

UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2017

Thèse N° 2017-TOU3-3021

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

ASSAD Chloé

Le 03 Mars 2017

PERCEPTION DES PARENTS SUR L'ANESTHESIE GENERALE DANS LE CADRE DE SOINS DENTAIRES

Directeur de thèse : Docteur MARTY Mathieu

JURY

Président

Professeur VAYSSE Frédéric

Assesseur

Professeur KEMOUN Philippe

Assesseur

Professeur DIEMER Franck

Assesseur

Docteur MARTY Mathieu





Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONNIOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Professeurs d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Adjoint d'Enseignement :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Mme NOIRRI-ESCLASSAN, Mme VALERA

Mme DARIES, Mr MARTY,

Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Assistant Associé :

Mr BARON

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Mr BOYADZHIEV

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Professeurs d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistant :

Adjoints d'Enseignement :

Mr HAMEL

Mme NABET, Mr SIXOU

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Mlle. BARON,

Mr. DURAND, Mr. PARAYRE, Mr. ROSENZWEIG

57.01 PARODONTOLOGIE***Chef de la sous-section :*** ***Mr BARTHET***

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr. RIMBERT, Mr. ANDUZE-ACHER

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr SANCIER, Mr BARRE, Mme KADDECH, Mme VINEL

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION***Chef de la sous-section :*** ***Mr COURTOIS***

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme CROS, Mme COSTA-MENDES

Assistant Associé : Mr DAUZAT,

Adjoints d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE***Chef de la sous-section :*** ***Mr POULET***

Professeur d'Université : Mr KEMOUN

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr POULET, Mr BLASCO-BAQUE

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE,

Assistant Associé : Mme FURIGA-CHUSSEAU

Adjoints d'Enseignement : Mr SIGNAT, Mr PUISSOCHET, Mr FRANC

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE***Chef de la sous-section :*** ***Mr DIEMER***

Professeur d'Université : Mr DIEMER

Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr BONIN, Mr BUORO, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr DUCASSE

Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. ELBEZE, Mr. MALLET, Mr. FISSE

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)***Chef de la sous-section :*** ***Mr CHAMPION***

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT

Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA, Mr. LEMAGNER

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA,

Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGÉANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE, Mr. CHAMPION,

Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. HENNEQUIN

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE***Chef de la sous-section :*** ***Mme JONIOT***

Maîtres de Conférences : Mme JONIOT, Mr NASR

Assistants : Mr. CANCEILL, Mme. GARNIER, Mr. OSTROWSKI

Adjoints d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mme MAGNE, Mr VERGÉ, Mme BOUSQUET,

Mr MONSARRAT

L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1891).

Mise à jour au 03 FEVRIER 2017

REMERCIEMENTS

A mes parents, pour leur amour et leur protection depuis toujours. Je ne serais pas là où j'en suis sans vous. Tout ça c'est grâce à vous. Merci pour votre confiance et votre soutien. Je vous aime.

A mes sœurs, Alizée pour m'avoir toujours motivée (work work work) pour cette thèse, pour ta relecture, il fallait bien que tu sois là pour que j'avance. Pour les petites douceurs et le reste, je suis heureuse de notre complicité d'aujourd'hui. A ma Jadou, mon bébé qui me manque tous les jours. Même si tu es un poisson rouge, je t'aime quand même.

A ma famille, beaucoup trop nombreuse pour citer tout le monde, les Assad et Manzoni, merci pour tous ces moments passés ensemble réunis. De Paris à Dijon, en passant par Corna, Dakar et ailleurs, vous avez toujours cru en moi. Et comme dit mamie, hauts les cœurs !

A Clémentine, merci d'avoir été mon soleil quand autour de moi il pleuvait, particulièrement cet été. Merci pour les mojitos party autour de la piscine et ton amitié indéfectible, notre amour commun pour Disney. Peu importe où l'avenir nous mènera, ce ne sera jamais un obstacle pour nous.

A Amélie, pour nos moments TP, kiosque, sushis, domac, révisions piscine, bateau, St Tropez/St Aygulf, OSS, confidences sur canapé et girly en amoureuses. On se comprend en un regard. Merci d'apporter du bonheur et de la légèreté dans ma vie.

A mes moches chéris : Céline, Chloé, Enzo, Nathalie, Elise, Thomas, Alizée, Louis, Carole, Clémence, Mathieu. Je vous aime d'amour et de paillettes ! Vous avez rendu mes années dentaire riches et pleines de merveilleux souvenirs. Merci de faire partie de ma vie, merci pour les voyages, les vacances, les soirées, les fous rires, les potins, les (rares) séances sport ou répétitions gala. Ce n'est que le début ! PS : je ne regrette rien !

A mes amis du lycée : mes jumelles Anne et Hélène (depuis toujours, ensemble c'est tout) et ma Kimy pour nos midis, après-midis et soirs au Wallace. Vous m'avez toujours soutenue et redonné la pêche quand j'en avais besoin. A Benjamin, pour nos chamailleries et notre camaraderie.

A Marine, quelle merveilleux hasard l'ordre alphabétique. Depuis la P1 jusqu'à aujourd'hui, rien ne change. Pour nos textos d'encouragements dans nos moments de galères, et la fraîcheur que tu m'apportes. C'est pas si loin Bordeaux, alors à vie d'accord ?

A Johanna, merci pour ton soutien inconditionnel depuis des années maintenant. Pour ton réconfort et tes mots d'amitié si précieux.

Aux tooth ou rire, mes copains de promo : Juliette pour sa prose jamais égalée, Camille, Clément (sans oublier Raspou), Charlotte, Lucie, Clémence B, Aurore, Sophie, Marie, Neïla, Thibault.

À notre président de jury de thèse,

Monsieur le Professeur Frédéric VAYSSE

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Chef du Service d'Odontologie,
- Chef adjoint du pôle CVR,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Diplôme d'Etudes Approfondies en Imagerie et Rayonnement en Médecine,
- Habilitation à Diriger les Recherches (HDR),

Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de notre thèse.

Nous vous remercions de l'écoute et de la sympathie dont vous avez fait preuve à notre égard durant nos années d'étude.

Soyez assuré de notre gratitude et de nos meilleurs sentiments.

À notre jury de thèse,

Monsieur le Professeur Philippe KEMOUN

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Habilitation à Diriger les Recherches (HDR),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,

*Nous sommes honorés et vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous avez
accepté de siéger dans ce jury.*

*Nous vous sommes reconnaissants pour votre disponibilité et vos conseils,
particulièrement au bloc de l'Hôpital des Enfants où vous nous avez toujours accueillis
avec gentillesse.*

*Veillez trouver ici le témoignage de nos sincères remerciements et de notre profonde
considération.*

À notre jury de thèse,

Monsieur le Professeur Franck DIEMER

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Responsable de la sous-section d'Odontologie Conservatrice, Endodontie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- D.E.A. de Pédagogie (Education, Formation et Insertion) Toulouse Le Mirail,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Responsable du Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie à Toulouse,
- Habilitation à Diriger des Recherches (HDR),
- Vice-Président de la Société Française d'Endodontie,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous sommes reconnaissants pour votre enseignement, votre pédagogie, votre accessibilité et votre gentillesse tout le long de nos études. Ce fut un réel plaisir.

Veillez trouver ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux.

À notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Mathieu MARTY

- Assistant Hospitalo-Universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- CES de Chirurgie Dentaire Odontologie Pédiatrique et Prévention,
- CES de Physiopathologie et diagnostic des dysmorphies cranio-faciales,
- Master 2 Sciences de l'éducation, Université Paul Valéry

Je souhaite vous remercier avec la plus grande gratitude d'avoir accepté de diriger ce travail avec spontanéité.

Vous m'avez guidée avec gentillesse et disponibilité non seulement dans ce travail mais aussi durant les vacations de clinique. Vous m'avez donné goût à la pédodontie et votre implication ainsi que votre approche « mimi » restera pour moi un exemple à suivre.

Veillez trouver en ce travail l'expression de mon estime et de mon profond respect.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 12 |
| PARTIE I : L'ANESTHESIE GENERALE EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE | 15 |
| I. DEFINITION | 15 |
| II. INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS | 16 |
| III. ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE | 18 |
| <i>III.1. Consultation pré-opératoire odontologique.....</i> | <i>18</i> |
| <i>III.2. Consultation pré-anesthésique.....</i> | <i>20</i> |
| <i>III.3. Intervention</i> | <i>21</i> |
| III.3.a. Préparation du patient..... | 21 |
| III.3.b. Induction..... | 22 |
| III.3.c. Liberté des voies aériennes | 23 |
| III.3.d. Tamponnement bucco-pharyngé..... | 24 |
| III.3.e. Temps opératoire..... | 25 |
| <i>III.4. Surveillance post-interventionnelle.....</i> | <i>26</i> |
| <i>III.5. Suivi post-interventionnel.....</i> | <i>27</i> |
| IV. CONCLUSION | 28 |
| PARTIE II : RESENTI DES PARENTS VIS A VIS DE L'ANESTHESIE GENERALE | 29 |
| I. INTRODUCTION | 29 |
| II. MATERIEL ET METHODE | 29 |
| <i>II.1. Approche qualitative et types d'entretiens.....</i> | <i>29</i> |
| <i>II.2. L'échantillon.....</i> | <i>30</i> |
| II.2.a. Composition | 30 |
| II.2.b. Taille de l'échantillon..... | 31 |
| II.2.c. Recrutement..... | 31 |
| <i>II.3 Les entretiens.....</i> | <i>32</i> |
| <i>II.4. Analyse des données.....</i> | <i>33</i> |
| III. RESULTATS..... | 34 |
| <i>III.1. Population étudiée.....</i> | <i>34</i> |
| <i>III.2. Analyse des entretiens.....</i> | <i>35</i> |
| III.2.a. Le cadre de vie | 35 |
| ➤ <u>La cause des caries.....</u> | 35 |
| ➤ <u>Le quotidien affecté.....</u> | 38 |
| III.2.b. Approche parentale vis à vis de l'anesthésie générale | 40 |
| ➤ <u>L'approche négative.....</u> | 40 |
| ➤ <u>L'approche positive.....</u> | 42 |

| | |
|---|-----------|
| III.2.c. Responsabilité parentale | 45 |
| ➤ <u>La notion de responsabilité</u> | 45 |
| ➤ <u>Les modifications à faire dans le quotidien</u> | 47 |
| IV. DISCUSSION | 48 |
| <i>IV.1. Forces et faiblesses de l'étude</i> | <i>48</i> |
| IV.1.a. Les forces de l'étude..... | 48 |
| IV.1.b. Les faiblesses de l'étude | 49 |
| <i>IV.2. Synthèse des résultats</i> | <i>50</i> |
| CONCLUSION | 55 |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS | 57 |
| ANNEXES | 58 |
| <i>ANNEXE 1 : FICHE DE LIAISON POUR L'HOPITAL DES ENFANTS</i> | 58 |
| <i>ANNEXE 2 : EXEMPLE 1 D'ENTRETIEN AVEC UN PARENT</i> | 59 |
| <i>ANNEXE 3 : EXEMPLE 2 D'ENTRETIEN AVEC UN PARENT</i> | 62 |
| <i>ANNEXE 4 : FICHE CONSEIL DE BROSSAGE ETABLIE PAR L'UFSBD</i> | 64 |
| <i>ANNEXE 5 : PROPOSITION D'ARTICLE</i> | 66 |
| BIBLIOGRAPHIE | 73 |

INTRODUCTION

La carie, selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est définie comme étant un « *processus pathologique, localisé, d'origine externe, apparaissant après l'éruption, qui s'accompagne d'un ramollissement des tissus durs et évoluant vers la formation d'une cavité* ». Elle est également le 3^{ème} fléau mondial, après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. C'est donc un problème majeur de santé publique. (1) Il s'agit d'une maladie infectieuse, chronique, dont l'étiologie est multifactorielle.

En France, environ 93% des enfants de 6 ans sont totalement indemnes de caries, 56% chez les enfants de 12 ans, avec un CAOD (dent cariée, absente ou obturée) de 1,23. (2)

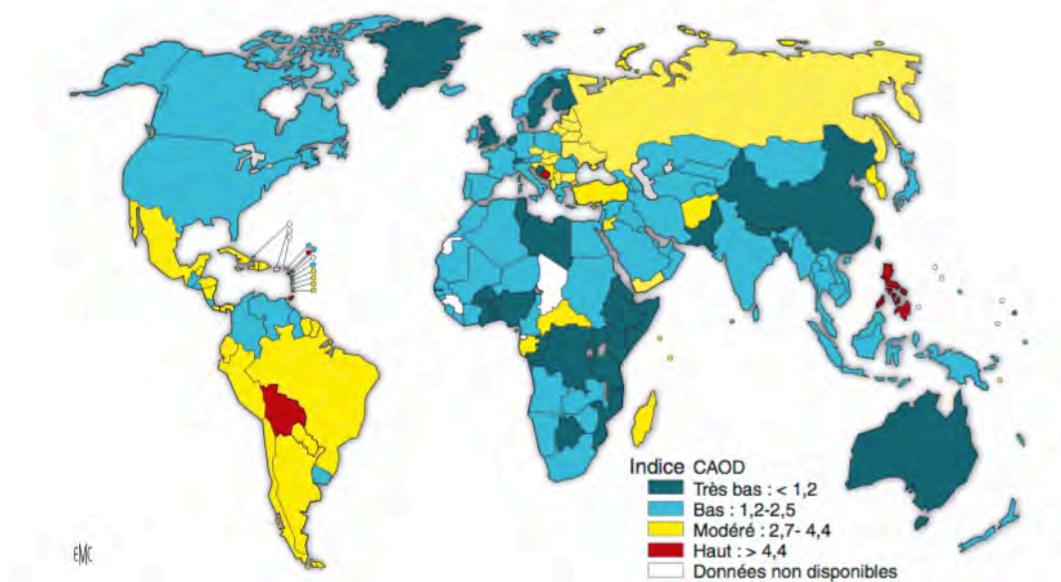


Figure 1 : La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans (source : OMS, 2000 ; Rapport sur la santé buccodentaire dans le monde, 2003)

Toutefois, les enfants touchés par la maladie carieuse le sont plus sévèrement : actuellement, 25% des enfants hébergent 75% des lésions carieuses. (3)

Face à cela, plusieurs moyens thérapeutiques sont mis à notre disposition. Ils sont indiqués selon un gradient thérapeutique, en fonction de l'enfant et de la situation clinique :

- l'approche comportementale : la technique de désensibilisation est utilisée afin d'instaurer un climat de confiance propice à la réalisation des soins dentaires. (4,5). Cela consiste entre autres à confronter l'enfant de façon progressive à des éléments stressants, en association avec de la relaxation. La technique « dire, montrer, faire », ou « tell, show, do », ainsi que l'empathie sont utilisées pour aider l'enfant à contrôler sa peur.
- la prémédication sédatrice : la molécule la plus utilisée est l'Hydroxyzine (Atarax®) par voie orale sous forme de sirop. La posologie est de 1mg/kg 1 heure avant le rendez-vous. Elle est préconisée dans les manifestations mineures de l'anxiété. (6)
- la sédation consciente par inhalation de MEOPA : ce mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote procure à l'enfant un effet analgésique de surface et diminue le seuil de perception de la douleur. Le MEOPA est indiqué chez l'enfant non coopérant pour les soins dentaires. Cette technique est souvent couplée avec l'utilisation de l'hydroxyzine. (7)
- la sédation consciente par administration de midazolam (Hypnovel®) : c'est une benzodiazépine aux propriétés sédatives et hypnotiques. Il induit une meilleure anxiolyse accompagnée d'une amnésie. L'enfant est détendu et ne gardera aucun souvenir de la séance de soins. Cependant, il nécessite une hospitalisation et une surveillance postopératoire de 1 à 3 heures. (8,9)
- l'anesthésie générale : elle doit être considérée comme l'ultime recours pour les soins dentaires chez les enfants, lorsque les autres techniques de sédation ont été un échec, notamment chez les patients « pré-coopérants » (d'un âge inférieur à 4 ans). Les soins et avulsions dentaires sous anesthésie générale chez l'enfant classé ASA I ou II rentrent dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. (4,10)

C'est ce dernier moyen thérapeutique qui est étudié dans ce travail, et qui peut être une source anxiogène pour les parents des patients. En effet, cette prise en charge est

et doit rester exceptionnelle. L'anesthésie générale pour des soins dentaires ne doit jamais être considérée comme un acte mineur, même si la morbidité est faible chez l'enfant (0,25/10 000 anesthésies générales réalisées). Des complications peuvent survenir à chaque étape de l'intervention avec des conséquences graves voire fatales (3,11). L'objet de ce travail sera donc d'expliquer dans un premier temps en quoi consiste une prise en charge sous anesthésie générale dans le cadre d'une pathologie polycarieuse, puis d'étudier quel est le ressenti des parents vis à vis de cette méthode thérapeutique.

PARTIE I : L'ANESTHESIE GENERALE EN ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

I. DEFINITION

L'anesthésie générale, selon la définition de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) est un ensemble de techniques qui permet la réalisation d'un acte chirurgical, obstétrical ou médical en supprimant ou en atténuant la douleur. L'anesthésie générale est un état comparable au sommeil, produit par l'injection de médicaments, par voie intraveineuse et/ou par la respiration de vapeurs anesthésiques, à l'aide d'un dispositif approprié (12). Des complications graves, bien qu'extrêmement rares, peuvent survenir aboutissant au décès d'une personne considérée en bonne santé. On dénombre un décès ou accident grave pour 10 000 anesthésies, soit 700 cas par an en France (13).

Elle a un triple but (11) :

- provoquer la perte de conscience et supprimer la douleur
- relâcher les muscles
- prendre le relais du cerveau « mis au repos » afin d'assurer les fonctions vitales. La surveillance des fonctions respiratoires et cardio-vasculaires se fait de manière constante avant, pendant et après l'intervention.

Elle comporte trois phases (13) :

- l'induction : passage de l'état éveillé à l'état d'inconscience
- l'entretien : de durée aussi longue que nécessaire en fonction de la chirurgie, voire parfois au-delà
- le réveil : récupération progressive des différentes fonctions, de façon plus ou moins rapide suivant les médicaments injectés

II. INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS

L'évaluation du rapport bénéfice/risque de l'intervention s'impose avant d'en poser l'indication (HAS, 2005). (14)

L'American Society of Anesthesiologists (ASA) a établi une classification des patients adoptée par la communauté internationale. Elle classe l'état de santé du patient avant une intervention en 5 groupes. (15) Les interventions à but odontologique doivent être limitées aux enfants ASA I, II et III.

| | |
|----------------|--|
| ASA I | Patient n'ayant pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical |
| ASA II | Patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction, en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection |
| ASA III | Patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction, en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection |
| ASA IV | Patient courant un risque vital du fait de l'atteinte d'une grande fonction |
| ASA V | Patient moribond |

Figure 2 : Classification des patients selon leur score ASA

Les indications de l'anesthésie générale en odontologie sont soit liées à l'état général du patient, soit à l'intervention, soit à l'anesthésie locale :

- indications liées à l'état général du patient :
 - conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement buccodentaire à l'état vigile après échec de tentatives de soins au fauteuil
 - nécessité de mise en état buccal lourde et pressante avant des thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes, par exemple carcinologie, hématologie, cardiologie, greffe d'organe...
 - limitation de l'ouverture buccale interdisant un examen et/ou un traitement immédiat
 - réflexes nauséux prononcés

- indications liées à l'intervention
 - interventions longues, complexes, regroupement de plusieurs actes en une même séance
 - état infectieux loco-régional nécessitant d'intervenir en urgence (par exemple : geste associé de drainage et/ou débridement, extractions dans le cadre d'une ostéoradionécrose)

- indications liées à l'anesthésie locale
 - contre-indications avérées de l'anesthésie locale, c'est à dire allergie confirmée par un bilan d'allergologie et contre-indications spécifiées dans l'Autorisation de Mise sur le Marché (porphyrie, épilepsie non contrôlée par les médicaments...)
 - impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances.

L'altération de la qualité de vie à cause de l'état bucco-dentaire pourrait être une autre indication de l'anesthésie générale. En effet, selon une étude de R. Yawary and al. (2015)(16), la réhabilitation complète sous anesthésie générale pour caries dentaires est un moyen d'apporter une amélioration durable de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez les enfants. Il a été démontré qu'un impact positif a été ressenti auprès de la famille après une réadaptation buccale sous anesthésie générale. Les principales raisons d'une telle amélioration, pourraient être attribuables à l'absence de douleur et à une plus grande capacité de l'enfant à manger et à dormir.

Les contre-indications de l'anesthésie générale sont liées aux risques anesthésiques majeurs (évaluation nécessaire du bénéfice-risque) et au refus du patient et/ou des parents ou du représentant légal.

III. ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

III.1. Consultation pré-opératoire odontologique

Le but de cette consultation est de faire le bilan bucco-dentaire et de mettre en place un plan de traitement. La démarche intellectuelle ici est la même que pour la mise en état d'une bouche à l'état vigile.

Plusieurs phases sont nécessaires :

- d'abord, l'examen clinique. Cela va permettre de faire un bilan des soins à réaliser. La décision thérapeutique sera reportée sur la fiche de liaison : les dents pour lesquelles on envisage des soins conservateurs, des coiffes pédodontiques préformées, des avulsions, et les tentatives de soins. (cf Annexe 1)



Figure 3 : Etat bucco-dentaire d'une patiente de 3 ans candidate à l'anesthésie générale

- le bilan dentaire clinique est accompagné d'un examen radiologique si possible. L'idéal est d'avoir à sa disposition un orthopantomogramme pour avoir une vue d'ensemble des deux arcades. Il faut enfin compléter cet examen par quelques clichés rétro-alvéolaires si nécessaire, qui permettront d'objectiver les lésions inter-radiculaires, lésions péri-picales et les rhizalyses (qui peuvent être physiologiques ou pathologiques).



Figure 4 : Orthopantomogramme d'un enfant de 5 ans

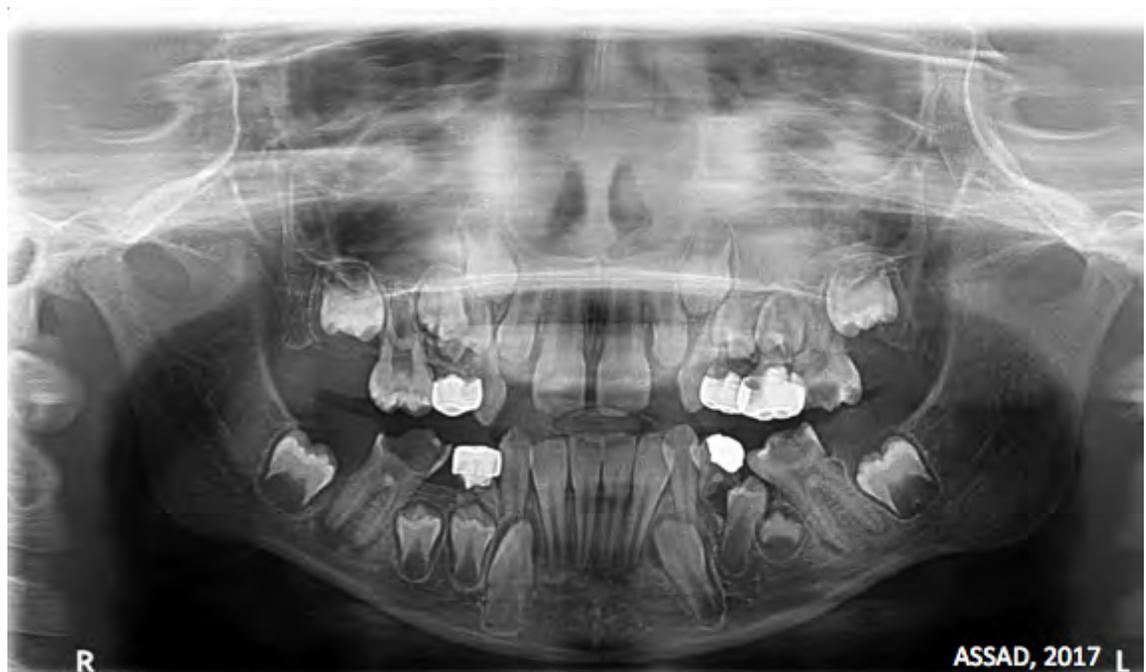


Figure 5 : Orthopantomogramme d'un enfant de 8 ans

- la recherche de l'étiologie carieuse. Il est primordial de détecter la cause des caries sans quoi la thérapeutique serait vaine, car potentiellement réitérative et ainsi source d'échec. Il est nécessaire de faire comprendre aux parents que l'anesthésie générale est un moyen thérapeutique exceptionnel, qui ne doit pas

se reproduire. C'est pourquoi des mesures hygiéno-diététiques sont à prendre par les enfants et leurs parents.

- ainsi, c'est le moment opportun pour donner des conseils d'hygiène locale et d'hygiène alimentaire. Ensuite, il est judicieux de programmer une consultation avant l'anesthésie générale pour vérifier que les conseils ont été appliqués et mis en vigueur.
- la rédaction des modalités administratives : cela consiste en un questionnaire médical, la fiche de liaison pour l'hôpital des enfants avec l'autorisation d'opérer et le consentement éclairé, ainsi que les instructions pré et post-opératoires. Une information simple, claire et loyale est à donner concernant l'intervention à venir. (17)

Cette consultation permet de lancer une procédure d'anesthésie générale. Les parents seront, à la suite de ce rendez-vous, contactés pour définir la date de l'intervention et prévoir la consultation d'anesthésie.

III.2. Consultation pré-anesthésique

Mention légales : La consultation d'anesthésie est une obligation légale (décret du 5 décembre 1994), elle doit avoir lieu plusieurs jours avant l'intervention et ne dispense pas de la visite pré-anesthésique obligatoire le jour ou la veille de l'intervention. Selon l'ADARPEF (Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française) : « il appartient au médecin de donner des informations adaptées (sur les gestes, risques, pronostic...) à l'enfant et ses parents. Le praticien peut avoir à faire la preuve que cette information a bien été donnée (arrêt de la Cour de cassation du 25 février 1997). L'information sur les techniques anesthésiques (bénéfices/risques) est légalement attestée par la signature de l'autorisation de soins du/des titulaire(s) de l'autorité parentale. » (18)

Elle consiste en (13) :

- un interrogatoire, avec recueil des antécédents personnels et familiaux, notamment d'accidents anesthésiques, des traitements habituels et de risques allergiques (latex, antibiotiques). L'anesthésiste sera également

particulièrement attentif aux problèmes de comportement, à l'autisme, au retard de développement, à une anxiété extrême et à la phobie des aiguilles (10)

- un examen clinique, avec recherche de critères d'intubation difficile, notamment le degré d'ouverture buccal, examen cardio-vasculaire et pulmonaire
- une évaluation du terrain selon la classification ASA
- la prescription d'examens complémentaires en fonction de l'intervention prévue et du terrain
- mise en place d'une stratégie anesthésique et prescription d'une période de jeûne préopératoire : 6 à 8 heures minimum pour les solides et le lait, 2 heures pour les liquides clairs.

La visite pré-anesthésique a lieu la veille ou dans les heures qui précèdent l'anesthésie. Il s'agit de revoir le patient afin de rechercher des modifications pathologiques, vérifier les modalités thérapeutiques et la bonne application des consignes préopératoires, notamment du jeûne.

III.3. Intervention

Chez l'enfant, l'expérience du bloc opératoire peut se révéler traumatisante. La prise en charge de l'anxiété est donc de première importance. La préparation psychologique remplira ici un rôle primordial, complétée par une prémédication sédatrice. (19) . Pour réduire la peur, il est par exemple possible d'autoriser un parent à accompagner son enfant jusqu'au bloc opératoire, et qu'il soit présent dans la salle de réveil. (10)

III.3.a. Préparation du patient

Les éléments nécessaires au monitoring peropératoire sont mis en place : les électrodes destinées au suivi électrocardiographique, le brassard de mesure de la pression artérielle et l'oxymètre de pouls.

Le maintien de la chaleur corporelle est assuré à l'aide d'un drap sur le malade et d'une couverture chauffante.

III.3.b. Induction

Une particularité de l'anesthésie pédiatrique est que l'induction est rarement intra veineuse, car on rencontre peu d'enfants déjà porteurs d'un accès veineux. Pour le confort de l'enfant, en particulier pour lui éviter une ponction veineuse qui peut être douloureuse à l'état vigile, l'induction de l'anesthésie se passe souvent par voie inhalatoire. (18)

L'induction inhalatoire est donc préférée en pédiatrie du fait de sa rapidité et de son aspect non traumatisant voire même ludique pour les enfants qui redoutent la piqûre. Le sévoflurane est l'agent de choix pour la plupart des équipes anesthésiques.

Un mélange d'oxygène, de protoxyde d'azote et de gaz halogéné est administré jusqu'à obtention de la narcose.



Figure 6 : Induction de l'anesthésie par inhalation

Puis, l'abord veineux périphérique est effectué pour introduction des morphiniques.



Figure 7 : Pose de la voie veineuse périphérique

L'anesthésiste administre ensuite l'hypnotique, qui est le plus souvent le propofol (Diprivan®) en chirurgie buccale. (19) Il est utilisé afin d'approfondir l'anesthésie et d'obtenir un phénomène d'apnée qui sera utile pour l'intubation. L'entretien de l'anesthésie s'effectue ensuite par inhalation.

III.3.c. Liberté des voies aériennes

Il s'agit d'une préoccupation essentielle lors de chirurgies sur l'extrémité céphalique. En effet, deux impératifs devront être respectés :

- assurer la liberté des voies aériennes : elle est nécessaire pour assurer des échanges gazeux corrects pendant l'anesthésie, c'est à dire une oxygénation satisfaisante et une élimination suffisante du CO₂
- maintenir l'étanchéité et la fixité du dispositif pendant tout le temps opératoire jusqu'à la récupération complète des réflexes de protection

Pour ce faire, différents types d'intubation sont à disposition : l'intubation naso-trachéale et l'intubation oro-trachéale. L'intubation naso-trachéale est celle qu'il faut privilégier en chirurgie orale puisqu'elle préserve une totale liberté du champ buccal. Elle prend plus de temps (le passage au niveau nasal est amélioré par de la vaseline) et nécessite l'utilisation d'une pince Magyll (qui sert à guider la sonde). L'intubation

naso-trachéale expose aux traumatismes de la filière nasopharyngée et à la contamination laryngotrachéale, cependant elle s'avère indispensable afin d'éviter le reflux en arrière de la langue qui obstruerait les voies aériennes supérieures.



Figure 8 : Intubation naso-trachéale et protection oculaire

Une fois la sonde mise en place, elle devra être fixée impérativement, de telle manière qu'elle ne bouge pas lors des différentes manœuvres imposées aux maxillaires lors de la mise en place de l'ouvre bouche, des changements de position de la tête etc.. La sonde est généralement fixée par du sparadrap sur le front de l'enfant. (20) L'intubation est un acte douloureux, une analgésie est donc également mise en place au préalable pour limiter ce phénomène.

Dans le même temps, dans un souci de protection oculaire, il y a mise en place de sparadrap sur les yeux du patient pour éviter toute lésion de la cornée visible, sans fermeture des paupières, par dessèchement et par projection de tout débris dentaire.

III.3.d. Tamponnement bucco-pharyngé

La protection laryngée ou « packing » s'effectue avec une gaze humidifiée par du sérum physiologique ou de l'eau stérile. Elle est insérée en arrière de la langue,

dans l'oropharynx. Cela permet d'éviter l'inhalation de la salive ou du sang qui va dans le pharynx au cours de l'intervention, ainsi que la chute de tout débris osseux, dentaire ou corps étranger. Le packing absorbe le sang qui s'accumule, en avant de la sonde. On a ainsi une herméticité parfaite des voies aériennes supérieures et de la cavité buccale. Cependant, l'inconvénient majeur est de projeter la langue en avant. (21)

Sa mise en place et son retrait par l'opérateur doivent être consignés sur la feuille d'anesthésie.

III.3.e. Temps opératoire

Après la décontamination de la sphère oro-buccale à la Bétadine®, mise en place des différents champs opératoires, et infiltration analgésique à la xylocaïne, le chirurgien peut procéder aux soins dentaires.



Figure 9 : Soins au bloc opératoire

La stratégie opératoire est habituellement de commencer par les soins conservateurs, puis la mise en place de coiffes pédiatriques préformées si nécessaire, et enfin les avulsions. En effet, il est préférable de terminer par les soins les plus sanglants pour permettre une meilleure visibilité lors des soins conservateurs et pour éviter une contamination.

Avant de réveiller le patient, tous les matériaux étrangers tels que le packing doivent être enlevés.

III.4. Surveillance post-interventionnelle

La surveillance post-interventionnelle est obligatoire après tout acte d'anesthésie. Elle se situe en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) et est réalisée par du personnel médical formé.

La sortie de SSPI est autorisée uniquement après dissipation de l'effet des produits anesthésiques, en présence d'un patient stable hémodynamiquement et du point de vue respiratoire, conscient, non douloureux, réchauffé ne présentant pas de nausées et vomissements ni de complications chirurgicales. (22)

La présence d'un des parents en salle de réveil une fois que l'enfant est réveillé et dans un état stable est idéale pour diminuer l'anxiété. La détresse au réveil n'est pas rare et peut être due en partie au délire d'émergence. L'enfant est très susceptible d'être bouleversé par l'environnement inconnu, un goût désagréable dans la bouche, ou parce qu'ils sentent un changement dans leur bouche en raison des dents manquantes ou de nouvelles couronnes. Généralement, la douleur n'est pas sévère. (10)

La prise en charge étant ambulatoire, elle permet de réaliser une anesthésie et une intervention chirurgicale en une seule journée d'hospitalisation.

Les critères de sortie sont les suivants (18) :

- clinique (la surveillance dure classiquement plusieurs heures après l'anesthésie) :
 - vigilance normale
 - reprise d'une activité ludique
 - alimentation sans nausées ni vomissements
 - apyrexie

- stabilité cardiovasculaire et respiratoire
 - absence de douleur post opératoire majeure
 - absence de problèmes locaux
 - lever sans problème moteur ni malaise orthostatique
- ordonnance de sortie : idéalement, l'ordonnance d'antalgiques est donnée aux parents dès la consultation pré-opératoire, avec des conseils pour le retour au domicile (alimentation, analgésie, repos...)
 - autorisation de sortie signée par un médecin (souvent opérateur) et un anesthésiste réanimateur en fonction du règlement intérieur

III.5. Suivi post-interventionnel

Quelques semaines après l'intervention, l'enfant est revu pour vérifier la cicatrisation, ainsi que l'application des différentes consignes alimentaires et d'hygiène. La suite du traitement est également envisagée, si il y a besoin de réaliser des prothèses pédiatriques, notamment lorsqu'il y a eu des édentations. La mise en place d'un suivi deux fois par an est nécessaire afin d'instaurer un contrôle régulier de l'état bucco-dentaire. (4)

IV. CONCLUSION

Les demandes de soins dentaires sous anesthésie générale chez les enfants sont de plus en plus nombreuses, au point que les délais d'attente se comptent en mois. La thérapeutique de soins sous anesthésie générale est donc comprise dans une démarche longue, qui nécessite une entière coopération et compréhension de la part des parents. En effet, ceux-ci sont souvent préoccupés par la séparation mais aussi par la perte de contrôle sur ce qui va se passer pour leur enfant. Le fait de les informer et de communiquer sur leurs interrogations est primordial pour réduire ce stress émotionnel. (23) Il est donc important de comprendre quelles sont leurs représentations de l'anesthésie générale et quelles idées ils s'en font.

PARTIE II : RESSENTI DES PARENTS VIS A VIS DE L'ANESTHESIE GENERALE

I. INTRODUCTION

Comme cela a été décrit dans la partie précédente, l'anesthésie générale est un acte qui comporte des risques. Cet acte peut en conséquence être source d'anxiété pour des parents dont les enfants sont soignés via cette procédure. En odontologie pédiatrique, bien que cette thérapeutique existe, elle doit être exercée de façon exceptionnelle, quand les autres techniques de sédation se sont révélées être un échec. Elle s'adresse de façon particulière aux enfants présentant un problème de santé générale, de nombreux soins à réaliser, avec un problème d'anxiété et/ou de coopération, bien que ce ne soit pas les seules indications et qu'il faille ajuster notre approche en fonction de chacun. Le but de cette thérapeutique est ainsi en tout premier lieu d'améliorer la prise en charge de l'enfant et de le guider dans le suivi post-opératoire. Explorer et comprendre la vision parentale est un moyen de diminuer le taux d'absentéisme lors des interventions au bloc opératoire mais également de réduire le risque carieux.

L'objectif de l'étude a donc été le suivant : devant le manque de données, décrire le vécu et ressenti des parents dont les enfants font l'objet d'une anesthésie générale dans le cadre de soins dentaires, notamment la pathologie polycarieuse.

II. MATERIEL ET METHODE

II.1. Approche qualitative et types d'entretiens

Pour comprendre le ressenti des parents dont l'enfant a été adressé en anesthésie générale, l'approche qualitative se justifiait. Cette méthode est particulièrement indiquée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, et ainsi difficiles à mesurer. Cela permet d'explorer également des émotions, des sentiments, en recueillant des données verbales sur un sujet donné.

Ce type d'étude n'est pas fait pour mesurer, elle sert à analyser les expériences concrètes et les opinions des patients. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. (24)

Il existe différents types d'étude qualitatives : les études par observation et celles par entretiens individuels ou collectifs. (25)

Pour ce travail, il a été effectué des entretiens individuels semi structurés en face à face. En effet, les entretiens collectifs (focus group) semblaient peu appropriés et difficiles à mettre en place.

Ces entretiens semi-directifs consistaient en un dialogue sous forme de grandes questions définies au préalable autour d'un thème, avec des réponses ouvertes, ce qui permettait de centrer le parent autour du sujet. Cet échange s'est réalisé dans le cadre d'une discussion avec le parent, ce qui permettait une liberté d'expression de l'interviewé, tout en adaptant le cheminement des questions au fil de la discussion.

Lors des entretiens, le but était d'avoir une approche compréhensive afin de recueillir au mieux les émotions et la perception individuelle du parent. L'entretien compréhensif recherche une connaissance sociale de l'individu, le parent n'étant pas un simple informateur. Il fallait donc essayer d'instaurer l'entretien comme une conversation en se basant sur des thèmes, en évitant au mieux les réponses de surface, avec des relances éventuelles si nécessaire. Le dialogue a été favorisé par des dispositions humanistes de la part de la personne réalisant l'entretien car l'empathie de celle-ci permet d'établir un lien de confiance. (26)

II.2. L'échantillon

II.2.a. Composition

Les « informateurs » inclus étaient des parents d'enfants âgés de 3 à 11 ans, pour lesquels l'indication d'une anesthésie générale dans le cadre de soins dentaires pour polycaries avait été posée.

Afin de garantir la validité externe des résultats, il fallait chercher à avoir un échantillonnage raisonné en variation maximale. C'est une procédure non

probabiliste mais orientée par la sélection de participants répondant à la question de recherche (27). Dans le cas présent, le recrutement s'est donc fait à toute personne dont l'enfant nécessitait des soins dentaires sous anesthésie générale dans le cadre de polycaries. Il s'agissait là de l'unique critère d'inclusion.

Les critères d'exclusion étaient l'absence de maîtrise du français, empêchant le dialogue, et le refus d'entretien de l'informateur.

II.2.b. Taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon nécessaire à la réalisation d'une enquête par entretiens est le plus souvent relativement restreinte. (28) La taille n'est pas déterminée par le besoin de généraliser mais par le besoin de créer des interprétations et d'acquérir une meilleure compréhension du phénomène.

Ainsi, le nombre d'entretiens n'a pas été fixé au préalable, le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments (24). C'est ce que l'on appelle la saturation, c'est à dire qu'aucune nouvelle donnée n'émerge des analyses. Il s'agit là aussi d'un critère de validité externe.

II.2.c. Recrutement

Pour inclure les informateurs, nous avons fait appel à plusieurs structures de soins recevant parents et enfants, d'octobre 2016 à décembre 2016 :

- Service d'odontologie de Toulouse Rangueil
- Service d'odontologie de Toulouse à l'Hôtel Dieu
- Consultation d'odontologie pédiatrique à l'Hôpital des Enfants Purpan

La prise de contact et l'entretien avec les parents se faisaient suite à l'annonce de l'indication d'une anesthésie générale.

II.3 Les entretiens

Lors de la prise de contact, une explication était donnée concernant l'étude et le fait que l'entretien serait enregistré et anonymisé. Comme il s'agissait de données verbales et qu'un enregistrement était souhaitable, il a fallu recueillir le consentement des informateurs par un accord oral de façon systématique, avant de commencer.

Les entretiens individuels ont été effectués dans un bureau au sein du centre de soins où était réalisée la consultation. Les discussions ont été conduites en français et ont eu une durée comprise entre 5 et 11 minutes. Elles étaient enregistrées avec un dictaphone afin d'être intégralement retranscrites pour pouvoir être analysées. Un seul parent a refusé d'être enregistré et de participer à l'étude, deux ne maîtrisaient pas le français et n'ont ainsi pas pu être inclus.

Un guide d'entretien (ou canevas de dialogue) a été établi par deux investigateurs (Mathieu Marty et Chloé Assad) afin de servir de fil conducteur. Cela permettait de stimuler l'échange, donnait l'assurance d'aborder tous les thèmes importants, et facilitait les éventuelles relances du parent afin d'optimiser l'acquisition d'informations. (27)

Il fallait dans un premier temps commencer par expliquer le contexte de l'étude, puis recueillir le consentement oral de l'interviewé.

La phrase d'amorce, sous forme de question ouverte, était toujours la même : « *votre enfant va se faire soigner sous anesthésie générale pour ses caries, qu'est ce que vous en pensez, comment vous le ressentez, comment vous le vivez ?* ». S'ensuivait ensuite un dialogue qui s'improvisait au fur et à mesure de la conversation. Les principaux thèmes étaient insérés et ajustés en fonction du fil de celle-ci :

- la cause des caries
- l'affectation du quotidien
- le ressenti vis à vis de l'anesthésie générale
- les différentes craintes et questions éventuelles
- la notion de culpabilité
- les efforts à mettre en œuvre dans la vie courante pour la santé bucco dentaire de l'enfant

Des relances ont pu être faites afin d'obtenir des réponses plus précises et plus élaguées. La conversation était libre, et les différents thèmes abordés dans différents temps en fonction de chacun.

II.4. Analyse des données

Tous les entretiens ont été retranscrits par écrit sur un support informatique à partir de l'enregistrement audio.

L'analyse des entretiens a consisté en une analyse thématique. Il s'agit d'une méthode servant à l'inventaire et à la synthèse des thèmes présents dans un corpus, qui découpe les entretiens en verbatim, afin d'aboutir à une logique explicative d'un phénomène. (29)

La thématisation est l'opération centrale, le travail consiste à lire chaque entretien et à identifier des thèmes et des catégories. Le texte est donc codé fragment par fragment puis réorganisé en catégories, ensuite regroupées en thèmes principaux.

L'analyse thématique s'est faite en plusieurs étapes (30) :

- 1)** Débriefing des entretiens avec les co-chercheurs et écriture d'un rapport d'entrevue (commentaires écrits par l'investigateur immédiatement après l'entretien afin de le résumer, d'identifier de nouvelles hypothèses, et de préparer l'entretien suivant).
- 2)** Transcription des entretiens, lecture et re-lecture des données.
- 3)** Codage des données, et regroupement des données affiliées à un même code. Le logiciel Nvivo (QDR international, Cambridge, MA, USA) a été utilisé pour le codage. C'est un logiciel qui supporte des méthodes de recherches qualitatives et combinées. Il est conçu pour organiser, analyser et trouver du contenu perspicace parmi des données non structurées ou qualitatives telles que des interviews. (31)
- 4)** Regroupement des différents codes en thèmes généraux.
- 5)** Organisation des thèmes (modifications, fusions et/ou suppressions).
- 6)** Description des thèmes et illustrations avec des extraits de données.
- 7)** Rapport d'analyse, interprétation et discussion par rapport aux objectifs de la recherche.

III. RESULTATS

III.1. Population étudiée

Quatorze entretiens ont été réalisés. La population de parents étudiée était majoritairement féminine, 64% de femmes pour 36% d'hommes.

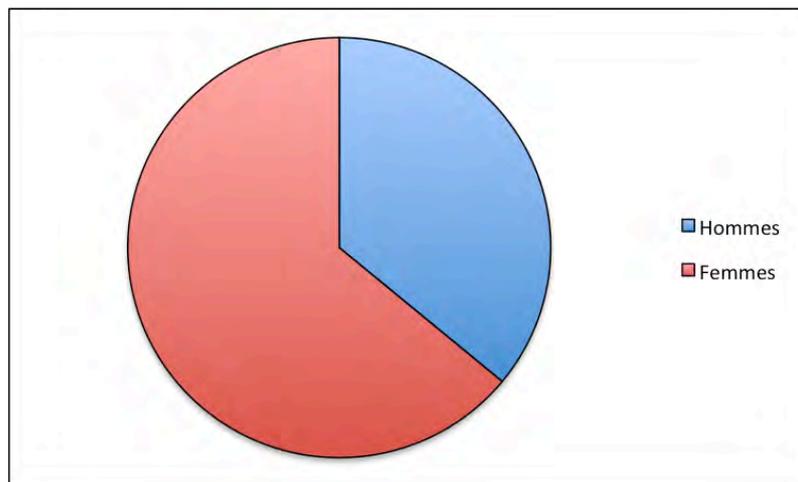


Figure 10 : Répartition des informateurs en fonction du sexe

Les enfants adressés en anesthésie générale pour soins dentaires inclus dans cette étude étaient 10 garçons et 5 filles, avec un âge moyen de 5,4 ans. Nous avons plus d'enfants que d'entretiens car pour un parent, deux de ses enfants étaient concernés par les soins sous anesthésie générale.

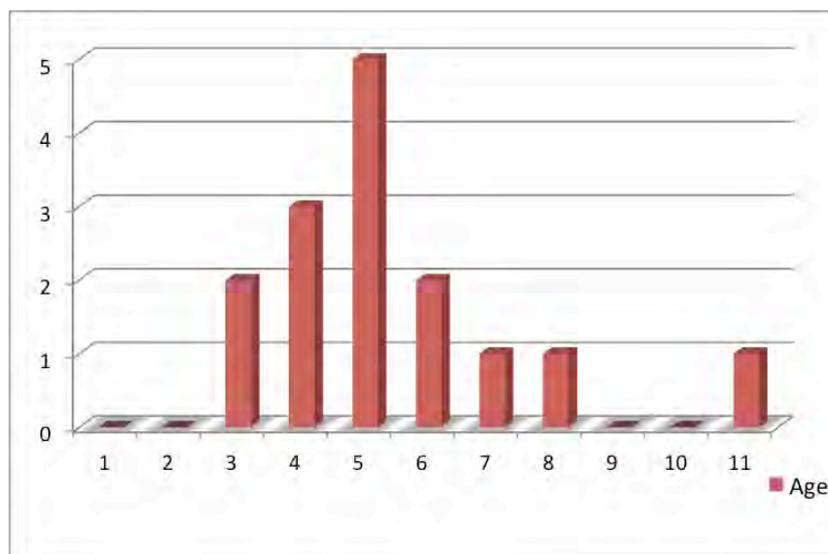


Figure 11 : Répartition des âges des enfants

III.2. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a permis de dégager trois axes de lecture à propos de l'anesthésie générale : le cadre de vie, l'approche des parents vis à vis de l'anesthésie générale et enfin la responsabilité parentale. Des citations ont été retenues afin d'illustrer les propos de chaque parent. Il n'a pas été rapporté dans ce qui suit toutes les citations recueillies pour éviter les redondances, mais les principales idées ont été mises en évidence.

III.2.a. Le cadre de vie

➤ La cause des caries

Selon les parents, plusieurs étiologies peuvent être mises en cause quant à l'apparition d'un phénomène carieux. Nous en avons dégagées trois, objectivées par la littérature et reconnues comme facteurs de risque carieux. Le dernier groupe réunit les facteurs considérés comme subjectifs :

- Le sucre ; c'est l'étiologie la plus rapportée en grande majorité. Il a été cité en particulier les bonbons et les boissons sucrées.

Entretien 2 « les bonbons, il y en a toujours sur la table. Bonbons chocolat »
« le problème avec A**** on essaie déjà de donner moins mais il sait où il se trouvent »

Entretien 3 « lui au lieu de boire de l'eau il buvait de la grenadine »
« son alimentation elle est moins sucrée mais je suis pas arrivée à tout arrêter »

Entretien 6 « ben il mange des bonbons. Beaucoup. Même si on arrête. Il aime sucré »

Entretien 8 « on évite un peu les bonbons, on évite, les gâteaux mais bon à cet âge là c'est pas évident de lui dire non tout le temps »

Entretien 9 « ben elle fait que manger des bonbons, en cachette »

Entretien 10 « on m'a dit ça, ça a abîmé les dents, et aussi les bonbons, je donne beaucoup de bonbons et de sodas »

- L'allaitement ou le biberon le soir ; c'est un facteur carieux qui est le plus souvent méconnu par la plupart des parents, qui pensent bien faire. La prise de conscience se fait globalement une fois que l'information a été donnée.

Entretien 3 « et je l'ai allaité jusqu'à... Enfin je l'allaite encore un petit peu en fait et il dormait avec moi jusqu'à ses 3 ans avec le sein dans la bouche »

Entretien 4 « après voilà comme je vous dis, ce qui a abîmé les dents c'est l'allaitement »

Entretien 14 « le soir maintenant on le donne plus en fait. Non, là on a arrêté. Et du coup, on s'est dit justement là avec le médecin, on s'est dit il vaut mieux arrêter le lait le soir »

- Le brossage ; ce qu'il ressort des entretiens avec les parents est que le brossage des dents peut être irrégulier ou défaillant. Ils en sont conscients, mais évoquent aussi souvent un manque d'informations sur l'hygiène bucco-dentaire ou des difficultés avec l'enfant.

Entretien 3 « le brossage de dents quand il était petit c'était pas assez régulier. Pourtant j'ai commencé il avait 1 an, on lui a acheté une petite brosse à dents et tout ça mais c'était pas tous les soirs, c'était pas assez régulier »

Entretien 8 « ah oui on lui montre comme il faut mais pas question qu'on touche la brosse à dents, on arrive pas à toucher la brosse à dents. Elle est têtue comme une mule de toute façon, quand elle a décidé quelque chose.. »

Entretien 11 « parce qu'il avait un mauvais brossage de dents »

Entretien 12 « franchement moi je savais même pas à quel âge fallait brosse, je pensais que c'était l'âge.. 3 ans, 2 ans et demi, je savais pas, franchement je savais pas »

« même pour lui brosse les dents c'était très difficile, aujourd'hui ça va il participe, enfin il fait quasiment il se brosse les dents, mais au début c'était compliqué »

Entretien 13 « aussi de brossage et tout ça bien sur, on fait mal, parce que c'est vrai qu'on doit le faire mal hein surement, on est pressés on brosse mais sans prendre le temps qu'il faut »

- Les parents ont pu donner d'autres explications quant à l'état carieux de leur enfant, issues de leurs interprétations personnelles. Certains pensent par exemple que la qualité de dents, et leur propension à se carier plus ou moins facilement, est héréditaire. D'autres pensent également que le médicament peut être l'unique facteur étiologique des caries.

Entretien 1 « parce que moi j'étais pareil quand j'étais petit, j'avais les dents comme elle »

« on avait pensé que c'était par rapport à la maman quand elle était enceinte (...) parce que pour les deux dernières elle faisait du diabète »

Entretien 4 « est ce que ses dents sont plus fragiles que d'autres, enfin que les autres enfants, je sais pas »

Entretien 5 « non déjà il a la dentition fragile, déjà, parce que mon grand frère il a eu ce problème aussi »

Entretien 9 « moi je trouve que quand elle était bébé, elles sont sorties les caries direct, comme elle a pris beaucoup de médicaments, parce qu'elle attrapait beaucoup de bronchiolites, je sais pas »

Entretien 10 « moi aussi ma phobie c'était le dentiste, comme j'ai peur du dentiste je ramenait pas mes enfants au dentiste »

Entretien 11 « en plus il est sous traitement à base d'opiacés et ils m'ont expliqué les docteurs que ça lui mangeait les dents »

Entretien 13 « non je pense que c'est une qualité de dents, moi j'ai pas de très bonnes dents (...) et je pense qu'il a pris de moi »

On constate ainsi que l'étiologie carieuse peut être diverse et variée, et on peut se demander alors, cela a-t-il un retentissement sur le quotidien, et de quelle manière ?

➤ Le quotidien affecté

Le quotidien peut être affecté de différentes façons. Cela peut impliquer l'enfant directement ou la famille.

- L'enfant ; cela se manifeste par de la douleur, un sommeil altéré, des pleurs et parfois par le sentiment d'être différent, un isolement, qui peuvent être dus à des moqueries de la part des autres enfants.

Entretien 1 « quand elle sourit pour elle c'est pas beau, les moqueries à l'école et tout »

Entretien 3 « déjà depuis qu'il a très mal, disons depuis 3 semaines il est.. Pas invivable mais toujours ronchon, il mange pas donc oui oui ça affecte franchement »

Entretien 5 « il est à l'école il voit que ses camarades c'est pas pareil »

Entretien 6 « il a mal. Des fois la nuit, dans la journée ça va ça passe mais dans la nuit. Surtout quand il dort, ça le fait mal presque tout le temps des fois ça le réveille, il pleure, il crie, il arrive pas à dormir de la nuit quand il a mal aux dents »

Entretien 7 « parce qu'en fait elle a souvent mal, elle pleure souvent »

« Oui, parce que même pour elle, quand elle mange et tout, des fois elle peut pas

manger »

Entretien 10 « oui bien sur parce qu'il dort pas la nuit, du coup il est fatigué »

- La famille ; l'entourage peut éprouver de l'inquiétude vis à vis de la douleur de l'enfant, de son état bucco-dentaire, mais aussi une fatigue et des difficultés dans la vie quotidienne.

Entretien 3 « parce qu'il a des dents qui commençaient à se casser, devant, et donc du coup je me suis dit c'est pas normal »

Entretien 5 « un peu quand même, ça me fait mal au cœur de le voir sans ses dents, tout le monde a ses dents »

Entretien 7 « ben en fait moi et mon compagnon ça nous gêne parce qu'elle a toujours mal »

Entretien 10 « franchement c'est moi qui en souffre »

« moi aussi je suis fatiguée, son frère se réveille aussi, quand il pleure son frère il se lève, du coup ils sont fatigués pour aller à l'école »

Entretien 11 « parce que là pour l'instant honnêtement il va chez le dentiste tous les mois et c'est un supplice autant pour lui que pour moi »

« que moi je dors plus parce qu'il a mal aux dents ça oui, quand il avait la dent qui lui a fait mal pendant quatre ou cinq jours là ouais, j'en ai pas dormi de la nuit. Parce que j'avais peur qu'il se réveille parce qu'il avait mal donc je voulais être.. Je me suis dit je suis prête. Si il se réveille je suis prête. Voilà donc c'est plus moi qui suis mal que lui »

Entretien 13 « vraiment c'est un calvaire à la maison, pour lui, pour nous, on en finit jamais des rendez-vous parce que chaque fois il y a autre chose »

Entretien 14 « on le remarque forcément, chaque fois il y a les tâches je me dis bon ces tâches quand même c'est inquiétant de voir ces tâches »

La maladie carieuse, qui amène un enfant à être pris en charge sous anesthésie générale comporte de multiples étiologies, et l'on peut constater que l'état bucco dentaire de l'enfant est susceptible d'affecter de façon non négligeable le quotidien de la famille. Il est donc intéressant d'étudier quelles approches ont les parents de l'anesthésie générale.

III.2.b. Approche parentale vis à vis de l'anesthésie générale

Ce critère se décomposera en deux parties : d'une part lorsque les parents ont des réticences, une approche négative par rapport à l'anesthésie générale, et d'autre part lorsque les parents se sentent davantage en confiance, avec ainsi une approche positive de l'anesthésie générale.

➤ L'approche négative

- Notion d'appréhension et de réticences ; le fait que l'enfant soit endormi complètement est une source de stress et d'inquiétude pour les parents. Ils sont conscients des risques et les redoutent, c'est pourquoi ils auraient préféré une anesthésie locale. D'autres trouvent aussi que c'est une thérapeutique lourde pour un enfant.

Entretien 1 « après si il y avait eu une locale, juste endormir les parties, puis les soigner ce serait mieux »

Entretien 3 « le fait de l'endormir complètement, il y a toujours des risques et ça me fait peur »

« je le trouve petit pour en avoir une »

« je le vis assez mal, enfin ça me fait peur l'anesthésie générale »

« j'ai préféré annuler parce que je me sentais pas prête de faire l'anesthésie générale »

« et puis mon entourage aussi. « Mais y'a pas besoin d'anesthésie générale, c'est quand même lourd pour un enfant, tu te rends compte, seulement pour soigner des dents » »

Entretien 4 « je sais que le risque zéro n'existe pas »

Entretien 5 « j'aurais préféré locale quand même, parce que générale c'est quand même quelque chose »

Entretien 7 « parce qu'en fait, elle fera que 6 ans au mois de février. Donc c'est encore un bébé quoi »

Entretien 10 « parce que j'ai peur qu'il y ait quelque chose qui se passe pas bien. Parce qu'on en a jamais fait, enfin ni moi ni mes enfants. On a jamais fait ça »

Entretien 12 « ah ben on est inquiets, une anesthésie c'est quelque chose de grave »
« parce qu'il y a moins de risques en local »
« après c'est peut être scientifiquement parlant faux, je suis peut être d'accord, mais le 0,00 ça inquiète »

Entretien 13 « en espérant que tout se passe bien évidemment, voilà il y a toujours une petite crainte tout ça, parce que c'est nos enfants »

Entretien 14 « bon après la peur oui par rapport au mot, rien qu'«endormi » »
« vraiment pour une mère c'était pas évident. De voir l'enfant comme ça et surtout l'inquiétude quand il va se réveiller, et c'est ça qui faisait peur »

- Sentiment d'obligation ; les parents ont formulé le fait qu'ils n'avaient pas d'autre choix que d'accepter l'anesthésie générale afin de soigner leurs enfants.

Entretien 3 « mais si on avait pu éviter, j'aurais préféré qu'on évite »
« son papa d'ailleurs il voulait pas signer le formulaire vous savez d'anesthésiste tout ça il était pas trop d'accord et bon maintenant il l'a fait parce qu'il voit qu'il souffre mais ça nous fait peur quand même »

Entretien 4 « après c'est une étape à passer donc il faut passer par cette étape »
« on va pas laisser souffrir le petit »

Entretien 7 « ben en fait j'ai un peu peur mais bon en fait on est un peu obligés de le faire »

Entretien 10 « bien sur mais bon, là y'a pas le choix il faut vraiment le soigner »

Entretien 12 « mais si on a pas le choix on a pas le choix »

- Conséquences de l'anesthésie générale ; cela se traduit par une appréhension vis à vis de l'état bucco-dentaire après l'anesthésie générale. En effet, les parents redoutent des préjudices esthétiques ou fonctionnels.

Entretien 3 « parce qu'il aura quand même plus de dents de devant, il est petit, il va rester longtemps sans dents »

« sauf le fait qu'on va lui arracher les quatre dents (incisives maxillaires) »

« je sais pas si c'est le fait de l'anesthésie générale ou le fait de plus avoir de dents qui me dérange le plus dans cette intervention »

Entretien 12 « mais après je sais pas si on me dit qu'il va perdre des dents qu'il aura des difficultés à manger... Je sais pas »

« peut être le délai jusqu'à novembre, au moins il aura des dents pour manger, c'est peut être stupide mais bon »

Ce qu'il ressort de cette partie approche négative est que de nombreuses raisons peuvent être à l'origine d'une appréhension de l'anesthésie générale, ce qui explique pourquoi certains parents voient en elle une contrainte ou en ressentent une crainte. Il faut donc étudier maintenant l'approche positive de l'anesthésie générale.

➤ L'approche positive

- La meilleure solution ; pour certains parents, l'anesthésie générale est la meilleure solution à envisager pour leur enfant. Que ce soit parce que les soins sont trop nombreux, trop difficiles à faire à l'état vigile, ou bien parce qu'elle va améliorer

en une seule fois la qualité de vie de l'enfant et de la famille, ils voient en elle la solution idéale.

Entretien 1 « enfin c'est pour elle, son bien être, donc c'est important »

Entretien 4 « je pense que ça va aider toute la famille »

« on va l'envoyer faire une anesthésie générale pour le soigner une bonne fois pour toutes »

Entretien 5 « comme ça il pourra reprendre un nouveau départ »

Entretien 6 « non en fait là il se laisse pas faire, il bouge beaucoup, du coup on est plus à l'aise avec l'anesthésie générale »

Entretien 8 « ça doit être pour elle plus agréable qu'elle ait aucun souvenir entre guillemets de ce qui doit se passer c'est quand même mieux »

Entretien 11 « c'est mieux pour lui, parce que je sais qu'il est stressé et que comme ça il y aura tout de fait d'un coup et on en parle plus »

Entretien 12 « ça va l'aider... C'est la seule solution pour qu'on lui soigne les dents »

Entretien 13 « moi je le vis bien, parce qu'on a tellement eu du mal avec les soins d'avant qu'en fait j'ai l'impression que c'est la seule solution »

« il y a des parents qui sont pas pour je sais mais moi oui »

Entretien 14 « moi je préfère en fait parce que je me dis ils vont faire sans l'anesthésie c'est sûr ils vont prendre plusieurs rdv, et ça va être tellement long pour le soigner, et ça serait impossible en fait »

- Etat d'esprit rassurant ; celui ci peut être du au fait que quand l'anesthésie générale est un acte connu ou banalisé, il en est ainsi moins impressionnant. Ce peut être également parce que l'enfant est pris en charge, ce qui peut procurer

une forme de soulagement de la part des parents. Certains d'entre eux ont d'ailleurs fait part de leur impatience à y être.

Entretien 4 « oui je suis soulagé. Il est pris en charge »

« on sent qu'on se rapproche et qu'on est sur la bonne voie »

Entretien 5 « non il a déjà été sous anesthésie générale, ça s'est bien passé »

Entretien 6 « je suis rassurée, j'ai déjà fait alors c'est bon je suis pas inquiète »

« non c'est juste c'est pas dangereux l'anesthésie générale, comme je suis déjà passée à Purpan, c'est pareil entre là bas et ici »

Entretien 8 « ben moi je l'ai eu l'anesthésie générale pour enlever les dents de sagesse (...) non mais là c'est courant, c'est en ambulatoire, donc c'est pas on va dire une opération lourde »

Entretien 9 « non ça risque rien. J'ai des cousins qui l'ont fait et ils sont content de ça »

Entretien 11 « pour lui oui je suis impatiente. (...). Je suis soulagée, comme lui. Ca m'a détendue d'un coup, je me sens fatiguée c'est la pression qui retombe »

Entretien 13 « c'est avec impatience que j'attends »

« c'est vraiment le bout du tunnel pour moi »

Entretien 14 « ben ça me fait pas forcément peur, parce que j'ai déjà eu l'occasion aussi de le faire avant »

- Confiance vis à vis du corps médical ; pour certains parents, l'appréhension est moindre car ils s'en remettent à la décision de l'équipe médicale, qu'ils savent compétente, pour gérer les soins de façon optimale.

Entretien 2 « vous êtes docteur vous savez beaucoup mieux »

« si c'est un truc impossible vous allez pas proposer »

« si vous allez bien travailler ça va »

Entretien 4 « moi je fais quand même confiance à l'équipe médicale »

« après on fait confiance au corps médical, il faut »

« après c'est des longues années d'étude donc ils savent ce qu'ils font »

Entretien 5 « voilà, en fait comme j'ai confiance en les médecins je suis plus rassurée »

« si ils conseillent ça c'est qu'ils savent ce qu'ils font quoi »

Entretien 6 « on est presque tous passés ici, en fait presque toute la famille »

Entretien 8 « on sait qu'on est quand même dans une équipe de professionnels, qu'on est bien suivis donc déjà c'est rassurant »

Dans ce que l'on peut en retirer, l'anesthésie générale soulève des avis nuancés, des points négatifs et positifs ressortent pour chaque parent. Il faut donc voir maintenant quelle peut être la part de culpabilité ressentie par les parents par rapport aux soins sous anesthésie générale, et les efforts qu'ils estiment avoir à faire.

III.2.c. Responsabilité parentale

Le but est de regarder ici quelle part de responsabilité s'octroient les parents vis à vis de l'état bucco-dentaire de leur enfant, qui entraîne une prise en charge sous anesthésie générale. Puis il faudra comprendre quelles modifications de leur mode de vie ils comptent entreprendre pour ne pas retomber dans une situation semblable.

➤ La notion de responsabilité

- Sentiment de culpabilité parentale ; lorsque l'on demande aux parents si ils se sentaient coupables de l'état bucco-dentaire de leur enfant, qui amène aux soins

sous anesthésie générale, une légère majorité d'entre eux évoque leur responsabilité.

Entretien 1 « parce que je suis le papa donc c'est comme si on avait pas pris soin »

Entretien 3 « c'est vrai que sur ça je me sens coupable, je culpabilise mais bon ça me servira de leçon si j'en ai un autre »

« je suis partie de son cabinet en pleurs. Ca donne l'impression d'être une mauvaise mère »

Entretien 4 « après je me sens un peu responsable je me dis peut être que j'ai raté le coche sur certains trucs »

« je me dis peut être que j'ai fait une faute sur l'éducation du petit »

Entretien 8 « on y a pas fait attention, on s'est laissé avoir. Donc on est responsables oui, parce que c'est à nous de veiller à sa bonne santé »

Entretien 10 « oui je me sens responsable après bon moi aussi ma phobie c'était le dentiste »

Entretien 12 « ben de toute manière on est toujours responsables, mais bon, c'est comme ça »

Entretien 13 « à un moment j'étais pas bien j'en ai pleuré même au dentiste parce qu'on arrivait pas on se disait c'est pas possible c'est notre faute »

Entretien 14 « sachant que je connais rien des dents, je pouvais pas savoir si c'est bien ou pas, pour moi c'était plutôt le bien le côté de l'aider à ne pas couper le lait maternel (...) bon le voir comme ça c'est vrai quand même le côté on peut dire on s'en veut »

- Rejet de responsabilité ; a contrario, d'autres parents ont évoqué le fait qu'ils ne se sentaient pas coupables, ou seulement en partie, en donnant une part de responsabilité à leur enfant

Entretien 5 « bon après je me sens pas coupable... Non »

Entretien 6 « et voilà, après c'est lui même qui s'est fait les dents comme ça, moi je lui interdis le sucre »

« tout le monde lui interdisait mais en fait lui il s'en foutait il fait ce qu'il veut et maintenant il a les dents comme ça »

Entretien 7 (à la question donc pour vous ce n'est pas trop votre faute) « ben c'est un peu des deux quoi, un peu des deux ouais quand même »

Entretien 11 « honnêtement c'est pas ma faute »

Entretien 14 « parce que je peux pas vraiment m'en vouloir... Parce que je me dis pour moi c'était important qu'il puisse prendre le lait à long terme, pour qu'il profite en fait »

« du coup on a plein de questions mais pas trop de reproches »

A travers ces exemples, on peut ainsi noter que les avis quant à la notion de responsabilité parentale sont mitigés, et que les points de vue de chacun divergent. Il faut donc regarder maintenant quels efforts les parents envisagent pour sortir de cette situation.

➤ Les modifications à faire dans le quotidien

Certains parents ont formulé le souhait d'être plus vigilants, à travers de multiples efforts à faire au quotidien afin que la situation ne se reproduise pas.

Entretien 1 « ben nous on va essayer de faire, parce que moi je suis séparé avec la

maman, donc on va essayer de faire le nécessaire »

Entretien 3 « même la grenadine, quelque chose qu'on pense anodin il faut arrêter totalement, même le jus d'orange il vaut mieux pas trop lui en donner »

Entretien 4 « il faut mettre des choses en place (...) peut-être être plus attentionné sur les conseils du médecin »

Entretien 7 « donc il faut te brosser les dents et arrêter le sucre. En plus qu'elle a déjà des dents qui ont poussé »

Entretien 8 « ah ben oui, toute façon il faut continuer à surveiller l'alimentation, le brossage des dents, ça c'est une évidence. Après un contrôle tous les six mois et voilà, y'a pas de secrets »

Entretien 10 « certes il se brosse les dents mais il se brosse les dents plutôt en jouant parce qu'il aime pas quand je lui brosse (...) mais là franchement il me laisse, ça fait une semaine, il me laisse, comme il a entendu le dentiste »

Entretien 11 « les brossages ça s'est arrangé, le sucre moins mais ça va être de moins en moins »

Le constat est donc le suivant : les parents comprennent les enjeux liés à la santé bucco-dentaire et pour la plupart, ils désirent mettre des choses en place afin de ne pas retomber dans ce type de prise en charge.

IV. DISCUSSION

IV.1. Forces et faiblesses de l'étude

IV.1.a. Les forces de l'étude

Aucun travail sur le vécu et le ressenti des parents vis à vis d'une prise en charge sous anesthésie générale dans le cadre de soins dentaires n'a été trouvé. Cette

étude a donc permis de constater que les approches sont différentes et personnelles à chaque parent, et que l'attitude en tant que professionnel doit ainsi s'adapter à chacun en fonction de ses inquiétudes et sa perception des événements. Le suivi à long terme et la bonne résolution des habitudes d'hygiène bucco-dentaires sont influencés par l'attitude du praticien.

Les critères de scientificité en recherche qualitative dépendent du respect des critères de validité interne et externe. La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité. La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies. (24)

➤ *les critères de validité interne*

Les entretiens ont été retranscrits intégralement grâce aux enregistrements, sans traduction ni interprétation, ce qui garantit la fidélité de la conversation et donc une analyse la plus juste possible. (28)

➤ *les critères de validité externe*

L'échantillonnage s'est fait de façon raisonné et en variation maximale. De plus, le phénomène de saturation de données a été atteint.

IV.1.b. Les faiblesses de l'étude

➤ *L'investigateur*

Il s'agissait d'un premier travail de recherche pour l'investigateur. Or en recherche qualitative, la qualité de l'analyse dépend des compétences et de l'expérience des chercheurs. (29)

➤ *Biais de sélection*

Le recrutement des parents s'est fait auprès de structures hospitalo-universitaires. Les catégories socio-professionnelles auxquelles appartenaient les parents n'ayant

pas été relevées, il est très probable qu'il existe des diversités entre les différents lieux de prise en charge. Celles-ci peuvent conditionner le ressenti et la gestion du stress des parents vis à vis de l'anesthésie générale. Néanmoins, le fait d'avoir récolté les entretiens sur trois sites différents permet de réduire ce biais.

➤ *Biais de subjectivité*

Le recueil et l'analyse des données d'une étude qualitative peuvent être orientés par l'opinion et l'implication de l'investigateur. En effet, lors des entretiens semi-directifs, il se peut que les relances ou questions posées par l'intervieweur influencent les réponses des parents, notamment avec l'utilisation de termes à connotation négative.

IV.2. Synthèse des résultats

Ce travail s'est intéressé au ressenti des parents dont les enfants font l'objet d'une anesthésie générale dans le cadre de soins dentaires, notamment les polycaries. Il existe très peu d'articles ou de thèses en odontologie qui explorent la vision du patient ou notamment ici des parents.

Cette étude a donc permis de décrire le ressenti parental d'une prise en charge sous anesthésie générale en pédodontie.

La cause des caries a été établie comme étant majoritairement soit le sucre, soit l'allaitement ou un biberon nocturne, soit un défaut de brossage. Ces éléments sont cohérents puisqu'ils sont considérés, selon les données de la littérature, comme des facteurs de risque carieux individuels (ou éléments d'indication) entraînant l'identification de l'enfant comme étant à risque carieux élevé. (7,32).

En effet, les caries précoces du jeune enfant ont pu être associées à la prise *ad libitum* de biberons de lait, de liquides contenant des hydrates de carbone, ou d'eau sucrée (syndrome du biberon), mais aussi à un allaitement maternel prolongé (au-delà de l'âge de 1 an). (4)

De même, le brossage, lorsqu'il n'est pas suffisamment régulier, est à l'origine de l'apparition de lésions carieuses. Les parents justifient cela par des difficultés à appliquer une hygiène bucco-dentaire à leur enfant mais aussi par un manque de

connaissances. En effet, beaucoup ignorent à partir de quel âge il faut commencer à brosser les dents.

L'état bucco-dentaire de l'enfant étant altéré, cela peut avoir des retentissements sur la vie du quotidien, notamment pour l'enfant mais également pour les parents.

En effet, l'enfant peut se plaindre de douleurs et l'exprimer via des pleurs, cela peut l'empêcher de dormir et ainsi le fatiguer, ou bien entraîner des difficultés pour manger.

Ainsi, les troubles du sommeil peuvent avoir des conséquences considérables chez l'enfant, que nous ne pouvons négliger : cassure de la croissance staturo-pondérale, troubles du comportement (irritabilité, hyperactivité, fatigabilité), déficits cognitifs de type inattention et troubles de la mémoire, diminution des performances scolaires, et conséquences cardio-vasculaires à long terme. (33)

Il existe également quelques cas de moqueries à l'école, qui peuvent aboutir à un isolement dans des cas extrêmes, à cause du caractère peu esthétique des caries lorsqu'elles sont situées sur les dents antérieures.

D'une part, pour les parents, la douleur de leur enfant est la principale problématique, source d'inquiétude et d'altération du quotidien. En effet, le caractère douloureux provoque une irritabilité chez l'enfant, des réveils nocturnes, une fatigue qui affectent aussi la vie parentale. D'autre part, l'esthétique et l'état bucco-dentaires sont également des préoccupations quotidiennes.

La vie à la maison peut ainsi être franchement affectée tant au niveau de l'enfant que des parents.

Ce travail nous a permis de dégager deux approches vis à vis de l'anesthésie générale : tout d'abord la réticence, puis l'acceptation.

Les parents qui ont une approche négative de l'anesthésie générale l'expriment par de la peur, par le fait que leur enfant soit complètement endormi et qu'ils auraient préféré une anesthésie locale. La situation qui leur est inconnue ou encore les risques liés à cette intervention sont également des éléments perturbateurs qui les amènent à craindre l'acte. Ils ont pu montrer leur réticence par un sentiment d'obligation, à savoir qu'ils n'avaient pas d'autres choix pour soigner leur enfant et qu'ils se sentaient obligés de le faire. Ce que l'on peut également noter est que certains parents

redoutent le résultat de l'anesthésie générale qui peut être certes gênant pour l'enfant, notamment à cause des avulsions des dents non conservables, mais qui peut aussi entraîner des difficultés lors de la mastication ou un préjudice esthétique. Néanmoins, ces actes étant nécessaires, ce sont plutôt les conséquences des soins que de l'anesthésie générale qui les dérange.

Lorsque les parents expriment un sentiment enthousiaste et positif vis à vis de l'anesthésie générale, cela peut s'expliquer car ils envisagent l'intervention comme une solution aux problèmes dentaires. Leur enfant va pouvoir ainsi être pris en charge et soigné. C'est parfois pour eux la meilleure option, et le fait d'être en situation connue pour certains les rassure. Quand toutes les autres tentatives de soins se sont révélées être des échecs de façon répétée, à cause du nombre d'actes ou par manque de coopération de l'enfant, ils se représentent l'anesthésie générale comme une solution idéale. Cela permet aussi une réhabilitation bucco-dentaire générale en une seule fois. Ils vivent ainsi l'anesthésie générale comme un soulagement et beaucoup expriment une certaine impatience à l'approche de celle-ci. Ce qui est apparu également est que la confiance en l'équipe médicale est un élément rassurant qui diminue leur appréhension.

Bien que les deux approches soient totalement différentes, on peut noter tout de même que pour la plupart des parents, les propos sont nuancés. En effet, certains peuvent d'abord ne pas vouloir de l'anesthésie générale, se sentir obligés puis ressentir un soulagement à l'approche de celle-ci. D'autres au contraire peuvent être dans la totale acceptation de l'anesthésie générale, puis s'inquiéter des risques potentiels. Dans les entretiens, même si l'on arrive à dégager une approche dominante, il en ressort tout de même presque systématiquement des éléments du discours opposé.

La notion de responsabilité parentale et de culpabilité est un élément qui a été évoqué à de nombreuses reprises. En effet, une majorité de parents se sent responsable de la situation, de l'état bucco-dentaire de leur enfant, et du fait qu'il soit nécessaire de passer par une méthode d'anesthésie générale pour remettre en état la cavité buccale. De façon inverse, soit l'idée de responsabilité n'est pas évoquée, soit les parents la rejettent sur leur enfant.

Il a été intéressant de voir que pour un parent, deux de ses enfants étaient concernées par des soins sous anesthésie générale : l'aînée y avait eu recours plus jeune, et la cadette. Il s'agit donc ici d'un cas de récurrence. Ce même parent nous a dit se sentir coupable. On peut ainsi constater ainsi que les parents peuvent se sentir responsables mais n'ont pas forcément les clés pour améliorer l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire.

Enfin, les parents ont pu exprimer les modifications qu'ils souhaitaient faire dans leur quotidien, afin qu'une telle situation ne se reproduise plus : ainsi, limiter la quantité de sucre et systématiser le brossage deux fois par jour sont des éléments protecteurs de la carie et qu'il faut mettre en place à long terme.

Finalement, d'après ce qu'il a été étudié, on remarque que certains parents se disent en manque d'informations. Que ce soit vis à vis de l'hygiène bucco-dentaire, de l'allaitement, de quand commencer le suivi chez un chirurgien dentiste ou bien du déroulement de la prise en charge sous anesthésie générale, beaucoup ressentent des lacunes.

Pour pallier à ces deux types de questionnements, plusieurs solutions pourraient être mises en place.

Tout d'abord, il semble nécessaire d'informer la population vis à vis de la santé buccale. La mise en place du dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes est un élément clé pour sensibiliser. En effet, ce bilan, gratuit et financé par l'Assurance Maladie, mis en vigueur depuis le 1^{er} juin 2014 est un moment privilégié pour donner des conseils et des explications quant à l'hygiène orale, l'hygiène alimentaire et la prévention de la carie de la petite enfance. (34) C'est à cette occasion qu'il faut insister sur les conséquences néfastes du sucre, des biberons nocturnes, informer sur l'allaitement prolongé et expliquer l'intérêt du brossage. Expliquer qu'il faut commencer le brossage dès les premières dents de l'enfant et jusqu'à ses 2 ans, une fois par jour et avec de l'eau, avec l'aide des parents, est une première étape dans la prise de bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire. (35)

Une fiche conseil établie par l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) résume les différents gestes et attitudes à avoir en fonction de chaque âge. Il serait

intéressant de remettre celle-ci aux futurs parents de façon systématique pour leur indiquer une ligne de conduite. De plus, entre la période du bilan bucco-dentaire de grossesse et l'arrivée des premières dents, plusieurs mois se sont écoulés et c'est un bon moyen de garder ces informations facilement accessibles. Outre le fait de remettre directement cette fiche conseil aux parents, il peut être judicieux d'en afficher au cabinet, dans la salle d'attente, pour sensibiliser la population. De même, travailler en coordination avec les pédiatres ne peut être qu'un moyen supplémentaire pour prévenir les caries de la petite enfance.

Secondairement à cela, quand un praticien se retrouve devant un enfant devant être pris en charge sous anesthésie générale pour cause de polycaries, il est important d'utiliser tous les moyens pour mettre en confiance le parent.

Ainsi, face à un échec de la prévention, il est primordial de donner et répéter des règles d'hygiène alimentaire et bucco-dentaire pour ne pas se retrouver à nouveau dans une telle situation. Ensuite, le fait de comprendre et connaître une situation est un élément rassurant, c'est donc aux professionnels de santé de donner une information complète sur l'anesthésie générale. Le but étant de ne pas la banaliser, car ce n'est pas un acte anodin, mais de savoir rassurer et expliquer pourquoi celle-ci est nécessaire. Il serait ensuite intéressant de donner une plaquette explicative sur le parcours de soins entre l'annonce de l'anesthésie générale et le suivi. En effet, la plupart des parents se demandent comment se passe l'anesthésie générale, quel est l'intérêt de voir un anesthésiste, comment vont ils savoir quelle sera la date de l'intervention, et quel sera le lieu de l'intervention et des consultations. Même si ce sont des informations évidentes pour le chirurgien-dentiste, il est important de prendre le temps de répondre à ces questions afin de mettre le parent en confiance et de le rassurer. Pour l'aider, cette plaquette explicative pourrait être réalisée afin de retracer le parcours de l'enfant depuis la consultation pré-opératoire, à la consultation pré-anesthésique jusqu'à l'intervention puis le suivi. Cela permettrait de regrouper toutes les informations en un seul endroit et d'aider les parents et l'enfant dans la compréhension de la démarche de soins.

CONCLUSION

Cette étude avait pour but d'évaluer le ressenti des parents lors d'une prise en charge sous anesthésie générale dans le cadre de soins dentaires. Il s'agit à notre connaissance de la première étude faisant appel à une méthode d'analyse qualitative dans ce domaine.

Les résultats de l'analyse thématique montrent le caractère ambivalent de la perception des parents. En effet, deux principales façons d'appréhender l'anesthésie générale se sont dégagées :

- les parents qui ressentent une certaine crainte et qui peuvent refuser dans un premier temps cette prise en charge. Ils se rendent ensuite compte que c'est le seul moyen de soigner leur enfant et, malgré quelques réticences, acceptent cette solution. La plupart deviennent ensuite impatients à l'approche de l'acte qui sera en quelque sorte un soulagement.
- les parents qui se sentent à l'aise vis à vis de cette prise en charge. Ils estiment cette solution comme idéale et souvent ne la craignent pas car ce n'est pas une situation inconnue. Néanmoins, certaines inquiétudes sont exprimées vis à vis des risques potentiels.

La notion de culpabilité a été abordée dans l'une et l'autre approche, celle-ci est variable d'un parent à l'autre. De même, d'autres facteurs peuvent également jouer dans l'approche de l'anesthésie générale, tels qu'entre autre la confiance en l'équipe médicale, l'affectation du quotidien, le comportement de l'enfant. Il existe ainsi certains discours légèrement différents de ces deux schémas-type, mais ce sont les principales idées qui en ressortent.

On note aussi qu'il existe une proportion plus importante de parents inquiets vis à vis de l'anesthésie générale que de parents sans réserve. La combinaison de parents inquiets et de méconnaissances quant à la santé bucco-dentaire explique le taux d'absentéisme au bloc opératoire. C'était donc le but de cette étude, étudier quel est le ressenti des parents, afin de les comprendre au mieux et de les mettre dans de bonnes dispositions pour accepter l'anesthésie générale quand elle est nécessaire. Il

TABLE DES ILLUSTRATIONS

| | |
|---|----|
| <i>Figure 1 : La carie dentaire (CAOD) dans le monde chez les enfants de 12 ans (source : OMS, 2000 ; Rapport sur la santé buccodentaire dans le monde, 2003)</i> | 12 |
| <i>Figure 2 : Classification des patients selon leur score ASA</i> | 16 |
| <i>Figure 3 : Etat bucco-dentaire d'une patiente de 3 ans candidate à l'anesthésie générale</i> | 18 |
| <i>Figure 4 : Orthopantomogramme d'un enfant de 5 ans</i> | 19 |
| <i>Figure 5 : Orthopantomogramme d'un enfant de 8 ans</i> | 19 |
| <i>Figure 6 : Induction de l'anesthésie par inhalation</i> | 22 |
| <i>Figure 7 : Pose de la voie veineuse périphérique</i> | 23 |
| <i>Figure 8 : Intubation naso-trachéale et protection oculaire</i> | 24 |
| <i>Figure 9 : Soins au bloc opératoire</i> | 25 |
| <i>Figure 10 : Répartition des informateurs en fonction du sexe</i> | 34 |
| <i>Figure 11 : Répartition des âges des enfants</i> | 34 |

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de liaison pour l'hôpital des enfants

| | | |
|---|---|---|
| ETIQUETTE PATIENT | FICHE DE LIAISON ODONTOLOGIE - HÔPITAL DES ENFANTS | HOSPITALISATION : Urgente <input type="checkbox"/> Semi-urgente <input type="checkbox"/> A programmer <input type="checkbox"/> |
| Coordonnées téléphoniques des parents : 1 : 2 : | | AG : Durée <input type="checkbox"/> MEOPA : séances <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM : séances <input type="checkbox"/> |
| *Vous serez contactés par le secrétariat pour organiser vos rendez-vous. | | Docteur : nom et signature Date : |
| Poids de l'enfant :kg | | |
| <p>- Diagnostic principal et associés D.P. : <input type="checkbox"/>K029 (carie...) <input type="checkbox"/>K00*(trouble du développement) <input type="checkbox"/>autre (préciser) _____</p> <p>D.Ass : <input type="checkbox"/>F409 (tr. Anxieux phobique) <input type="checkbox"/>F7** (handicap) <input type="checkbox"/>autre (préciser) _____</p> <p>- Pathologies Cardiaques (préciser) ?</p> | | |
| <p>- Décision thérapeutique :</p> <p><input type="checkbox"/> Soins conservateurs</p> <p><input type="checkbox"/> Avulsions</p> <p><input type="checkbox"/> Tentatives de soins conservateurs</p> <p><input type="checkbox"/> Autres</p> | | <p>INFORMATION DES PARENTS : Oui Non</p> <p>- Information sur les possibilités d'extraction <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Information sur les chirurgiens <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>- Consentement anesthésie générale / midazolam / MEOPA* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>- Radiographies :</p> <p><input type="checkbox"/> dans DBSwin <input type="checkbox"/> prescrit (sera remis avant intervention)</p> <p><input type="checkbox"/> film ou papier (à numériser et importer <input type="checkbox"/> impossible sur DBSwin) <input type="checkbox"/> cone beam prescrit</p> | | <p>CONSENTEMENT ECLAIRE :</p> <p>Je reconnais avoir reçu toute l'information souhaitée, et avoir disposé de suffisamment de temps pour réfléchir, demander conseil au sujet de l'intervention. J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais et j'ai été informé(e) des risques qui pouvaient survenir lors de l'intervention ainsi que des risques en l'absence d'intervention.</p> <p>J'ai également été informé(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien pouvait se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement sans qu'il soit possible de m'en avertir.</p> <p>Sous ces conditions, J'autorise et sollicite le chirurgien à effectuer tout acte dentaire qu'il estimerait être nécessaire.</p> |
| <p>- Le dossier est-il complet à ce jour (radios, avis complémentaire, examen etc...)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : manque :</p> <p>- suivi post-opératoire : (indiquer le lieu)</p> <p><input type="checkbox"/>Hotel Dieu</p> <p><input type="checkbox"/>Rangueil</p> <p><input type="checkbox"/>HE</p> | | Signature des parents : |

Annexe 2 : Exemple 1 d'entretien avec un parent

Chloé Assad : S*** va avoir une anesthésie générale, donc pour vous comment vous le vivez, est ce que pour vous tout va bien, est ce que c'est quelque chose plutôt d'anodin, plutôt rare, comment vous vous sentez par rapport à ça ?

Parent : Moi je le vis assez mal, enfin ça me fait assez peur l'anesthésie générale. D'ailleurs elle était prévue en juillet, il a été malade mais je pense qu'on aurait quand même pu la faire parce qu'il était enrhumé et moi j'ai préféré annuler parce que je me sentais pas prête de faire l'anesthésie générale. J'aurais préféré que ça se passe sans anesthésie générale. Avec une anesthésie locale. Son papa d'ailleurs il voulait pas signer le formulaire vous savez d'anesthésiste tout ça il était pas trop d'accord et bon maintenant il l'a fait parce qu'il voit qu'il souffre mais ça nous fait peur quand même une anesthésie générale, je sais pas pourquoi mais je le trouve petit pour en avoir une.

CA : C'est le fait de l'endormir complètement ?

P : C'est le fait de l'endormir complètement, il y a toujours des risques et ça me fait peur mais bon c'est pour son bien donc on va le faire mais si on avait pu éviter, j'aurais préféré qu'on évite.

CA : Du coup vous vous sentez pas trop rassurée par rapport à ça ?

P : Non, du tout.

CA : Vous avez l'impression que le fait de faire l'anesthésie générale ça va beaucoup l'aider, tout va revenir comme avant ?

P : Euh j'espère, pour moi après l'anesthésie générale il aura plus aucun problème dans sa bouche enfin... Sauf le fait qu'on va lui arracher les quatre dents (incisives maxillaires)... Je sais pas si c'est le fait de l'anesthésie générale ou le fait de plus avoir de dents qui me dérange le plus dans cette intervention. Parce qu'il aura quand même plus de dents de devant, il est petit, il va rester longtemps sans dents...

CA : Et vous avez l'impression que l'état dans sa bouche ça affecte..

P : Le quotidien oui. Parce qu'il est... Déjà depuis qu'il a très mal, disons depuis 3 semaines il est... Pas invivable mais toujours ronchon, il mange pas donc oui oui ça affecte, franchement.

CA : Et vous vous en êtes rendue compte comment ? Parce qu'il se plaignait ?

P : Non je m'en suis rendue compte parce qu'il a des dents qui commençaient à se casser, devant, et donc du coup je me suis dit c'est pas normal donc je suis allée consulter mon dentiste qui m'a renvoyé vers le Pr Vaysse à Purpan. Parce que l'état des dents n'était pas comme ça la première fois qu'on a vu un dentiste, c'était vraiment le devant qui commençait à se casser, les dents étaient très fragiles.

CA : Et pour vous l'état des dents c'est dû à quoi, c'est parce qu'il grignote, parce qu'il se brossait pas les dents ?

P : Alors moi je pense que déjà il a eu une alimentation très sucrée, voilà, et je l'ai allaité jusqu'à... Enfin je l'allaité encore un petit peu en fait et il dormait avec moi jusqu'à ses trois ans avec le sein dans la bouche, et le dentiste m'a dit que c'était comme si il dormait avec un biberon de lait au chocolat... Donc je pense que ça y fait mais y'a aussi une alimentation qui a été très sucrée et le brossage de dents quand il était petit c'était pas assez régulier. Pourtant j'ai commencé il avait 1 an, on lui a acheté une petite brosse à dents et tout ça mais c'était pas tous les soirs, c'était pas assez régulier...

CA : Donc par rapport à ça vous pensez que vous vous sentez un petit peu responsable ou c'est juste qu'on vous a pas assez dit que c'était.. ?

P : Ah non je me sens responsable, ah oui oui oui. Je me sens responsable et le Pr Vaysse il me l'a bien fait sentir aussi que j'étais responsable, je suis partie de son cabinet en pleurs. Ca donne l'impression d'être une mauvaise mère.

CA : Bon après là le but c'est que pour lui il soit mieux.

P : Oui que ça s'arrange.

CA : Du coup on vous a bien expliqué les bonnes choses à faire, qu'il fallait qu'il se brosse les dents, l'alimentation tout ça ?

P : Oui je suis allée voir... Ben le Pr Vaysse non, mais entre temps je suis partie voir un confrère, c'est une dame une dentiste qui va se spécialiser chez les enfants sur St Sulpice et elle m'a expliqué, elle m'a dit que l'alimentation... Même la grenadine, quelque chose qu'on pense anodin il faut arrêter totalement, même le jus d'orange il vaut mieux pas trop lui en donner, mais bon j'ai du mal, moi je cède facilement, enfin voilà j'ai du mal. Son alimentation elle est moins sucrée mais je suis pas arrivé à tout arrêter, voilà quoi. Il mange encore du pain au lait, du nutella le matin pour déjeuner.

CA : Bon après c'est normal, pour les enfants c'est pas on arrête le sucre, il a le droit de petit déjeuner, ce qu'il faut éviter au maximum c'est les grignotages, c'est vrai que si au lieu de boire de l'eau il boit du coca ou du jus d'orange c'est embêtant.

P : Oui oui lui au lieu de boire de l'eau il buvait de la grenadine quoi donc c'est vrai que sur ça je me sens coupable, je culpabilise mais bon ça me servira de leçon si j'en ai un autre.

CA : Oui donc au final même si vous avez un peu peur de l'anesthésie générale vous êtes contente que ça arrive.

P : Ben au début franchement j'ai repoussé, je vous l'ai dit en juillet ils m'avaient donné une date, j'ai préféré annuler, tant qu'il se plaignait pas... Par rapport à l'anesthésie générale ça me faisait peur. Et puis mon entourage aussi. « Mais y'a pas besoin d'anesthésie générale, c'est quand même lourd pour un enfant, tu te rends

compte, seulement pour soigner des dents ». Surtout que nous on est de confession musulmane on va devoir l'anesthésier pour lui faire la circoncision aussi, donc ça fait, enfin on devait le faire cet été mais ça faisait deux anesthésies trop rapprochées du coup on a annulé, donc ouais ça fait un peu peur mais maintenant que je vois qu'il souffre j'ai hâte d'y être. Mais avant quand il souffrait pas je vous dit si j'avais pu... Si il avait pas eu mal, je l'aurais pas fait. Mais c'est maintenant qu'il a mal je me dis faut le faire quoi. Faut passer par là quoi, tant pis, en espérant que tout aille bien... Ils ont l'habitude de l'anesthésie...

CA : Oui y'a pas de raison ils en voient tous les jours. Ca se passe très bien. Est ce que vous avez des questions par rapport à l'anesthésie générale, son déroulement ?

P : Non c'est bon maintenant ils m'ont bien expliqué et maintenant j'attends.

Annexe 3 : Exemple 2 d'entretien avec un parent

Chloé Assad : Donc du coup G*** va partir en anesthésie générale, il va être endormi complètement pour ses dents, comment vous le vivez, qu'est ce que vous en pensez ?

Parent : Moi je le vis bien, parce qu'on a tellement eu du mal avec les soins d'avant qu'en fait j'ai l'impression que c'est la seule solution. Il me tarde au contraire. Alors oui il y a des risques tout ça, mais je pense que maintenant c'est assez bien pris en charge, donc voilà je pense que c'est le mieux pour lui, au contraire je suis pour.

CA : Pourquoi vous dites qu'il y a eu des soucis avec les soins d'avant ?

P : Parce que Gino a été soigné chez des dentistes classiques pour adultes, donc ils arrivaient à faire les soins mais sans plus, ils disaient que pour le soigner il fallait qu'il aille chez des spécialistes, on a trouvé un spécialiste qui était très bien qui est partie en congé maternité, qui a eu des remplaçants, et depuis ses remplaçants c'est fini. Voilà il se laissait plus faire et tout ça, et d'autant plus qu'à chaque soin on retrouvait des nouvelles dents à problème, caries, abcès, on venait pour un soin en fait on le faisait pas parce qu'il y avait une urgence ailleurs, donc j'ai l'impression de jamais finir en fait, et comme il se laissait pas faire, on a discuté avec sa dentiste, et on était d'accord comme quoi il fallait qu'il se fasse hospitaliser.

CA : D'accord, donc vous êtes contente ?

P : Oui, franchement oui, il y a des parents qui sont pas pour je sais mais moi oui, parce que j'ai l'impression que c'est la seule solution vraiment c'est un calvaire à la maison, pour lui, pour nous, on en fini jamais des rdv parce que chaque fois il y a autre chose, il y a autre chose, il y a autre chose.. Et puis y'a pas que lui quoi à faire soigner. Il y a ses parents, son petit frère, donc c'est une bonne solution.

CA : Vous avez l'impression que l'état de ses dents ça a altéré un petit peu la vie de famille ?

P : Ah oui, oui, là on a passé une mauvaise période, les dents, c'est les crises de dents, en plus on peut rien faire pour soigner les dents, à part advil, doliprane je veux dire qu'est ce qu'il y a à faire quand on est à la maison ? Et quand ça se produit le soir on peut rien faire. Moi je pense que c'est la seule solution, parce que même on lui a fait des soins qui n'ont pas toujours tenu, alors je remets en cause personne, mais voilà on se dit en fait c'est quand qu'on va y arriver, parce qu'on fait les rdv, on est assidus, on brosse les dents, bon pas correctement je viens de voir mais voilà on fait ce qu'on peut, et on s'en sort jamais. Non c'est vraiment le bout du tunnel pour moi.

CA : Et les caries pour vous c'est du à quoi ?

P : Alors je pense que ça vient de moi, parce que après G*** c'est un enfant qui n'aime pas spécialement les bonbons, vous allez lui proposer un bonbon il va vous dire non, il aime les chocolats oui, voilà, et il mange pas tout le temps du chocolat, de temps en temps, je mentirais si je disais qu'il en mange pas, comme tous les enfants, les boissons sucrées il va en boire mais très rarement, c'est un fond de verre et il grignote

pas plus que ça, il mange au gouter, il mange ses repas classiques, ça arrive que de temps en temps il grignote hein je mentirais aussi, mais pas plus que certains enfants que je vois ou dans mon entourage, mes copines le boulot tout ça. Non G*** je pense que c'est une qualité de dents, moi j'ai pas de très bonnes dents, ma mère encore moins, euh je me fais des caries toute seule, apparemment c'est la salive on m'a dit, moi aussi je me fais soigner actuellement j'en finis jamais, et je pense qu'il a pris de moi, mais c'est vrai que moi petite à son âge j'avais pas ces soucis là quoi, c'est arrivé tôt. Donc voilà je pense que ça vient de ça. Aussi de brossage et tout ça bien sur, on fait mal, parce que c'est vrai qu'on doit le faire mal hein surement, on est pressés on brosse mais sans prendre le temps qu'il faut.

CA : Donc vous vous sentez responsable par rapport à ça ?

P : Oui un petit peu. Là ça va mieux mais un petit peu, ouais à un moment j'étais pas bien, je me suis dit c'est peut être de notre faute on a pas assez... Oui c'est arrivé qu'on a sauté des brossages je pense que voilà. Je dis que c'est peut être notre faute je sais pas, on lui donne pas assez bien ce qu'il faut pour manger. Alors que non après j'ai réfléchi et à un moment j'étais pas bien j'en ai pleuré même au dentiste parce qu'on arrivait pas on se disait c'est pas possible c'est notre faute, et en y réfléchissant oui il doit y avoir un peu de notre faute aussi bien sur, mais je pense que y'a un côté aussi héréditaire c'est pas possible. Pour autant c'est pas possible. Que ce soit que de ma faute en fait voilà.

CA : Et par rapport à l'anesthésie générale vous êtes plutôt impatiente alors ?

P : Franchement oui, j'attends que ça. Et même lui vous pouvez lui poser la question à G*** il attend que ça et je lui ai expliqué je lui ai dit tu sais c'est pas.. Voilà on va à l'hôpital quand même tout ça mais il en peut plus lui aussi des soins.

CA : Oui pour vous c'est l'aboutissement ?

P : Oui. C'est fou hein. C'est bien pour lui et toute la famille, franchement je sais, c'est pas comme si il avait une ou deux caries, là j'aurais forcé le truc voilà, G*** il faut se faire soigner, mais là c'est toutes ses dents quasiment, entre guillemets, on en a soigné une y'en a une autre qui arrive, et là je crois que y'a 8 soins à faire vous vous rendez compte ? C'est pas comme si c'était une ou deux caries bon on peut les soigner, parce qu'il s'est fait soigner déjà une ou deux caries, donc c'est catastrophique pour moi. Huit soins vous savez comment c'est long, quand je vois quand on a un rdv on fait un soin et encore il est pas fini faut revenir voilà, donc j'en vois jamais le bout, et à côté de ça c'est cher les soins dentaires, ce que je peux comprendre, mais moi j'ai des problèmes aussi je dois me faire soigner et je fais soigner mon fils en premier mais bon j'ai que 24 ans je suis une jeune maman donc les dents c'est important et faut que je les fasse soigner aussi donc j'en finis plus. Voilà, non non moi c'est avec impatience que j'attends. En espérant que ça se passe bien évidemment voilà il y a toujours une petite crainte tout ça, parce que c'est nos enfants, mais je pense que c'est le meilleur pour nous. Donc je suis pour l'anesthésie générale, je confirme, avec tout ce qu'il a.

Annexe 4 : Fiche conseil de brossage établie par l'UFSBD



Votre dentiste complice de votre sourire

FICHE CONSEIL

A CHAQUE AGE SON BROSSAGE

Lorsque mon bébé fait sa première dent, quels sont les gestes d'hygiène-bucco-dentaire adaptés

- Avant les premières dents, vous pouvez passer une compresse imbibée d'eau ou de sérum physiologique. Seule une surveillance de l'alimentation et des précautions pour éviter l'entrée de bactéries dans la bouche sont nécessaires.
- Dès les premières dents, vous devez brosser les dents de votre enfant. Il n'est pas trop tôt pour prendre de bonnes habitudes car la plaque bactérienne se développe dès l'apparition des premières dents. Pour réaliser le brossage les parents se placent derrière l'enfant en maintenant l'enfant dans leurs bras.

Le dosage en fluor de votre dentifrice varie en fonction de l'âge :

- Dès les premières dents de l'enfant jusqu'à 2 ans, le brossage des dents est réalisé une fois par jour par ses parents avec de l'eau.
- A partir de 2 ans, le brossage est effectué 2 fois par jour avec un dentifrice fluoré entre 250 ppm et 600 ppm lorsque l'enfant sait recracher.
- A partir de 3 ans, le brossage est effectué 2 fois par jour avec un dentifrice fluoré entre 500 ppm et 1000 ppm lorsque l'enfant sait recracher, pendant 2 minutes.
- Enfin après 6 ans, on se brosse les dents 2 fois par jour avec un dentifrice fluoré entre 1000 et 1500 ppm, pendant 2 minutes.

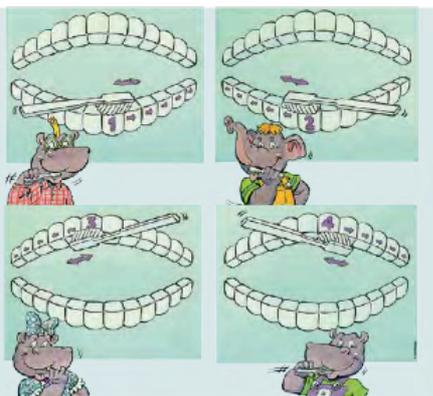
La gamme de dentifrices proposée sur le marché est très vaste : n'hésitez pas à demander conseil à votre chirurgien-dentiste.

Quelle technique de brossage quand mon enfant a toutes ses dents de lait ?

De 4 à 6 ans, l'enfant commence à devenir autonome et apprend la méthode BOUBOU®. Sous le contrôle des parents, l'enfant réalise lui-même un brossage efficace :

- On apprend à brosser toutes ses dents.
- On tient la brosse bien en main.
- On ne mouille pas la brosse à dent
- On brosse séparément les dents du haut et du bas
- Les poils de la brosse sont à cheval sur les dents et la brosse fait un mouvement de va et vient.

Avec Boubou apprend à bien te brosser les dents !



Quelle technique de brossage quand mon enfant a une dentition mixte (dents de lait + dents définitives) entre 6 et 9 ans ?

- On commence par le bas, un côté à près l'autre à chaque fois
- Pour chaque côté, on pose la brosse à cheval sur la dernière dent du fond et on brosse d'avant en arrière 10 fois
- Pour les dents de devant (canine à canine), on brosse la partie des dents que l'on voit en tournant la brosse du rose vers le blanc (brossage rotatif de la gencive vers la dent)
- On brosse l'arrière des dents de devant avec la brosse en hauteur et un mouvement du rose vers le blanc

ON COMMENCE PAR LE BAS, UN SEUL CÔTÉ À LA FOIS

1 Pour le premier côté

On pose la brosse à cheval sur la dernière dent du fond. On brosse d'avant en arrière 10 fois.



2 On fait la même chose de l'autre côté :

On retourne bien au fond à chaque fois pour brosser la dernière dent, la dent de 6 ans, déjà définitive.



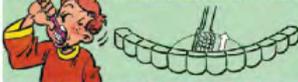
3 Pour les dents de devant (de canine à canine), on brosse le devant des dents,

en tournant du rose vers le blanc. On répète le mouvement 10 fois.



4 On brosse l'arrière des dents de devant

avec la brosse en hauteur et un mouvement du rose vers le blanc.



POUR LES DENTS DU HAUT : ON REFAIT LA MÊME CHOSE, SANS RIEN OUBLIER.

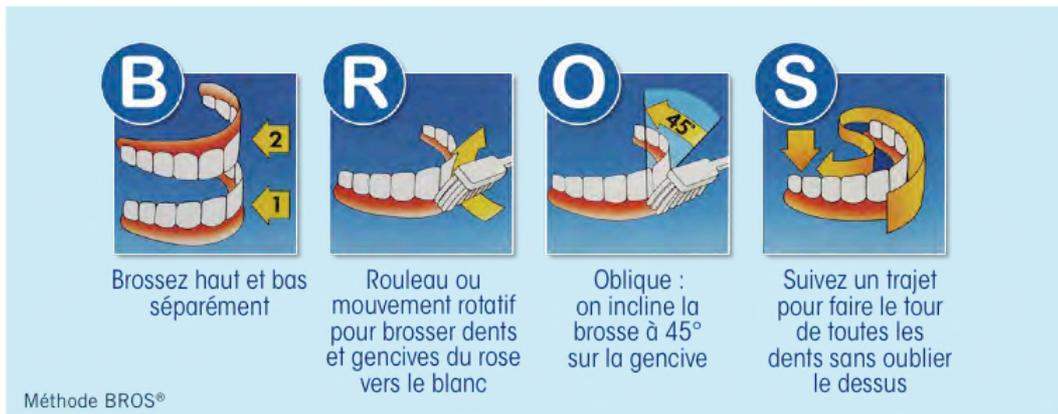
« L'UFSBD représente les 38 000 chirurgiens-dentistes qui agissent au quotidien pour votre santé bucco-dentaire au sein de leur cabinet. Pour en savoir plus sur votre santé bucco-dentaire www.ufsbd.fr »



A CHAQUE AGE SON BROSSAGE

Et quand mon enfant a toutes ses dents définitives ?

La méthode BROS[®] est idéale à partir de 9 ans, même si l'enfant n'a pas encore toutes ses dents définitives et c'est une méthode à conserver pour toute la vie.



Quel type de brosse à dents dois-je utiliser ?

Pour un brossage efficace, il faut changer sa brosse à dents au minimum tous les 3 mois et utiliser une brosse à dents souple. L'UFSBD préconise l'utilisation d'une brosse à dents à petite tête, pour pouvoir atteindre les endroits difficiles d'accès.

Vous pouvez tout aussi bien utiliser une brosse à dent électrique, à condition de bien faire le même trajet sur chaque face de chaque dent.



*Annexe 5 : Proposition d'article***PARENT'S PERCEPTION ON GENERAL ANESTHESIA FOR DENTAL CARE****Abstract**

General anesthesia is a choice of sedation that is part of our therapeutic arsenal for dental care in pediatric odontology. We studied the feelings of parents when their children are taken care of by this technique.

To respond to this question, largely unexplored, we conducted qualitative research through 14 individual interviews in Toulouse (France). We were interested in the living environment, with the cause of caries and how everyday life was affected, the notion of parental responsibility, and the parents' approach to general anesthesia. The thematic analysis revealed that a slight majority of parents are concerned, others have a positive idea. The combination of ignorance of decay's causes and this anxiety lead to recurrences and absenteeism in the operating room. Our research demonstrates that it is essential to explain and give all the information to the parent at the time of the announcement of general anesthesia. This will allow him to feel confident and accept this therapy when it is needed.

Key Words

General anesthesia, qualitative research, pediatric odontology, parental feelings

I. INTRODUCTION

General anesthesia should be considered as the last resort for children's dental care, when all other sedation techniques have been proven failing. It is an act that involves risks and may therefore cause anxiety for parents whose children are treated through this procedure. It is addressed in a specific way to children with a general health issue, and multiple treatments to be carried out. The children may also get anxiety and / or cooperation problem, although this is not the only indication and we need to adjust our approach to each.

The aim of this therapeutic is first to improve the care of the child and to guide him in post-operative follow-up.

There was no consideration previously to explore the feelings of parents experiencing general anesthesia for dental care for their child. In this study, we have been interested in a group of parents whose children were being treated under general anesthesia for dental care at the Children's Hospital of Purpan, Toulouse, France.

The objective of the study in the absence of known data is therefore to describe the experiences and perception of parents, whose children are undergoing to this surgery, specifically with many caries.

II. MATERIAL AND METHODS

II.1 Qualitative approach

To understand the feelings of the parents whose child was addressed in general anesthesia, the qualitative approach was justified. This allows to explore emotions, feelings, by gathering verbal data on a special topic. For this work, individual semi-structured face-to-face interviews were conducted with the parents. Indeed, the focus group seemed inappropriate and difficult to set up.

These semi-structured interviews consisted as a dialogue in the form of large questions, defined beforehand around a theme, with open answers, focus on the subject. This exchange took place in the context of an informal discussion with the parent, which allowed the freedom of expression of the parent, while adapting the course of the questions during the discussion.

During the interviews, the aim was to have a comprehensive approach to collect the emotions and individual perception of the parent. It was therefore necessary to establish the interview as a conversation based on themes, avoiding as much as possible the surface answers, with any reminders if necessary.

II.2 Sample recruitment

The "informants" included were parents of children for whom the indication of general anesthesia in dental care for poly-caries had been done.

It was necessary to have a reasoned sampling in maximum variation. In the present case, recruitment has been made to any person whose child requires dental care under general anesthesia. This was the only criterion for inclusion. The exclusion criteria were lack of proficiency of French, impeding dialogue, and refusal of discussion from the informant.

The size of the sample is not determined by the need to generalize but by the need to create interpretations and acquire a better understanding of the phenomenon. Thus, the number of interviews has not been fixed beforehand, the collection of data stops when the reading of the material no longer brings new elements: it is saturation.

To include informants, we used several health centers for parents and children from October 2016 to December 2016:

- Department of Dentistry of Toulouse Rangueil
- Toulouse Department of Dentistry at Hôtel Dieu
- Consultation of pediatric odontology at the Purpan Children's Hospital

The contact and the interview with the parents followed the announcement of the indication of general anesthesia. Fourteen interviews were conducted with 64% women and 36% men.

II.3 Interviews

When establishing contact, an explanation was given concerning the study and the fact that the interview will be recorded and anonymous.

The individual interviews were in an office in the health center where the consultation took place. The discussions were conducted in French and lasted between 5 and 11 minutes with a total of 14 parents. They were recorded with a Dictaphone in order to be completely transcribed for analysis. Only one parent refused to participate, two others did not practice French and thus could not be included.

A discussion guide was prepared by two investigators (Mathieu Marty and Chloé Assad) to serve as a guideline.

The first step was to explain the context of the study and then obtain the oral consent of the interviewee.

The opening question was always the same: "Your child will be treated under general anesthesia for his caries, what do you think about it, how you feel it, how you live it?" From there, followed a dialogue which gets improvised as the conversation progressed.

The main themes were inserted and adjusted according to the thread of the latter:

- the cause of caries
- the affectation of the daily
- feelings about general anesthesia
- the various fears and possible questions
- the concept of guilt
- the efforts to be made in everyday life for the oral health of the child

Elaborating some statements was requested to obtain more precise and more detailed answers. The conversation was free, and the different themes tackled in different times depending on each.

II.4 Data Analysis

The analysis of the interviews consisted as a thematic analysis. This makes it possible to cut out interviews in verbatim in order to reach a self-explanatory of a phenomenon. The focus groups and individual interviews were all audio-recorded and transcribed verbatim to be coded.

The process, in which we used NVivo software involved cutting the transcripts into meaningful segments and assigning codes to the segments. We then examined the codes and their corresponding passages through an iterative process, regrouping them into broad themes. Once the themes were identified, we described them in a text and illustrated them with data extracts. This process was conducted by two members of the research team, who checked and validated their interpretations.

III. RESULTS

III.1 Living environment

According to the parents, several etiologies may be linked to the appearance of a carious phenomenon. We have identified three, objectivized by the literature and recognized as carious risk factors.

First, sugar is the most widely reported etiology. He has been reported in particular sweets and sugary drinks « *well, he's eating sweets. A lot. Even if we stop. He loves sweet* ».

Then, breastfeeding or baby bottle feeding at night: it is a carious factor that is most often misunderstood by most parents, who think they act well « *and I breastfeed him until... Well I still breastfeed him a little bit in fact and he slept with me until he's 3 years with the breast in the mouth* ».

Finally, brushing teeth when done inefficiently. What emerges from the interviews with parents is that brushing teeth can be irregular or failing. They also mention a lack of information on oral hygiene or difficulties with the child « *honestly I didn't even know how old to brush* », « *even to brush his teeth it was very difficult* ».

Furthermore, daily life can be affected in different ways. This may involve the child directly or the family.

On one hand, for the child, it is expressed by pain, an altered sleep, tears and sometimes the feeling of being different, an isolation, which can be due to mockery on the part of other children. « *Especially when he sleeps, it hurts him almost all the time, sometimes it wakes him up, he cries, he screams* », « *when she smiles, for her it's not nice, she gets mockery at school and everything* ».

On the other hand, the family may feel anxiety about the pain of the child: his oral state, but also tired and difficulties in daily life « *it hurts me to see him without his teeth, everyone has teeth* », « *I don't sleep anymore because he has a toothache, and because I was afraid he would wake up* ».

Caries can affect life significantly and require cares under general anesthesia. Parents showed different opinions on this therapy.

Table 1. Participants' quotations illustrating their perception of living environment

| Themes | Quotations |
|----------------------|--|
| Etiologies of caries | Participant 10: "It has damaged the teeth, and also the sweets. I give a lot of sweets and sodas" Participant 4 : "after that, as I say, what has spoiled the teeth is breastfeeding" Participant 3 : "brushing teeth when he was young it was not regular enough" |
| Daily assigned | Participant 3 : "since he suffers a lot, say for three weeks he is... not unbearable but always grumpy, he doesn't eat so yes it affects frankly" Participant 13 : "really it's a pain at home, for him, for us; we never finish appointments because every time there is something else" |

III.2 Parents' approach to general anesthesia

Two groups have been distinguished: parents who are reluctant, with a negative approach to general anesthesia, and parents who feel more confident, with a positive approach to general anesthesia.

For the negative vision, several explanations were given: the fact that the child is completely asleep is a source of stress and concern for parents. They are aware of the risks and dread them, which is why they would have preferred a local anesthesia « *I'd have preferred local anyway, because general is still something* ». Others also find that it is a weighty therapeutic for a child. All this contributes to apprehension.

Then parents told that they had no choice but to accept general anesthesia to care for their children, which gives them a sense of obligation « *actually I'm a little scared but in fact we are somewhat forced to do it* ».

Finally, parents dread the oral state after the general anesthesia, with consequences that can sometimes be aesthetic or functional damage « *I don't know if it's the fact of general anesthesia or the fact not having more teeth that disturbs me the most* ».

All these reasons explain why parents may fear this therapy.

For positive vision, this is due to different arguments: for some parents, general anesthesia is the best solution to consider for their child. Whether it is because care is too numerous, too difficult to do in a vigilant state, or because it will improve the quality of life of the child and the family at one time, they see in it ideal solution « *we'll send him to general anesthesia to treat him once et for all* ».

Moreover, others opt for a reassuring state of mind. Indeed, when general anesthesia is a known or trivialized act, it is less impressive. This may also be because the child is in care, which can provide some form of relief from the parents. Some of them have expressed their eagerness to be there « *Yes I'm relieved. He's supported. We feel we're getting closer and we're on the right way* »

Finally, knowing that the medical team is competent and thus have confidence in the medical profession is a factor that reduces apprehension « *Actually, as I trust doctors I feel more reassured* ».

Opinions are nuanced and each has its own ideas on general anesthesia. Parents may be more or less involved.

Table 2. Participants' quotations illustrating their approach to general anesthesia

| Themes | Quotations |
|-------------------|--|
| Negative approach | Participant 12: "the fact of falling asleep completely, there are always risks, and it scares me" Participant 10: "there is no choice, he really must be heal" Participant 3: "because he won't have any more front teeth, he's small, he'll say long without teeth" |
| Positive approach | Participant 11: it's better for him, because I know he's stressed out and that way there'll be all done in once and we don't talk about it anymore |

| | |
|--|--|
| | Participant 6: I'm reassured, I've already done so it's good I'm not worried. I'm impatient now. Participant 4 : I still trust the medical team |
|--|--|

III.3 Parental responsibility

When parents are asked if they feel guilty about the oral condition of their child, which leads to care under general anesthesia, a slight majority of them evoke their own responsibility « *because I'm the dad, so it is as if we didn't take care of him* ». This is the notion of parental guilt.

On the contrary, other parents referred to the fact that they did not feel guilty, or only partially, by giving some responsibility to their child « *Honestly it's not my fault* ». It is the dismissal of responsibility.

Through these examples, it can be noted that opinions on the concept of parental responsibility are mixed, and that the views of each are divergent. We must look at what efforts parents are making to get out of this situation.

Some parents have expressed the wish to be more vigilant, through several efforts to be made on a daily so that the situation does not recur « *anyway we must continue to monitor diet, brushing teeth, that's obviousness. And a check every six months, there're no secrets* ».

The observation is the following: parents figure out the issues related to oral health and for the most part, they want to put things in place to not fall back into this type of care.

Table 3. Participants' quotations illustrating the parental responsibility

| Themes | Quotations |
|---------------------------------|---|
| Concept of responsibility | Participant 4: I feel a bit responsible, I say maybe I missed the check mark on some stuff. Maybe I made a mistake on the education of the little one Participant 6 : and there, it's himself who has made his teeth like that, I forbid him sugar |
| Changes to me made in the daily | Participant 7: so we have to brush teeth and stop sugar. In addition she gets already adult teeth |

IV. DISCUSSION

The aim of this study was to evaluate the feelings of parents during a treatment under general anesthesia in the context of dental care.

It was found that the opinions were mixed along the speeches. Elements of each of the two approaches, positive and negative, were observed.

The notion of guiltiness was approached too, which is variable from one parent to another. Similarly, other factors may also play a part in the approach to general

anesthesia, such as confidence in the medical team, affectation of daily life, and behavior of the child.

It also appeared that parents are globally aware of the etiologies of decay, although some are astonishing to them. It is also noted that there is more parents worried about general anesthesia, than parents without reserve. The combination of worried parents and lack of knowledge about oral health explains the rate of absenteeism in the operating room. It was therefore the purpose of this study, to monitor the feelings of the parents in order to understand them better and to put them in good disposal to accept the general anesthesia when necessary. It is important to give all the explanations to the parent at the time of the announcement of the general anesthesia. This in order to reduce the rate of absenteeism but also the rate of recidivism, and to have a better care of the children.

Finally, according to what has been studied, we also note that some parents say they are lacking information. Whether oral hygiene, breastfeeding, when to start follow-up with a dental surgeon or the course of management under general anesthesia, many feel deficiencies.

To overcome these two types of questioning, several solutions could be put in place: First of all, it seems necessary to inform the population about oral health. The setting up of the oral prevention device for pregnant women is a key in raising awareness. Indeed, it is a privileged moment to give advice and explanations about oral hygiene, food hygiene and prevention of early childhood caries. It is on this occasion that it is necessary to insist on the harmful consequences of sugar, nocturnal baby bottles, to inform on the prolonged breast-feeding and to explain the interest of brushing with its method.

Similarly, working in coordination with pediatricians can only be another way to prevent early childhood caries.

Secondly, when a practitioner is in front of a child to be treated under general anesthesia because of caries, it is important to use all means to reassure the parent. Thus, in front of a failure of prevention, it is essential to give and repeat rules of food hygiene and oral hygiene, so as to not find them again in such a situation. Then, understanding and knowing a situation is a reassuring element, so it is up to health professionals to give complete information on general anesthesia. The goal is not to trivialize it, because it is not an innocuous act, but to know how to reassure and explain why it is necessary. This will reduce the rate of recurrence and the absenteeism rate in the operating room.

Intervention under general anesthesia is not an end in itself, it must be part of a management protocol. After the procedure, the child must be checked again, in order to check the healing, and the respect of the rules of food hygiene and oral hygiene. The aim of general anesthesia is to be able to return to a care in the vigil state.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/>
2. Lupi-Pégurier L, Bourgeois D, Muller-Bolla M. Epidémiologie de la carie. EMC Elsevier Masson. 2009;
3. Bandon D, Nancy J, Prévost J, Vaysse F, Delbos Y. Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins buccodentaires des enfants et des patients handicapés. Pédiatrie Au Quotid. 2005;
4. Naulin-Ifi C, Collectif et. Odontologie pédiatrique clinique. 2011.
5. Klinberg G, Raadal M, Arnrup K. Dental anxiety and behaviour management problems in pediatric dentistry. 2009;
6. Collado V, Faulks D, Hennequin M. Choisir la procédure de sédation en fonction des besoins du patient. Réal Clin. 2005;16:201-19.
7. Muller-Bolla M, Sixou P de J-L, Collège des enseignants en odontologie pédiatrique. Fiches pratiques d'odontologie pédiatrique. 2014.
8. Sedative Effects of Oral Midazolam, Intravenous Midazolam and Oral Diazepam. PubMed J [Internet]. Disponible sur: <https://ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/23019837/>
9. Gautier H. Utilisation de la sédation consciente par inhalation de MEOPA dans un service d'odontologie polyvalente (Etude rétrospective sur 5 ans) [Internet]. [Nancy]: Henri Poincaré - Nancy I; 2011. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_TD_2011_GAUTIER_HELENE.pdf
10. Cameron AC, éditeur. Handbook of pediatric dentistry. 3rd ed., reprinted. Edinburgh: Mosby, Elsevier [u.a.]; 2010. 480 p.
11. Bandon D, Delbos Y, Nancy J, Vaysse F, Rouas P. MEOPA, anesthésie générale : pourquoi et comment orienter les patients ? Fil Dent. mai 2009;(43).
12. Information médicale sur l'anesthésie - SFAR - Société Française d'Anesthésie et de Réanimation SFAR – Société Française d'Anesthésie et de Réanimation [Internet]. Disponible sur: <http://sfar.org/pour-le-grand-public/information-medicaled-sur-lanesthesie/>
13. Osman D, Bonnet M-P, Bouferrache K, Josserand J. Urgences, réanimation, anesthésie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2014. (Cahiers des ECN).
14. Haute Autorité de Santé. Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et stomatologie [Internet]. 2005 Juin. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/anesthesie_odontologie_rap.pdf
15. American Society of Anesthesiologists - ASA Physical Status Classification System [Internet]. Disponible sur: <http://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>
16. Yawary R, Anthonappa RP, Ekambaram M, McGrath C, King NM. Changes in the oral health-related quality of life in children following comprehensive oral rehabilitation under general anaesthesia. Int J Paediatr Dent. sept 2016;26(5):322-9.
17. Berthet A, Droz D, Manière M-C, Naulin-Ifi C, Tardieu C. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Paris; Berlin; Chicago [etc.: Quintessence international; 2006.
18. Siqueira MDQ, Combet S, Duflo F. Principes et protocoles en anesthésie

pédiatrique. 2014.

19. Gérard E, Moizan H. Pratique odontologique au bloc opératoire. CdP. 2010.
20. Gerber C. Anesthésie générale et odontologie: indications, limites, techniques opératoires [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté de chirurgie dentaire;
21. Tarragano H, Missika P, Moyal F, Illouz B. La Chirurgie orale. 2010.
22. SFAR, SRLF. Recommandations SFAR SRLF - Organisation Des Unités de Surveillance Continue.pdf [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/200502-Recommandations_SFAR_SRLF-OrganisationDesUSC.pdf
23. Dubousset A-M. Un enfant va être opéré : ce que le médecin traitant doit savoir. Sess Pour Généralistes. 2000; Mise Au Point en Anesthésie Réanimation (MAPAR):789-95.
24. Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.
25. Kaufmann J-C, Singly F de. L'entretien compréhensif. Paris: Colin; 2011.
26. Lebon C. La rédaction des directives anticipées : quel ressenti ? Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2014.
27. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.
28. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;24(105):4-11.
29. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours - Revue Médicale Suisse. 2004; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
30. Marty M. Etude de l'impact de l'évaluation clinique par « Patient Traité » sur les étudiants en chirurgie- dentaire. Paul Valéry Montpellier III; 2016.
31. Logiciel NVivo pour la recherche qualitative | QSR International [Internet]. Disponible sur: <http://www.qsrinternational.com/nvivo-french>
32. Haute Autorité de Santé. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxièmes molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans [Internet]. 2005 nov. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_recos.pdf
33. Collège des enseignants de Neurologie. Neurologie Réussir Les Ecni. Elsevier Masson. Educa Books; 2016.
34. ameli.fr - Prévention bucco-dentaire [Internet]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/vous-former-et-vous-informer/prevention-prise-en-charge-par-l-assurance-maladie/prevention-bucco-dentaire/examen-bucco-dentaire-pour-les-femmes-enceintes.php>
35. UFSBD. fiche-brossage.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/09/fiche-brossage.pdf>

PERCEPTION DES PARENTS SUR L'ANESTHESIE GENERALE DANS LE CADRE DE SOINS DENTAIRES

RESUME : L'anesthésie générale est un choix de sédation qui fait partie de notre arsenal thérapeutique pour les soins dentaires en odontologie pédiatrique. Ce travail étudie le ressenti des parents lorsque leurs enfants sont pris en charge par cette technique. Des entretiens ont été réalisés avec des parents au CHU de Toulouse afin de mieux comprendre leur perception de l'anesthésie générale, et ainsi améliorer notre prise en charge. Le but étant de minimiser les récurrences et de réduire le taux d'absentéisme au bloc opératoire.

TITLE : Parent's perception on general anesthesia for dental care.

SUMMARY : General anesthesia is a choice of sedation that is part of our therapeutic arsenal for dental care in pediatric odontology. This work studies the feelings of parents when their children are taken care of by this technique. Interviews were conducted with parents at Toulouse's University Hospital to better understand their perception of general anesthesia, and thus improving our care. The aim is to minimize recurrences and reduce the absenteeism rate in the operating room.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

MOTS CLES : Anesthésie générale, Odontologie pédiatrique, Ressenti des parents, Vécu parental, Etude Qualitative

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire, 3 chemin des maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Docteur Mathieu MARTY