

NANTES UNIVERSITÉ
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2023

N°

Stratégies de prise en charge au cabinet de l'enfant et l'adolescent victime de maltraitance

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

Présentée et soutenue publiquement par

REBIÈRE Sarah

Le 07/03/2023 devant le jury ci-dessous

Présidente : Professeur LOPEZ Serena

Assesseur : Docteur DAJEAN-TRUTAUD Sylvie

Assesseur : Docteur REMAUD Thomas

Directeur de thèse : Docteur PRUD'HOMME Tony

 Nantes Université	<u>Présidente</u> Pr. BERNAULT Carine
 Pôle Santé UFR Odontologie	<u>Doyen</u> Pr. SOUEIDAN Assem
	<u>Assesseurs</u> Pr GAUDIN Alexis Pr LE GUEHENNEC Laurent Pr LESCLOUS Philippe

<u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
ALLIOT-LICHT Brigitte AMOURIQ Yves CHAUX Anne-Gaëlle GAUDIN Alexis LABOUX Olivier LE GUEHENNEC Laurent	LESCLOUS Philippe LOPEZ Serena PEREZ Fabienne SOUEIDAN Assem WEISS Pierre

<u>Professeur des Universités</u>
BOULER Jean-Michel

<u>Maitre de conférences</u>
VINATIER Claire

<u>Professeur Emérite</u>
GIUMELLI Bernard

Enseignants Associés	
GUIHO Romain (Professeur Associé) LOLAH Aoula (MCU Associé) MAITRE Yoann (MCU Associé)	IDIRI Katia (Assistante Associée)

<u>Maitres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	<u>Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux</u>
AMADOR DEL VALLE Gilles ARMENGOL Valérie BLERY Pauline BODIC François CLOITRE Alexandra DAJEAN-TRUTAUD Sylvie ENKEL Bénédicte HOORNAERT Alain HOUCHMAND-CUNY Madline JORDANA Fabienne LE BARS Pierre NIVET Marc-Henri PRUD'HOMME Tony RENARD Emmanuelle RENAUDIN Stéphane RETHORE Gildas SERISIER Samuel STRUILLLOU Xavier VERNER Christian	BLEU Oriane CLOUET Roselyne EVRARD Lucas GUILLEMIN Maxime HASCOET Emilie HEMMING Cécile HIBON Charles IBN ATTIA Zakarie OYALLON Mathilde QUINSAT Victoire Eugénie PREVOT Diane REMAUD Thomas

Praticiens Hospitaliers	
DUPAS Cécile	HYON Isabelle

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

Remerciements

A Madame le Professeur Serena LOPEZ

- Professeur des Universités
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires
- Docteur de l'Université de Nantes
- Habilitation à Diriger les Recherches
- Chef du Département d'Odontologie Pédiatrique

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Je vous remercie de m'avoir transmis durant tout le cursus à travers la qualité de vos enseignements vos compétences reconnues en odontologie pédiatrique.

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

- Maître de Conférences des Universités
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires
- Docteur de l'Université de Nantes
- Département d'Odontologie Pédiatrique

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur de faire partie du jury. Je tiens à vous remercier particulièrement de votre sensibilisation auprès des étudiants pour faire prendre conscience de l'importance de la prise en compte de la psychologie de nos patients.

A Monsieur le Docteur Thomas REMAUD

- Chef de Clinique des Universités - Assistant des Hôpitaux
-Département de Dentisterie restauratrice et Endodontie

- NANTES -

Pour avoir gentiment accepté de faire partie du jury. Je te remercie pour ta bienveillance à mon égard et de m'avoir fait bénéficier de ton encadrement constructif qui m'a fait gagner en autonomie dans ma pratique.

A Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME

- Maître de Conférences des Universités
- Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires
- Docteur de l'Université de Nantes
- Département d'Odontologie Pédiatrique

-NANTES-

Pour avoir été mon directeur de thèse, m'avoir accompagnée tout au long de ma formation clinique et avoir éveillé en moi un intérêt prononcé pour l'odontologie pédiatrique. Merci de tes conseils avisés, ta disponibilité et ta confiance accordée tant en activité clinique que pour la rédaction de cette thèse.

TABLE DES MATIÈRES :

I. Généralités

- 1) Définitions
- 2) Epidémiologie
 - 2.1 Echelle mondiale
 - 2.2 Echelle française

II. Séquelles de la maltraitance infantile influant la prise en charge en odontologie pédiatrique

- 1) Séquelles physiques dans la sphère orale
- 2) Séquelles psychologiques
 - 2.1 Trouble du stress aigu
 - 2.2 TSPT (trouble du stress post-traumatique)
 - 2.3 Trouble dissociatif
 - 2.4 Trouble de l'adaptation
 - 2.5 Troubles de la personnalité
 - 2.6 Trouble dépressif
- 3) Séquelles comportementales
 - 3.1 Troubles de l'attachement
 - 3.2 Trouble de l'attention
 - 3.3 Hypervigilance
 - 3.4 Troubles d'externalisation
 - 3.5 Comportements à risque

III. Stratégies de prise en charge au cabinet

- 1) Soins des lésions tissulaires
- 2) Comment faire face aux traumatismes psychologiques ?
 - 2.1 Anticipation des reviviscences dans le TSPT
 - 2.2 Attitudes à adopter faces aux troubles de la personnalité les plus fréquents
 - 2.2.1 le trouble de la personnalité anti-social
 - 2.2.2 le trouble borderline
 - 2.2.3 le trouble narcissique
 - 2.3 Le cas du patient dépressif

- 2.4 Savoir faire face à une attaque de panique au fauteuil
- 3) Comment faire face aux différents troubles comportementaux ?
 - 3.1 L'enfant diagnostiqué TRA
 - 3.2 L'enfant diagnostiqué TDCS
 - 3.3 Gestion des symptômes du TDAH
 - 3.4 Gestion du TOP et du TC
- 4) Cas particulier des patients victimes d'abus sexuels
 - 4.1 Le genre du soignant
 - 4.2 L'importance du consentement
- 5) Instauration de la confiance dans la relation thérapeutique
 - 5.1 Création de la relation de soin
 - 5.1.1 la technique « *tell-show-do* »
 - 5.1.2 la technique « *ask-tell-ask* »
 - 5.1.3 Mise en place d'un cadre rassurant
 - 5.2 Les outils de prise en charge comportementale
 - 5.2.1 la communication non-verbale
 - 5.2.2 l'hypnose
 - 5.2.3 la prémédication sédatrice
 - 5.2.4 le MEOPA
 - 5.2.5 l'anesthésie générale
- 6) Le rôle du chirurgien-dentiste dans l'éducation thérapeutique et la prévention
 - 6.1 Le chirurgien-dentiste parmi une prise en charge pluridisciplinaire
 - 6.2 Le rôle du chirurgien-dentiste pour remédier aux lacunes de l'HBD
 - 6.3 Sensibilisation aux TCA et leurs conséquences buccodentaires
 - 6.4 Rôle du chirurgien-dentiste dans la prévention des conduites à risque chez l'adolescent

IV. Conclusion

V. Fiche récapitulative pour les praticiens

I. Généralités

1) Définitions

Le droit à la protection et aux soins nécessaires à leur bon développement sont des droits fondamentaux des personnes mineures (1). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la maltraitance de l'enfant : « *s'entend de toutes les formes de mauvais traitements [...] entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir* » (2). La classification CAN (Child Abuse and Neglect / Maltraitance et négligence infantile) définit les quatre catégories de mauvais traitements menées sous le contrôle d'un parent, d'un responsable légal, d'une personne de confiance ou exerçant une certaine autorité (3)(4) :

- La maltraitance physique se définit par la présence de blessure(s) et préjudice(s) physique(s), avéré(s) ou potentiel(s) ; de manière unique ou répétée.
- La maltraitance psychologique et émotionnelle se définit par le défaut de possibilités de développement approprié des compétences émotionnelles et sociales. On compte parmi eux : la restriction de la mobilité, la dévalorisation, le dénigrement, les menaces ou l'intimidation.
- La maltraitance sexuelle se définit par l'implication dans un acte sexuel d'un mineur incapable de comprendre ou d'exprimer un consentement éclairé. L'adulte use de la manipulation ou de la coercition.
- Les négligences sont définies par l'absence ou la réduction d'apports indispensables au développement d'un individu concernant tous les aspects de son existence : la santé, l'éducation, la nutrition, la sécurité et des conditions de vie décentes.

2) Epidémiologie

2.1. Échelle mondiale

Les données concernant l'ampleur mondiale de ce phénomène sont relativement insuffisantes notamment en raison du phénomène de sous-déclaration (3). En 2015, environ la moitié des enfants, soit plus d'un milliard d'enfants âgés de 2 à 17 ans ont été sujets à de la violence (5). La prévalence globale des sévices sexuels par exemple est d'environ 11,8% des enfants, les filles étant davantage concernées (18%) que les garçons (7,6%) (6).

2.2. Échelle française

Au niveau national, 4 à 16% des enfants subiraient des violences physiques, 10% seraient victimes de négligence ou de violence psychologique chaque année. 5 à 35% des enfants ont été l'objet de violences physiques sévères durant leur enfance. 15 à 30% des filles et 5 à 15% des garçons ont subi des violences sexuelles (7). L' Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) rapporte qu'en 2015, 55000 mineurs ont été enregistrés par les autorités pour des violences physiques, et 20 200 pour des violences sexuelles (8).

II. Séquelles de la maltraitance infantile influant la prise en charge en odontologie pédiatrique

1) Séquelles physiques dans la sphère orale

Dans la majorité des cas, la sphère oro-faciale est concernée. Des contusions, ecchymoses, brûlures, lichénifications, ou lacérations peuvent être localisées sur la langue, les lèvres, les muqueuses, le palais, les gencives ou encore au niveau des freins et des commissures labiales. Ce sont des séquelles de l'introduction d'ustensiles, de mains, de doigts, et de nourriture forcée, boissons brûlantes ou non comestibles. Les lésions à différents états de cicatrisation indiquent une maltraitance encore active.

Les traumatismes dentaires entraînent des nécroses pulpaire, des dyschromies, et fractures, luxations ou encore des expulsions dentaires. L'enfant peut présenter des fractures alvéolaires, de la mandibule ou des condyles.

Les négligences infantiles amènent à des situations de santé bucco-dentaires critiques, avec des enfants polycariés, et/ou présentant des maladies parodontales, qui peuvent mener à des douleurs importantes, des infections, et des pertes des fonctions masticatoires. (4)

Dans les cas de sévices sexuels, les enfants ayant subi des rapports oraux forcés peuvent présenter des pétéchies au palais. Ces rapports non protégés exposent l'enfant à des risques pour sa santé. En effet, la présence de gonorrhée orale et péri-orale chez l'enfant est un signe pathognomonique d'abus sexuels. Toutefois, il est rare de l'observer et elle est asymptomatique. D'autres Infection Sexuellement Transmissible (IST) peuvent être transmises aux enfants lors de sévices (Chlamydia, HPV, VIH) (9).

Par ailleurs, certains jeunes victimes de maltraitance ont des troubles alimentaires et ont donc en moyenne cinq fois plus de risques de présenter des érosions dentaires, notamment à cause des vomissements (10).

2) Séquelles psychologiques

2.1 Trouble du stress aigu

Le trouble du stress aigu est caractérisé par des symptômes persistants de 3 jours à un mois après l'exposition au traumatisme. Tout événement le rappelant peut déclencher une réaction anxieuse, émotionnelle intense ou colérique. L'individu a des souvenirs intrusifs et récurrents de l'événement qu'il a subi, et souffre d'un sommeil perturbé. Il peut être très réactif, en sursaut, face à un stimulus pourtant classique mais inattendu (11).

2.2 TSPT (Trouble Stress Post-Traumatique)

L'individu ayant été exposé à des maltraitements à répétition risque de présenter des symptômes du TSPT sur du long terme. Parmi eux, des peurs liées ou non à ces traumatismes, des troubles du sommeil, alimentaires, et dépressifs. Ils mettent en place des stratégies d'évitement car ils les revivent par visualisation et ont le sentiment de n'avoir aucun avenir (12). Chez les enfants, le TSPT peut engendrer une régression du développement du langage (11).

2.3 Trouble dissociatif

Le vécu traumatique pousse les jeunes individus dans des états dissociatifs, dans lesquels ils ont des perturbations dans l'intégration normale de la conscience, la mémoire, l'identité, les émotions, la représentation du corps et du contrôle moteur. Ils présentent des amnésies dissociatives, des flashbacks ou encore des épisodes de dépersonnalisation souvent en comorbidité avec le TSPT (11).

2.4 Trouble de l'adaptation

Lorsqu'un enfant est exposé à un stimulus vecteur de stress, la présence rassurante de ses parents l'aide à développer petit à petit sa capacité à réguler ses émotions. Or, l'enfant maltraité subit leurs réactions imprévisibles et menaçantes. Dans les cas de négligence, ils se montrent insensibles et non empathiques. Ainsi, l'enfant ne parvient pas à développer des stratégies adéquates pour réguler ses émotions (4). Ce trouble peut s'accompagner d'humeur dépressive et d'anxiété (11).

2.5 Troubles de la personnalité

Les enfants victimes de CAN ont quatre fois plus de probabilité de développer des troubles de la personnalité. Les maltraitances physiques sont associées au trouble anti-social et dépressif ; les sévices sexuels aux troubles borderline ; et les négligences ajoutent à ces derniers les troubles évitant, narcissique, et passif-agressif (4).

2.6 Trouble dépressif

Il existe un lien entre les CAN et le risque de dépression sur le long terme (13). La dépression se manifeste par des épisodes répétés d'au moins deux semaines de changements manifestes dans les affects, les cognitions et les fonctions neurovégétatives. Chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur dépressive est exprimée par de l'irritabilité. Ils sont sujets à des troubles alimentaires, du sommeil, une réduction de l'énergie, de la culpabilité, et des difficultés à penser ou prendre des décisions. Ils présentent un risque non négligeable de tendances suicidaires récurrentes (11).

3) Séquelles comportementales

Les maltraitances ont un impact sur le développement du cortex préfrontal de l'enfant. Ainsi, ils sont à risque de déficits dans les fonctions exécutives, impliquées dans la régulation comportementale (4).

3.1 Troubles de l'attachement

Les jeunes victimes de CAN développent des troubles de l'attachement (14) pouvant conduire à des dérives comportementales. Le DSM-V (11) en décrit deux : le TRA (Trouble Réactif de l'Attachement) qui est une incapacité à former un lien sélectif avec une figure d'attachement notamment la figure de soin (15); et le TDCS (Trouble de la Désinhibition du Contact Social) qui est caractérisé par un manque de retenue dans les relations interpersonnelles, allant jusqu'à adopter des propos et gestes familiaux avec des inconnus (16) (17).

3.2 Trouble de l'attention

La négligence de l'éducation scolaire provoque des dysfonctions de l'attention et de l'hyperactivité. De plus, ces jeunes sont sujets à des symptômes du Trouble Déficit de l'attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), tels que l'inattention, l'impulsivité, la précipitation ou encore des atteintes neurocognitives (18).

3.3 Hypervigilance

Ils sont constamment dans l'appréhension d'un déclenchement de la colère des adultes avec lesquels ils sont amenés à interagir. Ils ont tendance à attribuer rapidement aux autres des intentions malveillantes dès qu'un agissement semble ambigu et deviennent méfiants (4).

3.4 Troubles d'externalisation

Il existe également un lien entre les CAN et le TOP (Trouble Oppositionnel avec Provocation), manifesté par des comportements polémiques, défiants, de colère, et d'irritabilité. Ils peuvent également présenter un TC (Trouble des Conduites), par lequel l'individu bafoue les règles de société, les droits fondamentaux des autres en perpétrant des agressions, vols, ou encore des destructions des biens d'autrui (4).

3.5 Comportements à risque

A l'adolescence, ils sont susceptibles de mener des comportements à risque tels que la consommation de substances addictives ou encore des pratiques sexuelles non protégées s'exposant ainsi aux IST et à des grossesses non désirées (3).

III. Stratégies de prise en charge au cabinet

1) Soins des lésions tissulaires

Les dents temporaires traumatisées en rapport étroit avec le germe des dents définitives, peuvent être à l'origine de malformations dentaires ou de troubles d'éruption. Il faudra prendre en compte dans la décision thérapeutique la coopération de l'enfant, le temps résiduel de la dent sur l'arcade et son rôle de mainteneur d'espace. A l'adolescence, la vitalité des dents permanentes immatures devra être préservée au maximum. Le CD (Chirurgien-Dentiste) devra élaborer son plan de traitement en se conformant aux recommandations de l'IADT (International Association for Dental Traumatology) dans la gestion des traumatismes dentaires (19).

Par ailleurs, dans le cas des CAN, certaines dents traumatisées et/ou nécrosées n'ont pas fait l'objet d'une prise en charge précoce. Le rôle du CD sera alors de faire un travail de dépistage de toutes les séquelles bucco-dentaires possibles. A l'examen clinique et à l'aide d'examens radiographiques, il devra être attentif aux lésions carieuses, traumatiques, signes de nécroses,

d'infection et/ou d'atteintes parodontales. Il est important de rechercher sur les imageries des potentielles fractures symphysaires, des maxillaires et/ou des condyles.

2) Comment faire face aux traumatismes psychologiques ?

2.1 Anticipation des reviviscences dans le TSPT

Le patient ayant un TSPT a des difficultés à réguler ses émotions et a une estime de lui-même altérée. Il est intéressant de demander au préalable au Caregiver, personne en responsabilité, en charge de prendre soin de l'enfant et qui a l'autorité sur lui (la famille d'accueil ou l'accompagnant du foyer d'accueil), la nature des maltraitances subies afin d'anticiper les potentiels déclencheurs des reviviscences. Cet échange en l'absence du concerné est l'occasion de vérifier s'il sera à l'aise avec le fait d'évoquer son TSPT. En consultation, il faut qu'il se sente pris au sérieux, que le CD ai conscience des blessures psychiques et du caractère involontaire des reviviscences. Les patients atteints de TSPT sont sujets à des états dissociatifs, qui sont en réalité une réaction défensive du cerveau qui permet de s'isoler de la souffrance émotionnelle. Cet état quasi hypnotique met le patient dans un état d'évitement d'une situation lui rappelant le traumatisme, il peut y vivre des reviviscences et une surcharge d'émotion. Cela le rend très vulnérables à tout stimuli pouvant de près ou de loin lui évoquer les maltraitances subies par le passé (20). Il doit sentir que le praticien sera patient, il s'en sentira alors rassuré. Lorsque les symptômes sont très handicapants et empêchent la réalisation de soins, il est possible d'évoquer un traitement médicamenteux par antidépresseurs, en prenant contact avec le médecin traitant ou le psychiatre. Il est également pertinent de demander si une thérapie cognitivo-comportementale et/ou de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sont effectuées (21).

2.2 Attitude à adopter face aux troubles de la personnalité les plus fréquents :

2.2.1 *Trouble de la personnalité anti-social*

Le trouble anti-social est caractérisé principalement par un mépris prononcé et un manque de considération des conséquences et des droits des autres (11). Il ne cherchera pas à entrer en relation avec le CD, et il sera difficile de l'intéresser et d'attirer son attention sur les soins. Lorsque le patient est indifférent de la considération de l'autre et du respect dans les relations interpersonnelles, cela peut placer le CD dans l'inconfort. Il s'agira alors de s'en tenir à des échanges clairs et précis concernant les soins à envisager ainsi que leur déroulé (22). Le CD adoptera une attitude similaire avec les patients présentant une attitude passive-agressive.

2.2.2 Trouble de la personnalité borderline

Les patients au trouble de la personnalité borderline ont une humeur instable et réactive devant laquelle le CD ne doit pas se laisser surprendre. Ils présentent une importante irritabilité et une difficulté à maîtriser leur colère, qui peut être amplifiée par l'appréhension des soins dentaires. Cette colère peut les rendre agressifs, ce qui révèle une peur d'être mal pris en charge et de la perte du contrôle de la situation. Ces jeunes patients ont un grand sentiment de vide et d'angoisse lorsqu'ils sont séparés d'une figure rassurante, il est donc préférable de demander au Caregiver de rester près de lui pendant les soins. Ils ont une impulsivité à s'orienter vers des comportements à risques (drogues, expositions aux IST) pour lesquels le CD a un rôle de prévention. De plus, dans le cadre du trouble borderline, il faut être attentif aux signaux d'idées suicidaires. Le CD devra garder à l'esprit que ces patients ont souvent des comorbidités avec d'autres maladies psychiques telles que les troubles dépressifs, anxieux, TSPT, ou encore des TCA (Troubles du Comportement Alimentaire) (23).

2.2.3 Trouble de la personnalité narcissique

Le trouble de la personnalité narcissique se traduit par des difficultés dans les relations interpersonnelles à cause du manque d'empathie, des excès comportementaux et un grand besoin d'être admiré (11). Dans toutes les disciplines médicales, ce trouble altère souvent l'obtention d'une alliance thérapeutique. Il ne faudra surtout pas adopter d'attitude paternaliste et garder pour soi des réactions émotionnelles qui sont naturelles face à une personnalité narcissique. En effet, le patient risque particulièrement de tomber dans la négativité, l'impulsion et la défensive, le CD devra donc être vigilant. Dans certains cas, le CD peut réussir à impliquer son patient narcissique en insistant sur l'amélioration esthétique lorsqu'il l'estime raisonnablement atteignable. En revanche, il faut garder à l'esprit que ce patient aura tendance à dévaloriser la qualité des soins qui lui sont prodigués. Il peut avoir tendance à manquer d'honnêteté, il faut donc s'assurer d'avoir exposé précisément le plan de traitement, lui faire répéter explicitement son adhésion à celui-ci et reporter cela dans le dossier. Il est primordial de l'inciter à poser des questions sur les tenants et aboutissants du plan de traitement avant de l'engager, afin de prendre en compte ses inquiétudes et sa défiance (24).

2.3 Le cas du patient dépressif

Face à un patient dépressif, une des caractéristiques qui va interpeler le CD est le délaissement de son propre bien-être et de sa santé. Il a des difficultés à se concentrer, donc une routine quotidienne en apparence normale leur demande en réalité un effort considérable. Cela affecte

la ponctualité aux consultations ainsi que leur assiduité dans les gestes d'Hygiène Bucco-Dentaire (HBD). Il faut avoir conscience que le fait de se laver peut être épuisant pour eux. De plus, la perte d'appétit et la désorganisation des repas, peut les induire à négliger le brossage des dents (11). Ces patients ayant une image d'eux-mêmes dévalorisée nécessitent d'être particulièrement encouragés, et félicités lorsqu'ils parviennent à améliorer leur HBD, quand bien même elle reste perfectible. Il est primordial de consacrer des séances à l'éducation à l'HBD pour en expliquer ses bienfaits en termes de bien-être. Une reprise en main bucco-dentaire peut être un premier pas motivant dans l'amélioration globale de l'état dépressif. Par ailleurs, le CD doit être vigilant aux indices d'idées de mort, et les signaler au médecin traitant au moindre risque suicidaire.

2.4 Savoir faire face à une attaque de panique au fauteuil

Suite à une exposition à certains stimuli, le patient est susceptible de faire une attaque de panique. En effet, l'appréhension de l'inconnu, la peur de la douleur et d'atteinte de son intégrité physique, mènent parfois à la « crise d'angoisse aiguë ». Ces épisodes durent de quelques minutes à une heure et sont caractérisés par une impression de ne plus maîtriser la situation, ce qui donne des symptômes somatiques tels que des vertiges, étourdissements, nausées, troubles digestifs, besoins d'uriner, impression de manque d'air, tachycardie ou bien tremblements (25). Le CD doit rapidement aider le patient à quitter son impression de menace vitale imminente. Il convient d'arrêter le soin en cours et d'éloigner tout instrument du patient. Il faudra l'inciter à se détendre, ralentir son rythme respiratoire avec une respiration abdominale de plus en plus maîtrisée. L'objectif est que le patient ne perçoive plus le soignant ni le soin comme une menace. A partir de 6 ans, si l'attaque de panique persiste, avec des symptômes intenses, le CD peut administrer du diazepam qui aura un effet anxiolytique en 5 à 15 minutes (26). Il est primordial d'adapter la posologie chez l'enfant (27). Il est contre-indiqué en cas d'insuffisance respiratoire, cardiaque, de myasthénie et d'apnée du sommeil (28). Le CD peut lui faire découvrir des techniques de cohérence cardiaque, qui permettent de réguler l'impact de l'anxiété sur le système nerveux sympathique et ainsi, réguler son effet sur les somatisations jusqu'ici difficilement contrôlables (29). Il existe des applications mobiles qui permettent de familiariser et guider le patient dans l'exécution d'exercices de respiration.

3) Comment faire face aux troubles comportementaux ?

3.1 L'enfant diagnostiqué TRA

Affectant principalement les enfants victimes de négligence grave dans la petite enfance, le TRA a pour effet que l'enfant ne cherche pas à être rassuré face à la figure de soin (15). Il faudra donc tâcher de ne pas adopter une attitude trop maternante au risque de voir l'enfant devenir irritable ou craintif ce qui compromet le bon déroulement des soins (11). La contention ainsi que toutes contraintes physiques sont à proscrire. L'enfant doit sentir qu'il se trouve dans un environnement calme, non menaçant, et qu'il perçoit comme prévisible (30).

3.2 L'enfant diagnostiqué TDCS

Les symptômes du TDCS peuvent surprendre le praticien. En effet, l'enfant est capable d'explorer les lieux sans se préoccuper de la présence de l'équipe soignante. Ce qui est intéressant avec ces patients, c'est qu'ils sont peu sujets à la crainte. Ils auront même tendance à rechercher du réconfort auprès de l'inconnu plutôt que leurs parents. Il peut être intéressant de mener la consultation sans accompagnateur. En se montrant réceptif, le CD peut aisément instaurer une relation de confiance et obtenir la coopération de l'enfant (16).

3.3 Gestion des symptômes du TDAH

Il est important d'entretenir un fonctionnement de récompenses. En effet, cette approche comportementale permet d'amener l'enfant vers une autorégulation de ses symptômes, notamment les troubles impulsifs, perturbateurs voire offensifs. Il peut s'avérer stratégique de se soustraire à la présence des Caregiver car ses symptômes peuvent être renforcés en leur présence. On peut par exemple mettre en place des systèmes de points positifs ou négatifs, en s'adaptant à l'âge et à chaque patient, ce qui lui donnera un point de concentration, un but et canaliser ses troubles comportementaux. Le CD peut également impliquer les Caregiver lorsqu'ils ne sont pas au cabinet pour inciter l'enfant à être coopérant en mettant en place des stratégies renforçatrices. Le CD peut faire appel à la créativité de l'enfant hyperactif en lui proposant des activités ludiques telles que la réalisation de vidéos à propos de son hygiène bucco-dentaire à apporter lors de la consultation suivante (31).

3.4 Gestions du TOP et des TC

L'enfant atteint de TOP ne cherchent plus à se plier aux consignes de l'adulte. Il est persuadé qu'il n'arrivera pas à se conformer à ce qui est attendu de lui. Il préfère entrer en argumentation avec l'adulte, or l'opposition est maintenue par l'adulte lorsque celui-ci entre dans le jeu de

l'argumentation. Concrètement, le CD doit identifier la défiance du jeune, et couper rapidement le cycle de l'argumentation. Il sera plus efficace de lui laisser un peu de temps pour se comporter correctement, et à défaut, couper toute communication pendant quelques minutes en l'isolant. Ainsi, on aura davantage de chances de briser le cycle de l'opposition. Cela permet d'instaurer un cadre au cabinet, bien distinct des mécaniques d'argumentation et de provocation exercées habituellement par cet enfant dans d'autres circonstances (32).

Les jeunes patients présentant des TC présentent des signes annonciateurs de crises tels que l'agitation psychomotrice, des réactions physiologiques avec le visage rouge ou des réactions brutales. Il est important de ne montrer aucun signe de colère et éviter la confrontation impulsive. Le CD doit retirer les instruments pouvant devenir dangereux (piquants, tranchants). En effet, il faut assurer la sécurité du personnel, de l'accompagnant s'il y en a un, et de soi-même. Lors d'une crise, le CD peut inviter le patient à se retirer au calme et écarte les autres individus de lui. Il existe 3 stratégies possibles : la stratégie de capitulation qui consiste à offrir au patient ce qu'il réclame lorsque c'est possible et réitérer cela comme un renforçateur suite à un bon comportement ultérieur. La stratégie de la diversion qui est d'introduire une nouvelle activité, un nouveau centre d'intérêt qui détournera le patient de sa conduite violente. Enfin, la stratégie de l'interruption, c'est-à-dire proposer un temps d'arrêt pendant lequel il pourra s'adonner à une activité qu'il apprécie pour calmer la situation (33).

4) Cas particulier des patients victimes d'abus sexuels

4.1 Le genre du soignant

Il n'est pas démontré qu'un patient victime d'abus sexuels soit gêné par le genre du soignant. En effet, certains patients préfèrent consulter un médecin du genre féminin car ils estiment que c'est plus rassurant et réconfortant alors que d'autres y sont plutôt indifférents, voire vont percevoir la soignante comme étant moins objective que son confrère masculin. Cependant, aucune étude n'a été trouvée dans la littérature en ce qui concerne le CD. Il serait intéressant d'étudier l'impact du genre du CD sur l'appréhension et l'acceptation des soins. En outre, il revient au praticien d'évaluer si la présence systématique de l'assistante et/ou du Caregiver est préférable pour ces victimes, notamment lorsque le CD est un homme (34).

4.2 L'importance du consentement :

Bien que la notion de consentement éclairé soit centrale dans la pratique de la chirurgie-dentaire, il apparaît évident qu'il faille réitérer la demande de consentement à chaque geste en direction de la cavité buccale du patient. En effet, la bouche a pu être le siège de tentatives et/ou de pénétrations traumatisantes. Ainsi, la position dominante et les gestes du CD en sa direction peuvent être vécus comme étant menaçants et intrusifs s'il ne sent pas que son consentement est pleinement respecté (35).

5) Instauration de la confiance dans la relation thérapeutique

5.1 Création de la relation de soin

5.1.1 Technique « *tell-show-do* »

Le CD doit mettre en place des stratégies d'acceptation des soins. La technique « *tell-show-do* » est recommandée pour que l'enfant se sente écouté et en sécurité. Elle consiste en l'explication précise du but et du déroulé de la consultation, puis une présentation des instruments et gestes nécessaires pour la mener à bien. Enfin, il est fondamental que l'exécution des soins correspondent à ce qui a été décrit, afin de créer une relation de confiance avec le patient (36).

5.1.2 Technique « *ask-tell-ask* »

La technique « *ask-tell-ask* » consiste quant à elle à proposer un ou des soin(s) au patient, lui présenter l'objectif et le déroulé détaillé. Enfin, avec toutes les informations en sa possession, le CD lui demande à nouveau s'il se sent prêt à être soigné. Cela permet au patient d'anticiper toutes les phases du traitement qui pourraient lui générer de l'anxiété et il percevra que le CD prend en compte son appréhension ainsi que son consentement total et éclairé (36).

5.1.3 Mise en place d'un cadre rassurant

Le contrôle de la tonalité de la voix en adoptant un phrasé posé, affirmatif et calme permet d'avoir la pleine attention du patient ainsi que sa compliance car cela crée naturellement un cadre d'autorité qui s'exerce bien que laissant percevoir la bienveillance. Il est important de montrer au patient qu'on prend en compte ses doléances pour qu'il se sente entendu. De plus,

pendant et après le soin, il est important d'exprimer des renforcements positifs qui l'encourageront à persister dans sa compliance. Il peut être intéressant de mettre en place des outils de distraction tels qu'un plafonnier avec un écran et lui proposer de choisir ce qui y est diffusé. La diffusion de musique peut également avoir un effet relaxant (36).

5.2 Les outils de prise en charge comportementale

5.2.1 *La communication non-verbale*

La communication non-verbale est fondamentale dans la prise en charge comportementale des jeunes patients ayant un vécu traumatique. Le langage corporel vient corroborer les explications du CD, en mettant le patient en confiance. Par exemple, il a été observé que lorsqu'un médecin maintient le regard pendant qu'il échange avec son patient, ce dernier aura tendance à soutenir cet échange visuel et par conséquent, le praticien acquiert plus facilement son attention. Regarder son patient dans les yeux augmente également les chances de dissocier une détresse psychologique. Les patients accordent leur confiance aux praticiens faisant davantage de hochements de tête, de gestes, et en ayant un ton et un visage expressif. Une étude a montré que les interruptions de contact visuel du praticien ne sont pas bien reçues par les hommes alors qu'elles ne sont pas mal perçues par les femmes (37).

5.2.2 *L'hypnose*

L'hypnose est une technique intéressante à laquelle on ne peut avoir recours uniquement dans le cas du patient motivé à être soigné mais qui est sujet à une très grande anxiété empêchant la réalisation des soins. Les séances réalisées avec induction hypnotique permettent d'abaisser le niveau d'anxiété et le rend donc contrôlable. L'inconvénient est que l'amnésie temporaire qu'occasionne l'hypnose ne permet pas d'avoir un souvenir positif du soin en lui-même. Par ailleurs, l'hypnose permet au patient de ressentir moins de douleurs et d'hémorragies post-opératoires, ce qui l'encouragera à se faire soigner de nouveau (27). Cependant, cette technique chronophage n'a pas d'effet sur 20 à 30% de la population, et est davantage efficace sur de réelles phobies dentaires que sur des patients anxieux (27).

5.2.3 *La prémédication sédatrice*

La prémédication sédatrice est une prescription d'un médicament *per os* que le patient prendra la veille et/ou avant le rendez-vous au cabinet. Il sera alors plus susceptible d'être détendu et

d'accepter les soins. Chez l'enfant, l'hydroxyzine est l'anxiolytique de choix qu'on prescrit avec une posologie d'1 à 2mg/kg à prendre la veille au soir et deux heures avant le rendez-vous (38). En seconde intention, le diazépam est utilisé avec une posologie de 0,5mg/kg sans dépasser 10mg en une prise à prendre une heure avant le rendez-vous (39).

5.2.4 *Le MEOPA (Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote)*

Le CD formé à cela peut induire une sédation consciente à l'aide du MEOPA. L'enfant est sujet à une légère altération de la conscience mais peut toujours interagir avec les autres. Le MEOPA génère une anxiolyse, une légère amnésie et une analgésie de surface. Le patient peut avoir ses perceptions visuelles et auditives modifiées, des fourmillements dans les membres, des sensations de lourdeur, chaleur, fatigue, détente, vertige ou encore de l'euphorie. La prise de MEOPA ne doit pas excéder une heure et ses effets s'estompent quelques minutes après le retrait du masque. Il est utilisable chez les patients ASA I et ASA II, et le CD doit parfaitement en connaître ses contre-indications. Il faudra être particulièrement vigilant lorsque le patient présente des troubles de la personnalité car le MEOPA peut les faire entrer en état de dissociation ou en psychose (40)(41). Il devra donc être utilisé de façon très contrôlée chez les patients victime de CAN. Son association avec la prémédication sédative permet d'augmenter son effet de 50% (36).

5.2.5 *L'Anesthésie Générale (AG)*

L'AG est le dernier recours lorsqu'il est trop compliqué de soigner un jeune individu, soit en raison de facteurs liés à son âge, à son état général, à ses difficultés comportementales, soit liés à la multiplicité et la complexité des soins à réaliser. Cette pratique n'intervient qu'après avoir échoué aux techniques précédemment citées et lorsque le rapport bénéfice/risque y est favorable. La prise en charge s'effectuera alors en milieu hospitalier et sous la supervision d'un médecin anesthésiste réanimateur (42).

6) Le rôle du CD dans l'éducation thérapeutique et la prévention

6.1 Le CD parmi une prise en charge pluridisciplinaire

L'intervention du CD s'inscrit dans la prise en charge pluridisciplinaire médico-sociale qui gravite autour du jeune victime de CAN. Lorsqu'il est avéré qu'un de nos patients a été victime

de CAN, il est intéressant de prendre contact avec le médecin traitant et/ou son psychiatre afin de connaître les diagnostics qui ont fait suite aux traumatismes vécus et ainsi anticiper la prise en charge du patient tant sur l'aspect dentaire que comportemental (22).

De plus, il est primordial de sensibiliser les Caregiver du patient, notamment en prodiguant des conseils hygiéno-diététiques pour assurer le maintien de la santé bucco-dentaire. Parmi les conseils essentiels, on note l'importance des repas équilibrés, de la réduction des grignotages et des boissons sucrées. Ajoutés à cela la fréquence de deux fois par jour des brossages des dents avec un dentifrice adapté sur laquelle il faut insister (43).

6.2 Le rôle du CD pour remédier aux lacunes de l'HBD

Lors de la première consultation, le CD peut consacrer du temps à l'éducation personnalisée à l'hygiène orale, qui n'a pas forcément été évoquée par les parents. L'utilisation d'un révélateur de plaque permet au patient de se rendre compte des lacunes au niveau du brossage, et cela permet d'expliquer ludiquement l'HBD. Rappeler qu'un manque d'HBD aura un effet négatif sur l'esthétique peut avoir un fort impact sur un jeune patient. Pour le rendre conscient de sa santé bucco-dentaire, il existe des stratégies ludiques telles que la mise à disposition de fiches explicatives, dessins, ou vidéos adaptés à l'âge du patient (44).

6.3 Sensibilisation aux TCA et leurs conséquences bucco-dentaires

Le CD a un rôle de détection des érosions dentaires potentiellement révélatrices de TCA, mais également de prévention en sensibilisant les jeunes patients à propos des conséquences dentaires des vomissements à répétition, d'un point de vue de l'esthétique et de la sensibilité dentaire. Cela représente un volet non négligeable dans la prise en charge pluridisciplinaire des enfants et adolescents atteints de TCA (10).

6.4 Rôle du CD dans la prévention des conduites à risque chez l'adolescent

Le CD fait partie des professionnels de santé que l'adolescent est susceptible de consulter et a donc un rôle important dans la détection des manifestations orales des IST mais également dans la prévention des pratiques sexuelles non-protégées. Le CD doit prodiguer des conseils de prévention et peut fournir les coordonnées du planning familial du département ou le numéro vert national « sexualités, contraception, IVG » qui est le 0800081111 (45). S'il est en confiance, sans la présence de ses Caregiver, le jeune va peut-être se confier à propos de conduites sexuelles à risques, alors le CD pourra lui indiquer un centre de dépistage anonyme et gratuit. De même, les adolescents consommateurs des substances illicites ont besoin d'entendre

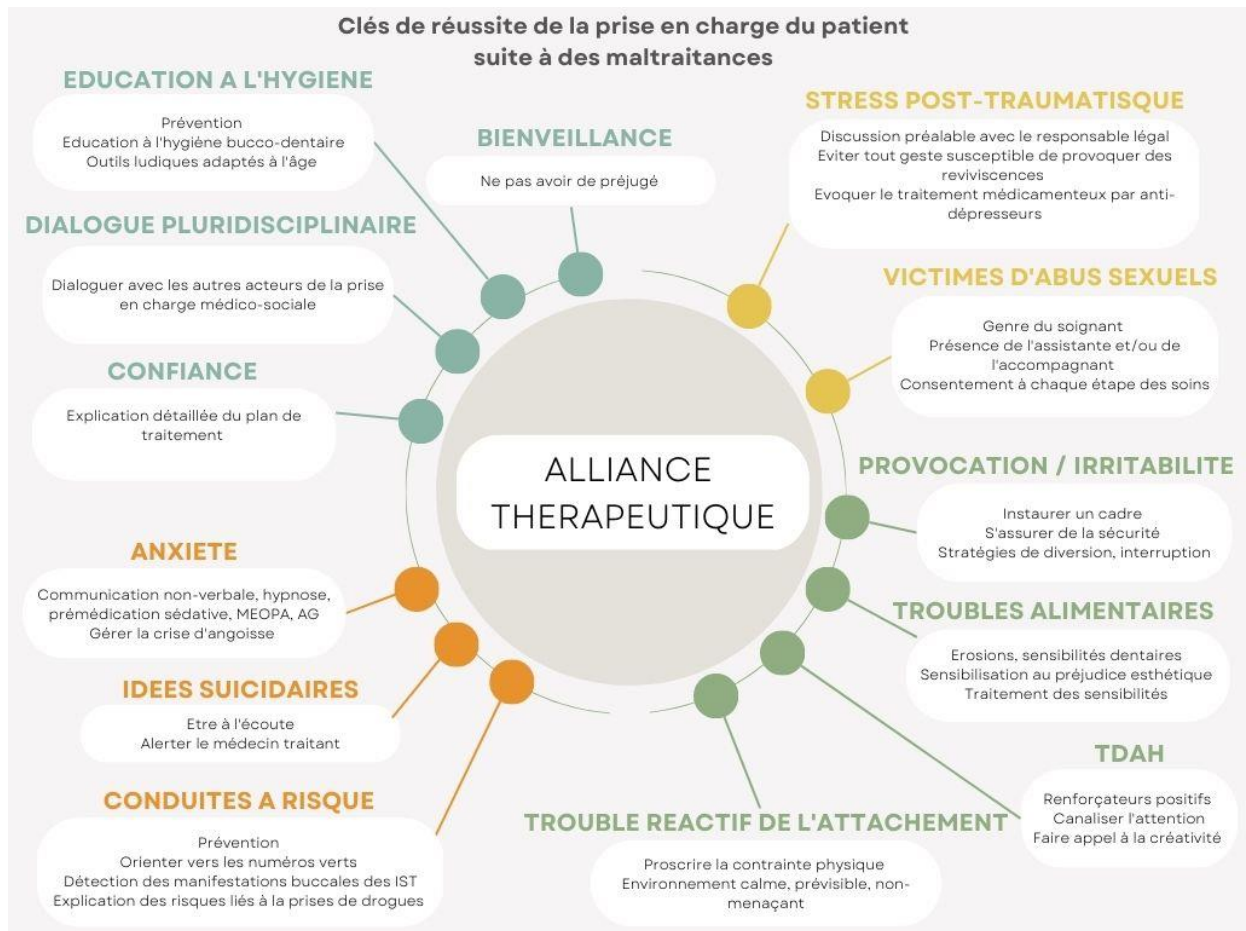
de la prévention concernant les effets des drogues sur la santé bucco-dentaire. Le risque d'avoir de nombreuses caries, des douleurs, des récessions gingivales inesthétiques et des pertes de dents en étant encore très jeune sont des facteurs dissuasifs qui s'inscrivent dans le processus de prise en charge médico-sociale des addictions. Le praticien peut mettre à disposition du patient le numéro vert « Drogue info service » qui est 0800231313 (46).

IV. Conclusion

Dans la pratique quotidienne, le chirurgien-dentiste doit être vigilant aux potentiels signes évocateurs de maltraitance. Lorsqu'il estime cela nécessaire, le CD peut appeler le numéro national 119 qui permet d'alerter lorsqu'un enfant semble en danger. Il est ouvert 24/24 heures et 7/7 jours (47).

A la suite de maltraitances, les jeunes patients ayant été victimes au cours de leur enfance sont amenés à consulter le CD souvent tardivement. Ils n'ont pas forcément bénéficié de prévention concernant l'HBD et peuvent malheureusement en conséquence présenter un état bucco-dentaire critique. Le CD a donc un rôle primordial dans l'éducation à l'HBD et la prévention des risques liés au délaissement de celle-ci. Le patient a besoin d'être écouté et déculpabilisé pour prendre conscience de sa santé dentaire. Il sera alors davantage propice à accepter les soins et à être assidu. A l'aide de différents outils à sa disposition, le CD devra veiller à adapter sa prise en charge comportementale en fonction de l'âge, du genre, du type de maltraitance vécue, des troubles psychiques et/ou comportementaux qui en ont découlés, le but étant d'obtenir sa coopération et d'instaurer un lien de confiance. Son rôle de prévention s'inscrit dans une prise en charge pluridisciplinaire médico-sociale qui a pour objectif de protéger et d'assurer au maximum le bon développement de ces enfants et adolescents.

V. Fiche récapitulative pour les praticiens



Bibliographie

1. Article 24 - Droits de l'enfant [Internet]. European Union Agency for Fundamental Rights. 2015 [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://fra.europa.eu/fr/eu-charter/article/24-droits-de-lenfant>
2. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>
3. Report of the consultation on child abuse prevention WHO, GENEVA, 29-31 MARCH 199. [cité 24 sept 2022].
4. New Directions in Child Abuse and Neglect Research. [cité 26 sept 2022].
5. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. Pediatrics [Internet]. 1 mars 2016 [cité 22 sept 2022];137(3):e20154079. Disponible sur: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/137/3/e20154079/81439/Global-Prevalence-of-Past-year-Violence-Against>
6. Stoltenborgh M, van IJzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ. A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. Child Maltreat [Internet]. mai 2011 [cité 26 sept 2022];16(2):79-101. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077559511403920>
7. maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/maltraitance_enfant_rapport_d_elaboration.pdf
8. Les chiffres clés en protection de l'enfance | Observatoire National de la Protection de l'Enfance | ONPE [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://onpe.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance>
9. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate AR. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. 39(4):6.
10. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry J Ment Sci. oct 2015;207(4):299-305.
11. dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.docdroid.net/ao4Fkjn/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-pdf>
12. Kiser LJ, Heston J, Millsap PA, Pruitt DB. Physical and sexual abuse in childhood: Relationship with post-traumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1 sept 1991 [cité 20 oct 2021];30(5):776-83. Disponible sur: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(10\)80015-2/abstract](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(10)80015-2/abstract)

13. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1 juin 2008 [cité 11 oct 2022];32(6):607-19. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213408000732>
14. Lo CKM, Chan KL, Ip P. Insecure Adult Attachment and Child Maltreatment: A Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. déc 2019 [cité 1 oct 2022];20(5):706-19. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838017730579>
15. Le trouble réactionnel de l'attachement (TRA) [Internet]. Association de parents de l'enfance en difficulté. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: <https://aped.org/sante-mentale-jeunesse/le-trouble-reactionnel-de-lattachement-tra/>
16. Le trouble de désinhibition du contact social (TDCS) [Internet]. Association de parents de l'enfance en difficulté. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: <https://aped.org/sante-mentale-jeunesse/le-trouble-de-desinhibition-du-contact-social-tdcs/>
17. Delbarre M, Achim J, Lebel A. Comportements de désinhibition sociale et d'attachement d'enfants d'âge préscolaire consultant en pédo-psychiatrie. *Enfance* [Internet]. 2020 [cité 3 déc 2022];2(2):241-58. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfance-2020-2-page-241.htm>
18. Dahmen B, Pütz V, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K. Early pathogenic care and the development of ADHD-like symptoms. *J Neural Transm Vienna Austria* 1996. sept 2012;119(9):1023-36.
19. French_IADT_Guidelines_FULL2020.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2022]. Disponible sur: https://www.iadt-dentaltrauma.org/images/French_IADT_Guidelines_FULL2020.pdf
20. Fareng M, Plagnol A. Dissociation et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose. *PSN* [Internet]. 2014 [cité 7 déc 2022];12(4):29-46. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psn-2014-4-page-29.htm>
21. Westphal V. Trouble de stress post-traumatique : recommandations pour le généraliste [Internet]. Santé Mentale. 2022 [cité 6 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2022/10/trouble-de-stress-post-traumatique-recommandations-pour-le-generaliste/>
22. Schuermeyer IN, Sieke E, Dickstein L, Falcone T, Franco K. Patients with challenging behaviors: Communication strategies. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 1 juill 2017 [cité 9 déc 2022];84(7):535-42. Disponible sur: <https://www.ccjm.org/content/84/7/535>
23. doc_trouble_de_la_personnalite_borderline-pp.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/doc_trouble_de_la_personnalite_borderline-pp.pdf
24. Caligor E, Levy KN, Yeomans FE. Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *Am J Psychiatry* [Internet]. mai 2015 [cité 11 déc 2022];172(5):415-22. Disponible sur: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2014.14060723>

25. Crise d'angoisse aiguë et trouble panique : quels symptômes ? [Internet]. [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-panique/symptomes-diagnostic-evolution>
26. Traitement de la crise d'angoisse et du trouble panique [Internet]. [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-panique/traitement>
27. Caillat C. Prémédication sédatrice per os: état actuel des connaissances, enquête de pratique en Lorraine auprès des chirurgiens-dentistes. :141.
28. DIAZEPAM TEVA [Internet]. VIDAL. [cité 19 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/diazepam-teva-66623.html>
29. McCraty R, Zayas MA. Cardiac coherence, self-regulation, autonomic stability, and psychosocial well-being. *Front Psychol* [Internet]. 2014 [cité 17 nov 2022];5. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.01090>
30. Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, Nichols T, Barnett D, Zeanah C, et al. Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreat*. févr 2006;11(1):76-89.
31. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité Haute Autorité de santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/tdah_synthese.pdf
32. Trouble d'opposition / provocation [Internet]. Association québécoise des neuropsychologues. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: <https://aqnp.ca/documentation/developpemental/le-trouble-dopposition-provocation/>
33. rbpp_comportements_problemes_volets_1_et_2.pdf [Internet]. [cité 8 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/rbpp_comportements_problemes_volets_1_et_2.pdf
34. Femmes victimes de violences sexuelles : attitudes attendues de la part de leur médecin. *Sexologies* [Internet]. 1 oct 2019 [cité 1 déc 2022];28(4):183-90. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1158136019300453>
35. Bouchet P. Examen médico-légal d'une victime d'agression sexuelle, l'expression du consentement. *Sages-Femmes* [Internet]. 1 mai 2022 [cité 17 janv 2023];21(3):24-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1637408822000633>
36. bp_behavguide.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2022]. Disponible sur: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide.pdf
37. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. *Patient Educ Couns* [Internet]. 1 août 2007 [cité 29 nov 2022];67(3):315-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399107000973>
38. ATARAX [Internet]. VIDAL. [cité 19 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/gammes/atarax-739.html>

39. DIAZEPAM VALIUM® - Easyprep Pédiatrie [Internet]. [cité 26 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.easypreppediatrie.fr/principes-actifs/diazepam-valium/>
40. Prud'Homme T, Victorri-Vigneau C, Lopez-Cazaux S, Dajean-Trutaud S, Bandon D. Utilisation du MEOPA en France. 8 juill 2019;13:181-5.
41. Mélange Equimolaire d'Oxygène et Protoxyde d'Azote-EMC.pdf.
42. Interventions courantes d'odontologie et de stomatologie : quand pratiquer l'anesthésie générale ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 nov 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_240338/fr/interventions-courantes-d-odontologie-et-de-stomatologie-quand-pratiquer-l-anesthesie-generale
43. Fiche-10astuces-Alimentaires_230115.pdf [Internet]. [cité 4 déc 2022]. Disponible sur: https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2015/01/Fiche-10astuces-Alimentaires_230115.pdf
44. Pratiques_Dentaires_31_Web-1.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2022]. Disponible sur: https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2018/09/Pratiques_Dentaires_31_Web-1.pdf
45. Le Numéro Vert National "Sexualités, contraception, IVG" 0800 08 11 11 [Internet]. Le planning familial. [cité 19 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/le-numero-vert-national-sexualites-contraception-ivg-0800-08-11-11-261>
46. Par téléphone [Internet]. Drogues Info Service. [cité 19 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.drogues-info-service.fr/Drogues/par-telephone>
47. 119 [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.allo119.gouv.fr/>

LEXIQUE :

AG : anesthésie générale

ASA I : patient sans pathologie systémique

ASA II : patient présentant une pathologie modérée et/ou équilibrée

CAN : Child Abuse and Neglect / Maltraitance et négligence infantile

CD : chirurgien-dentiste

Caregiver : personne en responsabilité, en charge de prendre soin de l'enfant et qui a l'autorité sur lui, ici ce terme désigne la famille d'accueil ou l'accompagnant du foyer d'accueil

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

HBD : Hygiène Bucco-Dentaire

HPV : Human Papilloma Virus

IADT : International Association for Dental Traumatology

IST : Infection Sexuellement Transmissible

MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

TC : Trouble des Conduites

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TDCS : Trouble de la Désinhibition du Contact Social

TOP : Trouble Oppositionnel avec Provocation

TRA : Trouble Réactif de l'Attachement

TSPT : Trouble Stress Post-Traumatique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

NANTES UNIVERSITÉ
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Vu le Doyen,

Pr Assem SOUEIDAN

REBIERE Sarah - Stratégies de prise en charge au cabinet de l'enfant et l'adolescent victime de maltraitance. 34f.; 0ill. ; 0tabl.; 47ref.; 30 cm (Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2023)

RESUME :

La prise en charge des enfants et adolescents ayant été victimes de maltraitances représentent un challenge pour le chirurgien-dentiste. Une fois sortis du cadre insécurisant, ces jeunes patients ayant subi des violences et des négligences sont amenés à consulter un chirurgien-dentiste. Bien souvent, ils présentent des douleurs et/ou un état bucco-dentaire nécessitant des soins. Le chirurgien-dentiste doit leur prodiguer une éducation à l'hygiène orale et mettre en place des stratégies de prise en charge comportementales.

Ce travail de synthèse bibliographique a pour but de donner des outils et des stratégies aux praticiens qui leur permettront de s'adapter à la psychologie particulière de chacun de ces patients en fonction des traumatismes qu'ils ont vécu.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Odontologie pédiatrique

MOTS CLES MESH

Maltraitance infantile – child abuse

Négligence - neglect

Odontologie pédiatrique – pediatric dentistry

JURY :

Présidente : Professeur LOPEZ Serena

Directeur : Dr PRUD'HOMME Tony

Assesseur : Dr DAJEAN-TRUTAUD Sylvie

Assesseur : Dr REMAUD Thomas