

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021

2021-TOU3-3073

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Abigaël BONNEU

Le 2 Décembre 2021

**PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP :
GUIDE DE PRISE EN CHARGE
POUR LES AIDANTS ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES**

Directeur de thèse : Dr Marie GEORGELIN-GURGEL

JURY

Président : Pr Franck DIEMER

1^{er} assesseur : Dr Marie GEORGELIN-GURGEL

2^{ème} assesseur : Dr Marie-Cécile VALERA

3^{ème} assesseur : Dr Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN



UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021

2021-TOU3-3073

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Abigaël BONNEU

Le 2 Décembre 2021

**PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP :
GUIDE DE PRISE EN CHARGE
POUR LES AIDANTS ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES**

Directeur de thèse : Dr Marie GEORGELIN-GURGEL

JURY

Président : Pr Franck DIEMER

1^{er} assesseur : Dr Marie GEORGELIN-GURGEL

2^{ème} assesseur : Dr Marie-Cécile VALERA

3^{ème} assesseur : Dr Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN



Faculté de Chirurgie Dentaire

→ DIRECTION

DOYEN

M. Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONOT
Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

Mme Muriel VERDAGUER

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

→ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

M. Jean LAGARRIGUE +
M. Jean-Philippe LODTER +
M. Gérard PALOUDIER
M. Michel SIXOU
M. Henri SOULET

CHARGÉS DE MISSION

M. Karim NASR (*Innovation Pédagogique*)
M. Olivier HAMEL (*Maillage Territorial*)
M. Franck DIEMER (*Formation Continue*)
M. Philippe KEMOUN (*Stratégie Immobilière*)
M. Paul MONSARRAT (*Intelligence Artificielle*)

→ PERSONNEL ENSEIGNANT

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme Isabelle BAILLEUL-FORESTIER, M. Frédéric VAYSSE
Maîtres de Conférences : Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN, Mme Marie- Cécile VALERA, M. Mathieu MARTY
Assistants : Mme Marion GUY-VERGER, Mme Alice BROUTIN (associée)
Adjoints d'Enseignement : M. Sébastien DOMINE, M. Robin BENETAH, M. Mathieu TESTE,

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : M. Pascal BARON, Mme Christiane LODTER, M. Maxime ROTENBERG
Assistants : Mme Isabelle ARAGON, Mme Anaïs DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mme NABET Catherine)

Professeurs d'Université : M. Michel SIXOU, Mme Catherine NABET, M. Olivier HAMEL, M. Jean-Noël VERGNES
Assistante : Mme Géromine FOURNIER
Adjoints d'Enseignement : M. Alain DURAND, Mlle. Sacha BARON, M. Romain LAGARD, M. Fabien BERLIOZ
M. Jean-Philippe GATIGNOL, Mme Carole KANJ

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (M. Philippe KEMOUN)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mme Sara DALICIEUX-LAURENCIN, Mme Alexia VINEL
Assistants : Mme. Charlotte THOMAS, M. Joffrey DURAN
Adjoints d'Enseignement : M. Loïc CALVO, M. Christophe LAFFORGUE, M. Antoine SANCIER, M. Ronan BARRE ,
Mme Myriam KADDECH, M. Matthieu RIMBERT,

CHIRURGIE ORALE

Professeur d'Université : Mme Sarah COUSTY
Maîtres de Conférences : M. Philippe CAMPAN, M. Bruno COURTOIS
Assistants : Mme Léonore COSTA-MENDES, M. Clément CAMBRONNE
Adjoints d'Enseignement : M. Gabriel FAUXPOINT, M. Arnaud L'HOMME, Mme Marie-Pierre LABADIE, M. Luc RAYNALDY,
M. Jérôme SALEFRANQUE,

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : M. Philippe KEMOUN
Maîtres de Conférences : M. Pierre-Pascal POULET, M. Vincent BLASCO-BAQUE
Assistants : Mme Inessa TIMOFEEVA, M. Matthieu MINTY, Mme Chiara CECCHIN-ALBERTONI, M. Maxime LUIS
Adjoints d'Enseignement : M. Mathieu FRANC, M. Hugo BARRAGUE, M. Olivier DENY

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale

58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (M. Franck DIEMER)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : M. Franck DIEMER
Maîtres de Conférences : M. Philippe GUIGNES, Mme Marie GURGEL-GEORGELIN, Mme Delphine MARET-COMTESSE
Assistants : M. Jérôme FISSE, M. Sylvain GAILLAC, Mme Sophie BARRERE, Mme. Manon SAUCOURT
M. Ludovic PELLETIER, M. Nicolas ALAUX
Adjoints d'Enseignement : M. Eric BALGUERIE, M. Jean-Philippe MALLET, M. Rami HAMDAN, M. Romain DUCASSE

PROTHÈSES

Professeurs d'Université : M. Philippe POMAR
Maîtres de Conférences : M. Jean CHAMPION, M. Rémi ESCLASSAN, M. Florent DESTRUHAUT, M. Antoine GALIBOURG,
M. Antonin HENNEQUIN, M. Bertrand CHAMPION, Mme Margaux BROUTIN, Mme Coralie BATAILLE
Assistants : M. Christophe GHRENASSIA, Mme Marie-Hélène LACOSTE-FERRE, M. Olivier LE GAC, M. Jean-Claude COMBADAZOU, M. Bertrand ARCAUTE, M. Fabien LEMAGNER,
Adjoints d'Enseignement : M. Eric SOLYOM, M. Michel KNAFO, M. Alexandre HEGO DEVEZA, M. Victor EMONET-DENAND
M. Thierry DENIS, M. Thibault YAGUE

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme Sabine JONJOT, M. Karim NASR, M. Paul MONSARRAT, M. Thibault CANCEILL
Assistants : M. Julien DELRIEU, M. Paul PAGES, Mme. Julie FRANKEL
Adjoints d'Enseignement : Mme Sylvie MAGNE, M. Thierry VERGÉ, Mme Josiane BOUSQUET, M. Damien OSTROWSKI

Mise à jour pour le 01 novembre 2021

Remerciements

A **papa**, merci pour ton courage, ta diplomatie, ta force et ton éternel soutien. Tu es pour moi l'exemple de la volonté, de la générosité et de la détermination. Merci d'être le père incroyable que tu es. Merci pour ton dévouement à la famille et de toujours nous réunir avec tes petits plats du Dimanche !!

A **maman**, merci de m'avoir rendue si forte, je ne serais pas là où j'en suis sans toi. Tu me répétais de toujours faire de mon mieux, j'espère que tu es fière de moi aujourd'hui.

A **Jo**, merci de toujours faire en sorte de m'épauler et d'être qui tu es ! Tu trouves toujours les bons mots pour me rassurer et me faire sourire. J'ai passé l'âge de te crier que « Je ne suis plus ta sœur ! », je ne changerais pour rien au monde mon grand frère !

A **Sophie**, ma sœur de cœur, je ne compte même plus les années d'amitiés, merci pour tous ces souvenirs ... A **Albou**, merci pour ces moments de rires, de danses et de chants ... Merci pour votre oreille attentive et tous vos conseils ... #LesBestsDesBests

A **Paule**, je n'aurais jamais envisagé de telles études si tu ne m'avais pas un jour dit que je pouvais le faire ! Merci pour ton grain de folie et ton grand soutien. Merci à toi et **Jean**, pour tous ces merveilleux souvenirs, de Bernac à Capbreton, et de m'avoir toujours accueillie à bras ouverts ...

A **Jojo**, merci d'avoir été mon éclairceuse pendant ces années d'études. Merci d'avoir toujours su accueillir le petit parasite que je suis pour de bons repas. #OnDitMerciMamymoy's

A **Boudji**, mon binôme depuis nos débuts en PACES, merci pour ton éternel soutien et ton incroyable don pour encourager et tirer vers le haut les gens qui t'entourent. Merci pour ta sagesse, ta bienveillance, ta tolérance sans limite et nos nombreuses crises de rire.

A **Kiki**, ma grande cousine, merci d'avoir été là dans les bons comme les mauvais moments lors de ces études, merci pour tes nombreux et précieux conseils ...

A **ma grande-famille**, *du côté de papa* : Merci à tous mes oncles et tantes d'avoir maintenu cette famille si soudée que nous avons aujourd'hui. Merci à tous mes cousins et cousines pour ce lien si spécial qui nous unit ... À mon parrain et ma marraine. *Du côté de maman* : Merci pour tous les beaux souvenirs. A Fred et Amélia pour votre bienveillance et votre joie de vivre incroyable ! A mamie Paulette, pour tes crêpes du dimanche et ta gentillesse. *A mon papi de cœur* <3.

A **Aurore**, merci pour ta bonne humeur et tes expressions dont je ne me lasserai jamais !! A mes copines de fac. A **Lucie**, merci pour ton soutien, tous ces fous rires, ta bonne humeur et ton énergie si communicative. A **Lisa-Marie**, merci pour ta spontanéité, ta douceur et ton enthousiasme sans faille. A **Shera**, merci pour ton soutien, ton grain de folie, ta maturité et ta sagesse. A **Athina**, merci pour ta bonne humeur, tes précieux conseils et tous ces beaux souvenirs, du Laos à Londres ! A **Linda**, le petit rayon de soleil, merci d'avoir illuminé mes journées par ta positivité.

Au **Dr Sylvain SOUMEILLAN**, merci de m'avoir encadrée pour mon stage de fin d'étude et d'avoir participé à l'élaboration de ce sujet de thèse.

Au **Dr Nicolas MIGEON**, merci de m'avoir donné ma chance en tant que collaboratrice, merci pour tous tes précieux conseils, de toujours prendre le temps de répondre à mes questions, de m'encadrer et de m'encourager ... et surtout merci pour ta patience !! Merci au **Dr Vincent LECOMTE** pour tes conseils et ton aide. Merci à toute l'équipe, Nicolas, **Karine**, Vincent, **Sabrina** et **Céline** pour cette ambiance si chaleureuse et bienveillante, merci pour cette énergie si positive !!

À notre président du jury,

Monsieur le Professeur Franck DIEMER

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie ;
- Docteur en Chirurgie Dentaire ;
- D.E.A. de Pédagogie (Education, Formation et Insertion) Toulouse Le Mirail ;
- Docteur de l'Université Paul Sabatier ;
- Responsable du Comité Scientifique de la Société Française d'Endodontie ;
- Responsable du Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie à Toulouse ;
- Responsable du Diplôme Universitaire d'Hypnose ;
- Co-Responsable du Diplôme Inter-Universitaire d'Odontologie du Sport ;
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier.

*Je vous remercie de l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence du Jury de
cette thèse.*

*Un grand merci pour la qualité de vos enseignements ainsi que pour vos conseils et votre
soutien tout au long de ces années cliniques, toujours avec humilité et bienveillance.*

*Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon profond respect et de mes
remerciements les plus sincères.*

À notre directrice et jury de thèse,

Madame le Docteur Marie GEORGELIN-GURGEL

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

Je vous suis reconnaissante de m'avoir fait confiance en acceptant de diriger cette thèse.

Merci pour votre disponibilité tout au long de ces études ainsi que pour votre accueil toujours plein d'énergie et de bonne humeur lors de nos vacations à vos côtés. Merci pour votre implication auprès des personnes à besoins spécifiques, je m'inspirerai sans aucun doute de votre approche dans ma pratique future.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de ma profonde admiration et de ma gratitude.

À notre jury de thèse,

Madame le Docteur Marie-Cécile VALERA

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie ;
- Docteur en Chirurgie Dentaire ;
- Docteur de l'université Paul Sabatier – Spécialité : Physiopathologie cellulaire, moléculaire et intégrée ;
- Master 2 recherche, mention Physiologie cellulaire intégrée ;
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier ;
- Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.).

Je vous remercie d'honorer ce travail de votre attention en acceptant de participer à notre jury de thèse.

Merci pour votre enseignement dans le domaine de l'odontologie pédiatrique ainsi que votre accompagnement toujours plein de douceur, d'humour, de dynamisme et de rigueur, lors des vacations cliniques.

Veillez recevoir l'expression de mon estime et ma plus grande reconnaissance.

À notre jury de thèse,

Madame le Docteur Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

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

*Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir accepté sans hésitation de faire partie
des membres de ce jury.*

*Merci de nous avoir transmis avec passion votre approche de l'odontologie pédiatrique.
Vous assister, lors des vacations à l'Hôpital des Enfants, a été réellement inspirant. Merci
pour votre enthousiasme, votre joie de vivre et votre humanité.*

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et mon respect le plus sincère.

Table des matières

INTRODUCTION	- 12 -
I. Le Handicap	- 14 -
A. Définition	- 14 -
1. Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé	14 -
2. France : Loi 2005-102.....	14 -
B. Classification Internationale	- 15 -
1. Classification Internationale du Handicap = CIH	15 -
2. Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé = CIF - 16 -	
C. Les différentes formes de handicap	- 18 -
1. Handicap moteur / physique.....	18 -
2. Handicap mental / Déficience intellectuelle	18 -
3. Handicaps sensoriels	18 -
4. Handicap psychique / cognitif	19 -
5. Trouble de santé invalidant.....	19 -
6. Polyhandicap	20 -
D. Les institutions pour adultes polyhandicapés.....	- 21 -
1. Les Foyers d'Accueil Médicalisés = FAM.....	22 -
2. Les Maisons d'Accueil Spécialisées = MAS.....	23 -
E. La répartition sur le territoire	- 23 -
II. Les besoins en soins des personnes en situation de handicap -	24 -
A. Pathologies bucco-dentaires	- 25 -
1. Les pathologies infectieuses.....	25 -
2. Les pathologies traumatiques	28 -
3. Les pathologies fonctionnelles.....	29 -
B. Besoins en soins	- 29 -
III. La prise en charge bucco-dentaire actuelle par le chirurgien-	
dentiste	- 33 -
A. Obstacles à la prise en charge	- 33 -
1. Obstacles liés à la personne	33 -
2. Obstacles matériels	36 -
B. En cabinet libéral	- 37 -
C. Dans les centres médico-sociaux	- 40 -

D. Soins sous sédation consciente -----	- 41 -
1. Prémédication sédatrice orale-----	41 -
2. Prémédication sédatrice parentérale -----	42 -
3. MEOPA -----	42 -
E. Soins sous anesthésie-générale -----	- 44 -

IV. Rôle du Chirurgien-dentiste dans l'amélioration de la prise en charge des patients à besoins spécifiques..... - 47 -

A. Formation du personnel soignant des institutions -----	- 49 -
1. Prévention : Hygiène et habitudes alimentaires -----	49 -
2. Gestion des urgences -----	52 -
3. Communication : Equipe pluridisciplinaire, faire appel à des professionnels de la santé bucco-dentaire-----	56 -
B. Développement de la Télémédecine-----	- 57 -
C. Rôle de conseil : proposition de plaquettes d'informations -----	- 62 -
1. À destination des aidants -----	62 -
2. À destination des chirurgiens-dentistes : guide prise en charge en cabinet et en institution.-----	63 -

CONCLUSION..... - 64 -

Annexes..... - 65 -

Liste des abréviations et acronymes - 72 -

Table des figures - 73 -

Table des tableaux..... - 74 -

Bibliographie..... - 75 -

INTRODUCTION

Il existe une réelle demande de prise en charge des patients à besoins spécifiques. Les professionnels qui assurent leurs soins bucco-dentaires sont encore trop peu nombreux.

Le maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire quotidienne de ces patients n'est pas toujours évidente et souvent « négligée » car considérée comme non prioritaire. Ils sont pourtant particulièrement prédisposés au développement de pathologies bucco-dentaires (parodontopathies, caries...). Dans les centres médico-sociaux, l'équipe soignante devra alors faire appel à des professionnels de santé bucco-dentaire afin de les aider dans ce domaine de prise en charge.

De nombreux obstacles entravent la prise en charge de cette population. Il est essentiel de pouvoir les accueillir et de prendre le temps de les soigner. La plupart des soins pouvant être assurés au sein du cabinet. Comme le mentionne Larry Lawton (1), les praticiens ont plus besoin de qualités telles que la tolérance et la compassion que de matériel spécifique supplémentaire pour assurer les soins.

Malgré la capacité de chaque praticien à recevoir ces patients en cabinet, en ayant recours à des techniques de sédation ou non, beaucoup de soins doivent encore être réalisés sous anesthésie générale. Il est alors essentiel que certains chirurgiens-dentistes se rendent disponible pour se déplacer en institution afin de promouvoir la santé bucco-dentaire et anticiper sur les éventuelles urgences d'un plus grand nombre de patients directement sur site. Cela engendrera moins de stress pour les patients et facilitera l'organisation du personnel au sein de la structure. Mais la réalité est telle qu'il est très difficile de trouver le personnel motivé et en quantité nécessaire pour subvenir aux besoins de tous les patients en situation de handicap aujourd'hui. Est-ce un manque d'information ou un manque de prise de conscience de leur part ?

C'est pourquoi, les aidants de ces patients, doivent recevoir une formation adaptée afin d'être aptes à réaliser les soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire, à déceler les urgences et surveiller le développement des maladies bucco-dentaires les plus répandues. La mise en place régulière de mesures de prévention entre dans la prise en charge globale et pluridisciplinaire du patient et permettront ainsi d'éviter le besoin en soins trop invasifs.

Dans ce travail, nous nous intéressons aux patients ayant un handicap, physique ou intellectuel, qui ne leur permet pas de maintenir une hygiène buccale suffisante et notamment ceux dépendants d'une tierce personne pour assurer leur hygiène bucco-dentaire.

Enfin, l'objectif est de proposer une plaquette à destination des aidants familiaux, à diffuser dans les cabinets dentaires, récapitulant les bons gestes et attitudes à adopter afin d'assurer une bonne santé orale.

Nous avons également cherché à développer deux brochures à destination des chirurgiens-dentistes. Leur but est de segmenter la « charge de travail » et de guider la prise en charge bucco-dentaire des patients dépendants, aussi bien en cabinet qu'en institution.

I. Le Handicap

A. Définition

1. Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la personne handicapée comme : « tout individu dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, avec pour conséquence une autonomie, une aptitude à fréquenter (l'école) ou à occuper un emploi qui s'en trouvent compromises. »

Le handicap ne se limite pas à un état de santé, c'est l'ensemble des interactions entre une personne et son environnement social. Encore aujourd'hui, les personnes en situation de handicap doivent faire face à de multiples obstacles environnementaux et sociaux, pouvant les empêcher d'accéder à tous les services nécessaires à leur réadaptation et au suivi de leur état de santé. Pourtant, ces personnes ont les mêmes besoins en santé primaire que l'ensemble de la population.

De plus, leur santé peut se retrouver fragilisée par leur manque d'interaction sociale et leur exclusion quotidienne, mais également du fait de leur plus grande « vulnérabilité aux affections secondaires ».

Afin de surmonter les obstacles auxquelles les personnes en situation de handicap doivent faire face, plusieurs changements doivent s'opérer au niveau environnemental et sociétal.

(2)

2. France : Loi 2005-102

En France, la loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 définit le handicap comme : « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». (3)

La définition du handicap ne se limite alors pas à la notion « d'altération de fonction » et au domaine médical mais c'est bien la confrontation de l'altération avec l'environnement de la personne qui va plus ou moins l'impacter et le limiter dans la réalisation d'actes de sa vie en société.

B. Classification Internationale

1. *Classification Internationale du Handicap = CIH*

C'est au cours de la 9^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM) que la première Classification Internationale du Handicap (CIH) voit le jour. En effet, il a été estimé que le diagnostic de la maladie n'était pas suffisant pour en décrire les troubles, il a donc fallu réfléchir à la conception d'un « manuel de classification des conséquences des maladies ».

Adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1976, la Classification International du Handicap (4), dirigée par le Dr. Philippe WOOD, est alors un modèle descriptif des maladies et de leurs conséquences s'appuyant sur les trois principes généraux du handicap :

- **Déficiences** : « dans le domaine de la santé, une déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique »
- **Incapacité** : « dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain »
- **Désavantage (ou Handicap)** : « dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. »

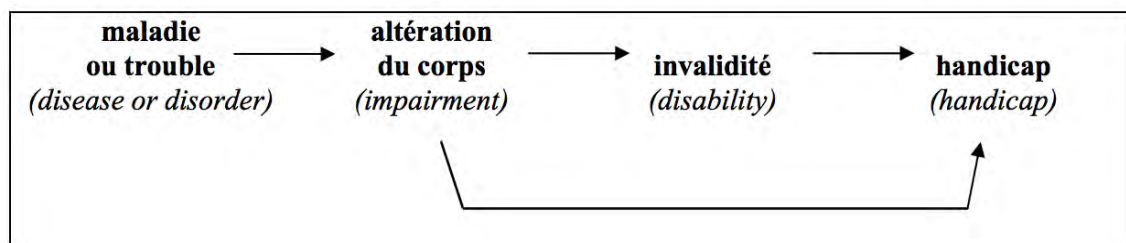


Figure 1- Modèle de WOOD (4)

La CIH définit le handicap comme une interaction entre les éléments relatifs à l'état de santé fonctionnel de la personne, ses limitations d'activités ou restrictions de participations sociales ainsi que les facteurs environnementaux. (5) L'environnement est un élément important car une même déficience n'entraînera pas le même désavantage que l'on soit en milieu rural ou urbain, aidé ou isolé ...

Mais la classification de WOOD se limite au domaine de la santé : déficience, incapacité, handicap. Un groupe d'experts se charge alors de la révision de cette classification qu'ils ne jugent pas compatible avec les « principales conceptions du handicap ». C'est alors que voit le jour la nouvelle Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF). (6)

2. Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé = CIF

L'OMS adopte en 2001 la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) succédant à la CIH de 1976.

Lors de la révision de la CIH, les auteurs évoquent le handicap comme « une collection complexe d'états, d'activités et de relations » directement impactés par l'environnement social. Nous ne pouvons nier le rôle de certains facteurs médicaux pour définir le handicap, mais celui-ci ne résulte pas systématiquement et exclusivement d'une conséquence médicale comme le montre la CIH.

En effet, les limitations que les personnes en situation de handicap rencontrent dans les diverses situations de leur vie quotidienne ne sont pas simplement dues à leur état de santé mais bien, comme le mentionne les auteurs, à une « attitude sociale de négligence » et « au manque de solutions à l'égard de cette minorité sociale ». Leur handicap ou désavantage social vient de la défaillance existante dans leur environnement. (6)

Cette nouvelle classification est une description universelle et neutre du fonctionnement humain. Elle prend en compte plusieurs composantes qui interfèrent entre elles :

- Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques)
- Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps telles que les organes, les membres et leurs composantes.
- Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique tels qu'un écart ou une perte importante.

- Une activité désigne l'exécution d'une tâche par une personne.
- La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.
- Les limitations d'activités désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités.
- Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle.
- Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

La CIF s'organise en deux parties, comprenant chacune deux composantes. La première partie sur le fonctionnement et le handicap aborde les fonctions organiques et anatomiques d'un côté et la notion de participation et d'activité d'un autre. La deuxième partie traite des facteurs contextuels : environnementaux d'une part et personnels d'autre part. Cette classification apporte alors une approche multifactorielle en tant que processus interactif et évolutif. (7)

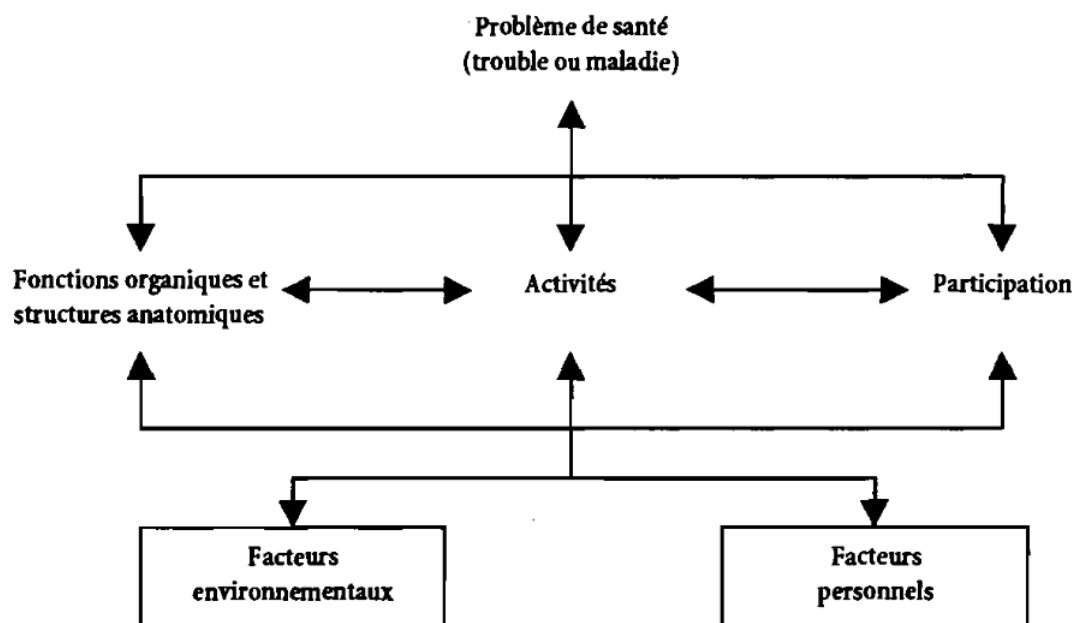


Figure 2 - Interactions entre les composantes de la CIF (d'après la Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF)

C. Les différentes formes de handicap

En France, la loi 2005-102, cite 6 grandes catégories de handicap :

1. *Handicap moteur / physique*

Le handicap moteur regroupe « l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs ». Cela peut correspondre à un simple manque de dextérité manuelle, à une difficulté pour se déplacer ou à une paralysie totale des différents membres. (8)

Cette forme de handicap peut apparaître dès la naissance suite à une malformation congénitale, ou peut évoluer à cause d'une maladie acquise ou génétique. Une déficience motrice apparaît généralement avec le vieillissement, plus ou moins tôt selon les personnes, réduisant les capacités de mouvements. Parfois, certaines personnes doivent brutalement faire face à un changement radical dans leur qualité de vie suite à un grave accident. (9) Nous devons ici retenir que le handicap moteur peut apparaître dès le plus jeune âge et peut se manifester à tout moment. Nous pouvons tous y être confronté à un moment de notre vie.

2. *Handicap mental / Déficience intellectuelle*

Le handicap mental est défini par l'OMS comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ».

La trisomie 21 est la forme de handicap mentale la plus connue, elle est causée lors de la conception par une anomalie chromosomique. Mais le handicap mental peut-être causé à tout moment de la vie, dès la conception à un instant T de la vie quotidienne (traumatismes crâniens, maladies, asphyxies ...) (9).

3. *Handicaps sensoriels*

Les handicaps sensoriels regroupent le handicap visuel et le handicap auditif. De la malvoyance à la cécité totale, d'une simple déficience auditive partielle à une surdité totale, un handicap en découle au quotidien. Parfois, au handicap auditif s'ajoute une difficulté à oraliser correctement. (8)(9)

Ces formes de handicap peuvent également être présent dès la naissance ou bien s'acquérir au cours de la vie.

4. *Handicap psychique / cognitif*

Le handicap psychique se différencie du handicap mental de par la non-atteinte des capacités intellectuelles de la personne. La personne est atteinte d'une pathologie psychique, souvent chronique, qui rend son système de pensée et de décision défaillant. Ce type de pathologie a des conséquences néfastes sur l'intégration sociale de la personne, elle peut parfois surprendre et faire peur, et se retrouve alors souvent seule et mise à l'écart.

Les maladies psychiques les plus connues sont les psychoses ; tels que la schizophrénie, les troubles maniaco-dépressifs, les troubles de la personnalité ou encore les troubles obsessionnels compulsifs (= TOC). Alors très instable et imprévisible, la personne ne peut pas utiliser ses capacités intellectuelles de manière normale et nécessite une prise médicamenteuse afin de rééquilibrer son système de pensée. (8)(9)

5. Trouble de santé invalidant

Contrairement au handicap à proprement parlé ayant des conséquences sur les fonctions motrices, sensorielles, mentales ou encore psychiques, un trouble de santé est dit invalidant lorsqu'il entrave la réalisation de certains actes ou certaines activités de la vie quotidienne. Plusieurs pathologies sont reconnues comme pouvant être responsable d'une restriction de participation (10) :

- Tumeurs cancéreuses
- Maladies cardio-vasculaires : hypertension artérielle sévère, ...
- Maladies endocrines : diabète, ...
- Maladies de l'appareil digestif : reins, foie, intestins
- Maladie de l'appareil respiratoire : asthme, mucoviscidose ...
- Maladies infectieuses ou parasitaires : VIH, ...
- Troubles musculo-squelettiques

Ces pathologies sont évolutives et de longues durées et constituent souvent un handicap non reconnaissable visuellement. (10)(11)

6. *Polyhandicap*

Certains patients peuvent être touchés par une forme de handicap complexe, compromettant leurs capacités motrices, sensorielles et intellectuelles à la fois. Une déficience mentale sévère et une déficience motrice sont souvent associées (8)(9)(12)

Leur capacité de réflexion et d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne est altérée, les empêchant d'acquérir un minimum d'autonomie. (12) Ils sont dans l'incapacité d'assouvir à leurs besoins primaires seuls et nécessitent une assistance médicale et sociale permanente et personnalisée. (8)(9). Leur prise en charge doit être globale, réalisée par une équipe soignante pluridisciplinaire au sein d'institutions spécialisées. (12)

En France, le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques, définit les personnes polyhandicapées comme « présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique ». (14)

Même si ces patients ne peuvent pas parler et qu'il est difficile d'interpréter ce qu'ils peuvent vouloir dire, il est tout de même possible de mettre en place « une relation de confiance (...) et une forme de communication (...), tout passe dans le regard et dans l'expression du visage » comme nous le témoigne si bien le parent d'un jeune garçon polyhandicapé de 23 ans. (13)

L'audition publique menée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008 nous rappelle la complexité de la prise en charge des patients en situation de polyhandicap. (15) Les soucis de santé se multiplient, ils présentent généralement des troubles respiratoires chroniques, des troubles alimentaires et sont souvent sujets à des crises d'épilepsies. (8)(9) Du fait de l'importance des pathologies associées au polyhandicap, les actes de soins primaires ne sont pas toujours une priorité. La prévention et l'éducation à la santé se retrouvent alors négligées. (15) N'ayant pu obtenir un minimum d'autonomie, ces patients doivent recevoir des soins réguliers, dont la prise en charge et le suivi de leur état bucco-dentaire, pouvant contribuer à l'amélioration de leur état de santé et de leur qualité de vie.

D. Les institutions pour adultes polyhandicapés

Il existe différents établissements ou services d'accompagnement pour les personnes handicapées. Tout d'abord, les services à domicile : services d'accompagnement médico-social (SAMSAH), services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ... ont pour but d'aider les personnes, ayant conservées un minimum d'indépendance et vivant alors à domicile, à conserver leur autonomie et leurs activités sociales. (16)

Il existe également différents types de structures accueillant les patients en fonction de leur profil. Certains établissements sont spécifiques aux enfants et aux adolescents (instituts médico-éducatifs, instituts d'éducation motrice ...), d'autres sont adaptés aux adultes pouvant exercer un métier ou ayant un certain niveau d'autonomie (foyers d'hébergement, foyers occupationnels ...) et enfin, d'autres structures, comme les Foyers d'Accueil Médicalisés (= FAM) ou encore les Maisons d'Accueil Spécialisées (= MAS), reçoivent des patients ayant un handicap à expressions multiples. (16) Des établissements pour personnes âgées dépendantes existent également : les EHPAD (= Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ainsi que les USLD (= Unités de Soins de Longue Durée). Ces établissements médicalisés sont des structures dont l'un des objectifs est de « garantir dans le cadre d'un projet d'accompagnement global, un accès et une continuité de soins, que ces derniers soient spécialisés ou pas ». (18)

Créer en 2017 par le Dr Geoffroy COUHET, le site internet « Retab.fr » référence les dispositifs de réhabilitation psychosociale et d'accompagnement vers le rétablissement en six catégories, dont : les lieux de vies pour adultes en situation de handicap. Les établissements sont invités à se référencer eux-mêmes sur la plateforme et, bien que l'ensemble des partenariats ne couvre pas encore la totalité de la France, l'Occitanie et ses régions voisines permettent déjà une meilleure connaissance d'un grand nombre de dispositif existant. En Haute-Garonne, 47 établissements pour personnes vivant avec un handicap sont référencés à ce jour. (19)

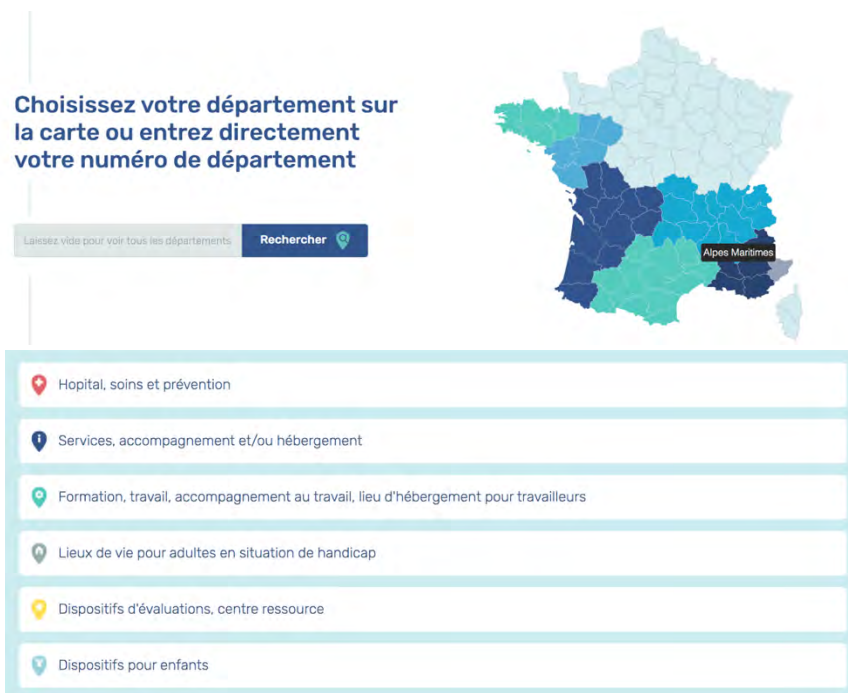


Figure 3 – Site Retab.fr

1. Les Foyers d'Accueil Médicalisés = FAM

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 place les FAM dans la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ils accueillent des personnes inaptes à l'exercice de toute activité professionnelle et dont leur manque d'autonomie demande une surveillance médicale constante par une tierce personne pour les soins ainsi que pour les aider dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne.

Les résidents peuvent être pris en charge à temps complet mais aussi, dans la limite d'un certain nombre de places, de manière temporaire ou pour un accueil de jour permanent. (20) Bien que les FAM et les Maisons d'accueil spécialisées (= MAS) accueillent le même type de population, le degré de dépendance des patients hébergés dans les MAS reste plus important. (21)

Ces FAM seront remplacés par des établissements d'accueil médicalisés (= EAM) (16) en réponse aux modifications de la nomenclature des dispositifs médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des personnes vivant avec un handicap. Ces EAM regrouperont l'ensemble des établissements uniquement médicalisés et ceux proposant également un suivi non médicalisé. (19)

2. *Les Maisons d'Accueil Spécialisées = MAS*

Elles reçoivent, « conformément aux dispositions de l'articles L.344-1 et sur décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, des personnes adultes qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapable de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale et de soins constants ». Ces maisons d'accueil spécialisées doivent assurer de manière permanente à leurs résidents : un hébergement, les soins médicaux et paramédicaux nécessaires, les aides et soins de la vie courante en fonction de leur état de dépendance ainsi que des activités de vie sociale afin de préserver et éviter toutes régressions dans leurs acquis. (22)

E. Répartition sur le territoire

Il existe un très grand nombre de forme de handicap et recenser l'ensemble de la population vivant avec un handicap est donc très complexe. Pourtant, connaître leur répartition sur le territoire permettrait de développer des centres spécialisés en fonction de la demande. Il est très difficile de planifier la création de structures spécialisées de manière optimale en ne pouvant se baser que sur de simples estimations de besoins en soins. (23)

En novembre 2020, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (= DRESS) a publié leur dernière enquête ES-Handicap terminée fin 2018. Tous les quatre ans, la DRESS recense l'offre d'accueil des personnes en situation de handicap dans les établissements et services médico-sociaux. Cette enquête montre la hausse du nombre de l'ensemble des structures de 7,4% et du nombre de place de 4,4% par rapport à l'enquête de 2014. Ces chiffres révèlent une création d'un plus grand nombre de petites structures ayant des capacités d'accueil moins importantes. Les structures d'accueil des patients en situation de polyhandicap, enfants ou adultes, ont vu leurs nombres de places évoluer de + 6%. Moins de places sont disponibles pour les enfants polyhandicapés, avec une baisse de 4%, mais une hausse s'observe pour les adultes, avec 10% de places supplémentaires en 4 ans. Pour 79% de ces places, l'accueil se fait en internat, ce profil de patient nécessitant une surveillance médicale et des soins constants. (16)

Aujourd'hui, les besoins de cette population ne sont pas satisfaits de manière équitable. C'est en effet grâce à l'investissement d'associations indépendantes et d'équipes politiques, faisant face quotidiennement au problème de prise en charge des patients en situation de handicap, que des projets de structures spécialisées voient le jour, localement ! Au niveau national, la prise de conscience sur les besoins de cette population et la nécessité d'une prise en charge spécifique n'est pas suffisante pour faire du développement de structures spécialisées une priorité absolue. (23)

II. Les besoins en soins des personnes en situation de handicap

Dans le monde, l'OMS rapporte en 2015 que plus de 1 milliard de personnes vivent avec un handicap, soit 15% de la population mondiale. Ce nombre continuera d'évoluer avec l'augmentation des pathologies chroniques liée au vieillissement de la population. (24) En France, selon les chiffres du bilan démographique de 2020 réalisé par l'INSEE, au 1^{er} janvier 2021, 20,7% de la population française a 65 ans ou plus. (25)

Peu d'études permettent de quantifier le nombre exact de personnes vivant avec un handicap. En ce qui concerne les patients en situation de polyhandicap, selon les dernières données disponibles, la prévalence évaluée est comprise entre 0,07 et 0,1%, ce qui correspond à environ 900 nouveaux cas d'enfants polyhandicapés diagnostiqués par an, en France. (26) Dans la dernière enquête ES-Handicap, publiée en novembre 2020 par la DRESS, les établissements et services médico-sociaux ont une capacité d'accueil en hausse de 4,4% par rapport à leur précédente enquête. On compte plus de 510 500 places pour personnes handicapées, tous établissements confondus, dont 34 490 pour patients polyhandicapés qui seraient alors accompagnés par ces établissements et services. (16)

Quelques soit leur niveau de dépendance, la santé bucco dentaire des personnes atteintes d'un handicap se trouve être très inquiétante. (27)(28) Tout le monde doit pouvoir avoir accès aux soins primaires. (29) Pourtant, ces derniers sont très souvent oubliés chez les patients en situation de handicap, ils se retrouvent alors avec une santé bucco-dentaire plus que négligée et très inférieure à celle de la population générale. (15) En effet, le maintien de leur hygiène bucco-dentaire relève souvent de la responsabilité d'une tierce personne qui n'a pas toujours conscience de l'importance de celle-ci. (30)

A. Pathologies bucco-dentaires

Les pathologies bucco-dentaires retrouvées chez la population handicapée sont les mêmes que celles retrouvées dans la population générale. (28) En revanche, les études s'accordent sur le fait que, quantitativement, la prévalence et la sévérité de certaines pathologies infectieuses, fonctionnelles ou traumatiques sont beaucoup plus importantes chez les personnes handicapées. (15)(27)(28) La prise en charge de ces patients demande un investissement plus important : au niveau du temps, du personnel ainsi que dans la réalisation de soins spécifiques demandant certaines compétences, tels que la sédation consciente ou l'approche cognitivo-comportementale. (15)

1. *Les pathologies infectieuses*

a) *La maladie carieuse*

Elle est le résultat de l'interaction entre les sucres alimentaires « fermentables » et de la présence de bactéries cariogènes, génératrices d'acides au niveau de la dent, responsables de sa déminéralisation au bout d'un certain temps. La carie est multifactorielle et va également dépendre de l'hôte et de facteurs extérieurs tels que le brossage quotidien, la présence de plaque, l'apport de fluor ou encore le niveau socio-économique de la personne. (31)(32) Le schéma de Keyes modifié ci-dessous permet de récapituler l'ensemble de ces interactions :

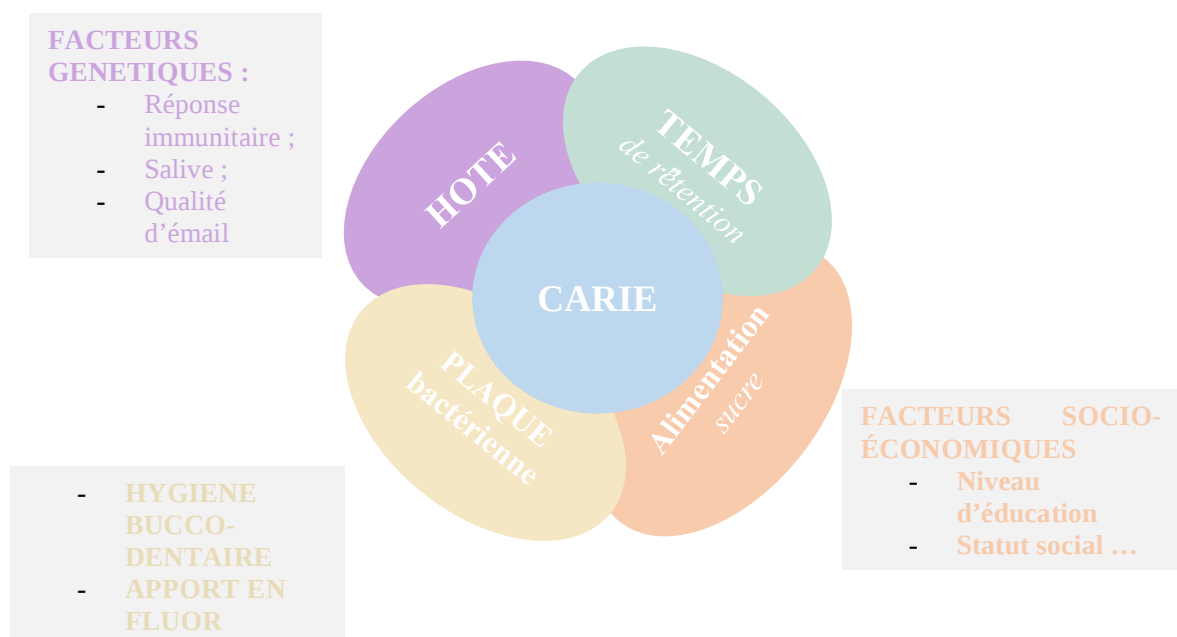


Figure 4 – Schéma de Keyes modifié

La carie dentaire peut se limiter à une simple déminéralisation de l'émail, à une agression de la dentine ou, à un stade plus avancé, à l'atteinte du nerf. Des douleurs d'abord provoquées, par le chaud, le froid ou le sucré, peuvent se manifester, à cause de l'inflammation réversible du nerf, dit pulpite réversible. Mais si la carie n'est pas traitée, une inflammation irréversible causera des douleurs lancinantes, spontanées et persistantes. (33)(34)

Enfin, sans traitement adapté, la prolifération bactérienne causera une inflammation autour de l'apex de la racine : une lésion péri-apicale puis un abcès dentaire se formera. Si l'abcès n'est pas traité, les bactéries peuvent proliférer au niveau des tissus mous environnant de la dent et ainsi provoquer un gonflement de la joue, de la peau : on parle de cellulite infectieuse. (33)



Figure 5 - La maladie carieuse (UFSBD)

La maladie carieuse peut alors être évitée, pour la personne dépendante comme pour la population générale, en intervenant sur différents points :

- Hygiène bucco-dentaire : brossage bi-quotidien avec dentifrice fluoré → 2 fois par jour pendant 2 minutes minimum,
- Hygiène alimentaire : limiter les grignotages et les apports en sucre industriel.

Mais divers facteurs, liés au handicap, vont prédisposer le patient à développer des lésions carieuses (28) :

- Hyperplasie gingivale : provoquant une difficulté d'éruption potentiellement responsable d'une déminéralisation et donc d'une fragilité de l'émail,
- Troubles moteurs faciaux : l'auto-nettoyage ne peut se faire correctement,

- Troubles psychomoteurs : le brossage est difficilement réalisable de manière efficace,
- Manque de coopération pour la réalisation des soins conservateurs.

b) *La maladie parodontale*

Elle touche les tissus entourant la dent : gencive, ligament dentaire, os. On peut distinguer la gingivite, ne touchant que la gencive, de la parodontite ayant une répercussion sur le niveau osseux et étant ainsi responsable des mobilités puis, à terme, de pertes dentaires.(32) Celles-ci entraînant alors une perte de mastication, une modification du type d'alimentation (mixé) et aggravant l'état de dépendance du patient. (28)



Figure 6 - La maladie parodontale (UFSBD)

Différents signes permettent de repérer la maladie parodontale : saignement, gonflement des gencives, douleur, rougeur et halitose (= mauvaise haleine). Les principales causes vont être le manque d'hygiène bucco-dentaire et le tabagisme. Ici encore, l'intervention du personnel soignant pour agir sur ces 2 facteurs aiderait à limiter ce type de pathologie. (32)

Comme pour la maladie carieuse, divers facteurs, liés au handicap, vont aussi prédisposer au développement de pathologies parodontales (28):

- Peu ou pas d'auto-nettoyage : causant une accumulation de plaque et, au-fur et à mesure, de tartre,
- Hyperplasie gingivale : favorisant le développement des bactéries anaérobies.

c) *Pathologie de la muqueuse buccale*

D'autres lésions de la muqueuse buccale peuvent se manifester :

- Lésions ulcéreuses : idiopathiques tels que les aphtes ou traumatiques, liés à une prothèse ou une morsure,
- Lésions blanches : infection fongique type candidose ou leucoplasie, ...
- Lésions vésiculaires : infection virale (VIH), ...
- Perlèche : favorisant les infections fongiques ou parasitaires.

Ces lésions peuvent être responsables de douleurs bucco-dentaires, d'un changement de comportement alimentaire ou encore d'un phénomène d'hyposialie. Une baisse du taux salivaire liée à une polymédication et un manque d'hygiène est la combinaison idéale pour le développement d'une infection fongique au *Candida Albicans*. (35)

2. *Les pathologies traumatiques*

La prévalence mondiale des traumatismes dentaires avoisine les 20% de la population selon les données de l'OMS. (32) Les sujets porteurs d'un handicap psychomoteur ou souffrant de crises épileptiques sont d'autant plus sujets aux risques de chutes : les fractures et luxations dentaires sont fréquentes. (28)

Les para-fonctions comme le bruxisme, phénomène d'usure dent contre dent, peut atteindre un stade très avancé de délabrement. C'est un phénomène physiologique, qui atteint beaucoup de personne, mais chez la personne handicapée, plusieurs facteurs peuvent l'aggraver tels que : les lésions du système nerveux central, une dysmorphose dentaire ou encore en réponse à une émotion trop intense. (28)

Les tics de succion, ou frottements d'objets divers peuvent être responsables de phénomènes d'usures dent-objet, se limitant ainsi aux zones concernées par le frottement. Enfin des comportements, souvent inconscients, tels que les morsures, le grattage ou même les auto-avulsions sont soulignés chez les patients handicapés. Les troubles du comportement, les troubles compulsifs ou neurologiques expliquent ce type d'automutilation. (28)

3. *Les pathologies fonctionnelles*

Une autre forme d'usure dentaire, fonctionnelle cette fois-ci, est retrouvée chez les personnes en situation de handicap, souvent sujette au phénomène de régurgitation ou reflux gastro-œsophagienne (= RGO). Les remontées acides vont venir attaquer la surface de l'émail ce qui crée un phénomène d'érosion pouvant délabrer les dents de manière très importante. (28)

Des problèmes de morphologies oro-faciales sont plus souvent vu chez les patients handicapés avec, par exemple, une béance antérieure, des encombrements dentaires ou des agénésies. (27) Ces problèmes de dysmorphose dento-maxillaire, tout comme la ventilation buccale, responsable de retard de maturation des fonctions orales, peuvent être à l'origine d'un défaut masticatoire, obligeant alors à adapter la texture de l'alimentation pour le patient, aggravant alors son état de dépendance. (28)

B. Besoins en soins

Il est difficile de maintenir une hygiène correcte chez les PBS, ce qui amène généralement aux pathologies dentaires, augmentant alors les besoins en soins dentaires. (36) Pour déterminer les besoins en soins, il faut analyser les effets du handicap et trouver des solutions adaptées pour une prise en charge accessible. (29) Comme pour toutes pathologies, différents facteurs vont entrer en jeu pour favoriser le développement d'une pathologie dentaire : les facteurs biologiques, les habitudes alimentaires et l'hygiène bucco-dentaire. (27) La plupart des pathologies bucco-dentaires pourraient être évitées à l'aide d'une prise en charge précoce ! (32)

La personne vivant au quotidien avec la personne handicapée est la plus qualifiée pour établir le besoin en soins. En connaissant ses capacités pour prendre soin de son hygiène buccale, l'aidant pourra alors individualiser la conduite à tenir afin de compenser son manque d'autonomie pour maintenir une hygiène suffisante. (29)

Le handicap intellectuel, par exemple, ne prédispose pas en soi à la maladie carieuse, ce sont plutôt les difficultés à prendre soin de sa propre hygiène buccale, de manière quotidienne, qui est un facteur de risque au développement de caries. (37)((38) (39))

Phlypo et al. ont réalisé une étude d'articles, publié en décembre 2019, sur les conditions de santé orale ainsi que les besoins en soins des personnes vivant avec un handicap en Europe. Sur 42 articles retenus de publication récente (2008-2017), le constat est le même : la santé orale est faible. Les patients en situation de handicap se retrouvent la plupart du temps avec des lésions carieuses non traitées, peu de restaurations, beaucoup d'édentements et pourtant peu de réhabilitations prothétiques. Ces patients sont plus souvent sujets aux usures dentaires, aux traumatismes et encombrements dentaires. (27)

Jockusch, Sobotta, et Nitschke mettent en avant, dans leur étude rétrospective sur 10 ans, les besoins en soins dentaires et modèles de traitement des patients à besoins spécifiques (=PBS) lors des soins ambulatoires sous anesthésie générale (=AG) en Suisse. Parmi les 205 soins réalisés sous AG (sur les 154 patients) : 52% ont reçu des soins conservateurs et 45,8% des soins chirurgicaux. Les soins endodontiques sont très rares (2,2%) car ils dépendent d'un plateau technique spécifique peu présent en salle opératoire. Sur l'ensemble des dents ayant besoin de traitement (850), un taux d'échec de 5,1% a été rapporté dû principalement aux caries secondaires (93%) mais également aux traumatismes ou apparition de lésions apicales. (36) Plusieurs études s'accordent à dire que la pathologie dentaire la plus répandue chez les patients atteints d'un handicap est la maladie carieuse. (36)(40)(41)

Selon l'enquête menée par l'Assurance maladie en 2005, les enfants en situation de handicap de 6 à 12 ans ont 4 fois plus de risque de développer des problèmes dentaires que le reste des enfants de la population générale. Et ce facteur est aggravé de 3,5 chez les adolescents handicapés. (42) En effet, plusieurs études s'accordent à dire que les PBS auraient un taux plus élevé d'extractions et de restaurations dentaires. Une étude a cherché à infirmer cette croyance : sur plusieurs petits patients ayant reçu des soins sous AG, les enfants ayant des pathologies générales assez lourdes auraient un meilleur état bucco-dentaire que certains petits patients en bonne santé générale, du fait de leur accès aux soins de prévention plus rapide grâce à la présence d'une assistance médicale et de personnels spécifiques liée à leur handicap. Ils ont alors accès à un plus haut niveau de soins de restauration et de prévention. (37)((43)) Nous pouvons retenir ici que, sans prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire, ni suivi régulier par un chirurgien-dentiste, le risque de développer des pathologies bucco-dentaire est plus important.

De plus, l'index de plaque dentaire est également beaucoup plus élevé chez cette population de patients. (27) Dans l'article de Larry Lawton, la plupart des patients d'un établissement pour personnes ayant des besoins spécifiques, présentent une pathologie parodontale du fait de leurs capacités limitées à maintenir leur hygiène dentaire quotidienne. (1)

En effet, une hygiène bucco-dentaire quotidienne est primordiale, et les aidants, familiaux et professionnels, jouent un rôle prépondérant dans la réalisation de celle-ci chez les personnes en situation de handicap ne pouvant assurer seuls, de manière optimale, leur hygiène bucco-dentaire. Il est également scientifiquement prouvé, pour toutes personnes, que les pathologies bucco-dentaires représentent un facteur de comorbidités important notamment pour les pathologies cardiaques, broncho-pulmonaires, neurologique ou encore le diabète. (15) (44) (45).

Comme le souligne Aubrey Sheiham dans le bulletin de l'OMS en 2005 (44), la prise en charge bucco-dentaire ne devrait pas être négligée ni dissociée de la prise en charge globale du patient, celle-ci pouvant avoir de lourdes conséquences sur la santé générale. Cela peut aller d'une simple douleur localisée, à un inconfort constant ou être la cause d'une aggravation systémique ... la santé bucco-dentaire joue un rôle important dans la qualité de vie des personnes tant au niveau psychologique que physique. Inversement, les pathologies systémiques les plus lourdes augmentent la prévalence de ces pathologies bucco-dentaires. (29)(28) De plus, les pathologies bucco-dentaires et les pathologies systémiques ont des facteurs de risques communs : tabagisme, alcool, alimentation trop sucrée ... (32) Une relation étroite à double sens existe entre les pathologies bucco-dentaires et les affections générales, agir sur un de ces facteurs permettra d'améliorer la santé du patient à tous les niveaux.

Des soins courants doivent donc impérativement être mis en place au quotidien par les aidants familiaux ou professionnels afin de prévenir ces pathologies. Un accompagnement par un professionnel de la santé bucco-dentaire doit être mis en place tous les ans afin d'intercepter toute complication et ainsi se limiter à des soins de prévention, beaucoup moins difficiles à réaliser. (29)

En fonction de leurs pathologies, les patients en situation de handicap sont prédisposés à certains soins dont voici un tableau récapitulatif, réalisé par le Dr Martine Hennequin (28) :

Caractéristiques liées au handicap	Conséquences sur la santé bucco-dentaire
Troubles psychomoteurs	Risques de chutes, traumatismes bucco-dentaires Troubles des fonctions orales Troubles de la croissance cranio-faciale
Troubles comportementaux	Hygiène dentaire inefficace Difficultés de coopération pour l'hygiène dentaire Difficultés de coopération pour les soins dentaires
Troubles de la communication	Absence de déclaration des processus douloureux Absence de diagnostic Développement des pathologies
Immunodéficience	Développement du processus carieux Développement de la maladie parodontale
Epilepsie	Risques de fractures dentaires Risques de morsures de la langue
Traitements pharmacologiques de l'épilepsie	Hyperplasie gingivales, augmentation des délais d'éruption Baisse de la vigilance, risques de chutes

Tableau 1- Conséquences sur la santé bucco-dentaire de certains troubles systémiques fréquemment associés à un état de handicap.

Les solutions afin de parer à leur manque de prise en charge bucco-dentaire et ainsi répondre à leurs besoins en soins ressortent toujours être :

- Mise en place d'une routine d'hygiène quotidienne ;
- Promotion de la santé orale ;
- Faciliter l'accès aux soins ;
- Améliorer la formation dentaire pour ce profil de patient.

Mais toutes ces solutions nécessitent une prise de conscience et un investissement des professionnels de santé, aides-soignants, paramédicaux et chirurgiens-dentistes. (27)

III. La prise en charge bucco-dentaire actuelle par le chirurgien-dentiste

A. Obstacles à la prise en charge

En 2008, la Haute Autorité de Santé (= HAS) soutient une audition publique sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Elle expose les différents obstacles auxquels les personnes en situation de handicap peuvent faire face pour l'accès aux soins en France. Ils peuvent être plus ou moins importants et parfois difficilement surmontables : difficulté d'expression verbale et de coopération, manque de praticien disponible et formé à ce type de besoins spécifiques, capacité de déplacement limitée souvent aggravée par le manque d'accessibilité des cabinets, offre de soins insuffisante impliquant un défaut de soins de prévention. (15)

Être conscient de ces obstacles est essentiel pour planifier des stratégies appropriées et efficaces à l'amélioration de l'accès aux soins dentaires. (17)

Chadwick et al, résument les facteurs considérés comme limitant ou facilitant l'accès ou le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire pour les aidants d'adultes ayant un handicap intellectuel. Les facteurs individuels, sociaux et environnementaux ressortent dans cette étude comme ayant une grande influence sur l'hygiène bucco-dentaire. Sur les 372 aidants inclus dans l'étude, un plus grand nombre ont reporté des éléments ayant facilité l'hygiène bucco-dentaire que d'éléments l'ayant limitée. Il y a des limites à cette étude de part sa petite échelle mais nous pouvons tout de même retenir que le brossage va dépendre de la personne et que la plupart des facteurs freinant l'hygiène peuvent être améliorés : il faut trouver le bon matériel et trouver les bonnes stratégies en fonction de chaque patient. Il n'y a pas de solution universelle, mais c'est l'accumulation de petites actions qui finiront par améliorer la santé bucco-dentaire. (46)

1. Obstacles liés à la personne

Les plus grands obstacles à la prise en charge de ces patients sont : la capacité, la disponibilité mais aussi la volonté des chirurgiens-dentistes à les soigner ainsi que leur manque de prise de conscience sur leur état bucco-dentaire. La disponibilité des chirurgiens-dentistes va dépendre en particulier du temps à accorder aux soins de ces personnes, qui va directement dépendre de l'expérience du praticien et de l'enseignement qu'il aura reçu au traitement de ces personnes. (37)((47)(48))

En effet, il est parfois difficile de savoir comment aborder ces patients, du point de vue humain et technique, quand nous n'avons pas reçu de formation approfondie et spécifique au handicap. Celle-ci ne reste encore que trop peu abordée dans le cursus de formation des étudiants en chirurgie-dentaire ou de l'assistantat dentaire. (30) Ce manque de capacités requises à la prise en charge des personnes à besoins spécifiques est particulièrement remarqué et reporté par les aidants familiaux. (17)

Les personnes atteintes d'un handicap complexe peuvent avoir du mal à s'exprimer et partager leur ressenti (42), elles sont souvent incapables de reconnaître un problème dentaire, une douleur ou une gêne (36). En effet, en fonction de leurs déficiences cognitives et motrices, leurs capacités à interpréter ou exprimer la douleur se retrouvent souvent amoindries ce qui compromet le diagnostic. Dans la population générale, la douleur est le premier motif de consultation. Ne pas être capable d'indiquer si l'on a mal et l'endroit où on a mal limite grandement l'accès aux soins pour la personne handicapée. (42)

Le praticien peut être amené à ressentir un certain malaise face à ce manque de dialogue et de compréhension. Il est en effet compliqué d'obtenir correctement l'historique médical complet de la personne, ce qui rend les démarches diagnostiques et thérapeutiques délicates. (15)((49)) Le praticien doit alors savoir faire preuve de beaucoup de patience et modifier son approche. Cela demande beaucoup d'investissement et de temps, ce qui peut effrayer les praticiens peu expérimentés.

Malgré toute leur bonne volonté à bien vouloir prendre en charge les PBS, les chirurgiens-dentistes sont souvent confrontés à leur manque de coopération au moment de la réalisation des soins. (37) Leur comportement d'opposition, associé à des gestes involontaires et/ou incontrôlés, peut sévèrement limiter les possibilités de maintenir une hygiène correcte, que se soit par l'aidant ou le professionnel dentaire. (30)(36) Ces éléments seront perçus par le chirurgien-dentiste comme un frein aux soins en fonction de son expérience et de l'enseignement qu'il aura reçu. Par exemple, comme le mentionne Voza et al., dans la pratique de la pédodontie, c'est avec l'expérience que les praticiens relèvent de petits obstacles avec les enfants en sachant gérer leurs comportements. (37)

La coopération est très difficile à obtenir car les soins dentaires sont très contraignants et « sollicitent de nombreuses fonctions sensorielles, cognitives et motrices, dont l'altération

peut s'opposer à la réalisation du soin ». Garder la bouche ouverte pendant plusieurs minutes n'est pas chose facile dans une atmosphère souvent source de stress. (42)

Il est possible de limiter les sources d'angoisse en commençant par respecter les horaires de rendez-vous et informer de manière simple et claire le déroulement de la séance. Il faut être vigilant sur ce dernier point car, le plus souvent, le praticien ne s'adresse pas directement au patient. (15)

Les informations sont alors données à l'accompagnant de la personne handicapée, sans prendre en compte l'avis de cette dernière, son expérience ou sa parole. C'est effectivement à jauger en fonction du degré de handicap et des capacités de compréhension de l'individu, mais elles sont trop souvent oubliées en leur qualité de personne. Cela représente un manque d'information pour la personne concernée, ce qui peut alors accentuer son manque d'investissement sur sa propre santé. (15)

Lorsque la personne en situation de handicap est aidée par son entourage, celui-ci peut vite se retrouver épuisé émotionnellement par la charge de travail qui lui est demandée : leur manque de soutien ainsi que l'isolement qui peut en découler se retrouvent accentué par le manque d'interlocuteur et la difficulté à trouver des praticiens engagés pour la prise en charge de la personne. Ils manquent souvent d'informations sur la maladie, les déficiences, les traitements, leurs droits, les recours ou les aides possibles et ne sont certainement pas formés sur les éléments de nature technique ou les démarches administratives ... (15)(50)

Avoir du mal à trouver un cabinet ayant pour habitude de soigner les patients en situation de handicap est un obstacle largement reporté, que ce soit pour les aidants familiaux ou le personnel soignant en institution. (17) L'accès aux soins de santé des PBS, dépendant d'une tierce personne, dépend souvent de l'importance que cette personne porte aux soins dentaires. Les obstacles décrits par le personnel soignant sont le manque de temps ou encore la surcharge de travail. (36) ((51))

Les aidants peuvent réduire la personne à sa déficience et se concentrent sur ses besoins liés à la maladie ou au handicap. Ils en oublient la prévention et leurs besoins primaires de santé globale. (15) Des éducateurs rapportent manquer d'une formation spécifique leur permettant de réaliser les gestes de prévention deux fois dans la journée, pour chaque résident. (45)

Tous ces éléments peuvent se compliquer pour les patients vivants à domicile, ayant peu de soutien familial et n'étant pas encadrés par une institution. En effet, ils peuvent se retrouver facilement découragés et sérieusement isolés face à l'inaccessibilité de certains soins et la mauvaise adaptation du système.(15)

2. *Obstacles matériels*

Pour diverses raisons, la population de PBS fait face à beaucoup de difficultés pour accéder aux soins dentaires : manque d'accessibilité des cabinets, transports publics, problèmes d'organisation pour planifier les soins ... Tous ces éléments représentent des obstacles supplémentaires à l'amélioration de leur prise en charge bucco-dentaire. (37)

Le déplacement de la personne handicapée peut être totalement impossible : patients alités, sous-effectif du personnel soignant, peur de déranger l'entourage, personne pour les aider, ou même le prix excessif des transports ... quand ils existent ! C'est dans ce dernier cas que le rôle du médecin traitant et d'un aidant est primordial pour guider la personne handicapée et l'accompagner dans les démarches administratives. Beaucoup de personnes en situation de handicap ne savent pas à quoi elles peuvent avoir droit et n'ont pas de « couverture maladie complémentaire de qualité », ce qui représente un frein financier important. (50)

Au Etats-Unis, plus de 1,5 millions de personnes avec un retard de développement doivent faire appel au programme « Medicaid », créé afin de fournir une assurance maladie aux personnes ayant de faibles revenus. Mais ce programme ne comprend pas la prise en charge des soins dentaires. La plupart de ces patients se retrouvent alors incapables de payer ces soins. (1) En France, l'absence de tarification adaptée à ce type de prise en charge représente un obstacle supplémentaire pour les praticiens, « devant assurer un minimum de rendement afin de subvenir à tous les frais qui leurs sont imposés ». (30) Mais depuis le 8 août 2020, plusieurs majorations sont enfin applicables sur différents actes (sous certaines conditions cf. IV). Cette valorisation doit faciliter et motiver à la prise en charge de ces patients.

Quand la mobilité du patient n'est plus un problème majeur, il se retrouve confronté à des dispositifs matériels inadaptés, comme c'est le cas des fauteuils de soins dentaires, et à l'inaccessibilité des locaux. En France, la loi du 11 février 2005, relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, oblige les bâtiments recevant du public de permettre l'accès et la circulation de toutes les personnes

handicapées. Mais il existe des dérogations pouvant être acceptées « en cas d'impossibilité technique ou de contraintes liées à la préservation du patrimoine architectural, ou lorsqu'il y a disproportion manifeste entre les améliorations apportées et leurs conséquences » (52) Certains établissements de soins ne sont alors toujours pas à jours dans les normes handicapées : rampes d'accès, ascenseur, toilettes, parking ...

Ce dernier point peut ne pas représenter une grande complication pour les zones où l'offre de soins est abondante. Mais malheureusement, de nouveaux déserts médicaux ne cessent de voir le jour, certaines zones se retrouvent dépourvues de structures de soins et sont très éloignées des premiers centres. L'inégalité de répartition des structures de soins représente un réel problème pour l'ensemble de la population mais d'autant plus pour les populations de personnes pour qui la proximité représente très souvent une condition essentielle. Le manque d'accessibilité géographique majeure l'isolement. (18) (50)

B. En cabinet libéral

Tous le monde possède les mêmes droits sur les soins médicaux, que ce soit les PBS ou le reste de la population. (40)(41) Chaque praticien possède les capacités nécessaires pour prendre en charge les PBS. La plupart d'entre eux peuvent être suivis dans des cabinets de ville mais la première visite doit être préparée en amont. (53) Il est d'abord nécessaire d'évaluer la possibilité de prodiguer des soins à ces patients à l'aide de plusieurs critères (36)(53) :

- Type de handicap : comportement, tempérament, communication ;
- État de santé général et risques médicaux ;
- Traitements médicamenteux ;
- Expérience avec les soins médicaux, notamment dentaires : limite de positionnement du patient sur le fauteuil, possibilité de diagnostic, capacité à garder la bouche ... ;
- Possibilité de transport.

Il faut également prendre en compte certains critères de capacité à maintenir son hygiène buccale tels que :

- L'acuité visuelle ;
- La capacité à tenir la brosse à dent ;
- La dextérité manuelle ;

- Le besoin d'aide par une tierce personne.

De plus, il peut être intéressant de fournir des clichés photos du cabinet dentaire, pour que le patient puisse se familiariser avec les lieux, mais aussi avec l'équipe du cabinet, afin de diminuer les sources de stress lors de la première visite. (53) C'est ce que l'équipe de HandiConsult34 appelle « visite virtuelle » ou « visite blanche » afin de favoriser, pas à pas, « l'habitation aux soins ». (54) La première consultation permettra de réaliser l'état des lieux et permettra d'élaborer un plan de traitement en fonction des besoins mais surtout des capacités de la personne. Toutes ces informations pourront déjà nous orienter vers la prescription d'une sédation ou non. (53)

Selon Casamassimo, les praticiens pédodontistes sont une référence dans la prise en charge des enfants mais également des PBS car ils ont pour habitude de gérer la communication et les mouvements inattendus. Mais ces praticiens ne représentent pas la majeure partie de l'offre dentaire et ces patients se retrouvent la plupart du temps pris en charge dans les cabinets d'omnipraticien. (55)

Au-delà d'une approche classique, la prise en charge de la personne ayant un handicap demande une implication et une considération particulière de la personne, et il est intéressant de s'appuyer sur sa formation en pédodontie. Leur prodiguer des soins demande certaines compétences, tels que l'empathie et la patience, et consiste à s'adapter aux besoins individuels de chaque patient en fonction de son handicap, de ses limitations mentales ou psychologiques. Larry Lawton nous donne plusieurs conseils, dans son article publié dans « The Journal of the American Dental Association », afin de faciliter notre prise en charge des PBS en cabinet. Ces conseils sont résumés dans le tableau ci-après (1) :

LIMITER SOURCES STRESS + ATMOSPHERE RELAXANTE ➔ Libère l'anxiété ; ➔ Diminue les comportements d'opposition ; ➔ Réponse plus positive aux traitements.	- Ponctualité : accueil du patient à visage découvert, souriant, sans gants afin de favoriser la relation de confiance (53); - Voix douce et calme ; - Approche délicate ; - Aromathérapie ; - Massage.
ZONE DE TRAVAIL CONFORTABLE	- Salle de soin assez grande : accueil du patient sur fauteuil + aidant - Lampe frontale : zone de soin toujours éclairée malgré les agitations ; - Cale bouche : se protéger de tout accident.

GESTION DU TEMPS ➔ Moins de stress pour le patient et le praticien ; ➔ Laisser le temps au patient de s'habituer à avoir quelqu'un qui regarde dans sa bouche ...	- Organisation : créneaux larges mais dans la limite d'attention du patient (en moyenne 20min) et confortable pour le patient, l'aidant et le praticien ; - Prendre le temps : compter ; - Faire des pauses : laisser le patient fermer la bouche ; - Étape par étape : soins par secteur.
MISE EN SCENE <i>utiliser sa formation pour les enfants</i> ➔ Raconter une histoire afin de détourner l'attention du patient ; ➔ Sous forme de jeu, le soin paraît moins menaçant ; ➔ Se faire assister par les aidants pour favoriser la communication.	- Adapter son discours : l'âge mental des patients peut aller de 6 mois à 6/7 ans pour des patients qui ont réellement entre 20 et 80 ans... - TELL = expliquer ce que l'on va faire ; - SHOW = montrer les instruments, réaliser ce que l'on va faire sur la main ; - DO = réaliser le soin en bouche.
ATTENTION et EFFICACITÉ	- Rapidité dans la réalisation des soins ; - Gestion des mouvements parasites et comportements opposants.
POSITION ÉQUIPEMENT ➔ Éviter les risques de fausses routes chez les patients ayant des troubles de la déglutition / régurgitation ; ➔ Éviter l'aspiration silencieuse de fluide et le risque de pneumonie : prendre des nouvelles des patients	- Stabiliser la tête : se placer derrière le patient, entourer sa tête du bras non travaillant afin de le maintenir correctement et brosser confortablement (56) ; - Ou se placer devant le patient en lui penchant la tête en avant pour éviter les fausses routes (56); - Aspiration et rinçage efficace.

Tableau 2 - Conseils de prise en charge des PBS (1)

Après un premier contrôle, dès l'apparition des premières dents, l'idéal est d'effectuer des contrôles tous les 4 à 6 mois afin d'intercepter tout problème éventuel. Dès le plus jeune âge, des stratégies de prévention supplémentaires doivent être mises en place, tels que l'utilisation de vernis et gel fluoré, la mise en place de scellement de sillons. Ce sera un élément essentiel pour atteindre et maintenir une bonne qualité bucco-dentaire. (37) ((57)(58))

C. Dans les centres médico-sociaux

L'équipe dentaire est souvent minime ou inexistante dans les établissements résidentiels. Les résidents sont vus par un chirurgien-dentiste, idéalement tous les 3 mois, pour un examen de contrôle où la majeure partie des soins tournent autour de l'hygiène dentaire et des évictions carieuses. (1)

Pour mettre le patient en confiance c'est un membre de l'équipe soignante qui accueille le patient et l'installe en salle de traitement. Pour les structures équipées, la sédation consciente est souvent utilisée. Tout le long du soin, l'accompagnant du patient peut le soutenir en lui serrant les mains et en restant à proximité. Le patient peut également être enveloppé au niveau des genoux ou des épaules afin d'éviter qu'il ne se relève de la chaise ou ne tombe de celle-ci et ainsi le protéger durant le soin. (1)

Les traitements complexes, tels que les traitements endodontiques ou la réalisation de prothèses, sont peu fréquents. En effet, ils nécessitent un plateau technique spécifique disponible dans les cabinets. La plupart du temps, tant que les dents sont saines et non douloureuses, le but est d'aider les patients à maintenir leur dentition au maximum. Malheureusement les extractions sont parfois nécessaires. (1) Des contrôles réguliers peuvent permettre d'éviter d'avoir recours à l'anesthésie générale. (36) Pradhan et al. le souligne, pour 68,1% des patients inclus dans leur étude, les soins ont pu être réalisés sans nécessiter de sédation. Les soins étaient essentiellement des contrôles (72,1%) et des détartrages (59,1%). (17) Il est alors essentiel que le personnel soignant reçoit une formation adéquate afin de pouvoir former avec le dentiste une équipe et prendre en charge au mieux ces patients.

Une très bonne communication et un bon transfert d'informations entre les soignants et le chirurgien-dentiste pourrait permettre de se limiter à un contrôle annuel. Cependant, la littérature conseille des suivis à 4/5 mois voir tous les 2 mois (59)(60). Mais des suivis aussi fréquents sont difficilement applicables dans les institutions du fait du manque de personnel et de la surcharge de travail. (36)

D. Soins sous sédation consciente

La réalisation d'un soin par le chirurgien-dentiste, dans la cavité buccale, représente un acte particulièrement intrusif. Les PBS, ayant une sensibilité particulière au bruit et à la lumière, peuvent ressentir un profond malaise sur le fauteuil dentaire, qu'ils nous font comprendre par une agitation croissante. Les bruits des instruments rotatifs, des ultrasons ou encore des aspirations sont perçus et vécus comme quelque chose d'agressif. (30)

Plusieurs techniques cognitivo-comportementales peuvent alors être mises en place afin de réduire le stress de ces patients tels que la relaxation, l'hypnose ou encore la distraction de l'attention ... (42) L'avantage de ces techniques est d'éviter le recours à de la sédation parfois intense et à durée prolongée ainsi que de favoriser la relation de confiance entre le praticien et son patient. (30)

Mais le chirurgien-dentiste peut aussi être amené à utiliser la sédation consciente et différentes techniques d'anesthésies. (1) La prise en charge dans les cabinets de ville est alors plus compliquée. Le patient pourra être réorienté vers une structure avec un plateau technique plus complet et un personnel plus qualifié dans la réalisation de soins plus complexes. (53) L'administration d'un sédatif oral, ainsi que l'inhalation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (= MEOPA) sont deux techniques pharmacologiques de références pour les patients non coopérants. (42) Ces techniques assurent un certain niveau de conscience du patient. (61) Aucun lien clair n'a été établi entre les différents niveaux de sédation : avec un même dosage, un patient pourra être dans un état de sédation modéré tandis qu'un autre pourra être dans un état profond de sédation. (41) De plus, l'avantage général de la sédation consciente sur l'anesthésie générale n'est pas clairement démontré. (36)

1. *Prémédication sédatrice orale*

En France, le chirurgien-dentiste n'est pas habilité à injecter des sédatifs par voie intraveineuse. (61) Il est néanmoins possible de donner une prémédication sédatrice avant le rendez-vous de manière orale. (1) Ce type de sédation est facile à mettre en place et rapide mais son efficacité reste variable : intensité aléatoire et durée de sédation pouvant aller au delà de la durée du soin ... (62)(63)

L'administration de sédatif oral peut-être difficile à contrôler et ajuster en fonction des besoins de chacun. Cette technique sera plus appropriée aux patients montrant un manque de coopération. La sédation orale peut permettre une sédation suffisante avant une éventuelle sédation intraveineuse dans les structures adaptées. (36)

L'efficacité des benzodiazépines, molécules permettant de réaliser l'anxiolyse et de diminuer le stress avant un soin dentaire, *tel que le DIAZEPAM (VALIUM®)*, reste tout de même aléatoire du fait de divers facteurs systémiques des patients en situation de handicap : mode d'élimination, assimilation de la molécule, interaction médicamenteuse ... (28).

L'HYDROXYZINE (*ATARAX®*), molécule appartenant à la famille des anti-histaminiques, aura un effet sédatif léger et peut être facilement utilisé en cabinet. (64)

2. *Prémédication sédative parentérale*

Réservé au milieu hospitalier, la prémédication sédative par voie intraveineuse ou intramusculaire, sera administrée au moment du rendez-vous par une infirmière habilitée. (1)

Le MIDAZOLAM (*Hypnovel®*), par exemple, de la famille des benzodiazépines, ne possède pas d'AMM pour une utilisation par voie orale et nécessite la pose d'une perfusion et un encadrement technique plus spécialisé : anesthésiste référent et salle de repos. (64) Une personne de l'équipe soignante reste dans la salle le temps que la sédation fasse effet pour garder un contact avec le patient et le rassurer. Après les soins, le patient est raccompagné en fauteuil roulant jusqu'à sa chambre où il est surveillé par une infirmière jusqu'à ce qu'il reprenne totalement conscience. (1)

3. *MEOPA*

Une autre méthode de sédation, à laquelle le chirurgien-dentiste peut être formé, est l'utilisation de MEOPA. (36) En France, cette technique a été étendue à un usage hors structure hospitalière avec une nouvelle autorisation de mise sur le marché (= AMM) en 2009. Son utilisation est alors possible dans les cabinets dentaires privés mais elle reste néanmoins limitée aux personnes ayant reçu une formation spécifique. Seuls les chirurgiens-dentistes habilités et équipés pourront alors l'utiliser. (64)

Cette technique va permettre un effet anxiolytique et une agénésie de surface tout en conservant le patient dans un certain niveau de conscience. Le patient respire tranquillement dans un masque (nasal ou naso-buccal) pendant quelques minutes. Plusieurs effets peuvent être induits tels qu'un état d'euphorie, des fourmillements, un mal de tête ou des vomissements. (65)



Figure 7- MEOPA (SantéBD.org)

Quand la sédation est possible, elle permet d'améliorer la compliance et de diminuer le niveau de stress. (36) Cette technique favorise alors grandement la réalisation des soins dentaires et permet ainsi de diminuer les indications de soins sous anesthésie générale. (36)(66) Elle représente donc une alternative intéressante à la prémédication orale, plus aléatoire dans son efficacité, et à l'anesthésie générale, beaucoup plus invasive. (28)

Des limites existent pour cette technique, notamment dans la capacité à pouvoir tolérer le masque suffisamment longtemps. La sédation présente également un risque de manque d'oxygénation, pouvant diminuer ou supprimer tout réflexe : elle nécessite donc un contrôle de la durée et de l'intensité de sédation. (36)

Pour les patients ayant recours à des techniques de prémédication ou au MEOPA, il sera intéressant de diminuer progressivement cet usage, grâce à l'installation d'une relation de confiance solide entre le patient et son praticien et donc d'une amélioration de sa coopération face aux soins dentaires. (30)

E. Soins sous anesthésie-générale

Il existe un très grand besoin de soins dentaires sous anesthésie générale pour les patients à besoins spécifiques. (36) Les contraintes que représentent les soins dentaires limitent sérieusement les différentes options de soins possibles. (1) La plupart des études évoquant l'utilisation de l'anesthésie générale s'accordent à dire qu'elle facilite la réalisation des soins pour les patients phobiques ou avec un comportement de résistance aux soins. (41) (67) Parmi les diverses indications de soins sous AG, seuls deux critères de prise en charge sont retenus : l'importance du trouble du comportement et l'importance des soins par leurs nombres et/ou leurs complexités. (53)

Des patients ayant les mêmes besoins devraient pouvoir avoir le même accès aux soins, recevoir des traitements de qualités comparables, les mêmes résultats aux traitements sans tenir compte de si une procédure de « facilitation » est mise en place ou non. (68)

La première indication de réalisation de soins sous AG est le manque de coopération du patient. (36)(41) Même pour les praticiens expérimentés, les soins sur le fauteuil dentaire classique sont peu réalisables ... les mesures d'examen de diagnostic et les radiographies sont difficiles et souvent impossibles. Afin de prodiguer des soins sûrs, suffisants et de qualité sans entraîner de stress physique et psychologique important pour ces patients, l'usage de la sédation ou de l'anesthésie générale est très souvent nécessaire. (36)

La réalisation de soins sous AG est indiquée en seconde intention, seulement une fois que les techniques les moins invasives ont été essayées. Ce n'est qu'en cas d'échec ou d'urgence qu'elle sera envisagée. (30) Pour seulement 18,8% des patients inclus dans l'étude de Pradhan et al., l'anesthésie générale a dû être indiquée afin que les patients puissent recevoir les soins nécessaires. (17)

Les soins dentaires pour cette population vulnérable représentent un réel challenge. Soins dentaires à domicile incomplets, historique médical partiellement connu, organisation pré opératoire approximative, manque de coopération et retard de développement sont des éléments qui compliquent l'organisation de la réalisation des soins sous AG. (41) Soins qui apparaissent souvent différents des soins conventionnels. (36)

La littérature montre une tendance à favoriser les extractions face aux soins conservateurs afin d'éviter tout échec ou complications éventuelles. (28)(67) De plus, la durée de soin limitée, la nécessité d'éviter les interventions à répétition ainsi que la difficulté d'organisation des soins de ce type tendent à privilégier les extractions dentaires. (28) Les soins endodontiques, par exemple, étant chronophages et pouvant augmenter considérablement les risques de complication sur le long terme, sont évités. (36) (48) La réalisation de pulpotomie complète est une bonne alternative aux soins endodontiques. Elle permet un gain de temps, d'efforts et permet d'éviter ces risques de complication. (68)

L'AG limite la réalisation des soins de conservations et est inadaptée aux soins nécessitant un suivi sur plusieurs séances tels que les réhabilitations prothétiques ou encore l'orthodontie. (42) Actuellement, des études tendent à favoriser une approche plus conservatrice afin de limiter un trop grand nombre d'extraction dentaire et ainsi encourager la maintenance de l'hygiène bucco-dentaire. Les restaurations prothétiques étant très difficiles, si ce n'est pas impossible, il est extrêmement important d'être conservateur, cela limitera ainsi les problèmes de dysphagie en maintenant les capacités masticatrices. (68) En effet, les extractions dentaires vont d'abord aggraver le déficit esthétique mais vont également contribuer à diminuer les capacités masticatrices du patient. La texture de l'alimentation de ce dernier s'en retrouve modifiée, aggravant alors son état de dépendance. (28)

Il est dans l'intérêt du patient de prodiguer des soins confortables, définitifs, durables, et des restaurations fonctionnelles avec moins de temps en les réalisant sous AG. Un bon plan de traitement en prenant en compte les conditions médicales, les résultats des différents soins et des différents matériaux (taux de réussite ou échec) est nécessaire afin d'assurer des soins de haute qualité et ainsi éviter de répéter les soins sous AG. (67)

Les PBS ne sont pas souvent capables de maintenir leur hygiène orale et sont dépendant de leurs aidants. Même les capacités de soins des praticiens dentaires peuvent être limitées à cause de leur incapacité à tolérer les procédures, leur manque de compliance, de coopération ou leur comportement défensif et/ou agressif. (36) L'AG reste alors souvent le seul moyen de soigner ces patients. (42) Mais les éventuels risques et complications ne doivent pas être sous estimés surtout dans une population vulnérable dont la décision de réalisation de soins sous AG se fait sans vraiment avoir eu de réel examen intra-oral. (36)

Les patients doivent ensuite être inscrits dans un protocole de suivi annuel avec contrôle et soins de prophylaxie sans AG. (36) Les patients ne participant pas aux contrôles post-AG régulièrement ont 4 fois plus de risques de devoir de nouveau recevoir des soins sous AG que ceux qui étaient rigoureux dans leur suivi en cabinet. (36)((70))

IV. Rôle du Chirurgien-dentiste dans l'amélioration de la prise en charge des patients à besoins spécifiques

En juin 2013, la Charte Romain Jacob est adoptée en France, pour l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap, par les représentants de ces personnes, les acteurs des secteurs du soin ainsi que les acteurs régionaux et nationaux. C'est en août 2015 que sera signé, par plusieurs organismes, une déclinaison de cette charte dans le domaine bucco-dentaire (Annexe 5). (71)

Afin de parer à la plupart des obstacles que rencontrent les personnes en situation de handicap ainsi qu'à leur sentiment d'isolement et de manque de prise en charge bucco-dentaire, des réseaux de santé se sont développés au cours du temps. Ils représentent « une solution organisationnelle permettant de pallier les insuffisances du système de santé trop rigide ». (72) Ces réseaux indépendants réalisent différentes interventions et facilitent ainsi l'accès aux soins indirectement ou directement grâce à un réseau pluridisciplinaire. (50)

Des parents, des chirurgiens-dentistes, des directeurs d'établissements médico-sociaux ainsi que des représentants associatifs ont participé à la mise en place de ces réseaux afin d'améliorer la dispense des soins et la qualité de prise en charge. (30)

Le réseau Handident Occitanie (anciennement Midi-Pyrénées), créé en 2005, se propose : « d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes à besoins spécifiques, en l'occurrence les personnes atteintes d'un handicap mental, d'un handicap physique ou de handicaps multiples, que ces personnes soient, ou non, accueillies en établissements spécialisés. Les acteurs de ce réseau, s'engagent sur le principe d'un volontariat pour une durée indéterminée. Ils s'engagent à œuvrer dans le sens des objectifs du réseau et en respectant les principes de la charte d'inscription ». (73)

Malgré cela, un manque de communication permettant de fournir les coordonnées des praticiens adhérents à ces réseaux et accueillant ces patients dans leur cabinet se faisait sentir ... (30) C'est depuis 2010, qu'un référent handicap est désigné au sein de chaque Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) afin d'orienter la prise en charge des patients à besoin spécifiques. Ils ont pu établir un récapitulatif de l'offre et de la demande de soins, sont informés de l'ensemble des initiatives au sein du département et tendent à améliorer le parcours de soin en créant un réseau plus local. (53)

En France, la sécurité sociale prend en charge la plupart des soins pour l'ensemble de la population. Mais certains praticiens, prenant le temps de soigner les patients en situation de handicap, voient la durée du soin ainsi que la complexité de celui-ci considérablement augmenté. (30) Une échelle des Adaptations pour une Prise En Charge Spécifique en odontologie ou Grille APECS (Annexe 4) a alors été développé afin d'évaluer la complexité de la prise en charge et d'obtenir une majoration spécifique à la prise en charge d'un patient atteint d'un handicap lourd. Effectivement, après de longues négociations pour obtenir une dérogation de facturation, un accord a enfin été signé entre l'assurance maladie et les représentants des chirurgiens-dentistes afin d'obtenir une majoration sur certains actes. (53)

L'association Santé Orale et Soins Spécifiques (= SOSS) nous résume les changements de l'avenant n°3 - articles 12-1 et 12-2 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes 2018-2023 (74) entrant en vigueur depuis le 8 août 2020 pour la prise en charge des personnes à besoins spécifiques.

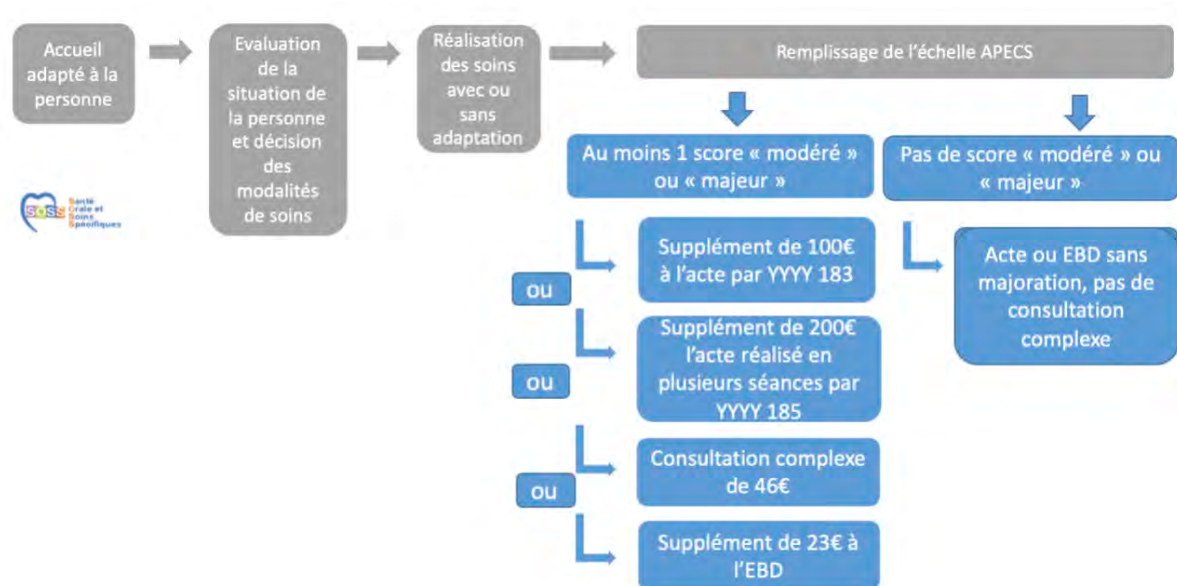


Figure 8 - Convention nationale des chirurgiens-dentistes, avenant n°3

Mode d'emploi (d'après l'association Santé Orale et Soins Spécifiques SOSS)

A. Formation du personnel soignant des institutions

Il existe un manque de formation initiale et continue des professionnels de santé sur la prise en charge des PBS. (18) Beaucoup de soignants, aidants ou accompagnants sociaux n'ont pas de formation médicale et nécessiteraient une formation plus intense et adaptée. (36) Afin d'entrer dans une démarche d'amélioration, un effort considérable doit être mis en place afin de remédier aux lacunes de nos professionnels. Les associations de personnes en situation de handicap, pourraient être intégrées dans ces étapes de formations. (18)

Pour les patients dont la coopération est très réduite, voire inexistante, le diagnostic se base seulement sur des observations extérieures ... les aidants familiaux et les soignants doivent alors être formés à l'hygiène orale ainsi qu'à la reconnaissance des symptômes ou douleurs potentielles. (36) De plus, bien qu'une formation technique est indispensable, une formation axée sur la conduite à tenir face aux différentes situations ainsi que sur la coopération interdisciplinaire entre l'équipe dentaire et tous les aidants est nécessaire. (17)

1. *Prévention : Hygiène et habitudes alimentaires*

Les soignants doivent aussi bien être formés sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire que sur les mauvaises habitudes alimentaires à éviter. Ces dernières sont les mêmes que pour la population générale :

À ÉVITER	ALTERNATIVES
- Sucres industriels ; - Aliments acides : ketchup, vinaigre, citron, jus de fruit ... ; - GRIGNOTAGE.	- Édulcorants ; - Compensateurs : fromage, protéines, lipides ; - Si les prises alimentaires doivent être répétées : terminer avec un verre d'eau + passer une compresse.

Tableau 3 - Conseils alimentaires (UFSBD)(53)

L'UNAPEI, association œuvrant pour représenter et défendre les intérêts des personnes ayant un handicap mental ainsi que leur famille, partage la marche à suivre du Dr Martine Hennequin pour assurer l'hygiène buccale, en fonction des compétences de chaque patient, dans leur livret guide à la santé bucco-dentaire (Annexe 5) :

SITUATION DE LA PERSONNE HANDICAPÉE	HYGIÈNE	INTERVENTION DE L'ENTOURAGE
Ne sait pas cracher ou S'oppose à la brosse à dents	Compresse imbibée de solution antiseptique diluée en massages des gencives et nettoyage des dents, au moins 1 fois par jour	Réalisation complète par un tiers
Ne sait pas cracher Accepte la brosse Ne sait pas se brosser	Brossage avec dentifrice peu fluoré	Réalisation face au miroir, par un tiers. Régulièrement, essayer l'apprentissage du rinçage
Sait brosser et cracher accompagné	Brosse adaptée Dentifrice moyennement fluoré	Face au miroir Présence ou contrôle d'un tiers Si besoin, brossage complété
Sait brosser et cracher seul	Brosse adaptée Dentifrice fluoré	Face au miroir Encouragements et contrôle ponctuel par l'entourage

Tableau 4 - Hygiène buccale selon les compétences de la personne (d'après le Dr Martine Hennequin) (62)

L'association Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité (= SOHDEV) s'accorde à dire que la bonne technique de brossage à adopter est fonction du profil de handicap et des capacités de la personne à besoins spécifiques. Dans leur guide à l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes handicapées (Annexe 5), leurs conseils et recommandations sont semblables à ceux du Dr Martine HENNEQUIN. Nous pouvons tout de même retenir certains conseils supplémentaires (56) :

OBSTACLES	CONSEILS
- Brossage bi-quotidien ;	- Préférer un brossage, le soir : le taux salivaire diminue la nuit et ne joue pas son rôle protecteur ;

- Mouvements parasites / manque de coopération ; - Risques de fausses routes - Brossage difficilement réalisable	- Contention douce pour stabiliser la tête ; - Pencher le patient vers l'avant ; - Distraction de l'attention ; - Faire des pauses ; - Segmenter le brossage avec la méthode BROS ;
--	---

Tableau 5 - Conseils aux aidants (56)

La méthode B.R.O.S, c'est faciliter le brossage de l'ensemble de la cavité buccale en segmentant celui-ci : brossage des dents du haut faces externes, faces internes puis faces permettant de mâcher. Répéter le même circuit en trois étapes sur les dents du bas. Le brossage s'effectue par des mouvements de la gencive vers la dent, avec une manipulation douce de la brosse à dent, permettant de masser les gencives. Ou bien favoriser les mouvements circulaires pour plus de facilité.

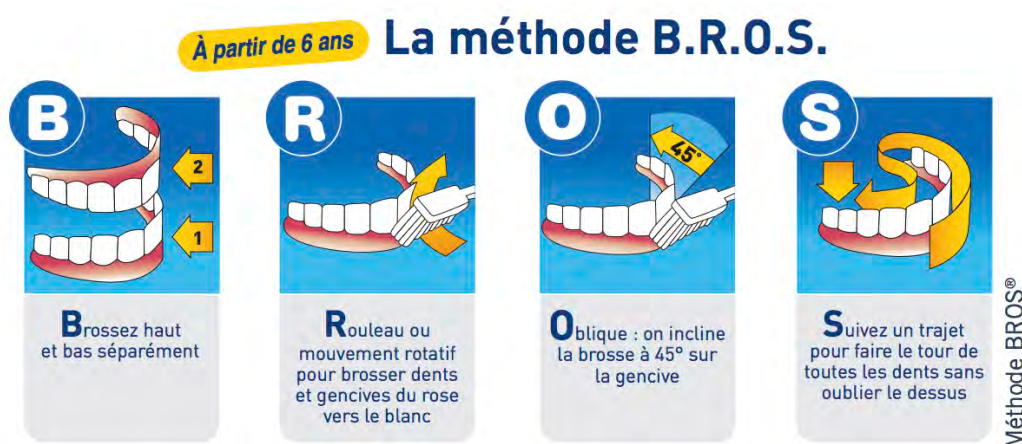


Figure 9 - Méthode B.R.O.S (UFSBD)

Plusieurs organismes proposent des formations pour les établissements médico-sociaux. En Occitanie, l'ARS propose chaque année à différents établissements, de financer cette formation. L'UFSBD, en partenariat avec l'association Handident, la Mutualité française ou encore la SOHDEV sont des organismes formateurs.

En Occitanie, en 2021, la formation initiée par Handident et l'ARS, en partenariat avec l'UFSBD comprend 4 volets (53) (75) (Annexe 5):

- Une formation de 7h à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des personnes vulnérables. Cette formation s'adresse autant aux professionnels de santé, qu'aux cadres de santé, infirmiers et aides-soignants. En petit groupe de 8 à 10 personnes, la formation s'axe sur 3 modules principaux dont :
 - o Une partie théorique,
 - o Une partie pratique par simulation entre participants
 - o Une visite en chambre pour mettre en pratique en situation réelle et être confronté aux éventuelles difficultés ;
- Choix entre deux formations supplémentaires pour les établissements ;
- À la fin de cette journée de formation, deux personnes de l'équipe soignante, odonto-conscientes, se portent volontaires afin de devenir les coordonnatrices des soins bucco-dentaires. Elles bénéficieront d'une formation supplémentaire. Leur rôle sera de s'assurer de la réalisation des soins de prévention, de motiver l'ensemble du personnel et également de faire le lien avec les professionnels de la santé bucco-dentaire ;
- Une dernière étape de dépistage est réalisée pour chaque résident afin d'établir un protocole individualisé de prise en charge.

Cette formation est déployée sur 31 établissements en Occitanie sur les départements de la Haute-Garonne, du Lot, des Hautes-Pyrénées et de l'Hérault.

Afin de mettre en place l'ensemble des compétences acquises au cours des différentes formations, la bonne prise en charge des résidents dépendra des qualités telles que le savoir-être et le savoir-faire de l'équipe soignante. (53)

Avec le respect et la mise en application de ces différents éléments, les urgences bucco-dentaires seront limitées. Mais si nous devons être confrontés à certaines d'entre elles, il faudra savoir les gérer.

2. *Gestion des urgences*

Les soignants qui accompagnent les PBS lors de leur consultation dentaire reçoivent conseils et motivation à propos de l'hygiène bucco-dentaire. Mais ces consultations sont souvent écourtées du fait de la faible capacité d'attention des patients. (36) L'organisation régulière de visites de rappel permet alors de détecter tout problème à un stade précoce, de faciliter

ainsi la prise en charge sur le fauteuil et donc d'éviter une intervention en urgence ou sous AG. (17)

De plus, afin d'éviter toute urgence, le personnel soignant doit être formé et informé des différentes pathologies buccales. En développant leurs connaissances, le diagnostic se fera plus sereinement et plus rapidement. Pour réaliser cela, les établissements peuvent idéalement faire appel, comme cité précédemment, à différents organismes formateurs à l'hygiène bucco-dentaire.

De plus, différentes sources numériques d'informations bucco-dentaires sont facilement et rapidement accessibles.

a) UFSBD (76)

Le site UFSBD.fr propose différentes fiches conseils afin de favoriser les connaissances générales sur la santé bucco-dentaire. Ces fiches s'adressent à l'ensemble de la population :

- 5 idées reçues à combattre
- Attention au grignotage
- Le cabinet dentaire ...

Mais des fiches spécifiques s'adressent à la population de patient vivant avec un handicap et ayant des besoins de prises en charges spécifiques et individualisés selon la personne. (Annexe 5)

b) Santé BD (77)

Développé par l'association CoActis Santé, le site internet SantéBD.org a pour but de faciliter l'accès à la santé pour tous et notamment aux personnes présentant des difficultés de compréhension et d'expression. Ce support numérique peut également être consulté par les aidants, familiaux et professionnels. (Annexe 5)

Plusieurs BD à thèmes expliquent la santé de manière simple, avec des dessins pédagogiques, rédigées de manière « facile à lire et à comprendre ». Pour diversifier les supports, une application mobile ainsi qu'une chaîne YouTube ont été développées.

c) L'aident.fr (78)

Ce site internet, facile à lire et à comprendre, a également été créé afin de permettre aux aidants de poser le bon diagnostic et de les guider dans la marche à suivre face à d'éventuelles urgences. (Annexe 5)

Les maladies carieuse et parodontale sont les plus fréquentes et peuvent être considérablement réduites par l'hygiène alimentaire et l'hygiène bucco-dentaire. Des examens réguliers permettront d'intercepter toutes complications. (33) Voici un tableau récapitulatif sur la conduite à tenir face aux pathologies / urgences que nous sommes le plus souvent susceptibles de rencontrer (33)(78)(79) :

PATHOLOGIES		CE QUE VOUS POUVEZ VOIR		CONDUITE À TENIR
GENCIVE	AGGRAVATION	PLAQUE DENTAIRE	- Enduit mou, blanc à jaunâtre - Jonction DENT / GENCIVE - Accumulation de bactéries toutes les 6H	BROSSAGE Revoir technique et fréquence
		TARTRE	- Enduit minéralisé et dur, jaunâtre à brun - Jonction DENT / GENCIVE	DÉTARTRAGE Chirurgien-dentiste
		GINGIVITE	- Muqueuse rouge vif à violacée + Enflée	BROSSAGE
		PARODONTITE	- Déchaussement des dents ET Trous noirs entre les dents - Bourrage alimentaire - Abscès parodontal +/- saignement / pus	SUIVI REGULIER BROSSAGE / BROSSETTE DÉTARTRAGE
DENT	Mort de la dent ET infection	CARIE	- Tâches brunes à noires - Perte de matière, +/- cavités - Texture molle, la dent s'effrite)	CONSULTER un chirurgien-dentiste : soins nécessaires Cabinet MEOPA Anesthésie générale <i>Rarement en institution</i>
		FRACTURE	- Limité à l'émail ou touchant le nerf	
		ABCÈS	- Tuméfaction à côté de la dent + point blanc - !!Gonflement de la joue!! !! CELLULITE !! = <i>diffusion de l'infection</i>	CONSULTER un chirurgien-dentiste : prescription puis dévitalisation ou extraction

MUQUEUSE	APHTE	- Fond jaunâtre / bords nets - Liseré rouge sur le pourtour	PICOTEMENT → BRULURE	HYALUGEL® Disparition spontanée en 7/10j sinon consulter un chirurgien-dentiste
	LICHEN PLAN	- Zones blanchâtres anormales de la gencive	PALAIS / LANGUE / JOUE	CONSULTER un chirurgien-dentiste Pour éclairer l'origine du problème!
	CANDIDOSE	- Plaque blanche épaisse - Plaque rouge lisse - Enduit peut être enlevé	PALAIS / LANGUE / JOUE	CONSULTER un chirurgien-dentiste BROSSAGE
	LÉSION TRAUMATIQUE	- Plaie en bouche (morsure, prothèse amovible)		PANSORAL® : consulter un chirurgien-dentiste si pas d'amélioration
	LANGUE	- Aspect langue différent		BROSSAGE : consulter un chirurgien-dentiste si pas d'amélioration
	LÉSION ULCEREUSE	- Type Herpes ! CONTAGIEUX éviter de toucher la lésion ! - Vésicules remplies de liquide puis croûte après percage		CONSULTER un chirurgien-dentiste : prescription Disparition spontanée en 10j
	PERLÈCHE	- Fissures commissures lèvres		HYDRATATION HYGIÈNE BUCCALE Éviter l'infection
	STOMATITE Sous-prothétique	- Érythème de la muqueuse en regard de la prothèse		NETTOYAGE PROTHÈSE Limitier le port de la prothèse pour réduire l'inflammation

Tableau 6 - Gestion des urgences pour les aidants

Avec le programme Oralien, l'équipe soignante a la possibilité de faire appel à l'équipe professionnelle, via la plateforme, en urgence, 24h/24 et 7j/7. Une réponse sur la meilleure conduite à tenir pour soulager le patient leur est partagée par la plateforme. (80) Ce système de télésurveillance est une aide complémentaire à la prévention et à la gestion des urgences bucco-dentaires et s'intègre parfaitement dans l'esprit d'une prise en charge pluridisciplinaire.

3. Communication : Équipe pluridisciplinaire, faire appel à des professionnels de la santé bucco-dentaire

La promotion de la santé bucco-dentaire ne doit pas être dissociée de la promotion de la santé générale : en effet, les pathologies bucco-dentaires exposent à de réels risques sur la santé générale. (44) Tout le corps médical intervenant pour la personne vivant avec un handicap, ainsi que la famille, doivent être informés et pleinement conscients des risques qu'impliquent les pathologies bucco-dentaires. (37) Faire la promotion de la santé bucco-dentaire permet la promotion de la santé en général. De mauvaises habitudes alimentaires, une mauvaise hygiène buccale, la consommation de tabac et/ou d'alcool, les comportements à risque et un rythme de vie stressant sont tous des facteurs de risques des pathologies bucco-dentaires mais plus encore, des pathologies générales. (44)

La plupart des patients en situation de handicap peuvent être pris en charge en milieu ordinaire. Chaque chirurgien-dentiste a donc la capacité de pouvoir les prendre en charge, ne serait-ce, avant tout, pour conseiller et accompagner les familles sur l'hygiène bucco-dentaire quotidienne nécessaire. (53) L'implication de la famille reste un élément essentiel à la bonne cohésion et la bonne communication entre les différents intervenants.

L'un des objectifs du réseau Handident Occitanie est d'assurer au mieux la prise en charge globale du patient, en garantissant la qualité des soins ainsi que le suivi. Les informations sont partagées pour assurer une meilleure prise en charge et faciliter l'intervention de chaque praticien. (73) Une coopération fiable entre le personnel soignant, les dentistes et même les anesthésistes serait bénéfique afin d'assurer une continuité de soins. Les décisions sur les besoins en soins seraient prises en équipe ce qui permettrait de limiter les urgences. (36)

Pour les patients dépendants vivants en établissement médico-social, la réalisation d'un bilan dentaire par l'équipe soignante, basé sur l'observation, devrait être systématiquement réalisé. En se basant sur une grille spécifique, la grille OHAT (= Oral Health Assessment

Tool) (Annexe 5), permettant l'analyse des tissus sains ou non, un score de l'état bucco-dentaire est ainsi facilement attribué à chaque résident. En fonction de ce score, l'équipe soignante pourra envisager la conduite à tenir pour chaque résident. Ainsi, ces documents pourront être remis à un chirurgien-dentiste référent, qui lui permettront alors de prioriser et de mieux organiser ses visites. Le partage des données et l'implication de tous les intervenants est essentiel à la bonne prise en charge du patient.

B. Développement de la Télémédecine

Dans l'aire du numérique, la télémédecine est un nouveau concept permettant la réalisation de consultation à distance, sans que le patient n'ait besoin de se déplacer. Elle est définie pour la première fois avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 comme étant : « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. » (81)

La télémédecine a été développée dans le but de faciliter l'accès à la santé pour toutes les personnes ayant des difficultés à y accéder : personnes ne pouvant pas se déplacer facilement, patients vivants isolés dans les déserts médicaux ...(82)

Ce type de consultation n'est pas négligeable quand on sait l'investissement personnel et financier, ainsi que les moyens que cela demande de se déplacer avec une personne polyhandicapée. (83) Entre consultations spécialisées, soins à domicile, hospitalisations et soins de suite et de réadaptation ... le parcours de soins des personnes polyhandicapées est sans fin et toujours complexe pour le patient et pour sa famille.

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, définit 5 formes de télémédecine (84) :

- Télésconsultation = PATIENT – MÉDECIN : « a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation » ;

- Téléeexpertise : MÉDECIN – MÉDECIN : « a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient » ;
- Télésurveillance : « a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé » ;
- Téléassistance : « a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte » ;
- « La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale » par un médecin du SAMU - Centre 15.

Le terme « Télédentisterie » regroupe ces différentes formes de télémédecine pour la spécialité bucco-dentaire. Elle va permettre d'analyser une situation, de contrôle ou d'urgence, et d'éventuellement permettre le diagnostic et donc de conseiller le personnel soignant sur la marche à suivre. C'est un réel atout afin d'éviter l'errance thérapeutique des personnes isolées et/ou dépendantes. (82) Les études s'accordent à dire que cette technique de prise en charge a le potentiel de diminuer les inégalités dans l'accès à la santé bucco-dentaire. (85)(86)

En France, l'UFSBD s'engage à l'amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes vivants dans des centres médico-sociaux, avec la création du support de télésurveillance pour assurer la prévention bucco-dentaire : ORALIEN.

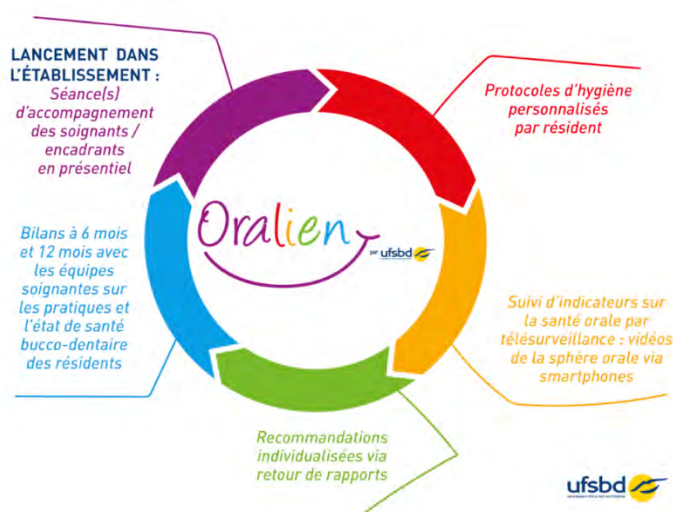


Figure 10 - Programme Oralien (UFSBD)

Basé sur un système d'intelligence artificielle, un membre de l'équipe soignante, équipé d'un smartphone fournit à l'établissement pour le programme, va pouvoir établir un scan vidéo de l'état bucco-dentaire de la personne et le communiquer à une équipe de professionnels de la santé bucco-dentaire. Ce programme repose sur 3 grands axes (53):

- La formation présentielle des professionnels de l'établissement, encadrants et soignants ;
- Le suivi par télé-expertise :

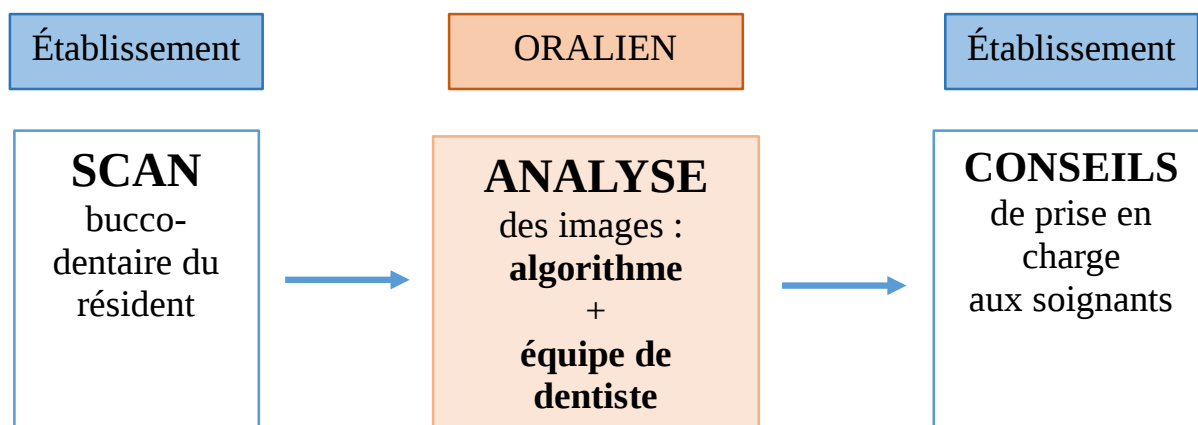


Figure 11- Fonctionnement de la Télé-expertise buco-dentaire

- Le suivi tous les 6 mois.

Plus de recherches, à large échelle, doivent être effectuées afin d'établir le réel bénéfice de cette forme de téléconsultation pour ainsi l'intégrer dans la pratique habituelle. (85)(86)

Grâce à l'arrêté du 3 juin 2019 (87), relatif à l'expérimentation pour l'accompagnement et la prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées, le programme ORALIEN est en expérimentation dans trois régions pilotes : Occitanie, Pays-de-la-Loire, Auvergne-Rhône-Alpes et concerne 48 établissements. Ce projet est financé grâce à l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018 cherchant à promouvoir l'innovation dans la santé. Si le projet s'avère être concluant, des actes pourront être intégrés dans la nomenclature de l'assurance maladie. (88) (89)

En France, d'autres projets pilotes voient localement le jour :

- Le projet E-Dent : l'ASIP Santé soutient la réalisation d'un projet d'amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes institutionnalisées en Languedoc-Roussillon : 12 EHPAD vont expérimenter une téléconsultation tous les semestres pour l'ensemble de leurs résidents. Pour cette étude, une caméra détectant facilement les lésions carieuses et gingivales à l'aide d'une lumière fluorescente a été choisi. Les images et vidéos sont communiquées au CHRU de Montpellier afin d'être analysées et un retour est fait à l'équipe soignante de l'établissement sur : le diagnostic, la marche à suivre ainsi que la prise en charge individualisée pour chaque résident. (90)
- Le projet Tel-E-Dent : initié par le CH de Guéret et soutenu par le CHU de Limoges, cette étude cherche à vérifier le bénéfice réel de la téléconsultation bucco-dentaire. Le schéma du projet est le même : une prise d'images/vidéos, une analyse par un spécialiste et enfin la communication de conseils à l'équipe soignante. Il en résulte un atout majeur dans le diagnostic dentaire. (91) Ce projet a également fait l'objet d'une publication internationale par le « Journal of the American Medical Directors Association » reconnaissant ainsi le rôle de la télédentisterie. (92)

Dernièrement, suite à la crise sanitaire du COVID-19, plusieurs établissements ont bénéficié d'un droit d'accès à une plateforme de téléconsultation (ORTIF) et s'accordent à dire que ce type d'offre de soin est un complément intéressant à intégrer dans la pratique habituelle.(83) Effectivement, la pandémie de COVID-19, aura permis de démontrer le rôle essentiel des nouvelles technologies, trop peu considérées et utilisées jusque là. (93)

Pendant le confinement, la plupart des urgences portaient sur des infections orales : bactériennes (abcès, péri coronarite, cellulite ...), virales ou fongiques ainsi que sur des prescriptions médicamenteuses. Les patients communiquaient des clichés de leur cavité buccale et un groupe de dentistes faisait équipe afin de poser le bon diagnostic. Car en effet, pour beaucoup de praticiens, l'origine des infections n'était pas forcément évidente, notamment entre une origine virale ou fongique. (94) L'utilisation régulière de la télé dentisterie pourrait ainsi limiter l'accumulation d'urgences dentaires à recevoir en cabinet et donc désengorger les services et temps d'attente pour l'obtention de rendez-vous. (93)

L'innovation et la mise en place d'un nouveau système de prise en charge nécessitent l'investissement et l'acceptation de l'équipe soignante et des professionnels de la santé bucco-dentaire. Les patients devront également se montrer réceptifs à ce type de consultation pour qu'elle puisse, petit à petit, s'intégrer dans la prise en charge bucco-dentaire standard. (90) La télé dentisterie pourrait bien être le moyen le plus rapide de répondre à une demande de prise en charge pour les populations n'ayant pas facilement accès à la dentisterie conventionnelle. (85)

C. Rôle de conseil : proposition de plaquettes d'informations

L'amélioration de la prise en charge des patients en situation de handicap, ne pouvant maintenir une hygiène bucco-dentaire correcte, commence par une meilleure information des services dentaires disponibles à la prise en charge de ce profil de patient auprès des aidants familiaux et professionnels. Mais surtout à un encouragement et une sensibilisation auprès des chirurgiens-dentistes dans ce domaine nouveau et challengeant qu'est la prise en charge des patients à besoins spécifiques, dont le nombre est en perpétuelle augmentation. (17)

Voici alors une ébauche de plusieurs plaquettes, réalisée dans un objectif d'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des patients dépendants / en situation de handicap.

1. *À destination des aidants*

Nous avons réalisé une plaquette d'information à destination de toute personne ayant dans son entourage, personnel ou professionnel, une personne en situation de handicap et connaissant un manque de prise en charge au niveau de son état de santé bucco-dentaire. (Annexe 1)

L'objectif serait d'afficher cette plaquette dans les salles d'attente des praticiens afin de montrer la disponibilité de ce dernier à la prise en charge de la personne handicapée. Trop souvent, les familles sont noyées sous les informations médicales et se retrouvent perdues sur la conduite à tenir au niveau bucco-dentaire. Cette plaquette rappellerait également les bons gestes et bonnes habitudes à adopter afin de maintenir une hygiène bucco-dentaire suffisante. Enfin, plusieurs fiches conseils déjà existantes sont partagées sous forme de QR codes afin de fournir le maximum d'informations utiles.

Mais la diffusion de ce type de plaquette demande avant tout la sensibilisation des praticiens à cette cause.

2. *À destination des chirurgiens-dentistes : guide prise en charge en cabinet et en institution.*

Dans son témoignage, un parent d'un jeune enfant en situation de polyhandicap, qu'elle décrit comme étant victime de son état, évoque tous les obstacles auxquels elle a pu être confrontée avec son fils. Elle s'indigne notamment du manque de formation des praticiens ainsi que de leur peur de prendre en charge les patients vivant avec un handicap sévère. (13)

Nous avons alors réalisé deux plaquettes dont l'objectif commun est de synthétiser de manière simple le déroulement des séances pour une personne ayant des besoins spécifiques, en découpant chaque étape pour appréhender au mieux le déroulement des soins. Cette simplification a également pour but de démontrer que chaque praticien est capable de prendre en charge ces patients, tout d'abord, en cabinet, mais également en centre médico-social. En minimisant la charge de travail, nous espérons pouvoir motiver les chirurgiens-dentistes à s'impliquer dans cette prise en charge spécifique. (Annexes 2 et 3)

CONCLUSION

La prise en charge des patients ayant un handicap, ne leur permettant pas de maintenir une hygiène bucco-dentaire suffisante, reste encore difficile. Leur hygiène buccale quotidienne n'est pas à négliger mais, dépendant d'une tierce personne, n'est pas perçue comme une priorité.

Les pathologies bucco-dentaires retrouvées chez la population handicapée sont les mêmes que celles retrouvées dans la population générale. Mais encore trop souvent, des procédures beaucoup trop radicales sont adoptées.

De nombreux obstacles compliquent la prise en charge de ces patients. Il est néanmoins possible et essentiel de les recevoir au cabinet ! Nous sommes avant tout un chirurgien-dentiste traitant : nous pouvons nous limiter aux soins que nous sommes capables de faire mais nous devons absolument répondre à notre rôle de conseil et d'orientation afin d'éviter l'errance thérapeutique.

Il est essentiel que l'ensemble du personnel soignant présent dans les centres médico-sociaux soit conscient de l'importance de la santé bucco-dentaire. Ils ont un rôle clé dans l'amélioration de l'état de santé orale de ces patients. Des formations sont organisées afin de les aider dans la réalisation des gestes de prévention et dans la gestion des urgences. La communication avec l'ensemble de l'équipe de professionnel de santé est primordiale afin d'assurer une prise en charge globale : la télé médecine peut justement s'avérer être un outil prometteur et mérite d'être développée. Elle permettrait également de réduire considérablement les inégalités d'accès aux soins.

La prise de conscience doit être globale au sein du territoire et les changements doivent être initiés à petite échelle. Nous avons tous notre rôle à jouer dans l'amélioration du parcours de soin des patients, et nous d'autant plus en tant que professionnel de santé.

La mise en place d'un protocole reste une nécessité afin de faciliter la prise en charge et de guider les éventuels chirurgiens-dentistes prêts à agir, en cabinet ou en institution. Notre objectif premier sera de permettre à ces patients une meilleure santé bucco-dentaire afin de maintenir leur qualité de vie, leur confort et surtout de diminuer les risques de complications et effets secondaires. Chaque praticien à la capacité de mettre en place des mesures de prévention et d'hygiène ainsi qu'un suivi régulier des patients. Les chirurgiens-dentistes pourront montrer leur implication grâce à une plaquette d'information destinée à guider et orienter les aidants, professionnels ou familiaux.

Vu le président
du jury.


Vu le directeur de thèse


Annexes

Annexe 1

Guide de prise en charge bucco-dentaire - Patients à Besoins Spécifiques -

- Un membre de votre entourage a des besoins spécifiques pour sa prise en charge bucco-dentaire?
- Vous avez du mal à trouver un praticien acceptant de le prendre en charge?

Qui contacter?

- ◆ Le **Référent Handicap** du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de votre département
- ◆ L'Association **Handident Occitanie** : **05.61.91.33.73**
- ◆ L'Association **Domident Midi-Pyrénées**: **05.34.43.50.82**



Que puis-je faire pour améliorer son état de santé BD?

- ❖ Faire suivre le patient dès l'apparition des 1^{ère} dents + **1 bilan annuel**
- ❖ **Limiter les mauvaises habitudes alimentaires**: pas de grignotage ni de boisson sucrée, pas d'aliment sucré en dehors des repas
- ❖ Mettre en place une routine de **brossage**: **2 min / 2 x par jour**



❖ **Matériel:**

- Révélateur de plaque
- Dentifrice **fluoré** + Brosse à dent **adaptée**
- Fil dentaire / Brossettes interdentaires
- Bain de bouche
- **Cale buccale**

❖ **Fiches conseils:**

SANTÉ BD



UFSBD



LAIDENT.FR



Parlons rémunération

- ◆ Remplir les conditions de la **grille APECS**

Codes CCAM

- ◆ **YYY183**: +100€ / acte
- ◆ **YYY185**: +200€ / acte réalisé en plusieurs séances
- ◆ **EBD**: +23€
- ◆ **Consultation complexe** = 46€

SÉANCES COURTES = 20 min

Mon feuillet pratique pour les aidants

- ◆ **Laident.fr**

Fiches conseils :

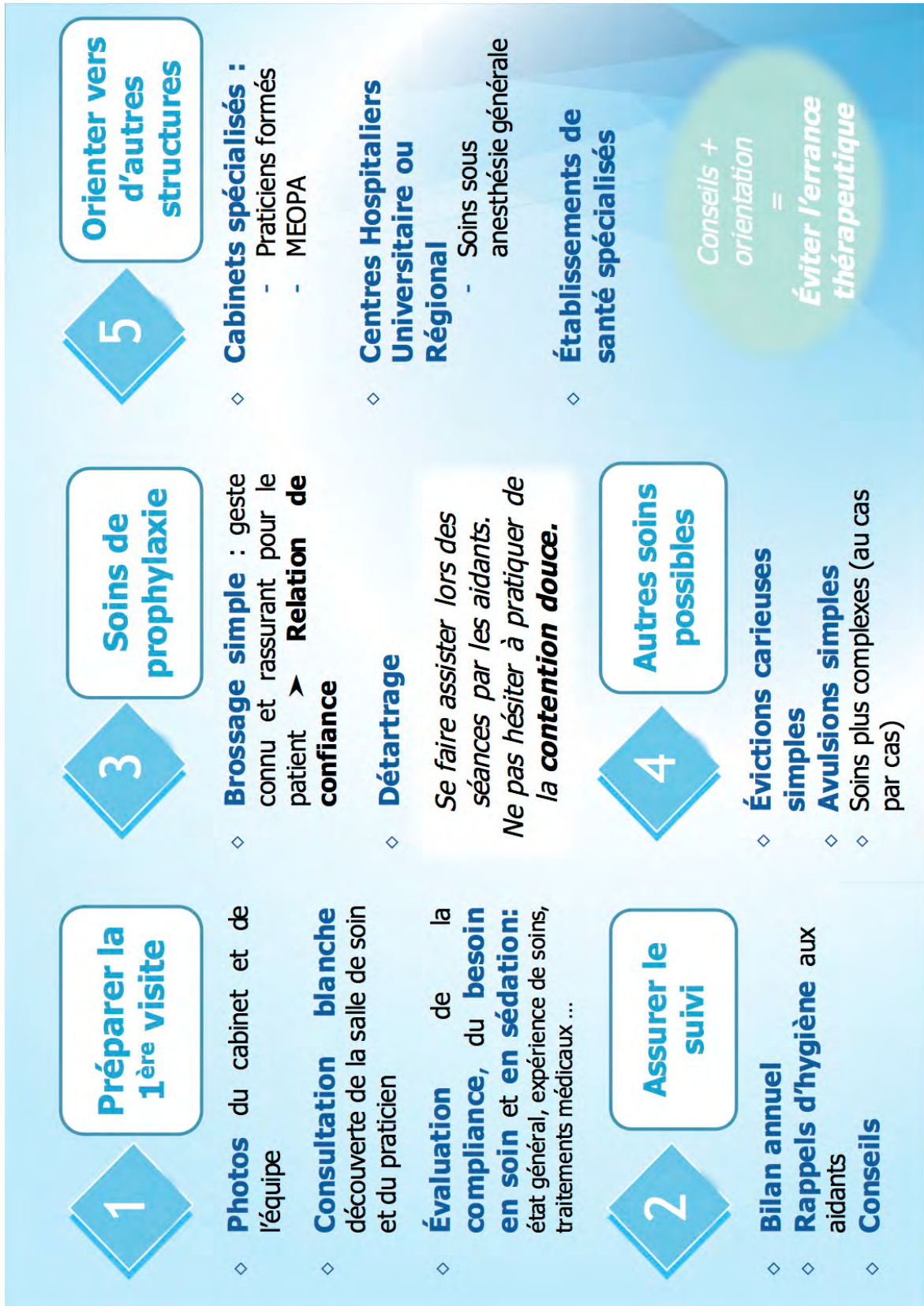
- ◆ **UFSBD**
 - Le suivi bucco-dentaire, pourquoi?
 - Protocole et matériel
 - Technique
- ◆ **Santé BD**

Prise en charge bucco-dentaire au cabinet

Vous avez déjà toutes les **clés en main** pour prendre en charge les **Personnes à Besoins Spécifiques**



Plaquette d'information à destination des chirurgiens-dentistes



Parlons rémunération

- ◆ Remplir les conditions de la **grille APECS**
- ◆ Indemnité km pour le déplacement
- ◆ **Codes CCAM**
 - ◆ YYYY183 : +100€/acte
 - ◆ YYYY185: + 200€/acte réalisé en plusieurs séances
 - ◆ EBD : +23€
 - ◆ Consultation complexe = 46€

Qui contacter ?

Et si un de vos proches était concerné ?

1/2 journée de visite tous les 3 MOIS
fera la différence

- ◆ Le **référént handicap départemental** du CDO
- ◆ Adhésion aux réseaux de soin de votre région :
 - ◆ **Handident**
info@handident-midi-pyrenees.com
 - ◆ **Domident**
contact@domident.fr
- ◆ Une **institution** proche de chez vous

Prise en charge bucco-dentaire dans les institutions

Vous avez déjà toutes les **clés en main** pour prendre en charge les **Personnes à Besoins Spécifiques**



Plaquette d'information à destination des chirurgiens-dentistes

Première visite

- ◇ **Faire connaissance** avec l'équipe soignante
- ◇ **Se familiariser** avec les locaux
- ◇ **Motiver** et **former** l'équipe soignante et les aidants à l'hygiène bucco-dentaire
- ◇ **Faire le point** sur la prise en charge bucco-dentaire des résidents



Deuxième visite

- ◇ **Établir les besoins en soins** de l'ensemble des résidents : se faire connaître de chacun dans un lieu qui les met en confiance
- ◇ Évaluer le **niveau de compliance**
- ◇ Prendre connaissance de la **situation médicale** des résidents
- ◇ Établir un **agenda de visite** par niveau d'urgence

3ème, 4ème ... visites

- ◇ **Par 1/2 journée de soins**, dans une pièce dédiée convenue avec l'équipe soignante afin de **recevoir l'ensemble des résidents**
- ◇ Tenir un **cahier de visite** : date, état BD et compliance / soins réalisés / conseils à l'équipe soignante / prochaine visite (**3, 6 mois ou 1 an**) au sein de la structure ou visite en dehors du centre pour des soins plus complexes (MEOPA, AG)

Annexe 4

L'UFSBD vous accompagne dans la prise en charge de vos patients en situation de handicap

ÉCHELLE DES ADAPTATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE EN ODONTOLOGIE (APECS)

Consignes d'utilisation : Cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance pour chaque patient concerné. Pour chaque domaine, cochez dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Le supplément, la consultation complexe ou la majoration peut être facturée dès lors que, pour un patient en situation de handicap, au moins un des sept domaines de l'échelle APECS est noté « modéré » ou « majeur ».

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES pouvant nécessiter une adaptation de la prise en charge pour permettre l'accès aux actes diagnostiques, préventifs et thérapeutiques en santé bucco-dentaire	
DOMAINE DE LA COMMUNICATION		
Aucune	Pas de problème de communication	☐
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	☐
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; Surdité ; C��c��te	☐
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	☐
DOMAINE DES PROCÉDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AGI)		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'est nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins.	☐
Mineure	Besoin de prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins	☐
Modérée	Besoin de sédation consciente ou d'hypnose pour réaliser l'examen ou les soins	☐
Majeure	Besoin d'une anesthésie générale ou d'une sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication	☐
DOMAINE DE LA COOPÉRATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)		
Aucune	D��tendu ; Coopérant	☐
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	☐
Modérée	R��ticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	☐
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée	☐
DOMAINE DE L'ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRALE (voir annexe 2**)		
Aucune	Patient en bonne santé générale	☐
Mineure	Patient présentant au moins une maladie systémique légère ou bien équilibrée	☐
Modérée	Patient présentant au moins une maladie systémique modérée ou sévère	☐
Majeure	Patient présentant au moins une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital.	☐
DOMAINE DE L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	☐
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	☐
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie. Ex. Troubles de la déglutition ; Fente labio-palatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	☐
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	☐
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	☐
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire. Ex. prises de rdv ; transport par un tiers (parent, VSL, taxi) ; fauteuil roulant	☐
Modérée	Besoin d'un accompagnateur pendant les soins. Ex. aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	☐
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins à cause d'hospitalisations/épisodes aigus fréquents ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	☐
DOMAINE DE LA GESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	☐
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémédecine bucco-dentaire	☐
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	☐
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	☐

*Voir Echelle de Welham    annexe 3 et annexe 1

**Voir Echelle ASA    annexe 3 et annexe 2

- ❖ **Charte Romain Jacob** : déclinaison dans le domaine bucco-dentaire ;



- ❖ **Grille d'évaluation OHAT**
(= Oral Health Assesment Tool)



- ❖ **Programme de formation** à la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap – NIVEAU 1 & 2 - **UFSBD** ;



- ❖ **GUIDE / FICHES CONSEILS**

- ◆ **UFSBD** Fiches conseils :

- ✧ L'importance du suivi bucco-dentaire
 - ✧ Hygiène bucco-dentaire spécifique à respecter :
Protocole et matériel (1) Technique (2)



- ◆ **SantéBD** – Fiches conseils



- ◆ **Laident.fr**



- ◆ **Livret GUIDE** :

- ✧ **SOHDEV**



- ✧ **UNAPEI**



Liste des abréviations et acronymes

AG = Anesthésie Générale

AMM = Autorisation de Mise sur le Marché

ARS = Agence Régionale de Santé

DRESS = Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EAM = Etablissement d'Accueil Médicalisé

ESAT = Etablissement et/ou Service d'Aide au Travail

FAM = Foyers d'Accueil Médicalisés

HAS = Hautes Autorité de Santé

MAS = Maisons d'Accueil Médicalisées

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

OHAT = Oral Health Assesment Tool

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONCD = Ordre National des Chirurgiens-Dentistes

PBS = Patient à Besoins Spécifiques

SOHDEV = Santé Orale, Handicap, Dépendance et Vulnérabilité

UFSBD = Union Français de la Santé Bucco-Dentaire

Table des figures

Figure 1- Modèle de WOOD (4).....	- 15 -
Figure 2 - Interactions entre les composantes de la CIF (d'après la Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF)	- 17 -
Figure 3 – Site Retab.fr.....	- 22 -
Figure 4 – Schéma de Keyes modifié	- 25 -
Figure 5 - La maladie carieuse (UFSBD)	- 26 -
Figure 6 - La maladie parodontale (UFSBD)	- 27 -
Figure 7- MEOPA (SantéBD.org)	- 43 -
Figure 8 - Convention nationale des chirurgiens-dentistes, avenant n°3.....	- 48 -
Figure 9 - Méthode B.R.O.S (UFSBD)	- 51 -
Figure 10 - Programme Oralien (UFSBD).....	- 59 -
Figure 11- Fonctionnement de la Télé-expertise buco-dentaire	- 59 -

Table des tableaux

Tableau 1- Conséquences sur la santé bucco-dentaire de certains troubles systémiques fréquemment associés à un état de handicap.	- 32 -
Tableau 2 - Conseils de prise en charge des PBS (1)	- 39 -
Tableau 3 - Conseils alimentaires (UFSBD)(53).....	- 49 -
Tableau 4 - Hygiène buccale selon les compétences de la personne (d'après le Dr Martine Hennequin) (62)	- 50 -
Tableau 5 - Conseils aux aidants (56).....	- 51 -
Tableau 6 - Gestion des urgences pour les aidants	- 55 -

Bibliographie

1. Lawton L. Providing dental care for special patients. The Journal of the American Dental Association [Internet]. déc 2002 [cité 24 déc 2020];133(12):1666-70. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000281771464681X>
2. OMS | Handicaps [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>
3. Code de l'action sociale et des familles Article L114.
4. Rossignol C. Classifications internationales des altérations corporelles, dysfonctionnements et handicaps. Pour une clarification des concepts. In: Bichat E de, éditeur. Entretiens de Bichat [Internet]. Paris, France; 2007 [cité 20 nov 2020]. p. 62-9. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00242420>
5. Enquête INSEE Handicap-Santé.pdf [Internet]. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/8812/1/f1109.pdf>
6. Chapireau F. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Gerontologie et societe [Internet]. 2001 [cité 19 nov 2020];24 / n° 99(4):37-56. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2001-4-page-37.htm>
7. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.
8. Le handicap, c'est quoi ? - MDPH31 [Internet]. Disponible sur: <https://www.mdph31.fr/handicap/>
9. Les differents types de handicap - CCAH [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
10. Les maladies invalidantes - Place handicap [Internet]. Disponible sur: <https://place-handicap.fr/Les-maladies-invalidantes>
11. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Vivre avec une maladie chronique [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>
12. Code de l'action sociale et des familles Article D344-5-1, Article D344-5-2.
13. Tézenas du Montcel MC. Témoignage d'un parent. In: Haute Autorité de Santé, ed. Audition publique « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ». Texte des experts. Tome 1. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008. p. 2-13. In.
14. Art. D. 312-0-3 du décret n° 2017-982 du 9 mai 2017.
15. Belorgey J-M. Audition publique HAS, Accès aux soins des personnes en situation de handicap. :66.
16. Bergeron, T., Dauphin, L., (DRESS). L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médicaux-sociaux fin 2018. Etudes et résultats: décembre 2020, 1170 [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/er1170.pdf>
17. Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. Australian Dental Journal [Internet]. 2009 [cité 24 déc 2020];54(3):204-11. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1834-7819.2009.01120.x>
18. Dupille O. Institutions et projets de soins. In: Haute Autorité de Santé, ed. Audition publique « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ». Texte des experts. Tome 2. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008. p. 5-13. In.
19. Retab | EAM - Etablissement d'Accueil Médicalisé [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.retab.fr/accueil/adultes-handicap-situation/59/le-projet-Aquirehab.php>
20. Enquête DREES établissement et services AH.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat141t2.pdf>

21. Handicap : foyer d'accueil médicalisé (Fam) [Internet]. [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15255>
22. Code de l'action sociale et des familles Article R344-1, Article R344-2.
23. Bourgarel S, Etchegaray A. Répartition de la population handicapée et des structures spécialisées en France. L'Espace Politique Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique [Internet]. 18 avr 2017 [cité 15 nov 2020];(31). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/espacepolitique/4281>
24. World Health Organization. Regional Office for Europe. Disability: fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets - ISBN: 9789241509619 [Internet]. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340894>
25. Bilan démographique 2020 - Insee Première - 1834 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>
26. Handiconnect. Polyhandicap : Prévalence et étiologies - Fiches Conseils - Professionnel de santé et le handicap [Internet]. Disponible sur: <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/prevalence-et-etologies-du-polyhandicap>
27. Phlypo I, Janssens L, Palmers E, Declerck D, Marks L. Review of the dental treatment backlog of people with disabilities in Europe (*). J Forensic Odontostomatol [Internet]. 1 déc 2019;37(3):42-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7442961/>
28. Hennequin M, Collado V, Faulks D, Veyrune J-L. Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées. Motricité Cérébrale : Réadaptation, Neurologie du Développement [Internet]. 1 mars 2004;25(1):1-11. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0245591904974134>
29. « Évaluer les besoins » - Handidactique [Internet]. Disponible sur: <https://www.handidactique.org/travaux/evaluer-les-besoins/>
30. Pujade et al - Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés.
31. Buxeraud J. Prévention de la carie dentaire. Actualités Pharmaceutiques [Internet]. 1 sept 2017 [cité 1 nov 2021];56(568):51-4. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370017302896>
32. Organisation Mondiale de la Santé - Santé bucco-dentaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
33. Desautels, P. Les urgences dentaires - Le Médecin du Québec, volume 39, numéro 7, juillet 2004 Disponible sur: <https://lemedecinquebec.org/Media/82406/031-035Desautels0704.pdf>.
34. La Maladie Carieuse - UFSBD [Internet]. [cité 9 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/08/Fiche-Carie.pdf>
35. Guiguen C, Chabasse D. Parasitoses et mycoses courantes observées chez les personnes âgées en France métropolitaine. Revue Francophone des Laboratoires [Internet]. 1 sept 2016;2016(485):73-84. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1773035X16302830>
36. Jockusch J, Sobotta BAJ, Nitschke I. Outpatient dental care for people with disabilities under general anaesthesia in Switzerland. BMC Oral Health [Internet]. 18 août 2020 [cité 4 janv 2021];20(1):225. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01203-6>
37. Vozza I, Cavallè E, Corridore D, Ripari F, Spota A, Brugnoletti O, et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. Ann Stomatol (Roma) [Internet]. 12 févr 2016 [cité 20 déc 2020];6(3-4):96-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755688/>
38. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in Oral Health for Children with Disabilities: A French National Survey in Special Schools. Chan A-W, éditeur. PLoS ONE [Internet]. 25 juin 2008 [cité 23 déc 2020];3(6):e2564. Disponible sur:

<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0002564>

39. Beltran-Aguilar ED, Beltran-Neira RJ. Oral diseases and conditions throughout the lifespan. II. Systemic diseases. *Gen Dent*. avr 2004;52(2):107-14.
40. Escribano Hernández A, Hernández Corral T, Ruiz Martín E, Porteros Sánchez JA. Results of a dental care protocol for mentally handicapped patients set in a primary health care area in Spain. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Internet) [Internet]. nov 2007 [cité 23 déc 2020];12(7):492-5. Disponible sur: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1698-69462007000700005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
41. Wang Y, Lin I, Huang C. Dental anesthesia for patients with special needs | Elsevier Enhanced Reader. [cité 4 janv 2021]; Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1875459712000744?token=AC002CF495DE0FDF531C63D2290191D2CFBD6622BFA2E2B77587DE71E4051F7CA87F4B2EA08F6DE193294B085E0B93CB>
42. Hennequin M. Accès aux soins bucco-dentaires. In: Haute Autorité de Santé, ed. Audition publique « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ». Texte des experts. Tome 1. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008. p. 69-93. In.
43. Camilleri A, Roberts G, Ashley P, Scheer B. Analysis of paediatric dental care provided under general anaesthesia and levels of dental disease in two hospitals. *Br Dent J* [Internet]. févr 2004;196(4):219-23. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/4810988>
44. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ* [Internet]. sept 2005 [cité 23 déc 2020];83:644-644. Disponible sur: <https://www.scielosp.org/article/bwho/2005.v83n9/644-644/>
45. Catteau C. Evaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en établissement médico-social: le Projet Santé Orale et Autonomie.
46. Chadwick D, Chapman M, Davies G. Factors affecting access to daily oral and dental care among adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [Internet]. 1 mai 2018 [cité 4 janv 2021];31(3):379-94. Disponible sur: <https://onlinelibrary-wiley-com-s.docadis.ups-tlse.fr/doi/full/10.1111/jar.12415>
47. Loeppky WP. Patients with Special Health Care Needs in General and Pediatric Dental Practices in Ontario. 2007;72(10):7.
48. Casamassimo PS, Seale NS, Ruehs K. General dentists' perceptions of educational and treatment issues affecting access to care for children with special health care needs. *J Dent Educ*. janv 2004;68(1):23-8.
49. Verger P. Problématique en médecine générale. In: Haute Autorité de Santé, ed. Audition publique « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ». Texte des experts. Tome 1. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008. p. 16-25. In.
50. Etchecopar X. Établissements et réseaux de soins. In: Haute Autorité de Santé, ed. Audition publique « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ». Texte des experts. Tome 2. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008. p. 53-61. In.
51. Weeks JC, Fiske J. Oral care of people with disability: a qualitative exploration of the views of nursing staff. *Gerodontology*. juill 1994;11(1):13-7.
52. Article 41, Loi n°2005-102 du 11 février 2005.
53. Tous mobilisés pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap - UFSBD édition 2020.
54. Handiconsult – Accès au soin des personnes en situation de handicap [Internet]. [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: <https://handiconsult34.fr/>
55. Casamassimo PS. Children With Special Health Care Needs; Patient, Professional and Systems Issues. :23.

56. SOHDEV - Hygiène Bucco-Dentaire et Handicap - Guide de recommandations [Internet]. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/Hygiene_Bucco-Dentaire_handicap-guide_de_recommandations_vf.pdf
57. Toumba KJ, Twetman S, Splieth C, Parnell C, van Loveren C, Lygidakis NA. Guidelines on the use of fluoride for caries prevention in children: an updated EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 1 déc 2019 [cité 23 déc 2020];20(6):507-16. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s40368-019-00464-2>
58. Campus G, Condò SG, Di Renzo G, Ferro R, Gatto R, Giuca MR, et al. National Italian Guidelines for caries prevention in 0 to 12 years-old children. *Eur J Paediatr Dent*. sept 2007;8(3):153-9.
59. Berkowitz RJ, Moss M, Billings RJ, Weinstein P. Clinical outcomes for nursing caries treated using general anesthesia. *ASDC J Dent Child*. juin 1997;64(3):210-1, 228.
60. Mitchell L, Murray JJ. Management of the handicapped and the anxious child: a retrospective study of dental treatment carried out under general anaesthesia. *J Paediatr Dent*. avr 1985;1(1):9-14.
61. Gentili M, Samii M. Sédation intraveineuse au cabinet dentaire-MAPAR. 2014.
62. UNAPEI - Livret guide à la Santé Bucco-dentaire.pdf [Internet]. [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/Sante_Bucco_dentaire.pdf
63. Mutualité Française Occitanie - Soins bucco-dentaires et handicap: informations et conseils.
64. Laki K, Davit-Beal T, Wolikow M. Sédation des enfants anxieux au cours des soins dentaires. *L'Information dentaire*. 2 févr 2011;2-6.
65. Santé S-C. Dentiste et outils pédagogiques, banque d'images, ressources à disposition des patients, des aidants, des familles et des professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <https://santebd.org/les-fiches-santebd/dentiste>
66. Faulks D, Hennequin M, Albecker-Grappe S, Manière M-C, Tardieu C, Berthet A, et al. Sedation with 50% nitrous oxide/oxygen for outpatient dental treatment in individuals with intellectual disability. *Dev Med Child Neurol*. août 2007;49(8):621-5.
67. Mallineni SK, Yiu CKY. A Retrospective Review of Outcomes of Dental Treatment Performed for Special Needs Patients under General Anaesthesia: 2-Year Follow-Up [Internet]. Vol. 2014, The Scientific World Journal. Hindawi; 2014 [cité 8 janv 2021]. p. e748353. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/748353/>
68. Linas N, Faulks D, Hennequin M, Cousson P-Y. Conservative and endodontic treatment performed under general anesthesia: A discussion of protocols and outcomes. *Spec Care Dentist*. 2019;39:453-463. <https://doi.org/10.1111/scd.12410>.
69. Lee P-Y, Chou M-Y, Chen Y-L, Chen L-P, Wang C-J, Huang W-H. Comprehensive dental treatment under general anesthesia in healthy and disabled children. *Chang Gung Med J*. déc 2009;32(6):636-42.
70. Oh TJ, Nam OH, Kim MS, Choi SC, Lee HS. Oral health of patients with special health care needs after general anesthesia: a 25- year retrospective study. *Pediatr Dent*. 2018;40(3):215-9.
71. Charte Romain Jabob: les 7 piliers pour améliorer la santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap.
72. Denis F, Guyet P, Moussa-Badran S. Handicap et santé bucco-dentaire : les réseaux de soins, une solution temporaire qui perdure ! *Santé Publique* [Internet]. 2018;30(4):533. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-533.htm>
73. L'association Handident Midi-Pyrénées soins Bucco-Dentaires Aux Handicapés [Internet]. Disponible sur: <https://www.handident-midi-pyrenees.com/Association-presentation.aspx>

74. Convention nationale des chirurgiens-dentistes, avenant n°3, JOE 20200207 [Internet]. [cité 22 oct 2021]. Disponible sur: https://1f72a9fb-d69a-4964-9252-13957df7eb61.filesusr.com/ugd/057526_71f34b0eb4b146cf8d5b73b1fb387a46.pdf
75. UFSBD - Catalogue des formations: dépendance, handicap, établissements médicaux. [Internet]. [cité 12 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2021/03/Catalogue-Formation-dependances-handicap-etablissements-medicaux.pdf>
76. UFSBD - Fiches, Vidéos Podcasts Conseils aux patients [Internet]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-public/fiches-patients/>
77. Santé S-C. SantéBD - Le dentiste [Internet]. Disponible sur: <https://santebd.org/les-fiches-santebd?s=&cat=,11,&tag=nosensible&search=&rub=bd>
78. Laident [Internet]. Disponible sur: <http://laident.fr/>
79. Zunzarren R. Guide clinique d'odontologie. Elsevier Health Sciences; 2019. 374 p.
80. Oralien, une innovation en santé orale au profit des personnes vulnérables [Internet]. UFSBD. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ufsbd.fr/espace-public/formations-medico-social/oralien-innovation-sante-orale-profit-personnes-vulnerables/>
81. Article 78 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879771
82. SOSS Santé Orale et Soins Spécifiques - Télémédecine bucco-dentaire [Internet]. [cité 17 oct 2021]. Disponible sur: https://1f72a9fb-d69a-4964-9252-13957df7eb61.filesusr.com/ugd/057526_28e7903ecf9b445ca584c95bbfb7f7ab.pdf
83. Hully M. Télémédecine et polyhandicap dans le contexte de la crise sanitaire Covid-19. *Contraste* [Internet]. 2021;53(1):119-25. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2021-1-page-119.htm>
84. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.
85. Jampani ND, Nutalapati R, Dontula BSK, Boyapati R. Applications of teledentistry: A literature review and update. *J Int Soc Prev Community Dent* [Internet]. 2011 [cité 31 oct 2021];1(2):37-44. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3894070/>
86. Teledentistry: A Key Component in Access to Care | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1532338214000517?token=C2EAF7B47B07D8DCA7CF8B6D45C1841092955817EE345421A30B366E03D4EBA8A7146F7F89E31940DFE8EE033B7B61B&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211031113041>
87. Arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour l'accompagnement et la prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées.
88. DGOS. Expérimenter et innover pour mieux soigner [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>
89. Lemaire N. Expérimentations innovantes en santé - Rapport au conseil stratégique. :28.
90. Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2212764X1400048X?token=79F2E2F17016C46928CD2B25E516B49C58B4E069ED351EA45ED87DFF9488721502E5BD60C7D44E677173C3135A10FB81&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211101075252>
91. Projet TEL-E-DENT | Observatoire de l'Innovation en Santé [ORIS] [Internet]. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://oris-nouvelle-aquitaine.org/2017/10/projet-tel-e-dent/>

92. Queyrux A, Saricassapian B, Herzog D, Müller K, Herafa I, Ducoux D, et al. Accuracy of Teledentistry for Diagnosing Dental Pathology Using Direct Examination as a Gold Standard: Results of the Tel-e-dent Study of Older Adults Living in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association* [Internet]. juin 2017;18(6):528-32. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861017300051>
93. Abbas B, Wajahat M, Saleem Z, Imran E, Sajjad M, Khurshid Z. Role of Teledentistry in COVID-19 Pandemic: A Nationwide Comparative Analysis among Dental Professionals. *Eur J Dent* [Internet]. déc 2020;14(S 1):S116-22. Disponible sur: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0040-1722107>
94. Dar-Odeh N, Babkair H, Alnazzawi A, Abu-Hammad S, Abu-Hammad A, Abu-Hammad O. Utilization of Teledentistry in Antimicrobial Prescribing and Diagnosis of Infectious Diseases during COVID-19 Lockdown. *Eur J Dent* [Internet]. déc 2020;14(S 1):S20-6. Disponible sur: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0040-1717159>

**PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP :
GUIDE DE PRISE EN CHARGE
POUR LES AIDANTS ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES**

RESUME EN FRANÇAIS :

Les patients en situation de handicap ne pouvant assurer seuls et correctement leur brossage nécessite une prise en charge bucco-dentaire adaptée. Une hygiène quotidienne est la clé pour améliorer leur santé orale. Les aidants, professionnels et familiaux, doivent recevoir les informations nécessaires afin de réaliser ce suivi. Un changement dans la pratique du chirurgien-dentiste doit être adopté afin d'affronter les nombreux obstacles à l'accès aux soins de cette population de patients. Ils ont avant tout un rôle de conseils et d'orientation auprès des aidants, mais ils doivent assurer des contrôles réguliers, en prévention, afin d'intercepter les pathologies à un stade précoce et ainsi limiter les urgences.

TITRE EN ANGLAIS : DISABLED PATIENTS : CARE GUIDE FOR CAREGIVERS AND DENTAL SURGEONS.

RESUME EN ANGLAIS :

Disabled patients who are not able to take care of their own dental hygiene properly need a specific attention. Indeed, a daily oral hygiene is crucial to improve their oral health. The caregivers, either professional or member of the family, need to receive a proper information if they want to take care of these patients. Dentist have to improve their habits in order to face the multiple difficulties in accessing healthcare for disabled people. They first have an advisory and guidance role for the caregivers. Moreover, they also play a part in the prevention by performing regular check, to deal with the diseases in their early stage and then reducing emergencies.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : Patient en situation de handicap ; Besoins spécifiques ; Hygiène bucco-dentaire ; Guide ; Prise en charge ; Aidants ; Prévention ; Pathologies dentaires

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Chirurgie dentaire
3 chemin des Maraîchers
31062 Toulouse Cedex 9

Directeur de thèse : Dr Marie GEORGELIN-GURGEL