

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE – DEPARTEMENT D'ODONTOLOGIE

ANNEE 2024

2024 TOU3 3061

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Louise FAUVET

le 14/10/ 2024

**LE CONSENTEMENT AUX SOINS DENTAIRES CHEZ L'ENFANT :
BILAN SUR LA LÉGISLATION ET RÉFLEXION ÉTHIQUE**

Directrice de thèse : Pr Marie-Cécile VALERA

JURY

Président : Pr Jean-Noël VERGNES
1er assesseur : Pr Marie-Cécile VALERA
2ème assesseur : Dr Géromine FOURNIER
3ème assesseur : Dr Alison PROSPER



Faculté de santé
Département d'Odontologie

➔ **DIRECTION**

Doyen de la Faculté de Santé
M. Philippe POMAR

Vice Doyenne de la Faculté de Santé
Directrice du Département d'Odontologie
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

Directeurs Adjointes
Mme Sarah COUSTY
M. Florent DESTRUHAUT

Directrice Administrative
Mme Muriel VERDAGUER

Présidente du Comité Scientifique
Mme Cathy NABET

➔ **HONORARIAT**

Doyens honoraires
M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

Chargés de mission
M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

➔ **PERSONNEL ENSEIGNANT**

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE, Mme Marie - Cécile VALERA
Maître de Conférence : M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Anne GICQUEL, M. Robin BENETAH
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Mathieu TESTE, M. Daniel BANDON

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Carole VARGAS JOULIA, Mme Chahrazed BELAILI, Mme Véronique POINSOTTE
Adjoints d'Enseignement : Mme. Isabelle ARAGON, M. Vincent VIDAL-ROSSET

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme Catherine NABET)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES
Maîtres de Conférences : Mme Géromine FOURNIER
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Jean-Philippe GATIGNOL
Mme Carole KANJ, Mme Mylène VINCENT-BERTHOUMIEUX, M. Christophe BEDOS

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Professeurs d'Université : Mme Sara LAURENCIN- DALICIEUX,
Maîtres de Conférences : Mme Alexia VINEL, Mme. Charlotte THOMAS
Assistants : M. Antoine AL HALABI, M. Pierre JEHLE
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE , Mme Myriam KADDECH,
M. Mathieu RIMBERT, M. Joffrey DURAN

CHIRURGIE ORALE

Professeurs d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS, M. Antoine DUBUC
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Jérôme SALEFRANQUE,
M. Clément CAMBRONNE

BIOLOGIE ORALE

Professeurs d'Université : M. Philippe KEMOUN, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Matthieu MINTY
Assistants : Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS, Mme Valentine BAYLET GALY-CASSIT,
Mme Sylvie LE
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, Mme Inessa TIMOFEEVA-JOSSINET

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Franck DIEMER)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeurs d'Université : M. Franck DIEMER, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN,
Assistants : M. Nicolas ALAUX, M. Vincent SUAREZ, M. Lorris BOIVIN, M. Thibault DECAMPS, Mme Emma STURARO, Mme Anouk FESQUET
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean-Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE,
Mme Lucie RAPP, Mme Marion CASTAING-FOURIER

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR, M. Florent DESTRUHAUT,
Maîtres de Conférences : M. Antoine GALIBOURG, M. Julien DELRIEU
Assistants : Mme Coralie BATAILLE, Mme Mathilde HOURSET, Mme Constance CUNY, M. Anthony LEBON,
M. Paul POULET
Adjoints d'Enseignement : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Luc RAYNALDY, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER,
M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Victor EMONET-DENAND, M. Thierry DENIS, M. Thibault YAGUE, M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION,

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Professeur d'Université : Mr. Paul MONSARRAT
Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONJOT, M. Karim NASR, M. Thibault CANCEILL,
Assistants : M. Olivier DENY, Mme Laura PASCALIN, Mme Alison PROSPER
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 01 Septembre 2024

Remerciements

A mes parents,

A ma sœur,

A Alexandre,

A mes grands-parents,

A l'ensemble de ma famille,

A ma belle-famille,

A mon binôme Steven,

A mes amis.

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Noël VERGNES,

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Habilitation à diriger des Recherches (HDR),
- Docteur en Épidémiologie,
- Docteur en Chirurgie-Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill -
Montréal, Quebec - Canada,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'accepter la présidence du Jury.

Grâce à votre encadrement à l'Hôtel Dieu pendant 3 ans, j'ai adopté une approche centrée sur le patient qui me donne aujourd'hui une perspective plus humaine de mon métier.

Vous trouverez dans ce travail le témoignage de mon profond respect.

À ma directrice de thèse,

Madame la Professeur Marie-Cécile VALERA,

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Spécialiste qualifiée en « Médecine Bucco-dentaire »,
- Docteur de l'université Paul Sabatier, spécialité : Physiopathologie cellulaire, moléculaire et intégrée,
- Master 2 recherche, mention Physiologie cellulaire intégrée,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- Habilitation à Diriger des Recherches,
- Diplôme universitaire de Recherche Clinique en Odontologie,
- Diplôme interuniversitaire « Soigner les soignants ».

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Votre engagement pour la pédodontie a été une source d'inspiration, je suis profondément reconnaissante pour votre bienveillance et pour vos précieux enseignements.

Veillez trouver ici le témoignage de ma plus grande gratitude et de mon plus grand respect.

Au jury de thèse,

Madame le Docteur Géromine FOURNIER,

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Docteur en anthropologie,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier,
- DU Odontologie Légale et Éthique,
- DU Méthode et pratique en identification Oro-faciale,
- Expert judiciaire en identification odontologique près de la Cour d'Appel de Toulouse.

Je vous remercie d'avoir accepté l'invitation à siéger au sein de ce jury.

*Apprendre à vos côtés en clinique m'a permis de prendre confiance en moi, merci
pour votre bienveillance et votre soutien.*

Vous trouverez dans ce travail le témoignage de toute ma gratitude.

Au jury de thèse,

Madame le Docteur Alison PROSPER,

- Chef de Clinique des Universités – Assistante des Hôpitaux,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 1 Biomatériaux et anthropologie, mention biologie de Santé.

Je vous remercie d'avoir accepté l'invitation à siéger au sein de ce jury.

Merci pour ces 5 années passées ensemble.

Vous trouverez dans ce travail le témoignage de toute mon amitié.

Table des matières

Introduction	12
I. Bilan législatif :	13
A. En France	13
a. <i>La relation patient-praticien légiférée : les textes de loi</i>	13
b. <i>Le contrat de soin en odontologie</i>	20
c. <i>Les spécificités en pédiatrie : exemple des directives anticipées</i>	21
B. À l'étranger.....	23
II. Comment favoriser l'obtention du consentement chez l'enfant ?	24
A. Une prise en charge précoce favorisant l'habituat	24
a. <i>La première consultation de l'enfant chez le dentiste</i>	24
b. <i>Les répercussions d'une prise en charge tardive sur la relation patient-praticien</i>	25
B. La prévention de la carie dentaire : hygiène bucco-dentaire et alimentation	27
a. <i>Prévention alimentaire</i>	27
b. <i>Éducation à l'hygiène bucco-dentaire</i>	28
c. <i>La fluoration</i>	29
C. L'approche comportementale.....	30
a. <i>L'accompagnement par le praticien</i>	30
b. <i>L'approche centrée sur la personne</i>	31
D. Que faire en cas de refus de soins ?	33
a. <i>Les différentes molécules sédatives avec une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en France</i>	33
b. <i>Les soins sous anesthésie générale</i>	35
III. Réflexion éthique et discussion :	37
A. Le consentement de l'enfant lors des prises en charges particulières : où, quand, peut-on/doit-on agir sans le consentement de l'enfant ?.....	37

<i>a. Prise en charge en cas d'urgence bucco-dentaire</i>	37
<i>b. Prise en charge en cas de situation politique particulière</i>	38
<i>c. Exemple des soins sans consentement</i>	39
<i>d. La contention physique : législation et perception par la famille, contenir est-ce nier le refus de l'enfant ?</i>	41
B. Les solutions pour que le refus de soin soit entendu	45
Conclusion	47
Table des illustrations	48
Bibliographie	49

Introduction

La santé bucco-dentaire est cruciale pour le bien-être global de chaque individu, elle influe sur la qualité de vie. Elle permet de parler, manger et interagir socialement sans inconfort ni douleur. De plus, l'esthétique du sourire joue un rôle important dans les relations sociales. La bouche, élément central des fonctions oro-faciales, reflète l'état de santé général. Ainsi, des pathologies générales peuvent influencer le développement de problèmes bucco-dentaires et vice-versa. Et les enfants ne font pas exception à cette règle.

Les soins dentaires pédiatriques représentent un domaine crucial de la santé publique infantile, mais souvent sous-estimé. L'un des aspects fondamentaux de ces soins est le consentement des enfants. Le respect de leur autonomie et de leur volonté revêt une importance capitale dans la délivrance de soins dentaires efficaces et éthiques. Cette thèse examine l'importance du consentement dans les soins dentaires chez les enfants : elle explique la législation en France mais aussi à l'international en se basant sur une étude approfondie des textes de lois, elle explore les défis associés à son obtention et propose des stratégies pour promouvoir une approche respectueuse et holistique.

I. Bilan législatif :

A. En France

a. La relation patient-praticien légiférée : les textes de loi

Notre vie quotidienne est régie par un ensemble de règles et de lois (1) qui nous permettent de vivre en société de manière harmonieuse et équitable.

La pratique de l'odontologie est elle aussi conduite par des Codes que nous allons présenter.

- Le Code Pénal

Le Code pénal est la codification du droit pénal français, il définit les infractions pénales criminelles et les sanctions qui leur sont associées. Il a été créé en 1810 sous le règne de Napoléon Bonaparte, il a subi de nombreuses révisions pour s'adapter aux évolutions de la société et de la législation.

- Le Code Civil

Le Code civil est le texte fondateur du droit français, il fut créé en 1804. Il régit les relations entre les individus, la famille et les biens, il contient les règles relatives aux obligations et aux contrats.

- Le Code du Travail

Le Code du travail en France a été créé en 1910.

C'est un ensemble de lois et de réglementations qui régissent les relations entre employeurs et employés. Il définit les droits et les devoirs, les conditions de travail qui doivent être justes, les règles de sécurité et de santé au travail.

- Le Code de Santé Publique

Le Code de santé publique a été créé en 1953, et a depuis subi de nombreuses modifications et mises à jour pour s'adapter à l'évolution des besoins de la population en matière de santé publique.

Il regroupe les règlements et lois à propos de la santé publique en France, cela concerne la prévention, la protection, la promotion de la santé, mais aussi l'organisation et la régulation du système de santé. Il vise à préserver et améliorer la santé et le bien-être de la population.

- Le Code de Déontologie des chirurgiens-dentistes :

Le Code de déontologie des chirurgiens-dentistes représente un ensemble de règles et de principes qui encadrent l'exercice en France. L'ordre des chirurgiens-dentistes en est garant.

Il regroupe les droits et devoirs des praticiens, les rapports entretenus avec les patients mais aussi avec les confrères. Il met en évidence les notions de respect de la confidentialité, la qualité des soins à fournir, l'intégrité, la sauvegarde des compétences et des connaissances professionnelles.

Le Code de déontologie est intégré au Code de santé publique.

Ces Codes reprennent les principes communs suivants, nécessaires à la pratique de l'odontologie en France, éléments clés du contrat de soin :

- L'information complète, claire et loyale pour le patient

L'information transmise au patient doit être complète concernant son état général et dentaire, la nature des soins et traitements nécessaires, le coût des soins et les alternatives s'il y en a, le pronostic...

Elle doit être claire, compréhensible et adaptée au patient, à son âge et à ses capacités. Il faut manifester de la pédagogie.

Elle doit être loyale, en expliquant les bénéfices mais aussi les risques possibles envisagés des traitements, ainsi que les risques de l'absence de traitement.

De plus, les honoraires et devis doivent être fixés avec « tact et mesure ».

Le Code de santé publique stipule que le praticien a obligation de transmettre au patient son dossier médical si ce dernier le demande : entre 48h et 8 jours ; le délai est porté à 2 mois si les informations remontent à plus de 5 ans.

- Le consentement éclairé

Le consentement aux soins médicaux est principalement régi par le Code de santé publique en France. L'article L1111-4 du Code de santé publique établit que toute personne a le droit d'être informée sur les actes médicaux qui lui sont proposés et de donner son consentement de manière libre et éclairée. Ce texte de loi garantit le respect de l'autonomie et la dignité des patients dans le domaine des soins médicaux.

En France, la majorité civile est fixée à 18 ans, à partir de cet âge, la personne acquiert la pleine capacité juridique pour exercer ses droit et obligation sans l'assistance de ses parents ou tuteurs légaux. Avant cet âge, une personne est considérée comme mineure, et concernant les mineurs, le consentement aux soins médicaux est régi par l'article L1111-5 du Code de la santé publique en France.

Conformément aux dispositions de cet article, le consentement aux soins médicaux pour les mineurs doit être libre et éclairé. Cela signifie que le mineur doit être en mesure de comprendre les informations relatives aux soins proposés, ainsi que les

conséquences éventuelles, et qu'il doit être capable de donner son accord en toute connaissance de cause. La loi n'autorise qu'une "participation" du mineur à la décision, le consentement devant être donné par les parents. Elle n'a pas envisagé explicitement le cas du refus de soin par un patient mineur dans d'autres domaines que celui de la recherche biomédicale (article L. 1122-2 alinéa 2 du Code de Santé Publique).

L'article stipule également que le consentement d'un mineur pour des soins médicaux est valable dès lors que le titulaire de l'autorité parentale a été préalablement informé et qu'il n'a pas fait connaître son opposition. En d'autres termes, les parents ou tuteurs légaux d'un mineur doivent être informés des soins envisagés et doivent donner leur accord, sauf en cas d'urgence ou si le mineur est émancipé : c'est un processus juridique par lequel un mineur acquiert une capacité juridique semblable à celle d'un adulte et est ainsi considéré comme autonome vis-à-vis de ses parents ou tuteurs légaux. L'émancipation est de plein droit lorsque le mineur se marie (article 413-1 du Code civil), elle peut également être obtenue par décision du juge des tutelles, pour justes motifs et à la demande des parents, lorsque le mineur atteint l'âge de seize ans révolus (article 413-2 du Code civil). Une fois émancipé, le mineur est légalement responsable de ses propres actes et n'a plus besoin du consentement de ses parents ou tuteurs légaux pour prendre des décisions juridiques ou financières.

Le but est de protéger les droits et le bien être des mineurs tout en assurant leur accès aux soins nécessaires. Le professionnel de santé doit donc évaluer si le mineur est assez mature et capable de comprendre les conséquences d'un refus de soin. Si le mineur est jugé apte à prendre une décision éclairée, son refus peut être pris en compte. Cependant, si le refus met la vie du mineur en danger, les professionnels de santé peuvent rechercher d'autres solutions, comme une intervention judiciaire pour protéger la santé du mineur. Les textes prévoient seulement la recherche de cet accord, il semble donc que le praticien puisse passer outre le refus du mineur s'il a préalablement obtenu l'accord des titulaires de l'autorité parentale et s'il a tout mis en œuvre pour obtenir l'accord du mineur.

L'article reconnaît qu'en cas d'urgence ou de nécessité médicale, le consentement des parents peut être réputé donné. Dans ces situations, les professionnels de santé peuvent prendre des mesures nécessaires pour protéger la santé du mineur, même en l'absence du consentement explicite des parents.

Si les parents ou le tuteur légal refusent de donner l'accord pour les soins ou que le consentement est impossible à obtenir, aucun acte ni traitement ne pourra être mis en place. Si le chirurgien-dentiste redoute une atteinte de la santé ou de l'intégrité corporelle de l'enfant mineur, il est tenu de faire un signalement aux autorités compétentes (2).

- Le secret professionnel

Le secret professionnel est une obligation de confidentialité envers les informations du patient. Il vise à protéger la vie privée, l'intégrité et la dignité des personnes. Toutes informations données par le patient, déduites ou observées dans le cadre de la pratique de l'odontologie ne doivent pas être divulguées : les antécédents médicaux, les résultats d'examens complémentaires, les diagnostics, les traitements... Cela favorise un environnement de confiance entre le patient et le praticien.

Le secret professionnel s'applique également entre confrères, il s'agit du « secret partagé ». Le partage d'informations confidentielles entre confrères est soumis à certaines conditions strictes : les informations doivent être partagées uniquement dans le cadre de la prise en charge médicale du patient, et doivent être pertinentes pour cette prise en charge. De plus, le professionnel de santé qui partage doit s'assurer que les autres professionnels de santé sont eux-mêmes soumis au secret professionnel et sont autorisés à recevoir ces informations.

Concernant les enfants, le secret professionnel s'applique de la même manière. Les chirurgiens-dentistes ont l'obligation de protéger la confidentialité des informations médicales des enfants, afin de respecter leur vie privée. Les parents ou tuteurs légaux peuvent être inclus dans le processus de partage d'informations en fonction de la législation en vigueur.

En revanche, si la vie d'une personne est mise en danger, le chirurgien-dentiste est tenu de le signaler aux autorités compétentes. Lorsqu'une personne présente un danger imminent pour sa propre vie ou pour celle d'autrui, le professionnel de santé est autorisé à rompre le secret professionnel afin d'intervenir et de prévenir ce danger. De plus, en cas de soupçons de maltraitance sur un enfant, le professionnel de santé a l'obligation de signaler ces suspicions aux autorités compétentes, généralement aux services de protection de l'enfance. Cela peut inclure des signes de violences physiques, de la négligence, des abus sexuels ou tout autre type de maltraitance.

- L'obligation de moyen

Le chirurgien-dentiste doit mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour prodiguer les soins dentaires avec professionnalisme et diligence. Cela signifie qu'il doit faire tout son possible afin d'atteindre le résultat attendu, en utilisant les compétences nécessaires et connaissances issues des données acquises de la science. C'est une obligation de faire de son mieux pour le bien-être et la santé des patients, tout en respectant la balance bénéfice/risque. Le dentiste doit toujours agir dans l'intérêt du patient et ne pas aller au-delà de son champ d'action.

Selon le Code civil, le chirurgien-dentiste a comme devoir de prendre en charge la douleur, il s'agit d'un aspect essentiel de la pratique dentaire. Toutes les mesures nécessaires doivent être entreprises pour soulager, traiter et prévenir la douleur.

De plus, le chirurgien-dentiste est libre de ses prescriptions, mais elles ne doivent pas sortir de son domaine de compétence.

- Le respect de la dignité et de l'autonomie du patient

La vie et le bien-être de chaque individu doivent être d'une importance primordiale. Cela implique de prendre toutes les mesures nécessaires pour préserver la dignité humaine et l'autonomie des patients. Les soins médicaux doivent être appropriés, basés sur le principe de sécurité, en évitant toute forme de discrimination.

- L'obligation de formation continue

Le praticien a pour obligation de se former tout au long de son exercice, de prodiguer des soins issus des données acquises de la science afin de respecter la balance bénéfice/risque.



Figure 1 : Schéma récapitulatif : Textes de lois et principes communs

b. Le contrat de soin en odontologie

Le contrat de soin est un accord verbal ou écrit entre un patient et un praticien de santé, qui définit les termes et les conditions des soins médicaux à fournir. Il établit les droits et les responsabilités des deux parties, y compris les obligations du praticien envers le patient, et les attentes du patient envers le praticien. Le contrat de soin vise à assurer une compréhension mutuelle et à favoriser une relation de confiance entre les deux parties.

Les éléments clés du contrat de soin ont été énoncés précédemment.

Il est encadré de nos jours par le Code Civil et doit répondre aux caractéristiques suivantes (3) :

- **Synallagmatique** : c'est-à-dire que les deux parties doivent avoir des obligations réciproques.
- ***Intuitu personae*** : le contrat dépend de la relation existante entre les deux personnes.
- **Consensuel** : il est fondé sur un consentement mutuel, l'accord des deux parties est impliqué.
- **Repose sur le libre choix** : c'est-à-dire que le patient choisit son praticien, que le praticien choisit ses soins et ses prescriptions... Le contrat est également librement défini, cela signifie que les paramètres et conditions dépendent des deux parties, tout en respectant les textes de lois.
- **Exécuté sans interruption** : même en dehors des consultations, il doit être respecté, notamment le secret professionnel.

c. Les spécificités en pédiatrie : exemple des directives anticipées

En France, le consentement éclairé en pédiatrie revêt certaines spécificités en raison du statut particulier des enfants en tant que patients. Les directives anticipées, qui sont des instructions écrites formulées à l'avance par une personne concernant ses souhaits en matière de traitement médical, sont l'une de ces spécificités. Cependant, leur application en pédiatrie est limitée en raison de l'incapacité des enfants à prendre des décisions juridiquement contraignantes en autonomie.

Voici quelques points clés :

- **Limitations de l'autonomie des enfants :** En France, les enfants n'ont pas la capacité juridique de prendre des décisions médicales autonomes avant l'âge de la majorité (18 ans) (4). Par conséquent, les directives anticipées formulées par les parents ou les tuteurs légaux ne sont pas contraignantes pour les enfants mineurs (5). Rôle des parents ou tuteurs légaux : En l'absence de directives anticipées formulées par l'enfant lui-même, ce sont les parents ou les tuteurs légaux qui prennent les décisions médicales en son nom. Les professionnels de santé doivent consulter les parents et tenir compte de leurs préférences dans le processus de prise de décision, tout en agissant dans l'intérêt supérieur de l'enfant (6).
- **Considération des souhaits de l'enfant :** Bien que les directives anticipées ne soient pas contraignantes pour les enfants mineurs, les professionnels de santé sont tenus de prendre en considération les souhaits de l'enfant dans la mesure du possible, en fonction de son âge, de son degré de maturité et de sa capacité à comprendre les enjeux médicaux.
- **Dialogue avec l'enfant :** Les professionnels de santé sont encouragés à engager un dialogue ouvert et inclusif avec l'enfant pour lui expliquer les options de traitement, les bénéfices et les risques associés, et pour lui permettre d'exprimer ses préférences autant que possible (7).

- **Prise de décision partagée** : Dans les cas où l'enfant est capable de comprendre les enjeux médicaux et de participer activement à la prise de décision, les professionnels de santé doivent favoriser une approche de prise de décision partagée entre l'enfant, les parents et les professionnels de santé.

B. À l'étranger

Le consentement des enfants aux soins dentaires est un sujet important qui suscite de nombreux débats tant au niveau médical que législatif.

Dans de nombreux pays, la question du consentement des enfants aux soins dentaires est étroitement liée aux droits des patients mineurs et à l'équilibre entre la protection de leur santé et le respect de leur autonomie et de leurs droits.

Aux États-Unis (8), la législation sur le consentement aux soins dentaires chez les enfants varie d'un État à l'autre. Dans certains États, les mineurs sont autorisés à consentir aux soins dentaires s'ils ont atteint un certain âge (18 ans) ou s'ils sont émancipés et donc considérés comme suffisamment matures pour comprendre les implications des traitements. Dans d'autres États, le consentement des parents (ou des tuteurs légaux) est généralement requis, mais les adolescents peuvent avoir un certain degré d'autonomie en matière de prise de décision concernant leur santé dentaire, en particulier pour les traitements non-invasifs.

En Australie (9), le principe du "consentement informé" est largement adopté, ce qui signifie que les professionnels de santé doivent fournir des informations complètes aux enfants et à leurs parents sur les traitements proposés, y compris les risques, les avantages et les alternatives. Les enfants sont encouragés à participer autant que possible au processus de prise de décision en fonction de leur âge, de leur maturité et de leur capacité à comprendre les informations fournies. L'âge auquel un mineur peut consentir à un traitement médical et dentaire diffère selon les juridictions (14 ans ou 16 ans en fonction des articles de loi).

En Europe, les législations varient également d'un pays à l'autre, mais toutes visent à garantir le respect des droits des enfants tout en assurant leur bien-être et leur santé buccodentaire. En France, le consentement des parents reste prédominant, mais une tendance émergente vers une plus grande participation des enfants dans le processus de prise de décision pourrait être observée, en accord avec les évolutions internationales en matière de droits des patients mineurs.

II. Comment favoriser l'obtention du consentement chez l'enfant ?

A. Une prise en charge précoce favorisant l'habituat

a. La première consultation de l'enfant chez le dentiste

Il est conseillé de programmer la première visite chez le dentiste dans les 6 mois suivant l'apparition des premières dents lactéales et avant le premier anniversaire de l'enfant (10), afin de l'habituer précocement à l'environnement du cabinet dentaire.

Il vaut mieux faire cette première visite avant l'apparition d'un problème dentaire ou d'une urgence afin d'instaurer un climat de **confiance** entre le praticien, l'enfant et les parents.

Pendant la première visite, le chirurgien-dentiste aura plusieurs objectifs (10) :

- Explorer les antécédents médicaux de l'enfant,
- Effectuer un examen oral complet pour vérifier le bon développement des dents et des maxillaires,
- Informer les parents si l'enfant est susceptible de développer des caries,
- Faire un enseignement à l'hygiène pour les parents en montrant comment bien nettoyer les dents de leur enfant,
- Vérifier les apports en fluor et adapter les recommandations,
- Passer en revue les habitudes alimentaires qui peuvent entraîner des caries,
- Communiquer à propos de l'éruption des dents, de l'utilisation des tétines, de la succion du pouce etc.,
- Expliquer la conduite à tenir en cas d'accident traumatique (fracture dentaire, expulsion de dent),
- Expliquer les prochains soins s'il y a besoin d'autres séances et programmer un rendez-vous de contrôle annuel ou biannuel en fonction des facteurs de risque carieux, afin d'entretenir la relation avec l'enfant.

La communication est la clé de la relation de confiance qui doit s'établir entre le praticien, l'enfant et les parents.

b. Les répercussions d'une prise en charge tardive sur la relation patient-praticien

Une prise en charge trop tardive, avec souvent une première consultation dans la douleur lors d'une urgence dentaire peut causer chez les enfants de l'anxiété, de l'inconfort généré par un environnement nouveau et stressant, de la peur...

Il existe cependant des solutions pour aider à la prise en charge de ces patients chez lesquels une habitude n'a pu avoir lieu :

- **Les traitements réparateurs atraumatiques (TRA) (11) :**
 - Minimisation de l'intervention invasive : le TRA vise à retirer le moins de tissu dentaire sain possible en se concentrant uniquement sur la partie cariée de la dent.
 - Utilisation d'outils manuels : contrairement aux techniques conventionnelles qui utilisent des instruments rotatifs, le TRA utilise principalement des outils manuels tels que les excavateurs.
 - Matériaux de restauration : l'utilisation de matériaux adhésifs comme le ciment de verre ionomère est privilégiée, ce matériau a l'avantage de libérer du fluorure, contribuant à la prévention des nouvelles caries.
 - Atraumatique et moins douloureux : étant donné que le TRA est moins invasif et utilise des outils manuels, il est souvent moins douloureux pour les patients, réduisant ainsi le besoin d'anesthésie locale.

- Les **traitements d'intervention minimale** (MIT) :

Les MIT sont des approches qui visent à préserver autant que possible la structure dentaire saine, à prévenir l'apparition de nouvelles lésions et à intervenir de la manière la moins invasive possible. Ces méthodes sont basées sur des principes de préservation et de prévention, en accord avec les avancées en biomatériaux et en techniques de diagnostic.

Ces techniques rendent les soins moins traumatisants et génèrent moins de stress au patient et au praticien, elles sont efficaces pour la prise en charge des dentures temporaires lorsque la prévalence de caries est élevée (12).

B. La prévention de la carie dentaire : hygiène bucco-dentaire et alimentation

Un programme de prévention a été mis en place par l'Assurance Maladie en 2007 (13). Son objectif principal est de promouvoir la prévention et l'accès aux soins dentaires chez les enfants et adolescents, en mettant l'accent sur les visites régulières chez le dentiste dès le plus jeune âge. Le programme vise à sensibiliser les familles à l'importance de la santé bucco-dentaire et à encourager les comportements préventifs afin de réduire les risques de caries et d'autres problèmes à long terme. Depuis son lancement, le programme a été déployé dans toutes les régions de France, et s'est progressivement développé pour inclure des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins dentaires et à renforcer la prévention chez les enfants et les adolescents.

Ainsi, la HAS recommande à tous les enfants d'aller chez le chirurgien-dentiste pour réaliser les examens de prévention proposés dans le cadre de ce programme *M'T Dents*, tous les trois ans jusqu'à 24 ans.

a. Prévention alimentaire

Afin d'influencer positivement la santé bucco-dentaire des enfants, il est important d'adopter certaines habitudes alimentaires.

Certains facteurs de risque sont présents dès la petite enfance avant 6 ans (14), comme l'allaitement prolongé, l'apport de sucre par les biberons ou par les médicaments sous forme de sirop.

Chez l'enfant, il faut limiter les sucres ajoutés (boissons sucrées...) et les collations entre les repas (15).

Ces facteurs permettent non seulement de préserver une bonne santé bucco-dentaire mais également de limiter l'obésité (16).

b. *Éducation à l'hygiène bucco-dentaire*

Les principales recommandations selon la HAS sont les suivantes (13) :

- Un brossage réalisé avec un dentifrice fluoré minimum deux fois par jour, recracher l'excès de dentifrice sans rincer.
- La dose de fluor contenue dans le dentifrice doit être adaptée à l'âge et aux besoins de l'enfant (Figure 2).
- Le brossage doit être réalisé par un adulte avant l'âge de 5 ans puis supervisé jusqu'à l'âge de 7-8 ans.
- Le scellement des sillons des molaires permanentes a une efficacité prouvée et en plus du rôle préventif, il permet un nettoyage plus facile (17).

	6 mois–2 ans	2-3 ans	3-6 ans	À partir de 6 ans
Risque carieux faible	Trace de dentifrice 1000 ppm		Petit pois de dentifrice 1000 ppm	Dentifrice 1000-1450 ppm
Risque carieux élevé	Trace de dentifrice 1000 ppm	Petit pois de dentifrice 1000 ppm	Petit pois de dentifrice 1450 ppm	10 ans : dentifrice \leq 1450 ppm De 10 à 16 ans : dentifrice \leq 2500 ppm Au-delà de 16 ans : dentifrice \leq 5000 ppm

Figure 2 : Tableau récapitulatif des recommandations concernant le dentifrice fluoré (UFSBD) (18)

c. La fluoration

Le fluor protège les dents des caries lors de la formation dentaire, il leur permet d'être plus résistantes aux attaques acides. Il aide également à la reminéralisation des zones d'émail déjà atteintes par l'érosion acide.

En plus d'avoir un dentifrice contenant du fluor à un dosage adapté à l'âge du patient, il existe des solutions de supplémentation :

- Le vernis fluoré est utilisé en dentisterie comme une mesure préventive sûre (19) contre la carie, dès la petite enfance et même chez le nourrisson. Pour les caries superficielles non-cavitaires, l'application de fluor (vernis fluoré appliqué au pinceau) en surface est suffisante pour stabiliser la lésion carieuse. Elle est réalisée après nettoyage des dents et séchage des surfaces concernées. Le vernis fluoré réduit l'incidence d'apparition des caries sans effet indésirable (20). Ainsi, selon la HAS, une application tous les 6 mois est efficace chez les enfants à risque carieux élevé, elles permettent de réduire l'incidence et la gravité des caries (13).
- Les comprimés de supplémentation en fluorure permettent également de limiter efficacement l'apparition de caries chez l'enfant au risque carieux élevé en denture temporaire, mais également en denture permanente. Plus la supplémentation commence tôt (à partir de 18 mois), plus elle est efficace. L'apport fluoré systémique optimal est de 0,05 mg de fluor par kg et par jour, il ne faut pas dépasser la dose de 1 mg/jour, tous apports confondus (eaux de boisson, sel fluoré et supplémentation fluorée) (21).

C. L'approche comportementale

a. L'accompagnement par le praticien

Comme nous l'avons vu précédemment, la première visite chez le chirurgien-dentiste est déterminante concernant la relation de confiance entre le praticien, l'enfant et les parents.

Cette relation doit être entretenue au long terme, elle doit commencer très tôt afin « d'acclimater » l'enfant à l'environnement du cabinet, il s'agit du phénomène d'**habituatio**n (22) qui permet :

- Une réduction de la réponse à des stimuli répétés : lorsqu'un enfant est exposé de manière répétée et contrôlée à un environnement ou une situation anxiogène (comme le cabinet dentaire), sa réponse émotionnelle initiale, souvent de peur ou d'anxiété, diminue progressivement.
- Un mécanisme adaptatif : l'habituatio

Les bénéfices de l'habituatio

Les bénéfices de l'habituatio

Pour cela, des **visites blanches** sont nécessaires : ce sont des consultations sans soin qui permettent aux enfants de se familiariser avec l'environnement du cabinet, à savoir les tenues, les bruits, les odeurs et de faire connaissance avec l'équipe soignante. Ces contrôles réguliers, avec ou sans soin par la suite, permettent de rassurer l'enfant.

Le personnel soignant peut aussi mettre en place des techniques de renforcement positif avec des récompenses et encouragements, mais aussi par l'utilisation de technique de jeu.

Il faut noter que la communication est un point essentiel : si un problème dentaire apparaît, il faut expliquer correctement et clairement à la famille le déroulement du plan de traitement et les répercussions sur la santé bucco-dentaire de l'enfant.

Le chirurgien-dentiste doit prendre le temps nécessaire pour tout expliquer avant de commencer les soins, il doit évaluer la motivation des parents afin de moduler le plan de traitement (14).

Le praticien doit établir une stratégie thérapeutique afin d'accompagner au mieux le petit patient, cette dernière comporte plusieurs étapes indispensables :

- Informer et éduquer l'enfant et son entourage proche : faire de la prévention sur l'hygiène et les habitudes alimentaires.
- Stabiliser l'état bucco-dentaire (en instaurant les bonnes habitudes de vie).
- Traiter les dents concernées.
- Adapter la thérapeutique en fonction des échecs et réussites.

b. L'approche centrée sur la personne

L'approche centrée sur la personne est une approche philosophique dans la prestation des soins de santé qui met l'accent sur les besoins, les préférences, les valeurs et les objectifs individuels du patient, en le mettant au centre des décisions de santé. Cette approche reconnaît que chaque patient est unique et que ses expériences de vie, ses croyances et ses priorités doivent être prises en compte lors de la planification des soins.

- **L'empathie et le respect** : le professionnel de santé doit essayer de comprendre les inquiétudes et les besoins du patient, et doit les prendre en considération dans les décisions cliniques. Le professionnel de santé doit apporter un soutien émotionnel afin d'essayer de réduire l'anxiété associée aux soins (23).

- **L'individualisation des soins** : chaque patient est unique et les soins doivent être individualisés en fonction de ses besoins, de ses caractéristiques personnelles et du contexte social. Le professionnel de santé doit s'adapter aux différences culturelles, sociales, spirituelles et psychologiques.
- **La communication ouverte et partagée** : l'approche centrée sur la personne encourage une communication transparente et bidirectionnelle entre le patient et le professionnel de santé. Il faut encourager le patient à poser des questions, à s'exprimer sur ses préoccupations concernant les soins et traitements.
- **L'autonomie du patient** : il faut favoriser le partenariat entre le patient et le professionnel de santé ; le patient peut exprimer ses préférences et doit être actif dans la prise de décision concernant les soins et traitements afin de formuler un plan de traitement qui convient aux deux parties. Le patient doit se sentir écouté et doit ressentir un sentiment de valeur (24).
- **Prise en compte de la qualité de vie** : l'approche centrée sur la personne prend en compte l'impact global des soins sur la qualité de vie du patient. Ainsi, il faut inclure au plan de traitement des aspects tels que le confort, l'esthétique et le bien-être psychologique.

La coopération des enfants lors des soins dentaires peut parfois présenter des difficultés, certains manifestent des comportements de refus ou de non-compliance. Le taux de refus de soins peut varier entre 10 et 20%, avec des facteurs (le sexe, l'âge, l'expérience antérieure, la nature des traitements, etc.) qui jouent un rôle important dans ces comportements (25).

Les patients pédiatriques peuvent exprimer leur réticence de différentes manières, allant de l'anxiété visible à des refus catégoriques de coopération. Ces comportements nécessitent une approche adaptée de la part des professionnels de santé pour assurer des soins efficaces.

D. Que faire en cas de refus de soins ?

a. Les différentes molécules sédatives avec une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en France

En France, plusieurs molécules sédatives ont une AMM pour une utilisation dans le cadre de traitements médicaux (26) :

- Les Benzodiazépines : Diazépam (*Valium*®), Lorazépam (*Temesta*®), Alprazolam (*Xanax*®), Clonazépam (*Rivotril*®), Oxazépam (*Seresta*®), Bromazépam (*Lexomil*®), Midazolam (*Hypnovel*®).
- Les Barbituriques : Phénobarbital (*Gardéнал*®, *Luminal*®)
- Les hypnotiques non-benzodiazépiniques : Zolpidem (*Stilnox*®), Zopiclone (*Imovane*), Eszopiclone (*Lunesta*®), Zaleplon (*Sonata*®)
- Les antihistaminiques sédatifs : Prométhazine (*Phénergan*®), Hydroxyzine (*Atarax*®, *Vistaril*®).

Il convient de relever que l'utilisation de ces molécules sédatives doit être réalisée conformément aux indications de leur AMM et sous la supervision d'un professionnel de santé, en raison du risque de dépendance, d'effets secondaires et de potentialisation avec d'autres substances.

Concernant la **sédation consciente** lors des soins, plusieurs molécules peuvent être utilisées selon les besoins du patient et les pratiques du chirurgien-dentiste. Voici les principales molécules avec une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour cette indication en France :

- Mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) : ça n'est pas une molécule à proprement parler, il s'agit d'un gaz anesthésique utilisé principalement pour ses propriétés analgésiques et sédatives dans le cadre de certaines procédures médicales (soins dentaires, petites chirurgie...), il permet de réduire la douleur et l'anxiété. L'utilisation du MEOPA est généralement sûre et efficace lorsqu'elle est administrée par des professionnels de santé formés,

cependant il est essentiel de respecter les doses appropriées pour éviter les effets indésirables et assurer la sécurité du patient.

- Diazépam (*Valium*®) : une benzodiazépine qui possède des propriétés sédatives, anxiolytiques et relaxantes musculaires.
- Midazolam (*Hypnovel*®) : une benzodiazépine qui induit une sédation légère à modérée avec un effet rapide mais une courte durée d'action. Il est disponible en ambulatoire pour la sédation en soins palliatifs chez l'adulte uniquement (27).

L'utilisation de ces molécules pour la sédation consciente doit être conforme aux recommandations et aux bonnes pratiques cliniques, et doit être réalisée sous la supervision d'un professionnel de santé qualifié, dans le respect des doses et des protocoles d'administration et adaptée aux besoins individuels du patient et à la nature des soins prévus.

Pour les enfants, l'utilisation de médicaments sédatifs est généralement plus restreinte en raison des différences physiologiques et de la sensibilité accrue aux effets des médicaments. Cependant, il existe des molécules sédatives qui ont une AMM spécifique pour une utilisation chez l'enfant dans des indications précises :

- Midazolam (*Hypnovel*®) : comme vu précédemment, il est utilisé pour ses propriétés sédatives et anxiolytiques. En milieu hospitalier, il est disponible sous forme intraveineuse, intra-rectale ou per os. Il est souvent utilisé avant des procédures médicales ou chirurgicales (notamment pour les soins dentaires).
- Chloral hydrate : c'est un sédatif hypnotique qui peut être utilisé pour faciliter la réalisation de certains examens diagnostiques.
- Kétamine (*Ketalar*®) : c'est un anesthésique dissociatif qui peut être utilisé pour la sédation lors de procédures douloureuses ou désagréables comme les soins en traumatologie.
- Dexmédétomidine (*Dexdor*®) : il s'agit d'un neuroleptique agoniste alpha-2 adrénergique qui peut être utilisé en unité de soins intensifs ou lors de procédures chirurgicales mineures.

- MEOPA : comme vu précédemment, ce gaz est utilisé en pédiatrie pour ses propriétés analgésiques et sédatives dans le cadre de certaines procédures médicales (soins dentaires, petites chirurgie...), il permet de réduire la douleur et l'anxiété.
- Hydroxyzine (*Atarax*®) : il s'agit d'une molécule antihistaminique. Bien qu'elle puisse avoir des effets sédatifs, elle n'est généralement pas utilisée comme agent de sédation consciente, mais plutôt pour aider à réduire l'anxiété chez les enfants avant une procédure médicale ou dentaire.

Les parents ou tuteurs légaux doivent être informés des risques et des effets secondaires potentiels des molécules employées.

b. Les soins sous anesthésie générale

En France, plusieurs molécules ont une AMM pour être utilisées dans le cadre des anesthésies générales. Voici les principales molécules chez l'adulte et chez l'enfant (26) :

Pour l'induction de l'anesthésie générale, on commence par l'administration de médicament pour induire rapidement la perte de conscience et l'amnésie. Les agents couramment utilisés pour l'induction sont :

- Le Propofol (*Diprivan*®) : un hypnotique non barbiturique, cet agent anesthésique intraveineux est à action rapide et à courte durée d'action.
- Le Midazolam (*Hypnovel*®) : une benzodiazépine qui induit une sédation légère à modérée avec un effet rapide et une courte durée d'action.
- La Kétamine : un anesthésique dissociatif qui peut être utilisé en particulier dans les situations où une analgésie supplémentaire est nécessaire.

Pour le maintien de l'anesthésie générale, une fois que le patient est inconscient, l'administration une combinaison de médicaments permet de maintenir la perte de conscience, l'amnésie, l'analgésie et la relaxation musculaire tout au long de la procédure. Les agents suivants sont utilisés :

- Le Sévoflurane : il s'agit d'un agent anesthésique inhalé.
- Le Desflurane : comme la molécule précédente, il est inhalé et permet également le maintien de l'AG.
- Le Propofol (*Diprivan*®) est aussi utilisé pour maintenir l'AG.

Ces molécules doivent être dosées et administrées en fonction de l'âge, du poids et de l'état de santé du patient, afin d'assurer sa sécurité. Lors de l'anesthésie générale, un contrôle des voies respiratoires est mis en place et le patient est étroitement surveillé de manière continue.

III. Réflexion éthique et discussion :

A. Le consentement de l'enfant lors des prises en charges particulières : où, quand, peut-on/doit-on agir sans le consentement de l'enfant ?

Le consentement de l'enfant lors des prises en charge particulières est une question complexe qui dépend de plusieurs facteurs : l'âge de l'enfant, sa capacité à comprendre les implications des décisions médicales, la nature de la procédure médicale ou dentaire envisagée, ainsi que les lois et réglementations en vigueur dans le pays concerné.

Il n'existe pas de scénario unique : les professionnels de santé doivent évaluer chaque situation individuellement, en tenant compte à la fois des droits de l'enfant et de la responsabilité des parents, afin d'agir dans l'intérêt supérieur de l'enfant en fournissant des soins de qualité.

Voici quelques considérations générales sur le consentement de l'enfant dans différentes situations :

a. Prise en charge en cas d'urgence bucco-dentaire

Si une situation dentaire constitue une urgence vitale, par exemple un traumatisme facial grave, un saignement excessif ou un risque d'infection généralisée, le professionnel de santé doit agir immédiatement pour stabiliser l'état de l'enfant, sans forcément obtenir le consentement préalable de l'enfant ou de ses parents. La priorité est de sauvegarder la santé et la sécurité de l'enfant (2).

Selon l'article R4127-236 du Code de déontologie des chirurgiens-dentistes (1), en cas d'urgence dentaire (douleur, diffusion d'une infection, conséquences esthétiques, etc.), les professionnels de santé doivent agir rapidement pour donner les soins qu'ils estiment nécessaire, afin de soulager la douleur et prévenir toute complication. Cela

tout en respectant les droits de l'enfant et en respectant les directives médicales d'urgence pour assurer les meilleurs résultats à l'enfant.

Cependant, les parents doivent être informés dès que possible des soins prodigués à leur enfant et des recommandations de suivi pour assurer une continuité des soins après la prise en charge de l'urgence bucco-dentaire.

b. Prise en charge en cas de situation politique particulière

La prise en charge des enfants en cas de situation politique particulière (comme lors d'une guerre) nécessite une approche adaptée, axée sur l'accès aux soins, la **priorisation** des cas, l'éducation et la collaboration interprofessionnelle. Les professionnels de santé doivent faire preuve de flexibilité et de créativité pour fournir des soins de qualité dans ces conditions difficiles et particulières (28) :

En effet, en situation de guerre l'accès aux soins de santé, y compris les soins dentaires, peut être limité en raison de la destruction des infrastructures médicales, des restrictions de déplacement ou de l'insécurité. Les professionnels de santé doivent travailler avec les autorités locales et les organisations humanitaires pour garantir un accès adéquat aux soins d'urgence pour les enfants.

Face à des ressources limitées, les professionnels de santé doivent prioriser les cas en fonction de la gravité de l'urgence et des besoins médicaux immédiats des enfants. Les cas nécessitant une intervention urgente pour prévenir une détérioration rapide de l'état de santé ou pour soulager une douleur sévère doivent être traités en priorité. Dans les situations d'urgence, il peut être difficile d'obtenir un consentement éclairé des parents ou tuteurs légaux pour les soins dentaires chez les enfants. Les professionnels de santé dentaire doivent informer les parents dans la mesure du possible et obtenir leur consentement lorsque cela est faisable. Dans certains cas, des mesures temporaires peuvent être prises pour soulager la douleur ou stabiliser la situation en attendant des soins plus complets.

Pendant une guerre ou une crise politique, la sensibilisation à l'importance des soins dentaires peut être négligée. Les professionnels de santé et les organisations humanitaires doivent fournir une éducation sur l'hygiène bucco-dentaire et les premiers secours dentaires aux familles et aux communautés touchées pour réduire le risque de complications par la suite.

En situation de crise, la collaboration entre les chirurgiens-dentistes et les autres acteurs de la santé (médecins, infirmières...) est essentielle pour assurer une prise en charge globale des enfants.

c. Exemple des soins sans consentement

En **psychiatrie**, il existe des situations où les soins peuvent être prodigués sans le consentement du patient, en particulier lorsque la personne présente un risque immédiat pour elle-même ou pour autrui. Des protocoles spécifiques doivent être suivis pour garantir les droits du patient, une révision régulière est nécessaire afin de vérifier que les soins involontaires soient toujours appropriés. Voici quelques exemples de situations où des soins sans consentement peuvent être nécessaires (29) :

- Trouble psychotique aigu : dans le cas d'un épisode psychotique sévère où le patient est incapable de reconnaître sa condition ou de prendre des décisions en raison de ses symptômes, des soins peuvent être prodigués sans son consentement pour stabiliser son état et prévenir tout dommage imminent.
- Refus de soins malgré une détérioration de l'état de santé mentale : dans certains cas, un patient peut refuser de recevoir des soins même si son état de santé mentale se détériore. Si le patient est considéré comme incapable de prendre des décisions éclairées en raison de sa maladie, des soins involontaires peuvent être initiés pour assurer sa sécurité et son bien-être.

- Tentatives de suicide et comportements agressifs ou violents.

Lorsqu'un enfant est **handicapé** et ne peut pas donner son consentement éclairé pour les soins, plusieurs aspects légaux et éthiques entrent en jeu. En France, la protection des droits des patients handicapés est encadrée par des lois spécifiques. Généralement, les parents ou tuteurs légaux sont les principaux décisionnaires concernant les soins de santé des enfants mineurs, y compris ceux handicapés. Ils ont le droit de consentir ou de refuser des traitements au nom de l'enfant. Les décisions prises doivent toujours être dans l'intérêt supérieur de l'enfant, comme stipulé par la Convention relative aux droits de l'enfant de l'ONU. En France, le Code civil et le Code de la santé publique mettent en avant ce principe. En cas d'urgence médicale où les parents ne peuvent être contactés à temps, les professionnels de santé peuvent agir sans consentement explicite des parents si cela est nécessaire pour sauver la vie de l'enfant handicapé ou prévenir un préjudice grave.

Le cadre légal en France concernant les enfants handicapés :

- **Le Code de Santé Publique** : les articles L.1111-4 et L.1111-5 traitent du consentement aux soins et des droits des mineurs et des personnes handicapées. L'article L.1111-5 précise que l'information doit être adaptée à la capacité de compréhension de l'enfant et que les titulaires de l'autorité parentale doivent être consultés.
- **Loi du 2 janvier 2002** : cette loi rénovant l'action sociale et médico-sociale inclut des dispositions pour la prise en charge des personnes handicapées, en insistant sur le respect de leurs droits et de leur dignité.
- **Loi Kouchner du 4 mars 2002** : elle est relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle renforce les droits des patients, y compris ceux des enfants et des personnes handicapées, en matière de consentement aux soins.

d. *La contention physique : législation et perception par la famille, contenir est-ce nier le refus de l'enfant ?*

La contention physique est utilisée dans différentes disciplines comme en psychiatrie, en gériatrie et en pédiatrie. Il s'agit d'une mesure utilisée dans des situations spécifiques où il est nécessaire de prévenir les blessures, de protéger le patient ou autrui, ou de faciliter l'administration de soins nécessaires lorsque le patient présente un comportement non compliant, agressif ou violent. Cependant, l'utilisation de la contention physique soulève des questions éthiques et légales importantes, notamment en ce qui concerne le respect des droits du patient et le consentement aux soins.

Sur le plan législatif en **France** (1), l'utilisation de la contention physique en psychiatrie est encadrée par la loi et réglementée par le Code de santé publique, notamment par le décret n°2002-194 relatif aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie. Ce décret établit les conditions dans lesquelles la contention physique peut être utilisée, les procédures à suivre lors de son application, ainsi que les droits et protections accordés aux patients. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques encadrent, elles aussi, strictement l'utilisation de la contention.

Selon la législation française, la contention physique ne peut être utilisée qu'en dernier recours et dans des situations où il est nécessaire de prévenir un danger imminent pour le patient lui-même ou pour autrui. Elle doit être proportionnée à l'objectif poursuivi et ne peut être maintenue que le temps strictement nécessaire.

De plus, le patient doit être informé de manière appropriée sur les raisons de la contention et sur les mesures alternatives qui ont été envisagées (26). Il conserve ses droits fondamentaux, notamment le droit d'être traité avec dignité et respect, le droit à l'intégrité physique et psychique, ainsi que le droit à l'accès aux soins.

Au Canada, la législation sur la contention physique varie selon les provinces. Par exemple en Ontario, le « *Patient Restraints Minimization Act, 2001* » (30) stipule que les établissements de soins doivent minimiser l'utilisation de la contention physique

et qu'elle ne peut être utilisée qu'en dernier recours, de manière temporaire, et uniquement lorsqu'il y a un risque imminent pour la sécurité du patient ou d'autres personnes.

Au Royaume-Uni, la loi sur la santé mentale de 2005 « *Mental Capacity Act, 2005* » et le « *Care Act, 2014* » (31) fournissent un cadre pour l'utilisation de la contention dans les soins de santé et sociaux : ces lois stipulent que toute utilisation de la contention doit être dans le meilleur intérêt de la personne, proportionnée et la moins restrictive possible.

La perception de la contention physique par la famille du patient peut être complexe et variée. Certains membres de la famille peuvent percevoir la contention comme une mesure nécessaire pour assurer la sécurité du patient et des autres, en particulier dans des situations où le patient présente un risque imminent de se blesser ou de blesser autrui. D'autres peuvent ressentir de l'inquiétude, de l'angoisse ou de la colère face à l'utilisation de la contention, craignant que cela puisse être perçu comme une violation des droits du patient ou une forme de violence.

Concernant la perception des soignants : beaucoup voient la contention physique comme une nécessité pratique dans des situations où un patient présente un risque immédiat pour lui-même ou pour les autres, notamment en cas d'agitation sévère ou de comportement auto-agressif.

Mais certains soignants expriment une réticence à utiliser la contention et préfèrent explorer toutes les autres alternatives possibles, comme les techniques de désescalade verbale, les interventions pharmacologiques ou l'environnement thérapeutique modifié. Un désir de formation supplémentaire et d'amélioration des compétences dans la gestion des situations difficiles sans recours à la contention est souvent exprimé par les soignants.

L'impact émotionnel et psychologique de la contention sur les patients, en particulier chez les populations vulnérables telles que les enfants, les personnes âgées et les personnes atteintes de troubles mentaux n'est pas à négliger.

Il est important de reconnaître que la contention physique peut être vécue comme une expérience traumatisante pour le patient, en particulier pour les enfants, et qu'elle peut avoir des implications à long terme sur leur bien-être émotionnel et leur relation avec les professionnels de santé. Par conséquent, la contention physique ne doit être utilisée que de manière judicieuse et proportionnée, et les professionnels de santé doivent faire preuve de sensibilité et d'empathie dans leur approche pour minimiser les traumatismes et préserver la dignité du patient.

En ce qui concerne le refus de l'enfant, la contention physique soulève en effet des questions complexes (32). Dans certaines situations, un enfant peut exprimer son refus de recevoir des soins ou d'être soumis à la contention physique en raison de sa maladie ou de son état de santé. Dans de tels cas, il est important que les professionnels de santé prennent en compte les souhaits et les préférences de l'enfant dans la mesure du possible, tout en évaluant les risques pour sa sécurité et celle des autres. La contention physique doit être utilisée lorsqu'il n'y a pas d'autres moyens viables de garantir la sécurité et le bien-être de l'enfant et que les autres solutions alternatives ont été envisagées.

Obtenir le consentement des parents ou des tuteurs légaux est crucial avant de recourir à toute forme de contention physique. Les parents doivent être informés des raisons justifiant la contention, des risques potentiels et des alternatives envisagées. Ce processus respecte les droits des parents en tant que principaux décideurs pour les soins de leur enfant et garantit la transparence des interventions médicales.

Il est impératif de consigner dans le dossier médical toutes les informations relatives à l'utilisation de la contention physique.

Cela inclut :

- La forme de contention utilisée.
- La durée de l'intervention.
- Les raisons justifiant son utilisation.
- Les alternatives tentées avant de recourir à la contention.
- La date et l'heure de l'intervention.
- Toute observation sur l'état de l'enfant avant, pendant et après la contention.

Cette documentation permet d'assurer la traçabilité des soins, de faciliter les réévaluations médicales et de protéger les droits du patient en cas de réclamation ou d'examen des pratiques cliniques.

B. Les solutions pour que le refus de soin soit entendu

Il existe plusieurs solutions potentielles pour aborder le problème du refus de soins et garantir que les besoins des patients soient entendus et respectés, mais aussi pour favoriser une collaboration efficace entre les professionnels de santé et les patients. Voici quelques suggestions :

- **Communication et éducation** : une communication ouverte et transparente entre les professionnels de santé, les patients mineurs et leurs parents est essentielle pour comprendre les raisons du refus de soins et trouver des solutions adaptées. L'éducation des patients sur l'importance des soins dentaires, les options de traitement disponibles et les bénéfices potentiels peuvent contribuer à réduire les réticences et les craintes.
- **Approches alternatives** : proposer des approches alternatives de soins dentaires qui peuvent être mieux tolérées par les patients pédiatriques réticents, telles que la sédation consciente, la thérapie comportementale, ou l'utilisation de techniques de distraction et de relaxation pendant les soins.
- **Accessibilité des soins** : améliorer l'accessibilité des soins dentaires en réduisant les délais d'attente pour les rendez-vous, en augmentant le nombre de professionnels de santé dentaire disponibles, en élargissant les heures d'ouverture des cliniques dentaires, et en offrant des services de soins dentaires dans des zones sous-desservies.
- **Formation des professionnels de santé** : former les professionnels de santé dentaire à la communication efficace avec les patients, à la gestion de l'anxiété et des comportements de refus, en particulier en odontologie pédiatrique, ainsi qu'à l'utilisation appropriée des techniques de sédation et de gestion de la douleur.

- **Élargissement des options de traitement** : accroître le nombre de molécules avec une AMM en France pour la sédation consciente ou la gestion de la douleur, offrant ainsi aux professionnels de santé dentaire une plus grande variété d'options thérapeutiques pour répondre aux besoins des patients.
- **Amélioration de l'accès aux anesthésies générales** : réduire les délais d'attente pour les interventions nécessitant une anesthésie générale en augmentant le nombre de lits disponibles dans les services d'anesthésie, en améliorant la coordination des services hospitaliers, et en simplifiant les processus de planification des interventions chirurgicales.
- **Promotion de la prévention** : mettre l'accent sur la prévention des maladies bucco-dentaires par le biais de programmes de santé bucco-dentaire préventive, d'éducation du public sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire, et de programmes de dépistage précoce des problèmes dentaires.

Conclusion

La promotion du consentement des enfants aux soins dentaires est un impératif éthique et pratique pour assurer des soins de qualité et centrés sur le patient. En reconnaissant et en respectant l'autonomie des enfants, en adaptant des approches de communication et en favorisant la participation active des enfants dans le processus décisionnel, les professionnels de santé peuvent contribuer à établir des bases solides et saines pour une santé bucco-dentaire optimale au long terme.

Président du Jury

A handwritten signature in black ink, enclosed within a rectangular box. The signature is stylized and appears to be 'V. M. M.'.

Directrice de thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'S' shape. The name 'VALERA' is written in capital letters across the middle of the signature.

Table des illustrations

Figure 1. Schéma récapitulatif des textes de lois et leurs principes communs.

Figure 2. Tableau récapitulatif des recommandations concernant le dentifrice fluoré selon l'UFSBD. <https://www.ufsbd.fr/>

Bibliographie

1. Légifrance - Le service public de la diffusion du droit. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
2. MACSF.fr. Patient mineur en odontologie et recueil du consentement éclairé. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/relation-au-patient-et-deontologie/patient-mineur-en-odontologie-et-recueil-du-consentement-eclair>
3. Contrat de soins. Disponible sur : <https://moodle.umontpellier.fr/pluginfile.php/357585/course/overviewfiles/Contrat%20de%20soins.pdf>
4. information et consentement mineur santé gouv. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_fiche_03.pdf
5. 2023_04_modele_directives_anticipees.pdf. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_04_modele_directives_anticipees.pdf
6. Kakar H, Gambhir RS, Singh S, Kaur A, Nanda T. Informed consent : corner stone in ethical medical and dental practice. J Family Med Prim Care. Janv 2014;3(1):68-71.
7. Cocanour CS. Informed consent-It's more than a signature on a piece of paper. Am J Surg. Déc 2017;214(6):993-7.
8. Consent for Minors Emancipated Minors. Disponible sur : <https://www.ada.org/resources/practice/practice-management/consent-for-minors-emancipated-minors>
9. ADA Guidelines for Consent for Care in Dentistry.
10. Fiche-conseil-enfant-naissance-a-6-ans-avec-video-.pdf. Disponible sur : <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2016/08/Fiche-conseil-ENFANT-NAISSANCE-A-6-ANS-avec-video-.pdf>
11. Leal SC, Abreu DM de M, Frencken JE. Dental anxiety and pain related to Art. J Appl Oral Sci. 2009;17(spe):84-8.
12. Louw AJ, Sarvan I, Chikte UME, Honkala E. One-year evaluation of atraumatic restorative treatment and minimum intervention techniques on primary teeth. SADJ.

Sept 2002;57(9):366-71.

13. Haute Autorité de Santé. Stratégies de prévention de la carie dentaire. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire

14. Le courrier du dentiste. 2015. La carie de la petite enfance : Quelle attitude thérapeutique ? Disponible sur : <https://www.lecourrierdudentiste.com/dossiers-du-mois/la-carie-de-la-petite-enfance-quelle-attitude-therapeutique.html>

15. Hong J, Whelton H, Douglas G, Kang J. Consumption frequency of added sugars and UK children's dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* Oct 2018;46(5):457-64.

16. Brecher EA, Lewis CW. Infant Oral Health. *Pediatr Clin North Am.* Oct 2018;65(5):909-21.

17. Appréciation du risque carieux et indications du scellement prophylactique des sillons des premières et deuxième molaires permanentes chez les sujets de moins de 18 ans. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Puits_Sillons_rap.pdf

18. UFSBD. Disponible sur : <https://www.ufsbd.fr/>

19. Mascarenhas AK. Is fluoride varnish safe ? : Validating the safety of fluoride varnish. *J Am Dent Assoc.* Mai 2021;152(5):364-8.

20. Turska-Szybka A, Gozdowski D, Twetman S, Olczak-Kowalczyk D. Clinical Effect of Two Fluoride Varnishes in Caries-Active Preschool Children : A Randomized Controlled Trial. *Caries Research.* 11 mars 2021 ; 55(2):137-43.

21. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture.* Juill 2009;22(4-5):235-40.

22. Larousse. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/>

23. Morgan S, Yoder LH. A Concept Analysis of Person-Centered Care. *J Holist Nurs.* 1 Mars 2012;30(1):6-15.

24. Mills I, Frost J, Kay E, Moles DR. Person-centred care in dentistry - the patients' perspective. *Br Dent J.* Avr 2015;218(7):407-13.

25. Kothari S, Gurunathan D. Factors influencing anxiety levels in children undergoing dental treatment in an undergraduate clinic. *J Family Med Prim Care.* Juin 2019;8(6):2036-41.

26. Haute Autorité de Santé. Professionnels. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels
27. VIDAL. Soins palliatifs en ville : mise à disposition effective de MIDAZOLAM MYLAN 5 mg/ml en officine. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/actualites/28796-soins-palliatifs-en-ville-mise-a-disposition-effective-de-midazolam-mylan-5-mg-ml-en-officine.html>
28. Comité international de la Croix-Rouge. 2014. Comité international de la Croix-Rouge. Disponible sur : <https://www.icrc.org/fr>
29. Guide pratique pour les soins psychiatriques sans consentement. 2023. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/guide-pratique-pour-les-soins-psychiatriques-sans-consentement>
30. Ontario.ca. 2014. Law Document English View. Disponible sur : <https://www.ontario.ca/laws/view>
31. Legislation.gov.uk. Disponible sur : <https://www.legislation.gov.uk/>
32. Coyne I, Scott P. Alternatives to restraining children for clinical procedures. Nurs Child Young People. Mars 2014;26(2):22-7.

**LE CONSENTEMENT AUX SOINS DENTAIRE CHEZ L'ENFANT : BILAN SUR LA
LÉGISLATION ET RÉFLEXION ÉTHIQUE**

Les lois en France ainsi qu'à l'étranger, permettent de protéger les patients dès leur enfance, afin qu'ils puissent exprimer leurs consentements de manière libre et éclairée. Cette thèse discute des moyens d'améliorer l'obtention du consentement par des stratégies d'approches comportementales, par la prise en charge précoce, ou encore par la prévention dans sa globalité. Elle aborde également les options en cas de refus de soins, en présentant les différentes molécules sédatives, la contention physique et l'anesthésie générale en cas de nécessité. Pour terminer, une réflexion éthique sur les situations où le consentement est difficile à obtenir est présentée, en cas d'urgences ou de contextes politiques particuliers.

**DENTAL CARE CONSENT FOR CHILDREN : LEGISLATIVE REVIEW AND ETHICAL
THINKING**

Laws, in France and all around the world, protect every patient to express their informed consent freely. This thesis explains how to improve obtaining consent through behavioral approaches, early management, and prevention strategies. It also shows options in case of rejection of care : presenting different sedative drugs, physical restraint, and general anesthesia when it's necessary. Finally, it offers an ethical reflection where obtaining consent is challenging, such as emergencies or special political contexts.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS CLÉS : odontologie pédiatrique, consentement éclairé, sédation consciente, prise en charge précoce, prévention bucco-dentaire, contrat de soin

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III - Paul Sabatier. Faculté de santé - Département d'Odontologie : 3,
Chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex 09

Directrice de thèse : Pr Marie-Cécile VALERA