



Informations pour les professionnels de la santé buccodentaire

Dre Mariama Amadou Doumbouya

Doctorat en Médecine dentaire, Maîtrise en Évaluation en santé et recherche clinique

Sous forme de questions et de réponses, nous vous renseignons d'abord sur le trouble du spectre de l'autisme puis sur les particularités buccodentaires de ces jeunes.

Qu'est-ce qu'un trouble du spectre de l'autisme (TSA)?

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est le terme diagnostique retenu par la DSM-5 (2013) qui regroupe l'ensemble de troubles neurodéveloppementaux connus auparavant sous le terme de trouble de l'autisme, le syndrome d'Asperger et les troubles envahissants du développement. Ce trouble est caractérisé, d'une part, par un déficit de communication verbale et non verbale et des troubles de relations sociales et, d'autre part, par l'existence de centres d'intérêt restreints ou de conduites répétitives (17).

Les premiers symptômes apparaissent au cours des trois premières années de la vie, soit dès la naissance ou un peu plus tard, à partir de 12 mois. Les causes ne sont pas encore bien connues, mais elles sont souvent attribuées aux facteurs génétiques dans 10 à 15 % des cas (6), environnementaux et aussi immunitaires (Société canadienne de l'autisme, 2011) (17).

Que disent les recherches sur la santé buccodentaire des enfants présentant un TSA?

Plusieurs recherches ont été menées sur la santé buccodentaire des personnes présentant un TSA. Voici quelques statistiques issues de ces recherches :

→ La prévalence de la carie :

- En bas âge, la prévalence de la carie chez les enfants TSA est inférieure ou égale à celle des enfants neurotypiques (21, 28);
- Après l'âge de 12 ans, la présence de caries atteint un taux de 52 % pour les enfants présentant un TSA alors qu'il n'est que de 38 % pour les enfants neurotypiques (9, 11 21, 24);



- On remarque un manque de coopération à l'hygiène dentaire quotidienne chez 35,7 % des enfants TSA (1, 2, 10, 24);
- Le maintien d'une bonne hygiène dentaire constitue une tâche difficile pour 40 à 50 % des personnes ayant un TSA ou un autre handicap mental (9, 31, 35);
- Entre 60 et 77 % des enfants présentant un TSA ne sont pas coopératifs lors du 1^{er} rendez-vous chez le dentiste (1, 2, 4, 9, 10, 11, 33);
- Plus les symptômes autistiques de l'enfant sont importants, plus sa santé dentaire risque d'être précaire (18);
- En plus de la carie dentaire, les enfants présentant un TSA sont deux fois plus à risque de développer des difficultés sur le plan buccodentaire (35) telles que la gingivite (9, 18) et les blessures buccales (9);
- Les enfants présentant un TSA ont de grands besoins en soins de santé, mais ils ont un accès limité à ceux-ci (29). En effet, au Québec, 45 % des enfants présentant un TSA ont connu des difficultés d'accès aux services des dentistes, contre 5 % pour les enfants neurotypiques (24). Dans le même ordre d'idée, Dao et al ont démontré, en 2005, que 60 et 67% des dentistes respectivement pédiatriques et généralistes au Michigan (USA) refusent de soigner les jeunes et adultes ayant un TSA (8). Le comportement perturbateur des enfants présentant un TSA serait le premier motif de refus de traitement de la part des dentistes (6, 14).

Quelles sont les autres caractéristiques buccodentaires des enfants présentant un TSA?

L'hygiène orale

Elle peut être inefficace du fait de l'absence de gestes appropriés, du manque d'autonomie, mais aussi des difficultés de coopération, notamment lorsqu'elle est pratiquée par un parent ou un soignant (10, 22, 26). D'après Rada et De-Mattei (2010), la présence de plaque bactérienne est considérablement plus élevée chez les jeunes ayant un TSA par rapport aux autres enfants (22). Ce manque d'hygiène orale est l'une des plus grandes causes de l'augmentation rapide de taux de caries dentaires et des maladies parodontales chez les jeunes ayant un TSA comparés aux enfants neurotypiques (26).

Susceptibilité aux maladies parodontales.

Les personnes ayant un TSA ont un plus haut pourcentage de maladies parodontales par rapport aux personnes non TSA. Ceci se confirme dans une étude réalisée par Suwannee (2010) démontrant que 78% des enfants ayant un TSA, âgés de 8 à 12 ans, présentent un



saignement gingival contre 14,5% dans le groupe contrôle et 71,9% nécessitent un nettoyage professionnel (22) contre 18,8%. De plus, près de 25% de jeunes ayant un TSA peuvent avoir un accroissement gingival lié à la prise des médicaments antiépileptiques (32).

La xérostomie

Des études ont montré que plus de 65% des jeunes ayant un TSA ont des sécheresses buccales du fait de la prise de certains médicaments (6, 26); ceci peut contribuer à l'augmentation du risque de la carie dentaire (32).

Le bruxisme (RI-8)

En moyenne, 20 à 25 % de jeunes présentant un TSA font du bruxisme la nuit (23, 6, 19) et selon Lorena (2012), ce chiffre peut aller jusqu'à 44% en présence de retard mental associé. De plus, il a été rapporté que plus de la moitié de ces patients (60%) présentent des facettes d'usure affectant l'émail et la dentine (27).

Lésions buccales liées à l'automutilation

Soixante-dix pourcent (70%) des personnes présentant un TSA ont eu au moins un épisode d'automutilation au cours de leur vie et 75% des blessures se situent au niveau de la tête et du cou. Lorena et al dans leur étude, réalisée en 2012, ont démontré que dans plus de 13% de cas, les blessures liées à l'automutilation correspondent à des morsures au niveau de la muqueuse labiale ou jugale, des ulcérations et abrasions gingivales ou parodontites (27).

L'auto-extraction dentaire

Des cas d'auto-extraction dentaire ont été rapportés dans la littérature (6, 27, 38).

Pathologies fonctionnelles

La grande susceptibilité à la carie, la difficulté de réaliser des soins dentaires adéquats ainsi que la limitation d'accès aux soins dentaires conduisent à des extractions dentaires multiples précoces pouvant engendrer l'apparition des troubles fonctionnels au niveau de la sphère orale (22). De nombreux problèmes de malocclusion tels que diastèmes, dents absentes, articulé inversé et la tendance à une classe II molaires ont été retrouvés à un pourcentage plus élevé chez les personnes TSA par comparaison aux groupes contrôle neurotypiques (22, 27). De plus, l'examen intra-oral réalisé sur un groupe de jeunes ayant un TSA a également révélé que 36,67% présentaient un palais ogival, 46,67% un encombrement dentaire, et 30% ont une béance antérieure (27).

Certains de ces symptômes peuvent par ailleurs, être liés à des comportements tels que la succion du pouce, morsure des ongles/ autres objets étrangers, ou auto extraction des dents (22).



Quels sont les facteurs prédisposant aux pathologies buccodentaires, liés aux troubles du spectre de l'autisme?

- Chez certains jeunes ayant un TSA, l'absence d'une bonne coordination dans les mouvements ou le manque d'autonomie peuvent compromettre la pratique d'hygiène orale de façon efficace. Ce qui, par conséquent, peut favoriser l'accumulation de la plaque bactérienne. D'après Leah et al (2012), plus de 50% de parents de jeunes ayant un TSA rapportent que leur enfant demande une assistance complète ou partielle pour le brossage de dents comparé à seulement 28% des parents d'enfants neurotypiques. À un âge plus avancé (11 à 18 ans) ce rapport de différence est de 27% chez les TSA contre 4 % pour les enfants neurotypiques (36);
- La prise de certains médicaments peut compromettre la santé et le fonctionnement de la sphère buccodentaire (diminution du flux salivaire, sécheresse buccale, réduction de l'action mécanique et anti bactérienne de la salive) (7). D'après RADA (2011), plus de 56% de ces patients prennent au moins un médicament psychotrope et 25 % reçoivent trois types de médication ou plus (32);
- Leur préférence pour les aliments mous (43%) ou riches en sucre (24%) liée à la sélectivité alimentaire ou l'utilisation de renforceurs alimentaires (6) augmentent leur susceptibilité à la carie dentaire (26, 34, 36). Il est important de sensibiliser les parents, les enseignants ainsi que les intervenants des jeunes ayant un TSA sur l'enjeu des renforceurs sucrés sur la cavité buccale et de les encourager à utiliser d'autres moyens non alimentaires afin de réduire le risque d'apparition de caries.
- Et enfin, la faible priorité accordée aux soins buccodentaires par rapport à d'autres problèmes quotidiens perçus prioritaires par les familles (11) ainsi que le coût de leurs traitements, peuvent retarder la consultation chez le dentiste (11).

Quelles sont les caractéristiques associées aux enfants présentant un TSA qui peuvent poser des défis lors de la visite chez le dentiste?

Certaines caractéristiques associées aux enfants présentant un TSA rendent la prise en charge chez le dentiste plus difficile et peuvent entraver le bon déroulement de la visite de l'enfant (29).

Voici quelques-unes de ces caractéristiques :

- difficulté à sortir de la routine (29);
- absence de la participation de l'enfant à son brossage dentaire quotidien (15, 31, 35);
- difficulté à être dans un environnement inconnu (9, 29);
- déficits sensoriels (touchant 69 % à 95 % des personnes ayant un TSA (34), donc difficulté à identifier avec précision l'origine de la douleur (29, 35);



- hypersensibilités ou hyposensibilités, réaction amplifiée ou faible réaction à des stimuli visuels, olfactifs, tactiles, gustatifs ou auditifs (23, 35);
- difficulté à communiquer ses symptômes; l'inconfort peut être exprimé par des comportements inappropriés (29);
- difficultés de communication et d'interactions sociales réciproques (13);
- peur et anxiété, souvent manifestées par des comportements perturbateurs (13);
- difficultés résultant de la déficience intellectuelle associée au TSA (15, 31, 35).

Quels éléments de la clinique dentaire sont susceptibles de causer de l'inconfort à un enfant hypersensible?

La clinique dentaire regorge de nouveaux éléments pour l'enfant TSA. Ces éléments peuvent susciter des réactions pouvant compromettre la réalisation des soins dentaires en toute sécurité chez votre patient. Voici quelques-uns de ces éléments :

- la lampe dentaire (22, 34, 35);
- les bruits aigus et étrangers (22, 34, 35);
- les mains qui touchent son visage, l'intérieur de sa bouche (34, 35);
- la proximité physique de l'hygiéniste dentaire, du dentiste et de l'assistante (5, 12, 35);
- l'obligation de maintenir sa bouche ouverte (35);
- les textures, les goûts et l'odeur des produits dentaires (22, 34, 35);
- la position de son corps durant la séance (être allongé sur la chaise dentaire peut être inconfortable pour certains enfants).

Quels sont les médicaments les plus souvent prescrits aux enfants présentant un TSA et pouvant avoir des effets secondaires sur la cavité buccale?

Selon des études, une moyenne de 45 % d'enfants et d'adolescents avec un TSA se voient prescrire des médicaments. Ces derniers peuvent avoir des effets indésirables pouvant se répercuter au niveau de la cavité buccale (6, 14, 16, 22, 32). Le tableau ci-après regroupe un certain nombre de médicaments ainsi que leurs effets indésirables possibles.



Médicaments	Effets indésirables possibles sur la cavité buccale
Clonidine (Catapres®) Alpha-agonist Antihypertenseurs (6, 14 16)	-Xérostomie -Dysphagie - Sialadénite
Risperidone (Risperdal®) Antipsychotique atypique de nouvelle génération (6, 20, 37)	-Xérostomie - Altération du goût -Dysphagie -Stomatite -Décoloration de la langue - Gingivite - Œdème de la langue
Aripiprazole (Abilify®) Antipsychotique de deuxième génération (16, 37)	-Xérostomie -Hypersalivation
Méthylphénidate (Ritalin® /concerta ®) Psychostimulant (20, 37)	Xérostomie
Fluoxétine (Prozac®) Antidépresseur (20, 37)	- Xérostomie -Altération du goût - Bruxisme -Sialadénite -Stomatite -Glossite - Gingivite -Décoloration de la langue Augmentation du temps de saignement
Olanzapine (Zyprexa®) Antipsychotique atypique (6, 16, 20, 30, 38)	-Xérostomie - Stomatite -Glossite -gingivite -Œdème de la langue
Carbamazépine (Tégréto®) Anticonvulsivant (20, 30)	-Xérostomie -Stomatite -Glossite -Ulcérations
Acide valproïque (Valproate ®Dépakène ®) Anticonvulsivant (20, 30)	-Xérostomie -Altération du goût -Trouble de coagulation (augmentation du temps de saignement)
Fluvoxamine (30) Inhibiteur de la recapture de la sérotonine, antidépresseur.	Xérostomie



Est-il possible pour un dentiste généraliste de traiter un jeune ayant un TSA sans avoir recours à l'anesthésie générale?

Oui il est possible et même préférable pour un dentiste généraliste de traiter un jeune ayant un TSA sans avoir recours à l'anesthésie générale. Plusieurs études ont montré que l'amélioration de l'hygiène buccodentaire quotidienne, la préparation de l'enfant avant le jour de sa visite chez le dentiste ainsi que l'utilisation de quelques stratégies par l'équipe lors des traitements dentaires favorisent la coopération des jeunes présentant un TSA et, par la même occasion, aboutissent à une offre de soins dentaires adéquats. Le programme **Mes dents, c'est important !** a été développé afin d'outiller tant les jeunes eux-mêmes, leurs parents et vous, les professionnels de la santé buccodentaire, afin de réaliser des soins dans un contexte qui est le plus normalisant possible. Les apprentissages graduels ainsi réalisés par le jeune le sont pour toute sa vie. C'est un investissement qui profitera à tous. Ce faisant, nous espérons contribuer à diminuer et même à faire cesser la pratique de l'anesthésie générale qui n'est pas sans risques.

Existe-t-il des recommandations ou des stratégies pouvant m'aider à mieux soigner mes patients présentant un TSA?

Oui. Nous avons rédigé un document qui regroupe des stratégies et suggestions utiles, pouvant vous aider à améliorer l'efficacité et l'efficacités de la prise en charge de votre patient présentant un TSA. Il a été préparé à partir des dernières données disponibles. Vous pouvez le consulter dans la section **Boîte à outils** sur le site Internet w4.uqo.ca/dents/, dans la section destinée aux professionnels de santé buccodentaire sous le titre *Stratégies pour mieux accueillir les jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme* (Amadou Doumbouya, 2014).

Existe-t-il du matériel pour faciliter les soins d'hygiène dentaire quotidiens des enfants présentant un TSA ?

Oui. Nous avons développé plusieurs outils pour aider les parents et les enfants à relever le défi des soins dentaires quotidiens. Allez consulter la section **À la maison** sur le site Internet w4.uqo.ca/dents/

De même, un répertoire d'outils comprenant des livres, des documents web, des vidéos et des jeux est également disponible afin de soutenir le développement de bonnes habitudes d'hygiène orale chez l'enfant TSA. Pour découvrir ces outils, veuillez consulter le **Répertoire des outils disponibles** dans la section **Boîte à outils** sur le site Internet w4.uqo.ca/dents

Existe-t-il du matériel pour préparer l'enfant à sa visite chez le dentiste?

Oui. Nous avons développé plusieurs outils pour vous aider ainsi que les parents et les jeunes à mieux préparer la visite chez le dentiste. Allez consulter la section **Chez le dentiste** sur le site Internet w4.uqo.ca/dents



Références

- 1) Abbasnezhad-Ghadi, B. (2010). *Access to dental care for a selected group of children and adolescents with ASD* (Master's Thesis). University of Toronto, Toronto.
- 2) Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2008). *Élaboration d'une recommandation relative à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes avec Troubles Envahissants du Développement, et en particulier l'autisme*. Repéré à http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_de_cadrage_autisme.pdf
- 3) Ameisen, J. C., Deschamps, C., Kordon, C., Korsia, H., Lebatard, C., & Rouvillois, P. (2007). *Avis N°102 : Sur la situation en France des personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme*. Repéré à http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/ccne-avisn102_autisme.pdf
- 4) Association dentaire canadienne. (2010). *Exposé de position de l'Association dentaire canadienne (ADC) L'accès aux soins buccodentaires pour les Canadiens*. Repéré à http://www.cda-adc.ca/files/position_statements/accessToCarePaper-FR.pdf
- 5) Centre de Ressources Autisme Ile de France. (2010). *Votre prochain patient est atteint d'autisme?* Repéré à http://www.autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_24082_1.pdf
- 6) Charles, J. M. (2010). Dental care in children with developmental disabilities: attention deficit disorder, intellectual disabilities, and autism. *Journal Of Dentistry For Children* (Chicago, Ill.), 77(2), 84-91.
- 7) Chin, M., Sanford J. F., Lyons, R., Miller, C., Perlman, S., & Tesini, D. (2009). *Practical oral care for people with autism*. Repéré à <http://www.nidcr.nih.gov/NR/rdonlyres/5AB6C4F0-0E67-46AB-A967-328718DF68A7/0/POCAutism.pdf>
- 8) Dao, L. P., Zwetchkenbaum, S., Rohr Inglehart, M., & Habil, P. (2005). General dentists and special needs patients: Does dental education matter? *Journal of Dental Education*, 69(10), 1107-1115.
- 9) DeMattei, R., Cuvo, A., & Maurizio, S. (2007). Oral assessment of children with an autism spectrum disorder. *Journal Of Dental Hygiene: JDH / American Dental Hygienists' Association*, 81(3), 65-75.
- 10) Desai, M., Messer, L. B., & Calache, H. (2001). A study of the dental treatment needs of children with disabilities in Melbourne, Australia. *Australian Dental Journal*, 46(1), 41-50. doi: 10.1111/j.1834-7819.2001.tb00273.x



- 11) Dias, G. G., Prado, E. F. G. B., Vadasz, E., & Siqueira, J. T. T. (2010). Evaluation of the efficacy of a dental plaque control program in autistic patients. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(6), 704-708.
- 12) Evans, G. (2010). Dentistry and Autism Spectrum. Repéré à <http://www.sensoryflow.com/2010/09/dentistry-and-autism-spectrum-by-dr-greg-evans-dds/>
- 13) Ford, P. R. (2009). Influence de la nutrition sur la dentisterie et la santé dentaire. *Journal de l'ACAD*, 50, 15-21.
- 14) Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Haycock, T., Sinoff, A., Dimitriou, F., Knapp, J., & Sinclair, L. (2010). Effectiveness of medication combined with intensive behavioral intervention for reducing aggression in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 20(3), 167-177. doi: 10.1089=cap.2009.0048
- 15) Fyalka, T. (2006). Dental care for autistic children. *Dental Abstracts*, 51(6), 344-345. doi: 10.1016/s0011-8486(06)80607-2
- 16) Gagnon, S. (2013). *Utilité de pictogrammes pour améliorer la santé bucco-dentaire et le comportement des enfants autistes* (Mémoire). Université de Montréal. Repéré à http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:r51bgGDFELkJ:https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10076/Gagnon_Stephanie_2013_memoire.pdf%3Bjsessionid%3D51B2BBCD5D346C400E868DE97C962F7D%3Fsequence%3D2+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ca
- 17) Garcin, N., & Moxness, K. (2013, 09). *L'impact de la nouvelle définition des Troubles du Spectre de l'Autisme du DSM-5*. Communication présentée aux membres du Réseau National TED, Québec. Repéré à http://www.rneted.ca/wp-content/uploads/2013/06/RNETED_CentreGold_CROM_27sept2013-FINAL.pdf
- 18) Gaudins, M. M., Rehfeldt, R. A., DeMattei, R., Baker, J. C., & Scaglia, F. (2012). Exploring the efficacy of behavioral skills training to teach basic behavior analytic techniques to oral care providers. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(3), 978-987. doi: 10.1016/j.rasd.2011.12.010
- 19) Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215. doi: 10.1542/peds.2007-2361
- 20) Klein, U., & Nowak, A. J. (1998). Autistic disorder: A review for the pediatric dentist. *Literature Review*, 20(5), 312-317.



- 21) Loo, C., Graham, R. M., & Hughes, C. V. (2008). The caries experiences and behavior of dental patients with autism spectrum disorder. *The Journal of American Dental Association*, 139(11), 1518-1524.
- 22) Luppapornlarp, S., Leelataweewud, P., Putongkam, P., & Ketanont, S. (2010). Periodontal status and orthodontic treatment need of autistic children. *World Journal of Orthodontics*, 11(3), 256-261.
- 23) Luscre, D. M., & Center, D. B. (1996). Procedures for reducing dental fear in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(5), 547-556.
- 24) Lussier-Morin, A.-C. (2010). *La perception des parents d'enfants atteints d'autisme ou autres Troubles Envahissants du Développement sur l'accès aux soins dentaires au Québec* (Maîtrise). Université de Montréal, Montréal.
- 25) Magerotte, G., & Roge, B. (2004). Intervention précoce en autisme : Un défi pour les praticiens. *L'Évolution Psychiatrique*, 69, 579-588. doi: 10.1016/j.evopsy.2003.07.003
- 26) Marshall, J., Sheller, B., & Mancl, L. (2010). Caries-risk assessment and caries status of children with autism. *Pediatric Dentistry*, 32(1), 69-75.
- 27) Orellana, L., Silvestre, F.-J., Martínez-Sanchis, S., Martínez-Mihi, V., & Bautista, D. (2012). Oral manifestations in a group of adults with autism spectrum disorder. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 17(3), 415-419. doi: 10.4317/medoral.17573.
- 28) Organisation mondiale de la santé. (2007). *Plan d'action pour la promotion de la santé bucco-dentaire et pour la prévention intégrée des affections*. Repéré à http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_58P-fr.pdf
- 29) Parellada, M., Boada, L., Moreno, C., Llorente, C., Romo, J., Muela, C., & Arango, C. (2013). Specialty care programme for autism spectrum disorders in an urban population: A case-management model for health care delivery in an ASD population. *European Psychiatry*, 28(2), 102-109. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.004
- 30) Perrier, A. (2008). *Les aménagements pour la scolarisation d'un enfant avec TED en classe ordinaire*. Communication présentée à la Villa Saint Georges, Montpellier.
- 31) Pilebro, C., & Bäckman, B. (2005). Teaching oral hygiene to children with autism. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 15, 1-9.
- 32) Rada, R. E. (2010). Controversial issues in treating the dental patient with autism. *Journal Of The American Dental Association*, 141(8), 947-953.



- 33) Slayton, R. L. (2010). Autism Spectrum Disorder (ASD) may lead to lower prevalence and severity of dental caries than in children without ASD. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 10(2), 105-106. doi: 10.1016/j.jebdp.2010.02.008
- 34) Stein, L. I., Polido, J. C., & Cermak, S. A. (2012). Oral care and sensory concerns in autism. *The American Journal Of Occupational Therapy: Official Publication Of The American Occupational Therapy Association*, 66(5), e73-e76. doi: 10.5014/ajot.2012.004085
- 35) Stein, L. I., Polido, J. C., Mailloux, Z., Coleman, G. G., & Cermak, S. A. (2011). Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *Special Care In Dentistry: Official Publication Of The American Association Of Hospital Dentists, The Academy Of Dentistry For The Handicapped, And The American Society For Geriatric Dentistry*, 31(3), 102-110. doi: 10.1111/j.1754-4505.2011.00187.x
- 36) Stein, L. I., Polido, J. C., Najera, S. O. L., & Cermak, S. A. (2012). Oral care experiences and challenges in children with autism spectrum disorders. *Pediatric Dentistry*, 34(5), 387-391.
- 37) University of Washington, & Washington State Oral Health Program. (2010). Patients with special needs: Resources for patients and health care professionals. Repéré à <http://dental.washington.edu/oral-medicine/special-needs/patients-with-special-needs/>
- 38) Weil, T. N., Bagramian, R. A., & Inglehart, M. R. (2011). Treating patients with autism spectrum disorder--SCDA members' attitudes and behavior. *Special Care In Dentistry: Official Publication Of The American Association Of Hospital Dentists, The Academy Of Dentistry For The Handicapped, And The American Society For Geriatric Dentistry*, 31(1), 8-17. doi: 10.1111/j.1754-4505.2010.00173.x

