

**UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

---

Année : 2015

Thèse : 2015-TOU3-3066

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Tatiana LE DOARE**

Le 26 Octobre 2015

---

**ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS EN  
INSTITUT MEDICO-EDUCATIF EN MIDI-PYRENEES**

Directeurs de thèse : Docteur Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN  
Docteur Magalie GOTTLE

---

JURY

Président

Professeur Franck DIEMER

Assesseur

Docteur Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

Assesseur

Docteur Marie GURGEL-GEORGELIN

Assesseur

Docteur Magalie GOTTLE





## Faculté de Chirurgie Dentaire



### ➔ DIRECTION

#### DOYEN

Mr Philippe POMAR

#### ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT

#### CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN

#### PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

#### RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Marie-Christine MORICE

### ➔ HONORARIAT

#### DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE †

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

### ➔ ÉMÉRITAT

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

### ➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

#### **56.01** PÉDODONTIE

##### *Chef de la sous-section :*

Professeur d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Chargés d'Enseignement :

##### *Mr VAYSSE*

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Mme NOIRRI-ESCLASSAN

Mme DARIES, Mr MARTY

Mr DOMINÉ

#### **56.02** ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

##### *Chef de la sous-section :*

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Assistant Associé

Chargés d'Enseignement :

##### *Mr BARON*

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Mr TOURÉ

Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

#### **56.03** PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

##### *Chef de la sous-section :*

Professeur d'Université :

Maître de Conférences :

Assistant :

Chargés d'Enseignement :

##### *Mr HAMEL*

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Mlle BARON

Mr DURAND, Mr PARAYRE

### **57.01 PARODONTOLOGIE**

**Chef de la sous-section :** *Mr BARTHET*  
Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN  
Assistants : Mr MOURGUES, Mme VINEL  
Chargés d'Enseignement : Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER

### **57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION**

**Chef de la sous-section :** *Mr CAMPAN*  
Professeur d'Université : Mr DURAN  
Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY  
Assistants : Mme BOULANGER, Mme CROS, Mr EL KESRI  
Chargés d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

### **57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE**

**Chef de la sous-section :** *Mr KÉMOUN*  
Professeurs d'Université : Mr KEMOUN  
Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr POULET  
Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mme PESUDO, Mme SOUBIELLE  
Chargés d'Enseignement : Mr BLASCO-BAQUE, Mr SIGNAT, Mme VALERA

### **58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE**

**Chef de la sous-section :** *Mr GUIGNES*  
Professeurs d'Université : Mr DIEMER  
Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE  
Assistants : Mr. ARCAUTE, Mr. BONIN, Mr. BUORO, Me DEDIEU, Me DUEYMES, Mr. MICHETTI  
Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

### **58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)**

**Chef de la sous-section :** *Mr CHAMPION*  
Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR  
Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS  
Assistants : Mr CHABRERON, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mr KNAFO, Mme SELVA  
Chargés d'Enseignement : Mr BOGHANIM, Mr DESTRUHAUT, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GHRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE, Mr POGEANT, Mr RAYNALDY, Mr GINESTE

### **58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE**

**Chef de la sous-section :** *Mme JONJOT*  
Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE  
Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr NASR  
Assistants : Mr CANIVET, Mme GARNIER, Mr MONSARRAT  
Chargés d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr ETIENNE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

-----  
*L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.  
(Délibération en date du 12 Mai 1891).*

*Mise à jour au 29 septembre 2015*

*A Grand-mère Miette,*

## REMERCIEMENTS

A toi **Maman**, ma « Va de l'avant » préférée, maman poule par excellence, toujours là pour moi, pour nous trois, à t'oublier toi-même parfois. Merci pour tout ce que tu as pu faire pour nous, merci pour ton amour et ton soutien quotidien. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à toi.

A toi **Papa**, Pitbull pour les intimes, Esmoc pour les encore plus intimes. Sans ton amour et ces nombreux traits de caractère que tu m'as légués, je n'en serais pas là. Merci de m'avoir transmis ta détermination, ton humour à toute épreuve et de m'avoir appris à ne jamais baisser les bras.

Vous êtes mes piliers et un jour, je saurai vous remercier à la hauteur de tout ce que vous avez pu m'apporter. Je vous aime.

A mes **dadaches Audrey et Estelle**, mes petites sœurs d'amour, mes petites tronches de cake. Vous êtes tout pour moi, le meilleur cadeau que la vie a pu me faire. Merci d'être vous, avec vos qualités (nombreuses) et vos défauts (hilarants). Vous avoir à mes côtés pour les prochaines années me rend confiante en l'avenir. Alors à nos prochains fous rires, à nos prochains coups de cœur et à la vie ensemble !

A toi **Grand-Mère**, j'aurais tant aimé que tu sois là avec nous. La vie sans toi n'a pas la même saveur mais tu as bien laissé ta marque sur chacun d'entre nous. Alors merci pour tous les moments que j'ai eu la chance de partager avec toi, pour toutes les valeurs que tu m'as transmises et pour ce caractère à la bretonne. Je t'aime.

A ma petite **Mamie**, merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir toujours entourée de ton amour inconditionnel. Je n'aurais pu rêver d'une meilleure mamie et si j'en suis là aujourd'hui, c'est aussi largement grâce à toi. Je t'aime.

A mes **oncles**, mes **tantes**, mon **parrain**, ma **marraine** et mes **cousines** et **cousins**. La famille est ce qu'on a de plus important et grandir entourée de vous tous a été une chance incroyable. Merci pour ces rires et ces moments qui font de mon enfance un souvenir impérissable.

A toi, **Solenn**, ma grande cousine. Que je continue de te rendre fière là où tu es.

A toi **Camille**, ma « petite » cousine, ma troisième petite sœur. Tu le sais, la vie nous éloigne parfois, séparées par des kilomètres. Mais tu as une place bien spéciale dans mon cœur et tu pourras toujours compter sur moi. Toutes ces années à grandir, à rire et à faire toutes les bêtises inimaginables ensemble me font sourire en y pensant. Merci d'être toi.

A **Louise, Marie et Manon**, mes copines d'amour. La vie avec vous est une montagne russe. Même dispersées, même éloignées, je sais que vous serez toujours là et que je peux toujours compter sur vous. Merci d'être vous, merci pour tous ces voyages, ces soirées, ces cafés en terrasse, ces rires et votre soutien quoiqu'il arrive. Merci pour vos familles qui sont incroyables.

A mon **gros papillon**. Qui aurait cru que notre amitié deviendrait ce qu'elle est aujourd'hui ? Merci pour ces années d' « études », ces voyages à l'autre bout du monde, ta présence perpétuelle et tes conseils avisés. T'avoir loin de moi l'année prochaine va être très dur mais tu le sais, tu es un pilier dans ma vie, alors à toi, à ta famille merveilleuse et à nos prochaines escapades !

A mon binome **Hélène**, merci pour ces années passées côte à côte. Tu m'as appris à sortir de ma zone de confort, à me dépasser et apprendre notre métier ensemble a été une aventure incroyable ! Merci !

A mes copines **Capucine, Diane, Anaïs et Marine**. Merci pour tous ces moments passés ensemble, pour votre présence, votre bonne humeur et votre folie.

A mes **copains de promo**, Julien, Patu, Jean, Pierre, Thibault, Boy, DX, Victor, Labé, Micha, JB. Merci pour avoir fait de ces années d'études un plaisir et une fête de tous les instants.

A **Valérie**, ma copine de toujours. Ta bonne humeur, ta joie de vivre, ton altruisme font de toi une personne indispensable à ma vie. Merci d'avoir toujours été là et d'avoir su pardonner mon incapacité chronique à donner des nouvelles.

A **Valentin, Maxime et Pierre Jean**. Merci d'être toujours mes copains après ces années dispersés aux quatre coins de la France et d'Espagne. Ma porte sera toujours grande ouverte pour vous ( et le frigo bien chargé de bières, ne vous inquiétez pas ! ).

A **Tirab et Auriane**, mes piliers de bar préférés. On trouve parfois des amis dans des endroits improbables ( qui a mentionné l'Echanson ? ) mais vous êtes sans conteste ma meilleure découverte de l'année.

A vous mes copains de pas très longtemps mais que j'aime déjà beaucoup : Margot, Caro, aux habitués de Noustock, à Fabien et Laéti ( et votre petite Charlotte ), Yo et Virginie. Apprendre à vous connaître un peu plus à chaque fois est un plaisir sans fin !

A vous, **Claude, Claudie et Angélique**. Merci de m'avoir si bien accepté dans votre belle petite famille !

A vous **Marc et Françoise, Christelle, Séverine et Murièle**. Merci de m'avoir redonné foi en ce métier à un moment où je l'avais perdue, de m'avoir prouvé que l'on pouvait exercer de manière humaine et dans une bonne humeur perpétuelle. Merci pour ce petit paradis qu'est le cabinet à Auvillar.

A **Guismo**, compagnon perpétuel de rédaction. Lichette. (Oui, j'ai osé, j'ai dédicacé cette thèse à mon chien !)

*Et à toi **Olivier**, toi qui aimes tant les déclarations : merci pour tout. Ton grand sourire, ta bonne humeur et ton amour font de mes journées un bonheur. Tu m'as changée en mieux, fait grandir et il me tarde de vivre la suite de notre aventure. Merci de m'aimer, de me supporter, merci d'être toi. Avec toi, c'est « le plus beau jour de toute ma vie » tous les jours !*

*Cœur cœur x 10000.*

Remerciements tout particuliers aux infirmiers et infirmières avec qui j'ai pu travailler durant cette année, qui ont pris le temps de m'accueillir, de me présenter sur les différentes structures et se rendre disponible pour rendre ce travail le plus complet possible.

Merci Karine, Chantal, Vincent, Valérie et Nathalie.

Puis aux petits patients comme aux plus grands qui ont transformé une idée de sujet de thèse en une expérience humaine incroyable.

***A notre Président du jury:***

***Professeur Franck DIEMER***

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Diplôme d'Etude Approfondies en Education, Formation et Insertion  
Toulouse Le Mirail,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier,

*Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la  
présidence de cette thèse.*

*Nous nous souviendrons de la qualité de votre  
enseignement et de votre travail.*

*Veillez trouver dans cet exposé le témoignage de toute  
notre admiration et notre profond respect pour votre  
enseignement*

*A notre Jury et Directrice de thèse,*

***Docteur Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN***

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait d'avoir accepté de diriger cette thèse et d'y avoir apporté votre expérience.*

*Nous vous remercions pour votre temps consacré à ce travail, votre entière disponibilité et vos conseils avisés.*

*Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir introduit au monde du handicap par l'intermédiaire de ces visites en IME au cours de la 6<sup>ème</sup> année et de ces vacations MEOPA à l'hôpital des enfants.*

*Nous nous souviendrons de l'excellent enseignement que vous avez su nous apporter, tant sur le plan théorique que clinique, ainsi que de votre bonne humeur pendant toutes ces années.*

*Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre respect le plus sincère.*

*A notre Jury de thèse,*

***Docteur Marie GURGEL - GEORGELIN***

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier  
d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Doctorat d'Université – Université d'Auvergne-Clermont I,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- D.E.A. MASS Lyon III,
- Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales

*Nous tenons à vous remercier d'honorer notre travail en  
acceptant de participer à notre jury de thèse.  
Veuillez croire en l'expression de notre sincère reconnaissance  
et de notre profond respect.*

*A notre Jury et Directrice de thèse,*

*Docteur Magalie GOTTLE*

- Ex-assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Certificat d'Etudes Supérieures de Chirurgie Dentaire : Orthopédie Dento-Faciale
- Attestation d'Etudes Approfondies (AEA),
- Master1 Sciences, technologies, santé, mention : Biologie, santé

*Nous vous remercions d'avoir accepté si spontanément de diriger ce travail, pour votre implication et vos conseils permanents et avisés.*

*Nous vous sommes reconnaissants pour cette année de clinique en 6<sup>ème</sup> année et ces vacances de pédodontie du mercredi après-midi où votre expérience et votre bonne humeur perpétuelle ont bonifié notre formation universitaire et clinique.*

*Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère gratitude pour la gentillesse, la pédagogie et le soutien que vous nous avez apporté en clinique et tout au long de ce travail.*

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	- 15 -
I. LE HANDICAP CHEZ L'ENFANT EN FRANCE .....	- 16 -
1. Le handicap du point de vue étymologique.....	- 16 -
2. Le handicap du point de vue historique.....	- 17 -
3. Définitions.....	- 20 -
4. Classifications et étiologie .....	- 21 -
5. Epidémiologie en France et Midi-Pyrénées .....	- 30 -
6. Définition et fonctionnement d'un institut médico-éducatif.....	- 35 -
II. LE HANDICAP ET LA SANTE BUCCO-DENTAIRE CHEZ L'ENFANT .....	- 40 -
1. Conséquences .....	- 40 -
1. Pathologies infectieuses .....	- 40 -
2. Troubles fonctionnels.....	- 44 -
3. Pathologies traumatiques.....	- 46 -
4. Habitudes orales néfastes .....	- 47 -
2. Répercussions chez l'enfant.....	- 48 -
III. ANALYSE ET RESULTATS DE L'ETUDE EN MIDI-PYRENEES .....	- 51 -
1. Etude sur l'état de santé bucco-dentaire en IME – Volet dépistage.....	- 51 -
1. Méthode.....	- 51 -
2. Résultats .....	- 53 -
a) Données générales .....	- 53 -
▪ Population examinée.....	- 53 -
▪ Réalisation de l'examen.....	- 54 -
▪ Facteurs de risque notés.....	- 54 -
▪ Mesures d'hygiène bucco-dentaire mises en place.....	- 55 -
b) Etat parodontal.....	- 56 -
▪ Plaque .....	- 56 -
▪ Tartre .....	- 56 -
▪ Inflammation gingivale.....	- 57 -
c) Etat dentaire.....	- 58 -
▪ Lésions carieuses cliniquement visibles sur dents temporaires.....	- 58 -
▪ Lésions carieuses cliniquement visibles sur dents permanentes.....	- 59 -
▪ Dents soignées .....	- 60 -

▪ Dents absentes .....	- 61 -
▪ Foyers infectieux avérés .....	- 62 -
d) Prise en charge.....	- 62 -
▪ Structure de prise en charge.....	- 62 -
▪ Type de soins .....	- 63 -
3. Discussion .....	- 63 -
2. Etude sur la santé bucco-dentaire réalisée auprès du personnel de santé en IME...	- 67 -
1. Méthode.....	- 67 -
2. Résultats .....	- 67 -
1. L'hygiène bucco-dentaire en IME en général .....	- 67 -
2. Ressenti du personnel de santé quant à l'hygiène bucco-dentaire .....	- 69 -
3. Quels besoins en IME ?.....	- 71 -
3. Discussion .....	- 72 -
3. Perspectives d'avenir.....	- 73 -
CONCLUSION .....	- 75 -
BIBLIOGRAPHIE .....	- 77 -
TABLE DES ILLUSTRATIONS .....	- 80 -
ANNEXES .....	- 82 -
a. Liste d'IME visitées .....	- 82 -
b. Questionnaire soumis au personnel.....	- 83 -

## INTRODUCTION

L'état de santé bucco-dentaire chez l'enfant handicapé est relativement peu documenté. Pourtant, aujourd'hui, plus de 95 millions d'enfants dans le monde sont porteurs d'un handicap. En France, plus de 69800 enfants sont accueillis dans les 1211 Instituts Médico Educatifs disséminés sur le territoire. Ces instituts sont dédiés à l'accueil des enfants et adolescents, porteurs d'une déficience intellectuelle pouvant être associée à des troubles de la personnalité, à des troubles moteurs et/ou sensoriels mais aussi à des déficits graves de la communication.

La bouche est le siège de nombreuses fonctions telles la respiration, la mastication, la déglutition ; elle est responsable de la phonation et de l'échange avec les autres. Elle est aussi une des principales portes d'entrée infectieuse du corps. Un problème bucco-dentaire pourra alors avoir des répercussions sur la qualité de vie et la santé générale du patient, en particulier en cas de pathologies associées.

Un bon état bucco-dentaire passe par une hygiène quotidienne et des contrôles professionnels réguliers, mais le manque d'autonomie de cette population entraîne une implication de tiers. C'est pourquoi nous avons cherché à évaluer la santé bucco-dentaire des enfants en institution en réalisant un dépistage dans 7 Instituts Médico-Educatifs de la région Midi-Pyrénées. Nous nous sommes ensuite intéressés au ressenti du personnel de soins et au rôle des IME dans la prise en charge de leurs pensionnaires.

Dans une première partie, nous dresserons un portrait général du handicap chez l'enfant en France, en exposant sa diversité et sa prise en charge. Dans une seconde partie, nous exposerons les relations entre le handicap et la santé bucco-dentaire. Enfin, dans notre troisième et dernière partie, nous analyserons les résultats de notre étude, ceux du dépistage dans un premier temps et ceux de l'étude réalisée auprès du personnel de soins dans un deuxième temps.

---

# I. LE HANDICAP CHEZ L'ENFANT EN FRANCE

---

## 1. LE HANDICAP DU POINT DE VUE ETYMOLOGIQUE

Définir le handicap est une étape indispensable pour caractériser le phénomène et comprendre la dynamique de ce dernier.

Le terme même « Handicap » vient de l'anglais « Hand in cap » et fait référence à un modèle de jeu en cours au 16ème siècle. Les joueurs s'échangeaient des objets et misaient sur un chapeau. Un handicap fait référence à une situation défavorable, négative, une « mauvaise pioche ».(1)

Introduit dans la langue française au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, il désigne dans le domaine des courses hippiques une "course dans laquelle on égalise les chances des concurrents en répartissant des désavantages proportionnés à la force des chevaux". De façon générale, il évoque l'idée de désavantage, de mise en infériorité. Ainsi, dans le domaine sportif, dans les courses à handicap, pour égaliser les chances des concurrents, on impose à certains un avantage ou un désavantage de temps, de distance ou de poids. (2)

La notion d'*handicap* est aujourd'hui la plus courante pour évoquer les anciens termes d'infirmité, d'inaptitude, d'impotence, d'invalidité, et autres termes privatifs, évoquant la faiblesse, le manque, le déficit corporel ; plusieurs sont tombés en désuétude.

## 2. LE HANDICAP DU POINT DE VUE HISTORIQUE

De l'Antiquité à nos jours, le concept d'handicap a considérablement évolué.

En effet, dans l'Antiquité, il était surtout synonyme d'exclusion, les personnes handicapées étant considérées comme impures ou victimes de malédictions. Dans la mythologie grecque par exemple, Héphaïstos, fils d'Héra et Zeus, fut jeté au pied de l'Olympe par sa mère, rebutée par sa laideur. Œdipe encore fut écarté de la ville à cause de son pied difforme. Les Grecs et les Romains différencient handicap mental et physique. Ce sont surtout les personnes handicapées physiques qui sont « exposées » pour leur « difformité ». Elles sont abandonnées, laissées au bon vouloir des dieux : leur différence représente la colère divine.

Du Moyen-Age au 17ème siècle, la prise en charge des personnes handicapées évolue plus vers l'enfermement avec la création de structures comme les hospices ou l'Hôtel Dieu.

Les infirmes mentaux ou physiques peuvent vivre dans le voisinage des rois et des princes et par leur difformité, ils sont les seuls à pouvoir se moquer de ceux qui règnent. Les écrits parlant du handicap au Moyen Age sont surtout de nature péjorative, comme dans "le fabliau des trois bossus" où les infirmes sont des suppôts de Satan.



Figure 1: Tableau « Les mendiants » de Brueghel l'Ancien, 1568

Le siècle des Lumières au 18<sup>è</sup> siècle et leurs valeurs de raison, science et respect de l'humanité prônent une meilleure acceptation du handicap. Plusieurs grands hommes vont œuvrer en ce sens :

- L'Abbé de l'Épée crée le langage des signes à l'attention des sourds muets
- Valentin Haüy invente lui l'écriture en braille facilitant l'intégration des aveugles.
- Enfin Philippe Pinel au 19<sup>ème</sup> se concentrera plutôt sur la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques et mettra en place des traitements plus doux. (2)

A l'époque contemporaine, l'accent est mis sur la reconnaissance et la prise en charge. La loi de 1898 introduit la notion de responsabilité de la collectivité et en 1905 une loi est adoptée sur « l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables ». Mais le progrès n'est pas encore total : certaines troupes de cirque exhibent en tant que curiosités des personnes handicapées jusqu'au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle.



Figure 2: Casting du film *Freaks* réalisé par Tod Browning en 1932

Les deux guerres mondiales vont aussi peser dans l'évolution du concept :

- la première en 1918 où la question du handicap est posée de façon majeure avec les séquelles qui résultent de la guerre. Le terme « infirme » passe à « invalide » que l'on considère alors comme étant moins dévalorisant.
- la Seconde Guerre mondiale est marquée en Allemagne par le projet Aktion T4, une campagne systématique d'assassinats par le régime nazi, qui débute en janvier 1940, en vue d'éliminer les handicapés mentaux et physiques. En France, elle est marquée par la mort par abandon de 40 000 malades et handicapés mentaux, considérés comme des « bouches inutiles » à nourrir. C'est un véritable retour en arrière.



Figure 3: "Gueules cassées" pendant la 1ère guerre mondiale

Après 1950, la vision du handicap devient moins médicale et plus sociale. On avance vers la non-discrimination des droits intellectuels, moraux et juridiques des personnes handicapées.

Plusieurs lois vont alors être ratifiées en ce sens :

- La loi de 1975 sur l'orientation en faveur des personnes handicapées. Cette loi mentionne pour la première fois prévention, dépistage, obligation à l'éducation et accessibilité aux institutions publiques. (3)
- La loi 87-517 ensuite du 10 Juillet 1987 introduit l'obligation d'emploi des personnes handicapées dans les entreprises.
- Enfin la loi du 11 Février 2005 reconnaît l'égalité des droits et des chances.

Parallèlement, cette évolution se fait sur le plan international avec l'adoption par l'ONU, en 2006, de la convention relative aux droits des personnes handicapées en faveur de l'alignement des lois sur le handicap dans le monde. Au 30 Mai 2015, 158 pays étaient signataires et 147 d'entre eux avaient ratifiés la loi.

### 3. DEFINITIONS

Il n'existe pas une mais plusieurs définitions du handicap selon les sources consultées.

Dans le dictionnaire Larousse, le handicap est défini comme une « infirmité ou déficience, congénitale ou acquise. » (4)

Au niveau légal, il est défini en majorité par la loi du 11 Février 2005 comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son

environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». (5)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le définit quant à elle comme « *un problème dans une fonction ou une structure de l'organisme; une limitation de l'activité est une difficulté rencontrée par un sujet pour exécuter une tâche ou une action; une restriction à la participation est un problème empêchant le sujet de s'engager pleinement dans les situations de la vie courante* ». (6)

#### 4. CLASSIFICATIONS ET ETIOLOGIE

Comme vu plus haut, le concept du handicap évolue jusqu'aux années 1980 dans le milieu médical. La politique de santé publique développée pour répondre aux handicaps générés après la première guerre mondiale a alors 3 objectifs : réparation, compensation et réadaptation. (7)

La **CIH (Classification Internationale des Handicaps)**, créée en **1980** à l'initiative de l'OMS et par un rhumatologue anglais Philip Wood, conceptualise alors le handicap dans un cadre tridimensionnel :

- La déficience psychologique, physiologique ou anatomique : aspect lésionnel du handicap.
- L'incapacité, qui est une réduction partielle ou totale d'une capacité : aspect fonctionnel
- Le désavantage pour l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle : aspect situationnel

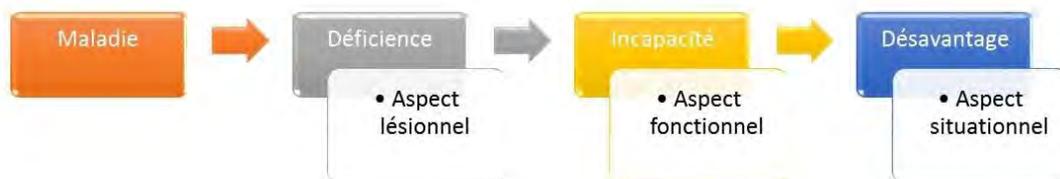
(8)

Elle marque un tournant important dans la représentation du handicap, en prenant en compte pour la première fois l'influence de l'environnement.

Mais malgré l'introduction du « désavantage » et la revendication d'une classification médico-sociale, le modèle médical reste quand même omniprésent. Les critiques alors engagées contre la CIH se déroulent dans un contexte de reconnaissance de la personne handicapée et de lutte menée par de nombreuses associations pour développer une image positive et faire disparaître les barrières environnementales. Ces critiques portaient notamment sur :

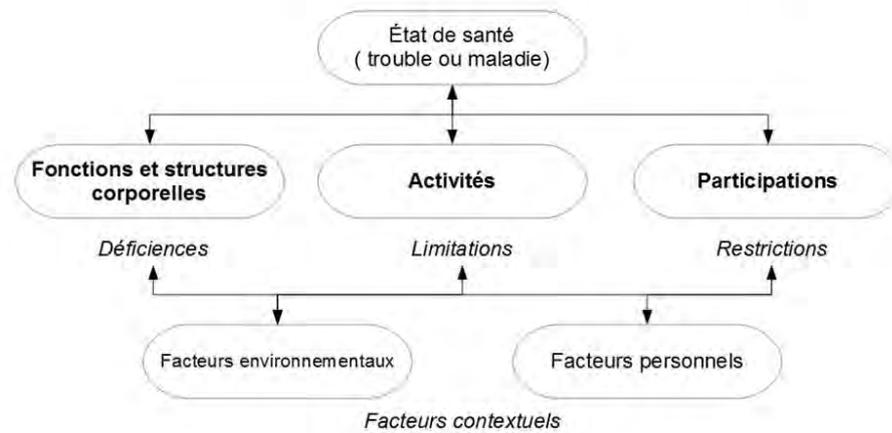
- la présentation de la personne comme porteuse du handicap, donc l'expérience sociale négative pouvant être ressentie est considérée comme conséquence directe de l'individu.
- la quasi absence de la dimension environnementale
- la négativité des termes employés
- la causalité linéaire du schéma
- le manque de précision concernant le terme de « désavantage » (6)

### Classification Internationale du Handicap Philip Wood, 1980



L'OMS a donc revu sa classification pour adopter en **2001** la **classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)**.

## Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé OMS, 2001



Cette CIF est déclinée en 2 parties :

- un volet « Fonctionnement et handicap »
- un volet « Facteurs contextuels » prenant en compte les facteurs environnementaux et personnels.

La première partie aborde trois points distincts :

- les fonctions organiques et structures anatomiques : les premières désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques) tandis que les structures anatomiques désignent les parties du corps. Les déficiences désignent des problèmes des fonctions organiques ou des structures anatomiques.
- les activités qui correspondent à l'exécution d'une tâche. On parle alors de limitations lorsque l'individu rencontre une difficulté pour mener l'activité.
- Les participations pour l'implication dans une situation de la vie réelle. Le terme de restriction est introduit pour désigner les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle. (9)

La deuxième partie prend en compte :

- les facteurs environnementaux (physique, social, comportemental) externes à la personne et pouvant avoir une influence positive ou négative sur la personne handicapée évoluant en société : sur sa performance, sa capacité, sur une fonction organique ou structure anatomique.
- Les facteurs personnels qui représentent le cadre de vie d'une personne.

La CIF fournit ainsi une approche multidimensionnelle de la classification du fonctionnement et du handicap en tant que processus interactif et évolutif.

L'un des reproches fait à la CIF est qu'elle n'était pas applicable dans la pratique pédiatrique, car elle ne prenait pas assez en compte l'aspect développemental caractérisant tout enfant quel que soit son handicap.

**L'adaptation pédiatrique (ICF-CY : International Classification of Functioning disability and health-children and youths)** a été donc développée pour saisir l'univers du fonctionnement des enfants et adolescents et validée en **2008** par l'OMS. Elle permet d'appréhender les changements associés à la croissance et au développement.

Les principales corrections portent sur :

- l'intégration du **contexte familial** où « le fonctionnement de l'enfant dépend des interactions constantes avec la famille ou autres dispensateurs de soins, dans un environnement social proche. Le fonctionnement de l'enfant ne peut donc pas être appréhendé de manière isolée mais plutôt en considérant l'enfant dans le système familial » (10)
- l'introduction du concept de **« développement différé »** reflète les décalages dans l'apparition des fonctions, des structures ou des capacités qui peuvent ne pas être permanents. Un code qualificatif est utilisé pour indiquer la sévérité ou l'amplitude d'un problème: cinq niveaux allant de (0) aucun(e) déficience, difficulté ou obstacle à (4) déficience, difficulté ou obstacle absolu(e). La gravité indiquée par le codage peut évoluer avec le temps.
- La **conception de la participation** chez l'enfant diffère de celle de l'adulte : la nature et la complexité de l'environnement changent de la petite enfance à l'adolescence et vont de la relation avec la personne délivrant les soins primaires au jeu solitaire du très jeune enfant, en passant par le jeu socialisé, les relations entre pairs et la scolarisation aux différentes étapes de l'enfance. Le rôle de l'environnement familial et autres personnes de l'environnement immédiat fait alors partie intégrante de la conception de la participation.
- **L'environnement des enfants et des adolescents** est associé à leur acquisition croissante de compétences et d'autonomie et peut être conçu comme une série de systèmes successifs les entourant, variant en fonction de l'âge ou du stade de l'enfant en développement. Étant donnée la dépendance de l'enfant en développement, les éléments physiques et sociaux de l'environnement ont un impact important sur son fonctionnement et des facteurs environnementaux négatifs ont souvent plus d'impact sur les enfants que sur les adultes. (10)

Malgré cette classification, le terme de handicap reste tout de même très large. Nous l'avons vu plus haut, les causes et dates d'apparition ainsi que les conséquences sont variées. La loi du 11 Février 2005 sur l'égalité des droits et des chances a donc précisé ce concept en reconnaissant six grandes catégories de handicap, classification considérée comme non officielle. (11)

Le premier est le **handicap moteur**, défini comme une « atteinte (perte de substance ou altération d'une structure ou fonction, physiologique ou anatomique) de la motricité, c'est à dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, quels que soient le but ou la fonction du mouvement produit ». (12)

L'apparition de ce type de handicap peut être ante, péri ou post natale, l'étiologie allant d'une lésion congénitale à une lésion cérébrale ou de la moelle épinière.

Les enfants et jeunes adultes sont surtout concernés par l'ensemble des troubles contenus sous le terme d'Infirmiété Motrice Cérébrale, infirmité motrice due à des lésions survenues durant la période périnatale et occasionnant diverses atteintes neurologiques. La cause exacte n'est pas toujours retrouvée mais elle est liée à la prématurité, l'hypoxie périnatale, les traumatismes cérébraux et l'ictère néonatal.

On parle ensuite d'**handicaps sensoriels**, regroupant les troubles de la vue et de l'audition. Le handicap auditif peut résulter d'une maladie virale ou parasitaire, d'une cause génétique ... Le handicap visuel quant à lui est majoritairement héréditaire chez les enfants.

Le **handicap cognitif** correspond lui à une altération des fonctions de la cognition (lire, parler, mémoriser, comprendre), apparaissant au cours du développement de l'enfant et persistant à l'âge adulte. Ces troubles se rapportent à la pensée et au raisonnement ainsi qu'aux fonctions qui permettent de communiquer et d'agir, ce qui peut entraîner des répercussions sur la vie scolaire, professionnelle et sociale...

On regroupe ces troubles en 6 sous catégories :

- Les troubles spécifiques de l'acquisition du langage écrit, communément appelés dyslexie et dysorthographe
- Les troubles spécifiques du développement du langage oral, communément appelés dysphasie
- Les troubles spécifiques du développement moteur et/ou des fonctions visuo-spatiales, communément appelé dyspraxie
- Les troubles spécifiques du développement des processus attentionnels et/ou des fonctions exécutives, communément appelés troubles d'attention avec ou sans hyperactivité
- Les troubles spécifiques du développement des processus liés à la mémoire
- Les troubles spécifiques des activités numériques, communément appelés dyscalculie (13)

L'un des principaux objectifs lors de la rédaction de la loi du 11 Février 2005 était aussi d'inscrire au niveau légal la différence entre le handicap mental et psychique, bataille menée en grande partie par l'UNAPEI, première fédération d'associations françaises de représentation et de défense des intérêts des personnes handicapées mentales et leurs familles.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le handicap mental, ou déficience intellectuelle, comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental

incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales »

La personne en situation de handicap mental ne peut pas être soignée, mais son handicap peut être compensé par un environnement aménagé et un accompagnement humain, adaptés à son état et à sa situation.

Les causes du handicap mental sont multiples :

- à la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques – trisomie, syndrome de l'X fragile –, incompatibilité sanguine...)
- pendant la grossesse : radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac...
- à la naissance : souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité...
- après la naissance (maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies...)

Le **handicap psychique** est, quant à lui, la conséquence d'une maladie mentale. Comme le définit l'Unafam, la personne « souffre de troubles d'origines diverses qui entachent son mode de comportement d'une façon momentanée ou durable et inégalement grave ». (14) Le développement intellectuel est normal voire supérieur à la normale mais l'expression de ces facultés est altérée et entache l'intégration sociale de la personne. Les troubles de la personnalité, la schizophrénie ou la bipolarité sont alors des troubles psychiques et non mentaux. On les retrouve plus chez l'adulte que chez l'enfant.

Enfin, il convient de définir la dernière catégorie isolée : le **polyhandicap**. Il s'agit « d'un handicap grave à expressions multiples, dans lequel une déficience mentale sévère et une déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie ». (15)

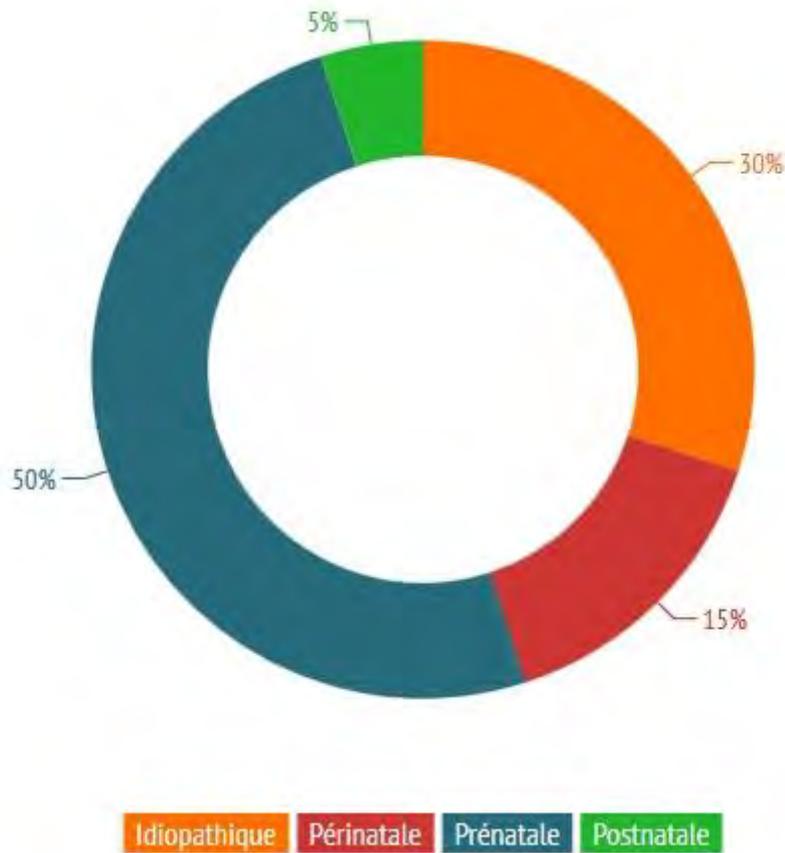


Figure 4: Etiologie du polyhandicap d'après le Comité National de Coordination Action Handicap.

Le polyhandicap est dû à différentes causes : 30% idiopathiques, 15% périnatales (dont un nombre très réduit de souffrances obstétricales par rapport aux souffrances fœtales ou grandes prématurités - dysmaturités), 5% de causes postnatales (traumatismes, arrêts cardiaques), et 50% de causes prénatales (malformations, accidents vasculaires cérébraux prénataux, embryopathies).

Le polyhandicap est à différencier du plurihandicap qui est l'association d'atteintes motrices et/ou sensorielles de même degré, ce qui ne permet pas de déceler l'une plutôt que l'autre en déficience principale. Les personnes sourdes muettes font par exemple partie de cette catégorie.

L'objectif principal de cette catégorisation n'est pas d'enfermer un individu dans telle ou telle case mais plutôt d'élaborer un projet pédagogique orienté vers l'autonomie puis la socialisation progressive de la personne.

## 5. EPIDEMIOLOGIE EN FRANCE ET MIDI-PYRENEES

D'après le rapport mondial sur le Handicap, publié en 2011 par l'OMS, plus d'un milliard de personnes dans le monde sont porteuses d'un handicap soit 15% de la population mondiale. Parmi ce milliard, 95 millions sont âgés entre 0 et 14 ans (soit 5,1%), dont 13 millions porteurs d'une déficience sévère (0,7%). (16)

Les chiffres notent la présence de 5 à 6 millions de personnes handicapées en France soit 10% de la population.

Dénombrer la population d'enfants handicapés s'avère plus compliqué. En effet, seuls deux registres existent en France : le Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal (RHEOP) en Isère et le Registre des Handicaps de l'Enfant de Haute-Garonne (RHE31). (17) La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est alors essentielle pour le recueil des données.

En France, les données de l'enquête HSBC 2006 montrent qu'il y a 15,8 % de jeunes qui disent être porteurs d'une maladie chronique ou d'un handicap. Ce taux est proche des 17,9 % d'enfants de 6 à 10 ans mentionnés comme étant porteurs d'une maladie chronique dans l'enquête décennale Santé 2002–2003. (18)

En 2010, un rapport sur le handicap en Midi Pyrénées a été publié afin d'essayer de combler l'absence de données au niveau locorégional. Ce rapport s'appuie notamment au niveau national sur l'enquête Handicap Santé Ménages réalisée en 2008 par l'INSEE et sur l'enquête Baromètre Santé menée conjointement par l'INPES et l'Agence Régionale de Santé de Midi Pyrénées en 2010.

Ce rapport a permis d'estimer le nombre d'enfants de 0 à 19 ans atteints d'une déficience en Midi Pyrénées, en se basant sur les prévalences des différents handicaps mis en évidence. Il conclut que 12000 enfants considérés comme déficients vivent en Midi Pyrénées, soit 2% de la population des 0-19 ans (d'après le rapport 2008 de l'INSERM) et qu'environ 5000 d'entre eux sont atteints d'une déficience sévère.

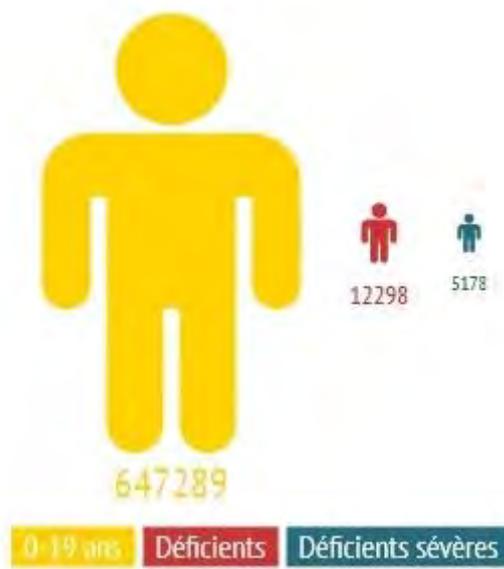


Figure 5: Epidémiologie du handicap de l'enfant en Midi Pyrénées d'après le rapport sur le handicap en Midi Pyrénées en 2010

Le registre du handicap de l'enfant de la Haute Garonne précise alors la notion de déficiences sévères. Sont considérées comme déficiences sévères :

- Au niveau moteur, les paralysies cérébrales, quel que soit leur niveau de gravité, ainsi que toutes les autres déficiences motrices nécessitant un appareillage ou une rééducation continue.
- Au niveau sensoriel, les pertes auditives supérieures à 70 décibels et les pertes visuelles où l'acuité est inférieure à 3/10.
- Pour les déficiences intellectuelles, lorsque le QI ne dépasse pas 50.
- Toutes les trisomies 21, quel que soit le niveau intellectuel.
- - Enfin, tous les troubles envahissants du développement, quel que soit le niveau de sévérité de l'atteinte : autisme, syndrome de Rett, hyperactivité associée à un retard mental, syndrome d'Asperger, etc... (19)

	Ariège	Aveyron	Haute Garonne	Gers	Lot	Hautes Pyrénées	Tarn	Tarn et Garonne	Midi Pyrénées
Pop des 0-19 ans (2008)	32550	57769	295329	38599	35202	47818	83419	56603	647289
Toutes déficiences (INSERM 1998)	618	1098	5611	733	669	909	1585	1075	12298
Déficiences sévères	260	462	2363	309	282	383	667	453	5178

Sources : Inserm, RHE31, Insee 2008

Figure 6: Epidémiologie du handicap chez l'enfant en Midi Pyrénées en fonction du département d'après le rapport sur le handicap en Midi-Pyrénées en 2010

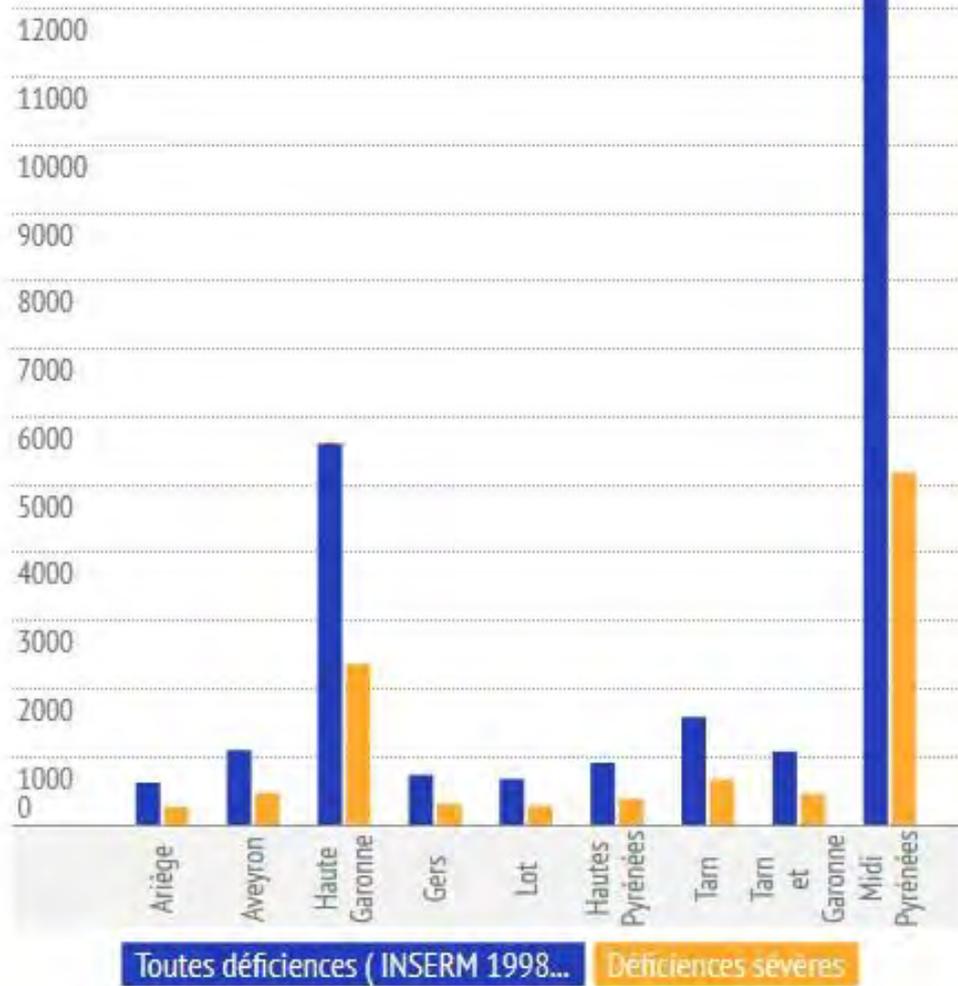


Figure 7: Déficiences et déficiences sévères en Midi Pyrénées selon le département d'après le rapport sur le handicap en Midi-Pyrénées en 2010

Parmi ces enfants, considérés comme déficients sévères :

- Plus de 1500 ont une déficience motrice
- 1500 à 1600 une déficience intellectuelle
- 400 à 500 une déficience auditive
- 200 à 300 une déficience visuelle
- Enfin 2000 à 2300 sont atteints de troubles envahissants du développement.

	Ariège	Aveyron	Haute Garonne	Gers	Lot	Hautes Pyrénées	Tarn	Tarn et Garonne	Midi Pyrénées
Déf. Motrices	78	139	709	93	84	115	200	136	1554
Déf. Intellectuelles	75	140	805	80	73	114	220	140	1647
Déf. Visuelle	12	25	120	14	14	19	33	22	259
Déf. Auditive	22	37	195	25	23	31	54	37	424
TED	109	193	1000	129	118	160	280	190	2179

Sources : Inserm, RHE31, Insee 2008

Figure 8: Classification des déficiences en Midi Pyrénées d'après le rapport sur le handicap en Midi-Pyrénées en 2010

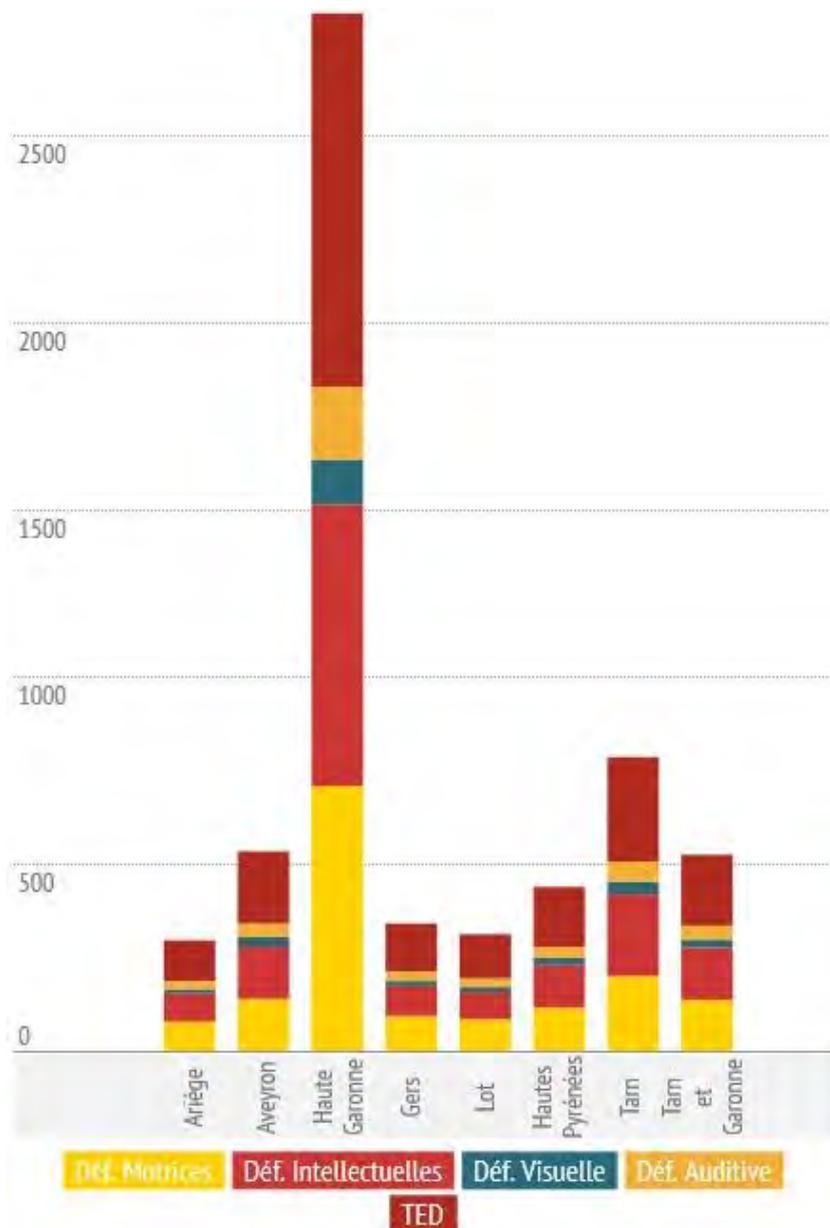


Figure 9: Classification des déficiences en Midi Pyrénées – Graphique d'après le rapport sur le handicap en Midi-Pyrénées en 2010

La MDPH a permis d'autre part d'estimer à 7000 le nombre d'enfants de moins de 20 ans bénéficiant de l'Allocation à l'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) en Midi Pyrénées (ce qui correspond à la moyenne nationale). (19)

## 6. DEFINITION ET FONCTIONNEMENT D'UN INSTITUT MEDICO-EDUCATIF

La **Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)**, créée dans le cadre de la loi du 11 Février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, a un rôle d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs familles.

C'est désormais une commission unique - la **Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH)** - qui décide de l'orientation des personnes handicapées (enfant ou adulte) et de l'attribution de l'ensemble des aides et prestations, notamment de la prestation de compensation du handicap (PCH) versée par le Conseil général ou de l'allocation à l'éducation des enfants handicapés (AEEH), versée par les caisses d'allocations familiales ou les caisses de Mutualité Sociale Agricole pour les personnes qui relèvent du régime agricole. (20)

Après l'orientation par cette CDAPH, l'enfant ou adolescent handicapé est dirigé soit vers les **services d'éducation spéciale et soins à domicile (SESSAD)** soit vers divers établissements médico sociaux en fonction de sa déficience.

On différencie :

- les établissements d'éducation spéciale IEM pour les déficiences motrices
- les instituts thérapeutiques d'éducation et pédagogie (ITEP) pour les troubles du comportement
- les instituts d'éducation sensorielle pour les déficients visuels et auditifs
- les établissements pour enfants polyhandicapés
- les instituts médico-éducatifs (IME) pour les déficiences intellectuelles.

Un institut médico-éducatif est destiné à « l'accueil des enfants et adolescents déficients intellectuels quel que soit leur degré de déficience. Ces enfants nécessitent une éducation spécialisée, prenant en compte l'aspect psychologique et psychopathologique de leur déficience. Ils ont recours à des techniques de rééducation. »

Ces établissements accueillent aussi les enfants et adolescents dont la déficience intellectuelle s'accompagne de troubles de la personnalité, de troubles moteurs ou sensoriels mais aussi de troubles graves de la communication. (21)

Ils ont une fonction de prise en charge thérapeutique, éducatrice et pédagogique, destinée à promouvoir le développement, l'acquisition de l'autonomie et certains apprentissages scolaires chez l'enfant.

On parlera d'Institut Médico Pédagogique (IMP) pour les 3-14 ans et d'Institut Médico Professionnel (IMPRO) pour les 14-20 ans.

Ces IME sont en grande partie financés par la sécurité sociale mais dépendent aussi de nombreuses associations comme l'UNAPEI ou d'autres associations privées.

Quelques chiffres sont nécessaires pour comprendre la complexité de ces structures et appréhender la diversité de prise en charge des enfants scolarisés. Toutes les informations suivantes sont tirées de l'étude réalisée en 2010 par la *Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation et des statistiques* (DREES) (22) et de l'enquête de 2006 réalisée par la DRASS, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. (23)

En France, on comptait en 2010, 1211 IME accueillant plus de 69800 enfants.

Au niveau régional, près de 3000 enfants sont accueillis en IME, de 14,5 ans en moyenne et à 60% de sexe masculin.



Figure 10: Nombre d'enfants accueillis en IME en Midi Pyrénées d'après l'étude de la DREES (2010) et de la DRASS (2006)

- 70% sont atteints d'une déficience intellectuelle
- 23% de troubles du psychisme
- 4 % polyhandicapés
- 2% plurihandicapés
- 1% ont une déficience sensorielle

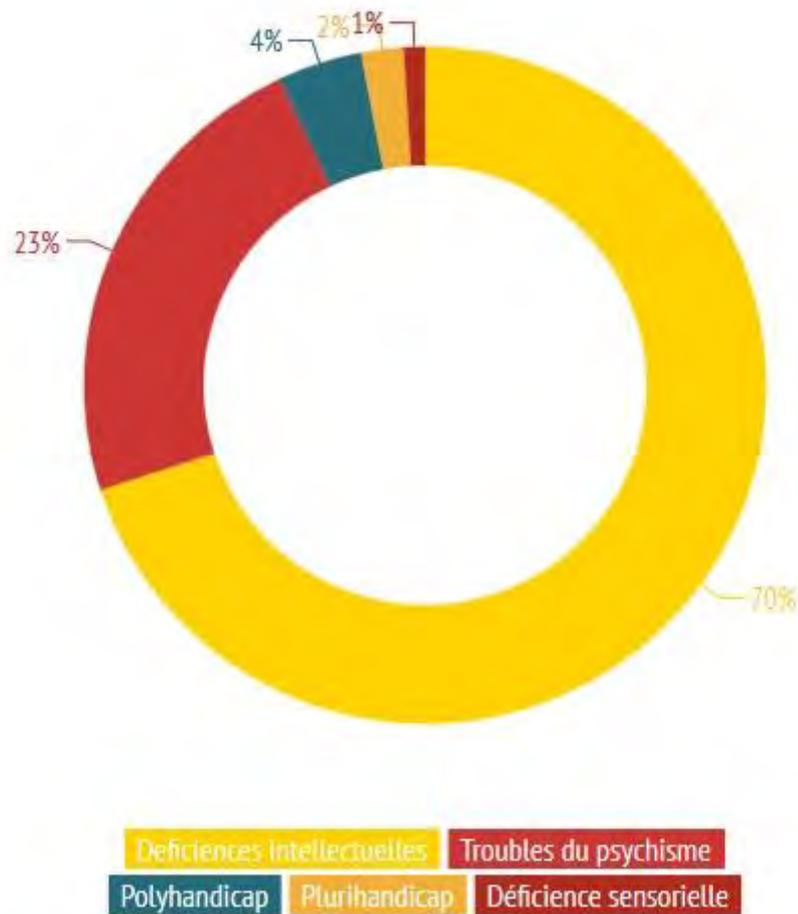


Figure 11: Nature du handicap des enfants présents en IME en Midi Pyrénées d'après l'étude de la DREES (2010) et de la DRASS (2006)

Le type d'accueil va de l'externat (50%) à l'internat complet (40%) en passant par l'internat séquentiel (10%).

Les enfants et adolescents peuvent vivre chez leurs parents ou tuteurs (55%), être hébergés sur l'établissement (35%) ou encore vivre en famille d'accueil sociale ou spécialisée (6%).

Enfin l'enfant peut être scolarisé sur l'établissement (75%) ; 6% vont dans des établissements dépendants de l'éducation Nationale en classes ordinaires, classes pour l'intégration scolaire (CLIS), en SEGPA (section d'enseignement général et professionnel adapté) ... Enfin, un peu moins de 15% de ces enfants ne sont pas scolarisés.

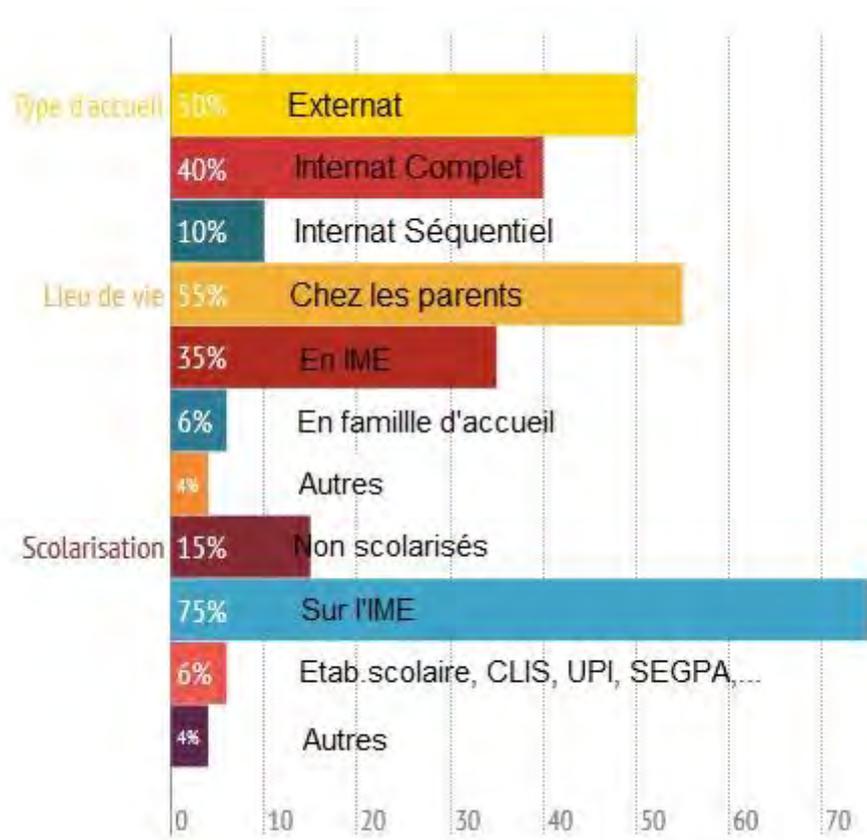


Figure 12: Données sur les diversités de prise en charge des enfants en IME d'après l'étude de la DREES (2010) et de la DRASS (2006)

---

## II. LE HANDICAP ET LA SANTE BUCCO-DENTAIRE CHEZ L'ENFANT

---

Dans son étude de 2009 sur les relations entre les soins dentaires et les enfants à besoins spécifiques (24), le Dr Charlotte W. Lewis a mis en évidence une corrélation entre ce statut et une mauvaise santé bucco-dentaire. Ces enfants ont en effet plus de risques de développer une pathologie bucco-dentaire et de bénéficier d'une moindre prise en charge par rapport à une population d'enfants ordinaires.

Quelles sont ces pathologies et quelles en sont les répercussions ?

### 1. CONSEQUENCES

#### 1. Pathologies infectieuses

Les premières conséquences du handicap sur la santé bucco-dentaire de l'enfant sont infectieuses, les maladies carieuse et parodontale étant les pathologies les plus prévalentes parmi les enfants handicapés dans le monde. (25)

La maladie carieuse est multifactorielle et consiste en un processus de déminéralisation conduisant à la destruction des tissus durs de la dent. Elle est le résultat d'interactions entre l'écosystème buccal et les tissus calcifiés dentaires.

Comme le décrit Keyes, la maladie carieuse est une intrication entre 4 facteurs :

- l'hôte : morphologie de la dent, minéralisation, qualité de la salive
- le substrat : hydrates de carbone présents dans l'alimentation
- le temps : consistance des aliments et fréquence d'ingestion
- les bactéries présentes dans l'écosystème buccal, le streptococcus mutans notamment.

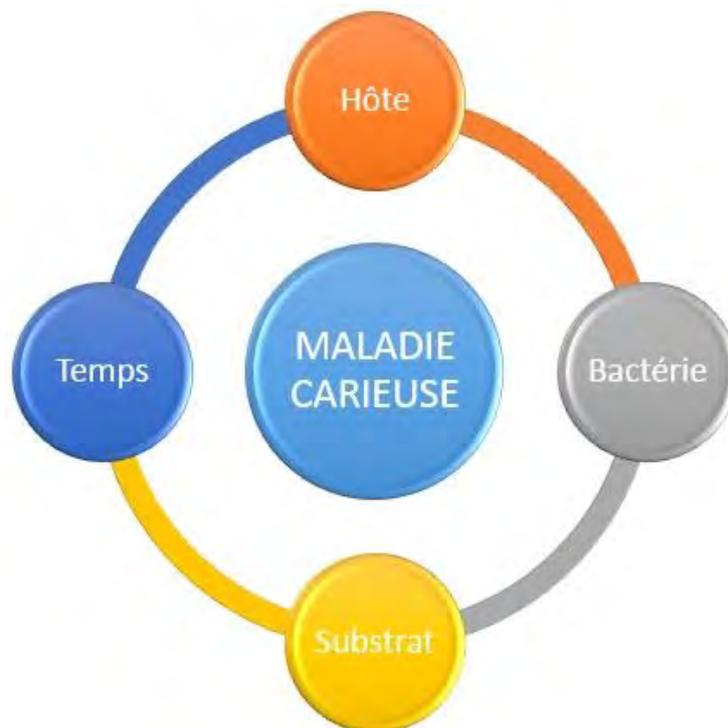


Figure 13 : Schéma de Keyes sur l'étiologie de la carie

Afin de prévenir l'apparition de la carie, il est primordial de maintenir une hygiène bucco-dentaire correcte par un brossage biquotidien au dentifrice fluoré. Or chez certains enfants, on note la présence d'aversion orales rendant impossible ce geste. Les autistes, par exemple, ont une hypersensibilité de la sphère orale et refusent parfois toute intrusion au niveau de la bouche. D'autre part, les divers troubles psychomoteurs atteignant ces enfants, peuvent limiter l'auto administration des soins de bouche et rendent obligatoire l'implication d'un tiers. La fréquence et la qualité du brossage peuvent alors être remises en question.

Le facteur alimentaire a aussi une grande responsabilité dans l'apparition de la maladie carieuse. La prise alimentaire est, chez ces enfants, assez aléatoire. Afin de diminuer le risque carieux, elle devrait être à intervalles réguliers, sans grignotage et limitant au maximum les prises sucrées, ce qui est rarement le cas.

De plus, certains enfants sont traités à long terme par des médicaments plus ou moins sucrés. Comme le montre l'étude de Babu (26), une forte consommation de ce type de médicaments, acides et cariogéniques de nature, peut constituer un facteur étiologique voire aggravant pour l'érosion dentaire et l'apparition de caries. D'autres médicaments comme les neuroleptiques, utilisés chez les grands épileptiques par exemple, sont responsables de xérostomie plus ou moins sévère et augmentent donc le risque carieux par disparition du rôle protecteur de la salive.

On retrouve par ailleurs des altérations de la structure de l'émail, type hypominéralisation dans plus d'une centaine de syndromes, majoritairement à caractère ectodermique : l'épidermolyse bulleuse jonctionnelle (mutation sur le gène de la laminine 5), le syndrome tricho-dento-osseux, le rachitisme hypophosphatémique lié à l'X, etc... (27)

La maladie parodontale est elle aussi la plus répertoriée parmi cette population. (28)

Plusieurs facteurs aggravants peuvent être notés :

- l'hygiène bucco-dentaire aléatoire et la présence de tartre
- certains syndromes d'immunodéficience
- une insuffisance de stimulation lors de la mastication (enfants sous gastrotomie notamment)
- la prise de certains médicaments comme les antiépileptiques, provoquant une hyperplasie gingivale allant parfois jusqu'à retarder l'apparition des dents.



*Figure 14 : Gingivite généralisée ainsi qu'un dépôt de plaque dentaire, polycaries en bouche ( département d'odontologie pédiatrique, Toulouse )*

Les enfants porteurs de trisomie 21 sont une population particulièrement à risque. En effet, le syndrome de Down est responsable d'une immunodéficiência, d'une fragilité et d'un vieillissement prématuré du tissu parodontal, augmentant le risque de maladie parodontale allant de la gingivite à la perte de dents. (29)

Ces diverses pathologies infectieuses si non traitées ont des conséquences au niveau général, pouvant aller jusqu'à l'endocardite infectieuse, notamment dans le cadre du syndrome de Down.

## 2. Troubles fonctionnels

Le handicap chez l'enfant a d'autre part des conséquences au niveau fonctionnel.

La respiration se fait de manière physiologique par le nez, mais chez certains enfants, cette respiration est suppléementée par la bouche. On parle alors de respiration buccale. Les trisomiques 21 sont particulièrement concernés du fait de leurs caractéristiques squelettiques (hypoplasie de l'étage moyen de la face)

Cela n'est pas sans conséquences au niveau général : l'enfant présente un faciès adénoïdien (face longue et bouche entrouverte), des infections ORL à répétition et une langue basse. Au niveau buccal, on note une sécheresse buccale augmentant le risque carieux et parodontal ainsi que de fréquentes malocclusions (endognathie maxillaire notamment). (30)

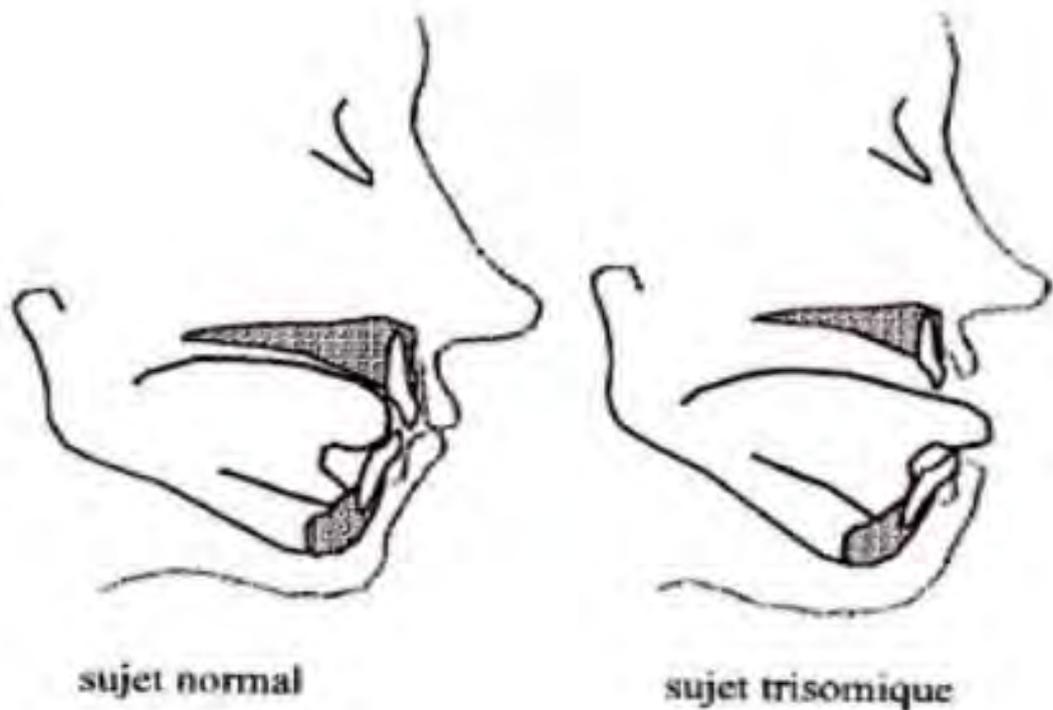


Figure 15: Comparaisons des structures orales au repos chez un sujet normal et un sujet trisomique 21 (tirée de Hennequin et coll., 2000b)



*Figure 16: Sévère dysmorphose dento-maxillaire chez un jeune homme porteur de trisomie 21 de 20 ans d'après Hennequin et coll. 2000b)*

Ces malocclusions rentrent par ailleurs dans la catégorie des anomalies cranio faciales, ayant des conséquences fonctionnelles sur l'enfant. Certains grands syndromes, tels celui de Crouzon, de Marfan, d'Apert ou encore de Pierre Robin, sont caractérisés par des séquences d'éruption dentaires perturbées, des dents surnuméraires ou encore des agénésies, troubles remettant en cause la fonction masticatrice. (31)



*Figure 17: Malocclusion pouvant être observée sur un syndrome de Marfan (source : UFSBD)*

On retrouve aussi des troubles de la déglutition allant des incoordinations succion-déglutition aux reflux gastro œsophagiens en passant par les fausses routes. Ces reflux gastro-œsophagiens peuvent entraîner une érosion dentaire assez sévère et conduire parfois à des avulsions. Ces troubles de la déglutition répondent à des étiologies telles que les dysmorphoses bucco faciales ou la prématurité. (31)

Dans les cas extrêmes, ces troubles obligent les équipes médicales à recourir à la gastrotomie, alimentation par voie entérale. Cette dernière augmente le risque de troubles bucco dentaires car l'auto nettoyage par la salive n'est plus réalisé au niveau buccal. On perd la stimulation orale par la mastication. Le risque carieux est alors nul mais le risque parodontal est augmenté.

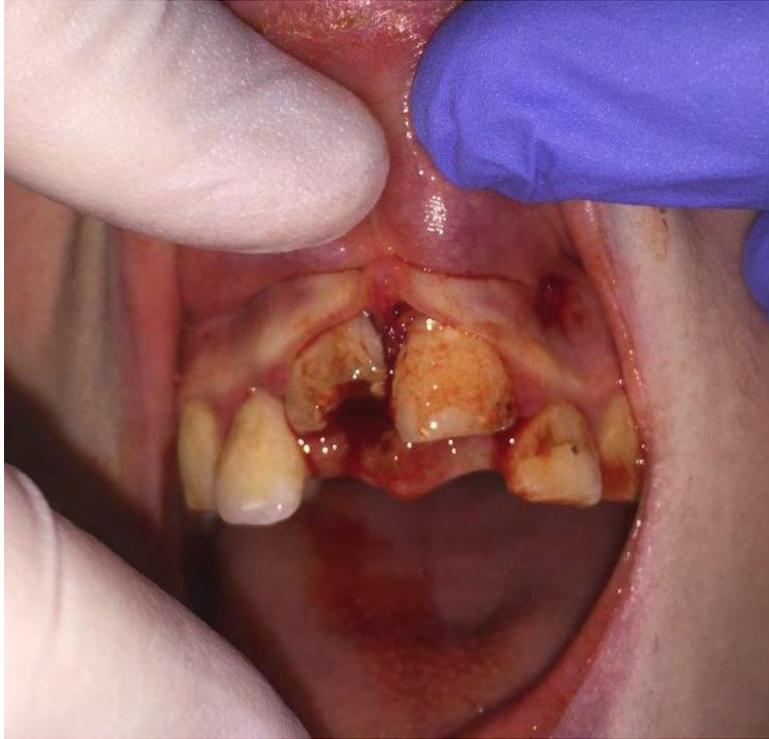
Enfin l'incontinence salivaire peut être retrouvée chez 15 à 30% des enfants handicapés selon les auteurs. Elle peut être liée à des troubles psychomoteurs, à un défaut d'occlusion labiale ou encore à une posture de la tête en flexion.

### 3. Pathologies traumatiques

Les traumatismes dentaires sont de plus à prendre en compte, pouvant prendre la forme d'une fracture dentaire, d'un traumatisme muqueux comme une morsure, etc. ...

L'étiologie de ces pathologies est diverse et variée mais l'on peut d'ores et déjà noter :

- le retard d'acquisition motrice et les crises d'épilepsie qui favorisent les chutes
- l'interposition linguale et/ou labiale
- les diverses malocclusions rencontrées et notamment les béances ou les pro-alvéolies maxillaires exposant particulièrement les incisives.
- l'automutilation dont peuvent faire preuve certains enfants et conduisant parfois à un traumatisme auto infligé.



*Figure 18: Intrusion des 11 et 21 suite à une chute avec objet présent dans la cavité buccale (courtoisie du Dr Marty Mathieu)*

#### 4. Habitudes orales néfastes

Une habitude orale néfaste peut remettre en cause la santé bucco-dentaire. Les plus répandues chez l'enfant handicapé sont le bruxisme, la rétention alimentaire, la respiration buccale ou encore les automutilations.

Le bruxisme est considéré comme une parafonction affectant le comportement de la mandibule et caractérisé par des mouvements répétés et inconscients de friction. Peu d'études ont été réalisées sur les relations entre le bruxisme et les patients handicapés mais celle du Dr Miamoto en 2011 (32) a démontré que la prévalence du bruxisme chez l'enfant handicapé était similaire à celle concernant la population générale. Toutefois, certains facteurs comme les malocclusions sont considérés comme prédictifs de la parafonction.



*Figure 19: Axel, 17 ans, présentant une dysmorphose dento maxillaire et bruxomane, photographie réalisée lors des séances de dépistage en 2015*

L'étiologie du bruxisme est assez méconnue mais on pense que certaines lésions du système nerveux central ou encore la présence de neurotransmetteurs en particulier joueraient un rôle dans l'apparition du trouble.

## 2. REPERCUSSIONS CHEZ L'ENFANT

Les relations entre handicap et santé bucco-dentaire ainsi exposées, il convient de mentionner les répercussions de ces troubles sur l'enfant.

Nous l'avons vu, les diverses pathologies qu'elles soient infectieuses ou traumatiques peuvent engendrer des **douleurs**. Or l'enfant handicapé est parfois incapable de l'exprimer. La déceler et la quantifier devient alors un véritable enjeu dans la prise en charge de l'enfant.

Dans « La douleur chez l'enfant polyhandicapé » (33), les Dr Collignon, Guisiano et Combes décrivent l'échelle de la douleur de San Salvador qui permet de définir la douleur de l'enfant en se basant sur dix items relatifs au comportement :

- la présence de pleurs ou cris
- les réactions défensives à l'examen
- les mimiques douloureuses
- la présence de réflexes de protection
- les pleurs douloureux
- l'intérêt pour l'environnement
- l'accentuation des troubles du tonus
- les interactions avec l'adulte
- l'accentuation des mouvements spontanés
- l'adoption d'une position antalgique spontanée.

Un score est alors donné et permet d'évaluer le degré de douleur ressenti par l'enfant.

Cette échelle nous montre par ailleurs le lien entre douleur et comportement, l'enfant pouvant être agité ou au contraire apathique en présence d'un problème bucco-dentaire non diagnostiqué. La diversité dans le comportement de l'enfant doit nous appeler à une grande vigilance.

D'autre part, les malocclusions citées plus haut vont avoir des répercussions sur l'**alimentation**. Chez certains enfants, on notera la présence de malnutrition voire de dénutrition, engendrés par le faible coefficient masticatoire, le risque de fausses routes, etc...

L'**hygiène** bucco-dentaire peut aussi être remise en question, du fait du handicap qui limite les soins de bouche auto-administrés ou réalisés par un tiers.

Le risque **infectieux** n'est pas négligeable et les répercussions au niveau général peuvent prendre des grandes proportions : le risque oslérien chez le trisomique 21 par exemple est bien documenté dans la littérature spécialisée.

Enfin, la complexité de la prise en charge de l'enfant handicapé au niveau bucco-dentaire est à prendre en compte. En effet, des barrières non environnementales comme la peur du dentiste, la coopération et l'aversion orale peuvent constituer un frein dans la prise en charge.

(34) L'appareillage d'un enfant ou jeune adulte handicapé restant compliqué, la conservation du capital dentaires est un enjeu de santé publique important.

---

### **III. ANALYSE ET RESULTATS DE L'ETUDE EN MIDI-PYRENEES**

---

#### **1. ETUDE SUR L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE EN IME – VOLET DEPISTAGE**

##### **1. Méthode**

De Novembre 2014 à Juin 2015, nous avons réalisé un dépistage bucco-dentaire dans 7 IME. Ce dernier a eu lieu sur deux journées par IME en général, dans les locaux de l'infirmerie. A Lérans (32) notamment, ce dépistage a été intégré dans la visite annuelle de santé. Les infirmières étaient présentes afin de présenter l'enfant et de fournir divers renseignements sur l'historique médical ou la prise en charge de l'enfant au niveau général ou bucco-dentaire.

Un formulaire de consentement a été adressé à l'entourage de l'enfant et une convention signée avec l'établissement.

Lors du dépistage, plusieurs degrés de coopération ont été différenciés, de la coopération totale au refus de l'examen en passant par des protestations mineures (agitation, réticence exprimée) et majeures (cris, pleurs, gestes plus ou moins violents).

L'examen bucco-dentaire des enfants comprenait par ailleurs un questionnaire quant aux divers facteurs de risque de pathologies bucco dentaires chez l'enfant handicapé, notamment le facteur alimentaire, médicamenteux, etc... Le questionnaire quant à l'hygiène bucco-dentaire était personnalisé et ne concernait pas les mesures mises en place au niveau général sur l'IME.

Lors du dépistage, un volet de l'examen bucco-dentaire concernait l'état parodontal de l'enfant avec évaluation de la quantité de plaque, de tartre, de la présence d'une inflammation gingivale. Trois degrés étaient considérés : absence / présence localisée / présence généralisée.

L'autre volet de l'examen bucco-dentaire évaluait la présence de caries non traitées, de dents soignées mais aussi de dents absentes en 3 degrés : absence / entre 1 et 4 / plus de 4.

Pour les lésions carieuses sur dents temporaires, seuls les enfants de moins de 12 ans ont été pris en compte. Deux catégories ont été isolées : les 3 – 8 ans et les 8 – 12 ans.

Pour les lésions sur dents permanentes, dents soignées et dents absentes, 3 catégories ont été isolées : les 3 – 9 ans, les 9 – 15 ans et les plus de 15 ans.

## 2. Résultats

### a) *Données générales*

#### ▪ POPULATION EXAMINEE

Le dépistage a concerné 187 jeunes âgés de 3 à 22 ans. 45 avaient entre 3 et 9 ans, 75 entre 9 et 15, 50 entre 15 et 18 ans et 21 étaient majeurs.

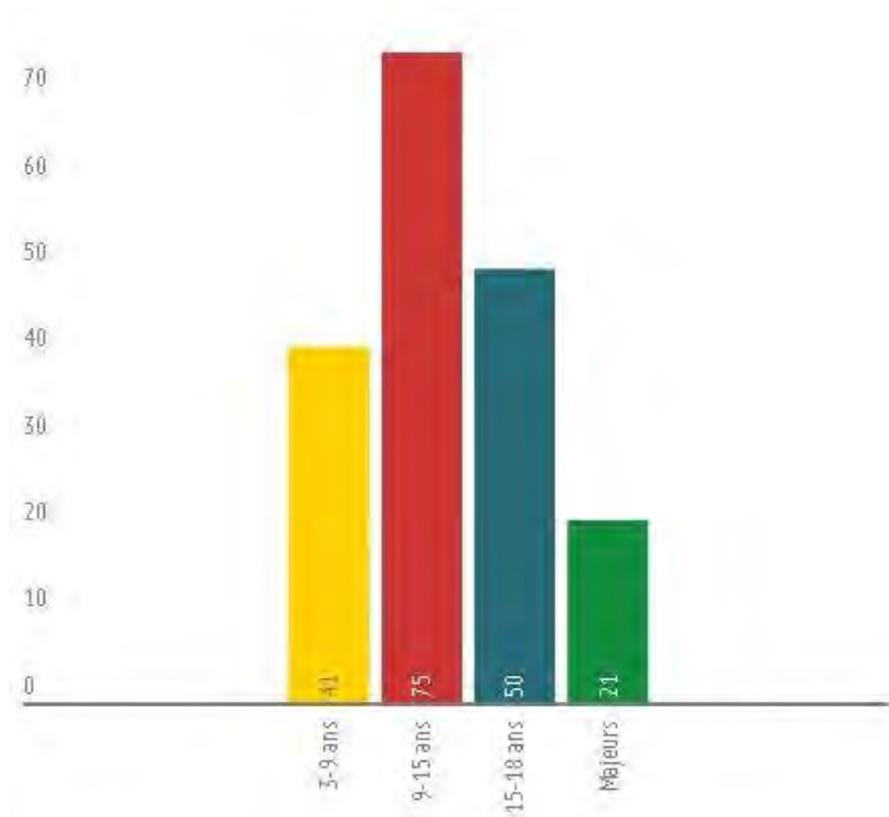


Figure 20: Tranches d'âge des jeunes examinés

127 étaient externes et les 60 autres internes. Sur ces 187 jeunes, 134 avaient un dentiste référent. Enfin, 151 d'entre eux, soit 80,7%, étaient considérés comme autonomes.

▪ REALISATION DE L'EXAMEN

2 jeunes ont refusé l'examen (soit 1,07%), 13 (6,95%) ont eu des protestations majeures, liées à leur handicap (autisme pour 75% d'entre eux) et 15 des protestations mineures (8,02 %). Les 157 autres ont coopéré sans problème (84 %).

Lors de l'interrogatoire initial, 32 enfants ont exprimé une douleur bucco-dentaire (non prise en charge au moment de la visite par l'équipe de soins) soit 17,1% des enfants.

▪ FACTEURS DE RISQUE NOTES

Au niveau alimentaire, 3,74% des jeunes avaient une nourriture écrasée, 8,56% une nourriture mixée et 1,6% une alimentation de nature liquide. 3 jeunes donc 1,6% présentaient par ailleurs une gastrotomie.

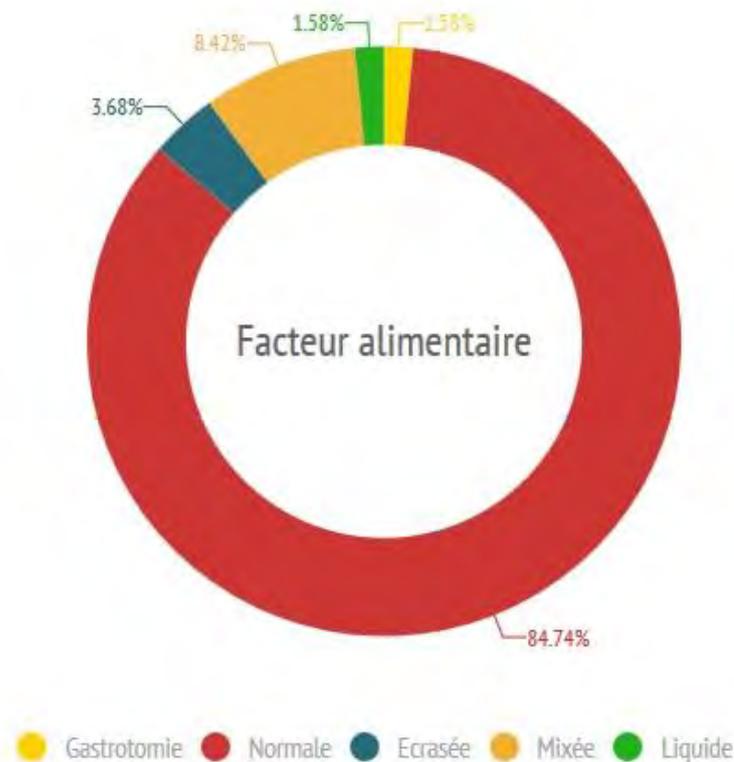


Figure 21: Facteur alimentaire chez les jeunes examinés

Quant aux autres facteurs de risque :

- 6 enfants présentaient un reflux gastro-œsophagien diagnostiqué
- 11 avaient des antécédents de fausse route
- 14 prenaient des médicaments pouvant être à l'origine d'une hyposialie (traitement antiépileptique majoritairement)
- 22 présentaient une incontinence salivaire
- 46 d'entre eux, soit 24,5%, présentaient une dysmorphose dento-maxillaire non traitée.
- 5 enfants pratiquaient l'automutilation.

▪ MESURES D'HYGIENE BUCCO-DENTAIRE MISES EN PLACE

Pour 92% des 187 jeunes, l'hygiène bucco-dentaire était réalisée à l'aide d'une brosse à dents, dont 11% avec une brosse à dents électrique.

8% avaient une hygiène bucco-dentaire inexistante par manque de coopération, de moyens ou manque de connaissance sur les mesures d'hygiène alternatives à la brosse à dents.

Aucune mesure d'hygiène par compresse ou bain de bouche n'a été recensée.

Sur 187 enfants, 170 avaient bénéficié de soins d'hygiène bucco-dentaire dans la semaine précédant la visite, soit 90,7%. Sur les 17 jeunes restants, l'hygiène bucco-dentaire n'était pas considérée comme fréquente voire complètement absente.

Enfin, 16 pensionnaires présentaient une halitose marquée.

b) *Etat parodontal*

▪ PLAQUE

Sur les 187 jeunes examinés, 53,5% avaient de la plaque dentaire de manière localisée et 10,2% sur toute l'arcade. 36,4% n'en avaient pas du tout.

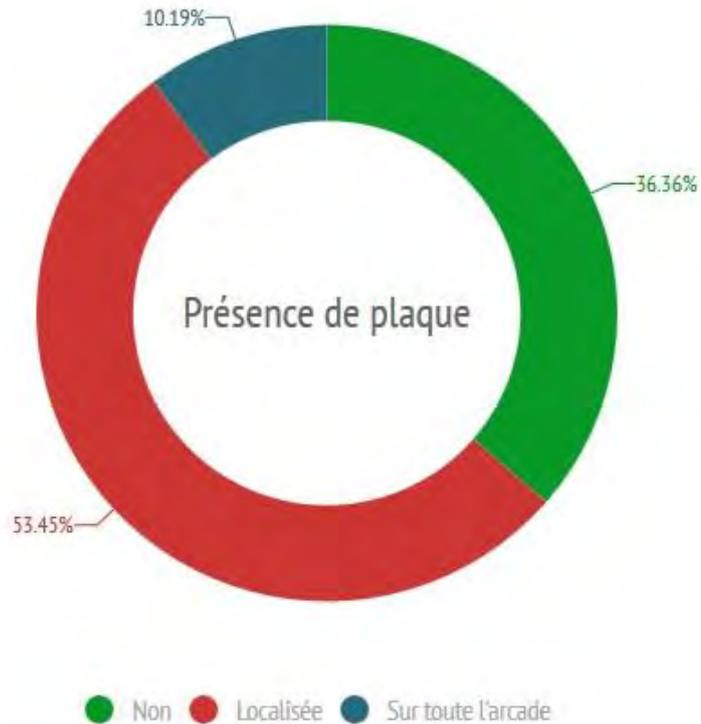


Figure 22: Résultats - Présence de plaque

▪ TARTRE

Parmi les 187 pensionnaires, 41,71% présentaient du tartre de manière localisée (en particulier sur les blocs incisivo-canins mandibulaires) et 5,9% sur toute l'arcade. 52,4% n'en avaient pas du tout.

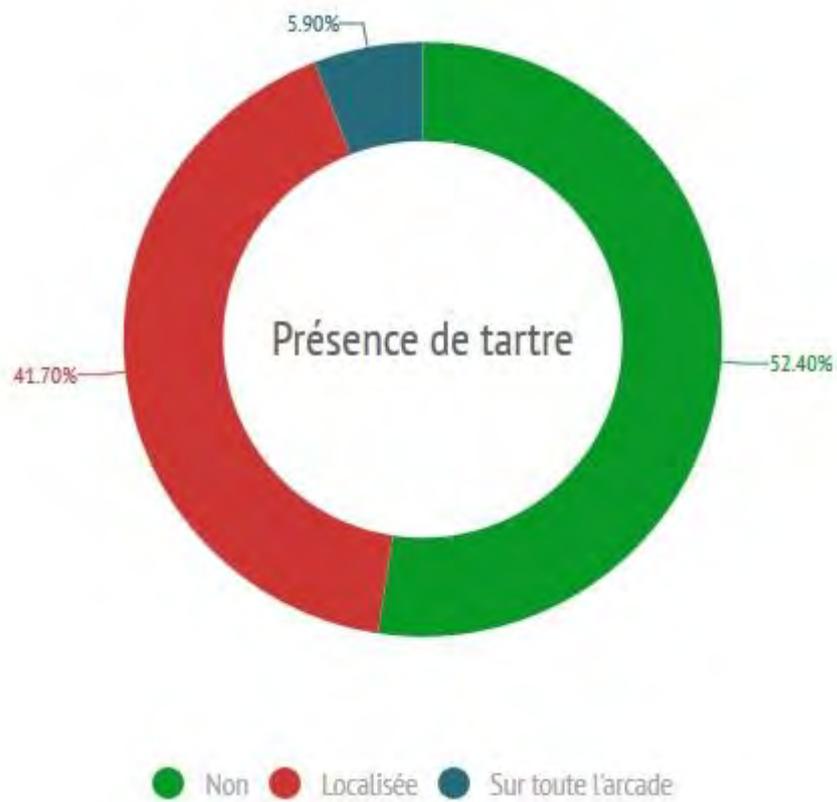


Figure 23: Résultats - Présence de tartre

▪ INFLAMMATION GINGIVALE

61,5% des jeunes reçus en consultation n'avaient aucun signe de gingivite. 35,8% présentaient une inflammation gingivale localisée contre 2,7% sur toute l'arcade maxillaire ou mandibulaire.

34 enfants, soit 18,2% des pensionnaires, ont été sujets à des saignements gingivaux dans les jours précédents le dépistage.

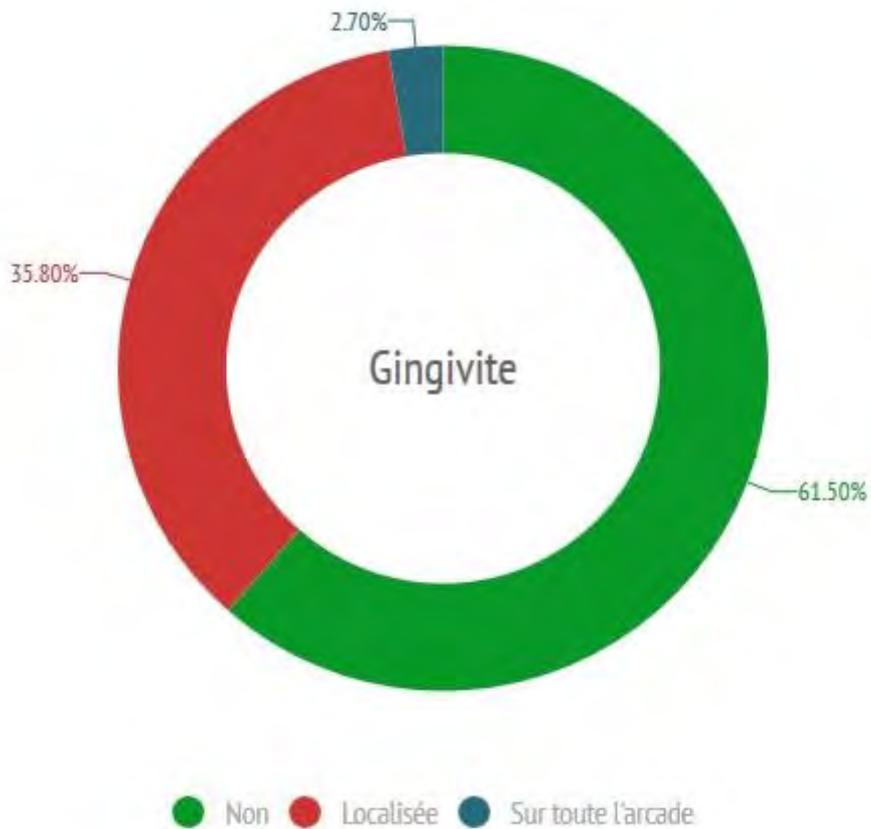


Figure 24: Résultats – Inflammation gingivale

c) *Etat dentaire*

▪ LESIONS CARIEUSES CLINIQUEMENT VISIBLES SUR DENTS TEMPORAIRES

- Pour les 3 – 8 ans, 81 % n'avaient aucune carie, 11 % en avaient entre 1 et 4 et 7,4% plus de 4
- Pour les 8 – 12 ans, 79% n'en avaient pas et 20,8% avaient entre 1 et 4 lésions carieuses cliniquement visibles sur dents permanentes.

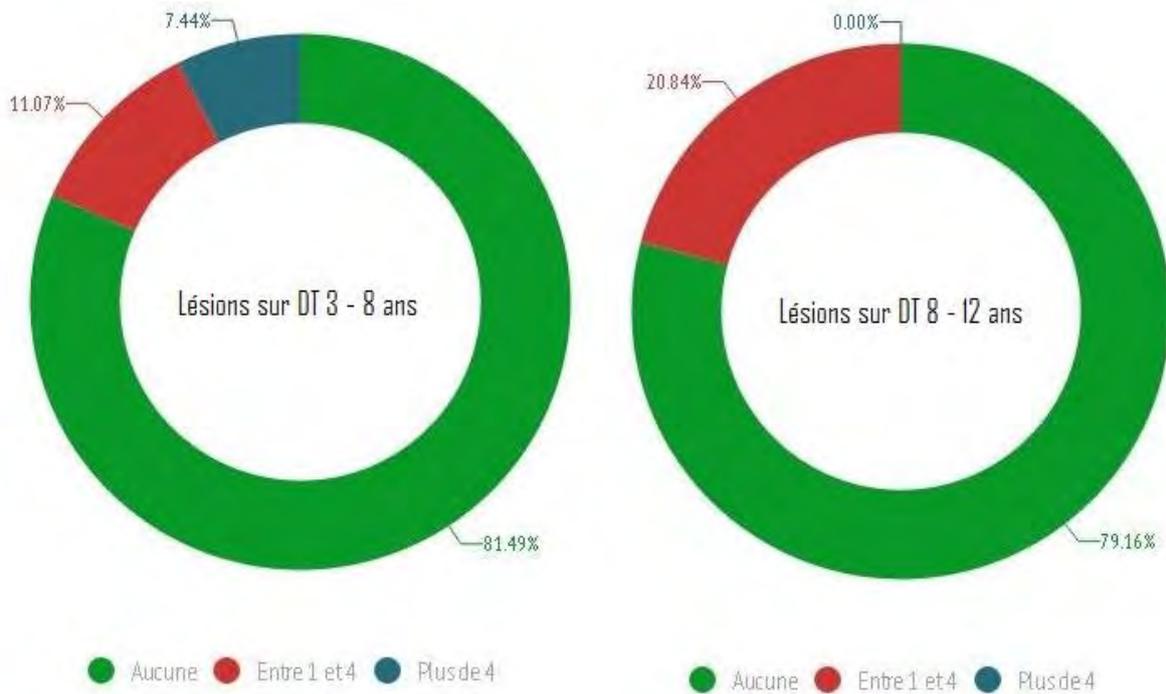


Figure 25 : Lésions carieuses cliniquement visibles sur dents temporaires (DT)

▪ LESIONS CARIEUSES CLINIQUEMENT VISIBLES SUR DENTS PERMANENTES

- Pour les 3 – 9 ans, 90,2% n’avaient aucune carie et 9,76 % en avaient entre 1 et 4.
- Pour les 9 – 12 ans, 68,4% n’en avaient pas, 22% en avaient entre 1 et 4 et 9,3% plus de 4
- Pour les plus de 15 ans, 38% avaient entre 1 et 4 caries et 12,7 % plus de 4. 49,3% n’en avaient pas.

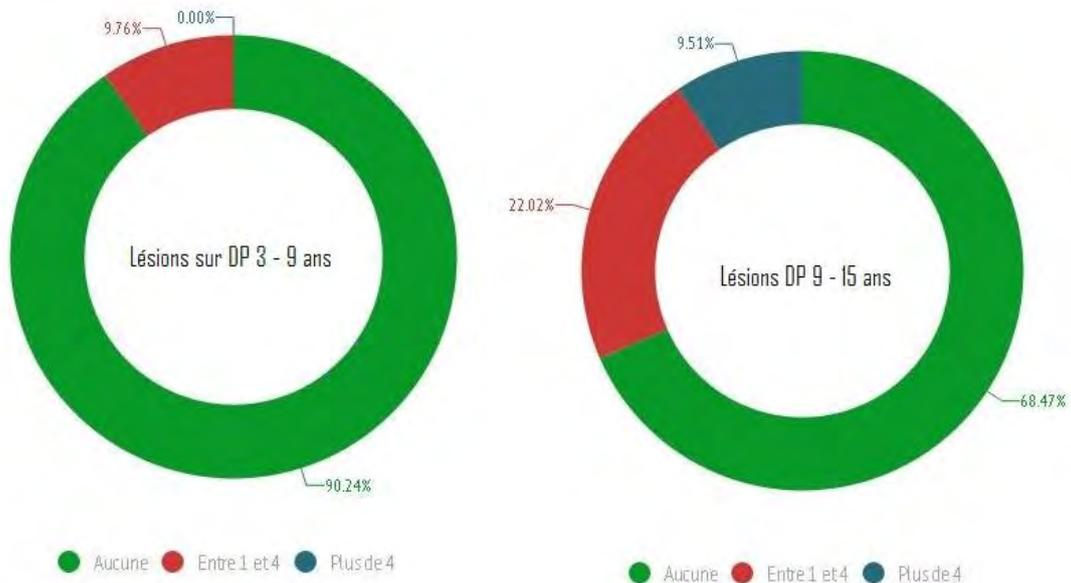
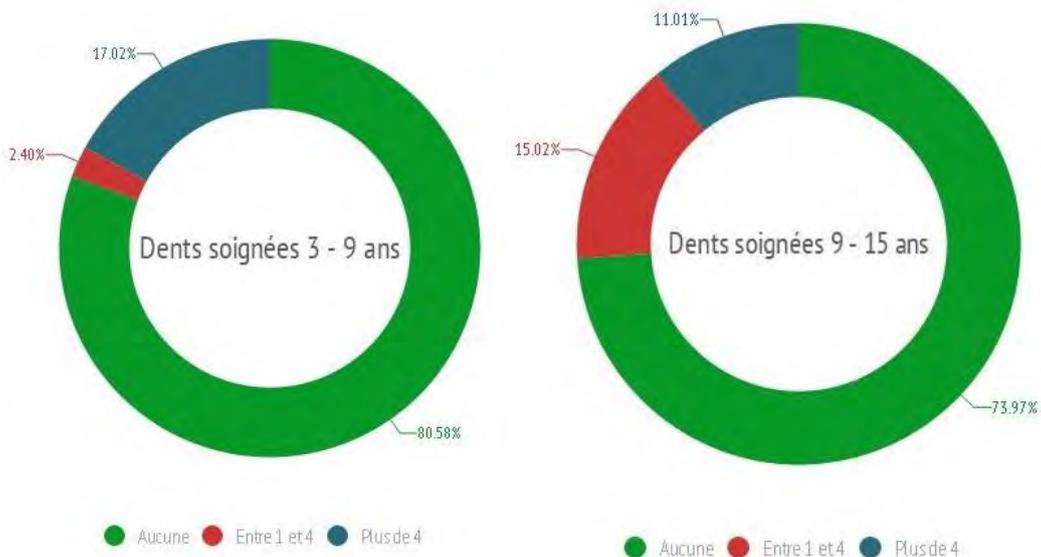




Figure 26: Lésions carieuses cliniquement visibles sur dents permanentes (DP)

▪ DENTS SOIGNEES

- Pour les 3 – 9 ans, 2,4 % avaient entre 1 et 4 dents soignées et 17% plus de 4.
- Pour les 9 – 12 ans, 73,9% avaient aucune dent soignée, 15% en avaient entre 1 et 4 et 11% plus de 4
- Pour les plus de 15 ans, 56,3% avaient aucune dent soignée, 24% en avaient entre 1 et 4 et 19,7% plus de 4



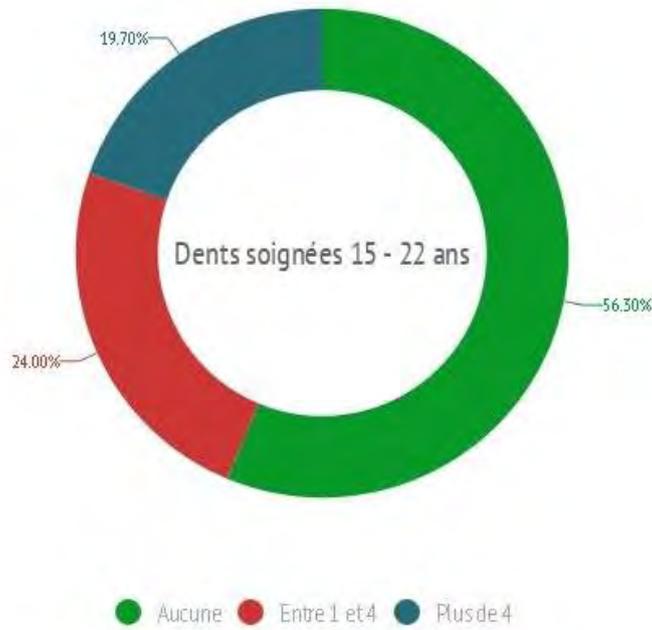


Figure 27: Résultats – Dents soignées

▪ DENTS ABSENTES

- Pour les 3 – 9 ans, 2,4 % avaient entre 1 et 4 dents absentes et 2,4% plus de 4.
- Pour les 9 – 12 ans, 6,8% en avaient entre 1 et 4 et 2,7% plus de 4
- Pour les plus de 15 ans, 12,7% en avaient entre 1 et 4 et 1,4% plus de 4. 86% avaient donc leur potentiel mastocatoire intact.

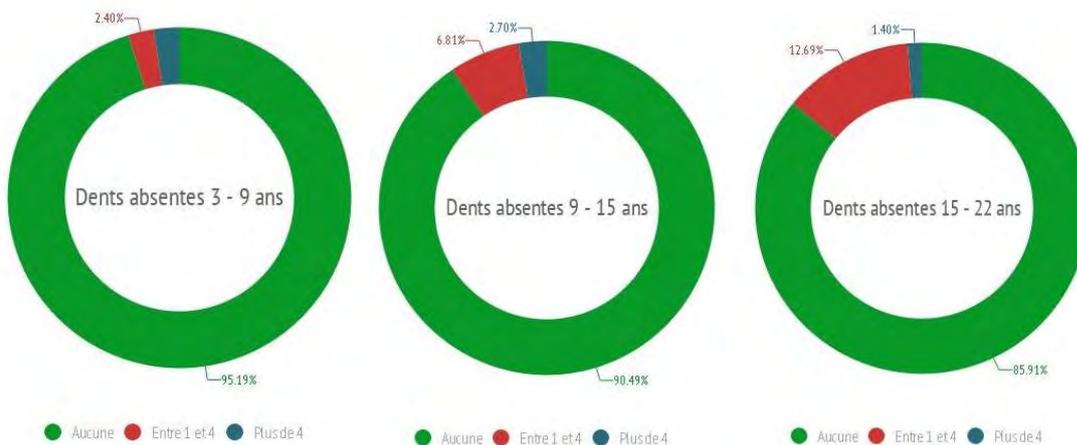


Figure 28: Résultats - Dents absentes

- FOYERS INFECTIEUX AVERES

Lors de l'examen, 9 enfants sur les 185 avaient des foyers infectieux avérés en bouche et non pris en charge.

d) *Prise en charge*

- STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE

Après discussion avec l'équipe soignante et avec l'enfant ou ses parents et après communication du résultat du dépistage, les pensionnaires ont été dirigés soit vers le dentiste de ville (47%), soit vers les structures de soins proposant la sédation consciente (11,8%) ou l'anesthésie générale (2,1%). 39% des enfants n'avaient pas de soins à prévoir.

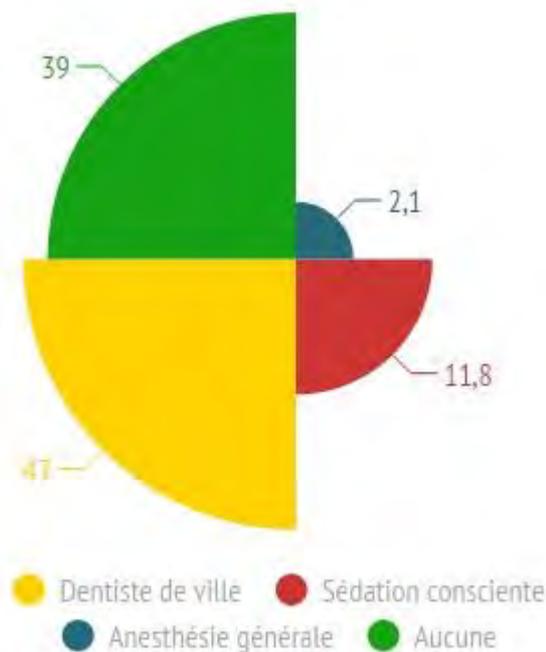


Figure 29: Résultats – Structures de prise en charge

▪ TYPE DE SOINS

38% des enfants ne devaient pas bénéficier de soins.

Pour 26% des autres pensionnaires, seul un détartrage était prévu.

10,7% devaient prévoir seulement des soins.

Les 25,1% restants avaient besoin d'un détartrage et de soins.

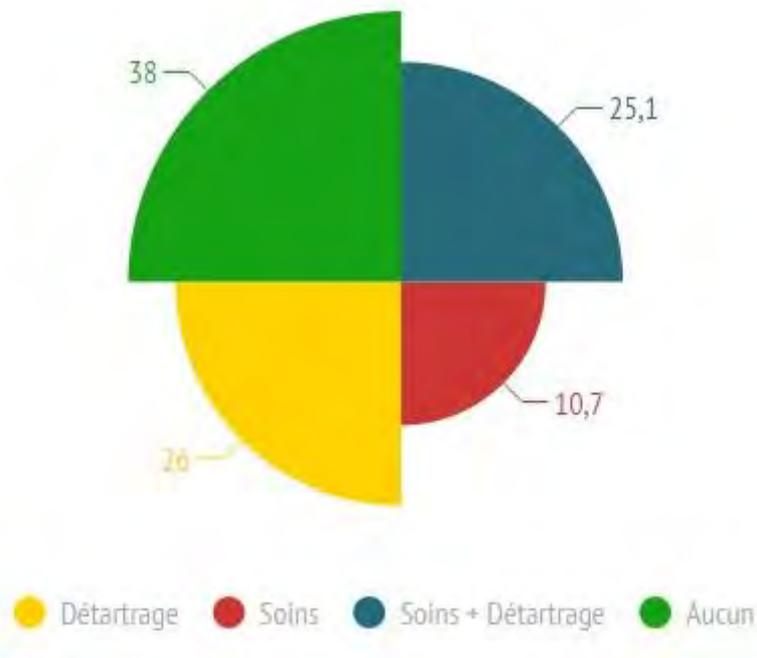


Figure 30: Résultats – Type de prise en charge

### 3. Discussion

Entre Novembre 2014 et Juin 2015, le recueil de données sur sept instituts de Midi Pyrénées a permis de dégager plusieurs points méritant analyse.

La première chose à considérer est le taux important de pathologies infectieuses ou fonctionnelles recensées sur ces enfants et non prises en charge. En effet, entre ceux devant bénéficier d'un détartrage, de soins, voire des deux, 61,8% des enfants n'étaient pas pris en charge au moment du dépistage. 71% ont déclaré avoir un dentiste référent sur le formulaire de consentement fourni aux parents mais la moitié d'entre eux n'avaient pas vu de dentiste depuis au moins 2 ans. 17,1% des enfants ont par ailleurs mentionné une douleur non soulagée dans la sphère orale. Il est donc clair que les besoins en prévention et en soins de cette population ne sont pas couverts correctement.

D'autre part, l'hygiène bucco-dentaire réalisée sur cette population peut être considérée comme insuffisante ou inefficace. En effet, même si une bonne proportion (90,9%) des jeunes avaient bénéficié de soins de bouche dans la semaine précédente et avait même accès à un matériel adéquat (brosse à dents manuelle ou électrique tout simplement), 63,7% avaient de la plaque, 47,6% du tartre et 38,5% d'entre eux une inflammation gingivale.

Quant à la santé dentaire à proprement parler, 31,4% avaient des lésions carieuses non diagnostiquées sur dents permanentes et 20% sur dents temporaires.

Deux études ont été réalisées par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) entre 2003 et 2006 sur l'état de santé générale des enfants en grande section de maternelle (35) et en 3<sup>ème</sup>.(36) Elles décrivaient entre autres la prévalence de la carie dentaire non soignée dans le milieu ordinaire. Pour les enfants de 5-6 ans, ce taux était de 7,5% en moyenne et de 17% pour les jeunes de 15ans, pourcentages inférieurs à nos résultats.

Cela peut s'expliquer en deux temps. Tout d'abord, le manque d'information et d'éducation des patients et de leur entourage quant aux facteurs de risques bucco-dentaires n'est pas à négliger. En effet, lors de ces visites de dépistage, il est apparu un manque d'information sur les conséquences d'une alimentation écrasée/mixée /liquide (16,26%) sur la santé bucco-dentaire ou encore de divers médicaments (sirop sucrés ou antiépileptiques pour 7,4% des enfants).

D'autre part, beaucoup d'enfants sont considérés comme autonomes pour manger, s'habiller mais n'ont malheureusement pas, pour beaucoup d'entre eux, les capacités psychomotrices nécessaires pour assurer un brossage optimal. La réalisation de ce brossage repose alors sur les adultes qui les entourent, que ce soit la famille ou l'équipe de soins. Certaines des IME visitées ont instauré un temps de brossage après le déjeuner pour les externes, ou après le petit déjeuner et dîner pour les internes, le tout supervisé par les éducateurs. Ces derniers n'ont souvent pas les moyens, techniques ou humains, de superviser de manière optimale ces temps de brossage. De ces visites est aussi ressortie la difficulté d'assurer une continuité entre les bonnes habitudes prises à l'IME et le domicile, pour les externes notamment.

Il y donc un manque certain de prévention et d'éducation de cette population, résultant en un taux élevé de pathologies non prises en charge. En effet, les chiffres annoncés plus haut peuvent sembler peu importants mais ils sont à mettre en perspective. Ces visites de dépistage ont été proposées à plus de 40 IME mais seules 7 d'entre elles ont répondu à la demande. De ce fait, ces dernières ont prouvé leur intérêt quant à la problématique,

Un autre point à souligner ici est la gestion post diagnostique de ces enfants. En effet, ceux devant bénéficier de soins ont été redirigés vers diverses structures de soins, ce qui s'avère parfois un parcours du combattant. Plusieurs volets sont à considérer.

Tout d'abord, la difficulté d'accès aux soins de cette population. 47% des enfants ont été dirigés vers un dentiste de ville. Or ces dentistes ne sont malheureusement pas souvent formés au soin d'enfants handicapés et surtout non équipés pour ces soins. En effet, même si 84% des enfants ont coopéré sans souci au dépistage, un soin n'est pas un examen, et cela peut s'avérer plus compliqué sur certains enfants. Très peu de dentistes de ville sont aujourd'hui équipés de moyens de sédation consciente type MEOPA, ce qui oblige les patients à aller consulter dans des structures de soins spécialisées, centralisées dans les grandes villes et où le délai de rendez-vous peut être de plusieurs mois.

La difficulté d'accès aux soins prend aussi sa source dans le manque de ressources ou de recours de la famille ou de l'IME. Comme exposé plus haut, une consultation dans un centre de soin spécialisé éloigné du domicile ou de l'institut implique une mobilisation humaine et technique souvent compliquée à programmer.

Certaines IME ont toutefois réussi à se créer des réseaux de soins plus accessibles, souvent par démarches personnelles des infirmiers ou infirmières de l'institut. Sur l'IME Pierre Sarraut de Montauban notamment, l'infirmière Mme Dayma a pris contact avec un dentiste de Montauban afin d'organiser des matinées de soins sous sédation consciente une fois par semaine. Cela a permis de gérer un certain nombre d'enfants depuis la mise en place de la vacation et permet un contrôle régulier. Le CHU de Toulouse a par ailleurs signé une convention avec l'IME Bousquairol à Villeneuve Tolosane (31) et le MAS Rosine Bet à Saint-Lys (31) pour un dépistage et des détartrages sous MEOPA au sein des institutions. Les infirmières de l'IME Montaudran sont en contact direct avec les praticiens du CHU pour des prises de rendez-vous rapides si nécessaire.

Mais ces cas sont malheureusement une exception, soulignant encore une fois le manque de recours disponibles pour cette population.

## 2. ETUDE SUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE REALISEE AUPRES DU PERSONNEL DE SANTE EN IME

### 1. Méthode

En parallèle de l'action de dépistage menée sur ces 7 IME, nous avons fait parvenir un questionnaire au personnel de l'IME intervenant auprès des enfants. Ce dernier portait sur la politique de santé bucco-dentaire menée sur l'IME, leur ressenti par rapport à celle-ci et enfin sur l'évaluation des besoins sur les structures.

30 IDE et éducateurs ont donc rempli ces questionnaires de manière anonyme sur l'année 2015. La diversité des réponses (et ce parfois dans une même IME) reflète l'appréhension personnelle du questionnaire en fonction non seulement de l'institut mais aussi de la fonction ou du groupe géré.

Quelques réponses étaient suggérées en fonction des items mais la personne interrogée avait aussi la possibilité de rajouter ses propres idées.

### 2. Résultats

#### *1. L'hygiène bucco-dentaire en IME en général*

Sur les 30 personnes interrogées, 63% considéraient que les soins de bouche étaient du ressort du patient lui-même, 56% des éducateurs et 23% de la famille. 20% mentionnaient l'implication de l'aide-soignante ou infirmière attachée à l'IME dans ces soins.

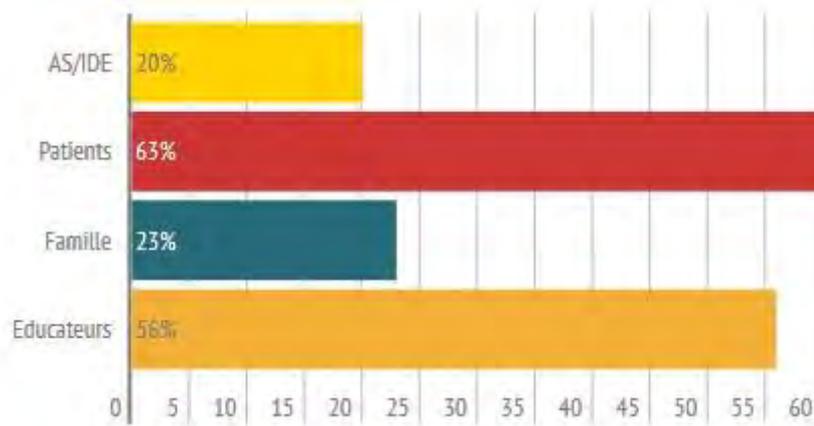


Figure 31: Résultats - Réalisation des soins de bouche

Le brossage est réalisé une à trois fois par jour dans tous les IME.

Le matériel utilisé peut aller de la brosse à dents manuelle (100%) à l'électrique (40%), en passant par la brosse à dents triface (3%). 33% ont par ailleurs mentionné l'utilisation de bains de bouche et 6% de compresses.

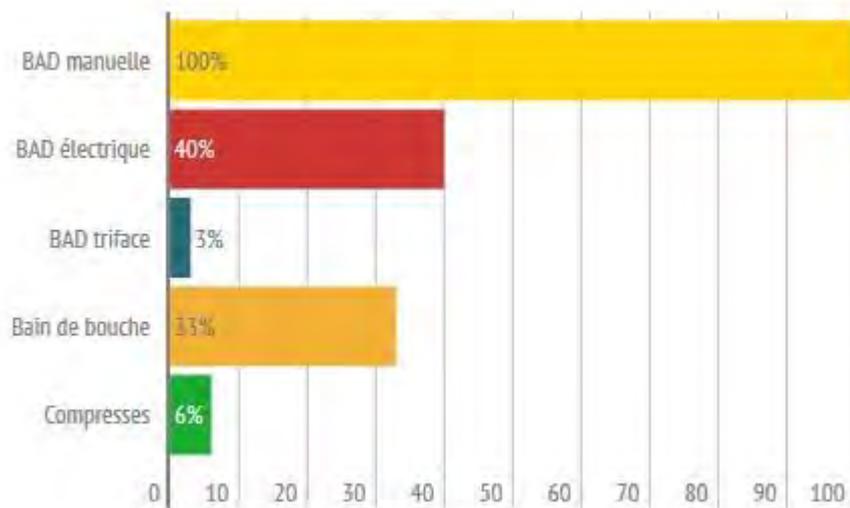


Figure 32: Résultats - Utilisation du matériel

Les soins de bouche sont réalisés à 83% durant la toilette du matin ou après le petit déjeuner et pour 60% au coucher. 40% ont mentionné un brossage organisé après le déjeuner.

Un protocole non validé existe dans 10% des cas, ce dernier provenant d'un document personnel et non pas d'une source officielle ou publication.

Enfin, seulement 10% des personnes interrogées avaient bénéficié d'une formation aux soins de bouche sur les enfants handicapés, et ce dans les 2 ans précédents l'enquête.

## *2. Ressenti du personnel de santé quant à l'hygiène bucco-dentaire*

Nous nous sommes tout d'abord intéressés à la perception des soins par l'équipe. Ils sont considérés comme difficiles dans 66% des cas et impossibles pour 50%. Mais 66 % des personnes interrogées estiment ces soins indispensables.

20% pensent ces soins trop peu pris en compte quand 16% les estiment trop longs.

Seulement 20% des interrogés les qualifient de simples.

Quant au matériel, il était considéré en majorité comme correct, car il était fourni par l'IME (20%), ou par les parents (40%). 53% le qualifiaient toutefois de basique.

A contrario, 33% des personnes interrogées trouvaient le matériel non adapté, car fourni par les parents sans recommandation particulière de la part des professionnels de santé.

L'équipe de soins a ensuite qualifié ses appréhensions vis à vis des soins de bouche :

- 40% avaient peur de faire mal
- 30% peur de mal faire
- 23% appréhendaient les saignements gingivaux
- 13% craignaient les fausses routes
- 13% enfin soulignent le caractère intrusif de ces gestes, et considèrent cela comme un obstacle à leur réalisation optimale.

Le personnel avoue par ailleurs éprouver des difficultés lors de la réalisation des soins (46% parfois et 13% souvent). Seuls 13% ne ressentent aucune difficulté.

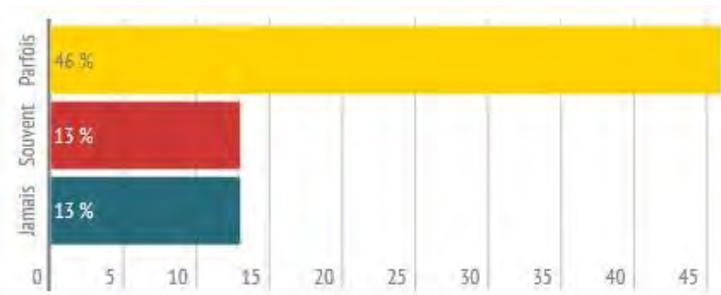


Figure 33: Résultats - Evaluation de la difficulté

Les difficultés rencontrées sont :

- à 26% la motivation des enfants
- à 20% le refus de la brosse à dents
- pour 16%, c'est la maîtrise du geste qui est difficile
- le manque de coopération est problématique pour 10% des interrogés
- enfin pour 3%, c'est le manque de temps et l'hypersensibilité orale de certains enfants qui sont compliquées à gérer.

### 3. Quels besoins en IME ?

Le personnel a ensuite été questionné sur les besoins ressentis en IME quant à la santé bucco-dentaire.

56% aimeraient un dépistage régulier organisé sur l'IME. 46% ressentent le manque de formation quant aux soins bucco-dentaires quand 6% déplorent le manque de liaison avec les centres de soins et 10% le manque de matériel adapté.

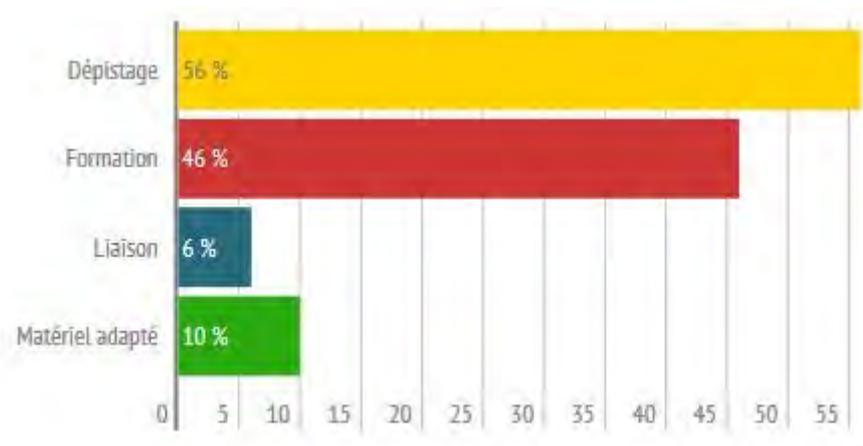


Figure 34: Résultats – Evaluation des besoins

Nous avons alors interrogé le personnel sur leurs envies concernant la formation. 56% aimeraient en bénéficier eux-mêmes et 70% aimeraient aussi en faire bénéficier les familles.

### 3. Discussion

L'étude réalisée auprès du personnel de soins présent en IME avait pour objectif de dégager une certaine conception et perception de la pratique de la santé bucco-dentaire sur les différentes structures.

Le premier volet met tout d'abord en exergue une absence de protocole de soins ou de référents pour les soins de bouche dans 90% des cas. Seuls 10 % des personnes avaient pu bénéficier d'une formation initiale ou continue relative à la santé bucco-dentaire, ce qui pourrait expliquer le flou entourant l'organisation de ces soins.

Ce faible pourcentage nous renvoie aussi aux perceptions de soins compliquées (80%) et aux diverses appréhensions ressenties par le personnel de soins (notamment les peurs de « faire mal » ou de « mal faire »). L'importance des soins est reconnue mais le manque de connaissances explique la complexité ressentie de l'approche.

59% des interrogés au total mentionnent des difficultés dans les réalisations de ces soins de bouche, soins pourtant réalisés tous les jours. Ces dernières prennent leur source à 36% dans la motivation et la coopération des enfants mais aussi dans la maîtrise du geste ou le refus de la brosse à dents. On voit par ailleurs que l'arsenal thérapeutique reste assez limité, que l'usage de la brosse à dents est banalisé mais peu utilisent les compresses ou les bains de bouche.

Les besoins en dépistage et en formation sont formulés mais ne sont pas, à ce jour, satisfaits.

Cette insatisfaction quasi générale quant à la gestion des soins de bouche nous pose alors la question de la bonne conduite de ces soins et d'une prise en charge adaptée.

### 3. PERSPECTIVES D'AVENIR

En Avril 2013, un rapport sur l'accès aux soins et à la Santé des Personnes handicapées (37) a été établi par Mr Pascal Jacob en mission auprès de Me Marie-Arlette Carlotti, Ministre déléguée chargée des Personnes Handicapées et de la lutte contre l'exclusion et de Me Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé.

Ce rapport s'est intéressé à la perception du milieu de la santé par la personne handicapée et plusieurs solutions ont été envisagées concernant les divers problèmes dégagés.

L'accès aux soins de la personne handicapée est un droit consacré depuis la loi de 2005 sur le droit des malades mais il est théorique et a encore aujourd'hui parfois bien du mal à être appliqué. En effet, les études récentes et ce travail ont montré que ces personnes avaient accès moins facilement aux soins de prévention publique, mais qu'elles étaient aussi plus exposées aux risques. L'accès aux soins courants reste par ailleurs plus compliqué.

Les prochaines années s'avèrent décisives. En effet, notre profession se doit de se rendre plus accessible pour cette population. Elle doit être prise en charge dans les mêmes conditions que la population ordinaire, dans des délais et des coûts raisonnables.

L'accent doit être mis tout d'abord sur la formation des soignants, chirurgiens-dentistes mais aussi infirmiers, aides-soignants, éducateurs ... Cette formation initiale pourrait éduquer l'entourage socio-médical de la personne handicapée, qu'elle soit enfant ou adulte, à la santé bucco-dentaire mais aussi introduire le dentiste au monde du handicap afin de réduire les appréhensions entourant la prise en charge au cabinet. Il n'existe pas d'adaptation spontanée au handicap mais les professionnels de santé doivent apprendre à mesurer les difficultés et adapter leurs comportements.

Ce rapport propose par ailleurs une formation des aidants (entourage familial, aide de vie), ces derniers étant des partenaires de soins et des ressources précieuses.

Ces objectifs de formation sont d'autre part complétés par l'importance de la gestion de la prévention bucco-dentaire.

Ce rapport prône l'accessibilité des lieux de soins pour que les patients puissent bénéficier du panier de prévention de la Sécurité Sociale. Pour le volet bucco-dentaire, cela passerait par un MT 'dents obligatoire en IME, accompagné de bilans réguliers une fois par an. Une formation du patient est proposée avec des ateliers de brossage et la distribution de kits financés par la dotation de l'Assurance Maladie. Il faut par ailleurs noter que bien souvent, si le suivi est régulier, un détartrage une à deux fois par an suffit. Ce ne sont pas des soins compliqués et cela permet de motiver la famille à l'hygiène bucco-dentaire, tout en anticipant les problèmes infectieux.

La notion de proximité étant essentielle au confort des personnes handicapées, il propose aussi la mise en place d'un registre de chirurgiens-dentistes de proximité, aptes à recevoir ce type de patients.

Enfin, l'un des obstacles majeurs à la prise en charge bucco-dentaire adaptée est financier. C'est pourquoi Mr Jacob et son équipe proposent une réévaluation à court terme de la nomenclature et de la prise en charge par la Sécurité Sociale, l'utilisation du MEOPA pouvant à terme être remboursée. L'objectif est de revaloriser le travail et les soins, souvent considérés comme trop compliqués ou trop longs.

## CONCLUSION

Aujourd'hui, l'état de santé bucco-dentaire des enfants en Institut Médico Educatif doit être considéré comme un enjeu de santé publique.

Il n'existe actuellement pas de plan national global applicable à la prise en charge de cette population, seulement des initiatives personnelles sur certains établissements. La santé bucco-dentaire chez l'enfant handicapé est pourtant un problème spécifique, mais peu formulé. Il est toutefois présent quotidiennement dans la vie des familles et des équipes médico-éducatives.

Notre étude, menée sur la région Midi-Pyrénées et sur 7 établissements, a concerné 187 enfants. Le premier volet, centré sur le dépistage des pensionnaires, a mis en exergue des besoins en prévention et en soins, besoins formulés mais très peu pris en charge. Le deuxième volet, mettait quant à lui, l'accent sur les difficultés et appréhensions ressenties par les équipes de soins ainsi que leur manque de formation.

Les actions menées en parallèle de l'étude nous ont permis d'organiser des séances d'éducation à l'hygiène sur certains groupes avec apprentissage du brossage et mise en place de temps dédiés aux soins de bouche. Les équipes médico-éducatives ont dans le même temps été informées et formées de manière théorique et pratique. Un guide de bonne pratique pour la santé bucco-dentaire leur a été fourni. Ces différentes structures ont ensuite été mises en relation avec diverses structures de soins pouvant assurer la réalisation des actes de soins.

D'autre part, des courriers ont été envoyés aux familles, mentionnant les conclusions du dépistage mais aussi certains conseils quant à l'hygiène bucco-dentaire de leur enfant.

Ces dépistages et formations ponctuels devraient être associés avec un contact régulier avec l'établissement et une réactivation régulière du projet. En effet, seuls ces contacts permanents permettent d'atteindre une efficacité à long terme.

La maintenance est importante mais elle nécessite la présence d'acteurs de proximité, de moyens financiers et de structures de soins pouvant répondre aux besoins spécifiques de cette population.

Dans l'attente de cette réalisation, il convient de mettre l'accent sur une approche préventive de la santé bucco-dentaire dans ces IME.

**Les directeurs de thèse**

*Dr Emmanuelle NOIRRIT ESCLASSAN*



*Dr Magalie GOTTLE*



**Le président du jury**

*Pr Franck DIEMER*



## BIBLIOGRAPHIE

1. Ravaud J-F. [Definition, classification and epidemiology of disability]. Rev Prat. 2009 Oct 20;59(8):1067–74.
2. L’histoire du handicap [Internet]. Handicap.fr. [cited 2015 Apr 9]. Available from: <http://informations.handicap.fr/art-histoire-874-6026.php>
3. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d’orientation en faveur des personnes handicapées.
4. Définitions : \*handicap - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2015 Apr 13]. Available from: [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/\\_handicap/38988](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/_handicap/38988)
5. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
6. Chapiro F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Gérontologie Société [Internet]. 2001 Dec 1 [cited 2015 Sep 25];n° 99(4):37–56. Available from: [http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=GS\\_099\\_0037](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=GS_099_0037)
7. JAMET F. De la Classification internationale du handicap (CIH) à la Classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF). Nouv Rev AIS [Internet]. :p.163–71. Available from: [http://www.cra-rhone-alpes.org/cid/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=2772](http://www.cra-rhone-alpes.org/cid/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=2772)
8. La classification des handicaps [Internet]. Handicap.fr. [cited 2015 Sep 25]. Available from: <http://informations.handicap.fr/art-classification-874-6029.php>
9. Chabrol B, Halbert C, Milh M, Mancini J. [Handicap: definition and classification]. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. 2009 Jun;16(6):912–4.
10. Faulks D, Molina G, Eschevins C, Dougall A. Child oral health from the professional perspective - a global ICF-CY survey. Int J Paediatr Dent Br Paedodontic Soc Int Assoc Dent Child. 2015 Sep 15;
11. APAJH. Les 6 types de handicap reconnus par la loi du 11 février 2005. APAJH [Internet]. 2009 Mar [cited 2015 Sep 25];(101). Available from: <http://www.ac-nice.fr/ia06/ienash/Circo/AVS/file/Les%206%20types%20de%20handicap.pdf>
12. DELCEY M, CROMBECQUE D, RAVAUD JF, STIKER HJ, VILLE I, BONNEFON G, et al. Déficiences motrices et situations de handicaps : Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés. Paris: APF; 2002.
13. Les différents types de handicap [Internet]. [cited 2015 Apr 10]. Available from: <http://www.ccah.fr/former/formations/les-differents-types-de-handicap>
14. Unafam - Le handicap psychique [Internet]. [cited 2015 Sep 25]. Available from: <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>

15. Les différents types de handicap [Internet]. [cited 2015 Sep 25]. Available from: <http://www.ccah.fr/former/formations/les-differents-types-de-handicap>
16. OMS. Rapport mondial sur le handicap. Organisation Mondiale de la Santé; 2011.
17. ARNAUD C. Registre des handicaps de l'enfant de la Haute Garonne (registre qualifié 2011-2014). Toulouse: INSERM; Report No.: CNIL n°900263.
18. Cans C, van Bakel M. Épidémiologie des handicaps de l'enfant en France. Arch Pédiatrie [Internet]. 2012 Jun [cited 2015 Apr 14];19(6):H202–4. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X12712125>
19. ORS MIP. Les personnes en situation de handicap en Midi-Pyrénées. Repères et indicateurs. Midi Pyrénées: ORS MIP;
20. Qu'est ce que la CDAPH ? [Internet]. [cited 2015 Apr 15]. Available from: [http://www.mdph.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=110&Itemid=81](http://www.mdph.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=81)
21. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-59-1. Code de l'action sociale et des familles.
22. MAKDESSI Y. L'accueil des enfants handicapés dans établissements médico-sociaux en 2010 [Internet]. DREES; 2013 Fev [cited 2015 Apr 15]. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er832.pdf>
23. Ginesta C. Les structures d'accueil des enfants et adolescents handicapés en Midi Pyrénées en 2006. Flash Info Midi Pyrénées DRASS [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Apr 15];(43). Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/flash43.pdf>
24. Lewis CW. DENTAL CARE AND CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS: A POPULATION-BASED PERSPECTIVE. Acad Pediatr [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 9];9(6):420–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2787477/>
25. Solanki J, Gupta S, Arya A. Dental Caries and Periodontal Status of Mentally Handicapped Institutionalized Children. J Clin Diagn Res JCDR [Internet]. 2014 Jul [cited 2015 Apr 9];8(7):ZC25–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4149138/>
26. Babu KLG, Doddamani GM, Naik LRK, Jagadeesh KN. Pediatric liquid medicaments – Are they cariogenic? An in vitro study. J Int Soc Prev Community Dent [Internet]. 2014 [cited 2015 May 4];4(2):108–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170542/>
27. Molla M, Naulin-Ifi C, Berdal A. Anomalies de minéralisation de l'émail : fréquence, étiologie, signes d'alerte et prise en charge. Arch Pédiatrie [Internet]. 2010 Jun [cited 2015 May 5];17(6):758–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X10700968>
28. Droz D. Infirmité motrice cérébrale, polyhandicap et santé buccale. Arch Pédiatrie [Internet]. 2008 Jun [cited 2015 Apr 14];15(5):849–51. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X08719389>

29. Reuland-Bosma W, van Dijk J. Periodontal disease in Down's syndrome: a review. *J Clin Periodontol.* 1986 Jan;13(1):64–73.
30. Basheer B, Hegde KS, Bhat SS, Umar D, Baroudi K. Influence of Mouth Breathing on the Dentofacial Growth of Children: A Cephalometric Study. *J Int Oral Health JIOH* [Internet]. 2014 [cited 2015 May 5];6(6):50–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295456/>
31. Norwood KW, Slayton RL, Health S on O, Liptak GS, Murphy NA, Adams RC, et al. Oral Health Care for Children With Developmental Disabilities. *Pediatrics* [Internet]. 2013 Feb 25 [cited 2015 Apr 9];peds.2012–3650. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/02/20/peds.2012-3650>
32. Miamoto CB, Pereira LJ, Ramos-Jorge ML, Marques LS. Prevalence and predictive factors of sleep bruxism in children with and without cognitive impairment. *Braz Oral Res.* 2011 Oct;25(5):439–45.
33. Ecoffrey C, Murat I. *La douleur chez l'enfant.* Flammarion Med Sci. Paris; 1999.
34. Nelson LP, Getzin A, Graham D, Zhou J, Wagle EM, McQuiston J, et al. Unmet dental needs and barriers to care for children with significant special health care needs. *Pediatr Dent.* 2011 Feb;33(1):29–36.
35. Guignon N, Collet M, Gonzalez L. La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. *Etudes et Résultats DREES.* 2010 Sep;(737).
36. Guignon N, Collet M, Gonzalez L. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004. Premiers résultats. *Etudes Résultats DREES.* 2013 Mai;(573).
37. Jacob P. *Accès aux soins et à la santé des personnes handicapées.* 2013 Avril.

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Tableau « Les mendiants » de Brueghel l'Ancien, 1568 .....	- 17 -
Figure 2: Casting du film Freaks réalisé par Tod Browning en 1932 .....	- 18 -
Figure 3: "Gueules cassées" pendant la 1ère guerre mondiale.....	- 19 -
Figure 4: Etiologie du polyhandicap d'après le Comité National de Coordination Action Handicap.....	- 29 -
Figure 5: Epidémiologie du handicap de l'enfant en Midi Pyrénées d'après le rapport sur le handicap en Midi Pyrénées en 2010.....	- 31 -
Figure 6: Epidémiologie du handicap chez l'enfant en Midi Pyrénées en fonction du département d'après le rapport sur le handicap en Midi-Pyrénées en 2010.....	- 32 -
Figure 7: Déficiences et déficiences sévères en Midi Pyrénées selon le département d'après le rapport sur le handicap en Midi-Pyrénées en 2010 .....	- 33 -
Figure 8: Classification des déficiences en Midi Pyrénées d'après le rapport sur le handicap en Midi-Pyrénées en 2010.....	- 34 -
Figure 9: Classification des déficiences en Midi Pyrénées – Graphique d'après le rapport sur le handicap en Midi-Pyrénées en 2010 .....	- 34 -
Figure 10: Nombre d'enfants accueillis en IME en Midi Pyrénées d'après l'étude de la DREES (2010) et de la DRASS (2006) .....	- 37 -
Figure 11: Nature du handicap des enfants présents en IME en Midi Pyrénées d'après l'étude de la DREES (2010) et de la DRASS (2006).....	- 38 -
Figure 12: Données sur les diversités de prise en charge des enfants en IME d'après l'étude de la DREES (2010) et de la DRASS (2006).....	- 39 -
Figure 13 : Schéma de Keyes sur l'étiologie de la carie.....	- 41 -
Figure 14 : Gingivite généralisée ainsi qu'un dépôt de plaque dentaire, polycaries en bouche (département d'odontologie pédiatrique, Toulouse).....	- 43 -
Figure 15: Comparaisons des structures orales au repos chez un sujet normal et un sujet trisomique 21 (tirée de Hennequin et coll., 2000b).....	- 44 -
Figure 16: Sévère dysmorphose dento-maxillaire chez un jeune homme porteur de trisomie 21 de 20 ans d'après Hennequin et coll. 2000b) .....	- 45 -
Figure 17: Malocclusion pouvant être observée sur un syndrome de Marfan (source : UFSBD) .....	- 45 -
Figure 18: Intrusion des 11 et 21 suite à une chute avec objet présent dans la cavité buccale (courtoisie du Dr Marty Mathieu) .....	- 47 -
Figure 19: Axel, 17 ans, présentant une dysmorphose dento maxillaire et bruxomane, photographie réalisée lors des séances de dépistage en 2015 .....	- 48 -
Figure 20: Tranches d'âge des jeunes examinés.....	- 53 -
Figure 21: Facteur alimentaire chez les jeunes examinés .....	- 54 -
Figure 22: Résultats - Présence de plaque.....	- 56 -
Figure 23: Résultats - Présence de tartre .....	- 57 -
Figure 24: Résultats – Inflammation gingivale .....	- 58 -
Figure 25 : Lésions carieuses cliniquement visibles sur dents temporaires ( DT ).....	- 59 -
Figure 26: Lésions carieuses cliniquement visibles sur dents permanentes (DP).....	- 60 -

Figure 27: Résultats – Dents soignées.....	- 61 -
Figure 28: Résultats - Dents absentes .....	- 61 -
Figure 29: Résultats – Structures de prise en charge.....	- 62 -
Figure 30: Résultats – Type de prise en charge .....	- 63 -
Figure 31: Résultats - Réalisation des soins de bouche .....	- 68 -
Figure 32: Résultats - Utilisation du matériel .....	- 68 -
Figure 33: Résultats - Evaluation de la difficulté.....	- 70 -
Figure 34: Résultats – Evaluation des besoins .....	- 71 -

## ANNEXES

### a. Liste d'IME visitées



I.M.E. Montaudran	Toulouse	31
I.M.E. Les Hirondelles	Tarbes	65
I.M.E. Les Babissous	Onet le Château	12
I.M.E. de l'Ouest	Cransac	12
I.M.E. Saint Jacques	Lérans	32
E.P.M.S. La Vergnière	Lherm	32
I.M.E. Pierre Sarraut	Montauban	82

b. Questionnaire soumis au personnel



**ETUDE SUR LA SANTE BUCCO DENTAIRE DES ENFANTS PRESENTS EN IME EN MIDI PYRENEES**

**Questionnaire**

**Profil de l'établissement :**

- Nom :  
\_\_\_\_\_
- Types de pensionnaires:  
\_\_\_\_\_
- Nombre d'internes : \_\_\_\_\_ Nombre d'externes : \_\_\_\_\_
- Nombre d'IDE : \_\_\_\_\_
- \_Nombre d'AS : \_\_\_\_\_

**Soins de bouche :**

- Pour vous les soins de bouche sont ( plusieurs réponses possibles ) :
  1. Difficiles
  2. Longs
  3. Coûteux vis à vis du matériel nécessaire
  4. Impossibles à réaliser sur certains patients
  5. Indispensables
  6. Simples
  7. Trop peu pris en compte
- Qui réalise ces soins ?
  1. AS
  2. IDE
  3. Patients
  4. Famille
  5. Autre : \_\_\_\_\_
- Existe-t-il un protocole de soin ?      OUI                  NON
- Si oui, d'où vient-il ?
  1. Démarche personnelle
  2. Formation
  3. Formation initiale
  4. Je ne sais pas
- Y a-t-il un référent pour les soins de bouche dans l'établissement ?      OUI                  NON

- Quel type de matériel est utilisé ?
  1. Brosse à dents normale
  2. Brosse à dents électrique
  3. Brosse à dents triface
  4. Compresse
  5. Bain de bouche
  6. Autre : \_\_\_\_\_
  
- Pour vous, le matériel utilisé est-il correct ?
  1. Oui, car le matériel est fourni par l'IME et adapté à chaque enfant
  2. Oui, car le matériel est fourni par les parents et adapté à chaque enfant
  3. Oui, car le matériel est basique (brosse à dents et dentifrice)
  4. Non, car le matériel est fourni par les parents sans recommandation particulière
  5. Non, car le coût est trop élevé
  
- Quelle est la fréquence des soins de bouche ?
  1. Jamais
  2. 1 à 3 fois par jour
  3. 1 fois/semaine à 3 fois/semaine
  4. Moins de 3 fois/semaine
  
- Quand sont réalisés ces soins ?
  1. Pendant la toilette du matin
  2. Après le petit déjeuner
  3. Après le déjeuner/dîner
  4. Au coucher
  
- Lors de soins, avez-vous peur :
  1. De faire mal
  2. Des saignements
  3. Des fausses routes
  4. Que l'enfant vous fasse mal
  5. De mal faire
  6. Autre : \_\_\_\_\_
  
- Rencontrez-vous des difficultés :
  1. Jamais
  2. Parfois
  3. Souvent
  4. Toujours
  
- Pour vous, quelles sont les situations les plus difficiles à gérer :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Formation :**

- Avez-vous une formation initiale pour les soins bucco dentaires ? OUI NON
- Avez-vous eu une formation dans les 2 ans? OUI NON
- Si oui, qui l'a réalisé ? \_\_\_\_\_
- Qui en a été l'initiateur (médecin, IDE, personnel, familles, UFSBD, associations,...) ?  
\_\_\_\_\_

**Besoins :**

- Pour vous, quels sont les besoins immédiats des IME en terme de santé bucco-dentaire ?  
(dépistage, formation, liaison avec les centres de soins, autre,...)  
\_\_\_\_\_
- Seriez-vous personnellement intéressés par une formation ? \_\_\_\_\_ et une  
formation à destination des familles ? \_\_\_\_\_

**ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DES ENFANTS EN INSTITUT MEDICO-EDUCATIF  
EN MIDI-PYRENEES**

---

**RESUME EN FRANÇAIS :**

L'état de santé bucco-dentaire chez l'enfant handicapé est relativement peu documenté. Pourtant, aujourd'hui, plus de 95 millions d'enfants dans le monde sont porteurs d'un handicap. En France, plus de 69800 enfants sont accueillis dans les 1211 Instituts Médico Educatifs, dédiés à l'accueil des enfants et adolescents, porteurs d'une déficience intellectuelle. Nous avons cherché à évaluer la santé bucco-dentaire des enfants en institution en réalisant un dépistage dans 7 Instituts Médico-Educatifs de la région Midi-Pyrénées. Nous nous sommes ensuite intéressés au ressenti du personnel de soins et au rôle des IME dans la prise en charge de leurs pensionnaires.

Après avoir dressé un portrait général du handicap chez l'enfant en France, nous exposerons les relations entre le handicap et la santé bucco-dentaire. Enfin, nous analyserons les résultats de notre étude, ceux du dépistage dans un premier temps et ceux de l'étude réalisée auprès du personnel de soins dans un deuxième temps.

Cet exposé démontre que l'état de santé bucco-dentaire des enfants en Institut Médico Educatif doit être considéré comme un enjeu de santé publique.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** ORAL HEALTH OF CHILDREN ATTENDING A MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTE IN MIDI-PYRENEES IN FRANCE

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** CHIRURGIE DENTAIRE

---

**MOTS CLES :** Santé bucco-dentaire, enfants, handicap, institut médico-éducatif, Midi-Pyrénées

---

**INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :**

UNIVERSITE TOULOUSE III-PAUL SABATIER  
Faculté de Chirurgie Dentaire  
3, chemin des Maraîchers  
31062 TOULOUSE CEDEX 9

---

**DIRECTEURS DE THESE :** Docteur Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

Docteur Magalie GOTTLE