



HAL
open science

L'adhésion aux soins dentaires chez le patient autiste

Laura Benchetrit

► **To cite this version:**

Laura Benchetrit. L'adhésion aux soins dentaires chez le patient autiste. Chirurgie. 2019. dumas-02280163

HAL Id: dumas-02280163

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02280163v1>

Submitted on 6 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ACADEMIE d'AIX-MARSEILLE

L'adhésion aux soins dentaires chez le patient autiste

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille

(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université

(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le : 02 juillet 2019

par

BENCHETRIT Laura

Né(e) le 06 août 1993

à MARSEILLE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : Monsieur le Professeur RUQUET Michel

Assesseurs : Madame le Professeur TARDIVO Delphine

Monsieur le Docteur CATHERINE Jean-Hugues

Madame le Docteur BLANCHET Isabelle

ACADEMIE d'AIX-MARSEILLE

L'adhésion aux soins dentaires chez le patient autiste

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la

Faculté d'Odontologie de Marseille

(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université

(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le : 02 juillet 2019

par

BENCHETRIT Laura

Né(e) le 06 août 1993

à MARSEILLE

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : Monsieur le Professeur RUQUET Michel

Assesseurs : Madame le Professeur TARDIVO Delphine

Monsieur le Docteur CATHERINE Jean-Hugues

Madame le Docteur BLANCHET Isabelle

ADMINISTRATION

Mise à jour : février 2019

| | | |
|--|------------|-----------------|
| DOYENS HONORAIRES | Professeur | R. SANGIUOLO† |
| | Professeur | H. ZATTARA |
| | Professeur | A. SALVADORI |
| DOYEN | Professeur | J. DEJOU |
| VICE – DOYEN CHARGE DES ENSEIGNEMENTS DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION INITIALE | Professeur | J.D. ORTHLIEB |
| VICE – DOYEN CHARGE DE LA RECHERCHE DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE LA RECHERCHE | Professeur | C. TARDIEU |
| DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION CONTINUE | Professeur | V. MONNET-CORTI |
| CHARGES DE MISSION RELATIONS INTERNATIONALES | Professeur | A. RASKIN |
| RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES | Madame | K. LEONI |

LISTE DES ENSEIGNANTS

| |
|---|
| 56^{ème} SECTION : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION |
|---|

56.01 ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

| | | | |
|--------------------------------------|--------------|------------------|-------------|
| <i>Professeur</i> | C. TARDIEU * | <i>Assistant</i> | H. AL AZAWI |
| <i>Maître de Conférences</i> | D. BANDON | <i>Assistant</i> | E. CASAZZA |
| <i>Maître de Conférences</i> | A. CAMOIN | | |
| <i>Maître de Conférences</i> | A. CHAFAIE | | |
| <i>Maître de Conférences associé</i> | I. BLANCHET | | |

ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

| | | | |
|------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
| <i>Maître de Conférences</i> | M. LE GALL * | <i>Assistant</i> | M. BARBERO |
| <i>Maître de Conférences</i> | J. BOHAR | <i>Assistant</i> | I. CAMBON |
| <i>Maître de Conférences</i> | J. GAUBERT | <i>Assistant</i> | D. DORISON-BACHET |
| <i>Maître de Conférences</i> | C. PHILIP-ALLIEZ | <i>Assistant</i> | L. LEVY |
| | | <i>Assistant</i> | R. MATTERA |
| | | <i>Assistant</i> | M. VINAÏ |

56.02 PRÉVENTION - ÉPIDÉMIOLOGIE - ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

| | | | |
|-------------------|------------|------------------|-------------|
| <i>Professeur</i> | B. FOTI * | <i>Assistant</i> | T. DRAUSSIN |
| <i>Professeur</i> | D. TARDIVO | | |

57^{ème} SECTION :

CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

57.01 CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

CHIRURGIE ORALE

| | | | |
|--------------------------------------|-----------------|------------------|--------------|
| <i>Maître de Conférences</i> | P. ROCHE-POGGI* | <i>Assistant</i> | R. CASTRO |
| <i>Maître de Conférences</i> | J. H. CATHERINE | <i>Assistant</i> | M. HADJ-SAÏD |
| <i>Maître de Conférences</i> | D. BELLONI | <i>Assistant</i> | Y. ROMANET |
| <i>Maître de Conférences</i> | F. CAMPANA | | |
| <i>Maître de Conférences associé</i> | R. LAN | | |

PARODONTOLOGIE

| | | | |
|-------------------|-------------------|------------------|-------------|
| <i>Professeur</i> | V. MONNET-CORTI * | <i>Assistant</i> | A. BOYER |
| | | <i>Assistant</i> | C. DUMAS |
| | | <i>Assistant</i> | S. MELLOUL |
| | | <i>Assistant</i> | L. THOLOZAN |

BIOLOGIE ORALE (Responsable Pr. Imad ABOUT)

| | | | |
|------------------------------|------------|------------------|---------------|
| <i>Maître de Conférences</i> | P. LAURENT | <i>Assistant</i> | C. LE FOURNIS |
|------------------------------|------------|------------------|---------------|

58^{ème} SECTION :

REHABILITATION ORALE

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

| | | | |
|------------------------------|---------------|------------------|------------------|
| <i>Professeur</i> | F. BUKIET * | <i>Assistant</i> | B. BALLESTER |
| <i>Professeur</i> | H. TASSERY | <i>Assistant</i> | H. DE BELENET |
| <i>Maître de Conférences</i> | G. ABOUDHARAM | <i>Assistant</i> | A. DEVICTOR |
| <i>Maître de Conférences</i> | M. GUIVARC'H | <i>Assistant</i> | S. MANSOUR |
| <i>Maître de Conférences</i> | C. PIGNOLY | <i>Assistant</i> | L. MICHEL-ROLLET |
| <i>Maître de Conférences</i> | L. POMMEL | <i>Assistant</i> | V. PILLIOL |
| <i>Maître de Conférences</i> | E. TERRER | | |

PROTHÈSE

| | | | |
|------------------------------|--------------|------------------|------------------|
| <i>Professeur</i> | M. RUQUET * | <i>Assistant</i> | N. CHAUDESAYGUES |
| <i>Maître de Conférences</i> | G. LABORDE | <i>Assistant</i> | M. DODDS |
| <i>Maître de Conférences</i> | M. LAURENT | <i>Assistant</i> | C. MANSUY-DALMAS |
| <i>Maître de Conférences</i> | G. MAILLE | <i>Assistant</i> | C. MENSE |
| <i>Maître de Conférences</i> | B.E. PRECKEL | <i>Assistant</i> | A. REPETTO |
| <i>Maître de Conférences</i> | G. STEPHAN | <i>Assistant</i> | A. SETTE |
| <i>Maître de Conférences</i> | P. TAVITIAN | <i>Assistant</i> | F. SILVESTRI |
| <i>Maître de Conférences</i> | A. TOSELLO | | |

FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX

| | | | |
|------------------------------|------------------|------------------|----------|
| <i>Professeur</i> | J. DEJOU | <i>Assistant</i> | M. JEANY |
| <i>Professeur</i> | J. D. ORTHLIEB * | | |
| <i>Professeur</i> | A. RASKIN | | |
| <i>Maître de Conférences</i> | T. GIRAUD | | |
| <i>Maître de Conférences</i> | A. GIRAUDEAU | | |
| <i>Maître de Conférences</i> | B. JACQUOT | | |
| <i>Maître de Conférences</i> | J. P. RÉ | | |

| |
|---|
| 65^{ème} SECTION : BIOLOGIE CELLULAIRE |
|---|

PROFESSEUR

I. ABOUT

RESPONSABLE PROFIL BIOLOGIE ORALE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel Ruquet,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de m'avoir permis de soutenir ce projet qui m'a tant tenu à cœur. Veuillez trouver ici, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

A Madame le Professeur Delphine Tardivo,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce projet de thèse. Je suis plus que reconnaissante de toute l'aide que vous m'avez apportée. Votre disponibilité, votre écoute et vos conseils ont été des aides précieuses tout au long de ce travail. Et enfin merci d'avoir accepté de diriger cette thèse au pied levé et avec toute l'empathie, que vous seule savez témoigner.

A Monsieur le Professeur Jean-Daniel Orthlieb,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de bien vouloir remplacer le Professeur Tardivo lors de la soutenance de cette thèse. Merci du soutien que vous m'avez manifesté lors des nombreux revers auxquels j'ai dû faire face lors de l'élaboration de ce projet. Votre humanisme et votre expertise dans le domaine de l'odontologie sont en adéquation totale avec le thème que j'aborde dans ce travail.

A Monsieur le Docteur Jean-Hugues Catherine,

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger au sein de ce jury de thèse. De par vos compétences dans le domaine de l'Éthique Médicale mais également dans celui de l'Odontologie, vous êtes un exemple du lien nécessaire entre les deux disciplines. Soyez assuré, Monsieur, de ma grande reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Isabelle Blanchet,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury de thèse. Nos échanges passés à propos de la prise en charge des jeunes patients en situation de handicap m'ont profondément aidé. Votre grande expérience professionnelle et le souci des patients vulnérables qui anime votre pratique clinique rendent précieuse votre présence dans ce jury de thèse.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|------------|
| Introduction..... | 1 |
| 1ère partie : Autisme et soins dentaires..... | 2 |
| 1) Définition et prévalence de l'autisme..... | 2 |
| 2) Tableau clinique de l'autisme et prise en charge globale..... | 6 |
| 3) Susceptibilité aux pathologies dentaires..... | 11 |
| 4) Difficultés des soins dentaires liées à l'autisme..... | 14 |
| 2ème partie : Difficulté de coopération aux soins..... | 15 |
| 1) Assentiment aux soins..... | 15 |
| 2) Prise en charge par le chirurgien-dentiste..... | 17 |
| 3) Le vécu des aidants..... | 18 |
| 3ème partie : Prévention et soins..... | 19 |
| 1) Intérêt de la prévention..... | 19 |
| 2) Stratégies de prise en charge adaptées aux soins dentaires..... | 23 |
| 3) Rôle des aidants..... | 29 |
| Conclusion..... | 30 |
| Table des illustrations et tableaux..... | a |
| Références bibliographiques..... | (1) |

Introduction :

“Il n’est jamais trop tard pour élargir l’esprit d’une personne autiste” Temple Grandin (autiste, professeur de zootechnie renommée et auteure de plusieurs livres sur l’autisme).

Longtemps dans l’imaginaire collectif, l’individu autiste a été cantonné à une personne mutique, incapable d’apprendre ou de comprendre le monde qui l’entoure. Ce n’est que récemment que la société a mis en place des dispositifs de prise en charge globale de ces personnes et de leurs proches.

Au sein du corps soignant l’autisme a pâti de la définition initiale donnée par le psychologue Bruno Bettelheim, qui définit la personne autiste comme une “forteresse vide”. Cette hypothèse a été réfutée depuis et la question de l’autisme a pris une place importante dans les recherches psychiatriques, neurologiques et génétiques.

J’ai écrit cette thèse afin de placer la question de l’autisme sous le prisme de la prise en charge en odontologie. Le patient autiste n’est pas un patient comme les autres et de ce fait il nous faut prendre des mesures particulières afin de le recevoir. La personne atteinte de TSA est capable de raisonner et de comprendre, dans une certaine mesure, nos explications. C’est à nous, chirurgiens-dentistes, de faire en sorte que lorsque cela est possible le patient puisse adhérer de façon éclairée à notre prise en charge.

1ère partie : Autisme et soins dentaires

1) Définition et prévalence de l'autisme

- Définitions :

La connaissance et la définition de l'autisme ne cessent d'évoluer et de s'étendre. Il suffit de se pencher sur les définitions successives qui ont été données au cours du temps pour s'en rendre compte.

Initialement, dans le courant du XIXème siècle l'autisme était associé à la démence infantile (Kraepelin, 1899), c'est Bleuler qui au XXème siècle conceptualise le terme "autisme". [1][2]

L'autisme est pour la première fois défini comme un trouble primaire par Kanner, ses recherches ont définitivement dissocié l'autisme de la schizophrénie. [3]

Actuellement deux ouvrages font office de référence en termes de définition des affections mentales : La Classification Internationale des Maladies - 10ème édition (CIM-10) et le manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux - 5ème édition (DSM-5).

Nous citerons en premier lieu la CIM-10 qui définit les troubles envahissants du développement comme :

“Groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.

Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations.”

Cette définition est complétée par plusieurs sous catégories : l'autisme infantile, l'autisme atypique, syndrome de Rett, syndrome d'Asperger, hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, autre trouble désintégratif de l'enfance et autres TED. [4]

En second lieu nous rapporterons la définition du DSM-5 qui identifie les caractéristiques diagnostiques des troubles du spectre autistique comme :

“Un développement nettement anormal ou déficient de l'interaction sociale et de la communication, et un répertoire considérablement restreint d'activités et d'intérêts. Les manifestations du trouble varient largement selon le stade de développement et l'âge chronologique du sujet. Le trouble autistique est parfois appelé Autisme précoce, Autisme infantile ou Autisme de Kanner.” [5]

Pour mieux comprendre ces définitions et ce qu'elles sous-tendent il faut bien comprendre que le terme de Troubles Envahissants du Développement (TED) utilisé dans la définition de la CIM-10 et les Troubles du Spectre Autistique (TSA) définis dans le DSM-5 sont sur un même continuum clinique.

| CIM-10 (TED) | DSM-5 (TSA) |
|--|---|
| Autisme infantile Autisme atypique Syndrome d'Asperger Autre trouble désintégratif de l'enfance Autres TED | Troubles du spectre autistique → Nécessitant un soutien → Nécessitant un soutien substantiel → Nécessitant un soutien très substantiel |
| Syndrome de Rett | |
| Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés | |

Tableau 1. Correspondance entre la CIM-10 et le DSM-5 d'après l'HAS (2010)

La différence majeure entre les deux définitions tient dans le fait que la CIM-10 a une approche catégorielle de la pathologie en divisant le groupe des TED en sous catégories présentant des critères diagnostiques similaires. Tandis que le DSM-5 utilise une approche dimensionnelle qui s'appuie sur un continuum de troubles.

En effet la définition du DSM-5 est fondée sur une dyade de critères : d'une part les troubles des interactions sociales et les troubles de la communication sociale verbale et non-verbale et d'autre part les comportements restrictifs et répétitifs des intérêts et/ou des activités ainsi que les anormalités sensibles. Ces deux critères sont pondérés par trois niveaux de sévérité définis par l'importance du soutien et d'assistance requis.

Pour notre étude nous nous concentrerons sur les troubles décrits par le DSM-5 sous le nom de TSA qui correspondent aux sous catégories d'autisme infantile, autisme atypique, syndrome d'Asperger, autre trouble désintégratif de l'enfance et autres TED de la CIM-10 dont nous allons donner les définitions.

– Autisme infantile :

“Trouble envahissant du développement caractérisé par :

- un développement anormal ou altéré, manifeste avant l'âge de trois ans ;
- une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologiques suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportement (au caractère restreint, stéréotypé et répétitif).

Par ailleurs, le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère et des gestes auto-agressifs.” [5]

– Autisme atypique

“Trouble envahissant du développement, qui diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenue ou parce qu'il ne répond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques d'un autisme infantile.

Cette catégorie doit être utilisée pour classer un développement anormal ou altéré, se manifestant après l'âge de trois ans et ne présentant pas des manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux des trois domaines psychopathologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interactions sociales réciproques, communication, comportement

restreint, stéréotypé et répétitif). Il existe toutefois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines.

L'autisme atypique survient le plus souvent chez les enfants ayant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage, de type réceptif.

On différencie l'autisme atypique en raison de l'âge de survenue / en raison de la symptomatologie / en raison de l'âge de survenue et de la symptomatologie.” [5]

- Autre trouble désintégratif de l'enfance

“Trouble envahissant du développement caractérisé par une période de développement tout à fait normale avant la survenue du trouble, cette période étant suivie d'une perte manifeste, en quelques mois, des performances antérieurement acquises dans plusieurs domaines du développement. Ces manifestations s'accompagnent typiquement d'une perte globale de l'intérêt vis-à-vis de l'environnement, de conduites motrices stéréotypées, répétitives et maniérées et d'une altération de type autistique de l'interaction sociale et de la communication.

Dans certains cas, nous pouvons démontrer que le trouble est dû à une encéphalopathie, mais le diagnostic doit reposer sur les anomalies du comportement.” [5]

- Syndrome d'Asperger

“Trouble de validité nosologique incertaine, caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.

Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un déficit ou trouble du langage, ou du développement cognitif. Les sujets présentant ce trouble sont habituellement très malhabiles. Les anomalies persistent souvent à l'adolescence et à l'âge adulte. Le trouble s'accompagne parfois d'épisodes psychotiques au début de l'âge adulte.” [5]

- Epidémiologie :
 - Prévalence :

D'un point de vue épidémiologique l'étude de la prévalence est essentielle car elle nous permet de situer l'importance des TSA dans la population. Nous assistons, depuis la définition stricte de l'autisme, à une augmentation dans le temps de la prévalence de l'autisme et des TED. Entre 1966 et 1976 nous estimions la prévalence de l'autisme à 4 enfants pour 10 000 alors que dans les études menées à partir de 2000 cette prévalence est passée à 20 enfants pour 10 000. [6] [7]

En 2007 le réseau de surveillance de l'autisme et des déficiences développementales a rapporté que le taux moyen de TSA était de 1 sur 150, soit 6,6 par 1 000 enfants de huit ans. [8]

Cette augmentation peut être expliquée par l'élargissement du concept de spectre de l'autisme, l'accroissement des connaissances des professionnels à son sujet ou encore la modification des critères diagnostiques.

- Autres données épidémiologiques :

Les études épidémiologiques sur l'autisme ne nous ont pas seulement renseignées sur le nombre de personnes atteintes, elles nous ont également appris que l'autisme n'est pas spécifique d'une classe socio-économique particulière. [9]

Par contre les patients de sexe masculin sont plus touchés : des études ont mis en évidence que les garçons représentaient un peu plus de 4 patients atteints pour 1 fille en moyenne. Il faut souligner que lorsqu'il y a un retard mental modéré à sévère associé à l'autisme le sex ratio est moins élevé (2 garçons pour 1 fille) que lorsque l'autisme ne s'accompagne pas de retard mental (6 garçons pour 1 fille). [10]

Enfin la plupart des cas d'autisme s'accompagnent d'un retard mental sévère et profond (41,9%) et 19 à 59% des patients atteints de TSA ne communiquent pas verbalement.[11]

- Etiologies :

La connaissance de l'origine de la pathologie reste lacunaire, de nombreuses questions sont actuellement sans réponse. Cependant la recherche ne cesse d'avancer et de nombreuses études sont menées sur le sujet.

Nous savons que les premiers symptômes du trouble du spectre autistique apparaissent lors des trois premières années de vie.

Initialement l'autisme était attribué aux affects négatifs des parents et en particulier de la mère. Cette théorie suggérait que le repli de l'enfant sur lui-même était un moyen de se protéger contre les "sentiments menaçants" maternels. [12] [13]

Cette thèse, en plus d'être inutilement culpabilisante, est erronée puisqu'il n'a pas été prouvé que l'éducation des parents, même déficitaire, entraînait des troubles autistiques. [14]

A l'heure actuelle, de nombreuses recherches établissent un aspect multifactoriel largement génétique. [15]

- Aspect génétique :

Des études menées sur les fratries et les jumeaux ont prouvées l'origine génétique de l'autisme. Le risque de développer la pathologie pour l'apparenté par rapport au risque de la population générale est de 22 %. Quant aux jumeaux monozygotes nous constatons une concordance de 70 à 90% en considérant le spectre large des TED. [16]

D'autre part des anomalies génétiques ont pu être détectées chez les patients autistes : les mutations de deux gènes majeurs directement liés à l'autisme, à savoir Neurologines 3 et 4 sur le chromosome X et Shank 3. D'autres centaines de gènes altérés ont été identifiés comme augmentant la susceptibilité à l'autisme, dont la plupart participent à la formation du système neuronal. [17] [18]

Ces altérations génétiques expliqueraient la mise en évidence chez les patients atteints de TSA de défauts de mise en place et d'organisation de certains réseaux cérébraux dédiés à la communication sociale et à la modulation du comportement.

- Facteurs de risque :

Comme expliqué précédemment, être un garçon et avoir des antécédents familiaux représentent un facteur de risque reconnu. A cela s'ajoute des facteurs environnementaux, dont la nature n'est pas connue avec exactitude, intervenants lors de la grossesse (neuro-inflammation, toxiques, virus ...).

D'après une étude menée aux Etats-Unis, d'autres facteurs entreraient en jeu tels que les grossesses multiples, la prématurité ou encore un saignement vaginal. [19]

La mise en lumière ces dernières années de l'autisme a déjà engendré de grandes avancées cependant le chemin reste long pour déterminer l'origine de cette pathologie.

2) Tableau clinique de l'autisme et prise en charge globale :

- Détection :

Le diagnostic de l'autisme est difficile à poser de par la pluralité des manifestations de ses symptômes, la différence de son expression en fonction des patients et parfois l'absence de symptôme lors des visites médicales. Ces manifestations peuvent d'ailleurs changer dans le temps chez un même patient.

Des signes d'alertes existent et sont à rechercher par les parents et le pédiatre lors des premières consultations de suivi. Ils sont classés ici par tranches d'âge :

→ Vers 18 mois : réactivité et/ou anticipation aux stimuli sociaux, difficulté d'accrochage visuel, retard de langage, pas de pointage, pas de désignation des objets, absence de jeu de « faire semblant ». [20]

→ Chez l'enfant de moins de 3 ans :

- hypersensibilité sensitive (tactile ou auditive), balancements, résistance aux changements, activités répétitives avec les objets.

- perturbation au niveau du développement du langage, peu de réactivité à l'appel de son prénom, déficits dans la communication non verbale ;

- manque d'intérêt pour les autres individus de son âge, ne reconnaît pas les émotions d'autrui, manque d'imitation, ne montre pas les objets à l'adulte, activités solitaires ;

→ A tout âge : l'existence d'une régression dans le développement, en particulier au niveau du langage ou au niveau social.

Enfin des signes d'alerte absolue ont été listés par l'HAS en 2005 et doivent entraîner une consultation immédiate auprès d'un centre spécialisé :

- absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois ;

- absence de mots à 18 mois ;

- absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois ;

- perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge.

Afin d'établir un diagnostic le spécialiste se base sur une observation de l'enfant, un entretien avec les parents et différents outils.

Malheureusement pour l'instant le diagnostic biologique de l'autisme n'est pas possible, il est uniquement clinique. Les instruments de diagnostic disponibles actuellement sont l'ADI-R (l'Autism Diagnostic Interview – revised), le DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders), l'ADOS (l'Autism diagnostic observation schedule-Generic), la CARS (Childhood Autism Rating Scale) ou le Questionnaire E2.

Ces instruments sont des questionnaires basés essentiellement sur le recueil d'informations auprès des parents. Sauf l'ADOS qui consiste à analyser les réactions du patient lors de jeux standardisés. Pour ce qui est des adultes la question est plus épineuse du fait de la discontinuité du suivi, la diversité d'évolution de l'affection et de la rareté des études.

- Tableau clinique :

Les Troubles du Syndrome autistique s'articulent autour de trois symptômes majeurs : le déficit social, l'altération de la communication et les comportements répétitifs.

- Déficit social :

Il est caractérisé par un contact avec autrui difficile voire impossible. Les sujets autistes lorsqu'ils sont confrontés à un contact social ont une réponse inadaptée : gestuelle inappropriée, regard fuyant ... Cela se traduit par une isolation la plupart du temps. [21]

- Altération de la communication :

Le développement du langage ne se fait pas pour 50% des enfants autistes et plus ils vieillissent moins ils ont de chance d'acquérir un langage fonctionnel. Si le patient autiste peut parler, son discours est incohérent : le choix des mots n'est pas adapté ou ne répond pas à la question posée.

Cette altération du langage n'est pas présente chez les patients Asperger qui développent un champ lexical très riche, très tôt. Le trouble de la communication pour eux se situe dans l'incapacité d'adapter leur discours aux réactions de leur interlocuteur. [22]

Outre la communication verbale déficiente, la communication non verbale est également inadaptée ou absente.

- Comportements répétitifs, ritualisés et intérêts restreints :

Les patients atteints de TSA manifestent des comportements inappropriés, répétés, rigides et ritualisés sous forme de : stéréotypies motrices et sensorielles, actes compulsifs, rituels, comportements agressifs envers eux même ou envers les autres. [23] [24]

Voici une illustration des principales manifestations de l'autisme réalisée par le Centre de ressources autisme Ile de France en association avec l'assistance publique des hôpitaux de Paris :

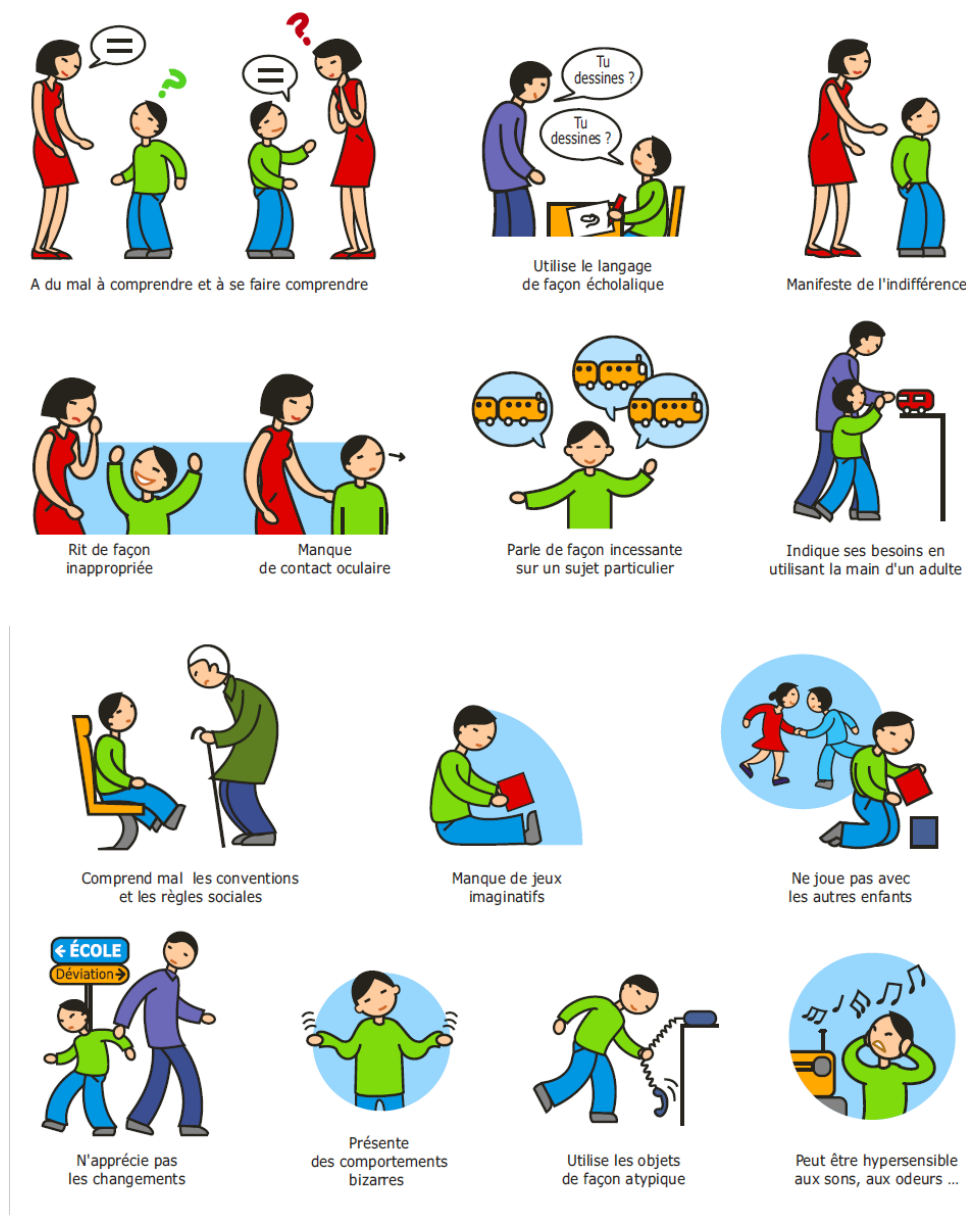


Illustration 1 : Les principales manifestations de l'autisme

- Prise en charge :

La prise en charge de l'autisme se fait par deux biais principaux, une prise en charge éducative et médicamenteuse.

- Prise en charge éducative :

La prise en charge éducative est beaucoup plus développée pour les patients très jeunes ; de nombreuses méthodes sont disponibles pour les éveiller. Ces thérapeutiques éducatives travaillent notamment sur la communication en se basant sur les intérêts de l'enfant, son environnement et mettent en pratique via plusieurs supports des situations et rituels sociaux.

Ces dispositifs sont à mettre en place dès le diagnostic de TSA car leur efficacité est augmentée si ils sont mis en place précocement.

En ce qui concerne les adultes, des efforts sont faits afin qu'ils ne perdent pas leurs acquis et qu'ils continuent à développer des compétences. Notamment via une meilleure insertion sociale et une "normalisation" de leur mode de vie, lorsque cela est possible, mais ce n'est pas encore suffisant. [25]

- Prise en charge médicamenteuse :

La prise en charge pharmacologique de l'autisme est symptomatique, elle permet de diminuer l'intensité de certains syndromes.

Cette médication n'est jamais indiquée en première intention et est systématiquement associée à d'autres prises en charge.

Les traitements les plus utilisés actuellement sont [26] :

- la rispéridone, un antipsychotique utilisé à faibles doses (0,25 à 2 mg), pour réduire les troubles du comportement du type angoisse ou agitation ;
- la mélatonine en préparation magistrale (1 à 4 mg), pour le traitement des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement ;
- les antidépresseurs sérotoninergiques, pour la réduction des comportements répétitifs ;
- les psychostimulants amphétaminiques, pour la prise en charge de l'hyperactivité et des troubles attentionnels parfois associés à l'autisme et aux troubles envahissants du développement.

Afin de résumer notre propos voici un organigramme de la prise en charge dès la suspicion d'autisme issu de recommandations de l'HAS.

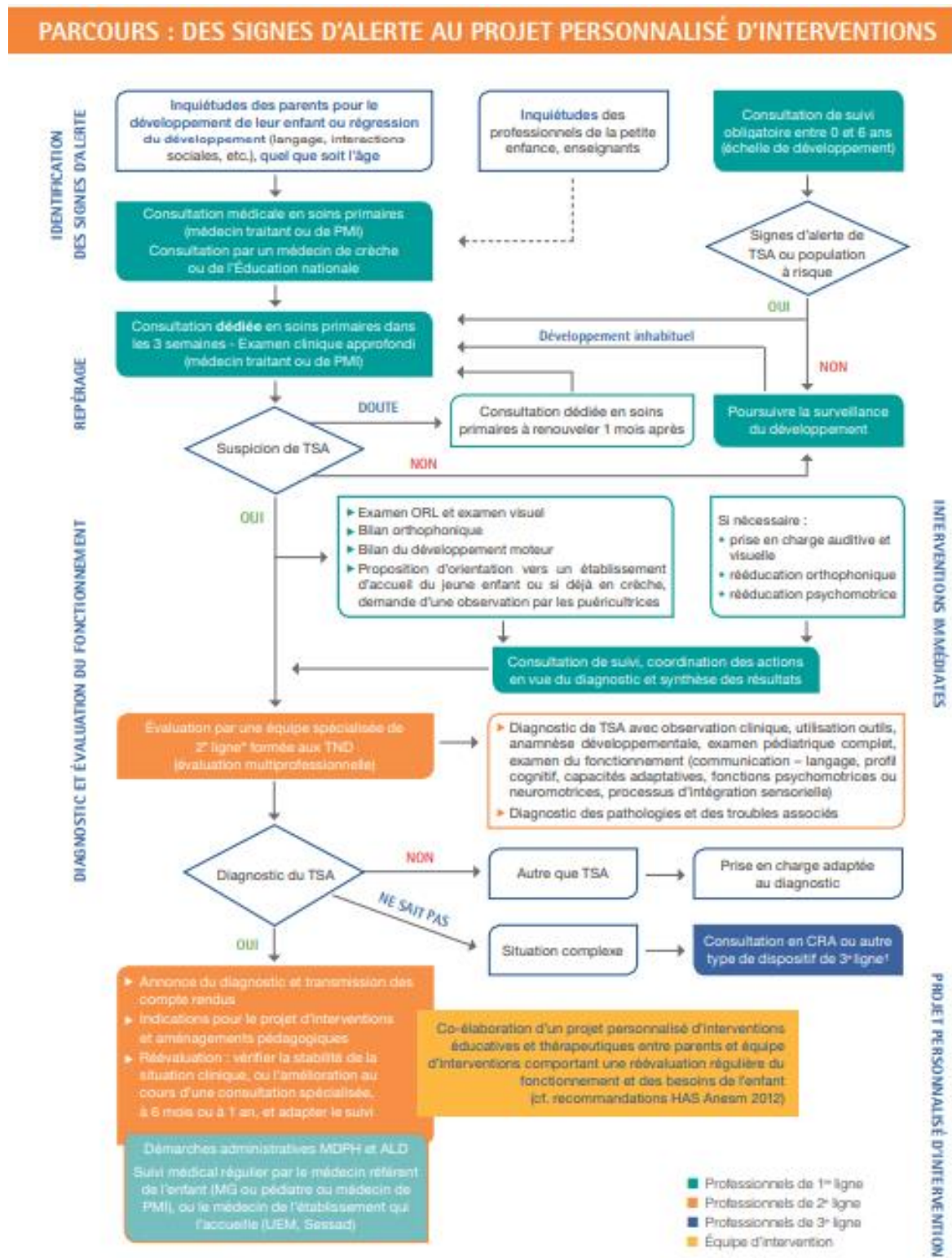


Illustration 2 : Parcours du patient autiste des signes d'alertes aux projets personnalisés d'interventions

3) Susceptibilité aux pathologies dentaires :

Afin d'étudier la pathologie autistique sous le prisme odontologique, une analyse des données traitants des pathologies dentaires est nécessaire. Il en ressort que les troubles du syndrome autistique ne s'accompagnent pas de pathologie bucco-dentaire propre mais plutôt de comportements qui entraînent une hygiène orale déficitaire et un terrain favorable au développement de problèmes dentaires. En effet les TSA ont une conséquence directe sur la santé bucco-dentaire des patients qui est moins bonne que celle de la population générale en raison de l'existence de certains facteurs prédisposants et de caractéristiques particulières de ces patients. [27] [28]

- Facteurs prédisposants aux pathologies dentaires :

Nous développerons ci-après les différents facteurs de risque liés à l'autisme entraînant un risque augmenté de pathologies bucco-dentaires :

- Un brossage inefficace voir absent :

Le manque d'autonomie et la mauvaise coordination des gestes chez les patients présentant un TSA entraînent des lacunes dans les pratiques d'hygiène orale.

D'après Leah et al (2012), plus de 50% de parents de jeunes ayant un TSA rapportent que leur enfant demande une assistance complète ou partielle pour le brossage de dents comparé à seulement 28% des parents d'enfants neurotypiques. À un âge plus avancé (11 à 18 ans) ce rapport de différence est de 27% chez les TSA contre 4 % pour les enfants neurotypiques. C'est pourquoi ils présentent plus de plaque dentaire visible que la population générale. [29] [30]

En effet, en règle générale, chez l'enfant la présence de tartre est très rare. Or lors de l'examen buccal chez l'enfant autiste nous notons très souvent la présence de tartre. Il en va de même pour les patients adultes, d'autant plus si ceux-ci sont placés en institution du fait d'un manque de temps et de la faible prévention faite auprès du personnel.

- La prise médicamenteuse :

Comme nous l'avons vu précédemment le patient autiste peut être traité via des thérapies médicamenteuses, la plupart du temps ces patients prennent plus d'un médicament. [31]

Il faut noter que ces médicaments ne sont pas sans conséquence sur l'environnement bucco-dentaire pour le patient. Voici un tableau résumant les effets des différentes médications utilisées chez les patients atteints de TSA :

| Médicaments | Effets indésirables possibles sur la cavité buccale |
|--|---|
| Clonidine (Catapprès®) Alpha-agonist Antihypertenseurs | -Xérostomie -Dysphagie -Sialadénite |
| Risperidone(Risperdal®) Antipsychotique atypique de nouvelle génération | -Xérostomie - Altération du goût -Dysphagie -Stomatite -Décoloration de la langue |

| | |
|---|---|
| | - Gingivite - Œdème de la langue |
| Aripiprazole (Abilify®) Antipsychotique de deuxième génération | -Xérostomie -Hypersalivation |
| Méthylphénidate (Ritalin® /concerta ®) Psychostimulant | Xérostomie |
| Fluoxétine (Prozac®) Antidépresseur | -Xérostomie -Altération du goût - Bruxisme -Sialadénite -Stomatite -Glossite -Gingivite -Décoloration de la langue -Augmentation du temps de saignement |
| Olanzapine (Zyprexa®) Antipsychotique atypique | -Xérostomie - Stomatite -Glossite -gingivite -Œdème de la langue |
| Carbamazépine (Tégréto®) Anticonvulsivant | -Xérostomie -Stomatite -Glossite -Ulcérations |
| Acide valproïque (Valproate ®Dépakène ®) Anticonvulsivant | -Xérostomie -Altération du goût -Trouble de coagulation (augmentation du temps de saignement) |
| Fluvoxamine Inhibiteur de la recapture de la sérotonine, antidépresseur | Xérostomie |

Tableau 2 : Effets des différentes médications utilisées chez les patients atteints de TSA

- La sélectivité alimentaire :

Il est reconnu que l'autisme s'accompagne la plupart du temps d'une sélectivité alimentaire marquée par une préférence pour les aliments mous (43%) ou sucrés (24%) en plus de la prise de renforts alimentaires sucrés. Cette alimentation sucrée est à l'origine d'une prévalence de maladies carieuses plus importante chez cette population. [32] [33] [34] [35]

- Autres facteurs :

La faible priorité accordée aux soins buccodentaires par rapport à d'autres problèmes quotidiens perçus comme prioritaires par les familles et le personnel des institutions entraîne un laisser-aller en ce qui concerne le brossage et les soins dentaires.

D'autre part, le coût des traitements dentaires pour les personnes à besoins spécifiques, peut retarder la consultation chez le dentiste. [36]

Enfin nous pouvons citer les lacunes en matière de prévention en termes d'hygiène orale auprès des familles et des aidants au sein des institutions.

- Caractéristiques bucco-dentaires des patients présentant un TSA :

Des différents facteurs de risques énumérés précédemment en découle un certain nombre de spécificités orales chez le patient atteint de TSA.

- Un risque carieux plus important :

En bas âge, la prévalence de la carie chez les enfants TSA est inférieure ou égale à celle des enfants neurotypiques. En effet 71% des patients atteints de TSA de moins de 6 ans ne présentent aucun antécédant carieux contre 70% chez les enfants neurotypiques. [29] [37]

Cette tendance s'inverse après 12 ans, la présence de caries atteint un taux de 52 % pour les patients présentant un TSA alors qu'il n'est que de 38 % pour les sujets neurotypiques. [36] [38]

Ce risque carieux élevé s'explique par la forte présence de plaque, et les habitudes alimentaires néfastes développées précédemment.

D'autre part leur médication peut également induire une xérostomie. Des études ont montré que plus de 65% des jeunes ayant un TSA ont des sécheresses buccales du fait de la prise de certains médicaments [32] [33] [39]. Ce manque de salive est reconnu comme augmentant le risque carieux.

- Un taux de maladies parodontales élevé :

Ces patients sont plus susceptibles de développer des maladies parodontales, une étude de Suwannee a mis en avant que 78% des enfants ayant un TSA, âgés de 8 à 12 ans, présentent un saignement gingival contre 14,5% dans le groupe contrôle et 71,9% nécessitent un nettoyage professionnel contre 18,8% [40]. Il n'existe malheureusement pas d'étude sur la prévalence des problèmes parodontaux chez les adultes avec TSA mais tout porte à croire que la tendance à ce type de pathologies demeure chez les adultes également.

Encore une fois, la forte présence de plaque est la principale cause de gingivite et parodontite. A cela s'ajoute la prise de médicaments antiépileptiques qui entraîne chez près de 25% de patients ayant un TSA un accroissement gingival [40].

- Bruxisme :

Ces patients sont également sujets au bruxisme, en moyenne, 20 à 25 % de patients atteints de TSA présentent un bruxisme la nuit et selon Lorena (2012), ce chiffre peut aller jusqu'à 44% en présence de retard mental associé. [32] [41] [42]

Il est intéressant de souligner que plus de la moitié de ces patients (60%) présentent des facettes d'usure touchant l'émail et la dentine. [43]

- L'automutilation :

Les lésions buccales liées à l'automutilation sont une autre caractéristique bucco-dentaire à prendre en compte. Nous rapportons que soixante-dix pourcent (70%) des personnes présentant un TSA ont eu au moins un épisode d'automutilation au cours de leur vie et 75% des blessures se situent au niveau de la tête et du cou. Dans une étude de 2012, Lorena et al ont prouvé que dans plus de 13% de cas, les blessures liées à l'automutilation correspondent à des morsures

au niveau de la muqueuse labiale ou jugale, des ulcérations et abrasions gingivales ou parodontites. [43]

Plus sporadiquement des cas d'auto-extraction dentaire ont été rapportés dans la littérature. [32] [43] [44]

- Des problèmes d'occlusion :

En conséquence du risque carieux élevé et de la difficulté des soins dentaires, nous observons chez les patients avec TSA l'absence de dents liée à des extractions dentaires multiples et précoces. Ces dents absentes peuvent être à l'origine de l'apparition de troubles fonctionnels au niveau de la sphère orale, de l'alimentation et au niveau général. [40]

Plusieurs études rapportent chez les sujets TSA un pourcentage plus élevé de troubles de l'occlusion tels que diastème, dent absente, articulé inversé et la tendance à une classe II molaires par comparaison aux groupes contrôle neurotypiques. [40] [43]

De plus, l'examen intra-oral réalisé sur un groupe de jeunes ayant un TSA a également révélé que 36,67% présentaient un palais ogival, 46,67% un encombrement dentaire, et 30% ont une béance antérieure. [43]

Des comportements tels que la succion du pouce, morsure des ongles/ autres objets étrangers, ou auto extraction des dents peuvent également expliquer certains de ces symptômes.

4) Difficultés des soins dentaires liées à l'autisme

Les soins dentaires, par leur nature intrusive, constituent une crainte pour un grand nombre de patients issus de la population générale. Cette peur est d'autant plus importante lorsqu'on s'adresse à un patient avec TSA du fait de certaines particularités qui seront énumérées ci-dessous.

- Difficultés liées au syndrome autistique :
 - Difficultés de communication et aptitudes mentales

Les difficultés de communication et les problèmes de compréhension varient d'un patient à l'autre mais dans tous les cas, ceux-ci restent un obstacle important aux soins dentaires. En effet les déficits en communication verbale de ces patients rendent difficile la lecture de leurs émotions et de leurs besoins. Ainsi nous observons des difficultés à communiquer les symptômes et l'inconfort peut être exprimé par des comportements inappropriés [45]

Pour notre étude il est également primordial de souligner qu'il découle de ces difficultés de compréhension et d'interactions sociales réciproques un consentement aux soins biaisé et lacunaire. En effet, même si le degré d'affection des patients diffère, il en demeure une difficulté générale à comprendre réellement les enjeux des soins prodigués par le chirurgien-dentiste.

- Troubles de sensibilité et de perception

Les patients autistes sont particulièrement sensibles aux changements d'habitudes et éprouvent des difficultés à être dans un environnement inconnu. [41]

Les patients avec TSA présentent pour la plupart une hypersensibilité qui se manifeste par une excitabilité exacerbée aux stimuli sensoriels (sons, couleurs, toucher). En conséquence à ces stimuli, ils peuvent avoir des réactions diverses et difficiles à prévoir, ce qui est un problème majeur au fauteuil.

Lors des soins dentaires tous les sens sont sollicités : la vue en premier lieu (couleur, lumières, scialytique), l'ouïe (instruments rotatifs, ultrasons, aspiration etc.), le toucher (contact tactile, changement de température, textures etc.) et enfin le gout et l'odorat. [40]

Tous ces facteurs inhérents à la dentisterie parasitent grandement la compréhension du patient et la pratique du soin dans de bonnes conditions. [40]

La douleur peut ne provoquer aucune réaction alors qu'un changement brusque de situation peut engendrer une réaction violente. Ces déficits sensoriels touchent entre 69% et 95% des personnes avec un TSA et rendent difficile l'identification de l'origine de la douleur. Cette hétérogénéité de réponse pour un même patient rend le déroulement des soins fastidieux pour le praticien comme pour le patient. [42] [46]

- Les troubles du comportement, les stéréotypies et mouvements incontrôlables

Les patients autistes présentent généralement des troubles du comportement qui se manifestent par des mouvements imprévisibles. Sans origine rationnelle ou signification utilitaire, le sujet autiste peut soudain se balancer, crier, donner des coups ou bouger ses bras. Ces mouvements peuvent rendre difficiles les soins dentaires, voire dangereux. [47]

Hormis ces mouvements incontrôlables, le caractère intrusif des soins dentaires peut induire des réactions violentes d'évitement, voire même des automutilations (cognements de tête).

- Facteurs de risque de non coopération :

Certains auteurs ont déterminé des facteurs de risque de non-coopération des patients avec TSA lors d'un rendez-vous dentaire. Les facteurs énumérés sont : le jeune âge, la sévérité du trouble (absence de lecture après 6 ans, absence de propreté, absence ou peu de langage) et la présence d'autres pathologies médicales associées au TSA. [48]

La présence d'au moins deux de ces facteurs est fortement associée avec une non-coopération du patient lors de la prise en charge bucco-dentaire. [48]

2ème partie : Difficulté de coopération aux soins

1) Assentiment aux soins

Dans la pratique de la chirurgie dentaire comme pour tout autre soin médical, il est nécessaire de recueillir préalablement à l'exécution du soin un consentement libre et éclairé du patient.

- Aspect juridique :

Cette nécessité est délimitée par un cadre juridique, plus précisément l'article 36 du code de la santé publique indique :

“Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article R. 4127-42." [49]

Le cas du sujet autiste est plus complexe puisque le professionnel de santé est confronté à une personne dont les facultés mentales ou la capacité de s'exprimer posent problème dans l'obtention du consentement libre et éclairé.

En ce sens le sujet autiste est légalement considéré comme un majeur protégé dont le tuteur est défini par un juge. De ce fait nous devons nous référer à l'article R4127-42 qui indique : "Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.

En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.

Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible."

Si nous nous penchons sur les lois qui régissent la situation du majeur protégé, nous pouvons citer en premier lieu la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 qui pose le principe d'autonomie de la personne, c'est à dire que le majeur protégé prend lui-même les décisions touchant à sa personne.

Ce principe est cependant pondéré par l'alinéa 2 de l'article 459 du code civil qui permet au juge des tutelles d'adapter l'exigence du consentement à l'état de la personne. En d'autres termes le juge peut décider si nécessaire dès la mise sous tutelle, ou plus tard en fonction de l'évolution de l'état de santé du majeur protégé, un assistanat voire une représentation dans les actes par le tuteur.

C'est le juge qui définit donc spécifiquement le rôle du tuteur (assistance ou représentation) et les catégories d'actes pour lesquels le tuteur doit intervenir.

En l'absence d'encadrement spécifique de la protection de la personne (comme cité ci-dessus) le principe d'autonomie s'applique.

- Aspect pratique :

Dans les faits, nous ne parlons pas de consentement aux soins mais plutôt d'adhésion aux soins du patient autiste. Du fait de la pluralité des symptômes de l'autisme et des différents degrés d'atteinte du patient, le chirurgien-dentiste doit s'adapter au patient et à ses capacités afin d'obtenir son adhésion.

Afin de favoriser la participation active du patient autiste aux décisions qui le concernent, il faut systématiquement essayer de recueillir son adhésion aux soins. Ce processus permet également, s'il est possible, d'aider et de conforter les aidants dans leur démarche de demande de soins dentaires pour la personne qu'ils accompagnent.

Pour ce faire, il est recommandé de créer un climat rassurant et familier pour le patient, préparer la visite en amont, prendre le temps d'expliquer le plus clairement possible le déroulement du soin et les enjeux de celui-ci. Le chirurgien-dentiste doit s'adapter au niveau de compréhension du patient et non l'inverse.

2) Prise en charge par le chirurgien-dentiste

La prévalence de patients atteints de TSA est en forte augmentation, en tant que professionnels de santé nous serons donc forcément amenés à prendre en charge ces patients dans notre pratique de la dentisterie. Une étude de Dao et al menée en 2005 auprès de chirurgiens-dentistes en omnipratique a révélé que 67% des chirurgiens-dentistes interrogés n'accepteraient aucun adulte autiste et que près de 60% ne soigneraient pas d'enfant atteints de TSA. Or les patients autistes ont une espérance de vie normale et ont besoin de soins dentaires tout au long de leur vie.

La réticence des chirurgiens-dentistes à prendre en charge les patients autistes peut être expliquée par plusieurs facteurs.

Dans un premier temps, le chirurgien-dentiste peut être confronté aux freins émotionnels et matériels qui entourent le handicap. Il n'est pas facile d'accueillir un patient autiste qui nécessite une attention dédoublée, une patience importante et la confrontation à des cris et/ou pleurs éventuels. Ceci représente une charge émotionnelle importante dans une journée de travail souvent très remplie, qui ne laisse peu de place aux imprévus. Les praticiens ne sont pas suffisamment formés à gérer les patients en situation de handicap. [50]

Dans un second temps, il est difficile d'intégrer que malgré un plein investissement de temps et de moyens il n'y ait pas systématiquement de résultat ce qui s'avère décourageant pour le praticien et les aidants.

De surcroît les soins dentaires étant souvent mis au second plan par l'entourage et le patient lui-même, la prise en charge du chirurgien-dentiste se fait dans un contexte d'urgence douloureuse et donc dans un climat défavorable.

Enfin, la cotation actuelle ne permet pas une rémunération juste de ces actes au vu de la technicité et de l'investissement temporel qu'ils demandent. Pour un praticien libéral il n'est pas possible financièrement parlant d'accueillir un nombre important de patients handicapés en cabinet de ville. [51]

Dans ce contexte nous pouvons nous demander si des soins dentaires sous anesthésie générale ne sont pas préférables pour le patient et pour le praticien.

Premièrement, il est important de rappeler que la pratique de l'anesthésie générale n'est pas sans risque pour le patient.

Secondement, il faut faire attention à ne pas tomber dans une logique de facilité qui pourrait être néfaste pour le patient et les aidants. En effet, en résolvant le problème dentaire via une anesthésie générale, les aidants ne sont pas vraiment responsabilisés face au laisser aller de l'hygiène bucco-dentaire et auront surement tendance à ne pas essayer de modifier les habitudes d'hygiène de la personne autiste dont ils ont la responsabilité.

D'un autre côté plusieurs études ont montré que la préparation du patient avant son rendez-vous chez le dentiste, l'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire quotidienne et l'utilisation de certaines stratégies de prise en charge par l'équipe soignante lors du rendez-vous, favorisent la coopération des patients présentant un TSA et permettent d'offrir une offre de soins dentaires adéquats. Ainsi un apprentissage graduel du patient permet d'inscrire sur la durée des acquis en termes d'hygiène bucco-dentaire et d'approche des soins en cabinet de ville.

3) Le vécu des aidants

- Définition :

Le patient autiste, n'ayant pas la pleine capacité d'être acteur de sa propre santé, nécessite l'appel d'une tierce personne que l'on appelle aidant. [52]

L'aidant peut être :

- non professionnel ou naturel, c'est à dire qu'il fait partie de l'entourage de la personne autiste ;

- professionnel, c'est à dire que son métier consiste en la prise en charge de la personne autiste.

Le but de l'aidant est d'accompagner au quotidien la personne en situation de handicap afin de lui apporter le meilleur bien-être possible, nous parlons de bientraitance envers la personne aidée.

Cette bientraitance va passer par la bonne santé de la personne handicapée, pour ce faire l'aidant a un rôle double : favoriser l'expression de l'autonomie de la personne qu'il accompagne et s'en faire le porte-voix. [53]

Dans les faits, nous constatons que les aidants non-professionnels et professionnels endossent un rôle qui diffère légèrement. Les aidants non professionnels sont plus décisionnaires que les aidants professionnels, qui sont eux plus coordinateurs.

- Le point de vu des aidants :

Les soins médicaux et notamment les soins dentaires sont souvent vécus avec beaucoup d'appréhension par les aidants ceci s'explique par :

- Une anxiété personnelle vis à vis des soins-dentaires ;
- Les difficultés rencontrées par ceux-ci pour obtenir un rendez-vous ;
- Le contexte douloureux dans lequel se passent la plupart du temps les soins dentaires chez les personnes avec TSA ;
- La deshumanisation de la personne autiste ;
- La peur d'outre passer leur rôle et de se substituer à la personne autiste ;
- Ou au contraire ne pas être écoutés et pris en compte par le professionnel de santé.

Une étude menée en 2013 par Blaizot et al a permis de faire ressortir les attitudes du chirurgien-dentiste perçues positivement par les aidants, lors de la prise en charge du patient avec TSA.

Parmi les comportements positifs soulignés par ceux-ci, nous retrouvons la reconnaissance de la personne handicapée comme une personne humaine ordinaire et capable, tout en gardant à l'esprit l'aspect singulier de cette personne du fait de son besoin d'une prise en charge spécifique. [54]

Le temps consacré, l'écoute attentive et la tolérance témoignée par l'équipe soignante qui traduisent selon les aidants des capacités d'empathie nécessaires à une volonté de bientraitance. [55]

Enfin, souligner la place de l'aidant par l'écoute et les conseils permet une valorisation de leur rôle et brise la solitude qu'ils peuvent parfois ressentir.

Une relation de soin de qualité est donc basée sur la reconnaissance réciproque de la place du patient, de l'aidant et du chirurgien-dentiste. Cette relation de soin une fois établie, permet aux aidants d'accorder leur pleine confiance au chirurgien-dentiste.

L'établissement et le développement de cette relation de soins de qualité prennent du temps et peuvent nécessiter des ajustements. Elle impose une réflexion sur les motivations profondes des aidants. En effet, la relation d'aide souvent décrite comme relevant de la bienfaisance n'est pourtant pas toujours exempte de tout désir d'emprise de la part des aidants et pose la question des enjeux d'un don apparent, qui peut être à la fois ou successivement acte de générosité ou acte de violence. [56]

Toute la difficulté éthique pour le chirurgien-dentiste et les aidants est de fixer le seuil limite entre volonté de soin dans un souci d'agir pour le bien du patient et le respect de son choix de refus de soin. La limite entre bienveillance et maltraitance est floue. Une concertation préalable entre aidant et praticien est nécessaire afin de définir cette limite.

3ème partie : Prévention et soins

1) Intérêt de la prévention

La prévention joue un rôle prépondérant dans le cadre de notre profession et est primordiale dans la prise en charge de patients atteints de troubles tel que l'autisme. Si nous communiquons suffisamment tôt sur l'hygiène buccodentaire et l'importance de celle-ci, cela permet de limiter l'impact carieux et les séances de soins au cabinet.

En conséquence, il faut en informer les parents dès le diagnostic de la maladie et maintenir un suivi régulier et durable de l'enfant. En ce qui concerne les adultes ils ne doivent pas être exemptés d'un contrôle régulier même si leurs capacités en termes d'hygiène bucco-dentaire sont bonnes.

Les aidants au sein d'institution doivent également être sensibilisés à la question du brossage et des bonnes habitudes alimentaires pour permettre une prise en charge optimale.

La prévention repose sur cinq principes : l'information du patient et de son entourage, l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, l'éducation à l'hygiène alimentaire, l'utilisation des fluorures et un suivi précoce et régulier.

- Information du patient et de son entourage :

Le rôle du chirurgien-dentiste lors de la première consultation avec l'entourage du patient autiste est de lui faire comprendre que la personne autiste est une personne "à besoins spécifiques" et ce, même dans le cadre bucco-dentaire. Ces besoins spécifiques se caractérisent par une assistance accrue lors du brossage, une vigilance scrupuleuse de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire et enfin un suivi professionnel régulier. [57]

La communication au sujet de l'incidence des troubles du syndrome autistique sur la sphère orale est primordiale, notamment pour les aidants. Ils doivent intégrer que l'autisme implique une augmentation du risque de maladies orales et que ces maladies influent grandement sur le bien-être de la personne. Si ce risque est compris, l'application des conseils de prévention sera beaucoup plus méticuleuse et efficace. [57]

A chaque séance il est important de renouveler le message de prévention et de réviser les procédures d'hygiène avec le patient et son entourage.

En dehors des précautions liées à la prévention, le chirurgien-dentiste peut expliquer le déroulement des séances de soins aux aidants et au patient afin de dédramatiser les éventuels futurs soins.

- Education à l'hygiène dentaire :

Cet apprentissage doit être réalisé le plus tôt possible afin d'être intégré dans la routine journalière et qu'il devienne un rituel.

Il faut adapter l'apprentissage du brossage au degré de sévérité du trouble autistique, le type d'incapacités associées et les caractéristiques individuelles de chaque patient.

La concentration en fluor et la quantité de dentifrice doivent également être adaptées à l'âge et à la capacité du patient à cracher.

Chez certains patient le déficit du brossage peut être lié à des anomalies sensorielles entraînant une sensation de "mauvais goût" ou de dégoût pour la texture du dentifrice. Dans ce cas il serait intéressant d'impliquer le psychologue du patient afin de développer une approche d'intégration sensorielle. [46]

Le brossage doit systématiquement être assisté voire réalisé par un tiers. Dans le cas où le brossage n'est pas possible, il est conseillé d'utiliser une compresse recouverte d'un peu de dentifrice fluoré ou imbibée de bain de bouche fluoré ou encore à la Chlorhexidine en alternance.

Il existe quelques astuces qui permettent de faciliter le brossage :

- Stabiliser la tête du patient sur une chaise ou un canapé pour éviter les blessures en cas de mouvement d'évitement ;
- Il est recommandé de commencer par toucher les lèvres avec la brosse à dents quelques secondes puis progressivement l'intérieur de la bouche pour finir par brosser les dents. Une approche progressive permet d'éviter le sentiment d'intrusion que peut provoquer le brossage chez le patient autiste ;
- Des brosses à dents à plusieurs têtes peuvent être utilisées pour réduire le temps de brossage. Cependant leur utilisation est conseillée sur une durée limitée car même si elles facilitent et diminuent le temps de brossage, elles ne permettent pas un nettoyage optimal. C'est un bon moyen d'aborder le brossage en premier lieu sans que le temps à y consacrer soit un blocage pour le patient ;



Illustration 3 : Brosse à dent multi têtes

- Féliciter l'enfant après chaque étape de brossage et ne pas relever les comportements négatifs.

Il existe également des outils (livres, supports vidéo, jeux) qui imagent le brossage et peuvent être utilisés quotidiennement afin de ritualiser le brossage.

Exemples de livres :



Illustration 4 : Pourquoi faut-il se brosser les dents ?



Illustration 5 : Les petites vies d'Apolline : la brosse à dents

Exemple de jeu :



Illustration 6 : Docteur Drill'n'fill

- Education à l'hygiène alimentaire :

L'hygiène alimentaire est un facteur important du risque carieux et doit absolument être intégrée dans la prévention de la carie.

Comme pour les patients neurotypiques, l'hygiène alimentaire passe par une répartition des repas correcte : trois repas principaux et une collation dans la journée. Le grignotage entre les repas est à proscrire et une alimentation diversifiée doit être mise en place.

Comme cela a été dit précédemment, la plupart des patients atteints de TSA ont un goût prononcé pour les textures molles et collantes. En thérapie comportementale, afin d'introduire d'autres textures alimentaires il est recommandé d'utiliser des biscuits apéritifs en premier lieu puis d'introduire progressivement d'autres aliments de type légumes et fruits.

Il est important de sensibiliser l'équipe d'accompagnement (personnel d'institution, psychomotricien, psychothérapeute) au fait d'éviter les aliments trop sucrés et/ou collants en renforcement positif lors des thérapies comportementales.

Il faut souligner que certains médicaments provoquent une diminution du flux salivaire et/ou contiennent du sucre. Ces médicaments doivent être pris lors des repas et si ce n'est pas possible la prise médicamenteuse doit être suivie d'un brossage. [30]

De même, la consommation de boissons sucrées et acides doit être évitée au maximum et limitée au repas, il faut toujours privilégier l'eau pure.

Il est possible d'utiliser des chewing-gums au Xylitol après les prises alimentaires ne pouvant pas être suivies d'un brossage.

- L'utilisation des fluorures :

Les fluorures constituent un bon renforçateur de la structure minérale de la dent, de ce fait leur utilisation peut être indiquée dans certains cas.

Il existe deux types d'apports fluorés : les apports topiques par l'intermédiaire de produits mis en contact avec les dents (dentifrices, gels, bains de bouche fluorés, sealants etc) et les apports systémiques via des gouttes ou comprimés à ingérer.

Un bilan personnalisé des apports journaliers en fluor doit être réalisé avant toute prescription de fluor, car il peut déjà être présent dans l'eau de boisson utilisée, ainsi que dans le sel. Une seule source de fluorures par voie systémique doit être utilisée.

L'apport de fluor par voie systémique est recommandé à partir de 6 mois en période pré-éruptive. [58]

En ce qui concerne l'apport par voie topique, le chirurgien-dentiste peut, selon les cas, décider d'appliquer des vernis fluorés (en denture temporaire et/ou en denture permanente) ou des gels fluorés (pouvant être utilisés après l'âge de 6 ans) qui peuvent être appliqués tous les 3 à 6 mois.

Il est également possible d'utiliser des bains de bouche fluorés si le patient est capable de recracher sinon il est possible de les appliquer à l'aide de compresses. [58]

- Un suivi précoce et régulier :

Comme cela a été dit précédemment, il faut sensibiliser l'entourage de la personne autiste à l'hygiène bucco-dentaire dès le diagnostic de la pathologie. Ce suivi doit s'organiser très tôt afin de familiariser l'enfant à l'environnement du cabinet dentaire et endiguer les éventuelles pathologies dentaires naissantes.

Il est conseillé d'établir un carnet de suivi dentaire pour permettre aux différents acteurs de santé de communiquer et de suivre correctement le patient.

- Autre précaution préventive :

Dans certains cas d'autisme sévères, si les traumatismes sont fréquents et violents, l'utilisation d'un protège-dents peut être recommandé. Le but du protège-dents est de prévenir les chocs et lésions dentaires mais aussi les lésions parodontales et de l'ATM.

Des réserves sont cependant à émettre quant à l'acceptation du protège-dents par le patient.

2) Stratégies de prise en charge adaptées aux soins dentaires

- La préparation de la consultation :

Le cabinet dentaire étant un lieu nouveau, il est de ce fait intimidant pour le patient autiste qui vient pour la première fois. Afin que la consultation se passe de la meilleure façon possible il faut la préparer en amont.

La personne autiste a une mémoire associative, c'est à dire que si la première consultation se déroule bien cela permettra une alliance thérapeutique renforcée lors de la prochaine séance. Ce qui représente un argument supplémentaire en faveur d'un travail préparatoire à la consultation et d'un déroulement favorable de celle-ci.

- Entretien avec les aidants :

Les aidants jouent un rôle clé dans la prise en charge du patient atteint de TSA. Ils sont en effet les plus à même de connaître les particularités du patient. Il faut donc systématiquement prévoir un entretien préalable avec l'aidant. Il est préférable que cet entretien se déroule sans la personne atteinte de TSA.

Lors de ce premier contact le praticien notera les antécédents généraux et bucco-dentaires du patient et également les particularités de comportement du patient, ce qu'il aime ou pas. Outre la familiarisation du praticien avec l'histoire médicale et comportementale du patient, cette prise de contact permettra de réduire le temps d'attente pour le patient lors de la consultation. [59] [44]

L'aidant devra renseigner le praticien sur les habitudes alimentaires, d'hygiène bucco-dentaire mais aussi la façon de communiquer du patient, sa relation avec autrui. [60]

Le praticien notera également la façon dont le patient s'adapte aux nouvelles situations, la façon dont sont gérées les situations imprévues et les caractéristiques sensorielles (hyper ou hyposensibilité) du patient.

Voici un questionnaire type qui pourrait être utilisé lors de l'entretien préalable [59]:

- 1) Données administratives (nom, prénom, age ...)

2) Motif de consultation ;

3) Anamnèse complète (poids, taille, problèmes de santé, médicaments, antécédents d'hospitalisation) ;

4) Habitudes préventives (alimentation, fréquence du brossage, bilan fluoré) ;

5) Questions relatives à l'autisme :

Comment se sont passées les consultations précédentes ? Quelles ont été les difficultés ? Qu'est-ce qui a bien marché ?

Quel est son degré d'autisme ?

Comprend-il les consignes orales simples ? Si non, comprend-il mieux si nous lui montrons ce qu'on attend de lui avec des gestes ? avec des illustrations imagées ?

Parle-t-il ? Sait-il dire ou montrer où il a mal ? Comment s'exprime-t-il ? avec des gestes ? des " mots-phrases " ? des images ?

Quelles sont ses réactions dans une situation nouvelle ? De quoi a-t-il particulièrement peur ? Comment cela se manifeste-t-il ?

Présente-t-il une hypersensibilité au bruit ? au toucher ? à la lumière ?

Qu'est ce qui l'intéresse ? Quelles sont les astuces qui fonctionnent avec cette personne (petites récompenses, activités préférées, jeux avec l'adulte, jeux de faire-semblant, imitation...) ?

Quelles sont ses craintes ? Les choses qu'il ne supporte pas ?

– La technique de sensibilisation/désensibilisation :

Cette technique permet d'aider le patient à appréhender progressivement l'environnement du cabinet dentaire. Il s'agit de figurer de façon graduelle le cabinet et le déroulement de la séance de soin.

Dans un premier temps les aidants vont présenter des photos du cabinet, des instruments utilisés et de l'équipe au patient. L'ensemble de ces photos peut être intégré à des jeux ou mises en scènes par l'équipe accompagnante afin de se familiariser au déroulement de la consultation. [32] [61]

Puis dans un second temps, le patient peut visiter le cabinet pour une première prise de contact avec l'équipe et se familiariser aux odeurs, à la lumière et aux bruits du cabinet.

Certaines études ont mis en avant l'aspect positif d'une visite du patient autiste lors de soins dentaires réalisés sur des patients du même âge ou un membre de son entourage. [44] [62]

– Planification du rendez-vous :

La prise de rendez-vous avec un patient autiste doit être faite avec bon sens, afin d'installer un climat bienveillant pour la personne soignée et l'équipe soignante.

Pour ce faire, quelques notions sont à prendre en compte :

-Privilégier un créneau durant lequel l'équipe est la plus disponible afin de se consacrer pleinement au patient.

-Favoriser un moment de la journée où le risque de retard est le moins important et où l'équipe est la moins fatiguée [59];

-Prévoir plus de temps au premier rendez-vous et ajuster les objectifs de cette première séance selon le déroulement de la séance et les caractéristiques du jeune TSA ;

-Si plusieurs visites sont nécessaires, tacher de donner les rendez-vous à la même heure si possible dans la même salle de soin afin de développer une familiarité [32] [63] ;

-Prévoir un temps à la fin de la séance de soins pour discuter du plan de traitement avec l'aidant en tenant compte du déroulement de la séance. [64]

- Lors de la consultation :
 - L'accueil du patient

L'accueil du patient est fondamental dans la relation de soin qui est amenée à s'établir, il est donc recommandé d'être le plus accueillant possible tout en respectant les particularités du patient notées lors de l'entretien avec l'aidant.

Comme cela a été dit précédemment une attente trop longue peut être préjudiciable, en cas de gros retard, nous préférons faire sortir le patient et lui indiquer le moment où il pourra revenir. [59] [61] [64]

Les précautions de rigueur dans l'accueil de tous les patients sont d'autant plus importantes dans ce cas : c'est le praticien qui va chercher le patient dans la salle d'attente, il s'adressera directement au patient de façon calme et bienveillante.[44] [65]

- La consultation au fauteuil
 - ◆ Gérer l'hypersensibilité sensorielle :
 - a) La vue :

L'hypersensibilité sensorielle peut se traduire par une intolérance aux lumières forte Pour prévenir cet inconfort quelques dispositions peuvent être mises en place :

-Eviter d'utiliser le scialytique à pleine puissance, préférer une intensité lumineuse plus douce ;

-Si cela est possible, faire porter au patient des lunettes de soleil [66] ;

Toujours en ce qui concerne les incommodations visuelles liées au cabinet dentaire, seuls les instruments nécessaires lors de la consultation seront disposés sur le chariot [65] ;

Enfin nous préférons utiliser un écran facial transparent au masque classique, ce dispositif étant moins anxiogène pour le patient. [66]

- b) L'ouïe :

Le cabinet constitue un environnement agressif pour l'ouïe du patient autiste (bruit de la turbine, ultrasons ...). Des dispositions simples peuvent être mises en place afin de diminuer ces stimuli auditifs perçus comme désagréables par le patient autiste, à commencer par fermer la porte du cabinet lors de la consultation pour éviter que les bruits extérieurs (salle d'attente, accueil, salle de stérilisation ...) ne viennent parasiter la consultation.

Proposer au patient de venir avec une sélection de musiques qu'il apprécie afin qu'il puisse l'écouter lors du soin avec ses écouteurs. [66]

c) Le goût et l'odorat :

Le patient avec TSA peut être très sensible aux odeurs et aux textures mises en contact avec sa bouche, afin de gérer cette sensibilité nous pouvons utiliser des gants sans odeur, un savon non parfumé, éviter l'utilisation de diffuseur dans la salle de soin. Il est également recommandé de changer de gants après avoir manipulé des produits très odorants. [66]

d) Le toucher :

Le toucher fait partie des sens stimulés lors de la visite au sein du cabinet. Le contact du métal froid (sonde, miroir ...) dans la bouche du patient, par exemple, peut entraîner des réactions négatives, pour prévenir ce type de réactions nous pouvons réchauffer le matériel préalablement ou utiliser des kits jetables en plastique. [59]

◆ Gérer les troubles du comportement lors de l'examen :

Lors de l'examen dentaire, le praticien devra adopter un comportement particulièrement attentif et bienveillant pour que le patient atteint de TSA coopère correctement. Cet examen bucco-dentaire est le premier pas du patient dans la pratique du praticien, il va déterminer la confiance réciproque lors des soins qui s'en suivront.

Pour ce faire, quelques recommandations sont à prendre en compte :

- Laisser le patient apporter dans la salle de soin un objet de transition ;
- L'aidant peut rentrer dans la salle de soin si le patient le désire ;
- Utiliser les supports visuels qui ont été utilisés pour préparer la consultation ;
- Préparer le patient à l'introduction de chaque instrument ;
- Pour les enfants, les encourager à monter sur le fauteuil seuls [42] ;
- Effectuer un examen superficiel avec les doigts avant d'entamer le véritable examen [67] ;
- Le patient avec TSA n'ayant pas accès à l'implicite, il est important de décrire avec exactitude ce qu'il doit faire lors de la séance. Nous pouvons citer un exemple typique : lorsque la maîtresse dit "prenez vos stylos" l'enfant neurotypique sait qu'il s'apprête à écrire tandis que l'enfant avec TSA restera le stylo dans la main sans autre réaction. De cette manière le praticien accompagnera chacune de ses demandes d'explications détaillées de la conduite à tenir.

◆ Evaluation de la coopération et orientation vers une prise en charge sédative adaptée :

Lors de cette première consultation puis tout au long du suivi, le praticien devra évaluer le niveau d'anxiété du patient en observant son comportement lors de la séance. Ce niveau d'anxiété est évalué via l'échelle VENHAM modifiée, à chaque score est associée une sédation adaptée.

| Scores de comportement de VENHAM modifiée | Comportements | Types de sédation |
|---|--|---|
| 0 | Coopération totale du patient ou absence de réticence | Situation de soin conventionnelle ne nécessitant pas de sédation particulière |
| 1 | Protestations mineures pour signaler un inconfort sans gêner l'examen | Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge comportementale (ex : dire-montrer-faire) |
| 2 | Protestations plus marquées et mouvements de tête rendant l'examen difficile. Le patient continue à céder aux demandes de l'examineur avec difficultés | Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge comportementale et sédative de base |
| 3 | Protestations très problématiques pour l'évaluateur. Le patient a cédé aux demandes de l'examineur avec difficultés | Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge comportementale et sédative par MEOPA |
| 4 | Protestations ayant interrompu l'examen. L'examen a pu être réalisé avec beaucoup d'efforts mais sans trop de contraintes physiques (les mains sont tenues en début de séance par exemple) | Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge comportementale et sédative par MEOPA et Midazolam |
| 5 | Protestations générales du patient sans se soumettre, ni coopérer. Une contrainte physique importante aurait été nécessaire à la poursuite de l'examen. | Situation de soin pouvant nécessiter une prise en charge sous Anesthésie Générale |

– La séance de soins :

Une fois l'examen bucco-dentaire fait et si le patient n'a pas besoin de prise en charge en milieu hospitalier, le praticien va mettre en place un plan de traitement et un calendrier de soins qui structurera la prise en charge du patient. Lors des rendez-vous de soins le praticien devra prendre certaines dispositions afin que le lien de soin ne soit pas brisé et que les séances se déroulent de façon optimale.

◆ Communication et attitude :

Lors de la séance de soin, la communication est primordiale, les patients autistes bien qu'ayant des troubles de la communication sont capables d'établir un échange. Le praticien doit, pour ce faire, ajuster ses moyens de communication aux capacités du patient.

Les études concernant les capacités des personnes autistes ont montré que malgré leur difficulté d'expression et de compréhension du langage verbal, leurs capacités de perception visuelle sont habituellement intactes et une information reçue sous forme visuelle est comprise rapidement et reste beaucoup plus longtemps en mémoire qu'une information orale. [32] [34] [68]

De ces études découlent des principes à appliquer lors des soins : éviter de poser trop de questions, d'utiliser un langage simple, clair et concis. Les consignes données au patient seront précises et formulées de façon affirmatives ("ouvrez la bouche" plutôt que "ne fermez pas la bouche").

Un support visuel représentant les différentes étapes du soin peut être un excellent moyen de préparer et d'expliquer la séance au patient. [61]

Chez les patients jeunes, l'assimilation des demandes lors d'une situation inhabituelle peut prendre plus de temps. Il faudra laisser au jeune patient le temps de traiter l'information.

Toujours pour les sujets jeunes, valoriser les comportements compliants et ignorer les comportements inappropriés permet de renforcer les attitudes positives. [59]

Concernant les techniques de gestion du comportement utilisées en dentisterie :

L'approche « tell, show, do » ou la « tell, show, feel, do » est une technique de choix lors des soins. Elle consiste lors de chaque acte à expliquer la procédure au patient puis lui montrer les instruments utilisés, le patient peut éventuellement toucher les instruments afin de se familiariser avec leurs formes et leurs textures, et enfin réaliser l'acte.

Afin d'inclure le patient dans le soin et de réduire les comportements néfastes il faut lui permettre d'exercer un contrôle sur le déroulement des soins. Cette inclusion peut se caractériser par la permission de tenir l'aspiration, de lever la main en cas de problème afin de stopper le soin.

Mettre à l'aise le patient passe également par le fait de le rassurer et de lui permettre d'exprimer douleur ou inquiétude.

La relation de confiance patient-praticien est primordiale, par conséquent la technique de soin par contention physique du patient est à éviter car elle brise ce lien et traumatise le patient.

◆ Le temps de soins :

Du fait de l'importance que revêt la routine dans le quotidien de la personne autiste, les séances de soins doivent être fixées systématiquement à la même heure de la journée et le même jour de la semaine pour ritualiser le rendez-vous.

De la même façon, la structuration du temps de soin est importante pour le patient atteint de TSA, au début de chaque séance il faudra présenter le déroulement de la séance du début jusqu'à la fin. [69] [70]

Cette structuration temporelle peut être accompagnée d'un indicateur visuel (ex. minuteur, horloge) ou d'un compte à rebours oral jusqu'à la fin de la procédure. [71] [72]

L'aménagement de pause courte dans le déroulement du soin permettra de diminuer la fatigue et donc une meilleure coopération du patient. [32] [63]

Le praticien peut également demander à l'aidant d'apporter les outils utilisés habituellement avec le patient lors de ces séances de thérapie comportementale, des images, livres ou jouets qui mettent en situation les soins dentaires par exemple.

◆ La fin du traitement :

A la fin de chaque séance de soin un renforcement positif par des félicitations et éventuellement une récompense pour les jeunes patients doit être mis en place.

L'équipe se tiendra à disposition afin de répondre aux questions éventuelles du patient et de l'aidant. [59] [64] [73]

Une interruption de soins suite à l'arrêt de la coopération du patient ne doit pas être considérée comme un échec, mais plutôt un pas en avant dans la recherche des obstacles comportementaux inhérent au patient.

3) Rôle des aidants

Les aidants ont un rôle majeur dans la prise en charge dentaire du patient autiste. En premier lieu, ce sont les instigateurs de la prise de rendez-vous au sein du cabinet dentaire, en ce sens, il est important de les sensibiliser à l'importance d'un suivi professionnel correct.

Ce sont les aidants qui vont également assurer la continuité des conseils d'hygiène dentaire et alimentaire au quotidien du patient autiste. L'intérêt de leur adhésion au plan de traitement et de s'assurer qu'ils aient compris les enjeux de celui-ci est primordial.

Une approche des soins centrée sur la famille nécessite une relation empathique avec les parents ou les personnes qui ont la charge du patient autiste, qui peuvent fournir des informations uniques et précieuses, telles que ses goûts et dégoûts ou encore les déclencheurs de comportement inappropriés. Ils représentent un lien fondamental dans la relation de soin qui est amenée à s'établir.

Les aidants et notamment les parents peuvent manifester des préférences en ce qui concerne les techniques de gestion comportementale, voir même concernant les techniques opératoires. Le praticien ne doit pas rejeter en bloc ces requêtes et approfondir les raisons de leur expression, celles-ci peuvent trouver leurs fondements dans des particularités du patient ou les propres angoisses de l'aidant.

En conséquence, il est recommandé d'adopter une démarche collaborative plutôt qu'une approche paternaliste dans l'établissement du plan de traitement pour ancrer la démarche de soin dans un processus efficace et pérenne. [74]

Conclusion :

L'autisme est une pathologie qui touche un nombre non négligeable de personnes, et dont, une fois le diagnostic posé, nécessite une prise en charge rapide et adéquate. Or les troubles du spectre autistique impliquent des difficultés de communication, des troubles de sensibilité et de perception ainsi que des troubles du comportement, qui mettent en difficulté l'équipe soignante.

Pour nous, chirurgiens-dentistes, cela implique une démarche de prévention auprès du patient et de son entourage, mais également un suivi rigoureux. La prévention passe notamment par la ritualisation, dès le plus jeune âge, de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire. Le but étant d'éviter toute intervention et de familiariser le patient à l'environnement dentaire.

Avant et pendant les soins, obtenir l'adhésion du patient, lorsque cela est possible, est une obligation pour le chirurgien-dentiste. Cette adhésion est fonction des capacités de compréhension du patient mais également des moyens mis en œuvre par le praticien pour communiquer avec son patient et son entourage.

Mettre en place une atmosphère bienveillante et bienfaisante est un prérequis essentiel. En effet un praticien qui accueille un patient atteint de TSA se doit d'être à l'écoute et non pas dans le jugement. Ainsi il est également recommandé d'être attentif aux accompagnants qui livrent des informations clés dans notre approche.

La prise en charge du patient autiste implique que l'équipe soignante, le patient et les aidants fonctionnent main dans la main. Le but est d'agir, chacun à son échelle, pour que le bien être du patient soit optimal.

TABLE DES ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX

Tableau 1. Correspondance entre la CIM-10 et le DSM-5 d'après l'HAS (2010)

Fédération française de psychiatrie, Haute Autorité de Santé, Baghdadli A. Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Paris, Saint-Denis La Plaine : FFP; HAS, 2005.

Tableau 2. Effets des différentes médications utilisées chez les patients atteints de TSA

Dombouya M. Information pour les professionnels de la santé bucco-dentaire. Mes dents, c'est important. [En ligne] Disponible sur : http://jupiter.uqo.ca/dents/documents/5.6_informations.pdf (Consulté le : 05/05/2019)

Illustration 1. Les principales manifestations de l'autisme

Centre de ressources autisme Ile de France en association avec l'assistance publique des hôpitaux de Paris. [En ligne] Disponible sur : http://www.autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_24082_1.pdf (Consulté le : 05/05/2019)

Illustration 2. Parcours du patient autiste des signes d'alertes aux projets personnalisés d'interventions

Haute Autorité de Santé. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/tsa_-_diagnostic_et_evaluation_chez_l'enfant_et_l'adolescent_2e_ligne_-_synthese.pdf (Consulté le : 15/05/2019)

Illustration 3. Brosse à dent multi-têtes

[En ligne] Disponible sur : <https://www.reseau-lucioles.org/brosse-a-dents-3-tetes/> (Consulté le : 15/05/2019)

Illustration 4. Pourquoi faut-il se brosser les dents ?

Repérée à : <https://www.reseau-lucioles.org/brosse-a-dents-3-tetes/> (Consulté le : 15/05/2019)

Illustration 5. Les petites vies d'Apolline : la brosse à dents

[En ligne] Disponible sur : http://w4.uqo.ca/dents/documents/5.4_repertoire_outils_disponibles_par_prof.pdf (Consulté le : 15/05/2019)

Illustration 6. Docteur Drill'n'fill

[En ligne] Disponible sur : http://w4.uqo.ca/dents/documents/5.4_repertoire_outils_disponibles_par_prof.pdf (Consulté le : 15/05/2019)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cuisset JM., Joriot S., Auvin S. Approche neuropédiatrique de l'autisme. Archives de pédiatrie 2005, vol. 12 : 1734-1741.
2. Bleuler E. (1911/1950). Dementia praecox or the group of schizophrenics (N. Lewis, Trans.). New York, NY : International Universities Press.
3. Weyland M. De la définition au diagnostic, du diagnostic à la prise en charge : DSM-5 dans le domaine de l'autisme et impacts d'une nouvelle version. Les Cahiers de l'ASELF (2014) Vol. 11, fasc. 1
4. Organisation Mondiale de la Santé CIM-10. Classification statistique international des maladies et des problèmes de santé connexes. 10e révision. Genève : OMS ; 1999.
5. American Psychitric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC : Author.
6. Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. J Clin Psychiatry 2005 ; 66 (Suppl 10) : 3-8.
7. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. Pediatr Res 2009 ; 65 (6) : 591-8.
8. Centres pour le Contrôle et la Prévention des catastrophes. Prévalence des troubles du spectre autistique : réseau de surveillance de l'autisme et des troubles du développement, six sites, États-Unis, 2000. *MMWR Surveill Summ* 2007 ; 56 (1) : 1 – 11
9. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. J Autism Dev Disord 2003 ; 33 (4) : 365-82.
10. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. Pediatr Res 2009 ; 65 (6) : 591-8.
11. Fombonne E. The epidemiology of autism: a review Psychol Med 1999 ; 29(4) : 769-86.
12. Bettelheim B. La Forteresse vide : l'autisme infantile et la naissance du soi. Paris : Gallimard, impr. 1967. 1 vol. (585p. -[28] p. de pl.) Connaissance de l'inconscient, n° 13.
13. Barthelemy C. L'autisme : actualité, évolution des concepts et perspectives. Bull Acad Natle Méd 2009 ; 193 (2) : 271-85.
14. New York State Departement of Health Autism, pervasive developmental disorders. Assessment and intervention for young children (age 0-3 years). Clinical practice guideline, quick reference guide for parents and professionals. New York : NYS Department of Health, 1999.

15. Garcin N., & Moxness K. L'impact de la nouvelle définition des Troubles du Spectre de l'Autisme du DSM-5. Communication présentée aux membres du Réseau National TED, Québec. 2013. [En ligne] Disponible sur : http://www.rneted.ca/wp-content/uploads/2013/06/RNETED_CentreGold_CROM_27sept2013-FINAL.pdf (Consulté le : 08/05/2019)
16. Schaefer GB., Mendelsohn NJ. Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders. *Genet Med* 2008 ; 10 (4) : 301-5.
17. Gauthier J. and al. NLGN3/NLGN4 gene mutations are not responsible for autism in the Quebec population. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005 ; 132B (1) : 74-5.
18. Wermter AK. and al. No evidence for involvement of genetic variants in the X-linked neuroligin genes NLGN3 and NLGN4X in probands with autism spectrum disorder on high functioning level. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2008 ; 147B (4) : 535-7.
19. Brimacombe M., Ming X., Lamendola M. Prenatal and birth complications in autism. *Matern Child Health J* 2007 ; 11(1) : 73-9.
20. Fédération française de psychiatrie, Haute Autorité de Santé, Baghdadli A. Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Paris, Saint-Denis La Plaine : FFP; HAS, 2005.
21. Roge B. Autisme: comprendre et agir : santé, éducation, insertion. Paris : Dunod, 2008. 2ème édition. 227 p.
22. Aussilloux Ch., Baghdadli A. Evolution du concept et actualité clinique du syndrome d'Asperger. *Rev Neurol* 2008 ; 164 (5) : 406-13.
23. McBrien JA., Felce D. Working with people who have severe learning difficulties and challenging behaviour: a practical handbook on the behavioural approach. Kinderminster: British Institute of Mental Handicap, 1992.
24. Willaye E., Magerotte G. Evaluation et intervention auprès des comportements-défis. Déficience intellectuelle et/ou autisme. Bruxelles: De Boeck, 2008.
25. Haute Autorité de Santé. Autisme de l'adulte tout mettre en œuvre pour l'autonomie, l'inclusion sociale et la qualité de vie. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2828597/fr/autisme-de-l-adulte-tout-mettre-en-oeuvre-pour-l-autonomie-l-inclusion-sociale-et-la-qualite-de-vie (Consulté le : 09/05/2019)
26. John Libbey Eurotext. Les différentes modalités de prise en charge de l'autisme [En ligne] Disponible sur : http://www.jle.com/download/mtp-293613-les_differeentes_modalites_de_prise_en_charge_de_lautisme--XBDPrn8AAQEAAAB53eWQAAAAB-a.pdf (Consulté le : 09/05/2019)
27. Delli K, Reichart PA, Bornstein MM, et al. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: concerns, behavioural approaches and recommendations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18:e862–8.

28. Lu YY, Wei IH, Huang CC. Dental health – a challenging problem for a patient with autism spectrum disorder. *Gen Hosp Psychiatr* 2013;35:214 [e1-3].
29. Loo CY, Graham RM, Hughes CV. Behaviour guidance in dental treatment of patients with autism spectrum disorder. *Int J Paediatr Dent* 2009;19:390–8.
30. Haute Autorité de Santé Stratégies de prévention de la carie dentaire, Synthèse et Recommandations, mars 2010. [En ligne] Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil (Consulté le : 11/05/2019)
31. CHIN, M. an al. (2009). Practical oral care for people with autism. [En ligne] Disponible sur : <http://www.nidcr.nih.gov/NR/rdonlyres/5AB6C4F0-0E67-46AB-A967-328718DF68A7/0/POCAutism.pdf> (Consulté le : 11/05/2019)
32. Charles, J. M. (2010). Dental care in children with developmental disabilities: attention deficit disorder, intellectual disabilities, and autism. *Journal Of Dentistry For Children (Chicago, Ill.)*, 77(2), 84-91.
33. Marshall, J., Sheller, B., & Mancl, L. (2010). Caries-risk assessment and caries status of children with autism. *Pediatric Dentistry*, 32(1), 69-75.
34. Stein, L. I., Polido, J. C., & Cermak, S. A. (2012). Oral care and sensory concerns in autism. *The American Journal Of Occupational Therapy: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*, 66(5), e73-e76. doi: 10.5014/ajot.2012.004085
35. Stein, L. I., Polido, J. C., Najera, S. O. L., & Cermak, S. A. (2012). Oral care experiences and challenges in children with autism spectrum disorders. *Pediatric Dentistry*, 34(5), 387-391.
36. Dias, G. G., Prado, E. F. G. B., Vadasz, E., & Siqueira, J. T. T. (2010). Evaluation of the efficacy of a dental plaque control program in autistic patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(6), 704-708.
37. Organisation mondiale de la santé. (2007). Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et pour la prévention intégrée des affections. [En ligne] Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_58P-fr.pdf (Consulté le : 14/05/2019)
38. DeMattei, R., Cuvo, A., & Maurizio, S. (2007). Oral assessment of children with an autism spectrum disorder. *Journal Of Dental Hygiene: JDH / American Dental Hygienists' Association*, 81(3), 65-75.
39. Rada, R. E. (2010). Controversial issues in treating the dental patient with autism. *Journal Of The American Dental Association*, 141(8), 947-953.
40. Luppanapornlarp, S., Leelataweewud, P., Putongkam, P., & Keta, S. (2010). Periodontal status and orthodontic treatment need of autistic children. *World Journal of Orthodontics*, 11(3), 256-261.

41. Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215. doi: 10.1542/peds.2007-2361.
42. Luscre, D. M., & Center, D. B. (1996). Procedures for reducing dental fear in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(5), 547-556.
43. Orellana, L. and al. (2012). Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 17(3), 415-419. doi: 10.4317/medoral.17573.
44. Weil, T. N., Bagramian, R. A., & Inglehart, M. R. (2011). Treating patients with autism spectrum disorder--SCDA members' attitudes and behavior. *Special Care In Dentistry: Official Publication Of The American Association Of Hospital Dentists, The Academy Of Dentistry For The Handicapped, And The American Society For Geriatric Dentistry*, 31(1), 8-17. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00173.x
45. Parellada, M. and al. (2013). Specialty care programme for autism spectrum disorders in an urban population: A case-management model for health care delivery in an ASD population. *European Psychiatry*, 28(2), 102-109. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.004
46. STEIN, L. I. and al. (2011). Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *Special Care In Dentistry: Official Publication Of The American Association Of Hospital Dentists, The Academy Of Dentistry For The Handicapped, And The American Society For Geriatric Dentistry*, 31(3), 102-110. doi: 10.1111/j.1754-4505.2011.00187.x
47. Réseau Lucioles Troubles du comportement, automutilation, stéréotypies, auto-stimulation : des moyens d'expression à décoder. [En ligne] Disponible sur : http://www.reseau-lucioles.org/article.php3id_article=171&var_recherche=+autostimulation (Consulté le : 16/05/2019)
48. Marshall J., Sheller B., Williams B.J., et al. Cooperation predictors for dental patients with autism *Pediatr Dent*, 29 (2007), pp. 369-376
49. Code de la Santé Publique. Article 36, article R.4127-36
50. Dao LP, Zwetchkenbaum S, Inglehart MR. Dentistes généralistes et patients ayant des besoins spéciaux: l'éducation dentaire est-elle importante? *J Dent Educ* 2005 ; 69 (10): 1107 –15
51. Hescot P., Moutarde A. Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire » Améliorer l'accès à la santé buccodentaire des personnes handicapées, juillet 2010.
52. Dupuy O. Vers une reconnaissance statutaire ? H. Joublin (Ed.), *Proximologie : regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées*, Vuibert, Paris(2006), pp. 73-84

53. Moyses D. Le concept de personne dans le champ du handicap E. Hirsch (Ed.), Éthique, médecine et société : comprendre, réfléchir, décider, Vuibert, Paris(2007), pp. 613-620
54. Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (anciennement Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés). Le handicap mental : sa définition. 2012. [En ligne] Disponible sur : <http://www.unapei.org/Le-handicap-mental-sa-definition.html>. (Consulté le : 20/05/2019)
55. Rogers CR. Le développement de la personne. 2e ed Paris: InterÉditions; 2005, 296 p.
56. Boutanquoi M. Entre clinique, procédures et contrôle : les tensions de la relation d'aide. *Nouv Rev Psychosociol* 2008;2:57—68.
57. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. 2012. [En ligne] Disponible sur : http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_SHCN.pdf; (Consulté le : 20/05/2019)
58. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18ans, octobre 2008. [En ligne] Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/Mise_au_point_Fluor_01.pdf
59. Centre de Ressources Autisme Ile de France. Votre prochain patient est atteint d'autisme? 2010. [En ligne] Disponible sur : http://www.autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_24082_1.pdf (Consulté le : 21/05/2019)
60. Cuvo A. J., Godard A., Huckfeldt R., & Demattei R. (2010). Training children with autism spectrum disorders to be compliant with an oral assessment. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4(4), 681-696. doi: 10.1016/j.rasd.2010.01.007
61. Naulin C. (2011). *Odontologie pédiatrique clinique*. France: Édition Cdp.
62. Moriaski I. and al. (2008). Behaviour guidance in dentistry for patients with autism spectrum disorder using a structured visual guide. *Journal of Disability and Oral Health*, 9(3), 136-140.
63. Marshall, J., Sheller, B., Mancl, L., & William, B. J. (2008). Parent attitudes regarding behavior guidance of dental patient with autism. *Pediatric Dentistry*, 30(5), 400-407.
64. Evans, G. Dentistry and Autism Spectrum. (2010). [En ligne] Disponible sur : <http://www.sensoryflow.com/2010/09/dentistry-and-autism-spectrum-by-dr-greg-evans-dds/>
65. Aouadi, F. (2010). *Recommandations pour la prise en charge d'un enfant avec autisme*. SOHDEV.
66. Kuhaneck, H. M., & Chisholm, E. C. (2012). Improving dental visits for individuals with autism spectrum disorders through an understanding of sensory processing.

Special Care In Dentistry: Official Publication Of The American Association Of Hospital Dentists, The Academy Of Dentistry For The Handicapped, And The American Society For Geriatric Dentistry, 32(6), 229-233. doi: 10.1111/j.1754-4505.2012.00283.x

67. Fahlvik-Planefeldt, C., & Herrstrom, P. (2001). Dental care of autistic children within the non-specialized Public Dental Service. *Swedish Dental Journal*, 25(3), 113-118.
68. Klein, U., & Nowak, A. J. (1998). Autistic disorder: A review for the pediatric dentist. *Literature Review*, 20(5), 312-317.
69. Gagnon, S. (2013). Utilité de pictogrammes pour améliorer la santé bucco-dentaire et le comportement des enfants autistes (Mémoire). Université de Montréal. [En ligne] Disponible sur : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:r51bgGDFELkJ:https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10076/Gagnon_Stephanie_2013_memoire.pdf%3Bjsessionid%3D51B2BBCD5D346C400E868DE97C962F7D%3Fsequence%3D2+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ca (Consulté le : 21/05/2019)
70. Maurice, C., Green, G., & Luce, S. C. (2006). Intervention comportementale auprès des jeunes enfants autistes. Montréal: Chenelière éducation.
71. Amadou, M. (2010). Impact Médico-Economique d'une nouvelle stratégie d'éducation thérapeutique dans la prise en charge bucco-dentaire des patients ayant des troubles du spectre autistique. Évaluation et Recherche Clinique, Université Claude Bernard Lyon.
72. Perrier, A. (2008). Les aménagements pour la scolarisation d'un enfant avec TED en classe ordinaire. Communication présentée à la Villa Saint Goerges, Montpellier.
73. Conyers, C. et al. (2004). An evaluation of in vivo desensitization and video modeling to increase compliance with dental procedures in persons with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37(2), 233-238.
74. Rouches A. Leferb G. Dajeau-Trutaut S. Amélioration de la santé orale des enfants avec autisme : les outils à notre disposition. *Archives de Pédiatrie* volume 25 numéro 2



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

BENCHETRIT Laura - L'adhésion aux soins dentaires chez le patient autiste

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix –Marseille Université : 2019

Rubrique de classement : Ethique

Résumé :

La pratique de l'odontologie en cabinet de ville amène le docteur en chirurgie dentaire à prendre en charge un panel de patients très différents d'un point de vue clinique. Au sein de la multiplicité médicale de la patientèle que nous accueillons, une catégorie de trouble psychiatrique a émergée : les troubles du spectre autistique.

La thématique de l'autisme, de sa prise en charge dentaire mais aussi de la problématique éthique, doit faire l'objet d'une réflexion. Notre devoir en tant que praticien de santé est d'assurer une prise en charge optimale et favorable envers cette catégorie de patients. Cependant, dans la pratique, le principe de bienveillance et l'intention de soigner peut se heurter à la volonté du patient et à ses compétences.

Cette thèse a pour objet d'aider à la prise en charge du patient autiste en étudiant les freins et les déclencheurs de l'adhésion aux soins de celui-ci et de son entourage. Cette réflexion doit être, pour le chirurgien-dentiste, le point de départ de la gestion de la thématique de l'autisme au sein du cabinet.

La première partie définit l'autisme. La deuxième partie développe les difficultés de coopération aux soins dentaires. La troisième partie détaille la prévention et la prise en charge du patient.

Mots clés : Autisme, Prise en charge, Ethique, Adhésion aux soins

BENCHETRIT Laura – Access to dental care for autistic patients: the question of consent

Abstract:

The practice of odontology in the city office brings the dentist to take care of a panel of patients very different from a clinical point of view. Within the medical multiplicity of the patients we welcome, a category of psychiatric disorder has emerged: autistic spectrum disorder.

The theme of autism, including dental care and the ethical issue, must be a part of the reflexion. Our duty as a health practitioner is to provide optimal and supportive care for this category of patients. However, in practice, the principle of benevolence and the intention to care may come up against the will of the patient and his skills.

This thesis aims to help taking care of the autistic patient by studying the brakes and triggers of the adhesion to the dental care of this one and his entourage. This reflection must be, for the dentist, the starting point of the management of the autism theme within the dental practice.

The first part defines autism. The second part develops the difficulties of cooperation in dental care. The third part details the prevention and management of the patient.

MeSH: Autism, Care, Ethics, Caregiving

Adresse de l'auteur :

6 rue des Chaudronniers

13100 AIX EN PROVENCE