



HAL
open science

Prise en charge de la santé orale des personnes vulnérables dépendantes : contexte et enjeux

Céline Bernardin

► To cite this version:

Céline Bernardin. Prise en charge de la santé orale des personnes vulnérables dépendantes : contexte et enjeux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01932151

HAL Id: hal-01932151

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932151v1>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADÉMIE DE NANCY-METZ

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ D'ODONTOLOGIE

Année 2018

N°10139

THÈSE

Pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE**

par

Céline BERNARDIN

Née le 30 Janvier 1990 à Nancy

Prise en charge de la santé orale des personnes
vulnérables dépendantes :
Contexte et enjeux

Présentée et soutenue publiquement le 12 janvier 2018

Examineurs de la thèse :

Pr C. STRAZIELLE
Dr D. ANASTASIO
Dr D. DROZ
Dr C. CLEMENT
Dr M. MOGENOT

Professeur des universités
Praticien Hospitalier
Maître de Conférences
Maître de Conférences
Praticien Hospitalier

Présidente
Directeur
Juge
Juge
Juge

*« Par délibération en date du 11 décembre 1972,
la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que
les opinions émises dans les dissertations
qui lui seront présentées
doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation. »*

Président : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen : Professeur Jean-Marc MARTRETTE

Vice-Doyens : Dr Céline CLEMENT – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Anne-Sophie VAILLANT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS - Pr M. VIVIER

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Professeur émérite : Pr M-P FILLEUL

Département Odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme DROZ Dominique	Maître de Conférences *
	Mme JAGER Stéphanie	Maître de Conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maître de Conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Maître de Conférences Associée *
	M. LEFAURE Quentin	Assistant
	M. MERCIER Thomas	Assistant *
Département Orthopédie dento-faciale Sous-section 56-01	Mme DARSAT Claire	Assistante*
	M. EGLOFF Benoît	Maître de Conférences *
	Mme GREGOIRE Johanne	Assistante
Département Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme CLÉMENT Céline	Maître de Conférences *
	M. BAUDET Alexandre	Assistant *
	Mme NASREDDINE Greyce	Assistante
Département Parodontologie Sous-section 57-01	M. AMBROSINI Pascal	Professeur des Universités *
	Mme BISSON Catherine	Maître de Conférences *
	M. JOSEPH David	Maître de Conférences *
	M. PENAUD Jacques	Maître de Conférences
	M. LACH Patrick	Assistant
	Mme MAYER-COUPIN Florence	Assistante
Département Chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme PAOLI Nathalie	Enseignante univ. – Praticien attachée*
	Mme GUILLET-THIBAUT Julie	Maître de Conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de Conférences
	Mme PHULPIN Bérengère	Maître de Conférences *
	M. CLERC Sébastien	Assistant*
Département Biologie orale Sous-section 57-01	M. HASNAOUI Nasr	Assistant
	Mme KICHENBRAND Charlène	Assistante *
	M. YASUKAWA Kazutoyo	Maître de Conférences *
Département Dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des Universités *
	Mme EGLOFF-JURAS Claire	Assistante*
	M. MORTIER Eric	Maître de Conférences *
	M. AMORY Christophe	Maître de Conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de Conférences *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Maître de Conférences
	M. VINCENT Marin	Maître de Conférences*
Mme GEBHARD Cécile	Assistante	
Département Prothèses Sous-section 58-01	M. GEVREY Alexis	Assistant
	M. GIESS Renaud	Assistant *
	M. DE MARCH Pascal	Maître de Conférences
	M. SCHOUVER Jacques	Maître de Conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maître de Conférences *
	Mme CORNE Pascale	Maître de Conférences Associée *
	M. CIESLAK Steve	Assistant
	M. GILLET Marc	Assistant
	M. HIRTZ Pierre	Assistant *
	M. KANNENGIESSER François	Assistant
Mme MOEHREL Bethsabée	Assistante*	
Département Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	M. VUILLAUME Florian	Assistant
	Mme STRAZIELLE Catherine	Professeur des Universités *
	Mme MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de Conférences *
	M. SALOMON Jean-Pierre	Maître de Conférences
Mme KARKABA Alaa	Assistante Associée	

Souligné : responsable de département

* temps plein

Mis à jour le 17/11/2017

À NOTRE PRESIDENTE DU JURY,

Professeur Catherine STRAZIELLE

Docteur en Chirurgie-Dentaire.

Docteur en Neurosciences.

Habilitée à diriger des Recherches.

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Sous-section : Sciences anatomiques et physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie.

Responsable du département : Fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux

Vous nous faites l'honneur de siéger en tant que présidente de notre jury de thèse. Nous vous remercions de votre enseignement tout au long de nos études. Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre profond respect.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE,

Docteur Daniel ANASTASIO

Docteur en chirurgie-dentaire.

Praticien hospitalier.

Odontologiste des Hôpitaux.

Chef de service d'Odontologie à Thionville, CHR Metz/Thionville.

Nous vous remercions du très grand honneur et plaisir que vous nous avez fait en acceptant la direction de cette thèse. Nous avons été très touchés par votre confiance et vos précieux conseils lors de son élaboration, mais également au sein de votre service à Bel Air, où vous nous avez transmis les valeurs importantes de notre métier. Veuillez trouver ici le témoignage de nos vifs remerciements et de notre profonde admiration.

À NOTRE JUGE,

Docteur Dominique DROZ

Docteur en Chirurgie Dentaire.

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy-I.

Maître de Conférences des Universités.

Praticien Hospitalier.

Sous-section : Odontologie Pédiatrique et Orthopédie Dento-Faciale

Responsable du département d'Odontologie Pédiatrique

Vous nous faites l'honneur de siéger parmi notre jury de thèse. Qu'il vous soit témoigné notre profonde reconnaissance pour toutes les connaissances que vous nous avez enseignées ainsi que les valeurs humaines que vous nous avez transmises lors des soins à l'égard de vos petits patients « vulnérables ». Veuillez trouver dans notre travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À NOTRE JUGE,

Dr CLEMENT Céline

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université de Lorraine, mention Sciences de la Vie et de la Santé

Vice-Doyen de la Faculté d'odontologie de Nancy en charge de la pédagogie

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section : Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.

Responsable du département : Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury. Merci pour votre aide précieuse durant l'élaboration finale de notre thèse, ainsi que votre soutien et vos enseignements durant toutes nos années d'études. Veuillez trouver dans ces mots l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE JUGE,

Docteur Mathieu MOGENOT

Docteur en chirurgie-dentaire.
Praticien Hospitalier.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Nous vous remercions pour votre grande gentillesse et votre amitié durant nos années communes d'études.

Remerciements

À ma famille :

Papa, mon Superpapou,

Toutes ces années à me pousser au travail, au sérieux et à la rigueur. Nous y voilà... L'aboutissement de mes efforts et de ton soutien paient aujourd'hui ! Alors évidemment, je te remercie du fond du cœur d'avoir su m'entourer de ton amour et me donner la force de ne rien lâcher en te rendant fier. J'ai la chance de vivre ce moment-là avec toi, cela compte beaucoup pour moi...

& outre cet investissement sans faille pour mes études (parfois même plus important que le mien !), je te remercie d'avoir été mon pilier au quotidien, une épaule solide pour tout supporter ensemble, un cœur immense pour nous aimer autant à toi seul qu'une famille entière l'aurait faite... Tu peux être fier de toi, Tu es un Père avec un grand P, comme il en existe trop peu... Je t'aime très fort.

Maman, ma mamounette,

Toutes ces heures de lecture avec « Boule & Bill » marquent le début de ton investissement dans mes études. Tu as toujours cru en moi, et tu m'as simplement fait confiance. Nous n'oublierons jamais ce week-end à Strasbourg où j'ai dû décliner ton invitation les larmes aux yeux pour travailler ma première année de médecine. Toi qui me voyait si peu, tu as su faire le sacrifice de te passer encore un peu plus de ta grande fille... Je sais par quoi tu es passée, et j'espère que tu sais à quel point je suis admirative de la manière dont tu as su te relever... Il a fallu apprendre à vivre loin l'une de l'autre ; mais malgré cela, on se ressemble énormément. N'oublie jamais tout l'amour, la fierté que j'ai pour toi et le besoin inconditionnel de t'avoir dans ma vie. Ne te culpabilise plus pour des choses dont tu n'as eu aucun contrôle, je suis fière de la Maman que j'ai, et surtout, Je t'aime très fort.

Mamie,

Mon ange qui veille sur moi... Mes souvenirs d'enfance à tes côtés m'ont gonflé le cœur d'un amour éternel, qui m'accompagne et me protège chaque jour. Tu es LA personne qui manque à ma vie. Tu as été à toi seule une grande famille. Je ne t'oublierai jamais, ni toi, ni ta joie de vivre, ni ton rire « de voiture qui cale » ! Tu es l'étoile en laquelle je crois. Je t'aime.

Franck, mon Footix,

Quand j'étais petite, et totalement incapable de m'occuper seule, tu m'as évité des heures d'ennui en faisant preuve d'une imagination débordante pour m'amuser des après-midis entiers et m'embarquer dans des mondes que nous étions seuls à connaître (cf. Radji et la dame du Zoo). En grandissant, tu m'as appris à me défendre, quand en pleine crise d'ado tu t'en prenais à moi pour des raisons plus ou moins justifiées (bon, j'avoue, je te cherchais souvent...) ! Tu m'as aussi appris la patience, en me laissant te regarder des heures jouer à la PlayStation, prétextant que je te « portais » chance ! Finalement, tu vois, de manière

totalemement inconsciente (ou pas), tu as joué ton rôle de grand frère à la perfection ! Merci... Je t'aime rac. de bid. de ch. ☺

Orlane, ma Chnouff,

La décennie qui nous sépare n'a jamais été un obstacle à notre relation. Au contraire, j'ai été je crois une bonne « petite mère », quand nous avons dû affronter les obstacles de la vie. Même si naturellement, j'ai ce besoin de te protéger, j'ai pu reprendre en grandissant le rôle de grande sœur qui était le mien, te partager certaines de mes valeurs et vivre ensemble de nombreux moments de bonheur, fou-rires et complicité. Maintenant, à te regarder, je suis pleine de fierté. Ma rats', tu es d'une beauté incroyable, et ton manque de confiance en toi te rend extrêmement humaine et attachante. Je te souhaite le meilleur dans ta vie, et quelques soient tes choix, sache que tu pourras toujours t'appuyer sur moi. Ma mini-moi (en mieux, rassure toi ;)) je t'aime tellement !

Michel, MON tonton,

Le seul et unique tonton qui a tenu son rôle avec brio ! J'ai toujours adoré chaque moment passé ensemble. Il nous suffit d'être tous réunis pour que je ressente cette joie immense d'être entourée de MA famille. Merci à vous, Toi mais aussi **Karine Thomas et Léna**, pour ces journées à Nancy (qui passent toujours bien trop vite), pour ces Noël's inoubliables, et tous les heureux moments qui nous restent à partager. Vous m'avez aussi fait l'immense honneur d'être la marraine de Thomas (merci Tomtom !), un lien qui nous rassemble aussi... Bref, je vous aime, la famille ☺

Johann, Sophie, Lilou et Anna,

Quand on a peu de famille, on savoure d'autant plus chaque instant ! Alors merci pour tous ces bons moments partagés (et ils sont nombreux !) ; notamment quand vous nous recevez dans le Nord pour de grosses parties de rigolades (la crêperie qui sentait la raclette, l'intolérance au sel du Francky, les fous rires de Sophie, ...). Ces moments-là sont inoubliables. Merci... À bientôt pour de nouvelles chtites aventures ☺

Jonathan, Eve-Mélodie, Emie et Evan,

Malheureusement nous nous voyons trop peu, mais c'est à chaque fois un immense bonheur. J'espère que les occasions seront plus nombreuses à l'avenir.

Paul et Madeleine,

Vous me faites l'honneur et la joie d'être présents aujourd'hui pour partager, avec Papa et moi, l'aboutissement de mes études. Merci de votre présence, elle me touche.

Michèle S, ma marraine de cœur,

Tu es arrivée dans nos vies à une période assez difficile et tu es LA rencontre que je retiendrai de ces sombres années. Tu nous as entouré de ton amour, et nous a fait vivre de nombreux moments de joies. Tu nous as offert la famille qui nous manquait. Je n'oublierai JAMAIS

toutes ces soirées passées tous ensemble où régnaient l'amitié et la bonne humeur. Ces moments m'ont forgé, grâce à vous, et m'ont permis à mon tour de m'entourer de belles personnes qui constituent désormais ma famille de cœur. Merci d'être encore si présente dans ma vie, j'aurais énormément de mal à me passer de vous ! Merci pour tout...

- **Philippe**, les mots adressés à Michèle te reviennent également. Je te remercie pour toutes ces années de sourires, de bienveillance, de bonne humeur (et de verres remplis avant même d'avoir été vidés !). Merci d'être un pilier pour Michèle, et merci d'être à vous deux un modèle de vie pour notre lointaine retraite. Je vous aime fort.
- **Laurent**, nous avons partagé tant de choses depuis 15 ans ! Tu es arrivé dans un moment compliqué de ma vie et tu fais partie sans aucun doute de ceux qui ont contribué à me rendre le sourire. Tu ne m'as jamais fait ressentir notre différence d'âge (alors que je n'étais qu'une gamine !) et tu m'as partagé ta vie, tes amis. Je te remercie pour toutes ces années où tu as été un modèle pour moi, un grand frère. Malgré la distance, sache que tu pourras toujours compter sur moi. Et INTERDICTION FORMELLE de se perdre de vue ;)
- **Marine, Léna**, merci de prendre soin de Laurent, vous êtes ce qui manquait à son équilibre et son bonheur.

À ma belle-famille, Didier, Françoise et Marc,

Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts dès le premier jour au sein de votre famille. J'ai plaisir à partager des moments avec vous, et je ne me lasserai jamais des après-midis « jeux de société » (même si je suis très mauvaise joueuse !). J'ai hâte que la famille s'agrandisse et qu'on partage de nouveaux moments de joie tous ensemble... J'ai également énormément de respect pour votre intelligence à rester une famille unie malgré les aléas de la vie. C'est un exemple pour beaucoup d'entre nous...

À ma moitié :

Thibaut, mon Zouk,

J'ai eu l'audace il y a 5 ans de mettre dans *mon panier* ce bel inconnu bourré de charme, dont les mots ont su me redonner espoir... L'*adoption* fut immédiate, notre histoire évidente et la *Passion* grandissante ! Tu es de ces personnes pures et bienveillantes dont on ne croise que trop rarement la route... J'ai eu la chance de vivre cette rencontre qui m'a transformée, et guérie de bien des maux... Merci mon amour... Tu avais cette foi en nous, et tu me l'as transmise au fil du temps. Désormais, on forme une « belle équipe » comme je dis souvent, et c'est ma plus grande fierté... Ensemble, l'avenir m'inspire tellement... Je t'aime ! ♥

À mes amis dentistes :

Carine, ma Carinette,

L'Amie avec un grand A de cette aventure étudiante. À toi seule tu as été ma motivation pour me lever chaque matin et me rendre à cette fac dont je me sentais si étrangère. Je n'oublierai jamais notre rencontre, cette manière si naturelle dont ça a « matché » et l'évolution rapide de

notre amitié. Tu as été ma moitié, ma confidente, mon hémisphère gauche (le siège des affects positifs, celui qui rassure !). Toutes ces heures passées à refaire le monde, notre monde ! J'aime le regard bienveillant et juste que tu portes aux gens... Malgré nos différences de vie, ce regard était rassurant, sans aucun jugement de valeur, parce que justement, les vraies valeurs toi tu en as énormément ! Il est temps maintenant que tu penses un peu plus à Toi, Tes envies, Tes rêves, et que tu y mettes autant d'énergie que ce que tu fais pour nous tous ;) Tu mérites le meilleur que ce monde a à nous offrir. Tu es LA rencontre qui manquait à ma vie, l'amie que nulle distance ne pourra jamais séparer. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi

Paul, mon polochon,

Maître toutes catégories des références cinématographiques (C'est comme dans...) ! Mon compère de galères. Notre amitié n'était une évidence pour personne au vu du premier contact ! Mais les années nous ont rapprochées, et nous avons traversé pas mal d'épreuves ensemble (l'annonce du redoublement (quelle injustice !), nos histoires de cœurs, nos séances de révisions à la BU où j'avais toujours l'impression d'être plus à la ramasse que toi) ! Mais au final, nous ne retiendrons que les bons : les entraînements de basket, nos longues séances de papotage, ta faculté à me clasher avec humour, ma faculté à ne pas me vexer (!), nos vacances dans le sud ! Bref, merci pour ces années, j'suis ravie d'être UN bon pote pour toi ;)

Elise,

D'abord coéquipière, puis collègue, et tout naturellement amie. J'ai aimé partager toutes ces longues conversations sur les hommes et l'amour avec toi ☺ Je suis ravie d'avoir été présente lorsque tu as rencontré ta moitié et d'avoir suivi avec attention et bienveillance tes premiers vrais battement de cœur (à ce propos, merci **Flo** de prendre soin d'elle !). Nos souvenirs sont nombreux, merci d'avoir rendu mes 2 dernières années de fac plus agréables. Je n'espère pas te perdre de vue ma belle, il va falloir veiller à ça, on a encore des tartines de foie-gras qui nous attendent ;)

Linda,

Je n'oublierai rien de tous ces repas à refaire le monde entre filles, ni de nos séances sportives pour les éliminer !! Tant d'heures à rêver d'Amour (on était sacrément mal partie !!!). Merci pour ta bonne humeur durant toutes ces années. Je te souhaite plein de bonheur pour la suite ma belle.

Lisa,

On s'est sûrement connues trop tard... Mais l'année que nous avons vécu était aussi agréable qu'enrichissante ;) Je n'oublierai pas nos longues conversations (et quelles conversations !!). J'espère qu'on ne se perdra pas de vue... Je te souhaite plein de réussite dans ta vie personnelle et professionnelle.

Marjo,

Ma copinette de fac, on en a eu des fous-rires ensemble ! Merci d'avoir contribué à rendre mes années-fac meilleures, pleine de fun (tout comme toi), de papotage et de rigolades. J'espère que nos routes ne se sépareront pas totalement ;)

À mes amis de toujours : *On n'est riche que de ses amis...*

Pauline, ma moche,

Ça ne va pas nous rajeunir, mais tu es de loin ma plus vieille amie... Presque 20 ans déjà que nous nous sommes rencontrées à la fête de Bonsecours. Autant dire que l'on a grandi ensemble, et que ce n'est pas pour rien si notre amitié tient la distance (on parle quand même de 16 000 kms !). J'aime ta joie de vivre, ton « jmenfoutisme » qui rassure, ton humour, ta gentillesse et ta « positive attitude ». Tu es une personne extra. Tu mérites d'être connue ma poule et j'ai cette immense chance de te compter parmi mes amies... À tout vite à Nouméa ;)

Gauthier, ma saloperie,

D'un simple pote de 6^{ème} Bleue tu es devenu un super ami avec qui j'ai partagé autant de délires et de soirées que de conversations sérieuses sur nos agendas de lycéens ;) Tu es un mec bien, tout simplement. Et on a encore plein de belles aventures à vivre ensemble !

Audrey, ma Drey,

J'ai la chance d'avoir vécu une relation comme nulle autre avec toi. C'était fou... Tu resteras de loin la plus belle rencontre de ma vie, tombée dans des moments sombres de mon adolescence, tu as été mon soleil au quotidien (mon système solaire même !). C'est évident que le temps a transformé cette amitié, mais quelque part on a toujours su qu'une histoire si passionnée ne pourrait durer toute une vie... J'en garde des souvenirs plein le cœur, sans aucune nostalgie, car ça m'a construit, et ça restera en moi pour toujours. Merci pour tout ça...

Aurel, Ma n'Aurel,

D'abord copine d'SVT, puis compagnonnes de fou-rires, ces souvenirs de lycéennes sont le début d'une longue série... La P1, la rencontre de Pierre et la formation du trio d'acolytes, les histoires de cœur, de famille, l'inoubliable voyage en Hongrie (« qui a tué grand-mamann ? »), tes années « éco-pitch » en kiné où je suivais tes aventures (d'alcooliques :p), ces vacances extraordinaires à Embrun cette année tous les 4 (bon, si on oublie le soir où j'ai péché un câble sur « The Island » !). Bref, merci pour tout ça !! La distance n'altère nullement ces liens que nous avons tissés au fil des années, ces amitiés-là sont solides, je ne m'en fais pas pour nous ☺

Valentine, ma sœurlette,

Ce surnom te va à ravir ; j'ai toujours eu la sensation avec toi d'être une grande sœur et ai naturellement eu le besoin et l'envie de veiller sur toi. On ne compte d'ailleurs plus les heures passées à papoter ensemble... Alors, certes, le temps nous a un peu séparé mais je sais qu'à chaque retrouvaille, les liens se retissent sans aucune brèche... Merci d'être toujours là <3

À la Meute, ma famille de cœur :

Albé, Albi,

Les retrouvailles à la pépinière, un après-midi de Juin 2007, ont marqué le début d'une amitié particulière et chère à mon cœur. On ne compte plus le nombre de soirées à finir en duo (enfin, en trio avec Céline, ou Eddy), nos nombreuses et profondes conversations, nos inoubliables vacances à Valros, nos repas de semaine tous les 4 (de plus en plus aboutis !) et nos délires inopinés ! En plus d'être un ami fidèle, je te vois devenir un père et bientôt un mari extraordinaire. Je suis fière de t'avoir dans ma vie, et même si on n'a jamais réussi à se faire notre resto, je t'aime quand même ;)

Julie, ma blonde,

Notre amitié est née de cette fameuse rencontre à la pépinière, et s'en sont suivis de nombreuses soirées à trinquer et délirer ensemble. Parfois, il suffit de peu pour créer quelque chose de grand... Tu es devenue en une dizaine d'années (déjà ?!) un des piliers principaux de ma vie ; une oreille attentive, un sourire aux lèvres, une épaule solide, un avis toujours réfléchi, modéré et juste, une acolyte de nos soirées les plus folles, bref, une Amie unique... Tu es de ces personnes qui savent faire ressortir ce qu'il y a de meilleur chez les gens. J'aime ta simplicité, ton humour toujours détonnant, ton franc parlé et la facilité avec laquelle on s'accorde, on se comprend. Je ne pourrais me passer d'une vie sans toi, et de nos gardes alternées. Je te kiffe, meuf <3

- **Baptiste** : petit bout d'homme à qui je tiens déjà énormément, tu es le reflet de ces parents incroyables. Et n'oublie jamais, si tu n'es pas sage, « j't'éclate le genou ! » ♥
- **Reun', Flo'** : Merci d'être une si belle famille pour mes amis, et de nous avoir toujours ouvert grands vos bras, dans cette joie et bonne humeur qui vous caractérisent tant ! Vous m'êtes chers. Votre présence me ravie.

Barth, mon coupain,

Il s'est passé quelque chose de fort ce soir d'été 2008 où je t'ai empêché de reprendre la route. Comme si je savais déjà que nous étions à l'aube d'une grande amitié. Les mots me paraissent d'ailleurs trop faibles pour la définir... Il est vrai que l'on s'est parfois retrouvé en total désaccord, il est vrai que l'on se chamaille beaucoup, mais le reste de l'histoire est tellement riche de belles choses... Tu me connais comme nul autre, et c'est ce qui fait qu'un simple regard suffit à nous comprendre. Tu es mon alter égo, mon moi au masculin. Je ne me lasserai jamais de nos heures de conversations, de nos sourires qui veulent tout dire. « Un ami, c'est quelqu'un qui sait tout de toi, et qui t'aime quand même », cette phrase est faite pour nous... Je t'aime fort, SOWN ♥

Cha, ma Cha,

Tu es l'une des plus belles choses qui soit arrivée à Barth, et par chance nous avons pu en profiter ! Tu es une amie pleine de douceur, une amie qui n'apporte que le bonheur autour d'elle. À contrario, j'aime tes moments de folies, tes conversations enflammées (!), j'aime ce côté ange et petit démon qui n'est propre qu'à toi. Tu es toujours à l'écoute, toujours prête à

faire rire. Et en plus de ça, tu es une maman extraordinaire ! J'ai beaucoup de chance de te connaître, longue vie à nos délires et à nous ma Cha...

- **Loris** : Le premier louveteau de la meute, tu es un petit d'homme tellement agréable ! Merci de combler ta « tata Célou » de joie à chaque fois qu'elle te voit ☺
- **Mathéo** : On a qu'une hâte, c'est de te rencontrer ☺

Juline, ma belle,

Les années passées ensemble s'accumulent, tout comme les souvenirs... « Le temps passe et passe et passe et beaucoup de choses ont changées ». Entre nos longues conversations dans la voiture sur des hommes qui n'étaient pas les bons (!), celles sur les joies familiales, nos écoutes de KeenV, Passi et j'en passe, nos soirées de folies (et ce regard Juline !), votre mariage inoubliable et notre mission de témoins (en cours), on peut dire que les années se suivent et ne se ressemblent pas ! En tout cas, c'est toujours au côté des mêmes, et c'est tout ce qui compte. Tu es quelqu'un de sacrément ambitieuse, bosseuse, gentille, douce (et bon, un peu caractérielle aussi mais chut ;)). On n'a pas toujours eu les bonnes mesures pour s'accorder, mais tu es une belle personne à qui je tiens beaucoup...

Aurélien, Aurèl,

Ça commence à faire un bail que nos chemins se sont croisés et que tu as pris, avec nous, la route 66 de l'Amitié ! On ne pourrait plus se passer d'une soirée sans ton rire communicatif, tes pas de danse et le nombre incalculable de conneries que tu peux balancer (et fais gaffe, je comprends aussi le langage « mecs ») ! C'est ce qui fait de toi un ami si jovial et agréable. La route est encore longue ☺

- **Lilias** : Petite poupée aussi douce que déterminée, tu as fait notre bonheur en même temps que celui de tes parents...

À tous mes autres amis de la meute :

Boris, Alicia, Bruno, Sandrine, Munch, Donia, Cécile, Laurianne, Matthieu, Cindy, Cyril, Jérèm, Céline, Alex, Sab, Vince, Julie A, ... :

Il m'aurait fallu quelques recto-versos de plus pour vous dire à tous à quel point je vous remercie, chacun à votre façon, de faire partie de ma vie. Vous êtes tous pour moi la grande famille que je n'ai pas, celle que j'ai choisie (« dans cette armée de simples gens »), ma famille de cœur. Vous êtes des personnes extras, chères à mon cœur et avec qui j'ai encore de nombreuses belles soirées et beaux souvenirs à partager. Tout simplement, merci d'être vous, La Meute ♥

À ceux qui ont croisé ma route :

Au Dr MEONI Marc et toute son équipe,

Merci de m'avoir fait confiance et m'avoir fait intégrer cette belle équipe dès ma P2. J'y ai appris des valeurs importantes de notre métier et j'ai pris énormément de plaisir à travailler dans une ambiance aussi chaleureuse !

Au Dr JANTZEN-OSSOLA Caroline,

Merci d'avoir accepté de m'aider dans mes galères alors que tu t'étais promise le contraire ! J'ai été ravie d'être ta jeune Padawan pendant ces 6 mois... C'était une belle expérience, et tu m'as transmis, en plus des petits conseils professionnels, une soif d'évasion que j'espère satisfaire aussi fréquemment que toi ! ☺

Au Dr GODOT-BEISBARDT Sophie, Maryse et Lise,

Merci de me faire confiance pour cette nouvelle aventure. Il me tarde de la commencer...

À ceux qui ont un jour croisé ma route et qui l'ont embellie, MERCI.

Sommaire

Sommaire

Listes des figures

Introduction

1. Définitions des personnes vulnérables dépendantes

1.1 Handicaps et déficiences

1.2. Les maladies chroniques invalidantes

1.3. Les personnes âgées dépendantes

2. Contexte actuel

2.1 Épidémiologie

2.2 L'offre de soin bucco-dentaire

2.3 Le vaste problème d'accessibilité à la santé orale

2.4 Une mission de santé publique

3. Enjeux pour le domaine bucco-dentaire : Lever un à un les freins de l'accès aux soins pour tous

3.1 Réussir l'accessibilité : organisation des cabinets

3.2 Réussir la prise en charge : formation des praticiens

3.3 Prise en charge spécifique et qualité des soins

4. Mesures compensatoires

4.1 L'exemple des réseaux

4.2 Préconisations

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Liste des figures

Figure 1 : Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (OMS, 1980).....	24
Figure 2 : Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (OMS, 2001).....	25
Figure 3 : les facteurs de risque de vulnérabilité chez le sujet âgé (Source : S. Monod, 2014)	30
Figure 4 et 5 : dépliants des enquêtes CARE en institution (à gauche) et en ménage (à droite), (sources : DREES, 2016)	35
Figure 6 : flux annuels de différentes situations de handicap pour des personnes en âge de travailler, (Lettre des études de l'AGEFIPH, 2007).	38
Figure 7 : Evolution du vieillissement de la population française par décennies (source INSEE 2011).....	39
Figure 8 : Schéma récapitulatif des « personnes vulnérables » en France en 2015, (Source : « Le quotidien du médecin »).	41
Figure 9 : Graphique représentant le taux de dépendance par âge des personnes bénéficiant l'APA en 2007 et 2012 (sources : Drees INSEE).	42
Figure 10 : Schéma illustrant les conséquences dramatiques d'une douleur dentaire ignorée ou incomprise (sources : document personnel)	44
Figure 11 : Graphique présentant le parcours de soins permis par les chirurgiens-dentistes pour les patients en situations de handicap, 2017 (Sources : rapport ONCD, Septembre 2017).....	47
Figure 12 : Graphique présentant le parcours de soins permis par les chirurgiens-dentistes pour les personnes âgées dépendantes, 2017 (Sources : rapport ONCD, Septembre 2017).....	47
Figure 13 : Illustrations du brossage de dents pour enfants autistes, (Sources : Internet, Web conférence RNETED, 2013).....	56
Figures 14 et 15 : Photographies de « Bucco-Bus », (CHU Rouen) 2012	63
Figure 16 : Affiche de la Charte R. Jacob (ARS, 2016).....	65
Figure 17 : Schéma des obligations d'accessibilité aux ERP relatives à la loi du 11 février 2005, (sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie)	68
Figure 18 : photographie d'une place de stationnement pour PMR devant l'entrée du CHR de Bel Air à Thionville (document personnelle)	69

Figure 19 : Illustration de la réglementation des places PMR,70 (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).....	70
Figures 20 et 21 : photographie du cheminement de l'extérieur vers l'intérieur au CHR de Bel Air à Thionville, avec un accès direct par ascenseur au 1 ^{er} étage où se trouve le service odontologique (sources : document personnel)	71
Figure 22 : Illustrations des 10 points de vigilance à respecter pour permettre un cheminement aisé vers le centre de soin, (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).....	72
Figure 23 : Illustration du palier de repos (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).....	73
Figure 24 : Illustration de l'aire de giration (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).....	73
Figure 25 : Illustration de l'espace d'usage (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).....	74
Figure 26 : Photographie de l'arrivée à l'étage du service odontologique du CHR de Bel Air (source : document personnel)	74
Figure 27 : Photographie du secrétariat du service Odontologie de CHR Thionville, avec un plan d'accueil adapté aux PMR, 2017 (source : document personnel) 75	75
Figure 28 : Illustration des normes à respecter pour un service d'accueil d'un ERP (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).....	76
Figure 29 : Photographie légendée de l'arrivée dans le service odontologique du CHR Bel Air à Thionville (document personnel)	76
Figure 30 : illustration de sanitaires accessibles aux PMR, (sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »).....	77

Figure 31 : Schéma de portes pour l'accessibilité des PMR, (sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »)	78
Figure 32 : Schéma d'un espace de manœuvre pour PMR, (sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »).	79
Figure 33 : illustration d'escalier accessible pour les PMR, (sources : ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »)	80
Figure 34 : Photographie légendée de l'entrée dans les salles de soin du service odontologique de Bel Air à Thionville, avec un contraste de couleur au niveau des portes d'entrée des salles de soin, 2017 (source : document personnel) ...	82
Figure 35 : Exemple de plan de cabinet « accessible » aux fauteuils roulants ou brancards (sources : Anastasio D.)	83
Figures 36, 37, 38 et 39 ; Photographies légendées de la prise en charge par le Dr Anastasio au CHR de Thionville d'une patiente en fauteuil atteinte du Syndrome de Rett sous MEOPA (document personnel, 2017).....	84
Figure 40 : Photographie d'un soin dentaire réalisé sur fauteuil roulant incliné par un dispositif, (sources : site internet de la « Mutualité Française »)	85
Figure 41 : Photographie d'une radiographie mobile, CHR Thionville (document personnel)	86
Figures 42 et 43 : Photographies d'une Spatule SAB, (sources : Dr Anastasio).....	86
Figure 44 : Schéma illustrant le fonctionnement de la SAB (sources : Anastasio D.),	87
Figure 45 : Exemple de conclusion du rapport de stage en gériatrie d'un étudiant de 5 ^{ème} année de Nancy, Janvier 2014 (Document personnel)	92
Figures 46 et 47 : Photographies d'une journée de sensibilisation du handicap réalisée par le Dr Anastasio et ses étudiants externes dans la « Maison et Foyer d'Accueil Spécialisée (ou MAS-FAM) L'ALBATROS », située à Volkrange (57), Mai 2016 (Documents personnels)	93
Figures 48 et 49 : Conclusions tirées du rapport de stage de sensibilisation au handicap de deux étudiants de 6 ^{ème} année au centre médico-éducatif « Le château » à Inglange, centre accueillants des enfants et adolescents porteurs de lourds handicaps, 2016 (Source : Dr Anastasio D.)	94

Figures 50, 51 et 52 : Conclusions tirées du rapport de stage de sensibilisation au handicap de deux étudiants de 6 ^{ème} année à la FAM « Les horizons » de Jury, centre accueillants des personnes atteintes d'autisme, 2016 (Source : Dr Anastasio D.).....	95
Figures 53 et 54 : Photographies issues de l'atelier HandicApable, réalisé par des étudiants de la faculté de Nancy, à l'initiative du Dr ANASTASIO (Sources : ADF 2016).....	99
Figure 55 : Photographie d'un soin sous MEOPA réalisé par le Dr ANASTASIO pour un patient handicapé au CHR de Thionville (source : document personnel, 2017)	109
Figures 56 et 57 : Photographies de l'examen clinique initial et réalisation de RX intrabuccales sous MEOPA (Sources : Anastasio D)	114
Figures 58, 59 et 60 : Photographies de la réalisation des soins et des actes prothétiques sous Anesthésie Générale (Sources : Anastasio D).....	114
Figures 61, 62 et 63 : Photographies de la pose de la CCM sur 15 sous MEOPA (Sources : Anastasio D)	114
Figures 64 et 65 : Photographies et radiologie de la fracture radiculaire de 11, réalisée à l'état vigile sur un patient en situation de handicap (Sources : Anastasio D).....	115
Figures 66 et 67 : Photographies de la mise en place d'un implant sur 11 et empreinte, réalisés sous Anesthésie Générale (Sources : Anastasio D).....	115
Figures 68 et 69 : Photographies la pose d'une CCM sur 11, à l'état vigile (Sources : Anastasio D).....	115
Figure 70 et 71 : Photographies prises lors de la consultation initiale à l'état vigile (Sources : Dr Anastasio D).....	116
Figures 72 à 75 : Photographies prises lors de la première anesthésie générale pour la réalisation de soins et la préparation prothétique de 21 et 22 (Sources : Anastasio D).....	117
Figures 76, 77 et 78 : Photographies prises lors de la deuxième anesthésie générale pour la réalisation de la pose des inlay-cores et couronnes céramo-métalliques de 21 et 22 (Sources : Anastasio D)	117
Figure 79 : Rapport d'activité du FIQCS 2011 et INSEE 2011 (sources : CNAMTS, 2012).....	120
Figure 80 : Slogan « HANDIDENT » (source : site internet Handident).....	124
Figure 81 : Répartition géographique des cabinets ressources du réseau Handident Alsace, (source : site internet Handident)	124

Introduction

Les personnes vulnérables dépendantes, définies comme ayant une « *limitation d'activité ou une restriction de participation à la vie en société* » (OMS, 2001) due à une déficience, une incapacité ou un désavantage durable ou définitif, ont longtemps vécu en marge de la société, du fait de leur différence. Cette population constitue actuellement dans le monde la minorité la plus importante et la plus défavorisée.

Or ces dernières décennies ont vu naître une prise de conscience générale de leur besoin de protection. Des lois en faveur de leur intégration dans la société ont été mises en place, mais cela implique un grand bouleversement du système, notamment celui de la santé.

Comment le système de santé s'est-il adapté à leur besoin ? Quelles propositions ont été faites et quelles améliorations peuvent encore y être apportées ?

Il est vrai que le projet semble vaste tant cette population a été longtemps « oubliée ». Mais la volonté des pouvoirs publics et des professionnels de santé à offrir à tout individu une égalité des droits et des chances à la santé a fait naître des projets de grande ampleur. Cependant, est-ce que chacun met réellement tout en œuvre pour permettre une qualité de soins proche de la population ordinaire ?

Afin d'étudier le vaste sujet de la prise en charge orale « spécifique » de ces personnes vulnérables dépendantes, nous commencerons dans un premier temps, par définir précisément cette population. Ensuite, nous observerons le contexte actuel de prise en charge orale de ces derniers, à travers les données épidémiologiques et les lois actuelles en vigueur. Puis nous analyserons les enjeux de cette mission prioritaire de santé publique, et terminerons sur des propositions d'améliorations à partir des outils bibliographiques actuellement disponibles.

1. DÉFINITION DES PERSONNES VULNÉRABLES DÉPENDANTES

Nous allons étudier, tout au long de ce travail, les obstacles liés à la prise en charge bucco-dentaire des personnes dites “vulnérables dépendantes”. Il convient tout d’abord de définir ces termes ainsi que l’ensemble de la population ciblée.

La vulnérabilité est le « caractère de ce qui est vulnérable », c’est à dire *ce qui est exposé à recevoir des blessures, ou exposé aux atteintes d’une maladie, et qui peut servir de cible facile aux attaques d’un ennemi, par ses insuffisances, ses imperfections.* (Larousse, 2017).

Ainsi, la vulnérabilité humaine est la fragilité face aux agressions extérieures (ex : la maladie), à des événements personnels et émotionnels importants (tel que le deuil ou une séparation amoureuse), sociaux-économiques (chômage, licenciement). La vulnérabilité de chaque personne lui est propre et se « mesure » à sa capacité d’adaptation et sa sensibilité face aux agressions reçues. Ainsi, on peut considérer que les personnes vulnérables sont celles dont l’autonomie, la dignité, et/ou l’intégrité sont menacées.

La dépendance, à l’inverse de l’autonomie, est *l’état de quelqu’un qui est soumis à l’autorité d’autrui ; sujétion ; subordination.* (Larousse, 2017).

Elle peut se définir par l’impossibilité partielle ou totale pour une personne d’effectuer sans aide les activités de la vie, qu’elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s’adapter à son environnement. (E. Bret, 2007)

Ainsi, nous allons le voir, la population dite “vulnérable dépendante” d’un point de vue médical regroupe à la fois les personnes en situation de handicap, celles atteintes de maladies invalidantes ainsi que certaines personnes âgées.

1. Handicap et déficiences

1. Bref historique du terme « handicap »

Définir précisément le handicap est un point de départ et une étape indispensable pour caractériser le phénomène pris en considération et mieux en comprendre la dynamique.

D'origine anglaise, apparu au XVII^e siècle, le terme est la contraction de l'expression « *hand in cap* », soit « la main dans le chapeau », désignant un jeu de mise. Il a été introduit au début du XIX^e siècle dans la langue française sous sa forme contractée, évoquant des courses hippiques dans laquelle « les chances étaient égalisées en répartissant des désavantages proportionnés à la force des chevaux » (T. Bryon, 1827). L'usage va ensuite progressivement s'étendre à d'autres sports puis d'autres domaines, faisant ainsi son apparition dans le domaine médicosocial à la seconde moitié du XX^e siècle, il y a à peine 60 ans. En effet, c'est à travers la loi du 23 novembre 1957 que le mot « handicap » est utilisé pour la première fois dans un texte officiel avec l'expression « travailleurs handicapés » (Loi n°57-1223 : « Est considéré comme travailleur handicapé... »).

2. Classification internationale des handicaps dans les années 1980

Conséquence indirecte des transitions épidémiologique et démographique du XX^e siècle, il apparaît de plus en plus nécessaire de pouvoir rendre compte de l'état fonctionnel des individus et des populations consécutivement à un problème de santé. Ainsi, les travaux pionniers de Philip Wood en 1980 pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) permettent d'élaborer un manuel des conséquences des maladies, intitulé la « Classification Internationale des Handicaps » (CIH), dans lequel il distingue trois niveaux d'expérience du handicap : celui des déficiences ou niveau lésionnel, celui des incapacités ou niveau fonctionnel, et celui du désavantage, ou niveau situationnel (Fig.1).

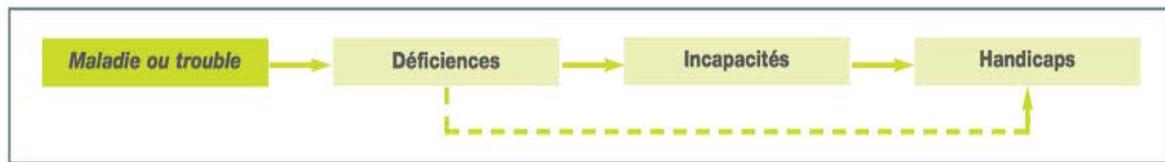


Figure 1 : Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps
(Source : Organisation Mondiale de la Santé)

Ainsi, on considérait dans les années 80 que le concept du handicap recouvrait trois niveaux :

- Lésionnel, celui des déficiences ; une déficience se définit comme toute perte, malformation, anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, psychologique physiologique ou anatomique (il s'agit là de caractéristiques individuels très proches de données de morbidité) ;
- Fonctionnel, celui des incapacités ; une incapacité correspond à une réduction ou une perte (dues à une déficience) de la capacité d'accomplir une activité d'une façon jugée normale.
- Situationnel, celui des désavantages ; il y a désavantage social si une déficience ou une incapacité limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu du sexe, de l'âge et des facteurs socioculturels.

3. Classification améliorée en 2001 (OMS)

Le processus d'amélioration de cette première classification, toujours mené par l'OMS, va s'étaler ensuite sur plusieurs années, et la 54^e Assemblée mondiale de la santé adopte en mai 2001 une nouvelle classification, « la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap, et de la Santé », dite CIF, adoptée par 200 pays (109). Elle va préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap et affirmer que l'invalidation est le résultat d'une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement. (11) Ainsi, il y est désormais défini comme une restriction de la participation sociale, résultant entre une limitation d'activité, consécutive à un problème de santé, et des obstacles environnementaux (Fig.2).

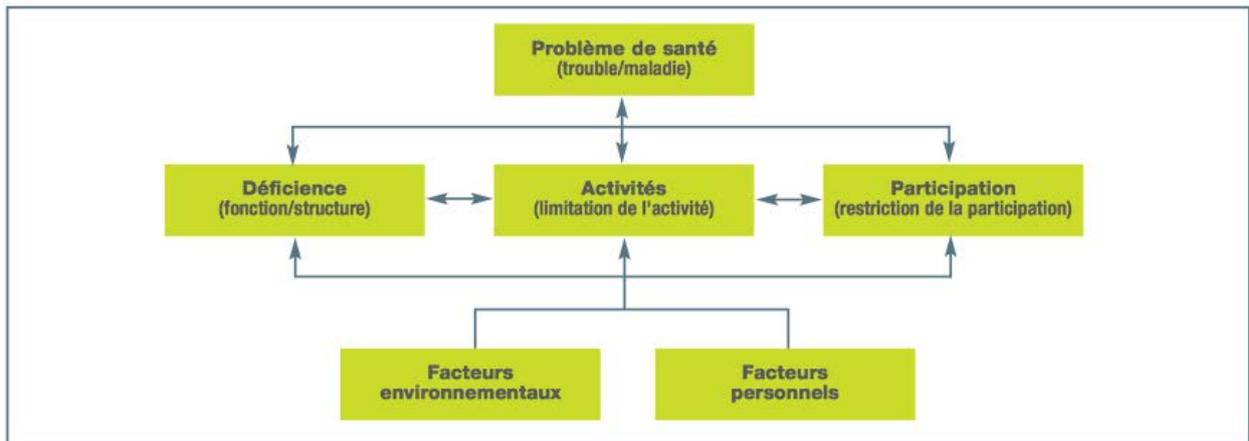


Figure 2 : Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé
(Source : OMS)

Ainsi, le concept du handicap recouvre désormais 4 niveaux :

- **La fonction organique** (mentale, sensorielle, digestive...), qui fait référence au domaine de fonctionnement corporel.
- **La structure anatomique** (système nerveux, structure liée aux mouvements...), qui représente l'organisation physique du corps.
- **L'activité et la participation** (communication, mobilité...), qui identifie les fonctionnements concernés.
- **Les facteurs environnementaux** (produits et systèmes techniques, soutien et relation...), qui relie aux facteurs extérieurs potentiellement handicapants.

(11)

4. Définition officielle en 2005

Enfin, c'est à travers la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » qu'on obtiendra la première définition légale du handicap, avec l'article L.114 : « *Constitue un handicap 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. Les différentes catégories de handicap

Les différentes études sur le sujet vont ensuite faire ressortir 5 principales formes de handicaps :

◇ Moteur

Le Handicap moteur résulte de toute atteinte de la capacité de tout ou partie du corps à se mouvoir, réduisant l'autonomie de la personne et nécessitant parfois le besoin de recourir à une aide extérieure pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. (88)

Ex : paralysies, amputations, infirmité motrice cérébrale, spina bifida, ...

◇ Sensoriel

Il fait référence aux difficultés liées aux organes sensoriels. Ainsi, on distingue deux types de handicap sensoriel :

- Le handicap visuel : qui sous-entend une déficience de la fonction visuelle par une altération plus ou moins prononcée du champ de vision et de l'acuité visuelle.

Exemples : cécité et malvoyance, amblyopie, achromatopsie...

- Le handicap auditif : qui désigne une perte partielle (mal entendant) ou totale de l'audition (surdité). Un handicap qui peut parfois entraîner des troubles de la parole (11).

◇ Cognitif

Les fonctions cognitives sont l'ensemble des fonctions de la cognition (lire, parler, mémoriser, comprendre), la faculté de percevoir (voir, entendre) et la faculté de motricité. Elles se rapportent ainsi aux fonctions permettant d'acquérir une information, la traiter et l'intégrer mais également aux fonctions de la mémoire et de l'apprentissage avec le stockage et le rappel de l'information. Elles se rapportent en outre à la pensée et au raisonnement ainsi qu'aux fonctions permettant de communiquer et d'agir. Elles désignent en fait tous les processus par lesquels une personne va acquérir les informations dont elle a besoin pour régler son comportement dans la vie quotidienne. (88)

Ex : troubles du langage comme la dyslexie, la dysphasie, ... les troubles de l'attention et de la mémoire.

◇ Mental

Le handicap mental implique une déficience des fonctions mentales, c'est à dire du niveau de développement intellectuel mesuré par rapport à ce qui est considéré, dans une société donnée, comme un développement intellectuel dit « normal » en fonction de l'âge réel de la personne. (88) Le développement insuffisant des capacités mentales entraîne des difficultés de réflexion, de compréhension et de conceptualisation, conduisant automatiquement à des problèmes d'expression, de communication et des réactions inappropriées aux circonstances de la vie quotidienne chez la personne atteinte (11).

Exemples : Autisme, Trisomie 21

◇ Psychique

Le handicap psychique peut être défini comme la conséquence ou les séquelles d'une maladie mentale sur les facultés d'intégration sociale d'une personne. Son développement intellectuel est normal, voire supérieur à la moyenne mais c'est l'expression de ses capacités intellectuelles qui est altérée par l'ensemble des troubles psychiques dont elle souffre. Le handicap psychique résulte ainsi d'une maladie de la pensée ou de la personnalité dont les symptômes, essentiellement comportementaux, causent une profonde souffrance au malade et font obstacle à son intégration sociale. (88)

Exemples : schizophrénie, maladies bipolaires, ...

NB : La loi du 11 février 2005 a introduit une distinction entre handicap mental et psychique (après des demandes répétées par les associations d'usagers et de professionnels du secteur) mais ces 2 termes sont encore souvent confondus. Pourtant, à la différence du handicap mental, une thérapie adaptée du handicap psychique peut permettre de réduire, parfois même de guérir la perturbation des facultés mentales. (88)

◇ Polyhandicap

Le polyhandicap est un handicap grave dont l'expression est multiple : il se caractérise par une déficience mentale sévère associée à des troubles moteurs, entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. L'atteinte de la motricité se traduit par la présence fréquente de paralysie et d'altérations plus ou moins sévères des sens (vue, toucher, ouïe). Les personnes polyhandicapées sont gravement dépendantes, ne parlent pas ou très peu et sont souvent repliées sur elles-mêmes. (88)

2. Les maladies chroniques invalidantes

Il n'existe pas réellement de définition propre à ce type de population. On entend par maladie invalidante « *toute affection chronique ou aigue susceptible d'impacter le rôle et la place de l'individu dans la société. Ce sont des maladies qui, suite à leurs effets sur l'organisme, peuvent générer un handicap, et évoluer dans le temps.* »(11)

Il s'agit de troubles de la santé invalidant pouvant atteindre les organes internes vitaux (cœur, poumons, reins...) ou issus de traumatismes. Ces maladies peuvent être momentanées, permanentes ou évolutives. Il s'agit, par exemple :

- Des séquelles de traumatismes crâniens entraînant des niveaux de conscience altérés
- Des tumeurs cancéreuses,
- Des maladies du système nerveux (sclérose en plaque, Parkinson)
- Des séquelles de maladies cardio-vasculaires (accident vasculaire cérébral),
- Des maladies de l'appareil digestif (Crohn),
- Des maladies de l'appareil respiratoire (broncho-pneumopathie chronique obstructive),
- Des maladies infectieuses ou parasitaires (maladie de Lyme),
- Des maladies dégénératives (Alzheimer)
- Des maladies auto-immunes (spondylarthrite, polyarthrite rhumatoïde)

Ces maladies ou séquelles d'accidents de la vie sont nombreuses, entraînant des problèmes de santé et des incapacités nécessitant une prise en charge continue pendant une période de plusieurs années, ou même à vie. Ce sont des maladies :

- De longue durée,
- Pouvant être évolutives,
- Partiellement invalidantes,
- Susceptibles de complications

Ces déficiences constituent donc souvent un handicap non visible.

Cependant, une partie de ces situations invalidantes peut être réversible, la situation est dans ce cas provisoire et peut bénéficier à terme d'une guérison. A contrario, le handicap se définit comme une situation durable voire définitive.

Bien que la nuance existe, nous intégrerons les personnes atteintes de maladies invalidantes dans le terme des « personnes en situation de handicap » évoqué tout au long de ce travail, puisqu'elles souffrent également d'une forme de handicap, à travers une déficience ou incapacité, pendant une période donnée.

3. Les personnes âgées dépendantes

1. Facteurs pris en compte

Sur la base de la définition éthique de la vulnérabilité citée plus haut, on peut considérer que les personnes âgées, confrontées aux maladies chroniques invalidantes, au déclin fonctionnel et à la perte de rôle social, sont à risque de devenir vulnérables. (90) Néanmoins, les personnes âgées ne vieillissent pas de manière uniforme et l'âge pour lequel elles sont confrontées à la vulnérabilité est variable.

Cependant, quatre grands facteurs de risque de vulnérabilité peuvent être identifiés chez le sujet âgé (Fig.3) :

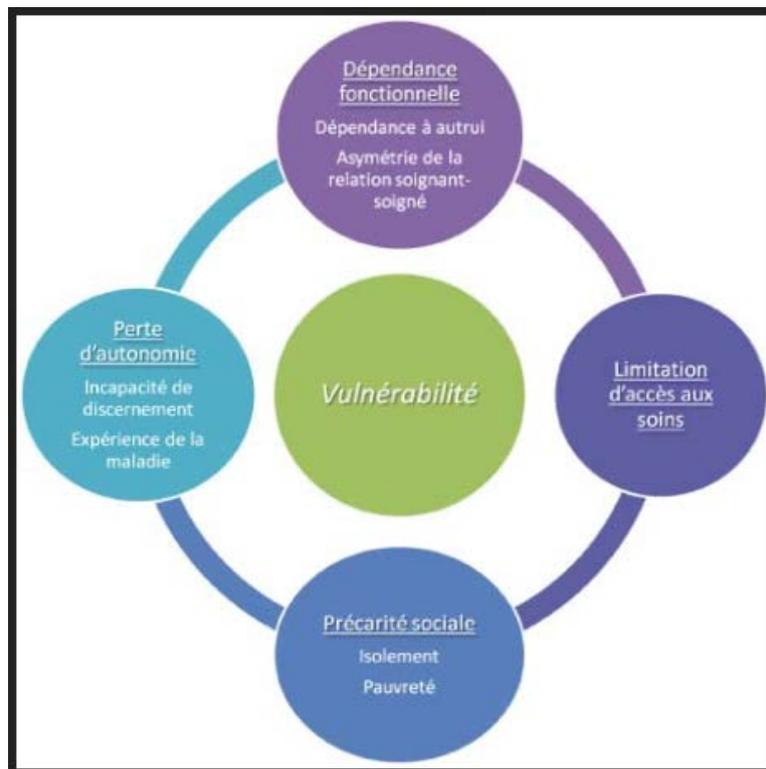


Figure 3 : les facteurs de risque de vulnérabilité chez le sujet âgé (Source : S. Monod, 2009)

- La dépendance fonctionnelle : elle est définie par une incapacité à réaliser des activités physiques ou mentales nécessaires à la vie quotidienne (dites AVQ). Les pathologies les plus prévalentes associées à la survenue de la dépendance fonctionnelle sont les pathologies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, les fractures de hanche, l'arthrose et les troubles cognitifs. La dépendance fonctionnelle engendre une dépendance à autrui, qui peut porter atteinte au sentiment de dignité et d'intégrité de la personne (nudité lors de la toilette, gestion d'une incontinence urinaire ou fécale), la rendant vulnérable au sens de la définition éthique proposée plus haut. (94)

- La perte de l'autonomie : L'autonomie est la capacité à choisir de son propre chef, sans se laisser influencer par une autorité extérieure. La perte de son autonomie rend la personne vulnérable, en la privant de la faculté d'agir par elle-même, et en lui imposant des décisions prises par autrui. La perte de la capacité de discernement, en particulier, prive la personne de l'exercice de son droit à l'autonomie. Bien qu'il n'existe pas de pathologies invariablement associées à l'incapacité de discernement, les troubles neuropsychiatriques, en particulier démence et dépression majeure, sont associés à un risque accru de perdre sa capacité de discernement. (94)
- La précarité sociale : La précarité sociale de la personne âgée touche principalement deux domaines : l'isolement social et la pauvreté. L'isolement social est associé à une qualité de vie et une santé physique et mentale moins bonnes. La pauvreté, qui peut se définir comme l'impossibilité, due à un manque de ressources, de mener une vie conforme aux attentes et aux valeurs de la société. (94)
- La limitation de l'accès aux soins : La limitation de l'accès aux soins est également un facteur de risque de vulnérabilité pour la personne âgée dans notre système de soins actuel. (90) C'est de ce quatrième facteur dont nous nous intéresserons tout au long de notre travail.

2. Grille AGGIR

En France, la perte d'autonomie des personnes âgées s'évalue selon des critères précis. Ainsi le degré de dépendance est défini par une équipe médico-sociale ou le médecin traitant sur la base de la grille AGGIR « Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources » qui établit six niveaux de dépendance, selon les six Groupes Iso-Ressources (GIR) ci-dessous (59) :

- GIR 1 : les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

- GIR 2 : les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ou les personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
- GIR 3 : les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
- GIR 4 : les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Les personnes âgées n'ayant pas de problème locomoteur mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- GIR 5 : les personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- GIR 6 : les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante. (59)

NB : Seuls les GIR de 1 à 4 ouvrent droit à l'APA, « Allocation Personnalisée d'Autonomie », une aide de l'état qui permet l'établissement d'un plan d'aide personnalisé et un recensement au niveau national plus aisé.

2. CONTEXTE ACTUEL

1. Épidémiologie

1. Les différentes enquêtes

A partir des années 1990, le vieillissement de la population a mis en évidence un besoin urgent de réaliser des données statistiques en matière de dépendance et handicap, notamment des personnes âgées. En effet, la France accusait un retard important dans ce domaine par rapport aux pays anglo-saxons, et lança la réalisation d'enquêtes de grande ampleur, représentatives de l'ensemble de la population, permettant d'élargir les connaissances sur la population handicapée et leurs conditions de vie.

Cependant, le recensement de ces populations n'a pas été facile. En effet, il est difficile de détecter ces populations du fait de leur isolement volontaire ou involontaire.

De plus, les problèmes de définition ont longtemps été un obstacle au développement des statistiques sur le handicap à proprement parlé. C'est seulement à partir des années 2000, quand l'OMS a apporté des clarifications essentielles avec sa Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (OMS, 2001) - devenue une référence - que les premières enquêtes ciblées sur le handicap furent lancées.

Les enquêtes pionnières furent mises en place par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) à la suite des recommandations du Conseil national de l'information statistique (CNIS, 1997), qui se lança dans **un ensemble d'enquêtes nommées HID** (Handicap – Incapacités – Dépendances). Le recueil de ces données s'est déroulé de 1998 à 2001, il a couvert la population vivant à son domicile pour l'enquête « HID-ménages » de 1999 et celle vivant en institutions pour personnes âgées et handicapées (enfants et adultes), dans des services hospitaliers de long séjour et des services ou établissements psychiatriques pour l'enquête « HID-Institutions » de 1998.

Les informations collectées ont concerné aussi bien la description des déficiences que les incapacités et leurs origines, l'environnement socio familial et architectural ainsi que les différentes sphères de la participation sociale des personnes.

Assez logiquement, le succès de la première opération, menée avec les enquêtes HID, a posé la question de son renouvellement.

Deux lois importantes marquent les années 2000 pour la France : la loi de santé publique du 9 août 2004, qui fixe dans son annexe des objectifs précis à atteindre à l'horizon 2008 en matière de statistiques de santé, notamment une liste d'indicateurs à mesurer tous les ans ou tous les cinq ans, et la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (18)

Tenant compte de cette évolution du contexte, **l'enquête Handicap-Santé** est lancée en 2005. Son questionnaire des enquêtes va aborder la santé, le handicap, la participation à la vie sociale, les discriminations, l'accessibilité du logement, les revenus et allocations, la scolarisation, l'emploi, l'environnement familial. Elle va être étendue sur plusieurs années et va couvrir différents domaines :

- L'enquête Vie quotidienne et Santé (VQS 2007)
- L'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM 2008)
- L'enquête Handicap-Santé Aidants (HSA 2008)
- L'enquête Handicap-Santé Institutions (HSI 2009)

De même, l'enquête Handicap-Santé (DREES), réalisée en 2008 va actualiser les résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), près de 10 ans après le passage sur le terrain de cette enquête. (13)

Ces enquêtes populationnelles ont été essentielles pour la connaissance de la population touchée par le handicap et de ses conditions de vie. Une dynamique d'exploitation remarquable s'est mise en place autour d'elles. Mais, après une enquête pionnière puis une enquête de stabilisation, le dispositif a rencontré des difficultés.

En effet, en 2008, les objectifs fixés en 2004 n'ont pu être totalement remplis car ce type d'opération nécessite un accord très large des acteurs sociaux, des organismes susceptibles de le porter et des équipes susceptibles d'en faire l'analyse (ONFRIH, 2011), rendant la réalisation de l'enquête difficile.

Actuellement, **une nouvelle enquête « Care »** mise en place par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a finalement été lancée en 2015 avec une philosophie très différente : se centrer sur les seniors et l'évolution de la dépendance et du reste à charge des personnes. Elle ne couvre donc pas l'intégralité de la population, seulement les plus de 60 ans. Elle comprend :

- L'enquête VQS "Vie Quotidienne et Santé" (réalisée en 2014)
- L'enquête CARE "Capacité, Aide et REssources des seniors" en ménages (2015)
- L'enquête CARE en institutions (2016)

Les objectifs thématiques des enquêtes CARE sont triples : suivre l'évolution de la dépendance, estimer le reste à charge lié à la dépendance et mesurer l'implication de l'entourage auprès de la personne âgée. Les résultats, portés à la connaissance des professionnels et du public, vont permettre de mieux cibler les politiques d'aide à destination des personnes ou familles dans le besoin (38). Malheureusement pour notre travail, les premiers résultats de l'enquête ne seront diffusés par la DREES qu'en début d'année 2018.



Figure 4 et 5 : dépliants des enquêtes CARE en institution (à gauche) et en ménage (à droite), (sources : DREES, 2016)

2. Évaluation de la population touchée en France

◇ Personnes handicapées

L'étude des récentes enquêtes sur le handicap, et notamment celles du rapport 2017 de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (104) fait apparaître que le nombre de personnes en France vivant avec un ou plusieurs handicaps est estimé **entre 6 et 10 millions**, soit 10 à 15% de la population, contre 5,5 millions en 1991 (INSEE).

Parmi eux, 80% ont un handicap invisible ; conséquence d'une maladie invalidante par exemple. Le handicap ne concerne donc pas seulement les personnes à mobilité réduite, elles peuvent également être la conséquence d'accidents (environ 10%) ou des causes précoces (environ 12%) telles qu'une complication de grossesse ou d'accouchement, de malformations génitales ou de maladies. En 2015, l'INSEE a estimé que :

- 13,4% des français ont une déficience motrice,
 - ➔ Environ 3,5 millions de personnes sont touchés par une mobilité réduite, soit 5,3 % de la population. Parmi ces personnes, 370 000 sont en fauteuil roulant. On dénombre également que plus d'un million sont handicapés des 2 jambes et 69 000 des 4 membres,
- 11,4% sont atteints d'une déficience sensorielle (perte partielle ou totale d'un sens)
 - ➔ 1,5 millions de personnes sont concernées par un handicap visuel (mal voyance ou non voyance) alors que seules 15 000 personnes sont capables de lire le braille.
 - ➔ 5 à 7 millions de personnes en France sont concernés par la déficience auditive, soit une personne sur 10. Or seuls 5% de ces personnes pratiquent la langue des signes.
- 9,8% souffrent d'une déficience organique (liée aux organes vitaux), donc atteints de maladies chroniques invalidantes.

- 6,6% sont atteints d'une déficience intellectuelle ou mentale,
 - ➔ Environ 700 000 personnes souffrent d'un handicap intellectuel (difficultés de l'apprentissage, du langage, ou retards mentaux).

Concernant les chiffres sur leur intégration dans la collectivité, on observe :

- Une grande majorité de personnes handicapées vit à domicile (par exemple, 54% des 280 000 personnes alitées vivent en domicile ordinaire).
- 660 000 personnes sont prises en charge en établissements pour personnes handicapées, âgées et établissements psychiatriques.
- Environ 300 000 enfants en situation de handicap sont scolarisés en France (rentrée 2012)
- 2,3 millions de personnes hors institution perçoivent une allocation au titre d'un handicap ou d'un trouble de santé
- 2,51 millions de personnes bénéficient d'une reconnaissance administrative de leur handicap (RQTH) et de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés(OETH). Parmi eux :
 - 81% occupent un emploi ordinaire,
 - 8% travaillent au sein d'un établissement et service d'aide par le travail (ESAT),
 - 7% occupent un emploi en entreprise privée avec une aide à l'emploi de travailleurs en situation de handicap,
 - 2% occupent un emploi spécifique dans la Fonction publique,
 - 2% travaillent en entreprise adaptée (EA).
- Malgré ces chiffres, seulement un million de personnes handicapées bénéficient, en 2017, d'une allocation permettant de les aider à subvenir à leur besoin, alors que cette population est extrêmement touchée par la précarité (104).

◇ Maladie invalidante

Ce type de « handicap », encore peu connu et mal recensé, touche pourtant de très nombreuses personnes en France. Il est encore difficile de les chiffrer précisément car les critères peuvent varier d'un organisme à un autre.

Il ressort cependant dans de nombreuses enquêtes que 80% des handicaps sont des handicaps non visibles, dont 45% sont des maladies invalidantes.

En 2011, le ministère de la Santé estimait à **28 millions** le nombre de personnes suivant un traitement au long cours, 15 millions atteints de maladies chroniques et 9 millions déclarés en Affection Longue Durée.

Ainsi en France, on considère qu'une personne sur 5 est touchée par ces maladies dites invalidantes. Elles concernent chaque année près de 280 000 personnes en âge de travailler (fig.6).

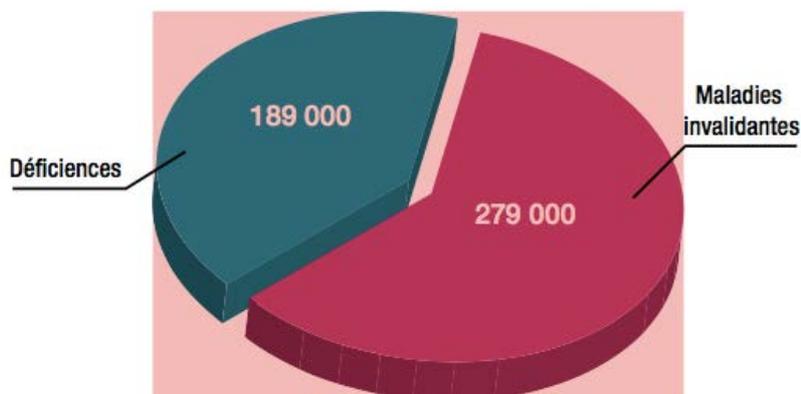


Figure 6 : flux annuels de différentes situations de handicap pour des personnes en âge de travailler, (Source : Département des Etudes et de la Prospective, 2007).

◇ Personnes âgées dépendantes

Le groupe des personnes dites « âgées » prend une importance numérique croissante au fil des ans.

Depuis les années soixante-dix, suite à la baisse de la fécondité et à la baisse de la mortalité aux âges élevés, la proportion de personnes de 60 ans et plus dans la population totale française n'a cessé de croître, passant de 18 % en 1970 à 21 % en 2000, et près de 25% (24,7%) en 2017 (données INSEE).

Le nombre de personnes de 80 ans et plus croît encore plus vite ; au début des années 2000, ils étaient environ 2,4 millions alors qu'on en compte désormais plus de 5,8 millions (valeurs INSEE 2015). (129)

De 2010 à 2060, la population française augmenterait donc de 16 %, passant de 64 à 73,6 millions. La part des plus de 80 ans serait multipliée par 2,6 et représenterait 8,5 millions, soit plus de 12 % du total contre environ 5 % aujourd'hui. De même que 1 français sur 3 aura plus de 60 ans en 2035.

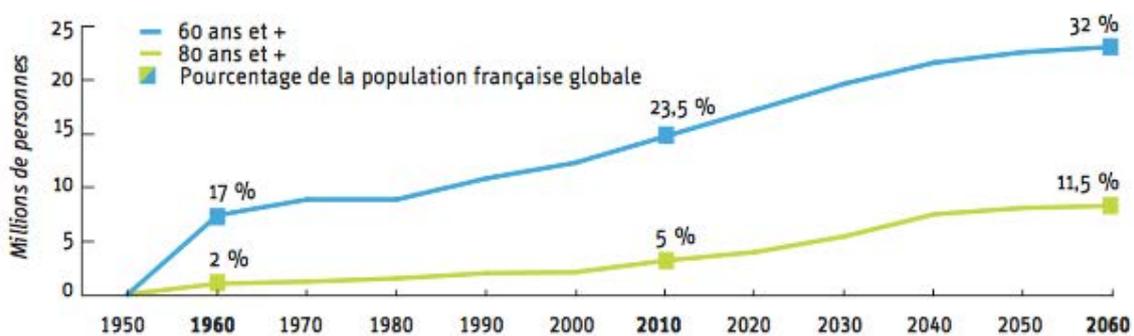


Figure 7 : Evolution du vieillissement de la population française par décennies (source : INSEE 2011)

Il s'agit donc d'une population non négligeable, d'autant plus qu'elle est davantage touchée par la vulnérabilité et la dépendance.

En effet, le vieillissement des tissus de l'organisme, appelé la sénescence, est un phénomène physiologique universel, progressif et irréversible lié à l'interaction de nombreux éléments. Cependant, nous ne sommes pas égaux face au vieillissement : de nombreux facteurs, qu'ils soient génétiques, hormonaux, immunitaires ou environnementaux régissent la qualité du vieillissement de notre corps. Ainsi, le vieillissement est responsable de situation de handicap dans 26% des cas (57). Les incapacités se traduisent par des limitations d'activité.

Nous observons donc que l'âge est responsable d'une augmentation :

- De la proportion des personnes handicapées : les déficiences motrices affectent 1% des jeunes enfants, plus de la moitié des octogénaires et deux tiers des nonagénaires, alors que les déficiences organiques concernent 6% des enfants et 30% des plus de 80 ans. De même que 61 % des déficients visuels par exemple sont des personnes de plus de 60 ans, et la déficience auditive progresse de 65% après 65 ans. (99)

- De la proportion des personnes aidées : de 7% avant 60 ans, elle dépasse 85% pour les 90 ans et plus. (99)

A ces personnes âgées handicapées s'ajoutent les personnes âgées en situation de dépendance ou en perte d'autonomie (Fig.8). La dépendance des personnes âgées est définie comme un « état durable de la personne entraînant des incapacités et requérant des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne » (INSEE, 2011). Le degré de dépendance d'une personne âgée, mesuré par la grille AGGIR, dépend du niveau des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité qu'elle subit et non directement de son état de santé. La frontière entre dépendance et problèmes de santé est poreuse, dans la mesure où ces limitations résultent souvent de problèmes de santé actuels ou passés. (76)

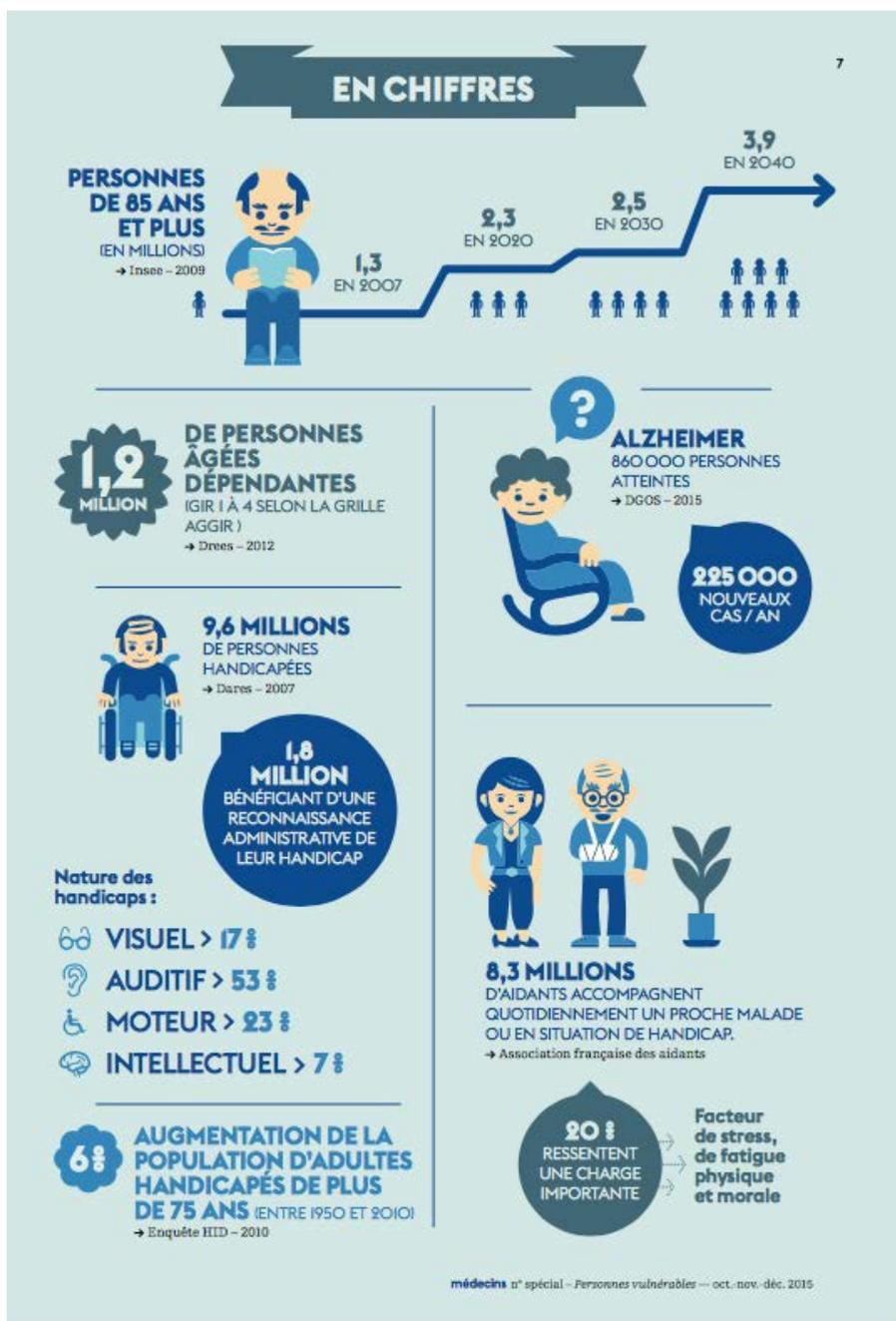


Figure 8 : Schéma récapitulatif des « personnes vulnérables » en France en 2015, (Source : « Ordre National des Médecins »).

Au 1er janvier 2012, en France métropolitaine, 1,17 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), soit 7,8 % des 60 ans ou plus. À l'horizon 2060, selon le scénario intermédiaire des projections de dépendance, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait 2,3 millions (72).

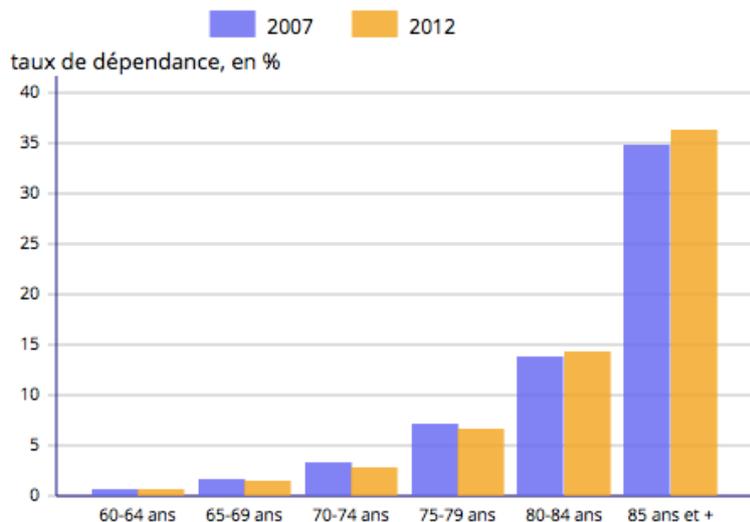


Figure 9 : Graphique représentant le taux de dépendance par âge des personnes bénéficiant l'APA en 2007 et 2012 (sources : Drees INSEE).

3.L'accès pour tous, vraiment ?

Une étude réalisée en 2002 chez 600 médecins généralistes de la région PACA illustre le vaste problème de l'accès aux soins et du manque de prévention dans le début des années 2000 pour les personnes en situation de handicap. En effet, elle met en évidence un manque d'information (63%), de temps (50%), de coordination avec divers intervenants (38%), de formation (38%), et des difficultés de communication avec le patient (21%). De ce fait, plus d'un quart des médecins réalisent moins fréquemment un dépistage du cancer du sein, une contraception et une vaccination contre l'hépatite chez les personnes handicapées (13).

Désormais, l'insertion des personnes en situation de handicap est devenue une priorité nationale à travers une loi de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » que nous observerons plus précisément dans le chapitre suivant. Elle rappelle le principe général de non-discrimination et oblige la collectivité à garantir les conditions de l'égalité des droits et des chances à chacun. (59)

L'accès aux soins et à la prévention est un des domaines spécifiquement visés par cette loi.

Cependant, bien qu'on ait pu admettre un net progrès concernant les soins spécifiques du handicap et celui des personnes âgées vulnérables dans le même temps, l'audition publique mise en place par la Haute Autorité de Santé en 2011 révèle que les obstacles à l'accès aux soins courants ainsi qu'aux soins préventifs étaient encore « multiples et complexes » (HAS, 2011). De plus, les actions de prévention primaires restent très insuffisantes par rapport à la situation générale, un manque renforcé par le fait que les campagnes nationales de prévention sont peu accessibles ou mal adaptées à ces personnes vulnérables. (129)

Cette question de l'accès aux soins de ces personnes demeure encore d'actualité aujourd'hui, puisqu'elle a été considérée comme une « priorité du quinquennat » par le président Emmanuel Macron (voir chapitre 4.3) ce qui témoigne que des progrès restent à faire sur l'accès « universel » aux soins courants.

4. Concernant la santé orale

Parmi l'ensemble des soins courants, les soins dentaires représentent un enjeu particulièrement important pour les personnes en situation de vulnérabilité dans la mesure où la santé bucco-dentaire est un « double indicateur de santé » (IRDES, 2015).

Tout d'abord, il est un indicateur de santé globale (Hescot, 2010) : une mauvaise santé bucco-dentaire influe négativement sur la santé globale en impactant le système immunitaire, le système respiratoire, les comportements alimentaires et la qualité de vie (douleurs, stress, sommeil...). Mais il est également un indicateur d'intégration sociale. En effet, un mauvais état bucco-dentaire détériore le sourire (premier signal de communication), l'haleine et les fonctions langagières. (70)

De plus, la méconnaissance d'une intense douleur chez un patient dans l'incapacité de s'exprimer ou se faire comprendre peut conduire à des conséquences dramatiques (Fig. 10) :

DOULEUR DENTAIRE INTENSE NON EXPRIMEE

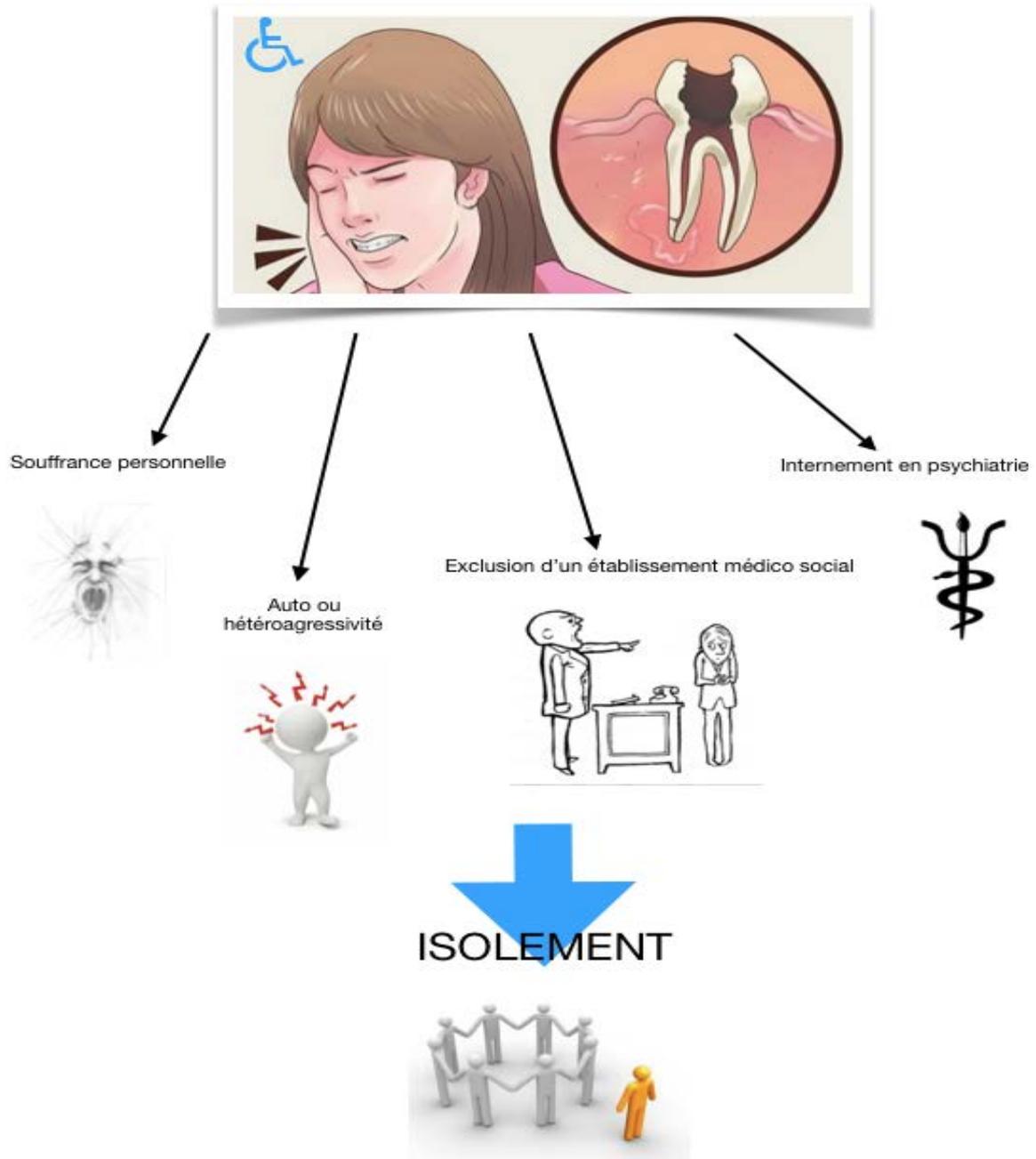


Figure 10 : Schéma illustrant les conséquences dramatiques d'une douleur dentaire ignorée ou incomprise (source : document personnel)

Ainsi, chez les personnes en situation de handicap et/ou âgées qui luttent pour une meilleure intégration sociale, une mauvaise santé bucco-dentaire sonne comme une double peine.

C'est pourquoi de nombreuses actions de santé publique lancées depuis les années 2000 ont pour objectif de neutraliser, dans la mesure du possible, le différentiel de besoins de soins qui peut exister entre les personnes en situation de handicap et/ou âgées, et les personnes sans handicap. D'autant plus qu'il a été prouvé lors d'études, notamment celle de Dorin en 2006, du gouvernement français de Nadine Morano en 2010, de l'HAS en 2011 et de l'Unapei en 2013, que les besoins de soins buccodentaires sont accrus chez les personnes handicapées. (103)

◇ **Au niveau national :**

Voici quelques chiffres qui permettent de faire le constat de ce problème d'accès aux soins des personnes handicapées qui perdurent depuis de nombreuses années :

En 2006, une évaluation nationale de la santé bucco-dentaire des enfants et adolescents accueillis en Institut médico-éducatif ou en établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés montre que 96,1 % d'entre eux ont un état de santé bucco-dentaire susceptible d'altérer leur santé. 44,3 % des enfants n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste l'année précédant l'enquête (Dorin M et al.).

En 2010, à la demande de Nadine Morano, Secrétaire d'état chargée de la famille et de la solidarité, une mission intitulée « handicap et santé bucco-dentaire » a été mise en place par les Docteurs Hescot et Moutarde. Elle permet de mettre en lumière ces graves inégalités. Tous les témoignages recueillis évoquent l'état de santé bucco-dentaire « catastrophique » des personnes handicapées et s'accordent à dire qu'il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique. Ce constat est vrai pour les personnes handicapées en ménage ordinaire (enfants et adultes) et pour les personnes en institutions. « L'état de santé bucco-dentaire du patient handicapé s'aggrave avec l'âge et devient, dès l'adolescence, très nettement inférieur à celui de la population générale. (...) Par rapport aux enfants ordinaires, les enfants handicapés de 6 à 12 ans ont 4 fois plus de risque d'avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire ». (71)

Les personnes handicapées souffrent tout particulièrement de pathologies infectieuses, carieuses et/ou parodontales, de pathologies fonctionnelles (dues à des dysmorphoses orofaciales) et traumatiques (usure, fractures...). « Le déchaussement des dents » concernerait « 80 à 90% des personnes handicapées mentales ». (127)

Une enquête de l'UNAPEI en 2013 montre que le retard de prise en charge est considérable, ce qui a pour conséquence d'aggraver la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Par exemple, pour un groupe de 103 personnes handicapées soignées sous anesthésie générale, le délai existant entre le premier symptôme reconnu par l'entourage et la date de consultation varie entre 2 semaines et 18 mois avec une valeur moyenne de 3,7 mois.

En 2015, malgré les efforts, les chiffres continuent d'être alarmants : on estime qu'environ 90% des personnes handicapées ont des problèmes de gencive contre 35% pour la population générale, de même que le risque de développer une carie pour un enfant handicapé est multiplié par quatre. (103)

Du côté des personnes âgées dépendantes, une étude en 2016 de l'UFSBD (Union Française de la Santé Bucco-Dentaire) montre que la santé bucco-dentaire des pensionnaires des EHPAD (ou Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) est très préoccupante : 75% des résidents ont un état de santé bucco-dentaire dégradé qui ne leur permet pas de s'alimenter correctement et 66% d'entre eux présentent au moins une dent cariée ou à extraire. Une fois pensionnaire en EHPAD, l'accès aux soins dentaires est diminué de 25% et 42% des pensionnaires ne bénéficient pas de consultation chez le chirurgien-dentiste depuis 5 ans. (126)

Enfin, en septembre 2016, un recensement de grande envergure a été lancé par l'ONCD et a abouti à un rapport paru en septembre 2017. (104) Ce dernier permet de faire un état des lieux de l'offre de soin actuelle apportée aux personnes vulnérables dépendantes par les chirurgiens-dentistes libéraux de France (résultats obtenus à partir d'un questionnaire rempli par plus de 3500 praticiens, dont 91% d'omnipraticiens) :



Figure 11 : Graphique présentant le parcours de soins permis par les chirurgiens-dentistes pour les patients en situation de handicap, 2017 (Sources : rapport ONCD, Septembre 2017)

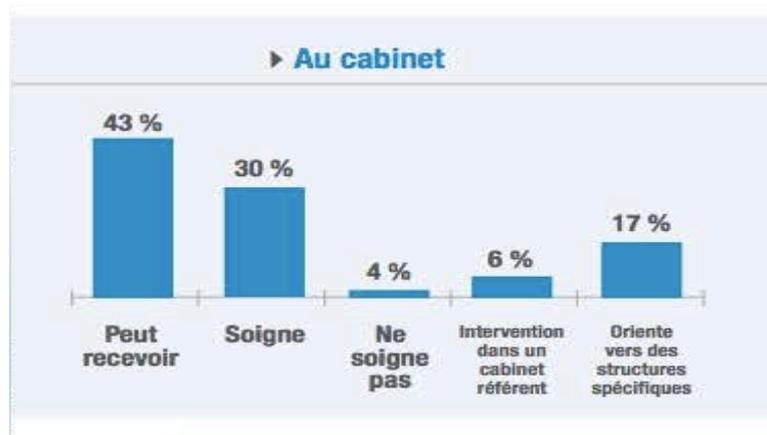


Figure 12 : Graphique présentant le parcours de soins permis par les chirurgiens-dentistes pour les personnes âgées dépendantes, 2017 (Sources : rapport ONCD, Septembre 2017)

Nous pouvons remarquer que de manière générale, moins de la moitié des praticiens ayant répondu à cette enquête sont en mesure de recevoir les patients vulnérables dépendants au sein de leur cabinet de ville : 38% pour les personnes handicapées et 43% pour les personnes âgées dépendantes. De plus, une infime partie des personnes handicapées y est soignée au sein même du cabinet, contre un tiers pour les personnes âgées.

◇ Au niveau local :

En 2005, en Moselle, une enquête auprès des établissements accueillant des personnes handicapées montre que 1723 personnes sur 4287 ne peuvent pas être traitées dans un cabinet dentaire classique, soit près d'un tiers. De plus, dans les deux tiers des établissements, il n'y a pas de consultation dentaire à l'admission, donc aucun aperçu de la santé bucco-dentaire du patient à son arrivée ; et lorsqu'elle est réalisée, c'est un chirurgien-dentiste qui l'effectue dans un cas sur 2 seulement. (57)

Les différentes enquêtes lancées au début du XXI^e siècle ont mis en évidence un besoin urgent d'accès aux soins courants, mais également spécifiques tels que les soins oraux.

Nous allons donc étudier comment s'organise cette offre de soin orale en France, afin de mieux comprendre les difficultés d'accès aux soins pour tous.

2. L'offre de soins bucco-dentaire

1. Les structures libérales

Au 1er janvier 2017, 87,8% des 42 589 chirurgiens-dentistes Français exercent en libéral. Cela représente donc la large majorité. Du point de vue de l'accès aux soins des personnes vulnérables, ces chiffres expliquent largement le problème d'inégalité car le sujet a été longtemps ignoré, et cela s'explique avant tout par le manque de moyens humains et financiers. Nous le reverrons dans le chapitre 3.3, la prise en charge des personnes atteintes de handicap ou dépendantes nécessite une attention particulière et des mises en œuvre plus importantes. C'est la raison pour laquelle la plupart des praticiens libéraux ne se sentent pas « capables » de soigner les patients qui engendrent des contraintes ou une rupture dans le rythme classique du cabinet. Ils préfèrent donc souvent les orienter vers les structures hospitalières.

2. Les prises en charge hospitalières

Depuis des décennies, les personnes en grosse difficulté, que ce soit financière ou concernant leur santé, s'orientent naturellement vers les services hospitaliers. En plus des tarifs abordables et de la multiplicité des spécialistes présents, l'accessibilité des structures, rendue possible depuis de nombreuses années contrairement aux centres libéraux y est bien plus aisée. Enfin, les moyens techniques sont plus importants et permettent des prises en charge complexes quand elles sont nécessaires (sédation consciente, anesthésie générale). Les centres hospitaliers exercent donc leurs missions de santé publique, notamment celle de la prise en charge des personnes vulnérables dépendantes, grâce à des acteurs impliqués, soutenus par l'ARS.

Ainsi, pendant de nombreuses années, les services hospitaliers odontologiques ont œuvré seuls pour permettre un accès aux soins des personnes vulnérables. Mais il s'avère que la demande était bien plus grosse que l'offre, et c'est ainsi que sont apparus, ces dernières décennies, des systèmes régionaux de « réseaux de soin ».

3. Les réseaux

Lorsque la personne a besoin d'une prise en charge plus spécialisée, soit parce qu'elle est désorientée, soit parce que sa prise en charge est complexe du fait de sa pathologie et/ou de son handicap, on parle de « soins spécifiques ». Ce type de cas a longtemps été « laissé » aux soins des services hospitaliers, de par leurs plus grands moyens techniques et financiers. C'est encore le cas de nos jours dans les régions qui ne possèdent pas d'autres alternatives, mais pour les autres, il a été mis en place un système de « réseaux de soin ».

L'ONCD ou Ordre Nationale des Chirurgiens-Dentistes définit les réseaux comme : « *un dispositif de collaboration sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, qui regroupe un ensemble de professionnels de santé de disciplines différentes (médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux) et qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de populations précis.* ».

Ainsi, tous les réseaux de soins bucco-dentaires spécifiques aux personnes vulnérables (handicap, dépendance) sont *construits sur une logique collaborative entre les praticiens de ville et les structures hospitalières qui offrent un plateau technique plus complet que les cabinets libéraux* (ONCD).

Ils ont été initiés par les ordonnances du 24 avril 1996 (dites ordonnances Juppé) et trouvent leur fondement textuel dans l'article L.6321-1 du Code de la santé publique, inséré par la loi du 4 mars 2002. Cet article détermine :

- L'objet et les missions du réseau : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.* »
- Les personnes pouvant participer au réseau : « *Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.* »
- Les modalités de financement du réseau : « *Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'État* » et, depuis la loi du 4 mars 2002, de subventions par le régime obligatoire de l'assurance maladie, dans le cadre de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie). (57)

L'offre de soin semble donc se diversifier peu à peu. Cependant, les obstacles de cette accessibilité sont grands et le problème d'accès aux soins oraux est encore vaste.

3. Le vaste problème d'accessibilité à la santé orale :

Nous allons étudier le problème d'accessibilité dentaire en France, notamment à travers le rapport de Nadine Morano, à l'époque secrétaire d'État chargée de la Famille, paru en Juillet 2010 intitulé « Rapport de la mission « HANDICAP ET SANTE BUCCO-DENTAIRE » - Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées » (74). Il soulève avec précision les efforts à fournir pour permettre à chacun un accès aux soins « universel », et donne la vision actuelle de l'État Français sur ce sujet.

Pour commencer, la notion d'accessibilité y est qualifiée de « *plurielle et polysémique* » dans la mesure où elle est à la fois liée à la notion de « limitation » fonctionnelle et dépend également étroitement de critères environnementaux (aide technique ou humaines, ressources, niveau d'éducation, habitat, etc.).

En effet, il n'y a pas de lien direct systématique entre la gravité de la déficience et l'accès ou non à la santé bucco-dentaire puisque qu'il n'y a pas de lien direct systématique entre la gravité de la déficience et le niveau d'empêchement. Pour exemple, une personne atteinte de malvoyance, considérée comme une « déficience » importante, n'est pas gênée pour se brosser les dents efficacement et se rendre régulièrement chez son chirurgien-dentiste, à condition d'avoir une aide pour s'y rendre. (74)

L'accessibilité dépend beaucoup de l'aide disponible. D'évidence, une personne est moins « limitée » dans ses activités quand elle est aidée. De la disponibilité et du niveau de formation des aidants dépendent beaucoup de solutions en faveur d'un meilleur accès à la santé bucco- dentaire.

Ainsi, on peut dire que certaines personnes handicapées sont limitées pour ne pas dire « empêchées » dans leur accès à la santé bucco-dentaire, parce que l'environnement n'est pas favorable à l'accessibilité, alors que d'autres, malgré leur handicap ne le sont pas du tout, ou très peu.

1. Physique

La question de l'accessibilité physique recouvre trois types de « freins » :

- L'accessibilité au bâtiment
- L'accessibilité au fauteuil
- L'accessibilité à la bouche afin de réaliser les soins

L'accessibilité au bâtiment est en voie de résolution, malgré quelques retards du programme, grâce à l'application de la loi du 11 février 2005 qui oblige les établissements recevant du public à réaliser des modifications structurelles nécessaires pour que toute personne, avec ou sans handicap, ait un accès libre et égal aux soins (voir chapitre 3.1). Ainsi, les trop fréquents problèmes de cabinet dentaire situés au 4^e étage d'un bâtiment sans ascenseur, avec d'étroits hall qui ne permettent pas de manœuvrer avec un fauteuil ne devrait plus exister d'ici quelques années. Tout au moins, il sera plus facile pour une personne handicapée de trouver un cabinet accessible sans être obligé de faire des kilomètres pour se rendre dans le seul centre dentaire de la région.

Cependant, une fois l'accès au cabinet garanti, tous les problèmes ne sont pas résolus. Il faut également pouvoir accéder au fauteuil dentaire et certaines personnes n'ont pas la capacité physique de s'extraire de leur fauteuil roulant, ou même leur brancard, pour s'installer sur le fauteuil dentaire. Dans ce contexte, la présence d'un accompagnateur ou d'une assistante dentaire est bienvenue pour aider le praticien à porter le patient : une manipulation qui peut être risquée et qui doit être anticipée. (66) Dans ce type de cas, les praticiens sont obligés de « se débrouiller ». Il existe également des fauteuils dentaires qui s'adaptent à la mise en place d'un fauteuil roulant mais très peu de cabinets libéraux le possèdent par soucis financier.

Enfin, certains gestes techniques peuvent être contraints par les incapacités motrices et fonctionnelles du patient : maintenir sa tête en arrière, ouvrir la bouche, respirer par le nez, abaisser sa langue ne sont pas toujours des actes rendus possibles. Sans compter qu'il arrive parfois que des mouvements involontaires viennent gêner le soin et les actes du praticien, ou même risquer de le blesser lui ou le patient.

Toutes ces adaptations de la part du praticien nécessitent des connaissances accrues sur chaque handicap et un temps de travail allongé pour un soin équivalent à une personne sans handicap.

2. Relationnel et émotionnel

Si l'accès aux soins dentaires pour une personne handicapée moteur est avant tout une question d'accessibilité physique, la question se pose différemment pour les déficiences mentales, intellectuelles ou psychologiques et les personnes polyhandicapées. (70)

Plusieurs enquêtes ont montré que les familles ont plus de difficultés à consulter un chirurgien-dentiste pour leur enfant en situation de handicap mental que pour leurs autres enfants. Ce constat revient régulièrement dans la littérature, et pourtant personne n'évoque un problème de stigmatisation ou de discrimination. Le problème est donc ailleurs...

Il faut le dire, le handicap fait « peur », aux chirurgiens-dentistes comme à tout le monde puisqu'il le renvoie à sa propre vulnérabilité. Ainsi, la différence et l'altérité, font peur. Cela ne signifie pas pour autant le besoin de fuir ou rejeter. D'ailleurs, des témoignages de chirurgiens-dentistes parlent parfois du « refus » à recevoir une personne handicapée mais jamais de « rejet ». La différence entre les deux termes est importante car le refus est motivé, et pas systématique.

La « **rencontre** » n'est pas simple entre un chirurgien-dentiste et un patient handicapé mental. L'un et l'autre se présentent avec des signaux qui inquiètent : d'un côté le patient qui souffre de déficience neurologique ou de troubles mentaux n'a pas intégré les codes qui lui permettent d'entrer en communication avec le praticien, il ne comprend pas ce qui doit et ce qui va être fait, il ne sait pas exprimer ce qu'il ressent, il n'a pas une attitude coopérante ; et de l'autre, le praticien lui fait peur parce qu'il envisage de le toucher et l'intrusion en bouche est souvent vécue comme une violence, ou une atteinte à l'intimité. De fait, la rencontre, préalable à toute relation de confiance, a du mal à se faire entre deux êtres qui n'ont ni les outils, ni le temps pour apprendre à se comprendre.

Ainsi, certains chirurgiens-dentistes refusent pour ne pas dire « renoncent » à recevoir des personnes handicapées car ils ne se sentent pas « armés » pour.

Les praticiens eux-mêmes expriment un manque de confiance en soi, un manque d'habitude et surtout de formation. Il en est de même pour l'assistante dentaire dont le rôle, dans une situation d'accueil d'une personne handicapée, est fondamental. (66) Ce sentiment d'incompétence, ce manque d'habitude, ce malaise inhérent à la rencontre qui « ne se fait pas », explique que bon nombre de chirurgiens-dentistes réorientent leurs patients handicapés vers d'autres structures de soins (cliniques ou hôpitaux), voire refusent de les recevoir, ce qui implique pour le patient un retard de prise en charge qui peut accentuer la gravité de ses problèmes bucco-dentaires.

3. Financier

La profession dentaire souhaiterait que la spécificité des actes de prévention et de soins à destination des personnes vulnérables soit reconnue au niveau tarifaire. Le constat est unanime pour les chirurgiens-dentistes : le temps des soins est augmenté, même pratiquement doublé (étude de 2010).

Une étude récente évaluant la prise en charge de patients en situation de handicap a été effectuée au service dentaire du CHRU de Nancy par des étudiants en Ergonomie. Elle a montré qu'en moyenne, pour une prise en charge globale de 37 minutes, seules 21 minutes sont dédiées aux soins, tandis que 11 minutes sont nécessaires pour une mise en confiance et 5 minutes pour la réalisation des tâches administratives et des explications aux aidants ». (4)

De plus, outre l'aspect chronophage, de gros moyens humains sont nécessaires pour la réalisation des soins. En effet, pour les personnes dont la coopération est jugée difficile, il faut compter dans l'idéal 2 à 3 personnes :

- Le chirurgien-dentiste (pratiquant les actes techniques)
- L'assistante dentaire (pour assister le praticien au fauteuil)
- L'aidant (pour apaiser le patient et aider si nécessaire)

Or, tout moyen supplémentaire représente un coût (charges salariales, charge de coût/horaire du cabinet, ...). Ainsi, pour un cabinet libéral, il est devenu « insoutenable » en terme d'équilibre financier d'avoir dans sa patientèle un nombre trop important de personnes handicapées.

De plus, ne faisant l'objet d'aucune cotation spécifique de l'Assurance Maladie, les actes spécifiques au cabinet ne sont pas valorisés et sont donc évités par les praticiens. Nous le verrons dans le chapitre suivant, des mesures compensatoires ont été prises et seront mises en place dès janvier 2018, mais il faudra plusieurs années de recul pour juger si cela suffit à augmenter la prise en charge par les libéraux.

De leur côté, les personnes handicapées se plaignent du manque de prise en charge des soins bucco-dentaires. En effet, quand ils ne sont pas pris en charge sur le budget de la structure médico-sociale, ils sont théoriquement pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans les conditions de droit commun. Or ces dernières laissent aux personnes en situation de handicap comme aux autres malades un « reste à charge » non négligeable pour des soins qui concernent d'autres pathologies que leur handicap. Malheureusement, le niveau de ressources des personnes handicapées est souvent trop faible. (70) Des mesures sont également en train de se mettre en place à travers les réformes de l'ex ministre de la santé Mme Marisol Touraine (2017).

4. A l'information

La prévention, l'éducation à la santé, supposent de développer des outils informationnels et de les diffuser. Or des études montrent que les enfants handicapés en institution, c'est-à-dire hors du milieu scolaire ordinaire, ne bénéficient presque jamais de programmes d'éducation à la santé ; leurs parents ne sont pas sensibilisés à la question bucco-dentaire, sauf à se retrouver dans une situation de soins d'urgence, et rares sont les personnels médico-éducatifs des établissements qui suivent une formation sur la santé orale.

Pourtant, les actes d'hygiène et de prévention bucco-dentaire sont fondamentaux pour le capital santé des personnes handicapées et âgées.

Le déficit de prévention nuit gravement à la santé bucco-dentaire de ces personnes. Aucune information claire n'est diffusée à ce sujet pour les sensibiliser, ni même leur entourage. Le handicap prend beaucoup de place dans la vie de la famille, ce qui diminue parfois la motivation à se renseigner sur d'autres types de pathologies et de protocoles de soins.

Pourtant, le monde du handicap est balisé de structures et d'associations qui guident et accompagnent les familles. Il est possible de s'appuyer sur ces structures pour diffuser une information de prévention de base. Cette information existe, il suffit de l'adapter pour chaque type de handicap (déficiences visuelles, auditives, motrices), de structures et d'individus (langage et méthode d'éducation spécifique). Ainsi, dans certains cas, une information verbalisée n'est pas souhaitable. La communication par dessins, image ou pictogrammes est quelquefois plus appropriée, notamment pour les personnes qui souffrent de déficiences cognitives (Fig. 11). Dans tous les cas, pour les institutions qui accueillent des personnes handicapées, l'information transite par le personnel médico-éducatif. C'est ce personnel qu'il convient de sensibiliser et d'informer pour qu'il puisse à son tour, faire un travail de prévention adaptée au niveau de ses pensionnaires. (70)

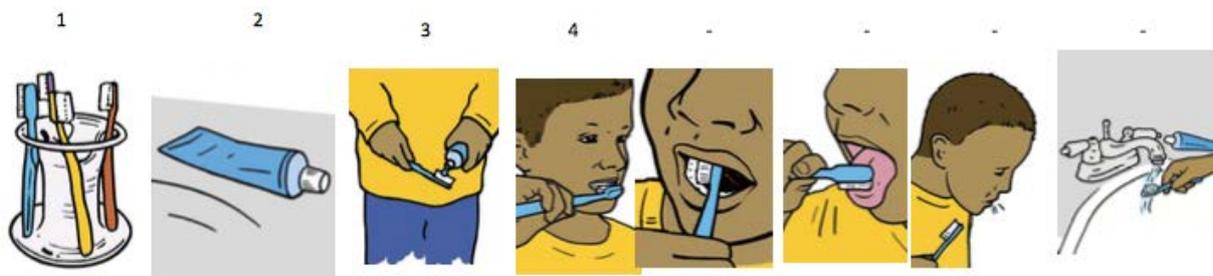


Figure 13 : Illustrations du brossage de dents pour enfants autistes, (Sources : Internet, Web conférence RNETED, 2013)

Ainsi, plus d'une fois les rapports des différentes enquêtes ont mis le doigt sur ce problème récurrent d'accès aux soins en France. Peu à peu, il est devenu primordial d'en faire une mission prioritaire de santé publique afin de trouver rapidement les outils qui permettent de limiter les disparités.

4. Une mission de santé publique

1. Loi Handicap du 1er février 2005

La loi n°2005-102 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » a été votée le 11 février 2005 (Journal officiel du 12/02/2005). Elle réforme la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 et apporte de nombreux changements et évolutions de grande ampleur. En effet, elle se compose de 101 articles et donne lieu à la rédaction de plus de 80 textes d'application. (71)

◇ En bref

Les pouvoirs publics ont fait de l'insertion des personnes en situation de handicap une priorité nationale. La loi du 11 février 2005 rappelle le principe général de non-discrimination et oblige la collectivité à garantir les conditions de l'égalité des droits et des chances à chacun. Elle constitue le cadre législatif et donne une définition du handicap (vu dans le chapitre 1.1).

Elle apporte des évolutions pour répondre aux attentes des personnes handicapées dans cinq grands domaines : la création des Maisons départementales des personnes handicapées, le droit à la compensation des conséquences du handicap, et l'accessibilité généralisée pour tous les domaines de la vie sociale : la scolarité, l'emploi, les transports et lieux publics.

❖ La création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) :

Il en existe une par département, sous la direction du conseil général. Elles ont une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Une équipe pluridisciplinaire est à leur disposition, constituée de médecins, d'ergothérapeutes, de psychologues, de spécialistes du travail social, de l'accueil scolaire ou de l'insertion professionnelle, etc. Elle évalue les besoins de compensation de la personne handicapée sur la base de son projet de vie.

- ❖ Le droit à la compensation : “ *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* ” (Art. L. 114-1-1). La prestation couvre 5 types d'aides nécessaires pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne et l'accomplissement de la vie sociale :
 - Les besoins en aide humaine : dédommagement ou salariat “d'aidants” familiaux, recours aux auxiliaires de vie professionnels, à une tierce personne. Les personnes très lourdement handicapées peuvent obtenir une aide jusqu'à 24 h sur 24 ;
 - Les besoins en aide technique : achat d'un fauteuil roulant et ses accessoires, d'un ordinateur à lecture optique, de prothèses auditives, etc. ;
 - Les besoins en aide animalière : l'entretien d'un chien d'assistance ou d'un chien guide d'aveugle ;
 - Les besoins spécifiques et des aides exceptionnelles lorsque le besoin n'est pas couvert par une autre forme d'aide ;
 - Les aménagements du logement ou du véhicule ainsi que des surcoûts de transport.

- ❖ L'accès à la scolarité : il donne le droit à tout enfant handicapé d'avoir accès à une école ordinaire, l'école la plus proche du domicile constituant l'établissement de référence de l'enfant. Il permet également aux enfants qui ont des besoins spécifiques de bénéficier d'un accompagnement adapté, l'éducation classique étant complétée par des services du secteur médico-social.

- ❖ L'accès à l'emploi : La loi donne la priorité à l'emploi en milieu ordinaire en misant sur l'incitation des employeurs. En effet, la loi de 1987 qui donnait aux entreprises de plus de 20 salariés l'obligation d'employer au moins 6% de travailleurs handicapés a vu ses sanctions renforcées.

- ❖ L'accessibilité environnementale : La loi définit les moyens de la participation des personnes handicapés à la vie en société, notamment en facilitant l'accès aux Établissements Recevant du Public (ERP), aux locaux d'habitation neufs privés ou publics et aux transports en communs dans un délai de 10 ans. (90)

◇ Les normes d'accessibilité des ERP de santé : Explication de la loi

Nous allons étudier plus précisément les normes d'accessibilité imposées par la loi du 11 février 2005 pour les Établissement Recevant du Public, ou ERP, notamment les cabinets dentaires. Techniquement, ces derniers sont considérés comme des ERP de 5^e catégorie et doivent donc répondre aux normes imposées par cette loi.

La loi du 11 février 2005 doit permettre la mise en œuvre progressive d'une politique publique visant une accessibilité qui serait « universelle » et qui viendrait ainsi améliorer la situation des personnes en situation de handicap au niveau de leur accès plus spécifique aux soins. Elle tend à promouvoir l'émergence d'un environnement universel, capable de réduire au maximum le ressenti de la déficience des personnes en situation de handicap. Celles-ci doivent dès lors non seulement pouvoir s'adapter à l'environnement commun et par la même retrouver une pleine et entière citoyenneté. (15)

Par cette loi, le principe d'accessibilité pour tous, quelle que soit l'origine du handicap, est réaffirmé. Les critères d'accessibilité et les délais de mise en conformité sont redéfinis. Elle étend l'obligation d'accessibilité à toute la chaîne du déplacement : « *la personne handicapée doit pouvoir accéder à tous les bâtiments recevant du public* » et évoluer de manière continue, sans rupture (aménagement de voirie, accès aux gares, transports en commun). Dans les espaces ouverts au public, l'accès et l'accueil doivent être possibles pour toutes les catégories de personnes handicapées, dans les établissements neufs recevant du public. La mise en accessibilité des établissements existants doit intervenir dans un délai de dix ans.

Une attestation de conformité est désormais établie en fin de chantier par un tiers indépendant pour les travaux soumis à permis de construire. La loi fixe des obligations de résultats et de délais à respecter, en limitant les possibilités de dérogation (la dérogation globale n'est plus possible).

Des sanctions sont fixées en cas de non-respect de ces règles : fermeture de l'établissement ne respectant pas le délai de mise en accessibilité, remboursement des subventions publiques, amende de 45 000 € pour les architectes, entrepreneurs et toute personne responsable de l'exécution des travaux. En cas de récidive, la peine est portée à 6 mois d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende.

◇ Bilans de la loi

Bien que cette loi ait permis une nette progression de l'intégration des personnes handicapées dans la vie en société et amélioré leur accès aux soins courants, il semble que les choses évoluent de manière assez lente et qu'il reste du travail en ce sens, même 12 ans après cette loi dite « historique ».

En 2008, 3 ans après la promulgation de la loi du 11 février 2005, la commission d'audition déplorait encore les « larges inégalités sociales en matière de santé et de recours aux soins, touchant particulièrement [...] les personnes en situation de handicap ». (1)

- 1) Absence de globalité d'approche de la santé avec une polarisation fréquente de la structure sur le handicap et une moindre attention à l'état de santé général.
- 2) Démarches de prévention développées dans le milieu ordinaire souvent inaccessibles
- 3) Difficultés d'accès accentuées par une coordination insuffisante des divers intervenants.

En 2014 : Nombreuses sont les ERP qui n'ont toujours pas été soumis aux normes imposées par la loi de 2005. Ainsi, la loi du 10 juillet 2014 a habilité le gouvernement à recourir à une ordonnance pour redéfinir les modalités de mise en œuvre du volet accessibilité de cette loi handicap du 11 février 2005. Elle crée des Agendas d'Accessibilité Programmée (Ad 'AP), et détermine leur cadre législatif. Elle permet de donner des délais supplémentaires de trois à neuf ans pour la mise en accessibilité des équipements, selon leur nature.

En effet, elle permet quelques assouplissements, tout en contraignant les établissements recevant du public (ERP) à se mettre en accessibilité dans un délai limité. Les professions libérales n'échappent donc pas à la règle et doivent, si elles ne le sont pas déjà - ainsi que le prévoyait la loi du 11 février 2005 - se mettre en accessibilité pour pouvoir accueillir tous les clients ou patients les sollicitant. De plus, la notion d'accessibilité concerne tous les handicaps et non uniquement le handicap moteur. Des aménagements sont nécessaires pour les usagers en fauteuil roulant et, plus largement, les personnes à mobilité réduite. Cependant, il en va de même pour les personnes atteintes d'une déficience visuelle ou auditive, ainsi que pour les personnes atteintes d'une déficience cognitive ou psychique. L'idéal est de rendre son local accessible à tout le monde. C'est le cas pour les ERP neufs. Dans les ERP existants, cet objectif ambitieux peut, dans certains cas, être difficile, voire impossible, à réaliser. Néanmoins, s'il est possible de se dédouaner d'un handicap pour des motifs valables, cela ne peut en aucun cas déborder sur les autres handicaps. En d'autres termes, il est possible d'obtenir une dérogation sur un point technique lié à un handicap, mais cette dérogation ne concernera que ce point précis, et pas les autres. Il n'existe pas de dérogation totale. Ce qui signifie, à l'inverse, qu'un ERP peut être considéré comme conforme, même si son accessibilité n'est pas totale et universelle. (103)

En 2015 : Seulement 40% des établissements recevant du public (ERP) sont considérés comme légalement accessibles.

En 2016 : Les propriétaires d'établissement recevant du public (ERP) non accessibles avaient jusqu'au 27 septembre 2015 pour déposer leur agenda d'accessibilité programmée (Ad 'AP), document programmatique de mise en accessibilité. Cependant, près de 30% n'avaient toujours pas déposé leur Ad'AP plus de 4 mois après l'échéance.

Le compte n'est donc pas bon ; plus de dix ans après l'obligation d'accessibilité, environ 300 000 établissements sur les 650 000 existants n'ont toujours rien entrepris pour rendre leurs locaux accessibles.

2. Comité interministériel du Handicap (2016, Nancy)

◇ Mesures actuelles prises par le gouvernement

Le 2 décembre 2016, l'ex Premier ministre Manuel Valls a présidé le deuxième Comité interministériel du handicap (CIH) du quinquennat de F. Hollande à Nancy. Préparé sous l'égide du Secrétariat général du CIH en lien avec le Comité national consultatif des personnes handicapées, il y a décrit le suivi du plan d'action gouvernemental en faveur des personnes en situation de handicap et a présenté les nouvelles mesures que le Gouvernement entend mettre en œuvre.

Le message fort ressorti de cet événement est que la politique du handicap, portée par le Gouvernement, repose sur une ambition forte : « *changer durablement de regard et de méthode pour accompagner l'autonomie des personnes concernées, renforcer leur citoyenneté, par leur liberté et leur émancipation, bénéficier de tous leurs talents en rendant la société plus accueillante et plus inclusive* ».

Concernant la santé, le point essentiel mis en exergue a été de « renforcer l'accès et la prévention aux soins » à travers ces différentes mesures :

- 1. Développer la prévention et l'éducation à la santé de façon adaptée aux besoins des personnes handicapées** par le développement des actions de prévention et d'éducation à la santé adaptées aux personnes en situation de handicap en associant les familles, notamment par la diffusion de supports de communication adaptées et la formation des intervenants auprès des personnes.

2. Développer les dispositifs de consultations dédiés pour les personnes en situation de handicap : Sans se substituer aux soins de premier recours en milieu ordinaire, ces dispositifs ont vocation à constituer une offre complémentaire pour certaines situations complexes pour lesquelles l'offre de soins courants généralistes ou spécialistes sont difficilement mobilisables en raison d'une nécessité d'une prise en charge spécifique. En 2017, c'est 10 millions d'euros qui sont consacrés à ces dispositifs.

NB : Pour l'heure, ces derniers sont en phase d'expérimentation depuis le 2^{ème} trimestre de l'année 2017 dans certains hôpitaux de France (notamment dans la région PACA).

3. Encourager l'accès aux soins bucco-dentaires :

- Par la création d'unités mobiles de soins bucco-dentaires, appelés "bucco-bus", développées et encadrées par un cahier des charges spécifique élaboré à partir des expériences réussies existantes (Fig. 12 et 13). L'objectif à court terme est de déployer 100 bucco-bus d'ici à 2020, avec 2 dispositifs par région dès 2018. Un budget de 25 M€ y sera dédié (10 M€ pour le fonctionnement et 15 M€ pour l'investissement).



Figures 14 et 15 : Photographies de « Bucco-Bus », (CHU Rouen) 2012

- Par la création de cotations majorées pour certains actes dentaires spécifiques, lors de la négociation de la convention dentaire (budget mobilisé : jusqu'à 12,5 M€ par an).

◇ La charte Romain Jacob

La charte Romain Jacob pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en France a fait l'objet d'une réflexion organisée et fédérée par le groupe MNH (Mutuelle Nationale des Hospitaliers), regroupant l'ensemble des acteurs nationaux du soin et de l'accompagnement, et sous le haut parrainage de l'Académie Nationale de Médecine.

C'est au cours du comité interministériel du handicap de 2016 à Nancy, que le premier ministre a signé la « charte Romain JACOB » (Fig. 14). Il s'agit d'un rapport sur l'accès aux soins et à la santé remis par Monsieur Jacob à Mme Marisol Touraine, à l'époque ministre des affaires sociales et de la santé, conformément au comité interministériel du handicap (CIH) et aux priorités fixées par les Agences Régionales de Santé (ARS), qui propose quelques mesures importantes pour améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées. Encore une fois, les signataires soulignent l'urgence d'apporter une réponse aux attentes de l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement, très démunis face au manque de sensibilisation, de formation et de moyens dédiés aux personnes en situation de handicap. Ils s'engagent à promouvoir la fédération des acteurs dans chacune des régions pour répondre aux besoins spécifiques de l'accès aux soins et à la santé de ces personnes vulnérables.

« Cette charte a pour but de fédérer l'ensemble des acteurs régionaux et nationaux autour de l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap » (Charte R. Jacob, 2016)(60).

Voici les principaux points abordés :

❖ **Valoriser l'accompagnement** : *« La personne en situation de handicap bénéficie d'un droit à être accompagnée par la personne de son choix tout au long de son parcours de soin. Conformément à la loi, les accompagnants doivent être acceptés et reconnus dans leur mission par la totalité des acteurs de soin. »*. Il sera également valorisé par la mise en place de formations pour les aidants afin de leur permettre d'assurer leur mission d'accompagnement dans les meilleures conditions.

- ❖ **Exprimer les besoins** : des personnes handicapées aux autorités publiques compétentes à travers les aidants.
- ❖ **Intégrer la santé au parcours de vie des personnes en situation de handicap** : « *Les signataires (...) participent à l'accès à l'hygiène, à la prévention et aux dépistages, aux actions de promotion et d'éducation à la santé, et à l'accompagnement envers les soins* »
- ❖ **Construire une culture professionnelle commune** : « *Les signataires s'engagent à organiser, avec l'aide des personnes handicapées et leurs aidants, des sessions communes de formation, d'information et d'échanges interprofessionnels et inter-établissements.* »
- ❖ **Coordonner le parcours de santé** : Grâce à la mise en place d'un dossier partagé, outil au service de la coordination et du parcours de santé, obligatoirement renseigné par l'ensemble des acteurs concernés qui auront été autorisés à y accéder et formés à son utilisation.
- ❖ **Organiser l'accès aux soins et à la prévention** : « *Les signataires, représentant les professionnels de santé, sociaux et médico sociaux, (...) veillent à l'adaptation de leurs équipements, à la qualité de l'accompagnement, à la communication dans le soin, et à la coordination des interventions* ».

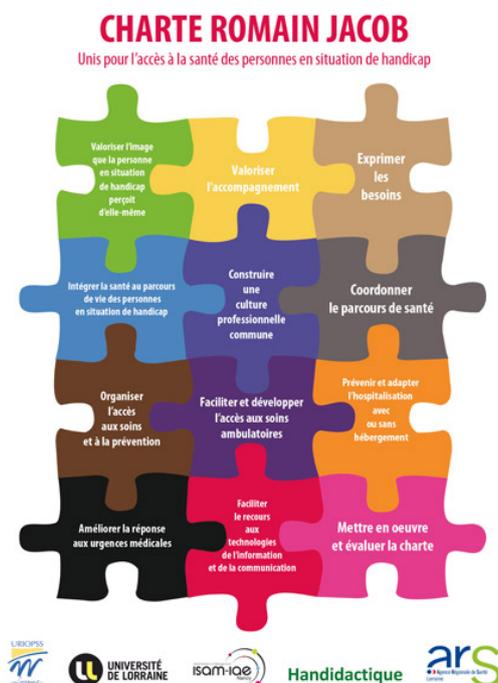


Figure 16 : Affiche de la Charte R. Jacob (ARS, 2016)

A ce jour, toutes les régions de l'hexagone ont signé cette chartre et s'engagent à respecter les mesures d'amélioration de l'accès aux soins des personnes handicapées.

3. Comité interministériel du Handicap (2017)

Le 20 septembre 2017 à l'Hôtel de Matignon, s'est tenu le premier Comité Interministériel du Handicap (CIH) de « l'ère Macron », présenté par le premier ministre Edouard Philippe avec pour thème "Vivre avec un handicap au quotidien". Il répond à la volonté du Président de la République de faire du handicap une priorité de son quinquennat. Le Gouvernement lance à cette occasion un travail approfondi qui débouchera sur des plans d'action ministériels d'ici le début de l'année 2018. Les projets en matière d'accès aux soins sont les suivants :

- Développer la prévention et l'éducation à la santé de façon adaptée aux besoins des personnes handicapées.
- Développer, par des formations, les connaissances et les compétences relatives à la prise en charge du handicap de l'ensemble des professionnels sanitaires et médico-sociaux.
- Mieux prendre en compte la complexité de la prise en charge médicale des patients en situation de handicap dans les tarifs des professionnels et établissements de santé.
- Augmenter, lorsque nécessaire, le nombre de lieux de soins adaptés à la prise en charge des personnes en situation de handicap, notamment les consultations dédiées.

De plus, il définit des engagements dont celui d'obtenir, d'ici à 2022, un taux de 100 % des ERP dans la démarche Ad'AP et 100 % des ERP de l'État accessibles.

Nous allons justement observer dans le chapitre suivant, les solutions mises en place par les différents gouvernements successifs depuis 2005 pour lever les freins de l'accessibilité des soins pour tous.

3. ENJEUX POUR LE DOMAINE BUCCO DENTAIRE : Lever un à un les freins de l'accessibilité

1. Réussir l'accessibilité : organisation des cabinets

1. Extérieur

La France a retenu, dans le respect de ses engagements internationaux, le principe d'égalité d'accès aux soins pour chacun de ses concitoyens depuis l'adoption de la loi du 11 février 2005, et cela s'applique tout d'abord dans le sens premier du terme ; c'est-à-dire à tout ce qui va toucher à l'accessibilité. En effet, l'accessibilité de tous les établissements accueillant du public doit donc être effective au plus tard le 30 janvier 2019 (Ad'AP).

C'est à travers le guide créé par la délégation ministérielle française à l'accessibilité que nous allons observer les différentes mesures à tenir pour les établissements concernés. Puis nous verrons plus précisément celles relatives aux cabinets dentaires, illustrées notamment par les photographies du service odontologique du CHR de Thionville.

En effet, les locaux des professionnels de santé buccodentaire sont concernés, puisqu'ils sont considérés comme des Établissement Recevant du Public au sens du code de la construction et de l'habitation. Sont définis par le gouvernement comme ERP tous les « *bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non* » - sachant que toute personne autre que le personnel fait partie du « public ». (87) Ce sont principalement des ERP de 5^e catégorie, de type PU, c'est à dire des petits établissements de santé recevant moins de 300 personnes (dans un même temps dans l'établissement).

Enfin, qu'il s'agisse d'une création d'un local neuf ou de la réhabilitation d'un local existant, tous sont soumis à ces obligations mais dans des délais et des mesures différentes selon chaque situation (Fig. 15)

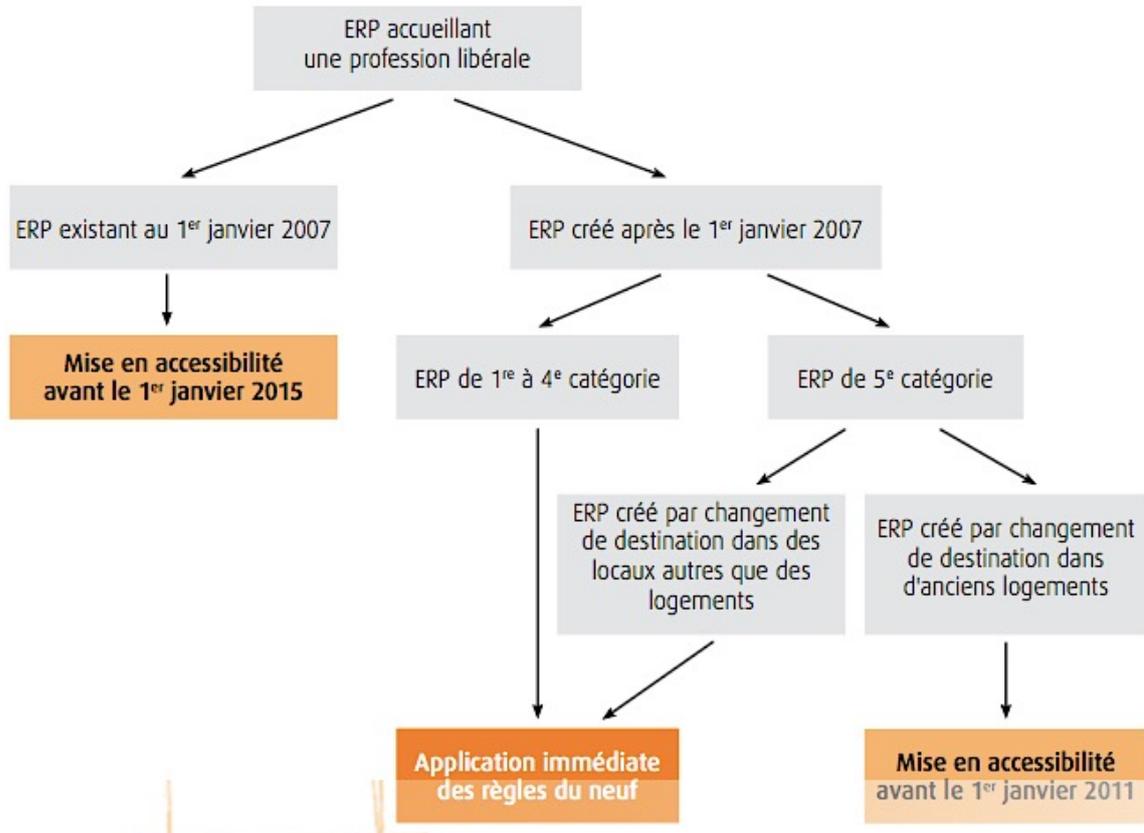


Figure 17 : Schéma des obligations d'accessibilité aux ERP relatives à la loi du 11 février 2005, (sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie)

Nous allons voir les différentes structures à améliorer pour chaque cabinet tout au long du cheminement du patient du stationnement jusqu'à la salle de soin, afin de permettre une accessibilité aisée à toute personne et tout type de handicaps.

◇ Stationnement

S'il existe un parking public rattaché au local, intérieur ou extérieur, celui-ci doit comporter une ou plusieurs places de stationnement adaptées pour les personnes handicapées et réservées à leur usage. Depuis l'arrêté du 1er août 2006, il faut avoir au minimum 2 % du nombre total de places prévues pour le public. (87)



Figure 18 : photographie d'une place de stationnement pour PMR devant l'entrée du CHR de Bel Air à Thionville (document personnelle)

S'il n'en existe pas, il est utile de faire la demande auprès de la mairie pour faire réserver une place aux dimensions réglementaires pour les véhicules des patients handicapés à proximité du local.

Voici les règles à respecter afin d'avoir une place réglementée « PMR » (pour les personnes à mobilité réduite) :

- T Largeur minimale : 3,3m
 - T Longueur : recommandation à 7 ou 8m (non réglementé)
 - T Pente et le dévers transversal < 2%
 - T Sol : non meuble et non glissant
 - T Présence d'un panneau de stationnement (normes du 26 juillet 2001)
 - T Trottoir ou un cheminement piéton sans danger et sans obstacle à proximité
- (62)

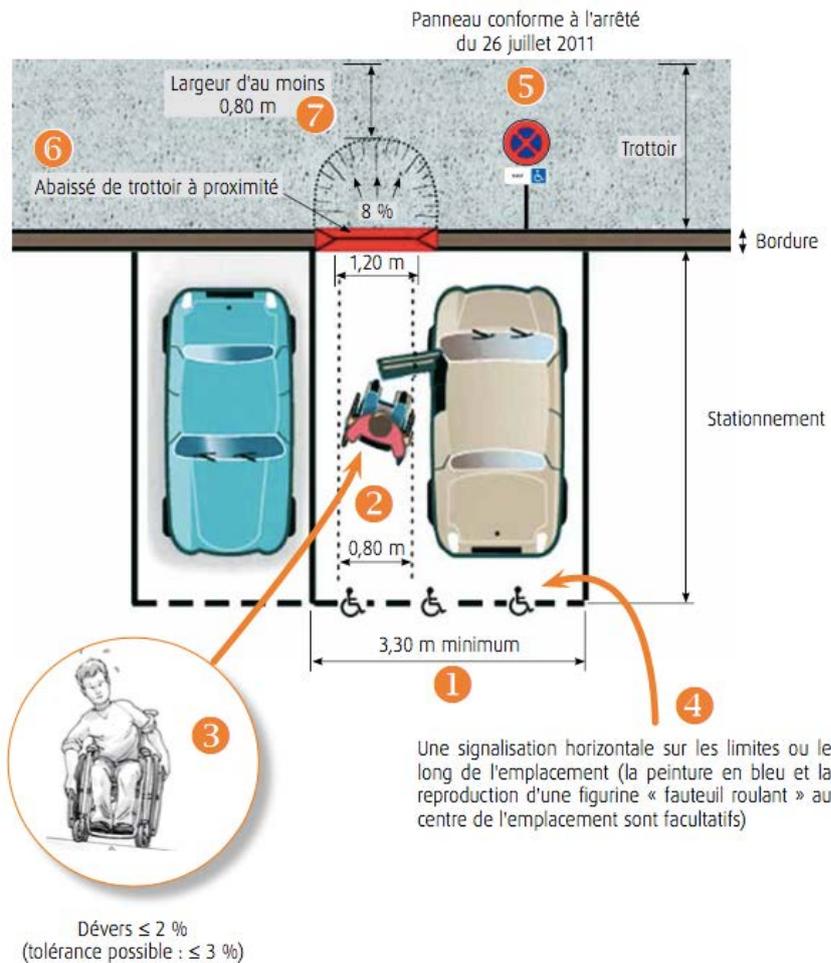
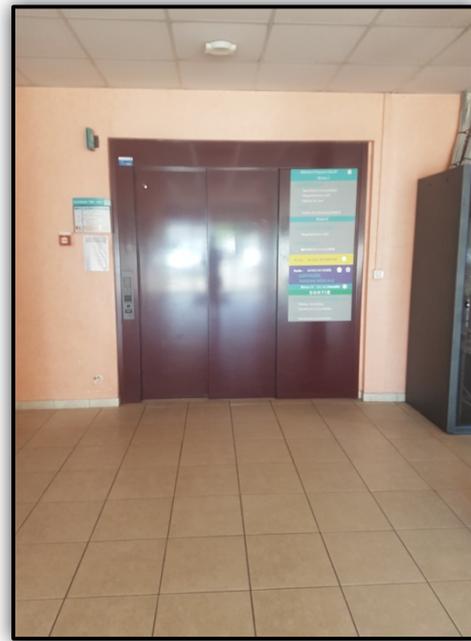


Figure 19 : Illustration de la réglementation des places PMR,
 (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).

◇ Cheminement intérieur et/ou extérieur :

Le cheminement qui mène de la voiture à l'établissement doit être libre de tout obstacle, depuis la voirie publique, afin de permettre à minima le croisement d'une personne valide avec une personne en fauteuil roulant, avec poussette ou avec canne.



Figures 20 et 21 : photographie du cheminement de l'extérieur vers l'intérieur au CHR de Bel Air à Thionville, avec un accès direct par ascenseur au 1^{er} étage où se trouve le service odontologique (sources : document personnel)

Les normes sont différentes selon que ce cheminement se situe sur l'emprise foncière d'un ERP ou d'un bâtiment d'habitation collectif (exemple : copropriété) :

Largeur minimale d'un cheminement (extérieur et intérieur)				
	Règle générale	Tolérances possibles (rétrécissement ponctuel)	Atténuations (en cas de contraintes structurelles)	Motifs de dérogations mobilisables
Établissement Recevant du Public (le local)	1,40 m	$1,20 \text{ m} \leq \text{largeur} \leq 1,40 \text{ m}$	$0,90 \text{ m} \leq \text{largeur} \leq 1,20 \text{ m}$	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité technique • Préservation du patrimoine architectural • Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences pour l'ERP
Bâtiment d'habitation collectif où est installé le local (les parties communes de l'immeuble d'habitation)	1,20 m	$0,90 \text{ m} \leq \text{largeur} \leq 1,20 \text{ m}$	Largeur $\geq 0,90 \text{ m}$	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilité technique • Préservation du patrimoine architectural • Disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences

Tableau 1 : Normes pour le cheminement du patient vers l'établissement de soin, Juillet 2012, (sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé » (PDF)).

De plus, il existe 10 points de vigilance à respecter pour permettre à tous un cheminement vers l'intérieur accessible à tous en totale autonomie et sans danger :

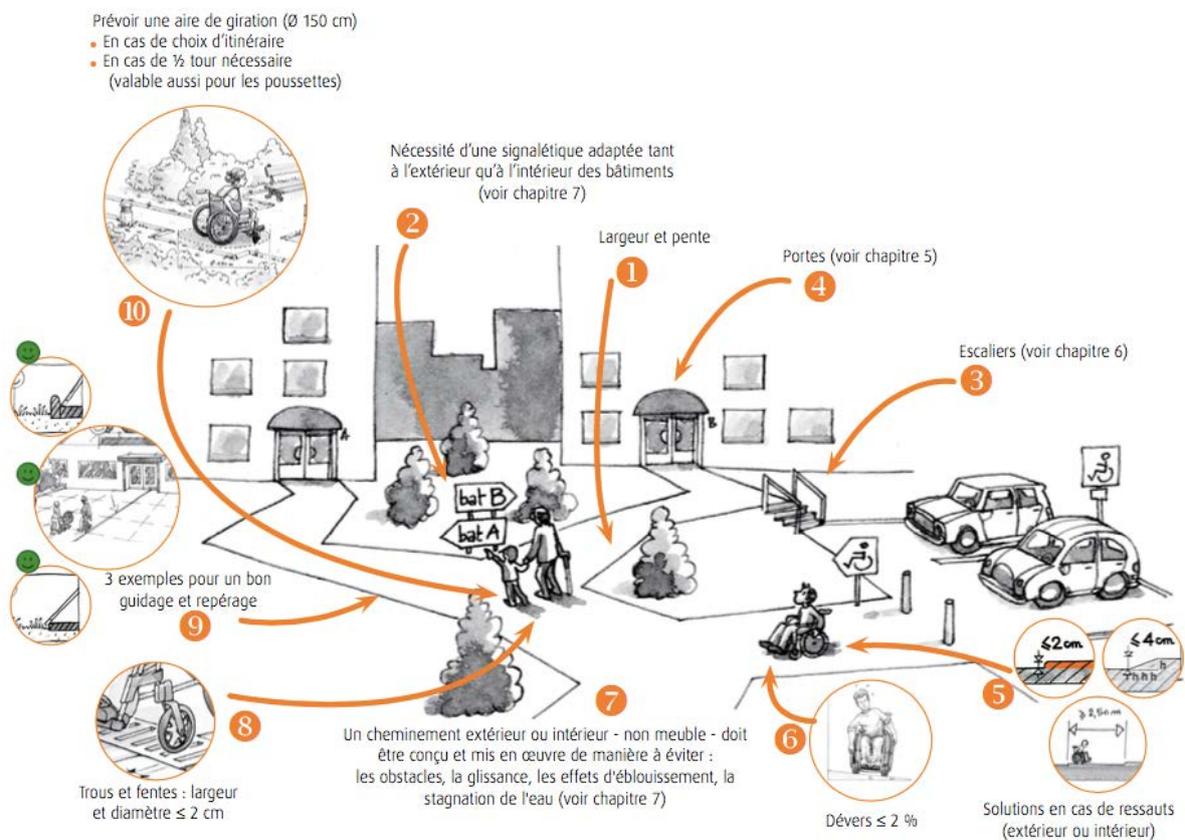


Figure 22 : Illustrations des 10 points de vigilance à respecter pour permettre un cheminement aisé vers le centre de soin, (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).

2. Intérieur hors salle de soin

◇ Arrivée au cabinet

Des règles dimensionnelles sont à prendre en compte pour un accès aisé et cela en dehors de tout mobilier présent ou à venir et hors débattement des portes :

T **Le palier de repos** : il permet à une personne debout mais à mobilité réduite ou à une personne en fauteuil roulant de se reprendre pour souffler. Il se situe en haut et en bas de chaque plan incliné et de part et d'autres des portes coulissantes. Il correspond à un espace rectangulaire de dimensions minimales de 1,20 x 1,40m et horizontal au dévers près (Fig. 21) (87) :



Figure 23 : Illustration du palier de repos (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).

T L'espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (aire de giration) : il permet la manœuvre du fauteuil mais aussi d'une personne avec une ou deux cannes. Il permet de s'orienter différemment ou de faire demi-tour (Fig. 22). Sa largeur est exigée à un diamètre d'au moins 1,50m. Il est recommandé d'en installer un au niveau des cabinets d'aisance et à chaque point d'un cheminement où il existe un choix d'itinéraire pour l'utilisateur : devant un accueil, dans une salle d'attente, dans un cabinet de consultation, devant les ascenseurs, ... (87)



Figure 24 : Illustration de l'aire de giration (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).

T L'espace d'usage : il permet le positionnement du fauteuil roulant ou d'une personne avec 1 ou 2 cannes pour utiliser un équipement ou un dispositif de commande/de service (Fig. 23). Il est situé à l'aplomb de ces équipements (interphones/visiophones, boîte aux lettres, plan de travail adapté, salle d'attente, ...). Il correspond à un espace rectangulaire de 0,80 x 1,30 m horizontal. (87)

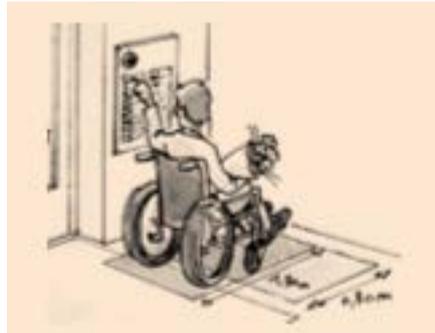


Figure 25 : Illustration de l'espace d'usage (Sources : Figure 24 : L'aire de giration (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF))



Figure 26 : Photographie de l'arrivée à l'étage du service odontologique du CHR de Bel Air (source : document personnel)

Il existe également des points de vigilance à respecter pour l'aménagement au niveau du secrétariat avec :

- Des portes aux dimensions réglementées
- Un signalétique "accueil" adaptée
- Un sol non glissant, non réfléchissant et sans obstacle à la roue
- Une partie au moins du plan d'accueil et de règlement à hauteur de fauteuil roulant (inférieur à 70 cm de haut)
- Une protection des obstacles situés en hauteur



Figure 27 : Photographie du secrétariat du service Odontologie de CHR Thionville, avec un plan d'accueil adapté aux PMR, 2017 (source : document personnel)

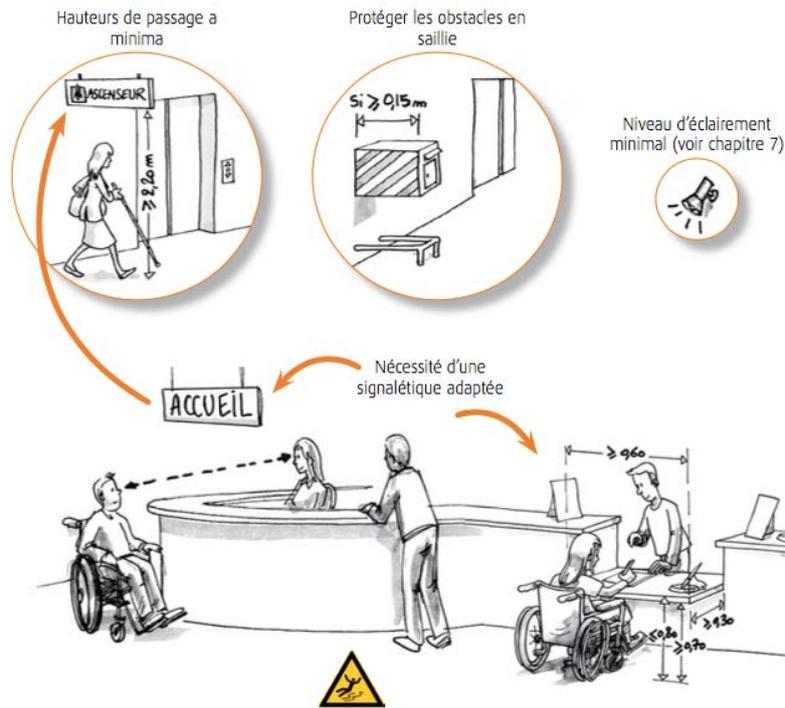


Figure 28 : Illustration des normes à respecter pour un service d'accueil d'un ERP (Sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité » (PDF)).



Figure 29 : Photographie légendée de l'arrivée dans le service odontologique du CHR Bel Air à Thionville (document personnel)

◇ Les sanitaires

Dans un ERP, si des toilettes sont ouvertes au public, au moins 1 sanitaire doit être accessible aux patients handicapés. C'est ainsi qu'il doit respecter quelques normes :

- T Une porte de 0,90 m
- T Une barre de rappel horizontale située sur la porte
- T Un espace d'usage (1,30 x 0,80 m) hors débattement de la porte
- T Un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour, ou aire de giration, ou à défaut, en extérieur devant la porte
- T Un lave main d'une hauteur maximum de 0,85 m et 0,70 m sous l'équipement.

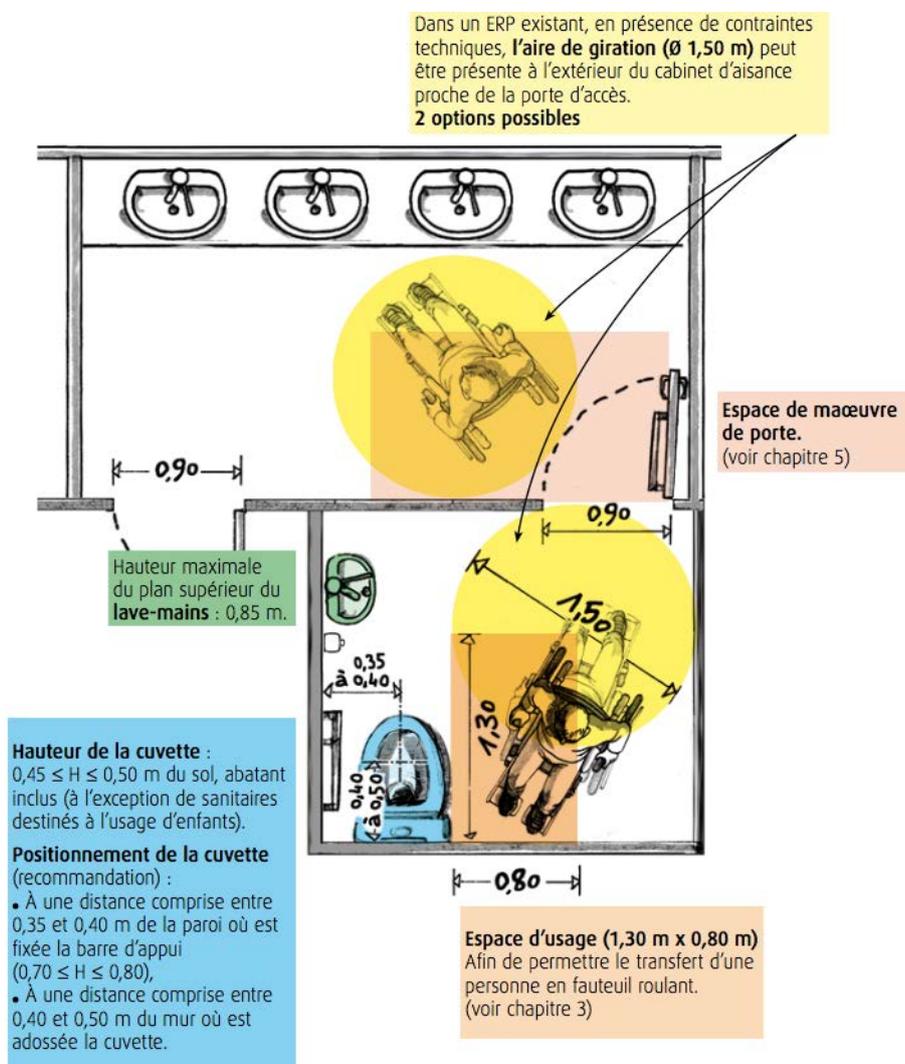


Figure 30 : illustration de sanitaires accessibles aux PMR, (sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »).

◇ Les portes

Deux points importants sont à prendre en compte pour rendre une porte accessible aux personnes à mobilité réduite :

- Sa largeur :
- Pour les ERP < 100 personnes et les bâtiments d'habitation collectifs : au moins 0,90 m (passage utile $\geq 0,83$ m)
- Pour les ERP > 100 personnes : au moins 1,40m afin de permettre la circulation d'au moins un fauteuil roulant et une personne valide en même temps.

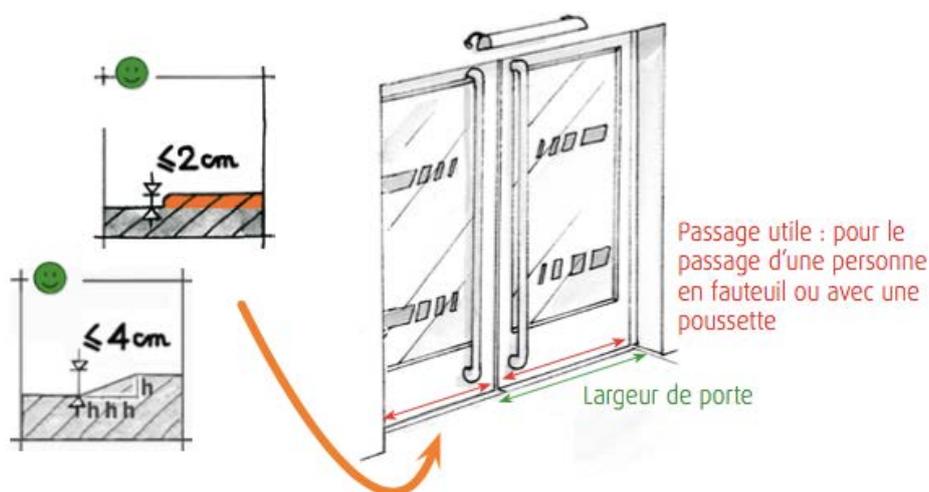


Figure 31 : Schéma de portes pour l'accessibilité des PMR, (sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »)

Un espace de manœuvre de porte : de part de d'autre de chaque porte, il faut prévoir d'intégrer un espace de manœuvre de porte, lequel correspond à un rectangle de même largeur que le cheminement mais dont sa longueur peut varier selon le type de porte :

- Porte à pousser : 1,70 m
- Porte à tirer : 2,20 m

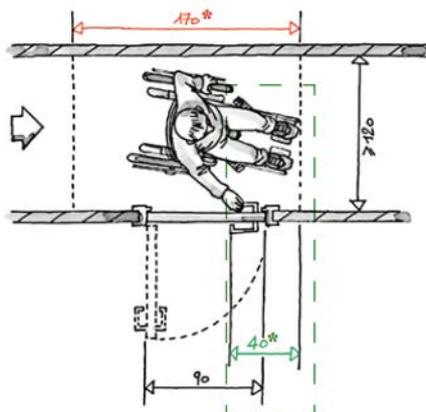


Figure 32 : Schéma d'un espace de manœuvre pour PMR, (sources : Ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »).

De plus, il faut respecter certains points de vigilance :

- T L'effort nécessaire pour ouvrir une porte doit être inférieur à 50 Newton, que la porte soit ou non équipée d'un dispositif de fermeture automatique
- T Il faut choisir des poignées de portes faciles à manœuvrer. Celle qui s'abaissent en laissant simplement "tomber la main" sont celles qui conviennent le mieux. Par exemple, les poignées rondes ne sont pas pratiques pour les personnes ayant des problèmes de préhension
- T Si les portes sont vitrées, prévoir des éléments de repère visuel (87)

◇ Les escaliers

Voici quelques principes généraux :

- T Hauteur des marches : 17 cm, sauf pour les ERP existants en cas de contraintes techniques impactant la solidité du bâtiment (dans ce cas la hauteur est de 16 cm)
- T Profondeur de la marche : 28 cm
- T Largeur entre les mains courantes : 120 cm, mais parfois limitée à 1 mètre pour les ERP existants en cas de contraintes et certaines parties communes de bâtiment d'habitation collectif

T Nombre de mains courantes : 2, sauf pour les ERP existants en cas de contraintes techniques (dans ce cas 1 suffit)

Et quelques points à respecter comme des mains courantes rigides, facilement préhensibles, visibles et à bonne hauteur ; un éclairage et une signalisation adaptés, ...

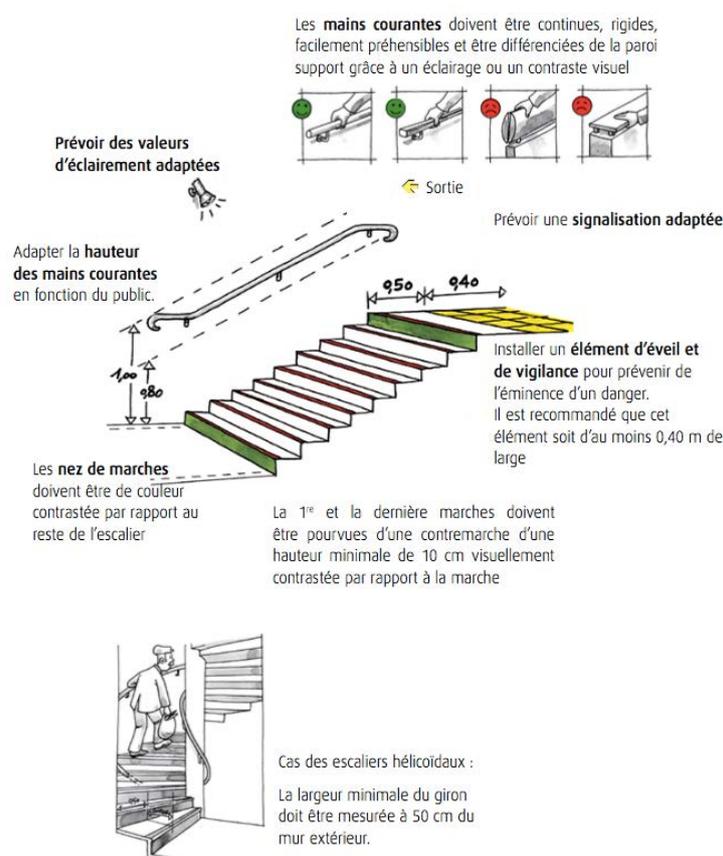


Figure 33 : illustration d'escalier accessible pour les PMR, (sources : ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »)

◇ Éclairage, signalétique et contraste de couleurs

La qualité de l'éclairage, artificiel ou naturel, de l'ensemble des circulations intérieures et extérieures doit être traitée sans créer de gêne visuelle. Un éclairage peut être renforcé aux endroits particuliers (escalier, ressaut, signalétique, etc.). (87)

De plus, l'éclairage doit éviter les reflets sur la signalétique ou tout effet d'éblouissement direct des usagers en position debout comme en position assise.

Concernant la signalétique, des normes de taille des caractères ont été mises en place selon la distance prévue entre le lecteur et la signalétique : par exemple, à 1 mètre les lettres doivent avoir une hauteur minimale de 30mm, contre 150 mm pour une distance d'observation de 5m. Il faut également favoriser une police facilement identifiable et utiliser des caractères en majuscule quand l'information ne comprend qu'un mot.

Enfin, pour permettre à une personne malvoyante ou déficiente cognitive de mieux discerner les dimensions et les différentes structures d'un local, il faut respecter un contraste des couleurs entre 2 équipements proches (comme un interrupteur sur un mur, une porte par rapport aux murs ou une poignée de porte). En effet, certaines couleurs présentent un fort contraste lorsqu'ils sont mis l'un proche de l'autre :

Tableau indicatif présentant le contraste en pourcentage entre différentes couleurs

	Beige	Blanc	Gris	Noir	Brun	Rose	Violet	Vert	Orange	Bleu	Jaune	Rouge
Rouge	78	84	32	38	7	57	28	24	62	13	82	0
Jaune	14	16	73	89	80	58	75	76	52	79	0	
Bleu	75	82	21	47	7	50	17	12	56	0		
Orange	44	60	44	76	59	12	47	50	0			
Vert	72	80	11	53	18	43	6	0				
Violet	70	79	5	56	22	40	0					
Rose	51	65	37	73	53	0						
Brun	77	84	26	43	0							
Noir	87	91	58	0								
Gris	69	78	0									
Blanc	28	0										
Beige	0											

Contraste acceptable
 Contraste insuffisant
 Cas limite

Source : P. Arthur and R. Passini, Wayfinding - People, Signs and Architecture, McGraw-Hill Ryerson, Wilby, Ontario, 1992.

Tableau 2 : Contraste en pourcentage entre les différentes couleurs (sources : ministères des affaires sociales et de la santé et Ministère de l'écologie du développement durable et de l'énergie « Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité »)

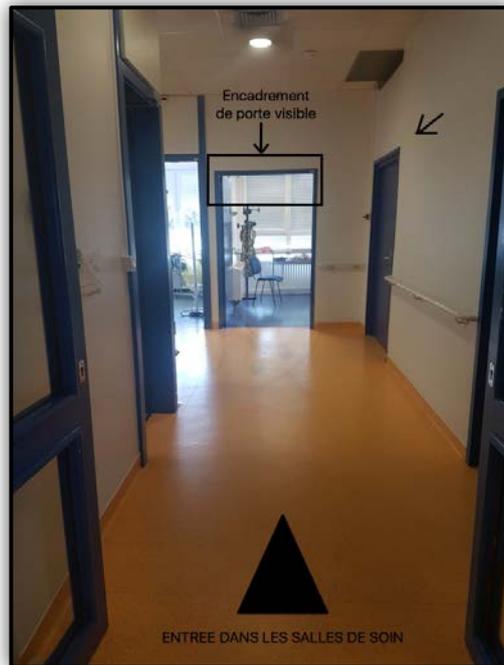


Figure 34 : Photographie légendée de l'entrée dans les salles de soin du service odontologique de Bel Air à Thionville, avec un contraste de couleur au niveau des portes d'entrée des salles de soin, 2017 (source : document personnel)

◇ Accueil des chiens guides et d'assistance

L'accès des chiens guides d'aveugle ou d'assistance ne peut être refusé, et sans compensation financière, dans les parties librement accessibles au public (espace d'accueil et d'attente). En revanche, le chien ne doit pas accéder aux locaux où sont prodigués les soins nécessitant le respect des règles d'asepsie. Dans ce cas, c'est au personnel du cabinet de prendre le relais et assister le patient jusqu'au fauteuil où ont lieu les soins.

3. Salle de soins

Une salle de soins doit pouvoir recevoir tout type de patient, qu'ils se déplacent sur leurs 2 jambes, avec des béquilles, à l'aide d'un fauteuil roulant ou même dans un brancard. Nous allons étudier ici un cabinet type, élaboré lors de la restauration du service odontologique au CHR de Thionville par le Dr Anastasio, chef du service, et qui a été entièrement repensé pour permettre un accueil à toute personne, quel que soit son handicap.

On y rentre d'abord par une large porte (120 cm). Les salles de soins ont de grandes dimensions, minimum 5 mètres de long sur 4 mètres de large (20m²), pour permettre de circuler aisément avec un fauteuil ou un brancard. Ensuite, « *c'est au cabinet de s'adapter à la déficience de chacun* » explique le Dr Anastasio. Il n'est pas obligatoire de soigner tous les patients sur le fauteuil dentaire, il a été rendu possible de le faire sur leur propre fauteuil ou même dans le brancard.

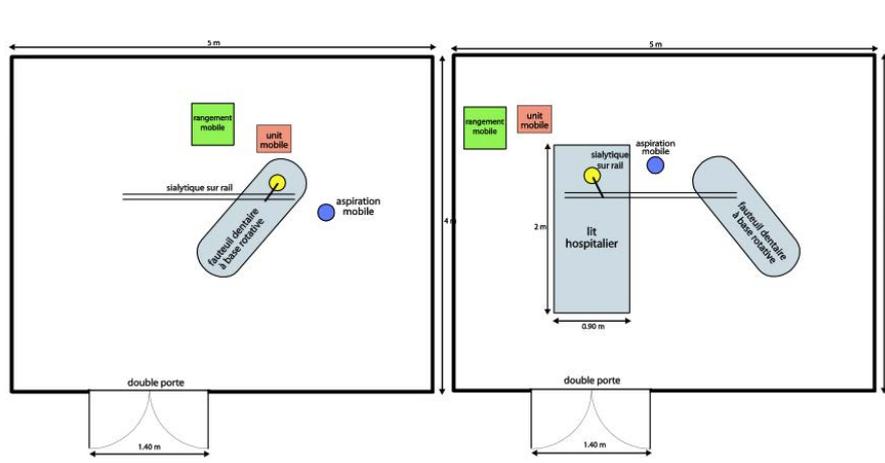


Figure 35 : Exemple de plan de cabinet « accessible » aux fauteuils roulants ou brancards (sources : Anastasio D.)

Pour cela, chaque élément du cabinet doit pouvoir être mobile : le kart, l'unité, la lumière, l'aspiration sont sur roulettes, et la radiographie est portable, ou fixée avec un grand bras. Chaque élément peut donc être déplacé et mis à disposition du dentiste en toute simplicité. Cela permet de parer les contraintes liées à la prise en charge de la personne handicapée d'un point de vue « technique et pratique ».



Figures 36, 37, 38 et 39 ; Photographies légendées de la prise en charge par le Dr Anastasio au CHR de Thionville d'une patiente en fauteuil atteinte du Syndrome de Rett sous MEOPA (document personnel, 2017)

Il existe plusieurs moyens pour mettre en place une prise en charge sur un fauteuil roulant pour les cabinets dont la superficie ou le matériel ne permettent pas une prise en charge comme celle vue précédemment.

Tout d'abord, le praticien peut opter pour un fauteuil dont l'assise et le dossier sont élargis. Il permet de sécuriser la posture des personnes dont l'équilibre est incertain.

Il existe également un dispositif plus poussé où les patients en fauteuil roulant sont soignés sans quitter leur fauteuil. Celui-ci est solidement fixé, soulevé puis incliné afin de faciliter les soins : il suffit en effet de placer un dispositif sur roulettes sous le fauteuil "classique" en place. Une fois fixé sur ce support, le fauteuil ne risque pas de glisser puisque ses armatures sont bloquées dans les glissières du support. Le dentiste peut ainsi soulever et incliner le fauteuil de son patient afin qu'il soit en position optimale pour commencer les soins. De plus, un appui-tête, solidaire du support, est positionné sous la tête du patient pour lui assurer un confort maximal.

A la fin du soin, le dispositif peut facilement être ôté et mis de côté.



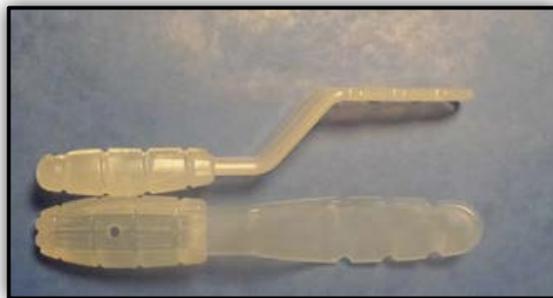
Figure 40 : Photographie d'un soin dentaire réalisé sur fauteuil roulant incliné par un dispositif, (sources : site internet de la « Mutualité Française »)

Enfin, de nombreux éléments de soins, mobiles ou sur roulettes, ont été commercialisés pour répondre à la demande grandissante et permettre une adaptation à chaque cas. C'est le cas par exemple de la radiographie mobile utilisée au CHR de Thionville :



Figure 41 : Photographie d'une radiographie mobile, CHR Thionville (document personnel)

Il existe également des inventions matérielles, issues d'initiatives individuelles, permettant d'améliorer la prise en charge de ces personnes handicapées. C'est par exemple le cas de la spatule « SAB », ou Spatule d'Accessibilité Buccale, créée par le Dr ANASTASIO Daniel (Brevet 2010 ®) :



Figures 42 et 43 : Photographies d'une Spatule SAB, (sources : Dr Anastasio)

En effet, suite à des années d'expériences auprès de la population handicapée, le Dr Anastasio Daniel a pu constater les fréquentes difficultés rencontrées lors d'un soin sur des patients atteints de troubles comportementaux.

Ces derniers expriment des réflexes instinctifs de protection et de défense en limitant spontanément l'amplitude de l'ouverture buccale ou en ne maintenant cette dernière que durant des périodes très courtes, ou encore en cherchant à enlever ou à avaler, un dispositif qui les gêne (9). Il a ainsi cherché à améliorer l'ouverture buccale des personnes afin de :

- T Faciliter l'accès à la cavité buccale pour les examens cliniques et les soins en écartant activement les arcades dentaires
- T Assurer le maintien en position ouverte de manière atraumatique
- T Faciliter l'examen dentaire et améliorer l'efficacité et la qualité du soin

De plus, le but ultime de cet instrument, à visée préventive, est l'amélioration de la santé orale des patients. Il s'agit en effet d'un outil facilitant le brossage des dents, créé pour aider les familles ou les accompagnants à leur maintenir une hygiène bucco-dentaire satisfaisante.

Ainsi, l'utilisation de la SAB pourrait permettre de remplacer les « spatules à Alginate », largement utilisées dans le milieu dentaire pour améliorer l'ouverture buccale de personnes non coopérantes. Ces dernières sont cependant des instruments pouvant être traumatisants pour la sphère orale, car non adaptées à cette fonction (Fig. 42).

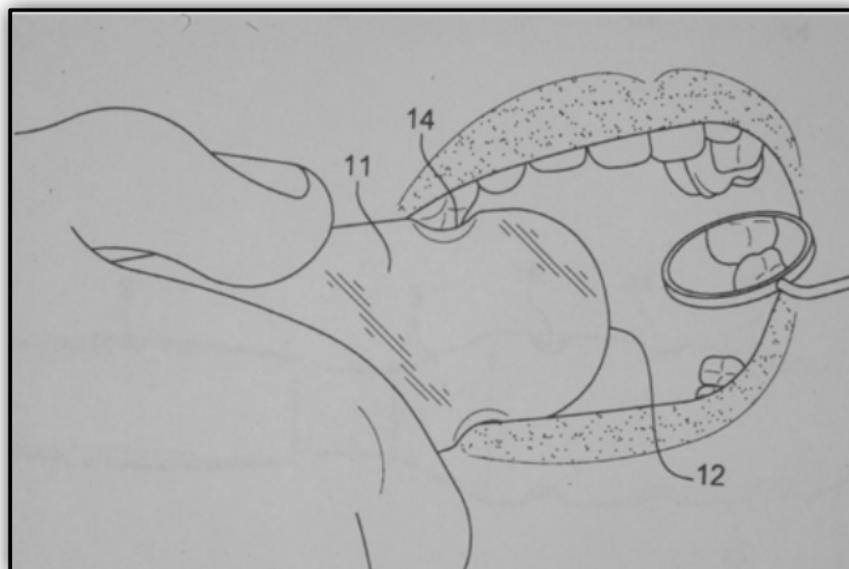


Figure 44 : Schéma illustrant le fonctionnement de la SAB (sources : Anastasio D.).

Des changements sont donc actuellement en train de s'opérer dans le domaine de l'accès aux soins des personnes vulnérables dépendantes, mais l'architecture de certains cabinets peut être un frein à la volonté commune d'amélioration. Il existe donc des dérogations possibles pour un chirurgien-dentiste dans le cas échéant.

4. Dérogations possibles

Trois motifs de dérogation sont prévus par la loi :

- Impossibilité technique lié à l'environnement ou à la structure du bâtiment
- Préservation du patrimoine architectural
- Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences

Elles sont accordées par le Préfet sur avis conforme de la commission facultative départementale de sécurité et d'accessibilité. Cependant, ces dérogations ne sont pas générales : elles peuvent porter sur une ou plusieurs prescriptions techniques d'accessibilité. Le non-respect de ces mesures donne lieu à de lourdes sanctions (vues précédemment).

L'accessibilité aux cabinets est donc en passe de devenir un obstacle de moins pour les patients atteints de handicap. Ainsi, il existera de nombreux cabinets accessibles aux yeux de la loi, mais malgré tout bon nombre d'entre eux le seront difficilement aux yeux d'une personne handicapée à mobilité réduite ou transportée en brancard. Il sera quand même bien plus aisé pour ces personnes de trouver à proximité de chez eux une structure capable de les recevoir.

Cependant, le problème de l'accès aux soins ne signifie pas seulement la notion d'accessibilité. De nombreux autres points sont à revoir pour permettre une prise en charge totalement adaptée et permettre l'accès à des soins de qualité pour tous. C'est notamment à travers la formation du praticien et de son équipe, et l'amélioration des moyens techniques mis à leur disposition que les choses doivent rapidement évoluer... (87)

2. Réussir la prise en charge : formation des praticiens

Les acteurs de santé, le personnel médical, paramédical et le personnel administratif du secteur sanitaire doivent être formés et sensibilisés à l'accueil et à l'accompagnement des personnes handicapées et/ou vulnérables, afin de leur assurer les mêmes chances d'accès aux soins et de prise en charge médicale qu'une personne valide indépendante.

Pour cela, une formation effective des professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux est un préalable à un véritable accès à la santé. Il faut encourager l'enseignement et les formations, à l'aide d'un apport croisé et complémentaire de connaissances et d'expérience des professionnels des deux secteurs, et de la propre expertise des personnes handicapées et/ou de leurs représentants. (95)

Les champs de la formation initiale et de la formation continue sont à investir, car encore bien trop peu exploités. En effet, l'inscription d'actions de formation favorisant l'accès à la santé des personnes en situation de handicap dans le projet d'établissement des structures médico-sociales est très variable d'un département à un autre. On considère que parmi les acteurs sanitaires, environ un quart possède un plan de formation qui comporte des formations spécifiques et/ou des actions de sensibilisation à la prise en charge d'une personne handicapée et/ou vulnérables. Pourtant, la clé d'un accompagnement réussi et adapté passe forcément par la formation globale des professionnels et l'adaptation des pratiques. (88)

1. Universitaire

La formation initiale des praticiens, dans l'une des facultés d'odontologie de France (ou même en Europe), est actuellement régie par la réforme Licence-Master-Doctorat ("LMD"). Cette réforme, mise en place à partir de 2002, a permis de modifier le système d'enseignement supérieur français pour l'adapter aux standards européens. Il définit notamment les grands axes du cursus en sciences odontologiques pour toutes les universités de France et DOM-TOM afin de former les futurs praticiens avec les mêmes axes de connaissances théoriques et expériences cliniques. (87)

Conformément à « LMD », ce cursus se divise en trois cycles obligatoires :

- Premier cycle : diplôme de formation générale en sciences odontologiques (3 ans, niveau licence)
- Deuxième cycle : diplôme de formation approfondie en sciences odontologiques (2 ans, niveau master)
- Troisième cycle :
 - a. court (TCC) : thèse d'exercice (un an, niveau doctorat)
 - b. long (TCL) : Internat en odontologie (accessible sur concours à partir de la 5e année)

Les axes d'enseignements sont donc dirigés, mais il convient à chaque faculté et enseignant de choisir la teneur de leurs cours magistraux.

◇ Cours magistraux

Au niveau théorique, l'enseignement du cursus odontologique comprend donc un tronc commun permettant l'acquisition de compétences et de connaissances.

Cependant, Il n'existe pas de programme national strict, mais une liste d'items constituant la « trame destinée à faciliter la réflexion des enseignants ainsi qu'une certaine harmonisation des programmes entre les universités » (bulletin officiel n°17 du 28 avril 2011). L'étude du Docteur Moussa-Badran sur la formation initiale des chirurgiens-dentistes et sur l'enseignement relatif aux soins spécifiques montre que « le nombre d'heures varie de 5 à 180 heures de cours. Il en est de même pour le nombre d'enseignants qui oscille entre 1 et 8 avec une pluridisciplinarité et une transversalité des contenus pour l'ensemble des facultés ». (97)

Ainsi, la formation initiale n'accorde globalement que peu de place à la question des soins spécifiques. Le handicap est évoqué dans plusieurs disciplines et selon la sensibilité des enseignants. Malgré cela, même les étudiants très motivés n'auront pas forcément la possibilité de se former pour la prise en charge du handicap. Seule une poignée de facultés abordent des sujets aussi pointus que l'identification des handicaps, l'autisme, la trisomie 21 (dont Nancy). (70)

Pour exemple, lors de mon propre cursus universitaire à la faculté d'odontologie de Nancy entre 2010 et 2016, nous avons eu la chance d'assister à plusieurs cours magistraux sur ces sujets :

- Sémiologie de différentes maladies invalidantes en 2^{ème} année (par les Docteurs Santini, Cornette et Korwin)
- Communication dans la relation de soin en cours de psychologie en 3^{ème} année (« Réussir à communiquer avec tout type de patient et dans toutes les situations », par Dominique Droz)
- Le handicap en pédodontie en 5^{ème} année (« Handicap et santé bucco-dentaire » par le Dr Droz)
- « Organisation Générale du cabinet dentaire : les obligations réglementaires » en cours de gestion en 6^{ème} année (notamment « accessibilité aux personnes atteintes de handicap » par le Dr Pasdzierny).

En plus de ces cours théoriques, l'étudiant est amené à participer à des actions de prévention bucco-dentaire dans sa région.

◇ **Actions de prévention**

Selon l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, c'est à partir des enseignements du troisième cycle dans les facultés dentaires que l'accomplissement de stages pratiques devient obligatoire. Les étudiants doivent participer, en plus de leur formation théorique, à « des actions de prévention d'intérêt général et/ou de santé publique ».

Nous avons évoqué précédemment la problématique de « la rencontre », une rencontre difficile entre les praticiens et les personnes handicapées car elle est souvent contrainte au niveau du soin. Or, intervenir en prévention, c'est favoriser la rencontre. (70)

C'est pourquoi certaines facultés dentaires ont passé des conventions avec des réseaux de soins pour faire intervenir leurs étudiants de 6ème année dans les IME (Instituts Médico Éducatif). En effet, plus la rencontre est précoce et plus elle sera naturelle.

Pour exemple, à la faculté d'odontologie de Nancy, un stage en service de gériatrie d'une durée d'une semaine a été mis en place pour tous les étudiants de 5ème année. Il permet de sensibiliser les futurs praticiens à la prise en charge particulière des personnes âgées résidants en institutions, souvent polymédiqués et très dépendants du service médico-social. Les étudiants se retrouvent confrontés à des situations inédites qui les « sortent » du contexte de pratique purement scolaire de la faculté, comme la réalisation de consultations directement dans la chambre des patients, avec une lampe frontale comme scialytique, ... C'est également pour eux l'occasion de faire le constat d'un problème de santé publique actuel, notamment concernant le manque d'hygiène bucco-dentaire des patients dans ces institutions, souvent par manque de temps, d'effectif et/ou de formation du personnel.

III. Conclusion

Au terme de ce stage, nous pouvons témoigner de la nécessité de prise en charge de ces personnes vulnérables que sont les personnes âgées en institutions. Outre les qualités d'un chirurgien-dentiste, ce sont des valeurs humaines qu'il faut mettre en avant devant ces personnes afin de leur apporter l'écoute et adapter l'aide bucco-dentaire en adéquations avec leurs besoins, tout en prenant en compte de leur état de santé global, et leur niveau d'autonomie.

En effet, la prise en charge d'un patient hospitalisé dans un service de gériatrie est pluridisciplinaire. Il ne suffit pas de faire un « état des lieux » des problèmes dentaires, il faut également prendre en compte la multiplicité des pathologies des patients hospitalisés, leurs traitements en cours, mais aussi leur état psychologique. D'un côté, certains sont demandeurs de soins, mais il est impossible de les déplacer vers un centre de soins odontologique, tandis que d'autres les refusent, alors qu'il serait nécessaire de les réaliser. Nous devons donc nous efforcer de faire notre possible pour répondre aux attentes de nos patients, tout en « jonglant » avec le rapport bénéfice/risque de certaines interventions...

Figure 45 : Exemple de conclusion du rapport de stage en gériatrie d'un étudiant de 5^{ème} année de Nancy, Janvier 2014 (Document personnel)

A Nancy, depuis 2006 (consécutivement à la loi de 2005), des journées de « sensibilisation » au handicap ont été mises en place en 6^{ème} année d'étude à la demande du Docteur Droz Dominique. Ils permettent aux étudiants d'aller visiter des établissements recevant des personnes handicapées, de comprendre les problématiques de ces prises en charge spécifiques, et de réaliser des consultations auprès des patients. Ce stage est composé de 2 journées :

- 1^{ère} journée : C'est le moment de « la rencontre », des premiers échanges. Chacun fait connaissance, chacun s'observe. Cela permet une meilleure prise en charge par la suite car un climat de confiance a été créé.
- 2^{ème} journée : C'est le moment de la prise en charge orale à proprement parlé. Les étudiants réalisent des consultations initiales et orientent la prise en charge si besoin. Ils peuvent également effectuer des « ateliers de brossage » afin de promouvoir l'hygiène bucco-dentaire (notamment auprès des soignants des établissements).



Figures 46 et 47 : Photographies d'une journée de sensibilisation du handicap réalisée par le Dr Anastasio et ses étudiants externes dans la « Maison et Foyer d'Accueil Spécialisée (ou MAS-FAM) L'ALBATROS », située à Volkrange (57), Mai 2016 (Documents personnels)

Interrogés sur les sensations ressenties lors de ces journées de sensibilisation, les étudiants mesurent la difficulté de prise en charge, l'impact psychologique qu'elle a eu sur eux et surtout, l'étendue des besoins de ces personnes vulnérables :

Le plus dur a été d'appréhender chaque enfant, au début on ne savait pas vraiment comment s'y prendre, comment s'adresser à eux ou même comment les toucher. Je ne voulais pas qu'ils se sentent brusqués, mais il fallait en même temps faire l'examen rapidement pour que ça les ennuie le moins possible.

Au fur et à mesure de l'après midi, je me suis sentie de plus en plus à l'aise, même si selon les handicaps de chacun c'était plus ou moins difficile de réaliser l'examen. J'étais rassurée de faire ces examens à deux, car parfois je me suis sentie bloquée, ne sachant plus quoi faire si l'enfant n'ouvrait plus la bouche par exemple.

L'aide de ma collègue devenait alors indispensable pour pouvoir les réaliser, même si parfois j'avais l'impression que nous devions contraindre l'enfant.

Peu confrontée au handicap dans ma vie quotidienne ce n'est jamais facile pour moi d'être en contact avec ce type de patients à besoins spécifiques, surtout lorsque ce sont des enfants comme ça a été le cas durant cette après-midi. Etant une personne très sensible et ayant tendance à éprouver beaucoup d'empathie émotionnelle, j'avoue avoir du mal à avoir affaire à ce type de patient car je n'aime pas avoir l'impression d'imposer une contrainte -surtout aux enfants- qui n'ont pas les moyens ou du mal à s'exprimer verbalement. Même s'il est évident que c'est une population avec de réels besoins de soins et qu'il est absolument essentiel pour leur bien être, leur qualité de vie et parfois même pour leur santé de réaliser des examens cliniques et des soins lorsque cela est nécessaire ; je pense que ce sont des situations que j'ai tendance à vouloir éviter et j'éprouve du respect pour les soignants qui ont les épaules de le faire dans leur pratique quotidienne. Pour conclure je pense que malgré mes appréhensions initiales et des débuts hésitants, je me suis sentie plus à l'aise et plus sûre de moi que ce que je craignais au départ. Je pense qu'à l'avenir je me sentirais plus capable et plus apte à effectuer des consultations sur des patients en situation de handicap.

Figures 48 et 49 : Conclusions tirées du rapport de stage de sensibilisation au handicap de deux étudiants de 6^{ème} année au centre médico-éducatif « Le château » à Inglange, centre accueillants des enfants et adolescents porteurs de lourds handicaps, 2016 (Source : Dr Anastasio D.)

Les patients, prévenus de notre visite, se sont montrés plutôt coopératifs dans l'ensemble, répondant bien à nos demandes simples comme ouvrir la bouche ou tourner la tête.

Quelques uns se sont montrés plus réticents, et nous avons été obligés d'utiliser une ou plusieurs contentions (cale, maintien de la tête). Nous avons pu voir tous les patients au fauteuil, sauf deux, pour lesquels il a été nécessaire de se déplacer dans leurs chambres. M'attendant à un refus catégorique avec ces patients, ils ont été pourtant très sympathiques et ont accepté la consultation.

La nécessité de faire un examen rapide, à la fois global et précis, est aussi quelque chose dont je n'ai pas nécessairement l'habitude et qui demande une certaine expérience.

Cependant, le fait d'avoir examiné la totalité des résidents et d'avoir pu poser des indications de traitement pour chacun d'entre eux à la fin de l'après-midi m'a démontré que les soins chez ce type de patients sont accessibles à tout praticien qui prend le temps de comprendre le handicap, de rassurer le patient et de trouver des solutions de compromis grâce à des techniques, des paroles et des gestes bien précis.

Cette journée m'a donc été entièrement bénéfique sur le plan professionnel avec l'envie d'intégrer les patients dépendants (dans leur globalité) à mon activité professionnelle future et sur le plan personnel avec l'accueil de la FAM et le contact riche avec les patients.

Concernant les troubles du comportement ils se sont exprimés de manière diverse : cris, refus d'ouvrir la bouche, refus de s'asseoir et ont donc rendu nos examens cliniques quelque peu compliqué. Avec du calme, de la patience et dans certains cas la spatule nous avons pu faire le tour de toutes les bouches du centre, à l'exception d'un ou deux refus catégorique pouvant être accompagné de violence, à ma surprise.

Figures 50, 51 et 52 : Conclusions tirées du rapport de stage de sensibilisation au handicap de deux étudiants de 6^{ème} année à la FAM « Les horizons » de Jury, centre accueillants des personnes atteintes d'autisme, 2016 (Source : Dr Anastasio D.)

Lors du colloque SOSS 2017, le Dr Droz a d'ailleurs expliqué avoir vu de réelles améliorations de l'hygiène bucco-dentaires des patients résidents au cours de ces dix dernières années. En Lorraine, de nombreux établissements font d'ailleurs la demande pour recevoir les Docteurs Droz, Strazielle (à Nancy) ou Anastasio (à Thionville) et leurs étudiants car les bienfaits de ces visites sont largement reconnus. Cependant, les moyens humains sont limités, de même que les cabinets référents pour poursuivre la prise en charge...

◇ Exemple de formations universitaires

Selon l'article R4127-214 du code de déontologie dentaire, « Le chirurgien-dentiste a le devoir d'entretenir et de perfectionner ses connaissances, notamment en participant à des actions de formation continue. ».

Il existe de nombreux moyens pour un chirurgien-dentiste de réaliser sa formation continue au cours de sa carrière. Au niveau universitaire, les facultés proposent des DU ou Diplômes Universitaires. Ce sont des formations dites « de cycle longs » car dispensées par les Universités de manière hebdomadaires, sur plusieurs années. À l'inverse des autres diplômes délivrés par les universités, celui-ci ne s'inscrit pas dans le schéma traditionnel. Il est en effet le seul à ne pas être soumis à une habilitation du ministère de l'Enseignement supérieur, il est délivré directement par une université française. Chaque DU est unique par rapport à un autre ; sa durée, son programme d'enseignement, son coût sont autant d'éléments qui varient en fonction des universités. Il en existe donc de toutes sortes, et depuis que les personnes vulnérables dépendantes sont devenues une priorité de mission publique, il est possible de trouver de nombreuses formations spécifiques pour leur prise en charge :

- DU de sédation consciente par inhalation de MEOPA :

Administré par inhalation, le MEOPA ou Mélange gazeux Équimolaire (50%-50% d'Oxygène et Protoxyde d'Azote) est une alternative sédative efficace à l'anesthésie générale, chez les enfants ou les adultes peu coopérants, anxieux-phobiques ou mentalement déficients devant bénéficier de soins dentaires. Or, en France, l'AMM délivrée pour le MEOPA précise que son usage est réservé à des praticiens formés à la méthode. Ainsi, un diplôme d'Université a été créé en 2002 et est dispensé dans quelques facultés de France telles que Clermont Ferrand, Marseille, Nancy, ...

- DU de soins dentaires sous sédation consciente et anesthésie générale (Faculté de chirurgie-dentaire de Clermont-Ferrand) :

De nombreux patients ne peuvent coopérer suffisamment pour recevoir des soins dans les mêmes conditions que la population générale et sont donc soignés sous sédation consciente, par inhalation de MEOPA, par administration de benzodiazépines, ou sous anesthésie générale.

Ce diplôme d'université est proposé aux praticiens pour améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap dans le domaine de la santé orale. Son obtention constitue l'un des prérequis pour l'obtention du diplôme d'université de formation clinique aux soins spécifiques.

- DIU de prise en charge de la santé orale des patients handicapés (Université de Franche-Comté) :

Pour être efficace, la prise en charge de la santé globale des personnes en situation de handicap impose la coordination des acteurs qui y concourent, en termes de prévention, d'orientation et de suivi. Elle dépasse donc largement la compétence individuelle des acteurs pour s'articuler autour des dimensions médicales, psychologiques et sociales. La formation de ce type de DIU a pour objectif de répondre aux besoins des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge coordonnée de la santé orale des patients handicapés (130). Elle apporte aux professionnels la méthodologie et les outils pour :

- Assurer une meilleure organisation de la prévention
- Faciliter l'accès aux soins pour tous
- Permettre une fluidité du parcours de prise en charge
- Garantir une qualité de la prise en charge.

- DU d'Amélioration des pratiques soignantes et des démarches qualité en gériatrie (Université de Montpellier) :

Ce type de formation permet une actualisation des connaissances théoriques et surtout pratiques des professionnels de santé dans tous les domaines du soin en équipe auprès des sujets âgés, vivant au domicile ou en EHPAD. (49)

- DU d'odontologie Clinique et vieillissement (Université Paris Descartes) :

Cette formation permet l'enseignement de la gérodonnologie, c'est à dire l'application particulière de la science odontologique aux patients du 3e âge. Elle tient compte des pathologies complexes spécifiques à la vieillesse et fait appel aux données acquises de la science, dans le contexte particulier actuel de l'arrivée du « papy-boom ». (131)

2. Formations et expériences acquises hors cursus universitaire

L'offre de formation odontologique est dense et le choix des praticiens dépend de leurs besoins et de l'orientation de spécialisation vers laquelle ils veulent se tourner. Certaines vont permettre de compléter les connaissances acquises lors de la formation initiale et d'autres d'acquérir de nouvelles compétences dans un des domaines de leur exercice ou connexes à celui-ci.

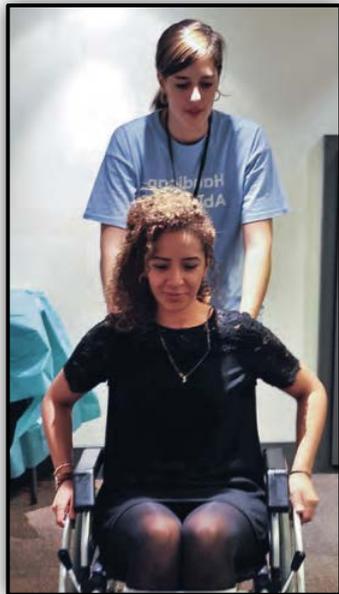
Les formations hors cursus sont souvent dispensées en cycles courts :

- **Cours, conférences ou ateliers** : Ils sont dispensés principalement par les associations nationales ou régionales, et souvent pratiqués dès la formation initiale. En principe, elles ne durent que quelques heures.

Exemple 1 : Différents cours proposées par « DentalFormation » :

1. « La prise en charge du patient porteur de handicap : hypnose, MEOPA, soins alternatifs ? »
2. « Attestation de formation aux soins dentaires sous sédation consciente par inhalation de MEOPA »
3. « Gérodonnologie : le patient âgé, un patient comme les autres ? » (43)

Exemple 2 : L'atelier « HandicApable : êtes-vous cap ? » proposé par le Dr Anastasio et son équipe lors des congrès dentaires « ADF » à Paris en 2015 et 2016. C'est un parcours de simulation au sein d'un cabinet dentaire fictif qui plonge chaque participant à travers des mises en situation aussi réalistes que possible, dans la compréhension des besoins des personnes rendues vulnérables par un handicap moteur ou sensoriel.



Figures 53 et 54 : Photographies issues de l'atelier HandicApable, réalisé par des étudiants de la faculté de Nancy, à l'initiative du Dr ANASTASIO (Sources : ADF 2016).

- **Séminaires, Travaux pratiques** : Ils s'étalent sur plusieurs jours successifs (2 à 5 jours en général). Ce type de formation a pour vertu de se dérouler en petits groupes et privilégie l'apprentissage de techniques par la pratique (ateliers, chirurgies en direct...). Les TP sont interactifs et conduisent à une autonomisation des praticiens participants permettant une mise en œuvre rapide à leur cabinet.

Ainsi, les moyens et les contenus existent. Mais c'est aussi aux pouvoirs politiques de donner l'impulsion qui permettra de généraliser l'enseignement des soins spécifiques en formation continue.

La prise en charge de la santé orale des patients en situation de handicap ou de dépendance est une préoccupation largement partagée par les usagers, les soignants et les pouvoirs publics. C'est ce qui explique l'émergence récente de nombreux types de formation individuelle pour les praticiens. Pourtant, en médecine bucco-dentaire les premières initiatives sont apparues il y a quelques années sous la forme de réseaux de soins.

3. Formations des réseaux

Nous l'avons vu précédemment, tous les réseaux de soins bucco-dentaires spécifiques aux personnes vulnérables (handicap, dépendance) sont construits sur une logique collaborative entre les praticiens de ville et les structures hospitalières qui offrent un plateau technique plus complet que les cabinets libéraux.

Les réseaux offrent aux praticiens « collaborateurs » un ensemble de formations sur les soins spécifiques. Elles permettent de démystifier le handicap et la vieillesse et d'appréhender des questions en rencontrant à la fois des personnes handicapées et/ou âgées et des professionnels du secteur médico-éducatif. Ainsi les réseaux de soins bucco-dentaires destinés aux personnes handicapées et/ou âgées proposent un environnement rassurant pour les chirurgiens-dentistes qui favorise l'apprentissage par le partage d'expériences. C'est un décroisement qui fait progresser la pratique professionnelle. De plus, les praticiens apprécient de travailler à plusieurs, de disposer de méthodes et d'accompagnement, de pouvoir se tourner vers un ou plusieurs confrères organisés en cabinet « référents ».

Les formations collectives semblent d'autant plus nécessaires que la prise en charge des personnes vulnérables dépendantes demande une approche spécifique bien particulière.

3. Prise en charge spécifique et qualité des soins

Que le patient soit atteint ou non de handicap, techniquement, les soins dentaires effectués en bouche sont exactement les mêmes. C'est au niveau de la prise en charge du patient et des conditions de réalisation du soin que les choses diffèrent. C'est de cette différence que dépend la qualité du soin.

1. Prise en charge spécifique en fonction de la déficience :

◇ Physique et/ou sensorielle

Les personnes souffrant de déficience physique se plaignent principalement d'un manque de facilité d'accès aux cabinets de ville, dû à leur différence physique (notamment pour les troubles de la mobilité). Nous l'avons vu dans les chapitres précédents, cet obstacle est en passe d'être éliminé grâce à la loi du 11 février 2005 sur l'accessibilité des ERP, dont les cabinets dentaires. Cependant, pour parfaire ces améliorations, il convient de former tous les professionnels du cabinet à l'accueil et la prise en charge globale de ces personnes avant, durant et après le soin, en leur portant une attention particulière, et en ne les laissant pas seuls face aux obstacles que leur déficience leur impose.

C'est notamment à travers les protocoles mis en place par le réseau « Handident Midi-Pyrénées » que nous allons observer les différentes conduites à tenir en fonction de la spécificité des patients :

- Avant de commencer :
 - Se renseigner sur les impératifs de posture et les mouvements incontrôlés pour positionner le patient et les instruments de soins ;
 - Si un transfert d'un fauteuil roulant au fauteuil dentaire est nécessaire, demander au patient ou à l'accompagnant les conditions facilitant ce transfert et la posture (coussin, ...)
 - Certains patients ne sont pas transférables et doivent être traités dans leur fauteuil. Il peut parfois se récliner pour faciliter l'accès à la bouche.

Voici quelques exemples de précautions à prendre selon le type de handicap physique :

- Pour un déficit visuel et cécité :
 - Déterminer le niveau d'assistance requis par le patient, en particulier pour se déplacer autour du fauteuil dentaire ;
 - Utiliser les autres sens du patient, en particulier le toucher, pour communiquer avec lui et établir la confiance ;
 - Parler en face du patient et le tenir au courant des étapes suivantes. Utiliser un langage descriptif pour expliquer les procédures et les sensations (vibrations, bruits, ...).

- Pour un déficit auditif et surdité :
 - Les instruments rotatifs peuvent interférer avec les aides auditives ;
 - Si le patient lit sur les lèvres, enlever le masque puis parler au rythme et niveau sonore habituel ;
 - S'il utilise le langage des signes, demander la présence d'un interprète qui pourra exprimer les besoins du patient ;
 - Maintenir le contact visuel.
 - Avant de parler, éliminer les bruits parasites.

Ensuite, une fois le patient installé, le handicap n'est plus un obstacle pour la réalisation des soins.

◇ Mental et/ou psychique :

Contrairement au handicap physique, le handicap mental n'empêche nullement un accès au cabinet puis à la salle de soin, dans la mesure où le patient est toujours accompagné. Ici, c'est pendant l'accueil du patient et la réalisation de l'acte dentaire par le praticien que l'approche est différente.

- Selon les capacités mentales :

Elles vont influencer la compréhension des explications ainsi que le suivi à la maison. Les moyens de contourner ces problèmes sont souvent difficiles à trouver, voire impossible, mais le patient doit toujours être traité avec respect. Il faut donc :

- Discuter avec les accompagnants pour évaluer l'impact des sur la santé orale
- Trouver des compromis avec le patient ;

- Selon les troubles du comportement :

Pour permettre de mettre en place un climat de confiance entre deux personnes qui ne se comprennent pas toujours (méconnaissance du handicap du patient par le praticien, et anxiété du patient face au praticien), il doit être établi un dialogue entre les 2 protagonistes, qu'il soit gestuel, illustré ou expliqué avec des mots simples. Dans le cas contraire, la peur est une réaction de fuite face à une situation perçue comme menaçante et peut se traduire par un refus catégorique des soins de la part du patient, accompagné de cris ou même de violences. Ainsi, comme pour les enfants en bas âges dont la « rencontre » n'est pas toujours évidente, le praticien doit s'attacher à :

- Réduire l'incertitude :

- En utilisant un langage que le patient peut comprendre ou en transmettant l'information à l'accompagnant qui se chargera de lui retranscrire
- En expliquant simplement ce qui va être fait (technique du « tell show do »)
- En autorisant les doudous, la musique ou la présence de l'accompagnant si elle est positive

- Diminuer l'anxiété :

- En discutant avec les accompagnants des techniques efficaces lors des traitements précédents ;

- En mettant les rendez-vous tôt dans la journée, jugés plus efficaces : attention et ponctualité ;
- En rendant les soins courts et en réservant les procédures difficiles lorsque le patient est familier avec le cabinet dentaire ;
- En accordant du temps au patient et à sa famille pour s'accoutumer au cabinet dentaire et à l'équipe (visite du cabinet avant le traitement si besoin) ;
- En permettant aux accompagnants d'être présents lors du soin pour rassurer le patient ;
- En essayant de valoriser le patient dans son comportement
 - Permettre au patient d'exercer un contrôle sur le déroulement du soin :
 - En lui permettant par exemple de tenir l'aspiration
 - En s'arrêtant quand il lève la main (sorte de « contrat » entre le patient et le dentiste)
 - En ayant une écoute attentive
 - Lui permettre d'exprimer sa douleur ou son inquiétude
 - Valoriser son comportement durant le soin
 - Distraire son attention durant le soin

Le praticien doit également anticiper les possibles mouvements corporels incontrôlés de son patient car ils peuvent pénaliser le déroulement du soin ou le blesser. Or ils sont souvent reproduits à l'identique par le patient et sont donc connus par l'entourage. Il est donc essentiel pour le professionnel de santé, avant de commencer l'acte en lui-même, de prendre le temps de « faire connaissance » avec son patient et son handicap. Ainsi, certaines précautions vont s'appliquer pour tel type de handicap tandis que d'autres seront spécifiques à un autre type (35).

En voici quelques exemples :

- Pour les patients autistes :

L'autisme est une maladie qui touche principalement le problème de la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, et est accompagné de déficiences dans les interactions sociales. Ainsi :

- Il faut s'adapter au degré de compréhension du patient, suivant les conseils de l'entourage. Le mode de communication visuel par des images ou pictogrammes est fréquemment utilisé.
- Chez les patients qui verbalisent peu, utiliser un langage simple et littéral.
- Utiliser l'approche du « tell-show-feel-do » pour gagner la confiance et la coopération du patient. Prendre le temps d'expliquer la procédure et de montrer les instruments.

D'un point de vue comportemental, les troubles tels que l'hyperactivité ou des réactions de frustration peuvent venir compliquer la prise en charge des patients. De plus, la nature invasive des soins dentaires peut induire des comportements violents voir auto-mutilatoires (exemple : se cogner la tête contre un mur) dans le but d'éviter la procédure de soin. Il faut donc bien veiller à créer une « rencontre » étape par étape :

- Utiliser les techniques de désensibilisation pour que le patient devienne familier du cabinet (à la fois les personnes, l'équipement et les lieux) par une procédure « pas à pas » en plusieurs visites : s'asseoir, ouvrir la bouche, brosser les dents....
- Quand le patient est prêt à bénéficier du traitement, réaliser une consultation courte et positive.
- Récompenser et féliciter après chaque étape de la procédure tout en ignorant les comportements déviants le plus possible. La plupart des accompagnants sont de bon conseil en cas de comportement déviant.
- Faire attention à l'environnement pour éviter les stimuli : pas de lumière dans les yeux, tenir les instruments hors de vue...

- Tenter de gagner la coopération du patient. Son comportement peut être amélioré par la présence d'un animal, d'une musique ou d'un accompagnant qu'il connaît bien.
- Si toutes ces techniques échouent, on peut aussi avoir recours à une prémédication sédatrice dans le but d'améliorer le comportement du patient. Cependant les effets sont difficilement prévisibles chez les personnes autistes (consigner toute tentative dans son dossier médical). (35)

- Pour les patients Infirmité Motrice Cérébrale, ou IMC :

Des mouvements corporels incontrôlés peuvent apparaître et venir pénaliser le déroulement des soins. Cependant, comme pour l'autisme, ces mouvements sont souvent reproduits à l'identique et sont donc connus par l'entourage. Il convient de porter une attention particulière à ces réactions, notamment en interrogeant son entourage. Il faut également veiller à :

- Travailler dans un environnement de soin calme et rassurant.
- Placer, dans la mesure du possible, les instruments, unités dentaires et scialytiques hors de portée.
- Permettre au patient d'adopter une position confortable, au besoin dans sa propre chaise, dans la limite des soins réalisables.
- Exercer une pression douce mais ferme sur les bras ou les jambes du patient s'il commence à trembler.
- Anticiper les troubles neuromusculaires (tels que les fausses routes) en adoptant une position de travail la plus confortable possible. (35)

2. Qualité des soins : en fonction de la difficulté et du mode de prise en charge

Nous avons pu le constater, l'accès aux soins dentaires de certaines populations est rendu plus difficile par l'existence d'un handicap, d'une phobie ou d'une fragilité particulière, d'ordre physique ou psychique qui nécessite des modalités de prise en charge spécifiques. Cependant, chacun doit pouvoir avoir droit aux mêmes possibilités thérapeutiques, quelques soient les moyens utilisés pour y parvenir. Offrir une qualité de soins aux personnes atteintes de handicap, c'est leur permettre l'accès à une offre de soins aussi vaste que celle des personnes valides et l'accès aux thérapeutiques les plus performantes (parodontologie, odontologie, endodontie, implantologie, ...).

◇ Décision du type de prise en charge :

Les patients non coopérants nécessitent des moyens de prise en charge plus complexes que d'autres. C'est lors de la consultation initiale avec le patient que le praticien va évaluer le comportement et la coopération du patient face aux soins. Il va ainsi décider de la technique de prise en charge adaptée à ses caractéristiques médicales et comportementales.

Il existe même des tableaux décisionnels permettant, selon le comportement, d'orienter sa méthode de prise en charge :

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

Tableau 3 : Tableau décisionnel du mode de prise en charge orale d'un patient porteur de handicap (Source : Cazes B. et Al.)

◇ Mode de prise en charge :

Ainsi, après étude du niveau de coopération du patient, une décision du mode de prise en charge est prise par le praticien. Ce dernier, une fois mis en place, va permettre une qualité de soin équivalente à une prise en charge standard.

- Soin conventionnel

Les patients les plus coopérants, sans réticence ou pouvant être rapidement apaisés par des méthodes classiques ou par les aidants, sont traités à l'état vigile au fauteuil en incluant simplement une approche spécifique adaptée à chaque patient, qu'elle soit d'ordre psychologique, comportemental ou ergonomique.

À l'inverse, les troubles cognitifs et les troubles du comportement rencontrés chez certains patients porteurs de handicap (exemple : autisme, trisomie 21, encéphalopathie, déficience mentale, IMC, polyhandicap) sont souvent une entrave à leur prise en charge dentaire et au déroulement des soins. L'anxiété est en effet souvent cause d'opposition, qu'elle soit physique ou verbale. Il est donc parfois nécessaire de recourir à la sédation chez ces patients.

- MEOPA

Le MEOPA, ou Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote, est un gaz ayant des propriétés :

- Anxiolytique
- Euphorisant
- Amnésiant
- Antalgique périphérique : la perception de la douleur est réduite

Ainsi, l'inhalation de MEOPA, ou Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote, permet de mieux gérer l'anxiété, de réduire l'importance des réflexes nauséux et des mouvements incontrôlés, fréquents chez les patients handicapés, et donc de réaliser les soins dans de meilleures conditions.

Ainsi la réalisation de soins conservateurs, de gestes chirurgicaux, de clichés radiologiques intra-buccaux et de prothèse devient possible. De plus, grâce à l'analgésie de surface créée par le MEOPA, la réalisation de l'anesthésie locale est facilitée et cela favorise l'exécution de la pratique dentaire.

Ainsi, dans de nombreuses études, la sédation consciente par inhalation de MEOPA a montré qu'elle constitue une alternative efficace à l'anesthésie générale chez ces patients. D'autant plus qu'il peut désormais être utilisé hors établissement de santé - et donc dans les cabinets dentaires - par les praticiens formés. Il faut cependant prévoir des moyens humains plus importants : le travail à « 6 mains » est nécessaire.

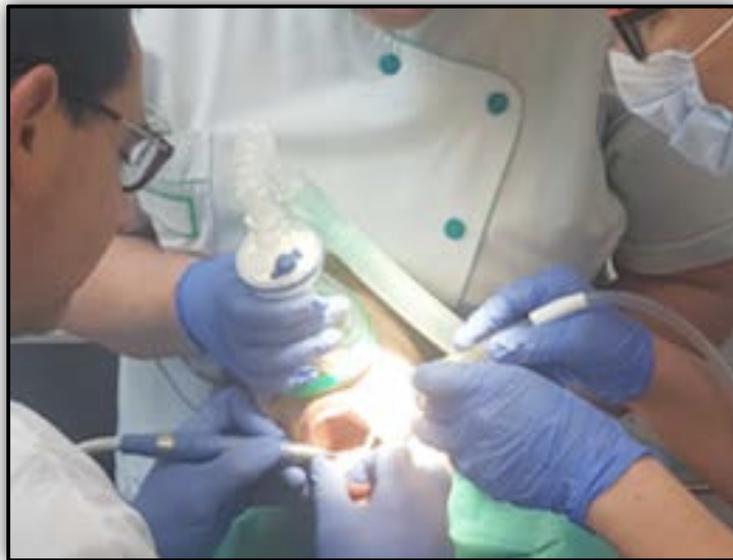


Figure 55 : Photographie d'un soin sous MEOPA réalisé par le Dr ANASTASIO pour un patient handicapé au CHR de Thionville (source : document personnel, 2017)

De plus, la possibilité de le combiner avec d'autres sédatifs tels que le le midazolam permet d'apporter une option supplémentaire pour les prises en charge des soins spécifiques complexes. C'est le cas lorsque le niveau de coopération du patient est trop faible ou quand il est en incapacité de subir des gestes plus invasifs.

- La sédation par voie intraveineuse

Elle va trouver ses indications en médecine et en odontologie, pour la prise en charge de patients peu ou pas coopérants (enfants très jeunes ou fortement anxieux, personnes en situations de handicap non coopérants, personnes phobiques).

Cette méthode efficace consiste à injecter au patient anxieux ou difficile à soigner une benzodiazépine : principalement le midazolam (Hypnovel®), reconnu pour sa rapidité et sa courte durée d'action. Par une action sur le système nerveux central, elle va avoir un rôle :

- Anxiolytique
- Hypnotique (à forte dose)
- Myorelaxant par inhibition des réflexes et du tonus musculaire
- Anticonvulsif (à faible dose)
- Sédatif
- Amnésiant antérograde de courte durée ; c'est à dire que le patient ne se souvient plus des évènements qui se produisent lors du pic d'activité maximal du produit (21)

Elle est cependant limitée à un faible nombre de séance (3 ou 5 selon la littérature), elle doit donc être utilisée une fois le plan de traitement établi. Elle présente également des contre-indications (hypersensibilité connue aux benzodiazépines, insuffisance respiratoire sévère ou dépression respiratoire aiguë, ...), des interactions médicamenteuses (certains antifongiques, antibiotiques macrolides, ...) et des effets indésirables (sédation prolongée, diminution de la vigilance, hallucinations, agitations, dyspnée, ...), notamment en cas d'hypersensibilité aux benzodiazépines, d'insuffisance respiratoire, de détresse respiratoire aiguë.

De plus, la voie d'administration de cette sédation est complexe et réduit le nombre de ses utilisateurs. En effet, elle est administrée en France par voie intraveineuse (la voie orale n'ayant pas d'AMM), ce qui exige une formation particulière du praticien ou la présence d'un anesthésiste qui administre le produit par la méthode de titration. Le patient doit être monitoré, il faut également prévoir des moyens d'assistance respiratoire à disposition.

Son utilisation est actuellement réservée à l'activité hospitalière en France. C'est pourquoi cette méthode, bien que très efficace, est encore assez peu utilisée (Moudjeb S et al, 2011).

Le Midazolam a donc largement prouvé son efficacité pour les prises en charges complexes des personnes handicapées, avec notamment ses propriétés amnésiantes qui permettent de diminuer le stress post traumatique de l'examen, la phobie du dentiste, et le refus de poursuivre les soins à venir. En effet, *une étude française menée auprès de 142 patients à besoins spécifiques soignés sous sédation par administration de midazolam décrit l'excellente efficacité de la procédure qui permet la réalisation d'au moins un acte dentaire dans 90% des cas* (Hennequin M, 2012). Son développement semble cependant freiné par son inconvénient majeur ; sa forme galénique injectable réservée à un nombre limité de praticiens formés, et ayant accès à un complexe hospitalier. (55)

En France, on lui préfère donc la méthode de sédation par MEOPA, grâce à son utilisation possible en cabinet de ville.

- Anesthésie Générale

L'anesthésie générale permet une suppression de la conscience induite par l'administration d'hypnotiques agissant sur le système nerveux central. Ainsi, le patient n'est plus éveillé, il ne réagit pas aux stimuli douloureux et a perdu ses réflexes pharyngolaryngés.

La question de l'anesthésie générale en chirurgie-dentaire se pose lorsqu'il est impossible de pratiquer les soins à l'état vigile sous anesthésie locale ou sous sédation consciente selon la coopération du patient ou l'importance des gestes à effectuer (édentations complètes, extractions multiples, patient polycarié, soins prothétiques...). Elle permet donc d'effectuer un ensemble de soins dans un temps réduit, et sans aucune interaction gênante du patient.

Cependant, elle ne doit pas être systématique, car c'est une intervention qui comporte des risques. De plus, l'anesthésie générale est limitée au cadre hospitalier et nécessite, pour sa réalisation, de grands moyens techniques et humains :

- Techniques : Il faut prévoir au préalable de déplacer toute l'instrumentation nécessaire à la réalisation des soins dentaires (cône radiologique, instrumentations : fraise, matériaux d'empreintes, de prothèse, d'implantologie, ...)
- Humains : La présence d'un anesthésiste est obligatoire. Il est le seul en mesure de réaliser l'AG. Il faut également rassembler une équipe pour le bon déroulement des soins au bloc opératoire : infirmières, aides-soignantes, ...

◇ **Possibilités thérapeutiques :**

Qu'il y ait présence ou non d'un handicap, les difficultés de prise en charge ne doivent en rien suffire à renoncer à un type de soin. Toute personne a droit aux mêmes possibilités thérapeutiques, même si cela engendre des stratégies de prises en charge différentes en fonction du patient et de ses troubles.

De plus, les personnes en situation de handicap représentent une population très touchée par les pathologies infectieuses, carieuses et parodontales. Les extractions quasi-systématiques des dents délabrées chez la personne en situation de handicap doivent donc diminuer, car celles-ci induisent le retrait prématuré des unités fonctionnelles postérieures. La baisse du coefficient masticatoire de ces patients est responsable de troubles de la mastication, de la déglutition et également d'un isolement social.

Nous l'avons vu ci-dessus, de nombreux modes de prises en charge existent et permettent désormais au praticien de proposer à tous ses patients la même qualité de soin. Voici la liste non exhaustive des différents soins pouvant et devant désormais faire partie de l'arsenal thérapeutique du praticien :

- Les soins parodontaux : curetage, surfaçage, chirurgie parodontale (si rapport bénéfice/risque favorable et aucune contre-indication). Le but est avant tout l'assainissement du parodonte.

- Les soins endodontiques : pulpectomie, voire pulpotomie (réalisée à la biodentine ou IRM®). Le but est de supprimer les douleurs d'origine pulpaire, parfois très intenses et ayant un impact important sur la qualité de vie du patient souffrant (isolement, refus de s'alimenter, dépression).
- Les soins prothétiques et/ou implantaires : afin de restaurer ou remplacer une dent altérée ou absente dans le but de rétablir des fonctions masticatoires favorables.

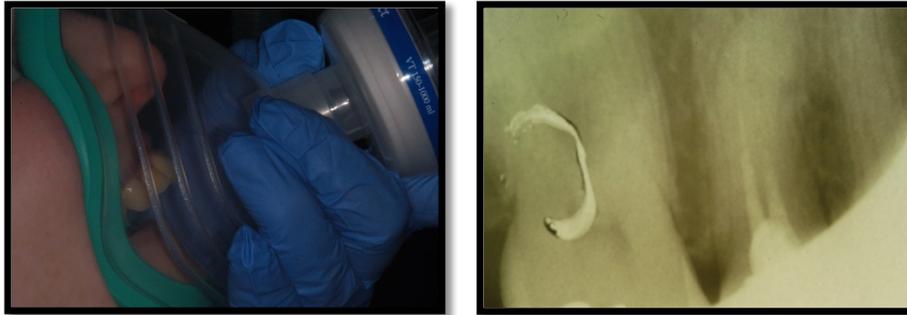
Ainsi, il revient au praticien d'observer chaque cas et d'anticiper chaque acte afin de choisir la méthode la plus appropriée à ses différents patients. En finalité, le but est d'offrir à tous la même qualité de soin. Cette dernière passe aussi par une répétition des séances (même de sédations ou d'AG si nécessaire) pour que le praticien puisse mener à terme son plan de traitement.

3. Exemples de cas cliniques :

Nous allons étudier trois cas cliniques réalisés au CHR de Thionville par le Dr ANASTASIO Daniel, qui permettent de montrer qu'une qualité de soin équivalente à celle des personnes « normales » est rendue possible en jonglant avec les différents modes de prises en charge, selon les déficiences du patient et le soin à effectuer.

Cas numéro 1 : Solène, 21 ans, atteinte du syndrome d'Angelman.

Le praticien, après étude des comportements et de la coopération de la patiente, choisit de réaliser l'examen clinique initial et les radiologies intra-buccales sous MEOPA. Il réalise ainsi un plan de traitement : des soins sont à faire, et sa dent numéro 15 est très fragilisée. La réalisation d'une couronne céramo-métallique est programmée sous Anesthésie Générale. Ainsi, pendant l'AG, les soins des dents cariées sont réalisés, ainsi que toutes les étapes prothétiques permettant la mise en place d'une CCM sur la 15 : taille périphérique de la dent, empreinte double-mélange, couronne provisoire. La pose de la couronne est ensuite réalisée lors d'une consultation ultérieure, sous MEOPA.



Figures 56 et 57 : Photographies de l'examen clinique initial et réalisation de radiographies intrabucales sous MEOPA (Sources : Anastasio D)



Figures 58, 59 et 60 : Photographies de la réalisation des soins et des actes prothétiques sous Anesthésie Générale (Sources : Anastasio D)

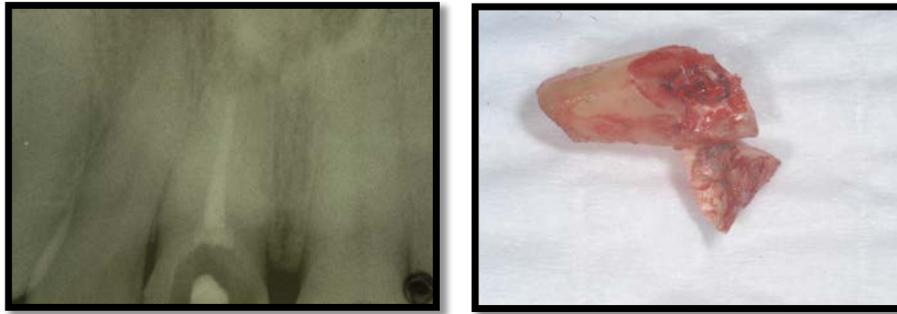


Figures 61, 62 et 63 : Photographies de la pose de la CCM sur 15 sous MEOPA (Sources : Anastasio D)

Cas numéro 2 : Thierry, adulte atteint de déficiences mentales légères.

Le patient comprend les informations apportées par le praticien lors du rendez-vous initial, il s'exprime simplement, le dialogue est donc possible. Ainsi, c'est à l'état vigile que le praticien va réaliser sa consultation et juger du plan de traitement : la dent numéro 11 est fracturée et non conservable.

Le praticien décide donc de réaliser une extraction-implantation immédiate sur 11 sous anesthésie générale, car le patient n'est pas en mesure de subir des soins trop invasifs. Quelques mois plus tard, les étapes d'empreinte du transfert d'implant et de la pose de la couronne céramo-métallique sur implant seront réalisées à l'état vigile.



Figures 64 et 65 : Photographies et radiographie de la fracture radiculaire de 11, réalisée à l'état vigile sur un patient en situation de handicap (Sources : Anastasio D)



Figures 66 et 67 : Photographies de la mise en place d'un implant sur 11 et empreinte, réalisés sous Anesthésie Générale (Sources : Anastasio D)



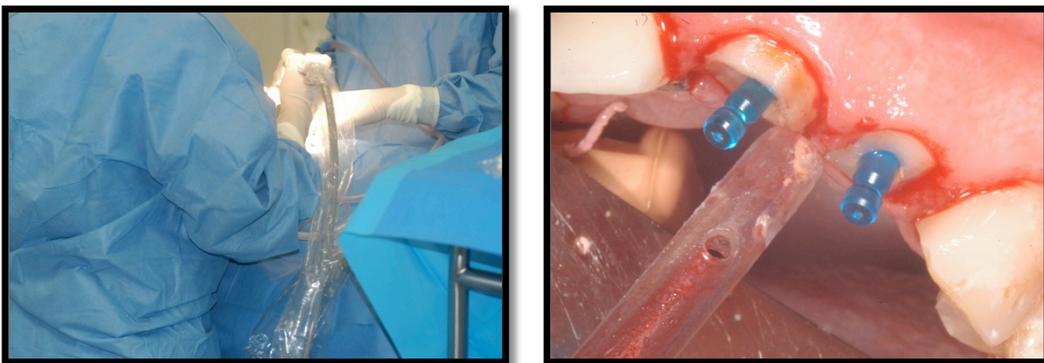
Figures 68 et 69 : Photographies la pose d'une CCM sur 11, à l'état vigile (Sources : Anastasio D)

Cas numéro 3 : FARID, adulte atteint de déficiences mentales sévères.

En observant le comportement et en jugeant de la coopération de ce patient lors de la consultation initiale à l'état vigile, le praticien réalise l'impossibilité de le prendre en charge autrement que sous anesthésie générale. De nombreux soins sont à réaliser, notamment la restauration prothétique de 21 et 22. Il faudra 2 anesthésies générales (réalisées à quelques mois d'intervalle) pour permettre d'arriver au bout du traitement : la première pour les soins de caries et la préparation des dents 21 et 22 (taillages, alésages, empreintes, provisoires...) et la seconde pour la pose des 2 couronnes solidaires céramo-métalliques 21 et 22.



Figure 70 et 71 : Photographies prises lors de la consultation initiale à l'état vigile
(Sources : Dr Anastasio D)





Figures 72 à 75 : Photographies prises lors de la première anesthésie générale pour la réalisation de soins et la préparation prothétique de 21 et 22 (Sources : Anastasio D)



Figures 76, 77 et 78 : Photographies prises lors de la deuxième anesthésie générale pour la réalisation de la pose des inlay-cores et couronnes céramo-métalliques de 21 et 22 (Sources : Anastasio D)

En conclusion :

- ➔ 3 patients atteints de handicaps différents
- ➔ 3 prises en charge différentes
- ➔ 3 stratégies gagnantes en terme de qualité de soin adaptée aux possibilités de prises en charge du patient.

Cependant, les cabinets libéraux n'ont pas tous accès à l'ensemble des moyens mis en œuvre pour ces prises en charge spécifiques (service hospitalier, formation). Il existe donc des mesures compensatoires mises en place ces dernières années afin de palier au maximum à ces problèmes de santé publique.

4. Mesures compensatoires :

1. L'exemple des réseaux de soin

◇ Les points forts :

▪ Les formations :

Des formations sont assurées par les réseaux de santé pour permettre aux professionnels de santé d'acquérir de nouvelles connaissances du « terrain d'action » et une aisance dans la prise en charge spécifique. Par exemple, dans les réseaux spécialisés dans la prise en charge du handicap et/ou de la personne âgée vulnérable, elles permettent de démystifier le handicap et/ou la vieillesse et d'appréhender des questions en rencontrant à la fois des personnes handicapées et/ou âgées et des professionnels du secteur médico-éducatif. Ainsi les réseaux de soins bucco-dentaires destinés à ces personnes en difficultés proposent un environnement rassurant pour les chirurgiens-dentistes qui favorise l'apprentissage par le partage d'expériences. C'est un décloisonnement qui fait progresser la pratique professionnelle. De plus, les praticiens apprécient de travailler à plusieurs, de disposer de méthodes et d'accompagnement, de pouvoir se tourner vers un ou plusieurs confrères organisés en cabinet « référents ».

▪ Les moyens techniques :

Si le premier recours doit rester le cabinet du chirurgien-dentiste libéral, plusieurs espaces complémentaires ont pu être créés : des centres de santé orale en milieu hospitalier pour réaliser des soins avec approche comportementale seule, sous sédation consciente (prémédication, MEOPA, hypnose) ou sous anesthésie générale. Il faut en effet réunir, dans ces lieux, les conditions d'un exercice facilité pour ces professionnels confrontés aux besoins spécifiques des patients. Cela permet de rompre l'isolement face aux difficultés de prise en charge de ce public, de bénéficier d'un espace de soutien et d'échange de pratiques, de faire évoluer les représentations du handicap/de la vieillesse et de l'exercice professionnel.

▪ Un avantage pour tous :

Le réseau de santé est une structure de référence et de coordination dont le but est de fournir à chaque acteur et pour chaque situation, une réponse adaptée, graduée en fonction des besoins. Il met en lien sur un territoire les compétences et les besoins d'une population :

- Le **soignant**, qui bénéficie dans ce cadre de protocoles de soins et de formations. Il a la possibilité d'avoir des interlocuteurs spécialisés répondant à ses attentes.
- La **personne handicapée ou âgée**, qui trouve une réponse adaptée à ses besoins de même que les familles et les établissements médico-sociaux.
- Les **établissements et services médico-sociaux**, qui sont bénéficiaires de l'action des réseaux et sont susceptibles d'offrir leur expertise comme ressource.
- L'**État**, qui bénéficie de l'expérience des réseaux en santé publique pour promouvoir la coordination des soins. Ainsi, les acquis et l'apport de ces réseaux de santé pour le système de santé national légitiment leur positionnement et leur contribution actuelle à la coordination des soins.

A ce jour, ces réseaux apportent des réponses locales ponctuelles aux besoins des personnes handicapées et/ou vulnérables dépendantes, pour pallier au manque d'offres nationales de soins spécifiques.

◇ Les points faibles :

▪ Une grande hétérogénéité de spécialisations, une mauvaise répartition sur le territoire :

En raison de leur spécialisation par pathologie ou par population, le panorama des réseaux de santé est très éclaté. Pour preuve, même en regroupant les types de réseaux de santé médicaux par grandes thématiques, le rapport du FIQCS, ou Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, recense 20 ensembles très divers.

Les réseaux peuvent être spécifiques à certaines populations (personnes âgées, handicapées, femmes enceintes par exemple) ou à des pathologies (diabète, cancer...), mais peuvent aussi être généralistes.

De plus, on dénombre une grande disparité dans la répartition géographique des réseaux de soin en France (Fig. 78). Certaines régions en sont dépourvues tandis que d'autres proposent une multitude d'offres pour diverses demandes de soins. Pour exemple, prenons le cas de l'Île de France qui compte 81 réseaux soit 11% du total des réseaux alors que l'Alsace n'en compte que 23 et la Corse seulement 4.

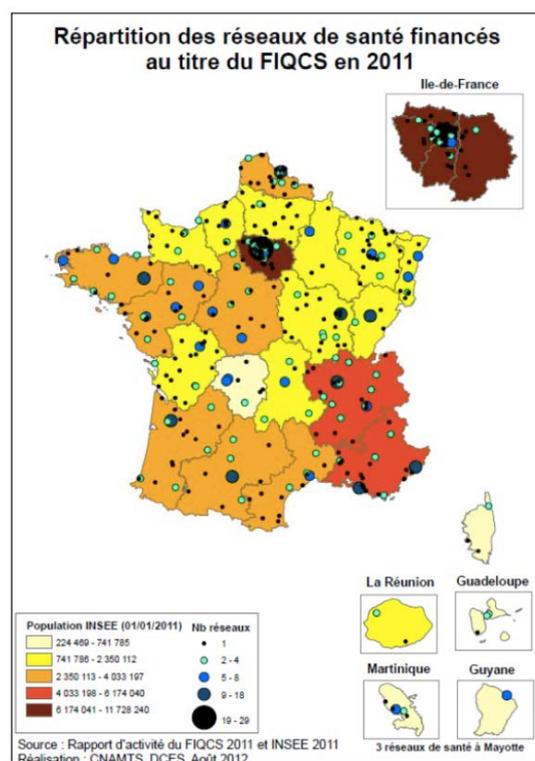


Figure 79 : Rapport d'activité du FIQCS 2011 et INSEE 2011 (sources : CNAMTS, 2012)

▪ Les rémunérations variables des praticiens

Les rémunérations des praticiens varient d'un réseau à l'autre. Dans certains réseaux « ville – hôpital », les praticiens sont rémunérés par vacation ou selon une logique de « forfait ». Par exemple, la rémunération est de 50 euros de l'heure pour une vacation de 3 heures.

Cependant, certains praticiens intervenants dans le réseau ne sont pas toujours rémunérés et interviennent bénévolement. Une situation jugée non « acceptable » par le Dr Christian Couzinou, président de l'Ordre National des Chirugiens-Dentistes (ONCD). En effet, il considère que les praticiens doivent être rémunérés pour des actes de haute technicité parce que les personnes handicapées doivent avoir accès aux mêmes « prestations » (compétences et plateau technique) que n'importe quel autre patient, il ne s'agit pas d'une médecine parallèle ou humanitaire ; « Il faut une intégration vraie, une intégration non-caritative ». (70)

- La tutelle de l'état :

Dans les années 2000, dans un contexte de tensions budgétaires, la multiplication des réseaux de santé sur les territoires a posé le problème du financement de leur développement et de leur fonctionnement.

C'est pourquoi, à travers la loi du 4 mars 2002 (relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé), l'État a définitivement couronné la notion de réseau et encadré le budget dans le système de soins.

Tout d'abord, elle reconnaît les réseaux de santé « comme étant des intervenants du système de santé au même titre que les établissements, les professionnels, les organismes d'assurance maladie, ainsi que tous les autres organismes participant à la prévention et aux soins tout comme les autorités sanitaires ».

Ensuite, elle est venue compléter la loi de financement de la sécurité sociale avec son article L6321-1 « Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale ». La loi de 2002 renforce donc le pilotage des réseaux par les pouvoirs publics en les inscrivant dans la planification régionale et faisant de la formalisation de leur fonctionnement une condition de financement.

Cependant, l'institutionnalisation d'un réseau et son financement supposent un cahier des charges conforme aux règles administratives des financeurs et des autorités sanitaires régionales. Les règles du jeu doivent être formalisées, les relations deviennent contractuelles, les moyens octroyés ont pour contrepartie l'imposition d'un certain nombre de contraintes. Le réseau échappe ainsi à son « créateur », jusqu'alors libre et autonome, car la pérennité du financement dépend officiellement de l'atteinte d'objectifs contractuels en cohérence avec une politique régionale.

L'État, à travers la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), s'est donc emparé de cette question et a permis l'élaboration d'un cadre de référence des réseaux de santé à destination des ARS illustré par un « Guide méthodologique ».

Ainsi, les réseaux de santé doivent désormais répondre aux exigences de qualité et d'efficacité qu'exigent les fonds publics pour toucher l'aide du FIQCS ou Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins, intégré depuis 2012 dans le Fond d'Intervention Régional, ou FIR (créé par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012). La réallocation des ressources du FIR doit en effet se justifier sur des auto-évaluations précises qui correspondent à des actions concrètes qui découlent d'objectifs signés entre les promoteurs des réseaux et les instances de tutelle : l'ARS conclut alors un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec la structure promotrice. (117)

Or, le problème est que les systèmes de normes sont multiples et correspondent aux attentes des institutions de tutelle (DGOS, ARS) et des populations des territoires qu'elles gèrent. Il existe donc une problématique entre les instances et les réseaux ; celle de connaître la légitimité des réseaux au regard des attentes de la tutelle et comment la démontrer au travers de ce système d'auto-évaluation. La comparaison entre les objectifs et activités fixés par la tutelle d'un côté et les objectifs et activités décrits par les coordonnateurs de l'autre, permet de mettre en évidence l'existence d'activités non prévues par la tutelle, qualifiées d'activités « invisibles ». Certains réseaux de santé n'ont alors légitimement pas droit aux aides de l'Etat, bien que leur utilité ait été largement prouvées au sein de la population concernée. Ainsi, entre 2013 et 2016, environ 20 % des réseaux de santé ont disparu... (132)

Concernant les réseaux de santé bucco-dentaire, la création de nombreux réseaux de soins oraux spécifiques dans la dernière décennie fait apparaître qu'elle n'est pas encore naturellement intégrée dans les parcours de santé coordonnés autour du projet de vie de la personne handicapée et/ou vulnérables. Ainsi, l'accès à la santé bucco-dentaire dépend encore en grande partie des initiatives locales, qui doivent se battre au quotidien pour rester « dans les rails » des exigences imposées par la tutelle de l'État. On en dénombre plus d'une vingtaine aujourd'hui en France (ONCD, Juin 2017), qu'ils soient spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes (ex : Réseau Domident 31), celle des personnes atteintes de maladies invalidantes (ex : Réseau Santé Sud Yvelines) ou celle des personnes handicapées (ex : Réseau Handident).

◇ **L'exemple de Handident Alsace :**

Créé en 2009, ce réseau de santé assure une prise en charge buccodentaire, spécifique, de qualité, adaptée à la personne handicapée, s'appuyant sur une chaîne d'acteurs : praticiens odontologistes, centre de référence, établissements de santé, établissements médico-sociaux dans la région Alsacienne.

Ce réseau accueille les personnes porteuses de handicaps mentaux, psychiques moteurs et sensoriels, adultes et enfants et est le seul à leur assurer une totale continuité des soins. Il permet également un dépistage systématique dans les institutions adhérentes. Il se charge également de former annuellement, le temps d'une journée, les praticiens de ville mais également le personnel accompagnant, à la prise en charge spécifiques de ces populations.

Les objectifs opérationnels du Réseau Handident, attendus par l'HAS, sont totalement respectés. L'organisation de la prise en charge des patients s'effectue en « niveaux de soins » et permet d'offrir un véritable choix de prise en charge, adaptée selon la nature des soins et l'encadrement de la personne handicapée.



Figure 80 : Slogan « HANDIDENT » (source : site internet Handident)

Voici l'organisation en trois « niveaux de soins » :

T **Les cabinets ressources** = praticiens libéraux de ville, centres de santé dentaire. La cellule de coordination propose une liste des cabinets des praticiens du réseau situés, autant que possible, à proximité du lieu de résidence de la personne porteuse de handicap. Ainsi, le patient a le libre choix de son praticien inscrit dans le réseau.

Couverture géographique du réseau Handident

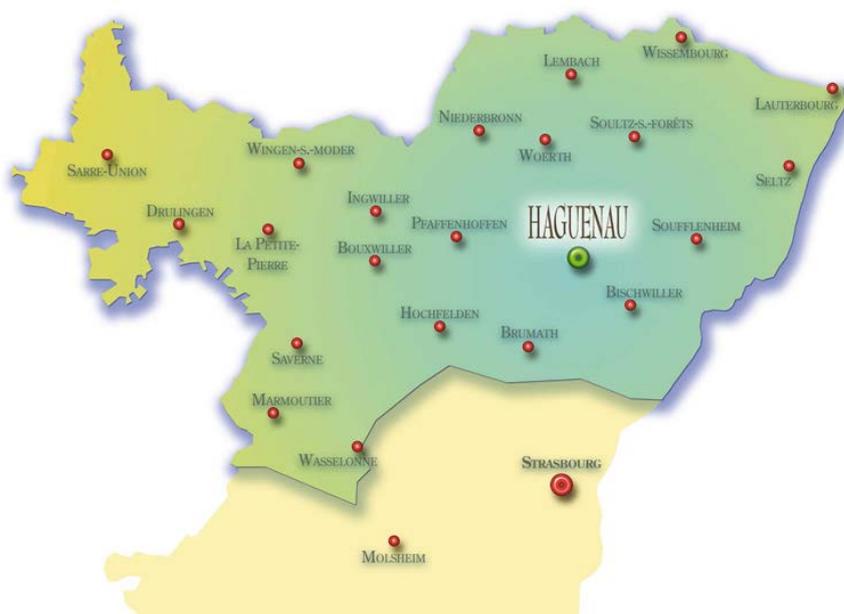


Figure 81 : Répartition géographique des cabinets ressources du réseau Handident Alsace, (source : site internet Handident)

T **Le centre Handident** = une structure dédiée dans les locaux de la clinique Saint François à Haguenau pour des soins spécifiques difficiles et la mise en place de la prévention

T Le plateau anesthésique de la clinique Saint François = un établissement de santé équipé en cas d'intervention nécessitant une anesthésie générale.

Jointe et interrogée par mail, Sylvie Albecker, Présidente du réseau Handident Alsace qualifiée en médecine bucco-dentaire, nous explique un peu plus les modalités de son fonctionnement :

Les intervenants sont une équipe de 29 chirurgiens-dentistes, en coopération avec des médecins anesthésistes. Pour s'engager aux côtés d'Handident, ils ont dû signer une charte et s'engager à suivre les formations proposées, sous le contrôle régulier d'un comité scientifique. Ces formations se passent le jeudi soir, de 19h à 21h et finissent sur un « stammtisch » (= réunion) où les praticiens se retrouvent pour échanger sur leurs nouveaux acquis et partager leur expérience. Voici une liste non exhaustive des formations proposées :

- « Dédramatisons l'épilepsie ! »
- « Discussion de choix thérapeutiques »
- « Le point sur les solutions possibles pour éviter le bavage chez les personnes en situation de handicap »
- « Enjeux thérapeutiques pour la personne en situation de handicap/Prise en charge dans un réseau de soins »
- « Prise en charge des patients porteurs de syndromes comportant une déficience mentale et/ou des troubles du comportement »

Les praticiens obtiennent une prestation dérogatoire de 50% sur tous les actes pratiqués (exemple : sur une consultation de 23 euros, le praticien recevra une prestation dérogatoire de 11,50 euros). « Nous n'avons pas de forfait à l'heure, partant de la constatation, qu'un travail rapide est ce qui convient le plus à notre patientèle. » nous explique le Dr Albecker.

Concernant le financement, les subventions du réseau proviennent de l'ARS, après « d'après négociations » autour du CPOM. Ce réseau suscite pourtant l'intérêt de cette dernière puisqu'il a reçu de nombreux prix, notamment celui de la « Certification HAS », obtenu le 4 décembre 2015, signe d'une belle collaboration entre la tutelle et l'institution de santé. Cependant, il semblerait qu'il reste encore du chemin avant une entière collaboration entre les différents partis.

En effet, interrogée sur l'amélioration que l'Etat pourrait, selon elle, apporter aux réseaux, elle nous explique : « L'amélioration majeure, serait celle de la pérennité des aides. Tous les 6 mois nous devons nous battre avec l'ARS qui nous demande chaque fois plus avec chaque fois moins. Un exemple, l'an dernier notre activité de soins a augmenté de 40% et nous n'aurons pas un centime de plus cette année... Nous aimerions aussi avoir des interlocuteurs, côté ARS, qui s'intéressent au terrain. Ils ne sont jamais venus voir notre travail, ni nos locaux. C'est absolument consternant ».

Une enquête épidémiologique (transversale simple) a été réalisée par le Dr Albecker auprès de ses 41 établissements médico-sociaux membres du réseau et le constat est pourtant très révélateur de leur efficacité : « tous les établissements, sans aucune exception, sont tout à fait satisfaits de notre travail. Cette totale continuité des soins proposée à nos patients « différents » offre une inclusion dans la normalité. »

Il semblerait donc intéressant de s'inspirer de ces bonnes pratiques pour bâtir une stratégie de formation proposée à l'ensemble de la profession dentaire, et soutenue sans barrière par l'État.

2. Préconisations

Nous avons pu l'observer tout au long de ce travail, l'accès aux soins et la prise en charge bucco-dentaire pour tous tend à nettement s'améliorer au fil de ces dernières années. Il reste cependant des points à améliorer afin de rattraper le retard observé ; et obtenir, à terme, un accès à la santé et à la qualité des soins uniforme et généralisé, et une prise en charge adaptée à tout type de patientèle...

◇ La formation :

Elle est un des piliers majeurs de l'avancée de cette grande mission de santé publique, et mérite encore d'être peaufinée. Voici quelques propositions recensées ces dernières années auprès de professionnels de santé et d'analystes en santé publique concernant la formation :

➤ Des étudiants :

1. **Une évolution de la formation initiale** est à prévoir, car elle ne propose actuellement que peu d'enseignements spécifiques, et de manière trop aléatoire dans les différentes facultés. Dans les programmes à venir, l'État aurait annoncé que la problématique du handicap a été fortement valorisée. Des modules de formation spécifiques pourraient être programmés dans les cursus de formation des carrières médicales, en insistant sur la notion d'accompagnement. Cependant, il faudrait faire en sorte que ces nouvelles orientations soient mises en application dans les universités de manière obligatoire, et non facultative comme c'est souvent le cas actuellement. Cela permettrait ainsi d'obtenir un parcours de soins "sans rupture d'accompagnement" ; c'est en tout cas l'ambition proposée par le rapport de Pascal Jacob.
2. **Une meilleure coopération avec le secteur médico-social** devrait se mettre en place. En effet, certains réseaux de soins bucco-dentaires interviennent déjà en coopération avec des étudiants de 6ème année en chirurgie dentaire dans les établissements médico-sociaux (ex : le réseau SDS Bretagne). Le but serait de rendre ce programme obligatoire à tous les étudiants. Concrètement, cette proposition pourrait prendre la forme d'un stage d'une quinzaine de jours permettant de confronter les futurs professionnels du soin aux personnes handicapées, pour qu'ils acquièrent une bonne connaissance des réalités du handicap.

3. **La création d'une spécialité** reconnue et soutenue par l'État dans les soins spécifiques permettrait de « pousser » les futurs professionnels de santé à se renseigner sur cette spécialisation, et à travers une formation initiale plus développée sur le sujet, créer des possibles vocations. Cette spécialité pourrait s'ajouter aux 3 autres existantes à l'issue de l'internat en chirurgie-dentaire : Orthodontie Dento-Faciale, Médecine Bucco-Dentaire et Chirurgie Orale.

➤ Des praticiens :

4. **Une évolution de la formation continue** est à prévoir. Il faudrait envisager une formation plus poussée et généralisée des praticiens, notamment concernant la prise en charge des patients handicapés et dépendants. Ceci leur permettrait de connaître les spécificités de chaque déficience ainsi que les pathologies associées, qu'elles soient bucco-dentaires ou médicales. Ces formations théoriques seraient complétées par des visites en institutions spécialisées pour prendre conscience des problèmes spécifiques rencontrés, ou même inclure des stages hospitaliers au sein de centres odontologiques prenant en charge cette population spécifique. (8)

5. **Une valorisation des compétences "handicap"** dans les carrières hospitalières, en favorisant les formations diplômantes universitaires, permettrait la recrudescence des carrières spécialisées, au moins en partie, dans la prise en charge des personnes vulnérables dépendantes.

6. **Une priorisation de la formation des soins spécifiques** dans le cadre de la formation continue. Cela permettrait d'augmenter de manière conséquente le nombre de cabinets libéraux capables d'accueillir et soigner les personnes vulnérables dépendantes.

➤ Du personnel médico-social :

7. **Une amélioration des formations du personnel soignant et accompagnant** des établissements médico-sociaux. Ces derniers seraient poussés à proposer des formations à leurs professionnels, et même aux aidants familiaux, sur différents thèmes concernant la santé orale (gestes du quotidien, prévention bucco-dentaire, troubles de la déglutition, fausses routes...). Ouvrir des terrains de stage dans les ESMS pour les professionnels du secteur sanitaire et dans les structures sanitaires pour les professionnels du secteur médico-social permettrait aux personnes formés d'acquérir une expérience sur le terrain, et pouvoir partager ensuite leur savoir en intervenant dans les enseignements des facultés. Le but : échanger les savoirs et les compétences entre tous les acteurs à tous les niveaux de formation. (127)

8. **Une meilleure intégration des compétences partenariales** dans le parcours d'acquisition des compétences : elle est nécessaire à la mise en œuvre d'un projet construit et organisé dans le souci de s'adapter aux choix de la personne (partenariat avec la personne elle-même ou ses proches, et avec la diversité des professionnels concourant à la mise en œuvre du projet). (19)

9. **Une meilleure écoute des problématiques des patients :** l'expertise des personnes handicapées elles-mêmes et celle de leurs proches est essentielle. Ils ont une connaissance irremplaçable du vécu dans tous les types de déficience. Leur expertise, souvent très pointue, est reconnue aujourd'hui indispensable pour former les personnes qui vont travailler avec eux, sous condition d'une compétence à formaliser leur expérience de façon à ce qu'elle constitue un apport réel dans le dispositif de formation global. Cette démarche est encore peu développée en France. (127) (19)

◇ La reconnaissance de l'État

Pour améliorer la prise en charge des personnes handicapées au cabinet dentaire il faudrait commencer par assurer une reconnaissance de la spécificité de la prise en charge ; une reconnaissance d'abord professionnelle et morale, puis logiquement, financière.

○ Professionnelle et morale

Nous l'avons vu précédemment, la prise en charge d'une personne vulnérable dépendante nécessite bien plus que les seules compétences de chirurgien-dentiste. Les praticiens réclament donc la reconnaissance d'un temps passé de consultation plus long et plus complexe.

Il est souvent évoqué dans la littérature les échecs et les refus des chirurgiens-dentistes à recevoir un patient handicapé, on parle même parfois de « discrimination » du corps médical envers ces personnes « différentes ». C'est pourtant négliger de reconnaître que nombre d'entre eux acceptent de recevoir des personnes handicapées. En effet, certains praticiens réservent une partie de leur planning hebdomadaire pour recevoir les patients handicapés, d'autres prévoient systématiquement le temps de deux patients et doivent « préparer » le cabinet à l'arrivée d'un fauteuil roulant. Ces personnes vulnérables demandent plus de temps et de moyens, tout comme ils nécessitent de plus larges connaissances médicales et socio-médicales pour adapter le soin et la prise en charge. Un investissement professionnel et moral qui commence seulement à être reconnu en France...

○ Financière

Lorsque l'on vient reprocher aux praticiens un manque de prise en charge des patients handicapés et/ou âgés dépendants, tous s'accordent à dire que ceci s'explique très simplement : elle vient perturber le rythme « classique » du reste de l'activité du praticien et elle est donc économiquement dommageable.

Ainsi, pour pallier à ce déséquilibre financier, les pouvoirs publics ont eu une mission : revaloriser le tarif des actes de soins spécifiques pour les personnes handicapées. Il semble en effet urgent et nécessaire de reconnaître la spécificité de la prise en charge du handicap en termes financiers. Deux paramètres légitiment cette demande : la durée et la complexité de l'acte. L'un et l'autre paramètre étant augmentés, il ne paraît pas déplacé d'envisager une augmentation de tarif.

La réforme du gouvernement concernant la tarification des soins dentaires lancée en 2017 par la précédente ministre de la santé Mme Marisol Touraine a été mise en place en ce sens, c'est à dire pour « faciliter l'accès aux soins des patients atteints de handicap mental sévère, rendant difficiles voire impossibles les soins au fauteuil en cabinet ». Ainsi, à partir du 1er janvier 2018, la consultation avec un patient « atteint de handicap psychique et/ou moteur sévère » sera revalorisée de 60 euros ; elle reviendra donc à 83 euros, contre les 23 actuels. En cas d'utilisation des techniques de sédation consciente, telle que le MEOPA, dans le respect de l'ensemble des conditions réglementaires encadrant son usage, le forfait spécifique pourra atteindre 90 euros. De plus, certains actes dentaires vont être revalorisés, notamment les soins conservateurs et de prévention (carie, détartrage) qui concernent prioritairement les personnes en situation de handicap mental.

Selon Pierre Lagier, responsable de la mission santé au sein de l'UNAPEI, reste une notion à définir, celle de handicap « sévère ». Le texte précise que « seraient concernés les patients bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la Prestation de compensation du handicap (PCH) atteints d'handicap mental et/ou psychique sévère ».

Les réformes actuelles montrent donc bien une volonté commune pour améliorer l'accès pour tous dans les meilleures conditions. Cependant, il faudra quelques années de recul pour observer leur efficacité. Et il semblerait déjà que les textes de lois, en se limitant à une catégorie de personnes handicapées, n'ait pas encore tout à fait les moyens de pallier le manque global d'accès aux soins.

◇ S'inspirer des réseaux locaux pour mettre en place un système national ?

Les réseaux de soins dentaires, issues d'initiatives individuelles de chirurgien-dentiste dans une logique de compensation du handicap, ont permis d'élaborer un système de santé efficace pour les patientèles « complexes » ou « spécifiques ».

Cependant, 92% de la profession dentaire exerce en libéral, il faut donc trouver un moyen d'assurer et coordonner les soins des personnes vulnérables dépendantes par le secteur libéral. Il ne s'agit donc pas de « créer des réseaux » mais de « mettre en réseau » des structures de santé accessibles à tous parmi lesquelles certaines permettent de compenser le handicap.

C'est d'ailleurs la mission principale défendue par l'association SOSS, qui rassemble depuis 2011 des professionnels de la chirurgie dentaire décidés à « fédérer » les réseaux, soutenir toute initiative œuvrant pour un meilleur accès aux soins mais surtout à porter « auprès des pouvoirs publics des recommandations et propositions qui répondent à son objet ».

Il semblerait donc possible d'envisager une offre de soins dentaires sur 3 niveaux :

- Cabinets de ville libéral
- Structures adaptées aux techniques de sédation (qui peuvent aussi être des cabinets de ville avec équipe dentaire formée et matériel approprié),
- Plateaux techniques de type hospitalier (pour les anesthésies générales, sédations profondes, IV)

Ainsi, à terme, et dans l'idéal, les réseaux de santé pourraient être remplacés par des « centres de recours » locaux (a minima au niveau régional) qui s'inscriraient en complément et en soutien des chirurgiens-dentistes de ville, en proposant un plateau technique plus complet (permettant des anesthésies générales pour les cas les plus difficiles, en cas d'échec à la prise en charge traditionnelle).

Les praticiens libéraux n'auraient donc plus à rentrer « dans un réseau », mais travailleraient naturellement « en réseau », autrement dit « en lien » avec d'autres professionnels et structures de santé. Bien évidemment, cette ambition ne remettrait pas en cause l'existence des réseaux mais elle ouvrirait le concept même de réseau à l'ensemble de la profession dentaire et conserverait les « centres de recours » si besoin. De plus, la méthodologie construite par certains réseaux de soins pourrait être copiée, notamment celle de désigner des « centres de référence » pour le reste des confrères (comme c'est déjà le cas dans certains réseaux tels que Handident), ou encore celle qui concerne la rémunération des praticiens, un domaine à améliorer dans la perspective d'une revalorisation des actes en faveur de toutes les personnes vulnérables dépendantes.

◇ Viser une amélioration de la qualité des soins :

- Permettre aux praticiens, notamment libéraux, d'avoir un accès plus facilité aux différents modes de prise en charge : Démocratiser la formation MEOPA lors de la formation initiale.
- Mettre en œuvre tous les moyens techniques disponibles pour améliorer l'offre de soins : ceci pour permettre aux personnes vulnérables d'avoir accès à toutes les possibilités thérapeutiques (parodontales, endodontiques, prothétiques et implantaires) et limiter ainsi les extractions systématiques.

Dans tous les cas, un principe indispensable, mais pourtant trop récent, est à conserver quelques soient les améliorations apportées dans les prochaines années : celui d'inciter les professionnels de santé à aller vers ces personnes en demande de soin et non l'inverse. C'est en effet à la société de s'adapter à ces populations vulnérables dépendantes qui, par définition, nécessitent l'aide d'autrui...

Conclusion

Tandis que la population Française vieillit et apporte avec elle son lot de handicap, la prise en charge orale de la personne vulnérable dépendante est plus que jamais d'actualité. Les soins dentaires représentent en effet un enjeu particulièrement important pour les personnes en situation de vulnérabilité dans la mesure où une mauvaise santé bucco-dentaire influe négativement sur la santé et sur l'intégration sociale.

Il est alors apparu essentiel d'améliorer le système jugé « discriminatoire » par des enquêtes effectuées tardivement à la fin du XX^e siècle. Ainsi, souvent au centre des discussions ces dernières années, l'avenir de l'accès aux soins des personnes vulnérables dépendantes est devenu prometteur, notamment grâce à la mise en place de lois en leur faveur et de la création réseaux de soin, permettant une nette amélioration de la prise en charge « spécifique ».

Cependant, la demande est pour le moment bien plus élevée que l'offre de soin, et les moyens sont encore trop limités. C'est pourquoi il est nécessaire et urgent que tous les chirurgiens-dentistes prennent conscience de la nécessité de remplir leur mission de santé publique et de s'impliquer unanimement auprès de cette population défavorisée, à l'aide des différents moyens récemment mis en place. Mais pour ce faire, le soutien de l'État est essentiel, notamment pour apporter un soutien financier et démocratiser les formations « spécifiques ».

Seule une collaboration solidaire entre le gouvernement et les professionnels de santé permettrait donc un accès aux soins oraux universel, objectif final souhaité par tous et pour tous.

Bibliographie

1) Agence nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale

L'accompagnement à la santé de la personne handicapée [Internet]. 2013 [consulté le 29 mars 2017]. Disponible : http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Accompagnement_sante-Juillet_2013.pdf

2) Agence Régionale de Santé (ARS)

Améliorer la connaissance des besoins et de l'offre [Internet]. 2010 [consulté le 16 juin 2017]. Disponible sur : <http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=329>.

3) Agence Régionale de Santé (ARS).

Formation des professionnels (Handicap) [Internet]. 2017 [consulté le 8 juin 2017] Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/formation-des-professionnels-handicap>

4) Agneaux F, Balland E, Quirion G, Roehr A.

Etude du poste de chirurgien-dentiste au sein du CHRU de Nancy-Brabois [Mémoire de Master BioSciences et Ingénierie de la Santé]. [Nancy] : Université de Lorraine : 2017.

5) Allison PJ, Hennequin M, Faulks D.

Dental care access among individuals with Down syndrome in France. *Special Care Dentistry*. 2000; 20(1): 28-34.

6) American Association of Pediatric Dentistry.

Reference Manual [Internet]. 2016. Definition of special health care needs; p. 16. Disponible sur : http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/d_shcn.pdf

7) American Association of Pediatric Dentistry.

Reference manual [Internet]. 2004. Guideline on management of persons with special health care needs; p. 166-71. Disponible sur : http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_shcn.pdf

8) Anastasio D, Hein-Halbgewachs L, Droz D, Gerard E.

Handicap et odontologie : propositions d'avenir. Actual Odonto-Stomatol. 2008 ; (239) : 277-287.

9) Anastasio D, inventeur ; Centre Hospitalier Regional Metz Thionville, demandeur.

Oral accessibility device. European patent EP2552294 [Internet]. 2013 [consulté le 22 juin 2017]. Disponible sur : <https://register.epo.org/application?number=EP11717339>

10) Anders PL, Davis EL.

Oral health of patients with intellectual disabilities : a systematic review. Spec Care Dentist. 2010; 30 (3): 110-7.

11) Association « Handicap ».

Définitions et classification des handicaps [Internet]. 2013 [consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur : <https://informations.handicap.fr/art-definition-classification-handicap-cih-oms-874-6029.php>.

12) Association « Handicap ».

Les maladies invalidantes [Internet]. 2013 [consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur : <https://informations.handicap.fr/cat-maladies-invalidantes-75.php>

13) Aulagnier M, Gourheux J-C, Paraponaris A, Garnier J-P, Villani P, Verger P.

La prise en charge des patients handicapés en médecine générale libérale : une enquête auprès d'un panel de médecins généralistes en PACA en 2002. Ann Réadapt Méd Phys. 2004 ; 47(3) : 98-104.

14) Barcet A, Bonamy J, Grosjean M.

Une innovation de service par la mise en réseau de services. Économies et Sociétés. 2003 ; (5) : 1897-1916.

15) Bellier F, Chesnel G, Emeraud P, Granowski O, Mauferon M, Nkonguep H, et al.

Environnement des personnes en situation de handicap et accès aux soins [Module interprofessionnel de santé publique]. Paris : Ecole des hautes études en santé publique ; 2010. 34 p.

16) Bercot R, De Coninck F.

Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? Paris : L'Harmattan ; 2006 : 148 p.

17) Bercot R, De Coninck F.

Réseaux de santé : nouvelles solidarités, nouvelles relations de services, Rapport pour le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Paris : L'Harmattan ; 2002. 42p.

18) Besbes M, Martial F, Naudy-Fesquet I, Roosz P, Tronyox J.

Tableaux de l'économie Française : édition 2017. Paris : INSEE ; 2017. p. 96-77.

19) Biotteau C, Caron J, Colonna J, Hayart F, Husse C, Jausseran M et al.

Pour une santé accessible aux personnes handicapées mentales [Internet]. 2013 [consulté le 8 juin 2017]. Disponible sur :

http://www.unapei.org/IMG/pdf/Livre_Blanc_Unapei_Pour_Une_sante_accessible_aux_personnes_handicapees_mentales.pdf

20) Bodineau-Mobarak A, Veille-Finet A, Tenenbaum A.

Hygiène et entretien des prothèses dentaires amovibles. Soins Géront. 2008 ; 13(70) : 45-6.

21) Bolon M, Boulieu R, Flamens C, Paulus S, Bastien O.

Sédation par le midazolam en réanimation : aspects pharmacologiques et pharmacocinétiques. Ann Fr Anesth Réanim. 2002 ; 21(6) : 478-492.

22) Bonnin, M, Daigne M, Farsi F, Grémy F.

Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique. Santé Publique. 2004 ; 16(1) : 133-146.

23) Borreani E, Wright D, Scambler S, Gallagher JE.

Minimising barriers to dental care in older people. BMC Oral Health. 2008; 8(7): 1-15.

24) Borromeo GL, Mawt L.

The use of general anesthesia to facilitate dental treatment in adult patients with special needs. J Dent Anesth Pain Med. 2017; 17(2): 91-103.

25) Boulland P, Favier JC, Villevieille T, Allanic L, Plancade D, Nadaudj, Ruttimann M.

Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA). Rappels théoriques et modalités pratiques d'utilisation. Ann Fr Anesth Réanim. 2005 ; 24(10) : 1305-12

26) Bouvier G.

L'enquête Handicap-Santé : présentation générale [Internet]. 2011 [consulté le 17 juin 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380971>

27) Bret E.

Dépendance et insuffisance respiratoire chronique. Sc Soc Santé. 2007; 25(4) : 49-82.

28) British Society for disability and oral health (BSDH).

Guidelines for Oral health care for long-stay patients and residents. Report of BSDH Working group Party. London: BSDH; 2000. 10 p.

29) British society for disability and Oral Health BSDH.

Oral health care for people with mental health problems: guidelines and recommendations: report of BSDH Working Group Party. London: BSDH; 2000. 20 p.

30) Bryon T.

Manuel de l'amateur des courses. Avertissement. 1827 ; 1: 206

31) Burban J, Barbosa-Rogier M-E, Hingant B, Sixou JL.

Handicap et odontologie en quelques points. Rev Francoph Odontol Pédiatr. 2007 ; 2(2) : 55-66.

32) Caisse Nationale d'allocations familiales (CNA).

Démographie et protection sociale. Information Soc. 2014 ; 183(3) : 160.

33) Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

2012 : les chiffres clés de l'aide à l'autonomie [Internet]. 2012 [consulté le 17 juin 2017]. Disponible sur : http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffrescles_2012.pdf

34) Camberlein P.

Quelle politique publique pour les personnes handicapées et quelle place pour celles-ci à travers la loi du 11 février 2005 ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2008 ; 56(4-5) : 249-251.

35) Cazes B, Dubuc A, Esclassan R, Kemoun Ph, Messerli C, Noirrit-Esclassan E et al.

Protocoles de soins bucco-dentaires chez les patients présentant un handicap [Internet]. [consulté le 26 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/Intervention-education/Guidedebonnepratiquebucco-dentaire.pdf>

36) Chan L, Ciol MA, Shumway-Cook A, Yorkston KM, Dudgeon BJ, Asch SM et al.

A Longitudinal Evaluation of Persons with Disabilities: Does a Longitudinal Definition Help Define Who Receives Necessary Care?. Arch Phys Med Rehabil. 2008; 89(6): 1023-1030.

37) Clerc-Urmes I, Lupi-Pegurier L, Davin B, Paraponaris A, Ventelou B, Fugon L.

Soins bucco dentaires et handicaps chez les séniors en France: quels recours et quels freins?. Rev Epidémiol Santé Publique. 2012 ; 60(S2) : 90.

38) Conseil National de l'Information Statistiques (CNIS).

Enquêtes « Capacités, aides et ressources des séniors en institution 2016 » [Internet]. 2016 [consulté le 8 avril 2017]. Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carei_avisconformite.pdf

39) Conseil national de l'information statistique (CNIS).

Handicap et dépendance : l'amélioration nécessaire du système statistique – Rapport numéro 35 [Internet]. 1997 [consulté le 6 juin 2017]. Disponible sur : http://www.cnis.fr/files/content/sites/Cnis/files/Fichiers/publications/actualites/1997/ACTU_1997_17_handicap_dependance.PDF

40) Cousson PY, Nicolas E, Hennequin M.

A follow-up study of pulpotomies and root canal treatments performed under general anaesthesia. Clinical Oral Investigations. 2014; 18(4): 1155–1163.

41) Daigne M, Bonnin F, Farsi F, Gremy F.

Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique. Santé publique. 2004 ; 16(1) : 133-146.

42) Delprat L.

Gestion : accessibilité pour les handicapés : normes applicables aux cabinets des praticiens libéraux. Concours Méd. 2007 ; 129(33/34) : 1191-1193

43) Dental Formation

[Internet]. [consulté le 5 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.dentalformation.com/>

44) Département des Etudes et de la Prospective

Les nombreux obstacles à surmonter pour que les chômeurs handicapés accèdent à l'emploi. Tendances – La lettre des études de l'AGEFIPH. 2017 ; 8 : 1-4.

45) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Les enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) 2014-2016. [Internet]. 2016 [consulté le 6 juin 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>

46) Dorin M, Moysan V, Cohen C, Collet C, Hennequin M

Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France. Pratiques et Organisation des Soins. 2006 ; 37(4) : 299-312.

47) Dutheil N.

Les personnes polyhandicapées prises en charge par les établissements et services médico-sociaux. Etudes et résultats. 2005 ; 391.

48) Faculté de Chirurgie-Dentaire – Université d'Auvergne.

Diplôme d'Université Soins dentaires sous sédation consciente et anesthésie générale [Internet]. [consulté le 22 août 2017]. Disponible sur : [http://ent.u-clermont1.fr/sof/plaquettes/2012/Diplome_d%27Universite_Soins_dentaires_sous_sedation_consciente_et_anesthesie_generale_\(SALON-28760\).pdf](http://ent.u-clermont1.fr/sof/plaquettes/2012/Diplome_d%27Universite_Soins_dentaires_sous_sedation_consciente_et_anesthesie_generale_(SALON-28760).pdf)

49) Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes.

Amélioration des pratiques soignantes et des démarches qualité en gériatrie : diplôme universitaire [Internet]. 2017 [consulté le 22 août 2017]. Disponible sur : <http://du.med.univ-montp1.fr/fmc/du-amelioration-des-pratiques-soignantes-et-des-demarches-qualite-en-geriatrie-8.html>

50) Faulks D, Hennequin M, Roux D

Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. J Dent. 2000; 28(2) : 131-136.

51) Faulks D, Hennequin M.

Evaluation of a dental health programme by carers of persons with special needs. Special Care Dentistry. 2000; 20(5) : 199-208.

52) Faulks D.

Santé orale et personnes en situation de handicap. Saarbrücken : Editions EUE ; 2011. 116 p.

53) Fiske J, Dougall A, Lewis D.

A clinical guide to special care dentistry. London: British Dental Association; 2009.

54) Folliguet M.

La santé bucco-dentaire des personnes handicapées [Internet]. 2006 [consulté le 7 mai 2017]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_handicapees.pdf

55) Fourel J.

La sédation par voie intraveineuse : données actuelles et problématiques. [Thèse d'exercice de chirurgie dentaire]. [Nancy] : Université Henri-Poincaré Nancy I. Faculté d'odontologie de Nancy ; 2016. 144 p.

56) Gautier H.

Utilisation de la sédation consciente par inhalation de MEOPA dans un service d'odontologie polyvalente (Etude rétrospective sur 5 ans) [Thèse d'exercice de chirurgie dentaire]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté d'odontologie de Nancy ; 2011. 136 p.

57) Goillot C, Mormiche P.

Enquête « handicaps, incapacités, dépendances » en institution en 1998. Paris : INSEE ; 2001. p. 83-84.

58) Griffiths J.

Defining disability and special care dentistry. Dent Nurs. 2008; 4(4): 190-195.

59) Handicap-info

[Internet]. [consulté le 8 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.handicap-info.fr>

60) Handidactique.

Chartre Romain JACOB [Internet]. 2016 [consulté le 28/01/17]. Disponible sur <http://www.handidactique.org/wp-content/uploads/2015/03/Handidactique-charteRomainJacob-Nationale.pdf>

61) Handident

[Internet]. [consulté le 5 avril 2017]. Disponible sur : <https://www.handident.com/>

62) Handinorme

Places pour handicapés : comment créer ses zones de stationnement ? [Internet]. 2017 [consulté le 17 juin 2017]. Disponible sur : <https://www.handinorme.com/accessibilite-handicap/29-places-de-parking-handicapee-comment-delimiter-son-parking>

63) Handiplace

Définition du handicap [Internet]. 2009 [consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.handiplace.org/pageinfo.php?type=3&page=656>.

64) Haute Autorité de Santé (HAS)

Audition publique : accès aux soins des personnes en situation de handicap : synthèse des principaux constats et préconisations. [Internet]. 2011 [consulté le 12 juin 2017]. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/synthese_ap_acces_soins_personnes_handicap_23102008.pdf

65) Hennequin M, Faulks D, Roux D.

Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. J Dent. 2000; 28(2): 131-136.

66) Hennequin M.

Aspects cliniques et pratiques de la sédation consciente chez les patients ayant des besoins spécifiques [Internet]. 2012 [Consulté le 9 juin 2017]. Disponible sur : <https://www.sfco-congres.org/articles/sfmbcb/pdf/2012/02/sfmbcb-59-01004.pdf>

67) Hennequin M.

Audition publique de la HAS « Accès aux soins des personnes en situation de handicap » [Internet]. 2008 [consulté le 17 juin 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/ap_acces_aux_soins_handicap_textes_t1.pdf

68) Hennequin M, Tubert S.

Prise en charge par les chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme des personnes Handicapées. Inf Dent. 1999 ; 81(38) : 2861-2878.

69) Hennequin M, Collado V, Faulks D, Veyrune J.

Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées. Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement. 2004 ; 25(1) : 1-11.

70) Hescot P, Moutarde A.

Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire » : Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées [Internet]. 2010 [consulté le 16 avril 2017]. Disponible sur :

http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/04/rapport_pour_mme_morano_sur_le_handicap.pdf

71) Information Handicap

Loi « Handicap » du 11 février 2005 [Internet]. [consulté le 19 juin 2017] Disponible sur : <https://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php>

72) INSEE

Tableaux de l'économie Française : personnes âgées dépendantes [Internet]. 2014 [consulté le 8 avril 2017]. Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>

73) INSEE

Tableau de l'économie française : population handicapée, chiffres de 2007. [Internet]. 2011 [consulté le 8 avril 2017]. Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373648?sommaire=1373710>

74) Jausseran M.

Une enquête auprès des familles sur la santé bucco-dentaire des personnes handicapées mentales dans les établissements de la Chrysalide Marseille et de la Chrysalide Martigues. Actes du Colloque Handicap et Santé bucco-dentaire. Marseille : UNAPEI ; 2006. p. 15-16.

75) Lancashire P, Janzen J, Zach GA, Addy M.

The oral hygiene and gingival health of paraplegic inpatients- a cross-sectional survey. J Clin Periodontol. 1997; 24(3): 198-200.

76) Leal Rocha L, De Lima Saintrain M, Fernandes Vieira-Meyer A.

Access to dental public services by disabled persons. BMC Oral Health. 2015; 15(1): 1-9.

77) Le Gall S.

La sédation consciente par le Midazolam : mise en place d'un protocole au sein du Service d'Odontologie pédiatrique du CHU de Brest. [Thèse d'exercice de chirurgie dentaire]. [Brest] : Université de Bretagne occidentale. Faculté d'odontologie de Brest ; 2012. 87 p.

78) Légifrance

Code de l'action sociale et des familles – Art L 114-1-1 [Internet]. 2016 [consulté le 18 juin 2017]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796450&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

79) Légifrance

Loi n°2005-12 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. [Internet]. 2005 [consulté le 18 juin 2017]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

80) Lengagne P, Penneau A, Pichetti S, Sermet C.

L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Questions d'économie de la santé. [Internet]. 2014 [consulté le 13 mai 2017]; (197). Disponible sur :
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/197-l-acces-aux-soins-dentaires-ophtalmologiques-et-gynecologiques-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>

81) Lengagne P, Penneau A, Pichetti S, Sermet C.

Les Rapports de l'IRDES : L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap, tome 1 – Résultats sur l'enquête Handicap-Santé volet Ménages [Internet]. 2015 [consulté le 8 avril 2017]. Disponible sur <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf>

82) Letourmy A, Ravaud JF.

Données sociales sur les personnes handicapées en France. Santé Soc Solidar. 2005 ; 2(4) : 31-41

83) Levinson C, Druss BG, Dombrowski EA, Rosenheck RA.

Barriers to primary medical care among patients at a community mental health center. Psychiatr Serv. 2003; 54(8): 1158-1160.

84) Lévy G. Lecas J.

Profil et compétences du futur odontologiste européen. [Internet]. 2009 [consulté le 7 juillet 2017]. Disponible sur : https://www.adee.org/documents/taskforces/fr_profil_et_compétences_propositions_de_corrections.pdf

85) Ministère des affaires sociales et de la santé

2016 : les chiffres clés du handicap [Internet]. 2016 [consulté le 19 juin 2017]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnh_2016_chiffres_bd.pdf

86) Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, Ministère des affaires sociales et de la santé

Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité – Être prêt pour le 1^{er} janvier 2015 [Internet]. 2012 [consulté le 8 juin 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Reussir_accessibilite_0.pdf

87) Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, Ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité

Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité [Internet]. 2015 [consulté le 19 juin 2017]. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/accessibilite/Locaux_professions_liberales.pdf

88) Ministère de l'éducation nationale

Les 6 types de handicaps reconnus par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 [Internet]. 2009 [consulté le 25 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.pedagogie04.ac-aix-marseille.fr/ASH/spip.php?article56>.

89) Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

Définition de l'accessibilité : une démarche interministérielle [Internet]. 2006 [consulté le 19 juin 2017]. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2006/GuideAccessibilite_DIPH.pdf

90) Ministère de la santé et des solidarités, Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Loi Handicap : le guide de la loi [Internet]. 2006 [consulté le 19 juin 2017]. Disponible sur : http://www.mdph64.fr/uploads/tx_arccg64/guide_de_la_loi_du_handicap_01.pdf

91) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Arrêté du 20 décembre 2013 organisant la procédure d'admission en deuxième et troisième année des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques ou de sage-femme. [Internet]. 2013 [consulté le 06 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023398306>

92) Ministère des Solidarités et de la Santé

Communiqué de presse de Marisol Touraine [Internet]. 2017 [consulté le 9 mars 2017]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/marisol-touraine-va-approuver-la-proposition-d-arbitrage-permettant-une>

93) Ministère des Solidarités et de la Santé

Les enquêtes Capacités, Aides et Ressources des séniors (CARE) 2014-2016 [Internet]. 2016 [consulté le 8 avril 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care>.

94) Monod S, Sautebin A-L.

Vieillir et devenir vulnérable. Rev Med Suisse. 2009 ; 5(226) : 2353-2356.

95) Mormiche P.

Le handicap se conjugue au pluriel. INSEE Première. 2000 ; 1(742) : 1-4.

96) Mormiche, P.

L'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » : apports et limites. Rev Fr Aff Soc. 2003; 1(1) : 11-29.

97) Mouss-Badran S.

Etat des lieux de notre formation initiale et continue en matière de soins spécifiques. Lettre en santé publique bucco-dentaire. 2009 ; 4 : 17-23.

98) Moussa-Badran S.

Quelques éléments sur la santé orale des personnes en situation de handicap. J Réadapt Méd. 2013; 33(1) : 26-30.

99) Murgue K.

Handicap et santé bucco-dentaire : mobilisation des dentistes [Internet]. 2015 [consulté le 07 mai 2017]. Disponible sur : <https://informations.handicap.fr/art-dentiste-bucco-dentaire-875-7996.php>

100) Naseem M, Shah AH, Khiyani MF, Khurshid Z, Zafar M-S, Gulzar S, et al.

Access to oral health care services among adults with learning disabilities : a scoping review. Ann Stomal. 2017; 7(3): 52-59.

101) Nunn JH.

The dental health of mentally and physically handicapped children: a review of the literature. Community Dent Health. 1987; 4(2): 157-168.

102) Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap

Rapport triennal de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap : synthèse et préconisations. Paris : La documentation Française ; 2011. 472 p.

103) Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD)

Accessibilité des handicapés [Internet]. 2017 [consulté le 19 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/chirurgiens-dentistes/securisez-votre-exercice/relations-patients/accessibilite-des-handicapes.html>

104) Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD).

Accès aux soins bucco-dentaires, Rapport 2017 [Internet]. 2017 [consulté le 10 octobre 2017]. Disponible sur : https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_bucco_dentaire.pdf

105) Ordre National de Chirurgiens-Dentistes (ONCD).

Dossier : Personnes handicapées et soins dentaires. Sortir de l'immobilisme. La lettre du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes. 2003 ; 1(24) : 23-33

106) Ordre National de Chirurgiens-Dentistes (ONCD).

Dossier : Réseaux de santé : une nouvelle géographie de l'offre de soins dentaires. La lettre du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes. 2006 ; 1(48) : 16-29

107) Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD).

Un réseau, c'est quoi ? [Internet]. 2015 [consulté le 8 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reseaux-de-soins/un-reseau-cest-quoi.html>

108) Ordre National des Medecins

Personnes handicapées, personnes âgées : Comment renforcer la bientraitance des personnes vulnérables ? Médecins – Le bulletin de l'ordre national des médecins, numéro special. 2015. 7.

109) Organisation mondiale de la santé (OMS).

Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (Cif) [Internet]. 2001 [consulté le 6 juin 2017]. Disponible sur : https://mssh.ehesp.fr/wp-content/uploads/2015/01/2015_Introduction_CIF_site_CCOMS_Janvier-2015.pdf

110) Philippart F.

La sédation consciente au mélange protoxyde d'azote/ oxygène en odontologie. Douleurs. 2006 ; 7(5) : 252-255.

111) Poirier G.

L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental : Enquête épidémiologique descriptive [Internet]. 2013 [consulté le 17 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.udapei59.org/actu/ors.pdf>.

112) Poletti B.

Rapport sur les missions et l'action de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Rapport d'information numéro 2687 de l'Assemblée Nationale [Internet]. 2010 [consulté le 13 juin 2017]. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2687.asp#P1594_296376

113) Raphael JC, Ravaud JF, Brochon C, Caillaux MA, Gajdos P, EvenSchneider A, et al.

Handicap des avancées indéniables, des obstacles persistants. Rev Prat. 2009 ; 59(8) : 1063-1103.

114) Ravaud JF.

Définition, classification et épidémiologie du handicap. Rev Prat. 2008; 1(8) : 1067-1074.

115) Ravaud J-F.

Les enquêtes en population générale sur le handicap : un outil d'observation essentiel de la statistique publique. Informations Soc. 2014 ; 183(3) : 40-49.

116) Renault S.

Les apports de l'enquête handicap santé. Gérontol Soc. 2012 ; 35(5) : 55-74.

117) Rigaud C.

Les réseaux de santé à l'heure du Nouveau Management Public [Mémoire de Master EHESP Pilotage des politiques et des actions en santé publique]. [Rennes] : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ; 2011. 55 p.

118) Rouyère E, Perrin A.

Action de prévention en santé bucco-dentaire auprès de jeunes travailleurs handicapés de Meurthe et Moselle [Thèse d'exercice de chirurgie dentaire]. [Nancy] : Université Henri-Poincaré Nancy I. Faculté d'odontologie de Nancy; 2010. 156 p.

119) Santé Orale et Autonomie

[Internet]. [consulté le 11 avril 2017]. Disponible sur : www.sante-orale-et-autonomie.fr

120) Santé Orale et Soins spécifiques

[Internet]. [consulté le 11 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.soss.fr>

121) Service public de la diffusion du droit par l'internet.

Avis sur le consentement des personnes vulnérables [Internet]. 2015 [consulté le 2 avril 2017]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030862460>

122) Sugimura M, Kudo C, Hanamoto H, Oyamaguchi A, Morimoto Y, Boku A, et al.

Considerations during intravenous sedation in geriatric dental patients with dementia. Clin Oral Invest. 2014; 19(5): 1107-1114.

123) Toulouse C.

Aspects essentiels de la loi du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Reliance. 2006 ; 4(22) : 81-85.

124) Triomphe A.

Les conditions de vie des personnes handicapées : premiers résultats à partir de l'enquête HID. Rev Fr Aff Soc. 2003 ; 1(1) : 167-180.

125) Tutin C.

Handicap et dépendance, des efforts mais un chantier immense. Panorama méd. 2010 ; 1(5186) : 6-15.

126) Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

[Internet]. [consulté le 23 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.ufsbd.fr>

127) Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

Santé bucco-dentaire : guide à l'usage des établissements pour personnes âgées [Internet]. 2017 [consulté le 23 avril 2017]. Disponible sur : http://www.agircarrco-action sociale.fr/fileadmin/action-sociale-v2/Documents/Accompagner/Guide/Guide_sante_bucco_dentaire.pdf

128) Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI)

La santé de la personne handicapée mentale : Les dents, prévention et soins [Internet]. 2010 [consulté le 17 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.unapei.org/IMG/pdf/SoinsBuccoDentaires-HandicapMental.pdf>

129) Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI)

Pour une santé accessible aux personnes handicapées mentales [Internet]. 2013 [consulté le 8 avril 2017]. Disponible sur : http://www.unapei.org/IMG/pdf/Livre_Blanc_Unapei_Pour_Une_sante_accessible_aux_personnes_handicapees_mentales.pdf

130) Université de Franche-Comté (UFC).

Diplôme universitaire de prise en charge de la santé orale des patients handicapés [Internet]. 2016 [consulté le 8 juin 2017]. Disponible sur : http://formations.univ-fcomte.fr/ws?_cmd=getPdf&_oid=CDM-PROG18947&_oidProgramAnnexe

131) Université Paris Descartes.

Le portail de la formation continue : Présentation du DU odontologie clinique et vieillissement [Internet]. 2017 [consulté le 16 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/odontologie/du-odontologie-clinique-et-vieillissement>

132) Vincent B.

L'auto-évaluation des réseaux de santé territoriaux : la quête de légitimité auprès de multiples parties prenantes. J Gest Econ Méd. 2016 ; 34(4) : 239-255.

133) Weber F.

Handicap et dépendance, drames humains, enjeux politiques. Paris : Editions Rue d'Ulm ; 2011. 76 p.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
SOMMAIRE	16
LISTE DES FIGURES	17
INTRODUCTION	21
1. DÉFINITION DES PERSONNES VULNÉRABLES DÉPENDANTES	22
1. HANDICAP ET DÉFICIENCES	23
Bref historique du terme « handicap »	23
Classification internationale des handicaps dans les années 1980	23
Classification améliorée en 2001 (OMS)	24
Définition officielle en 2005	25
Les différentes catégories de handicap	26
➤ Moteur	26
➤ Sensoriel	26
➤ Cognitif	26
➤ Mental	27
➤ Psychique	27
➤ Polyhandicap	28
2. LES MALADIES CHRONIQUES INVALIDANTES	28
3. LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES	29
1. Facteurs pris en compte	29
2. Grille AGGIR	31
2. CONTEXTE ACTUEL	33
1. EPIDÉMIOLOGIE	33
1. Les différentes enquêtes	33

2. Evaluation de la population touchée en France	36
➤ Personnes handicapées	36
➤ Maladie invalidante	38
➤ Personnes âgées dépendantes	38
3.L'accès pour tous, vraiment ?	42
4. Concernant la santé orale	43
➤ Au niveau national :	45
➤ Au niveau local :	48
2. L'OFFRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRE	48
1. Les structures libérales	48
2. Les prises en charge hospitalières	49
3. Les réseaux	49
3. LE VASTE PROBLÈME D'ACCESSIBILITÉ À LA SANTÉ ORALE :	51
1. Physique	52
2. Relationnel et émotionnel	53
3. Financier	54
4. A l'information	55
4. UNE MISSION DE SANTÉ PUBLIQUE	57
1. Loi Handicap du 1er février 2005	57
➤ En bref	57
➤ Les normes d'accessibilité des ERP de santé : Explication de la loi	59
➤ Bilans de la loi	60
2. Comité interministériel du Handicap (2016, Nancy)	62
➤ Mesures actuelles prises par le gouvernement	62
➤ La charte Romain Jacob	64
3. Comité interministériel du Handicap (2017)	66

3. ENJEUX POUR LE DOMAINE BUCCO DENTAIRE : LEVER UN À UN LES FREINS DE L'ACCESSIBILITÉ _____ 67

1. RÉUSSIR L'ACCESSIBILITÉ : ORGANISATION DES CABINETS _____ 67

1. Extérieur _____ 67

➤ Stationnement _____ 68

➤ Cheminement intérieur et/ou extérieur : _____ 70

2. Intérieur hors salle de soin _____ 72

➤ Arrivée au cabinet _____ 72

➤ Les sanitaires _____ 77

➤ Les portes _____ 78

➤ Les escaliers _____ 79

➤ Eclairage, signalétique et contraste de couleurs _____ 80

➤ Accueil des chiens guides et d'assistance _____ 82

3. Salle de soins _____ 82

4. Dérogations possibles _____ 88

2. RÉUSSIR LA PRISE EN CHARGE : FORMATION DES PRATICIENS _____ 89

1. Universitaire _____ 89

➤ Cours magistraux _____ 90

➤ Actions de prévention _____ 91

➤ Exemple de formations universitaires _____ 96

2. Formations et expériences acquises hors cursus universitaire _____ 98

3. Formations des réseaux _____ 100

3. PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE ET QUALITÉ DES SOINS _____ 101

1. Prise en charge spécifique en fonction de la déficience : _____ 101

➤ Physique et/ou sensorielle _____ 101

➤ Mental et/ou psychique : _____ 102

2. QUALITÉ DES SOINS : EN FONCTION DE LA DIFFICULTÉ ET DU MODE DE PRISE EN CHARGE _	107
➤ Décision du type de prise en charge : _____	107
➤ Mode de prise en charge : _____	108
➤ Possibilités thérapeutiques : _____	112
3. Exemples de cas cliniques : _____	113
4. MESURES COMPENSATOIRES : _____	118
1. L'exemple des réseaux de soin _____	118
➤ Les points forts : _____	118
➤ Les points faibles : _____	119
➤ L'exemple de Handident Alsace : _____	123
2. Préconisations _____	126
➤ La formation : _____	127
➤ La reconnaissance de l'Etat _____	130
➤ S'inspirer des réseaux locaux pour mettre en place un système national ? _	132
➤ Viser une amélioration de la qualité des soins : _____	133
CONCLUSION _____	134
BIBLIOGRAPHIE _____	135
TABLE DES MATIERES _____	156

BERNARDIN Céline – Prise en charge orale des personnes vulnérables dépendantes : contexte et enjeux.

Nancy 2018 : 157 pages. 81 figures ; 3 tableaux.

Th. : Chir.-Dent. : Nancy : 2018

Mots-clefs : Handicap – Santé publique – Accessibilité – Soins oraux – Réseaux

Résumé :

En France, environ une personne sur 6 souffre d'une incapacité, d'une limitation d'activité ou d'un handicap. Ces personnes vulnérables dépendantes (qui regroupent à la fois les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies invalidantes et les personnes âgées dépendantes) nécessitent un accès à des soins oraux spécifiques car une mauvaise santé bucco-dentaire a des retentissements importants sur leur qualité de vie et leur intégration sociale. Or, ce sont ces mêmes personnes qui ont le plus de difficultés de prise en charge orale, souvent pour des raisons logistiques, pratiques ou financières. Or depuis les années 2000, et notamment la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », les pouvoirs publics ont fait de l'insertion des personnes en situation de dépendance une priorité nationale, notamment concernant l'accès aux soins. A cela s'ajoute une volonté globale des professionnels de santé, notamment à travers la création des réseaux de soin, à rééquilibrer l'offre de soins et à permettre l'accès à tous les citoyens, valides ou non, à une qualité de soins optimale et équivalente.

Membres du Jury :

Pr C.STRAZIELLE	Professeur des Universités	Présidente
Dr <u>D.ANASTASIO</u>	<u>Praticien Hospitalier</u>	<u>Directeur de thèse</u>
Dr D.DROZ	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr C.CLEMENT	Maître de Conférences des Universités	Juge
Dr M.MOGENOT	Praticien Hospitalier	Juge

Adresse de l'auteur :

Céline BERNARDIN
92, rue du Général Patton
54410 LANEUVEVILLE DEVANT NANCY

Jury : Président : C. STRAZIELLE – Professeur des Universités
 Juges : D. ANASTASIO – Praticien Hospitalier
 D. DROZ – Maître de Conférences des Universités
 C. CLEMENT – Maître de Conférences des Universités
 M. MOGENOT – Praticien Hospitalier

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de Docteur en Chirurgie Dentaire

Présentée par: **Mademoiselle BERNARDIN Céline, Justine, Marion**

né(e) à : **NANCY (Meurthe et Moselle)**

le **30 janvier 1990**

et ayant pour titre : « **Prise en charge de la santé orale des personnes vulnérables dépendantes :
contexte et enjeux** ».

Le Président du jury



C. STRAZIELLE

Le Doyen,
de la Faculté d'Odontologie



J.M. MARTRETTE

Autorise à soutenir et imprimer la thèse 10139.

NANCY, le 28 NOV. 2017

Le Président de l'Université de Lorraine



P. MUTZENHARDT