



Université de Montréal

La perception des parents d'enfants atteints d'autisme ou autres Troubles  
Envahissants du Développement sur l'accès aux soins dentaires au Québec

Par

Annie-Claude Lussier-Morin

Département de santé buccale

Faculté de Médecine Dentaire

Mémoire présenté à la Faculté de Médecine Dentaire

En vue de l'obtention du grade de maîtrise

En médecine dentaire

Option dentisterie pédiatrique

Juin 2010

© Annie-Claude Lussier-Morin, 2010

Université de Montréal  
Faculté de Médecine Dentaire

Ce mémoire intitulé :

La perception des parents d'enfants atteints d'autisme ou autres Troubles  
Envahissants du Développement sur l'accès aux soins dentaires au Québec

Présenté par :

Annie-Claude Lussier-Morin

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Dre Annie St-Georges

Présidente-rapporteur

Dre Hélène Buithieu

Directrice de recherche

Dre Dominique Cousineau

Co-directrice

Dre Stacey Bélanger

Membre du jury

## **Résumé**

### ***Recension des écrits***

L'autisme est un désordre neurodéveloppemental qui peut présenter plusieurs défis pour le dentiste traitant en cabinet. Il n'existe aucune donnée publiée sur l'accessibilité et la dispensation de soins dentaires pour les enfants autistes dans le régime actuel des soins de santé au Québec.

### ***Matériels et Méthodes***

Un questionnaire composé pour les besoins de l'étude et approuvé par le Comité d'éthique à la recherche du CHU Sainte-Justine a été distribué à des parents d'enfants visitant des cliniques externes du CHU Sainte-Justine. Les enfants devaient avoir entre 18 mois et 18 ans, avoir un grade ASA inférieur ou égal à II et, pour le groupe cas, avoir été diagnostiqué autiste ou TED par un professionnel compétent.

### ***Résultats***

Vingt-sept parents de patients autistes et 37 parents de patients en bonne santé ont été sondés. Quarante-quatre pourcent du groupe cas rapportait qu'il était difficile de trouver un dentiste pour leur enfant contre 5% du groupe témoin. Seulement 35% des patients autistes sont suivis par un dentiste généraliste contre 79% des patients en bonne santé. Soixante-dix pourcent des parents du groupe cas doivent brosser les dents de leur enfant autiste et 83% considèrent la tâche difficile par un manque de coopération de l'enfant.

### ***Conclusion***

Il est significativement plus difficile de trouver un dentiste pour un enfant autiste au Québec que pour un enfant en bonne santé. Pour cette population, il faudrait faciliter l'accès à un dentiste dans notre province. De plus, il faut épauler les parents dans la délivrance des mesures préventives.

Mots Clé : Autisme, soins dentaires, accessibilité.

## **Abstract**

### ***Literature review***

Autism is a neurodevelopmental disorder that presents many challenges for the dental practitioner. There is currently no published data on the access to dental care for autistic children in Quebec.

### ***Materials and Methods***

A survey, elaborated for this research and approved by the CHU Sainte-Justine's research ethic committee, was distributed to parents of children visiting outpatient's clinics of the hospital. The children had to be between the ages of 18 months and 18 years old, have an ASA score of 2 or lower and, for the study group, have been diagnosed with an autism spectrum disorder by a professional.

### ***Results***

Twenty-seven parents of autistic children and 37 parents of children in good health were surveyed. Forty-four percent of the study group reported difficulty in finding a dentist compared to 5% of the controls. Only 35% of the autistic children were followed by a general dentist compared to 79% of the children in good health. Seventy percent of the parents in the study group have to brush their children's teeth and 83% of them find it difficult because of a lack of cooperation from the child.

### ***Conclusion***

It is significantly more difficult to find a dentist for an autistic child in Quebec than it is for a healthy child. For this patient population, we have to facilitate the accessibility to dental care in our province. Moreover, we need to support the parents of these children and provide them with the necessary to prevent dental disease.

Key words: Autism, dental care, access.

## Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract .....	v
Table des matières .....	vii
Liste des tableaux .....	xi
Liste des figures .....	xii
Liste des abréviations .....	xiii
CHAPITRE I : INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS .....	3
1. L'autisme .....	4
1.1 Définition .....	4
1.2 Diagnostic .....	5
1.3 Manifestations classiques .....	7
1.3.1 Les interactions sociales .....	7
1.3.2 La communication .....	8
1.3.3 Les comportements répétitifs .....	8
1.4 Prévalence .....	9
1.5 Étiologie .....	11
1.6 Conditions associées .....	13
1.7 Traitements .....	14
2. La santé buccale des enfants autistes .....	15
2.1 Taux de caries .....	15
2.2 Santé parodontale .....	18
2.3 Bruxisme .....	18
2.4 Signes d'auto-mutilation .....	19
3. L'enfant autiste en cabinet dentaire .....	21



3.1 La coopération du patient autiste sur la chaise dentaire .....	21
3.2 La sédation .....	24
3.3 L'anesthésie générale .....	25
3.4 Pharmacologie .....	26
3.5 La prise en charge à long terme .....	28
4. L'accessibilité aux soins .....	29
4.1 Facteurs inhérents aux parents .....	30
4.1.1 Situation familiale .....	30
4.1.2 Les facteurs économiques .....	31
4.1.3 La recherche de soins par le parent .....	32
4.1.4 Le transport .....	32
4.1.5. Les facteurs personnels .....	32
4.2 Facteurs inhérents aux dentistes .....	33
4.3 Les soins prodigués .....	37
CHAPITRE III : OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES .....	41
1. Problématique et objectifs .....	42
2. Hypothèses .....	42
CHAPITRE IV : MATÉRIELS ET MÉTHODES .....	43
1. Population à l'étude .....	44
1.1 Groupe cas .....	44
1.1.1 Critères d'inclusion .....	44
1.1.2 Critères d'exclusion .....	44
1.2 Groupe témoin .....	45
1.2.1 Critères d'inclusion .....	45
1.2.2 Critères d'exclusion .....	45
1.3 Recrutement des sujets .....	45
1.3.1 Groupe cas .....	45

1.3.2 Groupe témoin .....	46
2. Élaboration des questionnaires .....	47
2.1 Questionnaire de santé générale .....	47
2.2 Questionnaire principal groupe cas .....	47
2.3 Questionnaire principal groupe contrôle .....	48
3. Consentement .....	49
4. Considérations éthiques .....	49
5. Analyses statistiques .....	50
6. Financement .....	50
CHAPITRE V : RÉSULTATS .....	51
1. Population à l'étude .....	52
2. Accessibilité à un dentiste .....	55
2.1 Difficulté à trouver un dentiste .....	55
2.2 Suivi dentaire .....	59
2.3 Traitements dentaires reçus .....	65
3. Santé dentaire .....	66
4. Hygiène à la maison .....	68
CHAPITRE VI : DISCUSSION .....	71
1. Comparaison des groupes à l'étude .....	72
2. Accessibilité à un dentiste .....	72
2.1 Difficulté à trouver un dentiste .....	72
2.2 Suivi dentaire .....	75
2.3 Traitements dentaires reçus .....	76
3. Santé dentaire .....	77
4. Hygiène à la maison .....	79
5. Limites de l'étude .....	80
6. Ouvertures .....	81

CHAPITRE VII : CONCLUSION .....	82
Bibliographie .....	84
ANNEXE I : Questionnaire de santé générale .....	xiv
ANNEXE II : Questionnaire principal groupe cas .....	xvi
ANNEXE III : Questionnaire principal groupe contrôle .....	xxii

## Liste des tableaux

Tableau I: Distribution des groupes selon l'âge et le sexe .....	52
Tableau II : Lieu de résidence .....	53
Tableau III : Fréquence des visites chez différents professionnels de la santé .....	54
Tableau IV : Raisons expliquant la difficulté à trouver un dentiste ou le manque de recherche .....	57
Tableau V : Suivi dentaire .....	59
Tableau VI : Suivi dentaire ( <i>Autistes non verbaux vs verbaux</i> ) .....	60
Tableau VII : Dentiste ayant vu l'enfant .....	61
Tableau VIII : Dentiste effectuant un suivi régulier .....	62
Tableau IX : Dentiste effectuant un suivi régulier ( <i>Autistes non verbaux vs verbaux</i> ) .....	63
Tableau X : Dentiste effectuant le suivi de la famille .....	64
Tableau XI : Traitements dentaires reçus .....	65
Tableau XII : Qualité de la santé dentaire des enfants selon les parents .....	66
Tableau XIII : Caries dentaires non traitées .....	67
Tableau XIV : Communication de la douleur .....	67
Tableau XV : Fréquence du brossage .....	68
Tableau XVI : Autonomie au niveau du brossage .....	68
Tableau XVII : Facilité d'accomplissement du brossage par le parent .....	69
Tableau XVIII : Sources de fluor quotidiennes .....	70

## Liste des figures

Figure 1 : Difficulté à trouver un dentiste pour l'enfant .....	55
Figure 2 : Difficulté à trouver un dentiste pour l'enfant ( <i>Autistes non verbaux vs verbaux</i> ) .....	56
Figure 3 : Distance à parcourir pour se rendre chez le dentiste de l'enfant .....	58

## Liste des abréviations

AAS : Acide acétylsalicylique

AINS : Anti-inflammatoires non-stéroïdiens

ASA : American Society of Anesthesiologists

CAO: Dents Cariées, Absentes, Obturées

CAT : Caries assessment tool

DSA: Désordres du spectre de l'autisme

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4

Km : Kilomètres

NSCH : National Survey of Children's Health

PDD-NOS: Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified

SHCN: National Survey of Children with Special Health Care Needs

SNC : Système nerveux central

TDAH : Trouble de déficit d'attention/hyperactivité

TED : Trouble envahissant du développement

TOC: Trouble obsessionnel-compulsif

**CHAPITRE I**  
**INTRODUCTION**

Une récente étude a démontré qu'aux États-Unis, de tous les services de santé rendus aux enfants avec des besoins médicaux particuliers, les soins dentaires sont les plus déficients. Les auteurs soutiennent que des efforts doivent être faits afin d'améliorer l'accessibilité au dentiste pour cette clientèle et cela, dans le contexte de la prise en charge globale du patient par une équipe médicale.<sup>1</sup>

Les enfants autistes représentent une portion de cette population d'enfants avec des besoins médicaux particuliers. Les mesures préventives et l'éducation aux parents sont d'une importance primordiale, car le remplacement des dents perdues est particulièrement difficile à réaliser chez ces patients.<sup>2,3,4</sup> De façon générale la détection et le traitement de problèmes dentaires chez ce groupe de patients peut représenter un grand défi. Il est donc de notre devoir de mieux comprendre ce qui entrave l'hygiène buccale et les soins dentaires bien souvent non optimaux chez ces enfants, dans l'optique de conserver leurs dents naturelles pour assurer une santé buccale essentielle au maintien d'une bonne santé globale.



## **CHAPITRE II**

### **RECENSION DES ÉCRITS**

## 1. L'autisme

### ***1.1 Définition***

Les désordres du spectre de l'autisme forment un groupe de désordres neurodéveloppementaux caractérisés par des déficits dans trois domaines principaux, soit ceux des interactions sociales, de la communication et des comportements à caractère répétitif ou stéréotypés.<sup>5</sup> Le degré de l'atteinte varie énormément d'un individu à l'autre, mais l'impact sur la vie de l'individu et celle de sa famille demeure toujours.

Les désordres du spectre de l'autisme (DSA) regroupent principalement 3 diagnostics distincts : l'autisme classique, le syndrome d'Asperger et les troubles envahissants du développement (TED) non autrement spécifiés («Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified»). Souvent, et pour les besoins du présent projet de recherche, le terme autisme fait référence à l'ensemble de ce groupe de diagnostics.

Le syndrome d'Asperger se distingue de l'autisme classique par le fait que l'enfant ne présente aucun retard de langage en plus de posséder des capacités intellectuelles égales ou supérieures à la normale.

De son côté, l'enfant avec un TED non spécifié présente des déficiences marquées au niveau des interactions sociales, sans toutefois rencontrer les critères diagnostics de l'autisme classique dans le niveau d'atteinte des deux autres domaines mentionnés plus haut.<sup>5</sup>

## ***1.2 Diagnostic***

Aucun test informatif biologique n'existe présentement pour poser un diagnostic d'autisme. Celui-ci se fait davantage sur la base de critères d'observation d'anomalies dans les trois domaines principaux d'atteinte. Des outils de dépistage ont été développés, sous forme de listes de critères ou autres, pour assister le clinicien dans l'élaboration du diagnostic à travers une anamnèse détaillée et l'observation du jeu de l'enfant.<sup>6,7</sup> Des méthodes diagnostiques basées sur les déficits au niveau des interactions sociales et de la communication se sont révélées efficaces.<sup>8</sup>

Au cours des dernières décennies, on commence à comprendre que le spectre de l'autisme englobe un plus grand nombre de déficiences dont la symptomatologie se recoupe et que l'on regroupe maintenant sous le même diagnostic.<sup>5</sup>

Les critères diagnostiques sont définis par le Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4 (DSM-IV)<sup>9</sup> comme suit :

*A) Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2), et (3)*

*(1) Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :*

*(a) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes.*

*(b) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement.*

*(c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (par exemple, il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent).*

*(d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle.*

*(2) Altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :*

*(a) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique).*

*(b) chez les sujets maîtrisant assez le langage, incapacité marquée à engager ou soutenir une conversation avec autrui.*

*(c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique.*

*(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :*

*(a) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation.*

*(b) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels.*

*(c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (par exemple, battements ou*

*torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps)*

*(d) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets.*

*B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants :*

*(1) interactions sociales, (2) langage nécessaire à la communication sociale, (3) jeu symbolique ou d'imagination.*

*La perturbation n'est pas mieux expliquée par un diagnostic de syndrome de Rett ou de trouble désintégratif de l'enfance.<sup>9</sup>*

### ***1.3 Manifestations classiques***

#### **1.3.1 Les interactions sociales**

Durant la petite enfance, des lacunes au niveau des interactions avec les autres se remarquent chez un bébé qui ne cherche pas l'attention du parent, ne se blottit pas dans les bras de l'adulte, n'engage pas de contact visuel, ne répond pas aux sourires ou au son de la voix de sa mère et ne cherche pas à imiter. Plus tard, ces mêmes enfants ne participent pas à des jeux de groupes mais semblent plutôt être dans leur propre monde. Ils ont également une incapacité à reconnaître les émotions, désirs et intentions des autres qui se distinguent des leurs. En tant qu'adolescents et jeunes adultes, ils demeurent peu conscients des besoins de ceux qui les entourent et

semblent moins en mesure de développer une forme d'empathie. Ils semblent avoir peu besoin de partager leurs accomplissements avec d'autres et ils ont davantage tendance à s'isoler qu'à bâtir des amitiés.<sup>7,10,11</sup>

### 1.3.2 La communication

Le développement du langage verbal et non verbal est retardé, voir même inexistant dans les cas les plus sévères. Parmi les 50% qui apprennent à parler, on peut souvent remarquer des conversations à sens unique avec des mots utilisés de façon répétitive sans lien avec le contexte de la situation extérieure.<sup>7</sup>

Il est intéressant de noter que, même si l'on considère que le syndrome d'Asperger n'est pas caractérisé par un retard de langage, ce patient comprend habituellement le texte de manière littérale. Il peut ainsi être incapable de comprendre les métaphores et le sarcasme, en plus d'éprouver une certaine difficulté à saisir le langage corporel et les expressions faciales de son interlocuteur.<sup>7</sup>

### 1.3.3. Les comportements répétitifs

Les enfants autistes ont souvent des intérêts plutôt restreints et ont un jeu dépourvu de créativité et d'imagination. Le focus de leur attention sur une activité ou un sujet en particulier peut parfois prendre une allure quasi obsessionnelle.

Des comportements répétitifs sont souvent présents et les plus stéréotypés sont ceux dits « auto-stimulations » comme les tapements des mains, bercements du

corps, pivotements sur place, etc. Des événements stressants, excitants ou certains stimuli caractéristiques pour l'enfant autiste peuvent déclencher ces comportements.<sup>7</sup> Des maniérismes au niveau des mains et l'adoption de postures inhabituelles sont également rapportés chez une grande proportion d'entre eux.<sup>6</sup>

Leur habileté à percevoir et interpréter les stimuli peut être aberrante. Jusqu'à 90% d'entre eux présenteront une réponse exagérée, inhibée ou paradoxale face à différents stimuli sensoriels.<sup>6</sup>

Finalement, ces patients demandent une fidélité très stricte à la routine. Des changements aux habitudes quotidiennes peuvent être la source de frustrations et même de crises intenses.<sup>7</sup>

#### ***1.4 Prévalence***

C'est dans le milieu des années 1940 que la condition a été décrite pour la première fois dans la littérature médicale européenne et américaine.<sup>5</sup> Il est cependant intéressant de noter que des personnages autant fictifs qu'historiques présentant des traits cliniques d'autisme ont été décrits dans les siècles passés.

De façon générale, il est question de la prévalence de l'autisme et non d'incidence. En effet, il existe un laps de temps très variable influencé par plusieurs facteurs indépendants du risque de l'individu qui sépare l'apparition du trouble et son diagnostic. Conséquemment, il n'est pas jugé approprié d'utiliser le calcul de l'incidence comme indicateur du risque.

Il peut sembler au premier coup d'œil que la prévalence est en constante augmentation. En effet, dans les rapports des années 1980, on estimait que les désordres du spectre de l'autisme étaient rares, n'affectant pas plus de 5 individus sur 10 000. Il faut noter que seules les statistiques pour l'autisme classique ne sont disponibles à cette époque puisque les diagnostics de TED et syndrome d'Asperger n'ont été élaborés qu'en 1987 et 1994 respectivement.<sup>5</sup>

Les prévalences rapportées dans les dernières années varient grandement d'une étude à l'autre. Les revues les plus récentes s'étant penchées sur la question concluent que la prévalence actuelle des désordres du spectre de l'autisme se situe entre 10 et 20 par 10 000 individus, bien que certains auteurs considèrent qu'une prévalence de 0,6% est plus représentative de la réalité.<sup>12,13</sup>

La hausse observable dans les statistiques disponibles est sans aucun doute reliée à un élargissement des critères diagnostics et de la classification. Parallèlement, plusieurs auteurs mentionnent l'augmentation de la conscience des parents, la meilleure reconnaissance des désordres par les professionnels de la santé et peut-être également un sur-diagnostic.<sup>7</sup> Il est cependant impossible d'admettre hors de tout doute que la prévalence montante est exclusivement rattachée à ces facteurs puisqu'il est très difficile de mesurer de façon quantitative l'impact des variations diagnostiques sur les statistiques. Aussi, il est impossible, à ce jour où l'étiologie précise de l'autisme nous est encore inconnue, de prouver ou de nier des modifications populationnelles des facteurs de risque associés à la condition.<sup>5</sup>



Les garçons sont affectés plus fréquemment que les filles avec un ratio de 4,3 :1. En ce qui a trait aux variations raciales, peu d'informations sont à ce jour disponibles et les données recueillies aux États-Unis sont très variables.<sup>5</sup>

### ***1.5 Étiologie***

La grande variabilité de l'atteinte avec une symptomatologie à spectre aussi large laisse présager des étiologies multiples coexistantes affectant la susceptibilité et la présentation du désordre de l'individu.<sup>5</sup>

Une composante génétique ne fait plus aucun doute aujourd'hui avec une concordance significativement plus élevée pour les jumeaux monozygotes que dizygotes.<sup>14</sup> Dans la même ligne de pensée, la prévalence est beaucoup plus élevée chez les frères et sœurs d'un patient atteint que dans la population en générale, sans compter que des études familiales tendent à démontrer qu'une proportion importante des parents présenteraient eux-mêmes certaines variantes des signes cliniques classiques telles des lacunes au niveau de la communication et des aptitudes sociales.<sup>6,15</sup> Le mode de transmission reste cependant toujours un mystère et l'étude de pedigree est d'autant plus compliquée pour les généticiens par le « stoppage » (moins d'enfant que planifié au départ) dans les familles affectées.<sup>5</sup>

La macrocéphalie est une des caractéristiques les plus répliquées chez les enfants autistes, bien qu'elle ne soit pas encore considérée comme universelle. Cette dernière n'est généralement pas présente à la naissance et semble se développer

durant l'enfance. Les études d'imagerie démontrent une augmentation du volume du cerveau chez les autistes de 2 à 5 ans, mais celle-ci serait transitoire et ne se noterait plus à l'adolescence et à l'âge adulte. Ainsi, la croissance cérébrale des patients autistes pourrait être différente de celle des enfants normaux, probablement sous l'influence de facteurs génétiques.<sup>16</sup> Plus spécifiquement, il y aurait une altération dans la structure du système limbique impliqué dans la médiation des comportements sociaux et dans certains processus cognitifs comme l'analyse des visages et la reconnaissance des émotions.<sup>17</sup>

Cependant, comme le degré de concordance des jumeaux monozygotes est inférieur à 100% et que le degré de l'atteinte varie beaucoup au sein de paires concordantes, on doit également reconnaître le rôle certain d'une composante environnementale dans le développement de l'autisme chez un enfant.<sup>14</sup>

Plusieurs facteurs de risque ont été proposés dans la littérature. Parmi ceux-ci on compte les infections et dysfonctions immunitaires, des niveaux de neurotransmetteurs, peptides et facteurs de croissance, facteurs endocriniens, obstétriques, exposition à des xénobiotiques, médicaments, alcool, tabac et à des drogues illicites.<sup>5</sup>

Une association significative a pu être établie entre le risque d'autisme et un âge avancé du père. La raison claire derrière celle-ci reste à déterminer, mais elle pourrait être expliquée par des processus biologiques tels des mutations de novo ou une altération de l'empreinte génétique.<sup>18</sup>

Chose certaine, les théories reliant l'autisme avec l'administration de vaccins ont maintenant été clairement écartées. Il n'existe aucune preuve scientifique que les vaccins contre la rubéole-rougeole-oreillons ou les préservatifs contenant du mercure présents dans certains vaccins jouent un rôle dans l'étiologie ou peuvent déclencher l'autisme.<sup>19</sup>

### ***1.6 Conditions associées***

D'autres conditions développementales, comportementales, psychiatriques et médicales coexistent souvent avec le diagnostic d'autisme.

Parmi celles-ci, il est souvent question de retard mental. Selon les dernières études épidémiologiques, la prévalence de déficience intellectuelle chez les autistes varierait entre 40 et 55%.<sup>12</sup> Les activités qui demandent une certaine capacité de raisonnement, d'interprétation, d'intégration ou d'abstraction sont très difficiles à accomplir pour la majorité des patients autistes.<sup>6</sup>

Les problèmes comportementaux incluent des crises chez les plus jeunes qui évoluent en symptômes d'impulsivité, d'agressivité, d'agitation et de colère avec l'âge.<sup>7</sup>

Parallèlement, les maladies psychiatriques telles les désordres d'anxiété, les troubles bipolaires, les TDAH, les TOC et la schizophrénie sont généralement exacerbés et deviennent plus prévalents à l'adolescence.<sup>7</sup>

### ***1.7 Traitements***

Un diagnostic et une intervention précoce facilitent une planification de l'éducation, la mise en place d'un réseau de support pour les parents et la délivrance de traitements appropriés.<sup>6</sup> La prise en charge recommandée actuellement comprend une intervention psycho-éducative basée sur une intervention comportementale individuelle et idéalement intensive et ce, dès le plus jeune âge possible.<sup>5</sup> La prise en charge globale implique généralement une guidance parentale, une éducation spécialisée avec des modifications comportementales, un environnement hautement structuré et des interventions pluridisciplinaires favorisant le développement de la communication et des interactions sociales. Ultiment, on cherche à développer chez l'individu les aptitudes nécessaires au développement d'une indépendance dans les activités de la vie quotidienne et une autonomie minimale afin d'être en mesure d'assurer ses propres besoins.<sup>7</sup>

Aucune médication spécifique n'est encore disponible pour traiter les symptômes principaux de l'autisme. Il reste néanmoins que des agents pharmacologiques peuvent être utiles pour contrôler les comportements perturbateurs et/ou les comorbidités associées, tels un déficit d'attention, de l'hyperactivité ou de l'impulsivité, des troubles du sommeil, des comportements répétitifs, de l'anxiété, de l'agressivité, de l'agitation ou encore des actes d'automutilation.<sup>20</sup> Il semblerait également que l'administration de psychotropes peut améliorer le rendement de la thérapie behaviorale, mais celle-ci fait office de beaucoup de controverses.<sup>5</sup>

Finalement, l'efficacité de diètes particulières et autres alternatives ayant gagné de la popularité dans les dernières années reste à démontrer.<sup>20</sup>

## 2. La santé buccale des enfants autistes

### *2.1 Taux de caries*

En 2008, Loo et al.<sup>21</sup> ont évalué l'indice CAO (Dents Cariées, Absentes, Obturées) de 395 patients atteints de désordres du spectre de l'autisme, incluant des autistes classiques, mais également des TED non spécifiés et le syndrome d'Asperger. Aucune différence au niveau du risque carieux n'a pu être corrélée avec la sévérité de l'atteinte psychiatrique, ni avec la présence concomitante d'autres troubles, prise de médication ou institutionnalisation. En comparaison avec un groupe contrôle de patients non-autistes, les auteurs ont mesuré un plus faible indice CAO au sein du groupe d'enfants autistes. Les analyses statistiques ont permis de démontrer que les patients atteints d'un désordre du spectre de l'autisme avaient 71% moins de chances de présenter une histoire positive de caries que les enfants considérés normaux.<sup>21</sup> Ces données concordent avec celles d'études publiées précédemment qui ont également déterminé que les patients autistes ont un taux de caries similaire ou inférieur à celui de patients en bonne santé.<sup>22</sup>

Le faible taux de caries des enfants autistes peut être expliqué par une diète moins cariogène. L'importance attachée à la routine entraîne des habitudes de repas réguliers avec une diminution du nombre de collations. Il faut cependant se méfier

des cas où des sucreries peuvent être utilisées dans le cadre de techniques de renforcement positif.<sup>21</sup> Une association a pu être faite entre un comportement définitivement négatif dans l'environnement de la clinique dentaire et une augmentation de l'activité carieuse, du besoin d'anesthésie générale et de la gingivite. Les auteurs concluent que les patients non coopératifs à la chaise sont également plus réticents aux mesures d'hygiène quotidienne.<sup>23</sup> Aussi, dans la littérature, la tendance des enfants autistes à conserver la nourriture dans leur bouche pour une période de temps prolongée avant d'avalier, « pouching food », est souvent mentionnée. Cependant, selon Klein et al. (1999),<sup>23</sup> cette habitude ne semble affecter qu'une petite proportion des autistes (14%).

Lorsque l'on évalue le risque carieux des enfants autistes à l'aide d'outils comme le CAT (« Caries Assessment Tool ») proposé par l'American Academy of Pediatric Dentistry, on note chez ces patients plusieurs facteurs pouvant leur attribuer un haut risque. Le facteur le plus influent et le meilleur prédicteur de nouvelles lésions carieuses serait une hygiène orale déficiente. Dans cette optique, l'assistance des enfants pour un brossage au minimum une fois par jour est une stratégie clé de prévention.<sup>24</sup>

Malgré le plus faible risque carieux généralement noté, Loo et al. (2008)<sup>25</sup> a trouvé qu'une plus grande proportion de patients autistes que de patients en bonne santé nécessite des traitements chirurgicaux ou de restaurations (52% vs 38%). Il faut noter que le diagnostic des pathologies dentaires se base souvent sur les caractéristiques de la douleur rapportées par le patient. Une communication difficile

entre les deux parties peut ainsi compliquer le travail du clinicien et compromettre son diagnostic. Ainsi, la présence d'une pathologie dentaire peut souvent rester non détectée jusqu'à ce que la situation devienne irréversible et présente un risque sérieux d'infection.<sup>25</sup>

Selon les données amassées dans le NSCH (National Survey of Children's Health) de 2003, un questionnaire téléphonique créé pour mesurer un estimé de la santé et du bien-être des enfants à travers les États-Unis, on remarque que les parents d'enfants autistes sont plus à risque de qualifier la santé dentaire de leur enfant de moyenne à pauvre que le reste de la population (18% vs 9%) et cela, après avoir ajusté pour les variables confondantes connues. Les problèmes les plus souvent rapportés par les parents d'enfants autistes sont les caries dentaires (49%) et les malocclusions (malalignement) (41%).<sup>26</sup>

Il a cependant été démontré que les parents sont de mauvais juges quant à l'état de santé bucco-dentaire des enfants autistes. En effet, une étude rétrospective portant sur 103 patients, dont 34% atteints d'autisme, traités sous anesthésie générale dans un centre hospitalier offrant des services tertiaires en France, a permis de mesurer que les besoins en traitements dentaires étaient significativement sous-estimés par les parents et les dentistes. Cela pourrait être expliqué selon les auteurs par une combinaison de facteurs incluant une difficulté à compléter un examen clinique par manque de coopération, une impossibilité d'obtenir des radiographies diagnostiques et une explication limitée des symptômes vécus.<sup>25</sup>

En bout de ligne, les patients autistes présentent un plus haut taux de caries non traitées et d'extractions dentaires. Il est ainsi considéré par certains que les services dentaires pour cette population ne rejoignent pas les standards de soins reconnus pour la population en générale.<sup>27</sup>

## ***2.2 Santé parodontale***

Si le taux de caries enregistré chez les patients autistes est égal ou inférieur à celui des enfants en bonne santé, cela n'est pas en raison d'une meilleure hygiène buccale. Malheureusement, il a été rapporté dans la littérature que le niveau d'hygiène orale des enfants autistes était significativement inférieur à celui des contrôles et que cela se traduisait par une augmentation de la prévalence de problèmes parodontaux à l'âge adulte.<sup>26</sup>

## ***2.3 Bruxisme***

Un peu plus de 20% des parents rapportent que leurs enfants autistes bruxent durant leur sommeil.<sup>28</sup> Selon les données du NSCH, les enfants autistes avec une mauvaise santé bucco-dentaire ont une plus haute prévalence de bruxisme que les patients en bonne santé avec le même score (32% vs 6%).<sup>26</sup>



## ***2.4 Signes d'auto-mutilation***

Il n'est pas surprenant de noter la présence d'ecchymoses et d'abrasions au niveau de la tête et du cou. Dans ces cas, des comportements d'auto-mutilation doivent être considérés dans le diagnostic différentiel. Ceux-ci sont définis comme des blessures chroniques, auto-infligées et non accidentelles causant un saignement, des fractures ou des dommages permanents aux tissus mous.<sup>2</sup> Il faut savoir que 70% des patients autistes présentent au moins un épisode d'auto-mutilation au cours de leur vie et que 75% des blessures factices résultantes se retrouvent au niveau de la tête et du cou.<sup>29</sup>

Certains auteurs considèrent que la présence de blessures résultant d'épisodes d'auto-mutilation est la seule réelle caractéristique intraorale retrouvée chez les patients autistes. Parmi celles-ci on peut noter des ulcères, parodontite ou abrasions gingivales causées par des grattements d'ongles ou de corps étrangers, pressions digitales ou morsures.<sup>2,29</sup> L'auto-extraction de dents, et même de bourgeons dentaires, bien qu'inhabituelle, est une autre forme d'auto-mutilation qui a été rapportée à quelques reprises chez cette population. Un de ces cas, publié par Ross-Russel et al. (2005)<sup>30</sup>, est celui d'un jeune garçon de 7 ans qui a extrait une canine primaire inférieure après s'être plaint d'une douleur constante et d'une sensation de prurit sans signe diagnostique évident. Aucune perte osseuse ou résorption de la racine n'avaient pu être notées par le dentiste et les diagnostics d'hypophosphatasie, de Munchausen et d'abus physique ont facilement été écartés.<sup>30</sup> De façon similaire, Armstrong et al. (1999)<sup>2</sup> a décrit le cas d'un patient de 21 ans qui a extrait 11 de ses dents

permanentes sans pathologie apparente et Medina et al. (2003)<sup>29</sup>, celui d'une jeune patiente de 4 ans qui s'est présentée avec une perte prématurée de 9 dents primaires et 3 bourgeons de dents permanentes qu'elle rapportait avoir extrait sans raison évidente.

Le dentiste devrait considérer des traumatismes causés par des épisodes d'auto-mutilation comme diagnostic différentiel dans les cas de douleurs non reliées à des causes carieuses ou infectieuses.<sup>30</sup>

La cause derrière la prévalence élevée d'auto-mutilation est encore incomprise. Parmi les hypothèses avancées, on parle de recherche d'attention et de résistance plus élevée à la douleur.<sup>29</sup> L'indifférence à la douleur, bien que mise de l'avant par plusieurs auteurs et fréquemment rapportée par les parents, a cependant été récemment éprouvée par une étude de Nader et al. (2004).<sup>31</sup> Après avoir évalué les expressions faciales de patients autistes et celles d'un groupe contrôle lors de ponctions veineuses, il en est venu à la conclusion que les patients autistes ressentaient la douleur de la même façon que les enfants non atteints. Par la même occasion, il a également démontré que la perception des parents sur le seuil de tolérance à la douleur était bien souvent erronée et que sa validité comme mesure dans les études devrait peut-être être remise en question. Il a toutefois concédé que ses mesures étaient prises dans un contexte médical, non apprivoisé par un patient rébarbatif à des situations inconnues et donc que sa réaction face à la douleur peut possiblement être différente dans le contexte d'activités routinières.<sup>31</sup>

Quant au traitement approprié, il peut varier entre des techniques de modification du comportement (incluant le renforcement positif), la confection d'appareils ou de protecteurs buccaux lorsque la coopération est suffisante. Finalement, une solution moins optimale d'un point de vue esthétique et fonctionnelle, mais parfois nécessaire, est l'extraction dentaire.<sup>2,29</sup>

Il n'en reste pas moins que le défi du patient autiste pour le dentiste se situe au niveau du comportement et de l'approche spécifique qui doit être utilisée.<sup>32</sup> Le comportement et la coopération des patients avec toutes déficiences confondues est d'ailleurs le facteur principal déterminant si un patient peut être suivi en clinique privée ou non.<sup>4</sup>

### 3. L'enfant autiste en cabinet dentaire

#### ***3.1 La coopération du patient autiste sur la chaise dentaire***

Les patients atteints d'autisme vont démontrer une très grande variabilité dans leur niveau de compréhension et dans leur habilité à coopérer durant les traitements dentaires. Ce sont des patients qui peuvent faire preuve de réactions extrêmes à l'invasion de l'espace personnel.<sup>7</sup>

Les techniques de contrôle du comportement sont définies par l'American Academy of Pediatric Dentistry comme un continuum d'interactions dirigé vers la communication et l'éducation impliquant le dentiste et l'équipe dentaire, le patient et

le parent. L'objectif est de diminuer la peur et l'anxiété tout en promulguant une bonne santé orale et des procédés par lesquels elle peut être atteinte.<sup>33</sup>

La présence des parents dans la salle opératoire peut aider et rassurer le patient, améliorant ainsi sa coopération. Cette dernière peut également être optimisée par les techniques de « tell-show-do », des commandes brèves et claires et le renforcement positif.<sup>7,23</sup> Certains auteurs renchérissent en complétant que si celles-ci sont insuffisantes, elles peuvent être modifiées en appliquant une méthode de « tell-show-feel-do ». À la présentation d'un nouvel instrument, le patient autiste accorde d'abord son attention au nouvel objet, sans nécessairement enregistrer ce que le dentiste explique. Il est donc très important pour le praticien de faire manipuler l'objet à l'enfant, et cela malgré l'augmentation de sa sensibilité sensorielle et sa réticence à être touché. Les instruments qui font du bruit peuvent être particulièrement effrayants et doivent absolument être introduits progressivement.<sup>32</sup> Aussi, étant donné la maîtrise du langage possiblement limitée du patient autiste, il est souvent recommandé, au cours du processus d'accoutumance, de s'aider d'images ou de photos simples pour appuyer les explications.

Fréquemment, les patients autistes ont un degré élevé de vue latérale et leur attention peut facilement être dérangée par diverses activités dans la salle opératoire. Pour cette raison il est conseillé de garantir un environnement dénué au maximum de stimuli.

Comme le patient autiste présente une résistance face au changement et un attachement à des habitudes continues et fixes, il est primordial que les visites

dentaires soient intégrées à ses habitudes de vie. Certains instruments peuvent être remis aux parents pour permettre au patient de les apprivoiser graduellement. On peut miser sur le fait que les patients autistes apprennent très bien les règles et s'y conforment religieusement une fois que celles-ci sont bien assimilées et répétées dans une séquence constante. Afin d'ajouter à la notion de routine, il est recommandé de prendre les rendez-vous toujours à la même heure, si possible, sans avoir à faire patienter l'enfant dans la salle d'attente.<sup>32</sup>

Les études portant sur le sujet rapportent une plus faible coopération des patients à la chaise. Loo et al. (2008)<sup>21</sup> mentionne que 55% des patients autistes avaient un score de 1 ou 2 sur l'échelle de Frankl versus 25% des patients en bonne santé. Ces données concordent avec celles de Marshall et al. (2007)<sup>34</sup> qui n'a rapporté qu'un taux de coopération de 35%.

Comme les patients autistes peuvent présenter certaines limitations sociales telles des déficits dans les jeux imaginaires, d'imitation et une difficulté à se représenter les pensées d'autrui, les techniques de contrôle de comportement dites de base (tell-show-do, renforcement positif, contrôle de la voix, communication non-verbale, distraction, présence-absence des parents, protoxyde d'azote etc...) peuvent parfois être insuffisantes.<sup>35</sup> Les cliniciens peuvent alors se tourner vers des techniques de contrôle de comportement dites « avancées » comme l'immobilisation protectrice, la sédation et l'anesthésie générale.<sup>21,23,35</sup> Des succès variables de ces différentes techniques sont rapportés dans la littérature selon les différents auteurs. Une étude visant à mesurer l'acceptation des différentes techniques de comportement

par les parents a permis de conclure que de façon générale, les méthodes de contrôle de comportements dites de base étaient mieux acceptées par les parents que celles dites avancées.<sup>35</sup> Plus spécifiquement, les parents acceptaient mieux les restrictions physiques, comme tenir les mains de l'enfant, lorsque celles-ci étaient faites par eux-mêmes que par le personnel dentaire. Les ouvre-bouches et la contention par le personnel dentaire sont les deux seules techniques ayant reçu un score inférieur à 50% lorsque utilisées. La méthode la moins bien cotée était l'immobilisation protectrice à l'aide d'une planche de type « papoose ». À ce chapitre, il est cependant intéressant de noter que si seulement 40% des parents d'enfants chez qui cette technique n'avait pas été utilisée la jugeait acceptable, 95% des parents d'enfants pour qui le dentiste y avait eu recours la jugeait appropriée, avec un succès de 96%. Il est certainement bénéfique dans le processus d'acceptation de fournir des explications détaillées sur les méthodes de contrôle de comportement avancées et il est fortement conseillé que le clinicien prenne le temps de le faire avant de traiter le patient.<sup>35</sup>

### ***3.2 La sédation***

Les différentes techniques de sédation connaissent une forte popularité au sein de plusieurs pratiques de dentisterie pédiatrique. Elles peuvent effectivement, dans certains cas, aider le dentiste à gérer le comportement du patient autiste. Celui-ci doit cependant savoir que des réactions adverses sont souvent rapportées chez cette population et que les dosages habituels peuvent se révéler inappropriés.<sup>32</sup>

### ***3.3 L'anesthésie générale***

Les traitements extensifs sont préférablement exécutés sous anesthésie générale dans un milieu hospitalier.<sup>7</sup>

Une hospitalisation peut toutefois représenter une modification extrême à la routine du patient. Dans le but de maintenir le patient dans un état aussi paisible que possible, une préparation adéquate s'impose et la présence des parents dans la salle de traitement est recommandée.<sup>32</sup>

Une fois les traitements sous anesthésie générale complétés, les efforts doivent être faits pour repartir à zéro et gagner la confiance et la coopération du patient à la chaise.<sup>32</sup>

Les résultats des études de Loo et al. (2008)<sup>21</sup> et Klein et al. (1999)<sup>23</sup> concordent. Toutes deux notent une proportion de 37% des patients atteints d'une forme d'autisme qui nécessitent des traitements dentaires sous anesthésie générale, soit parce que ceux-ci sont de nature trop extensive et/ou parce que le comportement du patient est trop difficile à gérer à la chaise.

En étudiant le profil de patients traités dans un centre tertiaire de l'état de New York, Hulland et al. (2000)<sup>4</sup> note que les traits les plus prévalents des patients traités sous anesthésie générale, et donc les meilleurs prédicateurs du besoin, sont, en premier temps, un faible niveau de coopération à la chaise. Suivent les déficiences intellectuelles modérés à sévères, les problèmes d'épilepsie réfractaire, la scoliose et, en cinquième place, l'autisme. Même si la majorité des patients traités sous

anesthésie générale présentait plus d'un problème de santé, l'état de santé générale du patient ne semble pas être un bon prédicateur du besoin d'anesthésie générale à des fins dentaires. Soixante-deux pourcent des patients autistes de cet établissement ont nécessité des traitements sous anesthésie générale. Un bémol doit toutefois être apporté à cette statistique puisqu'il semblerait que les patients autistes avec un retard léger soit sous-représentés dans ce centre tertiaire.<sup>4</sup> Cela reste cependant en accord avec les données de Klein et al. (1999)<sup>23</sup> qui rapporte une augmentation du besoin d'anesthésie générale à 69% avec un « comportement définitivement négatif » pour être en mesure de compléter les soins dentaires.<sup>23</sup>

Finalement, il faut noter que 70% des patients qui y ont été traités sous anesthésie générale ont du être endormi à plus d'une reprise.<sup>4</sup>

### ***3.4 Pharmacologie***

Comme nous l'avons vu plus tôt, certains de nos patients autistes peuvent prendre des médicaments pour traiter divers troubles comportementaux ou psychiatriques concomitants. Il est important de connaître ces médicaments, leurs effets et leurs possibles interactions avec ceux communément prescrits dans une pratique dentaire.

Le risperdone et l'olanzapine sont classés comme des antipsychotiques atypiques souvent prescrits aux patients autistes afin de contrôler les symptômes d'irritabilité, d'agitation, d'auto-mutilation, d'agressivité, les comportements



répétitifs et les hallucinations. Ces médicaments peuvent potentialiser l'effet des dépresseurs du SNC utilisés en médecine dentaire. Aussi, ils peuvent causer une sialorrhée transitoire qui peut évoluer en xérostomie dans le cas de l'olanzapine.<sup>7</sup>

La fluoxétine et la sertraline sont des inhibiteurs sélectifs de la réabsorption de sérotonine, des antidépresseurs souvent prescrits chez les autistes pour diminuer la peur, l'anxiété, la dépression, le besoin de routine, les pensées et comportements répétitifs. Il a été démontré que ces médicaments causent une xérostomie chez 18% des patients avec une dysgueusie, une stomatite et une glossite.<sup>7</sup> De plus, la prise de fluoxétine est associée à une augmentation du risque de développer des dyskinésies faciales. Le dentiste doit également savoir que la fluoxétine inhibe le cytochrome P450, potentialisant ainsi les effets de plusieurs benzodiazépines. Dans le même ordre d'idée, la prescription d'érythromycine ou de clarithromycine diminue le métabolisme de la fluoxétine, pouvant occasionner des changements d'humeur.<sup>7</sup>

Les anticonvulsivants carbamazépine et valproate possèdent également des propriétés de stabilisation de l'humeur et peuvent être prescrits dans le but de contrôler les problèmes d'agressivité, de changements d'humeur et de convulsions. En combinaison avec des AINS ou de l'AAS, ils risquent de causer des saignements excessifs. Encore une fois, l'érythromycine et la claritromycine sont compétitifs pour le métabolisme au niveau hépatique et peuvent causer une toxicité à la carbamazépine.<sup>7</sup>

De son côté, la clonidine, un antihypertenseur, peut être utilisée pour prendre en charge les symptômes d'impulsivité, d'irritabilité, d'hyperactivité, de

comportements oppositionnels et d'inattention. Il faut savoir qu'elle peut potentialiser les effets des autres dépresseurs du SNC utilisés en médecine dentaire.<sup>7</sup>

Finalement, le methylphenidate qui peut être efficace pour diminuer l'hyperactivité, l'impulsivité et l'inattention, est un stimulant et peut entraîner un épisode hypertensif si un anesthésique avec vasoconstricteur est administré en trop grande dose ou par injection intravasculaire.<sup>7</sup>

### ***3.5 La prise en charge à long terme***

Un des buts à long terme dans la prise en charge dentaire d'un patient autiste devrait être d'augmenter la fréquence et l'efficacité des techniques d'hygiène, avec l'aide des parents ou du donneur de soins, en utilisant du fluor topique sous forme de gels ou de rince-bouches quotidiens.<sup>7</sup> Un brossage des dents adéquat permet non seulement de maintenir une bonne santé bucco-dentaire, mais permet probablement également de mieux faire accepter les procédures cliniques effectuées par le dentiste.<sup>36</sup> Les techniques de pédagogie visuelle se sont révélées efficaces dans l'enseignement des techniques d'hygiène à la maison ainsi que dans l'introduction de la dentisterie chez les autistes d'âge préscolaire.<sup>36,37</sup>

Les visites de rappel chez le dentiste devraient être, dans un but de prévention, plus fréquentes.<sup>7</sup> Comme il a été démontré que les parents sont de mauvais juges de la santé dentaire de leur enfant et ont une nette tendance à sous-estimer les besoins

dentaires des patients traités sous anesthésie générale, il est d'autant plus important que ceux-ci soient fidèles aux visites de rappel.<sup>25</sup>

Un effort devrait également être fait dans le but de limiter la consommation d'aliments cariogènes.<sup>7</sup>

#### 4. L'accessibilité aux soins

Parmi les études portant sur l'accessibilité aux soins citées dans la prochaine section, plusieurs portent sur les patients avec besoins médicaux spéciaux ou avec une déficience. Les patients sont considérés comme ayant des besoins médicaux spéciaux s'ils ont des désordres au niveau physique, développemental, mental, sensoriel, comportemental, cognitif ou émotionnel ou une condition qui nécessite une prise en charge médicale, une intervention de soins de santé ou l'utilisation de services ou programmes spécialisés. La condition peut être développementale ou acquise et peut causer des limitations dans l'exercice des activités quotidiennes ou des limitations substantielles dans une activité majeure de la vie.<sup>38</sup>

L'organisation mondiale de la santé définit une personne avec une déficience comme un individu qui, sur une période de temps appréciable, est empêché ou limité par une condition physique ou mentale de participer pleinement dans des activités jugées appropriées pour son groupe d'âge, incluant celle à nature sociale, récréationnelle, éducationnelle et vocationnelle. Les patients autistes sont bien sûr inclus dans ces catégories de patients.<sup>4</sup>

## ***4.1 Facteurs inhérents aux parents***

### 4.1.1 Situation familiale

La présence d'un enfant autiste au sein d'une famille produit un stress important pour la vie parentale et familiale. Cela peut impliquer une perte de revenu pour un des parents qui quitte son emploi pour s'occuper de l'enfant, sans compter la perte de temps libres et loisirs. Selon le « National survey of children with special health care needs » de 2001, un sondage téléphonique questionnant 39 000 foyers avec des enfants ayant des besoins médicaux spéciaux à travers les États-Unis, 37% des parents rapportaient avoir réduit leur charge de travail et un autre 13% avoir abandonné leur emploi. Les enfants provenant de familles à faible revenu sont plus susceptibles d'avoir un parent ayant cessé de travailler.<sup>39</sup> Même si certaines données ne sont pas constantes, il a été démontré que la présence d'un enfant autiste dans la maison peut affecter de façon négative la relation maritale.<sup>40</sup>

Plusieurs parents dédient une quantité importante de leur temps dans les soins apportés à leur enfant ayant des besoins médicaux spéciaux. Cela inclut l'administration de médicaments et de différentes thérapies, l'entretien d'équipements, le transport aux divers rendez-vous, la coordination des différentes visites de soins de santé, la poursuite des objectifs thérapeutiques et les suivis appropriés. Au total, on calcule plus de 11 heures par semaine dans 13% des cas.<sup>39</sup> La charge représentée par l'ensemble des problèmes de santé de ces enfants peut faire diminuer l'importance relative des soins dentaires aux yeux des parents. Cela a pu être montré chez une population d'enfants trisomiques qui étaient significativement

moins susceptibles de recevoir une assistance dans le brossage des dents que leurs frères et sœurs au même âge.<sup>41</sup>

#### 4.1.2 Les facteurs économiques

Il ressort que les patients avec besoins médicaux spéciaux provenant de familles à faible revenu et les enfants sans assurances sont les moins susceptibles d'avoir accès aux soins dentaires.<sup>1,39,42,43</sup> Les coûts reliés aux traitements sont un obstacle souvent reconnu dans l'obtention de soins dentaires et présentent un problème pour 16% des patients avec une déficience en Ontario.<sup>44</sup> Les coûts excessifs sont la raison principalement citée par les parents d'enfants avec besoins médicaux spéciaux n'ayant pas reçu les traitements dentaires nécessaires au cours de la dernière année aux États-Unis.<sup>1</sup>

Sans que celle-ci ne soit statistiquement significative, Finger et al. (1989)<sup>42</sup> a décelé une tendance selon laquelle les enfants avec des conditions handicapantes dont les parents ont une éducation de niveau collégial ou supérieure avaient plus de facilité à obtenir des soins dentaires que ceux dont les parents ont une éducation de niveau secondaire.

#### 4.1.3 La recherche de soins par le parent

Dans l'étude de Hennequin et al. (2000)<sup>25</sup>, la raison primaire de la consultation dentaire dans l'échantillon de patients ayant reçu des traitements sous anesthésie générale est la suspicion de douleur. Celle-ci est souvent présumée suite à un changement de comportement surtout à l'heure des repas ou à la présence d'une enflure. En effet, selon les échelles visuelles analogues, une douleur de plus grande intensité est perçue par les parents en présence d'un signe externe telle une enflure. L'adulte est alors probablement plus en mesure de faire un lien avec une douleur connue ou de mieux localiser la source de la douleur.<sup>25</sup>

#### 4.1.4 Le transport

Les difficultés liées aux transports sont souvent mentionnées par les parents comme un obstacle important à l'accessibilité aux soins.<sup>1,27,44</sup> À celles-ci, on ajoute la notion de distance qui peut dépasser 100 km chez une proportion appréciable de patients avec besoins médicaux spéciaux.<sup>45</sup>

#### 4.1.5 Les facteurs personnels

On fait ici référence aux facteurs intrinsèques au patient qui peuvent compromettre sa quête de soins dentaires comme une anxiété face aux traitements dentaires ou une incapacité à tolérer les procédures.<sup>44</sup>

#### ***4.2 Les facteurs inhérents au dentiste***

L'ensemble des sondages effectués chez les dentistes généralistes rapportent que seule une faible proportion d'entre eux traite des patients handicapés ou avec besoins médicaux spéciaux dans les cliniques privées. Nous pouvons citer ici l'étude de Casamassimo et al. (2004)<sup>46</sup> rapportant que seulement 10% des répondants traitent de façon régulière des patients atteints de paralysie cérébrale, de retard mental ou étant médicalement compromis. En fait, 70% d'entre eux admettent ne jamais ou rarement en voir dans leur pratique.<sup>46</sup> De son côté, Dao et al. (2005)<sup>47</sup> a évalué que 52% des dentistes du Michigan rapportent ne traiter aucun enfant avec besoins médicaux spéciaux dans leur clinique. Seulement 40% d'entre eux acceptent des enfants atteints d'autisme dans leur pratique.<sup>47</sup>

Ces chiffres paraissent encore plus alarmants lorsque l'on considère les calculs faits par Fenton (2004).<sup>48</sup> En effet, ce dernier a calculé que si 100% des dentistes généralistes américains acceptaient une clientèle de patients avec une déficience, chacun aurait une charge moyenne de 21 de ces patients. Cependant, lorsque cette proportion tombe à 10%, le nombre de patients par dentiste afin de répondre aux besoins est multiplié par un facteur de 10, soit 209 patients par dentiste généraliste traitant. Selon ce même auteur, les dentistes pédiatriques ne peuvent à eux seuls assurer les services et ne libèrent pas les dentistes généralistes de leur obligation éthique d'assurer un service.<sup>48</sup>

Un plus haut taux de dentistes traitant des patients à besoins médicaux spéciaux a été évalué lors d'un sondage postal fait à travers l'Ontario. Dans cette

étude,<sup>49</sup> 88% des dentistes généralistes répondants affirment traiter des patients avec besoins médicaux spéciaux et, plus spécifiquement, 27% des patients atteints d'une forme d'autisme. Sur ce volet, les dentistes pédiatriques ontariens, avec un taux de réponse favorable de 95%, traitent significativement plus de patients autistes. Les auteurs reconnaissent cependant que leurs résultats surévaluent fort probablement l'implication des dentistes généralistes dans le traitement des patients avec besoins médicaux spéciaux. Parmi les limites de leur étude, ils soulignent un taux de réponse de seulement 52% et une formulation des questions pas toujours adéquate. D'autre part, ils ont soulevé la possibilité que la moitié des répondants seraient motivés à augmenter la quantité de services rendus à cette population s'ils pouvaient bénéficier d'une augmentation des compensations monétaires. Une formation supplémentaire et une diminution de la charge administrative sont d'autres facteurs mentionnés qui pourraient aider dans le même sens.<sup>49</sup>

Parallèlement à la très faible proportion de dentistes généralistes traitant des patients avec un des désordres mentionnés plus haut, Casamassimo et al. (2004)<sup>46</sup> rapporte que seulement 25% des répondants considèrent avoir été suffisamment exposés à un enseignement didactique et une expérience clinique durant leur formation doctorale leur permettant d'être en mesure de traiter cette clientèle particulière. Ces résultats ne sont pas surprenant, car il a été depuis démontré que l'éducation au niveau universitaire sous-gradué portant sur la clientèle de patients à besoins médicaux spéciaux influe de façon significative l'acceptation de celle-ci au sein de la pratique privée du dentiste généraliste. Plus le dentiste se sent adéquatement formé et préparé pour donner des soins à des patients avec besoins



médicaux spéciaux, plus il est susceptible d'avoir de tels patients dans sa pratique, d'organiser sa clinique en fonction d'être capable de leur prodiguer les soins, d'avoir un personnel jugé apte à l'assister dans le traitement de cette clientèle et d'avoir une attitude positive envers la prise en charge de patients avec besoins médicaux spéciaux. En effet, un dentiste bien préparé compte dans sa semaine une moyenne de 2,05 patients pédiatriques avec besoins médicaux spéciaux contre 0,74 dans une semaine moyenne d'un collègue qui ne se considère pas adéquatement formé.<sup>47</sup>

Malheureusement, cet enseignement semble déficient. En effet, la plus grande proportion des dentistes sondés par Dao et al. (2005)<sup>47</sup> ne se considèrent pas bien préparés pour recevoir cette clientèle en quittant l'université. Seulement 12,2% d'entre eux affirment être bien ou très bien préparés à traiter des patients avec besoins médicaux spéciaux et cette proportion tombe à 10,1% lorsqu'il est question de patients avec un retard mental.<sup>47</sup> Smith et al.(2006)<sup>50</sup> abonde dans le même sens et démontre également qu'une meilleure formation engendre une attitude plus positive pour le traitement de patients avec des déficiences. Même si le taux d'étudiants et de dentistes considérant avoir été bien éduqués sur le sujet au cours de leur formation universitaire (41% et 35%) est plus élevé que dans l'étude précédente, il n'en reste pas moins qu'il représente toujours une proportion nettement insuffisante pour assurer les soins nécessaires.<sup>50</sup>

Non seulement les dentistes pédiatriques sont plus susceptibles d'accepter les jeunes et très jeunes patients avec une déficience dans leur pratique, ils sont

également moins influencés par le degré ou la sévérité de l'atteinte du patient que les dentistes généralistes.<sup>51</sup>

Outre la formation, le remboursement jugé inadéquat pour les services dentaires est souvent cité comme un obstacle au traitement de patients avec besoins médicaux spéciaux.<sup>49</sup> Aux États-Unis, le fait que plusieurs dentistes n'acceptent pas les patients couverts par le Medicaid pose un problème majeur au niveau de l'accessibilité aux soins pour une proportion importante des enfants. Ce refus de la part des dentistes peut être d'ordre administratif comme il peut être expliqué par de mauvaises habitudes souvent rencontrées (rendez-vous manqués...).<sup>51</sup> En Angleterre, certains dentistes ont déclaré être préoccupés par le temps supplémentaire nécessaire afin de fournir des soins de qualité aux enfants avec difficultés d'apprentissage selon leur grille actuelle de facturation.<sup>52</sup>

Aussi, certains dentistes ne possèdent pas le matériel pouvant s'avérer nécessaire pour traiter une clientèle particulière, comme une planche d'immobilisation protectrice ou un ouvre-bouche. Plusieurs considèrent que leur clinique n'est pas équipée ou organisée de façon adéquate pour recevoir ces enfants.<sup>49,51</sup> Le plus grand prédateur d'une difficulté d'accessibilité aux soins dentaires pour un patient est le fait que le dentiste soit dans l'obligation de modifier ses procédures et de s'adapter pour fournir des traitements adéquats.<sup>44</sup>

Le manque de coopération des patients durant les traitements est un autre facteur important.<sup>49</sup> Le fait que les patients peuvent pleurer, crier et potentiellement déranger l'atmosphère de la clinique peut rendre certains cliniciens réticents à les

recevoir au sein de leur pratique.<sup>51</sup> Finalement, certains rapportent être déjà trop occupés avec une clientèle régulière.<sup>49</sup>

### ***4.3 Les soins prodigués***

L'augmentation du nombre de patients avec besoins médicaux spéciaux se retrouvant au sein de pratiques dentaires privées est reliée à la désinstitutionnalisation de cette population.<sup>39</sup> Depuis les années 1970, il y a eu aux États-Unis une diminution de l'ordre de 75% des résidents d'institutions d'états avec une déficience intellectuelle ou troubles mentaux.<sup>53</sup>

Encore une fois, selon les résultats amassés dans le NSCH, aucune différence significative n'a été notée entre les enfants atteints d'autisme et la population pédiatrique générale quant au temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste, aux visites de rappel dans les derniers 12 mois, au besoin de suivi dans la dernière année, ni au statut d'assurance dentaire.<sup>26</sup> En Angleterre, selon un sondage effectué à la fin des années 1980, 82% des mères rapportaient que leur enfant atteint d'un handicap mental avait été vu par un dentiste dans les 12 derniers mois. Il est intéressant de noter que, conformément aux observations de Lewis et al. (2005),<sup>1</sup> la statistique diminuait avec l'âge de l'enfant, avec une réponse affirmative pour 95% des enfants de 0-5 ans, 82% pour les 6-10 ans et 73% pour les 11-19 ans. La majorité d'entre eux (50%) ont été suivis par des services de dentisterie communautaire, les autres ayant été vus dans des cliniques privées (39%) et des hôpitaux (11%).<sup>27</sup>

À l'opposé, selon le SHCN de 2001, les services les plus fréquemment rapportés comme nécessaires, mais non prodigués sont les soins dentaires. Plus de

8% des enfants américains avec besoins médicaux spéciaux nécessitent des soins dentaires, mais n'ont pas été en mesure de recevoir les traitements. Cette proportion s'élève à 29% chez ceux non couverts par une assurance. Les soins dentaires ont été classés en deuxième position, après la prescription de médicaments, comme le service de santé le plus nécessaire au cours de la dernière année, avec un besoin rapporté chez 78% des enfants.<sup>1,39</sup>

Parallèlement, une étude portant sur les enfants atteints de trisomie 21 en France a révélé qu'il était deux fois plus probable de rencontrer une difficulté d'accès aux soins dentaires qu'aux autres soins médicaux. Plus spécifiquement, ces parents sont vingt fois plus susceptibles de consulter un médecin spécialiste qu'un dentiste pour leur enfant.<sup>41</sup>

Il a récemment été publié que près du tiers des enfants autistes de la Virginie n'auraient encore jamais vu de dentiste ou n'en auraient pas visité un dans la dernière année.<sup>43</sup> Selon les statistiques rapportées par Finger et al. (1989),<sup>42</sup> 47% des parents de patients autistes sondés à Los Angeles rapportaient une difficulté à obtenir des soins dentaires, ceci étant généralement reliée aux coûts, au transport et à la difficulté à trouver un dentiste prêt à accepter de prodiguer des soins à leur enfant. Aussi, les patients avec une condition handicapante compliquant l'accès aux soins dentaires risquaient davantage d'être traités sous sédation et/ou dans un milieu hospitalier que ceux qui n'ont pas de difficulté à trouver un dentiste. Bien que celle-ci ne soit pas statistiquement significative, les auteurs ont également pu observer une tendance selon laquelle ces mêmes patients risquaient davantage d'avoir subi des extractions à leur dernière visite.<sup>42</sup> Selon Manley et al. (1989),<sup>27</sup> les parents d'enfants atteints

d'une déficience intellectuelle légère préfèrent si possible que les soins dentaires de leur enfant soient prodigués par leur dentiste généraliste. Ainsi, 13% de ceux traités à l'hôpital préféreraient l'être en bureau privé. Le fait que les dentistes semblent parfois désintéressés à traiter des patients handicapés ou encore plus enclins à extraire les dents qu'à les restaurer est une critique négative qui ressort du sondage.<sup>27</sup>

Les statistiques semblent comparables en Ontario. Vingt-sept pourcent des patients avec une déficience développementale ont de la difficulté à recevoir des soins dentaires. De façon encourageante cependant, seulement 10% des répondants rapportent qu'un dentiste a refusé de les traiter. Les facteurs plus personnels comme l'anxiété face aux procédures dentaires, une incapacité à tolérer les traitements et à communiquer la douleur sont les barrières les plus fréquemment citées. Encore une fois, les patients confirment être plus susceptibles de subir des extractions que des procédures de restaurations et traitements pulpaires.<sup>44</sup>

D'autres obstacles à l'accessibilité aux soins dentaires n'ayant pas encore été discutés dans cette revue ont été rapportés dans la littérature. On parle entre autres du délai pour obtenir un rendez-vous (jusqu'à 6 mois), du temps d'attente au bureau du dentiste allant de 15 minutes à plusieurs heures et le coût d'appels interurbains pour prendre les rendez-vous.<sup>45</sup> D'un autre côté, avoir un médecin ou une infirmière qui suit de façon régulière un enfant avec besoins médicaux spéciaux est associé avec une plus faible proportion de besoins dentaires non adressés.<sup>1</sup>

Il est raisonnable de penser que les problèmes d'accessibilité aux soins dentaires sont sous-estimés dans les études se basant sur des questionnaires distribués aux parents. En effet, il est probable que les répondants soient les plus motivés à

trouver un professionnel apte à prodiguer les soins à leur enfant et donc les plus susceptibles de contourner les divers obstacles rencontrés.<sup>45</sup>

## **CHAPITRE III**

### **OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE**

## **1. Problématique et objectifs**

Il n'existe présentement aucune donnée publiée sur l'accessibilité et le rendement de soins dentaires pour les enfants autistes, dans le régime actuel des soins de santé au Québec.

L'objectif principal de cette recherche est d'évaluer la perception des parents d'enfants autistes quant à l'accessibilité qu'on ceux-ci aux soins dentaires dans notre province.

L'objectif secondaire est d'évaluer le suivi dentaire et les types de traitements rendus pour cette population.

Finalement, le troisième objectif de ce projet est de sonder les parents au sujet des techniques d'hygiène appliquées à la maison.

## **2. Hypothèses**

Il est difficile de trouver un dentiste pour traiter un enfant autiste ou atteint d'un TED au Québec.

Les enfants autistes n'ont pas le même suivi dentaire et ne reçoivent pas les mêmes traitements que les enfants en bonne santé.

L'hygiène à la maison est difficile pour cette population et l'enseignement de différentes techniques est nécessaire afin d'assister le parent dans cette tâche.



**CHAPITRE IV**

**MATÉRIELS ET MÉTHODES**

## 1. Population à l'étude

### ***1.1 Groupe cas***

Le groupe à l'étude est composé d'enfants autistes ou atteints de troubles envahissants du développement visitant le centre de développement et/ou la clinique externe de médecine dentaire du CHU Sainte-Justine.

#### 1.1.1 Critères d'inclusion

- 1) Enfants diagnostiqués comme TED ou autiste par une équipe évaluative habilitée à le faire.
- 2) Enfants âgés de 18 mois à 18 ans.

Une population pédiatrique est ici visée. Selon les recommandations de l'American Academy of Pediatric Dentistry, les enfants devraient avoir consulté un dentiste à l'âge de 1an. Le diagnostic d'autisme se fait maintenant de plus en plus jeune et peut être posé dans certains cas à partir de 18 mois.

#### 1.1.2 Critères d'exclusion

- 1) Enfants atteints d'une autre condition médicale incapacitante pouvant être à l'origine de problèmes faisant obstacle au suivi dentaire (ASA >2).

## ***1.2 Groupe témoin***

Le groupe témoin, qui se veut le plus représentatif de la population en général est composée de patients visitant la clinique externe de pédiatrie du CHU Sainte-Justine.

### 1.2.1 Critères d'inclusion

- 1) Enfants âgés de 18 mois à 18 ans.

Une population pédiatrique comparable à la population en général est ici visée.

### 1.2.2 Critères d'exclusion

- 1) Enfants atteints d'une condition médicale incapacitante pouvant être à l'origine de problèmes faisant obstacle au suivi dentaire (ASA >2).

## ***1.3 Recrutement des patients***

### 1.3.1 Groupe cas

Comme mentionné précédemment, les patients ont été recrutés dans deux départements du CHU Sainte-Justine, soient la clinique externe de médecine dentaire et le centre de développement.

À la clinique de médecine dentaire, les parents d'enfants se présentant en consultation en mentionnant au questionnaire médical que leur enfant était atteint d'un désordre du spectre de l'autisme ont été approchés par l'investigatrice principale. Une courte description du projet leur a été présentée avant de remettre un formulaire de consentement et des questionnaires à compléter sur place.

Au centre de développement, les parents d'enfants atteints d'un désordre du spectre de l'autisme se présentant en consultation médicale ou pour une visite de suivi ont été approchés par la réceptionniste. Une courte description du projet leur a été présentée avant de remettre un formulaire de consentement et des questionnaires à compléter sur place, dans l'attente de voir le médecin.

Les parents refusant de participer au projet se sont vus demandés la raison du refus et le nombre de refus a été comptabilisé.

### 1.3.2 Groupe témoin

Comme mentionné précédemment, les patients ont été recrutés à la clinique externe de pédiatrie du CHU Saint-Justine. Les parents d'enfants avec une bonne santé générale se présentant à une visite de suivi chez le pédiatre et ayant une période de temps à écouler avant de voir le médecin ont été approchés par les infirmières du département. Une courte description du projet leur a été présentée avant de remettre un formulaire de consentement et des questionnaires à compléter sur place.

Les parents refusant de participer au projet se sont vus demandés la raison du refus et le nombre de refus a été comptabilisé.

## 2. Élaboration des questionnaires

### *2.1 Questionnaire de santé générale*

Le questionnaire de santé générale qui respecte les exigences de l'Ordre des Dentistes du Québec et qui a été accepté par le comité des dossiers du CHU Sainte-Justine a été remis aux parents, tel que requis par le protocole de la clinique externe de médecine dentaire du CHU Sainte-Justine (Annexe I, page xv). Ce questionnaire porte sur la condition médicale du patient incluant les maladies présentes ou passées, la prise de médicaments, les allergies ou tout autre problème de santé. Ce questionnaire permet d'avoir une vue d'ensemble du statut médical du patient.

Une version anglaise du questionnaire de la clinique externe de médecine dentaire était également disponible et a été utilisée chez les familles plus à l'aise dans cette langue.

### *2.2 Questionnaire principal groupe cas*

Le questionnaire a été composé pour les besoins précis de cette recherche en se basant sur les causes et problèmes relevés dans la littérature récente (Annexe II, page xvii).

Les principaux points évalués sont l'accès aux soins dentaires dans leur région, l'accueil reçu chez le dentiste généraliste ou spécialiste visité dans le passé et l'importance accordée par les parents à l'hygiène à la maison et aux visites de rappels.

Le questionnaire a été testé auprès de 15 familles pour s'assurer de la clarté des questions.

Le questionnaire a par la suite été traduit en anglais par l'équipe de recherche. Une deuxième traduction dans la langue d'origine a ensuite été faite par un collaborateur externe afin de s'assurer de la justesse de la traduction. La version anglaise a également reçu le sceau du comité d'éthique.

### ***2.3 Questionnaire principal groupe contrôle***

Puisque les questions 9, 28 et 30 du questionnaire principal groupe cas se rapportent à l'autisme ou au TED, elles ont été supprimées du questionnaire principal groupe contrôle. Ce dernier se trouve en annexe III à la page xxii.

### 3. Consentement

Le parent ou responsable légal a reçu un formulaire de consentement et d'assentiment approuvé par le comité d'éthique à la recherche du CHU Sainte-Justine. Celui-ci a été compris et signé avant de compléter les questionnaires.

Une version anglaise de ce questionnaire a également été élaborée en suivant les mêmes démarches que celles utilisées pour le questionnaire principal.

À tout moment, les participants ont eu la possibilité de refuser de répondre à une question ou de se retirer de l'étude et cela, sans affecter leur suivi médical ou leur suivi à la clinique dentaire du CHU Sainte-Justine.

### 4. Considérations éthiques

Le protocole a été soumis et approuvé dans son ensemble par le comité scientifique et le comité d'éthique à la recherche du CHU Sainte-Justine. Tous les formulaires remis aux participants étaient marqués du sceau du comité.

Un suivi annuel a été effectué par le comité d'éthique sur le déroulement du projet.

Toutes les données recueillies sont gardées confidentielles. Le questionnaire général avec l'empreinte de la carte d'hôpital a été associé à un numéro de questionnaire principal. Cela nous permet de retracer le répondant au besoin, sans qu'il n'ait à être connu au moment de l'analyse des données.

Tous les questionnaires remplis seront gardés sous clé pour les cinq prochaines années sous la responsabilité du Dr Hélène Buithieu. Seules les trois chercheurs y auront accès. Après cette période, les questionnaires seront détruits.

Aucun risque n'était associé à la participation au projet.

## 5. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été effectuées par un agent de recherche biostatisticien de la Faculté de Médecine Dentaire de l'Université de Montréal, M. Pierre Rompré. Pour comparer les deux groupes, des tests de Fisher et Pearson ont été effectués à l'aide du logiciel SPSS Statistics 17.0 (SPSS Inc., IBM, Chicago, Illinois). Le niveau de corrélation statistiquement significatif a été fixé à  $p \leq 0,05$ .

## 6. Financement

Aucun organisme n'a financé cette étude. Les coûts engendrés par l'impression des questionnaires ont été assumés par les chercheurs dans le cadre d'un projet académique.



## **CHAPITRE V**

### **RÉSULTATS**

## 1. Population à l'étude

Vingt-sept parents de patients atteints d'autisme ou d'un TED et 37 parents d'enfants en bonne santé ont répondu aux questionnaires. Un taux de refus de 10% a été noté dans les deux groupes. Tous les parents ayant refusé, sauf un, ont prétexté un manque de temps. Un seul parent d'un enfant autiste a répondu déjà avoir un dentiste pour son enfant, être très satisfait du service obtenu et donc ne pas être intéressé à participer au projet de recherche.

Les deux groupes sont comparables au niveau de l'âge (Tableau I). Le groupe autiste comprend une plus forte population masculine, mais pas à un niveau statistiquement significatif ( $p= 0,197$ ).

Tableau I  
Distribution des groupes selon l'âge et le sexe

	<b>Autistes/TED</b>	<b>Témoins</b>
N	27	37
H:F	70% H 30% F	51% H 49% F
Moyenne d'âge	7,8 ans	6,8 ans
Minimum	3,17 ans	1,6 ans
Maximum	16,6 ans	15,42 ans

Aucune différence statistique n'a pu être détectée concernant le niveau de scolarité des parents entre les deux groupes ( $p= 0,162$ ).

Le lieu de résidence principale des deux groupes est présenté dans le Tableau II.

Tableau II  
Lieu de résidence

Région administrative	Autistes/TED	Témoins
Bas Saint-Laurent	1	1
Lanaudière	2	1
Laurentides	3	3
Laval	1	4
Mauricie	1	0
Montréal	8	7
Montréal	11	19

Notons que deux des parents d'enfants du groupe témoin ont omis d'indiquer le code postal de leur lieu de résidence.

Au sein du groupe cas, 60% des patients sont considérés comme verbaux, contre 40% non verbaux. Deux parents ont cependant omis d'indiquer le niveau de langage de leur enfant autiste, ne permettant pas ainsi de les classer selon leur atteinte.

Une différence significative ( $p = 0,001$ ) entre les deux groupes a été notée au niveau de la fréquence des visites requises chez différents professionnels de la santé (Tableau III).

Tableau III  
Fréquence des visites chez différents professionnels de la santé

	< 2 fois par année	< 1 fois par mois	1 à 3 fois par mois	1 fois par semaine	2 à 4 fois par semaine	> 5 fois par semaine
<b>Autistes</b>	8/27	5/27	8/27	4/7	1/27	1/27
	29,6%	18,5%	29,6%	14,8%	3,7%	3,7%
<b>Témoins</b>	28/37	7/37	2/37	0	0	0
	75,7%	18,9%	5,4%	0	0	0

## 2. Accessibilité à un dentiste

### *2.1 Difficulté à trouver un dentiste*

Les résultats démontrent que plus d'enfants autistes ou TED (44%) que d'enfants témoins (5%) ont de la difficulté à trouver un dentiste ( $p < 0,001$ )

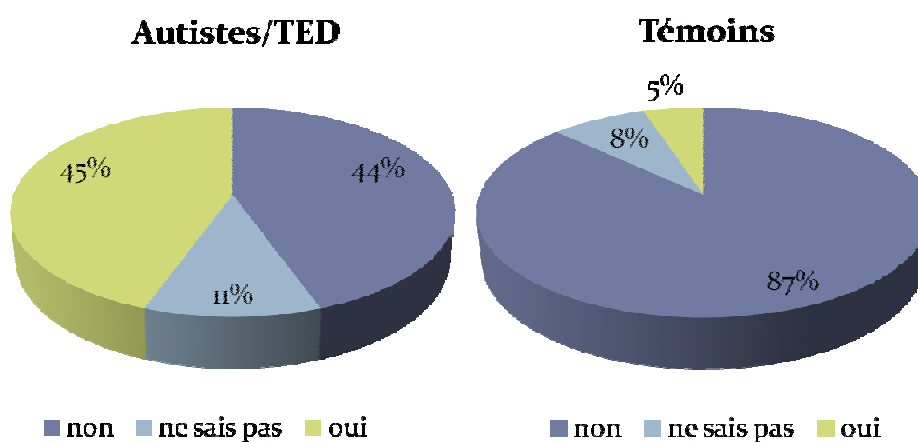


Figure 1 : Difficulté à trouver un dentiste pour l'enfant

La différence notée entre les autistes non verbaux et verbaux à cette question ne s'est cependant pas révélée statistiquement significative selon le test de Pearson ( $p= 0,220$ ).

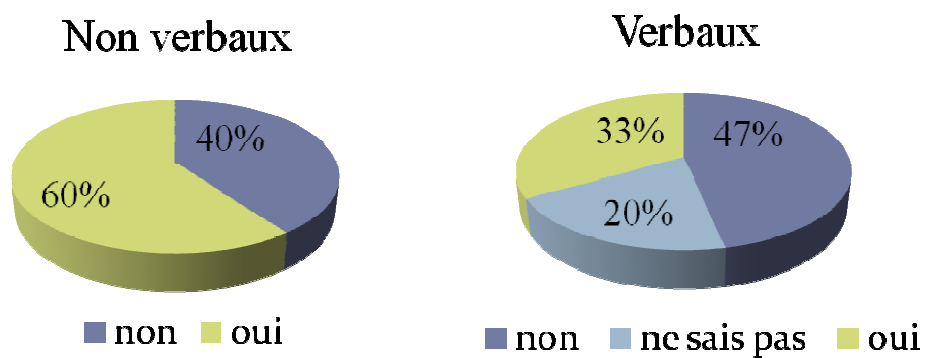


Figure 2 : Difficulté à trouver un dentiste pour l'enfant  
(Autistes non verbaux vs verbaux)

Aucune différence statistiquement significative n'a pu être détectée au niveau des raisons choisies pour expliquer la difficulté à trouver un dentiste ou pourquoi ils n'ont encore jamais essayé de consulter, tel que démontré dans le Tableau IV.

Tableau IV  
Raisons expliquant la difficulté à trouver un dentiste ou le manque de recherche

	Autistes	Témoins	p
Je pense que mon enfant est trop jeune pour voir un dentiste	0 0	2/6 33,3%	.071
Mon enfant a plusieurs autres problèmes qui demandent mon attention	5/15 33,3%	0 0	.266
Je crains que mon enfant réagisse mal à l'environnement de la clinique (ex. Dans la salle d'attente, devant les autres parents et patients)	5/15 33,3%	0 0	.266
Je crains que mon enfant réagisse mal au dentiste et à ses traitements	9/15 60%	1/6 16,7%	.149
Mon enfant est angoissé à l'idée d'aller voir le dentiste	7/15 46,7%	1/6 16,7%	.336
Je ne pense pas qu'il est nécessaire de voir un dentiste	0 0	1/6 16,7%	.286
Je verrais un dentiste seulement en cas d'urgence	0 0	2/6 33,3%	.071
Les visites chez le dentiste coûtent cher et je n'ai pas d'assurances	3/15 20%	2/6 33,3%	.598
Mon dentiste travaille loin de chez moi et je ne peux pas toujours me rendre facilement	3/15 20%	0 0	.526
Mon dentiste refuse de voir mon enfant parce qu'il dit qu'il n'a pas les compétences	5/15 33,3%	0 0	.266
Mon dentiste nous fait attendre trop longtemps dans la salle d'attente	3/15 20%	0 0	.526
Mon dentiste a un horaire très chargé et nous devons prendre les rendez-vous très longtemps à l'avance	4/15 26,7%	0 0	.281
Mon dentiste n'accepte de voir les enfants que certains jours dans le mois.	1/15 6,7%	1/6 16,7%	.500

On remarque ici des dénominateurs plus petits parce que seuls les parents ayant affirmé avoir de la difficulté à trouver un dentiste ou ne pas savoir s'il est difficile de trouver un dentiste pour leur enfant devaient fournir des raisons.

Les parents d'enfants autistes ou TED doivent également parcourir une plus grande distance pour se rendre chez le dentiste de leur enfant comparativement au groupe témoin ( $p < 0,001$ ) (Figure 3).

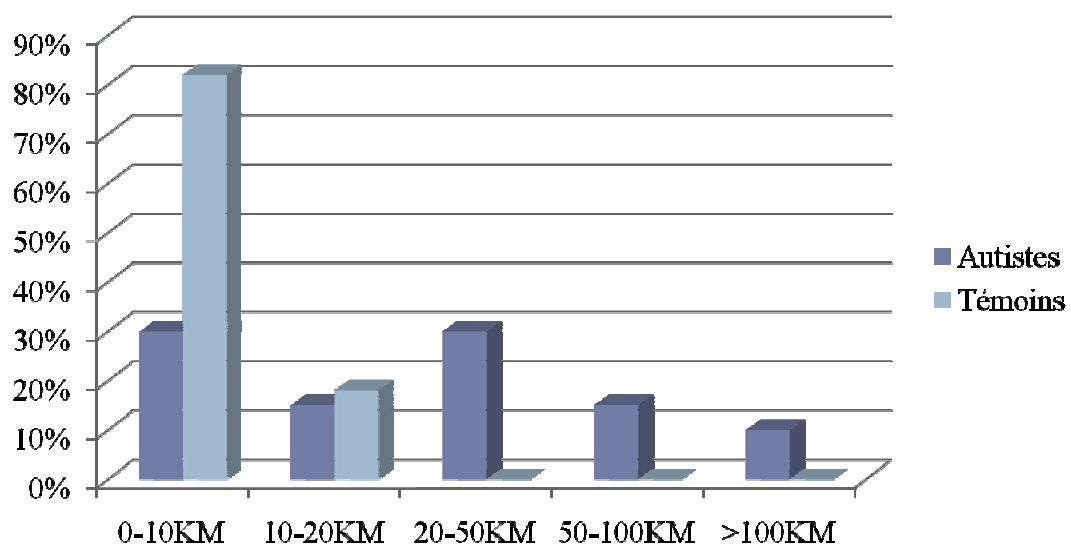


Figure 3 : Distance à parcourir pour se rendre chez le dentiste de l'enfant.



## 2.2 Suivi dentaire

La différence entre les deux groupes à la question « Votre enfant a-t-il déjà vu un dentiste? » s'est révélée non significative, tout comme le temps écoulé depuis la dernière visite chez le dentiste (Tableau V).

Tableau V  
Suivi dentaire

	Autistes	Témoins	p
A déjà été vu par un dentiste	22/27 81,5%	34/37 91,9%	0,266
A vu un dentiste dans la dernière année	19/22 86,3%	31/33 93,9%	0,146
Est suivi régulièrement par un dentiste	18/22 81,8%	29/34 85,3%	0,727

Seulement les parents d'enfants ayant déjà été vus par un dentiste devaient spécifier si une visite avait eu cours dans la dernière année et si le suivi était régulier. Un des parents du groupe témoin avait malheureusement omis ici de spécifier à quand remontait la dernière visite de son enfant chez le dentiste, ce qui explique l'attrition observable dans le Tableau V.

Le niveau d'autisme n'a pas eu d'effet mesuré comme significatif sur le fait que le patient ait vu un dentiste ( $p = 0,615$ ).

Tableau VI

## Suivi dentaire

*Autistes non verbaux vs verbaux*

	Non verbaux	Verbaux	p
A déjà été vu par un dentiste	9/10 90%	11/15 73%	0,615

Les deux enfants autistes dont le niveau de langage est inconnu ont été exclus de cette comparaison.

Cependant, il faut noter que les enfants autistes sont vus dans 59,1% des cas par un dentiste pédiatrique ou en milieu hospitalier, ce qui est significativement différent du groupe témoin ( $p = 0,002$ ) (Tableau VII). Cette différence s'agrandit encore davantage entre les deux groupes lorsque l'on regarde quel type de dentiste effectue un suivi régulier, à savoir s'il s'agit d'un dentiste généraliste, pédiatrique ou d'un dentiste pratiquant en milieu hospitalier ( $p < 0,001$ ) (Tableau VIII).

Tableau VII  
Dentiste ayant vu l'enfant

	Dentiste généraliste	Dentiste pédiatrique	Dentiste dans un hôpital	p
Autistes/TED	9/22 40,9%	6/22 27,3%	7/22 31,8%	0,002
Témoins	27/33 82%	6/33 18,2%	0	

Un des parents du groupe témoin a malheureusement omis de spécifier par quel dentiste son enfant a été vu.

Tableau VIII  
Dentiste effectuant un suivi régulier

	Dentiste généraliste	Dentiste pédiatrique	Dentiste dans un hôpital	p
Autistes/TED	7/20	6/20	7/20	<0,001
	35%	30%	35%	
Témoins	23/29	6/29	0	
	79,3%	20,7%	0	

Notons que seulement 20 parents d'enfants autistes et 29 parents d'enfants en bonne santé ont répondu que leur enfant était suivi de façon régulière par un dentiste.

Le niveau d'autisme n'a cependant aucune influence significative sur le professionnel impliqué dans le suivi dentaire, tel que démontré dans le tableau suivant.

Tableau IX

Dentiste effectuant un suivi régulier

*Autistes non verbaux vs verbaux*

	Dentiste généraliste	Dentiste pédiatrique	Dentiste dans un hôpital	p
Non Verbaux	1/7 14%	3/7 43%	3/7 43%	0,328
Verbaux	5/11 45,5%	2/11 18,2%	4/11 36,4%	

Des 20 patients autistes suivis par un dentiste, le niveau de langage était connu pour seulement 18 d'entre eux. Deux patients ont donc été exclus de la comparaison.

Les enfants autistes de cette étude se font traiter significativement moins souvent par le même dentiste que leurs parents. Bien que cela ne soit pas statistiquement significatif, ces enfants doivent également être traités plus souvent par un dentiste différent de celui de leurs frères et sœurs (Tableau X).

Tableau X  
Dentiste effectuant le suivi de la famille

	Autistes	Témoins	p
Suivi par même dentiste que parents	4 /22 18,2%	24/33 72,7%	<0,001
Suivi par même dentiste que frères et soeurs	11/18 61,1%	23/26 88,5%	0,064

Rappelons que seulement 22 enfants autistes et 34 enfants en bonne santé ont déjà été vus par un dentiste. Un parent du groupe témoin a omis de spécifier si son enfant était vu par le même dentiste que lui. Aussi, 4 des enfants autistes et 7 des enfants en bonne santé de ce groupe n'ont pas de frères et sœurs.

### 2.3 Traitements dentaires reçus

Le tableau XI montre la distribution des traitements reçus par les patients, selon les parents. Les traitements « à la chaise » ont été effectués de façon traditionnelle, c'est-à-dire sans méthodes avancées de gestion de comportement. Aucune différence statistiquement significative n'a pu être notée sur le type de traitements reçus, mais l'utilisation d'une méthode avancée de gestion de comportement, l'immobilisation, est significativement ( $p < 0,001$ ) plus prévalente dans le groupe autiste.

Tableau XI  
Traitements dentaires reçus

	Autistes	Témoins	p
Examen à la chaise	72,7%	93,5%	0,054
Prophylaxie à la chaise	59,1%	83,9%	0,061
Radiographies à la chaise	40,9%	48,4%	0,755
Scellants à la chaise	31,8%	35,5%	1,000
Restaurations et traitements pulpaire à la chaise	22,7%	29,0%	0,750
Extractions à la chaise	9,1%	9,7%	1,000
Tx sous immobilisation	31,8%	0	0,001

Seulement un patient autiste a reçu des traitements sous anesthésie générale et seulement un patient en bonne santé a reçu des traitements sous sédation.

### 3. Santé dentaire

Une plus grande proportion de parents d'enfants du groupe témoin considèrent la santé dentaire de leur enfant comme excellente comparativement aux parents d'enfants autistes qui la considèrent bonne ou passable à très mauvaise (Tableau XII).

Tableau XII  
Qualité de la santé dentaire des enfants selon les parents

	Très mauvaise	Mauvaise	Passable	Bonne	Excellente
Autistes	1/26	3/26	5/26	15/26	2/26
	3,8%	11,5%	19,2%	57,7%	7,7%
	34,6%			65,4%	
Témoins	1/36	2/36	4/36	9/36	20/36
	2,8%	5,6%	11,1%	25%	55,6%
	19,4%			80,6%	

Un parent d'enfant autiste et un parent du groupe témoin ne savaient pas comment qualifier la santé dentaire de leur enfant.



Les proportions de patients avec des caries dentaires non traitées, mais connues des parents ne se sont pas révélées différentes à un niveau statistiquement significatif ( $p = 0,648$ ) (Tableau XIII).

Tableau XIII  
Caries dentaires non traitées

	oui	non	Ne sais pas	p
Autistes	4/27 14,8%	18/27 66,7%	5/27 18,5%	0,648
Témoins	3/37 8,1%	28/37 75,7%	6/37 16,2%	

En tentant d'évaluer la facilité de communication, une difficulté significativement plus grande du parent à détecter et localiser la douleur chez leur enfant ( $p < 0,001$ ) dans le groupe autistes a été remarquée (Tableau XIV).

Tableau XIV  
Communication de la douleur

	Autistes	Témoins	p
Il est difficile de savoir si l'enfant a de la douleur	18/27 66,7%	5/37 13,5%	<0,001
Il est difficile de savoir où l'enfant a de la douleur	21/27 77,8%	8/37 22,2%	

#### 4. Hygiène à la maison

Même si notre échantillon ne permet pas de faire ressortir une différence significative au niveau de la fréquence du brossage ( $p = 0,451$ ) (Tableau XV), il a toutefois mis en évidence une différence marquée au niveau de l'autonomie du patient ( $p = 0,019$ ) (Tableau XVI). On observe également une tendance selon laquelle le patient autiste serait moins coopératif que le patient en bonne santé lorsque le parent lui brosse les dents (Tableau XVII).

Tableau XV  
Fréquence du brossage

	$\geq 2x$ /jour	1X/jour	1X/48hrs	1-2X/semaine	< 1X/semaine	p
Autistes	14/27	11/27	1/27	1/27	0	0,451
	51,9%	40,7%	3,7%	3,7%	0	
Témoins	25/37	10/37	0	1/37	1/37	
	67,6%	27,0%	0	2,7%	2,7%	

Tableau XVI  
Autonomie au niveau du brossage

	Se brosse les dents seul	Est supervisé par un adulte	Un adulte brosse ses dents	p
Autistes/IED	2/27	7/27	18/27	0,019
	7,4%	25,9%	66,7%	
Témoins	14/37	8/37	15/37	
	37,8%	21,6%	51,6%	

Tableau XVII  
Facilité d'accomplissement du brossage par le parent

	Facile, l'enfant se laisse faire	Difficile, l'enfant ne coopère pas toujours	p
Autistes	14/25	11/25	0,065
	56%	44%	
Témoins	19/23	4/23	
	82,6%	17,4%%	

Seulement les parents ayant répondu qu'ils supervisaient ou effectuaient le brossage de leur enfant devaient élaborer sur la coopération de leur enfant lors de l'activité.

Chez les patients autistes, les techniques de pédagogie visuelle ne se sont pas montrées très populaires. Vingt-et-un parents sur 26 ayant répondu à cette question ne les connaissaient pas. Des 5 autres parents, 3 parents ont affirmé l'avoir essayé, mais ont abandonné par la suite, parce qu'ils ne jugeaient pas voir d'amélioration. Seulement deux parents ont jugés les techniques de pédagogie visuelle comme efficaces dans les techniques d'hygiène dentaire à la maison.

Comme il est représenté dans le Tableau XVIII, les deux groupes à l'étude reçoivent sensiblement les mêmes sources d'apport en fluor.

Tableau XVIII  
Sources de fluor quotidiennes

	Autistes	Témoins	p
Dentifrice fluoré	19/25 76%	20/32 62,5%	0,391
Comprimés prescrits par dentiste ou médecin	0	1/32 3,1%	1,000
Rince bouche fluoré	0	1/32 3,1%	1,000
Application professionnelle	10/25 40%	16/32 50%	0,593
Eau municipale fluorée	1/25 4%	5/32 15,6%	0,215

Certains parents ne connaissaient pas la réponse à cette question et ont été exclus du tableau.

Pour terminer, 88,5% des parents d'enfants autistes ayant participé à cette étude seraient intéressés à faire suivre leur enfant dans un centre ayant développé un expertise dans la dispensation de soins dentaires pour cette clientèle particulière.

## **CHAPITRE VI**

### **DISCUSSION**

## 1. Comparaison des groupes à l'étude

Le groupe cas et le groupe témoin sont comparables au niveau de l'âge. Au niveau du sexe, on remarque une plus forte proportion de garçons, mais le ratio est inférieur à celui rapporté dans la littérature de 4,3 garçons pour une fille autiste.<sup>7</sup> Le statut socio-économique, évalué indirectement par le niveau de scolarité des parents, est également équivalent dans les deux groupes. Ces deux variables pouvant avoir un effet important sur l'accessibilité aux soins ont été prises en considération dans cette étude.

Comme l'avait soulevé Waldman et al. (2006)<sup>39</sup>, la charge de travail requise par le diagnostic d'autiste du patient, mesurée dans ce travail par la fréquence des visites requises chez les différents professionnels de la santé, s'est révélée significative avec 22,2% des patients autistes requérant un suivi hebdomadaire. Ceci pourrait avoir l'effet précédemment mentionné de faire diminuer la valeur relative perçue par les parents de la santé bucco-dentaire dans le contexte de santé globale des enfants autistes.

## 2. Accessibilité à un dentiste

### ***2.1 Difficulté à trouver un dentiste***

Nos résultats montrent clairement qu'il est plus difficile pour les parents d'enfants autistes de trouver un dentiste au Québec. Ceci concorde avec la majorité des études canadiennes et américaines portant sur l'accessibilité aux soins dentaires.<sup>1,27,39,42,43,44,45,46,48,49,51</sup>

Aucune différence significative n'a pu être notée entre les deux groupes quant aux raisons compliquant l'accès au dentiste. Il faut ici noter que seule une très petite proportion de parents d'enfants en bonne santé ont répondu avoir de la difficulté à trouver un dentiste, diminuant ainsi considérablement notre pouvoir statistique. Une plus grande population à l'étude aurait possiblement permis de détecter autre chose. Il reste tout de même intéressant de noter que les raisons les plus souvent citées ne sont pas les mêmes dans les deux groupes.

Chez les enfants en santé, l'âge, les frais dentaires et une faible importance accordée aux visites de suivi semblent représenter les principaux obstacles.

À l'inverse de ce qui se passe aux États-Unis, les considérations financières ne se sont pas révélées comme les plus importantes dans le groupe cas. En effet celles-ci arrivent au septième rang, ex-æquo avec le temps d'attente et les difficultés reliées au transport alors qu'elles représentent l'obstacle principal dans l'article de Lewis et al. (2005).<sup>1</sup> Cette variation peut certainement être expliquée partiellement par le fait qu'au Québec, les examens dentaires et soins de restaurations sont couverts par le régime de l'assurance maladie jusqu'à l'âge de 10 ans exclusivement. Soixante-quatorze pourcent des patients inclus dans notre groupe cas avaient moins de 10 ans au moment de la collecte de données. Il est raisonnable de penser cependant que les facteurs économiques peuvent gagner en importance avec l'adolescence et seraient davantage soulignés dans une population plus vieille.

Les points les plus souvent sélectionnés par les parents d'enfant autiste participant à cette étude se rapportent davantage à l'anxiété du parent et du patient

face à l'environnement de la clinique et aux traitements prodigués. On remarque que cette anxiété est la raison qui explique que des parents n'ont pas même encore tenté de trouver un dentiste pour suivre leur enfant atteint d'un trouble envahissant du développement.

Comme il a été relaté dans plusieurs études nord-américaines, le manque de formation des dentistes semble également être un point majeur.<sup>46,47,50,51</sup> En effet, le tiers des parents du groupe cas considèrent que leur dentiste n'a pas les compétences pour traiter leur enfant autiste. Cette information n'a cependant pas été recueillie à la source. Étant donné qu'aucun dentiste n'a été sondé dans le cadre du présent travail et n'a ainsi pu confirmer un manque de formation, on doit considérer que la compétence du dentiste a été mesurée de façon indirecte. Il est donc impossible à ce stade pour les auteurs de conclure sur ce point.

Les données recueillies quant à la distance à parcourir pour se rendre chez le dentiste concordent avec celles relatées dans la recension des écrits.<sup>1,27,44,45</sup> Celle-ci est significativement plus grande dans le groupe à l'étude que dans le groupe témoin et représente un obstacle important pour 20% des parents d'enfant autiste. Notons que ceux ayant à parcourir plus de 100 km habitent des régions éloignées de grands centres urbains, mais tout de même desservies par des dentistes généralistes.

Le manque de différence statistiquement significative entre les autistes verbaux et non verbaux quant à la difficulté à trouver un dentiste traitant est probablement dû à la taille limitée des groupes. Il est de l'avis des auteurs du présent mémoire qu'un écart de 27% (60% des autistes non verbaux ayant de la difficulté à



trouver un dentiste contre 33% des autistes verbaux) est considérable et doit être soulevé. Un échantillon plus grand aurait possiblement confirmé la tendance selon laquelle une forme d'autisme plus sévère influence négativement l'accessibilité aux soins dentaires.

## ***2.2 Suivi dentaire***

Les données relatives au suivi dentaire concordent avec celles recueillies par le NSCH de 2003.<sup>26</sup> Aucune différence significative n'a pu être notée entre les deux groupes pour les items suivants, soient : l'enfant a déjà été examiné par un dentiste, le temps écoulé depuis la dernière visite et le suivi régulier.

Cependant, il est particulièrement intéressant de noter que même si le suivi est fait, il est significativement plus souvent effectué par des spécialistes dans le groupe cas. Malheureusement, comme l'a soulevé Fenton (2004),<sup>48</sup> les dentistes pédiatriques ne peuvent assurer à eux seuls la charge entière des patients atteints d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du développement.

Il est de l'avis des auteurs que le fait que les enfants autistes soient significativement moins suivis par le même dentiste que leurs parents compromet l'accessibilité aux soins. Les démarches requises pour trouver un dentiste autre que celui traitant la famille demande un effort et une motivation supplémentaires.

Encore une fois, l'absence de différence statistiquement significative entre les proportions d'enfants dans les deux groupes suivis par le même dentiste que leurs

frères et sœurs doit être modulée par différents éléments. Vingt-deux pourcent de la population à l'étude est composée de familles d'enfants uniques. Il nous est impossible de savoir par la formulation de nos questions si le dentiste pédiatrique traitant aurait été visité par la fraternité même sans la présence d'un enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme dans la famille.

Le suivi en milieu hospitalier s'est révélé, dans cette étude, exclusif aux enfants autistes, avec une plus forte concentration de patients non verbaux. En effet, tous les enfants en bonne santé sont suivis en clinique privée. Il est raisonnable de penser qu'un plus grand échantillon de patients aurait permis de montrer que les autistes sévères ont davantage de difficulté à obtenir des traitements dans des cliniques privées et doivent se tourner vers le système hospitalier pour recevoir des soins.

### ***2.3 Traitements dentaires reçus***

La seule différence significative au niveau des techniques avancées de gestion de comportement a été notée avec l'utilisation d'immobilisation protectrice. Ce résultat n'est pas surprenant puisqu'il s'agit d'une méthode généralement réservée aux patients très jeunes ou à ceux atteints d'une certaine déficience intellectuelle.

La similitude des types de traitements effectués est, de son côté, plus surprenante. En effet, la littérature récente rapporte que les enfants autistes ont davantage d'extractions dentaires que de restaurations et traitements pulpaires

comparativement aux patients en bonne santé. Nos données ne reflètent aucunement cette situation. Il faut cependant noter que le devis de notre étude et la formulation des questions peut présenter un certain biais. En effet, ni les dossiers dentaires ni les dentistes traitants n'ont pu être consultés dans le cadre de ce projet. Les résultats sont donc tributaires de ce que les parents ont retenu de leurs visites chez le dentiste. Aussi, il n'existe aucune appréciation quantitative des différents types de traitements rendus. Il est possible que si le nombre de restaurations versus extractions chez chaque patient avait été comptabilisé, les conclusions auraient été fort différentes.

Malgré la difficulté à trouver un dentiste, la majorité des patients autistes semble recevoir le suivi et les traitements nécessaires. Pour la plus grande part, les parents semblent bien conscientisés de l'importance des soins dentaires et font preuve de la motivation nécessaire pour trouver un professionnel apte à traiter leur enfant. Par contre, les distances à parcourir et la difficulté rapportée par les parents soulignent la nécessité d'améliorer l'accessibilité aux soins dentaires.

### 3. Santé dentaire

Le fait que la santé dentaire des enfants autistes soit généralement considérée comme moins bonne par leurs parents que celle des patients en bonne santé est en accord avec les observations précédemment rapportées. Cependant, contrairement à ce que Kopychka-Kedzierawski et al. (2008)<sup>26</sup> a relaté, la proportion supérieure

d'enfants autistes avec une santé dentaire considérée comme mauvaise ne s'est pas révélée statistiquement significative.

Quant à la présence de caries non traitées, un échantillon plus grand aurait été souhaitable pour préciser la tendance observée dans notre petit échantillon. Sur ce point également il est important de se rappeler que le devis de notre étude nous limite à se fier à ce que les parents rapportent, sans avoir moyen de connaître le degré d'atteinte. Il est opportun de souligner les travaux de Hennequin et al. (2000)<sup>25</sup> selon lesquels les besoins de restaurations sont souvent sous-estimés chez les enfants difficiles à examiner à la chaise.

Nous avons également pu mesurer une barrière dans la communication des symptômes de douleur. Comme nous le savons, ceux-ci sont souvent la raison de consultation en médecine dentaire.

Pour toutes ces raisons, il est raisonnable de penser que la différence qui existe entre le nombre d'enfants autistes et d'enfants en bonne santé atteints de caries dentaires non soignées est sous-estimée dans cette étude.

#### 4. Hygiène à la maison

Il est très encourageant de voir qu'aucune différence significative n'a pu être décelée au niveau de la fréquence du brossage des dents entre les deux groupes avec plus de 90% des patients autistes recevant des mesures d'hygiène quotidiennement. Une amélioration reste tout de même souhaitable pour augmenter la proportion de patients se brossant les dents deux fois par jour.

Il faut cependant souligner le faible niveau d'autonomie et de coopération des enfants autistes dans l'accomplissement des techniques d'hygiène quotidienne. Il est donc nécessaire d'assister les parents dans cette tâche. Si ici, comparativement aux résultats rapportés par Pilebro et al. (2005),<sup>36</sup> les techniques de pédagogie visuelle ne semblent pas très populaires, il reste cependant très pertinent d'enseigner différentes méthodes aux parents afin de faciliter le brossage et d'améliorer l'observance.

Finalement, l'apport en fluor pourrait probablement être augmenté chez plusieurs patients autistes dans un but de prévention. En sachant que les patients autiste ont une moins bonne coopération pour les traitements dentaires effectués à la chaise et nécessitent plus fréquemment des traitements sous anesthésie générale, il est d'autant plus important de prévenir l'apparition de lésions carieuses.<sup>21,23,34</sup> L'American Academy of Pediatric Dentistry recommande une prescription adéquate de fluor systémique lorsque les sources diététiques et d'eau courante sont sous-optimales.<sup>54</sup> Dans cette étude, aucun patient autiste ne prenait de comprimés de fluor systémique.

## 5. Limites de l'étude

Le premier point à souligner est la taille limitée de notre échantillon. Pour des raisons de logistique il a été difficile d'atteindre le nombre de patients visés pour cette étude dans le laps de temps alloué. Un plus grand échantillon aurait possiblement permis de détecter davantage de différences à des niveaux statistiquement significatifs, même après une stratification.

Il faut ensuite reconnaître que toutes les questions d'ordre dentaire faisant référence à des notions parfois techniques étaient posées à des parents avec des connaissances généralement limitées dans le domaine. Il ne serait pas surprenant que certains traitements aient été relatés de façon erronée.

Finalement, un biais de sélection existe du fait que tous les patients ont été recrutés au sein du même centre hospitalier et que la plupart demeurent à Montréal et dans les environs. Il doit être souligné que tous ces patients sont également sous les soins d'un pédiatre et qu'il a été démontré que les patients suivis par différents professionnels de la santé ont un meilleur accès aux soins dentaires par l'établissement d'un réseau.

## 6. Ouvertures

Afin d'avoir un portrait global de la situation sur l'accès aux soins dentaires au Québec pour les enfants autistes, il serait nécessaire d'évaluer d'un autre angle cette question en sondant les dentistes de la province pour connaître leur implication et avoir leur vision des faits. Il faudrait bien sûr par la même occasion les questionner sur les obstacles qu'ils rencontrent dans la dispensation des soins à cette clientèle particulière et peut-être sur des pistes de solution envisageables.

Il serait également intéressant de reproduire cette étude dans différentes régions afin de pouvoir mesurer s'il existe des différences significatives entre les régions urbaines et rurales.

## **CHAPITRE VII**

## **CONCLUSION**



Cette étude a permis de démontrer qu'au Québec, il est difficile pour un parent d'enfant autiste de trouver un dentiste en mesure de prendre en charge leur enfant. La majorité de ces enfants aux besoins particuliers sont traités par des dentistes pédiatriques et/ou en milieu hospitalier et doivent parcourir significativement plus de distance pour s'y rendre. Même si la plupart d'entre eux semblent avoir un suivi adéquat, il reste nécessaire de trouver des pistes de solution pour faciliter l'accès.

Afin d'établir un plan d'action efficace, d'autres travaux sont encore nécessaires. Il faut, entre autre, cerner les raisons expliquant le fait que plusieurs de ces patients ne sont pas traités par le dentiste généraliste de leur région ou de leur famille.

Parallèlement, il faut épauler les parents dans le rendement des mesures d'hygiène. Ces enfants sont significativement moins autonomes au niveau de l'hygiène orale et semblent également moins coopératifs. Il est primordial de continuer à insister sur le suivi régulier du patient.

La prévention doit toujours rester au cœur de nos préoccupations.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lewis C, Robertson AS, Phelps S. Unmet dental care needs among children with special health care needs; implications for the medical home. *Pediatr* 2005; 116: 426-43.
2. Armstrong D, Matt M, Autoextraction in an autistic dental patient : a case report. *Spec Care Dent* 1999; 19: 72-74.
3. Verstraete J. La gestion de l'angoisse chez la personne handicapée. *Rev Belg Med Dent* 2003; 58: 94-98.
4. Hulland S, Sigal MJ. Hospital-based dental care for persons with disabilities: a study of patient selection criteria. *Spec Care Dent*, 2000; 20: 131-138.
5. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J, Giarelli E, Grether JK, Levy Se et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annu Rev Public Health* 2007; 28: 235-258.
6. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook Eh Jr, Dawson G et al. Practice parameter: screening and diagnosis of autism – report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and Child Neurology Society. *Neurol* 2000; 55: 468-479.
7. Friedlander AH, Yagiela JA, Paterno VI, Mahler ME. The neuropathology, medical management and dental implications of autism. *JADA* 2006; 137: 1517-27.
8. Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH Jr, Leventhal BL, Dilavore PC et al. The autism diagnostic observation schedule-generic: a standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *J Autism Dev Disord*, 2000; 30: 205-223.
9. American psychiatric association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IV TR*. 4<sup>th</sup> ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
10. Gervais H, Belin P, Boddaert N, Leboyer M, Coez A, Staello I et al. Abnormal cortical voice processing in autism. *Nat Neurosci* 2004; 7: 801-802.
11. Rogers SJ, Hepburn SL, Stackhouse T, Wehner E. Imitation performance in toddlers with autism and those with other developmental disorders. *J Child Psycho Psychiatry* 2003; 44: 763-781.

12. Chakrabati S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA* 2001; 285: 3093-99.
13. Chakrabati S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children, confirmation of high prevalence. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1133-41.
14. Le Couteur A, Bailey A, Goode S, Pickles A, Robertson S, Gottesman I et al. A broader phenotype of autism: the clinical spectrum of twins. *J Child Psycho Psychiatry* 1996; 37: 785-801.
15. Piven J, Palmer P, Jacobi D, Childress D, Arndt S. Broader autism phenotype: evidence from a family history study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 185-90.
16. Lainhart JE. Increased rate of head growth during infancy in autism. *JAMA*, 2003; 290: 393-394.
17. Schumann CM, Hamstra J, Goodlin-Jones BL, Lotspeich LJ, Kwan H, Buonocore MH et al. The amygdala is enlarged in children but not adolescents with autism; the hippocampus is enlarged at all ages. *J Neurosci* 2004; 24: 6392-401.
18. Reichenberg A, Gross R, Weiser M, Bresnahan M, Silverman J, Harlap S et al. Advancing paternal age and autism. *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63: 1026-1032.
19. Taylor B. Vaccines and the changing epidemiology of autism. *Child Care, Health and Dev* 2006; 32: 511-519.
20. Findling RL. Pharmacologic treatment of behavioural symptoms in autism and pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(suppl): 26-31.
21. Loo CY, Graham RM, Hughes CV. The caries experience and behaviour of dental patients with autism spectrum disorder. *JADA* 2008; 139:1518-1524.
22. Morinushi T, Ueda Y, Tanaka C. Autistic children: experience and severity of dental caries between 1980 and 1995 in Kagoshima city, Japan. *J Clin Pediatr Dent* 2001; 25:323-328.
23. Klein U, Nowak A. Characteristics of patients with Autistic disorder (AD) presenting for dental treatment: a survey and chart review. *Spec Care Dent* 1999; 19: 200-207.
24. Marshall J, Sheller B, Mancl L. Caries-risk assessment and caries status of children with autism. *Pediatr Dent* 2010; 332: 69-75.

25. Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of dental need in special care patients. *J Dent* 2000; 28: 131-136.
26. Kopycka-Kedzierawski DT, Auinger P. Dental needs and status of autistic children: results from the national survey of children's health. *Pediatr Dent* 2008; 30: 54-58.
27. Manley MCG, Pahl JM. Dental services for children with mental handicaps: policy changes and parental choices. *Br Dent J* 1989; 167: 163-167.
28. Gail Williams P, Sears LL, Allard A. Sleep problems in children with autism. *J Sleep Res* 2004; 13:265-68.
29. Medina AC, Sogbe R, Gomez-Rey AM, Mata M. Factitial oral lesions in an autistic paediatric patient. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13:130-137.
30. Ross-Russell M, Sloan P. Autoextraction in a child with autistic spectrum disorder. *Br Dent J* 2005; 198: 473-474.
31. Nader R, Oberlander TF, Chambers CT, Kennety D. Expression of pain in children with autism. *Clin J Pain* 2004; 20: 88-97.
32. De Moor R, Martens L. Soins dentaires chez les autistes. *Rev Belg Med Dent* 1997; 52: 44-55.
33. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behaviour guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2010; 31 (suppl): 132-140.
34. Marshall J, Sheller B, Williams BJ, Mancl L, Cowan C. Cooperation predictors for dental patients with autism. *Pediatr Dent* 2007; 29: 369-376.
35. Marshall J, Sheller B, Mancl L, Williams BJ. Parental attitudes regarding behaviour guidance of dental patients with autism. *Pediatr Dent* 2008; 30: 400-407.
36. Pilebro C, Bäckman B. Teaching oral hygiene to children with autism. *Int J Paediatr Dent* 2005; 15: 1-9.
37. Bäckman B, Pilebro C. Visual pedagogy in dentistry for children with autism. *J Dent Child* 1999; 66:325-331.
38. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. *Pediatr Dent* 2010; 31(suppl): 15.

39. Waldman HB, Perlman SP. Children with special health care needs: results of a national survey. *J Dent Child* 2006; 73: 57-62.
40. River JW, Stoneman Z. Sibling relationships when a child has autism: marital stress and support coping. *J Autism Dev Disord.* 2003; 33: 383-394.
41. Allison PJ, Hennequin M, Faulks D. Dental care access among individuals with down syndrome in France. *Spec Care Dent* 2000; 21: 28-33.
42. Finger ST, Jedrychowski JR. Parent's perception of access to dental care for children with handicapping conditions. *Spec Care Dent* 1989; 10: 195-199.
43. Brickhouse TH, Farrington FH, Best AM, Ellsworth CW. Barriers to dental care for children with autism. *J Dent Child* 2009; 76: 188-193.
44. Koneru A, Sigal MJ. Access to dental care for persons with developmental disabilities in Ontario. *JCDA* 2009; 75: 121.
45. Agili DE, Roseman J, Pass MA, Thornton JB, Chavers LS. Access to dental care in Alabama for children with special needs, parents' perspective. *JADA* 2004; 135: 490-495.
46. 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. *J Dent Educ* 2004; 68: 23-28.
47. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. General dentist and special needs patients: Does dental education matter? *J Dental Educ* 2005; 69: 1107-1115.
48. Fenton SJ. If only we all cared. *J Dent Educ* 2004 ; 68 : 304-305.
49. Loepky WP, Sigal MJ. Patient with special health care needs in general and pediatric dental practice in Ontario. *JCDA* 2006; 72: 915.
50. Smith CS, Ester TV, Inglehart MR. Dental education and care for underserved patients: an analysis of students' intentions and alumni behaviour. *J Dent Educ* 2006; 70: 398-407.
51. Siegal MD, Marx ML. Ohio dental care providers' treatment of young children, 2002. *JADA* 2005; 136: 1583-1591.
52. Edwards DM, Merry AJ. Disability part 2 : access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Merseyside. *Br Dent J* 2002; 193: 253-255.

53. Prouty R, Coucouvanis K, Lakin KC. Fiscal year 2004 institution populations, movement and expenditures by state with national comparison to earlier years. *Ment Retard* 2005; 43:149-151.
54. American Academy of Pediatric Dentistry. Use of fluoride. *Pediatr Dent* 2010; 31(suppl): 34-35.

**ANNEXE 1**

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ GÉNÉRALE**

HÔPITAL SAINTE-JUSTINE

MÉDECINE DENTAIRE

DOSSIER DENTAIRE

## QUESTIONNAIRE GÉNÉRAL

No du questionnaire :

PLAINTÉ PRINCIPALE		LANGUE PARLÉE	
PROBLÈMES DE SANTÉ			
Nom du médecin traitant :		Téléphone : R : (    ) B : (    )	
<i>Indiquer si :</i>	OUI NON		OUI NON
1. Vous êtes actuellement sous les soins d'un médecin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23. Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Vous prenez (présentement des médicaments ou en avez pris au cours des 6 derniers mois	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24. Évanouissements	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser : .....		25. Maux d'oreilles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Vous êtes enceinte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	26. Rhume des foies - asthme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Vous prenez des anovulants (pilule anti-conceptionnelle)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	27. Vous souffrez d'une ou des allergies suivantes :	
<i>Vous avez souffert ou vous souffrez de :</i>		Aliments.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pénicilline	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Aspirine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Saignements prolongés	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Iode	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Anémie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sulfamidés	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Haute pression	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autres.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Rhumes fréquents ou sinusite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	28. Vous avez déjà eu des réactions à l'anesthésie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Problèmes pulmonaires (tuberculose)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	29. Vous avez des prothèses articulaires (hanches, genoux, etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Troubles digestifs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	30. Vous avez déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou chimiothérapie (tumeur)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Problèmes du foie (hépatite, virus A, ou B ou C, cirrhose, etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
14. Problèmes rénaux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	32. Vous avez déjà été hospitalisé et/ou subi des interventions chirurgicales autres que dentaire. Si oui, préciser lesquelles et quand :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Maladies vénériennes (M.T.S.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
16. Diabète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	33. Vous avez reçu dernièrement ou recevrez prochainement un vaccin.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Troubles thyroïdiens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	34. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème qui n'a pas été mentionné.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Maladies de la peau	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	
19. Problèmes oculaires (yeux)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Révision du dossier	
20. Arthrite - problèmes de dos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Y a-t-il des changements, si oui lesquels ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Épilepsie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	.....	
22. Troubles nerveux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

*Je déclare avoir répondu au questionnaire ci-dessus au meilleur de ma connaissance.*

Signature (patient ou personne responsable)

F 875 (97-02)

Date : A M J



**ANNEXE II**

**QUESTIONNAIRE PRINCIPAL GROUPE CAS**

**Questionnaire aux parents d'enfants atteints de troubles envahissants du développement**

- 1) Numéro du questionnaire: \_\_\_\_\_ 2) Date du jour (an/mois/jour) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 3) Quel est votre lien de parenté avec l'enfant?  
 Mère  Père  Tuteur Légal  Famille d'accueil   
 Autre : \_\_\_\_\_
- 4) Date de naissance de votre enfant: \_\_\_\_\_ 5) Sexe : F  M
- 6) Code Postal: \_\_\_\_\_ 7) Nombre de frères et soeurs : \_\_\_\_\_
- 8) Situation familiale
- a. Les deux parents vivent ensemble avec l'enfant
  - b. Les deux parents sont séparés et l'enfant vit chez sa mère
  - c. Les deux parents sont séparés et l'enfant vit chez son père
  - d. Les deux parents sont séparés et la garde est partagée
  - e. L'enfant est en famille d'accueil
  - f. L'enfant est en institution
  - g. Autre : \_\_\_\_\_
- 9) Quel est votre dernier diplôme scolaire obtenu?
- a. Je n'ai pas terminé mon secondaire
  - b. DES (Secondaire 5) ou cours professionnel
  - c. DEC (Diplôme d'études collégiales (Cegep)) ou programme technique
  - d. Diplôme universitaire
- 10) Niveau du TED :
- a. Mon enfant est verbal
  - b. Mon enfant est non-verbal
- 11) Votre enfant a-t-il un autre problème de santé particulier? Oui  Non   
 Si oui, lequel? \_\_\_\_\_
- 12) Quel type d'institution votre enfant fréquente-t-il?
- a. Mon enfant va à l'école régulière
  - b. Mon enfant fréquente une école spécialisée
  - c. Mon enfant ne va pas à l'école
- 13) À quelle fréquence devez-vous vous déplacer pour visiter différents professionnels de la santé (médecin, pédiatre, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, etc.) avec votre enfant?
- a. Moins de deux fois par an
  - b. Moins d'une fois par mois
  - c. 1 à 3 fois par mois
  - d. 1 fois par semaine
  - e. 2 à 4 fois par semaine
  - f. 5 fois et plus par semaine

14) Est-il difficile de trouver un dentiste pour votre enfant?

Oui  Non  Je ne sais pas, je n'en ai jamais consulté

*Si vous avez répondu « Oui » ou « Je ne sais pas, je n'en ai jamais consulté », continuez à la question suivante*

*Si vous avez répondu Non, passez à la question 16*

15) Cochez les raisons qui expliquent votre difficulté à trouver un dentiste et/ou pour lesquelles vous n'avez pas visité de dentiste avec votre enfant (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- a. Je pense que mon enfant est trop jeune pour voir un dentiste
- b. Mon enfant a plusieurs autres problèmes plus importants qui demandent mon attention
- c. Je crains toujours que mon enfant réagisse mal à l'environnement de la clinique (ex. dans la salle d'attente, devant les autres parents et patients)
- d. Je crains toujours que mon enfant réagisse mal face au dentiste et à ses traitements
- e. Mon enfant est angoissé à l'idée d'aller voir le dentiste
- f. Je ne pense pas qu'il est nécessaire de voir le dentiste
- g. Je verrais un dentiste seulement en cas d'urgence
- h. Les visites chez le dentiste coûtent cher et je n'ai pas d'assurances
- i. Je ne peux pas manquer le travail pour amener mon enfant chez le dentiste
- j. Je dois faire des appels longue distance pour prendre les rendez-vous
- k. Mon dentiste travaille loin de chez moi et je ne peux pas toujours me rendre facilement
- l. Mon dentiste a dit que mon enfant était trop jeune
- m. Mon dentiste refuse de voir mon enfant parce qu'il dit qu'il n'a pas les compétences
- n. Mon dentiste nous fait attendre trop longtemps dans la salle d'attente
- o. Mon dentiste a un horaire très chargé et nous devons prendre les rendez-vous très longtemps à l'avance
- p. Mon dentiste n'accepte de voir les enfants que certains jours dans le mois

16) Votre enfant a-t-il déjà vu un dentiste? Oui  Non

*Si vous avez répondu « Non », passez à la question 22*

- Si oui, était-ce*
- a. Chez votre dentiste généraliste
  - b. Chez un dentiste spécialiste pour les enfants
  - c. Dans un hôpital

17) À quand remonte la dernière visite de votre enfant chez le dentiste?

- a. Moins de 6 mois
- b. Entre 6 et 12 mois
- c. Entre 12 et 18 mois
- d. Plus de 18 mois

18) Votre enfant est-il suivi de façon régulière chez un dentiste? Oui  Non   
 Si Oui, est-ce a. Chez votre dentiste généraliste   
 b. Chez un dentiste spécialiste pour les enfants   
 c. Dans un hôpital

19) Est-ce le même dentiste que vous? Oui  Non   
 Est-ce le même dentiste que ses frères et sœurs? Oui  Non

20) Approximativement, combien de kilomètres devez-vous parcourir pour vous rendre chez le dentiste de votre enfant?

- a. 0 - 10 km   
 b. 10- 20 km   
 c. 20 – 50 km   
 d. 50 – 100 km   
 e. plus de 100 km

21) Veuillez cocher dans le tableau suivant seulement les procédures dentaires qui ont été faites chez votre enfant, et de quelle façon.

	De façon traditionnelle	Avec une immobilisation	Calmé avec un médicament ou un gaz	Endormi (sous anesthésie générale)	Je ne sais pas
Examen					
Radiographies					
Nettoyage ou détartrage					
Application de fluor					
Scellants					
Plombages					
Traitement de canal					
Extraction (dent arrachée par dentiste)					
Prothèse (petit dentier ou fausses dents)					
Orthodontie (mettre les dents droites)					

*Si votre enfant a déjà été endormi pour des traitements dentaires*

En quelle(s) année(s) cela s'est-il fait? \_\_\_\_\_

- 22) Comment qualifieriez-vous la santé bucco-dentaire de votre enfant?
- a. Très mauvaise
  - b. Mauvaise
  - c. Passable
  - d. Bonne
  - e. Excellente
- 23) Actuellement, votre enfant a-t-il des caries dentaires non soignées?
- Oui  Non  Je ne sais pas
- 24) Est-il parfois difficile de savoir si votre enfant a mal? Oui  Non
- 25) Est-il parfois difficile de savoir où votre enfant a mal? Oui  Non
- 26) Combien de fois les dents de votre enfant sont-elles brossées?
- 2 fois ou plus par jour
  - 1 fois par jour
  - 1 fois à tous les deux jours
  - 1 ou 2 fois par semaine
  - Moins d'une fois par semaine
- Est-ce pareil  ou moins fréquent  que ses frères et sœurs?
- 27) Comment se fait le brossage?
- a. Il se brosse les dents seul
  - b. Il se brosse les dents lui-même, mais est supervisé par un adulte
  - c. Un adulte brosse ou aide mon enfant à se broser les dents
- 28) Comment trouvez-vous le brossage des dents
- a. Facile, mon enfant se laisse faire
  - b. Difficile, mon enfant n'aime pas se faire broser les dents et je ne suis pas toujours capable de broser partout
  - c. Très difficile, mon enfant se débat et je ne suis pas capable de lui broser les dents
- 29) Vous a-t-on déjà enseigné la méthode de pédagogie visuelle (utilisation de photos ou de dessins pour apprendre à l'enfant à bien se broser les dents)
- a. Non, je n'en ai jamais entendu parler
  - b. Oui, mais nous n'avons pas vu d'amélioration et avons arrêté
  - c. Oui et cela nous a aidé

- 30) Votre enfant a-t-il eu un ou plusieurs des apports de fluor suivant?
- a. Il utilise une pâte à dent ordinaire
  - b. Il prend des comprimés de fluor prescrits par un médecin ou un dentiste
  - c. Il utilise un rince bouche spécial qui contient du fluor
  - d. Le dentiste lui fait des applications de fluor dans ses rendez-vous
  - e. L'eau de notre ville est fluorée
  - f. Non, il utilise un dentifrice spécial qui ne contient pas de fluor
  - g. Je ne sais pas

- 31) Si vous étiez informés qu'un centre spécialisé en soins dentaires pédiatriques pour enfants qui souffrent d'autisme ou autre TED existait, seriez-vous intéressés à y faire suivre votre enfant?
- Oui  Non

**ANNEXE III**

**QUESTIONNAIRE GROUPE CONTRÔLE**

**Questionnaire aux parents visitant l'Urgence ou la clinique de pédiatrie de l'Hôpital  
Sainte-Justine et participant à la recherche sur la perception de l'accessibilité aux  
soins dentaires pour les enfants atteints d'autisme ou autres Troubles Envahissants  
du Développement au Québec.**

*NB Dans ce questionnaire, le masculin est utilisé dans le seul but d'alléger la lecture*

- 1) Numéro du questionnaire : \_\_\_\_\_ 2) Date du jour (an/mois/jour) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 3) Quel est votre lien de parenté avec l'enfant?  
 Mère  Père  Tuteur Légal  Famille d'accueil   
 Autre : \_\_\_\_\_
- 4) Date de naissance de votre enfant: \_\_\_\_\_ 5) Sexe : F  M
- 6) Code Postal: \_\_\_\_\_ 7) Nombre de frères et soeurs : \_\_\_\_\_
- 8) Situation familiale
- a. Les deux parents vivent ensemble avec l'enfant
  - b. Les deux parents sont séparés et l'enfant vit chez sa mère
  - c. Les deux parents sont séparés et l'enfant vit chez son père
  - d. Les deux parents sont séparés et la garde est partagée
  - e. L'enfant est en famille d'accueil
  - f. L'enfant est en institution
  - g. Autre : \_\_\_\_\_
- 9) Quel est votre niveau de scolarité?
- a. Je n'ai pas terminé mon secondaire
  - b. DES (Secondaire 5) ou cours professionnel
  - c. DEC (Diplôme d'études collégiales (Cegep)) ou programme technique
  - d. Diplôme universitaire
- 10) Votre enfant a-t-il un autre problème de santé particulier? Oui  Non   
 Si oui, lequel? \_\_\_\_\_
- 11) Quel type d'institution votre enfant fréquente-t-il?
- a. Mon enfant va à l'école régulière
  - b. Mon enfant fréquente une école spécialisée
  - c. Mon enfant ne va pas à l'école
- 12) À quelle fréquence votre enfant doit-il consulter différents professionnels de la santé (médecin, pédiatre, physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, etc.)
- a. Moins de 5 fois par an
  - b. 5 à 10 fois par an
  - c. 1 à 3 fois par mois
  - d. 1 fois par semaine
  - e. 2 à 4 fois par semaine
  - f. 5 fois et plus par semaine



13) Est-il difficile de trouver un dentiste pour votre enfant?

Oui  Non  Je ne sais pas, je n'en ai jamais consulté

*Si vous avez répondu « Oui » ou « Je ne sais pas, je n'en ai jamais consulté », continuez à la question suivante*

*Si vous avez répondu Non, passez à la question 15*

14) Cochez les raisons qui expliquent votre difficulté à trouver un dentiste et/ou pour lesquelles vous n'avez pas visité de dentiste avec votre enfant (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- a. Je pense que mon enfant est trop jeune pour voir un dentiste
- b. Mon enfant a plusieurs autres problèmes plus importants qui demandent mon attention
- c. Je crains que mon enfant réagisse mal à l'environnement de la clinique (ex. dans la salle d'attente, devant les autres parents et patients)
- d. Je crains que mon enfant réagisse mal face au dentiste et à ses traitements
- e. Mon enfant a peur ou est angoissé à l'idée d'aller voir le dentiste
- f. Je ne pense pas qu'il est nécessaire qu'il voie un dentiste
- g. Je ne l'amènerai consulter un dentiste qu'en cas d'urgence
- h. Les visites chez le dentiste coûtent cher et je n'ai pas d'assurances
- i. Je ne peux pas manquer le travail pour amener mon enfant chez le dentiste
- j. Je dois faire des appels longue distance pour prendre les rendez-vous
- k. Mon dentiste travaille loin de chez moi et je ne peux pas toujours me rendre facilement
- l. Mon dentiste a dit que mon enfant était trop jeune
- m. Mon dentiste refuse de voir mon enfant parce qu'il dit qu'il n'a pas les compétences
- n. Mon dentiste nous fait attendre trop longtemps dans la salle d'attente
- o. Mon dentiste a un horaire très chargé et nous devons prendre les rendez-vous très longtemps à l'avance
- p. Mon dentiste n'accepte de voir les enfants que certains jours dans le mois

15) Votre enfant a-t-il déjà vu un dentiste? Oui  Non

*Si vous avez répondu « Non », passez à la question 21*

- Si oui, était-ce*
- a. Chez votre dentiste généraliste
  - b. Chez un dentiste spécialiste pour les enfants
  - c. Dans un hôpital

16) À quand remonte la dernière visite de votre enfant chez le dentiste?

- a. Moins de 6 mois
- b. Entre 6 et 12 mois
- c. Entre 12 et 18 mois
- d. Plus de 18 mois

17) Votre enfant est-il suivi de façon régulière chez un dentiste? Oui  Non

- Si Oui*, est-ce
- a. Chez votre dentiste généraliste
  - b. Chez un dentiste spécialiste pour les enfants
  - c. Dans un hôpital

18) Est-ce le même dentiste que vous? Oui  Non

Est-ce le même dentiste que ses frères et sœurs? Oui  Non

19) Approximativement, combien de kilomètres devez-vous parcourir pour vous rendre chez le dentiste de votre enfant?

- a. 0 - 10 km
- b. 10- 20 km
- c. 20 – 50 km
- d. 50 – 100 km
- e. plus de 100 km

20) Veuillez cocher dans le tableau suivant seulement les procédures dentaires qui ont été faites chez votre enfant, et de quelle façon.

	De façon traditionnelle	Avec une immobilisation	Calmé avec un médicament ou un gaz	Endormi (sous anesthésie générale)	Je ne sais pas
Examen					
Radiographies					
Nettoyage ou détartrage					
Application de fluor					
Scellants					
Plombages					
Traitement de canal					
Extraction (dent enlevée par dentiste)					
Prothèse (petit dentier ou fausses dents)					
Orthodontie (mettre les dents droites)					

*Si votre enfant a déjà été endormi (sous anesthésie générale) pour des traitements dentaires* En quelle(s) année(s) cela s'est-il fait? \_\_\_\_\_

21) Comment qualifieriez-vous la santé orale et dentaire de votre enfant?

- a. Très mauvaise
- b. Mauvaise
- c. Passable
- d. Bonne
- e. Excellente

22) Actuellement, votre enfant a-t-il des caries dentaires non soignées?

- Oui  Non  Je ne sais pas

23) Est-il parfois difficile de savoir si votre enfant a mal? Oui  Non

24) Est-il parfois difficile de savoir où votre enfant a mal? Oui  Non

25) À quelle fréquence les dents de votre enfant sont-elles brossées?

- a. 2 fois ou plus par jour
- b. 1 fois par jour
- c. 1 fois à tous les deux jours
- d. 1 ou 2 fois par semaine
- e. Moins d'une fois par semaine

Est-ce pareil  ou moins fréquent  que ses frères et sœurs?

26) Comment se fait le brossage?

- a. Il se brosse les dents seul
- b. Il se brosse les dents lui-même, mais est supervisé par un adulte
- c. Un adulte brosse ou aide mon enfant à se brosser les dents

*Si vous avez répondu a. passez à la question 28, sinon, répondez à la suivante*

27) Comment trouvez-vous le brossage des dents?

- a. Facile, mon enfant se laisse faire
- b. Difficile, mon enfant n'aime pas se faire brosser les dents et je ne suis pas toujours capable de brosser partout
- c. Très difficile, mon enfant se débat et je ne suis pas capable de lui brosser les dents

28) Votre enfant a-t-il eu un ou plusieurs des traitements au fluor suivant?

- a. Le dentiste lui fait des applications de fluor dans ses rendez-vous
- b. L'enfant prend (ou a pris plus jeune) des comprimés de fluor prescrits par un médecin ou un dentiste
- c. Il utilise un rince bouche fluoré prescrit par un médecin ou un dentiste
- d. Il utilise une pâte dentifrice ordinaire pour adultes (Crest, Colgate, etc.)
- e. Je ne sais pas

