



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE

THÈME:

**Etat des lieux des soins bucco-dentaire chez les enfants atteints de
troubles du spectre autistique au niveau de la Wilaya de Tlemcen
2024 /2025**

Présenté par:

SALMI Bochra

YAHIAOUI Rim

ZERRAD Nadjia

Soutenu le **08 JUILLET 2025**

Le Jury :

Pr MESLI Amine	Maitre de conférence A en Pathologie et Chirurgie Buccale	Président
Dr ABDELALI Youssouf	Maitre assistant en Psychiatrie	Assesseur
Dr ELYEBDRI Djazia	Maitre assistante en Odontologie Conservatrice	Assesseur
Pr BOUABDALLAH Wassila	Maître de conférence B en Psychiatrie	Encadrante
Dr MANAA Rachid	Assistant en Epidémiologie et Médecine de Prévention	Co-encadrant

Année universitaire : 2024-2025

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ، عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ.

الْحَمْدُ لِلَّهِ أَوْلَىٰ وَأَحْرَىٰ، ظَاهِرًا وَبَاطِنًا، عَلَىٰ مَا مَنَّ بِهِ عَلَيْنَا مِنْ نِعْمَةِ الْعِلْمِ، وَمَا وَفَّقَنَا إِلَيْهِ مِنْ سَعْيٍ وَنَجَاحٍ.
يَا رَبِّ، لَكَ الْحَمْدُ كَمَا يَنْبَغِي لِجَلَالِ وَجْهِكَ وَعَظِيمِ سُلْطَانِكَ، فَلَوْلَا فَضْلُكَ وَهَدَاكَ، مَا كُنَّا لِنَبْلُغَ هَذِهِ اللَّحْظَةَ الَّتِي طَالَمَا حَلِمْنَا بِهَا
وَسَعَيْنَا لِتَحْقِيقِهَا.

نُحْمَدُكَ يَا اللَّهُ عَلَىٰ مَا زَرَعْتَهُ فِي قُلُوبِنَا مِنْ إِرَادَةٍ وَصَبْرٍ، وَعَلَىٰ مَا وَهَبْتَنَا مِنْ عَقْلِ نَتَعَلَّمُ بِهِ، وَقُوَّةٍ نُوَاجِهُ بِهَا الصَّعَابَ.
اللَّهُمَّ اجْعَلْ هَذَا الْعِلْمَ الَّذِي تَعَلَّمْنَاهُ نَافِعًا، وَهَذَا النَّجَاحَ الَّذِي بَلَّغْتَنَا مُبَارَكًا، وَوَفَّقْنَا وَيَسِّرْ لَنَا مَا تَبَقَّى لِنَجْعَلَ مِنْهُ وَسِيلَةً فِي خِدْمَةِ
دِينِنَا، وَمُجْتَمَعِنَا، وَأَهْلِنَا، وَأَزْرَعْ فِي قُلُوبِنَا التَّوَّاضُعَ أَمَامَ كُلِّ فَضْلٍ وَهَبْتَهُ إِيَّانَا.
اللَّهُمَّ اسْتَوْدِعْنَاكَ مُسْتَقْبَلَنَا، فَأَكْتُبْ لَنَا الْخَيْرَ فِيهِ.

Nous tenons tout d'abord à exprimer notre profonde reconnaissance à **l'ensemble de nos enseignants ainsi qu'à toutes les personnes qui nous ont accompagné tout au long de notre parcours universitaire**. Grâce à leur engagement, leur bienveillance et au savoir qu'ils nous ont transmis, nous avons pu franchir les différentes étapes de notre formation et atteindre ce moment si significatif de notre vie académique.

Un remerciement tout particulier s'adresse à **notre encadrante** :

Dr BOUABDALLAH Wassila

Maître de Conférences B en psychiatrie à la faculté de médecine d Tlemcen

Pour son accompagnement exemplaire tout au long de ce travail. Sa disponibilité, son écoute attentive, ses conseils pertinents et sa rigueur scientifique ont été pour nous d'un soutien inestimable. Son engagement constant à nos côtés a représenté une véritable source de motivation.

Nous exprimons également notre profonde gratitude à **notre co-encadrant** :

Dr MANAA Rachid

Assistant en épidémiologie et médecine de prévention à la Faculté de Médecine De Tlemcen

Pour son suivi rigoureux, ses suggestions constructives et sa générosité intellectuelle. Ses éclairages méthodologiques nous ont permis de structurer et d'approfondir plusieurs aspects de notre recherche.

Nos remerciements les plus sincères vont également à **notre président du jury** :

Pr MESLI Amine,

Maitre de Conférence A en Pathologie et Chirurgie Buccale

Et Chef du Département de Médecine Dentaire de Tlemcen

Pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant d'évaluer ce mémoire, et pour l'intérêt qu'il y a accordé avec attention et bienveillance.

Nous adressons aussi nos remerciements à **notre membre du jury**

Dr ELYEBEDRI Djazia

Maître-Assistante en Odontologie Conservatrice à la Faculté de Médecine Dentaire De Tlemcen

Pour ses remarques enrichissantes, sa lecture attentive et sa précieuse contribution à l'évaluation de notre travail.

Nous tenons également à remercier chaleureusement **notre membre du jury**

Dr ABDELALI Youssouf,

Maître-Assistant en psychiatrie à la Faculté de Médecine De Tlemcen

Pour son appui, sa disponibilité et ses conseils pertinents qui ont contribué à nourrir notre réflexion.

Nos remerciements vont aussi à toutes les personnes et structures qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire :

Aux associations des enfants atteints de troubles du spectre autistique qui nous ont

Permit de distribuer les questionnaires aux parents d'enfants.

Aussi un remerciement à **l'orthophoniste, HAMZAOUI Salah**, pour son aide précieuse.

À tous les médecins dentistes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire avec professionnalisme.

Et à toutes les personnes qui, par leur aide, leur soutien moral ou matériel, ont facilité la concrétisation de ce projet.

Enfin, nous ne saurions clore ces remerciements sans adresser nos pensées reconnaissantes **à nos collègues et camarades de promotion**, avec qui nous avons partagé cette aventure universitaire. Leur présence, leur soutien moral et leurs encouragements constants ont largement contribué à rendre ce parcours plus humain, solidaire et enrichissant.

DEDICACES

DEDICACES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
﴿وَأَخِرُ دَعْوَاهُمْ أَنْ الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ﴾
الحمد لله الذي ما تيقنتُ به خيراً وأَمْلاً، إلا أغرقني سروراً.

Je dédie ce travail :

Avant tout, à **ma chère maman Yamina**, pilier de ma vie, dont l'amour inconditionnel, le soutien sans faille et les sacrifices silencieux ont été ma source de force tout au long de ces années d'études. Que ces lignes soient l'expression de ma profonde gratitude et de mon immense reconnaissance. Rien n'aurait été possible sans toi.

À **moi-même**, à cette petite fille de 12 ans, tombée amoureuse de l'odeur de l'oxyde de zinc eugénol dans le cabinet de sa dentiste... Cette odeur est devenue une passion, un rêve discret mais tenace. Aujourd'hui, ce rêve d'enfant a pris forme. À toi, je dédie chaque pas que j'ai fait pour arriver jusqu'ici.

À **mon père Mohamed, mon frère Walid et ma tante Latifa**, pour leurs sacrifices, leur complicité, leur aide précieuse, leur soutien et leur souhait constant de me voir toujours à la meilleure place.

À toute **ma famille maternelle**, dont l'affection a toujours été un réconfort précieux.

À **mes amies les plus proches ; Nassima, Fayrouz, Nihel, et Zineb**, véritables compagnes de route, pour votre présence fidèle et votre soutien sans faille, dans les moments de doute comme dans les instants de joie.

Un remerciement tout particulier à **Nihel**, mon bras droit indéfectible tout au long de ce parcours.

À **mes binômes**, pour leur collaboration précieuse et engagement.

Enfin, à **mes collègues** avec qui j'ai partagé mon stage, et à **toutes les personnes** qui m'ont aidée, guidée ou encouragée à atteindre ce moment important.

Que cet ouvrage soit le reflet de tout l'amour, le soutien et les efforts que chacun m'a prodigué.

Bochra SALMI♥

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَات

À ma mère, source d'un amour infini, refuge de mon cœur et douceur de mon quotidien.
Celle dont les prières silencieuses m'ont portée plus loin que tous les efforts visibles.

À mon père, force tranquille, pilier discret de ma vie.

À mes sœurs Nesrine, Fatima et Amani, à mon frère Moustafa, Merci pour vos encouragements, votre tendresse et votre présence qui rend chaque victoire plus belle.

À Dr.BEDJAOUI Abderrahim, pour son soutien inconditionnel tout au long de mon parcours, pour sa présence bienveillante à chaque étape. Barak Allahu fik Dr, ton soutien est inoubliable.

À Ikhllass, la fille de ma sœur, ma petite fleur et ma belle future docteure.

À ma grande famille,

À mes collègues de mémoire, Nadjia et Bochra, cette aventure n'aurait pas eu la même saveur sans vous.

À toutes mes enseignants, de ma toute première maîtresse Raïg Naïma à tous ceux qui ont marqué mon chemin, et spécialement à Pr. BOUSMAHA IMENE, BOULGHAYTHI FATIMA ZAHRA... merci infiniment.

À Asma, la future guérisseuse des cœurs et des corps.

À Nowara, la future dentiste, créatrice de sourires et d'éclats de joie.

À mes chères amies : Ikhllass, Nouha, Ibtissame, Hadil — les âmes douces qui rendent la vie plus belle.

À mes collègues de la résidence : Asma et Fatima.

À mes étudiantes de l'Académie At-Tawhid, je vous porte dans mon cœur — vous m'avez tant appris.

Un remerciement tout particulier à mes maîtresses de Coran : Noura, Chaïma et Razan et Sara — qu'Allah les préserve.

Et à mes maîtresses en sciences religieuses : Loubna Oum Imrane, Oum Asma, Kanza Oum Sara, Oum Nawfal et Kawthar Oum Mohamed — qu'Allah vous récompense pour votre lumière.

“Derrière chaque pas, un cœur qui aime, un esprit qui croit, et une main qui pousse avec douceur.”

Avec tout mon amour.

YAHIAOUI Rim

"الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا الحمد لله الذي وفقني لإتمام مسيرتي الدراسية
فما سلكنا البدايات الا بتيسيره وما بلغنا النهايات الا بتوفيقه وما حققنا الغايات الا بفضل
وصلى الله على المصطفى وعلى آله وصحبه وكفى"

لمن كان سببا في وجودي أمي وأبي حفظكما الرحمان وجزاكما خير الجزاء على تعبكما معي

والى كل من علمني حرفا وانطبق عليه القول

"أطهر الناس أعراقا أحسنهم أخلاقا"

الى هؤلاء كلهم ثمرة هذا الجهد المتواضع...

الى صفائي صغیرتي أختي حبيبة قلبي وسبيل ابتسامي وراحتي بحضن منها بعد كل تعب

الى جدتي الغالية وأمي الثانية أم أمي التي لطالما دعت لي ودعمتني الى خالتي نصفني الثاني والى كل أفراد
عائلتي فردا فردا

الى جدي رحمه الله أبلغك أن حفيدتك صارت أول خريجة في العائلة وستكون طبيبة أسنان ناجحة بإذن الله
ساعية لرسم البسمة على وجه الناس

الى عائلتي الثانية أستاذاتي وصديقاتي في فوج الريحان اللاتي مددني بالحب والدعم الدائم وكن ملجأ وقت
الحاجة

الى رفيقاتي في هذا المشوار ريم وبشرى هان الطريق برفقتكما حقا

أيضا الى صديقتي أمينة الداعم الخفي خلف الهاتف رغم بعد المسافات اجتمعت القلوب

والى كل من دعا لي وتمنى لي التوفيق والنجاح في حياتي

Spécial thanks to **prosthodontie girls** love you guys

ZERRAD Nadjia

TABLE DES MATIERES :

REMERCIEMENTS	II
DEDICACES.....	V
LISTE DES FIGURES :	XIII
LISTE DES TABLEAUX :	XIII
INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE	3
CHAPITRE I : <i>TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE</i>	4
I. HISTORIQUE :	5
II. DEFINITION :	6
III. CLASSIFICATION :	7
III.1. LA CLASSIFICATION DE ROGER MISES, NICOLE GARRET-GLOANEC ET YVONNE COINÇON : ..	7
III.2. DSM-5 (2013) :	8
III.3. CIM-10 (1999)	8
III.4. AUTRES CLASSIFICATIONS :	9
IV. SYMPTOMES PRECOCES :	9
IV.1. DIFFICULTES DANS L'INTERACTION SOCIALE :	9
IV.2. TROUBLES DE LA COMMUNICATION :	9
IV.3. COMPORTEMENTS, ACTIVITES OU INTERETS RESTREINTS, REPETITIFS OU STEREOTYPES :	10
IV.4. AUTRES MANIFESTATIONS :	10
V. DESCRIPTION CLINIQUE :	10
V.1. TROUBLES DE LA COMMUNICATION NON VERBALE :	10
V.2. TROUBLE DE LA COMMUNICATION VERBALE :	10
V.3. TROUBLES DE L'INTERACTION SOCIALE :	11
V.4. AUTRES TROUBLES ASSOCIES :	11
V.5. CATEGORIES CLINIQUES :	11
VI. CRITERES DU DIAGNOSTIC :	12
VII. ÉVOLUTION :	12
VIII. ETIOLOGIE :	12
VIII.1. FACTEURS GENETIQUES :	13
VIII.2. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX :	13
VIII.3. FACTEURS NEUROLOGIQUES :	13
VIII.4. FACTEURS PERI ET ANTENATAUX :	13

IX. PRONOSTIC :	13
IX.1. FACTEURS LIES A L'ENFANT :	13
IX.2. FACTEURS LIES A L'ENVIRONNEMENT :	13
X. PRISE EN CHARGE :	13
X.1. PRISE EN CHARGE EDUCATIVE (AMELIORATION DE LA COMMUNICATION ET DES INTERACTIONS SOCIALES) :	14
X.2. PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES POUR ATTENUER CERTAINS COMPORTEMENTS :	14
X.3. PRISE EN CHARGE DES TROUBLES ASSOCIES : TRAITEMENT CIBLE SELON LE TROUBLE :	14
CHAPITRE II : LES SOINS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE	15
I. GENERALITES SUR L'ETAT BUCCO-DENTAIRES CHEZ L'ENFANT :	16
I.1. LES PHASES DE LA DENTURE :	16
I.2. SPECIFICITE DU PARODONTE PEDIATRIQUE :	16
I.3. PREVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE DES CARIES :	17
II. L'ETAT BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE TSA :	17
II.1. PREVALENCE DES PATHOLOGIES BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE TSA :	17
II.2. CAUSES PRINCIPALES DE CES PATHOLOGIES :	18
II.3. FACTEURS ENTRAVANT LES SOINS BUCCO-DENTAIRES :	19
III. PRATIQUES ACTUELLES EN MATIERE DES SOINS BUCCO-DENTAIRES :	20
III.1. APPROCHES COMPORTEMENTALES ET TECHNIQUES D'ADAPTATION NON MEDICAMENTEUSES :	20
III.2. APPROCHES COMPORTEMENTALES ET TECHNIQUES D'ADAPTATION MEDICAMENTEUSES :	21
III.3. LA FORMATION DES PROFESSIONNELLES :	22
III.4. LA COLLABORATION MULTIDISCIPLINAIRE :	22
III.5. AMENAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT :	22
III.6. MODELES INTERNATIONAUX D'AMENAGEMENT DES CABINETS DENTAIRES :	23
III.6.1. Le modèle britannique :	23
III.6.2. Le modèle japonais :	24
PARTIE PRATIQUE	25
MATERIELS ET METHODES	26
I. CONTEXTE DE L'ETUDE :	27
I.1. OBJECTIFS :	27
I.1.1. Objectif principal :	27
I.1.2. Objectifs secondaires :	27

II. METHODOLOGIE :	27
II.1. TYPE D'ETUDE :	27
II.2. POPULATIONS CIBLES :	28
II.3. CRITERES D'INCLUSION :	28
II.3.1. Pour les parents :	28
II.3.2. Pour les médecins dentistes :	28
II.4. CRITERES DE NON-INCLUSION :	28
II.5. OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES :	28
II.6. METHODES DE DIFFUSION :	29
II.7. PERIODE DE L'ETUDE :	29
II.8. ANALYSE DES DONNEES :	29
II.9. CONSIDERATIONS ETHIQUES :	29
RESULTATS.....	30
I. EXPLOITATION STATIQUE DES DONNEES :	31
I.1. QUESTIONNAIRES DES PARENTS :	31
I.1.1. Sexe :	31
I.1.2. Age :	31
I.1.3. Capacité de l'enfant à comprendre les consignes :	32
I.1.4. L'hypersensibilité :	32
I.1.5. Capacité de l'enfant à parler :	33
I.1.6. Le nombre des visites :	33
I.1.7. Catégorie de médecins dentistes consultés : (privé, étatique, les deux).....	34
I.1.8. La prise en charge :	34
I.1.9. Nombre de soins dentaires :	35
I.1.10. Type des soins bucco-dentaires :	35
I.1.11. Anxiété et agitation de l'enfant pendant les consultations :	36
I.1.12. Arrêt du traitement à la suite d'une agitation excessive de l'enfant :	36
I.1.13. Les méthodes utilisées par le médecin dentiste au cours du traitement :	37
I.1.14. Utilisation du MEOPA :	37
I.1.15. Utilisation de l'anesthésie générale :	38
I.2. QUESTIONNAIRES DES MEDECINS DENTISTES :	38
I.2.1. Qualification du dentiste (généraliste / spécialiste) :	38
I.2.2. Secteur d'exercice du médecin dentiste :	39
I.2.3. Réception d'enfants autistes en consultation dentaire :	39
I.2.4. Réalisation complète de l'acte de soin :	40
I.2.5. Méthodes utilisées lors de la réalisation des soins dentaires :	40
I.2.6. Utilisation du MEOPA lors des soins dentaires :	41
I.2.7. Utilisation de l'anesthésie générale lors des soins dentaires :	41
I.2.8. Participation à des formations sur la prise en charge des enfants autistes :	42

DISCUSSION	43
I. QUESTIONNAIRES DES PARENTS :.....	44
I.1. LE SEXE :.....	44
I.2. L'HYPERSENSIBILITE :	44
I.3. CAPACITE DE L'ENFANT A COMPRENDRE LES CONSIGNES :.....	45
I.4. CAPACITE DE PARLER ET D'EXPRIMER LA DOULEUR :.....	45
I.5. LE NOMBRE DES VISITES CHEZ LE MEDECIN DENTISTE :.....	46
I.6. LES NOMBRE ET LE TYPE DES SOINS DENTAIRES :.....	47
I.7. ANXIETE ET AGITATION DE L'ENFANT PENDANT LES SEANCES DENTAIRES :	47
I.8. LES METHODES UTILISEES PAR LE MEDECIN DENTISTE AU COURS DU TRAITEMENT :.....	49
II. QUESTIONNAIRE DES MEDECINS DENTISTES :	50
II.1. REALISATION COMPLETE DE L'ACTE DE SOIN :.....	50
II.2. METHODES UTILISEES LORS DE LA REALISATION DES SOINS DENTAIRES :.....	50
II.3. UTILISATION DU MEOPA ET DE L'ANESTHESIE GENERALE	51
II.4. LA PARTICIPATION A DES FORMATIONS DE PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ATTEINTS DE TSA :	
52	
POINTS FORTS DE L'ETUDE :	53
LIMITES DE L'ETUDE.....	53
CONCLUSION	54
RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES.....	56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:.....	59
ANNEXES	63

LISTE DES FIGURES :

<i>Figure 1 : Répartition de la population d'étude en fonction du sexe</i>	<i>31</i>
<i>Figure 2 : Répartition de la population d'étude selon la tranche d'âge.....</i>	<i>31</i>
<i>Figure 3 : Répartition de la population d'étude selon la capacité de comprendre</i>	<i>32</i>
<i>Figure 4 : Répartition de la population d'étude selon l'hypersensibilité.</i>	<i>32</i>
<i>Figure 5 : Répartition de la population d'étude selon la capacité de parler.</i>	<i>33</i>
<i>Figure 6 : Répartition du nombre des visites chez le médecin dentiste.....</i>	<i>33</i>
<i>Figure 7 : Répartition de la population d'étude selon le praticien consulté.</i>	<i>34</i>
<i>Figure 8 : Diagramme en Secteur Pourcentage de bénéficiaire des soins dentaires.....</i>	<i>34</i>
<i>Figure 9 : Recensement du nombre de séances de soins dentaires effectuées par les enfants de la population.</i>	<i>35</i>
<i>Figure 10 : Le type de traitement dentaire.</i>	<i>35</i>
<i>Figure 11 : Répartition de la population d'étude selon le comportement (anxiété et agité) au moment du consultation</i>	<i>36</i>
<i>Figure 12 : Diagramme en Secteur Pourcentage de l'arrêt du traitement suite à une agitation excessive de l'enfant.</i>	<i>36</i>
<i>Figure 13 : Répartition des méthodes utilisées pour traiter ces enfants autistes.</i>	<i>37</i>
<i>Figure 14: Répartition de l'utilisation de l'anesthésie générale par la population étudiée.....</i>	<i>38</i>
<i>Figure 15 : Répartition des médecins dentistes généraliste et spécialiste dans l'échantillon étudié.....</i>	<i>38</i>
<i>Figure 16 : Répartition des médecins dentistes selon leur secteur d'exercice.</i>	<i>39</i>
<i>Figure 17 : Réception d'enfants autistes en cabinet dentaire par les médecins dentistes interrogés.</i>	<i>39</i>
<i>Figure 18 : la possibilité des praticiens de compléter l'acte dentaire.....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 19 : Répartition des méthodes utilisées pour la réalisation de soins dentaire.....</i>	<i>40</i>
<i>Figure 20 : Répartition de l'utilisation du MEOPA par les médecins dentiste.</i>	<i>41</i>
<i>Figure 21 : Répartition de l'utilisation de l'anesthésie générale lors des soins dentaires.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 22 : Participation des dentistes à des formations sur la prise en charge des enfants autistes.....</i>	<i>42</i>

LISTE DES TABLEAUX :

<i>Tableau 1 : Répartition de l'utilisation du MEOPA par la population étudiier</i>	<i>37</i>
---	-----------

LISTE DES ABREVIATIONS :

- **ABA** : Analyse Appliquée du Comportement (Applied Behavior Analysis).
- **AG** : Anesthésie Générale
- **APA** : Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association)
- **CFTMEA-R** : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent - Révisée
- **CIM-10** : Classification Internationale des Maladies – 10^e révision
- **CIM-11** : Classification Internationale des Maladies – 11^e révision
- **DSM** : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
- **DSM-4** : DSM – 4^e édition
- **DSM-5** : DSM – 5^e édition
- **ESDM** : Modèle de Denver d'Intervention Précoce (Early Start Denver Model)
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **ICD** : International Classification of Diseases (équivalent anglais de CIM)
- **MEOPA** : Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote
- **NSAC**: National Society for Autistic Children
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PECS** : Système de Communication par Échange d'Images (Picture Exchange Communication System)
- **PEP** : Profil Psycho-Éducatif (Psycho-Educational Profile)
- **QI** : Quotient Intellectuel
- **RDI** : Intervention pour le Développement de la Relation (Relationship Development Intervention)
- **TSA** : Trouble du Spectre Autistique
- **TED** : Troubles Envahissants du Développement
- **TED-NS** : Trouble Envahissant du Développement Non Spécifié
- **TEACCH** : Traitement et Éducation des Enfants avec Autisme ou Handicap de Communication apparenté (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children)
- **3i** : Individuel, Intensif, Interactif (Méthode éducative alterna

INTRODUCTION

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont des troubles neurodéveloppementaux caractérisés par des altérations qualitatives de la communication, des interactions sociales, ainsi que par des comportements restreints et répétitifs (1). Ces dernières années, de nombreuses études ont mis en évidence une augmentation notable de la prévalence des TSA à l'échelle mondiale, Une revue systématique menée par Salari et al. (2022) a confirmé cette tendance, en montrant une progression significative des taux au fil du temps (2). À l'échelle globale, Zeidan et al. (2022) ont estimé la prévalence médiane chez les enfants à environ 1 % (3). Dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA), une étude plus récente menée par Akomolafe et al. (2024) a rapporté une prévalence de 0,13 % (4).

L'apparition de TSA dans la vie de l'enfant, ainsi que la diversité des manifestations cliniques, en font une condition complexe nécessitant une prise en charge globale et individualisée. Ces particularités influencent fortement la qualité de vie des enfants atteints, notamment dans leur accès aux soins de santé (1).

Parmi les domaines essentiels de la santé souvent négligés dans la prise en charge de ces enfants figure la santé bucco-dentaire. En effet, l'accès aux soins dentaires pour les enfants atteints de TSA peut s'avérer particulièrement complexe, en raison de leurs spécificités comportementales, sensorielles et relationnelles(5). Ces particularités peuvent entraver non seulement le bon déroulement des soins, mais aussi leur accessibilité et leur régularité. Une étude de Da Silva et al. (2017) sur l'état de santé bucco-dentaire des enfants et jeunes adultes avec TSA a montré que les enfants atteints de TSA ont présenté un risque accru de pathologies bucco-dentaires, notamment les caries et les maladies parodontales, en raison des difficultés liées à l'hygiène orale et aux comportements alimentaires(6). Ces difficultés suscitent de nombreuses interrogations sur l'organisation, l'adaptabilité des soins dentaires offerts à cette population.

En Afrique du Nord, précisément en Égypte, une étude menée par El Khatib et al (2014) sur l'état de santé bucco-dentaire et comportements des enfants atteints de TSA, les résultats ont révélé que de nombreux enfants avec TSA ont présenté des caries non traitées et que leurs parents ont éprouvé des difficultés à trouver un dentiste capable de gérer le comportement de leur enfant(7).

En Algérie précisément dans la wilaya de Tlemcen, Jusqu'à présent, aucune étude ne s'est penchée sur ces problématiques spécifiques à cette population, Cette absence de données locales constitue un frein à la mise en place d'interventions ciblées. D'où l'intérêt de cette

recherche, qui vise à établir un état des lieux précis de la prise en charge bucco-dentaire des enfants atteints de TSA dans cette wilaya.

Plusieurs dimensions seront explorées à travers de multiples questions : Quel est l'état actuel des lieux des soins bucco-dentaires destinés aux enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA) dans la wilaya de Tlemcen, notamment l'adaptation des pratiques des professionnels de santé à cette population spécifique ?

Cette étude repose sur plusieurs hypothèses. D'une part, l'accès aux soins bucco-dentaires destinée aux enfants TSA dans la wilaya de Tlemcen demeure encore insuffisamment développée et inadaptée à leurs besoins. D'autre part, le comportement spécifique des enfants autistes représente un obstacle majeur à la réalisation des soins dentaires, rendant difficile la collaboration lors des consultations. Cette situation est aggravée par un manque de formation des médecins dentistes à la prise en charge de cette population particulière, ainsi que par l'absence de structures ou de protocoles cliniques adaptés.

À travers cette étude, nous allons fournir des données contextualisées selon les parents d'une part et selon les médecins dentistes d'autre part, afin de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires pour les enfants autistes à Tlemcen.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I :

TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

I. HISTORIQUE :

L'histoire des TSA passe par une évolution importante dans la compréhension des troubles du développement. Cette transformation est due aux études épidémiologiques, aux avancées des neurosciences et à la révision des critères diagnostiques.

- **Origines et premières théories (1911-1943) :**

Le terme "autisme" a été introduit en 1911 pour décrire un symptôme de la schizophrénie, caractérisé par un retrait vers un monde intérieur. À cette époque, l'autisme est interprété sous un prisme psychanalytique, notamment dans le cadre des travaux sur le développement infantile et l'attachement. Jusqu'aux années 1940, il reste associé aux troubles psychotiques infantiles et est considéré comme une forme de schizophrénie infantile liée aux interactions parentales (8),(9).

- **L'autisme de Kanner : Un syndrome distinct (1943-1950) :**

Un tournant majeur survient en 1943 avec l'identification de l'autisme comme un trouble développemental distinct de la schizophrénie infantile. Dans une étude sur onze enfants, des caractéristiques spécifiques sont mises en évidence : un isolement social marqué "**Aloneness**" et une forte résistance au changement "**Sameness**". Contrairement aux idées dominantes, cette approche rejette l'hypothèse d'un lien direct avec la dynamique familiale et soutient que l'autisme est inné. Cette distinction a posé les bases d'une nouvelle compréhension du trouble(10).

- **Transformation méthodologique : Vers des critères comportementaux (années 1960) :**

Dans les années 1960, un tournant s'amorce grâce aux études épidémiologiques et à l'évolution des méthodologies diagnostiques. Une redéfinition des critères de l'autisme se fait sur la base de comportements observables, abandonnant les interprétations psychanalytiques. L'accent est désormais mis sur l'étude des caractéristiques spécifiques du TSA à travers des mesures scientifiques et non des interprétations subjectives (11), (12).

- **Une définition neuro-développementale et l'émergence du spectre autistique (1970-1980) :**

L'avancée des neurosciences et de la psychologie cognitive dans les années 1970 conduit à une reformulation de l'autisme comme un trouble neurodéveloppemental. L'introduction du concept de "**spectre autistique**" illustre la diversité des manifestations du TSA. Ce changement

de perspective permet une approche diagnostique plus inclusive. En 1980, le TSA est officiellement intégré dans les classifications diagnostiques, séparé des troubles psychotiques infantiles (13), (14).

- **Approches modernes : Modèles cognitifs et avancées scientifiques (1990 - aujourd'hui) :**

Depuis les années 1990, la recherche sur l'autisme progresse grâce aux études cognitives et génétiques. Une théorie clé met en avant les difficultés des personnes autistes à interpréter les états mentaux des autres, contribuant à une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents du TSA. Les progrès scientifiques conduisent à une révision des classifications diagnostiques et à une reconnaissance plus large du spectre autistique dans les politiques de santé publique (15), (16).

II. DEFINITION :

L'ICD-10 classe l'autisme parmi les troubles envahissants du développement, un groupe de troubles caractérisés par des anomalies qualitatives dans l'interaction sociale et la communication, accompagnées de comportements et d'intérêts répétitifs. Ces anomalies affectent le fonctionnement des individus dans toutes les situations. Le DSM-4 utilise également le terme de troubles envahissants du développement, bien que sa classification diffère légèrement de celle de l'ICD-10. Les deux systèmes reposent sur une liste de comportements et exigent la satisfaction de certains critères pour établir un diagnostic. Ils sont régulièrement révisés afin d'intégrer les dernières découvertes de la recherche. Actuellement, les deux sont en révision : le DSM-5 a été publié en 2013 avec des modifications importantes, tandis que l'ICD-11, publié en 2015, aucun de changement majeurs n'a été établi (17).

L'autisme étant défini comme un ensemble de comportements, il est approprié de le considérer comme une seule catégorie diagnostique, ajustée en fonction du profil clinique de l'individu, en tenant compte de facteurs tels que la sévérité, les capacités verbales et autres caractéristiques associées (par exemple, troubles génétiques, épilepsie, déficience intellectuelle, etc.). Décrire cette affection comme un trouble du spectre autistique reflète mieux l'état actuel des connaissances en pathologie et en données cliniques (18).

III. CLASSIFICATION :

III.1. La classification de Roger Misès, Nicole Garret-Gloanec et Yvonne Coinçon :

Décline trois profils d'enfants selon l'âge d'apparition des difficultés, le contexte relationnel et le tableau symptomatique :

- **Premier groupe :**

Enfants présentant précocement (avant 18 mois à 2 ans) des troubles de la communication et un isolement dans un contexte familial traumatique (détresse maternelle, événements graves, relation fusionnelle négative)(19).

Caractéristiques : pas de dépression majeure, mais des mécanismes défensifs autistiques(19).

Prise en charge : améliorer le contexte familial pour favoriser l'ouverture à la communication(19).

- **Deuxième groupe :**

Enfants rencontrant des difficultés dans le processus de séparation/individuation à cause de ruptures précoces du lien affectif(19).

Caractéristiques : retrait, troubles cognitifs, faible engagement affectif, sans tableau autistique complet(19).

Prise en charge : interventions psychomotrices, langagières, psycho-affectives et soutien parental.

- **Troisième groupe :**

Enfants souffrant de troubles sévères de l'attachement liés à des carences graves (négligence, violences)(19).

Caractéristiques : marasme, traits autistiques, relation fusionnelle pathologique(19).

Prise en charge : soutien individualisé, parfois séparation nécessaire du milieu familial(19).

III.2. DSM-5 (2013) :

Le DSM-5, publié en 2013 par l’American Psychiatric Association, a regroupé les anciens troubles envahissants du développement sous l’appellation unique de « troubles du spectre autistique » (TSA), et les a classés parmi les troubles neurodéveloppementaux(20).

Le diagnostic repose sur deux grandes catégories de symptômes :

- Déficiences persistantes dans la communication et les interactions sociales : réciprocité émotionnelle, communication non verbale, relations sociales(20).
- Comportements répétitifs et restreints : mouvements stéréotypés, rigidité comportementale, intérêts restreints, réactions sensorielles inhabituelles(20).

Les symptômes doivent apparaître dès la petite enfance, perturber le fonctionnement quotidien et ne pas être mieux expliqués par un retard mental isolé(20).

Trois entités sont incluses :

- Trouble autistique : caractérisé par les critères complets du TSA(20).
- Syndrome d’Asperger : interactions sociales altérées, intérêts restreints, sans retard de langage ni déficit cognitif(20).
- Trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS) : formes atypiques ou incomplètes des troubles autistiques(20).

Les syndromes de Rett et désintégratif de l’enfance ont été retirés de cette classification(20).

III.3.CIM-10 (1999)

La CIM-10 classe les TSA dans les troubles envahissants du développement (TED), selon sept catégories principales :

1. Autisme infantile : troubles manifestes avant 3 ans, affectant les interactions sociales, la communication et les comportements(20).
2. Autisme atypique : troubles similaires apparaissant après 3 ans ou partiels(20).
3. Syndrome de Rett : trouble génétique rare chez les filles, avec régression du développement après une période normale(20).
4. Trouble désintégratif de l’enfance : perte rapide des acquis après une phase de développement normal(20).

5. Hyperactivité avec retard mental et mouvements stéréotypés : trouble peu défini, souvent associé à un $QI < 34$ (20).
6. Syndrome d'Asperger : interactions sociales altérées, sans déficit cognitif ni retard du langage(20).
7. Autres TED / TED sans précision : formes non spécifiées ou incomplètes(20).

La classification se base sur l'âge d'apparition, la symptomatologie et parfois l'étiologie génétique. La CIM-11, plus récente, tend à rejoindre les critères du DSM-5(20).

III.4. Autre classifications :

CFTMEA-R (2000) : classification française axée sur la psychiatrie de l'enfant, associant les TED aux psychoses.(20)

IV. SYMPTOMES PRECOCES :

IV.1. Difficultés dans l'interaction sociale :

Les enfants atteints de TSA peuvent avoir tendance à se replier sur eux-mêmes et à ne pas chercher activement l'attention ou l'engagement des autres, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes. Ils peuvent ne pas initier ni suivre un pointage du doigt pour exprimer leur intérêt, bien qu'ils puissent désigner un objet favori en pointant. De plus, ils peuvent ne pas réagir lorsqu'on les appelle par leur prénom. (18)

À 24 mois, on peut observer :

- Un manque de contact visuel.
- Une absence d'interactions chaleureuses et joyeuses.
- Une coordination déficiente entre le regard, les expressions verbales et les gestes.

IV.2. Troubles de la communication :

Les enfants atteints de TSA présentent des difficultés de communication, aussi bien verbale que non verbale. Ces troubles peuvent aller de l'absence totale de langage à l'utilisation de phrases incomplètes, parfois inhabituelles en termes de style ou de contenu. (18)

Leur communication peut se caractériser par un langage monotone ou robotisé, et par des phénomènes comme l'écholalie (répétition automatique des mots entendus). Certains enfants prononcent des mots de manière spontanée sans lien apparent avec le contexte ("mots pop-up") ou enchaînent plusieurs mots comme s'il s'agissait d'un seul ("mots géants", par exemple "quescequecest"). (18)

De plus, de nombreux enfants atteints de TSA commencent à parler bien plus tard que leurs pairs. (18).

IV.3. Comportements, activités ou intérêts restreints, répétitifs ou stéréotypés :

Les enfants atteints de TSA peuvent développer des centres d'intérêt très spécifiques et exclusifs, comme une fascination pour les dinosaures ou les cartes, au détriment d'autres sujets.(18)

Ils manifestent souvent une forte rigidité dans leurs routines, par exemple en insistant pour emprunter toujours le même itinéraire pour se rendre à l'école. Certains adoptent également des comportements inhabituels, tels que des battements de mains répétitifs. (18)

IV.4. Autres manifestations :

- Comportement sensoriel atypique : Réactions inhabituelles aux stimuli sensoriels (hypersensibilité ou hyposensibilité). (18)
- Manque d'intérêt pour les autres : Difficulté à établir des interactions sociales spontanées. (18)
- Absence de comportements démonstratifs : Peu d'expressions émotionnelles ou de gestes pour partager des expériences avec autrui.(18)

V. DESCRIPTION CLINIQUE :

V.1. Troubles de la communication non verbale :

- Affectent à la fois les versants réceptif et expressif.(21)
- Inclut les gestes, les mimiques, les postures, le regard, la prosodie, etc., et permet des échanges spontanés, universels et immédiats.(21)
- Ces enfants présentent des déficits persistants et variables dans la réception et l'expression de ces signaux, compromettant leur intégration des codes sociaux.(21)
- Les signaux non verbaux, lorsqu'ils sont présents, sont fréquemment mal coordonnés entre eux (ex. : regard et pointage difficiles à associer).(21)

V.2. Troubles de la communication verbale :

Environ 50 % des enfants autistes développent un langage oral.(21)

Particularités fréquentes :

- Inversion pronominal (ex. : dire "tu" au lieu de "je").(21)

- Répétition de la question pour répondre (écholalie). (21)
- Absence des mots "je" et "oui".(21)
- Idiosyncrasies ou néologismes : mots ou expressions propres à l'enfant.(21)
- Stéréotypies verbales : slogans, phrases de films ou dessins animés.(21)

Aspects linguistiques :

- Phonologie et syntaxe généralement préservées.(21)
- Vocabulaire souvent riche mais rigide, difficilement contextualisé.(21)
- Problèmes avec les règles conversationnelles (tour de parole, informativité...).(21)
- Utilisation inappropriée de la prosodie, du rythme et du volume.(21)

V.3. Troubles de l'interaction sociale :

- Difficulté à comprendre l'humour, l'ironie, les expressions imagées ou les émotions.(22)
- Difficulté d'adaptation au contexte social.(22)
- Absence d'initiative pour partager leurs états émotionnels avec les autres.(22)
- Un déficit de réciprocité sociale ou affective.(22)
- Des réactions sociales inadaptées.(22)

V.4. Autres troubles associés :

- Les troubles du sommeil et d'alimentation sont fréquemment associés au TSA, constituent une source importante de stress et d'épuisement.(23)
- Troubles psychomoteurs :
 - Hypotonie ou hypertonie.(24)
 - Difficultés de préhension.(24)
- Certaines maladies somatiques sont aussi fréquemment associées à l'autisme, telles que :
 - L'épilepsie.(25)
 - Le reflux gastro-œsophagien.(25)

V.5. Catégories cliniques :

Le dsm-5 introduit une nouvelle catégorie clinique des « troubles du spectre autistique » (TSA), avec des degrés(26) :

- Léger
- Modéré
- Sévère

VI. CRITERES DU DIAGNOSTIC :

Il y'a quatre systèmes diagnostiques définissent les critères de l'autisme(27) :

- L'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV ; APA, 1994)
- L'Organisation mondiale de la santé (CIM-10 ; OMS 1993)
- Le système national des enfants autistes (NSAC, Ritvo et Freeman, 1977)
- Les critères de Rutter (1978)

En somme, Six critères distincts sont identifiés par ces systèmes de classification (Donais, 1991). Cependant, aucun d'eux ne comprend tous les six critères. (27)

Les critères identifiés sont :

- la survenue des symptômes avant l'âge de trente mois.(27)
- un retard dans le développement des interactions sociales.(27)
- Des modifications qualitatives de la communication verbale et non verbale ainsi que de l'activité imaginative.(27)
- Retard du développement cognitif ou social et des capacités motrices.(27)
- Restriction significative dans la gamme des activités et des intérêts.(27)
- Réponses inappropriées aux stimuli sensoriels.(27)

VII. ÉVOLUTION :

Les premiers signes de l'autisme se manifestent avant l'âge de trois ans. Dès la petite enfance, certains signes peuvent attirer l'attention, bien qu'ils soient le plus souvent identifiés rétrospectivement.(28)

Le tableau clinique s'installe progressivement, de manière plus ou moins complète selon les cas.(28)

L'adolescence constitue souvent une période difficile pour les personnes autistes. Sur le plan médical, des crises d'épilepsie peuvent survenir à cette étape, contrairement aux personnes non autistes épileptiques ces crises tendent généralement à disparaître à l'adolescence.(28)

VIII. ETIOLOGIE :

Les troubles du spectre autistique (TSA) résultent de causes multiples, impliquant des facteurs génétiques, environnementaux, neurologiques et périnataux(28):

VIII.1.Facteurs génétiques :

Plusieurs gènes ont été identifiés comme favorisant l'autisme, notamment les mutations des gènes Neurologines, Shank 3, DRD 3 et RORA.(28)

VIII.2.Facteurs environnementaux :

Une étude récente a relativisé l'influence génétique en mettant en avant le rôle des facteurs environnementaux. Parmi eux, la prise de certains médicaments pendant la grossesse (acide valproïque, misoprostol, thalidomide), ainsi que l'exposition aux pesticides ou à la pollution de l'air ont été évoqués .(28)

VIII.3.Facteurs neurologiques :

Certaines anomalies cérébrales sont impliquées dans le développement des TSA .(28)

VIII.4.Facteurs péri et anténataux :

Des complications survenant avant ou autour de la naissance pourraient également jouer un rôle .(28)

IX. PRONOSTIC :**IX.1. Facteurs liés à l'enfant :**

Certains éléments propres à l'enfant peuvent être associés à un meilleur pronostic. C'est notamment le cas lorsque l'enfant ne présente pas de déficience intellectuelle précoce, lorsqu'il commence à parler avant l'âge de 5 ans, ou encore lorsque les signes apparaissent plus tardivement dans son développement(29).

IX.2. Facteurs liés à l'environnement :

L'environnement joue aussi un rôle essentiel. Un diagnostic posé tôt permet une prise en charge rapide, ce qui peut grandement améliorer l'évolution de l'enfant. La qualité de cette prise en charge, ainsi que le soutien et l'implication de la famille, sont également des éléments clés pour favoriser un meilleur développement(29).

X. PRISE EN CHARGE :

Prise en charge globale de l'autisme (sans traitement curatif), reposant sur trois axes principaux :

X.1. Prise en charge éducative (amélioration de la communication et des interactions sociales) :

ABA : méthode comportementale structurée, efficace si débutée tôt, de façon intensive (30-40h/semaine), par une équipe formée. Coût élevé.(20)

TEACCH : programme individualisé basé sur le niveau de l'enfant, évalué par le profil psychoéducatif (PEP), visant l'autonomie et les compétences sociales.(20)

Denver/ESDM : intervention précoce (12-36 mois), centrée sur le jeu et l'interaction, en groupe ou en individuel, par une équipe multidisciplinaire.(20)

PECS : système de communication par échange d'images, adapté aux enfants non verbaux ou en bas âge.(20)

NB : D'autres méthodes existent (Makaton, Son-rise, RDI, 3i...), mais non validées scientifiquement ni recommandées par la HAS.(20)

X.2. Prise en charge des comorbidités psychiatriques et somatiques pour atténuer certains comportements :

Troubles du comportement, Troubles de l'attention, hyperactivité, comportements répétitifs : rispéridone, aripiprazole. (20)

Anxiété : traitements adaptés.(20)

X.3. Prise en charge des troubles associés : traitement ciblé selon le trouble :

- Épilepsie: anticonvulsivants.(20)
- Troubles du sommeil: mélatonine.(20)
- Troubles dépressifs: antidépresseurs IRS.(20)

CHAPITRE II :

*LES SOINS BUCCO-DENTAIRES CHEZ
LES ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLE
DU SPECTRE AUTISTIQUE*

I. GENERALITES SUR L'ETAT BUCCO-DENTAIRES CHEZ L'ENFANT :

La cavité buccale de l'enfant subit des changements constants, sous l'influence de facteurs environnementaux, nutritionnels, hormonaux et génétiques. Ces éléments influencent le développement des dents, la constitution de la flore buccale et l'état général du parodonte(30).

I.1. Les phases de la denture :

Cette période de développement est caractérisée par des différentes phases de la denture qui se déroulent en trois étapes principales :

- Denture temporaire :(0 à 6 ans) période de présence exclusive des dents de lait. (31)
- Denture mixte :(6 à 12 ans) coexistence des dents de lait et des dents permanentes. (31)
- Denture adolescente : (À partir de 12 ans) toutes les dents temporaires sont remplacées par des dents permanentes. (31)

I.2. Spécificité du parodonte pédiatrique :

Le parodonte de l'enfant présente des différences notables par rapport à celui de l'adulte sur les plans anatomique, histologique et physiologique, il est conçu pour s'adapter aux évolutions dentaires et aux besoins physiologiques liés à la croissance, tout en offrant une certaine protection contre les infections (32) :

- Gencive :

Elle est plus rouge en raison d'une vascularisation accrue, plus épaisse, et moins kératinisée, ce qui la rend plus souple et adaptée aux changements liés à la croissance. Sa forme est arrondie et ourlée, elle montre une meilleure résistance aux infections grâce à ses caractéristiques histologiques et à une réponse immunitaire plus dynamique. (32)

- Sulcus gingival :

Moins profond (environ 1 mm), il limite l'adhésion et le développement des germes anaérobies, réduisant ainsi le risque d'infection par rapport à l'adulte. (32)

- Épithélium de jonction :

Plus épais, il offre une barrière protectrice renforcée contre les agressions bactériennes et mécaniques, contribuant à la défense contre les pathologies parodontales. (32)

- Ligament alvéolo-dentaire et os alvéolaire :

Ils sont davantage vascularisés et moins minéralisés, ce qui les rend plus sensibles aux modifications liées à la croissance et à l'éruption des dents. (32)

I.3. Prévalence et facteurs de risque des caries :

- La prévalence des caries :

L'OMS y indique que 514 millions (43%) d'enfants dans le monde souffrent de caries non traitées des dents temporaires (33).

- Facteurs de risque spécifiques à l'enfance :

Les enfants sont exposés à des facteurs de risque tels que :

- La consommation élevée de sucre.(33)
- La mauvaise hygiène bucco-dentaire.(33)
- L'accès limité aux soins.(33)
- l'Inégalités socio-économiques (Plus des trois quarts des cas de caries non traitées des dents de lait se trouvent dans les pays à revenu intermédiaire).(33)

Ces facteurs contribuent à la prévalence élevée des caries dentaires dans cette tranche d'âge.

II. L'ETAT BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES ENFANTS ATTEINTS DE TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE :

Les enfants atteints du TSA n'ont pas de caractéristiques bucco-dentaires spécifiques. Néanmoins, leurs problèmes et handicaps affectent leur santé bucco-dentaire. Donc, ces enfants montrent une incidence bien plus importante de problèmes bucco-dentaires par rapport à la population générale.(34)

II.1. Prévalence des pathologies bucco-dentaires chez les enfants atteints de TSA :

- Caries dentaires :

Plusieurs études mentionnent une prévalence carieuse plus importante chez les enfants TSA. (35) (34) (36) (20) (37)

Une étude de "Caries-risk assessment and caries status of children with autism" fait par Jennifer Marshall et al. Pediatr Dent. 2010 Jan-Feb confirme que l'autisme est un indicateur

valide d'un risque élevé de caries dentaires, Les enfants autistes présentent une prévalence significative de nouvelles caries, en particulier chez les plus jeunes.(35)

- 60% des enfants avec TSA âgés de 7 ans ou moins ont développé de nouvelles caries.
- 34% des enfants avec TSA plus âgés ont également présenté de nouvelles caries.

- Maladies parodontales :

Gingivites fréquentes à cause de l'accumulation de plaque bactérienne liées à une hygiène insuffisante et aux effets secondaires de certains médicaments. (37) (34) (36) (20)

- Parafonctions :

Des comportements tels que le bruxisme (grincement des dents), le mordillement des lèvres ou des objets non alimentaires sont fréquents. (36)

- Traumatismes dentaires :

Des chocs ou fractures peuvent être causés par des comportements auto-agressifs ou des mouvements brusques incontrôlés. (37) (34) (36) (20)

II.2. Causes principales de ces pathologies :

Les causes de cette détérioration de la santé bucco-dentaire sont multiples et souvent interdépendantes :

- Hygiène bucco-dentaire insuffisante :

Le brossage est souvent absent ou mal effectué, en raison du manque de coopération, de la sensibilité orale, ou du refus de la routine. (35) (20, 37-39)

- Hypersensibilité sensorielle :

Les enfants TSA peuvent être très sensibles au contact dans la bouche, aux sons des instruments, ou encore à la texture du dentifrice. Cela rend le brossage ou les soins très désagréables pour eux. (34) (36) (39) (37)

- Troubles du comportement :

Le manque de coopération, l'anxiété, ou encore les crises comportementales peuvent empêcher la réalisation des soins quotidiens ou professionnels. (34) (36) (39) (37) (20)

- Habitudes alimentaires sélectives :

Beaucoup d'enfants autistes ont un régime restreint, souvent riche en glucides ou en sucres simples, favorisant le développement des caries. (20, 34, 36-39)

- Effets des médicaments :

Certains traitements médicamenteux, comme les psychotropes, provoquent un hyposialie, augmente le risque carieux chez ces enfants. (20, 34, 36, 37, 39)

II.3. Facteurs entravant les soins bucco-dentaires :

Barrières liées à l'enfant :

- **Refus de soins** : L'enfant peut résister à l'ouverture de la bouche ou au contact physique. (38) (39)
- **Anxiété** : L'environnement médical est source de stress intense, déclenchant des réactions de défense ou de fuite. (34) (37-40)
- **Sensibilité extrême** : Les lumières fortes, les sons aigus, ou les goûts inhabituels sont très mal tolérés. (34) (20, 36-40)
- **Communication limitée** : Il est difficile pour l'enfant de comprendre les consignes ou d'exprimer une douleur. (34) (36) (38) (40) (37)

Barrières liées aux parents :

- **Manque d'information** : Beaucoup de parents ne savent pas comment prendre soin des dents de leur enfant TSA. (34) (36) (39) (37) (20) (38)
- **Peur du comportement de l'enfant** : Certains parents évitent les visites dentaires par crainte de réactions imprévues de leurs enfants. (34) (36) (37) (20) (38)
- **Accès limité aux soins** : Difficulté à trouver un praticien formé, manque de temps, ou coûts élevés des soins spécialisés. (38)

Barrières liées aux professionnels :

- **Manque de formation spécifique** : Peu de médecins dentistes sont formés à la prise en charge des enfants avec TSA. (34) (36) (37) (20) (38)
- **Manque de ressources** : Absence d'équipement ou de techniques adaptées (matériel sensoriel, temps allongé, etc.). (34) (36) (39) (37) (20) (38)

III. PRATIQUES ACTUELLES EN MATIÈRE DES SOINS BUCCO-DENTAIRES :

III.1. Approches comportementales et techniques d'adaptation non médicamenteuses :

La prise en charge bucco-dentaire des enfants atteints de TSA constitue un véritable défi pour les professionnels de santé. Toutefois de nombreuses pratiques et stratégies ont été mises au point afin d'améliorer l'accessibilité, la qualité des soins et le confort des patients atteints de TSA.

- **Sensibilisation à l'environnement du cabinet dentaire et éducation thérapeutique :**

Pour éviter que la première visite ne se déroule dans un climat d'urgence, il est conseillé de présenter l'enfant au cabinet dentaire lors d'une séance d'initiation. Cette séance offre l'opportunité de se familiariser avec le milieu, les praticiens de santé ainsi que les outils et équipements dentaires dans des conditions optimales(41).

- **Désensibilisation progressive :**

- Si un acte de soin a déjà été effectué dans une situation défavorable, une « désensibilisation » permettrait de le rassurer et de le remettre sur le chemin des soins dentaires réguliers(41).

- **Méthode « tell-show-do » :**

Cette méthode est largement décrite dans la littérature, elle comprend une description orale des démarches adaptées au développement de l'enfant (expliquer), une illustration de la démarche en intégrant l'enfant (démontrer), suivie de la complétion de la procédure (réaliser)(42).

- **Le renforcement positif :**

Il s'agit de renforcer l'acquisition de comportements souhaités en utilisant un système de récompenses individualisées pour chaque enfant (encouragements verbaux, activités préférées, câlineries de la part des parents, objets ou nourriture ...). Leurs administrations doivent être relativement fréquentes et dispersées à travers le temps. Il est préférable de les donner pendant le traitement plutôt qu'à la fin complètement, car du renforcement immédiat produit des apprentissages plus robustes(42).

- **La distraction :**

La distraction est une méthode visant à distraire l'enfant afin qu'il ne se focalise plus sur le processus perçu comme désagréable. Cela peut impliquer la présence de dialogues avec l'enfant,

de chants, de musique, de vidéos, de jouets ou de jeux. L'objectif est de diminuer la perception de procédures désagréables, tout en diminuant les comportements inappropriés(42).

- **Les supports visuels :**

Les supports visuels sont de bons moyens d'introduire des comportements désirables en société (Le Couteur, 2003). Parmi les supports visuels qui peuvent être utilisés(42) :

- Les pictogrammes.
- Les calendriers d'activités.
- Les histoires sociales.
- Les vidéos.
- L'hypnose.

III.2. Approches comportementales et techniques d'adaptation médicamenteuses :

Quand toutes les techniques de gestion du comportement mentionnées précédemment ne fonctionnent pas, on peut envisager l'utilisation de médicaments ou d'anesthésie générale.

- **La sédation consciente :**

La sédation consciente par inhalation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) offre une possibilité de traitement pour les enfants difficiles. Elle est une alternative à l'anesthésie générale qui ne saurait être pratiquée de façon systématique(43).

Elle s'adresse pour permettre le diagnostic, la prévention et le traitement dentaire(43).

Le patient présentant un TSA peut bénéficier de cette sédation selon sa possibilité à répondre à des questions simples pendant la séance. Il doit pouvoir aussi accepter le masque et ne pas être trop agité(44).

- **La sédation profonde :**

Elle est intermédiaire entre les méthodes pouvant être pratiquées au cabinet dentaire et l'anesthésie générale qui doit être utilisée en dernier recours. C'est un état de somnolence profond répondant aux stimulations répétées ou douloureuses(44).

- **L'anesthésie générale :**

L'AG reste souvent la seule option dans les cas de coopération nulle ou lorsque des enfants autistes en bas âge présentent des caries dentaires extensives nécessitant de vastes soins de restauration. Elle doit être considérée seulement lorsque toutes les autres possibilités ou techniques ont échoué(42).

III.3. La formation des professionnelles :

Le soin dentaire des enfants avec TSA pose un défi considérable au dentiste, surtout à cause de leurs difficultés de communication, mais aussi en raison de leur hypersensibilité à divers stimuli auditifs, olfactifs, visuels et sensoriels qui entraîne des troubles du comportement(42).

Une étude de grande portée réalisée à l'États Unis en 2010 s'intéresse à la formation de médecins dentistes « généraux » et pédodontistes, et à leur prise en charge d'enfant autiste. Les auteurs mettent en évidence que seuls 32% des praticiens généralistes, et 89% des pédodontistes, soignent des patients avec TSA. Les deux groupes jugent leur formation initiale insuffisante et leurs techniques d'approches comportementales inadaptées aux patients autistes(45).

Il est donc clair que la formation des professionnels de santé bucco-dentaire est essentielle pour améliorer la qualité de la prise en charge des enfants avec TSA.

Cette formation s'articule autour de plusieurs axes :

- Renseignement sur les particularités des enfants TSA.
- L'accueil des enfants TSA.
- La communication adaptée.
- Les techniques comportementales.
- L'hypersensibilité sensorielle des enfants TSA.
- Les recommandations pour aménager l'environnement des soins.

III.4. La collaboration multidisciplinaire :

Une prise en charge efficace nécessite la coopération de divers professionnels : Les dentistes, pédopsychiatres, et orthophonistes travaillant ensemble pour saisir l'ensemble des besoins de l'enfant.

La participation des parents dans la préparation aux soins est aussi un élément essentiel de la réussite.

III.5. Aménagement de l'environnement :

Il est établi que les enfants atteints de TSA montrent une sensibilité accrue à leur environnement

On veillera donc à :

- Accueillir le patient dans un endroit calme.
- Mettre en veille tous les appareils inutiles pour en limiter le stimulus(45).
- Tamiser la lumière est également conseillé aux praticiens avant de recevoir un enfant atteint de TSA(45).
- Diminuer le nombre d'instruments au minimum(42).
- Diminuer toutes sources de sons ou d'odeurs inappropriées en travaillant dans une salle fermée(42).

III.6. Modèles internationaux d'aménagement des cabinets dentaires :

Pour optimiser la gestion des enfants atteints de TSA, plusieurs nations ont élaboré des modèles spécifiques d'aménagement des cabinets dentaires. Ces modèles ont pour objectif de concevoir des environnements adaptés aux besoins sensoriels, cognitifs et comportementaux de ces enfants.

III.6.1. Le modèle britannique :

Malcolm Hamilton est dentiste au NHS Highland et fait partie d'un groupe qui travaille pour améliorer les soins dentaires chez les enfants TSA. Il cherche les meilleures façons d'aider ces enfants et leurs proches lors des rendez-vous chez le dentiste. Il donne aussi des conseils simples et utiles que les cabinets dentaires peuvent utiliser au quotidien(46).

Parmi ces conseils pratiques :

- L'envoi d'un questionnaire préalable à la première consultation sur l'enfant autiste, notamment en ce qui concerne :
 - Les sensibilités sensorielles
 - Le meilleur moment de la journée pour un rendez-vous.
 - Tout autre élément susceptible d'aider le médecin dentiste et le cadre dentaire(46).
- En plus d'un questionnaire, il propose l'envoi d'un kit de pré-visite aux personnes consultant pour la première fois afin qu'elles puissent découvrir le matériel utilisé par le dentiste. Ce kit contient une paire de gants, un masque, un miroir jetable, un rouleau de coton(46).
- Il est préférable de programmer les rendez-vous pour les patients TSA en début ou en fin de journée(46).

- Accorder un temps de rendez-vous légèrement plus long aux patients avec TSA afin de leur permettre de se familiariser avec un environnement inconnu, et car la communication peut prendre plus de temps(46).
- L'environnement de faible éclairage est important encas des enfants hypersensibles.
- Les histoires sociales peuvent être utilisées pour aborder divers sujets, des examens généraux aux traitements plus spécifiques(46).

III.6.2. Le modèle japonais :

Selon le Model Core Curriculum for Dental Education in Japan AY 2022, la préparation de l'environnement clinique joue un rôle fondamental dans la prise en charge des enfants atteints de TSA. Cette préparation vise à créer un cadre adapté qui facilite le traitement dentaire en réduisant l'anxiété et les comportements difficiles(47).

- **Adaptation de l'espace physique :**

L'environnement doit être aménagé pour minimiser les stimuli sensoriels excessifs qui peuvent perturber les enfants avec TSA, tels que les lumières vives, les bruits forts ou les objets visuels distrayants. Une salle calme, avec un éclairage tamisé et une organisation claire des instruments, permet de rendre l'espace moins intimidant.

- **Organisation du matériel et des instruments :**

Le matériel dentaire est disposé de manière ordonnée pour éviter toute surcharge visuelle ou tactile. Cela aide à limiter la surcharge sensorielle et permet à l'enfant de mieux se concentrer sur les soins.

- **Mise en place de supports visuels :**

Il insiste aussi sur l'importance d'adapter la communication et les interactions, ce qui peut inclure l'utilisation de moyens visuels pour expliquer les procédures, afin de rassurer l'enfant.

- **Formation du personnel à la gestion de l'environnement :**

Le personnel soignant doit être formé à reconnaître les besoins spécifiques des enfants atteints de TSA et à adapter l'environnement en conséquence. Cela inclut la capacité à moduler l'éclairage, le bruit, et à utiliser des approches calmes et patientes pour instaurer un climat de confiance(47).

PARTIE PRATIQUE

MATERIELS ET METHODES

I. CONTEXTE DE L'ETUDE :

Dans la wilaya de Tlemcen (Algérie), aucune étude préalable n'a été menée pour évaluer la réalité de l'accès et de la qualité des soins bucco-dentaires chez les enfants atteints de TSA. Ce manque de données locales constitue un frein à l'amélioration des stratégies de prise en charge adaptées.

C'est dans ce cadre que cette étude s'inscrit, dont l'objectif principal est de dresser un état des lieux des soins bucco-dentaires de ces enfants dans cette région. Elle repose sur une approche descriptive et observationnelle, en interrogeant deux groupes clés :

- Les parents d'enfants atteints de TSA, pour évaluer leurs accès aux soins dentaires.
- Les médecins dentistes, pour explorer leurs expériences, les techniques utilisées, et la participation à des formations dans la prise en charge de ces enfants.

I.1. Objectifs :

I.1.1. Objectif principal :

- Établir un état des lieux des soins bucco-dentaires des enfants atteints de TSA dans la wilaya de Tlemcen.

I.1.2. Objectifs secondaires :

- Évaluer l'accès aux soins dentaires spécialisés pour les enfants autistes selon les parents d'enfants avec TSA.
- Recenser les insuffisances relevées dans la prise en charge buccodentaire des enfants atteints de TSA.
- Analyser les pratiques des médecins dentistes concernant la prise en charge des enfants atteints de TSA.

II. METHODOLOGIE :

II.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et prospective, menée dans la wilaya de Tlemcen. Ce type d'étude permet de décrire une situation existante à un moment donné, sans intervention du chercheur. Elle vise à observer les pratiques et les perceptions relatives à la santé bucco-dentaire des enfants atteints de TSA, tant du point de vue des parents que des professionnels.

II.2. Populations cibles :

L'étude concerne deux populations distinctes :

- Les enfants atteints de TSA résidant dans la wilaya de Tlemcen.
- Les médecins dentistes exerçant dans cette même wilaya.

II.3. Critères d'inclusion :**II.3.1. Pour les enfants :**

- Un enfant ou adolescent diagnostiqué avec un TSA.
- Résider dans la wilaya de Tlemcen.
- Son parent doit être volontaire pour répondre au questionnaire.

II.3.2. Pour les médecins dentistes :

- Être en exercice dans la wilaya de Tlemcen.
- Consentir à participer à l'étude.

II.4. Critères de non-inclusion :**II.4.1. Pour les enfants :**

- Un adulte diagnostiqué avec un TSA (+18ans)
- Les parents de ces enfants qui ont refusé de répondre au questionnaire.

II.4.2. Pour les médecins dentistes :

- Les dentistes qui n'ont pas répondu au questionnaire

II.5. Outils de collecte de données :

Deux questionnaires distincts et anonymes ont été utilisés :

- Questionnaire n°1 : destiné aux parents d'enfants atteints de TSA, comportait des questions fermées portant sur :

Les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant, ses capacités de communication, ses antécédents stomatologique, l'accès aux soins dentaires, ainsi que les méthodes utilisées pour sa prise en charge.

- Questionnaire n°2 : destiné aux médecins dentistes, visant à recueillir des données sur :

Leur profil professionnel, leur expérience avec les enfants TSA, les techniques utilisées, ainsi que leur formation dans ce domaine.

II.6. Méthodes de diffusion :

Les questionnaires ont été distribués en version papier et en ligne, selon les disponibilités et les préférences des participants, à travers :

- Le centre CISA où se déroule les consultations ainsi qu’auprès des associations d’enfants atteints de TSA.
- Les cabinets dentaires, cliniques privées et structures de santé publique.

II.7. Période de l’étude :

La collecte des données a été réalisée entre septembre 2024 et mai 2025 pour les questionnaires destinés aux parents, et durant le mois de mai 2025 pour ceux destinés aux médecins dentistes., grâce à google forms.

II.8. Analyse des données :

Les données recueillies ont été saisies et traitées à l’aide de logiciels de bureautique SPSS-29. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux, pourcentages et graphiques descriptifs.

II.9. Considérations éthiques :

La participation à l’étude était volontaire, anonyme et confidentielle. Les participants ont été informés des objectifs de l’étude, et leur consentement libre et éclairé a été recueilli avant la passation des questionnaires.

RESULTATS

I. EXPLOITATION STATIQUE DES DONNEES :

L'étude comprenait 93 questionnaires réservés aux parents et 38 réservés aux médecins dentistes. Une analyse descriptive a été effectuée.

I.1. Questionnaires des parents :

I.1.1. Sexe :

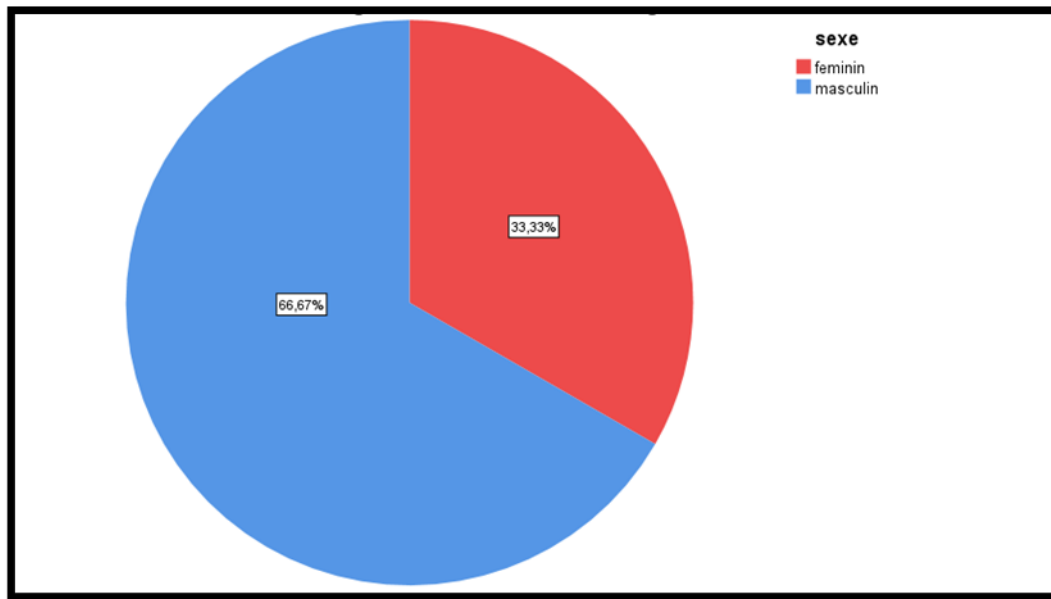


Figure 1 : Répartition de la population d'étude en fonction du sexe

Le sexe masculin était le plus représenté, avec 62 patients, soit 66,67 %. Le sex-ratio était de deux garçons pour une fille. (Figure1)

I.1.2. Age :

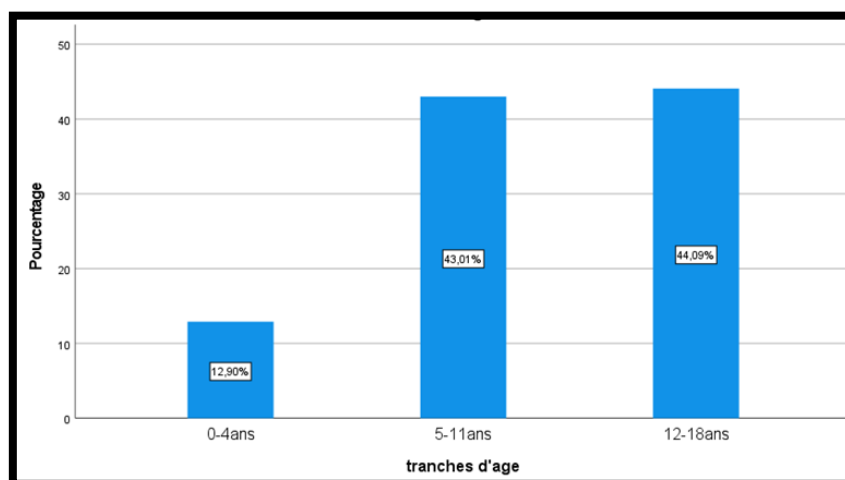


Figure 2 : Répartition de la population d'étude selon la tranche d'âge.

Une très grande proximité a été observée entre les deux tranches d'âge les plus représentées : 5 à 11 ans et 12 à 18 ans. En revanche, la tranche d'âge la moins représentée était celle de 0 à 4 ans, avec un pourcentage de 12,9 %. (Figure 2)

I.1.3. Capacité de l'enfant à comprendre les consignes :

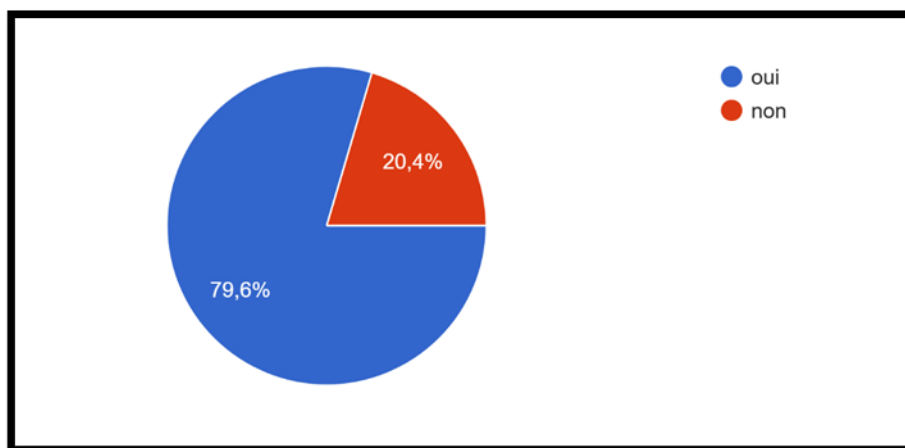


Figure 3 : Répartition de la population d'étude selon la capacité de comprendre

Près de 80 % des enfants avec TSA comprenaient les consignes de leurs parents ou du dentiste. (Figure 3)

I.1.4. L'hypersensibilité :

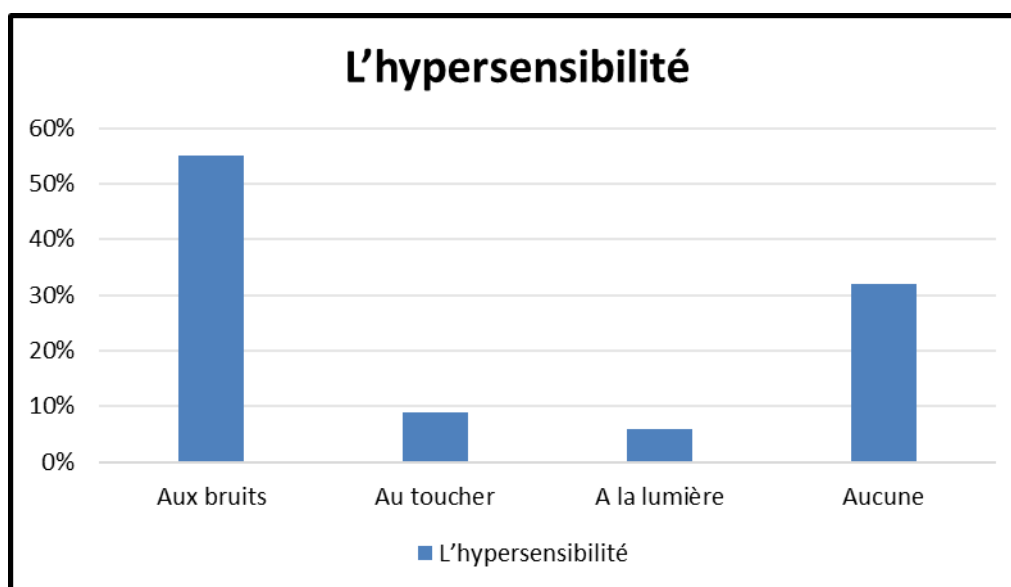


Figure 4 : Répartition de la population d'étude selon l'hypersensibilité.

Les données ont révélé que 54 % des enfants atteints de TSA présentaient une hypersensibilité auditive, 9 % une hypersensibilité tactile, et 5,1 % une hypersensibilité lumineuse, tandis que 31,9 % ne manifestaient aucune hypersensibilité. (Figure 4)

I.1.5. Capacité de l'enfant à parler :

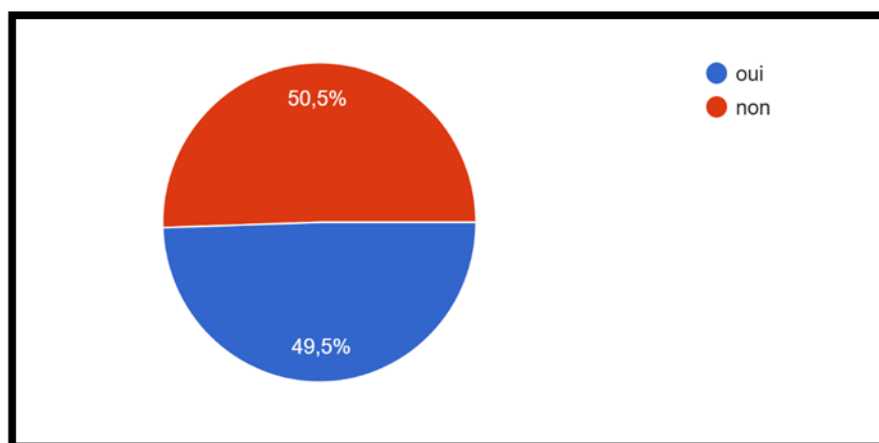


Figure 5 : Répartition de la population d'étude selon la capacité de parler.

La répartition de la population d'étude selon la capacité de parler a révélé que les deux proportions étaient presque équivalentes, traduisant une distribution homogène entre les deux groupes. (Figure 5)

I.1.6. Le nombre des visites :

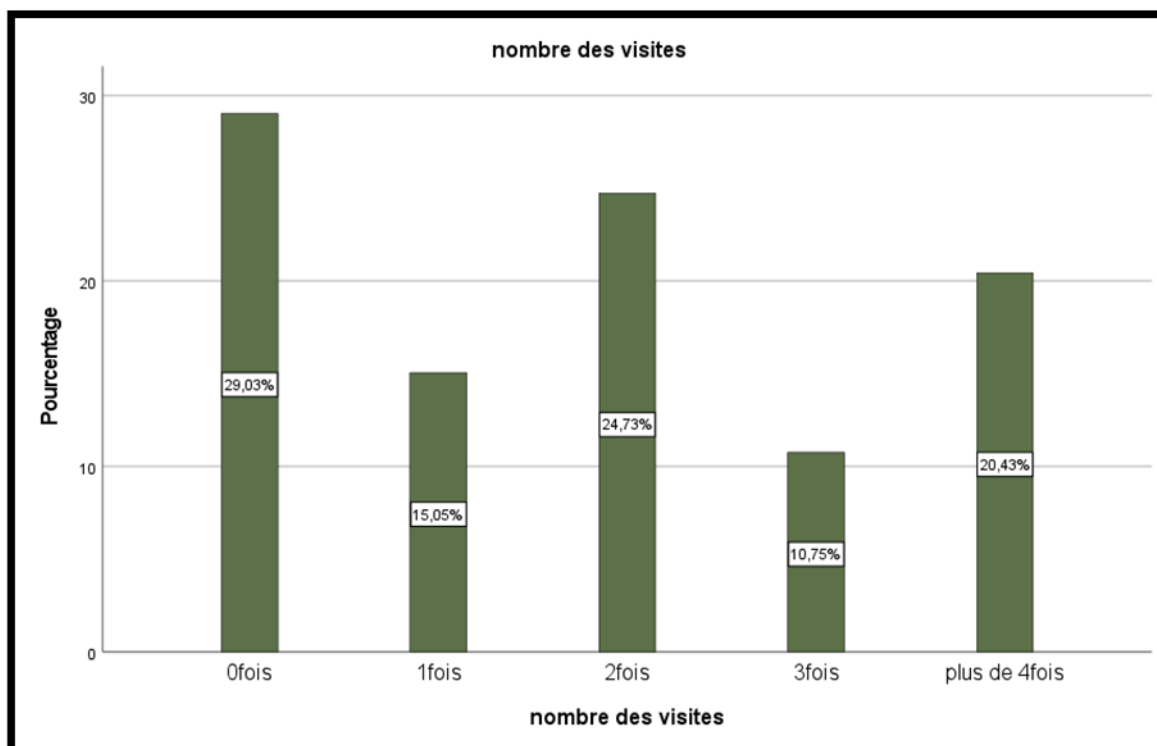


Figure 6 : Répartition du nombre des visites chez le médecin dentiste

Près de 30 % des enfants avec TSA n'ont jamais consulté un dentiste, tandis que 15 % ne l'avaient fait qu'une seule fois. Environ 24,73 % avaient bénéficié de deux consultations,

10,75 % avaient eu trois consultations, et seulement 20,43 % avaient effectué quatre visites. (Figure 6)

I.1.7. Catégorie de médecins dentistes consultés : (privé, étatique, les deux)

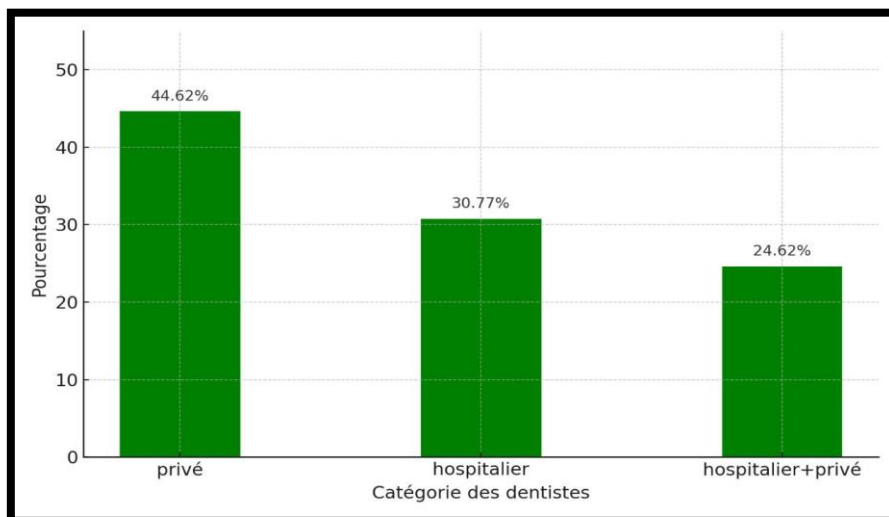


Figure 7 : Répartition de la population d'étude selon le praticien consulté.

L'analyse des données a montré que la majorité des praticiens consultés étaient des dentistes exerçant dans le secteur privé, avec un taux de 44,62 %. Les praticiens hospitaliers représentaient 30,77 % de l'échantillon, tandis que 24,62 % ont consulté à la fois dans le secteur hospitalier et en cabinet privé. (Figure 7)

I.1.8. La prise en charge :

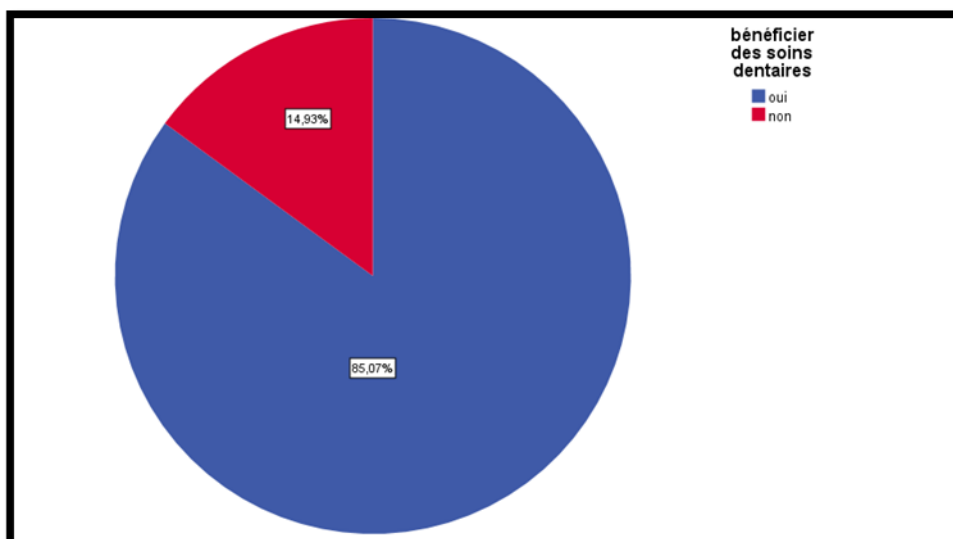


Figure 8 : Diagramme en Secteur Pourcentage de bénéficiaire des soins dentaires.

85.07% des enfants autistes ont bénéficié de soins bucco-dentaires. (Figure 8)

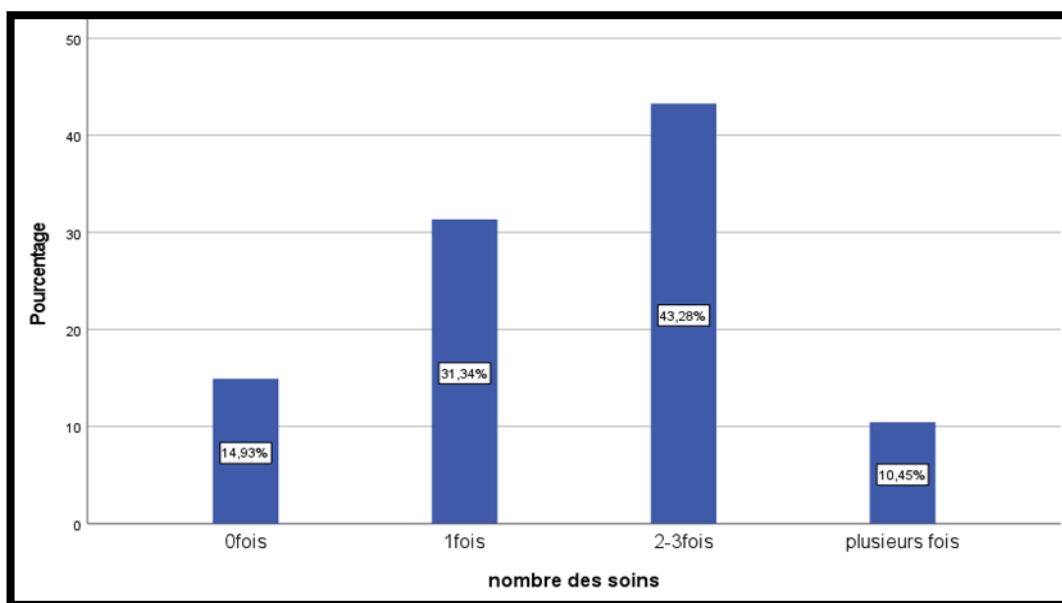
I.1.9. Nombre de soins dentaires :

Figure 9 : Recensement du nombre de séances de soins dentaires effectuées par les enfants de la population.

L'analyse des données a montré que la majorité de ces enfants ont reçu des soins 2-3 fois, avec un taux de 43,28 %. Ceux qui ont bénéficié d'un seul soin représentaient 31,34 %, tandis que 14,93 % n'ont reçu aucun soin. Enfin, 10,45 % des enfants ont reçu des soins plusieurs fois. (Figure 9)

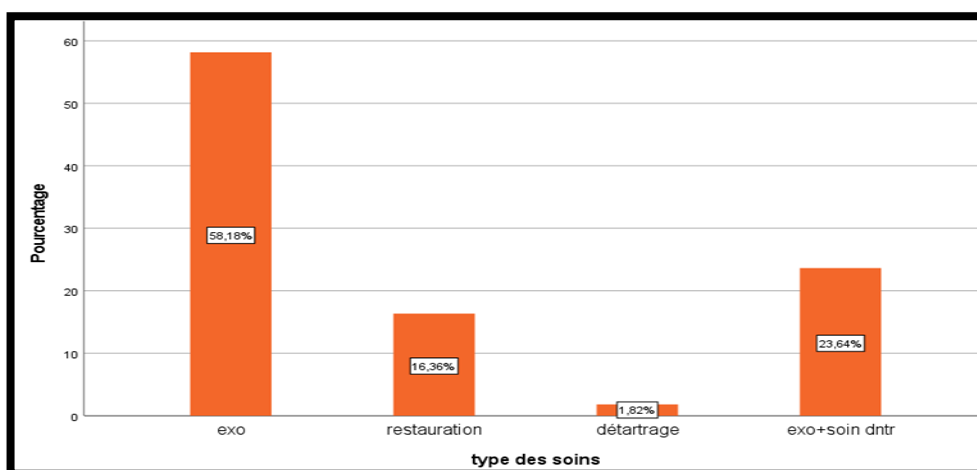
I.1.10. Type des soins bucco-dentaires :

Figure 10 : Le type de traitement dentaire.

L'analyse des données a montré que la majorité des enfants atteints de TSA avaient consulté le dentiste principalement pour des extractions, représentant 58,18 % des soins

réalisés. Les restaurations dentaires représentaient 16,36 %, tandis que le détartrage était pratiqué de manière très limitée, avec seulement 1,82 % des cas. Enfin, 23,64 % des soins avaient combiné extractions et traitements conservateurs. (Figure 10)

I.1.11. Anxiété et agitation de l'enfant pendant les consultations :

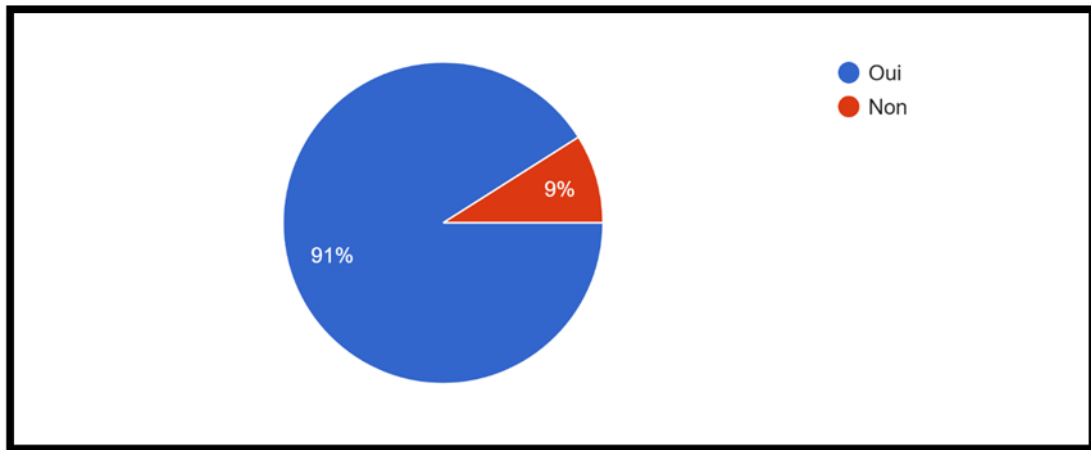


Figure 11 : Répartition de la population d'étude selon le comportement (anxiété et agité) au moment de la consultation

On remarque que 91% des enfants avec TSA ont présenté une anxiété et ou un état d'agitation pendant les soins. (Figure 11)

I.1.12. Arrêt du traitement à la suite d'une agitation excessive de l'enfant :

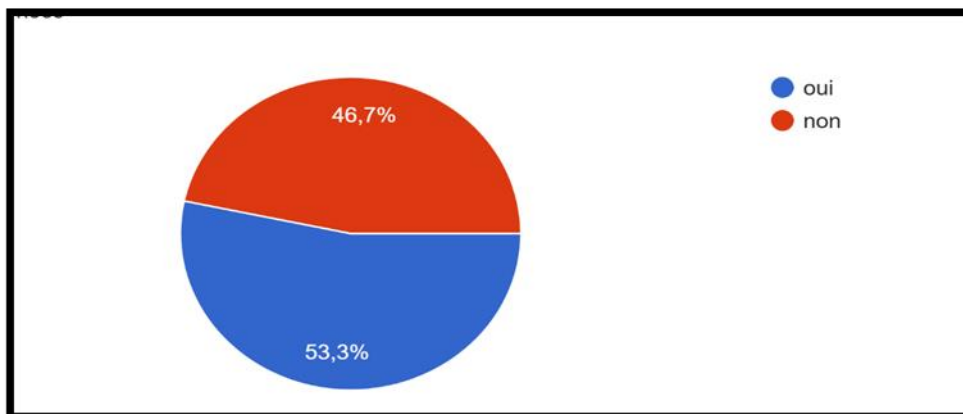


Figure 12 : Diagramme en Secteur Pourcentage de l'arrêt du traitement suite à une agitation excessive de l'enfant.

Les données ont montré que, dans plus de la moitié des cas (53,3 %), les soins n'avaient pas pu être achevés, car les praticiens avaient été contraints d'interrompre le traitement face à des réactions comportementales intenses, telles que la colère ou les cris. (Figure 12)

I.1.13. Les méthodes utilisées par le médecin dentiste au cours du traitement :

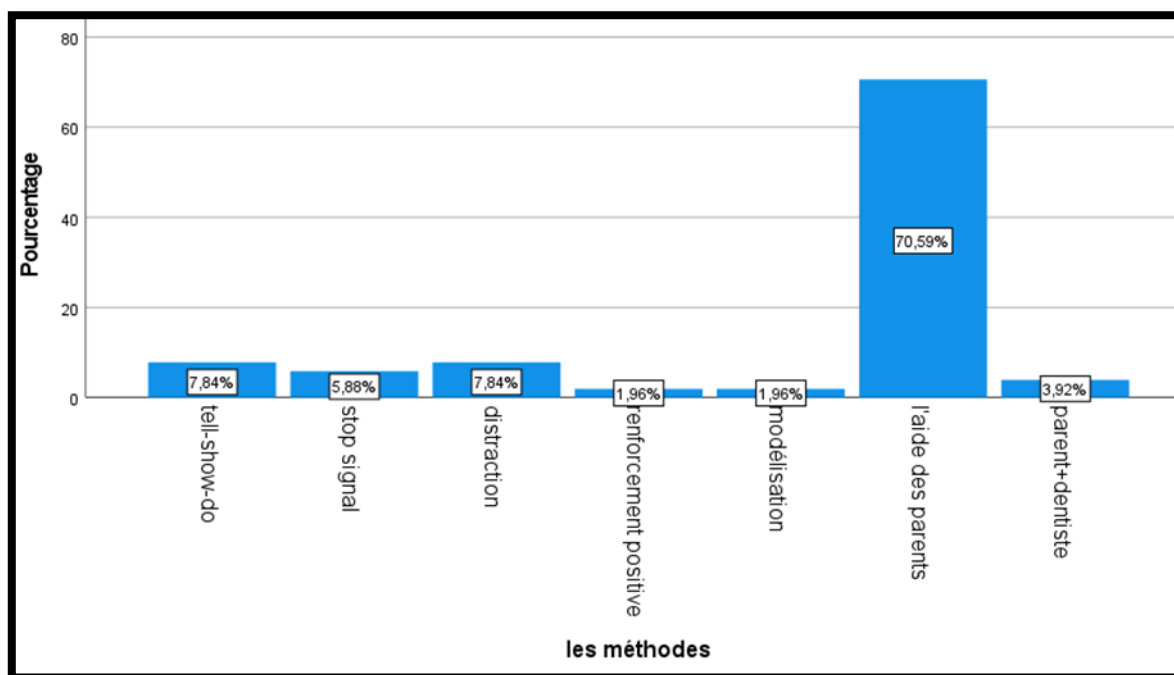


Figure 13 : Répartition des méthodes utilisées pour traiter ces enfants autistes.

L'analyse des données a montré que l'aide des parents était la méthode la plus fréquemment utilisée, dans 70,59 % des cas. Les autres approches, telles que le tell-show-do et la distraction, avaient été utilisées dans 7,84 % des situations respectivement. Le stop signal avait été employé dans 5,88 % des cas, tandis que la modélisation et le renforcement positif avaient été peu appliqués, chacun représentant 1,96 % des méthodes adoptées. Enfin, la collaboration entre parents et dentiste avait été observée dans 3,92 % des cas. (Figure 13)

I.1.14. Utilisation du MEOPA :

Tableau 1 : Répartition de l'utilisation du MEOPA par la population étudiée

Utilisation du MEOPA	Pourcentage
oui	0%
non	100%

L'ensemble de la population étudiée n'a jamais eu recours à la sédation consciente au MEOPA au cours de la prise en charge. (Tableau 1)

I.1.15. Utilisation de l'anesthésie générale :

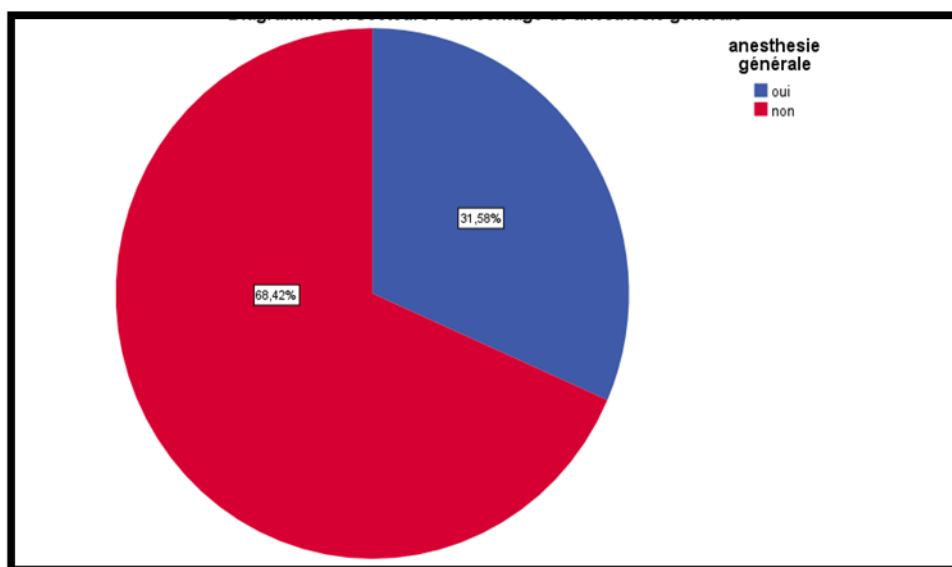


Figure 14: Répartition de l'utilisation de l'anesthésie générale par la population étudiée.

La majorité des enfants autistes n'ont pas bénéficié d'une anesthésie générale lors des soins bucco-dentaires. (Figure 14)

I.2. Questionnaires des médecins dentistes :

Le questionnaire a recueilli 38 réponses.

I.2.1. Qualification du dentiste (généraliste / spécialiste) :

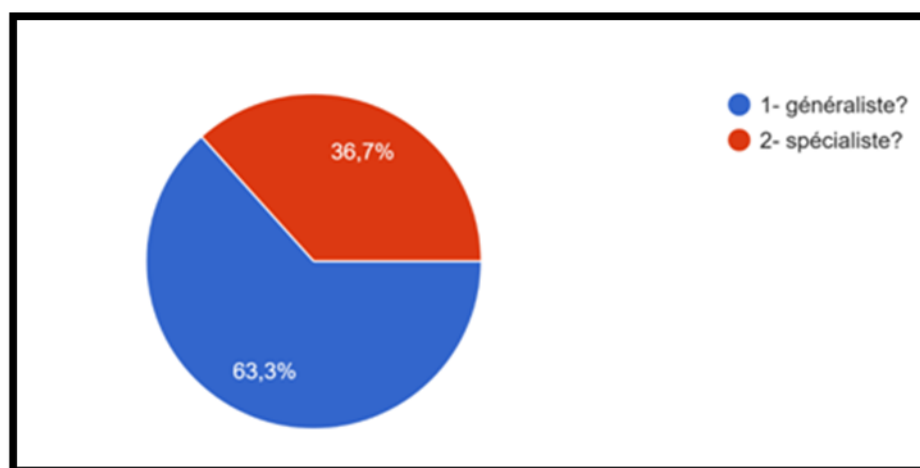


Figure 15 : Répartition des médecins dentistes généraliste et spécialiste dans l'échantillon étudié.

L'analyse des résultats a montré que la majorité de l'échantillon était constitué de médecins dentistes généralistes, représentant 63,3 % des participants. (Figure 15)

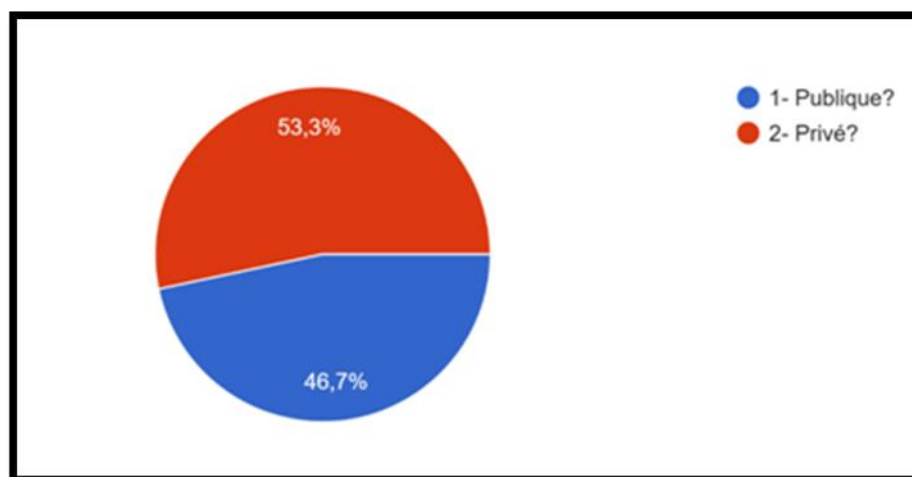
I.2.2. Secteur d'exercice du médecin dentiste :

Figure 16 : Répartition des médecins dentistes selon leur secteur d'exercice.

Une légère prédominance du secteur privé a été rapportée par les praticiens, avec 53,3 % exerçant dans le secteur privé, contre 46,7 % dans le secteur public. (Figure 16)

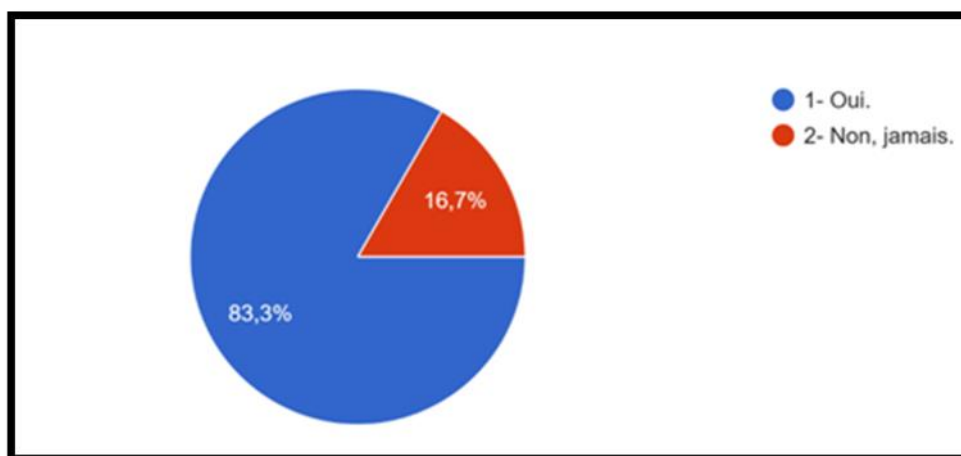
I.2.3. Réception d'enfants autistes en consultation dentaire :

Figure 17 : Réception d'enfants autistes en cabinet dentaire par les médecins dentistes interrogés.

Selon leurs déclarations, 16.7% des praticiens n'avaient jamais reçu d'enfants atteints de TSA (Figure 17)

I.2.4. Réalisation complète de l'acte de soin :

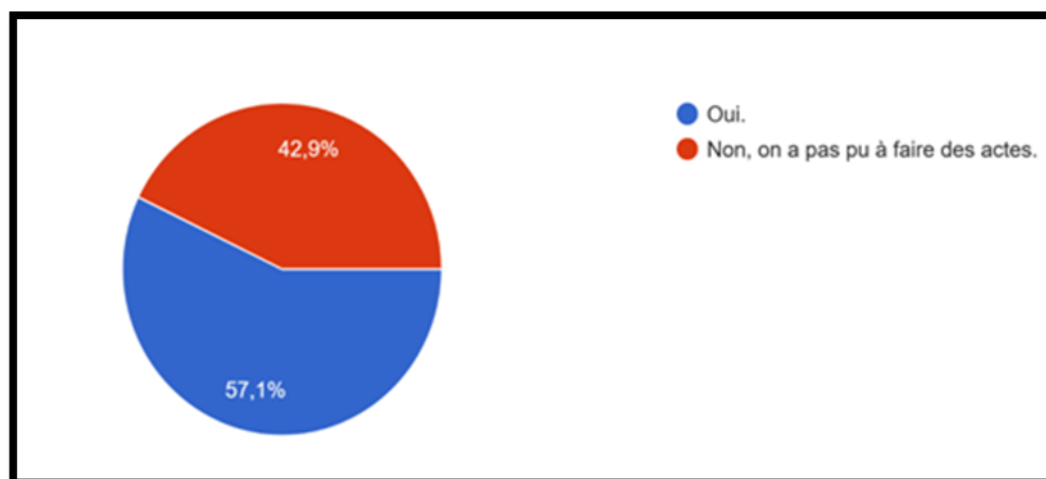


Figure 18 : la possibilité des praticiens de compléter l'acte dentaire.

57,1 % des praticiens ont indiqué ne pas avoir pu compléter l'acte dentaire, en raison de réactions comportementales empêchant la poursuite des soins. (Figure 18)

I.2.5. Méthodes utilisées lors de la réalisation des soins dentaires :

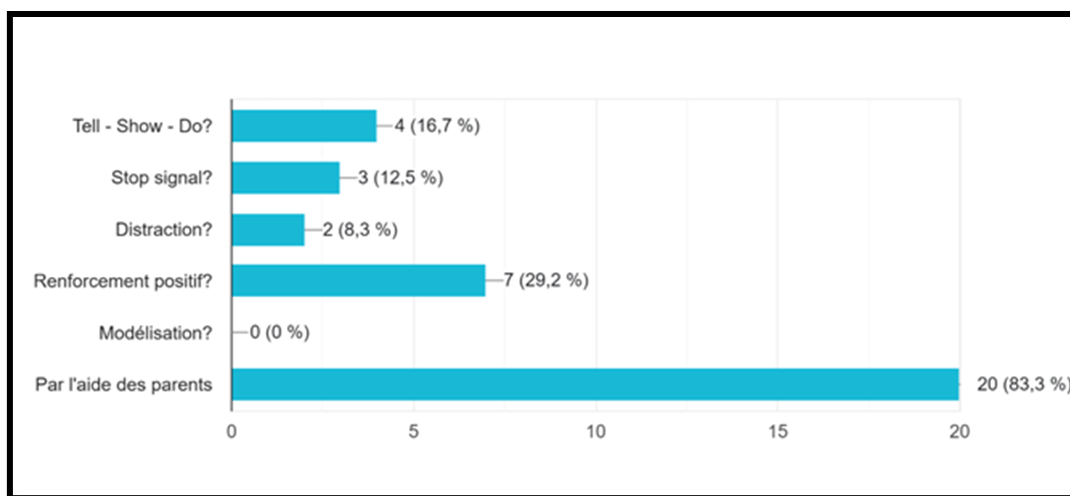


Figure 19 : Répartition des méthodes utilisées pour la réalisation de soins dentaire.

La majorité des soins dentaires, d'après les praticiens, avait été réalisés avec l'aide des parents. (Figure 19)

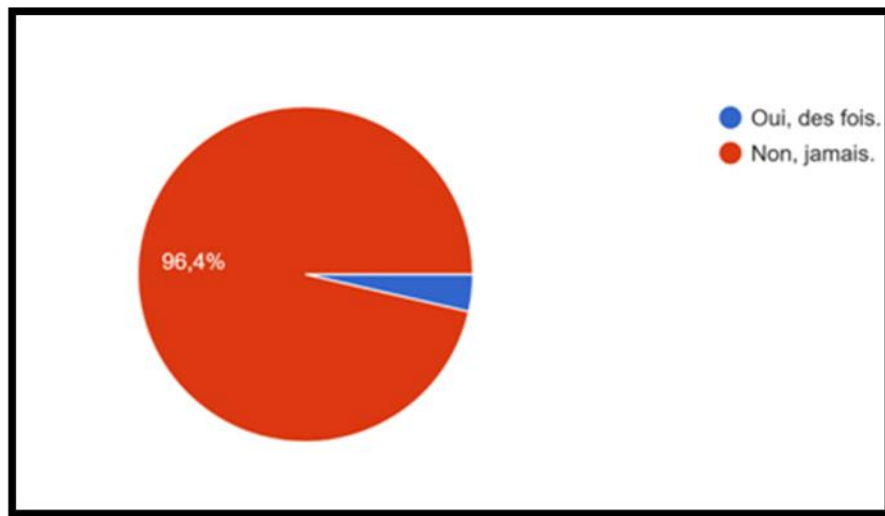
I.2.6. Utilisation du MEOPA lors des soins dentaires :

Figure 20 : Répartition de l'utilisation du MEOPA par les médecins dentiste.

Les données recueillies ont révélé que 96,4 % des praticiens n'avaient jamais utilisé le MEOPA lors des soins dentaires destinés aux enfants avec TSA. (Figure 20)

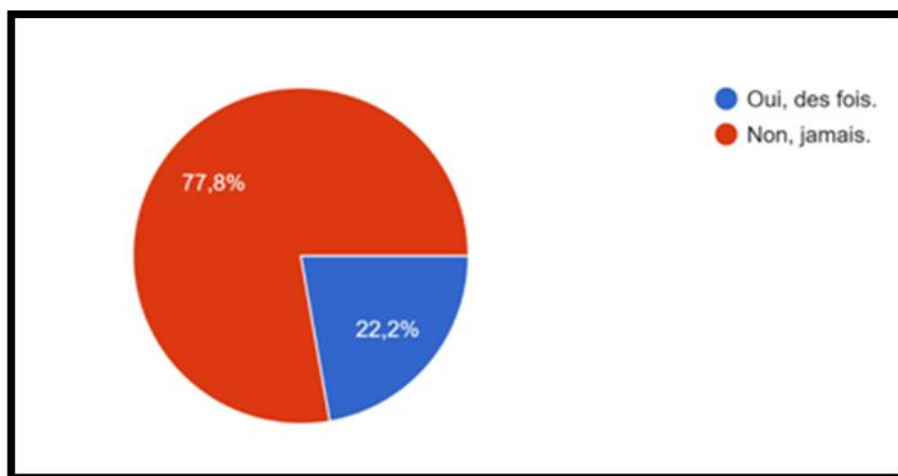
I.2.7. Utilisation de l'anesthésie générale lors des soins dentaires :

Figure 21 : Répartition de l'utilisation de l'anesthésie générale lors des soins dentaires.

Il a également été observé que 77,8 % des praticiens n'avaient jamais eu recours à l'anesthésie générale lors de la prise en charge de ces patients. (Figure 21)

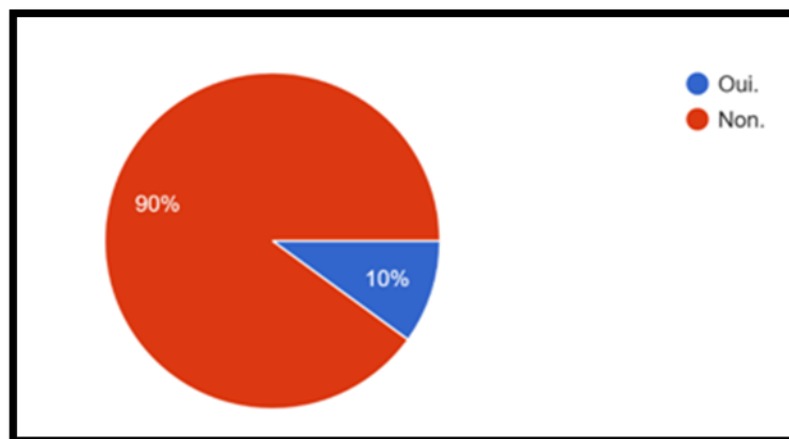
I.2.8. Participation à des formations sur la prise en charge des enfants autistes :

Figure 22 : Participation des dentistes à des formations sur la prise en charge des enfants autistes.

Les résultats ont mis en évidence un manque de formation chez la majorité des praticiens, avec 90 % déclarant ne pas avoir reçu de formation spécifique concernant la gestion des enfants atteints de TSA. (Figure 22)

DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était d'établir un état des lieux des soins bucco-dentaires chez les enfants atteints de troubles du spectre autistique (TSA) dans la wilaya de Tlemcen. Les résultats obtenus à travers les deux questionnaires (parents et médecins dentistes) ont permis de mieux comprendre les pratiques actuelles, les obstacles rencontrés, ainsi que les besoins spécifiques de cette population. Cette discussion détaillée vise à analyser chaque aspect relevé dans les résultats pour en dégager des perspectives d'amélioration concrètes.

I. QUESTIONNAIRES DES PARENTS :

I.1. Le sexe :

Selon les résultats de notre étude, on a constaté une prédominance masculine du sexe-ratio. Cette prévalence masculine observée dans notre étude est en accord avec plusieurs recherches antérieures. Murshid (2011) avait mené son étude en Arabie Saoudite, où il avait examiné l'état bucco-dentaire et les comportements des enfants atteints de TSA, constatant une nette majorité de garçons parmi les sujets(48). Fombonne (2003), à travers une revue épidémiologique réalisée en France et au Canada, rapporte un sexe-ratio élevé, atteignant 4 garçons pour 1 fille, voire plus dans certaines formes cliniques(49). Une étude de Quant à Klein et Nowak (1998) avait été menée aux États-Unis et s'adressait principalement aux dentistes pédiatriques ; elle confirme également une prédominance marquée du sexe masculin parmi les enfants atteints de TSA(39).

I.2. L'hypersensibilité :

Les données recueillies ont montré que 54 % des enfants atteints de TSA avaient présenté une hypersensibilité aux sons et aux bruits, ce qui constituait la forme la plus fréquente d'hypersensibilité sensorielle observée dans la population étudiée. Ce résultat était cohérent avec l'étude de Baranek et al (2006) menée aux États-Unis, qui avait mis en évidence le fait que les enfants atteints de TSA présentaient davantage de symptômes sensoriels, en particulier dans les domaines auditif et tactile, comparativement aux enfants au développement typique(50).

Une autre étude, non spécifiée mais rapportée dans Teste (2018), avait montré que 88,9% d'un échantillon d'enfants atteints de TSA présentaient une hypersensibilité auditive, confirmant ainsi la forte prévalence de cette sensibilité dans cette population(51).

Par ailleurs, 9 % des enfants étaient hypersensibles au toucher, ce qui peut engendrer un refus de contact physique, y compris les gestes de soin comme l'ouverture de la bouche,

l'utilisation d'instruments ou le simple fait d'être approché par le praticien. Les enfants atteints d'un TSA peuvent présenter une hypersensibilité dans les régions intrabuccales et péribuccales, de ce fait, éprouver de la frustration ou une réaction disproportionnée lors d'un léger toucher ou même se replier pendant l'examen dentaire. Ainsi, on peut s'attendre à un comportement négatif, voire agressif, de la part du jeune patient autiste en riposte à un stimulus sensoriel aggravé(52).

Parmi ces enfants 5.1 % étaient hypersensibles à la lumière, ce qui peut poser un réel problème dans un cabinet dentaire fortement éclairé, notamment avec l'éclairage direct au-dessus du fauteuil. Selon l'étude de Tomchek & Dunn (2007), réalisée aux États-Unis et portant sur l'analyse des profils sensoriels chez les enfants avec TSA, ces derniers peuvent se couvrir les yeux sous l'effet de la lumière, alors que les enfants ne souffrant pas de TSA s'adaptent habituellement sans difficulté(53).

Enfin, 31,9% ne présentaient aucune hypersensibilité identifiée, ce qui indiquait que près d'un tiers des enfants atteints de TSA pouvaient potentiellement tolérer un environnement clinique classique, à condition d'une approche douce et adaptée.

Ces résultats soulignent l'importance pour les médecins dentistes de prendre en compte les particularités sensorielles de chaque enfant avant et pendant la consultation. Une évaluation sensorielle préalable permettra d'adapter l'environnement :

- Baisser l'intensité lumineuse par une pièce avec éclairage tamisé.
- Réduire les bruits.
- Éviter le contact physique brutal.

I.3. Capacité de l'enfant à comprendre les consignes :

Les résultats ont révélé que 79,6 % des enfants avec TSA étudiés étaient capables de comprendre les consignes données par leurs parents. Ce chiffre était relativement élevé et encourageant, ce qui montrait le rôle crucial des parents dans les contextes des soins bucco-dentaires, en amont des consultations, de préparer l'enfant psychologiquement à ce qu'il allait vivre, et de l'informer à l'aide de routines, des histoires sociales, de supports visuels, et de renforcer des comportements coopératifs.

I.4. Capacité de parler et d'exprimer la douleur :

Selon l'étude menée par Waldman et al. (2008), réalisée aux États-Unis et axée sur l'accès aux soins de santé chez les personnes avec TSA, entre 25 % et 40 % des enfants atteints

de TSA ne possédaient aucune habileté de communication verbale, ce qui compliquait fortement leur prise en charge médicale et dentaire(54).

De leur côté, Dawson & Watling (2000), dans une étude nord-américaine portant sur les troubles sensoriels et de communication chez les enfants avec TSA, ont également mis en évidence un taux comparable de déficits de langage verbal, en soulignant l'impact direct de ces troubles sur les interactions sociales et l'identification de la douleur(55). En revanche, les résultats de notre étude ont révélé un taux légèrement plus élevé, atteignant 50,5 %, ce qui indique que plus d'un enfant atteint de TSA sur deux dans notre échantillon est dans l'incapacité de s'exprimer verbalement.

Ces déficits de communication verbale peuvent empêcher l'expression directe de la douleur, rendant le repérage de problèmes bucco-dentaires plus complexe. Cette difficulté souligne l'importance d'un suivi dentaire régulier et préventif, permettant de détecter les problèmes avant qu'ils ne deviennent douloureux, car l'enfant pourrait ne jamais signaler son malaise de façon explicite.

I.5. Le nombre des visites chez le médecin dentiste :

Les résultats de l'étude ont indiqué que la majorité des enfants atteints TSA (près de 80 %) avaient consulté le médecin dentiste entre zéro et trois séances dentaires. Cette donnée met en évidence une réalité préoccupante : pour une population à risque élevé de troubles bucco-dentaires, la fréquence des visites reste faible, et souvent insuffisante pour assurer une prise en charge globale, continue et préventive.

Dans l'étude de Stein et al. (2011), conduite aux États-Unis et portant sur l'accès aux soins dentaires chez les enfants atteints de TSA, il avait été rapporté que près de 50 % des participants (tous groupes confondus) ne s'étaient pas présentés chez le médecin dentiste pour réaliser les soins dentaires annuels recommandés(52). Par ailleurs, dans cette même étude, 30 % des parents d'enfants atteints de TSA avaient déclaré que leur enfant n'avait pas consulté le médecin dentiste pour un simple soin au cours des 12 derniers mois(52). Ces chiffres confirment et appuient les résultats de notre étude locale.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette limitation. D'abord, les troubles du comportement fréquemment associés à l'autisme comme l'anxiété, l'agitation, et l'hypersensibilité sensorielle rendent souvent difficile le déroulement des consultations dentaires.

De plus, selon Casamassimo et al. (2004), dans une étude réalisée aux États-Unis sur les obstacles rencontrés par les praticiens dans le traitement des enfants à besoins spécifiques, de nombreux médecins dentistes manquaient de formation adaptée concernant les caractéristiques cognitives et sensorielles des patients atteints de TSA. Cette méconnaissance engendrait une hésitation, voire un refus de les traiter, par manque de compétences en gestion comportementale(56).

I.6. Les nombre et le type des soins dentaires :

Lorsque l'on a croisé le nombre avec les types de traitements effectués, on a constaté une prédominance nette de l'extraction dentaire (58,16 %), suivie de loin par les soins conservateurs (restauration : 16,36 %, détartrage : 1,82 %) et les traitements combinés (23,64%).

Cette distribution montrait clairement que la majorité des soins prodigués étaient curatifs et d'urgence, notamment les extractions, souvent réalisées en première intention chez les enfants présentant des douleurs aiguës ou une coopération limitée. Ce type de traitement est généralement associé à un faible nombre de séances, ce qui se reflétait dans la proportion importante d'enfants ayant eu une ou deux consultations maximums.

Inversement, les soins conservateurs et préventifs comme la restauration ou le détartrage, qui nécessitent une approche progressive et un minimum de coopération, étaient peu représentés. Ils apparaissaient davantage chez les enfants ayant bénéficié de plusieurs séances, ce qui suggère que seuls les enfants les plus stables ou les mieux préparés peuvent accéder à ce type de soins.

Le groupe ayant reçu des soins mixtes (23,64 %), combinant extraction et restauration, correspondait probablement aux enfants ayant eu deux à trois soins ou plus, indiquant une tentative de prise en charge plus complète.

I.7. Anxiété et agitation de l'enfant pendant les séances dentaires :

Les résultats obtenus ont révélé un chiffre particulièrement marquant : 91 % des enfants avec TSA présentaient des signes d'anxiété durant les consultations dentaires, et 53,3 % des traitements étaient interrompus à cause d'une agitation excessive. Ces données soulignent une réalité bien connue dans la littérature : l'environnement du cabinet dentaire constitue un lieu particulièrement anxiogène pour les enfants atteints de TSA.

Dans l'étude de Murshid (2011), réalisée en Arabie Saoudite, des parents avaient déclaré que les difficultés de coopération de leurs enfants atteints de TSA étaient l'une des principales raisons pour lesquelles ils évitaient d'aller à la clinique dentaire(48). Cette étude montrait un lien direct entre l'anxiété et la faible fréquentation des soins.

En Suède, Bäckman & Pilebro (1999) avaient étudié le comportement des enfants avec TSA en milieu dentaire, et avaient souligné que l'anxiété non prise en charge pouvait évoluer en crises comportementales aiguës, empêchant souvent le déroulement normal des soins(57).

En France, Thivichon (1985) (cité dans Loo et al. (2008)) avait indiqué que 77 % des enfants avec TSA venant pour une première consultation chez le médecin dentiste étaient anxieux et non coopérants(58), mettant en lumière l'impact psychologique du contexte dentaire.

Aux États-Unis, plusieurs études ont confirmé cette tendance :

Klein & Nowak (1998), dans une revue dédiée aux dentistes pédiatriques, insistaient sur la fréquence élevée des comportements d'évitement ; tels que le refus d'entrer dans la salle de soins, d'ouvrir la bouche ou d'établir un contact visuel, ainsi que des comportements d'agitation chez les patients avec TSA lors des soins(39).

Friedlander et al. (2006) rappelaient que l'anxiété pouvait engendrer une réaction de panique ou d'agressivité, perturbant fortement la séance(59).

Enfin, Loo et al. (2008) avaient également relevé une proportion importante d'enfants atteints de TSA manifestant de l'anxiété sévère dès le début des soins(58).

Cette anxiété, lorsqu'elle est mal gérée, peut rapidement se transformer en agitation, voire en crises comportementales intenses, nécessitant l'interruption de l'acte de soin. La probabilité de comportements perturbateurs devient alors élevée, ce qui complique, altère, voire empêche la réalisation des soins dentaires(51). Cela explique en partie le faible nombre de séances observé chez de nombreux enfants atteints de TSA, ainsi que la prédominance des traitements d'urgence, en particulier les extractions dentaires.

Afin de limiter ces manifestations anxieuses, des mesures simples peuvent être mises en place. Parmi ces mesures, on peut citer :

- Programmer les rendez-vous à des heures calmes, lorsque la salle d'attente est moins fréquentée.
- Recevoir l'enfant directement en salle de soin dès son arrivée, sans passer par la salle d'attente.

- Planifier la séance de l'enfant en toute fin de journée, afin d'éviter les retards accumulés et les stimulations excessives.
- Contacter les parents peu avant le rendez-vous pour leur indiquer l'heure idéale d'arrivée, évitant ainsi une attente prolongée.
- Aménager un espace d'attente adapté, incluant des outils visuels ou des objets sensoriels (balles anti-stress, jouets à textures, casques antibruit, etc.), afin de calmer l'enfant et rendre son passage au cabinet moins stressant.

Ces ajustements simples permettent de limiter l'exposition à un environnement potentiellement déroutant, et ainsi de favoriser une meilleure tolérance des soins.

I.8. Les méthodes utilisées par le médecin dentiste au cours du traitement :

Les résultats de notre étude ont montré que la majorité des médecins dentistes s'appuyaient principalement sur l'aide des parents au cours des soins prodigués aux enfants avec TSA. Cette méthode, bien que pratique et souvent rassurante pour l'enfant, met en lumière plusieurs limites structurelles et professionnelles dans la prise en charge bucco-dentaire de cette population.

En effet, des études menées dans différents contextes internationaux ont confirmé que les parents d'enfants ayant des besoins spécifiques rencontraient des obstacles notables dans l'accès aux soins dentaires. En Europe, notamment au Royaume-Uni, Chew et al. (2006) ont souligné qu'une mauvaise compréhension des spécificités comportementales des enfants atteints de TSA de la part des dentistes constituait une barrière majeure, leur étude avait montré que des soins plus efficaces et plus adaptés pouvaient être obtenus si les praticiens étaient formés aux réactions sensorielles et émotionnelles des enfants autistes(60).

En Amérique du Nord, Glassman et al. (2005), dans une étude réalisée aux États-Unis, ont mis en lumière le manque de structures dentaires accessibles aux enfants avec des handicaps complexes, et surtout le manque de personnel qualifié, ce qui obligeait souvent les familles à renoncer aux soins ou à parcourir de longues distances(61). De même, DeMattei et al. (2007) ont constaté que de nombreux dentistes se sentaient peu préparés à recevoir des enfants avec TSA, en raison de l'absence de formation spécifique dans leur cursus universitaire, aggravant ainsi la marginalisation de ces enfants dans le domaine des soins dentaires(62).

Ces difficultés sont souvent accentuées par le manque de formation des praticiens aux spécificités des troubles du spectre autistique (TSA). Or, comme le rappellent Chew et al., une

meilleure compréhension des effets de TSA sur le comportement d'un patient permettrait d'assurer des soins plus adaptés, plus empathiques et plus efficaces(60).

Dans ce contexte, le recours à un questionnaire pré-consultation destiné aux parents constitue une démarche précieuse. Il permet au praticien de mieux connaître le profil sensoriel, émotionnel et comportemental de l'enfant avec TSA avant même la première consultation.

II. QUESTIONNAIRE DES MEDECINS DENTISTES :

II.1. Réalisation complète de l'acte de soin :

L'étude a révélé que 57,1 % des médecins dentistes interrogés n'avaient pas été en mesure de finaliser l'acte de soin chez les enfants atteints de TSA. Ce pourcentage significatif mettait en évidence les difficultés réelles rencontrées en cabinet, en lien avec les troubles du comportement, l'anxiété et l'hypersensibilité sensorielle fréquemment associés au trouble du spectre autistique (TSA). Il reflète également un manque de préparation clinique, ainsi qu'une absence de protocoles spécifiques adaptés, nécessaires pour assurer la réussite des soins auprès de cette population particulière.

II.2. Méthodes utilisées lors de la réalisation des soins dentaires :

Les résultats ont montré que la méthode la plus couramment utilisée par les médecins dentistes était le recours à l'aide des parents pendant les soins. Bien que cette pratique constitue une solution de terrain efficace dans bien des cas, elle met également en évidence le manque de recours à des stratégies cliniques spécifiquement adaptées aux enfants atteints de TSA.

L'implication des parents ne se limite pas à un simple rôle d'accompagnement passif : elle représente un véritable levier dans la réussite des soins. En effet, selon Marshall et al. (2008), dans une étude menée aux États-Unis, les parents étaient souvent les mieux placés pour anticiper les réactions comportementales de leur enfant, notamment dans un contexte stressant comme celui des soins dentaires(63). Leur étude avait montré que la collaboration active des parents pouvait aider le praticien à identifier les techniques de gestion comportementale les plus appropriées, telles que le tell-show-do, le renforcement positif, ou encore des méthodes de distraction adaptées au profil sensoriel de l'enfant.

Il est important de souligner que ces méthodes simples et efficaces peuvent être appliquées par tout praticien sensibilisé, même en l'absence d'une formation spécialisée. Leur mise en œuvre repose davantage sur une attitude bienveillante, de l'observation et de l'adaptation que sur des compétences techniques avancées.

Grâce à leur connaissance fine des particularités sensorielles, émotionnelles et relationnelles de leur enfant, les parents fournissent des indications précieuses qui permettent d'adapter l'approche thérapeutique à chaque situation. Leur participation contribue ainsi à limiter les comportements oppositionnels, à instaurer un climat de confiance, et à augmenter la tolérance de l'enfant aux procédures cliniques.

En adoptant une posture de collaboration réelle avec les parents plutôt qu'un modèle vertical où le professionnel impose les soins, le praticien peut créer un environnement plus sécurisant, individualisé et donc plus propice à la coopération de l'enfant. Adopter une posture de collaboration avec les parents, plutôt qu'un modèle strictement descendant, permet de créer un environnement plus sécurisant, individualisé et propice à la coopération de l'enfant avec TSA.

II.3. Utilisation du MEOPA et de l'anesthésie générale

L'analyse de notre étude a révélé une absence totale de recours au MEOPA et à l'AG dans la prise en charge des enfants atteints de TSA interrogés. Pourtant, ces deux techniques sont reconnues pour faciliter les soins chez les patients anxieux ou non coopérants.

Ce constat reflétait un manque important d'équipement et de formation dans les structures dentaires. En 2015, seulement 600 cabinets en France étaient équipés du MEOPA, illustrant la rareté de ce dispositif même à l'échelle nationale. L'AG, quant à elle, restait difficile d'accès en dehors du milieu hospitalier(44).

Ce déficit limite les options thérapeutiques disponibles pour cette population et renforce la nécessité de développer l'accès à ces moyens sédatifs, notamment dans les zones à ressources limitées.

Dans le cadre de la recherche sur la pratique actuelle en matière de soins bucco-dentaires destinés aux enfants atteints de TSA en Algérie, nous avons eu l'opportunité d'entrer en contact avec un pédodontiste exerçant à Alger, spécialisé dans la prise en charge d'enfants avec des besoins spéciaux. Il a souligné que cette prise en charge reposait principalement sur l'adaptation des techniques thérapeutiques en fonction de la situation clinique de chaque patient. Parmi les approches mises en œuvre dans son centre, on distingue :

- L'usage raisonné de la sédation, selon le degré d'anxiété ou la complexité des soins :
 - Sédation minimale (anxiolyse)
 - Sédation modérée (consciente)
 - Sédation profonde

- L'AG, dans les cas les plus complexes
- L'intégration de l'HypnoVR, outil de réalité virtuelle hypnotique, particulièrement utile chez les enfants peu coopérants, afin de réduire l'anxiété et favoriser une meilleure acceptation des soins
- L'application de techniques comportementales non médicamenteuses, notamment dans les soins simples tels que l'application de fluor ou la réalisation de scellements des sillons.

II.4. La participation à des formations de prise en charge des enfants atteints de TSA :

Notre enquête a mis en évidence un déficit notable dans la formation des médecins dentistes à la prise en charge des enfants atteints de TSA, avec 90 % des répondants ayant déclaré n'avoir reçu aucune formation spécifique dans ce domaine.

Ce constat n'est pas isolé à notre contexte. Plusieurs études internationales confirment cette tendance inquiétante. En Europe, Weil et Inglehart (2010), dans une recherche menée en Allemagne, ont révélé que l'enseignement relatif à la gestion des patients atteints de TSA restait très limité dans les programmes universitaires d'odontologie(40). Les auteurs plaident pour l'intégration urgente de modules spécifiques dans les cursus de formation initiale.

Aux États-Unis, Wolff et al. (2004) ont interrogé des étudiants en chirurgie dentaire et ont constaté que plus de 50 % d'entre eux n'avaient jamais eu d'expérience clinique avec des patients atteints de TSA, et que 60 % ne se sentaient pas confiants dans leur capacité à les prendre en charge efficacement(64).

De même, Dao et al. (2005) ont mené une étude en Amérique du Nord montrant que plus de 60 % des dentistes se déclaraient mal préparés ou pas du tout préparés à traiter les patients ayant des besoins particuliers, notamment ceux avec un retard mental ou des troubles neurodéveloppementaux comme les TSA(65) .

Face à l'ampleur de ces lacunes, il devient impératif de renforcer la formation initiale et continue des médecins dentistes. Une telle évolution permettrait d'assurer une prise en charge plus adaptée, humaine et efficace des enfants atteints de TSA, tout en réduisant les inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires.

Il est à noter qu'au sein de notre faculté, un pas important a été franchi en intégrant le cours de l'approche psychologique du patient au cabinet dentaire dans le programme des étudiants en médecine dentaire. Cette initiative vise à mieux sensibiliser les futurs praticiens aux particularités psychologiques de certains patients.

POINTS FORTS DE L'ETUDE :

Parmi les points forts de ce travail, il convient de souligner qu'il s'agit de la première étude menée dans la wilaya de Tlemcen portant spécifiquement sur l'état des lieux des soins bucco-dentaires destinés aux enfants atteints de TSA. Elle constitue ainsi une contribution originale dans un domaine encore peu exploré au niveau local.

Un autre point fort réside dans la dimension pratique et engagée du mémoire, à travers l'organisation d'une journée de sensibilisation au sein d'une association accueillant des enfants atteints de TSA. Cette initiative nous a permis d'établir un contact direct avec les enfants, leurs familles et les professionnels encadrants. Lors de cette journée, nous avons abordé la relation entre le TSA et la santé bucco-dentaire, en mettant l'accent sur les facteurs de risque spécifiques à cette population, ainsi que sur les conséquences d'un manque d'hygiène bucco-dentaire. Des conseils pratiques ont été partagés avec les parents pour les aider à mieux accompagner leurs enfants dans leur quotidien. Afin de rendre l'échange accessible et agréable, des activités ludiques ont été organisées pour sensibiliser les enfants dans une ambiance détendue. Enfin, une brochure informative reprenant les points clés de notre intervention a été distribuée aux parents afin de prolonger l'impact de cette action (l'annexe n°03.). Nous avons également orienté les parents vers la clinique dentaire publique du CHU Dr.Tidjani Damerdji, en les informant de la possibilité d'y faire suivre leur enfant par un professionnel de santé bucco-dentaire.

Enfin, l'étude s'appuie sur une double enquête terrain menée à la fois auprès des parents d'enfants avec TSA et des médecins dentistes, ce qui a permis de croiser les regards et d'identifier de manière plus fine les insuffisances actuelles en matière de prise en charge, notamment en ce qui concerne la formation des praticiens et l'accompagnement des familles.

LIMITES DE L'ETUDE

- Cette recherche a été menée sur un échantillon limité de participants, ce qui ne permet pas d'étendre les conclusions à toute la population d'enfants atteints de TSA dans la wilaya de Tlemcen.
- Lors du remplissage du questionnaire, certains parents semblaient peu informés concernant la santé bucco-dentaire de leur enfant TSA.
- Certains praticiens contactés n'ont pas répondu au questionnaire en ligne, ce qui a réduit la représentativité des résultats concernant les professionnels de santé bucco-dentaire.

CONCLUSION

Cette étude, menée dans la wilaya de Tlemcen, a mis en évidence des insuffisances notables dans la prise en charge bucco-dentaire des enfants atteints de TSA. Grâce à l'analyse descriptive d'un échantillon composé d'enfants atteints de TSA et de médecins dentistes exerçant dans la wilaya de Tlemcen, cette recherche a permis de dresser un état des lieux représentatif de la situation locale en matière de soins bucco-dentaires destinés à cette population.

Les résultats montrent que près de 30 % des enfants TSA n'ont jamais consulté de dentiste, et que la majorité des soins réalisés étaient des extractions dentaires (58 %). Les soins conservateurs ou préventifs restent marginaux, ce qui reflète un accès limité à une prise en charge régulière et adaptée.

L'étude a également mis en évidence des comportements d'agitation ou d'anxiété chez 91 % des enfants lors des consultations dentaires, entraînant l'arrêt du traitement dans plus de 53 % des cas. Du côté des professionnels, 57,1 % des praticiens interrogés ont reconnu ne pas avoir pu achever l'acte de soin face aux réactions comportementales de l'enfant, et 90 % ont déclaré ne jamais avoir reçu de formation spécifique à la prise en charge des enfants atteints de TSA.

Enfin, cette étude met en lumière la nécessité de renforcer la formation des professionnels, de développer des approches adaptées aux particularités de ces enfants, et de soutenir davantage les familles dans leur parcours de soins.

RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES

Face à ces constats, plusieurs recommandations peuvent être proposées :

Aux établissements de santé publique et sociales :

- Intégrer des services de soins bucco-dentaires adaptés aux enfants en situation de handicap, y compris les enfants autistes, dans les structures publiques.
- Mettre en place des programmes de collaboration entre services de santé mentale, services sociaux et services dentaires.
- Organiser, en collaboration avec les associations spécialisées dans l'autisme, des séances de sensibilisation à la santé bucco-dentaire destinées aux parents et aux professionnels accompagnant les enfants autistes.

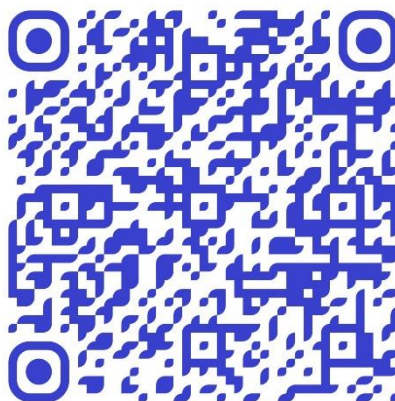
Aux médecins psychiatres :

- Collaborer étroitement avec les médecins dentistes en orientant les familles vers des praticiens sensibilisés ou formés.
- Intégrer la santé bucco-dentaire dans les suivis globaux de ces enfants.
- Participer à des formations conjointes avec les dentistes afin de mieux comprendre les gestes, les peurs et les besoins des enfants atteints de TSA en contexte dentaire.

Aux médecins dentistes :

- Suivre des formations continues en lien avec la prise en charge des enfants atteints de TSA.
- Développer des techniques d'approche adaptées et des protocoles des soins spécifiques à cette population.
- Collaborer avec les familles et les psychiatres pour construire un climat de confiance et adapter les soins aux besoins spécifiques de chaque enfant.
- Une brochure à l'intention des médecins dentistes a été élaborée dans le cadre de ce travail. Elle contient des conseils pratiques et des recommandations facilitant la prise en charge bucco-dentaire des enfants atteints de TSA.

Le code QR ci-dessous donne accès à la version numérique de cette brochure.



À la suite de cette étude, et à la lumière des résultats obtenus, plusieurs perspectives peuvent être envisagées. Il serait notamment souhaitable de :

- Mener davantage d'études locales ou régionales portant sur la prise en charge bucco-dentaire des enfants atteints de TSA.
- Réaliser des études cliniques permettant d'évaluer l'état bucco-dentaire réel de ces enfants.
- Approfondir l'analyse des pratiques professionnelles et du recours à des techniques spécifiques (MEOPA, anesthésie générale, approche comportementale).
- Étendre ce type d'enquête à d'autres wilayas afin de permettre des comparaisons régionales.
- Encourager la mise en place de parcours de soins adaptés et de formations ciblées à destination des professionnels de santé bucco-dentaire.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. American Psychiatric Association A, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV: American psychiatric association Washington, DC; 1994.
2. Salari N, Rasoulpoor S, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Jafarpour S, Abdoli N, et al. The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian journal of pediatrics*. 2022;48(1):112.
3. Zeidan J, Fombonne E, Scorch J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research*. 2022;15(5):778-90.
4. Akomolafe AF, Abdallah BM, Mahmood FR, Elshoeibi AM, Al-Khulaifi AA, Mahmoud E, et al. Estimates of the Prevalence of Autism Spectrum Disorder in the Middle East and North Africa Region: A Systematic Review and Meta-Analysis. *medRxiv*. 2024:2024.08. 27.24312604.
5. Jaber MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. *Journal of Applied Oral Science*. 2011;19:212-7.
6. Da Silva SN, Gimenez T, Souza RC, Mello-Moura ACV, Raggio DP, Morimoto S, et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *International journal of paediatric dentistry*. 2017;27(5):388-98.
7. El Khatib AA, El Tekeya MM, El Tantawi MA, Omar T. Oral health status and behaviours of children with Autism Spectrum Disorder: a case–control study. *International journal of paediatric dentistry*. 2014;24(4):314-23.
8. Feinstein A. A history of autism: Conversations with the pioneers: John Wiley & Sons; 2011.
9. Evans B. How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *History of the human sciences*. 2013;26(3):3-31.
10. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*. 1943;2(3):217-50.
11. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children: 1. Prevalence. *Social psychiatry*. 1966;1:124-35.
12. Rutter M. Diagnosis and definition of childhood autism. *Journal of autism and childhood schizophrenia*. 1978;8:139-61.
13. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*. 1979;9(1):11-29.
14. Pichot P. DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association. *Revue neurologique*. 1986;142(5):489-99.
15. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*. 1985;21(1):37-46.
16. Bishop DV. Forty years on: Uta Frith's contribution to research on autism and dyslexia, 1966–2006. *Quarterly journal of experimental psychology*. 2008;61(1):16-26.
17. Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Öner Ö, et al. Troubles du spectre autistique. Manuel de la IACAPAP pour la Santé Mentale de l'Enfant et de

-
- l'Adolescent International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012.
18. Garcin N, Moxness K. L'impact de la nouvelle définition des Troubles du Spectre de l'autisme du DSM-5. Communication présentée aux membres du Réseau National TED, Québec. 2013.
 19. Misès R, Garret-Gloane N, Coinçon Y. Classification de l'autisme et des psychoses précoces, plaidoyer pour des convergences. *L'information psychiatrique*. 2010;86(3):223-6.
 20. Bellahsen N. Troubles du spectre de l'autisme et santé bucco-dentaire: évaluation des pratiques et élaboration de recommandations 2017.
 21. Cuny F, Gasser F. Evaluation des capacités de communication verbale et non verbale chez l'enfant autiste. *Glossa*. 2000(70):4-14.
 22. Thommen E, Cartier-Nelles B, Guidoux A, Wiesendanger S. Les particularités cognitives dans le trouble du spectre de l'autisme. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*. 2014;165:290-7.
 23. Poirier N, des Rivières-Pigeon C. Les aspects positifs et les difficultés de la vie des parents d'enfants ayant un TSA. *Revue québécoise de psychologie*. 2013;34(3):1-18.
 24. Paquet A, Vaivre-Douret L. Apport de l'évaluation développementale neuro-psychomotrice auprès d'enfants avec un Trouble du Spectre de l'Autisme. *Corps & Psychisme*. 2019;74(1):143-57.
 25. Mwali E, Delvenne V. Traitements médicamenteux dans les troubles du spectre de l'autisme: actualités. *Rev Med Brux*. 2022;43:135-44.
 26. Tendlarz SE, Caussil S. Enfants autistes. *La Cause freudienne*. 2011;78(2):103-8.
 27. Poirier N, Forget J. Les critères diagnostiques de l'autisme et du syndrome d'Asperger: similitudes et différences. *Santé mentale au Québec*. 1998;23(1):130-48.
 28. Murad A, Fritsch A, Bizet É, Schaal C, editors. *L'autisme à l'âge adulte: aspects cliniques*. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique; 2014: Elsevier.
 29. Mazet P, Houzel D. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Troubles de la personnalité; Troubles psychosomatiques et troubles psychiques liés à une atteinte somatique; Troubles liés à l'âge; La thérapeutique; Problèmes généraux et administratifs*: Maloine; 1986.
 30. Darby I, Curtis M. Microbiology of periodontal disease in children and young adults. *Periodontology 2000*. 2001;26(1).
 31. *Physiopathologie de l'occlusion chez l'enfant*. 2022.
 32. Dr-AOUAIDJIA. *Parodonte de l'enfant*. 2023.
 33. Kale S, Kakodkar P, Shetiya S, Abdulkader R. Prevalence of dental caries among children aged 5–15 years from 9 countries in the Eastern Mediterranean Region: a meta-analysis. *East Mediterr Health J*. 2020;26(6):726-35.
 34. Bossù M, Corridore D, D'Errico A, Ladniak B, Ottolenghi L, Polimeni A. Education and dentistry: Advanced synergy in the dental treatment of children with autism; a pilot clinical trial. *Senses and Sciences*. 2014;1(3).
-

35. Marshall J, Sheller B, Mancl L. Caries-risk assessment and caries status of children with autism. *Pediatric dentistry*. 2010;32(1):69-75.
36. Valentin A. Autisme et santé bucco-dentaire: une approche spécifique: UHP-Université Henri Poincaré; 2011.
37. Lu Y-Y, Wei I-H, Huang C-C. Dental health—A challenging problem for a patient with autism spectrum disorder. *General hospital psychiatry*. 2013;35(2):214. e1-. e3.
38. Doumbouya DMA. Informations pour les professionnels de la santé buccodentaire.
39. Klein U, Nowak A. Autistic disorder: a review for the pediatric dentist. *Pediatric dentistry*. 1998;20:312-7.
40. Weil TN, Inglehart MR. Dental education and dentists' attitudes and behavior concerning patients with autism. *Journal of dental education*. 2010;74(12):1294-307.
41. THIVICHON AMIDB. PRISE EN CHARGE ODONTOLOGIQUE DE L'ENFANT AUTISTE: UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I; 1985.
42. Gagnon S. Utilité de pictogrammes pour améliorer la santé bucco-dentaire et le comportement des enfants autistes. 2013.
43. Atash R, Vanden Abbeele A. Utilisation du mélange équimolaire oxygène/protoxyde d'azote (MEOPA) en dentisterie pédiatrique. *Revue médicale de Bruxelles*. 2008;29(4):257-61.
44. LES TROUBLES DSD. DIPLOME UNIVERSITAIRE «AUTISME ET TROUBLES APPARENTES». 2017.
45. Boudara JM. Prise en charge buccodentaire de l'enfant atteint d'autisme: les différents moyens de communication. 2019.
46. SDMag. Dentistry and autism 2017 [updated 20 june 2017. Available from: <https://www.sdmag.co.uk/2017/06/20/dentistry-and-autism/>
47. 2022. Model core curriculum for Dental Education in Japan
48. Murshid EZ. Characteristics and dental experiences of autistic children in Saudi Arabia: cross-sectional study. *Journal of autism and developmental disorders*. 2011;41:1629-34.
49. Fombonne E. The prevalence of autism. *Jama*. 2003;289(1):87-9.
50. Baranek GT, David FJ, Poe MD, Stone WL, Watson LR. Sensory Experiences Questionnaire: discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(6):591-601.
51. Teste M. Le rôle des parents dans la prévention bucco-dentaire chez les enfants autistes: Université Toulouse III-Paul Sabatier; 2018.
52. Stein LI, Polido JC, Mailloux Z, Coleman GG, Cermak SA. Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *Special Care in Dentistry*. 2011;31(3):102-10.
53. Tomchek SD, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. *The American journal of occupational therapy*. 2007;61(2):190-200.
54. Waldman HB, Perlman SP, Wong A. Providing dental care for the patient with autism. *Journal of the california dental association*. 2008;36(9):663-70.

55. Dawson G, Watling R. Interventions to facilitate auditory, visual, and motor integration in autism: A review of the evidence. *Journal of autism and developmental disorders*. 2000;30:415-21.
56. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *Journal of dental education*. 2004;68(1):23-8.
57. Bäckman B, Pilebro C. Visual pedagogy in dentistry for children with autism. *ASDC journal of dentistry for children*. 1999;66(5):325-31, 294.
58. Loo CY, Graham RM, Hughes CV. The caries experience and behavior of dental patients with autism spectrum disorder. *The Journal of the American Dental Association*. 2008;139(11):1518-24.
59. Friedlander AH, Yagiela JA, Paterno VI, Mahler ME. The neuropathology, medical management and dental implications of autism. *The Journal of the American Dental Association*. 2006;137(11):1517-27.
60. Chew LC, King NM, O'Donnell D. Autism: the aetiology, management and implications for treatment modalities from the dental perspective. *Dental update*. 2006;33(2):70-83.
61. Henderson T, Helgeson M, Niessen L, Demby N, Miller C, Meyerowitz C, et al. Oral health for people with special needs: consensus statement on implications and recommendations for the dental profession. *Journal of the California Dental Association*. 2005;33(8):619-23.
62. DeMattei R, Cuvo A, Maurizio S. Oral assessment of children with an autism spectrum disorder. *American Dental Hygienists' Association*. 2007;81(3):65-.
63. Marshall J, Sheller B, Mancil L, Williams BJ. Parental attitudes regarding behavior guidance of dental patients with autism. *Pediatric Dentistry*. 2008;30(5):400-7.
64. Wolff AJ, Waldman HB, Milano M, Perlman SP. Dental students' experiences with and attitudes toward people with mental retardation. *The Journal of the American Dental Association*. 2004;135(3):353-7.
65. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentists and special needs patients: does dental education matter? *Journal of dental education*. 2005;69(10):1107-15.

ANNEXES

Annexe 01 : Questionnaire destiné aux parents d'enfants atteints de (TSA)



Questionnaire pour les parents sur l'état des lieux des soins bucco-dentaires chez les enfants atteints de TSA au niveau de la wilaya de Tlemcen 2024/2025



1 Quel est le sexe de votre enfant?

☐ Masculin
☐ Féminin

2 Quel est l'âge de votre enfant?

☐ 0-4 ans
☐ 5-11 ans
☐ 12-18 ans

3 Votre enfant présente-t-il une hypersensibilité à

☐ Toucher.
☐ La lumière
☐ Sons et bruit
☐ Aucune hypersensibilité.

4 Votre enfant comprend-il vos consignes?

☐ Oui.
☐ Non.

5 Votre enfant est-il capable de parler?

☐ Oui.
☐ Non.

6 Combien de fois avez-vous emmené votre enfant chez le médecin dentiste

☐ Aucune fois.
☐ Une seule fois.
☐ Deux fois
☐ Trois fois
☐ Plus que quatre fois

7 Ces visites ont-elles eu lieu?

☐ Un médecin dentiste privé.
☐ Un service hospitalier.
☐ Les deux

8 A-t-il déjà bénéficié de soins dentaires?

☐ Oui.
☐ Non.

9 Combien de fois a-t-il reçu des soins dentaires?

☐ Une seule fois.
☐ Deux à trois fois
☐ Plusieurs fois
☐ Aucune fois

10 Quels types de soins a-t-il/elle reçus?

☐ Extraction
☐ Restauration simple.
☐ Soins endodontiques.
☐ Détartrage
☐ Rien

11 Votre enfant a-t-il été anxieux ou agité lors des visites chez le médecin dentiste?

☐ Oui.
☐ Non.

12 Est-il déjà arrivé que le médecin dentiste interrompe le soin de votre enfant en raison de sa colère ou de ses cris intenses?

☐ Oui.
☐ Non.

13 Quelles méthodes ont été utilisées pour faciliter les soins dentaires de votre enfant?

☐ Tell - Show - Do?
☐ Stop signal?
☐ Distraction?
☐ Renforcement positif?
☐ Modélisation?
☐ Par l'aide des parents?

14 En cas d'échec de ces méthodes, le MEOPA a-t-il été utilisé?

☐ Oui.
☐ Non.

15 Une anesthésie générale a-t-elle été utilisée pour soigner votre enfant?

☐ Oui.
☐ Non.

Annexe 02 : Questionnaire à l'intention des médecins dentistes

 Questionnaire pour les médecins dentistes sur l'état des lieux des soins bucco-dentaires chez les enfants atteints de TSA au niveau de la wilaya de Tlemcen 2024/2025 	
1 Vous êtes un médecin dentiste: ☐ Généraliste. ☐ Spécialiste.	7 Avez-vous utilisé l'anesthésie générale lors des soins? ☐ Oui, des fois. ☐ Non, jamais.
2 Vous travaillez dans le secteur: ☐ Publique. ☐ Privé.	8 Avez-vous participé à des formations sur la prise en charge des enfants autistes ? ☐ Oui. ☐ Non.
3 Avez-vous reçu des enfants autistes à la clinique dans le cadre de traitements dentaires ? ☐ Oui. ☐ Non.	
4 Avez-vous pu soigner l'enfant et compléter l'ensemble de l'acte ? ☐ Oui. ☐ Non, on a pas pu à faire des actes.	
5 Si les soins avaient été faits, quelles étaient les méthodes utilisées lors des soins ? ☐ Tell - Show - Do? ☐ Stop signal? ☐ Distraction? ☐ Renforcement positif? ☐ Modélisation? ☐ Par l'aide des parents?	
6 Avez-vous utilisé le MEOPA lors des soins? ☐ Oui, des fois. ☐ Non, jamais.	

Annexe 03 : Brochure d'information à destination des parents d'enfants atteints de TSA

كيفية تعليم وتنشجيع طفل التوحد على العناية بأسنانه:

01- التعليم بالقذوة، بأن نحرص على تنظيف أسنانه باستمرار أمامه.

02- توفير فرشاة أسنان تناسب حجم فم الطفل، ويفضل في حالات التوحد أن تكون كهربائية حتى تعينه أكثر على التنظيف الجيد.

03- حسب مستوى استيعابه للمعلومة ومستوى فهمه نشرح له كيفية تنظيف الأسنان؛ بأن نقسم الفم إلى أربعة أقسام ثم حركات غسل كل جزء على حدى. حتى وإن كانت الفرشاة كهربائية فإن حركات الغسل مهمة جدا.

04- نحاول تعليمه كيفية المضغ والبصق، قبل أن يتعلم البصق الجيد يفضل أن لا يستعمل معجون الأسنان فنكتفي بالماء فقط للتنظيف.

05- لا ننس تعليمه غسل اللسان، واستعمال خيط الأسنان، أو غاسول الأسنان إذا كان الطفل متحفظا جدا.

06- حتى يتمكن الطفل من صناعة عادة تنظيف الأسنان يمكن أن نعينه بجدول متابعة العادات الإيجابية.

أهمية العناية بأسنان طفل التوحد ونظافتها:

تجنب الرائحة الكريهة للفم

الوقاية من مشاكل عسر الهضم، وسوء التغذية.

الوقاية من التهابات والالام.

الوقاية من فقدان المبكر للأسنان.

الوقاية من أمراض اللثة ونزيفها.

أمراض الفم والأسنان غير المعالجة ممكن أن تتسبب في مضاعفات التهابية خطيرة، حيث تنتقل البكتيريا من الفم عبر الدم إلى مختلف أعضاء الجسم مثل القلب، والرئتين، والمفاصل..

ما هو التوحد؟

التوحد هو أحد الإضطرابات العصبية التي تتسم بمشاكل في التواصل والسلوك، وعادة ما تبدأ أعراضه بالظهور قبل عمر 3 سنوات. [1]

يعاني مصابو التوحد من إضطرابات عصبية نمائية، ما يتسبب في ضعف التفاعل الاجتماعي، والتواصل اللفظي وغير اللفظي، وحدث أنماط سلوكية مقيدة ومتكررة.

هل يوجد علاقة بين التوحد وسوء صحة الأسنان؟

الطفل الذي لديه توحد لا يعني أن أسنانه وغيرها من ملامح وجهه ستكون مختلفة، لكن من المرجح أن يصاب هؤلاء الأطفال بمشاكل صحية في الفم وذلك لعدة أسباب منها: صعوبة تعلم الطفل لكيفية تنظيف الأسنان الصحيحة، بعض الأدوية، عدم اتباع نظام غذائي صحي، بعض السلوكيات الصعبة مثل ضرب الرأس، ومضغ الأجسام الصلبة، صعوبة تقبل الطفل لعلاج الأسنان ..

الوقاية خير من العلاج

العناية بأسنان طفل التوحد

ما هو التوحد؟ وهل يوجد علاقة بينه وبين صحة الأسنان؟

أهمية العناية بأسنان طفل التوحد ونظافتها.

كيفية تعليم وتنشجيع طفل التوحد على العناية بأسنانه.

زيارات طبيب الأسنان

المرفقات:

Les outils du PASO pour l'enfant et l'adolescent : Calendrier de brossage

Santé Bucco-Dentaire : Accompagner la Personne (Informations aux Aidants)

Planche Pictogrammes 1 - Rôle de la bouche

Planche Pictogrammes 2 - Brossage dentaire

Planche Pictogrammes 3 - Préparation à la visite chez le dentiste

Planche Pictogrammes 4 - Matériel du dentiste

Source: <https://sohdev.org/>

المصادر:

1- WebMD. What Is Autism? Retrieved on the 6th of December, 2022.

2- Why many children with autism have oral health problems/ Published: January 19, 2020 10.21am SAST

3- <https://sohdev.org/>

Par: YAHIAOUI Rim (Interne en Médecine dentaire- Faculté de Médecine de TLEMCEM)

Révisée par: Dr. BOUABDALLAH W, Maître de conférence B en psychiatrie.

Dr. BEDJAOUI A, Docteur en médecine dentaire.

زيارات طبيب الأسنان

01- معدل زيارة الطبيب الدورية = مرة كل أربعة أو ستة أشهر.

02- يجب أن يحرص الوالدان على فحص أسنان طفلهم باستمرار حتى إذا ما لاحظا بداية تسوس أو خلل راجعا للطبيب؛ وتم حل المشكلة مبكرا قبل حدوث أي التهاب أو بداية آلام تزيد في صعوبة المهمة.

03- قبل زيارة الطبيب يجب تحضير الطفل نفسيا بمحاولة شرح كيفية الفحص والعلاج من خلال مشاهدة صور أو فيديو (انظر المرفقات).

04- في حالات العلاج الصعبة، واستحالة التعامل مع الطفل يمكن للوالد أن يبحث عن عيادات لطب الأسنان أو مصالحي استشفائية يمكنها استعمال التخدير العام أو الغاز المؤدي للاسترخاء خلال العلاج فهذا يسهل العملية بشكل كبير جدا.

05- خلال زيارة طبيب الأسنان يُطلب من الوالدين شرح وضعية طفلهم جيدا للطبيب قبل البدء في المعالجة، وذكر كل الإصابات المرضية مع تاريخه المرضي كاملا من دون أي تحفظات قد تعارض مع نوع العلاج أو الدواء المقدم.

Résumé :

Les troubles du spectre autistique (TSA) sont des troubles neurodéveloppementaux affectant la communication, l'interaction sociale et les comportements. Leur impact sur la vie quotidienne des enfants complique considérablement l'accès aux soins, notamment bucco-dentaires.

Ce travail a pour objectif principal d'établir un état des lieux des soins bucco-dentaires chez les enfants atteints de TSA dans la wilaya de Tlemcen. Pour cela une étude descriptive et prospective a été menée auprès de deux populations : les parents d'enfants atteints de TSA et les médecins dentistes de la région.

Les résultats révèlent que 29 % des enfants TSA n'ont jamais consulté un dentiste, et que les soins réalisés étaient majoritairement des extractions (58 %). L'anxiété et l'agitation sont très fréquentes (91 %), conduisant à l'interruption des soins dans plus de la moitié des cas. Le recours aux techniques de sédation consciente (MEOPA) ou à l'anesthésie générale reste très limité.

Du côté des professionnels, 57,1 % n'ont pas pu mener les soins à terme, 90 % n'ont reçu aucune formation spécifique à la prise en charge des enfants autistes, et la majorité s'appuie sur l'aide des parents pendant les soins. Le manque de formation, d'équipements adaptés et de protocoles spécifiques constitue un frein majeur à une prise en charge de qualité.

En conclusion, cette étude met en évidence une accessibilité limitée aux soins bucco-dentaires pour les enfants atteints de TSA à Tlemcen, en raison de nombreuses barrières comportementales, structurelles et professionnelles. La formation des praticiens et l'adaptation de l'environnement de soin apparaissent comme des leviers essentiels pour améliorer cette prise en charge et garantir un accès équitable aux soins.

Mots-clés : Enfants, état des lieux, troubles du spectre autistique, soins bucco-dentaire.

ملخص:

اضطرابات طيف التوحد هي اضطرابات في النمو العصبي تؤثر على التواصل والتفاعل الاجتماعي والسلوكي. وهي تؤثر على الحياة اليومية للأطفال بشكل كبير إمكانية الحصول على الرعاية الصحية، وخاصة رعاية الفم والأسنان.

الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو تكوين نظرة عامة على الوضع الحالي للرعاية الصحية بالأسنان لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في ولاية تلمسان. ولتحقيق ذلك، أجريت دراسة وصفية واستشرافية شملت فئتين : أولياء الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد وأطباء الأسنان في المنطقة.

تكشف النتائج أن 29% من الأطفال لم يسبق لهم استشارة طبيب أسنان، وأن غالبية العلاجات المقدمة اقتصرت على عمليات خلع الأسنان (58%). ويُعدّ القلق والانفعال شائعين جدًا (91%)، مما يؤدي إلى انقطاع الرعاية في أكثر من نصف الحالات. ولا يزال استخدام تقنيات التخدير الواعي (MEOPA) أو التخدير العام محدودًا للغاية.

من بين الأطباء، لم يتمكن 57.1% منهم من إكمال العلاج، ولم يتلق 90% منهم أي تدريب محدد في رعاية أطفال بالتوحد، ويعتمد معظمهم على مساعدة الوالدين أثناء الرعاية. ويشكل نقص التدريب والمعدات المناسبة والبروتوكولات المحددة عقبة رئيسية أمام جودة الرعاية.

وفي الختام، تُسلط هذه الدراسة الضوء على محدودية فرص الحصول على رعاية الأسنان للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد في تلمسان، وذلك بسبب العديد من العوائق السلوكية والهيكالية والمهنية. ويبدو أن تدريب أطباء الأسنان وتكييف بيئة الرعاية يُعدّان من العوامل الأساسية لتحسين هذه الرعاية وضمان تكافؤ فرص الحصول عليها.

الكلمات المفتاحية: اضطرابات طيف التوحد، صحة الفم و الأسنان ، الأطفال.

Abstract:

Autism spectrum disorders (ASD) are neurodevelopmental disorders that affect communication, social interaction, and behavior. Their impact on children's daily lives significantly complicates access to care, particularly dental care.

The main objective of this study is to establish an overview of dental care among children with ASD in the province of Tlemcen. To this end, a descriptive and prospective study was conducted among two populations: parents of children with ASD and dentists in the region.

The results reveal that 29% of children have never consulted a dentist, and that the majority of dental care provided consisted of extractions (58%). Anxiety and agitation are very common (91%), leading to discontinuation of care in more than half of cases. The use of conscious sedation techniques (MEOPA) or general anesthesia remains very limited.

Among professionals, 57.1% were unable to complete their care, 90% received no specific training in caring for children with autism, and the majority rely on parental assistance during care. The lack of training, appropriate equipment, and specific protocols constitutes a major obstacle to quality care.

In conclusion, this study highlights limited access to oral care for children with ASD in Tlemcen, due to numerous behavioral, structural, and professional barriers. Practitioner training and adapting the care environment appear to be essential levers for improving this care and ensuring equitable access to care.

Keywords: autism spectrum disorders, children ,oral health.