



HAL
open science

Les patients TDAH et leur relation à l'hygiène bucco-dentaire quotidienne et aux soins en cabinet dentaire

Andry Nirina Radanielina

► To cite this version:

Andry Nirina Radanielina. Les patients TDAH et leur relation à l'hygiène bucco-dentaire quotidienne et aux soins en cabinet dentaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04788473

HAL Id: dumas-04788473

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04788473v1>

Submitted on 18 Nov 2024

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.

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2024

Thèse n°78

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par RADANIELINA, Andry Nirina

Né(e) le 12/01/1987 à Befelatanana (Madagascar)

Le 12 Novembre 2024

**Les patients TDAH et leur relation à l'hygiène bucco-
dentaire quotidienne et aux soins en cabinet dentaire**

Sous la direction de : Yves DELBOS

Membres du jury :

Mme BERTRAND, Caroline
Mr DELBOS, Yves
Mme AUSSEL, Audrey
Mme ESTIVALS, Julia

Professeur des Universités
MCU-PH
MCU-PH
PHU

Président
Directeur de thèse
Rapporteur
Assesseur

Président M. LEWIS Dean
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. DUBUS Pierre

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES

Directrice Mme BERTRAND Caroline 58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie M. DELBOS Yves 56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche M. CATROS Sylvain 57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales M.SEDARAT Cyril 57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M.	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean- Christophe	FRICAIN	Chirurgie orale	57-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean- Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Hélène	FRON-CHABOUIS	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02

M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01

PRATICIENS HOSPITALIER-UNIVERSITAIRE

Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01

AUTRES ENSEIGNANTS

M.	Patrick	BONNE	CDD 2e degré Santé publique	56-02
M.	Pierre-Marc	VERDALLE	CDD 2e degré Parodontologie	57-01
Mme	Anais	CAVARE	MCU associé ODF	56-01
Mme	Laurie	FUCHS	Surnombre Odontologie pédiatrique	56-01

CCU-AH (Chefs de Clinique Universitaires - Assistant des Hôpitaux)

M.	Adrien	AMELINE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	William	AUMAILLEY	Prothèse dentaire	58-01
M.	Rémi	BAGNARIOL	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Diane	DELADRIERE	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Mathieu	DELOLME	Parodontologie	57-01
M.	Quentin	DESPERIEZ	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Joran	GARDIN	Parodontologie	57-01
M.	Paul	GIRARDEAU	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
M.	Jean-Benoit	HOCKE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Sarah	KAWCHAGIE	Prothèse Dentaire	58-01
Mme	Claire	LAFOURCADE	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Adrien	LARAN	Prothèse dentaire	57-01
M.	Clément	LEBRET	Chirurgie Orale	57-01
M.	Quentin	LEGENDRE	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	LEVRIER	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Chiara	PASCALI	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Imane	RAMDANI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Ana	RIBEIRO MAGALHES	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Mathilde	SAINT-JEAN	Biologie Orale	57-01
M.	Florian	SAYSSET	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aurore	VENENCIE	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

REMERCIEMENTS

A ma Présidente de thèse

Madame le Professeur Caroline BERTRAND
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques
Section Prothèse 58-01

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury. Vos enseignements précieux durant ma formation ont été une source inestimable de connaissances. Votre confiance et l'opportunité que vous m'avez offerte d'intégrer la faculté de Bordeaux ont été déterminantes dans mon parcours. Grâce à vous, je vais pouvoir m'épanouir dans un domaine qui me passionne, et pour cela, je vous exprime ma plus sincère gratitude.

A mon Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Yves DELBOS
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Section Odontologie Pédiatrique – 56-01

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée en m'accompagnant dans la réalisation de cette thèse et pour le soutien constant que vous m'avez apporté. Vos conseils et votre aide ont été essentiels. Je vous exprime ma reconnaissance pour vos enseignements, que ce soit en odontologie pédiatrique ou durant l'optionnel d'hypnose, mais aussi pour votre disponibilité et votre bienveillance tout au long de mon parcours.

A mon Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Audrey AUSSEL

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Section Sciences anatomiques et physiologiques – 58-01

Merci de m'honorer en acceptant de juger cette thèse en qualité de rapporteur. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que vous y avez porté, ainsi que pour votre participation à la relecture et à l'évaluation de ce travail. Votre soutien à l'hôpital Xavier Arnozan et vos enseignements ont été essentiels durant mon parcours. Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères et l'expression de ma plus profonde estime.

A mon Assesseur

Madame le Docteur Julia ESTIVALS

Assistant Hospitalo-Universitaire

Section Odontologie Pédiatrique - 56-01

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Je garderai toujours un bon souvenir des vacances hospitalières à l'hôpital Xavier Arnozan sous votre supervision. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée et pour vos enseignements. Votre bienveillance et votre soutien ont été des éléments importants dans ma formation.

A Mélanie,

Merci, merci et encore merci d'avoir été mon binôme, ma partenaire d'aventure et de m'avoir supporté durant ces cinq années pas toujours faciles. Merci d'avoir été le pilier de ce challenge. Il y a eu des moments difficiles mais nous avons su y faire face. On tourne une page mais une nouvelle aventure nous attend. Je t'aime !

A Liv, Joy et Lior

Merci Liv d'avoir été un des éléments déclencheurs de cette reconversion et de m'avoir donné du courage durant ces cinq ans. Merci à Joy et Lior qui sont venues renforcer l'équipe qui m'a accompagné pour aller au bout de ce défi. J'espère que vous serez fières de ce que l'on a accompli et que vous comprendrez plus tard qu'il est important de s'accrocher à ses rêves.

A ma famille,

Merci à mes parents de m'avoir toujours poussé à la réussite et de nous soutenir dans les épreuves. Merci d'avoir fait tous ces sacrifices pour que je sois là où j'en suis aujourd'hui, d'avoir été présents au quotidien pendant ces cinq années et d'avoir été aussi attentionnés et aimants. A mes frères qui ont été un support dans les moments difficiles. Merci à vous de nous avoir soutenu et encouragé dans cette reconversion.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir encouragé et de nous avoir aidé durant ce parcours. Vous avez été présents lorsque l'on en avait besoin et je suis heureux que l'on fasse partie de la même famille.

A Cathy,

Je tiens à te remercier particulièrement car tu m'as accueilli dès mon arrivée en France et tu as toujours été présente dans ma vie lorsque mes parents étaient loin, et même quand ils se sont rapprochés. Tu as été mon soutien et mon mentor dans cette reconversion : sans toi je n'en serai pas là aujourd'hui. J'aurai aimé que tu sois encore là pour partager ce moment avec moi. J'espère que tu es fière de mon parcours. Merci infiniment!

A Migno, Bibou et Pitchou,

Merci les poulettes !

Table des matières

TABLE DES ABREVIATION	9
INTRODUCTION.....	10
1. DÉFINITION ET IMPLICATIONS DU TDAH	11
A. Sémiologie	11
B. Diagnostic et classification	15
C. Thérapeutiques du TDAH.....	19
D. Épidémiologie	20
E. Étiologie	21
F. Comorbidités	22
G. Relation entre TDAH et santé dentaire.....	23
2. MÉTHODOLOGIE.....	26
A. Contexte et objectifs	26
B. Schéma d'étude et démarche réglementaire	27
C. Recueil et analyse des données	27
3. RÉSULTATS	30
A. Caractéristiques de la population étudiée	30
B. L'hygiène bucco-dentaire au quotidien et les habitudes alimentaires.....	33
C. Les soins bucco-dentaire en cabinet	37
4.DISCUSSIONS	43
A. Population étudiée	43
B. L'hygiène bucco-dentaire au quotidien et l'alimentation.....	44
C. Soins en cabinet dentaire	46
CONCLUSION.....	48
TABLE DES TABLEAUX.....	49
TABLE DES FIGURES.....	49
BILIOGRAPHIE	50
ANNEXES.....	56
Annexe 1 – Questionnaire	56
Annexe 2 – Schéma de réponses.....	73

TABLE DES ABREVIATION

CADDRA - Canadian ADHD Resource Alliance

CIM-11 - Classification Internationale des Maladies, 11ème édition

DIVA-5 - Diagnostic Interview for ADHD in Adults, 5th edition

DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

MEOPA - Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote

PEHP - Programmes d'Entraînement aux Hâbiletés Parentales

SNAP-5 - Swanson, Nolan, and Pelham Teacher and Parent Rating Scale

SWAN - Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and Normal Behavior

TDAH - Trouble Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité

TCA – Trouble du Comportement Alimentaire

TSA - Trouble du Spectre Autistique

WRAADDs - Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale

INTRODUCTION

Bien que le Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) ait été reconnu depuis plusieurs décennies, il est encore méconnu, stigmatisé et qualifié de « diagnostic à la mode ». Pour cette raison, la fédération mondiale du TDAH a publié en 2021 un consensus (1), permettant, en révisant toute la littérature scientifique, de normer les pratiques diagnostiques et de traitement.

Le TDAH est donc désormais défini comme un trouble neurodéveloppemental avec un « spectre de dysfonctionnements cognitifs, émotionnels et comportementaux » (2). Il est révélé par des manifestations, inadaptées à l'âge et à l'environnement, d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité et est source de souffrance. Il empêche un bon fonctionnement adaptatif de la personne à son environnement : plus elle doit être attentive, moins elle l'est ; plus elle doit rester statique et se refreiner dans ses impulsions, moins elle en est capable. De plus, la personne a des difficultés à projeter les conséquences de ses actions. Ce trouble, chronique et invalidant, débute dans la période du développement infantile et s'étend tout au long de la vie.

Son importance dans le domaine de la santé est de plus en plus mise en avant, en raison de son impact significatif sur le fonctionnement quotidien des individus qui en sont atteints et de sa recrudescence en terme de diagnostic.

C'est pourquoi nous avons décidé de mener une enquête auprès des patients diagnostiqués TDAH afin de recueillir leurs ressentis sur les difficultés qu'ils rencontrent pour maintenir une hygiène bucco-dentaire adéquate au quotidien. De plus, nous nous sommes intéressé aux complications rencontrées lors des soins au cabinet dentaire. Pour ce faire, nous avons collaboré avec l'association TDAH Partout Pareil afin d'entrer en contact avec des personnes diagnostiquées.

Cette thèse commencera par une présentation du TDAH et de ses caractéristiques. Ensuite, nous détaillerons la méthodologie utilisée pour notre étude et la réalisation du questionnaire destiné aux patients TDAH. Ensuite, nous analyserons et discuterons des résultats obtenus.

1. DÉFINITION ET IMPLICATIONS DU TDAH

A. Sémiologie

1. Les 3 symptômes consensuels

Les études neurocognitives portant sur les personnes ayant un TDAH existent depuis les années 1990. Elles expliquent précisément les déficits cognitifs en jeu dans les mécanismes attentionnels et d'impulsivité. Sont apparus les « modèles cognitifs » expliquant le TDAH, dont les principaux sont : Le modèle du déficit de l'inhibition de Barkley (3), le modèle d'aversion pour le délai de Sonuga-Barke (4), le « dual pathway model » (5), le modèle cognitivo-énergétique de Sergeant (6).

Si ces modèles étudient précisément des points différents, ils se rejoignent sur le déficit des fonctions exécutives dans le TDAH, à savoir les compétences cognitives qui permettent de s'adapter à de nouvelles situation tout en atteignant un but. Cela passe par la planification, la régulation émotionnelle, l'attention, la mémoire de travail, la flexibilité mentale et l'inhibition. De grandes tendances cognitives se dessinent alors chez le sujet TDAH : un dysfonctionnement du système motivationnel, une difficulté à attendre, à rester concentré sur un but, à planifier une action, à trouver des solutions à une situation nouvelle ou problématique, une difficulté d'inhiber le contexte pour se concentrer ou d'inhiber une réponse spontanée.

C'est sur le base de ces observations que les symptômes du TDAH ont été fondés, ils sont reconnus de manière consensuelle et sont utilisés dans les classifications internationales.

Il existe donc 3 symptôme prédominants, à savoir l'inattention et/ou l'hyperactivité et l'impulsivité (7).

Les caractéristiques de ces symptômes sont étayées dans les nombreuses études neurocognitives, dans le DSM-5 (8), outil de référence dans le diagnostic du TDAH, et dans le consensus de la fédération mondiale du TDAH (1).

- **L'inattention**

Le sujet TDAH a des difficultés à fixer son attention en continu en raison de son manque de persévérance et de forte distractibilité face aux stimuli externes (visuels, auditifs, sensoriels), et dont le degré des manifestations ne coïncide pas avec l'âge développemental.

La forme inattentive est plus discrète que les formes impulsives et hyperactives car elle est moins retentissante sur le comportement, or elle est celle qui domine à l'âge adulte, avec une persistance à 40% (9).

Sur le plan social, le sujet TDAH est décrit comme étant « dans la lune », il a des difficultés à suivre le rythme imposé, respecter les règles données et peut difficilement suivre une longue conversation, de telle sorte que son interlocuteur a l'impression de ne plus être écouté (10).

Sur le plan comportemental, plus la tâche à accomplir est perçue comme étant routinière, monotone ou qu'elle demande un effort cognitif soutenu, plus l'attention sera difficile à fixer (11). En ce sens, le sujet TDAH peut être amené à changer souvent de loisir, d'emploi, de fréquentations car il est sujet à un ennui rapide. Cependant, l'intérêt peut être sélectif et donc fort pour certaines tâches ou activités particulièrement appréciées.

Il a également une courte mémoire de travail, des difficultés à organiser et planifier ses tâches quotidiennes ce qui induit un travail rendu (école, profession, tâches administratives) peu soigné, des pertes d'objets ou oublis fréquents (12).

- **L'hyperactivité**

C'est la forme d'activité motrice excessive du TDAH dans des circonstances inappropriées: en classe ou au travail, lorsqu'il regarde la télévision, le sujet bouge, remue, tapote ses mains ou ses pieds, bavarde. La personne est décrite comme « inépuisable », « montée sur ressorts » et bien souvent épuisante pour l'entourage. Elle a une activité excessive, des difficultés à rester statique, et peut aussi avoir une agitation au repos (bouger les mains, les jambes, un besoin impérieux de manipuler des objets).

Chez l'enfant, la mise en danger est courante et de nombreux traumatismes corporels sont causés par l'hyperactivité motrice.

Les symptômes relevant de l'hyperactivité sont généralement très remarquables chez l'enfant et s'amenuisent le temps passant. Ainsi, l'on retrouve moins de formes hyperactives à l'adolescence et à l'âge adulte (contrairement à l'inattention, les désordres d'organisation, de planification ou encore d'impulsivité qui eux persistent fortement) (1)(13). Chez les adultes, cela peut également se manifester par un besoin de vivre constamment des événements forts en stimulation, un surinvestissement dans les activités, notamment professionnelle, pouvant conduire à l'épuisement professionnel.

- **L'impulsivité**

L'impulsivité est le marqueur des actions trop spontanées et dont les conséquences ne sont pas mesurées correctement par l'individu qui se met ainsi en difficulté. Le sujet TDAH impose sa présence notamment en interrompant les discussions, les actions d'autrui.

L'impulsivité se traduit concrètement par une aversion pour les situations d'attente : difficultés à patienter, à attendre son tour. Dans le discours non plus, il ne peut pas attendre pour imposer ses vérités, quitte à blesser ou choquer. On dit de lui qu'il est « sans filtre », « impatient ».

La gratification est un concept particulier à l'impulsivité, car là où un individu non TDAH aurait la capacité à différer une récompense (ex: d'abord faire ses devoirs et ensuite se détendre en regardant la télévision), pour le sujet impulsif cela relève de l'impossible ou du possible au prix d'efforts usants.

L'aversion pour l'attente révèle une envie incontrôlable d'action. Ainsi la notion d'impulsivité rejoint celle de l'hyperactivité et sont fortement associées, et en terme de diagnostic, ces deux formes sont amalgamées.

2. Variation des symptômes

Les symptômes sont fluctuants en intensité et également en manifestations chez un même sujet.

Des mécanismes compensatoires efficaces (autostimulation permettant de compenser et donc de masquer le trouble) limitent le retentissement fonctionnel. Ils peuvent induire un diagnostic tardif voire une absence diagnostique. Ces mécanismes découlent de bonnes fonctions exécutrices ainsi que d'un environnement propice, souvent l'environnement familial chez l'enfant. Voici quelques exemples de compensations environnementales :

« Les signes du trouble peuvent être minimes ou absents quand le sujet reçoit des récompenses fréquentes pour un comportement approprié, quand il bénéficie d'une supervision rapprochée, quand il est dans un contexte nouveau, quand il fait une activité particulièrement intéressante, quand il reçoit une succession de stimuli externes (p. ex. par les écrans électroniques) ou quand il interagit dans des situations en seul à seul (par ex. dans le bureau du médecin) »(8)

A contrario, certains facteurs aggravent les symptômes du TDAH, notamment les activités nécessitant une attention soutenue, et également la fatigue, avec une détérioration continue de l'attention et de l'hyperactivité au fil de la journée.

3. Retentissement fonctionnel

Le TDAH entraîne chez l'individu porteur « une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel » (8), et ces critères d'altération et de souffrance sont d'ailleurs prépondérants dans le diagnostic.

Chez les enfants en âge scolaire, le tableau clinique est le plus caractéristique. Ils sont décrits comme étant plus opposants, égocentriques, insensibles, intrusifs, hostiles et dominants que les autres enfants dans leur fonctionnement social (14) (15). Ils souffrent également de ne pas comprendre l'équité et privilégient leur propre intérêt (15). L'impact du TDAH sur les résultats scolaires des enfants est significatif (16) et il est d'ailleurs constaté qu'ils sont plus souvent orientés vers des classes spécialisées que les autres enfants, qu'ils vivent plus souvent dans l'enfance un redoublement (17) et à l'adolescence un décrochage scolaire (18). Dans le cadre familial, le TDAH impacte la manière dont les parents s'occupent d'eux : ils punissent,

sanctionnent, utilisent des stratégies d'évitement plus fréquemment (19). La fratrie également est marquée par les comportements de l'enfant TDAH, les frères et sœurs devant tour à tour subir ses agressions puis devenir leur aidant.

Le retentissement est lourd de conséquences avec une situation d'échec scolaire et social (rejet par les pairs, conflits, insatisfaction, réprimandes). Cela engendre une faible estime de soi et une baisse motivationnelle très préjudiciables tant à l'enfant qu'à l'adulte en devenir (20).

Une fois à l'âge adulte avec son lot d'instabilité et de responsabilités, l'environnement n'est plus spécialement adapté et il est moins facile de compenser. Cette étape est cruciale et ici peuvent émerger des difficultés majeures de fonctionnement (21). Le début de l'âge adulte marque également un risque accru de tentative de suicide, surtout lorsque sont associées des troubles de l'humeur et de l'usage des substances (22). Concernant la vie professionnelle, les adultes TDAH sont moins diplômés et plus souvent absents et licenciés que les autres (23). Les études se rejoignent sur le fait que les indices de qualité de vie chez les adultes porteurs de TDAH sont plus faibles que chez les autres adultes. Cela impacte en effet leur relations sociales, leur satisfaction, leur productivité et leur santé mentale (épuisement, anxiété, dépression, surstimulation). Les comorbidités aggravent donc la détérioration de la qualité de vie (24).

Le TDAH a donc, au long cours, un retentissement fonctionnel majeur.

B. Diagnostic et classification

1. Classifications internationales et guides d'entretiens cliniques

Actuellement, aucun marqueur biologique, d'imagerie médicale ou encore de test neuropsychologique n'est fiable pour diagnostiquer le TDAH. Ainsi, il repose uniquement sur un entretien clinique, établi exclusivement par un médecin spécialisé (pédo-psychiatre, psychiatre, neurologue, neuro-pédiatre).

Les deux classifications internationales que sont le DSM-5 (publié par l'association Américaine de psychiatrie en 2013) et le CIM-11 (publié par l'OMS en 2019) ont évolué respectivement et

récemment. Elles tendent vers un consensus (ce qui n'était pas le cas auparavant) en définissant le TDAH comme un trouble neuro-développemental et en adoptant des critères communs (durées, symptômes, retentissements, diagnostic,...), en divergeant légèrement sur les critères nécessaires pour poser le diagnostic. L'outil de classification le plus fréquemment utilisé en France concernant le TDAH est le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 5^{ème} édition* (DMS-5).

Sur la base de ces critères, ont émergé des outils diagnostiques pour procéder à un entretien clinique, ce sont des échelles de mesure d'intensité et de retentissement des symptômes. Il existe plusieurs comme le protocole CADDRA, le WRAADDS ,le SNAP-5, le DIVA-5, le SWAN...

2. Présentation Clinique du TDAH

Trois sous-types cliniques existent, ils sont répertoriés selon la quantité de symptômes dominants :

- **Sous-type inattention dominante**, avec une majorité de symptômes d'inattention et peu ou pas de symptômes d'hyperactivité/impulsivité
- **Sous-type impulsivité/hyperactivité**, avec une majorité de symptômes d'impulsivité/hyperactivité et peu ou pas de symptômes d'inattention
- **combinée (mixte)**, dans lequel les symptômes d'inattention et d'impulsivité/hyperactivité sont présents en parts quasi égales.

3. Les critères Diagnostiques

Selon le DSM-5, le diagnostic doit reposer sur le recensement de 16 critères cliniques. Ces critères sont scindés en deux parties : les critères inhérents à l'inattention et les critères inhérents à l'impulsivité/hyperactivité.

- a. Souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).
- b. A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentré pendant les cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes).
- c. Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en l'absence d'une source de distraction évidente).
- d. Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex. commence des tâches mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).
- e. A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).
- f. Souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison ; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).
- g. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).
- h. Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).
- i. A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses ; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

Extrait 1: Critères diagnostiques de l'inattention dans le DSM-5

- a. Remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège.
- b. Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).
- c. Souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (**N.B.** : Chez les adolescents ou les adultes cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice.)
- d. Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir.
- e. Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- f. Parle souvent trop.
- g. Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
- h. A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
- i. Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission ; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

Extrait 2 - Critères diagnostiques de l'impulsivité/hyperactivité dans le DSM-5

Le nombre de critères symptomatiques, suite à un entretien clinique poussé, doit être supérieur ou égal à 6 pour les enfants et supérieur ou égal à 5 pour les adultes. Ensuite, est appliqué une notion de sévérité :

- Léger : peu de symptômes ou symptômes provoquant une altération mineure du fonctionnement social et professionnel
- Moyen : les symptômes et leurs retentissements sur l'individu sont intermédiaires
- Sévère : plusieurs symptômes sont présents en plus du nombre requis pour le diagnostic, plusieurs symptômes marqueurs de sévérité sont présents ou les altérations sociales et professionnelles sont marquées.

Selon le DSM V et le CIM-11, pour que le diagnostic soit établi, plusieurs conditions majeures sont nécessaires et font consensus :

- Plusieurs symptômes doivent persister depuis plus de 6 mois et être présents avant l'âge de 12 ans, il doit exister « un tableau clinique significatif durant l'enfance » (8)
- Les symptômes doivent être présents dans plus d'un contexte (famille, école/travail, activité de loisir)
- Il doit y avoir un retentissement négatif direct sur les activités du quotidien (sociales, professionnelles, scolaires) entraînant une souffrance

De plus, les symptômes ne doivent pas être expliqués par un autre trouble, dans le cadre d'un diagnostic différentiel. Ce point est d'autant plus sensible et complexe à traiter que les troubles avec lesquels il peut être confondu sont également des comorbidités (voir partie « comorbidités ») : trouble oppositionnel avec provocation, trouble de l'humeur, trouble du spectre autistique, trouble des apprentissages, trouble anxieux, trouble de l'usage des substances.

C. Thérapeutiques du TDAH

1. Thérapie médicamenteuse

La thérapie médicamenteuse en France est faite uniquement avec la molécule de méthylphénidate (soit les médicaments : Ritaline, Quasim, Mediknet, Concerta), c'est en effet la seule ayant reçu une autorisation de mise sur le marché pour l'indication du TDAH. C'est un dérivé d'amphétamine, un psychostimulant qui augmente la dopamine dans le cerveau. Son principe est de combler les lacunes causées par le trouble neuro-développemental en réduisant l'hyperactivité et en augmentant les capacités d'attention. Cette molécule ne peut être délivrée qu'à partir de 6 ans, lorsque les thérapies non médicamenteuses ont échouées. La décision de traitement par voie médicamenteuse se fait au cas par cas, notamment en cas de symptômes modérés à sévères. Autrefois réservé à la seule prescription hospitalière, le méthylphénidate peut désormais être prescrit en ville par les psychiatres, neurologues et pédiatres (25).

A ce jour, plusieurs méta-analyses ont reporté une efficacité du méthylphénidate allant de modérée à importante, sur la concentration, la qualité de vie, le comportement scolaire, l'anxiété, l'opposition et les troubles des conduites (26) (27) (28) (29) (30). Le méthylphénidate a été désigné comme le traitement ayant la meilleure balance bénéfico-risque chez les enfants et les adolescents, en prenant en compte les effets secondaires (28).

2. Thérapies non médicamenteuses

En-deçà de 6 ans, elles sont les seules autorisées, et peuvent être complétées par des séances de psychomotricité ou d'ergothérapie selon la sévérité des symptômes et selon les comorbidités.

- La psychoéducation :

C'est en France la première étape thérapeutique après la pose de diagnostic. L'idée est de permettre au patient de comprendre son diagnostic, ses retentissements, les prises en charges qui vont être tentées pour améliorer ses symptômes. Les mots sont posés par un professionnel

ce qui évite aussi aux familles d'être livrées à elles-mêmes au risque de commettre des maladresses dans les explications de ce trouble.

- La thérapie cognitivo-comportementales (TCC)

C'est une prise en charge connue pour ses résultats positifs dans les études scientifiques : elle induit des améliorations dans les fonctions exécutives.(31). L'idée de cette thérapie est de développer et de renforcer les compétences pratiques. Pour ce faire, elle propose des solutions brèves et concrètes à des situations complexes du quotidien pour le sujet TDAH comme la planification, la distractibilité, l'organisation, l'impulsivité et les interactions sociales.

- Les programmes d'entraînement aux habiletés parentales (PEHP) :

Ces programmes sont fortement répandus en France (notamment la méthode Barkley) et sont généralement dispensés par des éducateurs spécialisés. Destinés aux familles d'enfants et d'adolescents TDAH, leur raison d'être est d'empêcher le sentiment d'échec parental dû aux conflits et à un climat familial tendu. Pour ce faire, il est proposé aux familles des clés de compréhension du trouble ainsi que des outils de gestion du quotidien.

D. Épidémiologie

Le TDAH est un trouble hautement prévalent : en effet, selon une méta-analyse de référence compilant 303 articles dans le monde, sa prévalence globale est de 5,29% (32). La prévalence reste stable depuis les trois dernières décennies dans le monde. Le nombre de cas diagnostiqués est en pleine croissance (33). Cette évolution diagnostique serait induite par une meilleure sensibilisation à ce trouble (corps médical et enseignant, familles) et une évolution des pratiques cliniques de diagnostic (34).

Serait atteinte de ce trouble 4,61% de la population adulte mondiale (35) et entre 5 à 7,1% de la population mondiale infantile (36).

Il existe une grande variabilité de résultats sur la prévalence de la persistance du TDAH à l'âge adulte : en ne prenant en compte que les critères diagnostiques la persistance est de 15% à l'âge de 25 ans, mais entre 40 et 60% lorsque sont pris en compte des symptômes jugés dégradés mais suffisamment retentissants sur la qualité de vie des patients en terme de

perturbations cliniques (37). C'est pour cette raison que le TDAH est passé historiquement d'un trouble infantile à un trouble à vie, avec certes moins de symptômes à l'âge adulte. La communauté scientifique considère qu'il est largement sous-estimé chez les adultes pour deux raisons principales : la variabilité des critères sélectionnés ainsi que les classifications internationales basées sur les symptômes infantiles et non sur ceux des adultes. Mais l'intégration récente de critères propres à la clinique adulte dans les classifications internationales devrait permettre d'obtenir des données épidémiologiques plus réalistes (12).

Concernant le ratio par sexe, le TDAH est plus élevé chez les garçons que chez les filles avec un ratio de 3 garçons pour une fille selon la méta-analyse de E. Willcutt en 2012. De plus, selon cette même étude, les symptômes divergents selon le sexe : en effet, les filles présentent plus fréquemment des symptômes d'inattention (46% versus 36% pour les garçons) et les garçons présentent plus souvent un TDAH mixte avec la forme d'hyperactivité motrice (39).

De ce fait, les diagnostics sont moins souvent établis pour les filles en raison :

- de l'internalisation de leurs symptômes (plus de forme d'inattention que pour les garçons)
- de troubles anxieux et de l'humeur qui éclipsent le TDAH,
- d'une moins bonne connaissance des manifestations chez les filles que chez les garçons
- de stratégies de compensation plus efficaces
- de symptômes évoquant moins de soucis comportementaux (40) (41)

E. Étiologie

Les facteurs étiologiques du TDAH sont complexes et il n'existe actuellement pas de consensus scientifique, car certains sont controversés ou font l'objet d'études plus poussées. Dans l'état actuel de la recherche, le TDAH est admis comme étant originaire de trois grandes familles de facteurs : environnementaux, génétiques et neurobiologiques. Les causes sont multifactorielles : aucun facteur ne peut à lui seul expliquer l'existence du TDAH.

Concernant les marqueurs biologiques, il a été démontré que les enfants porteurs de TDAH présentent généralement des ondes lentes augmentées à l'électroencéphalogramme (42), à l'IRM un volume cérébral réduit (43) ainsi qu'un retard de maturation du cortex (44).

Des investigations approfondies ont mis en évidence le rôle crucial des facteurs génétiques et neurobiologiques dans la prédisposition au TDAH. Il est fortement héréditaire avec un taux estimé à environ 80% (45). Comme dans beaucoup de troubles neuro-développementaux, aucune des mutations génétiques n'explique à elle seule l'expression du trouble. En revanche, différentes avancées dans la génétique moléculaire ont identifié des variantes spécifiques associées au TDAH dans lesquelles plusieurs gènes seraient contributifs (46). Notamment, au niveau des neurotransmetteurs, les gènes codant les récepteurs de la dopamine, de la sérotonine et de la noradrénaline ont été identifiés comme contribuant au TDAH (47) (48).

D'après le consensus international de la fédération mondiale du TDAH de 2021 (1), plusieurs facteurs environnementaux seraient également en mesure d'influer sur l'apparition d'un TDAH, et les études s'accordent sur l'aspect majeur des perturbations prénatales et post-natales : exposition à des toxiques, santé de la mère, déroulement de l'accouchement, environnement familial. Nous citerons pour exemple l'exposition fœtale au tabac ou à l'alcool (49), une psychopathologie maternelle (40) ou encore un traumatisme crânien survenu très tôt dans l'enfance (50). L'épigénétique, interaction entre l'environnement et les gènes, peut partiellement expliquer la présence du TDAH : par exemple, la présence de gènes spécifiques combinée à l'exposition du fœtus au tabac ou à l'alcool amplifie fortement le risque de TDAH chez l'enfant (49).

F. Comorbidités

Les comorbidités sont importantes dans le diagnostic pour réaliser un diagnostic différentiel : les troubles comorbides du TDAH sont identiques aux troubles avec lesquels peut être confondu le TDAH. Au-delà du fait de restreindre le diagnostic et le traitement, elles alourdissent le pronostic du patient par une sévérité accrue des troubles (51). Selon une méta-analyse compilant les données de 25 000 patients TDAH, 23% des patients ont une comorbidité au TDAH, 14% en ont deux, et 14% en ont trois (52).

Ces comorbidités sont principalement des troubles psychiatriques. Selon le DSM-5, les plus fréquentes sont :

- le trouble oppositionnel avec provocation dit « TOP » (humeur colérique, comportement provocateur : s'oppose, conteste, embête, fait toujours porter la responsabilité aux autres)
- Les troubles émotionnels : trouble anxieux, trouble dépressif, trouble de l'humeur (humeur fluctuant de la dépression à la manie : bipolarité)
- Le trouble des conduites (règles, normes et droit d'autrui sont bafoués : violation des règles, agression, destruction de biens, vols...)
- Le trouble des apprentissages (aussi appelés troubles « dys », incluant la dyspraxie ou trouble de la coordination)
- Le trouble de l'usage des substances (addiction aux substances psychoactives)
- Le trouble du spectre autistique

Dans la méta-analyse de Fayyad J. en 2017 (52), les prévalences de certains troubles comorbides sont particulièrement élevées, dont ceux du trouble anxieux à 34%, du trouble de l'humeur à 22%, du trouble du comportement à 15% et de celui de l'usage des substances à 11%.

Il existe également d'autres comorbidités majeures non psychiatriques telles que :

- les troubles du sommeil (53)
- le trouble du comportement alimentaire : boulimie et hyperphagie (54)
- l'énurésie nocturne et diurne (55)
- le surpoids/ obésité, qui augmente de 70% chez les adultes TDAH et de 40% chez les enfants TDAH (56).

G. Relation entre TDAH et santé dentaire

Le lien entre la santé bucco-dentaire et le TDAH a suscité un intérêt croissant dans la recherche scientifique. Plusieurs symptômes et comorbidités du TDAH se sont révélés être des facteurs de risques pour la santé bucco-dentaire.

1. La carie

L'augmentation du risque de carie dentaire chez le sujet TDAH est connu depuis longtemps et a été analysé à de nombreuses reprises par la communauté scientifique. Cette comorbidité a été récemment corroborée par une méta-analyse de 2022 (57). Elle démontre que les enfants atteints de TDAH ont un index DMFT (Decayed, Missed, Filled Teeth) significativement plus élevé que les enfants sans TDAH.

Ils ont également un indice de plaque dentaire plus élevé que ceux qui ne sont pas TDAH (58). Cela laisse supposer que les enfants porteurs de TDAH ont une fréquence de brossage moins importante que les autres enfants. Selon cette même étude (58), ces facteurs de risques carieux peuvent résulter de difficultés parentales à maintenir une hygiène correcte au quotidien et également à instaurer une alimentation non-cariogène aux enfants.

2. Les malocclusions

Les recherches menées par Mota-Veloso (59) ainsi que par Roy (60) aboutissent à la même conclusion : les patients atteints de TDAH, en particulier ceux présentant des symptômes d'hyperactivité (60), montrent une prévalence significativement plus élevée de béances antérieures pendant la période de dentition temporaire et mixte. Cette constatation pourrait s'expliquer par une fréquence accrue d'habitudes de succion non nutritives (HSNN) qui persistent plus longtemps (après 48 mois) (60) chez les enfants TDAH. Cependant, ces malocclusions se résolvent spontanément lorsque la parafonction est corrigée lors du passage à la denture permanente.

Au niveau antérieur du palais, la croissance squelettique transversale serait moindre chez les patients TDAH et les voies aériennes supérieures auraient tendance à être moins développées (61) (62).

Ces études révèlent une association entre TDAH et malocclusion mais ne démontrent pas de lien de cause à effet car il s'agit d'études transversales.

3. Les traumatismes

Les enfants et adolescents atteints de TDAH sont plus susceptibles d'avoir un trauma dentaire que ceux sans TDAH. Ceci est lié aux symptômes cliniques du TDAH (57). La revue systématique et méta-analyse de Y. Chau en 2020 a montré que les enfants atteints de TDAH ont 1,5 fois plus de chance de subir des traumatismes dentaires que les enfants témoins sans TDAH (63).

L'hyperactivité est un facteur de risque de survenu d'un trauma dento-facial (64). Elle augmente le risque de trauma dentaire du fait du comportement de l'enfant et des situations à risques dans lesquelles il peut se trouver (65). L'enfant TDAH peut par exemple courir ou grimper sur des éléments inappropriés ou encore, du fait de cette hyperactivité, se retrouver incapable de jouer ou participer aux activités quotidiennes dans le calme.

De plus, le déficit d'attention majore le risque de trauma.

4. Les conséquences liées à la prise de Méthylphénidate

Le Méthylphénidate est un neurostimulant qui provoque une hyperactivité musculaire. En France, c'est le seul médicament autorisé et utilisé pour le traitement du TDAH. Ses effets indésirables fréquents cités dans le Vidal (66) et qui concernent la santé bucco-dentaire sont :

- La sécheresse buccale (très fréquent)
- Le bruxisme (fréquent)

La sécheresse buccale (xérostomie ou hyposialie) est un facteur de risque carieux (67) car la salive permet un effet tampon qui limite les risques de déminéralisation des tissus dentaires.

Quant au bruxisme, il est associé aux troubles du sommeil qui est une des comorbidité du TDAH. Le bruxisme a pour conséquence une détérioration des tissus dentaires par attrition. Il peut engendrer également une hypertrophie musculaire, des douleurs musculaires, des maux de tête et une détérioration de l'articulation temporo-mandibulaire. On peut également retrouver des atteintes au niveau des tissus parodontaux.

2. MÉTHODOLOGIE

A. Contexte et objectifs

Les personnes atteintes du Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) font face à un ensemble de symptômes incluant l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité, comme exposé en détail dans le chapitre précédent. Ces conditions exercent une influence significative sur divers aspects de leur vie quotidienne, pouvant entraîner des difficultés dans différents contextes, notamment dans le domaine des soins de santé. Cette thèse s'engage à explorer plus spécifiquement les interactions entre les patients souffrant du TDAH et les soins dentaires, dans le but d'objectiver les obstacles rencontrés par ces individus aussi bien dans la gestion des soins dentaires quotidiens que lors des consultations en cabinet dentaire.

Ainsi, l'objectif principal de cette étude est d'évaluer les difficultés auxquelles les patients atteints de TDAH sont confrontés pour maintenir une hygiène bucco-dentaire adéquate au quotidien, tout en cherchant à mieux comprendre les défis rencontrés lors des soins bucco-dentaires en cabinet. En parallèle, l'objectif secondaire consiste à recenser les adaptations que les chirurgiens-dentistes peuvent mettre en place afin d'améliorer leur prise en charge au sein du cabinet dentaire.

Pour cela, nous nous sommes mis en relation avec l'association TDAH Partout Pareil.

Il s'agit d'une association internationale à but non lucratif fondée par Fred Schenk. L'association est domiciliée aux Pays-Bas où réside son fondateur. L'objectif de l'association est une information grand public sur ce trouble et les troubles associés ainsi qu'une aide aux personnes porteuses de TDHA et à leur famille. En ce sens, l'association française a été créée en 2016 afin d'être présente auprès des personnes et familles concernées en France.

L'association a pour mission de répondre aux interrogations sur le TDAH : de quoi s'agit-il ? Comment le diagnostiquer ? Quel(s) professionnel(s) consulter ? Quelle prise en charge faut-il ? Pourquoi donne-t-on un traitement ? Est-il absolument nécessaire ?

L'association compte plus de 80 bénévoles répartis dans toute la France. L'association est très active sur les réseaux sociaux et organise des conférences sur différents thèmes autour du

TDAH. Ils interviennent également sur la formation des professeurs des écoles et sur la formation des autres professionnels qui sont en contact avec les patients atteints de ce trouble.

B. Schéma d'étude et démarche réglementaire

Cette étude est une étude descriptive transversale sur les habitudes de santé bucco-dentaire des patients TDAH. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire anonyme auto-administré en ligne.

Il ne s'agit donc pas d'une recherche sur la personne humaine : les données recueillies sont anonymes et ne concernent pas de données personnelles, les informations et réponses ne permettent pas d'identifier directement ou indirectement les participants.

Ainsi, leur traitement ne nécessite pas de déclaration auprès du délégué à la protection des données.

Une information sur le traitement des données est faite aux participants en tout début de questionnaire. Il est demandé au participants de les lire et de les accepter afin de pouvoir poursuivre le formulaire de questions (cf annexe 1).

C. Recueil et analyse des données

Les critères de sélections des participants sont les suivants :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Patients diagnostiqué TDAH par un médecin spécialiste (pédopsychiatre, psychiatre, neuropsychiatre, neurologue, neuropédiatre, pédiatre)	Patients présentant un trouble du spectre autistique
	Patients non diagnostiqués TDAH par un médecin
Patient ayant donné son consentement	Refus de participer à la recherche de la part du participant

Tableau 1 - Critères de sélection

Les patients présentant un trouble du spectre autistique ont été exclus de l'étude car il serait difficile de distinguer si les difficultés rencontrées sont liées au TSA ou au TDAH : les symptômes peuvent se ressembler et influencer sur l'hygiène bucco-dentaire. Un patient avec un TSA peut présenter entre autres des difficultés de coopération (difficultés de communication, de compréhension...), des sensibilités sensorielles accrues tout comme un patient TDAH.

Le questionnaire a été rédigé via l'application Google Forms pour qu'il soit accessible en ligne. Afin de différencier les enfants des adolescents/adultes, la population a été divisé en 2 tranches d'âge :

- 11 ans et moins
- 12 ans et plus

Le questionnaire est structuré en 3 parties :

- La première partie concerne les caractéristiques du TDAH, le diagnostic, le traitement et les autres troubles associés.
- La deuxième partie concerne l'hygiène bucco-dentaire au quotidien. Elle donne des renseignements sur les habitudes de brossage, les difficultés rencontrées au quotidien et les habitudes alimentaires des patients.
- La troisième partie concerne les soins en cabinet dentaire. Elle documente les difficultés à se faire prendre en charge par un dentiste et les problèmes rencontrés en lien avec le TDAH.

Les questions sont principalement des questions fermées avec, selon les questions, la possibilité de préciser la réponse. Des questions ouvertes sont posées notamment pour renseigner l'avis des patients. Dans la partie « hygiène au quotidien », le patient peut documenter les astuces qu'il a mises en place afin de respecter les recommandations d'hygiène bucco-dentaire. Dans la partie « soin au cabinet dentaire », le patient peut renseigner les adaptations mises en place afin d'améliorer le déroulé de la séance mais également les désagréments que le patient aurait pu expérimenter au cabinet dentaire.

Il lui est également demandé, à la fin, s'il souhaite rajouter des commentaires sur son ressenti sur les soins dentaires au cabinet.

Le questionnaire a été mis en ligne le 08/04/2024 via la page Facebook de l'association qui compte 19 000 membres ainsi que sur le groupe Facebook de l'association qui compte 43 000 membres. Le message a été posté par un des administrateur de la page et du groupe. Une relance a été faite le 04/05/2024 et le questionnaire a été fermé le 26/05/2024, il est donc resté accessible durant 7 semaines. Les réponses ont été sélectionnées selon les critères d'inclusion et d'exclusion définis précédemment (tableau 1).

Un extrait du questionnaire est disponible en annexe 1 ainsi que le schéma organisationnel des réponses en annexe 2.

La collecte des données via Google Forms a permis de générer une base de donnée qui a été analysé avec le logiciel Microsoft Excel et le site internet www.pvalue.io, logiciel de biostatistiques en ligne. Des tableaux et des diagrammes ont été générés pour chaque question posée dans le cadre de cette étude afin d'avoir une visualisation claire et concise des résultats obtenus.

Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de tableaux croisés dynamiques. Dans le cas des questions ouvertes, les réponses ont été normalisées et homogénéisées. Cette démarche visait à standardiser les informations reçues, facilitant ainsi leur interprétation et leur comparaison. Ceci a permis de dégager des tendances significatives et de saisir les nuances dans les perceptions et les expériences des individus.

Par ailleurs, afin d'assurer la fiabilité et la validité des résultats, plusieurs techniques statistiques appropriées ont été appliquées pour évaluer la robustesse des données et identifier d'éventuelles corrélations ou associations entre les variables étudiées. Parmi ces techniques, des tests tels que le test « t de Student » ont été employés pour comparer les moyennes de deux groupes. Le test de « Chi carré » a été utilisé pour évaluer les associations entre variables et déterminer si les associations observées étaient statistiquement significatives.

3. RÉSULTATS

A. Caractéristiques de la population étudiée

Au total, nous avons recueilli 264 réponses au questionnaire. 59 réponses ont été supprimées car ne respectaient pas les critères d'inclusions :

- 46 réponses venant de patients présentant un trouble du spectre autistique
- 10 réponses venant de personnes dont le diagnostic ne respectait pas nos critères ou qui sont en cours de diagnostic
- 2 réponses exclues car un même participant a envoyé son formulaire trois fois

Ci-dessous les caractéristiques des participants avant exclusion des participants qui ne respectent pas les critères de sélection :

		Age 12 ans et plus (n = 192)	Age Moins de 11 ans (n = 72)	n (264)
Sexe	Masculin	88 (46%)	65 (90%)	153
	Féminin	98 (51%)	7 (9.7%)	105
	Non communiqué	6 (3.1%)	0 (0%)	6

Tableau 2 - Population d'étude avant exclusion

Ci-dessous les caractéristiques de la population étudiée après exclusion des participants non retenus :

		Age 12 ans et plus (n = 150)	Age 11 ans et moins (n = 55)	n (205)
Sexe	Masculin	64 (43%)	49 (89%)	113
	Féminin	81 (54%)	6 (11%)	86
	Non communiqué	5 (3.4%)	0 (0%)	5

Tableau 3 - Population d'étude après exclusion

Pour déterminer la représentativité de notre échantillon de 205 participants, nous effectuons le calcul suivant :

- Population cible :

On considère que le TDAH a la même prévalence en France que dans le monde, c'est à dire : 5,29% (32). La population française est estimée à 67 millions de personnes.

$$\text{Population cible} = 67\,000\,000 \times 0,0529 = 3\,544\,300$$

- Marge d'erreur et niveau de confiance :

Pour déterminer la représentativité, nous devons calculer la marge d'erreur pour un niveau de confiance donné (généralement 95%). La formule pour la marge d'erreur est :

$$ME = z \times \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}$$

Avec :

- o z est le score z pour le niveau de confiance souhaité (1,96 pour 95% de confiance),
- o p est la proportion de la population cible (3,5% ou 0,035),
- o n est la taille de l'échantillon (205).

Les résultats des calculs sont les suivants :

- Taille de la population cible : 3 544 300 personnes
- Erreur standard : 1,56%
- Marge d'erreur pour un niveau de confiance de 95% : 3,06%

Parmi les personnes diagnostiquées, certains présentaient d'autres troubles qui sont listés dans le tableau suivant :

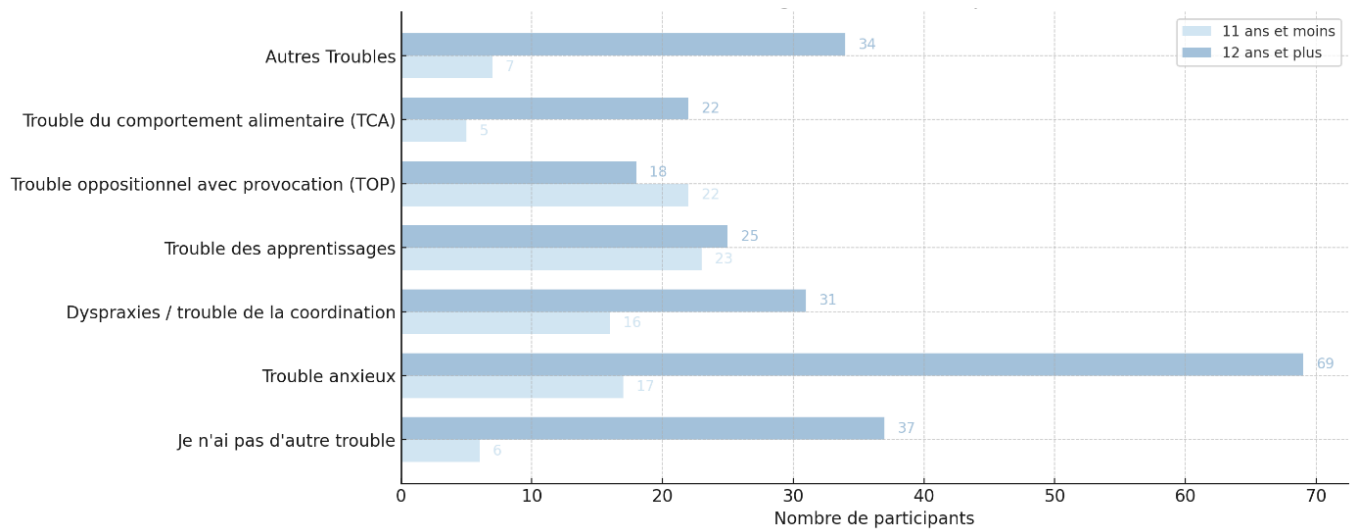


Figure 1 - Autres diagnostics

La majorité des participants ont d'autres troubles associés au TDAH. Chez les 11 ans et moins, on retrouve majoritairement :

- Troubles des apprentissages (41,8%)
- Trouble oppositionnel avec provocation (40%)
- Trouble anxieux (32%)

Chez les 12 ans et plus, on retrouve majoritairement :

- Trouble anxieux (46%)
- Dyspraxies / trouble de la coordination (21%)
- Trouble des apprentissages (17%)

L'hygiène bucco-dentaire au quotidien et les habitudes alimentaires

Concernant le brossage quotidien, on obtient les données suivantes :

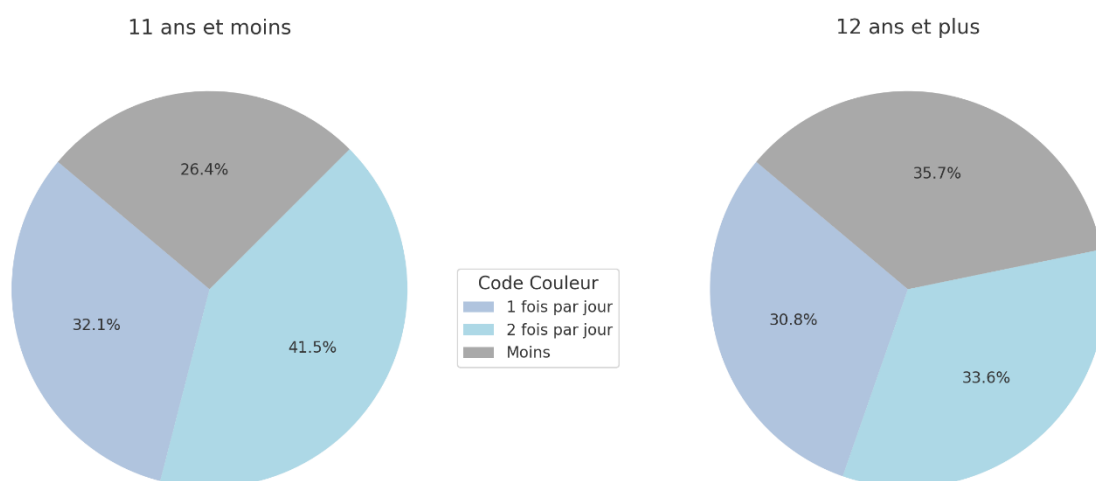


Figure 2 - Fréquence de brossage

Plus d'un tiers des personnes n'ont pas de brossage régulier voire ne se brossent jamais les dents. Les personnes qui se brossent les dents une fois par jour ou moins représentent :

- 11 ans et moins : 58%
- 12 ans et plus : 67%

Chez les 11 ans et moins, la durée de brossage est inférieure à une minute pour la majorité des participants (47%) sachant que 11% ne savent pas combien de temps ils y passent, ceci malgré le fait que 93% d'entre eux sont assistés dans le brossage des dents (47% régulièrement, 46% de temps en temps).

Chez les 12 ans et plus, à l'inverse, la durée du brossage dépasse une minute pour la majorité des participants (52%) sachant que 14% ne savent pas combien de temps ils y passent.

On constate que pour 86% des 11 ans et moins et 79% des 12 ans et plus, avoir un brossage biquotidien est compliqué. Les raisons évoquées sont les suivantes :

- Chez les 11 ans et moins :

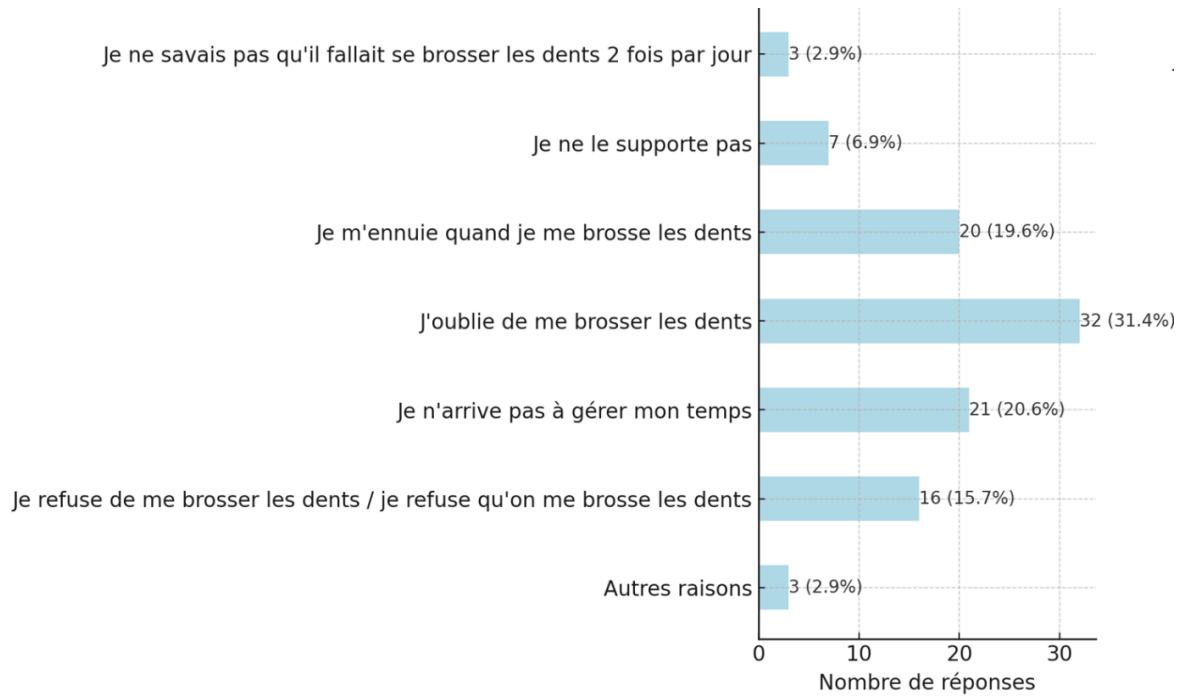


Figure 3 - Raison d'un brossage biquotidien compliqué - 11 ans et moins

- Chez les 12 ans et plus :

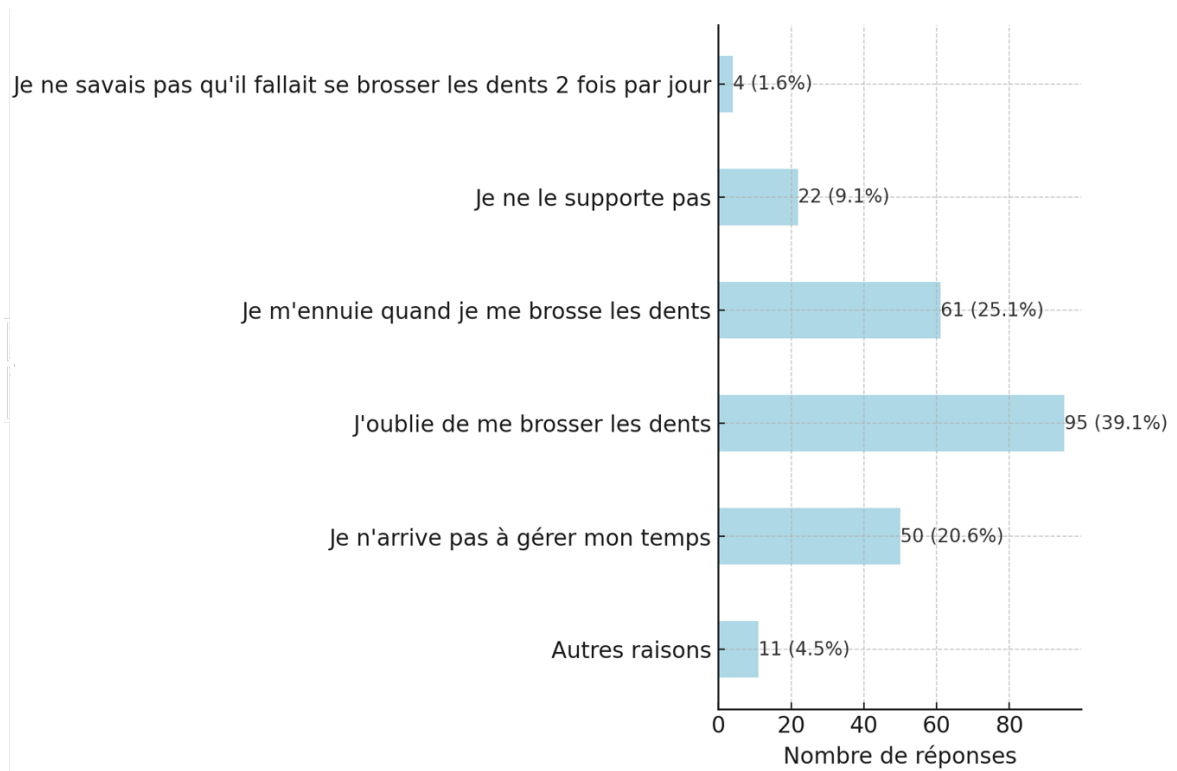


Figure 4 - - Raison d'un brossage biquotidien compliqué - 12 ans et plus

On constate donc que l'oubli du brossage est la principale raison qui empêche les participants de se brosser les dents deux fois par jour. L'ennui pendant le brossage et une gestion du temps compliquée sont également fortement représentés.

Les recommandations pour une hygiène dentaire correcte au quotidien ont été présentées en tête de la question suivante aux participants:

- se brosser les dents 2 fois par jour pendant 2 minutes
- utiliser du fil dentaire et des brossettes interdentaires
- ne pas manger trop sucré
- ne pas grignoter entre les repas

Les participants ont évalué la facilité avec laquelle ils suivent ces recommandations (1 étant très difficile à respecter et 10 étant très facile à respecter).

Les résultats obtenus sont les suivants :

11 ans et moins :

Sur une échelle de 1 à 10, avec quel niveau de facilité arrives-tu à suivre ces recommandations d'hygiène bucco-dentaire au quotidien?

70 réponses

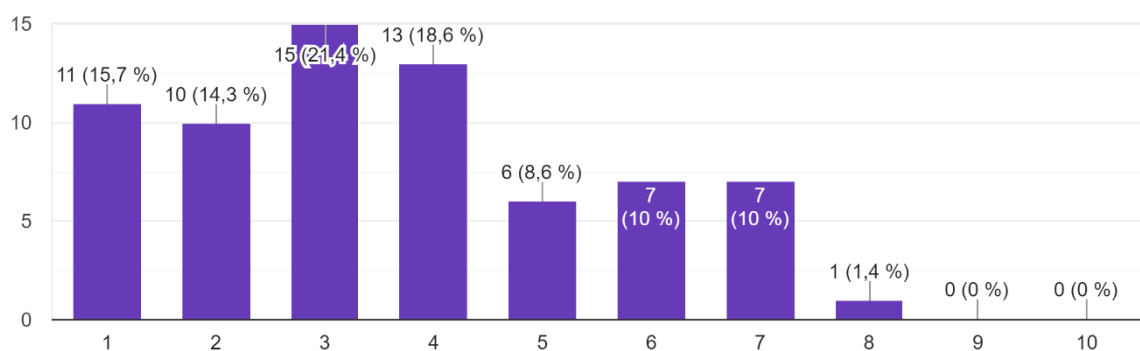


Figure 5 - Niveau de facilité à suivre les recommandations d'hygiène bucco-dentaire - 11 ans et moins

12 ans et plus :

Sur une échelle de 1 à 10, avec quel niveau de facilité arrivez-vous à suivre ces recommandations d'hygiène bucco-dentaire au quotidien?

135 réponses

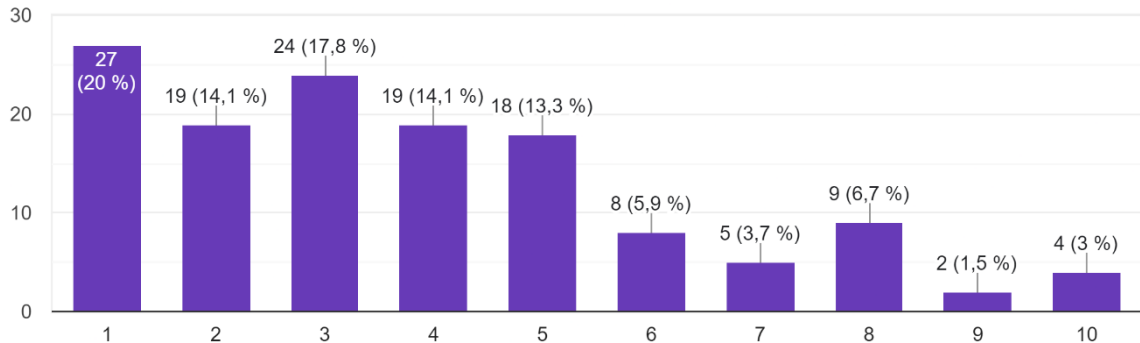


Figure 6 - Niveau de facilité à suivre les recommandations d'hygiène bucco-dentaire - 12 ans et plus

On constate qu'une majorité des personnes ont des difficultés à suivre ces recommandations :

- Chez les 11 ans et moins : 44% ont un score inférieur ou égal à 3
- Chez les 12 ans et plus : 55% ont un score inférieur ou égal à 3

En résumé, on constate que le brossage biquotidien est difficile à obtenir pour la population d'étude. Chez les moins de 11 ans, c'est également le cas malgré l'assistance d'une tierce personne.

Les principales raisons évoquées sont l'oubli du brossage, l'ennui et une gestion du temps difficile. A cela se rajoute le refus du brossage chez les 11 ans et moins.

Suivre les recommandations pour une hygiène dentaire au quotidien est difficile pour la majorité des participants.

Parmi les astuces qui ont été mises en place afin d'arriver à avoir un brossage biquotidien, sur 38 réponses reçues, on retrouve principalement :

- Le chronométrage du brossage (sablier, une chanson, une application sur le téléphone, minuteur sur la brosse à dent...)
- l'intégration du brossage dans la routine quotidienne (rituel identique tous les jours, rappel dans des « To Do List », des post-it dans des endroits stratégiques de la maison, kit de brossage toujours disponible dans les sacs...)

Concernant les habitudes alimentaires, on obtient les résultats suivant :

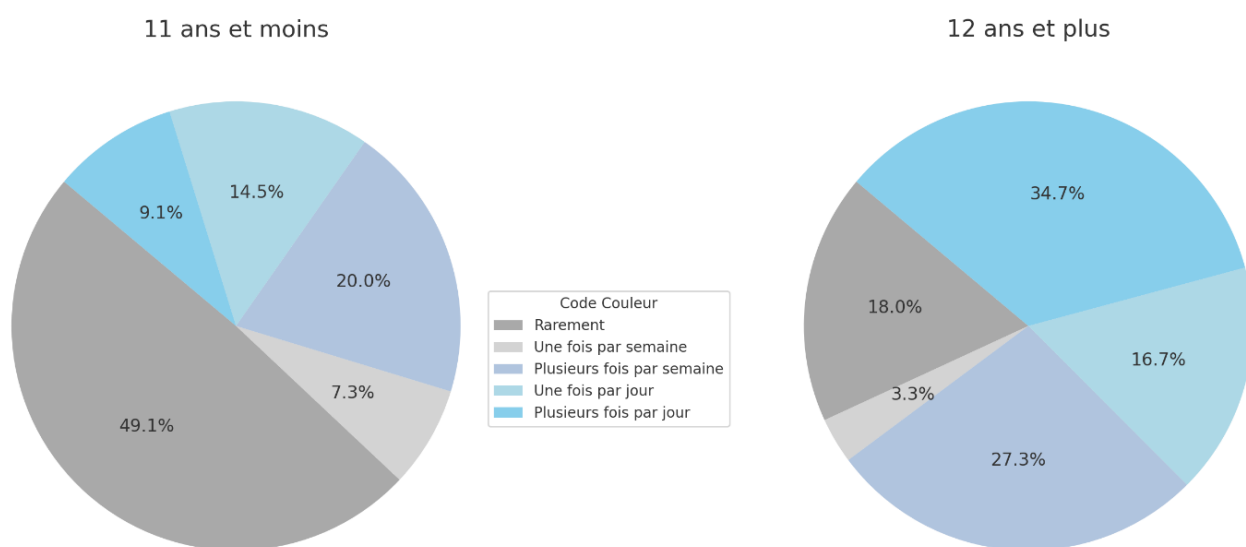


Figure 7 - Fréquence de grignotage

Parmi les participants de 11 ans et moins, la majorité ne grignote pas, bien que 24 % grignotent tout de même une fois par jour ou plus. Pour les participants de 12 ans et plus, le grignotage est plus fréquent : 51 % d'entre eux grignotent une fois par jour ou plus.

B. Les soins bucco-dentaire en cabinet

La dernière visite chez le dentiste date majoritairement de moins d'un an (69% chez les 11 ans et moins et 70% chez les 12 ans et plus) et le motif principal est un contrôle/détartrage (73% chez les 11 ans et moins et 60% chez les 12 ans et plus).

Pour chaque visite, en majorité, les participants ont toujours de l'anxiété :

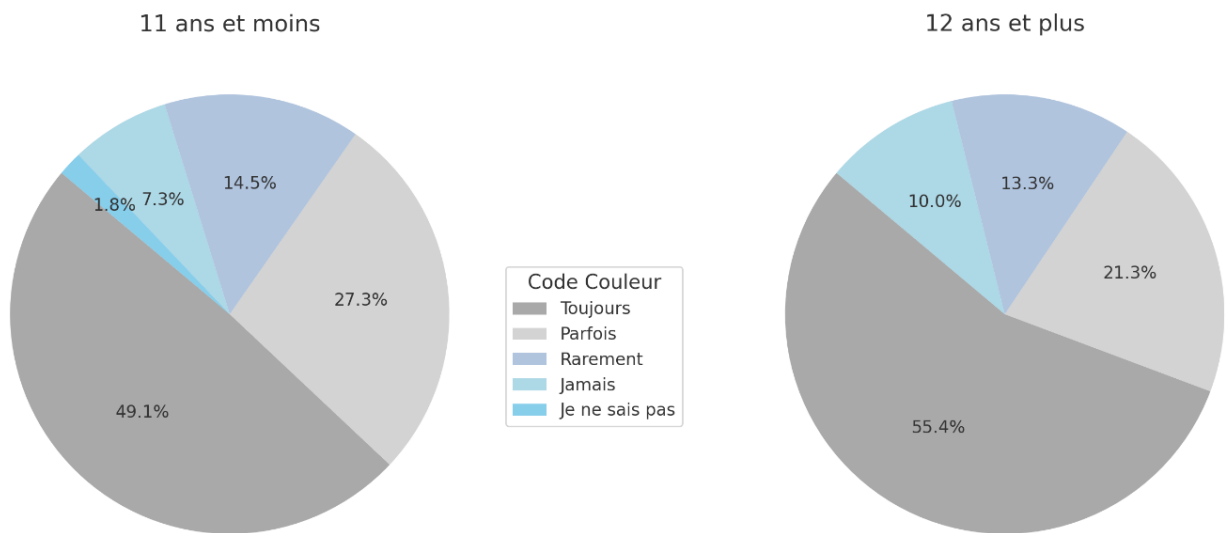


Figure 8 - Présence d'anxiété avant ou pendant la visite chez le dentiste

Les principaux éléments source de mal-être en cabinet dentaire pour les participants sont :

- Chez les 11 ans et moins :
 - o L'appréhension de la douleur (pour 71% des participants)
 - o Être allongé longtemps sur le fauteuil (pour 62% des participants)
 - o Les bruits (pour 51% des participants)
 - o Patienter dans la salle d'attente (pour 49% des participants)

- Chez les 12 ans et plus :
 - o Les sensations physiques liées aux soins (pour 66% des participants)
 - o L'appréhension de la douleur (pour 61% des participants)
 - o Les bruits (pour 48% des participants)
 - o Être allongé longtemps sur le fauteuil (pour 43% des participants)

Le TDAH n'est pas mentionné au chirurgien-dentiste par la grande majorité des personnes interrogées :

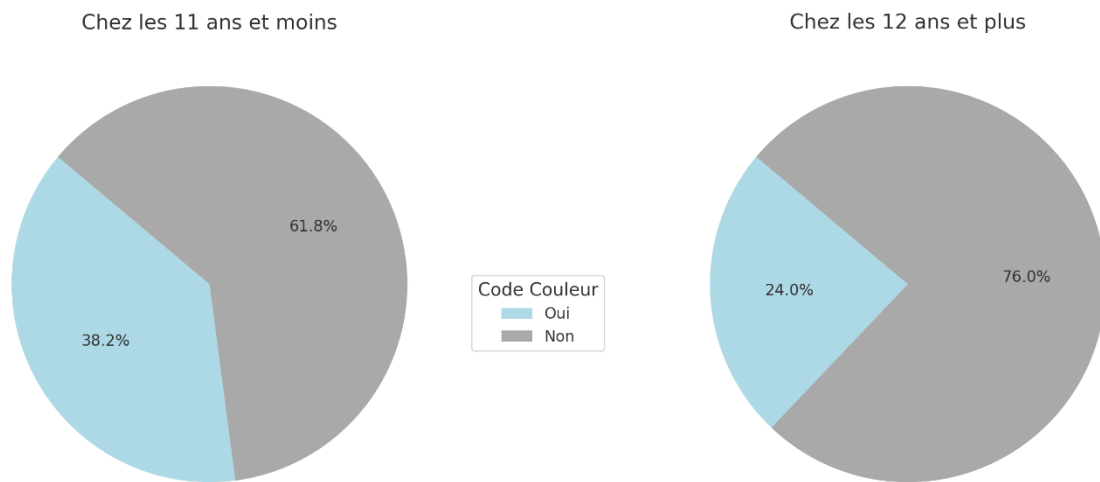


Figure 9 - Avez-vous déjà évoqué votre TDAH à votre dentiste?

De fait, en grande majorité, il n'y a pas de demande des patients pour une adaptation particulière lors des soins : 76% chez les 11 ans et moins et 79% chez les 12 ans et plus n'ont pas fait de demande en ce sens.

Dans la question ouverte sur les adaptations mises en place pour améliorer la prise en charge en cabinet dentaire, les réponses montrent une variété de mesures souhaitées, allant de l'utilisation de sédatifs à des mesures de confort comme l'utilisation d'écouteurs ou des explications détaillées des procédures :

- Chez les 11 ans et moins (12 réponses) :
 - o Un écran vidéo
 - o Prémédication avant ou pendant (MEOPA) les soins

- Chez les 12 ans et plus (27 réponses) :
 - o La communication et l'explication sur les soins à effectuer
 - o Prémédication
 - o Écouteurs/casque pour le patient

Certains participants ont rencontré une équipe soignante qu'ils ont ressenti comme ayant été désagréable avec eux. Dans ces cas-là, les raisons évoquées en majorité sont identiques chez les 11 ans et moins (9 réponses) ou chez les 12 ans est plus (21 réponses). Il s'agit le plus souvent d'impatience, de manque de compréhension ou de manque de communication

adéquate de l'équipe soignante face à l'anxiété ou aux comportements liés au TDAH. On retrouve également du jugement ou encore de l'infantilisation de l'équipe soignante envers les patients TDAH.

En majorité, les patients ne ressentent pas de refus de soins de la part des chirurgiens-dentistes en raison de leur TDAH:

- Chez les 11 ans et moins : 9% de refus
- Chez les 12 ans et plus : 6% de refus

Concernant la question ouverte sur les idées à mettre en place en cabinet dentaire pour l'amélioration de la prise en charge des patients TDAH lors des soins, on retrouve les réponses majoritaires:

- Chez les 11 ans et moins :
 - o Écran avec vidéo (pour 60% des participants)
 - o Des séances courtes (pour 47% des participants)
 - o Fidgets ou un objet pour occuper les mains (pour 47% des participants)
 - o Des pauses pendant les soins (pour 42% des participants)
- Chez les 12 ans et plus :
 - o Rappel renforcé des rendez-vous (pour 68% des participants)
 - o Fidgets ou un objet pour occuper les mains (pour 49% des participants)
 - o Écran avec vidéo (pour 45% des participants)
 - o Relaxation / Hypnose (pour 37% des participants)

La question sur l'évaluation de la difficulté ressentie lors des soins dentaires fait ressortir le fait que la moyenne des participants éprouve des difficultés à se faire soigner chez le dentiste. Le barème utilisé pour cette question est le suivant :

- 1 signifiant qu'il est très difficile de se faire soigner chez le dentiste
- 10 signifie qu'il est très facile de se faire soigner chez le dentiste.

Une majorité de personnes (62% chez les 11 ans et moins et 63% chez les 12 ans et plus) a tendance à trouver difficile de se faire soigner chez le dentiste en indiquant un score inférieur à 5.

On retrouve les pourcentages suivants :

- Chez les 11 ans et moins :

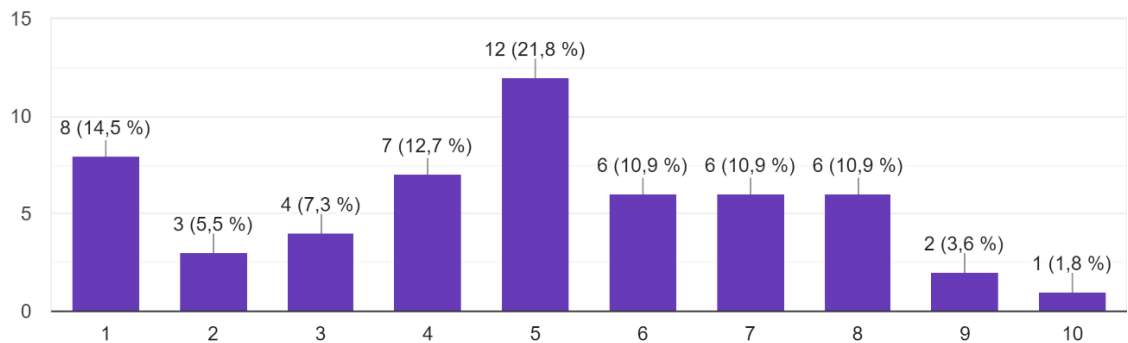


Figure 10 - Niveau de difficulté ressenti lors de soins en cabinet dentaire – 11 ans et moins

- Chez les 12 ans et plus :

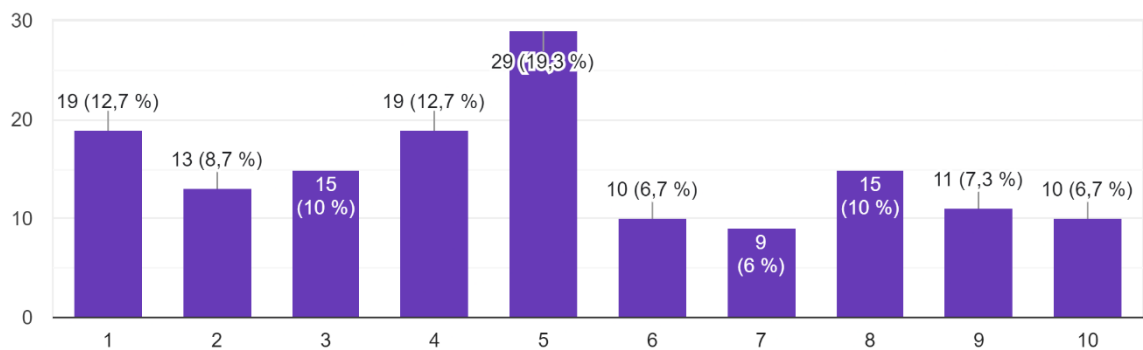


Figure 11 - Niveau de difficulté ressenti lors de soins en cabinet dentaire - 12 ans et plus

La dernière question est une question ouverte sur ce que les participants veulent rajouter concernant les soins dentaires. Nous avons eu 12 réponses chez les 11 ans et moins et 54 réponses chez les 12 ans et plus. On retrouve les mêmes types de remarques dans les deux groupes, qui suggèrent ceci:

- les dentistes doivent être mieux formés sur le TDAH (ou le handicap en général)
- Les dentistes manquent de compréhension, sont impatients et jugeants.

En résumé, concernant les soins en cabinet dentaire, les visites chez le chirurgien-dentiste sont plutôt régulières. La dernière visite date de moins d'un an pour la majorité des participants que ce soit chez les 11 ans et moins (69%) ou chez les 12 ans et plus (70%).

L'anxiété est toujours présente chez la majorité des participants : 49% chez les 11 ans et moins et 55% chez les 12 ans et plus.

Les principales sources de mal être chez le dentiste sont plutôt équivalentes dans les deux tranches d'âges. Chez les 11 ans et moins, c'est l'appréhension de la douleur qui est la plus présente alors que chez les 12 ans et plus, l'appréhension de la douleur et les sensations physiques liées aux soins sont présentes de façon plutôt équivalentes.

La grande majorité des participants ne parlent pas de leur diagnostic de TDAH au praticien (62% chez les 11 ans et moins et 76% chez les 12 ans et plus) et donc, la majorité n'a pas d'adaptation particulière durant les soins (76% chez les 11 ans et moins et 79% chez les 12 ans et plus).

En majorité, l'équipe soignante n'est pas désagréable avec les patients TDAH et les refus de soin sont peu nombreux.

Les participants ayant ressenti un accueil désagréable rapportent majoritairement de l'incompréhension et de l'impatience de la part de l'équipe soignante mais également du jugement et de l'infantilisation que ce soit chez les 11 ans et moins ou chez les 12 ans et plus.

Il ressort une tendance à la difficulté pour aller se faire soigner par un chirurgien-dentiste.

La dernière question qui recueille les commentaires des participants sur les soins dentaires en général met en évidence le manque d'information et de formation des praticiens sur la prise en charge des patients TDAH mais également un défaut dans la communication et la relation avec les patients.

4. DISCUSSIONS

A. Population étudiée

La population cible étant majoritairement issue d'un groupe et d'un page Facebook, nous faisons donc confiance à la déclaration des participants notamment sur la validité du diagnostic. Nous n'avons pas de contrôle sur l'importance des autres troubles mentionnés par le patient et l'impact que cela a sur l'hygiène bucco-dentaire. Sur l'ensemble des participants, seul 1 personnes sur 5 n'a pas d'autres troubles associés à son TDAH.

Dans la tranche d'âge 11 ans et moins, nous ne savons pas si ce sont les parents qui ont rempli le questionnaire à la place de leur enfant, s'ils l'ont rempli conjointement avec l'enfant ou si ce sont les enfants eux-mêmes qui l'ont complété. De même pour les mineurs qui ont 12 ans et plus. Nous aurions pu préciser ce point dans les consignes ou intégrer une question pour le prendre en compte.

On constate que chez les 11 ans et moins, la majorité des personnes interrogées sont de sexe masculin ce qui confirme la tendance épidémiologique au sous-diagnostic dans la population infantile féminine (39).

On retrouve chez les 12 ans et plus un trouble anxieux déclaré à 47%. Ce pourcentage est de 30% chez les 11 ans et moins. Ce trouble est présent de manière significative chez les femmes dans la population des 12 ans et plus et au contraire, chez les 11 ans et moins, ce sont les garçons qui présentent majoritairement ce trouble. Les tableaux suivants présentent le nombre de participants ayant un trouble anxieux selon le sexe.

1. Population d'étude en fonction de l'âge et du sexe, et présence de troubles anxieux

Catégorie d'âge	Sexe	Total	Trouble anxieux
11 ans et moins	Féminin	6	2
	Masculin	49	15
12 ans et plus	Féminin	81	46
	Masculin	64	22
	Non précisé	5	1

- p-value pour l'âge : 0.075
- p-value pour le sexe : 0.0038

Catégorie	Total	Trouble anxieux	Pas de trouble anxieux	Pourcentage de trouble anxieux	p-value
Masculin	113	37	76	32.74%	0.0038
Féminin	87	48	39	55.17%	0.0038

Il existe donc une association significative entre le sexe et la présence d'un trouble anxieux chez les personnes diagnostiquées TDAH.

B. L'hygiène bucco-dentaire au quotidien et l'alimentation

Le TDAH engendre des difficultés majeures sur le quotidien des personnes concernées par ce trouble. Dans notre étude, plus de la moitié des personnes interrogées se brossent les dents moins de 2 fois par jour que ce soit chez les 11 ans et moins ou les 12 ans et plus. Dans les deux tranches d'âge, il est largement rapporté que se brosser les dents deux fois par jour est compliqué.

Chez les enfant de 11 ans et moins, nous avons comparé nos résultats avec les données rapportées par la DREES chez les enfants de CM2 d'environ 10 ans (68): la prévalence des enfants qui se brossent les dents une fois par jour ou moins est 2,3 fois supérieure dans notre population d'étude que dans celle de la DREES.

Chez les 12 ans et plus, nous avons comparé nos résultats avec les données issues du baromètre santé de 2014 (69) chez les 15-75 ans et il en résulte que la prévalence des personnes se brossant les dents une fois par jour ou moins est 2,26 fois supérieure chez les personnes TDAH que chez les 15-75 ans en France.

Fréquence de Brossage	Patients TDAH 11 ans et moins	DRESS 2015 Enfants CM2	Patients TDAH 12 ans et plus	Baromètre Santé 2014 15-75 ans
Plusieurs fois par jour	41%	76%	34%	71.1%
1 fois par jour ou moins	59%	24%	66%	28.9%

Les patients TDAH, peu importe la tranche d'âge, ont donc tendance à se brosser les dents moins fréquemment que la moyenne nationale. Cela met en évidence les défis supplémentaires que ces patients rencontrent pour maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire par rapport à la population générale.

La principale raison évoquée par les patients est l'oubli du brossage, l'oubli étant l'un des symptômes du TDAH. En effet, les troubles de l'attention et de l'hyperactivité peuvent rendre difficile l'établissement d'une routine régulière de brossage.

Le brossage dure moins d'une minute chez les 11 ans et moins pour plus de la moitié des participants, et ce malgré le fait que 93% des participants bénéficient d'une aide au brossage. Si on l'associe au fait qu'une majorité se brosse les dents moins de deux fois par jour, on peut supposer que le brossage, lorsqu'il est présent, se fait plutôt le soir. Malgré une assistance, la fatigue de la journée peut conduire à un brossage plus rapide pour finir la routine du soir plus rapidement. Une nouvelle enquête est nécessaire pour confirmer et approfondir ce point.

Le grignotage est plus présent chez les adultes (35% grignotent plusieurs fois par jour) que chez les enfants (9% grignotent plusieurs fois par jour). Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'un enfant est souvent sous la surveillance des parents alors que l'adulte a plus facilement accès à la nourriture.

On note donc la nécessité pour les chirurgiens-dentistes de réaliser une prévention accrue au sein de cette population sur les recommandations pour une bonne hygiène bucco-dentaire au quotidien : fréquence et temps des brossages de dents, dangers de l'alimentation sucrée et des grignotages. Peuvent y être ajoutées les astuces partagées par notre population d'étude : applications dédiées sur smartphone, timers, routine ferme, post-it.

C. Soins en cabinet dentaire

La majorité des participants a fait une visite chez le dentiste dans l'année et le suivi est relativement régulier malgré le TDAH. Cependant, la moitié des participants, tous âges confondus, ressentent toujours de l'anxiété lorsqu'ils vont chez le dentiste.

On note qu'une grande majorité de participants ne parlent pas de leur TDAH au chirurgien-dentiste (62% chez les 11 ans et moins, 76% chez les 12 ans et plus). En conséquence, peu demandent une adaptation spécifique durant les soins. Le TDAH est moins évoqué pour la patientèle adulte que pour la patientèle infantile. Chez ces derniers, l'hyperactivité est plus marquée ce qui peut compliquer la prise en charge, d'où la nécessité d'en parler avec le dentiste. Ces symptômes d'hyperactivité s'atténuant avec l'âge (13), les adultes ne ressentent possiblement pas l'intérêt de le mentionner : cela peut expliquer le fait que le TDAH soit plus souvent évoqué chez les enfants que chez les adultes. C'est bien ici que se pose un souci d'adaptation des soins par le chirurgien-dentiste : puisque le trouble n'est généralement pas mentionné, il est complexe d'en deviner les besoins spécifiques. Poser simplement la question des troubles de manière générale lors du premier entretien pourrait-être une solution permettant un espace de parole au patient. Au-delà, cette solution permettrait également de repérer d'autres troubles connus pour être problématiques concernant les soins bucco-dentaires en cabinet : TSA, trouble de l'oralité, trouble anxieux...

Des propositions d'améliorations pour la prise en charge en cabinet, que ce soit chez les 11 ans et moins ou les 12 ans et plus, résultent une tendance vers le besoin de rappels réguliers des rendez-vous (afin de palier au problème d'oubli), de distractions pendant les soins (écrans vidéo, objets à manipuler), et de méthodes de relaxation pour aider à gérer l'anxiété et

l'inconfort pendant les visites chez le dentiste. Chez les enfants, il en ressort également le besoin de faire des séances courtes et de faire des pauses du fait de la présence d'hyperactivité. Ces suggestions indiquent une utilité de personnalisation et de flexibilité dans les soins dentaires pour répondre aux besoins spécifiques des personnes atteintes de TDAH. Ces adaptations peuvent tout à fait s'appliquer aux personnes phobiques ou anxieuses mais ne présentant pas de diagnostic de TDAH. Dans cette optique, il serait intéressant de pouvoir comparer ces propositions d'amélioration avec un groupe témoin afin de définir plus spécifiquement les besoins liés au TDAH.

On observe aisément en quoi ces propositions d'amélioration de la prise en charge représentent un avantage pour les patients TDAH. Cependant, elles sont également avantageuses pour le chirurgien-dentiste et plus largement pour l'équipe du cabinet. Bénéficier de la mise en place de ces adaptations permettrait en priorité d'éviter des rendez-vous manqués fréquents dans cette population et aiderait à réaliser les soins dans des conditions plus apaisées.

Concernant la formulation des questions, elles sont tournées de manière négative. Cela peut biaiser les réponses. La question sur le mal être au cabinet dentaire aurait dû être précédé d'une question du type : « Est-ce que vous éprouvez un mal être en allant chez le chirurgien-dentiste ? » et si la réponse est « oui », demander les raisons de ce mal être. De plus, sur la dernière question qui indique « le niveau de difficulté pour se faire soigner », il y a une différence avec la question précédente sur « le niveau de facilité à suivre les recommandations d'hygiène bucco-dentaire au quotidien ». Ceci a pu générer une confusion, puisque de fait l'échelle est inversée, et ainsi biaiser les réponses et les interprétations qui peuvent en être faites.

CONCLUSION

Cette étude révèle des défis significatifs pour les personnes ayant un TDAH dans le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire et lors des soins en cabinet dentaire. Beaucoup de participants oublient de se brosser les dents deux fois par jour, et éprouvent de l'ennui et des difficultés de gestion du temps. Malgré un suivi régulier, l'anxiété liée aux soins est fréquente. Peu de participants évoquent leur TDAH avec leur dentiste, limitant les adaptations possibles. En cela, poser la question des troubles lors du premier entretien paraît nécessaire. De plus, une prévention accrue en terme de santé bucco-dentaire est à réaliser avec cette population, ainsi qu'un partage d'astuces pour les inciter à la maintenir.

La mise en place d'adaptations, comme les distractions visuelles et auditives, les rappels renforcés pour les rendez-vous mais également une communication adaptée à cette population (rassurer, responsabiliser sans infantiliser, accompagner...) pourrait améliorer la santé bucco-dentaire et le ressenti des patients lors de soins, mais également bénéficier aux praticiens. Ils en tireraient le bénéfice d'éviter des rendez-vous manqués et de réaliser des séances de soins plus apaisées.

Former le personnel dentaire à mieux comprendre et gérer les besoins des patients atteints de TDAH pourrait améliorer l'expérience globale des soins dentaires pour ces patients, et au-delà, bénéficier aux autres patients tels que des patients phobiques ou souffrant de handicap.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Critères de sélection.....	27
Tableau 2 - Population d'étude avant exclusion.....	30
Tableau 3 - Population d'étude après exclusion.....	30

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Autres diagnostics.....	32
Figure 2 - Fréquence de brossage.....	33
Figure 3 - Raison d'un brossage biquotidien compliqué - 11 ans et moins.....	34
Figure 4 - - Raison d'un brossage biquotidien compliqué - 12 ans et plus.....	34
Figure 5 - Niveau de facilité à suivre les recommandations d'hygiène bucco-dentaire - 11 ans et moins.....	35
Figure 6 - Niveau de facilité à suivre les recommandations d'hygiène bucco-dentaire - 12 ans et plus.....	36
Figure 7 - Fréquence de grignotage.....	37
Figure 8 - Présence d'anxiété avant ou pendant la visite chez le dentiste.....	38
Figure 9 - Avez-vous déjà évoqué votre TDAH à votre dentiste?.....	39
Figure 10 - Niveau de difficulté ressenti lors de soins en cabinet dentaire – 11 ans et moins.....	41
Figure 11 - Niveau de difficulté ressenti lors de soins en cabinet dentaire - 12 ans et plus.....	41

BIBLIOGRAPHIE

1. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021 Sep 1;128:789–818.
2. Purper-Ouakil D, Lepagnol-Bestel AM, Grosbellet E, Gorwood P, Simonneau M. Neurobiologie du trouble déficit de l'attention/ hyperactivité. *Med Sci (Paris)*. 2010 May 1;26(5):487–96.
3. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. 1997 Jan;121(1):65–94.
4. Sonuga-Barke EJ, Taylor E, Sembi S, Smith J. Hyperactivity and delay aversion--I. The effect of delay on choice. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992 Feb;33(2):387–98.
5. Sonuga-Barke EJS. Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*. 2002 Mar 10;130(1):29–36.
6. Sergeant J. The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2000 Jan;24(1):7–12.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 p. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed).
8. American psychiatric association. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1114 p.
9. Gallagher R, Blader J. The diagnosis and neuropsychological assessment of adult attention deficit/hyperactivity disorder. Scientific study and practical guidelines. *Ann N Y Acad Sci*. 2001 Jun;931:148–71.
10. Bunford N, Evans SW, Becker SP, Langberg JM. Attention-deficit/hyperactivity disorder and social skills in youth: a moderated mediation model of emotion dysregulation and depression. *J Abnorm Child Psychol*. 2015 Feb;43(2):283–96.
11. Purper-Ouakil D, Wohl M, Cortese S, Michel G, Mouren MC. Le trouble déficitaire de l'attention–hyperactivité (TDAH) de l'enfant et de l'adolescent. *Annales Medico-psychologiques - ANN MEDICO-PSYCHOL*. 2006 Feb 1;164:63–72.
12. Fried R, Chan J, Feinberg L, Pope A, Woodworth KY, Faraone SV, et al. Clinical correlates of working memory deficits in youth with and without ADHD: A controlled study. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2016;38(5):487–96.
13. Turgay A, Goodman DW, Asherson P, Lasser RA, Babcock TF, Pucci ML, et al. Lifespan persistence

of ADHD: the life transition model and its application. *J Clin Psychiatry*. 2012 Feb;73(2):192–201.

14. Normand S, Schneider BH, Lee MD, Maisonneuve MF, Kuehn SM, Robaey P. How do children with ADHD (mis)manage their real-life dyadic friendships? A multi-method investigation. *J Abnorm Child Psychol*. 2011 Feb;39(2):293–305.

15. Gardner DM, Gerdes AC. A Review of Peer Relationships and Friendships in Youth With ADHD. *J Atten Disord*. 2015 Oct;19(10):844–55.

16. Visser L, Linkersdörfer J, Rothe J, Görden R, Hasselhorn M, Gerd Schulte-Körne G. The role of ADHD symptoms in the relationship between academic achievement and psychopathological symptoms. *Res Dev Disabil*. 2020 Feb;97:103552.

17. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*. 2011 Mar;127(3):462–70.

18. Taanila A, Ebeling H, Tiihala M, Kaakinen M, Moilanen I, Hurtig T, et al. Association between childhood specific learning difficulties and school performance in adolescents with and without ADHD symptoms: a 16-year follow-up. *J Atten Disord*. 2014 Jan;18(1):61–72.

19. Craig F, Savino R, Fanizza I, Lucarelli E, Russo L, Trabacca A. A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Res Dev Disabil*. 2020 Mar;98:103571.

20. Slomkowski C, Klein RG, Mannuzza S. Is self-esteem an important outcome in hyperactive children? *J Abnorm Child Psychol*. 1995 Jun;23(3):303–15.

21. Asherson P, Buitelaar J, Faraone SV, Rohde LA. Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jun;3(6):568–78.

22. Agosti V, Chen Y, Levin FR. Does Attention Deficit Hyperactivity Disorder increase the risk of suicide attempts? *J Affect Disord*. 2011 Oct;133(3):595–9.

23. Frazier TW, Youngstrom EA, Glutting JJ, Watkins MW. ADHD and achievement: meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *J Learn Disabil*. 2007;40(1):49–65.

24. Quintero J, Morales I, Vera R, Zuluaga P, Fernández A. The Impact of Adult ADHD in the Quality of Life Profile. *J Atten Disord*. 2019 Jul;23(9):1007–16.

25. VIDAL [Internet]. [cited 2024 Mar 26]. TDAH : la prescription de méthylphénidate peut désormais être initiée en villexxxxxxxx. Available from: <https://www.vidal.fr/actualites/27908-tdah-la-prescription-de-methylphenidate-peut-desormais-etre-initiee-en-villexxxxxxxx.html>

26. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Meta-analysis of the efficacy of

methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2004 Feb;24(1):24–9.

27. Storebø OJ, Krogh HB, Ramstad E, Moreira-Maia CR, Holmskov M, Skoog M, et al. Methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: Cochrane systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomised clinical trials. *BMJ*. 2015 Nov 25;351:h5203.

28. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018 Sep;5(9):727–38.

29. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *Can J Psychiatry*. 2015 Feb;60(2):42–51.

30. Coughlin CG, Cohen SC, Mulqueen JM, Ferracioli-Oda E, Stuckelman ZD, Bloch MH. Meta-Analysis: Reduced Risk of Anxiety with Psychostimulant Treatment in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015 Oct;25(8):611–7.

31. Scionti N, Cavallero M, Zogmaister C, Marzocchi GM. Is Cognitive Training Effective for Improving Executive Functions in Preschoolers? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2019;10:2812.

32. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *AJP*. 2007;164(6):942–8.

33. Xu G, Strathearn L, Liu B, Yang B, Bao W. Twenty-Year Trends in Diagnosed Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Children and Adolescents, 1997-2016. *JAMA Netw Open*. 2018 Aug 3;1(4):e181471.

34. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014 Apr;43(2):434–42.

35. Song P, Zha M, Yang Q, Zhang Y, Li X, Rudan I. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 11:04009.

36. Caye A, Swanson J, Thapar A, Sibley M, Arseneault L, Hechtman L, et al. Life Span Studies of ADHD-Conceptual Challenges and Predictors of Persistence and Outcome. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Dec;18(12):111.

37. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006 Feb;36(2):159–65.
38. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*. 2020 Feb 8;395(10222):450–62.
39. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012 Jul;9(3):490–9.
40. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Braaten E, Doyle A, Spencer T, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry*. 2002 Jan;159(1):36–42.
41. Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, Jaeschke R, Bitter I, Balázs J, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. 2019 Feb;56:14–34.
42. Barry RJ, Clarke AR, Johnstone SJ. A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Qualitative and quantitative electroencephalography. *Clin Neurophysiol*. 2003 Feb;114(2):171–83.
43. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*. 2002 Oct 9;288(14):1740–8.
44. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2007 Dec 4;104(49):19649–54.
45. Burt SA. Rethinking environmental contributions to child and adolescent psychopathology: A meta-analysis of shared environmental influences. *Psychological Bulletin*. 2009;135(4):608–37.
46. Smith AK, Mick E, Faraone SV. Advances in genetic studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Apr;11(2):143–8.
47. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet*. 2009 Jul;126(1):51–90.
48. Volkow ND, Wang GJ, Kollins SH, Wigal TL, Newcorn JH, Telang F, et al. Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *JAMA*. 2009 Sep 9;302(10):1084–91.
49. Becker K, El-Faddagh M, Schmidt MH, Esser G, Laucht M. Interaction of dopamine transporter genotype with prenatal smoke exposure on ADHD symptoms. *J Pediatr*. 2008 Feb;152(2):263–9.
50. Stojanovski S, Felsky D, Viviano JD, Shahab S, Bangali R, Burton CL, et al. Polygenic Risk and Neural Substrates of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Youths With a History of

Mild Traumatic Brain Injury. *Biological Psychiatry*. 2019 Mar 1;85(5):408–16.

51. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Dtsch Arztebl Int*. 2017 Mar 3;114(9):149–59.

52. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017 Mar;9(1):47–65.

53. Ahlberg R, Garcia-Argibay M, Taylor M, Lichtenstein P, D’Onofrio BM, Butwicka A, et al. Prevalence of sleep disorder diagnoses and sleep medication prescriptions in individuals with ADHD across the lifespan: a Swedish nationwide register-based study. *BMJ Ment Health*. 2023 Aug;26(1):e300809.

54. El Archi S, Cortese S, Ballon N, Réveillère C, De Luca A, Barrault S, et al. Negative Affectivity and Emotion Dysregulation as Mediators between ADHD and Disordered Eating: A Systematic Review. *Nutrients*. 2020 Nov;12(11):3292.

55. Crimmins CR, Rathbun SR, Husmann DA. Management of urinary incontinence and nocturnal enuresis in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Urol*. 2003 Oct;170(4 Pt 1):1347–50.

56. Cortese S, Moreira-Maia CR, St Fleur D, Morcillo-Peñalver C, Rohde LA, Faraone SV. Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2016 Jan;173(1):34–43.

57. Drumond VZ, Souza GLN, Pereira MJ de C, Mesquita RA, Amin M, Abreu LG. Dental Caries in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis. *Caries Res*. 2022;56(1):3–14.

58. Hidas A, Noy AF, Birman N, Shapira J, Matot I, Steinberg D, et al. Oral health status, salivary flow rate and salivary quality in children, adolescents and young adults with ADHD. *Arch Oral Biol*. 2011 Oct;56(10):1137–41.

59. Mota-Veloso I, Ramos-Jorge J, Freitas LRP, Ferreira FO, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, et al. The prevalence of malocclusion is higher in schoolchildren with signs of hyperactivity. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2021 May;159(5):653–9.

60. Roy A, Ferraz Dos Santos B, Rompré P, Nishio C. Dental malocclusion among children with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2020 Nov;158(5):694–9.

61. Hasanin M, ElNaghy R, Olson D, Al-Jewair T. Three-dimensional analysis of upper airway and craniofacial morphology in orthodontic adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A comparative retrospective study. *International Orthodontics*. 2021 Dec 1;19(4):622–32.

62. Andersson H, Sonnesen L. Sleepiness, occlusion, dental arch and palatal dimensions in children

- attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Paediatr Dent*. 2018 Apr 1;19(2):91–7.
63. Chau YCY, Peng SM, McGrath CPJ, Yiu CKY. Oral Health of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord*. 2020 May;24(7):947–62.
64. Lalloo R. Risk factors for major injuries to the face and teeth. *Dent Traumatol*. 2003 Feb;19(1):12–4.
65. Hergüner A, Erdur AE, Başçiftçi FA, Herguner S. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. 2015 Apr;31(2):140–3.
66. VIDAL [Internet]. [cited 2024 Apr 13]. Méthylphénidate : substance active à effet thérapeutique. Available from: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/methylphenidate-6226.html>
67. Stookey GK. The effect of saliva on dental caries. *J Am Dent Assoc*. 2008 May;139 Suppl:11S-17S.
68. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La santé des élèves de CM2 en 2015: un bilan contrasté selon l'origine sociale. 2017 Feb;(0993).
69. Union Française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD). Santé bucco-dentaire des adultes. Evolutions. 2016 Mar;(N°35).

ANNEXES

Annexe 1 – Questionnaire

Les patients TDAH et les soins bucco-dentaires

Cette étude porte sur le **ressenti des patients atteint de TDAH vis-à-vis des soins bucco-dentaires**.

Je me présente: Andry RADANIELINA, étudiant en sixième année à l'Université de Bordeaux. Sous la direction du Dr Yves DELBOS, MCU-PH à l'UFR des Sciences Odontologiques de l'Université de Bordeaux, mon sujet de thèse a pour objectif de relever les difficultés que les patients TDAH ressentent vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire que ce soit au quotidien (par exemple le brossage des dents à la maison) ou au cabinet dentaire.

Malheureusement, ce trouble n'est pas très bien connu des dentistes et il est souvent associé à des préjugés. Le but est donc de sensibiliser les chirurgiens-dentistes afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Il s'adresse aux personnes **diagnostiquées TDAH par un médecin spécialisé** (pédo-psychiatre, psychiatre, neuro-psychiatre, neurologue, neuro-pédiatre, pédiatre).

Nous vous remercions pour votre participation.

Ce questionnaire dure environ 5 minutes.

Remarque sur la protection de la vie privée:

Ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier. Ainsi, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Votre participation à cette étude est volontaire et toutes les données collectées seront utilisées uniquement dans le cadre de notre recherche. Vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la publication des résultats.

Nous vous remercions une fois de plus pour votre contribution et votre confiance. Si vous avez des questions concernant la confidentialité ou le traitement des données, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse suivante : aradanielina@chu-bordeaux.fr

* Indique une question obligatoire

1. J'ai lu et compris les informations fournies ci-dessus concernant ma participation à cette étude.

Une seule réponse possible.

- J'ai compris et j'accepte de répondre aux questions
- Je refuse

Généralités

2. Age *

Une seule réponse possible.

- Moins de 11 ans *Passer à la question 4*
- 12 ans et plus *Passer à la question 33*

3. Sexe *

Une seule réponse possible.

- Masculin
- Féminin
- Je ne souhaite pas le préciser

Le TDAH chez l'enfant (11 ans et moins)

4. Est-ce que le diagnostic TDAH a été posé par un médecin spécialisé? (pédo- * psychiatre, psychiatre, neuro-psychiatre, neurologue, neuro-pédiatre, pédiatre)

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 5*
- Non
- Autre : _____

A propos du diagnostic

5. A quand remonte le diagnostic? *

Une seule réponse possible.

- Il y a moins d'1 an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- il y a plus de 10 ans
- Je ne sais plus

Concernant ton TDAH

6. Quels sont tes symptômes? *
(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Trouble de l'attention pur
 Avec hyperactivité / impulsivité

7. En dehors du TDAH, est-ce que tu as eu un diagnostic pour un autre trouble? *
(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'ai pas d'autre trouble
 Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
 Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)
 Trouble anxieux
 Trouble des apprentissages
 Dyspraxies / trouble de la coordination
 Trouble du comportement alimentaire (TCA)
 Autre : _____

8. Est-ce que tu as une prise en charge médicamenteuse pour traiter ton TDAH? (Ritaline, Concerta, Medikinet, Methylphenidate Arrow, Quasym) *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 9*
 Non *Passer à la question 10*
 Je ne sais pas ou ne souhaite pas me prononcer *Passer à la question 10*

A propos de la prise en charge médicamenteuse

9. Est-ce qu'il y a une amélioration de tes symptômes depuis le traitement? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

Hygiène dentaire au quotidien

10. A quelle fréquence te brosses-tu les dents? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- De temps en temps, pas tous les jours
- 1 fois par jour
- 2 fois par jour
- Autre : _____

11. Combien de temps dure le brossage de tes dents? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'une minute
- Plus d'une minute
- Je ne sais pas

12. Est-ce que quelqu'un t'aide pour le brossage ou vérifie que tes dents sont propres après le brossage? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- De temps en temps
- Autre : _____

13. Est-ce que c'est compliqué pour toi de te brosser les dents 2 fois par jour? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 14*
- Non *Passer à la question 15*
- Autre : _____

Le brossage bi-quotidien

14. Se brosser les dents 2 fois par jour est compliqué parce que: *
(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne savais pas qu'il fallait se brosser les dents 2 fois par jour
 Je ne le supporte pas
 Je m'ennuie quand je me brosse les dents
 J'oublie de me brosser les dents
 Je n'arrive pas à gérer mon temps
 Je refuse de me brosser les dents / je refuse qu'on me brosse les dents
 Autre : _____

Astuces pour se brosser les dents

Les recommandations pour une bonne hygiène dentaire sont:

- **se brosser les dents** 2 fois par jour pendant 2 minutes
- utiliser du **fil dentaire** et des **brossettes** interdentaires
- ne pas manger trop **sucré**
- ne pas **grignoter** entre les repas

15. Sur une échelle de 1 à 10, avec quel niveau de facilité arrives-tu à suivre ces recommandations d'hygiène bucco-dentaire au quotidien? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
C'est C'est très facile à suivre

16. Est-ce que tu as des astuces à partager pour faciliter ton hygiène dentaire au quotidien afin de respecter au mieux ces recommandations? *
(au moins le brossage 2 fois par jour pendant 2 minutes)

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 17*
 Non *Passer à la question 18*
 Autre : _____

Astuces pour se brosser les dents

17. Quelles astuces as-tu mis en place?

Les habitudes alimentaires

18. A quelle fréquence grignotes-tu entre les repas? *

Une seule réponse possible.

- Rarement
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par jour
- Autre : _____

19. A quelle fréquence consommes-tu les aliments/boissons suivants? *
(Plusieurs choix possibles)

Une seule réponse possible par ligne.

	Rarement	Au moins 1 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Sucre, miel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bonbon, chocolat, viennoiseries, glaces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yaourt sucré, pâte à tartiner, confiture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fast-food	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agrumes (orange, citron, pamplemousse...), vinaigrette, moutarde, comichon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jus de fruit (citron, orange...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soda (cola, fanta, sprite...), boisson énergétique (redbull, monster...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les soins au cabinet dentaire

20. Quand était ta dernière visite chez le dentiste? *

Une seule réponse possible.

- Il y a moins d'un an
 Il y a plus d'un an

21. Quel était le motif de cette visite? *

Plusieurs réponses possibles.

- Contrôle / détartrage
 J'avais mal aux dents
 Autre : _____

22. Est-ce que tu éprouves de l'anxiété avant ou pendant une visite chez le dentiste? *

Une seule réponse possible.

- Toujours
 Parfois
 Rarement
 Jamais
 Je ne sais pas

23. Quelles sont tes principales sources de mal être chez le dentiste? *
(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
 Patienter dans la salle d'attente
 Bruits
 Odeurs
 Appréhension de la douleur
 Proximité physique lors du soin
 Sensations physiques liées aux soins (anesthésie, sensibilité des dents...)
 Etre allongé longtemps sur le fauteuil
 Autre : _____

24. As-tu déjà évoqué ton TDAH au chirurgien-dentiste? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

25. As-tu déjà demandé des adaptations spécifiques pendant les soins dentaires pour être plus à l'aise? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 26*
 Non *Passer à la question 27*
 Autre : _____

Adaptation au cabinet dentaire

26. Quelles adaptations ont été mises en place?

Les soins au cabinet dentaire (suite)

27. Est-ce que quelqu'un de l'équipe d'un cabinet dentaire (dentiste, assistante, secrétaire) a déjà été désagréable avec toi en raison de ton TDAH? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 28*
 Non *Passer à la question 29*
 Je ne sais pas *Passer à la question 29*

Équipe soignante désagréable

28. En quoi et pourquoi ont-ils été désagréables?

Les soins au cabinet dentaire (suite)

29. Est-ce que selon toi, un dentiste a déjà refusé de te prendre en charge en raison de ton TDAH? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

30. As-tu des propositions pour améliorer la visite chez le dentiste des personnes atteintes de TDAH? *
(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Séances courtes
- Séances plutôt le matin (quand le traitement est le plus efficace)
- Pause pendant les soins
- Relaxation/Hypnose
- Ecran avec vidéo
- Casque de réalité virtuelle
- pré-médication
- Fidgets (objets pour occuper les mains)
- Rappels de rendez-vous renforcé (sms, email, appel)
- Autre : _____

31. Sur une échelle de 1 à 10, quel est le niveau de difficulté ressenti lorsque l'on te soigne en cabinet dentaire?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C'est C'est très facile de me faire soigner chez le dentiste

32. Que souhaites-tu ajouter concernant ton ressenti sur les soins dentaires en cabinet?

Le TDAH chez les adolescents et les adultes (plus de 12 ans)

33. Est-ce que le diagnostic TDAH a été posé par un médecin spécialisé? *
- (pédo-psychiatre, psychiatre, neuro-psychiatre, neurologue, neuro-pédiatre, pédiatre)

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 34*
- Non
- Autre : _____

A propos du diagnostic

34. A quand remonte le diagnostic? *

Une seule réponse possible.

- Il y a moins d'1 an
- Entre 1 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Il y a plus de 10 ans
- Je ne sais plus

Concernant votre TDAH

35. Quels sont vos symptômes? *
- (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Trouble de l'attention pur
- Avec hyperactivité / impulsivité

36. En dehors du TDAH, est-ce que vous avez eu un diagnostic pour un autre trouble? *
- (plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'ai pas d'autre trouble
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)
- Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)
- Trouble anxieux
- Trouble des apprentissages
- Dyspraxies / trouble de la coordination
- Trouble du comportement alimentaire (TCA)
- Autre : _____

37. Est-ce que vous avez une prise en charge médicamenteuse pour traiter votre TDAH? (Ritaline, Concerta, Medikinet, Methylphenidate Arrow, Quasym) *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 38*
- Non *Passer à la question 39*
- Je ne sais pas ou ne souhaite pas me prononcer *Passer à la question 39*

A propos de la prise en charge médicamenteuse

38. Est-ce qu'il y a une amélioration de vos symptômes depuis le traitement? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

Hygiène dentaire au quotidien

39. A quelle fréquence vous brossez-vous les dents? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- De temps en temps, pas tous les jours
- 1 fois par jour
- 2 fois par jour
- Autre : _____

40. Combien de temps dure le brossage de vos dents? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'une minute
- Plus d'une minute
- Je ne sais pas

41. Est-ce que c'est compliqué de vous brosser les dents 2 fois par jour? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 42*
- Non *Passer à la question 43*
- Autre : _____

Brossage bi-quotidien

42. Se brosser les dents 2 fois par jour est compliqué parce que: *

Plusieurs réponses possibles.

- Je ne savais pas qu'il fallait se brosser les dents 2 fois par jour
- Je ne le supporte pas
- Je m'ennuie quand je me brosse les dents
- J'oublie de me brosser les dents
- Je n'arrive pas à gérer mon temps
- Autre : _____

Astuces pour se brosser les dents

Les recommandations pour une bonne hygiène dentaire sont:

- **se brosser les dents** 2 fois par jour pendant 2 minutes
- utiliser du **fil dentaire** et des **brossettes** interdentaires
- ne pas manger trop **sucré**
- ne pas **grignoter** entre les repas

43. Sur une échelle de 1 à 10, avec quel niveau de facilité arrivez-vous à suivre * ces recommandations d'hygiène bucco-dentaire au quotidien?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C'es C'est très facile à suivre

44. Est-ce que vous avez des astuces à partager pour faciliter votre hygiène dentaire au quotidien afin de respecter au mieux ces recommandations? * (au moins le brossage 2 fois par jour pendant 2 minutes)

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 45*
- Non *Passer à la question 46*
- Autre : _____

Astuces pour se brosser les dents

45. Quelles astuces avez-vous mis en place?

Habitudes alimentaires

46. A quelle fréquence grignotez-vous entre les repas? *

Une seule réponse possible.

- Rarement
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- Une fois par jour
- Plusieurs fois par jour
- Autre : _____

47. A quelle fréquence consommez-vous les aliments/boissons suivants? *
(Plusieurs choix possibles)

Une seule réponse possible par ligne.

	Rarement	Au moins 1 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Sucre, miel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bonbon, chocolat, viennoiseries, glaces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yaourt sucré, pâte à tartiner, confiture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fast-food	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agrumes (orange, citron, pamplemousse...), vinaigrette, moutarde, cornichon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jus de fruit (citron, orange...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soda (cola, fanta, sprite...), boisson énergétique (redbull, monster...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool (vin, bière, spiritueux...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les soins au cabinet dentaire

48. Quand était votre dernière visite chez le dentiste? *

Une seule réponse possible.

Il y a moins d'un an

Il y a plus d'un an

49. Quel était le motif de cette visite? *

Plusieurs réponses possibles.

Contrôle / détartrage

J'avais mal aux dents

Autre : _____

50. Est-ce que vous éprouvez de l'anxiété avant ou pendant une visite chez le dentiste? *

Une seule réponse possible.

Toujours

Parfois

Rarement

Jamais

Je ne sais pas

51. Quelles sont vos principales sources de mal être chez le dentiste? *
(plusieurs réponse possibles)

Plusieurs réponses possibles.

Aucune

Patienter dans la salle d'attente

Bruits

Odeurs

Appréhension de la douleur

Proximité physique lors du soin

Sensations physiques liées aux soins (anesthésie, sensibilité des dents...)

Etre allongé longtemps sur le fauteuil

Autre : _____

52. Est-ce que vous avez déjà évoqué votre TDAH au chirurgien-dentiste? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

53. Avez-vous déjà demandé des adaptations spécifiques pendant les soins dentaires pour être plus à l'aise? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 54*
- Non *Passer à la question 55*
- Autre : _____

Adaptation au cabinet dentaire

54. Quelles adaptations ont été mises en place?

Les soins au cabinet dentaire (suite)

55. Est-ce que l'équipe d'un cabinet dentaire (dentiste, assistante, secrétaire) a déjà été désagréable avec vous en raison de votre TDAH? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 56*
- Non *Passer à la question 57*
- Je ne sais pas *Passer à la question 57*

Équipe soignante désagréable

56. En quoi et pourquoi ont-ils été désagréables?

Les soins au cabinet dentaire (suite)

57. Est-ce que, selon vous, un dentiste a déjà refusé de vous prendre en charge *
en raison de votre TDAH?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

58. Avez-vous des propositions pour améliorer la visite chez le dentiste des *
personnes atteintes de TDAH?
(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Séances courtes
 Séances plutôt le matin (quand le traitement est le plus efficace)
 Pause pendant les soins
 Relaxation/Hypnose
 Ecran avec vidéo
 Casque de réalité virtuelle
 pré-médication
 Fidgets (objets pour occuper les mains)
 Rappels de rendez-vous renforcé (sms, email, appel)
 Autre : _____

59. Sur une échelle de 1 à 10, quel est le niveau de difficulté ressenti lorsque *
l'on vous soigne en cabinet dentaire?

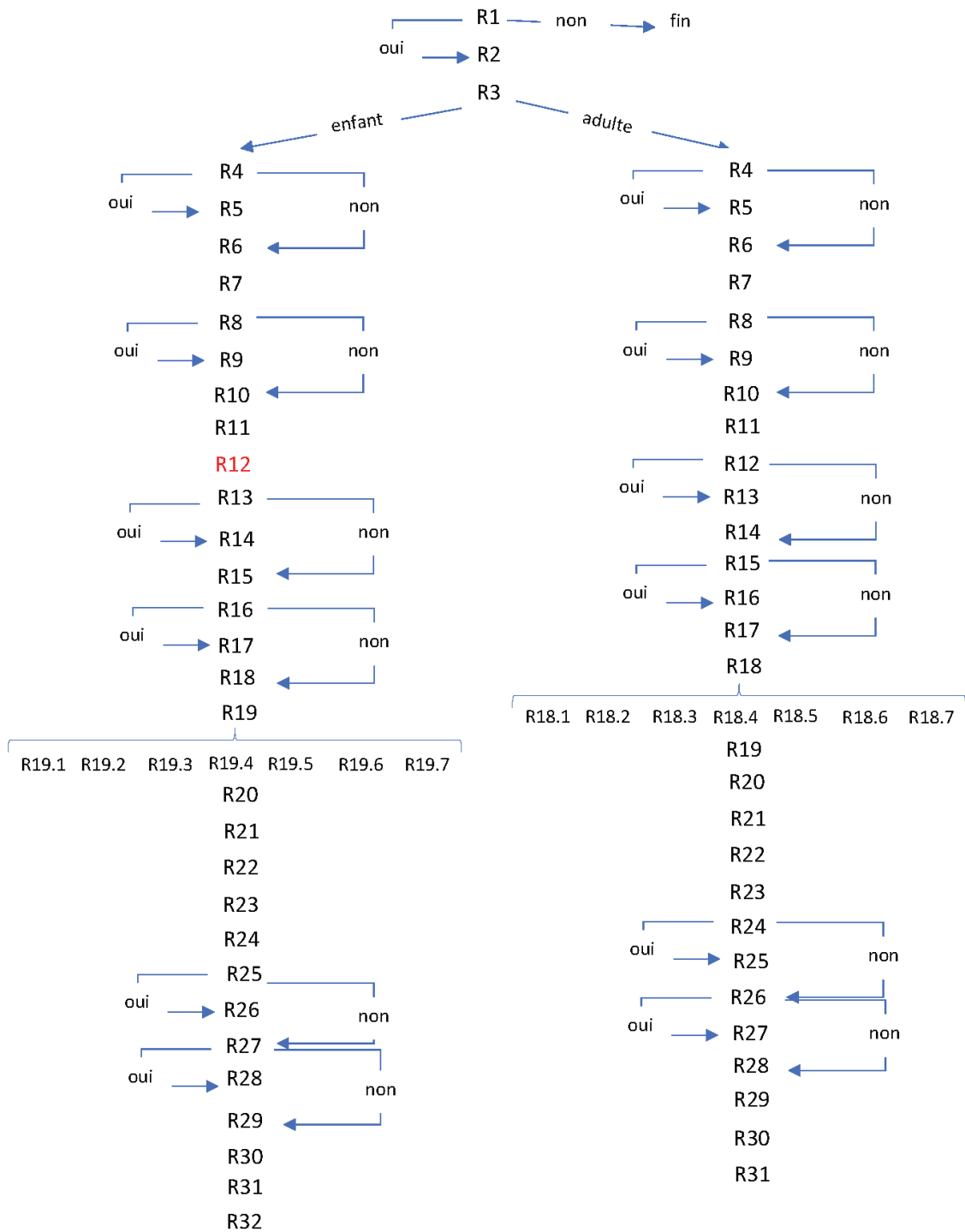
Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

C'es C'est très facile de me faire soigner chez le dentiste

60. Que souhaitez-vous ajouter concernant votre ressenti sur les soins dentaires
en cabinet?

Annexe 2 – Schéma de réponses



Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

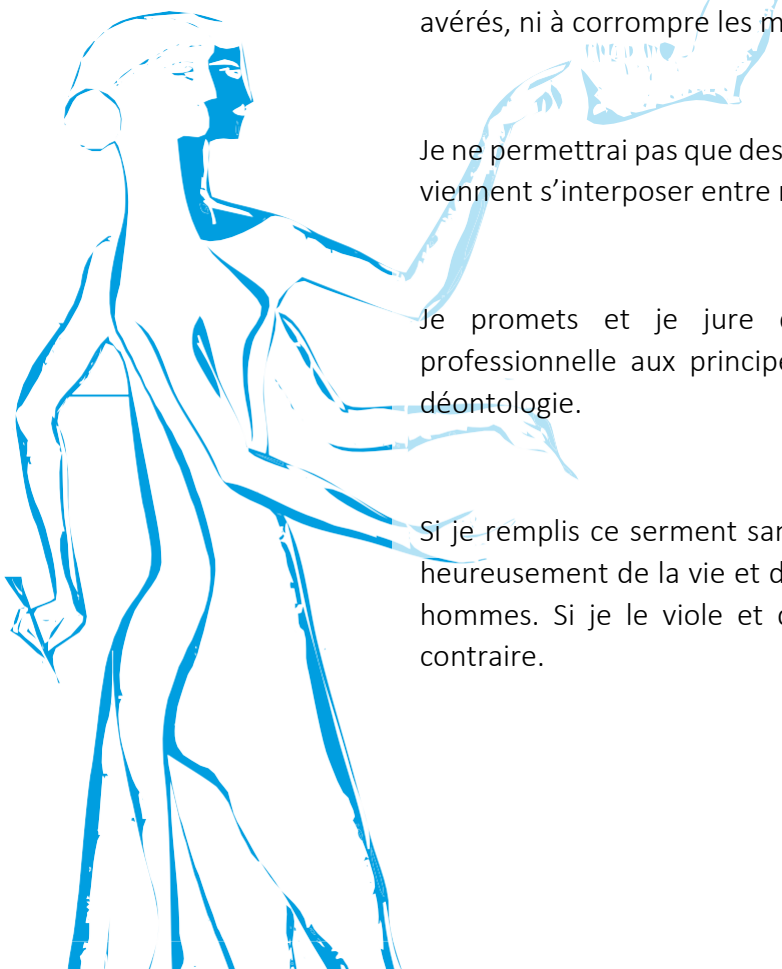
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury, Date,

Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques, Date,

Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux, Date,

Signature :

Titre : Les patients TDAH et leur relation à l'hygiène bucco-dentaire quotidienne et aux soins en cabinet dentaire

Résumé : Cet étude vise à évaluer les difficultés des patients atteints de TDAH pour maintenir une hygiène bucco-dentaire quotidienne et comprendre les défis qu'ils rencontrent lors des soins dentaires en cabinet. Un questionnaire anonyme en ligne a été diffusé via l'association TDAH Partout Pareil, et les réponses de 205 participants ont été analysées.

Résultats : 58% des 11ans et moins et 67% des 12 ans et plus se brossent les dents 1 fois par jour ou moins. Ceci est dû principalement à l'oubli du brossage, à l'ennui et aux difficultés de gestion du temps. Le grignotage est fréquent, avec 51% des participants de 12 ans et plus et 24% des moins de 11 ans grignotant au moins une fois par jour. En cabinet dentaire, 55% des patients de 12 ans et plus et 49% des enfants de moins de 11 ans ressentent de l'anxiété. Peu d'entre eux parlent de leur TDAH à leur dentiste (62% des moins de 11 ans et 76% des 12 ans et plus), limitant ainsi les adaptations possibles. Les principales sources de mal-être sont l'appréhension de la douleur (71% des moins de 11 ans, 61% des 12 ans et plus), les sensations physiques liées aux soins (66% des 12 ans et plus), et les bruits (51% des moins de 11 ans, 48% des 12 ans et plus). Des adaptations telles que les distractions visuelles et auditives, les rappels renforcés de rendez-vous mais aussi une communication adaptée peuvent améliorer le confort des patients lors des soins mais également améliorer le confort des soignants.

Les conclusions soulignent la nécessité de former le personnel dentaire pour mieux comprendre et gérer les besoins spécifiques des patients atteints de TDAH. La prise en compte de ces recommandations pourrait améliorer l'expérience des soins dentaires et l'hygiène bucco-dentaire des patients, tout en bénéficiant également à d'autres patients anxieux ou phobiques.

Mots clés : Trouble Déficitaire de l'Attention ; Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ; Hygiène buccodentaire ; Étude d'observation

Title : ADHD Patients and Their Relationship with Dental Care

Abstract : This study aims to evaluate the difficulties faced by patients with ADHD in maintaining daily oral hygiene and to understand the challenges they encounter during dental care in the clinic. An anonymous online questionnaire was distributed via the association TDAH Partout Pareil, and the responses of 205 participants were analyzed.

Results: 58% of children aged 11 and under and 67% of those aged 12 and over brush their teeth once a day or less. This is mainly due to forgetting to brush, boredom, and difficulties in time management. Snacking is frequent, with 51% of participants aged 12 and over and 24% of those aged 11 and under snacking at least once a day. In the dental clinic, 55% of patients aged 12 and over and 49% of children aged 11 and under feel anxious. Few of them mention their ADHD to their dentist (62% of those aged 11 and under and 76% of those aged 12 and over), thus limiting possible adaptations. The main sources of discomfort are fear of pain (71% of those aged 11 and under, 61% of those aged 12 and over), physical sensations related to treatment (66% of those aged 12 and over), and noises (51% of those aged 11 and under, 48% of those aged 12 and over). Adaptations such as visual and auditory distractions, reinforced appointment reminders, and adapted communication can improve the comfort of patients during care, but also improve the comfort of caregivers. The conclusions highlight the need to train dental staff to better understand and manage the specific needs of patients with ADHD. Implementing these recommendations could improve the dental care experience and oral hygiene of patients, while also benefiting other anxious or phobic patients.

Keywords : ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oral Hygiene, Observational Study