

Equipe de soins spécialisés en Fentes faciales Labio-palatines

Présentation synthétique du projet

L'Équipe de Soins Spécialisés en Fentes Faciales vise à coordonner une équipe pluridisciplinaire dédiée au traitement des fentes labiopalatines

Elle concerne une prise en charge de longue durée, débutant au moment du diagnostic, pré- ou post-natal, et se poursuivant jusqu'à la fin de la croissance de l'enfant. Selon le type de fente et l'âge de l'enfant, des problèmes alimentaires, phonatoires, ORL (Oto-Rhino-Laryngologiques), dentaires, orthodontiques, esthétiques, et psychologiques devront être pris en charge.

Elle nécessite l'intervention de divers spécialistes qui devront suivre l'enfant et l'adolescent, ainsi que ses parents, à chaque étape de son développement et établir, réévaluer et adapter pour lui un plan de traitement optimal et efficient.

Outre l'aspect esthétique, l'objectif est de réussir à ce que l'enfant puisse respirer par le nez, parler et entendre correctement, et qu'il ait une bonne croissance du visage.

Évaluation de population concernée par le projet (nombre d'habitants) :

L'ESS concerne la prise en charge des enfants atteints de fentes faciales ; ces malformations congénitales sont les plus fréquentes parmi les malformations faciales dans le monde.

En France, chaque année, 1 enfant sur 700 naît avec une fente labiale palatine. Avec environ 57 000 naissances par an en Occitanie (Insee 2020), ce sont près de 80 nouveaux nés par an qui sont concernés par ces malformations.

Considérant de plus le suivi des enfants déjà diagnostiqués, jusqu'à la fin de leur croissance (environ 15 ans), ce sont plus de 1200 enfants par an qui sont potentiellement concernés par un besoin de prise en charge dans la région occitane.

La file active des médecins spécialistes à l'initiative du présent projet d'ESS représente 200 à 300 patients en fonction des années.

État des lieux et contexte

Problématique de santé et de prise en charge

Les anomalies congénitales

Les anomalies congénitales sont des défauts de structure ou de fonction d'un organe, ou d'une région du corps, résultantes d'une anomalie du processus normal du développement de l'embryon ou du fœtus. Les anomalies congénitales sont par définition présentes à la naissance, cependant, elles peuvent n'être diagnostiquées que plus tard dans la vie. Elles sont extrêmement hétérogènes, de sévérité variable, allant de défauts mineurs à des malformations majeures incompatibles avec la vie.

Les anomalies congénitales représentent une cause majeure de maladies (environ 3 % des naissances), de mortalité infantile et de handicap. Elles sont également une cause importante de décès pendant la période infantile (21 % des décès pendant la première année de vie : source CépiDC 2014).

Les fentes labiales et/ou palatines (dont celles anciennement appelées « bec de lièvre »)

Ce sont des malformations congénitales présentes dès la naissance. Ces pathologies se distinguent par leurs atteintes anatomiques et fonctionnelles, leur origine embryologique, leurs caractéristiques épidémiologiques et leur prise en charge.

Concernant la répartition de fente labio palatine par naissance dans le monde, les chiffres sont assez disparates selon les continents. En France, 1 enfant sur 700 naît avec une fente labio palatine. Ce chiffre est à peu près le même dans tous les pays d'Europe, tandis qu'aux Etats Unis, un enfant pour 600 est porteur d'une fente. En Asie, ce chiffre est le plus élevé avec une fréquence de 1 enfant touché sur 300 naissances, soit plus du double qu'en France.

Les fentes labiales et/ou palatines (FL/P) constituent un groupe de malformations comprenant :

- Les fentes labiales & fentes labio-alvéolaires (FL & FLA) : 25%
- Les fentes labio-palatines (FLP) : 50%
- Les fentes vélo-palatines (FVP) : 25%

Le grand groupe que constitue l'ensemble des FL/P (FL, FLA, FLP et FVP) compte parmi les malformations faciales les plus fréquentes au niveau du visage du fait de leur regroupement en un seul grand groupe générique.

Leur origine est embryologique : dans la formation du visage de l'enfant, trois bourgeons se rejoignent et fusionnent sous le nez pour former la lèvre supérieure. Cette fusion des bourgeons faciaux a lieu à la fin du premier mois de grossesse. Parfois la fusion n'a pas lieu et la fente reste présente entre les bourgeons.

Elles sont le plus souvent isolées, mais peuvent être associées à d'autres anomalies cliniques ou malformations, ou syndromes.

Le diagnostic est parfois fait avant même la naissance lors de l'échographie de la 22ème semaine de grossesse.

▪ Fentes Labiales

La fente peut ne concerner que la lèvre, d'un seul côté on parle alors de fente labiale unilatérale ou des deux côtés, il s'agit alors d'une fente labiale bilatérale

▪ Les malformations du palais

Le palais est constitué de deux parties, l'une antérieure, osseuse, située juste en arrière des incisives, l'autre plus postérieure est musculaire : c'est le voile du palais qui se finit par la luette. La première est fixe, immobile, la seconde est mobile et joue un rôle important dans la parole.

Les fentes palatines (anciennement appelée « bec de lièvre ») sont l'une des principales pathologies touchant le palais. Cette malformation se développe car la lèvre et les lames palatines ne se sont pas soudées lors de l'embryogénèse. Elle se manifeste sous différentes formes : elle peut ne toucher que le palais seul, donc être invisible de l'extérieur, ou toucher le palais ainsi que la lèvre.

Lorsqu'une fente est présente au niveau du palais, les aliments ingérés par l'enfant peuvent passer de la bouche au nez, ce qui rend son alimentation au sein ou avec des biberons classiques très complexe.

□ Fentes labiopalatines

- Les bourgeons faciaux qui vont constituer la lèvre et les lames palatines qui doivent former le palais ne sont pas soudés pendant l'embryogénèse. La fente concerne la lèvre, le palais et la gencive. Mais la gencive est parfois intacte, non fendue.
- La fente labio palatine peut être unilatérale ou bilatérale. Le nez est parfois très déformé, surtout quand la fente est unilatérale, mais il peut être complètement repositionné par la chirurgie.
- La communication entre la bouche et le nez, liée à la fente palatine, gêne l'alimentation. Une plaque palatine en résine peut être mise en place pour faciliter la prise du biberon. La lèvre et le nez sont réparés dans le premier mois de la vie au cours d'une seule intervention (traitement de la lèvre), le palais est fermé lors d'une deuxième chirurgie vers l'âge de 6 mois (traitement du palais).

□ Fentes vélopalatines

- Cette embryopathie de type fissuraire apparaît entre la 7e et la 12e semaine de grossesse suite à un défaut de fusion des processus palatins.
- La FVP atteint, dans sa forme complète, le voile du palais et le palais osseux dans l'axe de sa zone de fusion médiane depuis le canal palatin antérieur (foramen incisif) jusqu'à l'extrémité de la luette. Le diagnostic peut être porté en anténatal. Le diagnostic post-natal est clinique.

Les causes & facteurs de risques

Il est difficile d'établir exactement la cause de cette pathologie. Il est avéré qu'une part d'hérédité joue un rôle dans son développement, puisqu'une femme ayant déjà eu un enfant souffrant d'une fente palatine a plus de risque d'en avoir un second lui aussi touché.

Lors de la période de gestation, la consommation d'alcool et de tabac accentuent les chances que l'enfant soit porteur d'une fente. Certains médicaments ont aussi été identifiés comme facteurs aggravants.

Néanmoins, les cas d'origine héréditaire ne représentent que 20% des patients. La plupart du temps, c'est une anomalie lors de la fusion des bourgeons nécessaires à la fermeture du visage durant la phase embryonnaire qui en est la cause. Pour permettre cette fusion, notre organisme est programmé pour déclencher la mort cellulaire et c'est à ce stade que se développent les malformations. Plusieurs questions sont encore sans réponse à ce sujet. Plus rarement, il se peut aussi que les bourgeons ne rentrent tout simplement pas en contact.

L'origine de la déformation étant toujours actuellement difficile à déterminer, il n'existe pas réellement de solution permettant de prévenir son apparition. La prise de supplément d'acide folique et le maintien d'une alimentation saine et équilibrée restent malgré tout des précautions réduisant les risques.

Territoire d'intervention

Le projet d'ESS cible principalement la population de la région Occitanie. Selon les dernières données de l'Insee, au 1er janvier 2022, 6 053 500 personnes habitent la région occitane. Elle devient ainsi la quatrième région de France.

Les forces du territoire sont son attractivité pour les professionnels de santé, aussi bien pour le cadre de vie que pour la forte demande en soins. Des dispositifs de coordination pourraient favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Caractéristiques de santé de la population d'Occitanie ciblée par l'ESS : les nouveaux nés et les enfants

RFD G1 - Naissances et décès domiciliés

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Décès domiciliés	53 998	57 144	57 519	59 140	59 630	59 706	62 481
Naissances domiciliées	62 580	61 290	59 979	58 798	58 106	57 666	57 275

Source : Insee, statistiques de l'état civil en géographie au 01/01/2021.

Mortalité périnatale hospitalière (moyenne 2017-2019), par région

Région	Taux de mortalité périnatale (pour 1000 naissances)
Auvergne-Rhône-Alpes	9,4
Hauts-de-France	10,2
PACA	10,2
Grand-Est	10,4
Occitanie	9,6
Normandie	9,3
Nouvelle-Aquitaine	9,9
Centre-Val de Loire	10,5
Bourgogne-Franche-Comté	9,8
Bretagne	9,6
Ile-de-France	11,2
Corse	9,9
Pays de la Loire	8,9
Guadeloupe	20,3
Martinique	20,0
Guyane	21,7
La Réunion	12,6
Mayotte	17,1

Champ > France entière.

Source > FMSI-MCO, calculs DREES, *Études et Résultats*, 1199, juillet 2021.

En 2019 en Occitanie, les enfants de moins de 15 ans représentent 16,5% de la population soit 980 600 habitants (501 600 hommes et 479 000 femmes) (Source : INSEE)

▪ **Offre de soins**

En 2022, 1 036 praticiens en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique exercent en France, avec une densité moyenne de 1,5 chirurgien plastique pour 100 000 habitants.

A l'échelle de la région Occitanie, le nombre de médecins spécialisés dans la chirurgie plastique reconstructrice et esthétique s'élève à 87 praticiens (source : *annuaire du CNOM – sept 22*). Leur densité est relativement faible dans la partie ex Languedoc-Roussillon (0,98 chirurgien plastique pour 100 000 habitants) et très faible pour la partie ex Midi-Pyrénées (0,45 pour 100 000 habitants). L'évolution moyenne des effectifs à horizon 2030 serait de 7% pour la partie ex Languedoc Roussillon et 0% pour la partie ex Midi-Pyrénées, contre 9% au niveau national.

A l'échelle de la France en 2022, l'âge moyen des chirurgiens plastiques est proche de celui des médecins toutes spécialités confondues, respectivement 50 ans (47 ans pour les femmes - 51 ans pour les hommes) et 51 ans. Le taux de féminisation moyen est en revanche très inférieur à celui des médecins toutes spécialités confondues (29% contre 49%). La majorité des chirurgiens plasticiens sont en exercice libéral (63% des chirurgiens plastiques). Très peu de chirurgiens ont une activité hospitalière exclusivement salariée (11% contre 32% pour les médecins toutes spécialités confondues). La proportion de chirurgiens plastiques en exercice mixte est proche de celle des médecins de toutes spécialités (source : *Profil Médecin / Conseil National Médecins / Data DREES*).

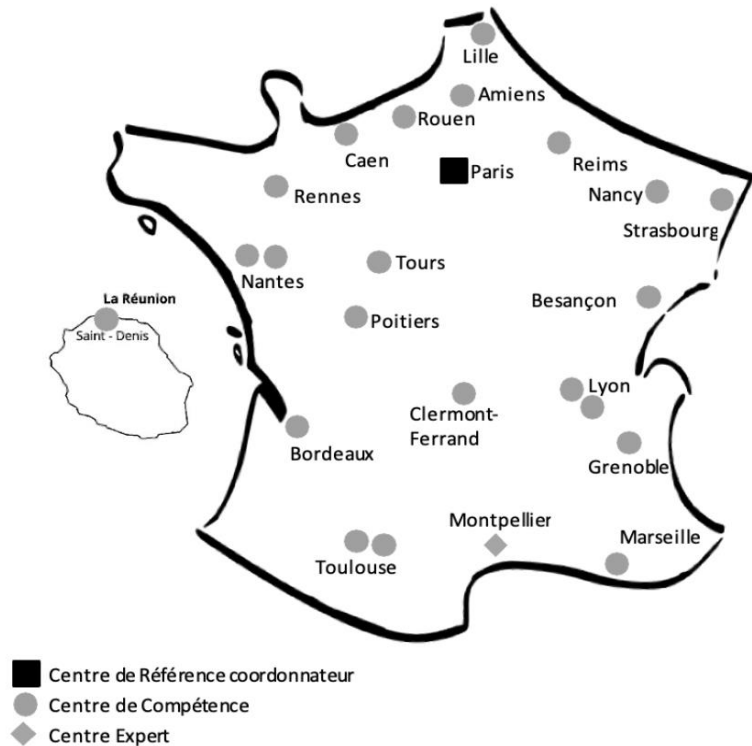
▪ **Focus sur les Centres de compétences des fentes labiopalatines**

Dans le cadre du plan Maladies rares mis en place par le ministère de la santé, les différents services pratiquant régulièrement la prise en charge ont été recensés. Des Centres de Référence et de Compétence ont été définis. Ils constituent un réseau à l'intérieur duquel des informations peuvent être partagées, dans un but d'améliorer les pratiques.

Le Centre de Référence des Fentes et Malformations Faciales MAFACE comporte 1 site coordinateur (Hôpital Necker à Paris), 22 centres de compétences (2 sur Toulouse dont un public et un privé) et 1 centre expert (à Montpellier) répartis sur l'ensemble du territoire. Ces centres assurent tous des soins de qualité aux enfants porteurs de fente labio palatine ou autres malformations faciales, isolées ou syndromiques. Ils ont été sélectionnés sur des critères objectifs quantitatifs et qualitatifs. Pour les fentes labio palatines, deux Centres de Référence sont responsables du réseau : celui des Malformations rares de la Face et de la cavité buccale de l'Hôpital Trousseau à Paris et celui des Malformations Cranio Faciales rares de Lille.

Le réseau MAFACE est coordonné par le Pr Arnaud Picard, responsable du Centre de Référence coordonnateur, situé au sein du Service de chirurgie maxillo-faciale et chirurgie plastique pédiatrique de l'Hôpital universitaire Necker Enfants malades - Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Source : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/pnds_fentes_labiales_etou_palatines-texte-novembre_2021.pdf



Pour aller plus loin

Les Centres de Référence et de Compétence des Maladies Rares Orales et Dentaires (O-Rares)

En cas d'anomalies dentaires associées, et notamment en cas d'anomalie du développement oral et/ou dentaire, il serait intéressant de se rapprocher du centre de référence des maladies rares orales et dentaires : le CRMR O-Rares. Il prend en charge des patients porteurs de maladies rares ayant une expression orale et dentaire, et le plus souvent d'origine génétique. La prévalence de ces affections est en général faible, voire inconnue, mais un nombre très important de syndromes sont concernés. Deux groupes principaux d'affections peuvent ainsi être distingués :

- Les anomalies du développement oral et/ou dentaire isolées
- Les anomalies du développement oral et/ou dentaire syndromiques, notamment associées aux syndromes dysmorphiques, aux maladies rares à expression cutanée et/ou muqueuse, ophtalmologique, osseuse, aux déficiences intellectuelles, aux maladies autoimmunes rares...

A ces 2 groupes s'ajoutent des syndromes ou maladies rares dont le phénotype oral et dentaire n'a pas encore été décrit.

Le centre de référence se compose depuis 2017 d'un site coordinateur (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg), d'un site constitutif (Hôpital Rothschild, AP-HP Paris) et de 16 centres de compétence (Angoulême, Besançon, Bordeaux, Dijon, Lyon, Marseille, **Montpellier**, Nancy, Nantes, Paris Hôpital Henri Mondor Créteil, Paris Hôpital Pitié-Salpêtrière, Reims, Rennes, Rouen, **Toulouse**, Tours)

<https://www.o-rares.com/ccmr/ccmr-toulouse> ; <https://www.o-rares.com/ccmr/ccmr-montpellier>

Centre de Référence et de Compétence SPRATON

En cas de Séquence de Pierre Robin, une complémentarité d'action en lien avec les Centres de Référence et de Compétence Maladies Rares Syndromes de Pierre Robin et Troubles de Succion-Déglutition Congénitaux (SPRATON) s'avère également pertinente. Il est composé d'un site coordinateur (Paris - Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades) et de 21 Centres de Compétence répartis sur tout le territoire dont 2 centres en Occitanie : un à Toulouse et un à Montpellier.

<https://www.tete-cou.fr/offre-de-soins/reseau-spraton>

Fonctionnement de l'Équipe de Soins Spécialisés

Description du fonctionnement et de l'organisation proposée

A chaque étape de prise en charge de l'enfant, l'ESS pourra intervenir, soit en tant qu'effecteur de soins ou bien en termes de coordination des acteurs, d'orientation et/ou de conseils aux familles, de réévaluation et d'adaptation du plan de traitement du patient.

Annnonce du diagnostic

Dès l'annonce du diagnostic aux parents, souvent avant la naissance, une étroite collaboration entre les psychologues ou pédopsychiatres et l'équipe de soins est indispensable. Le rôle du conseil prénatal est devenu la pierre angulaire de la prise de décision initiale et permettre aux futurs parents de se préparer à l'arrivée d'un nouveau-né différent de ce qu'ils attendaient, et de cheminer vis-à-vis du diagnostic.

Prise en charge néonatale

Lors de l'examen initial du bébé, si l'on constate une fente palatine, une prise en charge est indispensable. Si la fente est large et qu'elle concerne la partie antérieure, osseuse, une plaque palatine en résine peut être mise en place. Cette plaque, conservée jour et nuit, permet d'éviter l'interposition de la langue dans la fente, de faciliter l'alimentation au biberon et d'apaiser l'enfant.

La recherche de syndromes additionnels

La plupart des fentes palatines sont des anomalies isolées.

Toutefois, elles peuvent être présentes de manière fortuite avec d'autres malformations, soit de manière caractérisée dans le cadre de syndromes, notamment la séquence de Pierre Robin, le syndrome CHARGE, la délétion 22q11.2, le syndrome de Stickler, le syndrome de Van der Woude, le syndrome de Treacher-Collins.

En complément de l'enquête familiale et de l'examen clinique, l'évaluation clinique globale recherchera des symptômes additionnels, l'existence d'un retard de développement et fera discuter un bilan malformatif guidé par la clinique -examen ophtalmologique et ORL, échographies cardiaques, rénales, radiographies de squelette et imagerie cérébrale, etc

Il sera parfois pertinent de se rapprocher des Centres de Référence et de Compétence des Maladies Rares Orales et Dentaires (O-Rares), en cas d'anomalies dentaires associées et par les Centres de Référence et de Compétence Maladies Rares Syndromes de Pierre Robin et Troubles de Succion-Déglutition Congénitaux (SPRATON), en cas de Séquence de Pierre Robin.

Focus sur le suivi Otologique

Les enfants nés avec une fente palatine (anciennement appelée « bec de lièvre ») (vélaire ou vélo-palatine) doivent bénéficier d'un suivi otologique précoce et régulier.

La fente palatine survient très tôt dans la vie fœtale (6ème semaine de grossesse) et va donc entraîner des anomalies de structure et de forme et d'orientation de la trompe d'Eustache, et d'insertion des muscles du voile du palais. Dès la naissance, ce mauvais fonctionnement va entraîner un défaut d'aération de l'oreille moyenne et générer une pression négative « derrière » le tympan provoquant l'apparition de liquide : l'otite séreuse ou séro-muqueuse.

L'otite séreuse ou séro-muqueuse a des conséquences possibles :

- Une atténuation de la transmission des sons et donc une baisse de l'audition, qui pourra retentir sur les acquisitions et en particulier le langage.
- Une « aspiration » du tympan qui va progressivement se déformer, se rétracter ou se perforer.

L'examen régulier des tympans au microscope doit être fait régulièrement par un médecin ORL. L'évaluation de l'audition est possible à tout âge en utilisant des tests adaptés à l'âge de l'enfant.

Le traitement peut être médical ou chirurgical. Les enfants nés avec une fente palatine ont presque toujours initialement un épanchement liquidien épais et résistant aux traitements médicaux. Le traitement chirurgical est donc d'emblée proposé et consiste en la mise en place de « drains trans-tympaniques » aussi appelés « yoyos » ou « diabolos ». La fréquence de ces complications a été nettement diminuée depuis l'utilisation des drains et par les soins

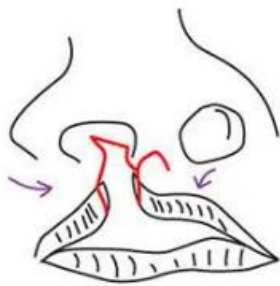
Le traitement de la lèvre chirurgie précoce néonatale, dans le premier mois de la vie

Un bilan général du bébé fait dès la naissance est normal et que l'enfant a un poids suffisant sans aucune contre-indication opératoire, alors la lèvre est fermée dans le premier mois de la vie.

La chirurgie est réalisée sous anesthésie générale. Elle permet de réparer la lèvre et le nez, s'il est déformé, au cours d'une seule intervention. Même s'il semble manquer une partie de la lèvre, tout peut être réparé, reconstruit. En fait il n'y a pas véritablement de perte de substance, tout est présent mais déformé. La technique utilisée permet de corriger toutes les déformations et de retrouver une symétrie entre les deux côtés de la lèvre et du nez.

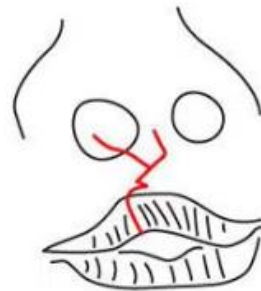
L'intervention chirurgicale dure une heure trente environ. La reprise du biberon ou du sein est possible quelques heures après la fin de la chirurgie. Une hospitalisation de l'enfant accompagné de l'un de ses parents est nécessaire pendant quelques jours.

- Technique de rotation avancement de Millard
- Correction de la lèvre et reposition du nez



Technique de rotation avancement de Millard

Le tracé des incisions cutanées est en rouge. Les mouvements donnés à la lèvre sont en bleu



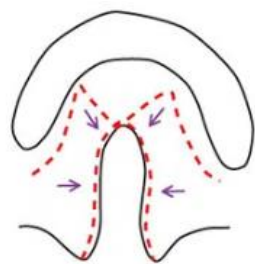
Correction de la lèvre et reposition du nez

A la fin de la chirurgie les différentes incisions se rejoignent pour reconstruire une lèvre parfaite.

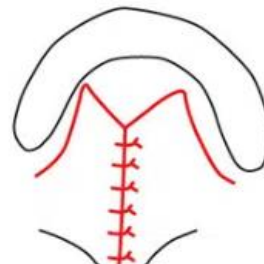
Lors de la première intervention la lèvre et le nez sont réparés en même temps ([voir chirurgie de la lèvre](#)). Pour le nez, la cloison nasale et l'aile narinaire sont remis en bonne position. Si l'on veut conserver le résultat obtenu à la fin de l'intervention, alors il faut mettre en place un conformateur narinaire pendant plusieurs mois. Il est porté entre 4 et 6 mois, et il peut être changé avec la croissance, il existe 13 tailles progressives.

La chirurgie du palais est faite entre 4 et 6 mois. Une hospitalisation de 5 jours est nécessaire. L'un des parents accompagne l'enfant et reste avec lui durant toute cette période. L'intervention dure une heure. Elle est réalisée sous anesthésie générale. La fermeture est toujours possible, même si la fente paraît large. Il n'y a pas besoin d'apporter une greffe ou une prothèse pour fermer la fente. Tout est présent, comme pour la lèvre, il faut uniquement remettre à leur place des éléments séparés, non fusionnés, et les suturer.

Au cours de l'intervention de fermeture du palais, pendant que l'enfant est endormi, le chirurgien otologiste contrôle l'état de l'oreille. S'il existe une otite séreuse ou du liquide derrière le tympan, il ouvre le tympan et met en place un tube transtympanique (diabolo, yoyo,...).



Déroulement de la chirurgie du palais
Deux lambeaux sont incisés et relevés (tracé rouge), ils seront amenés vers l'arrière (flèches bleues)



Déroulement de la chirurgie du palais
Les deux lambeaux sont suturés et amenés vers l'arrière pour allonger le voile

Le suivi post chirurgie multidisciplinaire

Après la chirurgie, réalisée entre 4 et 6 mois, une surveillance de la parole et de la croissance du maxillaire est indispensable. Un bilan orthophonique précoce et un suivi régulier sont réalisés, si besoin une rééducation orthophonique est conseillée. La croissance du maxillaire est contrôlée, un traitement orthodontique précoce peut être mis en place pour stimuler la croissance. Si la parole est incorrecte entre 4 et 6 ans, malgré une bonne rééducation orthophonique, une deuxième chirurgie est proposée, il s'agit d'une pharyngoplastie. Elle permet de corriger les fuites d'air par le nez lors de la parole.

Concernant l'alimentation, il se peut qu'elle soit troublée car l'enfant a des difficultés à téter. A cause du trou au niveau du palais, l'évacuation de l'air est plus complexe lorsqu'il ingurgite. L'utilisation de tétine spécialisée est alors recommandée.

Suivi tout au long de la croissance, notamment en lien avec le médecin traitant et/ou le pédiatre

L'ESS propose d'agir et de mettre en lien l'ensemble professionnels de santé pouvant intervenir dans la prise en charge et le suivi de l'enfant jusqu'à la fin de sa croissance, ainsi que ses parents, notamment le médecin traitant et/ou pédiatre.

Les patients présentant une FL/P seront suivis par l'ESS jusqu'à l'âge adulte. Le médecin traitant et/ou le pédiatre sont indispensables à ce suivi et à sa coordination. L'ESS assurera une présentation de la pathologie et de ses caractéristiques au médecin traitant du patient.

Rôle du médecin traitant :

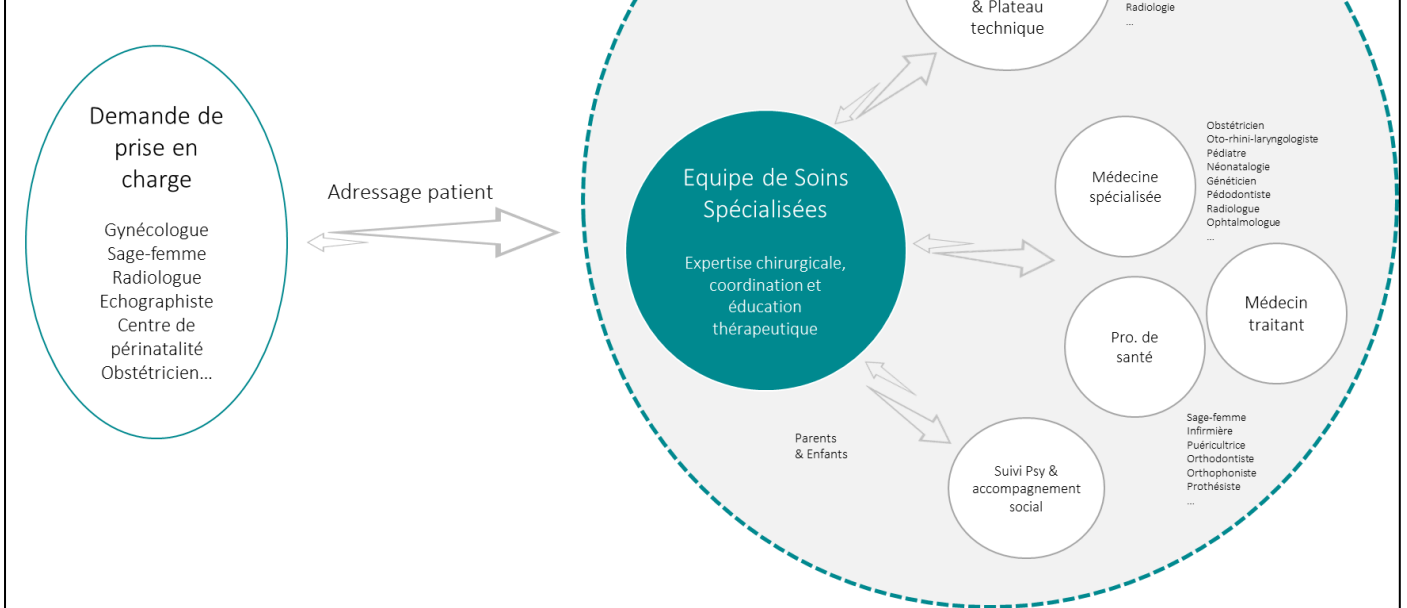
- Être en relation avec l'ESS qui organise le suivi multidisciplinaire du patient,
- S'assurer du suivi régulier du patient, renouveler les protocoles de soins,
- Surveiller la croissance (poids, taille, IMC, courbes de croissance) et le développement psychomoteur de l'enfant,
- Évaluer le retentissement psychologique, familial et scolaire et proposer un accompagnement psychologique.

Éducation thérapeutique du patient / des parents

S'il est difficile de prévenir les malformations, il est toutefois possible de prévenir les complications et d'améliorer la qualité de la vie des enfants atteints de malformations de la face et de la cavité buccale. C'est pourquoi l'ESS envisage d'organiser des séances d'éducation thérapeutiques basées sur les programmes d'ETP de la filière Tete Cou autorisés et déclarés auprès des ARS.

<https://www.tete-cou.fr/parcours-de-soins/education-therapeutique-du-patient-etp>

Schéma organisationnel



Améliorations apportées dans la prise en charge

L'organisation en équipe de soins spécialisés vise à :

- Assurer une prise en charge coordonnée avec les acteurs du territoire
- Structurer un parcours de santé thématique autour des enfants atteints de fentes faciales
- Assurer une prise en charge plus rapide (diagnostique et thérapeutique) et une meilleure orientation du patient
- Développer des actions d'échanges et de formation entre médecins spécialistes et entre professionnels de santé
- Développer le dépistage et la prévention des fentes faciales
- Promouvoir et accompagner les prises en charge en télémédecine
- Accompagner une démarche d'éducation thérapeutique des parents

Description du parcours et de la prise en charge

