrants et les enfants en situation de handicap elles-mêmes ont besoin de conseils et d'accompagnement pour réaliser les gestes d'hygiène quotidiens.

Bien sûr, certains handicaps ont des conséquences particulières, c'est pourquoi il sera intéressant d'avoir une consultation spécialisée afin d'apprécier le « risque particulier ».

Le chirurgien-dentiste pourra donner des consignes spécifiques qui se rajouteront aux thérapeutiques classiques.

Pour bien accompagner ces familles, nous devons travailler en collaboration avec les professionnels de santé qui vont intervenir autour de la personne en situation de handicap. L'hygiène orale n'est pas accessoire et doit être intégrée dès le plus jeune âge (3).

3.5.2 L'enfant face à ses peurs

Face à une situation inconnue, deux raisons conduisent à la naissance d'un sentiment d'anxiété (66):

- L'enfant ne sachant pas ce qui va arriver, ne peut pas s'y préparer de façon appropriée. Cette absence de repères crée une situation anxiogène limitant ses capacités d'adaptation et peut donc entraîner une inhibition de l'action.

- Plongé dans l'inconnu, l'enfant est obligé d'élaborer plusieurs stratégies d'adaptation simultanées, ce qui génère de la confusion et donc de l'anxiété.

L'étude de Carrillo-Díaz *et al.* (2021) montre que l'exposition précoce et la familiarisation via des visites régulières (avant 2 ans et périodiques) diminuent significativement l'anxiété, soulignant l'effet délétère de l'inconnu non anticipé (40).

Le caractère incertain confère donc à l'enfant une peur de l'inconnu et de la douleur. Celle-ci suscite de l'appréhension et de la crainte à l'égard du chirurgien-dentiste qui apparaît comme l'un des praticiens les plus « terrorisants » de la médecine pour les enfants (43).

L'enfant adopte souvent un comportement d'opposition face aux actes proposés, ne comprenant pas le bienfait de ces derniers. Le caractère intrusif du brossage n'est pas forcément compris et souvent assimilé comme quelque chose de négatif.

3.5.3 Les stimuli sensoriels au cabinet dentaire

L'entrée dans le cabinet dentaire pour la première fois peut être une source d'inquiétude, de nombreux stimuli vont entrer en jeu dès l'arrivée de l'enfant. Ceci est d'autant plus aigu chez les enfants souffrant de troubles du spectre autistique (41).

Tous les sens de l'enfant vont être en éveil dès son entrée dans le cabinet, d'où l'importance d'un environnement adapté à l'enfant (67) :

- La vue : les couleurs neutres, claires, lumineuses et adaptées à l'enfant sont recommandées. La lumière naturelle est appréciée, ainsi que des décors et photos.

- L'ouïe : les bruits de rotatifs et ultrasons peuvent être vecteurs d'anxiété, d'où l'importance de bien insonoriser le cabinet et d'utiliser un fond musical pour couvrir ces bruits anxiogènes. L'enfant va prêter attention à tout ce qui se passe autour de lui.

- L'odorat : les odeurs désagréables dès l'entrée dans le cabinet ou dans la salle de soin vont avoir un effet négatif sur l'enfant. Il est possible d'utiliser des huiles essentielles afin de diffuser une odeur agréable.

3.5.4 Réticence de la part des parents

Confier son enfant, de plus en situation de handicap peut être un acte difficile pour certains parents. C'est un acte de confiance et ils doivent aussi faire face à leur propre appréhension face au monde dentaire.

Il faut garder en tête que certains parents ne sont pas capables de supporter la détresse de leur enfant et la vue des soins. Le praticien doit être en mesure de faire la différence et juger si leur présence est bénéfique ou non (13).

3.5.5 Orientation vers d'autres structures

Il faut savoir orienter ponctuellement les personnes en situation de handicap lorsque la situation se révèle plus complexe. Le schéma ci-dessous (Figure 8) illustre le parcours de soins d'un patient à besoins spécifiques en odontologie, en fonction de son niveau de coopération et des ressources disponibles, afin d'orienter vers la prise en charge la plus adaptée, allant du chirurgien-dentiste de ville jusqu'à la structure de soins spécifiques ou l'anesthésie générale.

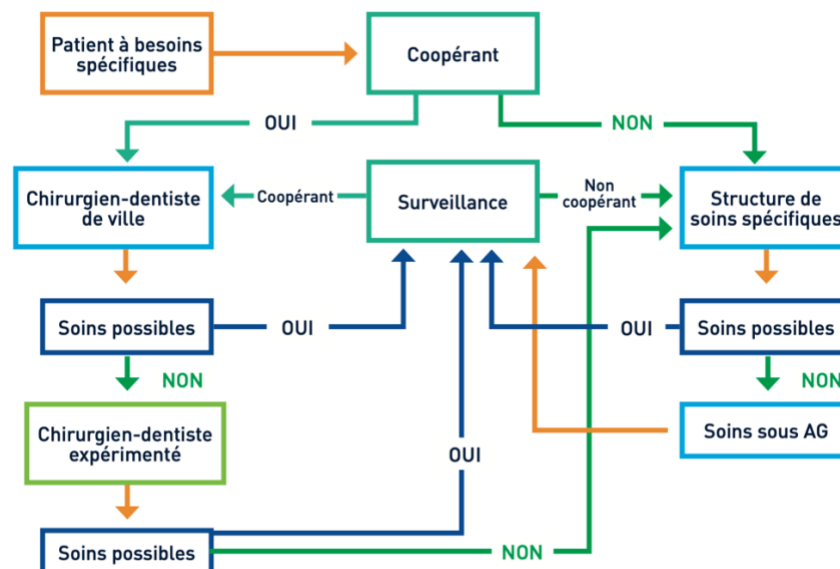


Figure 8 : Orientation du patient selon l'UFSBD (9)

Certaines structures spécialisées accueillent les patients en situation de handicap et proposent des soins sous MEOPA ou anesthésie générale. L'orientation vers ces centres peut toutefois s'avérer complexe pour les accompagnants et la famille. Il est important de se rappeler que de nombreux soins peuvent être effectués en cabinet, et que diriger systématiquement le patient vers une autre structure peut retarder la prise en charge, surtout en cas d'urgence.

Après une première consultation en cabinet de ville, la personne en situation de handicap doit pouvoir être dirigée vers une structure intermédiaire disposant d'un plateau technique adapté et d'un personnel formé, assurant ainsi la continuité des soins complexes. Idéalement, le recours aux établissements hospitaliers reste réservé aux cas les plus lourds ou spécialisés (68).

3.6 Les bénéfices d'une prise en charge précoce et personnalisée

3.6.1 Impacts court, moyen et long terme

L'idée de cette prise en charge précoce à court terme vise à instaurer une prévention primaire efficace, en identifiant et corrigeant rapidement les comportements à risque avant l'apparition de caries ou de douleurs.

En effet, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) recommande d'effectuer la première consultation dentaire dans les six mois suivant l'éruption de la première dent, et au plus tard avant l'âge d'un an (69).

De plus, La nouvelle convention dentaire 2023-2028 (via l'avenant 1) a élargi le dispositif « Génération sans carie » aux enfants dès 1 an à partir de 2025. Cela suggère que les autorités prévoient une prise en charge et un suivi précoce dès cet âge (70).

Elle permet également de familiariser l'enfant avec le cabinet dentaire et l'équipe soignante, tout en instaurant dès le départ des habitudes d'hygiène bucco-dentaire adaptées à son âge et à ses capacités.

À moyen terme, cette approche favorise une meilleure coopération et diminue l'anxiété lors des consultations, rendant les rendez-vous plus sereins (40). L'enfant acquiert des habitudes préventives durables, comme un brossage régulier et adapté ainsi qu'une alimentation moins cariogène. Cela conduit aussi à une diminution notable de la fréquence et de la gravité des urgences dentaires (71).

À long terme, le maintien d'une dentition fonctionnelle est favorisé, ce qui améliore le confort lors de l'alimentation, la clarté de la parole et l'esthétique du sourire. Cette continuité de soins contribue à une qualité de vie améliorée et à une intégration harmonieuse dans un parcours de soins global, en coordination avec d'autres professionnels de santé (72,73).

3.6.2 Conséquences sur les pathologies bucco-dentaires

Un suivi régulier et personnalisé permet de détecter et traiter les caries avant qu'elles ne provoquent des complications douloureuses ou nécessitent des soins lourds. La prise en charge contribue également à prévenir ou corriger les malocclusions et anomalies d'éruption, limitant ainsi les conséquences fonctionnelles et esthétiques à long terme (74).

En outre, cette approche réduit considérablement les risques d'infections locales, susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé générale de l'enfant. Elle permet de préserver les dents temporaires et permanentes, tout en limitant les atteintes gingivales et parodontales qui pourraient compromettre la santé bucco-dentaire future (75).

3.6.3 Mieux envisager les futurs soins

La mise en place d'une prise en charge individualisée dès le plus jeune âge favorise l'instauration d'une relation de confiance durable entre l'enfant, sa famille et le dentiste. Cette confiance facilite l'acceptation de soins plus complexes dans le futur, en réduisant la peur et en améliorant la coopération.

Pendant la consultation, le praticien sera attentif à la façon dont réagissent ses interlocuteurs afin de s'assurer qu'ils ont bien compris. Le patient s'exprimera de manière positive ou négative (rétroaction ou *feedback*) (23).

L'adaptation progressive aux protocoles, aux instruments et aux actes dentaires permet également de limiter le recours à l'anesthésie générale, souvent nécessaire en cas de refus ou d'anxiété importante. Enfin, cette approche implique activement la famille ou les aidants dans le suivi à long terme, garantissant ainsi la continuité et la qualité des soins (76,77).

Le programme M'T dents, instauré par l'Assurance Maladie, favorise une prévention bucco-dentaire précoce et sans avance de frais dès le plus jeune âge. En proposant des bilans réguliers, il permet de détecter précocement les pathologies, d'habituer l'enfant à l'environnement dentaire et ainsi de réduire l'anxiété liée aux soins futurs. Son extension aux enfants dès un an renforcerait l'importance d'un suivi continu et d'une prise en charge adaptée (78).

4. L'INTÉGRATION DES SÉANCES D'HABITUATION DANS LES CABINETS DE VILLE LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION

4.1 Les séances d'habitation : une approche préventive et pédagogique

4.1.1 Définition et objectifs

La séance d'habitation correspond à une consultation au cours de laquelle les soins initialement prévus n'ont pas pu être effectués en raison du handicap du patient, ou elle sert à familiariser des patients en situation de handicap sévère avec le cabinet dentaire, le matériel, ou l'équipe soignante, en amont du véritable rendez-vous de soins. Elle est également appelée "consultation blanche" (55).

Le but est d'habituer progressivement grâce à la répétition et l'expérience positive qui y est associée. Cela nécessite du temps et ne peut pas être mis en place dans le cadre de l'urgence.

4.1.2 Méthodologie

Cette séance d'habitation comporte plusieurs étapes (79,80):

- Définir le profil de la personne : choix et outils adéquats en fonction du niveau de communication, du profil sensoriel, des renforçateurs. Un renforçateur correspond à tout stimulus ou événement qui augmente la probabilité qu'un comportement souhaité se reproduise. Le praticien peut s'en servir lors de séances d'habitation immédiatement après une action positive pour encourager et maintenir la coopération de l'enfant en situation de handicap. Le choix du renforçateur doit être individualisé selon les préférences sensorielles, le niveau de communication, et les capacités de l'enfant. Ainsi il peut être : tangible (par exemple un jouet, un autocollant), alimentaire, sensoriel (par exemple un objet à texture, un bruit agréable), social (par exemple des félicitations verbales, des applaudissements) ou il peut s'agir d'activités (par exemple une pause jeu après la tâche) (81).
- Entretien avec la famille : état des lieux des examens déjà réalisés et de leur tolérance.
- Faire le lien avec le professionnel qui accueillera en consultation.
- Prioriser les objectifs : une seule action est travaillée à la fois.

- Établir une grille d'habituatation progressive : décrire étape par étape tout ce qui va être demandé à l'enfant durant la consultation.
- Travailler une étape à la fois : répéter autant de fois que nécessaire jusqu'à ce que le patient accepte sa réalisation.
- Lorsque les étapes sont acceptées isolément, travailler leur enchainement.
- Utiliser le renforçateur à chaque fois que l'on a obtenu un changement de routine.
- Lorsque l'étape est très bien tolérée et intégrée par l'enfant, le praticien réduit ou remplace le renforçateur (passage du tangible au social par exemple).

Voici ci-après (Cf. Tableau 1) un exemple de grille d'habituatation progressive personnalisée d'une petite fille de 6 ans polyhandicapée (moteur et mental), qui communique de manière non verbale et qui est hyper réactive au toucher facial, au bruit et aux changements posturaux.

Tableau 1 : Désensibilisation structurée au soin dentaire : étape, objectifs et renforceurs (80)

Étapes	Comportement visé	Objectif	Renforceur immédiat	Tolérance atteinte quand :
1	Entrer dans la salle avec la famille, contact avec le praticien	Habitude au lieu	Jouet lumineux préféré	Pas de cris ou de tensions musculaires excessives
2	S'approcher du fauteuil dentaire	Familiarisation	Chanson douce	L'enfant regarde, touche ou s'approche volontairement
3	Accepter d'être positionné face au fauteuil	Préparation à l'installation	Pression profonde (épaule)	Accepte 30 secondes sans cris
4	S'allonger partiellement (ou s'incliner)	Posture de soin	Pause de stimulation tactile	Aucune crispation excessive
5	Tolérer la lumière de l'unité dentaire	Sensoriel visuel	Jouet sonore clignotant	Ne détourne pas violemment le regard
6	Accepter l'approche du miroir dentaire	Contact visuel avec outil	Musique préférée diffusée doucement	Tolère que le miroir soit proche de la bouche
7	Ouvrir la bouche à la demande	Participation active	Massage de la main	Laisse le miroir à 5 cm de la bouche
8	Laisser effleurer les lèvres avec un gant	Contact oral léger	Voix douce + félicitations	Pas de retrait brusque
9	Accepter l'ouverture passive de la bouche	Simulation d'un soin	Chanson favorite	Tolère sans pleurs
10	Accepter le brossage rapide (10 secondes)	Simulation de soin	Pause de 2 min avec activité libre	L'enfant reste calme pendant le brossage stimulé
11	Accepter l'aspiration buccale	Étape proche du soin réel	Câlin ou appui corporel fort	Tolère le bruit et le contact

4.2 Défis pour les cabinets de ville d'intégrer ces séances

4.2.1 Manque de temps et de ressources

La mise en place des séances d'habituatation étant encore assez récente, nous n'avons pas encore assez de recul pour en évoquer les bénéfices ainsi que les contraintes. Cependant, nous pouvons nous appuyer sur certains travaux mettant en avant les obstacles que peuvent rencontrer les praticiens en termes de temps et de ressources.

Dans les travaux datant de 2023 de Heckman *et al.*, les praticiens ont mis en évidence des obstacles majeurs à l'intégration de la TCC pour la peur dentaire en cabinet : manque d'espace dédié, contraintes de temps, et coût d'opportunité (temps en fauteuil non facturable) (82).

Les répondant observent également que la disponibilité limitée de personnel, les contraintes financières et temporelles, ainsi que le manque d'incitations pour la prévention, freinent fortement la mise en œuvre de séances d'habituatation ou d'éducation comportementale en cabinets dentaires de ville (83).

Il est important de dégager du temps lors de la consultation afin de remplir par exemple la grille APECS.

4.2.2 Engagement des parents / des accompagnants

L'implication active des parents ou accompagnants est un levier majeur de réussite des séances d'habituatation dentaire chez les enfants en situation de handicap. Leur rôle ne se limite pas à une simple présence : ils participent à la préparation, à la régulation émotionnelle de l'enfant, à la communication entre l'enfant et l'équipe soignante, et à la continuité des apprentissages en dehors du cabinet (84).

La mise en place de protocoles est une étape qui facilite la prise en charge car elle donne une ligne de conduite adaptée

Ainsi une bonne alliance thérapeutique entre praticiens et parents améliore l'adhésion au soin, réduit les comportements problématiques et favorise la réussite des soins bucco-dentaires sur le long terme (85).

.

5. RECOMMANDATIONS POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

5.1 Renforcer les compétences et la sensibilisation des chirurgiens-dentistes

Selon les recommandations issues de la littérature scientifique et des instances de santé publique (HAS, OMS, UFSBD), l'amélioration de la santé orale des enfants en situation de handicap est liée à deux axes de réflexion : l'offre de soins qui doit permettre d'apporter une réponse appropriée aux besoins objectifs de ces personnes et aussi la demande de soins qui doit être favorisée grâce à des actions de promotion et d'éducation à la santé auprès de toutes les personnes (86).

Les propositions formulées par ces organismes portent sur 3 aspects : la sensibilisation des personnes en situation de handicap, des familles, des aidants, l'accès aux soins et la formation des professionnels et la recherche.

5.1.1 Développer des programmes de prévention et d'éducation à la santé orale

Aujourd'hui, plusieurs programmes de sensibilisation jouent un rôle crucial dans l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants en situation de handicap, en répondant aux besoins spécifiques de ce public souvent éloigné des soins.

Le réseau Handident, présent dans plusieurs régions françaises, propose des actions de dépistage, de prévention et d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux, en lien avec des chirurgiens-dentistes formés, afin de faciliter l'accès aux soins (87).

De son côté, l'UFSBD mène des campagnes comme «Tout Sourire!», qui incluent des supports pédagogiques adaptés (des brosses à dents géantes, des vidéos, des jeux) et la formation des aidants pour instaurer des routines d'hygiène orale (9).

Le programme autisme et santé orale (PASO) de l'association santé orale, handicap dépendance et vulnérabilité (SOHDEV) cible plus spécifiquement les enfants présentant des troubles du spectre autistique, en proposant des outils de familiarisation avec l'environnement dentaire et des approches visuelles facilitant la coopération (12).

Ces initiatives permettent non seulement de prévenir les pathologies bucco-dentaires précocement, mais aussi de réduire l'anxiété liée aux soins, d'améliorer la qualité de vie des enfants concernés et de sensibiliser durablement les professionnels et les familles à l'importance d'un suivi régulier.

5.1.2 Le réseau Handident : un modèle de coordination et de formation pour des soins inclusifs

Fondé en 2005 en région Provence Alpes Cotes d'Azur puis lancé en 2015 en Normandie, l'association Handident vise à améliorer la santé orale des personnes à besoins spécifiques. Elle comprend :

- La formation des référents hygiène bucco-dentaire (RHBD).
- La mise à disposition pérenne de fauteuils dentaires pour réaliser des dépistages, directement dans les structures médico-sociales.
- L'orientation vers des soins adaptés selon les besoins spécifiques des patients.

Ainsi, le réseau Handident améliore l'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap, en réponse aux nombreuses inégalités constatées : inaccessibilité des cabinets, manque de formation des professionnels, et complexité de la prise en charge. Implanté dans plusieurs régions françaises (PACA, Hauts-de-France, Alsace), il coordonne les soins via des cabinets « ressources », des unités mobiles et des partenariats avec les établissements médico-sociaux. L'accent est mis sur la prévention, la formation continue des soignants, l'éducation à la santé orale, et l'orientation vers des soins adaptés, parfois sous MEOPA ou en anesthésie générale (87).

Les résultats sont encourageants : meilleure acceptabilité des soins, diminution des soins en urgence et des extractions évitables. Toutefois, le déploiement national reste limité par le manque de moyens et l'insuffisante reconnaissance institutionnelle. Une formation universitaire plus poussée sur le handicap et un soutien financier permettraient de renforcer durablement l'impact du réseau (88,89).

6. CONCLUSION

L'accès aux soins dentaires pour les enfants en situation de handicap demeure un enjeu majeur de santé publique, révélateur des inégalités persistantes en matière d'accès aux soins. À travers ce travail, nous avons pu mettre en évidence l'importance primordiale de la première consultation et des séances d'habituations qui sont des moments cruciaux conditionnant la relation thérapeutique, la coopération future du jeune patient et la réussite du suivi à long terme.

La prise en charge de ces enfants ne relève pas uniquement d'une technicité médicale, mais d'une approche globale intégrant la prévention, la communication adaptée, l'éducation à la santé et la collaboration entre le praticien, la famille et les structures médico-sociales. Le rôle du chirurgien-dentiste apparaît alors central : il doit être à la fois clinicien, pédagogue et coordinateur, capable d'adapter son environnement et sa posture à chaque enfant.

Les initiatives telles que les réseaux Handident démontrent que des solutions concrètes existent, à condition qu'elles soient soutenues par une politique de formation continue, de sensibilisation et d'aménagement des cabinets de ville.

Ainsi, il apparaît essentiel de promouvoir une dentisterie inclusive, fondée sur la bientraitance, l'écoute et l'adaptation. En développant des protocoles personnalisés dès la première consultation et en formant les praticiens à la diversité des handicaps, nous posons les bases d'une odontologie inclusive. Offrir à chaque enfant la possibilité de sourire, de s'exprimer et de grandir en bonne santé orale, c'est contribuer pleinement à son bien-être et à son intégration dans la société.

Références bibliographiques

1. Article R4127-211 - code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
2. Bailly J, Denis F, Paredes F, Moussa Badran S. Besoin en soin dentaire chez les personnes en situation de handicap. *Inf Dent*. 2020;6(24):24-9.
3. Minihan P, Morgan J, Park A, Yantsides K, Nobles C, Finkelman M, et al. At-home oral care for adults with developmental disabilities: A survey of caregivers. *J Am Dent Assoc*. 2014;145(10):1018-25.
4. Alamri H. Oral Care for Children with Special Healthcare Needs in Dentistry: A Literature Review. *J Clin Med*. 2022;11(19):55-7.
5. OMS. définition de la santé bucco-dentaire par l'OMS [Internet]. [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: www.who.int
6. Carite M. Hygiène bucco-dentaire, apprenez leur dès le plus jeune âge [Thèse d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire]. Paris; 1998.
7. XXème Colloque National de Santé Publique « Fluor et prévention dentaire : Rétablissons les faits ! ». 4 oct 2019 [cité 2 févr 2025]; Disponible sur: www.ufsbd.fr
8. Ma bouche ma santé - UFSBD [Internet]. [cité 3 avr 2025]. Disponible sur: www.mabouchemasante.fr
9. UFSBD. UFSBD tous mobilisés pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap [Internet]. 2020 [cité 12 janv 2025]. Disponible sur: www.ufsbd.fr
10. Lovegrove J. Dental plaque revisited: bacteria associated with periodontal disease. *J N Z Soc Periodontol*. 2004;87(3):7-21.
11. Stöhr J, Barbaresco J, Neuenschwander M, Schlesinger S. Bidirectional association between periodontal disease and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. 11. 2021;1:13-68.
12. Santé Orale, Handicap Dépendance et Vulnérabilité [Internet]. 2017 [cité 21 mars 2025]. Disponible sur: www.sohdev.org
13. Belorgey JM. Accès aux soins pour les personnes en situation de handicap ; rapport de la commission d'audition publique [Internet]. 2009 [cité 7 avr 2025]. Disponible sur: www.has-sante.fr
14. Wood P. The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH): perspectives and developments. *Disability and Rehabilitation*; 1980.
15. Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés. *Rev Santé Publique*. 2017;29(5):677-84.

16. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Organisation Mondiale de la Santé (2001) Classification internationale du handicap. 2001;
17. Faulks D, Norderyd J, Molina G, Phadraig C, Scagnet G, Eschevins C, et al. Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to describe children referred to special care or paediatric dental services. 8. 2013;4:618-93.
18. Légifrance. Article L1110-1-1 - Code de la santé publique [Internet]. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées 2005 [Internet]. Légifrance; [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
19. Faulks D, Hennequin M. Defining the population requiring special care dentistry using the International Classification of Functioning, Disability and Health: a personal view. J Disabil OralHealth. 2006;7:143-52.
20. Alvarez-Arenal A, García-Montes J, López-Jorne P. Oral health evaluation in special needs individuals. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2016;14(4):501-7.
21. Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a dental health programme by carers of persons with special needs. Special Care Dental. 2000;199-208.
22. Desnot L, Monelle B, Ritz P, Thomas C. Les répercussions bucco-dentaires des patients atteints de troubles du comportement alimentaire : mise au point et solutions préventives. 2025;39(2):72-80.
23. Berthet A, Droz D, Maniere AC, Naulin-Ifi C, Tardieu C. Le traitement de la douleur et l'anxiété chez l'enfant. Quintessence Int. 2006;2(1):10-5.
24. Bedi R, Stutcliffe P, Donnan P, McConnachie J. The prevalence of dental anxiety in a group of 13- and 14-year-old Scottish children. Int J Paediatr Dent. 1990;2(1):17-24.
25. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clin Cosmet Investig Dent. 2016;8(1):35-50.
26. Nancy J. Abord de l'enfant en odontologie. Med Buccale. 2017;10(3):1-14.
27. Armfield J, Stewart J, Spencer A. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. BMC Oral Health. 2007;7(1):31-68.
28. Légifrance. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles [Internet]. Légifrance; [cité 26 mars 2025]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
29. De March P. Enseignement universitaire et prise en charge des personnes en situation de handicap. Inf Dent. 2024;30(30):4-6.

30. Légifrance. Article 59 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Légifrance; 2009 [cité 23 mars 2025]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
31. Union Dentaire. Qu'est-ce que le dpc ? [Internet]. 2021 [cité 30 mars 2025]. Disponible sur: www.union-dentaire.com
32. Magnier E, Hescot P, Moutarde A. Rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire » [Internet]. 2010 [cité 13 avr 2025]. Disponible sur: www.ordre-chirurgien-dentiste.fr
33. Légifrance. Article L6321-1 - Code de la santé publique [Internet]. Légifrance; [cité 1 mai 2025]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
34. Enfant différent. Les réseaux de santé bucco-dentaire [Internet]. 2023 [cité 6 mars 2025]. Disponible sur: www.enfant-different.org
35. Abira I. La formation du chirurgien-dentiste dans la prise en charge de l'enfant atteint de handicap mental [Thèse d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire]. Université Paris cité; 2023.
36. Gonzales L, Nauze-Fichet E. Le non-recours aux prestations sociales Mise en perspective et données disponibles. Doss DREES. 2020;(57):63-72.
37. Croze J, Leys M, Feugueur G, Blanchard J, Azoulay T. Difficultés de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Sante Publique (Bucur). 2018;30(6):821-7.
38. Marwah N. Textbook of Pediatric Dentistry. 3rd Revis Ed. 2014;New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
39. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 [cité 27 mars 2025]. Disponible sur: www.has-sante.fr
40. Carrillo-Diaz M, Miguelanez-Medran B, Nieto-Moraleda C, Romero-Maroto M, Gonzalez-Olmo M. How Can We Reduce Dental Fear in Children? The Importance of the First Dental Visit. 8. 2021;12:11-67.
41. Foray H, Dajean-Trutaud S. L'enfant un patient comme les autres ? Inf Dent. 2017;22:26-36.
42. Seligman L, Hovey J, Chacon K, Ollendick T. Dental anxiety: An understudied problem in youth. Clin Psychol Rev. 2017;55(2):25-40.
43. Bourassa M. Dentisterie comportementale, manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire. édition du méridien; 1998.
44. Mehrabbkhani M, Khanmohammdi R, Nematollahi H, Rajabi N, Gheidari A. Influence of temperament on children's cooperation during dental treatment. 21. 2024;45:23-56.

45. Zhou Y, Cameron E, Forbes G, Humphris G. Systematic review of the effect of dental staff behaviour on child dental patient anxiety and behaviour. *Patient Educ Couns*. 2011;85(1):4-13.
46. Rashid-Kandvani F, Nicolau B, Bedos C. Access to Dental Services for People Using a Wheelchair. 11. 2015;105:2312-7.
47. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 1. Access. 204. 2008;11:605-16.
48. Ridho M, Fauzan M. A narrative review on the effectiveness of therapeutic communication in reducing anxiety in children during dental treatment procedures. *Int J Health*. 2023;11(2):1-6.
49. Dajeau-Trutaud S, Fraysse C, Guihard J. Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire. *Encycl Médoco-Chir Elsevier Paris Odontol*. 1998;4(1):1-4.
50. Delfosse C, Borowski M, Marquillier T, Trentesaux T. Les thérapies cognitivo-comportementales au service de l'enfant anxieux au cabinet dentaire. *Rev Francoph Odontol Pédiatr*. 2014;9(3):135-42.
51. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N. Parental acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. 15. 2014;5:47-51.
52. Naidoo M, Singh S. A Dental Communication Board as an Oral Care Tool for Children with Autism Spectrum Disorder. 50. 2020;11:3831-43.
53. Assurance Maladie. Patients vivant avec un handicap – Chirurgiens-dentistes - Ameli [Internet]. 2021 [cité 13 mai 2025]. Disponible sur: www.ameli.fr
54. Reynolds K, Chandio N, Chimoriya R, Arora A. The Effectiveness of Sensory Adaptive Dental Environments to Reduce Corresponding Negative Behaviours and Psychophysiology Responses in Children and Young People with Intellectual and Developmental Disabilities: A Protocol of a Systematic Review and Meta-Analysis. 23. 2022;1:1-11.
55. Convention nationale des chirurgiens-dentistes 2023–2028 [Internet]. 2024 [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: www.ameli.fr
56. Santé orale et soins spécifiques : Mieux comprendre les tarifications pour la prise en soins des personnes à besoins spécifiques [Internet]. 2024 [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: www.tete-cou.fr
57. Nancy J. Examen clinique et radiologique en odontologie pédiatrique. *EMC Med Buccale*. 2014;11(1):1-13.
58. Karimi M. What Time of Day is the Best Time to Perform Children's Dental Work? *Biomed J Sci Tech Res*. 2018;5(4):12-5.

59. Chohayeb K, Yadlapati M, Houry D. Parental and individual determinants of dental trust in children: a path analysis of a conceptual model. *BMC Oral Health*. 2024;25(5):127.
60. Caulier E. Déroulement de la première consultation en odontologie pédiatrique et réalisation d'une fiche de sémiologie [Thèse d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire]. Lille; 2021.
61. Dean J. *Dentistry for the Child and Adolescent*. Mosby. 2015;3(1).
62. Myhren L, Pawlowski A, Schwob A, Bull V. Development and evaluation of an individualised dental habituation programme for children with autism spectrum disorder living in Rogaland, Norway. 23. 2023;456.
63. Frankl S. Behavior rating scale for assessing the behavior of child dental patients. *J Dent Child*. 1962;29(3):432-6.
64. Chanin M, Etcheverry N, Levi-Minz M, Chung J, Padilla O, Ocanto R. Parent Perception of Child's Behavior during the Initial Dental Visit among Children with Autism Spectrum Disorder: A Cross Sectional Study. 20. 2023;3:24-54.
65. Vanhée T, Dadoun F, Vanden Abeele A, Bottenberg P, Jacquet W, Loeb I. A Parental Behavior Scale in Pediatric Dentistry: The Development of an Observational Scale. 10. 2023;2:249-57.
66. Lingli W, Xiaoli G. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. 11. 2018;1:10-8.
67. Panda A, Garg I, Shah M. Children's preferences concerning ambiance of dental waiting rooms. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2015;16(1):27-33.
68. Elston J, Gradinger F, Asthana S, Fox M, Dawson L, Butler D, et al. Impact of 'Enhanced' Intermediate Care Integrating Acute, Primary and Community Care and the Voluntary Sector in Torbay and South Devon, UK. *Int J Integr Care*. 2022;22(1):12.
69. UFSBD. Première consultation chez le dentiste chez le jeune enfant [Internet]. 2025 [cité 22 févr 2025]. Disponible sur: www.ufsbd.fr
70. AMELI - Signature de l'avenant 1 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: www.assurance-maladie.ameli.fr
71. Van Meijeren-van Lunteren A, Voortman T, Wolvius E, Kragt L. Adherence to dietary guidelines and dental caries among children: a longitudinal cohort study. *Eur J Public Health*. 2023;33(4):653-8.
72. Policy on the dental home for children with special health care needs. *Am Acad Pediatr Dent*. 2023;45(6):12-5.

73. Abdelrahman L, Gao W, Procter A, Wong R, Hilton A, Howarth M. Oral health services for vulnerable populations: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(3):2-4.
74. Savage M, Lee J, Kotch J, Vann W. Early preventive dental visits: effects on subsequent utilization and costs. *J Am Dent Assoc.* 2004;114(4):418-23.
75. Schroth R, Harrison R, Moffatt M. Oral health of Indigenous children and the influence of early childhood caries on child health. *Paediatr Child Health.* 2009;56(6):1481-99.
76. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap [Internet]. 2017 [cité 6 mai 2025]. Disponible sur: www.ordre-chirurgien-dentiste.fr
77. Haute Autorité de Santé. Prise en charge bucco-dentaire précoce et adaptée des enfants en situation de handicap [Internet]. 2013 [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: www.sante.gouv.fr
78. Caisse Nationale Assurance Maladie. Programme M'T dents : la prévention bucco-dentaire pour les enfants et les jeunes [Internet]. 2023 [cité 13 avr 2025]. Disponible sur: www.service-public.fr
79. Kaintura A, Ramar K, Sankar ganapathy. Sympathetic Response of Children With Autism Spectrum Disorder During Dental Treatment Performed in a Sensory-Adapted Dental Environment. 16. 2024;8:65-85.
80. Sagit N, Yochman A, Blumer S, Kharouba J, Peretz B. Children's Responses to Sensory Stimuli and their Behavior in the Dental Office. *J Clin Pediatr Dent.* 2017;41(1):10-7.
81. Pastore I, Bedin E, Marzari G, Bassi F, Gallo C, Mucignat-Caretta C. Behavioral guidance for improving dental care in autistic spectrum disorders. *Front Psychiatry.* 2023;14(2):52-65.
82. Heckman B, Freeman R, Heyman R, Daly K, Slep A, Wolff M. Barriers to implementing cognitive behavioral therapy for dental fear in general dental practice: space, time, and opportunity cost. *J Public Health Dent.* 2023;20(5):17-23.
83. Rutter L, Raginie D, Owen J, Haley I, Hearnshaw S. Experiences of newly qualified dentists in delivering oral health advice to parents/caregivers of young children—challenges and solutions. *Front Oral Health.* 2023;4(2):10-2.
84. Faulks D, Hennequin M, Alami S. Préparation aux soins bucco-dentaires chez les personnes en situation de handicap. 16. 2011;4:195-201.
85. Nelson T, Sheller B, Friedman C, Bernier R. Educational and therapeutic behavioral approaches to providing dental care for patients with Autism Spectrum Disorder. 82. 2015;3:105-13.

86. Alwadi M, Al Jameel A, Baker S, Owens J. Access to oral health care services for children with disabilities: a mixed-methods systematic review. 24. 2024;19:10-5.
87. CROCD. Conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Midi-Pyrénées. Étude Handident : améliorer la santé bucco-dentaire des personnes à besoins spécifiques [Internet]. 2016 [cité 17 juin 2025]. Disponible sur: www.ordre-chirurgical-dentiste.fr
88. Fondation Saint François. Rapport d'activité Handident Alsace [Internet]. 2017 [cité 31 mars 2025]. Disponible sur: www.fondation-saint-francois.com
89. Ministère des Solidarités et de la Santé. Santé bucco-dentaire des personnes handicapées [Internet]. [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: www.sante.gouv.fr

Table des figures

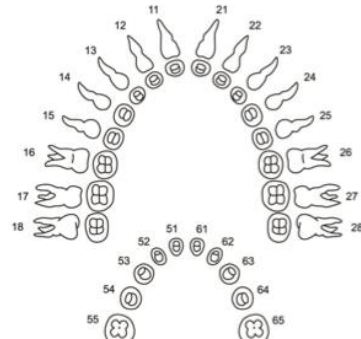
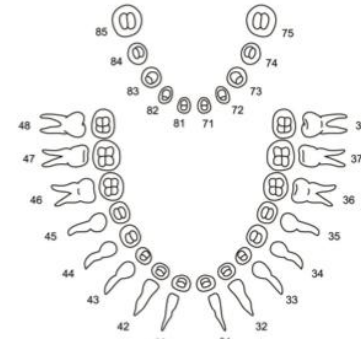
Figure 1 : Recommandations UFSBD concernant le brossage et le fluor chez les enfants (2019) (7)	17
Figure 2 : Impact de la santé bucco-dentaire sur la santé générale (9)	18
Figure 3 : Le handicap selon la CIF (16)	20
Figure 4 : Séquence brossage dès 6 ans (9)	35
Figure 5 : Séquence rendez-vous chez le dentiste (9).....	36
Figure 6 : Parcours de soin et valorisation des actes pour les patients en situation de handicap (56)	38
Figure 7: Échelle d'évaluation comportementale de Frankl (63)	42
Figure 8 : Orientation du patient selon l'UFSBD (9)	46

Table des Tableaux

Tableau 1 : Désensibilisation structurée au soin dentaire : étape, objectifs et renforceurs (80).....	52
--	----

Tableau des Annexes

Annexe 1 :

Sémiologie Odontologie pédiatrique	
Étiquette du patient	
	
Situation familiale : Age, classe : _____ Fratrie : _____	
Motif de Consultation : _____	
ATCD Médicaux : _____	
Prise médicamenteuse : _____	
Allergies : _____	
ATCD Chirurgicaux : _____	
ATCD Dentaires : _____	
HBD : Brosse à dent : _____ Dentifrice : _____	
Accompagnement : _____ Fréquence : _____	
Hygiène Alimentaire : Nombre de repas/J _____	
Boissons : _____ Grignotage : _____	

Examen Exobuccal :

Morphologie générale/faciale : _____

Téguments : _____

Palpation des chaînes ganglionnaires : _____

ATM : _____

Examen fonctionnel : _____

Examen Endobuccal :

Muqueuses : _____

Parodonte : _____

Gencive : _____

Indice de plaque : _____

Présence de tartre : _____

Dents : _____

Test complémentaires : _____

Occlusion : _____

Examens complémentaires :

RA

RC

Panoramique dentaire

Diagnostic : _____

Plan de Traitement : _____

Prescriptions : _____

Pronostic : _____

Suite des soins : ☐ Vigile

☐ MEOPA

☐ AG

Numéro de binôme :

Enseignant :

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2026

ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES POUR LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP EN
CABINET DE VILLE : L'IMPORTANCE DE LA PREMIÈRE CONSULTATION

Maxine Rançon. - p.69 : ill. 10 ; réf. 89

**Domaines : Odontologie pédiatrique, Prise en charge des enfants à besoins spécifiques,
Prévention**

Mots clés Libres : première consultation, séance d'habituat

Résumé de la thèse en français

Cette thèse s'intéresse à l'accès aux soins dentaires des enfants en situation de handicap, en mettant l'accent sur le rôle déterminant de la première consultation en cabinet de ville. Celle-ci constitue un moment fondamental pour instaurer une relation de confiance, évaluer les besoins spécifiques et initier un suivi adapté. L'analyse met en évidence les principaux obstacles à la prise en charge physiques, psychologiques et organisationnels ainsi que l'importance des séances d'habituat

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Thomas MARQUILLIER

Assesseurs : Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Madame le Docteur Caroline DUHAMEL