

ÉVALUATION DES BESOINS EN SOINS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES ENFANTS HANDICAPÉS

Auteurs: Ranaivoarisoa LN¹, Radafisololo MEF¹, Andriamasinoro RO¹, Ravelomanantsoa JJ¹, Befinoana², Ramaroson J³.

1 Sous-section Odontologie pédiatrique, IOSTM - Université de Mahajanga

2 Département de Santé Publique, IOSTM - Université de Mahajanga

3 Sous-section Odontologie Conservatrice et Endodontie, IOSTM - Université de Mahajanga

Auteur correspondant : Ranaivoarisoa Laingonarindra Noroseheno

trabenandrasana@yahoo.fr

Résumé

Cette étude a été menée pour évaluer les besoins en soins bucco-dentaire chez les enfants handicapés. Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale, effectuée du mois de décembre 2009 au mois de janvier 2010. Elle a été réalisée auprès de 153 enfants handicapés mentaux et auditifs âgés de 6 à 15 ans dans les régions d' Analamanga et du Boeny. Les examens cliniques révélaient un taux de prévalence de la carie des dents temporaires à 82,4%. L'indice D-CAO augmentait avec l'âge et selon le type d'handicap, il est plus élevé chez les handicapés mentaux que chez les handicapés auditifs (2,4 versus 1,07). Concernant l'état parodontal, 49% des enfants étaient touchés par le code 1 CPI max avec une prédominance chez les handicapés mentaux à 72,5%. Pour l'état d'occlusion, la fréquence de dysharmonie dento-maxillaire était très remarquable surtout chez les handicapés mentaux.

Ces enfants ont besoins de prise en charge tant au niveau de l'hygiène que des soins bucco-dentaires ainsi que de traitement en orthopédie dento - faciale pour limiter l'évolution des pathologies bucco-dentaires.

Mots clé : santé bucco-dentaire, enfants handicapés, Madagascar

Abstract

The aim of this study was to assess the dental treatment needs of children with disabilities. A descriptive cross-sectional study was conducted from December 2009 to January 2010. The study group consisted 153 children with mental and hearing disabilities aged 6 to 15 in the Analamanga and Boeny region. Clinical examinations revealed a prevalence rate of temporary tooth decay of 82.4%. The DMFT index increased with age and type of disability, it is more high among the mental disability than among the hearing impaired (2,4 versus 1,07). Regarding periodontal status, 49% of children were affected by the score 1 CPI max with a predominance of the mental disability at 72.5%. For the state of occlusion, the frequency of dento-maxillary disharmony was very noticeable especially in the mental handicapped.

These children need care in terms of hygiene as well as oral care and dento - facial orthopedics treatment to limit the evolution of oral diseases.

Key words: *oral health, children with disabilities, Madagascar*

INTRODUCTION

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : version pour les enfants et les adolescents (CIF-EA) considère le handicap comme ni purement biologique, ni purement social, mais plutôt comme l'interaction entre les problèmes de santé et les facteurs environnementaux et personnels. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 15% de la population mondiale vivent avec une forme ou une autre de handicap [1]. Dans le domaine de la santé, les grandes inégalités sont plus flagrantes lorsque l'accès à l'hygiène et aux soins implique la participation de la personne. En effet, la difficulté à exprimer son inconfort ou sa douleur, la capacité à n'accéder physiquement aux lieux de soins et à coopérer pour les examens ou les soins courants sont des facteurs déterminants de l'accès aux soins pour les personnes dépendantes [2].

Les enfants handicapés présenteraient un risque élevé de problèmes de santé [3].

Plusieurs études ont rapporté une prévalence plus élevée des pathologies bucco-dentaires chez les enfants handicapés par rapport à celle de la population générale dont la carie dentaire, la parodontopathie et la malocclusion en font partie [4,5]. En Inde, un tiers de la population handicapée étaient des enfants, 6 à 10% des enfants sont nés handicapés. Les besoins en soins bucco-dentaires étaient deux fois plus élevés chez les enfants et adolescents handicapés [6].

Une enquête menée aux États-Unis, en 2001, a montré que les soins bucco-dentaires figuraient parmi les besoins non satisfaits plus souvent signalés [7].

L'objectif de cette étude était d'évaluer les besoins en soins bucco-dentaires chez les enfants handicapés à Madagascar, en se référant à la prévalence de la carie dentaire, des parodontopathies et des malocclusions que présentaient ces enfants pour améliorer leur santé orale, voir leur condition de vie

MÉTHODOLOGIE

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale. Elle a été réalisée auprès de 153 enfants, âgés de 6 à 15 ans présentant un handicap mental ou auditif aux centres : Les Orchidées Blanches, Akanin'ny Marenina Antananarivo et le centre Fitiavana Amborovy Mahajanga. Après l'obtention de l'autorisation d'enquête auprès de l'université et du chef hiérarchique de chaque centre, toutes les données ont été obtenues avec le consentement éclairé des patients, des parents et des éducateurs. L'étude a été menée sur une période de deux mois, de décembre 2009 à janvier 2010. Les renseignements d'ordres généraux et les pathologies bucco-dentaires ont été évalués en utilisant des indicateurs : indicateurs sociologiques, indicateurs de l'état dentaire et des traitements nécessaires (d-cao et D-

CAO, traitement nécessaire codifié pour chaque dent examinée), indicateur de l'état parodontal et des besoins en soins parodontaux (Community Periodontal Index of Treatment Needs), les scores correspondant à l'état parodontal étaient notés et les thérapeutiques parodontales appropriées étaient en rapport avec le code enregistré pour les sextants), ainsi les codes 0 à 4 correspondent à quatre sortes de traitements selon le code obtenu pour chaque sextant, enfin, l'indicateur de l'état d'occlusion (la dysharmonie dento-maxillaire).

La saisie et le traitement des données ont été assistés par ordinateur en utilisant le logiciel SPSS 13.0 for Windows. Une analyse univariée a été utilisée pour la distribution de fréquences et une analyse bivariée pour voir la relation entre deux variables.

RÉSULTATS

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

Variables		N	%
Age	6 à 8ans	30	19,6
	9 à 12 ans	62	40,5
	13 à 15ans	61	39,9
Sexe	Masculin	90	58,8
	Féminin	63	41,2
Type d'handicap	Mental	51	33,3
	Auditif	102	66,7

Tableau 2 : Répartition des enfants selon l'habitude à l'hygiène bucco-dentaire

Hygiène bucco-dentaire		N	%
Brossage dentaire		153	100
Fréquence	Une fois par jour	64	41,8
	Deux fois par jour	47	30,7
	Trois fois par jour	42	27,5
Utilisation de dentifrice	oui	142	92,8
	non	11	7,2
Autonomie	Enfant lui même	135	88,2
	Tierce personne	18	11,8

Tableau 3 : Répartition selon l'habitude à l'hygiène bucco-dentaire et le type d'handicap

		Type d'handicap			
		mental		auditif	
Hygiène bucco-dentaire		N	%	N	%
Fréquence	une fois par jour	39	76,5	25	24,5
	deux fois par jour	3	5,9	44	43,1
	trois fois par jour	8	17,6	33	32,4
Utilisation de dentifrice	oui	40	78,4	102	100
	non	11	21,6	-	-
Autonomie	enfant lui même	35	68,6	100	98,0
	tiers personne	16	31,4	2	2,0

Tableau 4 : Prévalence de la carie des dents temporaires

Prévalence	N	%
Indemne de carie	27	17,6
Avec carie	126	82,4
Total	100	100

Tableau 5 : Répartition des enfants selon le d-cao et D-CAO moyen

		d-c	d-a	d-o	d-cao moyen	D-C	D-A	D-O	D-CAO moyen
Echantillon		1,05	0,43	0,05	1,53	1,11	0,21	0,21	1,53
Sexe	Masculin	1,08	0,38	0,06	1,53	1,21	0,21	0,19	1,61
	Féminin	1,01	0,5	0,03	1,54	0,97	0,20	0,24	1,41
Âge	6 à 8 ans	3,17	0,73	-	3,9	0,24	-	0,03	0,7
	9 à 12 ans	1,1	0,7	0,1	1,9	1,15	0,06	0,2	1,41
	13 à 15 ans	-	-	-	-	1,50	0,46	0,30	2,26
Type d'handicap	Mental	1,35	0,43	-	1,78	2,12	0,27	0,06	2,45
	Auditif	0,9	0,43	0,08	1,41	0,61	0,18	0,28	1,07

Tableau 6 : Répartition des enfants selon l'indice CPI max et le type d'handicap (en pourcentage)

Code CPI max	Type d'handicap		
	mental	auditif	Total
	N=51	N=102	N=153
Code 0	-	28,4	19
Code 1	72,5	37,3	49
Code 2	25,5	34,3	31,3
Code 3	2	-	0,7
Total	100	100	100

Tableau 7 : Répartition des enfants selon la dysharmonie dento-maxillaire et type d'handicap (en pourcentage)

DDM	Type d'handicap	
	mental	auditif
	N=51	N=102
Oui	60,8	46,1
Non	39,2	53,9
Total	100	100

Tableau 8 : Répartition des enfants selon les besoins en traitements bucco- dentaires

Besoins en traitements	N	%
Traitement anti-carie	48	31,4
Une obturation	59	38,6
Deux obturations au moins	11	7,2
Traitement endodontique	66	43,1
Extraction	42	27,5
Prothèse	22	14,4
ODF	78	51
EHBD	75	49
EHBD +détartrage	48	31,5
EHBD +détartrage +curetage	1	0,7

DISCUSSION

Notre étude avait portée sur 153 enfants handicapés âgés de 6 à 15 ans dont 66,7% présentaient une déficience mentale et 33,3% une déficience auditive, avec une prédominance masculine de 58,8% (tableau 1).

Concernant l'habitude à l'hygiène bucco-dentaire, 88,2 % des enfants assuraient eux-mêmes le brossage dentaire par contre 31,4% des enfants handicapés mentaux avaient besoin d'une tierce personne pour le brossage dentaire. La plupart des enfants ne se brossait les dents qu'une fois par jour (41,8%), les plus concernés étant les handicapés mentaux (76,5%) dont la majorité ne se brossait les dents qu'au centre médico-éducatif (tableau 2,3). Ce résultat corrobore celui de Shivakumar et

coll. effectué en Inde, dont 80% des enfants handicapés mentaux ne se brossaient les dents qu'une fois par jour [8]. Ceci s'explique par le fait qu'un retard de développement psychomoteur et des troubles dans l'organisation du schéma corporel rend l'apprentissage des gestes d'hygiène et l'autonomie dans ses actes plus lents et plus difficiles à obtenir [9].

Concernant les pathologies bucco-dentaires, la prévalence de la carie pour les dents temporaires était relativement élevée dans notre population d'étude avec un taux de 82,4% (tableau 4). Al-Maweri et coll. trouvait une prévalence de 93,8% dans leur étude au Yémen [10]. Pour Isman et coll., les difficultés d'expression de la douleur, le

manque d'informations, de connaissances et de soins concernant la santé bucco-dentaire des enfants handicapés sont à l'origine de la prévalence élevée de la carie [11].

Pour les enfants de 6 à 8 ans de notre étude, le d-cao était plus élevé. Dans le cas des dents temporaires, la fréquence de la carie augmente avec le temps qui s'écoule après l'éruption et atteint un pic à 7- 8ans, pour diminuer ensuite avec leur exfoliation. En effet, le temps est un facteur étiologique de la carie, plus la dent est exposée à des facteurs carieux plus elle est susceptible d'être cariée.

Concernant les dents permanentes, l'indice CAO moyen augmentait avec l'âge chez ces enfants handicapés : 0,27 pour les 6 à 8 ans, 1,17 pour les 9 à 12 ans et 2,26 à 13 à 15 ans (tableau 5). Cette circonstance concordait avec ce que trouvait Hennequin et coll. pour ce groupe, l'état de santé bucco-dentaire s'aggravait avec l'âge, et devenait, dès l'adolescence, très nettement inférieur à celui de la population générale [12].

Nos résultats montraient que l'état parodontal de notre population d'étude étaient mauvais, près de la moitié (49%) des enfants présentait un saignement gingival au sondage (code 1 CPI max), 31,3% du tartre et 0,7% des poches parodontales. Le manque d'hygiène bucco-dentaire chez ces enfants en était la cause. Selon le type

d'handicap, les handicapés mentaux étaient les plus touchés par la gingivite avec 72,5% (tableau 6). Ajami et coll. constataient le même fait en Iran [13]. La difficulté d'asseoir une bonne hygiène, les troubles immunitaires, la prise de certains médicaments comme les anti-comitiaux qui provoquent une hyperplasie gingivale, ou les psychotropes qui modifient la quantité et la qualité de la salive, ont un effet direct sur le développement des caries et des maladies parodontales [14].

Concernant le bilan occlusal, les enfants handicapés mentaux présentaient plus de dysharmonies dento-maxillaires que les sourds-muets, 60,8% contre 46,1% (tableau 7). Une étude réalisée par Purohita et coll. avait répertorié 66,4% de dysharmonies dento-maxillaires chez les enfants handicapés mentaux dans le Sud de l'Inde [15]. Chez les déficients mentaux, les habitudes orales néfastes, le retard d'éruption des dents permanentes et le défaut de croissance du maxillaire entraînent une béance à l'origine d'un mauvais positionnement des dents d'où apparition de maladies parodontales, de troubles fonctionnels (mastication, phonation) et une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire [13].

En se référant à l'état bucco-dentaire de ces enfants handicapés, des actes de prévention et d'éducation pour l'hygiène bucco-dentaire se révélaient nécessaires pour 49% des enfants. Les besoins en traitements conservateurs restaient plus faibles (7,2%). Le besoin de prise en charge, tant au niveau de l'hygiène qu'au niveau des soins dentaires pour limiter l'évolution des pathologies bucco-dentaires, figuraient parmi les actes primordiaux pour leur santé

bucco-dentaire. La fréquence d'agénésie et l'évolution rapide de la carie dentaire chez ces enfants qui entraînant la perte précoce des dents qu'elles soient temporaires ou permanentes nécessitaient un traitement prothétique. Dans notre étude 14,4% avaient au moins une dent à remplacer. Enfin, la présence des malocclusions chez 51% des enfants nécessitaient un traitement d'orthopédie dento-faciale.

CONCLUSION

L'état bucco-dentaire des enfants handicapés est préoccupant vue la forte prévalence de la carie dentaire, des parodontopathies et des malocclusions. Ces résultats confirment les besoins en traitements préventif et curatifs. Une prise en charge odontologique adéquate s'impose comme la sensibilisation et l'information à l'hygiène bucco-dentaire du patient et de sa

famille. Nous pouvons envisager une mise en place de mesures collectives de prévention dans les centres pour les enfants handicapés et renforcement de la compétence des Odonto-Stomatologistes pour la prise en charge des enfants handicapés pour faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires de ces enfants.

RÉFÉRENCES

- 1- Maulik PK, Darmstadt GL. Childhood disability in low- and middle-income countries : overview of screening, prevention, services, legislation and epidemiology. *Lancet*, 2007, 120 : S1-S55.
- 2- Hennequin M, Allison PJ. Besoins de santé spécifiques et prise en charge universelle : l'inadéquation en santé bucco-dentaire. *Prévenir* 2000; 39: 97-200.
- 3- Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ, Walsh PN. Managing health problems in people with intellectual disabilities. *British Medical Journal* 2008, 337, doi:10.1136/bmj.a2507.
- 4- Beange H. Caring for a vulnerable population : Who will take

- responsibility for those getting a raw deal from the health care system? *Med J Aust* 1996 ; 164 :159-60.
- 5- Gordon SM, Dionne RA, Snyder J. Dental fear and anxiety as a barrier to accessing oral health care among patients with special health care needs. *Spec Care Dentist* 1998 ;18 :88-92.
- 6- McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck et al. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics* 1998, 102(1 Pt 1) : 137-40.
- 7- Waldman HB, Perlman SP. Children with special health care needs : results of a national survey. *J Dent Child* 2006, 73 : 57-62.
- 8- Shivakumar KM, Patil S. Oral Health Status and Dental Treatment Needs of 5-12-year-old Children with Disabilities Attending Special Schools in Western Maharashtra, India. *Int J Appl Basic Med Res*. 2018 Jan-Mar ; 8(1) : 24-9.
- 9- de FRÉMINVILLE B. Trisomie 21 et accès aux soins. Haute autorité de santé. Audition publique, texte des experts tome 1, octobre 2008 : p 26-42.
- 10- Al-Maweri S, Al-Sufyani G. Dental caries and treatment needs of Yemeni children with Down syndrome. *Dent Res J*. 2014 ; 11 : 631-5.
- 11- Isman B, Newton R, Bujold C, Baer MT. *Planning guide for dental professionals serving children with special health care needs*. Los Angeles, CA. University of Southern California University Affiliated Program, Children's Hospital, 2000.
- 12- Hennequin M. Accès aux soins bucco-dentaires. Accès aux soins des personnes en situation de handicap. Haute Autorité de Santé. Audition publique, octobre 2008. p 20-23.
- 13- Ajami BA, Shabzendedar M, Rezay YA, Asgary M. Dental Treatment Needs of Children with Disabilities. *Journal of Dental Research Dental Clinics Dental Prospects*. 2007 ; 1(2) : 93-8.
- 14- Folliguet M. Rapport Handicap - Direction Générale de la santé SD2B - Septembre 2006. p14-8.
- 15- Purohita BM, Singhb A. Oral health status of 12-year-old children with disabilities and controls in Southern India. *WHO South-East Asia J of Public Health*