

QUALITÉ DE VIE ET SANTÉ BUCCODENTAIRE DES ENFANTS PORTEURS DE HANDICAP ÂGÉS DE 8 À 14 ANS : ÉTUDE TRANSVERSALE AU CENTRE D'ÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION POUR ENFANTS DÉFICIENTS PHYSIQUES « TALIBOU DABO » DE DAKAR

QUALITY OF LIFE AND ORAL HEALTH IN CHILDREN WITH DISABILITIES: A CROSS-SECTIONAL STUDY AT THE EDUCATION AND REHABILITATION CENTER FOR PHYSICALLY DISABLED CHILDREN « TALIBOU DABO » IN DAKAR

NDOYE S¹, DIENG SN², DIALLO MT¹, TONOUDO FG¹, DIOUF A¹, DIOUF NG¹, FAYE M¹.

1. Service d'Odontologie pédiatrique, Institut d'Odontologie et de Stomatologie, Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, UCAD, Dakar.

2. Service de Santé Publique, Institut d'Odontologie et de Stomatologie, Faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, UCAD, Dakar

Résumé

Introduction: Les pathologies buccodentaires ont des répercussions sur la réalisation correcte des activités de la vie quotidienne et par conséquent sur le bien-être et la qualité de vie, en particulier chez les sujets en situation de handicap. L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de vie liée à la santé buccodentaire chez des enfants porteurs de handicap fréquentant le centre d'éducation et de réadaptation pour enfants déficients physiques « Talibou Dabo » de Dakar.

Matériel et méthodes : Une étude transversale chez des enfants porteurs de handicap et scolarisés au niveau dudit centre a été réalisée. Un examen clinique bucco-dentaire a été effectué suivi de l'évaluation de la qualité de vie liée à la santé buccodentaire grâce au questionnaire Child Perception Questionnaire (CPQ8-14ans).

Résultats : Au total, 48 enfants âgés de 8 à 14 ans avec un âge moyen de 10,43 ans \pm 1,809 ont été inclus dans l'étude. La prévalence de la carie était de 56,25% et le nombre de dents cariées, absentes ou obturées (CAO mixte moyen) de 2,4 \pm 2,7. Le contrôle de plaque était bon chez 6,25% des enfants. La plupart des enfants (89,6%) présentaient un saignement au sondage. Le CPQ moyen était de 15,8 \pm 8,4 avec une médiane de 11. Les symptômes oraux étaient peu fréquents (CPQ=3,73), de même que la limitation fonctionnelle (CPQ=3,36), le bien-être émotionnel était moyennement affecté (CPQ=5,52) et le bien-être social très peu affecté (CPQ=3,19). Il n'y avait pas de corrélation entre la santé buccodentaire, le handicap et la qualité de vie.

Conclusion : Le score moyen de CPQ de tous les domaines confondus était faible ; ce qui indique que le handicap n'a pas d'impact sur la qualité de vie liée à la santé buccodentaire dans cette catégorie de la population.

Mots-clés : Qualité de vie liée à la santé buccodentaire, Enfants, Handicap, Centre Talibo Dabo.

Summary

Objective: Oral pathologies have repercussions on the correct performance of activities of daily living and consequently on well-being and quality of life, particularly in subjects with disabilities. The aim of this study was to assess the oral health-related quality of life in physically disabled children attending the education and rehabilitation center for physically disabled children "Talibou Dabo Centre" in Dakar.

Materials and methods: A cross-sectional study of disabled children aged 8 to 14 attending the "Talibou Dabo" Center was carried out. A clinical oral examination was carried out, followed by an assessment of oral health-related quality of life using the Child Perception Questionnaire (CPQ8-14ans).

Results: A total of 48 children aged 8 to 14 with a mean age of 10.43 years \pm 1,809 were included. The prevalence of caries was 56.25% and the mean mixed DMF was 2.4 \pm 2.7. Plaque control was good in 6.25% of children. Most children (89.6%) had bleeding on probing. The mean CPQ was 15.8 \pm 8.4 with a median of 11. Oral symptoms were infrequent (CPQ=3,73), as well as functional limitation (CPQ=3,36), emotional well-being was moderately affected (CPQ=5,52) and social well-being was minimally affected (CPQ=3,19). There was no correlation between oral health, disability and quality of life.

Conclusion: The mean CPQ score for all domains combined was low, indicating that disability has no impact on oral health-related quality of life in this category of the population.

Keywords: Oral health related quality of life, Children, Disability, Talibou Dabo Center.

Correspondance : Dr Ndoye Soukèye, Service d'Odontologie pédiatrique, Institut d'Odontologie et de Stomatologie, UCAD, Dakar.soukeye.ndoye@ucad.edu.sn / souksbill@hotmail.com

INTRODUCTION

La santé bucco-dentaire est un élément important de la santé générale et contribue à la qualité de vie globale. Les mesures de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire ou Oral Health related Quality of Life (OHRQoL) sont essentielles aux études sur la santé bucco-dentaire afin de fournir des données précises pour les programmes de promotion de la santé et l'allocation des ressources de santé [1]. En effet, les problèmes buccodentaires peuvent altérer la réalisation correcte des activités quotidiennes [2,3,4]. Leurs impacts sur la qualité de vie au quotidien sont d'autant plus importants chez les personnes en situation de handicap pour qui, les pathologies bucco-dentaires constituent un sur-handicap [5,6].

Le monde compte près de 240 millions d'enfants en situation de handicap, d'après l'analyse statistique de l'UNICEF [7]. En décembre 2002, la qualification extrême du handicap a montré que le Sénégal comptait 138 897 personnes en situation de handicap sur une population de 9 858 482 habitants, soit une prévalence de 1,4% [8]. Les individus de sexe féminin étaient les plus concernés avec un rapport de masculinité de 88 hommes pour 100 femmes [8]. Au niveau régional, les régions de Ziguinchor et Matam enregistrent les taux de prévalence les plus élevés avec 8,1% de personnes vivant avec le handicap chacune, alors que celles de Diourbel et Kaolack enregistrent les taux de prévalence les plus faibles avec 5% de personnes vivant avec un handicap [8]. En 2013, la prévalence de la population sénégalaise âgée d'un an et plus et en situation de handicap était de 5,9% soit 797 014 habitants et il est mentionné que le risque de se retrouver en situation de handicap augmente avec l'âge [9].

Les patients porteurs de handicap présenteraient un risque élevé de pathologies bucco-dentaires. L'état de dépendance associé au handicap transfère la réalisation du brossage dentaire biquotidien à une tierce personne (membre de la famille ou éducateur) qui n'est pas toujours sensibilisée sur l'hygiène bucco-dentaire ou sur la technicité du geste. De plus, le patient porteur de handicap peut avoir un comportement d'opposition associé à des mouvements involontaires et/ou incontrôlés. Ainsi, il est difficile de mettre en place une pratique de brossage chez le patient porteur de handicap, car celui-ci reste habitué à une routine qu'il est souvent difficile de modifier [10,11]. De plus, certains traitements médicamenteux pris au quotidien fragilisent la santé buccale. Parmi eux, il y a les antidépresseurs qui provoquent une hyposalivie susceptible de participer à la survenue de caries dentaires et de gingivites mais également les antiépileptiques qui entraînent des hyperplasies gingivales [12]. Par ailleurs, les pathologies bucco-dentaires constituent un facteur de comorbidités important en présence de pathologies cardiaques,

de pathologies broncho-pulmonaires et de diabète. Il existerait un lien direct entre l'insuffisance d'hygiène bucco-dentaire, la fréquence et la gravité des affections broncho-pulmonaires, première cause de mortalité chez les personnes en situation de handicap [13].

L'absence de centres de références, la limitation des moyens financiers et matériels sont autant de facteurs qui impactent la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire de cette catégorie de la population. Ainsi, évaluer la qualité de vie liée à la santé buccodentaire surtout dans les pays à revenu faible et intermédiaire est nécessaire pour éclairer les politiques et les programmes de soins de santé bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap. Il y a plusieurs échelles spécifiquement conçues pour évaluer quantitativement la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire chez les enfants et les jeunes adultes. En 2006, le CPQ11-14 ou Child Perception Questionnaire (ainsi que ses versions abrégées) développé par Jokovic et coll.[14] reste l'instrument le plus couramment utilisé pour évaluer la qualité de vie liée à la santé buccodentaire des enfants.

L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire d'enfants porteurs de handicap et fréquentant le Centre d'Education et de Réadaptation pour Enfants Déficiants Physiques « Talibou Dabo » de Dakar.

MATERIELS ET METHODES

Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée au Centre d'Education et de Réadaptation pour Enfants Handicapés Physiques « Talibou Dabo » de Dakar. Il s'agit d'une institution gouvernementale de prise en charge de l'enfant porteur de handicap physique, créée en 1981 par la Fondation Nationale d'Action Sociale du Sénégal (FNASS) avec l'aide des donateurs surtout étrangers et placée sous la tutelle du Ministère de la Santé de l'Action Sociale (MSAS). Le centre comprend un pavillon médical dédié aux consultations de médecine physique et de réadaptation et un service dentaire mis en place depuis 1990. Il prend en charge principalement les enfants du centre mais aussi les patients venant d'ailleurs. Les enfants y sont scolarisés du préscolaire à l'élémentaire.

Type et population d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale qui s'est déroulée entre mars et mai 2022 et qui a porté sur des enfants porteurs de handicap fréquentant le Centre « Talibou Dabo ».

Critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude, les sujets devaient être âgés entre 8 et 14 ans, porteurs de handicaps (déficience) physiques et intellectuels et être

coopérants lors de l'examen clinique buccodentaire. L'autorisation parentale était requise pour tout enfant avant l'enquête.

Critères de non inclusion

Les enfants qui fréquentaient le préscolaire et ceux de l'élémentaire âgés de moins de 8 ans (7 enfants) et plus de 14 ans (3 enfants) n'ont pas été inclus ; de même les enfants porteurs de déficiences complexes (déficiences mentales ou présentant des troubles de la personnalité) rendant l'examen clinique impossible (5 enfants).

Outils de collecte et variables étudiées

Une fiche d'enquête constituée de deux parties a été élaborée. La première partie comportait les données sociodémographiques (genre, âge, personne avec qui l'enfant habite, lieu de résidence, niveau d'instruction), le type d'handicap, les données buccodentaires (indice CAO, indice de plaque, indice gingival et les malocclusions dentaires). La deuxième partie de la fiche était constituée de la forme courte du questionnaire de qualité de vie liée à la santé buccodentaire de l'enfant le CPQ 11-14 de Jokovic et coll. [15]. Le CPQ 11-14 est une mesure de 37 items de la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire répartis en 4 domaines : 6 questions sur les symptômes oraux, 9 questions sur les limitations fonctionnelles, 9 questions sur le bien-être émotionnel et 13 questions sur le bien-être social [16]. Pour faciliter son utilisation dans les milieux cliniques et les enquêtes sur la santé des populations, il a été raccourci à 16 et 8 items : « Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11–14-year-old children (CPQ11–14) » et pour les enfants de 8 à 10 ans, le (CPQ 8-10) [17]. La version courte du CPQ11-14 que nous avons utilisée contient 16 questions. Les items couvrent quatre domaines de santé et portent sur les problèmes buccodentaires courants que les enfants ont probablement vécus ainsi que certaines situations d'inconfort ou d'insatisfaction ressenties. Les items de cette section étaient: bourrage alimentaire, douleur dans les dents/bouche, mauvaise haleine, plaies dans la bouche (ulcérations), difficulté à mâcher des aliments solides (durs), difficulté de prononciation (à parler clairement), difficulté à manger/boire des aliments chauds/froids, difficulté à dormir (troubles du sommeil), se sentir irritable/frustré, se sentir timide, se sentir bouleversé / contrarié, se soucier de ce que les gens pensent à propos de vos dents/bouche, ne voulait / ne pouvait pas participer à des activités, évite de sourire en présence d'autres enfants (gêne / honte à sourire), se fait taquiner (moqueries) par d'autres enfants , se disputer avec les enfants/la famille. On demande ainsi aux enfants de préciser la fréquence de survenue de ces problèmes au cours des trois derniers mois. Les modalités de réponses sont: - « jamais » = score 0, « une ou deux fois » =

score 1, « parfois » = score 2, « souvent » = score 3, « tous les jours ou presque tous les jours » = score 4. Par domaine, le CPQ varie de 0 (minimum) à 16 (maximum). Le CPQ total cumulant au maximum 64 points, on estime qu'un CPQ supérieur ou égal à 35 traduit un impact négatif sur la qualité de vie [15].

Procédure de collecte

Sur une population cible constituée de 125 enfants, il y avait 63 enfants âgés entre 8 et 14 ans dont 5 enfants exclus car porteurs de déficiences complexes.

Un recrutement exhaustif de tous les enfants répondant aux critères d'inclusion durant la période d'étude a été effectué. Grâce à la collaboration de leurs encadreurs, les enfants venaient dans le cabinet dentaire deux fois par semaine. Le questionnaire leur était lu et expliqué avec l'aide de l'encadreur et puis rempli par l'investigateur principal.

Ensuite, un examen clinique buccodentaire a été réalisé afin d'évaluer:

- l'indice CAO moyen qui permet d'apprécier l'état dentaire : c'est le nombre de dents cariées (C), absentes (A) et obturées (O) sur le nombre total de dents examinées [18] ;
- l'indice de plaque de Silness et Løe (IP) qui permet d'évaluer la quantité de plaque dentaire. Il est calculé en faisant la somme des scores de toutes les faces examinées sur le nombre total de faces [19] ;
- l'indice gingival de Løe et Silness (IG) qui permet d'apprécier la localisation et la sévérité des saignements gingivaux. Il est calculé en faisant la somme des scores de toutes les faces examinées sur le nombre total de sites [20].

Analyses statistiques

Les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels IBM SPSS 28.0 et Excel. Les variables qualitatives ont été décrites par leur proportion et les variables quantitatives par leur moyenne et écart type. Le test t de Student et l'ANOVA ont été réalisés pour déterminer l'existence d'association éventuelle entre les indices buccodentaires et l'âge, le sexe et le CPQ d'une part, et d'autre part entre le CPQ et les variables bucco-dentaires, les données sociodémographiques et le handicap. Le coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé pour évaluer la relation entre le CPQ et les variables quantitatives. Les associations sont significatives avec $p < 0,05$.

Considérations éthiques

Le consentement éclairé des responsables du centre a été obtenu ainsi que celui des parents. Les informations recueillies au cours de l'enquête ont été soumis au respect strict de l'anonymat et de la confidentialité.

RESULTATS

Au total, 48 enfants âgés de 8 à 14 ans avec un âge moyen de 10,43 ans \pm 1,809 ont été retenus dans l'étude. Les enfants de la tranche d'âge 8-10 ans représentaient 56,3% de l'échantillon. Il y avait autant de garçons que de filles.

Près des deux tiers des enfants de notre échantillon vivaient à Dakar (64,6%) et le reste en banlieue.

Environ 60,4% des enfants vivaient avec leurs deux parents, 25% avec leur mère, 4,2% avec leur père et le reste avec une tierce personne.

Selon le niveau d'instruction, 70,8% des enfants étaient à l'élémentaire, 20,8% en secondaire et 8,4% à l'Unité Médico Socio-Educative Spécialisée (UMSS).

Selon la profession des parents, 58,3% étaient dans le secteur informel, 12,5% étaient des cadres moyens, 2,1% des cadres supérieurs, 4,2% étaient sans emploi et 22,9% n'avaient pas notifié leur niveau professionnel.

Plusieurs types de handicap ont été notés chez les enfants. Les pathologies du système nerveux représentaient le groupe de handicap le plus présent dans notre population d'étude soit 60,4% (Figure 1).

La prévalence de la carie dentaire était de 56,25% et le CAO mixte moyen de $2,4 \pm 2,7$.

La quasi-totalité des enfants (97,9%) se brossait les dents avec une fréquence de 3 fois/j chez 36,2%, de 2 fois/j chez 40,4% et 1 fois/j pour le reste.

Le brossage était réalisé par les enfants eux-mêmes dans 75% des cas et chez 76,6% des enfants, ce brossage était fait avant les repas.

Le contrôle de plaque était bon chez 6,25 % des enfants, moyen chez 45,8% et faible chez 47,9% des enfants.

La plupart des enfants (89,6%) présentaient au moins un saignement au sondage, dont 43,8 % avec une inflammation légère et 45,8% une inflammation modérée.

La malocclusion était rencontrée chez 43,8% des enfants avec une prédominance de la béance antérieure (52,4%). La pro-alvéolie était présente chez 19% des enfants, l'articulé inversé chez 9,5%, l'encombrement chez 4,8% et 14,3% avaient d'autres types de malocclusion (Tableau I).

Pour tous les indices buccodentaires, la valeur de p était supérieure à 0,05 montrant l'absence d'association entre le handicap et les différents indices (Tableau II).

Le CPQ moyen est de $15,8 \pm 8,4$ avec une médiane de 11. Il s'étend de 0 à 32.

Le bien-être émotionnel était le domaine dont le score moyen était le plus élevé (5,52); les autres avaient sensiblement le même score moyen de CPQ (Tableau III).

Les résultats de l'association entre le CPQ et les indices carieux et gingival ont donné une valeur de

$p > 0,05$. Pour ce qui est de l'indice de plaque, seul le bien-être émotionnel était affecté ($p < 0,05$) (Tableau IV).

DISCUSSION

Ce travail avait pour objectif d'évaluer la qualité de vie liée à la santé bucco-dentaire d'enfants porteurs de handicap (déficiences) physiques et intellectuels légers et fréquentant le centre « Talibou Dabo » à Dakar.

Le CPQ11-14 a été utilisé aussi bien pour les enfants de la tranche d'âge 8-10 ans que ceux de la tranche d'âge 11-14 ans car sa validité et sa fiabilité ont été démontrées dans une étude portant sur des enfants âgés entre 4 et 14 ans [21]. De plus, les scores obtenus à partir de l'application de ce questionnaire aux enfants ayant des problèmes bucco-dentaires tels que les caries dentaires et les malocclusions étaient significativement plus élevés que les scores obtenus chez les enfants sans problèmes bucco-dentaires [22]. L'enfant peut néanmoins avoir des difficultés à se souvenir de ce qu'il a vécu et ressenti pendant une période de temps spécifique, comme la semaine ou le mois précédent.

La prévalence de la carie dentaire dans l'échantillon était modérée avec cependant un contrôle de plaque faible et une inflammation gingivale modérée pour près de la moitié de l'échantillon. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans l'étude exploratoire réalisée par Sedky évaluant l'état de santé bucco-dentaire d'un échantillon de 62 enfants âgés de 3 à 12 ans et atteints de paralysie cérébrale où la prévalence carieuse était de 54,8 % avec une inflammation gingivale modérée pour environ 35% et un contrôle de plaque faible pour 53,2% [10].

Dans cette étude, près de la moitié présentait des malocclusions dont 70% était constitué par la béance antérieure. Les travaux de Sedky et coll. [10] ont trouvé un résultat inférieur avec 6,5% de malocclusions. De plus, près de 20% de notre échantillon présentait une proalvéolie. Ce résultat est inférieur à celui trouvé par Chandna et coll avec 70% de classe II [23].

Par ailleurs, les indices buccodentaires n'étaient pas associés au type de handicap. Ces résultats peuvent s'expliquer par la faible taille de notre population d'étude, sachant que seule la paralysie cérébrale était représentative dans l'échantillon (60,4%), les autres types de handicap étant présents avec de très faibles pourcentages.

Le CPQ de tous les domaines confondus est de $15,8 \pm 8,4$ avec une médiane de 11. Il s'étend de 0 à 32. Le score moyen du CPQ est inférieur à 35, seuil qui traduit l'impact sur la qualité de vie. Ce résultat montre que le handicap des enfants de notre population d'étude n'a pas d'impact sur la qualité de vie liée à la santé buccodentaire de ces derniers. Cette faiblesse est retrouvée dans les 4 domaines.

Ainsi, la prévalence des symptômes oraux est assez faible ($3,73\pm 3,2$). Ces derniers sont présents une ou deux fois ou seulement quelque fois. Cela peut s'expliquer par la présence de lésions carieuses chez la plupart des enfants. La douleur, l'inconfort, les limitations fonctionnelles et esthétiques sont connus pour accompagner généralement les caries actives [24].

Le score des symptômes fonctionnels est également faible ($3,36\pm 3,76$) même si la difficulté à parler clairement est beaucoup plus fréquente. Ceci pourrait être lié à leur handicap plutôt qu'à l'impact de la santé orale sur leur aptitude à parler clairement. Ces résultats sont différents de ceux rapportés par Nacobo C et coll.[25] pour qui la douleur résultant des caries dentaires non traitées, a un impact sur l'alimentation et le sommeil. La sensibilité dentinaire induite par les aliments chauds ou froids pourrait expliquer les difficultés lors de l'alimentation [25]. Dans une autre étude réalisée par Nurelhuda NM et coll.[24], l'impact le plus élevé a été signalé sur l'alimentation (35,5%) suivi du brossage dentaire (28,3%) et les impacts les plus faibles, portait sur la parole (8,6%) et les contacts sociaux (8,7%). La déficience la plus fréquemment associée à l'impact sur l'alimentation était le mal de dents suivi d'une ulcération buccale. Les douleurs dentaires étaient la cause la plus fréquemment rencontrée dans presque toutes les activités quotidiennes des élèves des écoles privées comme publiques [24]. Des études antérieures ont indiqué que l'impact négatif des caries dentaires sur la vie des enfants comprend l'odontalgie, les difficultés de mastication et de sommeil et les changements de comportement [12].

Le bien-être émotionnel des enfants est moyennement affecté ($5,52\pm 3,91$). Dans une étude réalisée par Reinoso et coll.[26], la dimension la plus fréquemment touchée était l'état émotionnel, les trois conditions les plus fréquentes dans l'autoévaluation chez les hommes étaient les dents cariées, les dents sensibles et les maux de dents avec impact sur la bonne humeur (84,8%), l'alimentation (76,8 %) et le nettoyage de la bouche (76,8%).

Le bien-être social des enfants est très peu affecté ($3,19\pm 2,72$). Ce résultat pourrait être expliqué par le fait que les enfants évoluent dans un établissement adapté à leurs situations, et cohabitent avec d'autres enfants présentant des comorbidités multiples et variées mais également des enfants dits normaux. Cette situation réduit d'éventuelles frustrations et pourrait influencer positivement sur leur estime de soi et leur bien-être social. La faiblesse de nos résultats pourrait s'expliquer par la faible cohorte et la grande variété de handicap dans notre étude, les effectifs par type de handicap n'étant pas élevés.

Par ailleurs, les données buccodentaires ne sont pas corrélées au CPQ. La taille de l'échantillon ($N=48$) pourrait également expliquer cette absence

d'association significative.

CONCLUSION

Le score moyen de CPQ de tous les domaines confondus est faible, ce qui indique que le handicap n'a pas d'impact sur la qualité de vie liée à la santé buccodentaire dans cette catégorie de la population. Une étude avec un échantillon plus grand permettrait de mieux mesurer la portée de ces résultats.

REFERENCES

1. **Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D.** Quality of life measures in health care. *Br Med J.* 1992; 305: 1074-77.
2. **Akhter R,** et al. Caries experience and oral health-related quality of life (OHRQoL) of children and adolescents with cerebral palsy in a low-resource setting. *BMC Oral Health.* 2019;19(1).
3. **Foster H, Fitzgerald J.** Dental disease in children with chronic illness. *Arch Dis Child.* 2005;90;:703-08.
4. **Alamri, H.** Oral Care for Children with Special Healthcare Needs in Dentistry: A Literature Review. *J Clin Med.* 2022 ;11: 5557 :2-15.
5. **Lida H, Lewis C, Zhou C, Novak L, Grembowski, D.** Dental care needs, use and expenditures among U.S. children with and without special health care needs. *J Am Dent Assoc.* 2010, 141, 79-88.
6. **Hennequin M, Faulks D, Veyrone J-L, Faye M.** Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21. *Info dent.* 2000 ;26: 1951-64.
7. **Unicef.** Le monde compte près de 240 millions d'enfants handicapés, d'après l'analyse statistique de l'UNICEF la plus exhaustive à ce jour [en ligne]. Disponible sur : <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/le-monde-compte-pres-de-240-millions-denfants-handicapes>. [Consulté le 5 octobre 2023].
8. **Agence Nationale de la Statistique, et de la Démographie.** Rapports du RGP HAE 2013 : Handicap [en ligne]. [Consulté le 5 octobre 2023]. Disponible sur : https://www.ansd.sn/index.php?option=com_an_sd&view=titrepublication&id=82.
9. **Thiam A, Sow SAS.** Les indicateurs démographiques. *Afr Disabil Rights Yearb.* 2016;(4):20: 247-66.
10. **Sedky NA.** Assessment of oral and dental health status in children with cerebral palsy: An exploratory study. *Int J Health Sci.* 2018;12(1):4-14.
11. **Waldman HB, Perlman, SP.** Mandating Education of Dental Graduates to Provide Care to Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Ment Retard.* 2006; 44 :184-88.
12. **Chandra PS, AIEidan SF, AIMutairi RN, AIAbisi AA, Nasser AIMuhaidib D, Faisal AISulaiman H,**

Waleed Al Fraih N. The Impact of Gross Motor Function on the Oral Health-Related Quality of Life in Young Adults with Cerebral Palsy in Saudi Arabia. *Int J Dent.* 2020;28:4590509. doi: 10.1155/2020/4590509.

13. Catteau C. Evaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en établissement médico-social: le Projet Santé Orale et Autonomie. Thèse odontologie. Université d'Auvergne; 2013.

14. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. How well do parents know their children? Implications for proxy reporting of child health-related quality of life. *Qual Life Res.* 2004;13(7):1297-1307.

15. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:4.

16. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Guyatt G. Agreement between mothers and children aged 11-14 years in rating child oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(5):335-343.

17. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent.* 2004;26(6):512-518.

18. Klein H, Palmer CE. Study on dental caries. A procedure for recording and statistical processing of dental examination finding. *J Dent Res.*, 1940;19:243.

19. Silness J, Loe H. Periodontal disease in pregnancy. II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand.* 1966;24:747-59.

20. Loe H, Silness J. Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity. *Acta Odontol Scand.* 1963;21:533-51.

21. Thomson M, Foster Page LA, Robinson PG et al. Psychometric assessment of the short-form Child Perceptions Questionnaire: an international collaborative study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology.* *Community Dent Oral Epidemiol.* 2016;44(6):549-556.

22. Tesch FC, Oliveira BH de, Leão A. Measuring the impact of oral health problems on children's quality of life: conceptual and methodological issues. *Cad Saude Publica.* 2007;23(11):2555-64.

23. Chandna P, Adlakhia VK, Joshi JL. Oral status of a group of cerebral palsy children. *J Dent Oral Hyg.* 2011;3:18-21.

24. Nurelhuda NM, Ahmed MF, Trovik TA, Åström AN. Evaluation of oral health-related quality of life among Sudanese schoolchildren using Child-OIDP inventory. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(1):152.

25. Nacobo C, Ralephenya T, Kolisa YM, Esan T, Yengopal V. Caregivers' perceptions of the oral health-related quality of life of children with special needs in Johannesburg, South Africa. *Health SA SA*

Gesondheid. 2019;24:1056.

26. Reinoso-Vintimilla N, Del Castillo-López C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca Ecuador. *Rev Estomatológica Hered.* 2017;27(4):227-234.

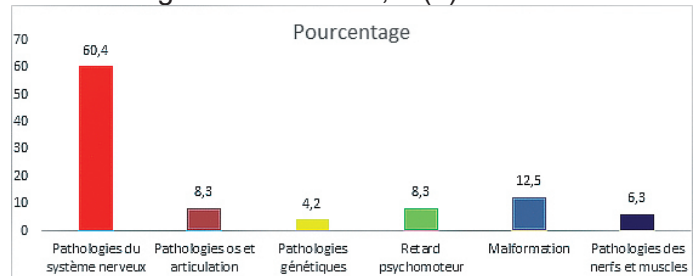


Figure 1 : Distribution des enfants selon le type de handicap

Tableau I : Répartition de l'échantillon en fonction des données buccodentaires

Variables	Fréquence (%)
Fréquence de brossage	
1fois/j	23,4
2fois/j	40,4
3fois/j	36,2
Personne qui effectue le brossage	
L'enfant lui-même	76,6
La mère	21,3
Tierce personne	2,1
Indice de plaque	
Contrôle faible	45,8
Contrôle moyen	47,9
Contrôle bon	6,1
Indice gingival	
Absence d'inflammation	8,3
Inflammation légère	43,8
Inflammation modérée	45,8
Inflammation sévère	2,1
Type de malocclusion	
Béance	70,8
Articulé inversé	20,8
Encombrement	8,3
Proalvéolie	19
Autres	14,3

Tableau II: Association entre handicap et indices buccodentaires

	Handicap		
	Chi2 de Pearson	Valeur	ddl
CAO	0,674	40,226	45
Indice de plaque	0,284	12,078	10
Indice gingival	0,436	15,220	15
Malocclusion	0,220	7,003	5

Tableau III : Répartition des scores CPQ dans les 4 domaines

CPQ	Moyenne	Ecart type	Médiane	Minimum	Maximum
Symptômes oraux	3,73	3,02	4	0	12
Limitation fonctionnelle	3,36	3,76	3	0	16
Bien-être émotionnel	5,52	3,91	4,5	0	14
Bien-être social	3,19	2,72	3	0	9
CPQ global	15,8	8,4	11	0	32

Tableau IV : Association entre CPQ et données bucco-dentaires

Domaines du CPQ	CAO		Indice plaque		Indice gingival	
	Coefficient corrélation r	Valeur de p	Coefficient corrélation r	Valeur de p	Coefficient corrélation r	Valeur de p
Symptômes oraux	0,15	0,322	0,12	0,418	0,14	0,346
Limitation fonctionnelle	0,13	0,392	0,2	0,876	0,01	0,933
Bien-être émotionnel	0,16	0,271	-0,30	0,041	- 0,04	0,769
Bien-être social	0,04	0,793	0,13	0,375	0,20	0,175