



ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

L'HANDICAP ET L'ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Chiban Mouna*, Ameziane Rachida**, Chhoul Hakima**

* Spécialiste en Odontologie Pédiatrique,
** Professeur de l'enseignement supérieur
Service Odontologie Pédiatrique
Faculté de Médecine Dentaire de Rabat

RÉSUMÉ

Les enfants présentant un handicap sont particulièrement prédisposés au développement des pathologies bucco-dentaires, et pour cette population, la prévalence des dysmorphoses, des parodontopathies et des caries est plus importante que pour la population générale. Par ailleurs, leur prise en charge dans le cadre du cabinet dentaire nécessite que l'on prenne en compte à la fois leurs problèmes cognitifs, leur angoisse, leurs difficultés psychomotrices et le risque de co-morbidité lié à leurs troubles systémiques ainsi que les pathologies buccodentaires liées à leurs état de santé général. La santé bucco-dentaire de ces enfants pose un problème spécifique qui nécessite une approche préventive spécifique.

SUMMARY

The children presenting a handicap are particularly predisposed to the development of the oral pathologies, and for this population, prevalence of dysmorphoses, parodontopathies and dental disease is more important than for the general population. These patients should be enrolled in a prevention oral diseases program from their early years, consisting of oral hygiene instruction and frequent visits to the dentist. Besides, their coverage within the framework of the dentist's surgery requires that we take into account at the same time their cognitive problems, their fear and their difficulties.

Mots clés : Handicap ; soins dentaires ; prévention ; odontologie pédiatrique

Key words: Handicap; dental care; prevention; paediatric dentistry



Introduction

Donner une définition du handicap sur laquelle tout le monde s'accorde semble impossible. L'OMS, en 1980, propose trois niveaux d'analyse pour caractériser le handicap et établi la classification internationale des handicaps (CIH) (tableau 1):

- o La déficience, qui correspond à l'aspect lésionnel du handicap,
- o l'incapacité, qui représente son aspect fonctionnel
- o et le désavantage qui correspond à l'aspect situationnel du handicap. (1, 2, 3, 4)

Terme	Définition	Exemple
Déficience (Organisme)	Altération - d'une structure anatomique, - d'une fonction physiologique - psychologique.	Paraplégie
Incapacité (fonction)	Réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité.	Incapacité à monter un escalier
Désavantage (environnement)	Difficultés d'insertion sociale.	Ne peut accéder à un cabinet dentaire non adapté

Tableau 1 : Classification du handicap selon l'OMS (1980) (3)

Mais, une classification n'est pas un classement, c'est pourquoi l'OMS en 2001, a réalisé un travail de réflexion sur ces concepts et ces mots, ce qui a permis de considérer le handicap comme la conséquence d'une maladie au lieu de l'assimiler à la cause.

Puis, l'évolution des réflexions a permis de mettre en place la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé- (CIF) (3, 4). Celle-ci se propose d'aborder le handicap sous deux dimensions :

- La dimension individuelle, qui est décomposée en fonctions organiques et structures anatomiques,
- La dimension « être social » qui regroupe les dimensions activités et participation, ces deux concepts sont évalués par deux autres : capacité et performance.

D'après cette nouvelle définition, le handicap désigne l'ensemble des éléments négatifs de ses dimensions :

Déficience, limitation d'activité et restriction de participation.

Les facteurs environnementaux sont décrits à part et représentent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les personnes vivent. (5, 6)

Etiologies des handicaps

Les étiologies d'un handicap sont multiples : malformation, maladie acquise, maladie génétique ou accident... Le handicap peut survenir à n'importe quel moment de la vie et peut avoir plusieurs étiologies avec des conséquences sur l'environnement de la personne handicapée et sur son mode de vie. Les étiologies sont diverses et variées et ne peuvent faire l'objet d'une liste exhaustive.

1- Les maladies génétiques : Les maladies génétiques sont responsables d'un grand nombre de handicaps. Elles apparaissent par mutation ou translocation d'une partie ou de tout un gène. Les perspectives thérapeutiques n'existent généralement pas à court terme, néanmoins le repérage d'une anomalie génétique en cause peut permettre l'établissement d'un diagnostic, le dépistage précoce et une prise en charge adaptée.

2- Les maladies chroniques : De nombreuses maladies chroniques peuvent conduire à une invalidité importante par la détérioration d'une fonction comme les articulations, le système nerveux central ou le système respiratoire.

3- Les accidents :

- Les accidents congénitaux (ou innés) : Ce sont des handicaps qui surviennent dès la naissance à cause d'un accouchement difficile. Ces accidents provoquent un nombre important de handicaps moteurs et intellectuels.

- Les accidents de la voie publique, du sport ou du travail (ou acquis) : Ils provoquent des handicaps importants, notamment par lésion de la moelle épinière ou par traumatisme crânien. Les lésions de la moelle épinière provoquent la paralysie des membres inférieurs (paraplégie) ou des quatre membres (tétraplégie).



Epidémiologie du handicap au Maroc

Les handicapés au Maroc : qui sont-ils, combien sont-ils et quels sont leur besoins ? Ces questions sont restées longtemps sans réponses. Aujourd'hui, nous possédons quelques données permettant de mieux appréhender cette problématique.

Selon une enquête menée par Le Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, de l'Enfant et des Personnes Handicapées, ce sont 1530000 personnes environ qui sont en situation de handicap à la fin de l'année 2004, soit une prévalence de 5,12%.

D'après les données de l'enquête, le tableau 2 montre la distribution de la population en situation de handicap selon le nombre de déficiences par personne. Et ceci pour montrer que s'il y a autant de personnes en situation de handicap, c'est qu'il existe au moins deux fois plus de personnes présentant des incapacités. (1, 2)

Nombre de déficiences	%	Effectifs
1 Déficience	50	765000
2 Déficiences	31,2	477360
3 Déficiences	13,2	201960
4 Déficiences	5,1	78030
5 Déficiences	0,4	6120
6 Déficiences	0,1	1530
Total	100	1530000

Tableau 2 : distribution de la population en situation de handicap selon le nombre de déficiences par personne (1)

Dans cette enquête, les déficiences se répartissent comme suit :

- Déficiences motrices : présentes chez plus de la moitié des personnes en situation de handicap révélées par l'enquête (51,9%) ;
- Déficiences viscérales / métaboliques : présentes chez 31,8% des enquêtés ;
- Déficiences visuelles : présentes chez 28,8% ;
- Déficiences de la parole et du langage : présente chez 25,8% ;

- Déficiences psychiques / mentales : présente chez 23,0% ;
- Déficiences auditives : présentes chez 14,3% ;
- Déficiences esthétiques : présentes chez 4,7%,

Au niveau socioprofessionnel, il apparaît nettement que handicap, pauvreté et précarité de l'environnement sont les trois pierres angulaires de ce fléau redoutable. Ainsi 71,8% des personnes en situation de handicap n'ont aucun niveau d'instruction et seulement 10,05% ont un travail.

Il s'agit d'une enquête basée uniquement sur la déclaration des enquêtés. Evaluer la population enquêtée avec d'autres critères qui inclurait une approche médicale et fonctionnelle révélerait probablement qu'il existe beaucoup de faux négatifs et probablement quelques faux positifs. Il n'en demeure pas moins que la réalisation de l'Enquête Nationale sur le Handicap au Maroc est arrivée à point nommé pour lever le voile sur une frange importante de la population marocaine qui vit en situation de handicap.

Enfin, dans leur ensemble, les personnes en situation de handicap expriment un très fort besoin d'un meilleur accès aux soins (55,3%), aux médicaments (21,3%) et aux aides techniques (21,3%). (1, 2). D'un autre côté, des études en ce qui concerne le besoin en soins buccodentaires restent à venir et un grand vide persiste encore à ce niveau.

Aujourd'hui, on ne parle plus de personne handicapée mais d'une personne présentant un handicap.

Pathologies buccodentaires spécifiques à l'enfant présentant un handicap

Les enfants porteurs d'un handicap ont non seulement la même pathologie buccodentaire que tous les enfants, mais ils présentent en plus des lésions en rapport direct avec leur pathologie générale. Les problèmes rencontrés divergent fortement selon les types et formes de l'handicap : seuls les infirmes moteurs cérébraux et handicapés mentaux ont des spécificités buccodentaires. Celles ci sont en relation soit avec les causes d'anoxie ou les perturbations musculaires dont ils sont victimes. (Tableau 3) (5)



Manifestations buccodentaires chez la personne porteuse de handicap

Pathologies infectieuses	- Dentaires (caries, infections endodontiques) - Parodontales (Gingivite, récession gingivale, parodontite agressive, érythème gingival linéaire) - Muqueuses (fongique lié au bavage)
Tartre	Lié au manque d'hygiène
Pathologies traumatiques	- Traumatismes dentaires - Usure, bruxisme - Automutilations (morsure de la langue)
Désordres fonctionnels	- Linguales - Masticatrices - Ventilatoires
Anomalies dentaires	- Structure - Nombre (agénésie, dents surnuméraires) - Forme, taille (microdontie, racines courtes) - Eruption (retard d'éruption, ordre d'éruption anarchique)
Erosion dentaire	Liée aux régurgitation

Tableau 3 : Principales pathologies buccodentaires rencontrées chez la personne porteuse de handicap

A coté de ces manifestations certains enfants présentant un handicap montrent des particularités qui leur sont propres :

- o Chez les enfants athétosiques, l'hypotonie musculaire entraîne proalvéolie incisive et incontinence salivaire.
- o Chez les enfants spastiques, l'exagération du tonus musculaire, les mouvements musculaires involontaires sont la cause d'une bruxomanie importante avec usure rapide des surfaces triturantes.
- o Les enfants déficients mentaux, quand a eux, présentent des malformations de l'email ou hypoplasie à des différents stades d'évolution de la dent, suivant la date ou ont lieu les facteurs du trouble cérébral. Ces hypoplasies entraînent une susceptibilité accrue à la carie, cependant ce n'est pas une anomalie constante.
- o Les enfants porteurs d'une trisomie 21 ont des retards d'éruption et des anomalies de forme. Le faible développement de leur maxillaire et de leur espace intra-orale font paraître la langue hyperdéveloppée provoquant béance antérieure, proalvéolie incisive,

troubles parodontaux précoce et ceci associé à des troubles fonctionnels.

- o Les enfants épileptiques ont des gingivites hypertrophiques en rapport avec la prise de dérivés dihydantoiniques. (6, 7, 8)

Ces différentes pathologies buccodentaires vont constituer un surhandicap qui va augmenter le poids lié à la maladie et compliquer sa prise en charge. (Tableau 4)

Caractéristiques liées au handicap	Conséquences buccodentaires
Troubles psychomoteurs	- Risque de chutes, traumatismes buccodentaires - Trouble des fonctions orales - Trouble de la croissance craniofaciale - Hygiène inefficace
Troubles comportementaux	- Difficulté de coopération pour l'hygiène - Difficulté de coopération pour les soins
Troubles de la communication	- Absence de déclaration des processus douloureux - Absence de diagnostic - Développement des pathologies
Immunodéficience	- Développement du processus carieux - Développement de la maladie parodontale
Epilepsie (maladie)	- Risque de fracture dentaire - Risque de morsure de la langue
Epilepsie (traitements pharmacologiques)	Hyperplasie gingivale, augmentation des délai d'éruption, baisse de la vigilance, risque de chute (lié à la maladie)

Tableau 4 : Conséquences buccodentaires de certains handicaps (5)

De plus, l'absence de soins et de suivi dentaire chez l'enfant porteur d'un handicap peut avoir de nombreuses conséquences locales, générales et comportementales allant du refus de s'alimenter à une agressivité sévère, La difficulté à accepter le concept d'hygiène et de soins dentaire va être la source de nombreux problèmes. On se trouve de ce fait en face d'une population à risque ou la prévention va être la stratégie idéale à adopter par l'entourage et le patient lui même (quand cela est possible). Cette action sera déterminée par l'importance de l'handicap. (8, 9, 10, 11)



Besoins en soins buccodentaires chez la population présentant un handicap

Les besoins en soins chez cette population est présent mais rencontre souvent des difficultés d'ordre comportemental ou d'infrastructure adaptée. Une étude sur la prévalence de la carie chez une population marocaine en situation d'handicap, institutionnalisée a montré que l'indice CAO pouvait atteindre 4,66 à 6 ans et qu'il diminuait avec l'âge jusqu'à atteindre 0,38 à 14 ans, avec 50% des enfants de 8ans présentant au moins une dent permanente cariée et 100% à 14ans. Ceci est d'autant plus vrai que dans cette enquête 83% des enfants n'ont jamais consulté un médecin dentiste et pour les 17% ayant consulté, la douleur représentait 47% des motifs de consultations. (Source : Etude Epidémiologique de l'état buccodentaire des enfants handicapés du centre Ibn Baytar de Khemisset.Melle Ghizlane Ajoua, Thèse de fin d'étude en médecine dentaire à Rabat 2009)

Stratégie préventive chez l'enfant porteur d'un handicap

La stratégie préventive doit être adaptée à la gravité du handicap et du milieu environnant de l'enfant par le biais d'une prophylaxie individualisée. Elle concerne l'hygiène buccodentaire, l'alimentation, le contrôle et la possibilité d'un suivi médical. Les institutions de prise en charge et le personnel encadrant présents dans les institutions spécialisées, doivent être sensibilisés par rapport à l'importance de la prévention chez cette population, et des conséquences de son absence. (6, 7, 8, 9)

❖ Action sur l'alimentation :

Il faut instaurer une alimentation équilibrée : limitation de la consommation de sucre raffiné.

Limitier les prises alimentaires : 3 à 5 prises par jour et suppression du grignotage : il est important de prévenir les caries précoces dès la petite enfance par une sensibilisation des parents sur les risques liés à la prise nocturne de biberons sucrés.

Il est constaté que les enfants qui sont institutionnalisés ont très peu de carie cela est dû certainement à l'absence de grignotage, de consommation de bonbon et de soda.

❖ Hygiène buccale adaptée :

- ✓ Le brossage sera fait par une tierce personne si l'enfant ne peut l'assurer.
- ✓ La fréquence du brossage : il est recommander 3 brossages par jour après les repas, en privilégiant le brossage du soir.
- ✓ Les moyens mécaniques à utiliser : la brosse à dent doit être adaptée à la personne qui l'utilise en l'occurrence un enfant porteur d'un handicap (tête de petite taille, manche adapté à la difficulté de préhension). L'utilisation d'une brosse à dent électrique est possible si la coopération et le handicap du patient le permettent pour éviter tout risque de blessures des muqueuses.
- ✓ Si le brossage est impossible, l'utilisation d'une compresse recouverte de dentifrice au fluor ou imbibée d'un bain de bouche au fluor est recommandée pour éliminer la plaque.
- ✓ Des adjuvants du brossage à base de fluorures sont recommandés, sous forme de dentifrice, bain de bouche ou gels fluorés. D'autres molécules antimicrobiennes peuvent être utilisées pour contrôler la flore buccale (chlorhexidine, hexétidine, sanguinarine, fluorure d'étain). Ces adjuvants ne doivent être utilisés que si l'enfant est capable de cracher pour éviter les risques de résistance médicamenteuse.
- ✓ Si la coopération et le handicap le permettent des moyens complémentaires, fil de soie, brossettes interdentaires, sont souhaitables
- ✓ Le brossage sera réalisé selon une méthode adaptée à l'enfant : les techniques de brossages manuelles dont la méthode du rouleau n'est pas toujours applicable, et une méthode de rotation peut être envisagée. (7, 8)

❖ Le Fluor :

La prévention par le fluor s'inscrit dans le cadre général de la prévention de la carie, et chez cette population à risque, en particulier, il peut avoir une importance capitale. Le choix des



vecteurs des fluorures, de leur dose, leur forme et de leur rythme d'administration doit être fonction du terrain et du risque carieux. Un bilan des apports en fluorures et évaluation du risque carieux sont primordiaux avant toute prescription pour éviter les risques de surdosage thérapeutique responsable de fluorose dentaire. Ceci dit, il est possible d'associer l'administration par voie topique et systémique suivant la situation clinique. (6, 7)

❖ **Contrôle et suivi médical :**

Une à quatre visites médicales annuelles sont nécessaires en fonction de l'importance de l'handicap. Durant ces visites ont réalisera : un examen clinique pour le dépistage des caries et autres pathologies buccales, un contrôle de plaque ainsi que l'application de gels fluoré ou à la chlorhexidine, de vernis et le scellement des puits et fissures.

❖ **Prophylaxie individualisée :**

L'importance du handicap va être la clé de la mise en œuvre de cette prophylaxie individualisée. L'orientation sera différente suivant la nature de l'handicap. L'hygiène buccale est difficile à assurer chez de nombreux enfants porteurs d'un handicap. Ainsi le tableau suivant résume le déroulement de l'hygiène orale selon l'importance de l'handicap.

Importance de l'handicap	Mesures d'hygiène
Patient en mesure de comprendre et pouvant assurer des gestes simples	Une bonne hygiène bucco-dentaire est possible, elle peut se faire individuellement sous contrôle ou non de l'encadrant.
Patient en mesure de comprendre mais ne pouvant assurer des gestes simples	L'entourage ou l'encadrant doit réaliser le brossage
Patient ne pouvant comprendre mais acceptant l'idée d'hygiène	L'entourage ou l'encadrant doit réaliser le brossage
Patient ne pouvant comprendre ni accepter l'idée d'hygiène	Le facteur hygiène est très difficile à contrôler, le nettoyage à l'aide d'une compresse imbibée de chlorhexidine et/ou de solution fluorée sera la seule possibilité. La prévention sera essentiellement basée sur le contrôle des apports alimentaires, et la prescription de fluor par voie générale.

Attitude du praticien face à un enfant porteur d'un handicap

La consultation chez le chirurgien dentiste par un parent d'un enfant porteur d'un handicap constitue toujours une urgence pour ce parent, et la prise en charge doit être adaptée à la situation clinique qui est souvent vécue comme un drame, à tort ou à raison, pour la famille.

Les solutions aux problèmes dentaires de ces enfants sont souvent complexes et dépassent le cadre de la dentisterie générale. Si le chirurgien dentiste ne peut prendre en charge le patient son devoir est de l'adresser à un centre spécialisé, en l'occurrence un centre hospitalier universitaire où un programme de prise en charge buccodentaire adapté à cette population est instauré. (7, 9)

Le chirurgien dentiste peut intervenir sans coopération active du patient et ce sont les possibilités relationnelles du patient, le degré d'urgence et la multiplicité des soins qui vont orienter le choix du mode d'intervention, ce sera :

- Pleine conscience : l'état vigile, quant il est possible, reste le mode préférentiel d'intervention car compatible avec les techniques diagnostiques et thérapeutiques.
- Prémédication sédatrice : La prémédication peut être une alternative intéressante pour éviter une intervention plus lourde, mais c'est un mode opératoire qui présente ses indications et ses risques. Elle peut être réalisée par voie orale, rectale ou intraveineuse. Cependant les effets pharmacocinétiques sont très variables d'un enfant à l'autre.
- Sédation consciente : cet état est obtenu en utilisant un mélange équimolaire oxygène/protoxyde d'azote (MEOPA). C'est l'indication idéale pour la prise en charge des grands anxieux
- Anesthésie générale : ce mode d'intervention a pour avantages de ne nécessiter aucune coopération du patient et de pouvoir réaliser tous les soins en une seule séance. (9, 10, 11)

Mais indépendamment des modalités de traitement, les soins dentaires doivent répondre à des critères de qualité et la possibilité de contrôle et de suivi dans le temps doit être assurée. Il faut aussi veiller à réaliser un traitement sûr et global avec un plan de traitement précis. Il n'y a pas de règle



type à suivre, il faut s'adapter à chaque enfant car chaque enfant est particulier avec une histoire qui lui est propre.

Conclusion

L'accès aux soins dentaires des patients porteurs de handicap est limité par leurs difficultés de coopération dans l'environnement du cabinet dentaire, par leur incapacité à exprimer leur douleur de façon compréhensible pour le praticien, par l'inaptitude de leur entourage à percevoir leur inconfort et par l'inexistence de structures de soins adaptées à proximité. L'état d'avancement des pathologies bucco-dentaires diagnostiquées suggère que le vécu de la douleur de siège buccal est régulièrement sous estimé pour ces patients, ce sont là des facteurs qui nous suggèrent et nous incitent à renforcer notre action préventive vis-à-vis de cette population à risque. Ce sont avant tout des personnes avec un corps qui leur fait défaut !

« Le corps n'est pas une chose. Il est une situation, c'est notre prise sur le monde, il est l'esquisse de nos projets ». (S. de Beauvoir)

Références

- 1- Fouad Boumejdi. Les handicapés au Maroc. Espérance Médicale. Décembre 2005. Tome 12. N°122
- 2- Fouad Boumejdi. Handicap et médecine physique et de réadaptation. Espérance Médicale. Décembre 2005. Tome 12. N°122.
- 3- Michel Delcey. Notion de situation de handicap (moteur). Les classifications internationales des handicaps. « Déficiences motrices et situations de handicaps » - ed-APF-2002.
- 4- Jean-Pierre Chevance. Le handicap à vivre : le point de vue de la personne handicapée. « Déficiences motrices et situations de handicaps » - ed-APF-2002.
- 5- Julie Burbat et col. Handicap et odontologie en quelques points. Revue Française d'Odontologie Pédiatrique. N°2-2007, Vol 2.
- 6- Stéphane Volet et col. Prévention et traitement de la carie chez les individus porteurs de handicaps. Odontologie Pédiatrique, UFR d'Odontologie, Rennes.
- 7- Société Française d'Odontologie Pédiatrique. Prise en charge du patient porteur de handicap. Document de travail. Rennes, 2007.
- 8- H. Schneck et E. Bert. La prophylaxie buccodentaire de l'enfant handicapé. La pédodontie française.
- 9- Hennequin M, Tubert S. Prise en charge des personnes handicapées par les chirurgiens dentistes du Puy de Dôme, L'Information Dentaire, 38 :2861-2877, 1999.
- 10- Solen Boitard et col. Santé buccodentaire chez la personne handicapée : Anomalies dentaires. Odontologie Pédiatrique, UFR d'Odontologie, Rennes. 2006.
- 11- Rahmani Tarik et col. Evaluation de la santé buccodentaire d'une population d'enfants handicapés institutionnalisés. UFR d'Odontologie, Rennes.