



HAL
open science

Fiches conseils : un outil de communication pour le chirurgien-dentiste omnipraticien

Anne-Laure Remongin

► **To cite this version:**

Anne-Laure Remongin. Fiches conseils : un outil de communication pour le chirurgien-dentiste omnipraticien. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-03297620

HAL Id: hal-03297620

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297620>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**ACADÉMIE DE NANCY-METZ UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE**

ANNÉE 2018

N° 10 395

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE
par
Anne-Laure REMONGIN
née le 18 Juillet 1994 à Fontaine les Dijon (21)

**Fiches conseils en odontologie : un outil de communication pour le chirurgien-
dentiste omnipraticien**

présentée et soutenue publiquement le 21 Septembre 2018.

Examineurs de la thèse :

Pr P. AMBROSINI	Professeur des Universités	Président
Pr E. MORTIER	Professeur des Universités	<u>Directeur de thèse</u>
Dr R. BALTHAZARD	Maître de Conférences des universités	Juge
Dr. B. PHULPIN	Maître de Conférences des universités	Juge

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE
Vice-Doyens : Dr Céline CLEMENT – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Anne-Sophie VAILLANT
Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS - Pr M. VIVIER
Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS
Professeur émérite : Pr M-P FILLEUL

Département Odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme DROZ Dominique	Maître de Conférences *
	Mme JAGER Stéphanie	Maître de Conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maître de Conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Maître de Conférences *
	M. LEFAURE Quentin	Assistant
Département Orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	Mme DARSAT Claire	Assistante*
	M. EGL OFF Benoît	Maître de Conférences *
	Mme GREGOIRE Johanne	Assistante
Département Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme CLÉMENT Céline	Maître de Conférences *
	M. BAUDET Alexandre	Assistant *
	Mme NASREDDINE Greyce	Assistante
Département Parodontologie Sous-section 57-01	M. AMBROSINI Pascal	Professeur des Universités *
	Mme BISSON Catherine	Maître de Conférences *
	M. JOSEPH David	Maître de Conférences *
	M. LACH Patrick	Assistant
	Mme MAYER-COUPIN Florence	Assistante
Département Chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme PAOLI Nathalie	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	Mme GUILLET-THIBAUT Julie	Maître de Conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de Conférences
	Mme PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences *
	M. CLERC Sébastien	Assistant*
Département Biologie orale Sous-section 57-01	M. HASNAOUI Nasr	Assistant
	Mme KICHENBRAND Charlène	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	M. YASUKAWA Kazutosyo	Maître de Conférences *
	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
	Mme EGLOFF-JURAS Claire	Assistante*
Département Dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M. MORTIER Édouard	Professeur des Universités *
	M. AMORY Christophe	Maître de Conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de Conférences *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Maître de Conférences
	M. VINCENT Marin	Maître de Conférences*
	Mme GEBHARD Cécile	Assistante
	M. GEVREY Alexis	Assistant
Département Prothèses Sous-section 58-01	M. GIESS Renaud	Assistant *
	M. DE MARCH Pascal	Maître de Conférences
	M. SCHOUVER Jacques	Maître de Conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences *
	Mme CORNE Pascale	Maître de Conférences Associée *
	M. CIESLAK Steve	Assistant
	M. HIRTZ Pierre	Assistant *
	M. MAILLET Maxime	Assistant
	Mme MOEHREL Bethsabée	Assistante
M. VUILLAUME Florian	Assistant	
Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	Mme STRAZIELLE Catherine	Professeur des Universités *
	Mme MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de Conférences *
	M. SALOMON Jean-Pierre	Maître de Conférences

Souligné : responsable de département * temps plein

Mis à jour le 01/09/2018

*Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.*

REMERCIEMENTS

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Pascal AMBROSINI

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Pointcaré Nancy I

Habilité à Diriger des Recherches

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section : Chirurgie orale ; parodontologie, biologie orale

Responsable du Département de Parodontologie

Vous nous faites l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous nous souviendrons de votre écoute, de votre disponibilité et de vos encouragements au cours de nos études.

Veillez trouver l'expression de nos remerciements les plus sincères.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le docteur Éric MORTIER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Physique-Chimie de la Matière et des Matériaux - Université Henri Pointcaré

Habilité à Diriger des Recherches

Sous-section : Dentisterie restauratrice, endodontie, prothèses, fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

Responsable du Département de Dentisterie restauratrice, endodontie

Chef de service d'odontologie du CHRU de Nancy

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant la direction de notre travail.

Merci pour le soutien, l'attention, l'enthousiasme et la disponibilité dont vous avez su faire preuve au cours de l'élaboration de cet ouvrage.

Veillez trouver ici le témoignage de notre grande estime et de nos remerciements les plus sincères.

À NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Rémy BALTHAZARD

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'université de Lorraine, en Sciences des Matériaux

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Sous-section : Dentisterie restauratrice, endodontie, prothèses, fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

Vice doyen de la Faculté d'Odontologie de Nancy

Nous vous sommes reconnaissante de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Nous vous remercions de votre disponibilité pendant nos études.

Que ce travail soit l'occasion pour nous de vous témoigner notre estime.

À NOTRE JUGE

Madame le docteur Bérengère PHULPIN

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine

Sous-section : Chirurgie orale ; parodontologie, biologie orale

Nous vous sommes reconnaissante de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.

Nous vous remercions pour votre disponibilité pendant nos études et en particulier notre stage hospitalier.

Que ce travail soit l'occasion pour nous de vous témoigner notre estime.

À mes parents qui ont toujours été présents, qui ont su m'encourager et me soutenir pendant mes études. Merci d'avoir cru en moi, même dans les moments difficiles. Merci d'avoir ri des périodes d'examen

À mes frères, mes biquets maléfiques.

À mon oncle qui m'a montré la voie et permis de trouver le métier qui me correspond, A ma tante et à mon cousin. Merci pour ces week-ends passés ensemble.

À mes grands-parents paternels et maternels, sans qui rien n'aurait été possible.

À Nicolas qui m'a soutenue pendant les années d'études passées ensemble, merci pour les conseils donnés pendant la rédaction de ma thèse et pour ces bons moments passés ensemble.

Au Professeur Artis et ses associés qui m'ont accueillie dans leur cabinet. Merci pour tous les enseignements et l'expérience que vous avez partagés avec moi.

À mes amis, toujours présents.

SOMMAIRE

Table des fiches conseils

Introduction

- 1. À la recherche du consentement éclairé**
 - 1.1 Pour quelles raisons rechercher le consentement éclairé**
 - 1.1.1. Obligation légale et médico légale
 - 1.1.2. Obligation éthique : code de déontologie des chirurgiens-dentistes
 - 1.2 Communication avec les patients**
 - 1.2.1. Comment communiquer ?
 - 1.2.2. Information
 - 1.3. Éducation à l'hygiène buccodentaire**
 - 1.3.1. Deux échelles
 - 1.3.2. Application de l'ETP (Hanaire-Broutin et Cadroy, 2001)
 - 1.3.3. Mise en œuvre en odontologie (Parosphère, 2017)
- 2. Réalisation de fiches conseils**
 - 2.1. Pour la salle d'attente**
 - 2.1.1. Femme enceinte
 - 2.1.2. Personnes dépendantes et fragiles
 - 2.1.3. Hygiène
 - 2.2. Parodontologie**
 - 2.3. Chirurgie**
 - 2.3.1. Informations avant une chirurgie
 - 2.3.2. Implants et prothèse sur implant
 - 2.4. Soins dentaires**
 - 2.4.1. Enfants
 - 2.4.2. Adultes
 - 2.5. Prothèse**
 - 2.5.1. Fixée
 - 2.5.2. Amovible
 - 2.6. Maladies générales et santé dentaire**
- 3. Synthèse sur les fiches conseils**
 - 3.1. Avantages**
 - 3.1.1. Pour le chirurgien-dentiste
 - 3.1.2. Pour le patient
 - 3.2. Inconvénients**
 - 3.2.1. Pour le chirurgien-dentiste
 - 3.2.2. Pour le patient
 - 3.3. Délégation**
 - 3.3.1. Le rôle de l'assistant(e) dentaire
 - 3.3.2. Le rôle de l'hygiéniste dentaire

Conclusion

Bibliographie

Table des fiches conseils

Tableau n°1 : Femme enceinte

Tableau n°2 : Personnes dépendantes et fragiles

Tableau n°3 : Hygiène

Tableau n°4 : Maladies parodontales

Tableau n°5 : Chirurgie

Tableau n°6 : Implants et prothèse sur implant

Tableau n°7 : Traumatismes dentaires chez l'enfant

Tableau n°8 : Enfant de 2 à 6 ans

Tableau n°9 : Enfant à partir de 6 ans

Tableau n°10 : Traitements conservateurs et endodontique

Tableau n°11 : Prothèse fixée

Tableau n°12 : Prothèse amovible

Tableau n°13 : Maladies générales et santé dentaire

INTRODUCTION

Quelles sont les attentes d'un patient envers son chirurgien-dentiste ? Les compétences cliniques sont évidemment la base de cette attente mais une autre est de plus en plus présente, il s'agit de la communication. Deux points de vue s'affrontent : celui du patient qui désire être soigné, traité et ce, de la façon la plus optimale et celui du praticien qui souhaite soigner son patient, le délivrer de ses souffrances buccales. De ces différents points de vue ressort le même but : l'éradication de la maladie ou tout du moins empêcher sa progression, avec pour obstacle deux personnalités qui tentent de se comprendre.

« *Le praticien de demain doit faire face à toutes les demandes, les attentes et les besoins de ses patients qu'ils soient en bonne santé ou atteints de pathologies* » (UFSBD, 2017). La mission du chirurgien-dentiste est multiple, de la pose du diagnostic à celle du soin en passant par les explications concernant l'acte. Il doit obtenir un consentement éclairé avant tout geste. L'information des patients est un prérequis légalement obligatoire et éthiquement indispensable au bon déroulement de la prise en charge du patient. Par ailleurs, il s'agit d'une demande croissante de la part des patients qui souhaitent être acteurs de leur santé et non plus spectateurs.

Le soin ne peut se faire que dans une relation de confiance. Se pose alors la question de comment instaurer une telle relation, alors que cette relation est mise à mal par les a priori du patient sur le déroulement d'un rendez-vous chez le dentiste. Le patient a peur de souffrir pendant la réalisation des soins et comprendre les solutions thérapeutiques proposées par le praticien relèvent souvent de l'exploit pour une personne novice du jargon odontologique.

Le chirurgien-dentiste vulgarisera ses connaissances techniques et médicales pour se faire comprendre du patient. Il est essentiel pour lui de proposer des supports écrits ou vidéos afin d'imager ses propos car le patient qui souffre ou qui apprend qu'il est malade n'est pas réceptif aux explications. Or, il a été démontré qu'une personne ne retient que 20% de ce qu'elle entend, 30% de ce qu'elle voit, 50% de ce qu'elle entend et voit ! De plus, l'attention du patient est de 10 minutes environ, au-delà les informations fournies ne seront pas bien entendues ni retenues. Le support écrit est alors un outil pédagogique sur lequel les deux protagonistes peuvent se reposer lors de la consultation, lorsque le patient repart du cabinet dentaire et même pendant le

temps d'attente. Dans cette optique de fournir des explications les plus complètes et les plus compréhensibles, nous traiterons les sujets les plus récurrents auxquels le chirurgien-dentiste est confronté sous forme de fiches conseils.

Dans un premier temps, nous étudierons la notion de consentement éclairé, puis dans un second temps, nous présenterons diverses fiches conseils. Enfin, nous analyserons les bénéfices mais aussi les limites de type de support.

1. À la recherche du consentement éclairé

1.1 Pour quelles raisons rechercher le consentement éclairé

1.1.1. Obligation légale et médico légale

Rappelons ici ce que nous dit la loi.

- Loi Kouchner

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. NOR:MESX0100092L Version consolidée au 06 novembre 2017. Chapitre II : droits et responsabilités des usagers. Article 11, chapitre 1^{er} : « Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté » :

– Art. L. 1111-2.

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

L'information de l'état de santé du patient est un prérequis indispensable.

– Art. L. 1111-4.

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. »

Aucun soin ne peut être commencé sans l'accord explicite du patient (sauf cas d'urgence).

- Évolution des mentalités en matière de soins

L'impression de ne pas se sentir écouté par son médecin n'est pas une idée récente. Au XIII^e siècle, Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel affirmait : « *le patient doit avoir le sentiment que son médecin s'occupe de lui, personne humaine, et non*

pas seulement de sa maladie ». Ce ressenti est partagé par de nombreux patients, qui pour se faire entendre et faire évoluer les pratiques, se sont regroupés en associations. Depuis les années 90, à la suite de la pandémie du SIDA, nous avons observé une augmentation du nombre de ces associations (les chiffres variant aux alentours de 2 500, la majorité représentant des maladies rares). Leur influence n'a cessé de croître et a permis de faire changer la relation patient-praticien avec notamment pour plus grande avancée la loi Kouchner. La loi du 4 Mars 2002 détermine le patient comme un acteur de la relation de soin, il peut se sentir entendu et avoir confiance en son chirurgien-dentiste. Cette loi est le témoin de la reconnaissance de la démocratie sanitaire, c'est-à-dire qu'elle marque l'égalité entre les deux parties.

La revendication principale de ces associations était le passage d'une relation paternaliste, où le praticien avait la connaissance nécessaire pour décider des traitements et où le patient n'était pas consulté pour sa prise en charge; à une relation de confiance basée sur la communication et l'information. Cet impérialisme médical est de nos jours obsolète, il laisse place à l'autonomie du patient. Pour autant, pour ne pas tomber dans l'excès inverse où le praticien exposerait les différentes options thérapeutiques et laisserait le patient sans aucun conseil pour choisir, il est primordial qu'il accompagne le patient dans sa décision et la respecte. Dans le modèle paternaliste, le patient peut se retrouver insatisfait de sa prise en charge, incompris et se considérer comme un cas clinique et non pas comme un être humain. Ce ressenti mène le patient à ne plus être à l'écoute et ne pas être compliant. La relation est déséquilibrée, les deux parties ne se comprennent pas et peut mener à un échec thérapeutique.

L'information est la clef d'une relation thérapeutique saine. C'est grâce à elle que le patient exprime qu'il a compris les tenants et les aboutissants des solutions thérapeutiques proposées et qu'il donne son consentement éclairé avant la réalisation de tout acte médical. Sans cette condition, le patient ne serait pas partenaire dans la relation de soins. Une information préalable anticipe tout malentendu avant les soins, « l'homme n'est pas consentant par définition, il est consentant à condition qu'on lui explique » (Choukroun, 2007). Sarkissian dans sa thèse sur le consentement éclairé explique que « le consentement éclairé est l'aboutissement de l'étape pré thérapeutique » (Sarkissian, 2014)

- Preuve de l'information apportée par le professionnel de santé en cas de litige

– Arrêt « Hédreul »

25 février 1997, 1^{ère} Chambre civile de la Cour de cassation. «Celui qui est légalement ou contractuellement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de cette obligation».

Dès la fin des années 90, la jurisprudence met en avant le rôle des professionnels de santé pour avancer la preuve de la délivrance de l'information et non plus les patients qui apportent la preuve qu'ils n'ont pas été informés.

– Art. L. 1111-2 du Code de la Santé Publique

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen ».

La loi Kouchner dispose en 2002 pour les professionnels de santé d'apporter la preuve de l'information et sa traçabilité. Face à cette obligation légale, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques en mai 2012 afin de guider les professionnels de santé en cas de litige (délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – principes généraux) :

« 2.4 L'usage de documents écrits : L'information, qui est toujours orale, est primordiale. En complément de cette information, lorsque des documents écrits existent, il est recommandé de les remettre à la personne pour lui permettre de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix. Ces documents ont aussi vocation à susciter des questions auxquelles le professionnel de santé répond. Le document d'information est exclusivement destiné à donner à la personne des renseignements par écrit. Ce document n'a pas à être signé par la personne et ne contient aucune formule l'invitant à y apposer une signature. (...)

2.6 La traçabilité de l'information : Le dossier contenant les informations de santé relatives à la personne mentionne les informations majeures qui lui ont été délivrées, par qui et à quelle date, ainsi que les difficultés éventuellement rencontrées lors de leur délivrance. Il mentionne le cas échéant les démarches entreprises lorsque la

personne ne maîtrise pas suffisamment la langue française ou présente des difficultés de communication ou de compréhension. Ces mentions permettent aux autres professionnels de santé d'en prendre connaissance dans le but de favoriser la cohérence de l'information. Parce que ces mentions suffisent à servir de moyen de preuve en cas de litige, il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la délivrance de l'information ». (HAS, mai 2012)

Ainsi, pour résumer ces recommandations, la preuve de la délivrance de l'information est en réalité un faisceau d'indices. Les documents délivrés n'ont pas à être signés, le dossier médical faisant foi des informations fournies lors de la consultation. La multiplication des traces dans le dossier médical, des courriers adressés et les éventuels formulaires de consentement éclairé sont pour le juge des indices et chaque document est un commencement de preuve.

Dans notre cas, les fiches techniques ne peuvent se suffire à elles-mêmes, le praticien explique support à l'appui, au patient ce qui va être fait.

1.1.2. Obligation éthique : code de déontologie des chirurgiens-dentistes

Titre 2 : devoirs des chirurgiens-dentistes envers les malades.

- Article R4127-236

« Le consentement de la personne examinée ou soignée est recherché dans tous les cas, dans les conditions définies aux articles L. 1111-2 et suivants.

Lorsque le patient, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le chirurgien-dentiste doit respecter ce refus après l'avoir informé de ses conséquences. »

L'éthique, qui vient du grec *ethos* signifiant les habitudes, us et coutumes, est variable, elle évolue au fur et à mesure avec la société et les avancées scientifiques tout en cherchant à fournir la meilleure ligne de conduite aux professionnels de santé.

L'obligation de consentement éclairé n'est pas qu'une création prétorienne. Depuis la création du conseil de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes en 1945, le code de déontologie est un guide de bonne conduite pour les chirurgiens-dentistes entre eux mais aussi envers les patients, il comprend l'ensemble des valeurs et des devoirs communs des chirurgiens-dentistes. Des modifications au cours des années l'ont

amélioré et on y retrouve notamment l'importance du consentement éclairé à recueillir par le chirurgien-dentiste avant de réaliser un acte thérapeutique.

Obtenir le consentement éclairé du patient implique de savoir communiquer avec lui, il n'est pas toujours aisé d'annoncer un diagnostic et encore moins de l'entendre. La délivrance des informations doit être réalisée avec tact pour que le patient comprenne la maladie dont il souffre et les moyens à dispositions pour lutter et repousser la maladie.

1.2 Communication avec les patients

1.2.1. Comment communiquer ?

Si l'on se réfère à la première page du livre de Bernard Werber L'encyclopédie du savoir relatif et absolu, 1993, et à son début « Tentative », on comprend bien les difficultés qu'il y a à se comprendre.

« *Entre*

Ce que je pense

Ce que je veux dire

Ce que je crois dire

Ce que je dis

Ce que vous avez envie d'entendre

Ce que vous croyez entendre

Ce que vous entendez

Ce que vous avez envie de comprendre

Ce que vous croyez comprendre

Ce que vous comprenez

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.

Mais essayons quand même... »

Dialoguer implique deux personnalités et donc deux façons de penser. Communiquer signifie qu'il faut être conscient que des malentendus peuvent survenir à n'importe quel moment et que le chirurgien-dentiste, même s'il pense être clair et concis, doit vérifier que les informations sont comprises et intégrées par le patient. La communication pour un professionnel de santé est un exercice pédagogique qu'il doit maîtriser.

- La communication pendant une consultation d'odontologie

« Le premier reproche adressé au médecin se résume par la formule « il ne m'a rien dit ». Cela traduit que le malade n'a pas entendu ce qu'il attendait, n'a pas compris ce qui lui était dit, parfois n'a rien entendu du tout ». (Choukroun, 2007). Combien de patients ne comprennent pas les propositions thérapeutiques proposées par le chirurgien-dentiste et même ce qui est réalisé dans leur cavité buccale ? Cette incompréhension se manifeste par exemple lorsqu'ils appellent pour une urgence prothétique « mon implant est tombé » alors que ce n'est que la couronne qui s'est descellée.

La définition de la communication selon le dictionnaire Larousse est l' « action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général avec le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse ». Dans notre situation, il s'agit d'un patient, qui souffre ou non, et d'un chirurgien-dentiste, sollicité pour présenter des solutions thérapeutiques. Cette relation est intrinsèquement inégalitaire, et le seul moyen de la rééquilibrer pour le patient est de donner son consentement éclairé librement. Or, pour l'obtenir, celui-ci doit être informé de sa maladie, des évolutions possibles avec ou sans traitement, des différents traitements possibles. C'est après cette étape d'information, de questions posées au chirurgien-dentiste que le patient pourra accepter ou non le traitement. La communication entre les deux protagonistes est une véritable attente du patient et est pour lui un gage de qualité du service, il se sent reconnu. La relation devient équilibrée et la confiance s'installe.

- Annonce du diagnostic

L'annonce du diagnostic peut se révéler délicate. L'annonce d'une maladie est vécue par les patients comme une condamnation à mal vivre avec des conséquences futures plus ou moins proches, possibles ou certaines. Dans le cas d'une parodontite, la perte des dents éventuelle est ressentie comme un handicap car le patient une fois édenté se voit diminué. Aussi, la pose d'un diagnostic qui semble anodine pour un praticien peut être catastrophique pour le patient et inversement.

Plusieurs paramètres sont à prendre en compte : la peur du dentiste, la douleur du patient, le langage médical abscons et hermétique. Tous ces paramètres sont des freins à la communication et le chirurgien-dentiste doit savoir comment y remédier lors de la délivrance de l'information.

– La peur du dentiste

Shakespeare disait : « *il n'y a pas de philosophe qui supporte avec sérénité une rage de dent* ». Nombreux sont les nouveaux patients qui annoncent dans les premières secondes de la consultation qu'ils n'aiment pas aller chez le dentiste. Le rendez-vous est source de stress les heures voire jours précédents et il est important de connaître les raisons de cette détresse pour mieux la gérer.

Dans un premier temps, on citera les peurs transgénérationnelles transmises par un parent ayant vécu une expérience traumatisante ou ayant été lui aussi stressé par un parent. Dans cette situation, le patient doit être rassuré et le chirurgien-dentiste devra être attentif à répondre à toutes ses questions.

Dans un second temps, on évoquera les peurs acquises pendant l'enfance dues à une mauvaise expérience qui l'aura marqué (anesthésie défectueuse, approche trop brutale).

Ensuite, le patient peut rejeter le praticien car la sphère oro-faciale est ressentie comme une sphère intime à laquelle il ne veut pas donner accès à un inconnu. Une approche progressive sera nécessaire en absence d'urgence et la relation de confiance est plus que jamais indispensable.

Parfois, la peur a pu être déclenchée par une approche trop brutale vécue comme traumatisante qui bloquera le patient.

De nos jours, suite à quelques scandales sanitaires, le patient est de plus en plus informé sur les risques d'infections nosocomiales. Le chirurgien-dentiste pourra lui expliquer les procédures de stérilisation et le rassurer sur le respect de ces procédures.

Enfin, il y a une peur bien entretenue par les médias : celle de l'arnaque, peur bien ancrée dans nos croyances. La bouche est une zone que le patient observe rarement et est ignorant des soins nécessaires à sa restauration. De plus, le coût des prothèses élevé est pour lui une dépense qu'il n'a pas forcément anticipé et le patient ne comprend pas pourquoi une couronne peut être « si chère pour la taille que cela représente ». Dans ce cas-là, des trésors de patience et de pédagogie seront nos alliés.

– La douleur

Dans les années 70, les urgences représentaient plus de 50% des rendez-vous. Actuellement, 65% des patients reçus en consultation viennent une fois par an sans douleur. Dans un contexte de douleur, le patient est-il capable d'entendre et de retenir toutes les informations fournies par son praticien ? Dans ce contexte de souffrance, le soin devra être réalisé avec les informations suffisantes. Ensuite la répétition des informations sans submerger le patient est requise.

– La vulgarisation des termes médicaux

Lors de la consultation, le praticien cherche à comprendre les besoins et les attentes de son patient. Cette approche ne se fait pas au fauteuil lorsque le patient est allongé donc dans une position de faiblesse mais au bureau, après un questionnaire médical par exemple. Le praticien traduit les mots employés par le patient en des termes médicaux afin de procéder à un diagnostic, il est important de ne pas interrompre le patient lorsqu'il s'exprime. S'il y a un doute, il peut reformuler, faire une synthèse des propos du patient pour confirmer, le patient se sentira reconnu et entendu et pourra compléter par d'autres informations s'il le juge nécessaire.

De même que le praticien traduit les mots employés par le patient, le praticien pendant la délivrance de l'information doit s'employer à être compréhensible par une personne externe au monde médical. Vulgariser le diagnostic, les techniques employées, les explications du processus de la maladie est un impératif qui rassure le patient, ne l'exclut pas de sa prise en charge et le motive à s'intéresser aux moyens de lutte contre la maladie.

Les métaphores sont un outil pédagogique utiles au chirurgien-dentiste pour illustrer une notion complexe par exemple (*entretien de la bouche comparé à une voiture, voire maison en fonction de la personne*). Une métaphore adaptée au patient lui parlera plus et le marquera. L'utilisation de phrase positive est à favoriser (« *n'ayez pas peur* » : à éviter mais plutôt « *rassurez-vous, tout va bien* »).

Le patient n'est parfois pas dans de bonnes dispositions pour écouter, le praticien se doit de développer un discours clair, synthétique et adapté. Certains patients sont « sidérés » par l'annonce d'une maladie et n'entendent plus les explications fournies par la suite, le chirurgien-dentiste veillera à évaluer la durée de l'entretien (plus ou

moins longue en fonction de la réceptivité du patient). La communication est un gage de qualité et le patient est rassuré par une bonne prise en charge. La relation sereine et de confiance entre les deux personnes présentes est favorisée par une attitude de compassion et empathique de la part du chirurgien-dentiste.

1.2.2. Information

- Cadre juridique

Une notion particulièrement importante doit être dans l'esprit du chirurgien-dentiste : l'information se fait avant tout acte thérapeutique, car après les soins il ne s'agit plus que d'une justification.

« *L'avertissement préalable constitue une obligation professionnelle d'ordre général, antérieure à l'intervention médicale ou chirurgicale et distincte de celle-ci* » (arrêt Hoffman, 1969).

Elle est légalement obligatoire, on retrouve cette notion dans le Code de la Santé Publique (Art. L. 1111-2. cf : I. A. 1. a)).

La forme de l'information doit être personnalisée au patient en fonction de son niveau de compréhension et socio-économique. Elle doit être « *simple, intelligible et loyale* » à la réalité de la maladie (Arrêt de principe, 1961) et plus récemment, le CSP précise : « *loyale, claire et appropriée* » (CSP - art. R. 4127-35). La vulgarisation des termes médicaux favorise la compréhension mais elle ne doit pas être poussée à l'extrême afin de ne pas avoir l'effet inverse sur le patient. Le praticien pourra par exemple donner les termes médicaux et ensuite les expliquer au patient (« vous avez ce qu'on appelle une gingivite, c'est-à-dire que votre gencive est inflammatoire ce qui veut dire rouge et à tendance à saigner lorsque vous vous brossez les dents » ou bien « votre dent est nécrosée, c'est à dire que le nerf à l'intérieur de votre dent n'est plus vivant »). Cette information est délivrée par le praticien qui réalise l'acte et en aucun cas par une tierce personne (assistante dentaire). En revanche cette dernière peut répéter les informations. Elle doit contenir aussi les effets secondaires possibles mais déterminer les limites de cette information n'est pas évident car un excès d'information sur les effets secondaires stresse potentiellement plus encore le patient et le rebute. Selon la HAS, « *l'important est ce qui est compris, pas ce qui est dit* » (HAS, 2008), à la fin de

ses explications, le praticien demandera ce que le patient a compris, de reformuler afin de pouvoir corriger ou compléter les informations.

L'information est l'élément clef qui justifie pour le patient de donner son consentement éclairé. Selon Brock, l'information du consentement a deux buts : « *promouvoir le bien être du patient et respecter son droit à l'auto détermination* » (Choukroun, 2007). Ainsi, plusieurs raisons pour chercher le consentement éclairé existent : l'évolution du droit favorable aux patients, des patients qui s'informent de plus en plus sur Internet, et l'augmentation des associations des usagers de la santé.

- Fiches conseils

L'information est délivrée oralement mais pas seulement, des supports écrits ou vidéos peuvent être utilisés pour soutenir nos explications. Elles sont un vecteur de qualité car elles informent, expliquent et sont pédagogiques pour le patient et elles le mettent en condition psychologiquement. En outre, l'écoute du patient est alors majorée car le chirurgien-dentiste lui présente les problèmes présents dans sa bouche en personnalisant son information.

- Intérêts

Elles présentent l'avantage d'être complètes et sont un gain de temps, elles évitent d'omettre des points concernant la maladie, sont un rappel de mots-clefs et sont une preuve de la délivrance de l'information.

- Types de fiches (Jacquot, 2007)

Informatives : elles répondent aux questions explicites ou implicites du patient, donnent des explications générales. Leur objectif est de rassurer le patient qui a tendance à oublier ce qui a été dit pendant la consultation.

Éducatives : elles sont utiles pour obtenir la participation active du patient et motiver son comportement afin de tendre vers une compliance optimale.

Instructives : plus précises avec des indications techniques, toujours à utiliser comme complément des instructions orales.

1.3. Éducation à l'hygiène buccodentaire

1.3.1. Deux échelles

- Collective : promotion de la santé par les politiques

– Définition, objectif et but (OMS, 2016 et Ottawa, 2015)

C'est en 1987, lors de la conférence internationale sur la promotion de la santé, que la Charte d'Ottawa a été adoptée. La promotion de la santé vise à améliorer la qualité de vie des citoyens en leur donnant les moyens de maîtriser leur propre santé. Le but ultime étant l'autonomie de chacun pour faire les choix bénéfiques et de supprimer les comportements néfastes pour sa santé. Créer un environnement favorable à la santé est enjeu de santé publique réalisable uniquement si les politiques s'engagent tant au plan national que local, en faisant de la santé un axe central de la politique avec une législation forte pour un urbanisme sain.

– Moyens (INPES, 2012; OMS, 2016 et Ottawa, 2015)

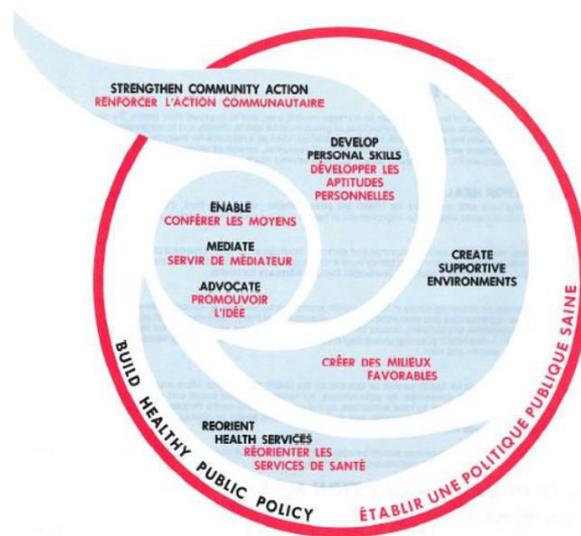
Différentes stratégies sont mises en place pour parvenir à un environnement sain, elles sont individuelles (en modifiant les habitudes et les modes de vie) et environnementales (en modifiant les conditions de vie). Les moyens sont :

- L'éducation pour la santé (le tabac, les relations sexuelles protégées)
- Le marketing social (sur les paquets de tabac avec les images choc)
- La communication de masse (promouvoir une alimentation équilibrée dans les publicités télévisées)
- Une organisation communautaire (rechercher à diminuer au maximum la pollution dans les villes, le port de la ceinture dans les voitures)

La promotion de la santé n'est donc possible que si trois éléments sont réunis : une bonne gouvernance (avec une implication réelle des politiques), des connaissances acquises par les citoyens et un urbanisme sain.

Plusieurs conditions sont indispensables pour la promotion de la santé : la paix, un abri, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable et des ressources viables.

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION CHARTÉ D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



- Individuelle : éducation thérapeutique du patient par les professionnels de santé
 - Définition de l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

« L'éducation thérapeutique, ou formation thérapeutique, consiste à exercer un ensemble cohérent d'actions en vue de conférer au patient des compétences précises, lui permettant de participer à la gestion de son traitement et de son suivi. L'objectif est double : prévention des complications à long terme de sa maladie chronique, et préservation de sa qualité de vie. L'éducation thérapeutique s'adresse à un patient atteint d'une maladie chronique, elle satisfait à des objectifs de prévention secondaire (prévention des complications de la maladie), ou tertiaire (prévention de l'aggravation des complications). Elle se distingue de l'éducation sanitaire d'une population non malade, dans un souci de prévention primaire à l'égard de l'apparition d'une pathologie.

Parler d'éducation thérapeutique du patient souligne deux points :

- L'éducation ainsi dénommée est reconnue comme faisant partie des moyens de traitement.

- *Les actions d'éducation mises en place par les soignants ne sont pas standardisées, mais sont adaptées et personnalisées pour un patient donné, dans le respect du contexte global de ce patient et des objectifs de son traitement. C'est pourquoi l'éducation thérapeutique est un acte de soin dont le rôle revient aux soignants, médicaux et paramédicaux. Ceci nécessite pour eux une formation spécifique à la pédagogie destinée à l'éducation thérapeutique des patients* » (Hanaire-Broutin et Cadroy, 2001).

Il s'agit d'un processus dynamique où le patient est la clef du succès de sa prise en charge et où il est autonome au quotidien.

– Définition de la maladie chronique

Il existe une très grande diversité dans les maladies chroniques. Leurs conséquences sur la vie du patient est variable, toutes n'ont pas une incidence sur la durée de l'espérance de vie, ne sont pas incurables et les premiers stades peuvent ne générer que peu de contraintes. Il ressort pourtant un point commun entre ces maladies : un retentissement sur la qualité de vie du patient au quotidien (HAS, 2014).

1.3.2. Application de l'ETP (Hanaire-Broutin et Cadroy, 2001)

Après avoir pris connaissance de sa maladie chronique, le patient aura un rôle actif dans sa prise en charge, on parlera de stratégie éducative ou de contrat éducatif. Le praticien trouve des solutions aux problèmes avancés par le patient qui s'engage au quotidien à les mettre en œuvre.

Le praticien doit savoir expliquer les bénéfices à répéter les gestes par rapport aux inconvénients de la maladie. Ainsi le patient vient de lui-même à la conclusion qu'il est plus avantageux pour lui d'être compliant plutôt que de subir les conséquences, les aggravations de la maladie. Le patient s'impliquera plus s'il comprend le projet thérapeutique.

Quatre étapes se succèdent pour l'acceptation et la compliance du patient :

- Être convaincu d'être malade
- Comprendre les conséquences de la maladie
- Comprendre les effets positifs du traitement
- Les effets du traitement doivent être avérés

Une fois le patient conscient de son état et motivé, le praticien peut passer aux trois étapes de l'ETP, c'est-à-dire :

- Savoir : comprendre la maladie et comment la combattre efficacement = connaissance
- Savoir-faire : le praticien explique le geste que doit reproduire le patient et qu'il répète jusqu'à ce qu'il le maîtrise = apprentissage
- Savoir-être : mise en application de l'apprentissage et de la connaissance.

1.3.3. Mise en œuvre en odontologie (Parosphère, 2017)

L'ETP est principalement réalisée par les pharmaciens (pour les patients asthmatiques, sous anticoagulants oraux ou diabétiques par exemple), mais n'a pas encore trouvé sa place en odontologie. Sa mise en œuvre nécessite du temps qui n'est pas valorisée par la nomenclature CCAM, ce qui constitue un frein majeur à sa démocratisation.

L'ETP est constituée de trois phases = séance initiale + entretien motivationnel + maintenance.

- Séance initiale

La première étape de cette formation est celle de la formation initiale qui est caractérisée par un enseignement tant sur la maladie que sur les moyens de lutte contre la maladie. Elle est divisée en deux étapes : annonce du diagnostic et explication de la maladie puis enseignement à l'hygiène orale.

- Annonce du diagnostic et explication de la maladie

L'annonce du diagnostic se fait en fonction du niveau de compréhension du patient, le praticien veillera à être attentif à cette phase d'information car ce sont les premières explications que le patient retiendra le mieux. Ne pas hésiter à faire des analogies avec d'autres maladies comme le diabète, ainsi le patient comprendra que les maladies chroniques sont aussi présentes dans la cavité buccale. Le patient doit bien saisir le caractère chronique de sa maladie (les caries ou maladie parodontale par exemple), l'hygiène est un élément indispensable de sa prise en charge et est irréprochable comparée à une personne saine.

– Enseignement à l'hygiène orale

La connaissance et la compréhension sur la maladie permettent au patient de s'appliquer dans la réalisation de l'hygiène orale et d'être compliant dans le temps.

A cette étape, il change ses habitudes nocives en les arrêtant et apprend une nouvelle technique de brossage.

Par exemple dans le cas d'une parodontite, on réalisera un enseignement à l'hygiène alimentaire et buccodentaire. Le patient apprend les stratégies pour lutter contre la maladie et empêcher sa progression, caractérisée par une perte osseuse. Il apprendra une technique de brossage efficace, les moments où le brossage est indispensable mais aussi il comprendra l'importance du suivi régulier chez le chirurgien-dentiste. Il saisit le rôle du professionnel de santé dans la lutte contre la maladie mais sait que le combat se mène également chez lui au quotidien.

La carie, autre maladie chronique qui n'est pas une fatalité et dont les moyens de lutte sont nombreux à commencer par l'hygiène buccodentaire mais aussi alimentaire. Les gestes seront mis en place dès l'enfance pour empêcher l'augmentation du nombre de caries en bouche, et une fois traitées, l'objectif est de ne plus avoir de nouvelles caries et de ne pas attendre pour se faire soigner lors des premiers symptômes.

- Entretien motivationnel

Après la première séance, la compliance du patient est élevée à court terme mais a tendance à diminuer à moyen terme. Motiver le patient est le maître mot de cette deuxième séance. L'objectif est d'apporter de nouvelles données pour améliorer la prise en charge lorsque les conseils précédents ont été mis en place et corriger si ceux-ci ne sont pas bien exécutés ou pas intégrés.

Pour ce faire, le praticien se basera sur la technique du « *Tell, Show, Do* »

« *Tell* » : Le praticien explique les causes de la maladie (les facteurs de risque, les réactions immunitaires, le processus physiologique) avec des mots simples. Il insiste sur le fait que le patient doit avoir une hygiène irréprochable car il est plus « fragile » qu'une personne ne présentant pas de lésion carieuse.

« *Show* » : le meilleur moyen pour obtenir la compliance la plus élevée du patient est de lui montrer les conséquences de la maladie sur sa cavité buccale à l'aide d'un miroir

(le saignement gingival, la plaque dentaire, les mobilités, les caries) afin de provoquer une prise de conscience. Lorsque le patient a objectivé les symptômes cliniques, le chirurgien-dentiste montre alors la technique de brossage en bouche.

Au fur et à mesure des séances et de la compréhension du patient, le praticien ajoute de nouvelles techniques, répond à ses questions, cherche des solutions aux problèmes rencontrés.

« *Do* » : le patient répète les gestes montrés afin que le praticien rectifie en cas d'erreur. Plus le patient refait les gestes lui-même, mieux il retiendra et réitérera le geste seul correctement chez lui.

- Maintenance

Cette phase est la plus importante de la prise en charge, le patient doit s'engager dès le début à venir à ces séances de maintenance. A long terme, le patient perd ses bonnes habitudes pour revenir aux habitudes délétères, le chirurgien-dentiste doit alors le remotiver, rappeler l'importance de l'hygiène et les bénéfices à prendre soin de sa cavité buccale par rapport aux conséquences de la maladie.

Contrairement à la première étape individuelle pour des raisons de secret professionnel (annonce du diagnostic), la maintenance peut se faire en groupe. Les avantages d'une séance en groupe pour le patient sont multiples : le patient ne se sent pas seul face à sa maladie, le partage entre les patients de leur expérience mais aussi les difficultés et les astuces qu'ils peuvent échanger.

Le but de cette prise en charge est de proposer des soins de qualité, d'être le moins invasif possible sur le long terme et d'accroître l'autonomie du patient. Bien évidemment, la prévention chez les patients à risque permet de diminuer le coût de leur prise en charge et d'améliorer leur qualité de vie.

2. Rédaction de fiches conseils

2.1. Pour la salle d'attente

2.1.1. Femme enceinte

PRÉVENTION POUR LE FUTUR ENFANT

J'AI DES CARIES, MON ENFANT EN AURA AUSSI ?

La carie est **TRANSMISSIBLE**, si vous avez des caries il est donc encore plus important de les soigner.

OBJECTIF : ÉVITER DE TRANSMETTRE LES BACTÉRIES RESPONSABLES DES CARIES A VOTRE ENFANT

- Soins des caries, détartrage des dents régulier
- Brossage des dents 3x par jour
- Bain de bouche
- Ne pas goûter avec la même cuillère les repas de votre enfant
- Nettoyer sa tétine sous l'eau
- Pour tester la température du biberon : quelques gouttes à l'intérieur du poignet

Ces conseils sont valables pour tout l'entourage !

DE 0 À 6 MOIS : nettoyage des gencives avec une compresse imbibée d'eau pour habituer l'enfant, boire de l'eau après chaque apport sucré.

À L'APPARITION DES PREMIÈRES DENTS : pour habituer l'enfant, le brossage doit devenir un jeu et surtout pas une contrainte. Procéder en plusieurs étapes :

- Montrez - vous en train de vous brosser les dents : votre enfant cherchera à vous imiter !
- Utiliser une brosse à dents à petite tête
- Mettre du dentifrice adapté à l'âge. Une petite quantité suffit (de la taille de l'ongle de l'enfant)

Le brossage est réalisé par les parents. Sinon, le brossage est réalisé par l'enfant puis refait par les parents.

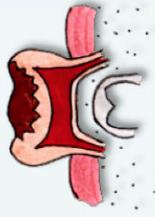


À quel âge mon enfant doit-il consulter pour la première fois chez un dentiste ?

À 1 an, pour qu'il s'habitue à aller chez le dentiste.

Si mon enfant a une carie sur une dent de lait, faut-il la soigner ?

OUI : une carie sur une dent temporaire a les mêmes conséquences que sur une dent permanente (douleur, infection). Il faut en prendre soin !



Qu'est-ce que le syndrome du biberon, faut-il faire des soins ?

OUI : La persistance de l'utilisation du biberon le soir au coucher de l'enfant de plus d'un an ou un allaitement prolongé provoque des caries chez le tout petit. Le lait étant sucré, il ne doit pas s'endormir sans avoir fait un brossage des dents !



Et les bonbons, sont-ils autorisés ?

OUI : c'est la fréquence qui est dangereuse pour les dents. Il ne faut pas pour autant en abuser, ce n'est bon ni pour les dents ni pour la ligne !

Anne-Laure REMONGIN

FEMME ENCEINTE

Pourquoi et comment prendre soin de ses dents pendant sa grossesse ?

On entend souvent « une grossesse, une dent ». Il est important de comprendre que les dents pendant la grossesse sont tout aussi résistantes. Ce sont les changements du comportement alimentaire, les modifications hormonales qui augmentent le risque de développer des caries entre autres.

Plusieurs moyens existent pour optimiser l'hygiène de vos dents pendant votre grossesse.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

QUELQUES QUESTIONS

Dois-je faire une consultation chez le chirurgien-dentiste au début de ma grossesse même si je n'ai pas mal ?

OUI : elle permet de faire le point sur votre hygiène et soigner les caries et maladie parodontale si besoin.

Est-ce que je peux prendre tous les médicaments ?

NON : certaines molécules peuvent entraîner des complications graves pour le bébé. Prenez des médicaments uniquement sur prescription médicale.

Est-ce que je peux faire soigner mes dents ?

OUI : les soins peuvent être réalisés, en privilégiant la période du deuxième trimestre. Les soins d'urgence seront faits à tous les trimestres si besoin.

Est-ce que les soins sont réalisés sous anesthésie ?

OUI : il n'y a pas de risque pour le bébé.

Mon dentiste doit faire des radios, est ce dangereux pour mon bébé ?

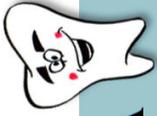
NON : les rayons ne sont pas dirigés vers le bébé, les doses émises sont faibles (comme une journée d'exposition au soleil) et vous porterez un tablier de plomb qui arrête les rayons.

Dois-je prendre du fluor par voie orale ?

NON : il n'a pas d'indication pendant la grossesse, un dentifrice fluoré convient parfaitement.



Page 2



PENDANT LA GROSSESSE

QUE SE PASSE-T-IL DANS MA BOUCHE PENDANT MA GROSSESSE ?

- Des changements hormonaux bien sûr qui modifient la gencive
- Une modification de la salive qui devient plus acide
- Une modification de la flore bactérienne
- Une modification des comportements alimentaires

QUELLES PATHOLOGIES ?

- **Gingivite gravidique** : la gencive est inflammée et saigne facilement au contact.
Un brossage des dents soigneux et un détartrage permettent de limiter l'inflammation.
- **Épulis** : augmentation de la gencive, retour à la taille normale après l'accouchement le plus souvent.
- **Érosions de l'émail** : dues aux vomissements, modifications alimentaires, reflux gastrique.
- **Caries** : processus infectieux multifactoriel, d'origine bactérienne, **TRANSMISSIBLE**.
- **Maladie parodontale** : due aux modifications hormonales ou déjà présente avant la grossesse. Elle entraîne un risque d'accouchement prématuré et un développement diminué du bébé.

Page 3

CONSEILS POUR LA MAMAN

JE VOMIS SOUVENT, QUELLE CONDUITE À TENIR POUR LE BROSSAGE DES DENTS ?

- Attendre une heure pour se brosser les dents
- Préférer une brosse à dent avec une petite tête pour éviter les nausées
- Se rincer la bouche avec de l'eau ou un bain de bouche au bicarbonate de sodium

BAIN DE BOUCHE AU BICARBONATE DE SODIUM:

- Sous forme de poudre
- 1 cuiller à café diluée dans 12 cL d'eau
- Permet de diminuer l'acidité de la salive
- Plusieurs fois par jour

EN CAS DE NAUSÉES, les repas sont parfois fragmentés :

- Se laver les dents après chaque prise alimentaire
- Mâcher un chewing-gum sans sucre si le brossage n'est pas possible

AU QUOTIDIEN :

- Ne pas grignoter de bonbons !
- Avoir une alimentation équilibrée
- Brossage des dents 3x par jour avec un dentifrice fluoré et une brosse à dent à petite tête
- Passage du fil dentaire et de brossettes interdentaires



Page 4

2.1.2. Personnes dépendantes et fragiles

DÉPRESSION

Conséquences buccales dues à la maladie :

- Hygiène négligée ce qui augmente le risque carieux mais aussi le risque de diminution de la hauteur de l'os
- Douleurs chroniques

Conséquences buccales dues au traitement :

- Xérostomie (sécheresse buccale)
- Altération du goût
- Mycose
- Gingivite

Hygiène :

- Brossage des dents 2x par jour minimum (matin et soir)
- Brosse à dents souple
- Dentifrice fluoré
- Passage de fil dentaire
- Hygiène alimentaire : éviter le grignotage
- Contrôle chez votre chirurgien-dentiste : 2x par an



Page 5

TOXICOMANIE

Les conséquences buccales d'une pratique addictive sont :

- Diminution de la quantité de salive
- Augmentation du risque de caries
- Augmentation du risque de diminution de la hauteur d'os
- Nécrose des tissus (communication de la cavité buccale avec les fosses nasales, perforation du palais)

Précautions pour la prise de Méthadone :

- La Méthadone sous forme de sirop est très sucrée
- Se rincer la bouche avec de l'eau après avoir pris le médicament
- Si vous suivez bien le traitement, au bout d'un an, vous pouvez demander à votre prescripteur de passer à la forme sous gélule ce qui diminue le risque carieux

Hygiène :

- Brossage des dents 2x par jour minimum (matin et soir)
- Brosse à dents souple
- Dentifrice fluoré
- Passage de fil dentaire
- Hygiène alimentaire : éviter le grignotage
- Contrôle chez votre chirurgien-dentiste : 2x par an

Page 6

Anne-Laure REMONGIN

PERSONNES DÉPENDANTES ET FRAGILES

Une personne dépendante est un patient fragile dont le risque de développer des caries et d'autres pathologies dentaires est augmenté.

La prévention est un élément majeur dans la prise en charge de ces patients afin d'améliorer leur quotidien et de limiter les douleurs buccales.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

Page 1



PERSONNES ÂGÉES

Chez la personne âgée, autonome ou non, des changements physiologiques s'opèrent et nécessitent une prise en charge particulière.

Les conséquences buccales sont :

- Diminution de la quantité de salive
- Fêlures, perte de substance, érosion
- Diminution des capacités de cicatrisation
- Altération du goût
- Diminution de l'efficacité masticatoire
- Port de prothèse amovible : qui deviennent de moins en moins adaptées au fur et à mesure du temps (usure et perte ou gain de poids)
- Nombreux risques liés aux traitements (hémorragique et infectieux)

Veuillez fournir un double de l'ordonnance au chirurgien-dentiste afin qu'il puisse déterminer les risques liés au(x) traitement(s) pris au quotidien.

Si vous possédez des analyses sanguines récentes, fournissez-les .

MALADIE DE PARKINSON

Les conséquences buccales sont :

- Sécheresse buccale
- Augmentation des caries et diminution de la hauteur de l'os
- Trouble de la déglutition

Page 2

MALADIE D'ALZHEIMER

Une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer a des troubles du comportement alimentaire, du comportement, de la déglutition qui ont des répercussions sur la santé buccale.

Les conséquences buccales sont :

- Peu ou pas d'hygiène
- Caries nombreuses (dues à la modification du comportement alimentaire et du manque d'hygiène)
- Sécheresse buccale (diminution de la quantité de salive)
- Ulcérations buccales

OBJECTIF : faciliter la prise en charge de ces patients par le chirurgien-dentiste

Au quotidien :

- **Hygiène dentaire** par la personne elle-même ou préférentiellement assistée par une tierce personne (en fonction de son degré d'autonomie)
- **Hygiène alimentaire** équilibrée et régulée

Prévention :

Bilan bucco-dentaire tous les 6 mois par le praticien afin de prendre en charge le plus tôt possible les caries ou autre pathologie dentaire et de soulager les douleurs.

Page 3

HYGIÈNE

Pour le patient autonome :

- Brossage des dents 2x par jour minimum (matin et soir)
- Brosse à dents souple
- Dentifrice fluoré peu moussant
- Hygiène alimentaire : éviter le grignotage et les boissons sucrées

Pour le patient dépendant d'une tierce personne :

- La personne qui réalise le brossage se place derrière la personne dépendante.
 - Caler la tête dans le bras
 - Réhabituer au brossage : passer la brosse à dents sur les lèvres pour détendre les muscles.
- On peut également utiliser une compresse imbibée de bain de bouche à la chlorhexidine pour réhabituer la personne puis passer à la brosse à dents.
- Faire des mouvements circulaires en allant de la gencive vers la dent.
 - Ne pas prendre de dentifrice qui mousse pour éviter les fausses routes.



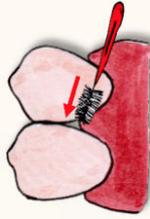
Page 4

2.1.3. Hygiène

MAUVAISE HALEINE

BROSSETTES INTERDENTAIRES :

- Ressemblent à de petits goupillons, qui passent sous le point de contact.
- Différentes tailles, toujours choisir le diamètre le plus large qui puisse passer
- Rincer la brosette entre chaque dent (sous l'eau ou dans un bain de bouche)
- S'entraîner devant un miroir au début
- Utiliser perpendiculairement à la dent, ne pas piquer la gencive avec !



RÉVÉLATEUR DE PLAQUE :

Sous forme de goutte ou de comprimés, il colore la plaque dentaire. À utiliser avant ou après le brossage des dents.

HYDROPULSEUR :

Jet d'eau propulsé entre les dents pour éliminer les débris alimentaires. ATTENTION ne remplace pas le brossage !

GRATTE LANGUE :

Élimination des résidus alimentaires accumulés sur la langue.

BAIN DE BOUCHE :

Au quotidien, sans ou très peu de Chlorhexidine, souvent utilisé pour la sensation fraîche laissée en bouche.

Page 5

Anne-Laure REMONGIN

HYGIÈNE

Pourquoi se laver les dents régulièrement ?

Le meilleur moyen de prévenir les maladies parodontales (qui entraînent la perte des dents) et les caries est une hygiène rigoureuse.

Vous seul pouvez être acteur de votre santé orale au quotidien !



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

Page 1

Aussi appelée « **halitose** ».

Dans 90% des cas, l'origine de la mauvaise haleine est dentaire.

POURQUOI AI-JE MAUVAISE HALEINE ?

- Une accumulation de bactéries sur les dents, les prothèses, la gencive, la langue
- La maladie parodontale
- Une diminution de la quantité de salive
- Des caries
- Certains aliments (ail, oignon...)
- Alcool, tabac
- D'autres maladies (cancer ORL, candidose...)

AU QUOTIDIEN :

- Hygiène dentaire et de la langue mais aussi alimentaire
- Bain de bouche antiseptique
- Hydratation si votre salive est moins abondante

PAR VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE :

- Traitement des caries
- Traitement des maladies parodontales
- Adresser le patient si l'origine n'est pas dentaire

Page 6

BROSSAGE DES DENTS

POURQUOI SE BROSSER LES DENTS ?

Le brossage des dents permet d'éliminer la **plaque dentaire**. C'est un enduit blanchâtre qui recouvre les dents et qui comprend des bactéries et des résidus alimentaires.

Si la plaque dentaire n'est pas bien éliminée, au bout de quelques heures voire jours elle se minéralise et devient du **tartre**.

LES INDISPENSABLES :

- Brosse à dents (manuelle ou électrique) à poils souples et avec une petite tête, changée régulièrement (dès que les poils s'abiment)
- Dentifrice fluoré
- 2x par jour minimum (matin et soir)
- Pendant 3 minutes



DENTIFRICE :

- Adapté à l'âge
- Fluoré
- Renforce l'émail des dents grâce au fluor =  carie

PLUSIEURS TYPES DE DENTIFRICE :

- Soulage les gencives
- Diminue les sensibilités dentaires
- Blancheur : à éviter car souvent abrasifs, utilisation 2 à 3 fois par semaine
- ...

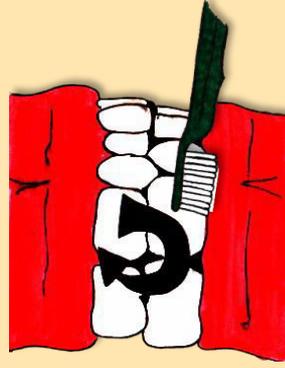


BROSSAGE ÉLECTRIQUE :

Avec les brosses à tête ronde, il n'y a pas de mouvement circulaire à faire, il faut passer la brosse à dents sur chaque face de chaque dent.

BROSSAGE MANUEL : TECHNIQUE DU ROULEAU

- Brosse à dent à 45° par rapport à la gencive (poils vers la racine)
- Mouvement circulaire, de la gencive vers la dent (rose vers blanc)
- Faire les dents du haut puis celles du bas
- Toutes les faces de la dent (côté joue, langue et face masticatrice de la dent)



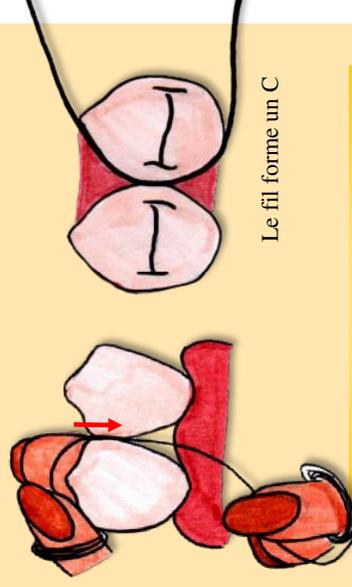
COMPLÉTER LE BROSSAGE

Les poils de la brosse à dents ne passent pas entre les dents, sous les points de contact.

FIL DENTAIRE : UTILISATION

- S'entraîner en face d'un miroir au début, demande un peu de pratique
- Pour les espaces étroits, souvent pour les dents de devant
- Enrouler les extrémités du fil autour des index. Ne pas hésiter à prendre un fil de longueur suffisante (plus de 50 cm pour toute la bouche)
- Passer le point de contact **DOUCEMENT**, sinon vous abîmerez la gencive ! Guider le fil avec l'index et le pouce
- Une fois le point de contact passé, plaquer le fil contre les parois dentaires pour bien éliminer toute la plaque. Le fil forme un C autour de la dent
- Passer à la dent suivante (enrouler la portion de fil utilisée autour de l'index)

PLUSIEURS TYPES : plat ou non, fluoré ou non, ciré ou non (préférer non ciré)



Le fil forme un C

2.2. Parodontologie

2.2.1. Maladies parodontales

□ RÉCESSIONS GINGIVALES

QU'EST CE QU'UNE RÉCESSION GINGIVALE ?

La gencive se déplace, ce qui provoque une dénudation de la racine.

CONSÉQUENCE : Les dents sont plus sensibles au froid.

CAUSES :

- Type de gencive et d'os
- Malposition dentaire
- Plaque dentaire
- Habitudes nocives (ongles, stylo, piercing)
- Caries

TRAITEMENT AU QUOTIDIEN :

- Brossage quotidien, 2 fois par jour, atraumatique et passage de fil dentaire
- Dentifrice pour sensibilités dentaires
- Suppression des habitudes nocives
- Soins dentaires

POUR RECOUVRIR UNE RÉCESSION :

- Le traitement chirurgical a une efficacité variable en fonction de l'étendue de la récession.
- Agents désensibilisants, résine composite mis en place par votre dentiste.
- A faire avant un traitement d'orthodontie, un implant, pour une demande esthétique...

Page 5

HYGIÈNE



EN CAS DE GINGIVITE :

- Détartrage (= élimination du tartre autour de la gencive)
- Brossage des dents 2x par jour, avec un dentifrice pour gencives sensibles pour éliminer au quotidien la plaque dentaire
- Passage de fil dentaire et de brossettes

EN CAS DE PARODONTITE CHRONIQUE :

- Détartrage, soins des caries
- Brossage des dents 2x par jour, avec un dentifrice pour les parodontites
- Passage de fil dentaire et de brossettes
- Surfaçage (= détartrage plus profond pour éliminer le tartre sous la gencive)
- Extractions en cas de mobilité importante



EN CAS DE PARODONTITE AIGUË :

- Détartrage, soins des caries, antibiotiques
- Brossage des dents 2x par jour, avec un dentifrice pour les parodontites
- Passage de fil dentaire et de brossettes
- Surfaçage (= détartrage plus profond pour éliminer le tartre sous la gencive)
- Extractions en cas de mobilité importante

Page 6

Anne-Laure REMONGIN

LES MALADIES PARODONTALES

Qu'est-ce qu'une maladie parodontale ?

La maladie parodontale connaît plusieurs stades qui ont chacun une prise en charge précise. Les conséquences de cette maladie si elle n'est pas prise en charge sont multiples et peuvent aboutir à la perte des dents.

L'évolution de la maladie parodontale est la suivante : la gingivite puis la parodontite qui comporte différents seuils de gravité.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

Page 1



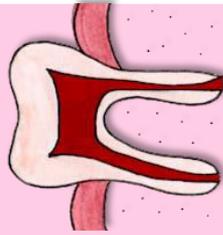
□ GINGIVITE

QU'EST-CE QU'UNE GINGIVITE ?

C'est une maladie infectieuse d'origine bactérienne. La gencive est inflammée sur une petite zone ou toute la gencive, il n'y a pas d'atteinte des tissus de soutien de la dent.

CAUSES :

- Plaque dentaire (produit blanchâtre riche en bactéries qui recouvre les dents) = **brossage des dents mal réalisé**
- Salive
- Médicament, contraception orale
- Puberté, grossesse
- Diabète
- Tarte, caries, pendant l'éruption d'une dent, traitement orthodontique



Les tissus de soutien (os, ligament dentaire) ne sont pas atteints

CONSÉQUENCES :

La gencive saigne pendant le brossage ou spontanément, elle est douloureuse, rouge, gonflée.

La gingivite est un processus **RÉVERSIBLE**, l'inflammation disparaît à la reprise d'un brossage dentaire efficace. Elle survient à tout âge, même chez les personnes en bonne santé !

□ PARODONTITE CHRONIQUE

QU'EST-CE QU'UNE PARODONTITE CHRONIQUE ?

C'est une maladie infectieuse d'origine bactérienne (= transmissible).

Elle progresse **LENTEMENT**, souvent sans symptôme, pourtant, il y a une atteinte des tissus de soutien de la dent **IRRÉVERSIBLE** !

Locale (quelques dents) ou généralisée (toutes les dents).

Entre 30 et 40 ans.

1. DÉBUTANTE 2. MODÉRÉE À SÉVÈRE



3. TERMINALE



CONSÉQUENCES :

- Diminution de la hauteur de l'os **IRRÉVERSIBLE**
- Récessions gingivales
- Poches parodontales
- Mobilités + en +

□ PARODONTITE AIGUË

QU'EST-CE QU'UNE PARODONTITE AIGUË ?

C'est une maladie infectieuse d'origine bactérienne (= transmissible).

Elle progresse **RAPIDEMENT**, avec des phases douloureuses, les tissus de soutien de la dent sont atteints **IRRÉVERSIBLEMENT**.

Locale (quelques dents) ou généralisée (toutes les dents). Entre 20 et 30 ans.

ATTENTION :

Les parodontites ont des répercussions sur la santé générale :

- Le diabète peut être aggravé, déséquilibré
- Une maladie cardio-vasculaire peut être aggravée
- Pendant une grossesse : risque d'accouchement prématuré

CONSÉQUENCES :

- Diminution de la hauteur de l'os **IRRÉVERSIBLE**
- Récessions gingivales
- Poches parodontales
- Mobilités + en + importantes



2.3. Chirurgie

2.3.1. Informations avant une chirurgie

CONSEILS POST OPÉRATOIRES

- Ne pas boire de boisson chaude
- Préférer manger tiède voire froid
- Éviter les aliments qui viennent se loger dans le site opéré (semoule, riz, blé)
- **Ne pas cracher** pendant 48 heures (pour ne pas déstabiliser le caillot sanguin qui permet la cicatrisation)
- Ne pas faire de mouvement de suction
- **En cas de saignement** : serrer une compresse 5 à 20 minutes.
- Le brossage des dents est possible le jour même, faire attention à ne pas brosser la zone opérée virulemment et se rincer la bouche doucement.
- Commencer le bain de bouche 48 heures après l'intervention.
- **NE PAS FUMER** une semaine après l'extraction. Le mieux étant de ne pas fumer quelques jours avant pour favoriser la cicatrisation.
- Attention à ne pas vous mordre la lèvre ou la langue après l'anesthésie !
- Vous pouvez prendre un antalgique (type paracétamol) après l'extraction pour anticiper la levée de l'anesthésie. Les douleurs sont souvent légères et sont soulagées par des antalgiques et ne durent pas plus de quelques jours.

Page 5

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

J'ai pris connaissance du document d'informations médicales sur mon intervention et j'estime avoir été suffisamment informé(e) des risques de cet acte.

J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

Fait en double exemplaire, dont un fourni au patient ou à son représentant légal.

Fait à :

Le :

SIGNATURE :

Page 6

Anne-Laure REMONGIN

CHIRURGIE

Ma dent va être extraite, que faut-il savoir ?

Extraire une dent comporte toujours un risque, sous anesthésie locale comme générale. Il existe des complications à prendre en compte avant de donner votre consentement « éclairé ».

Après une extraction, vous devrez respecter quelques conseils pour favoriser la cicatrisation de la gencive et de l'os.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

Page 1



INFORMATIONS

En haut comme en bas (au maxillaire comme à la mandibule), certains risques, certaines complications sont communes.

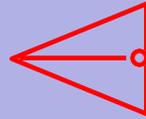
Vous devez fournir à votre praticien votre ordonnance afin qu'il connaisse tous les traitements en cours que vous prenez.

Après une extraction, vous pouvez avoir :

- Un saignement
- Des douleurs (calmées par des antalgiques)
- Un gonflement (œdème)
- Une limitation de l'ouverture de la bouche
- Une difficulté à mastiquer
- Un bleu (ecchymose)
- Une infection du site

Pendant l'intervention :

- Un incident lié à l'anesthésie
- Un saignement abondant
- Une lésion des muqueuses



Si vous avez eu des **biphosphonates** (médicament pour une ostéoporose, métastase osseuse), une **radiothérapie** au niveau de la tête et du cou, il faut impérativement le signaler à votre chirurgien-dentiste ! Ces conditions peuvent provoquer une nécrose de l'os.

MAXILLAIRE

En fonction de la position de la dent (haut ou bas), il y a des risques liés à la chirurgie et des complications possibles pendant et après l'intervention.

Pendant l'extraction il peut y avoir :

- **Une communication bucco sinusienne (CBS)** : votre dent est positionnée de façon proche voire légèrement dans le sinus.
Dans ce cas, le chirurgien-dentiste refermera soigneusement le site opéré. La CBS peut se traduire par une sensation de fuite d'air par la bouche en respirant ou alors la sensation de passage de l'eau dans les sinus quand vous buvez, il faudra alors revoir très rapidement votre praticien.

- **Projection d'un morceau de dent dans le sinus**



MANDIBULE



En fonction de la position de la dent (haut ou bas), il y a des risques liés à la chirurgie et des complications possibles pendant et après l'intervention.

Pendant l'extraction il peut y avoir :

- **Une lésion du nerf dentaire alvéolaire inférieur** (nerf qui innerve les dents mandibulaires) : caractérisée par un trouble de la sensibilité de la lèvre inférieure, du menton. Les lésions des nerfs restent très rares et sont favorisées dans les cas où les dents sont très proches du nerf.

- **Une lésion du nerf lingual** : caractérisée par un trouble de la sensibilité de la langue. Reste particulièrement rare.

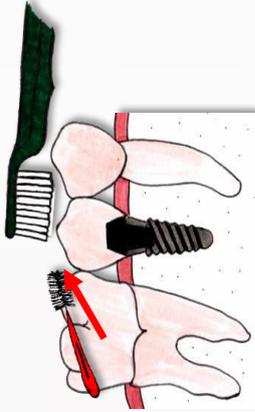
- Dans les cas où un morceau de racine casse et est à proximité du nerf, celui-ci peut être laissé pour éviter de léser le nerf sans entraîner de complication particulière.

2.3.2. Implants et prothèse sur implant

HYGIÈNE

Individuelle : au quotidien.

- Brossage des dents 2x par jour minimum, avec un dentifrice peu abrasif
- **BROSSETTES INTERDENTAIRES**, fil dentaire spécial
- Nettoyage des prothèses amovibles
- Bain de bouche sur de courtes périodes en cas d'inflammation de la gencive



Professionnelle : tous les six mois.

Le contrôle doit être **RÉGULIER**. Le chirurgien dentiste réalisera un détartrage et un surfaçage si nécessaire.

LES COMPLICATIONS

Lors de la mise en place de l'implant :

- Lésion d'un nerf, d'un élément anatomique
- Échec de l'ostéointégration
- Infection
- Hémorragie

Après la mise en place de l'implant (au cours des mois et des années suivantes) :

PÉRI-IMPLANTITE : entraîne une diminution de la hauteur de l'os autour de l'implant et à terme, la perte de l'implant. Elle est majoritairement due à un **manque d'hygiène**. Ce risque est augmenté chez les **fumeurs**.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je certifie avoir été informé(e) clairement des possibilités de réhabilitations buccales qui me sont proposées :

- Que la mise en place chirurgicale d'implants est possible mais qu'aucune garantie de succès ne peut être assurée dans ce type de traitement
- Que les traitements classiques (prothèse fixée et prothèse amovible) sont possibles
- Quels sont les risques éventuels ainsi que les suites opératoires et ceux qui résultent d'un échec

Je m'engage à avoir une hygiène comme expliquée dans cette fiche et à avoir le suivi nécessaire pour la surveillance des implants.

J'ai pris connaissance du document d'informations médicales sur mon intervention et j'estime avoir été suffisamment informé(e) des risques de cet acte.

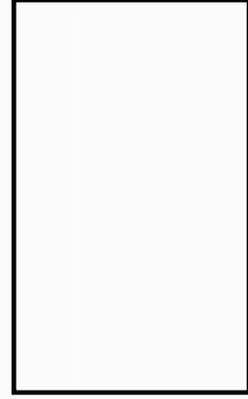
J'ai pu poser toutes les questions que j'ai jugées utiles et j'ai bien compris les réponses qui m'ont été fournies.

Fait en double exemplaire, dont un fourni au patient ou à son représentant légal.

Fait à :

Le :

SIGNATURE :



Page 6

Anne-Laure REMONGIN

IMPLANT ET PROTHÈSE SUR IMPLANT

Pourquoi ai-je besoin d'un implant ?

Dans les cas où une dent a été extraite ou quand une dent est absente, le chirurgien-dentiste pose l'indication d'un implant.

Plusieurs conditions doivent être remplies avant la mise en place de l'implant.



NOM :

PRÉNOM :

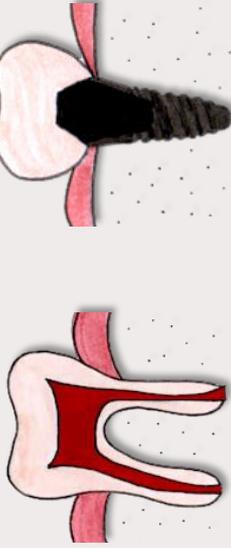
DATE :

Page 1

GÉNÉRALITÉS

QU'EST-CE QU'UN IMPLANT ?

Un implant a la forme d'une vis pour recréer la racine d'une dent dans l'os. Il donne un ancrage qui permet un support stable pour la prothèse.



Dent saine ancrée dans l'os Implant ancré dans l'os

PROPRIÉTÉS :

- En titane, biocompatible
- Résistance mécanique
- Différentes formes, longueurs, diamètres

PLUSIEURS ÉTAPES :

- Cicatrisation après l'extraction de la dent (attendre 3 mois)
- Radiographie en 3 dimensions de la zone osseuse
- Phase chirurgicale (mise en place de l'implant dans l'os et la vis de couverture)
- **OSTÉOINTÉGRATION** : fusion entre l'os et l'implant, il s'intègre complètement dans l'os. Étape cruciale ! Cette phase de cicatrisation dure environ 3 mois.
- Phase prothétique

Page 2



INDICATIONS

- **Faible résorption de l'os** : paramètre le plus important
- Place suffisante en hauteur et en largeur pour la mise en place de la couronne prothétique

CONTRE INDICATIONS

- Diabète non équilibré
- Radiothérapie externe (suite cancer ORL)
- Affection sanguine
- Âge (croissance terminée)
- Épilepsie non contrôlée
- Proximité d'un élément anatomique
- Tabac (mauvaise cicatrisation = mauvaise ostéointégration)
- Hygiène insuffisante
- Biphosphonates

AVANTAGES

- Remplacement d'une à plusieurs dents
- Préservation de l'épaisseur de l'os

INCONVÉNIENTS

- Coût (faible remboursement par l'Assurance Maladie)
- Hygiène irréprochable

Page 3

PROTHÈSE SUR IMPLANT

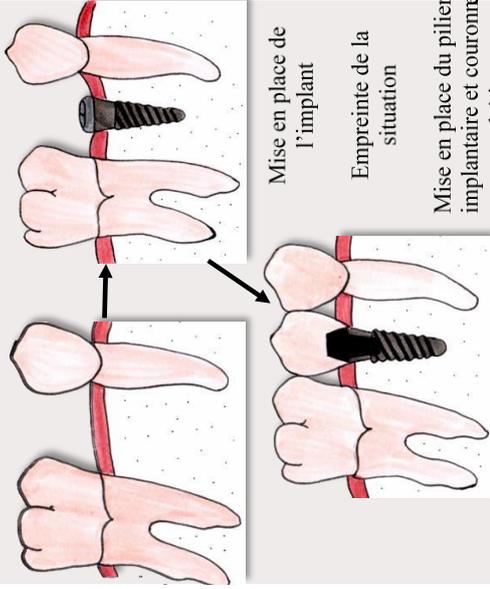
3 MOIS APRÈS LA MISE EN PLACE DE L'IMPLANT :

- Unitaire
- Plurale
- Prothèse amovible complète stabilisée par des implants

PLUSIEURS ÉTAPES :

- Mise en place pilier de cicatrisation (délimite la gencive pour faire l'empreinte)
- Empreinte de la position de l'implant et de la gencive
- Pilier implantaire et couronne prothétique réalisés sur mesure
- Prothèse mise en place avec le pilier implantaire

RÉSUMÉ DES ÉTAPES :



Mise en place de l'implant
Empreinte de la situation
Mise en place du pilier implantaire et couronne prothétique

Page 4

2.4. Soins dentaires

2.4.1. Enfants

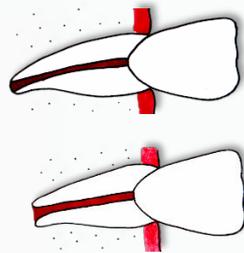
- Traumatismes

LES FRACTURES DE LA DENT :

Elles peuvent toucher la couronne, la racine, voire la couronne et la racine, et parfois l'os (mais beaucoup plus rarement).

Le chirurgien-dentiste fera une radiographie afin d'évaluer la fracture et fera les soins adéquats (allant du lissage au niveau de la fracture à l'extraction de la dent).

Conservez les morceaux de la dent cassée dans du lait UHT ou du sérum physiologique.



À gauche, la racine n'est pas complètement formée.

À droite, la racine a fini sa croissance

RISQUE : arrêt de la croissance de la dent. Certains traitements permettent de tenter de stimuler la croissance de la racine (appelé apexogénèse) et dans les cas où la croissance n'est plus possible, le traitement consistera à obturer la racine sans reprise de croissance (appelé apexification).

L'EXPULSION DE LA DENT :

Une dent expulsée doit être conservée et **remise en place dans les plus brefs délais. Plus tôt elle est repositionnée, plus les chances de la dent d'être conservée** sur l'arcade sont augmentées.

La dent devra être dévitalisée les semaines qui suivent. Une contention sera réalisée pour maintenir la dent en place.

LA LUXATION DE LA DENT :

Si la dent se déplace, il y a un risque de nécrose dans les semaines voire les années suivant le traumatisme.

Les différents types de luxation sont les mêmes que ceux des dents temporaires.

Une contention sera parfois réalisée sur les dents afin de maintenir la dent traumatisée en place.

COMPLICATIONS :

Ankylose, nécrose, résorption de la racine, coloration de la couronne, mobilité de la dent.

SUIVI : SYSTÉMATIQUE à 1 semaine, 1 mois, 3 mois, 6 mois, un an puis tous les ans.

HYGIÈNE : INDISPENSABLE afin d'éviter les complications infectieuses (bain de bouche, brosse à dents souple).

CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL :

Envoi du CMI à votre assurance, ce qui permet d'avoir les soins relatifs à la dent traumatisée d'être pris en charge (couronne, implant). **Ne jamais fermer le dossier, même après plusieurs années.**

TRAUMATISME DENTAIRE CHEZ L'ENFANT

Mon enfant vient de tomber sur ses dents, quelle est la conduite à tenir ?

La chute sur les dents temporaires chez l'enfant est plus impressionnante que grave, rassurez-vous ainsi que votre enfant. En cas de saignement même léger autour de la dent, consultez un chirurgien-dentiste rapidement.

Un traumatisme sur les dents permanentes nécessite également un contrôle chez votre praticien. Il peut y avoir des conséquences sur le développement de la dent si celle-ci n'a pas terminé sa croissance.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

DENTS TEMPORAIRES

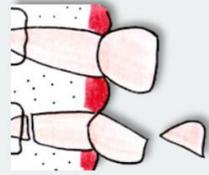
CONDUITE À TENIR:

1. **Rassurez votre enfant.** Après la chute, la lèvre gonfle, les gencives saignent, il a mal. C'est souvent plus spectaculaire que grave !
2. **Nettoyez** les plaies avec une compresse et du bain de bouche (ou du sérum physiologique) doucement.
3. En cas de douleurs, n'hésitez pas à lui donner un **antalgique** (type paracétamol) en adaptant les doses à son poids.
4. (En absence de perte de connaissance de l'enfant). **Consultez votre chirurgien – dentiste** pour être pris en urgence en précisant : l'âge, la dent traumatisée, si c'est une dent permanente ou temporaire.
5. Prendre le **cahier de santé** de l'enfant (les vaccinations sont-elles à jour?)

LES FRACTURES DE LA DENT :

Elles peuvent toucher la couronne, la racine, voire la couronne et la racine, et parfois l'os (mais beaucoup plus rarement).

Le chirurgien-dentiste fera une radiographie afin d'évaluer la fracture et fera les soins adéquats (allant du lissage au niveau de la fracture à l'extraction de la dent).

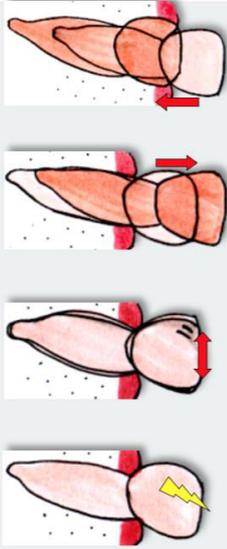


Page 2

LA LUXATION DE LA DENT :

Une dent temporaire qui se déplace peut abîmer le germe de la dent permanente dessous.

Différentes possibilités de luxation de la dent :



Choc léger sans déplacement ni saignement

Saignement autour de la dent, mobile, pas de déplacement

Dent plus longue, mobile

Dent plus courte, pas mobile

L'AVULSION DE LA DENT :

Une dent temporaire expulsée ne sera jamais remise en place afin d'éviter d'abîmer le germe de la dent permanente !

Si vous retrouvez la dent : conservez la précieusement pour la petite souris mais avant montrez-la au dentiste pour qu'il vérifie son intégrité.

Si vous ne la retrouvez pas et que votre enfant a du mal à respirer, il l'a peut être inhalée, soyez vigilant.

Envoi du **CMI** (certificat médical initial) à votre assurance, ce qui permet à l'avenir d'avoir les soins relatifs à la dent traumatisée d'être pris en charge (couronne, implant). **Ne jamais fermer le dossier, même après plusieurs années.**

SUIVI SYSTÉMATIQUE à 1 semaine, 1 mois, 3 mois, 6 mois, un an puis tous les ans.

COMPLICATIONS : nécrose de la dent (changement de couleur) avec ou sans infection, mobilité, germe de la dent permanente abîmé.

Page 3

DENTS PERMANENTES

CONDUITE À TENIR:

1. **Rassurez votre enfant.** Après la chute, la lèvre gonfle, les gencives saignent, il a mal. C'est souvent plus spectaculaire que grave !
2. **Nettoyez** les plaies avec une compresse et du bain de bouche (ou du sérum physiologique) doucement.
3. En cas de douleurs, n'hésitez pas à lui donner un **antalgique** (type paracétamol) en adaptant les doses à son poids.
4. (En absence de perte de connaissance de l'enfant). **Consultez votre chirurgien – dentiste** pour être pris en urgence en précisant : l'âge, la dent traumatisée, si c'est une dent permanente ou temporaire.
5. Prendre le **cahier de santé** de l'enfant (les vaccinations sont-elles à jour?)

En fonction du stade de développement la dent, le chirurgien-dentiste peut être confronté à une dent dont la racine est incomplètement formée.

Un traumatisme sur une dent immature peut entraîner l'arrêt de la croissance de la racine.

Lorsqu'un une dent permanente (d'adulte) se met en place sur l'arcade, elle devient complètement mature au bout de trois ans.

Page 4

- De 18 mois à 6 ans

HYGIÈNE

A L'APPARITION DES PREMIÈRES DENTS :

Pour habituer l'enfant, le brossage doit devenir un jeu et surtout pas une contrainte. Procéder en plusieurs étapes :

- Montrez-vous en train de vous brosser les dents : votre enfant cherchera à vous imiter !
- Commencer par nettoyer avec une compresse stérile, boire de l'eau après chaque apport sucré
- Utiliser une brosse à dents à petite tête
- Mettre du dentifrice adapté à l'âge. Une petite quantité suffit (de la taille de l'ongle de l'enfant)

Le brossage est réalisé par les parents. Sinon, le brossage est réalisé par l'enfant puis refait par les parents.

QUAND FAIRE LA PREMIÈRE CONSULTATION POUR UN ENFANT ?

→ Dès 12 mois
Le plus tôt possible dès l'apparition des premières dents, pour que l'enfant s'habitue à l'environnement, au fauteuil du chirurgien-dentiste.

ALIMENTATION :

- Eviter le grignotage
- Arrêt du biberon au coucher après un an

BROSSAGE :



Deux mouvements :

Bouche ouverte et bouche fermée
→ Mouvement horizontal

RÉCAPITULATIF DENTIFRICE/ FREQUENCE BROSSAGE

Âge	Fréquence du brossage, quantité de fluor dans le dentifrice
18 à 24 mois	1 brossage, le soir Dentifrice avec moins de 500 ppm de fluor
2 à 6 ans	2 brossages, le matin et le soir Dentifrice avec 500 ppm de fluor
Plus de 6 ans	2 brossages, le matin et le soir Dentifrice avec 1000 ppm

Anne-Laure REMONGIN



ENFANTS DE 12 MOIS À 6 ANS

Pourquoi prendre soin de ses dents temporaires ?

Aussi appelées dents de lait, elles tombent au bout de quelques années, ce n'est pas pour autant qu'il faut négliger leur hygiène.

Elles ont un rôle esthétique bien sûr, mais également fonctionnel (alimentation, guide de l'éruption des dents permanentes — les dents d'adulte —) et dans la prononciation.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

PARTICULARITÉS DES DENTS TEMPORAIRES :

- Durée de vie courte
- Présence du germe de la dent permanente proche de la dent temporaire : risque d'infection ou de traumatisme
- Progression des caries plus rapide



CARIE

QU'EST-CE QU'UNE CARIE ?

C'est un processus infectieux multifactoriel, d'origine bactérienne, **TRANSMISSIBLE**.

FACTEURS DE RISQUE :

- Alimentation sucrée
- Absence de brossage quotidien régulier
- Transmission parents – enfants (tétine, cuiller)
- C'est la fréquence d'ingestion des sucres qui est plus nocive que la quantité totale

PRISE EN CHARGE TARDIVE = SOIN + LOURD

→ **Pulpotomie** : soulager la douleur par retrait de la pulpe. Conservation de la dent sur l'arcade jusqu'à l'éruption de la dent permanente.



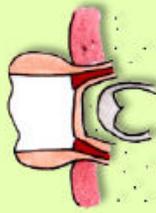
→ **Extraction** : dent non conservable. Après l'extraction, faire attention à ce que l'enfant ne se morde pas la lèvre endormie ou la lèvre.

Possibilité de mettre en place un mainteneur d'espace pour conserver la place pour la dent permanente.

COURONNE PRÉ FORMÉE

POURQUOI ?

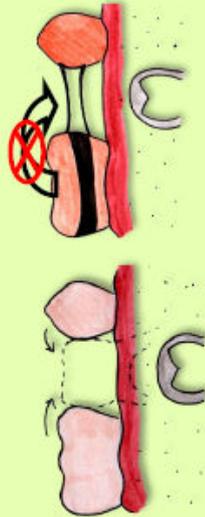
- Dent délabrée à cause de la carie
- Perte de substance dans le sens de la hauteur et de la largeur
- Restaurer l'anatomie de la dent
- Plus longue durée de vie que les autres matériaux



MAINTENEUR D'ESPACE

POURQUOI ?

- Après l'extraction d'une dent temporaire de façon prématurée
- Permet de conserver la place pour l'évolution de la dent permanente
- Pas d'inclinaison des dents adjacentes



SYNDROME DU BIBERON

CAUSE : Persistance de l'utilisation du biberon le soir au coucher de l'enfant de plus d'un an.

MANIFESTATION :

Caries sur les surfaces lisses des incisives maxillaires puis les surfaces occlusales des molaires (dessus des dents).



TRAITEMENT :

Extractions des dents non conservables, remplacement des dents par une prothèse amovible dans les cas d'édentement précoce, soin de carie, pulpotomies.

Changement des habitudes immédiatement !

- Pas de grignotage entre les repas
- Quatre prises alimentaires par jour maximum
- Boire que de l'eau pure entre les repas
- Un brossage après le petit déjeuner
- Un brossage le soir avant le coucher



Arrêt biberon le soir : deux méthodes

- **Radical** : le soir même
- **Douce** : sur une semaine, diluer le biberon avec de l'eau pour terminer avec un biberon d'eau.

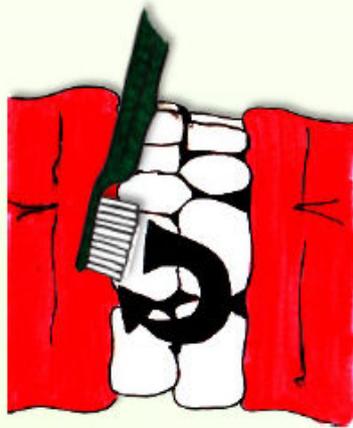
- A partir de 6 ans

HYGIÈNE

BROSSAGE :

- Brossage des dents 2 fois par jour, matin et soir (un brossage le midi est tout à fait possible !)
- Le brossage le soir est le plus important
- Utiliser du révélateur de plaque pour éliminer toute la plaque dentaire (avant ou après le brossage)
- Le brossage est réalisé par les parents jusqu'à ce que l'enfant devienne autonome (vers 8 ans), puis le brossage est contrôlé jusqu'à ce que le geste soit bien maîtrisé
- Le dentifrice est adapté à l'âge de l'enfant

TECHNIQUE DE BROSSAGE : « TECHNIQUE DU ROULEAU »



- Brossage des dents du haut et du bas séparément.
- Bouche ouverte
- Brosse à dent inclinée à 45°
- Mouvement de brossage : de la gencive vers les dents (du rouge vers le blanc)

Enfants à partir

de 6 ans

Quelles particularités à cet âge ?

A partir de 6 ans, les dents temporaires (dents de lait) tombent pour laisser la place aux dents permanentes (celles d'adulte).

Une période de cohabitation s'installe, c'est la denture mixte (dents temporaires et permanentes).

Il faut continuer à prendre soin de ses dents de lait et surtout ne pas oublier les dents d'adulte qui arrivent!



Vers 13 ans, il n'y a plus de dents de lait en bouche.

NOM :

PRÉNOM :

DATE :

ALIMENTATION :

- Pas de grignotage
- Pas de boisson sucrée entre les repas
- Les bonbons sont autorisés bien sûr! Mais de façon raisonnable, c'est-à-dire à la fin d'un repas et idéalement suivi d'un brossage des dents. C'est la fréquence de la prise de sucre qui est plus dangereuse pour les dents que la quantité.

Fréquence des consultations :

TOUS LES ANS, même en l'absence de douleur.

Âge	Fréquence du brossage, quantité de fluor dans le dentifrice
6 ans	2 brossages par jour, matin et soir Dentifrice 1000 ppm de fluor
12 ans et plus	2 brossages par jour, matin et soir Dentifrice 1450 ppm de fluor voire plus

A partir de 6 ans

CARACTERISTIQUES :

- Présence de dents temporaires
- Les dents permanentes poussent au fond de la bouche (1^{er} molaire permanente)
- Immatures pendant leur éruption donc plus fragiles : formation incomplète de la racine, émail fragile (il faut encore 4 ans pour que l'émail soit mature)

CARIE

PRISE EN CHARGE TARDIVE = SOIN PLUS LOURD



↓
 Carie sans douleur
 Carie avec douleur
 Dévitalisation de la dent :
 traitement endodontique

En fonction du stade de développement la dent et de l'atteinte de la carie, le chirurgien-dentiste peut être confronté à une dent dont la racine est incomplètement formée, ce qui implique un traitement encore différent.

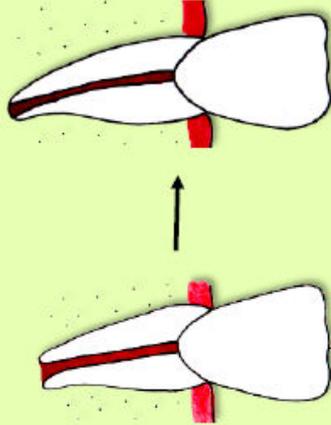


Page 2

Apexogenèse

La racine n'est pas complètement formée, l'apex (extrémité de la racine) est largement ouvert.

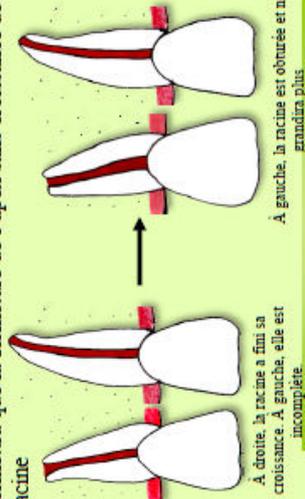
L'objectif du traitement est d'obtenir la poursuite de la croissance de la racine et la fermeture de l'apex.



Apexification

La racine n'est pas complètement formée, l'apex (extrémité de la racine) est largement ouvert.

A la différence du traitement précédent, la croissance de la dent est terminée mais incomplète. Le traitement ne permettra que la fermeture de l'apex sans croissance de la racine.



Page 3

Prévention

DÉTERMINATION DU RISQUE CARIEUX INDIVIDUEL (RCI) :

Toute personne répond différemment au risque de développer des caries.

Plusieurs facteurs de risque sont à prendre en compte :

- Hygiène alimentaire (grignotage, alimentation sucrée)
- Brossage quotidien régulier (2x par jour au moins)
- Visites régulières chez le chirurgien dentiste
- Malposition des dents
- Traitement orthodontique
- Dents avec des sillons profonds
- Malformation de l'émail ou de la dentine

SCCELLEMENT PRÉVENTIF DES PUIITS ET FISSURES (SEALANT) :

Les sillons des molaires profonds ont un risque élevé de développer des caries (plus difficiles à nettoyer)

Scellement de ces sillons = ↓ risque de carie

VERNIS FLUORE

= Apport local de fluor en complément du dentifrice

RCI élevé

Ne pas boire deux heures après
 Ne pas manger quatre heures après.
 A REFAIRE 2 à 4 fois par an

Page 4

2.4.2. Adultes

- Traitements conservateurs et endodontique

TRAITEMENT ENDODONTIQUE

QU'EST - CE QU'UN TRAITEMENT
ENDODONTIQUE ?

Lorsque la dent est délabrée par la carie de façon très importante, qu'elle est douloureuse de façon irréversible, il faut retirer le nerf à l'origine de la douleur dentaire.



Cette dévitalisation comprend plusieurs étapes :

- Retirer le nerf dans les racines
- Désinfecter
- Reboucher la dent avec un matériau biocompatible

Ce traitement est **long et complexe**, et nécessite la mise en place d'un champ opératoire (appelé **digue dentaire**) autour de la dent pour empêcher la salive et les bactéries qu'elle contient de contaminer la dent.

Cette digue vous permet d'avaler votre salive pendant le traitement sans perturber le protocole et améliorer votre confort.

Après le traitement endodontique, il peut persister :

- Des douleurs spontanées
 - Une douleur à la pression
- Tous ces symptômes disparaissent en quelques jours.

Quelques complications peuvent survenir :

- Un instrument qui casse dans la racine de la dent
- Le matériau projeté au-delà de la racine
- La persistance de l'infection malgré les précautions et le respect du protocole
- Risque de perforation en recherchant les entrées des racines de la dent

LES SENSIBILITÉS DENTAIRES

Provoquées par le froid le plus souvent.

CAUSES :

- Carie
- Perte de substance dentaire
- Récession gingivale (c'est-à-dire une diminution de la hauteur de la gencive qui expose une partie de la racine de la dent)

TRAITEMENT :

AU QUOTIDIEN CHEZ VOUS :

- Brosse à dents souple
- Mouvement pour le brossage circulaire et surtout pas horizontal
- Dentifrice pour les sensibilités dentaires

PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE :

- Traitement des caries
- Mise en place de vernis ou de résine composite sur les dents sensibles



Page 5

Page 6

Anne-Laure REMONGIN

SOINS CONSERVATEURS

Quelles solutions sont à ma disposition si j'ai des caries ?

Dans votre bouche se déroule une bataille sans fin entre les dents assiégées par les bactéries dont les munitions sont le sucre.

Voir son chirurgien-dentiste régulièrement permet d'éviter des soins lourds en prenant en charge la carie à temps.

De nombreux matériaux existent pour reconstruire l'organe dentaire délabré par la carie.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

Page 1

GÉNÉRALITÉS

QU'EST-CE QU'UNE CARIE ?

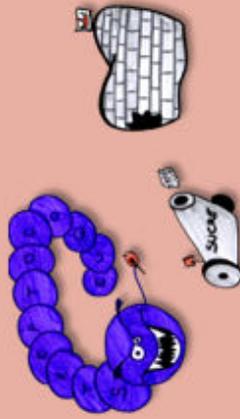
C'est un processus infectieux multifactoriel, d'origine bactérienne, **TRANSMISSIBLE**.

FACTEURS DE RISQUE :

- Alimentation sucrée
- Absence de brossage quotidien régulier

C'est la fréquence d'ingestion des sucres qui est plus nocive que la quantité totale !

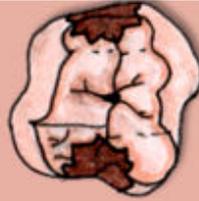
**BACTÉRIES + SUCRE = ACIDES SÉCRÉTÉS =
DÉMINÉRALISATION DE LA DENT**



LES MOYENS DE LUTTE :

- Le fluor contenu dans les dentifrices
- Brossage quotidien 2x par jour minimum
- Passage de fil dentaire
- Ne pas grignoter

DIFFÉRENTS STADES



Carie sans douleur
Carie avec douleur
Dévitalisation de la dent :
Traitement endodontique

PROCESSUS :

Les bactéries présentes dans la plaque dentaire sont à l'origine de la **déminéralisation** de l'émail, ce qui est la première étape de la carie.

Une fois la dent déminéralisée une cavité va se créer, des douleurs, des sensibilités au sucre peuvent survenir et même spontanément.

**PRISE EN CHARGE TARDIVE = SOIN PLUS
LOURD**

Le seul moyen de calmer les douleurs est de traiter la carie

LES MATÉRIAUX

RESINE COMPOSITE :

AVANTAGES : choix de la couleur (esthétique), collage, restauration dans la séance.

INCONVÉNIENTS : durée de vie limitée, reprise carieuse, peut irriter la pulpe en cas de proximité avec la pulpe.

AMALGAME :

AVANTAGES : résistant, peu de reprise carieuse, durée de vie plus importante que la résine composite.

INCONVÉNIENTS : moins esthétique, plus délabrant.

INLAY :

AVANTAGES : esthétique, en céramique ou en résine, adaptation à la dent et précision, résistance mécanique.

INCONVÉNIENTS : plusieurs étapes, faible remboursement de l'Assurance Maladie.



2.5. Prothèse

2.5.1. Fixée

☐ FACETTES



QU'EST-CE QU'UNE FACETTE ?

Il s'agit d'une fine pellicule composée d'une couche de céramique d'une épaisseur de 0,3 à 0,4mm.

INDICATIONS :

- Demande esthétique du patient (dent du bonheur, colorations résistantes au blanchiment, anomalies de position ou de forme ou de formation de l'émail)
- Fracture de la dent....

CONTRE INDICATIONS :

Hygiène insuffisante, bruxisme, délabrement important des dents...

AVANTAGES :

- Sur dent vivante
- Taille à minima de la dent
- Collage puissant

DANS VOTRE CAS

SCHEMA DENTAIRE :

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Côté Droit	Côté Gauche

PLAN DE TRAITEMENT :

- Inlay/ Onlay Dent(s) :
- Couronne : CCC/ CCM/ CC Dent(s) :
- Inlay core : Dent(s) :
- Provisoire : Dent(s) :
- Facette : Dent(s) :

HYGIENE

- Brossage des dents 2 fois par jour minimum
- Passage des brossettes et/ ou du fil dentaire entre les dents après chaque repas

Anne-Laure REMONGIN

PROTHÈSE FIXÉE

Pourquoi ai-je besoin d'une prothèse fixée ?

Le chirurgien-dentiste pose l'indication de la pose d'une prothèse fixée lorsqu'il fait face à une destruction de la dent trop importante pour être restaurée par des matériaux de restauration classique (amalgame, résine composite).

La prothèse fixée peut aussi répondre à certains besoins esthétiques.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

☐ INLAY/ONLAY

AVANTAGES :

- Esthétique, en céramique ou en résine
- Adaptation à la dent et précision
- Résistance mécanique

INCONVENIENTS :

- Plusieurs étapes
- Faible remboursement de l'Assurance Maladie

Différence entre inlay et onlay : étendue de la restauration



☐ COURONNE PROVISOIRE

OBJECTIFS :

- Protéger la dent taillée pour la couronne
- Restitue la fonction esthétique et fonctionnelle
- Préparer la gencive à la couronne d'usage
- Fait partie intégrante des règles de l'art dentaire

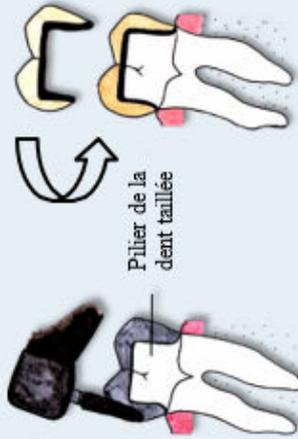


Page 2

☐ COURONNE

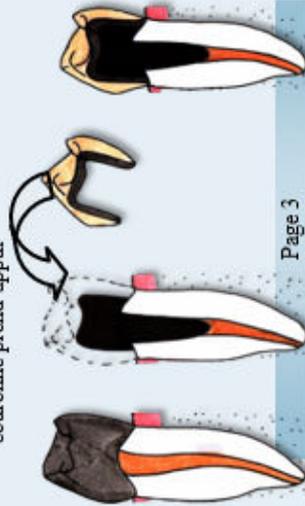
OBJECTIFS :

- Reconstituer la dent délabrée
- Protéger la dent pour assurer sa pérennité
- Sur dent vivante ou dévitalisée
- Plusieurs étapes : taille, empreinte, scellement
- Plusieurs types : céramique (CCC), céramo-métallique (CCM), coulée (CC c'est-à-dire en métal)



☐ INLAY CORE

- Sur dent dévitalisée, en plusieurs étapes
- La dent n'a plus de parois suffisamment épaisses pour supporter une couronne
- Permet de reconstituer un pilier sur lequel la couronne prend appui



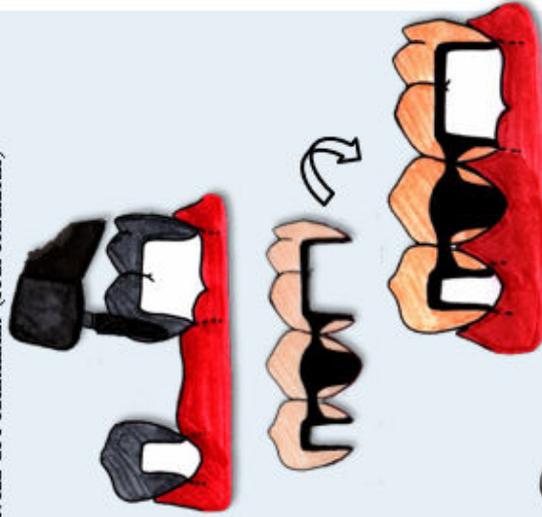
Page 3

☐ BRIDGE

QU'EST-CE QU'UN BRIDGE ?

- C'est un pont entre plusieurs dents pour remplacer celles qui sont absentes
- L'élément intermédiaire est suspendu entre deux dents supports et remplace la dent manquante
- Nécessite la taille des dents adjacentes
- Permet le rétablissement esthétique et fonctionnel
- L'hygiène après la mise en place du bridge doit être rigoureuse (passage de brosse à dents)

Autre solution : mise en place d'un implant au niveau de l'édentement (sous conditions)



Page 4

2.5.2. Amovible

AU QUOTIDIEN

HYGIENE :

Enlever les prothèses, brossage des dents et des muqueuses, puis brossage des prothèses avec une brosse à dents et du savon.
3 fois par jour, après chaque repas.

CONSEILS :

Le port de prothèse amovible pour la première fois est difficile à accepter par les patients, voici quelques conseils pour une adaptation optimale :

- Port de la prothèse la nuit les premiers jours, le plus souvent possible
- S'entraîner à parler avec les prothèses amovibles en face d'un miroir
- Réintroduire les aliments au fur et à mesure (mous puis durs)
- Éviter les chewing-gum, caramels, fraises
- Humidifier les prothèses avant de les insérer en bouche

CE QUI EST NORMAL :

- Sensation d'encombrement, d'augmentation de la salive
- Zozoter, perte de goût, réflexe nauséux
- Si la PAC bouge les premiers jours, il faut que les muscles et le cerveau intègrent l'appareil
- Les crochets peuvent se desserrer
- Des blessures de la muqueuse (porter la prothèse 24h avant de venir au RDV chez le chirurgien dentiste pour montrer les zones douloureuses)

DANS VOTRE CAS

SCHEMA DENTAIRE :

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
Côté Droit	Côté Gauche

PLAN DE TRAITEMENT :

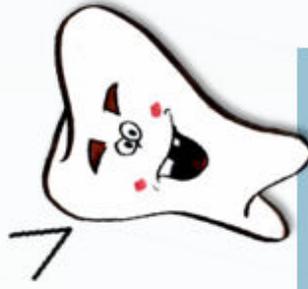
- PAPIM
Dents à remplacer :
- PAC transitoire maxillaire
- PAC transitoire mandibulaire
- PAC maxillaire
- PAC mandibulaire
- PAC mandibulaire stabilisée avec 2 implants

Anne-Laure REMONGEN

PROTHÈSE
AMOVIBLE

Pourquoi ai-je besoin d'une prothèse amovible ?

Les dents non conservables ont été extraites et doivent être remplacées par une prothèse amovible afin de rétablir l'esthétique et la fonction masticatrice.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

DANS QUELLE SITUATION ?

EDENTEMENT PARTIEL

- Une à plusieurs dents manquantes
- La prothèse s'enlève après chaque repas pour être nettoyée
- Les dents sur lesquelles l'appareil prend appui doivent être résistantes et non cariées, elles peuvent être couronnées

EDENTEMENT COMPLET

- Plus aucune dent en bouche
- Suite à des extractions multiples, possibilité de mettre une prothèse amovible complète (PAC) provisoire immédiate. 3 mois après les étapes de PAC définitives pourront être commencées
- Temps d'adaptation nécessaire



Page 2



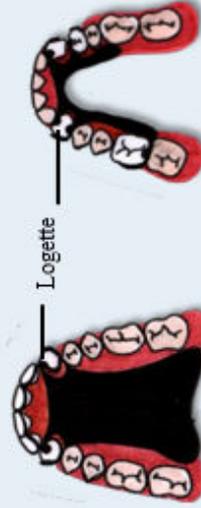
PAPIM

= Prothèse Amovible Partielle à Infrastructure Métallique (parfois appelée stellite)

COMPOSITION :

- Châssis métallique avec des crochets
- Résine
- Dents (choix de la couleur par le patient et le chirurgien-dentiste)

Étape de préparation des dents : création de petites logettes pour que la prothèse s'y insère.



Logette

Maxillaire
(Arcade supérieure)

Mandibule
(arcade inférieure)

Exemples de prothèse amovible

Sur le schéma, les dents remplacées sont colorées



Exemple d'un crochet

Page 3



PAC

= Prothèse Amovible Complète, plus connue sous le nom de « dentier ».

A 1/5 de l'efficacité masticatoire d'un denté. Effet de ventouse avec la salive au maxillaire.



Est adaptée à l'anatomie du maxillaire et de la mandibule.

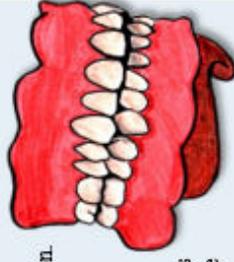
Choix de la couleur, de la forme des dents

Plusieurs étapes pour la réalisation.

Temps d'adaptation.



Evolution dans le temps car l'os support se modifie. La perte ou le gain de poids nécessite aussi souvent des ajustements des prothèses.



PAC mandibulaire stabilisée par deux implants



= C'est la référence !

A la mandibule, la PAC est toujours moins stable qu'au maxillaire.

Dans certains cas, même avec de la crème adhésive, la PAC n'est pas stable. Deux implants sont indiqués pour stabiliser la prothèse.

Attention, certaines conditions doivent être remplies pour la pose d'implants !



Page 4

2.6. Maladies générales et santé dentaire

HÉPATITES VIRALES

Conséquences buccales : gingivorragies, hématomes buccaux, xérostomie (absence de salive), altération du goût.

Il faut prendre en compte les risques infectieux, hémorragique mais aussi faire attention aux médicaments prescrits en cas d'insuffisance hépatique.

INSUFFISANCE RÉNALE

Les risques sont essentiellement infectieux et hémorragique. Attention aux médicaments prescrits.

Précisez les jours de dialyse afin de faire les soins chirurgicaux à distance.

ÉPILEPSIE

Conséquences buccales dues à la maladie : risque de morsures, fractures dentaires.

Conséquences dues au traitement : xérostomie (absence de salive), hyperplasie gingivale.



Page 5

BIPHOSPHONATES

ET ANTIRÉSORBEUX OSSEUX

Utilisés pour traiter : ostéoporose, métastases osseuses, hypercalcémie maligne, myélomes.

Le risque majeur : **OSTÉOCHIMIONÉCROSE** des maxillaires, spontanée ou après une extraction.

Il est **INDISPENSABLE** de faire une remise en état bucco dentaire avant le commencement du traitement et d'avoir un suivi régulier, deux fois par an chez votre dentiste.

RADIOTHÉRAPIE

Le risque majeur : **OSTÉORADIONÉCROSE** des maxillaires, spontanée ou après une extraction.

Il est **INDISPENSABLE** de faire une remise en état bucco dentaire avant le commencement du traitement et d'avoir un suivi régulier, deux fois par an chez votre dentiste.

Les conséquences après les rayons sont : xérostomie (absence de salive), muçite (sensation de brûlure dans la bouche), trismus (difficulté à ouvrir la bouche), altération du goût.

Port de gouttières fluorées, 5 minutes tous les soirs, parfois À VIE.

Page 6

Anne-Laure REMONGIN

MALADIES GÉNÉRALES ET SANTÉ DENTAIRE

Pourquoi est-ce important de mentionner toutes les pathologies et les médicaments pris par le patient ?

Les maladies ont des répercussions sur votre cavité buccale et les traitements associés peuvent également avoir des conséquences dans votre bouche.

Afin de vous prendre en charge de façon la plus optimale, votre chirurgien-dentiste doit pouvoir évaluer votre état de santé général. Pour faciliter cette démarche, n'hésitez pas à lui fournir votre ordonnance pour ne pas oublier de citer les médicaments que vous prenez.

Il est fortement recommandé de voir votre chirurgien-dentiste deux fois par an pour améliorer votre suivi.



NOM :

PRÉNOM :

DATE :

Page 1

MALADIES CARDIO VASCULAIRES

HYPERTENSION ARTÉRIELLE (HTA) :

Conséquences buccales dues au traitement : hyposalivie (diminution de la quantité de salive), hyperplasie gingivale, altération du goût.

MALADIES CORONARIENNES (Angor, Infarctus du Myocarde) :

Conséquences buccales dues au traitement : hémorragie, altération du goût, hyposalivie voire xérostomie (absence de salive).

ARYTHMIES CARDIAQUES :

Conséquences buccales dues au traitement : hémorragie, altération du goût, hyposalivie voire xérostomie (absence de salive).

RISQUE D'ENDOCARDITE INFECTIEUSE :

- Tout foyer infectieux sera éliminé systématiquement.
- Hygiène irréprochable
- Risque infectieux qui nécessite une prise en charge particulière avant les soins chirurgicaux
- Risque hémorragique dû au traitement anticoagulant ou antiplaquettaire

 **PRÉVENIR VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE DES MÉDICAMENTS QUE VOUS PRENEZ : le traitement anticoagulant ou antiplaquettaire doit être connu, particulièrement avant de réaliser une extraction.**

DIABÈTE DE TYPE II

Vous devez pouvoir fournir votre dernier bilan sanguin et notamment votre hémoglobine glyquée (HbA1c).

Conséquences buccales :

- Risque accru de développer des caries et des maladies parodontales
- Le diabète déséquilibre les maladies parodontales et inversement
- Immunodépression = infection bactérienne, fongique et virale
- Moins bonne cicatrisation en cas de diabète non équilibré
- Altération du goût possible par les médicaments

VIH

Vous devez pouvoir fournir votre dernier bilan sanguin et dire si votre charge virale est détectable ou non.

Tous les soins sont possibles, ils seront réalisés de préférence en fin de matinée ou de journée.

Les répercussions buccales sont variables en fonction du stade : risques hémorragique et infectieux (candidose par exemple).



DÉPRESSION

Conséquences buccales dues à la maladie : hygiène négligée (risques carieux et parodontal majorés), douleurs chroniques.

Conséquences buccales dues au traitement : xérostomie (absence de salive), altération du goût, mycose, gingivite.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Conséquences buccales dues à la maladie : atteinte des articulations temporo mandibulaires, Syndrome de Goujerot-Sjögren secondaire (diminution salivaire).

Préciser les traitements en cours pour évaluer le risque infectieux et hémorragique.

SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

Préciser si vous avez déjà pris des biphosphonates.

3. Synthèse sur les fiches conseils

3.1. Avantages

Les fiches comportent des avantages tant pour le chirurgien-dentiste que pour le patient.

3.1.1. Pour le chirurgien-dentiste

Le premier avantage de ces fiches est qu'elles sont un vecteur de qualité. Elles sont informatives, explicatives et pédagogiques. Elles mettent en condition psychologique le patient qui peut être sidéré par l'annonce du diagnostic ou qui est tout simplement méfiant. Elles facilitent la communication et renforcent la confiance du patient envers son praticien.

Le deuxième intérêt est un gain de temps pour le chirurgien-dentiste. En effet, notre profession est particulièrement stressante, et ce, en raison du temps imparti pour chaque patient. En une séance, le chirurgien-dentiste doit poser son diagnostic, réaliser un acte (dans la majorité des cas) pour soulager le patient mais également lui expliquer la maladie dans un délai souvent court. La fiche permet de se concentrer sur les problèmes du patient sans se disperser et d'aller à l'essentiel. Des explications seront données à la première séance et si jamais le patient a d'autres questions, il pourra se fonder sur la fiche et poser ses questions à la séance suivante.

Le troisième avantage pour le praticien est d'éviter les oublis car c'est un rappel des points les plus importants.

Le quatrième point est crucial car il s'agit aussi d'une preuve de délivrance de l'information. Toutefois, la fiche ne peut se suffire à elle-même et doit être expliquée à chaque patient. Des annotations sont conseillées pour personnaliser la fiche.

Le cinquième point est un avantage pour les deux protagonistes. Elles rassurent le patient qui peut conserver les explications auprès de lui en rentrant chez lui. Or, un patient rassuré est un patient qui écoute mieux son praticien et son observance n'en sera que renforcée.

3.1.2. Pour le patient

Le premier avantage est un patient rassuré qui se sent écouté et pris en compte. Le chirurgien-dentiste en face de lui reconnaît son problème, a des explications à lui fournir et prend le temps de personnaliser l'information.

Le deuxième avantage est un rappel des explications pour le patient, des termes utilisés par le chirurgien-dentiste, qui ont tendance à être oubliés rapidement.

Le troisième avantage des fiches est qu'elles peuvent répondre à des questions que le patient n'a pas posées car il n'y a pas pensé au cours de la séance ou qu'il n'ose pas (sur l'halitose par exemple).

Le quatrième avantage est une vulgarisation des termes médicaux. Ainsi le patient a les termes médicaux et les explications simplifiées.

3.2 Inconvénients

3.2.1. Pour le chirurgien-dentiste

Le principal inconvénient est qu'il peut être nécessaire de compléter l'information à l'aide de support afin d'illustrer les explications.

Par exemple, pour expliquer les différentes solutions prothétiques, le chirurgien-dentiste peut montrer des modèles en plâtre d'autres patients ou des modèles pédagogiques, des radios (rétro alvéolaires ou panoramiques dentaires). Ces explications et démonstrations complémentaires peuvent prendre du temps.

Des supports vidéos peuvent aussi être utilisés en complément pour illustrer les techniques utilisées et montrer le travail terminé. On peut imaginer passer des vidéos dans la salle d'attente.

3.2.2. Pour le patient

Les fiches conseils sont synthétiques, elles peuvent ne pas répondre à toutes les questions posées par le patient. Il est bien sûr difficile de concilier synthèse et exhaustivité.

De plus, ces fiches sont destinées à être rapportées par le patient chez lui afin d'être un pense-bête (pour les fiches sur l'hygiène par exemple) ou de rappeler la conduite à tenir (après une chirurgie ou après un traumatisme chez l'enfant par exemple). Cela

implique que le patient doit être soigneux et impliqué dans sa prise en charge pour conserver la fiche.

3.3. Délégation

Les explications données au patient prennent du temps et nécessitent d'être répétées. Or, le temps imparti à chaque patient limite la répétition de ces explications, le rôle de l'assistant(e) dentaire ou encore de l'hygiéniste est prépondérant afin d'optimiser la prise en charge des patients.

3.3.1. Le rôle de l'assistant(e) dentaire

L'information donnée au patient est impérativement délivrée par le praticien qui réalise les soins. En aucun cas cette information sera délivrée en premier lieu par l'assistant(e) dentaire. Celle-ci ou celui-ci peut répéter les informations fournies par le chirurgien-dentiste. Les patients ont souvent plus de facilité à leur exposer leur problème ou à leur demander de répéter s'ils n'ont pas compris. Les assistant(e)s dentaires sont des intermédiaires dans la relation patient-praticien.

3.3.2. Le rôle de l'hygiéniste dentaire

Cette profession n'est pas reconnue en France.

Leurs rôles sont les suivants : dépistage des maladies buccodentaires, soins conservateurs tels que les amalgames et résines composites, les traitements préventifs et esthétiques, le détartrage et polissage des dents ainsi que les traitements parodontaux non chirurgicaux. Ils élaborent et appliquent les programmes de santé buccodentaire mais aussi informent et sensibilisent les patients sur l'importance de l'hygiène dentaire.

Ainsi, leur rôle complète celui du chirurgien-dentiste et est précieux dans la promotion de la santé car ils guident le patient vers une autonomie dans leur santé.

CONCLUSION

Pour réaliser un soin, le chirurgien-dentiste doit obtenir le consentement éclairé de son patient, il s'agit d'une obligation légale et éthique. Or, le consentement éclairé ne peut être obtenu qu'à la suite de la délivrance d'une information claire, loyale et adaptée à la compréhension du patient. Nonobstant, les explications du chirurgien-dentiste sont soumises à un potentiel malentendu par le patient ; les limites de la communication entrent en jeu à la suite de l'annonce du diagnostic mais aussi face à une relation déséquilibrée entre le patient et le praticien.

La fiche conseil est un outil qui permet d'augmenter la confiance du patient envers son chirurgien-dentiste ainsi que la compréhension de sa santé buccodentaire et les maladies qui y sont liées. La vulgarisation des termes médicaux ainsi qu'une synthèse vulgarisée des étiologies, des traitements, des prises en charge améliorent l'assimilation des informations par le patient. Ce dernier se sent reconnu et sa demande d'écoute prise en compte par le chirurgien-dentiste. Ainsi, les fiches conseils rééquilibrent la relation entre ces deux protagonistes.

En outre, la fiche conseil est une preuve de la délivrance de l'information, on peut même imaginer l'imprimer à partir du dossier médical du patient. Elle est également un vecteur de qualité pour le patient car c'est un rappel de termes médicaux qui sont vulgarisés et expliqués. Les questions que peut se poser le patient peuvent être apportées en partie par la fiche, et les réponses fournies seront complétées par le chirurgien-dentiste lors d'une deuxième séance.

Les limites de ces fiches seront complétées par d'autres supports tels que les vidéos, des supports pédagogiques ou encore par l'assistant(e) dentaire afin d'alléger la somme de travail du chirurgien-dentiste.

La fiche conseil s'inscrit pleinement dans l'éducation thérapeutique du patient afin de l'amener à plus d'autonomie dans la prise en charge de sa santé bucco-dentaire. De cette manière le chirurgien-dentiste répond à son échelle son rôle de la promotion de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

ABATTU O. La prévention bucco-dentaire en France : entre recommandations et pratique quotidienne [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Lyon : Université Claude Bernard. UFR d'odontologie, 2016. 52 p.

AMZALAG A, AMZALAG J. Prendre soin de ses dents pour les nuls. Paris : Editions First ; 2015. 279 p.

ARLET P, NICODEME R, DELPLA P-A, TRAPE F, HANAIRE-BROUTIN H, CADROY S. La relation médecin-malade [en ligne]. 2001 [consulté le 30/09/2017]. Disponible sur : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf

Association Professionnelle des Professeurs et professeures d'Administration au Collégial. La pédagogie active, pourquoi ne pas essayer ? [en ligne]. [consulté le 18/11/2017]. Disponible sur : www.appac.qc.ca/Pedagogie/pedagogieactive1.php

ATASH R. La prothèse complète au quotidien. Charenton-le-Pont : Quintessence International ; 2015. 128 p.

BERY A. Le contrat de soins. Paris : S.I.D ; 1997. 85 p.

BONNER M. Tant de bouches à guérir. Bruxelles : Amyris ; 2009. 303 p.

CHOUKROUN M-G. Au cœur de la relation thérapeutique. Paris : Glyphe ; 2007. 151 p.

CLEMENT C. Conduite addictive et prise en charge odonto-stomatologique. Cours Patients fragiles, UE4, EC3, Université de Lorraine. 2017.

COURSON F, LANDRU M-M. Odontologie pédiatrique au quotidien. Rueil Malmaison : Edition CdP ; 2001. 171 p.

DAVARPANA M. Les implants en odontologie. Condé-sur-Noireau, Editions CdP ; 2004. 151 p.

DELFOSSÉ C, TRENTESAUX T. La carie précoce du jeune enfant, du diagnostic à la prise en charge globale. [Malakoff] : Editions CdP ; 2015. 126 p.

Ecole supérieure d'hygiénistes dentaires. La profession d'hygiéniste dentaire. [en ligne]. 2014 [consulté le 02/06/2018]. Disponible sur : <http://www.eshyd.ch/profession-hygieniste-dentaire.html>

FROGER V. Un schéma vaut mieux qu'un long discours [en ligne]. 2010 [consulté le 30/09/2017]. Disponible sur : <http://www.capital.fr/votre-carriere/un-schema-vaut-mieux-qu-un-long-discours-502196>

Haute autorité de santé. Annoncer une mauvaise nouvelle [en ligne]. 2008 [consulté le 20/11/2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf

Haute Autorité de Santé. Contribuer à la régulation par la qualité et l'efficacité [en ligne]. 2017 [consulté le 30/09/2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

Haute Autorité de Santé. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé [en ligne]. 2009 [consulté le 18/11/2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_430286/fr/elaboration-d-un-document-ecrit-d-information-a-l-intention-des-patients-et-des-usagers-du-systeme-de-sante

HELPER M. Le traitement du patient édenté total. Cours, Université de Lorraine, Nancy. 2015.

JACQUOT J-P. Les éléments générateurs d'une relation optimale au cabinet dentaire [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Nancy : Université de Lorraine. UFR d'odontologie, 2007. 213 p.

LAURENT F, ALANTAR A, BARANES M, BOUAZIZ F, DAVIDO N, DOUCET P et coll. Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. Paris : ADF ; 2013. 135 p.

LECIMBRE E, GAGNAYRE R, DECCACHE A, D'IVERNONIS J-F. Le rôle des associations de patients dans le développement de l'éducation thérapeutique en France. Santé publique. [en ligne]. 2002 [consulté le 06/11/2017] ; 14(4) : 389-401. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2002-4-page-389.htm>

Legifrance.gouv.fr. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. 2002 [consulté le 30/09/2017]. Disponible

sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

MAHE J. La mise en place d'une consultation d'éducation thérapeutique du patient en parodontologie au sein du service d'odontologie restauratrice et chirurgicale [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Nantes : Université de Nantes. UFR d'odontologie, 2011. 86 p.

MATHELIN M. L'information : rôle clef dans l'adhésion du patient au plan de traitement du praticien [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Nancy : Université Henri Poincaré. UFR d'odontologie, 2010. 105 p.

MAYEUX D. Infos patients [en ligne]. 2010 [consulté le 30/09/2017]. Disponible sur : http://www.infos-patients.fr/que_dit_la_loi_code_de_deontologie_medical_contenu_du_dossier_medical_violation_secret_medical_ethique_et_deontologie_medicale/le_consentement_eclairé_ethique_et_deontologie_medicale.html

MISSILA P, RAHAL B. Droit dentaire et chirurgie dentaire. Rueil-Malmaison : CdP ; 2006. 91 p.

MULLER-BOLLA M. Fiches pratiques d'odontologie pédiatrique. Rueil-Malmaison : Editions CdP ; 2014. 347 p.

Organisation Mondiale de la Santé. Qu'est-ce que la promotion de la santé ? [en ligne]. 2016 [consulté le 15/01/2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>

Parosphere.org. Education thérapeutique à l'hygiène orale [en ligne]. 2017 [consulté le 8/02/2018]. Disponible sur : <http://fr.calameo.com/read/00004081878667a7db60e>.

PERDRIOLLEE-GALET E. Principales complications de la grossesse. Menaces d'accouchement prématuré. Cours Prévention, UE8, EC3, Université de Lorraine, 2016.

PIRNAY P. L'éthique médicale en chirurgie dentaire : principes et application. Paris : Espace ID ; 2016. 240 p.

PITON F. Les bonnes pratiques relationnelles en odontostomatologie pour une meilleure adhésion au soin [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Lyon : Université Claude Bernard. UFR d'odontologie, 2016. 50 p.

REMONGIN E, BOURDON O, MASSERON S, BLOCH V, JACOB A, TROUT H et coll. Educatin thérapeutique du patient. Cours de 4ème année de Pharmacie. Université Paris Descartes. 2015-2016.

ROSEZWEIG J. Principes de communication patient-praticien dans le cadre d'une approche centrée sur la personne en odontologie [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Toulouse : Université Paul Sabatier. UFR d'odontologie, 2014. 123 p.

SABK M. Les responsabilités du chirurgien-dentiste. 2e édition. Bordeaux : Les Etudes hospitalières ; 2012. 416 p.

Santé publique France. Communication et promotion de la santé [en ligne]. 2012 [consulté le 15/01/2018]. Disponible sur : inpes.santepubliquefrance.fr/campagne-communication/

SATONI P. Maitriser la prothèse amovible partielle. Rueil-Malmaison : Editions CdP ; 2004. 185 p.

SARKISSIAN LE. Le consentement éclairé du patient [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Nantes : Université de Nantes. UFR d'odontologie, 2014. 79 p.

SCHAEFFER G. Odontologie et pathologies générales : proposition de fiches synthétiques de prise en charge pour un exercice omnipratique [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Nancy : Université de Lorraine. UFR d'odontologie, 2015. 399 p.

SENTENAC Q. Vocabulaire professionnel et approche centrée sur la personne en odontologie [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Toulouse : Université Paul Sabatier. UFR d'odontologie, 2017. 86 p.

Sham. Information du patient : quelle traçabilité selon la HAS [en ligne]. 2012 [consulté le 16/01/2018]. Disponible sur : <http://prevention.sham.fr/Droit-Pratiques/Le-point-sur/Information-du-patient-quelle-tracabilite-selon-la-HAS>

SIMONET P, MISSIKA P, POMMAREDE P. Recommandations de bonnes pratiques en odontostomatologie : anticiper et gérer la contestation. Paris : Espace ID ; 2015. 416 p.

Sydo pedago. Pédagogie : Comment le schéma favorise-t-il l'apprentissage ? [vidéo en ligne]. 2014 [consulté le 30/09/2017]. 2 min 30. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?time_continue=3&v=Y49H6_dL9qs

Sydologie le magazine de l'innovation pédagogique. Les avantages pédagogiques du schéma [en ligne]. 2014 [consulté le 30/09/2017]. Disponible sur : <http://sydologie.com/2014/06/les-avantages-pedagogiques-du-schema/>

TRAMUS E. Éducation à la santé orale, de la grossesse à la petite enfance : théorie et pratique [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Nancy : Université de Lorraine. UFR d'odontologie, 2016. 155 p.

Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Votre dentiste, complice de votre santé [en ligne]. [consulté le 30/09/2017]. Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr/espace-public/formations-medico-social/>

uOttawa. Promotion de la santé [en ligne]. [consulté le 15/01/2018]. Disponible sur : https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Promotion_f.htm

Voix des patients. Les associations de patients en chiffres [en ligne]. 2015 [consulté le 06/11/17]. Disponible sur : <http://www.voixdespatients.fr/les-associations-de-patients-en-chiffres.html>

Wikipédia. Hygiéniste dentaire [en ligne]. 2018 [consulté le 02/06/2018]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Hygi%C3%A9niste_dentaire

YECHE A. La communication patient-praticien [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire]. Montpellier : Université de Montpellier. UFR d'odontologie, 2014. 153 p.

ZUNZARREN R. Guide clinique d'odontologie. 2e édition. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson ; 2014. 313 p.

Table des matières

Sommaire

Table des fiches conseils

Introduction

1. À la recherche du consentement éclairé	13
1.1 Pour quelles raisons rechercher le consentement éclairé	13
1.1.1. Obligation légale et médico légale	13
• Loi Kouchner	13
• Évolution des mentalités en matière de soins	13
• Preuve de l'information apportée par le professionnel de santé en cas de litige.....	15
1.1.2. Obligation éthique : code de déontologie des chirurgiens-dentistes	16
1.2 Communication avec les patients	17
1.2.1. Comment communiquer ?.....	17
• Communication pendant une consultation des chirurgiens- dentistes.....	17
• Annonce du diagnostic.....	18
1.2.2. Information	21
• Cadre juridique.....	21
• Fiches conseils.....	22
1.3. Éducation à l'hygiène buccodentaire	22
1.3.1. Deux échelles	
• Collective: promotion de la santé par les politiques.....	22
• Individuelle: éducation thérapeutique du patient par les professionnels de santé.....	24
1.3.2. Application de l'ETP.....	25
1.3.3. Mise en œuvre en odontologie.....	26
• Séance initiale.....	26
• Entretien motivationnel.....	27
• Maintenance.....	28
2. Rédaction de fiches conseils	29
2.1. Pour la salle d'attente	29
2.1.1. Femme enceinte.....	29
2.1.2. Personnes dépendantes et fragiles.....	32

2.1.3. Hygiène.....	35
2.2. Parodontologie	38
2.2.1. Maladies parodontales.....	38
2.3. Chirurgie	41
2.3.1. Informations avant une chirurgie.....	41
2.3.2. Implants et prothèse sur implant	44
2.4. Soins dentaires.....	47
2.4.1. Enfants.....	47
• Traumatismes.....	47
• De 18 mois à 6 ans.....	50
• À partir de 6 ans.....	53
2.4.2. Adultes.....	56
• Traitements conservateurs et endodontique.....	56
2.5. Prothèse	60
2.5.1. Fixée	60
2.5.2. Amovible	63
2.6. Maladies générales et santé dentaire	66
3. Synthèse sur les fiches conseils	69
3.1. Avantages	69
3.1.1. Pour le chirurgien-dentiste.....	68
3.1.2. Pour le patient.....	68
3.2 Inconvénients	70
3.2.1. Pour le chirurgien-dentiste.....	69
3.2.2. Pour le patient.....	69
3.3. Délégation	71
3.3.1. Le rôle de l'assistant (e) dentaire.....	70
3.3.2. Le rôle de l'hygiéniste dentaire.....	70

Conclusion

Bibliographie



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ
D'ODONTOLOGIE
DE LORRAINE

Jury : Président : P. AMBROSINI – Professeur des Universités
Juges : P. ERIC MORTIER – Professeur des Universités
R. BALTHAZARD – Maître de Conférences des Universités
B. PHULPIN – Maître de Conférences des Universités

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par : **Mademoiselle REMONGIN Anne-Laure**

né(e) à : **FONTAINE-LES-DIJON (Côte d'or)**

le 18 juillet 1994

et ayant pour titre : « **Fiches conseils en odontologie : un outil de communication pour le chirurgien-dentiste omnipraticien** ».

Le Président du jury

P. AMBROSINI

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie

FACULTÉ
D'ODONTOLOGIE
DE LORRAINE
J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse

NANCY, le **10 septembre 2018**

Le Président de l'Université de Lorraine

P. MUTZENHARDT