UNIVERSITE DE NANTES

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2019

N° 3574

RECENSEMENT DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP EN LOIRE-ATLANTIQUE

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR

EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

BUQUET Etienne

Né le 08/02/1992

le 22/10/2019 devant le jury ci-dessous :

Président : Mme le Professeur Fabienne PEREZ

Assesseur : Mr le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Directeur de thèse : Mme le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Co-Directeur de thèse : Mme le Docteur Isabelle HYON

UNIVERSITE DE NANTES
Président **Pr LABOUX Olivier**
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
Doyen **Pr GIUMELLI Bernard** Assesseurs Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte	M. LESCLOUS Philippe
M. AMOURIQ Yves	Mme PEREZ Fabienne
M. BADRAN Zahi	M. SOUEIDAN Assem
M. GIUMELLI Bernard	M. WEISS Pierre
M. LE GUEHENNEC Laurent	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES	
M. BOULER Jean-Michel	
MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES	
Mme VINATIER Claire	
PROFESSEURS EMERITES	
M. BOHNE Wolf	M. JEAN Alain
ENSEIGNANTS ASSOCIES	
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)	Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)
	M. KOUAME Alexandre Koffi (Assistant Associé)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES C.S.E.R.D.
M. AMADOR DEL VALLE Gilles	M. ALLIOT Charles
Mme ARMENGOL Valérie	M. AUBEUX Davy
Mme BLERY Pauline	Mme BARON Charlotte
M. BODIC François	Mme BEAURAIN-ASQUIER Mathilde
Mme CLOITRE Alexandra	M. BOUCHET Xavier
Mme DAJEAN-TRUTAUD Sylvie	Mme BRAY Estelle
Mme ENKEL Bénédicte	M. GUIAS Charles
M. GAUDIN Alexis	M. HUGUET Grégoire
M. HOORNAERT Alain	M. KERIBIN Pierre
Mme HOUCHMAND-CUNY Madline	Mme LEMOINE Sarah
Mme JORDANA Fabienne	M. NEMIROVSKY Hervé
M. KIMAKHE Saïd	M. OUVRARD Pierre
M. LE BARS Pierre	M. RETHORE Gildas
Mme LOPEZ-CAZAUX Serena	M. SARKISSIAN Louis-Emmanuel
M. NIVET Marc-Henri	Mme WOJTIUK Fabienne
Mme RENARD Emmanuelle	
M. RENAUDIN Stéphane	
Mme ROY Elisabeth	
M. STRUILLOU Xavier	
M. VERNER Christian	

PRATICIENS HOSPITALIERS	
Mme DUPAS Cécile (Praticien Hospitalier)	Mme QUINSAT Victoire (Praticien Hospitalier Attaché)
Mme LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier)	Mme RICHARD Catherine (Praticien Hospitalier Attaché)
	Mme HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel)

26/08/2019

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Fabienne PEREZ

Professeur des Universités

Praticien hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Toulouse 3

Habilitée à diriger les recherches

Chef du département d'Odontologie Conservatrice-Endodontie

Chef du Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse,

Pour votre enseignement, votre encadrement et votre rigueur,

Veuillez accepter l'expression de toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Maître de Conférences des Universités,

Praticien Hospitalier des Centres de Soins, Enseignement et de Recherche Dentaires,

Docteur de l'Université de Nantes,

Chef du Département d'Odontologie Pédiatrique,

-NANTES-

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse, pour votre disponibilité, vos conseils, ainsi que la rapidité de vos corrections pour l'élaboration de cette thèse.

Je vous remercie également pour votre enseignement tout au long de mon cursus universitaire.

Veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Isabelle HYON

Praticien Hospitalier Contractuel,

Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique,

-NANTES-

Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse, pour votre disponibilité, vos conseils, ainsi que la rapidité de vos corrections pour l'élaboration de cette thèse.

Merci pour tout ce que vous m'avez appris durant mes vacations cliniques et de la confiance dont vous m'avez fait preuve.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Maître de Conférences des Universités,

Praticien Hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires,

Docteur de l'Université de Nantes,

Habilité à diriger les Recherches,

Chef du Département de Prévention – Epidémiologie – Economie de la Santé – Odontologie Légale.

-NANTES-

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être dans ce jury,

Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes plus sincères remerciements.

SOMMAIRE

INTRODUCTION ……...……10

1 LA PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE ACTUELLE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP : ……..……12

1.1 Définitions ……...…12
1.2 Les différents types de handicap ……14
1.2.1 Troubles de la santé invalidante ……...…….14
1.2.2 Troubles sensoriels..……...14
1.2.3 Troubles moteurs et déficiences motrices ……14
1.2.4 Troubles mentaux ……..14
1.2.5 Troubles psychiques ……..15
1.2.6 Polyhandicap ……15
1.3 Spécificités des soins et de la prise en charge bucco-dentaire chez les personnes handicapées ……15
1.3.1 La santé bucco-dentaire chez les personnes en situation de handicap ……..15
1.3.2 Les origines du renoncement aux soins bucco-dentaires ……..17
1.3.2.1 Raison physique ……..17
1.3.2.2 Raison relationnelle et émotionnelle ……...18
1.3.2.3 Raison financière ……18
1.3.2.4 Défaut d'information ……...19
1.3.3 Les moyens et les techniques à disposition du chirurgien-dentiste ……...20
1.3.3.1 La prévention ……...20
1.3.3.2 La prise en charge comportementale ……...21
1.3.3.3 La sédation ……...21
1.3.3.3.1 La sédation consciente par inhalation de MEOPA ……21
1.3.3.3.2 La sédation médicamenteuse par voie orale ……22
1.3.3.3.3 La sédation consciente par voie intraveineuse ……..22
1.3.3.3.4 L'anesthésie générale ……23
1.3.3.4 Maintenance et suivi ……24
1.3.4 Les différents lieux de soins existants à disposition de la personne handicapée……..25
1.3.4.1 Les cabinets libéraux ……...25
1.3.4.2 Les unités de soins mobiles ……25
1.3.4.3 Les unités de soins spécifiques en milieu hospitalier ……..26
1.3.5 Les réseaux de santé……...26
1.3.6 La formation des professionnels de santé ……..28
1.4 Aspects essentiels de la loi du 11 Février 2005, son volet sur l'accessibilité et ses évolutions ……28
1.4.1 Définition de l'accessibilité ……...29
1.4.2 Ce que dit la loi du 11 Février 2005 sur le handicap ……29
1.4.3 État des lieux dix ans après la loi handicap ……...30
1.4.3.1 Les agendas d'accessibilité programmée ……...…….30
1.4.3.2 Le registre d'accessibilité public ……...31
1.4.3.2.1 L'objectif ……..31
1.4.3.2.2 Que contient ce registre ? ……..31
1.4.3.2.3 A qui est-il adressé ? ……32
1.4.3.2.4 Quelle aide pour élaborer son registre d'accessibilité ? …32
1.4.3.3 Le référent handicap ……33

2 RECENSEMENT DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP EN LOIRE-ATLANTIQUE…..34

2.1 Introduction……...34
2.1.1 Contexte d'étude ……34
2.1.2 Problématique…….34
2.1.3 Objectif ……..34

2.2 Matériels et méthodes ……..…35
2.2.1 Type d'étude ……..35
2.2.2 Recueil des données……35
2.2.2.1 Premier questionnaire ……..35
2.2.2.2 Questionnaire final ……..36
2.2.2.3 Méthodes d'envoi et de réception du questionnaire ……36
2.2.2.3.1 Les différentes formes du questionnaire ……....36
2.2.2.3.2 La méthode d'envoi ……...37
2.2.3 Population étudiée ……..37
2.2.3.1 Critères d'inclusion ……..38
2.2.3.2 Critères d'exclusion ……38

2.3 Résultats ……...39
2.3.1 A proximité et devant le lieu d'exercice ……39
2.3.1.1 Accès extérieur ……39
2.3.1.2 Stationnement ……..43
2.3.1.3 Différence de niveaux pour l'accès au bâtiment et au cabinet, et à l'intérieur du cabinet..……46
2.3.1.4 Portes extérieures et intérieures ……...48
2.3.1.5 Types de signalisation ……50
2.3.2 A l'intérieur du lieu d'exercice ……..52
2.3.2.1 Cheminements et circulations ……52
2.3.2.2 Éclairages ……53
2.3.2.3 Points d'accueil ……54
2.3.2.4 Sanitaires ……56
2.3.2.5 Signalisation ……57
2.3.3 Prise en charge des patients ……...62
2.3.3.1 Prise de rendez-vous ……62
2.3.3.2 Accueil et consultation ……63
2.3.3.3 Actes médicaux et soins ……..69
2.3.3.4 Autres……...75

2.4 Conclusion ……..77

CONCLUSION ……...79
BIBLIOGRAPHIE ……80
TABLES DES ILLUSTRATIONS ……85
TABLES DES ANNEXES ……..88

INTRODUCTION

Partie co-écrite avec Mr Baillargeau Louis

La loi du 11 février 2005 dans son Article 114 donne la définition du handicap :
« Constitue un handicap… toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (1)

Lors de ma sixième année de cursus, j'ai fait un stage pendant 6 mois à Nantes, dans l'unité de soins spécifiques du Centre de Soins Dentaires (CSD). Nous avons eu une patientèle composée à la fois d'enfants et d'adultes en situation de handicap chez qui les soins conventionnels n'étaient pas réalisables au fauteuil en consultation classique.

Les pathologies bucco-dentaires chez les personnes en situation de handicap sont de même nature que celles rencontrées dans la population générale mais leur prise en charge est toutefois différente. Effectivement, le fait de s'adapter à chaque patient, à chaque pathologie, à chaque handicap, demande de l'empathie, du temps, des moyens techniques et une équipe composée de soignants formés et expérimentés.

Malheureusement, l'attente est longue pour une prise en charge dans l'unité de soins spécifiques au CSD de Nantes. Parfois, en fonction des besoins, elle peut s'étendre de quelques mois jusqu'à plus de un an. Les parents, la famille, l'entourage se retrouvent donc démunis, en quête d'une solution pour soigner leurs proches et les soignants submergés par le nombre de demandes.

L'unité de soins spécifiques du CSD de Nantes permet la prise en charge bucco-dentaire de la personne en situation de handicap mais ne peut répondre à toutes les demandes dans un délai acceptable. Est-elle la seule structure médicale capable de fournir ce type de soins au sein du département de Loire-Atlantique ? Le CSD de Nantes pourrait-il évoluer pour prendre en charge toutes les demandes ? Vers qui pourrions-nous adresser certains patients handicapés ?
Les praticiens libéraux exerçant en Loire-Atlantique sont-ils assez disponibles, assez formés, assez équipés, pour prendre en charge les personnes en situation de handicap ? Ont-ils la volonté, le désir de le faire ?

Toutes ces questions nous ont amenés, le Dr Isabelle Hyon, Louis Baillargeau (étudiant de ma promotion) et moi-même, à développer un projet ayant pour but d'identifier les structures bucco-dentaires libérales et hospitalières publiques, en Loire-Atlantique, impliquées dans la prise en charge de la personne en situation de handicap. Il s'inscrit comme une solution face aux origines du renoncement aux soins bucco-dentaires, notamment le défaut d'information, relatées dans le rapport de missions « Handicap et santé bucco-dentaire » (36)

Dans un premier temps, en collaboration avec Acsodent Pays de la Loire, j'ai créé un questionnaire en Loire-Atlantique portant sur l'accessibilité des structures de soins dentaires et le type de soins effectués. Grâce à l'aide du Conseil Départemental de l'Ordre, il a pu être envoyé aux praticiens de Loire-Atlantique. J'ai analysé les réponses et cela nous a permis de disposer d'une base de données.

Puis, le travail de Louis Baillargeau a été de créer et de proposer un site internet pour mettre à disposition des patients et leur famille, un "annuaire" en ligne. Les structures ayant donné leur consentement et ayant signifié leur aptitude et leur désir de prise en charge (PEC) y figurent. Grâce à ce site, nous avons l'espoir d'aider les personnes en situation de handicap, de contribuer à les informer, d'améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires et de diminuer les délais de prise en charge.

1 LA PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE ACTUELLE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Partie co-écrite avec Mr Baillargeau Louis

1.1 Définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1980 a créé la Classification Internationale du Handicap (CIH) (2). Elle introduit 3 niveaux descriptifs liés à la présence d'une maladie ou d'une altération de la santé :

- Déficience (organes et fonctions) : toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique (ex : paralysie des membres inférieurs).

- Incapacité (activités) : toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain (ex : incapacité à monter des escaliers).

- Désavantage (rôles sociaux) : résulte d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels (ex : impossibilité d'accéder à un bâtiment administratif).

En 2001, une révision de la CIH est proposée par l'OMS afin de préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap, et d'affirmer que l'invalidation est le résultat d'une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement (3).

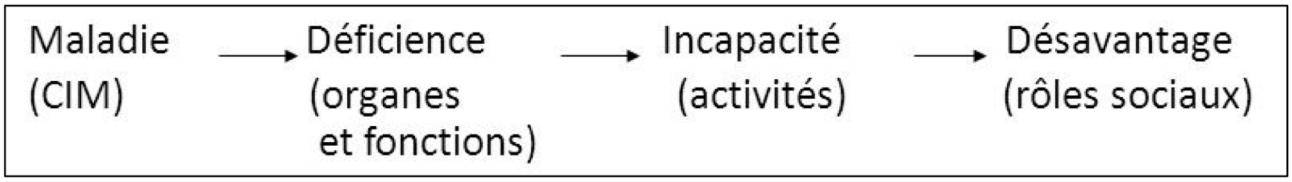

Figure 1 : Classification Internationale du Handicap selon l'OMS en 1980 (3)

La CIH laisse ainsi la place à la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), adoptée par 200 pays. (4)
Elle est composée de 4 catégories :

- La fonction organique (fonction mentale, sensorielle, digestives...), qui fait référence au domaine de fonctionnement corporel.
- La structure anatomique (structure du système nerveux, structure liée au mouvement, ...), qui situe l'organisation physique en jeu.
- L'activité et la participation (activité de communication, de mobilité, ...), qui identifie les fonctionnements concernés.
- Les facteurs environnementaux (produit et système technique, soutien et relation, ...), qui relie aux facteurs extérieurs potentiellement handicapants.

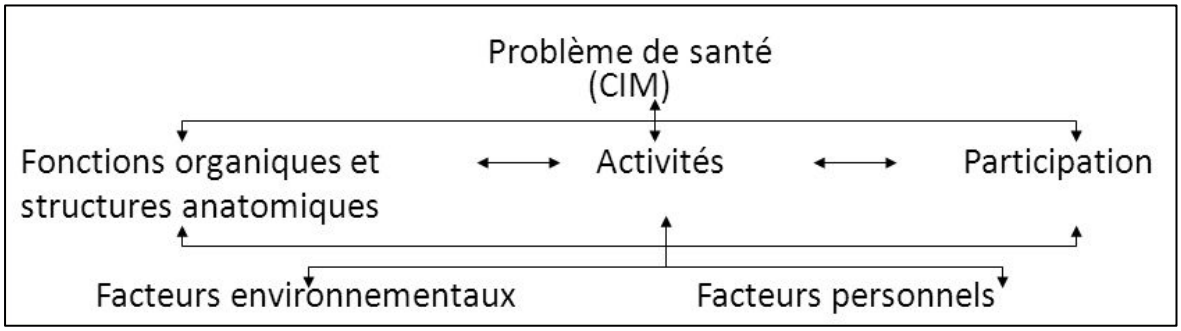

Figure 2 : Classification Internationale du Fonctionnement selon l'OMS en 2001(4)

La CIF ne classifie pas les individus mais bien le fonctionnement des individus. Elle est structurée en plusieurs classifications hiérarchiques constituées de catégories.

Chaque catégorie étant formulée de manière neutre, il est nécessaire de recourir à des codes qualificatifs pour décrire, selon les cas, les déficiences, les limitations d'activité, les restrictions de participation, les obstacles ou les facilitateurs environnementaux observes.

Selon l'OMS, la définition de la santé se définit comme *« état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »* (5)

1.2 Les différents types de handicap

1.2.1 Troubles de la santé invalidante

Ce sont des maladies qui, par leurs effets sur l'organisme, peuvent générer un handicap et évoluer dans le temps.
On peut notamment citer les maladies respiratoires, digestives, ou infectieuses (exemples : épilepsie, sclérose en plaque) (6).

1.2.2 Troubles sensoriels

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

- **le handicap visuel :** qui sous-entend une déficience de la fonction visuelle (exemples : cécité et malvoyance, amblyopie, achromatopsie).
- **le handicap auditif :** qui désigne une perte partielle (mal entendant) ou totale de l'audition (surdité). Il peut parfois entraîner des troubles de la parole (6).

1.2.3 Troubles moteurs et déficiences motrices

Ils se caractérisent par une capacité limitée pour un individu à se déplacer, à réaliser des gestes, ou à bouger certains membres.
L'atteinte de la motricité peut être partielle ou totale, temporaire ou incurable, selon son origine (exemples : paralysies, amputations, infirmité motrice cérébrale) (6).

1.2.4 Troubles mentaux

Il s'agit d'une déficience des fonctions mentales et intellectuelles, qui entraîne des difficultés de réflexion, de compréhension et de conceptualisation, conduisant automatiquement à des problèmes d'expression et de communication chez la personne atteinte (exemples : trisomie 21, autisme) (6).

1.2.5 Troubles psychiques

Ils se définissent soit par l'atteinte d'une pathologie mentale entraînant des troubles mentaux, affectifs et émotionnels, soit en une perturbation dans la personnalité, sans pour autant avoir des conséquences sur les fonctions intellectuelles (exemples : schizophrénie, maladies bipolaires) (6).

1.2.6 Polyhandicap

Le polyhandicap est un handicap grave à expressions multiples, dans lequel une déficience mentale sévère et une déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l'autonomie. Souvent les personnes polyhandicapées souffrent aussi d'insuffisance respiratoire chronique, de troubles nutritionnels, de troubles de l'élimination et de fragilité cutanée. Les personnes polyhandicapées ne peuvent rien faire par elles-mêmes et ont besoin de l'assistance constante d'une tierce personne pour tous les actes de la vie quotidienne (7).

1.3 Spécificités des soins et de la prise en charge bucco-dentaire chez les personnes handicapées

Des enquêtes ont révélé l'importance des besoins en hygiène et en soins bucco-dentaires des enfants, des adolescents et des adultes en situation de handicap.
En 2006, une étude sur l'état de santé bucco-dentaire des enfants et adolescents de 6 à 20 ans fréquentant un Institut Médico-Educatif (IME) ou un Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP) a montré que 48,2 % des personnes observées, présentaient au moins un problème important ou sévère de santé bucco-dentaire, 40,3 % montraient un problème modéré et une action de prévention était nécessaire pour 77,4 % des enfants et des adolescents (8).

1.3.1 La santé bucco-dentaire chez les personnes en situation de handicap

Les personnes handicapées constituent un groupe de personnes à haut risque de pathologies orales. Leur santé bucco-dentaire se détériore et s'aggrave souvent avec l'âge. Les pathologies dont la prévalence augmente chez les personnes handicapées peuvent être de nature infectieuse (lésions parodontales et carieuses), fonctionnelle (troubles associés de la ventilation, de la succion, de la déglutition, de la mastication et de la phonation) et traumatique (du fait de la fréquence des chutes). On observe aussi des phénomènes d'usure (bruxisme) liés aux mouvements involontaires (9).

Les pratiques d'hygiène bucco-dentaire sont complexes à réaliser. Elles dépendent à la fois des possibilités neuromotrices, sensorielles et aussi du niveau d'autodétermination et de coopération du patient. Il faut donc bien comprendre que la mauvaise santé bucco-dentaire des personnes handicapées est essentiellement liée à une mauvaise hygiène bucco-dentaire (9).

Pour les maladies parodontales, elles résultent souvent d'une hygiène insuffisante et constituent un facteur de risque de développement ou d'aggravation de maladies systémiques. Des études ont mis en évidence le risque d'aspiration des germes buccaux pathogènes, aboutissant parfois à des pathologies respiratoires aiguës ou des pathologies cardio-vasculaires (9).

Malgré une nature commune avec celles rencontrées dans la population générale, les pathologies bucco-dentaires chez la personne handicapée peuvent être associées à certaines déficiences spécifiques. Par exemple, lors de malformations faciales, des malpositions dentaires sont retrouvées et peuvent altérer certaines fonctions orales. Il en est de même pour les anomalies dentaires (d'éruption, de nombre, de forme, de volume et de structure) qui sont souvent retrouvées en association à divers syndromes (l'amélogenèse imparfaite, la dentinogenèse imparfaite, l'ostéogenèse imparfaite, les fentes labio-palatines, le syndrome de Robin, la dysplasie ectodermique et les trisomies…). (11)

Des pathologies spécifiques, comme des troubles de la déglutition ou de la ventilation compliquent les pratiques d'hygiène et de prévention ainsi que les actes de soins. De plus, de nombreuses personnes handicapées ont des médications spécifiques, à base de psychotropes ayant comme effet secondaire une diminution de la quantité et de qualité de salive. La salive étant le meilleur nettoyant naturel de la bouche, son déficit peut avoir des répercussions graves, augmentant notamment le risque carieux (11).

Les atteintes sont différentes selon le handicap mais des facteurs de risque de pathologies orales communs sont retrouvés :

- manque de coopération,

- faible priorité accordée à l'hygiène orale,

- estime de soi dévalorisée,

- pas de perception de besoins de soins dentaires (difficulté à exprimer la douleur),

- comportements antérieurs défavorables (pas de suivi de soins réguliers, consommation tabagique, alcool, alimentation sucrée en excès, déficits nutritionnels),

- manque d'information, peur et coût des soins,

- impact des maladies (perte de mémoire, refus de coopérer aux soins, difficulté de communication avec les soignants),

- impact des médicaments (9).

1.3.2 Les origines du renoncement aux soins bucco-dentaires

D'après le rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire » écrit par les Dr Patrick HESCOT et Dr Alain MOUTARDE, visant à améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées, on retrouve 4 freins majeurs à l'accessibilité aux soins bucco-dentaires chez la personne handicapée (10).

1.3.2.1 Raison physique

Les personnes handicapées, leurs familles et leurs représentants évoquent régulièrement des manquements au sein de cabinets dentaires : bâtiment sans ascenseur, difficulté de manœuvrer avec un fauteuil ou encore, impossibilité lors du transfert pour s'installer sur le fauteuil dentaire. Cette situation, encore trop fréquente, ne devrait plus exister grâce à la loi handicap du 11 février 2005. Tout au moins, il sera normalement plus facile pour une personne handicapée de trouver un cabinet accessible sans être obligé de faire des kilomètres pour se rendre dans le seul centre dentaire de la région (10).

1.3.2.2 Raison relationnelle et émotionnelle

Le handicap fait peur parce que la différence fait peur. De nombreux témoignages de patients parlent de refus de prise en charge mais personne n'a jamais parlé de stigmatisation ou de discrimination. La rencontre n'est pas forcement simple entre le chirurgien-dentiste et la personne handicapée. La relation de confiance a souvent du mal à se faire, l'un comme l'autre n'ayant ni les outils, ni le temps pour apprendre à se connaitre et pour se comprendre. Se pose ici alors clairement la question de la formation du chirurgien-dentiste, qui démontre un manque d'habitude et un malaise inhérent face au handicap (10).

1.3.2.3 Raison financière

Tous les praticiens s'accordent sur ce point : le temps des soins est augmenté au minimum de 50% lors de la prise en charge d'une personne en situation de handicap. Pour un cabinet libéral, il est difficile en terme d'équilibre financier, d'accepter dans sa patientèle un nombre important de personnes handicapées au vu du temps nécessaire pour les soigner. Pendant longtemps, aucune cotation de l'Assurance Maladie incluait les actes de soins spécifiques au cabinet. Depuis la nouvelle convention de 2019, ils sont valorisés (25). Effectivement, elle propose un supplément par séance de 100 euros, avec ou sans MEOPA, pour la prise en charge d'un patient en situation de handicap. Toutefois, elle se limite aux patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), ou aux patients bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH). Pour coter cet acte, le code CCAM est le suivant : YYYY183 (20).

Pour un certain nombre de personnes handicapées, vivant en institutions (foyers d'accueil médicalisés ou maisons d'accueil spécialisées : MAS), les frais dentaires sont presque toujours en supplément. Plus précisément, le budget alloué par l'établissement à la personne handicapée est insuffisant. Ainsi, quand ils ne sont pas pris en charge sur le budget de la structure médico-sociale, les soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap sont théoriquement pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans les conditions de droit commun. Le problème est qu'il va y avoir un « reste à charge » non négligeable pour des soins concernant d'autres pathologies que leur handicap (soins parodontaux, prothèses). Ce reste à charge est difficile à assurer pour ces personnes ayant souvent un niveau de ressources faible (10).

1.3.2.4 Défaut d'information

Toutes les familles de personnes handicapées ont évoqué non pas le manque d'informations disponibles mais le manque d'informations accessibles. Elles ont toutes eu le sentiment d'être désorientées : « à qui s'adresser pour avoir quel type d'information ? ».
Les associations d'usagers tentent de pallier ce manque de clarté mais ne sont pas toujours informées au niveau local (10).

Il existe partout un fantasme du « guichet unique » (réel ou virtuel) qui permettrait de donner toutes les informations relatives à la prise en charge du handicap pour toutes les personnes handicapées et leurs familles, à chaque niveau du territoire (10).

En ce qui concerne la communication pour la prévention et l'éducation à la santé, elle suppose de développer des outils informationnels adaptés et de les diffuser. Alors que les actes d'hygiène et de prévention bucco-dentaire sont fondamentaux pour le capital santé des personnes handicapées, aucune information claire n'est diffusée à ce sujet pour sensibiliser les personnes handicapées et leur entourage (10).

Le monde du handicap est balisé de structures et d'associations qui guident et accompagnent les familles. Il est possible de s'appuyer sur ces structures pour susciter l'intérêt et pour diffuser une information de prévention de base. Dans tous les cas, pour les institutions qui accueillent des personnes handicapées, l'information transite par le personnel médico-éducatif. C'est ce personnel qu'il convient de sensibiliser et d'informer pour qu'il puisse à son tour, sous forme de supports ludiques, d'ateliers, de jeux, de mimes… transmettre l'information de prévention aux personnes handicapées, d'une part, et à leur famille, d'autre part (10).

1.3.3 Les moyens à la disposition du chirurgien-dentiste confronté à ses difficultés :

1.3.3.1 La prévention

Les moyens de prévention sont les mêmes que pour la population générale. Ils regroupent l'hygiène bucco-dentaire quotidienne, l'utilisation de fluor et les conseils alimentaires. Le brossage des dents (manuel ou électrique) fait partie des mesures d'hygiène bucco-dentaire en éliminant la plaque dentaire, substrat des bactéries cariogènes. Un brossage des dents efficace dépend à la fois de la capacité de l'individu à répéter le geste plusieurs fois par jour (au moins deux fois par jour), de sa dextérité et de sa technique. Tout ceci nécessite un apprentissage initial (11).

En pratique, le brossage des dents est le moyen le plus habituel de délivrer le fluor au contact des dents. Le fluor a une forte affinité pour le calcium et se fixe majoritairement sur les tissus calcifiés comme les tissus osseux et l'émail dentaire. Sa présence à la surface de l'émail réduit sa solubilité en milieu acide et favorise la reminéralisation après l'attaque acide, ce qui lui confère son effet anti cariogène. Pour la personne handicapée, il faut adapter la brosse à dents au handicap (un manche plus épais pour qu'elle soit plus maniable par exemple). Quand le brossage n'est plus possible, pour éliminer les résidus alimentaires, il faut utiliser et passer délicatement sur les dents et les gencives des compresses imbibées de bain de bouche fluorés ou à base de chlorhexidine selon les besoins du patient (11).

Les conseils alimentaires font aussi partie du rôle de prévention du chirurgien-dentiste. En effet, la fréquence des ingestions de sucre est un facteur majeur dans le développement des caries plus que la quantité même de sucre ingéré. De bonnes habitudes en matière d'alimentation constituent donc un moyen de prévention de la carie. Le recours régulier au chirurgien-dentiste constitue aussi une stratégie en soi de prévention de la carie dentaire (11).

La consultation est l'occasion de proposer aux patients à la fois des conseils d'éducation pour la santé, des actes de prophylaxie ainsi que le dépistage de lésions carieuses (11).

Les actes de prévention et les soins précoces supposent une prise en charge au cabinet dentaire afin de limiter voire d'éviter les soins techniques en milieu hospitalier qui nécessitent souvent une anesthésie générale. Leurs absences contribuent à développer un mauvais état bucco-dentaire, des épisodes douloureux à répétition et un recours aux soins tardifs en urgence. Ils sont souvent soldés par des extractions dentaires, entrainant des édentements plus ou moins importants et causant des problèmes de mastication et de déglutition qui empêchent une alimentation diversifiée normale.

Au-delà des risques liés à un déséquilibre alimentaire, ces conséquences affectent quotidiennement et durablement la qualité de vie du patient. D'autres phénomènes tendent aussi à stigmatiser plus encore les personnes handicapées dans le cadre de leurs relations sociales : halitose, bavage (10).

1.3.3.2 La prise en charge comportementale

On peut définir l'approche comportementale comme l'ensemble des possibilités de l'équipe soignante de prendre en charge un patient présentant une déficience cognitive, mentale ou psychique, afin de donner une réponse adaptée à son comportement. Cette approche est essentielle pour faciliter les soins au cabinet. La thérapie cognitivo-comportementale s'établit sur une relation thérapeutique dont les composantes sont non spécifiques : chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient. Ces composantes concourent à l'établissement d'une alliance thérapeutique positive. Elle s'impose dans tous les cas : rassurer à travers le regard, l'expression du visage, des gestes doux, le respect du rythme de la personne, une atmosphère calme. Il est important d'expliquer pourquoi le patient est là, ce que l'on va lui faire avant de commencer, mais aussi tout au long du soin. Chaque geste s'accompagne d'explications et de paroles rassurantes (11).

Parfois, ces mesures ne suffisent pas et il faut y associer une sédation pour faciliter la consultation et/ou les soins.

1.3.3.3 La sédation

La sédation est l'utilisation de moyens en majorité médicamenteux permettant de calmer le malade en vue d'assurer son confort physique et psychique tout en facilitant les soins. Elle peut être nécessaire chez les patients non coopérants et trop anxieux. Il existe plusieurs formes de sédation lors de soins dentaires : la sédation consciente par inhalation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote, médicamenteuse par voie orale, par voie intra-veineuse et l'anesthésie générale (14).

1.3.3.3.1 La sédation consciente par inhalation de MEOPA

Il s'agit d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA). Il entraîne un état de sédation consciente, une analgésie de surface et une anxiolyse (propriété recherchée en odontologie). Le patient est relaxé, détendu, avec une attitude détachée de l'environnement mais reste apte à communiquer avec l'entourage. L'absorption et l'élimination du MEOPA par voie pulmonaire sont très rapides (réversibilité rapide de 5 minutes). Il est administré par des soignants spécifiquement formés à son utilisation (14).

Le succès de la sédation est en partie liée à la qualité de l'accompagnement relationnel proposé. Les indications des soins dentaires sous MEOPA sont :

- liées à l'état de santé du patient (patient en bonne santé, ne présentant pas d'épanchement gazeux)
- liées au patient (opposition volontaire ou involontaire, échec après approche classique)
- liées à l'acte (acte difficile, invasif, interventions chirurgicales n'excédant pas 60 minutes).

Les soins sous sédation consciente, réalisés par un chirurgien-dentiste formé, peuvent constituer une alternative aux soins classiques au fauteuil et éviter des délais d'attente, souvent très importants pour l'anesthésie générale. Cependant, la procédure facilite l'accès à des soins ponctuels. Le choix d'une autre prise en charge et/ou d'une réorientation vers l'anesthésie générale est à évaluer selon le comportement, la multiplicité des soins et l'âge du patient (14).

1.3.3.3.2 La sédation médicamenteuse par voie orale

Il s'agit de l'absorption par voie orale de sédatifs ou d'anxiolytiques de la famille des benzodiazépines type diazépam/alprazolam ou de la famille des antihistaminiques H1 comme l'hydroxyzine. Il doit être pris soit en une prise 1h30 avant l'intervention, soit en deux prises la veille au soir plus 1h30 avant l'intervention. Ce type de sédation provoque un apaisement léger pendant les soins dentaires. Il faut quand même vérifier si les traitements du patient et son état de santé sont compatibles avec les médicaments utilisés (12).

1.3.3.3.3 La sédation consciente par voie intraveineuse

Pour la sédation vigile avant une procédure à visée diagnostique ou thérapeutique, le midazolam est utilisé et administré par voie intraveineuse. Ces effets sont les suivants : l'endormissement, la somnolence et la diminution de l'appréhension ainsi qu'une diminution de la mémorisation per-opératoire (13).

Il doit être administré uniquement par des médecins anesthésistes réanimateurs expérimentés dans un lieu totalement équipé pour la surveillance et le maintien des fonctions cardio-respiratoires. Des effets indésirables cardio-respiratoires sévères ont été rapportés : dépression respiratoire, apnée, arrêt respiratoire et/ou arrêt cardiaque. De tels incidents menaçant le pronostic vital surviennent plus volontiers lorsque l'injection est trop rapide ou lorsqu'une dose élevée est administrée.

Lorsque le midazolam est utilisé en prémédication, une surveillance appropriée du patient après administration est obligatoire, du fait de la variabilité interindividuelle et de la survenue possible de symptômes de surdosage (13).

Une prudence particulière doit être exercée lorsque le midazolam est administré à des patients à haut risque : adultes âgés de plus de 60 ans, patients atteints de maladie chronique ou en mauvais état général, enfants, particulièrement ceux ayant une instabilité cardio-vasculaire. Ces patients à haut risque nécessitent des posologies plus faibles et doivent être sous surveillance continue afin de détecter les premiers signes d'altération des fonctions vitales.

La sédation consciente par voie intraveineuse est alors compliquée à mettre en place dans le cadre des personnes handicapées au vue des nombreux effets secondaires possibles (13).

1.3.3.3.4 L'anesthésie générale

Les procédures de soins appliquées dans le cadre de l'anesthésie générale sont adaptées à des patients non coopérants, pour lesquels le risque de reprises de soins postopératoires doit absolument être limité (15).

Elle permet la suppression des foyers infectieux et/ou douloureux en une seule session et évite les séances répétées. Cependant, il existe une disparité dans la prise en charge et dans les protocoles opératoires. Les soins réalisés au cours de l'anesthésie générale sont très variables et se font en fonction des possibilités techniques mises à disposition des praticiens. De plus, celle-ci n'apparaît pas adaptée pour des soins simples et de courte durée (rapport bénéfice/risque défavorable) (15).

L'incertitude sur certains diagnostics pulpaires, la durée limitée de l'intervention, les conditions de tarification, associées aux difficultés de réunir le plateau technique nécessaire aux soins conservateurs favorisent plutôt la réalisation d'extractions dentaires, nécessitant moins de temps et moins de matériel. Par exemple, la réalisation de traitements endodontiques sur dents permanentes au cours d'une réhabilitation orale sous anesthésie générale est généralement considérée comme long avec un résultat très aléatoire. Malgré cela, la prise en charge de ces patients sous anesthésie générale, constitue une véritable alternative comparée à l'absence de soins (15).

1.3.3.4 Maintenance et suivi

Le suivi et la maintenance sont d'une très grande importance chez le patient handicapé. Il permet d'éviter les récidives et de contrôler l'évolution de la pathologie.

On peut y réaliser (15) :

- Des évaluations des mesures d'hygiène bucco-dentaire mises en place avec l'aide de la famille et du personnel soignant (motivations à l'hygiène du patient et de l'entourage).
- Un bilan bucco-dentaire accompagné d'un détartrage.

Depuis peu, il est proposé aux établissements recevant des personnes en situation de handicap de nommer un correspondant en santé orale (CSO) responsable des pratiques d'hygiène bucco-dentaire. Il maintient un suivi des patients et forme le personnel pour maintenir un bon état bucco-dentaire général dans l'établissement (37).

1.3.4 Les différents lieux de soins existants à disposition de la personne handicapée

Plusieurs structures sont disponibles pour leur prendre en charge :

- Les cabinets dentaires libéraux
- Les Unités de Soins Mobiles (17)
- Les Unités de Santé Orale Spécifiques (U.S.O.S.) en milieu hospitalier (19)

1.3.4.1 Les cabinets libéraux

Aujourd'hui, la prise en charge des personnes en situation de handicap en cabinet libéral est compliquée. On constate une absence de formation et d'informations des professionnels de santé. Le chirurgien-dentiste est souvent peu préparé à accueillir et à soigner la personne handicapée.
La consultation peut se solder par un échec et le praticien ne sait souvent pas où réadresser son patient (9).

Dans le futur, comme pour le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste sera amené à utiliser la télédentisterie. Elle utilise les nouvelles technologies de communication comme Internet, les smartphones ou la vidéoconférence pour pouvoir assurer aux patients une accessibilité aux consultations et ce à distance. Le but étant que chacun puisse bénéficier de ces soins même s'il ne lui est pas possible de se déplacer dans un cabinet dentaire. Grâce aux vidéos enregistrées par une infirmière à l'aide d'une caméra numérique intrabuccale, le chirurgien-dentiste sera apte à lire et analyser des vidéos relatives à la maladie du patient. Le coût, la confidentialité des données et la formation initiale restent des limites importantes à la télédentisterie (cependant, un projet hospitalier est sur le point d'aboutir à Nantes) (38).

1.3.4.2 Les Unités de Soins Mobiles

Malgré le bon développement des réseaux, un certain nombre de patients handicapés ne peuvent toujours pas bénéficier des soins dentaires, du fait de leurs handicaps rendant très difficile leurs déplacements vers le lieu de soins.

Plusieurs unités de soins mobiles se sont développées dans le but d'augmenter l'offre de soins sur l'ensemble des régions concernées (19).

C’est un véritable cabinet dentaire mobile accessible aux personnes en situation de handicap, disposant d’un équipement conforme aux normes d’un cabinet dentaire :
- Un fauteuil dentaire adapté aux difficultés de positionnement des patients.
- Un dispositif permettant de réaliser une sédation consciente (MEOPA) facilitant l’acceptation des soins.
- Un équipement radiologique numérique permettant de réaliser les radiographies intra-buccales mais aussi les radiographies panoramiques y compris chez les personnes en fauteuil roulant.
- Une chaine d’asepsie permet d’assurer la stérilisation des instruments et leur traçabilité dans le bus (19).

Pour exemple, au niveau de la région PACA, le bus représente 44% des prises en charge de personnes en situation de handicap (19).

1.3.4.3 Les Unités de Soins Spécifiques en milieu hospitalier

Proposées en deuxième intention et quand les soins sont impossibles dans le cabinet dentaire de proximité, elles s'inscrivent dans un parcours de soins individualisé. Elles disposent d’un plateau technique plus important et sont constituées d’une équipe formée. A Nantes, elle s’appelle l’unité de soins spécifiques au Centre de Soins Dentaires (CSD).
On y propose des consultations, un rappel des règles d’hygiène et de prévention ainsi que des soins bucco-dentaires. La prise en charge peut être classique (prise en charge comportementale), sous MEOPA ou sous anesthésie générale (proposer en dernier recours). Cette prise en charge peut être effectuée en hôpital public ou en clinique privée. Contrairement au milieu hospitalier public, la plupart du temps seule l’anesthésie générale est proposée en clinique privée (9).

1.3.4.4 Les réseaux de santé

Un réseau de soins est un dispositif de collaboration sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé, afin d’améliorer la prise en charge d’un type de population précis. Plusieurs organismes et associations sur le handicap en France ont réfléchi aux problèmes posés et ont proposé comme solution adaptée la formation de réseaux de santé (16).
Des réseaux de santé ont alors été créés grâce à une collaboration entre ces associations et un certain nombre de chirurgiens-dentistes exerçant soit en libéral soit en structure hospitalière.
L’Agence Régionale de Santé (ARS) et le conseil de l’ordre national y sont souvent impliqués et présents comme un soutien technique majeur.

Ces réseaux apportent une réponse positive aux demandes de soins bucco-dentaires et sont aujourd'hui retrouvés dans la plupart des régions (21 réseaux/associations à ce jour). On retrouve par exemple : Handident (PACA, Alsace, Nord-Pas de Calais), SBDH (Rhône-Alpes), Handi-Accès (Lorraine), Rhapsod'if (Ile de France) (9).

Les réseaux sont régis par des associations loi 1901. Leur conseil d'administration est composé de quatre collèges : les chirurgiens-dentistes, les usagers, les établissements médico-sociaux, les établissements de santé et centres de santé (17).

Les professionnels intervenant dans le cadre du réseau de santé sont :

- Les chirurgiens-dentistes : en adhérant au réseau et en signant la charte, ils sont amenés à réaliser des vacations au sein des structures associées au réseau (cabinets libéraux, bus ou milieu hospitalier).
- Les établissements médico-sociaux : les résidents des établissements médico-sociaux peuvent bénéficier d'une prise en charge par les équipes mobiles du réseau. L'adhésion des établissements médico-sociaux est réalisée par la signature d'une convention avec le réseau.
- Les établissements de santé : les centres de soins permettent de développer une activité de soins spécifiques à destination des personnes adhérentes au réseau. Le centre de soins va mettre à disposition son plateau technique auprès des chirurgiens-dentistes ayant signé la charte du réseau (17).

Ces réseaux doivent inclure étroitement les praticiens libéraux et hospitaliers afin de tisser à un niveau régional une toile de praticiens complémentaires. En adhérant au réseau, les praticiens libéraux des cabinets de ville s'engagent à prendre en charge les patients selon les référentiels du réseau. L'amélioration de l'offre de soins, la formation des acteurs du réseau (professionnels médicaux et non-médicaux), la codification des actes de soins bucco-dentaires adaptée à la personne handicapée et la valorisation des bonnes pratiques font partie des objectifs principaux des réseaux de santé (9).

En Loire-Atlantique, nous n'avons pas de réseau de soins mais une association : Acsodent Pays de la Loire. Elle a été créée en 2009 par des représentants de la profession dentaire et d'associations de personnes en situation de handicap, dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire et l'accessibilité au système de soins des personnes en situation de handicap. Aujourd'hui, l'association évolue pour mobiliser et accompagner les acteurs des territoires de santé de la région (9).

1.3.5 La formation des professionnels de santé

En France, la formation initiale à la prise en charge bucco-dentaire des personnes handicapées est très hétéroclite. Selon les facultés, l'enseignement théorique est plus ou moins important en nombre d'heures (de 3h à 180h). L'enseignement clinique, comme pour les autres disciplines, reste dépendant de l'organisation locale (18).
La formation des praticiens à la prise en charge des patients handicapés est pourtant impérative afin de connaître les spécificités de chaque déficience ainsi que les pathologies associées, qu'elles soient bucco-dentaires ou médicales. Cette formation théorique/clinique, notamment sur la technique de sédation par inhalation de MEOPA, devrait être plus développée et enseignée au sein de toutes les facultés (9).
La formation des professionnels est l'une des composantes des organisations en réseaux.
Par exemple, le réseau Handident Nord Pas-De-Calais a prévu l'organisation de sessions de formation sur la communication, sur la connaissance du handicap mental, sur l'approche du handicap moteur, afin de lever les appréhensions des chirurgiens-dentistes face à une personne en situation de handicap et par conséquent améliorer leur prise en charge. Ce genre de formation donne ainsi des outils pour mieux accueillir la personne handicapée (17).

1.4 Aspects essentiels de la loi du 11 Février 2005 et ses évolutions

La loi du 11 février 2005, dite loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a été votée le 11 février 2005 (Journal Officiel du 12/02/2005). Cette loi se compose de 101 articles et donne lieu à la rédaction de plus de 80 textes d'application. Elle apporte de nombreux changements dont l'ampleur est conditionnée par le contenu des textes d'application et les précisions qu'ils apportent (21).

Les principaux axes et avancées de cette loi, classés par thèmes sont :

- L'accueil des personnes handicapées
- Le droit à compensation
- Les ressources
- La scolarité
- L'emploi
- L'accessibilité
- La citoyenneté et participation à la vie sociale
- Divers

Nous allons nous pencher plus particulièrement sur l'axe de la loi portant sur l'accessibilité pour comprendre l'évolution et les avancés depuis 2005 dans ce domaine.
Notre travail de recensement en collaboration avec le Conseil Départemental de l'Ordre et Acsodent Pays de la Loire, comporte deux volets : un sur l'accessibilité des structures de soins en Loire-Atlantique et un sur les moyens de prise en charge des patients en situation de handicap.

1.4.1 Définition de l'accessibilité

D'après le Larousse, elle se définit comme : « Caractère de quelque chose, d'un lieu, qui sont accessibles » ou « droit, possibilité à quelqu'un d'avoir accès à quelque chose » (22).
L'accessibilité est une condition primordiale pour permettre à tous d'exercer les actes de la vie quotidienne et de participer à la vie sociale.

1.4.2 Ce que dit la loi du 11 Février 2005 sur le handicap

La loi prévoit le principe d'accessibilité généralisée, quel que soit le handicap, physique, sensoriel, mental, psychique, cognitif ou polyhandicap.
Elle étend l'obligation d'accessibilité à toute la chaîne du déplacement : la personne handicapée doit pouvoir accéder à tous les bâtiments recevant du public et évoluer de manière continue, sans rupture (aménagement de voirie, accès aux gares, transports en commun) (23).
La loi prévoit que les Etablissements publics et privés Recevant du Public (ERP) doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées. Dans les espaces ouverts au public, l'accès et l'accueil doivent être possibles pour toutes les catégories de personnes handicapées, dans les établissements neufs recevant du public. La mise en accessibilité des établissements existants doit intervenir dans un délai de dix ans (23).
La loi fixe des obligations de résultats et des délais à respecter, en limitant les possibilités de dérogation. Des sanctions sont fixées en cas de non-respect de ces règles : fermeture de l'établissement ne respectant pas le délai de mise en accessibilité, remboursement des subventions publiques, amende de 45 000 € pour les architectes, entrepreneurs et toute personne responsable de l'exécution des travaux. En cas de récidive, la peine est portée à 6 mois d'emprisonnement et à 75 000 € d'amende (24).

1.4.3 État des lieux dix ans après la loi handicap

Cette loi, promulguée 30 ans après celle de 1975, visait à poursuivre et renforcer les efforts existants, mais aussi à promouvoir de nouveaux droits, en particulier la compensation du handicap et à faciliter l'accompagnement des personnes handicapées. La date fixée à l'année 2015 était un peu ambitieuse. Des retards avaient été pris dans les plans de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics, ainsi que dans la réalisation des diagnostics des ERP. Le bilan ne s'annonçait pas optimiste (25).
Dix ans après, comme en témoigne l'enquête IFOP intitulée « Regards croisés : 10 ans après la promulgation de la loi sur l'égalité des droits et des chances, quel est l'état de l'opinion ? », le bilan est sévère. Malgré une forte notoriété auprès de l'opinion publique (70% des personnes interrogées déclarent en avoir entendu parler), seulement 50% des élus concèdent être informés de son contenu. Elle note quand même une légère évolution quant à l'intégration des personnes handicapées. Cependant, 80% des Français interrogés considèrent que les pouvoirs publics n'en font pas assez pour le handicap (25).
Cette enquête souligne le fossé qui sépare la perception qu'ont les personnes concernées et celle des pouvoirs publics, en total décalage avec les réalités constatées (25).

À quelques mois de la date butoir fixée par la loi « handicap » du 11 février 2005, la mise en accessibilité des établissements était encore très loin du compte, le délai du 1er janvier 2015 intenable. L'ordonnance du 26 septembre 2014 en tire les conséquences et proposent les Agendas d'Accessibilité programmés (Ad'Ap) (25).

1.4.3.1 Les Agendas d'accessibilité programmée (Ad'Ap)

L'ordonnance tend à redéfinir les modalités de mise en œuvre du volet accessibilité de la loi du 11 février 2005. Elle simplifie et explicite les normes d'accessibilité. Elle prévoit en outre la mise en place d'un dispositif d'échéanciers : les Agendas d'Accessibilité programmée (Ad'AP). Ces agendas sont des documents de programmation financière des travaux d'accessibilité. Ils constituent un engagement des acteurs publics et privés, qui ne sont pas en conformité avec la loi, à réaliser les travaux requis dans un calendrier précis. Les ERP s'engagent à programmer et à réaliser les travaux nécessaires de mise aux normes afin de rendre leurs locaux accessibles aux personnes handicapées dans un délai établi. La durée maximale de l'Agenda d'accessibilité programmée sera de trois ans pour 80% des établissements. Des durées plus longues sont prévues à titre dérogatoire pour certains établissements recevant du public (26).

L'ordonnance a été validée définitivement par le Parlement le 22 juillet 2015 mais même avec des délais allongés, c'est une nouvelle course contre la montre qui s'annonce pour les établissements recevant du public. Comme le déplore l'Association des Paralysés de France le 8 Janvier 2014 dans son communiqué de presse intitulé : « Accessibilité en France : 40 ans d'échec et bientôt 10 de plus ! », l'échéance d'accessibilité de la France pour 2015 ne sera pas respectée et les personnes en situation de handicap devront encore patienter entre 3 et 10 ans pour pouvoir vivre comme des citoyens ordinaires (27).

1.4.3.2 Le registre d'accessibilité public

À ce jour, nombreux sont les établissements non-accessibles aux personnes en situation de handicap. C'est pourquoi, depuis le 1 octobre 2017, l'intégralité des établissements recevant du public (ERP de la 1ère à 5ème catégorie) sont dans l'obligation de mettre à disposition de tous un registre d'accessibilité public, afin de communiquer sur le niveau d'accessibilité des prestations proposées par leur établissement (décret du 28 mars 2017, arrêté du 19 avril 2017 paru au Journal Officiel du 22 avril 2017) (28).

1.4.3.2.1 L'objectif

Ce dernier a pour but d'informer le public sur le degré d'accessibilité sur les locaux et les prestations. Il contient de nombreux documents exigés au titre des Ad'Ap.

Le parti pris est de faire simple et utile**.** Il ne s'agit pas de remplir de nouvelles obligations, il s'agit simplement de mettre à la disposition du public l'ensemble des documents déjà produits par l'établissement (29).

1.4.3.2.2 Que contient ce registre ?

Il présente toutes les conditions d'accessibilité actuelles de l'ERP concerné ou celles à venir dans le cas de réalisation d'un Ad'AP. Il informe de l'intégralité des dispositions à prendre pour rendre les lieux accessibles à tous, qu'importe le type de handicap. Ce registre se doit d'être simple et compréhensible.

Il s'agit également d'un outil de communication entre l'ERP et sa patientèle, un moyen de promouvoir la qualité d'un accueil de tous les publics et de l'attention portée à chacun. Faire connaître le degré d'accessibilité de son ERP revient à dire si l'établissement est accessible totalement ou partiellement. S'il l'est partiellement, quelle(s) prestation(s) l'est (le sont) et laquelle (ou lesquelles) ne l'est pas (ne le sont pas) (29).

1.4.3.2.3 A qui est-il adressé ?

Il est adressé à tout le monde. Il doit être mis à disposition du public depuis le mois d'octobre 2017. En effet, le registre doit être consultable à l'accueil des ERP, en version papier et/ou digital. À titre alternatif, si l'établissement possède un site web, il est recommandé de le mettre en ligne dans une rubrique spécialisée (29).

1.4.3.2.4 Quelle aide pour élaborer son registre d'accessibilité ?

La Délégation Ministérielle à l'Accessibilité a créé un guide d'aide à l'élaboration du registre public d'accessibilité, en concertation avec les associations de personnes handicapées et plusieurs fédérations et syndicats représentant les divers acteurs économiques. Ce guide s'adresse à tous les propriétaires et exploitants d'établissements recevant du public et, en particulier, à tous ceux souhaitant élaborer ce registre par eux-mêmes. La fiche de synthèse du registre est accessible à tous. Le document-type est notamment pré-rédigé en FALC (facile à lire et à comprendre), et donc accessible également aux personnes qui ont un handicap mental ou une déficience intellectuelle (30).

Son format permet d'en faire une affiche délivrant une information simple et utile au public, et pouvant être installée au principal point d'accueil de l'établissement (30).

Le guide contient des explications, des apports méthodologiques et fournit plusieurs supports pré-remplis qu'il ne reste plus qu'à compléter (en ligne ou à la main sur version imprimée) et à joindre au registre. Les supports sont pragmatiques pour le lecteur et simples à remplir par le gestionnaire (31).

Malheureusement, plusieurs cas de démarchages abusives et agressives ont été rapportés en France concernant le registre d'accessibilité. Certaines entreprises ciblent en particulier les petits établissements, laissent entendre qu'elles représentent un service de l'État et que l'entreprise encoure une sanction si la prestation proposée n'est pas acquise par lui. La prestation consiste généralement en un « diagnostic » à distance sans visite de site qui n'engage pas le prestataire (31).

Ces démarchages se font par téléphone ou internet le plus souvent.
Pour éviter ceux-ci, il est préférable :

- D'utiliser l'outil d'auto-diagnostique proposé sur le site : http://www.accessibilite.gouv.fr pour vérifier la conformité de l'établissement.

- Pour bénéficier d'un diagnostic complet, de mettre en concurrence des professionnels du bâtiment (architecte, bureau de contrôle, bureau d'études spécialisé…), qui analyseront l'établissement lors d'une visite. Il faut vérifier leurs références en matière d'accessibilité (31).

- D'alerter les autorités, notamment les services de la Direction Départementale de la Protection des Populations (DDPP), dès que ce type de démarche est proposé (31).

1.4.3.3 Le référent handicap

En 2017, au sein de chaque département, a été désigné un référent handicap ayant pour mission d'établir un état des lieux précis de la demande et de l'offre de soins sur le territoire qui lui est attribué. Il flèche ainsi le parcours de soins dans le département et tend vers la mise en place d'un réseau de soins. Avec ce répertoire à sa disposition, il va pouvoir déterminer si le patient peut être pris en charge dans le secteur libéral ou bien lui proposer d'autres offres de soins à travers les réseaux, les associations, les services hospitaliers (32).

Malgré le retard conséquent de la loi handicap, une vraie dynamique de mobilisation a été créée avec les Ad'AP, le registre d'accessibilité public et le référent handicap. Mais il faudra encore du temps pour ne plus laisser de populations à l'écart de la santé bucco-dentaire et pour que les personnes en situation de handicap puissent vivre comme des citoyens ordinaires (32).

2 RECENSEMENT DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP EN LOIRE-ATLANTIQUE.

2.1 Introduction

2.1.1 Contexte d'étude

Le délai pour une prise en charge bucco-dentaire adaptée à une personne en situation de handicap au Centre de Soins dentaires (CSD) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes est considérable. Le CSD ne peut pas répondre à toutes les demandes dans un délai acceptable. La prise en charge des personnes en situation de handicap est donc retardée que ce soit pour la prévention, la thérapeutique et le suivi post-thérapeutique.

2.1.2 Problématique

Quelles solutions peuvent-être mises en place pour permettre une prise en charge adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap ?
Les praticiens libéraux exerçant en Loire-Atlantique sont-ils assez disponibles, assez formés et assez équipés, pour prendre en charge les personnes en situation de handicap et diminuer le nombre de patients en attente d'une prise en charge dans les unités fonctionnelles de soins spécifiques ?

2.1.3 Objectif

Les objectifs de notre travail sont d'identifier les structures de soins bucco-dentaires prenant en charge la personne en situation de handicap en Loire-Atlantique et par quels moyens, d'identifier quels types de handicap peuvent être accueillis, quels types de soins sont proposés et d'identifier les praticiens qui souhaitent être référencés.

2.2 Matériels et méthodes

2.2.1 Type d'étude

C'est une étude observationnelle descriptive.

Intérêts	Limites
Facilite la mise en œuvre	Pas d'estimation d'incidence
Estime la prévalence	Pas de prise en compte de la chronologie
Génère les hypothèses	Observation des seuls cas du moment
Crée un préambule à une autre étude	

Figure 3 : Intérêts et limites de ce type d'étude (51)

2.2.2 Recueil des données

2.2.2.1 Premier Questionnaire

Pour effectuer le recueil des données, un questionnaire simple et succinct avait été réalisé. Il permettait aux praticiens d'avoir une approche rapide et globale du sujet.
Il se composait de 4 questions :

- Les différents types de handicap pris en charge au sein de la structure de soins
- L'adaptation des locaux au passage des fauteuils roulants ou aux brancards
- Les actes pratiqués auprès des personnes en situation de handicap (conservateurs, endodontiques, prothétiques ou chirurgicaux)
- Les types de sédation réalisés (anesthésie locale, MEOPA, anesthésie générale ou hypnose)

Ensuite, une fiche de renseignement sur le praticien et la structure de soins pouvait être remplie. Si le chirurgien-dentiste autorisait la mise en ligne de ses informations professionnelles, celles-ci auraient pu figurer sur le site internet, aboutissement de notre projet. Dans le cas contraire toutes les informations recueillies resteraient anonymes ***(Annexe 1 : Questionnaire original).***

2.2.2.2 Questionnaire final

Un recensement était prévu au niveau national dans le cadre du projet « Santé.fr ». Un questionnaire a été créé par le Service Public d'Information en Santé. Il peut être modifié par quiconque avec le consentement du ministère de la santé ou de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Nous avons consulté différents intervenants tels que l'association ACSODENT Pays de la Loire (33) et le Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CDO) afin de savoir où en était rendu ce recensement au sein du département de Loire-Atlantique. Dans le but d'éviter des consultations répétitives dans un intervalle court, nous avons travaillé ensemble et uni nos efforts afin de récolter les données nécessaires pour le département de Loire-Atlantique.
Contrairement au premier questionnaire réalisé, celui-ci est très complet et couvre l'ensemble des questions portant sur les structures de prise en charge bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap ***(Annexe 2 : Questionnaire final).***

Ce questionnaire comporte 3 thèmes :

- « A proximité et devant le lieu d'exercice »
- « A l'intérieur du lieu d'exercice »
- « Prise en charge des patients »

2.2.2.3 Méthodes d'envoi et de réception des réponses

2.2.2.3.1 Les différentes formes du questionnaire

- Un Google Form :

Cette forme est un simple lien internet envoyé au praticien par mail. Ce dernier doit simplement l'ouvrir et répondre aux questions, soit ouvertes en écrivant la réponse, soit fermées en cochant une case. A la fin du questionnaire, le praticien doit juste cliquer pour envoyer le résultat de son questionnaire. Toutes les réponses sont ensuite reçues sur le Drive ou la boîte mail du compte Google créé exclusivement pour ce recensement. Aucune manipulation complexe ou chronophage n'est nécessaire. Voici le lien internet permettant de répondre au questionnaire : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSchd6YzgMBgStowJvQ5zWSj7wBwGiw6BxgNkooXKxZKR5lHtA/viewform?usp=sf_link

- Un fichier PDF :

C'est un simple fichier image contenant le questionnaire et la fiche de renseignements.
Le praticien peut le remplir sur son ordinateur et le renvoyer par mail ou l'imprimer pour le remplir manuellement puis le scanner pour le renvoyer par mail ***(Annexe 3 Questionnaire final sous forme PDF).***

2.2.2.3.2 La méthode d'envoi

Pour faire parvenir ce questionnaire à tous les praticiens de Loire-Atlantique nous avons eu le soutien technique du Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique (34). Il nous a permis de transmettre notre questionnaire par mail à tous les praticiens du département.
Le fait d'envoyer ce questionnaire uniquement par mail constitue un biais de sélection. Les mails peuvent ne pas être lus par les praticiens et directement supprimés, les adresses mails des praticiens peuvent ne pas être à jour au sein de la liste du Conseil Départemental de l'Ordre ou le mail peut être redirigé dans le courrier indésirable du praticien. Un envoi postal aurait pu minimiser ce biais.

2.2.3 Population étudiée

D'après le site de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD), consulté le 4 février 2019, 952 chirurgiens-dentistes exercent en Loire-Atlantique.
Parmi ces 952 praticiens, 66 sont spécialisés en ODF (6,90%), 4 en chirurgie orale (0,40%) et un seul en médecine bucco-dentaire (0,10%).
Pour ce qui est du pourcentage de praticiens libéraux ou salariés, l'ONCD nous indiquait 861 praticiens libéraux (90,40%) pour 91 praticiens salariés (9,60%). (35)
Nous travaillerons sur la base de 881 praticiens, correspondant aux praticiens non spécialistes.

2.2.3.1 Critères d'inclusion

Les réponses prises en compte dans cette étude seront celles des praticiens détenteurs du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire exerçant en Loire-Atlantique, inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de Loire-Atlantique.

2.2.3.2 Critères d'exclusion

Seuls les omnipraticiens nous intéresseront dans cette étude. Les spécialistes en orthodontie, en parodontologie, en endodontie et en chirurgie orale seront exclus. Cela nous permettra d'axer notre étude sur les soins majoritairement demandés par les patients et sur une prise en charge classique de la personne en situation de handicap.

2.3 Résultats

881 questionnaires ont été envoyés, 114 praticiens ont répondu. L'analyse des résultats sera faite sur 114 réponses obtenues, un pourcentage de réponses très faible étant donné le nombre de praticiens en Loire-Atlantique. Parmi ces réponses, aucune ne concerne les structures publiques car les questionnaires n'ont pas été envoyé à ces dernières, aucun praticien hospitalier ne sera donc présent dans les résultats de cette étude.
12 ,9% des praticiens ont répondu à ce questionnaire. Cela peut être dû à la méthode d'envoi (un seul mail) et à l'intérêt des praticiens quant au sujet de l'étude.
Des relances sont prévues pour compléter le site internet dédié aux personnes en situation de handicap. Les questionnaires seront renvoyés aux praticiens libéraux n'ayant pas répondu et aux structures de soins publiques, afin d'inclure les praticiens hospitaliers dans cette étude.
Les résultats ont été récoltés puis interprétés afin de vous présenter une première vision de la prise en charge des personnes en situation de handicap en Loire-Atlantique au sein des cabinets dentaires.

2.3.1 A proximité et devant le lieu d'exercice

2.3.1.1 Accès extérieur

- **Question 1 : Accès au cabinet par un trottoir ou un cheminement goudronné large (passage de deux piétons simultanément) ?** (114 réponses)

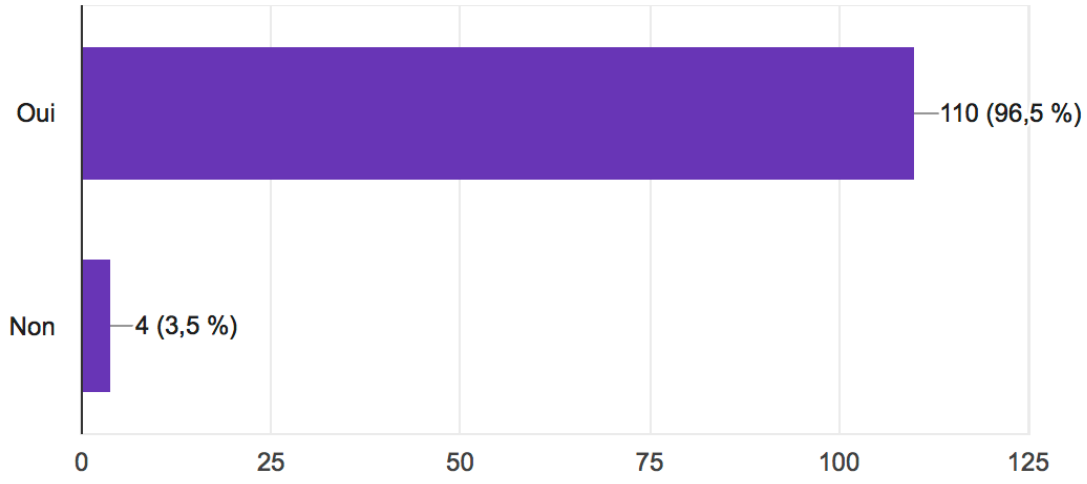

Figure 4 : Pourcentage d'accès au cabinet par un trottoir

96,5% des praticiens ayant répondu possèdent un accès à leur structure de soins par un accès goudronné.

- **Question 2 : Présence d'obstacles ou d'irrégularités pouvant gêner la circulation sur le trottoir ?** (115 réponses)

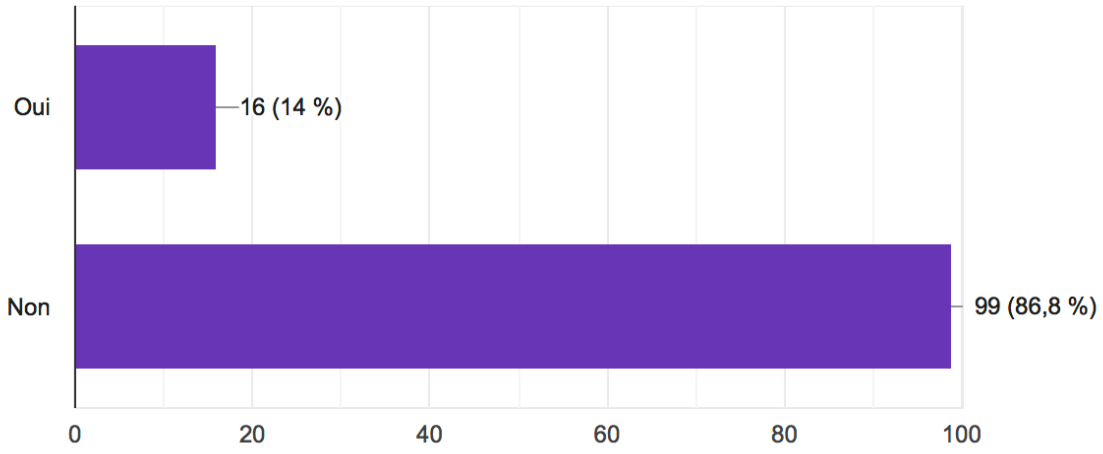

Figure 5 : Pourcentage d'obstacles pouvant gêner la circulation sur le trottoir

Parmi les structures de soins ayant répondu 86,8% sont accessibles aux personnes à mobilité réduite par le biais du trottoir dégagé.

- **Question 3 : Les abords du cabinet sont-ils en pente ?** (110 réponses)

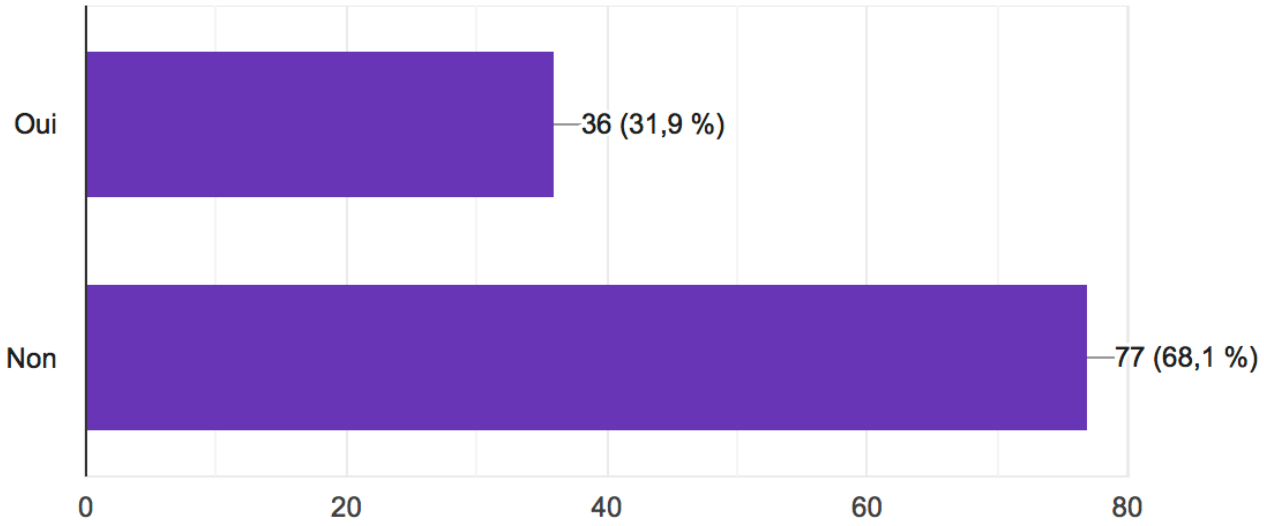

Figure 6 : Pourcentage d'abords des cabinets en pente

68,1% des abords des structures de soins ayant répondu ne sont pas en pente.

- **Question 4 : Le cabinet est-il desservi par un arrêt de transport en commun à proximité ?** (114 réponses)

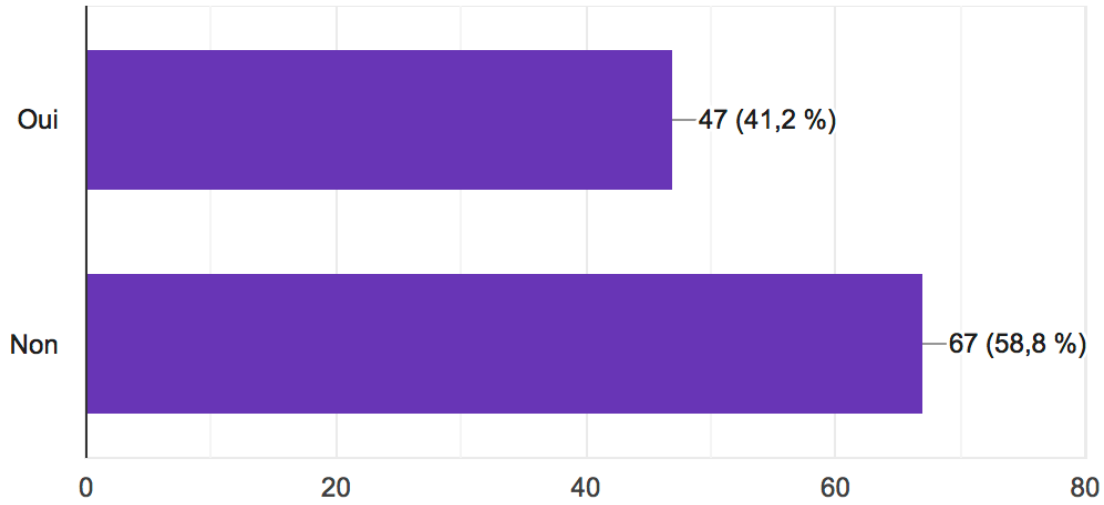

Figure 7 : Pourcentage de cabinet desservi par des transports en commun

41,2% des structures de prise en charge bucco-dentaire ayant répondu sont desservies par un moyen de transport en commun.

- **Question 5 : Les abords du cabinet sont-ils éclairés la nuit ?** (115 réponses)

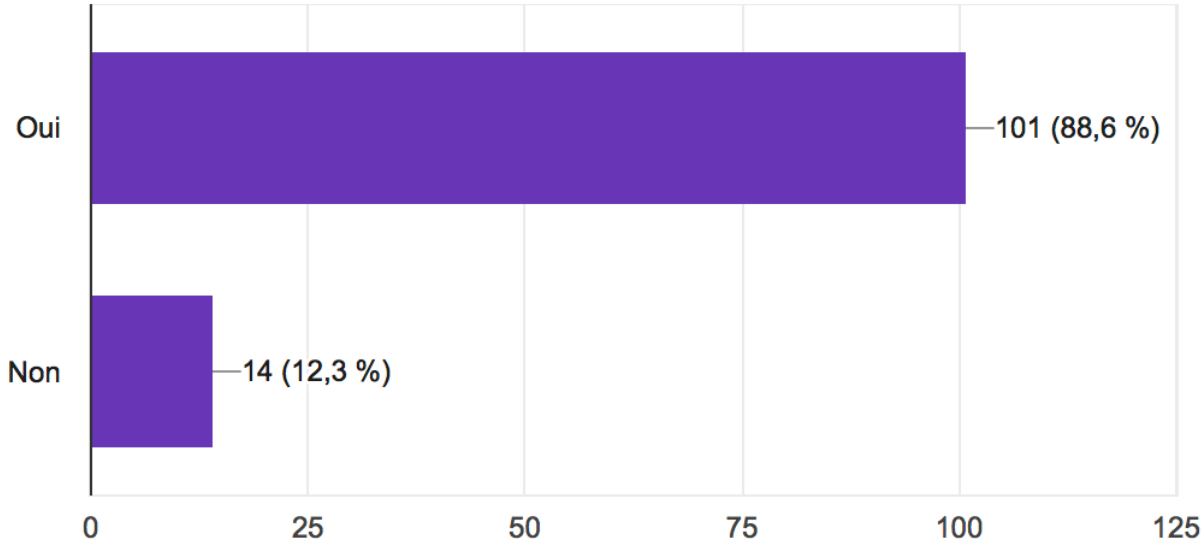

Figure 8 : Pourcentage des cabinets éclairés la nuit

88,6% des structures des soins ayant répondu possèdent un éclairage extérieur.

Concernant l'accès extérieur : 114 réponses en moyenne

De façon générale, les structures de soins ayant répondu au questionnaire possèdent un accès extérieur accessible aux personnes en situation de handicap (96,5%). Cet accès au bâtiment peut être un frein aux soins pour certains types de handicap (personnes à mobilité réduite). Il est donc important qu'il soit aménagé comme il se doit.
L'accès au cabinet permet aux patients présentant un handicap moteur (fauteuil ou brancard) ou un handicap visuel de pouvoir entrer dans la structure de soins.
Seulement 14% des structures de soins ayant répondu présentent des obstacles sur leur trottoir et 1/3 présentent une pente aux abords du cabinet. Il aurait été intéressant d'évaluer l'inclinaison des pentes présentes au sein des cabinets dentaires afin de déterminer leur accessibilité pour les fauteuils roulants et brancards.

Concernant les transports en commun :

- Dans la ville de Nantes, l'ensemble des structures de soins pouvant être desservies sont accessibles par le tramway ou les lignes de bus. Les patients peuvent donc se référer au réseau de transport en commun de l'agglomération de Nantes, la Tan.
- A l'extérieur de Nantes, 2 types de réseau ont été cités :
    - LILA (Lignes Intérieures de Loire-Atlantique), le réseau de transport départemental de la Loire-Atlantique.
    - STRAN (Société de Transports de l'Agglomération Nazairienne), le réseau de transport de l'agglomération de la ville de Saint-Nazaire.

Seulement 4 structures ayant répondu à cette étude sont desservies par des transports en commun :

- Pornic (LILA)
- Donges (LILA)
- Saint-Nazaire (STRAN)
- Saint Philbert de Grand Lieu (LILA)

Parmi les réponses reçues, beaucoup ont voulu garder l'anonymat, nous ne pouvons donc pas citer les lignes de tramway ou de bus pouvant les desservir.

Concernant l'éclairage de nuit, 88,6% des structures de soins ayant répondu possèdent cet éclairage, cela permet une meilleure visibilité à certains horaires de la journée et une meilleure accessibilité pour certains types de handicap. Les personnes malvoyantes ou les personnes à mobilité réduite sont principalement concernées, cet éclairage leur permet de repérer plus facilement certains obstacles.

2.3.1.2 Stationnement

- **Question 6 : Disposez-vous d'un parking réservé à la patientèle ?** (115 réponses)

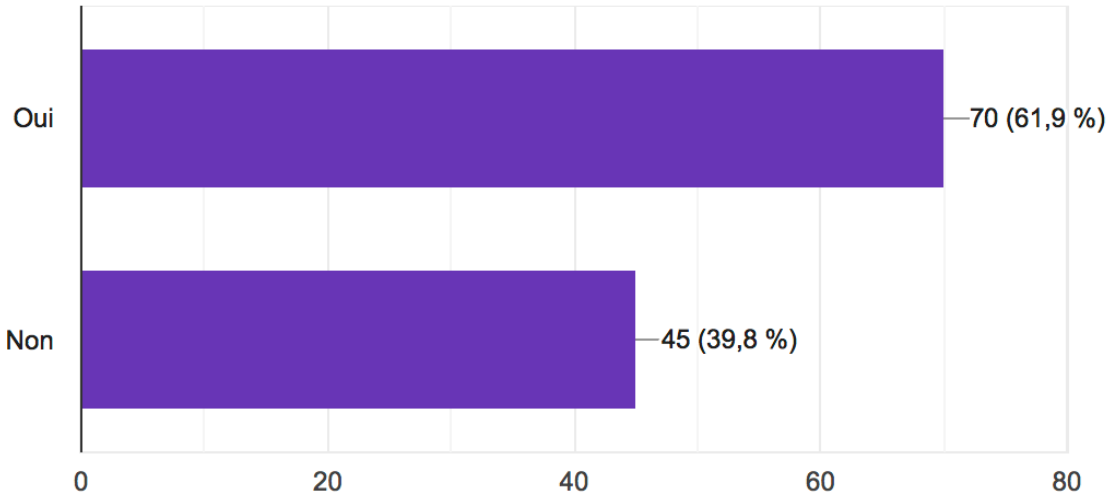

Figure 9 : Pourcentage de structure de soins possèdant un parking

60% des structures de prise en charge bucco-dentaire ayant répondu possèdent un parking destiné à la patientèle, les 40% restants sont principalement des cabinets situés en centre-ville.

- **Question 7 : Existe-t-il une ou des places de stationnement élargies réservées aux personnes en situation de handicap ?** (114 réponses)

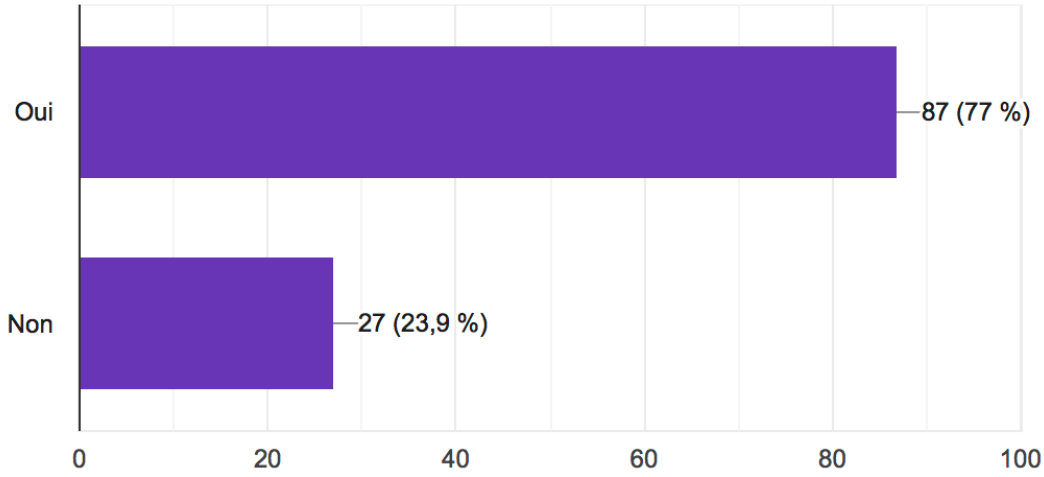

Figure 10 : Pourcentage des structures de soins possédant une place de stationnement réservée aux personnes en situation de handicap

77% des structures de soins ayant répondu possèdent une place réservée aux personnes en situation de handicap, sous réserve d'avoir un macaron justifiant l'utilisation de cette place.

- **Question 8 : Existe-t-il des arrêts « dépose minute » ?** (113 réponses)

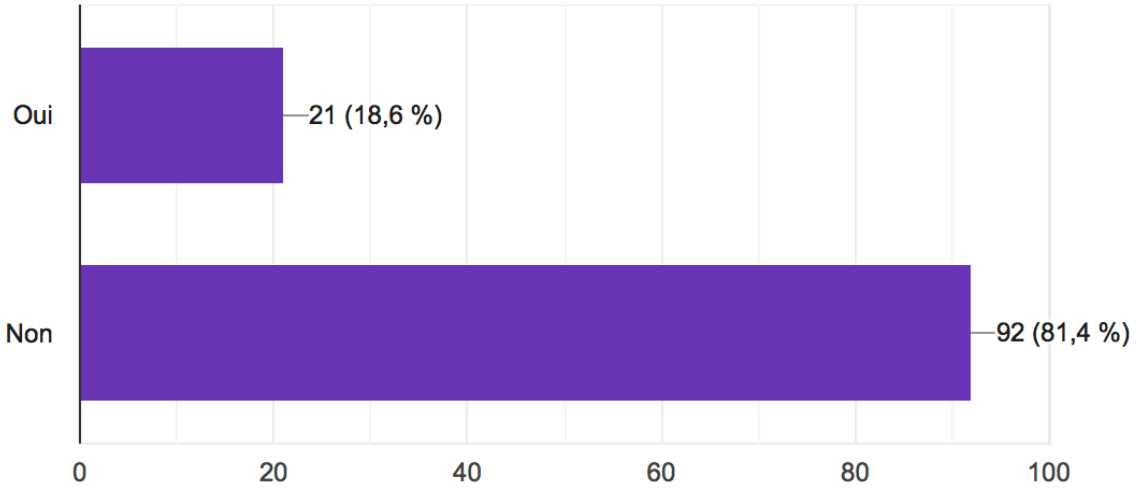

Figure 11 : Pourcentage de présence d'arrêts "dépose minute"

18,6% des structures de soins ayant répondu possèdent des arrêts « dépose minute » ; ces derniers sont surement présents lorsque la structure de soins ne possède pas de parking, ils permettent un arrêt de 3 à 30 minutes.

- **Question 9 : Concernant les places de parking adaptées aux personnes en situation de handicap et les arrêts « dépose minute », existe-t-il des bandes de guidage contrastées en relief reliant les places à l'entrée du bâtiment :**

  - Parmi les places de stationnement réservées aux personnes en situation de handicap, 18 structures sur 27 possèdent ces bandes, soit 2/3 (66,7%)
  - Parmi les places « dépose minute », 5 structures sur 21 possèdent ces bandes, soit 23,1%.

Ces bandes servent pour les personnes aveugles ou malvoyantes de repères ou d'information pour se localiser ; elles leur permettent de se diriger ou de trouver leurs destinations.

Figure 12 : Image de bandes de guidage contrastées en relief (40)

Concernant le stationnement : 114 réponses en moyenne

En recoupant les chiffres de la question 6 et de la question 7, nous nous apercevons que 70 structures de soins ayant répondu au questionnaire possèdent un parking dédié à la patientèle (soit 61,9%) alors que 87 structures de soins ayant répondu possèdent une ou plusieurs places réservées aux personnes en situation de handicap (soit 77%).

Ces résultats sont contradictoires. Il est possible que ces questions aient été mal comprises, ou que des cabinets dentaires situés en ville ne possèdent pas de parking mais qu'à proximité de ce dernier, des parkings soient présents tout en ayant des places réservées aux personnes en situation de handicap ; ces derniers seront donc intégrés au site internet.

Parmi les 45 structures ne possédant pas de parking, il y a surement des structures situées en ville et donc desservies par des transports en communs eux-mêmes adaptés aux personnes en situation de handicap.

Certains patients seront dans l'obligation de venir en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, un parking ou un arrêt « dépose minute » seront nécessaires.

La présence d'un parking reste un point important et nécessaire pour faciliter l'accessibilité des personnes en situation de handicap.

Pour les structures de soins possédant un parking, les places adaptées destinées à l'usage public doivent représenter au minimum 2% du nombre total de places prévues pour le public.

Pour stationner sur les places réservées aux personnes en situation de handicap, auparavant il existait une carte de stationnement pour les invalides civils ou de guerre. Elle a été remplacée le 1er janvier 2017 par la Carte Mobilité Inclusion (CMI). Cette dernière remplace les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement (41).

Figure 13 : Image de la Carte Mobilité Inclusion (42)

2.3.1.3 Différence de niveaux pour l'accès au bâtiment et au cabinet, et à l'intérieur du cabinet

- **Question 10 : Bâtiment, accès au cabinet et circulations intérieures entièrement de plain-pied ?** (114 réponses)

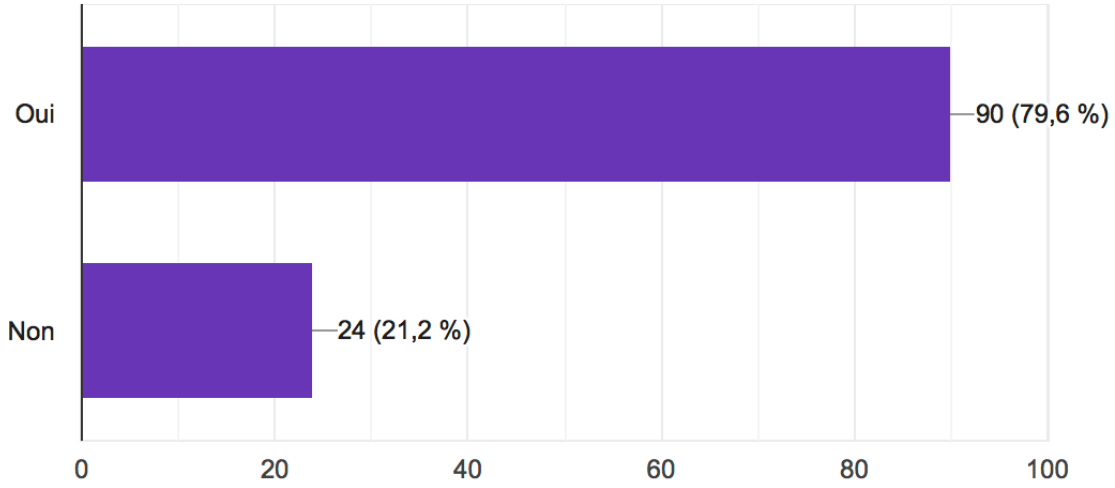

Figure 14 : Pourcentage des structures de soins de plain-pied

20% des structures de soins ayant répondu ne sont pas de plain-pied. Cela peut poser certains problèmes d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap.

- **Question 11 : Ascenseur ou monte escalier ?**

Pour cette question, ainsi que la suivante, un biais de mesure entache le résultat car seuls les praticiens n'ayant pas une structure de plain-pied devaient répondre mais nous avons plus de réponses.

Grâce aux référencements des questions de façon individuelle, on s'aperçoit que sur les 24 structures ayant répondu ne pas être de plain-pied, 13 structures possèdent un ascenseur ou un monte escalier, soit 54%.

- **Question 12 : Plan incliné en pente douce praticable en toute autonomie pour un utilisateur en fauteuil roulant ?** (114 réponses)

Toujours grâce aux référencements des questions, on note que parmi les structures de soins n'étant pas de plain-pied et ne possédant pas d'ascenseur ou de monte escaliers (11 sur 114, soit 9%), seulement 5 ne possèdent pas de plan incliné praticable pour les utilisateurs de fauteuil roulant.

Nous obtenons les résultats suivants :

- Bâtiment de plain-pied : 90 (79%)
- Présence d'un ascenseur ou monte-escalier : 13 (12%)
- Absence d'ascenseur, présence d'une pente praticable pour un utilisateur en fauteuil roulant : 6 (5%)
- Absence d'ascenseur et d'une pente praticable pour un utilisateur en fauteuil roulant : 5 (4%)

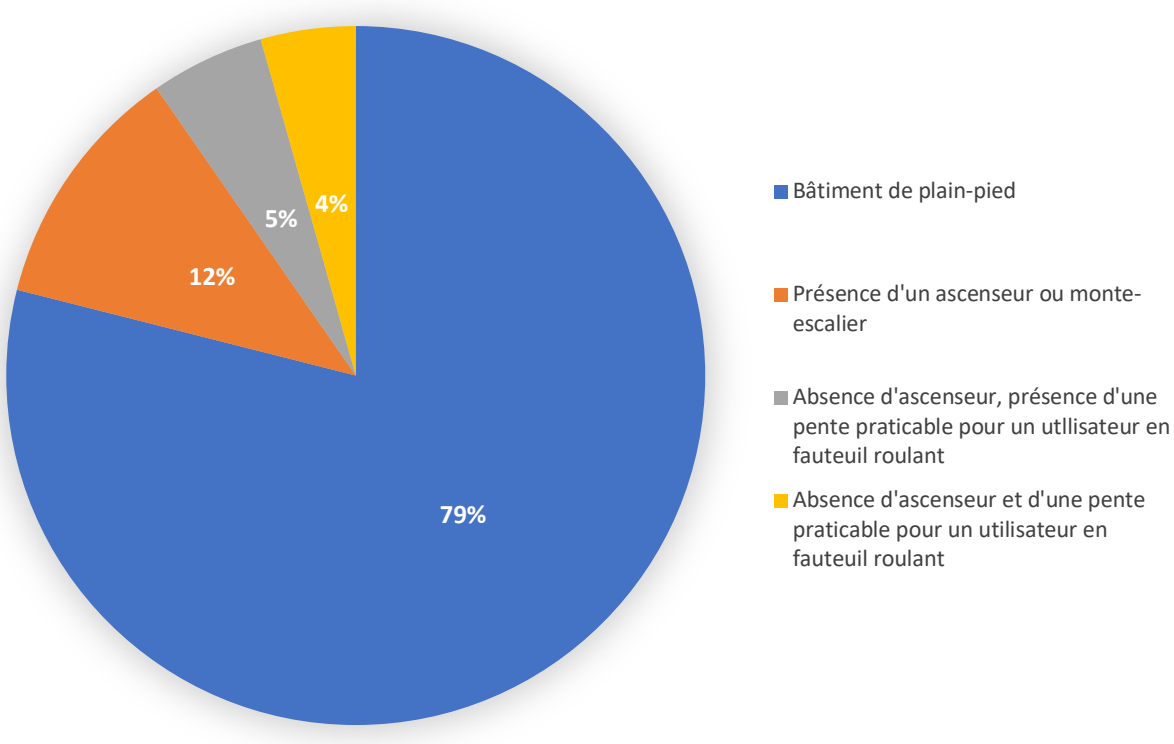

Figure 15 : Répartition des degrés d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite

On peut conclure que seul 4% des structures de soins ayant répondu au questionnaire ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite.

2.3.1.4 Portes extérieures et intérieures

- **Question 13 : Système d'ouverture de la porte extérieure ?** (114 réponses)

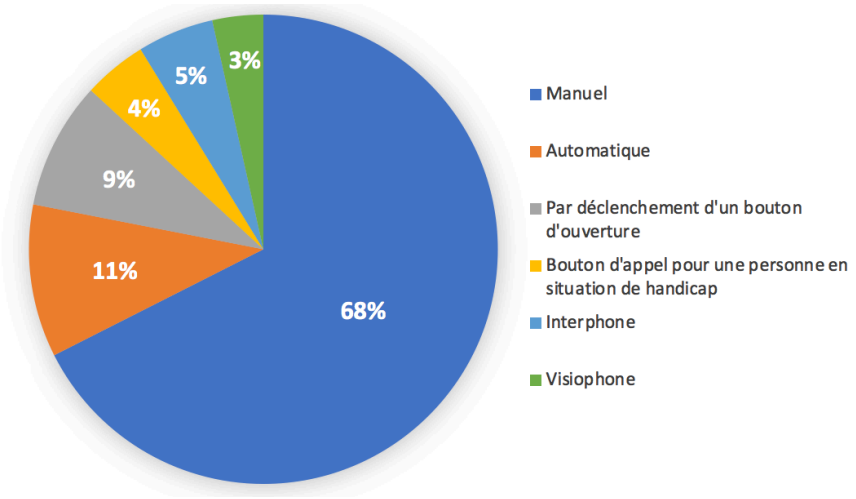

Figure 16 : Répartition des systèmes d'ouverture des portes extérieures

68% des structures de soins ayant répondu possèdent des portes à ouverture manuelle et seulement 10% possèdent des portes à ouverture automatique.

- **Question 14 : Largeur de passage suffisante pour un fauteuil roulant (0,90m) pour toutes les portes ?** (114 réponses)

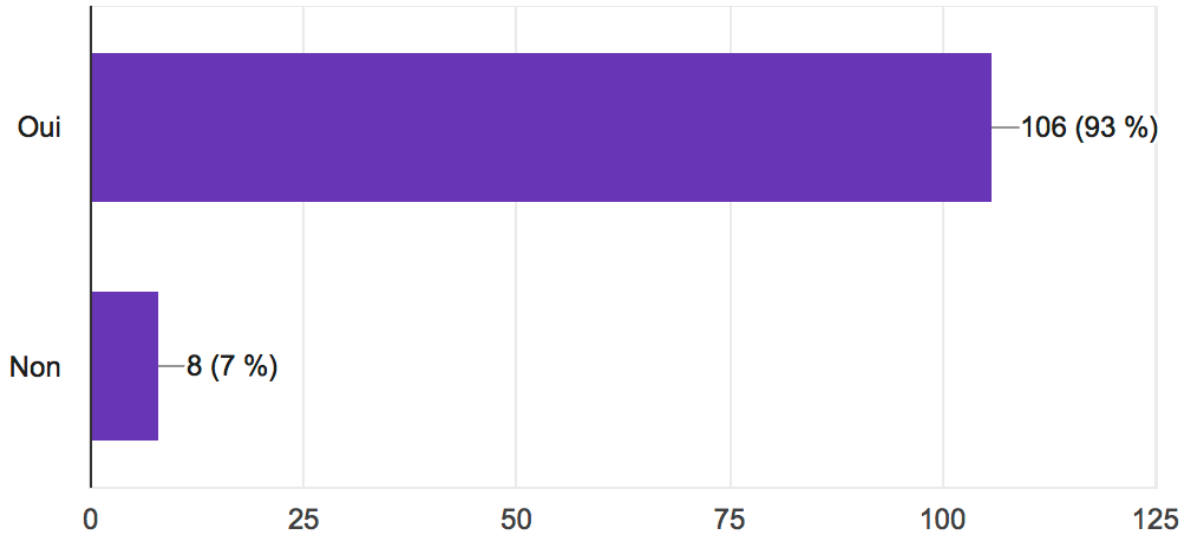

Figure 17 : Pourcentage des structures de soins possédant des portes accessibles aux personnes à mobilité réduite

93% des structures de soins ayant répondu possèdent des portes avec une largeur suffisante pour le passage des fauteuils roulants.

- **Question 15 : Présence d'encadrement des portes ou portes contrastées par rapport au mur ?** (113 réponses)

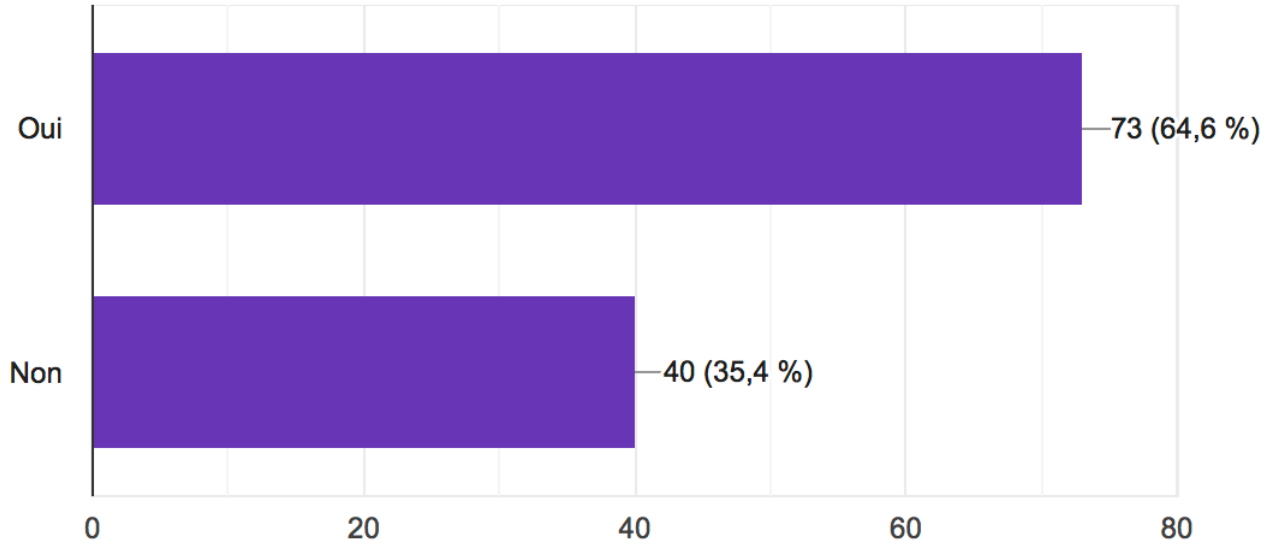

Figure 18 : Pourcentage de présence d'encadrement des portes

Concernant les portes extérieures et intérieures : 114 réponses en moyenne

64,6% des structures ayant répondu présentent des encadrements de portes ou des portes contrastées par rapport au mur.
Malgré une importante proportion de portes manuelles au sein des structures ayant répondu (68%), nous observons que 93% des portes sont de largeur suffisante pour le passage de fauteuil roulant. La question ne portait pas sur les brancards, mais en moyenne ces derniers mesurent entre 0,57m et 0,80m de largeur, ce qui ne biaise pas les réponses à cette question.
Cela permet une bonne circulation pour les personnes à mobilité réduite.
Nous observons que les professionnels de santé répondant à l'étude sont présents pour aider les patients en situation de handicap, ils devraient donc être disponibles pour l'ouverture de la porte extérieur si cette dernière n'est pas automatique. Cela implique une vigilance et une attention particulière des professionnels de santé.
Les portes ou encadrements de porte contrastés par rapport au mur permettent aux personnes présentant un handicap visuel de mieux se repérer au sein du cabinet. On note que 2/3 des structures de soins ayant répondu à l'étude en possèdent.
Il est possible que cela soit un choix purement esthétique, biaisant ainsi nos résultats mais cela apporte tout de même un confort pour certains patients.

2.3.1.5 Types de signalisation

- **Question 16 : Information à une hauteur adaptée aux personnes en fauteuil roulant (1,30m du sol) ?** (113 réponses)

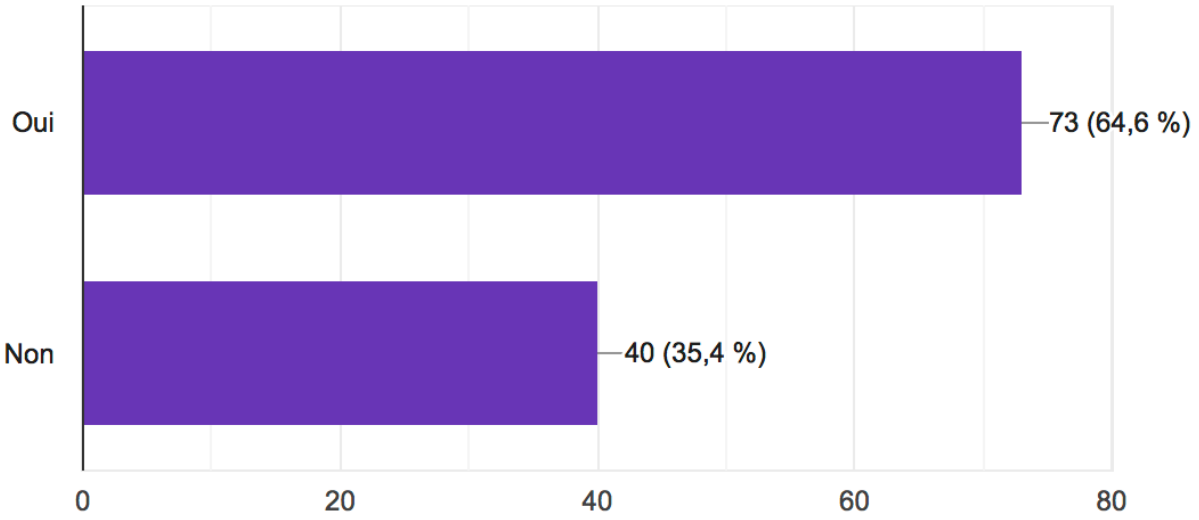

Figure 19 : Pourcentage des informations adaptées aux personnes à mobilité réduite

64,8% des structures de soins ayant répondu disposent leurs informations à une hauteur de 1,30m, hauteur adaptée pour les personnes à mobilité réduite.

- **Question 17 : Utilisation de pictogrammes ?** (113 réponses)

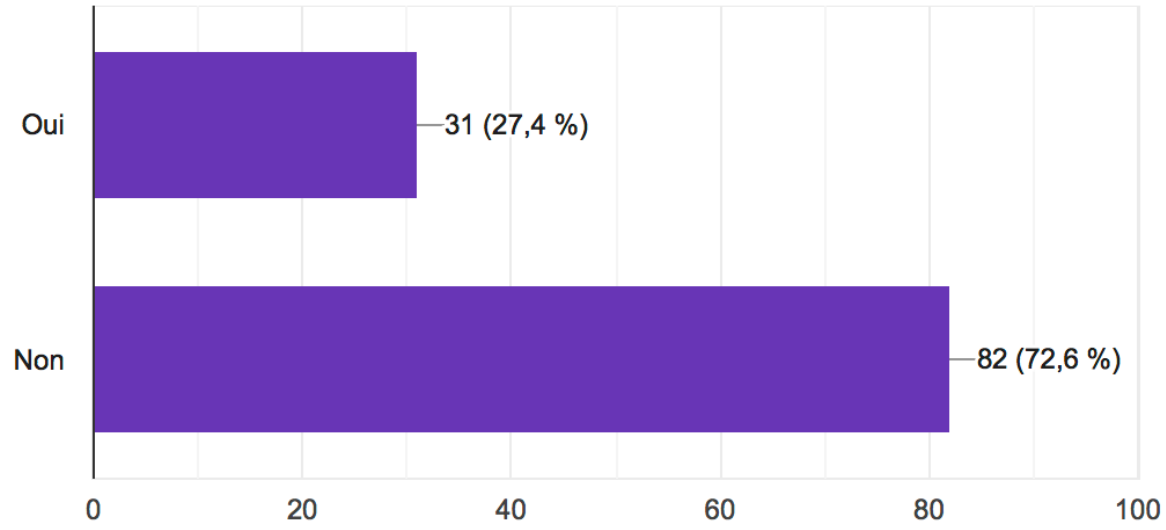

Figure 20 : Pourcentage de l'utilisation de pictogrammes

Seulement 27,4% des structures de soins ayant répondu utilisent des pictogrammes ou des dessins.

Les informations utilisées à l'extérieur du bâtiment permettent aux patients de repérer rapidement l'entrée de la structure de soins, d'identifier les praticiens (plaque professionnelle) et de connaitre les horaires d'ouverture, il est donc essentiel que ces informations soient lisibles par tous.

Figure 21 : Image de plaque professionnelle (52)

L'utilisation des pictogrammes permet aux usagers de savoir quel type de handicap peut être accueilli au sein de la structure de soins.
L'absence de ces pictogrammes dans 72,6% des structures de soins ayant répondu prouve que le chemin est encore long à parcourir.

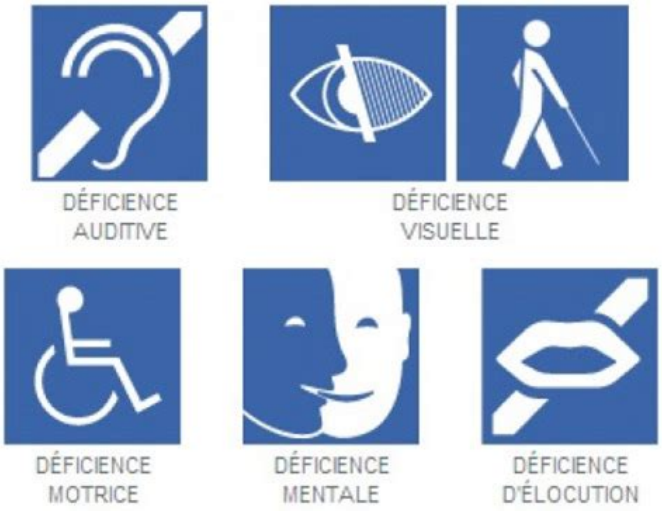

Figure 22 : Image de pictogrammes (46)

2.3.2 A l'intérieur du lieu d'exercice

2.3.2.1 Cheminements et circulations

- **Question 18 : Absence de mobilier dans les circulations (au sol ou en hauteur) ?** (114 réponses)

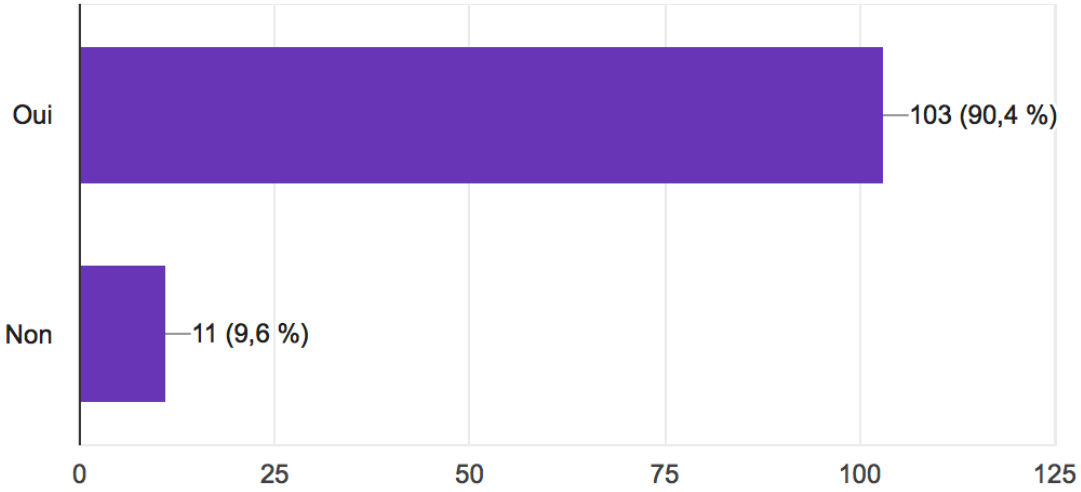

Figure 23 : Pourcentage d'absence de mobilier dans les circulations

90,4% des structures de soins ayant répondu ne possèdent pas de mobilier au sol ou en hauteur dans les circulations, afin de permettre une libre circulation en fauteuil ou brancard.

- **Question 19 : Y-a-t-il des aires de giration ou des espaces dégagés importants dans les circulations permettant de manœuvrer avec un fauteuil roulant ?** (114 réponses)

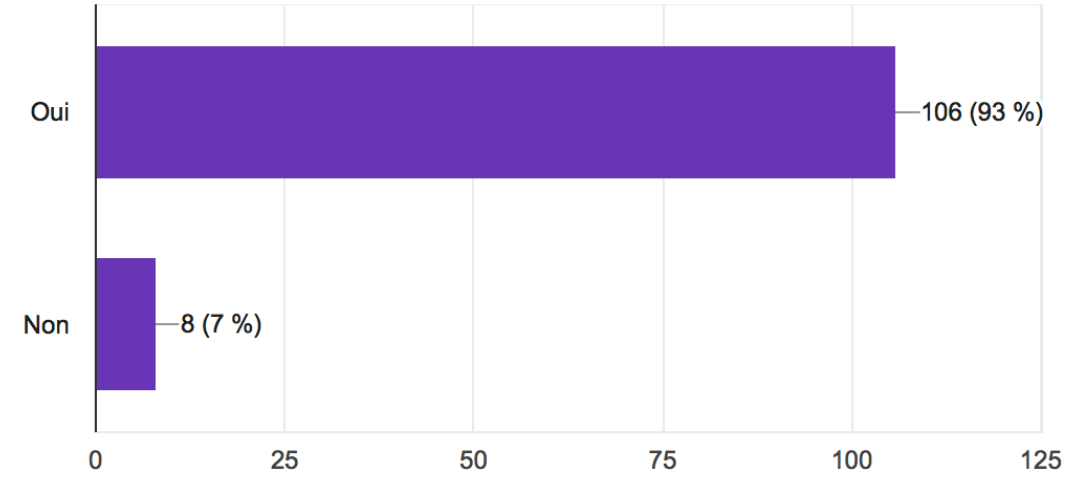

Figure 24 : Pourcentage des structures de soins possédant des zones permettant les manœuvres d'un fauteuil roulant

93% des structures de soins ayant répondu possèdent des espaces suffisants pour permettre la manœuvre des fauteuils roulants.

Concernant le cheminement et la circulation : 114 réponses en moyenne

A la question 12, plus de 95% des structures de soins ayant répondu possèdent au moins un plan incliné si une différence de niveaux était présente au sein du bâtiment et à la question 18 et 19, plus de 90% des structures de soins ayant répondu permettent la libre circulation des fauteuils roulants. On peut en déduire que quasiment 90% des structures des soins ayant répondu permettent une libre circulation des personnes à mobilité réduite, grâce à des plans inclinés et des zones assez larges pour permettre la manœuvre de fauteuils roulants. Malheureusement le questionnaire ne mentionne pas les brancards concernant les aires de giration pour les manœuvres, étant donné la différence de taille il aurait été intéressant de distinguer les deux, cela constitue un biais au sein du questionnaire.

Ces résultats traduisent un bon niveau d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite au sein des structures de soins ayant répondu dans le département de Loire-Atlantique.

2.3.2.2 Éclairage

- **Question 20 : Présence d'éclairage permanent ou par détection de présence ?** (113 réponses)

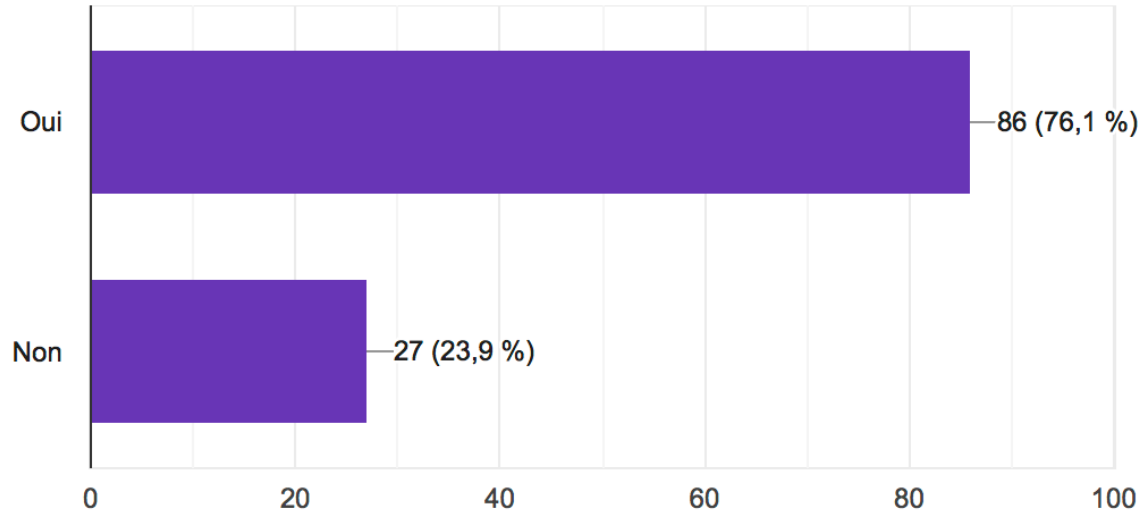

Figure 25 : Pourcentage d'éclairage permanent ou par détection de présence

76,1% des structures ayant répondu possèdent des éclairages permanents ou par détection de présence. Cela ne laissera donc pas de zones non éclairées au sein de la structure de soins.

Parmi les 27 réponses négatives (23,9%), seulement 3 possèdent des interrupteurs contrastés par rapport au mur ou lumineux dans l'obscurité, ces dispositifs permettent un meilleur accès aux interrupteurs.

2.3.2.3 Points d'accueil

- **Question 21 : Présence d'un guichet bas ?** (113 réponses)

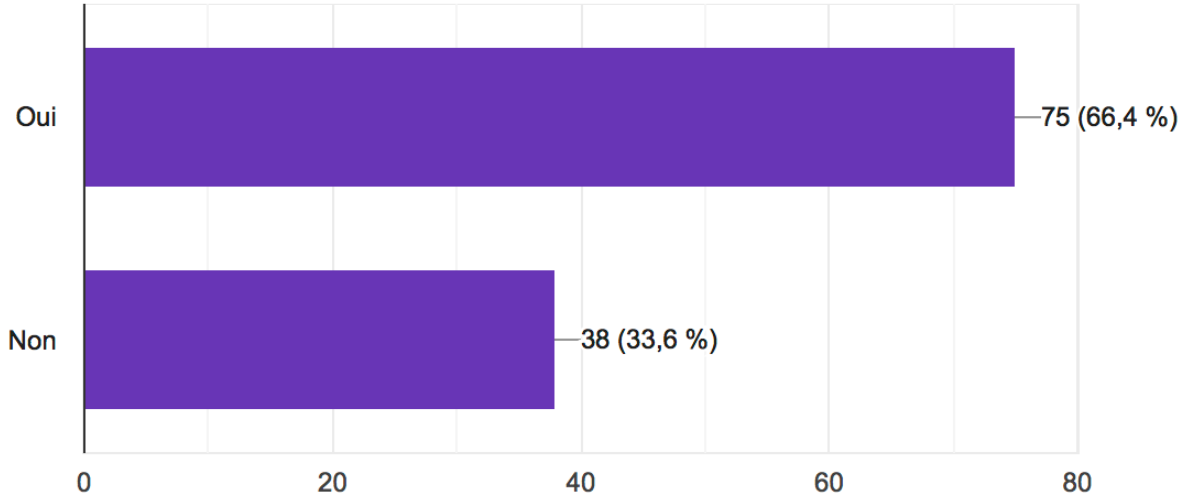

Figure 26 : Pourcentage des structures de soins possédant un guichet bas

66,4% des structures de soins ayant répondu à l'étude présentent un guichet bas, accessible au fauteuil roulant.

- **Question 22 : Présence d'une personne à l'accueil ?** (115 réponses)

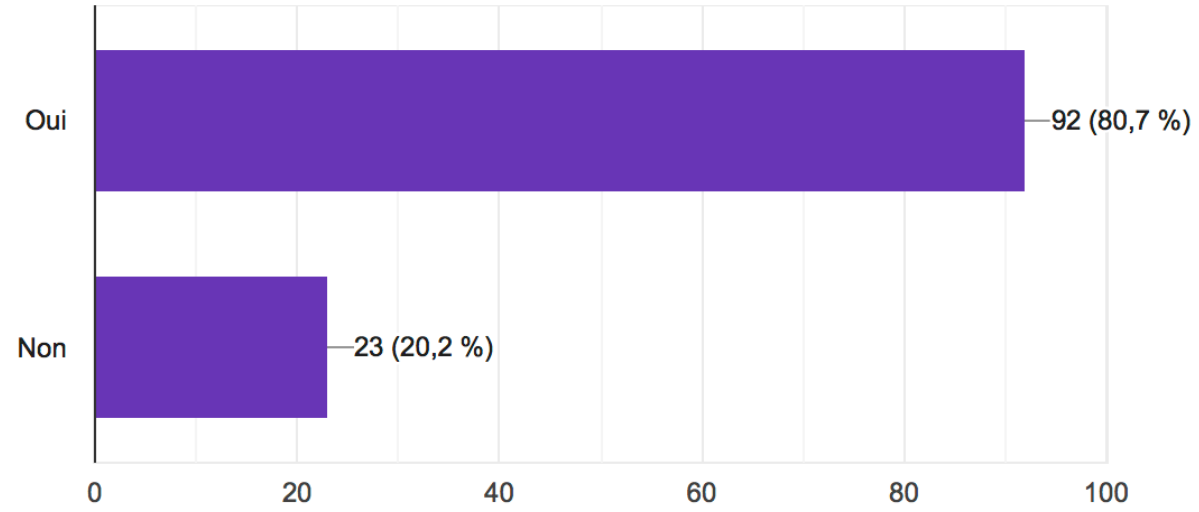

Figure 27 : Pourcentage des structures de soins possédant une pernne à l'accueil

80% des structures de soins ayant répondu ont une personne à l'accueil.

- **Question 23 : La salle d'attente peut-elle accueillir une personne en fauteuil roulant (espace libre de sièges, aire de giration …) ?** (114 réponses)

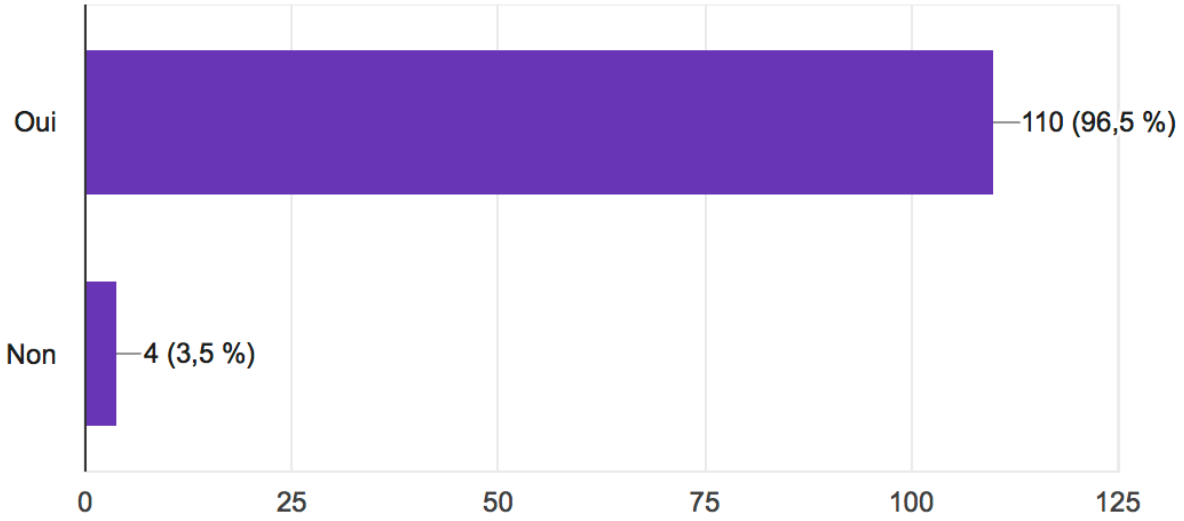

Figure 28 : Pourcentage des structures de soins possédant une salle d'attente capable d'accueilir un fauteuil roulant

96,5% des structures de soins ayant répondu possèdent une salle d'attente capable d'accueillir un fauteuil roulant.

Concernant les points d'accueil : 114 réponses en moyenne

Cette dernière statistique renforce l'idée de l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite mais uniquement parmi les structures de soins ayant répondu à cette étude.

Les guichets d'accueil sont adaptés aux personnes à mobilité réduite (66,4%) au sein des structures de soins ayant répondu. Ce guichet bas simplifie le contact entre le patient et les professionnels de santé, il est très important.

L'accueil des patients peut être réalisé par un/une assistant(e) ou un/une secrétaire. Mais est-il/elle présent(e) en permanence à l'accueil ou est-il/elle informé(e) de l'arrivée d'un patient grâce à la sonnette lors son entrée ? Cette sonnette est-elle à un niveau accessible pour tous types de handicap ? Des questions supplémentaires ou plus précises pourraient être envisagées.

Nous observons que les professionnels de santé sont présents pour aider les personnes en situation de handicap au sein des structures de soins ayant répondu à l'étude, et que les salles d'attente sont adaptées.

2.3.2.4 Sanitaires

- **Question 24 : Sanitaires accessibles (barre de transfert, aire de giration, lavabo accessible en fauteuil) ?** (113 réponses)

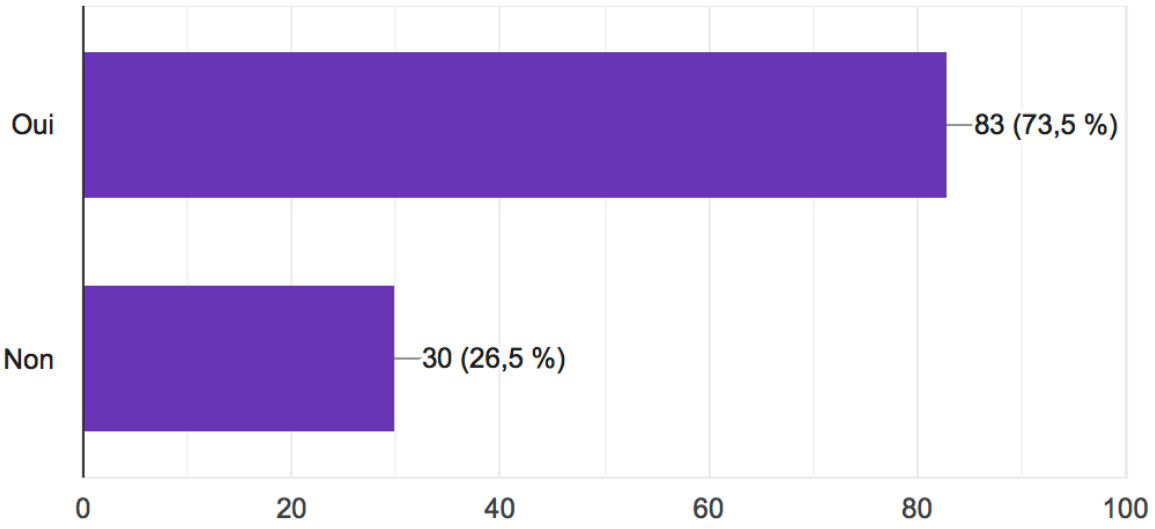

Figure 29 : Pourcentage des structures de soins possédant des sanitaires accessibles aux personnes en situation de handicap

Pour rappel, la réglementation n'impose pas de sanitaires dans les Établissements Recevant du Public (ERP) de 5ème catégorie mais s'ils existent elle impose qu'ils soient accessibles (43).

Dans ces conditions, les sanitaires doivent être mis aux normes et adaptés aux personnes en situation de handicap.

Des sanitaires peuvent être présents mais non adaptés s'ils ne sont pas prévus pour le public et considérés et déclarés comme privés.

Selon le recensement, on note que seulement 73,5% de structures ayant répondu possèdent des sanitaires adaptés. Cela indiquerait que 26,5% des praticiens ayant répondu ne considèrent pas les sanitaires comme publics, ou que ces derniers ne posséderaient pas de sanitaires conformes à l'accueil de personnes en situation de handicap.

La présence de sanitaires adaptés est très importante pour certains patients stressés ou souffrant d'incontinence.

2.3.2.5 Signalisation

- **Question 25 : Présence de bandes de signalisations contrastées sur les portes entièrement vitrées et baies vitrées (vitrophanie) ?** (111 réponses)

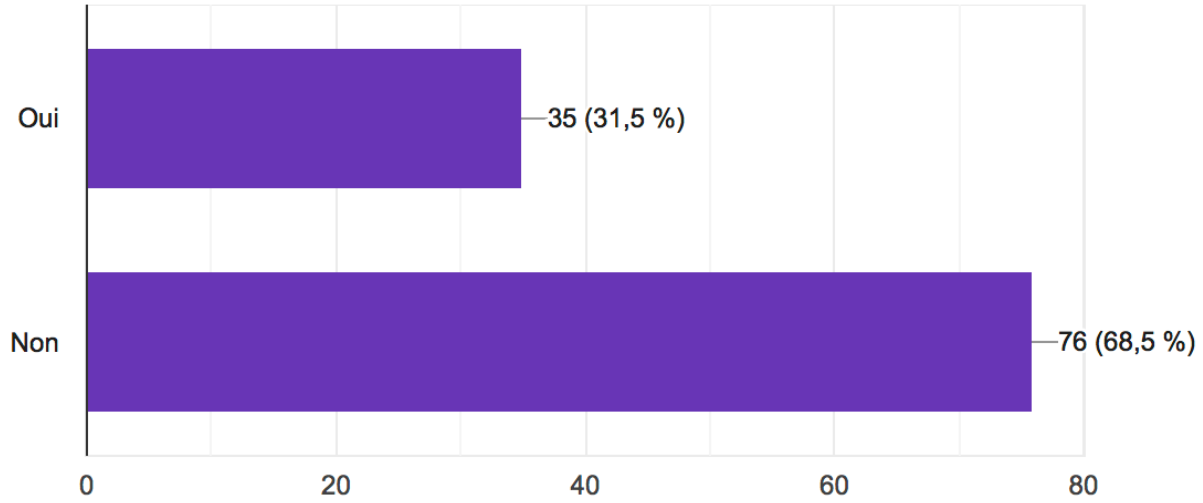

Figure 30 : Pourcentage des structures de soins possédant des systèmes de vitrophanie

31,5 % des structures de soins ayant répondu utilise la vitrophanie.

Pour rappel la vitrophanie (ou vitrauphanie) est « une étiquette autocollante qui s'applique sur une vitre qui peut être lue par transparence » (44). Ce type de signalisation permet d'informer les patients avec du texte, de garder une certaine confidentialité dans le cas de pièces vitrées et de signaler une porte vitrée par mesure de sécurité.

Figure 31: Image de Vitrophanie (45)

- **Question 26 : Utilisation d'alarme incendie sonore ou lumineuse ?** (112 réponses)

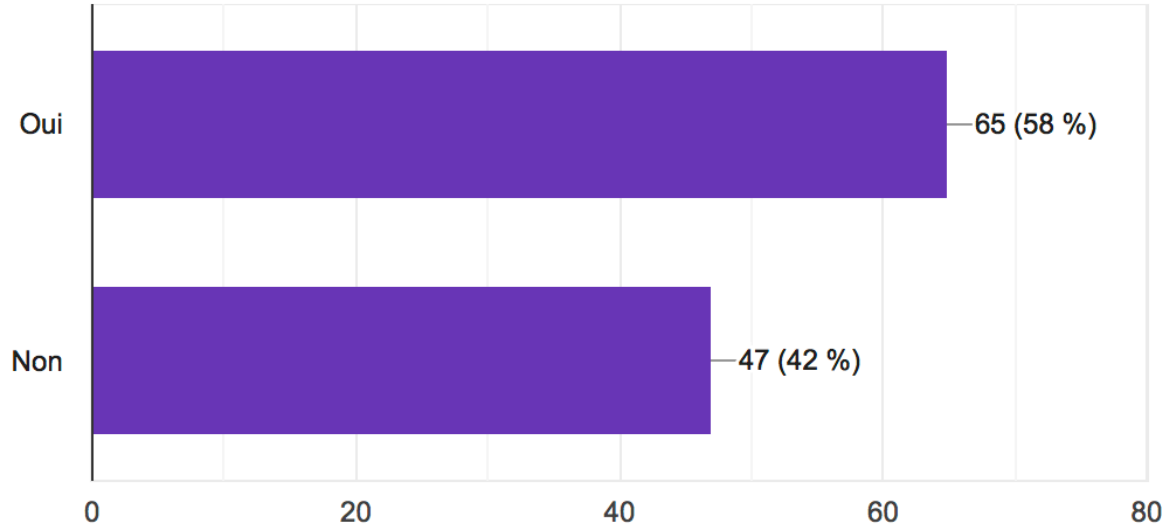

Figure 32 : Pourcentage des structures de soins possédant une alarme incendie sonore ou lumineuse

58% des structures de soins ayant répondu utilisent des alarmes incendies sonores ou lumineuses.

- **Question 27 : Présence de pictogrammes ou dessins harmonisés sur l'ensemble du site ?** (112 réponses)

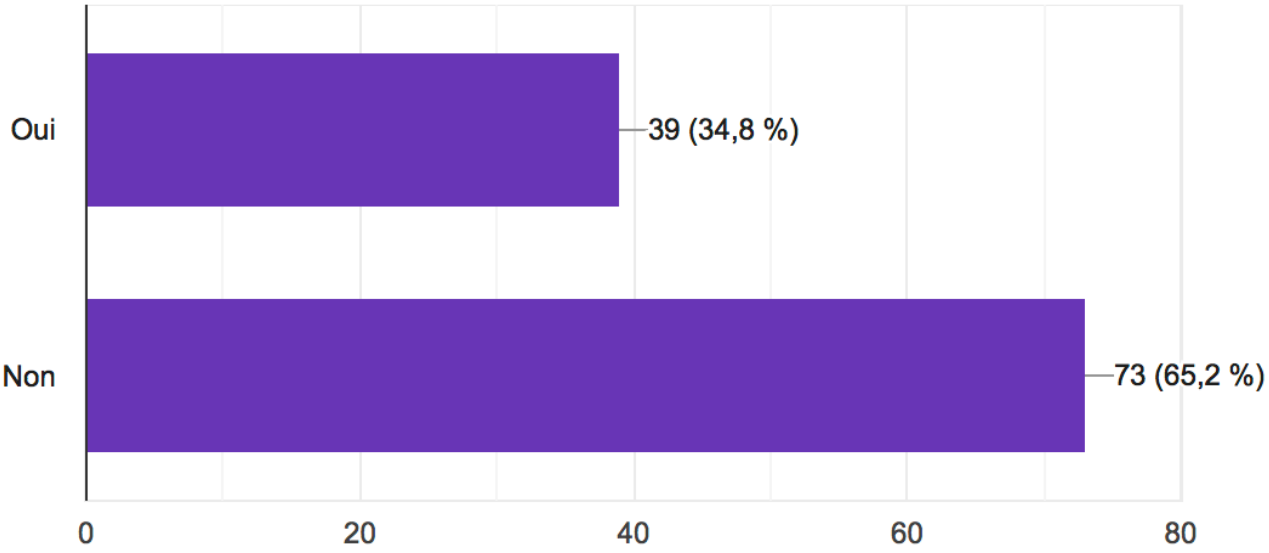

Figure 33 : Pourcentage d'utilisation des pictogrammes ou dessins harmonisés

34,8% des structures de soins ayant répondu utilisent des pictogrammes ou des dessins harmonisés sur l'ensemble du site.

Les termes « pictogramme » et « dessin harmonisé » ont peut-être biaisé (biais de mesure) les résultats de cette question du fait de leur incompréhension. Les pictogrammes sont des panneaux ou autocollants qui permettent aux personnes en situation de handicap d'être alertés sur la prestation qui leur est offerte. Ils peuvent aussi indiquer des sanitaires accessibles aux personnes en situation de handicap. Leur présence dans le bâtiment est importante, ils doivent être visibles et présents aux emplacements correspondants à leur signification (53).

Figure 34 : Image de pictogrammes (46)

Quant au terme « dessin harmonisé », il reste assez flou et peut biaiser les résultats de cette question. Il pourrait correspondre à une signalisation homogène au sein du bâtiment basée sur des images ou dessins simples pouvant inclure un code couleur (flèches, symboles…) afin de faciliter leur interprétation.

- **Question 28 : Présence de bandes de guidage en relief au sol ?** (113 réponses)

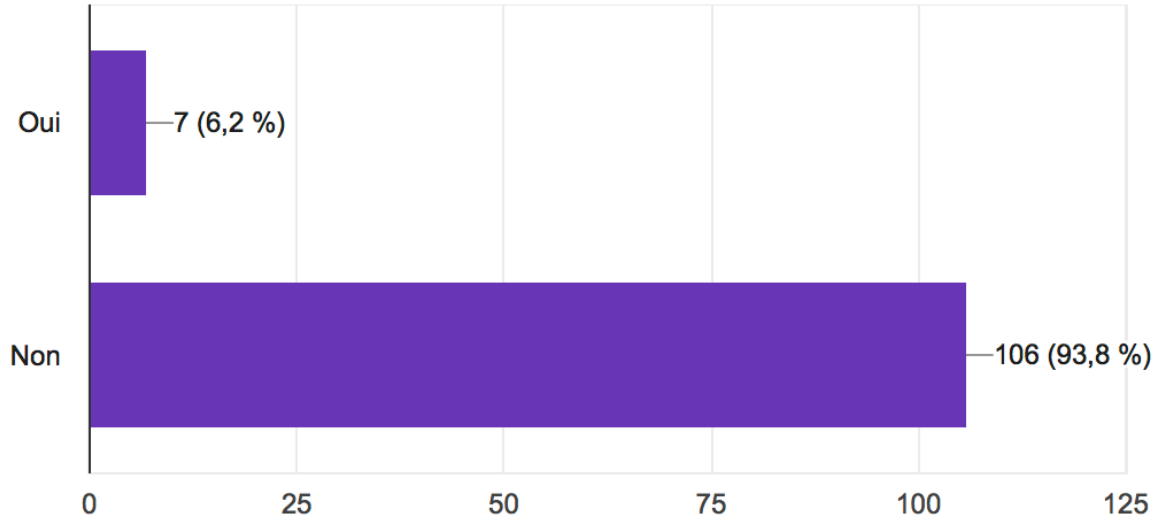

Figure 35 : Pourcentage d'utilisation de bandes de guidage en relief au sol

Le guidage par des bandes en relief au sol est peu utilisé, seulement 6,2% des structures de soins ayant répondu utilisent ce procédé.

- **Question 29 : Présence de boucle magnétique ?** (109 réponses)

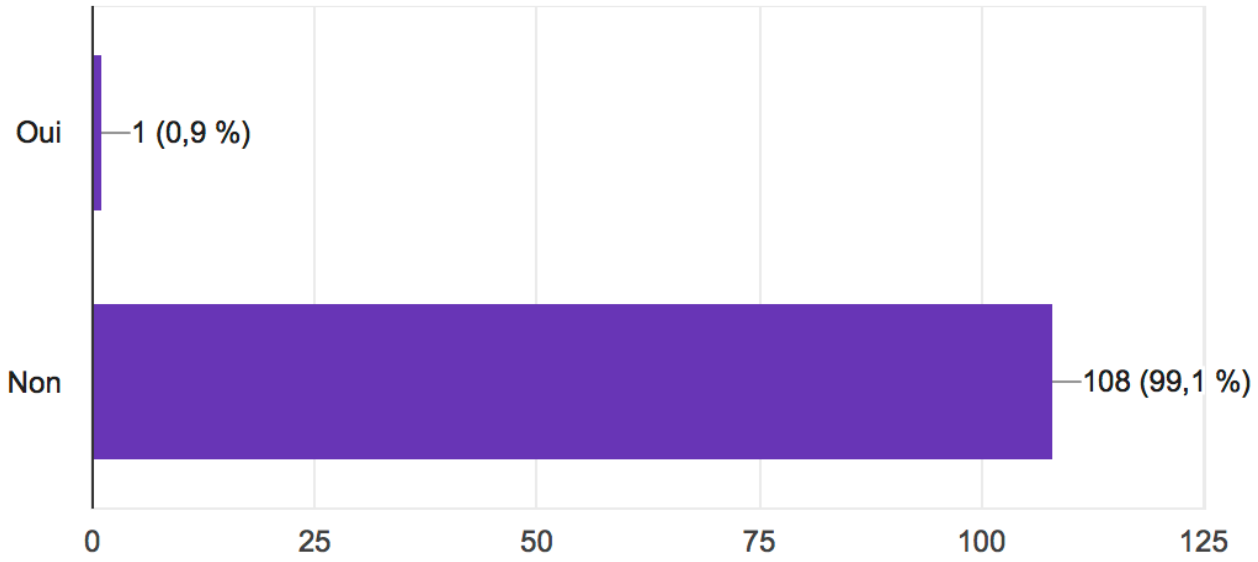

Figure 36 : Pourcentage d'utilisation de boucles magnétiques

Seule une structure sur 109 ayant répondu à cette question utilise des boucles magnétiques.
La boucle à induction magnétique permet d'entendre une source sonore en s'affranchissant de la distance (salles de spectacles), du bruit ambiant (lieux publics), des phénomènes d'échos ou de réverbérations sonores (églises, salles aux murs nus), des déformations apportées par les écouteurs (téléphones, MP3) ou les haut-parleurs (télévision, radio, cinéma). Le son est transmis directement depuis l'appareil émetteur (télévision, téléphone, radio…) ou depuis un micro pour un orateur (47).
Dans un cabinet dentaire, elle pourrait permettre une meilleure communication entre les professionnels de santé et le patient.
Cette boucle magnétique est représentée sur des pictogrammes par une oreille barrée et la lettre T, symbolisant le programme des appareils auditifs permettant une écoute par la boucle magnétique. Ce programme se déclenche soit automatiquement soit manuellement selon le modèle d'appareil auditif (47).

Figure 37 Image du pictogramme du boucle magnétique (48)

- **Question 30 : Présence de code couleur par zone ou par usage ?** (110 réponses)

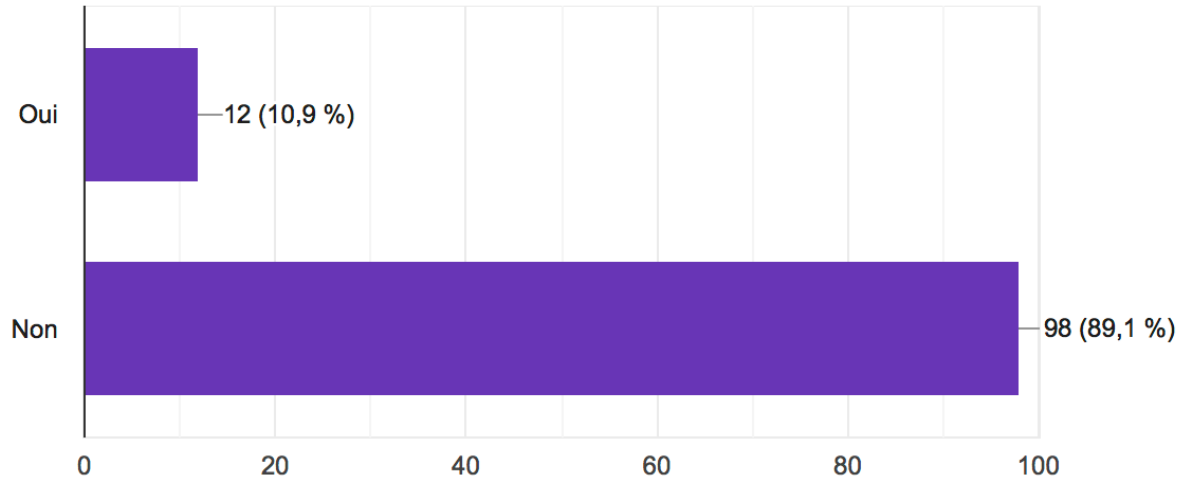

Figure 38 : Pourcentage d'utilisation de code couleur au sein d'une structure de soins

10,9% des structures ayant répondu utilisent un code couleur par zone ou par usage.

Concernant la signalisation : 111 réponses en moyenne

Les instruments de signalisation sont peu utilisés au sein des structures de soins ayant répondu.
Ce résultat peut s'expliquer par l'ignorance de l'existence de ces systèmes. Le coût quant à lui peut être très variable en fonction du dispositif.
Pour les bandes de guidage en relief au sol, le ressenti à l'intérieur de la structure de soins peut déranger certains patients ou professionnels de santé, malgré une utilité indéniable pour les personnes non-voyantes ou malvoyantes. Le coût de ses bandes peut aussi être un frein à leur utilisation, ce dernier peut varier entre 20 et 110€ pour un mètre, sans compter le prix de la pose et de l'achat d'une colle adaptée, les bandes les plus chères sont métalliques ou photoluminescente.
Les types de signalisation les plus utilisés parmi nos réponses sont les alarmes incendies, la vitrophanie et les pictogrammes (54).
Les alarmes incendies ne sont pas assez utilisées (58% d'utilisation parmi les réponses reçues). Afin de protéger au maximum les structures de soins 100% de structures de soins devraient en posséder.
La réglementation quant aux ERP de 5ème catégorie est vague surtout par rapport aux structures de soins.

Quant au reste des types de signalisation rien est obligatoire. Pourtant ils rendent de grands services aux personnes en situation de handicap.

2.3.3 Prise en charge des patients

2.3.3.1 Prise de rendez-vous

- **Question 31 : La prise de rendez-vous peut-elle être faite autrement que par téléphone ?** (47 réponses)

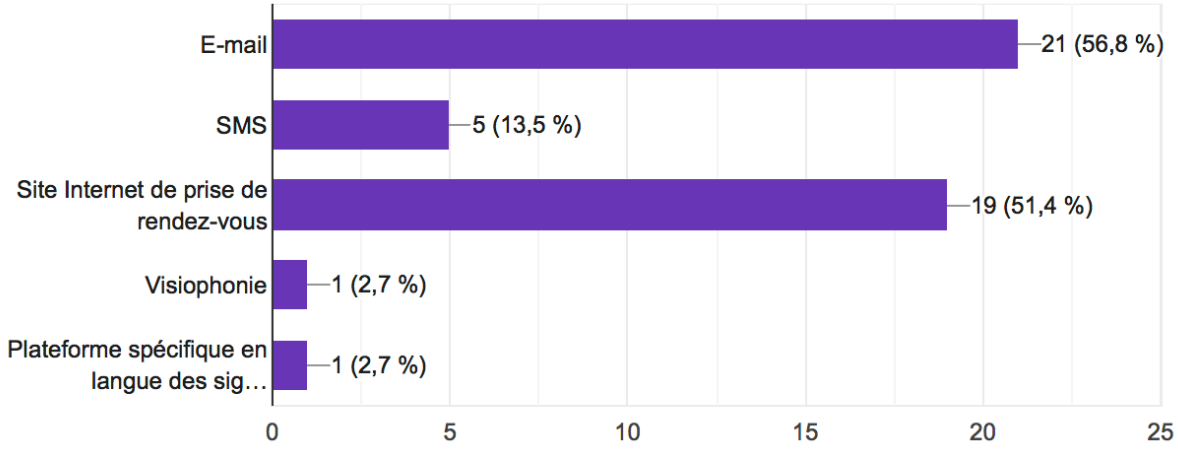

Figure 39 : Répartition des systèmes de prise de rendez-vous autres que téléphoniques

La prise de rendez-vous par téléphone est la plus utilisée mais l'on s'aperçoit que l'utilisation d'internet est présente. Parmi les 114 structures de soins ayant répondu, 21 utilisent la prise de rendez-vous par e-mail et 19 par un site internet.

L'utilisation de ces outils simplifie la prise de rendez-vous et évite aux patients souffrants d'un handicap auditif d'utiliser le téléphone ou même de devoir se déplacer.

Ces techniques permettent aussi de libérer du temps de secrétariat et même d'utiliser des rappels par SMS en fonction du site internet tout en ayant l'accord du patient.

Seulement 47 praticiens ou structures de soins ont répondu à cette question soit 41,2% (114 réponses récoltées au total).
Ce qui veut dire que 58,8% des structures ayant répondu utilisent uniquement le téléphone pour la prise de rendez-vous. Ce type de prise de rendez-vous permet aux praticiens de gérer exactement comme il le souhaite ses journées, alors que sur certains sites internet le patient choisit lui-même les horaires de ses rendez-vous.

2.3.3.2 Accueil et consultation

- **Question 32 : Le ou la secrétaire ou les praticiens sont-ils formés à l'accueil de personnes en situation de handicap ? Si oui, quels types de handicap ?** (114 réponses)

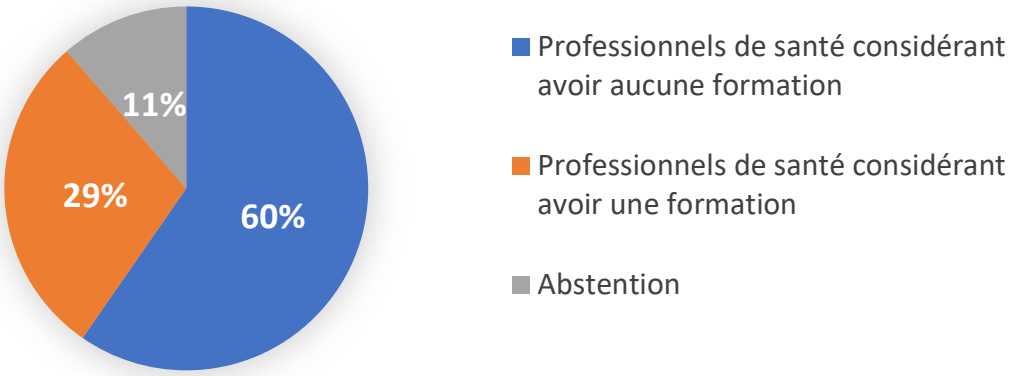

Figure 40 : Pourcentage de professionnel de santé considérant être formé pour le prise en charge de personne en situation de handicap

60% des professionnels de santé ayant répondu et travaillant dans un cabinet dentaire ne possèdent pas de formation spécifique pour la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Parmi les praticiens considérant avoir une formation les réponses sont très variées.
10 (soit 31% des praticiens considérant être formés) possèdent une formation uniquement pour les personnes présentant un handicap moteur, 6 (soit 18% des praticiens considérant être formés) possèdent une formation pour tous types de handicap, 3 (soit 9% des praticiens considérant être formés) possèdent une formation pour 4 types de handicaps, 3 (soit 9% des praticiens considérant être formés) possèdent une formation uniquement pour les personnes présentant un handicap visuel, 4 (soit 12% des praticiens considérant être formés) possèdent une formation uniquement pour les personnes présentant un handicap psychique, 3 (soit 9% des praticiens considérant être formés) possèdent une formation uniquement pour les personnes présentant un handicap mental, 4 (soit 12% des praticiens considérant être formés) possèdent une formation pour 3 types de handicap ou moins.

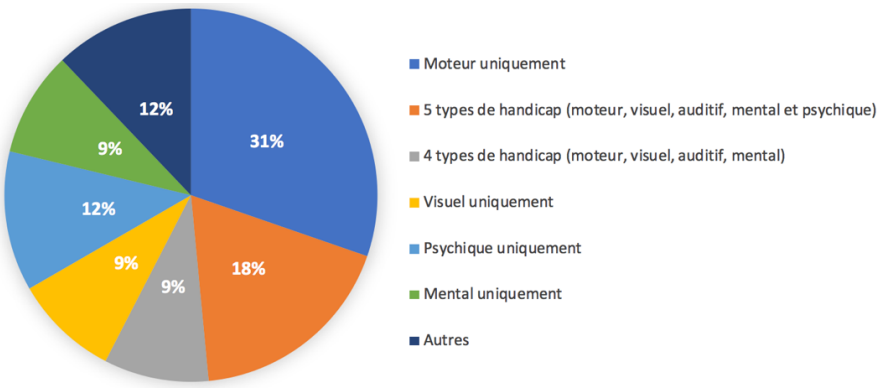

Figure 41: Pourcentage de différentes formations en fonction du handicap

13 personnes ne se sont pas prononcées (soit 11% des praticiens ayant répondu à cette étude), peut-être à cause de la difficulté de savoir à quoi peut correspondre cette formation.

Est-ce que la formation à la faculté de chirurgie-dentaire ou la formation pour devenir assistant dentaire peuvent qualifier un professionnel de santé pour l'accueil de personne en situation de handicap ?

Un stage en unité de soins spécifiques au CHU ou une formation MEOPA peuvent-ils être considérés comme des formations spécifiques et donner une qualification particulière ?
Si un nouveau questionnaire est réalisé il serait important de définir ces notions plus précisément.

- **Question 33 : Un professionnel de santé connait-il la Langue des Signes Française ?** (114 réponses)

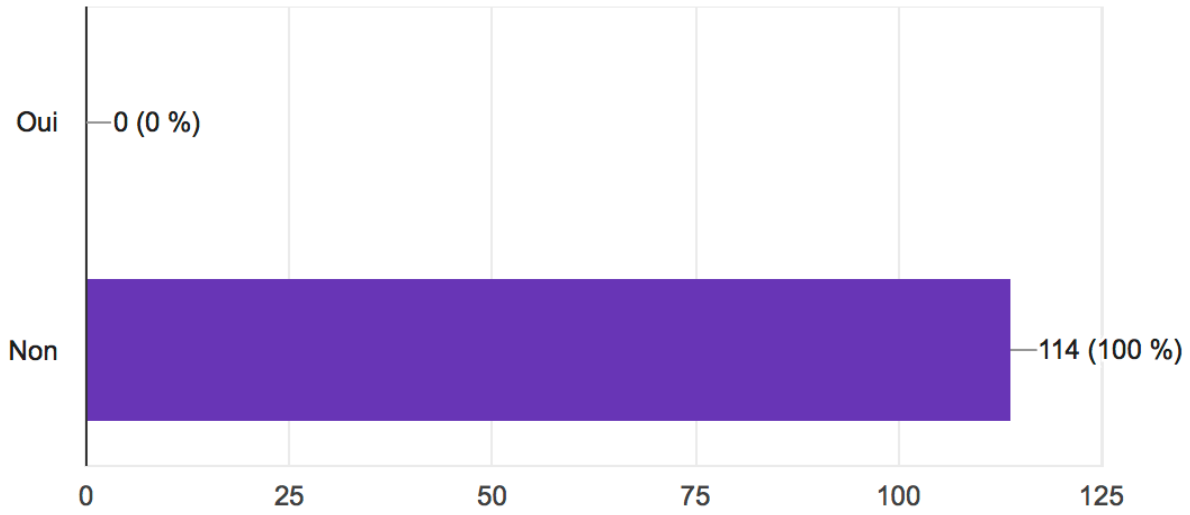

Figure 42 : Pourcentage des professionnels de santé connaissant la Langues des Signes Française

Dans le département de Loire-Atlantique, parmi les chirurgiens-dentistes ayant répondu à ce recensement, aucun ne connait la Langue des Signes Française (LSF).

- **Question 34 : Un professionnel de santé peut-il accompagner le patient jusqu'à la salle d'attente et de consultation ?** (112 réponses)

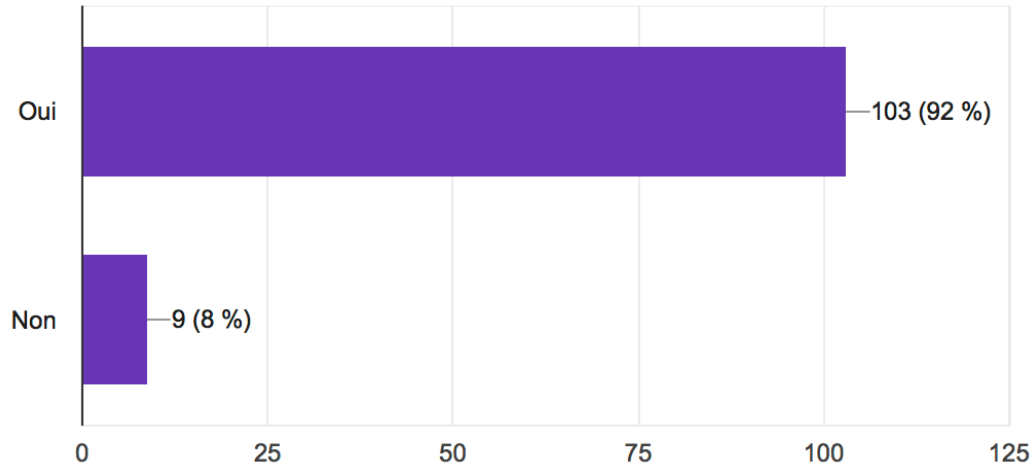

Figure 43 : Pourcentage des structures de soins permettant l'accompagnement du patient jusqu'à la salle d'attente

L'accompagnement d'une personne en situation de handicap jusqu'à la salle d'attente par un professionnel de santé peut être réalisé dans 92% des structures ayant répondu. Cela traduit une forte implication des professionnels de santé interrogés sur l'accueil des personnes en situation de handicap.

- **Question 35 : La présence d'un accompagnant est-elle acceptée lors des soins ou de la consultation ?** (114 réponses)

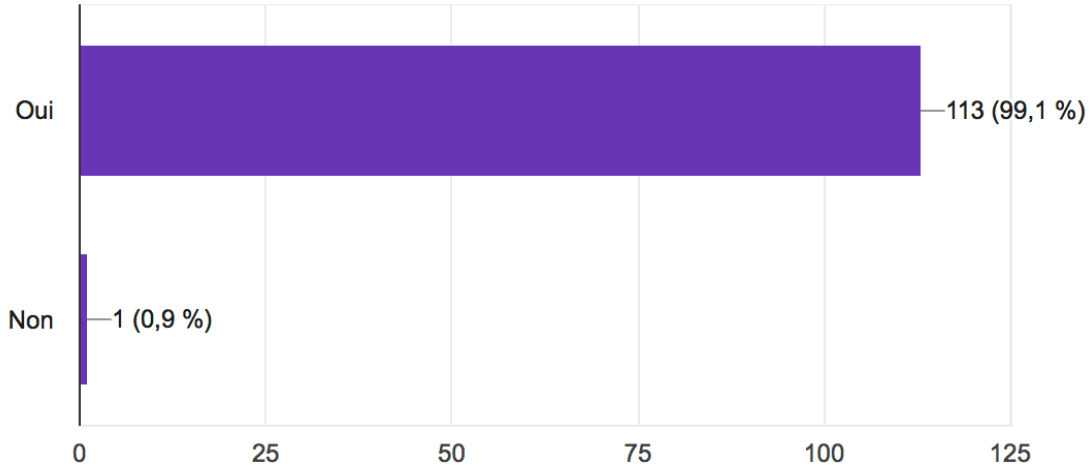

Figure 44 : Pourcentage des structures de soins acceptant un accompagnant lors des soins

La présence d'un accompagnant est autorisée dans 99,1% lors des soins au fauteuil ou de la consultation. Une seule réponse sur 114 ne l'autorise pas. Cette réponse est-elle une erreur de saisie ou non ? Un accompagnant favorise grandement le succès d'un soin et constitue un apport indéniable.

- **Question 36 : Proposez-vous une préparation à la consultation, ou une visite préalable, pour les personnes ayant un handicap mental ou psychique ?** (112 réponses)

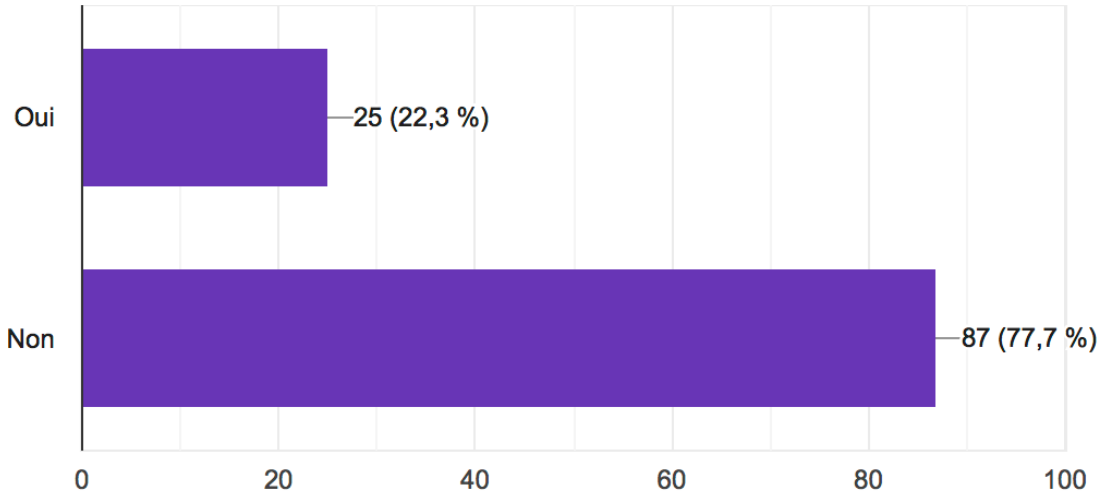

Figure 45 : Pourcentage des structures de soins proposant une préparation à la consultation (visite préalable)

Pour les personnes ayant un handicap mental ou psychique, il peut être intéressant de réaliser une préparation à la consultation ou aux soins grâce d'une visite préalable par exemple. Nous constatons que 22,3% des praticiens ayant répondu le font. Cette séance est-elle facturée ou rentre-t-elle dans une globalité de la prise en charge ? La nouvelle nomenclature ne propose pas de cotation particulière pour une consultation blanche.

- **Question 37 : Effectuez-vous des consultations à domicile ?** (113 réponses)

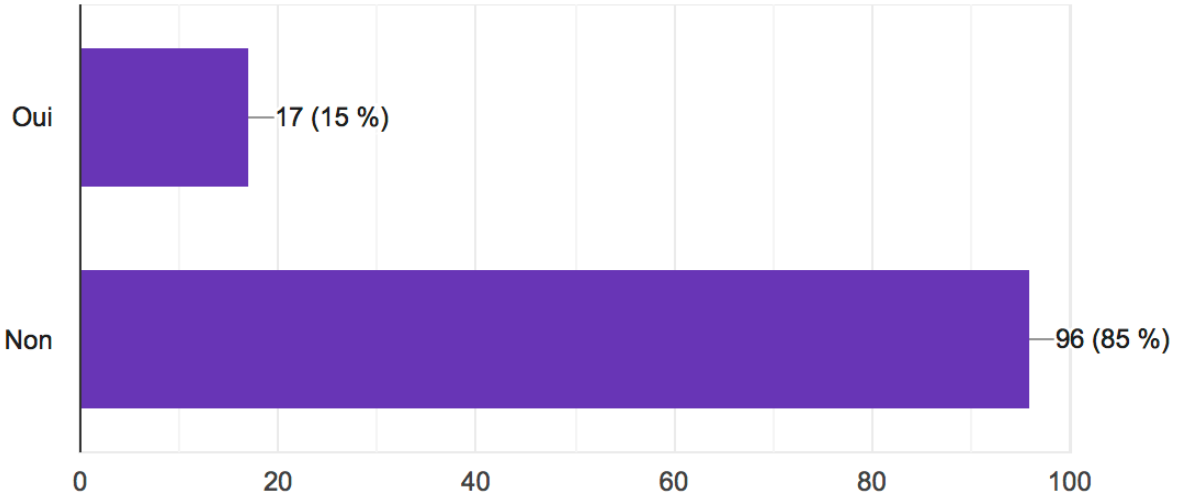

Figure 46 : Pourcentage des structures de soins proposant des consultations à domicile

15% des praticiens ayant répondu effectuent des consultations à domicile. Ces dernières sont très dépendantes des soins à réaliser (simple consultation, détartrage, soins conservateurs, soins chirurgicaux…) et du matériel à déplacer.

Des consultations ayant pour but une motivation à l'hygiène bucco-dentaire ou de prévention seraient réalisables surtout pour des patients nécessitant de simples contrôles réguliers.
Mais des soins conservateurs ou chirurgicaux seraient très compliqués à réaliser.

Par simple soucis d'hygiène et de stérilisation du matériel, il est très difficile d'envisager tous types de soins à domicile. La nécessité d'aspiration ou d'irrigation rentre aussi en compte et ne peut être réalisée correctement à domicile.

- **Question 38 : Proposez-vous des consultations en télémédecine ?** (115 réponses)

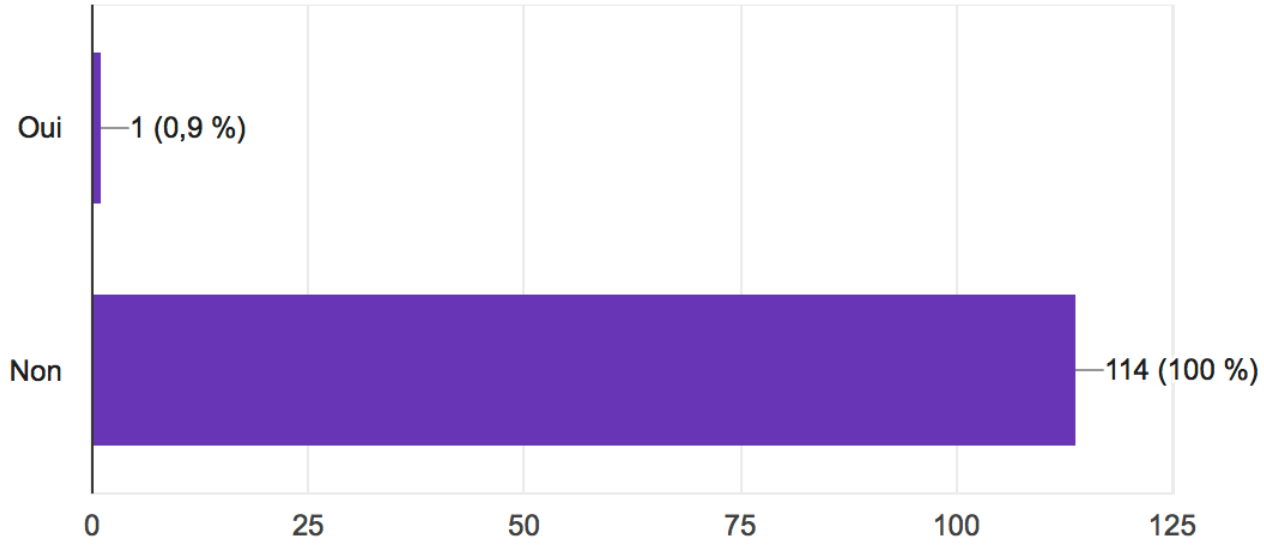

Figure 47 : Pourcentage d'utilisation de la télémédecine

Les résultats sont légèrement biaisés (biais de mesure) pour cette question car la personne ayant répondu OUI a aussi répondu NON. On peut admettre que ce n'est pas un procédé utilisé en Loire-Atlantique.
Un projet est en cours de développement au sein du CSD du CHU Hôtel Dieu de Nantes.

Concernant l'accueil et les consultations des patients : 113 réponses en moyenne

Les professionnels de santé ayant répondu sont présents pour aider pour les personnes en situation de handicap. Il est majoritairement possible d'accompagner et de guider les patients en salle d'attente. Un proche peut suivre le patient pendant les soins et des visites préalables aux soins sont réalisables pour 1/5ème d'entre eux.
Cela prouve une volonté d'accueil et de bonne mise en condition pour un accès aux soins facilité de la part de ces praticiens.

Pour ce qui est de la formation des professionnels de santé, les résultats sont moins clairs. Aucun des praticiens ayant répondu ne connait la Langue Française des Signes, une formation spécifique pourrait être proposée. Le terme de formation n'étant pas défini, il est difficile de bien déterminer quels sont les professionnels de santé formés ou non. La seule véritable réponse qui est apportée est que 60% des professionnels de santé ayant répondu ne se considèrent pas comme formés pour l'accueil de personnes en situation de handicap. Cela peut influer sur la volonté de prendre en charge des patients souffrant d'un handicap.

D'après les réponses reçues, les consultations à domicile restent elles très peu utilisées (15%) du fait de leur limitation pour les actes réalisables, de leur difficulté à mettre en œuvre (transport du matériel). Elles sont de plus chronophages et ne présentent pas de rémunération supplémentaire.

2.3.3.3 Actes médicaux et soins

- **Question 39 : Existe-t-il des moyens de sédation (MEOPA, hypnose ...) au sein de votre structure de soins ?** (114 réponses)

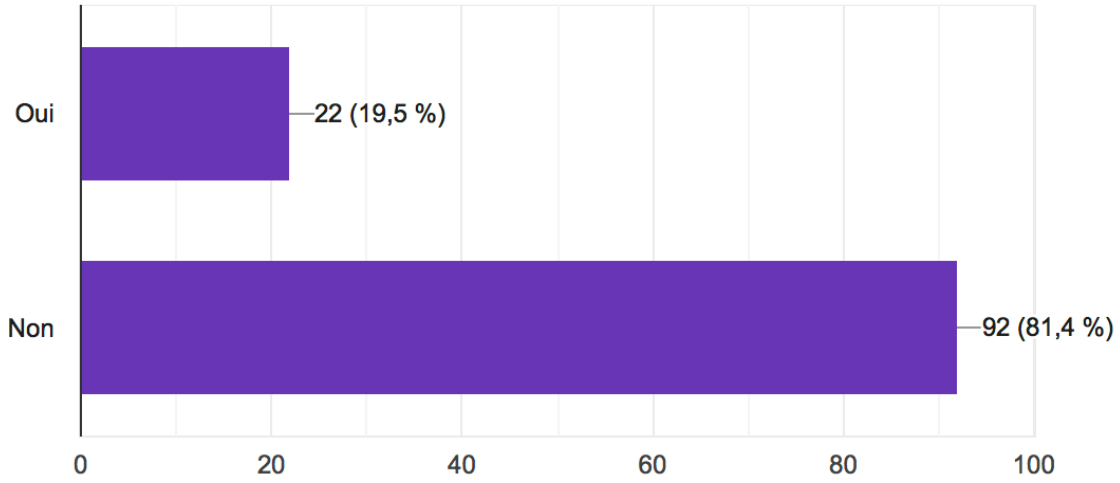

Figure 48 : Pourcentage des structures de soins proposant différents moyens de sédation

19,5% des structures de soins ayant répondu proposent des moyens de sédation.

- **Question 40 : La consultation et la réalisation des soins peuvent être faites sur un fauteuil roulant ?** (116 réponses)

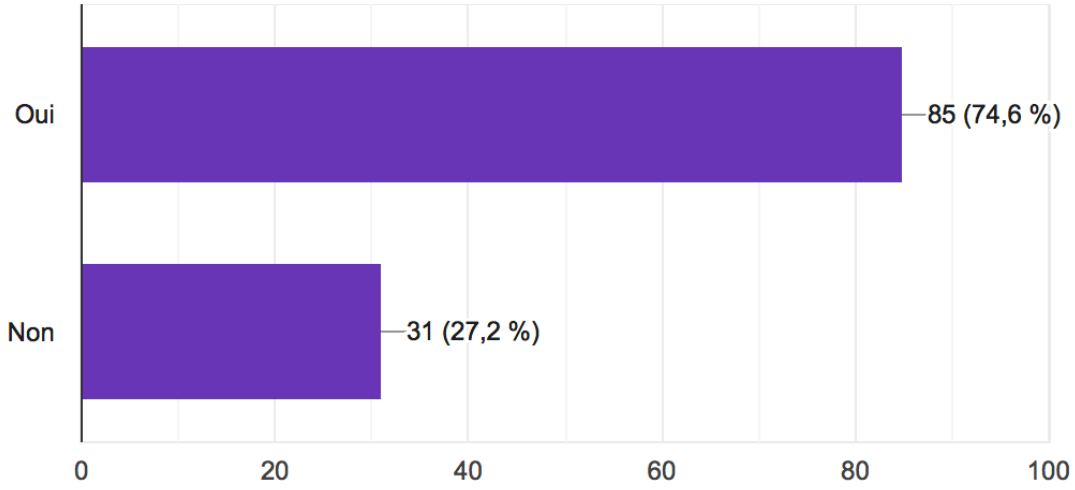

Figure 49 : Pourcentage des structures de soins pouvant réaliser les soins sur le fauteuil roulant

74,6% des structures de soins ayant répondu peuvent réaliser les soins sans transfert afin de permettre aux personnes à mobilité réduite de rester dans leur fauteuil. Cela apporte un confort à ces dernières pour qui le transfert peut être plus ou moins compliqué.
Le total de 116 réponses est due à deux praticiens ayant répondu à la fois « OUI » et « NON » à cette question. Un biais est donc observable sur cette question.

- **Question 41 : Un transfert de la personne est-il possible grâce à des moyens humains ou techniques ?** (115 réponses)

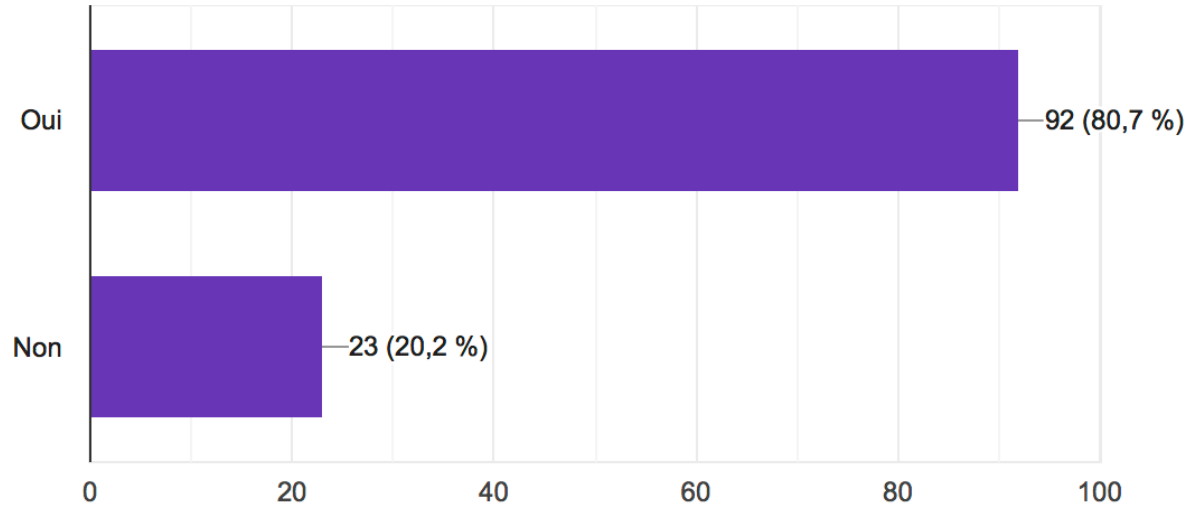

Figure 50 : Pourcentage des structures de soins pouvant réaliser un transfert de la personne en situation de handicap

80% des praticiens ayant répondu sont capables de réaliser un transfert.

- **Questions 42 : Y-a-t-il une organisation particulière permettant de réduire le temps d'attente lorsque cela est nécessaire compte tenu du handicap de la personne ?** (111 réponses)

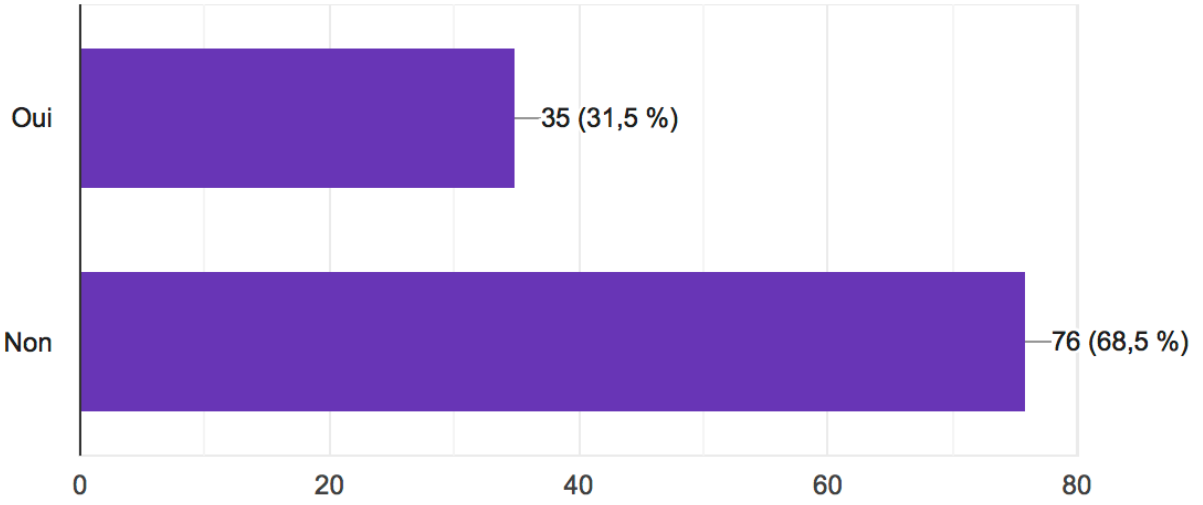

Figure 51 : Pourcentage des structures de soins ayant une organisation spécifique pour réduire le temps d'attente en fonction du handicap

31,5% des structures ayant répondu adaptent leur emploi du temps pour les personnes en situation de handicap.

- **Questions 43 : Expliquez-vous au préalable au patient les gestes et les actes que vous allez effectuer ?** (114 réponses)

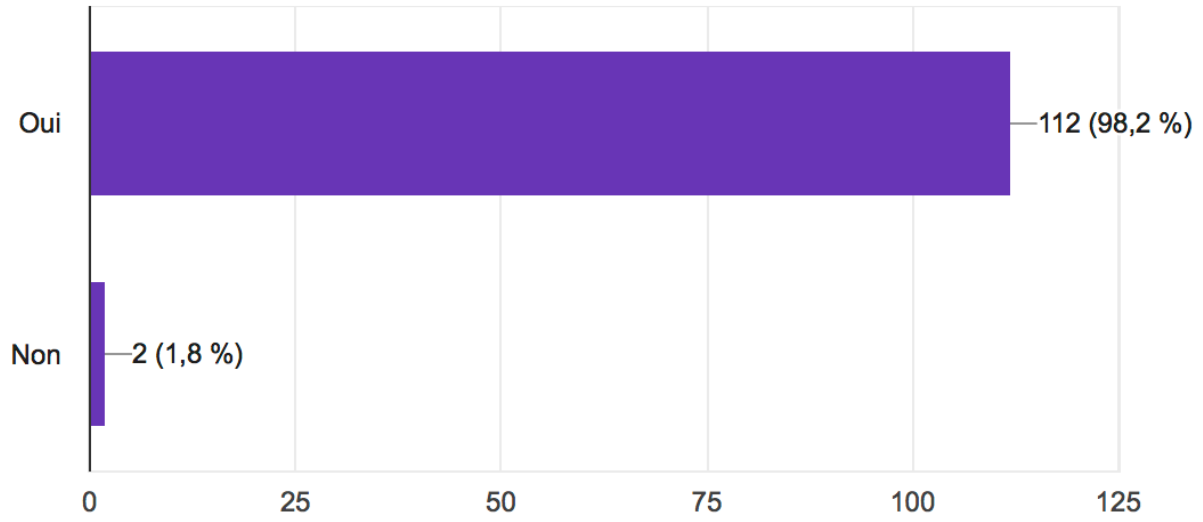

Figure 52 : Pourcentage des structures de soins expliquant au préalable les soins au patient

Le stress et la peur du chirurgien-dentiste peut s'expliquer par l'ignorance des actes réalisés. L'explication de chaque séance peut donc rassurer et mettre en confiance le patient. 98,2% des praticiens ayant répondu prennent le temps d'expliquer aux patients les actes effectués lors de la séance.

- **Question 44 : Possédez-vous du matériel spécifique pour faciliter les soins aux personnes en situation de handicap (table de consultation à hauteur variable, matériel d'examen portatif) ?**

Pour cette question ouverte, chaque praticien peut répondre comme il le souhaite.
Le fauteuil dentaire étant lui-même une table de consultation à hauteur réglable, beaucoup de praticiens ont cité ce dernier comme matériel spécifique.

Les seules réponses différentes fournies sont :

- Kart indépendant (permettant une circulation plus simple autour du fauteuil)
- Accoudoirs amovibles (facilitant les transferts)

- **Questions 45 : Utilisez-vous des outils de communication simplifiés (ex : document Facile à lire et à comprendre, fiche santé, BD …) ?** (112 réponses)

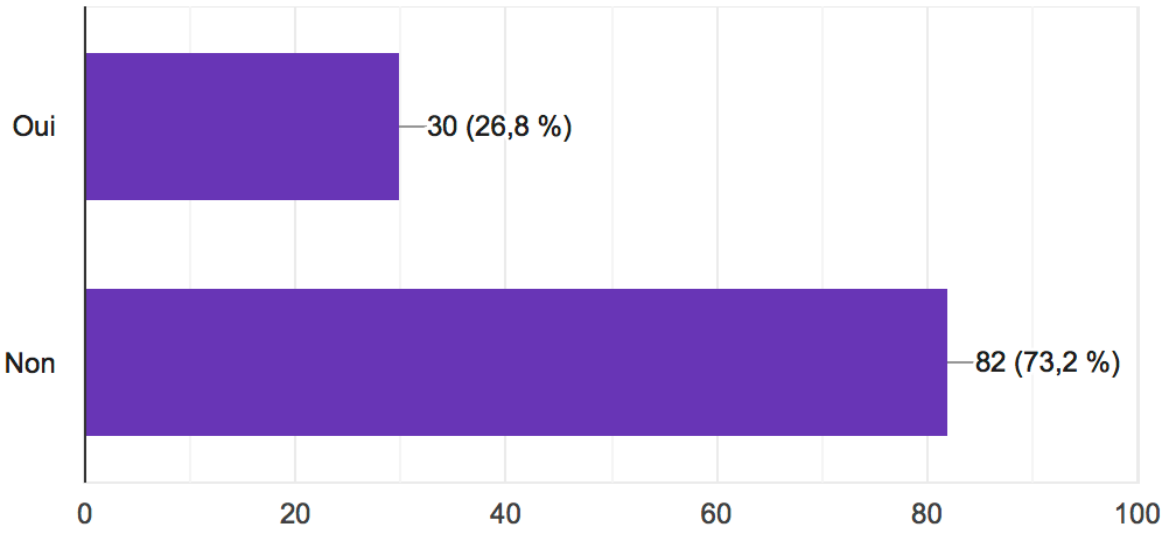

Figure 53 : Pourcentage des structures de soins utilisant des outils de communication simplifiés

26,8% des praticiens ayant répondu utilisent ces outils de communication. Cette question est vague, des questions ouvertes auraient apporté plus de précisions.

Avec des patients présentant certains handicaps (autisme, handicap mental ou psychique…) la communication peut être compliquée, certains outils peuvent être utilisés et simplifier grandement la relation soigné-soignant.

Exemple : le Makaton (49)

Figure 54 : Image de gestes simples utilisés par le Makaton (50)

Concernant les actes médicaux et les soins : 113 réponses en moyenne

Les techniques de sédation sont peu répandues dans les cabinets dentaires (19,5% des structures ayant répondu). Elles sont souvent très utiles pour les personnes en situation de handicap car elles peuvent améliorer leur prise en charge bucco-dentaire. Réaliser une enquête plus approfondie pour savoir quelques structures disposent de quels systèmes de sédation pourrait permettre un état des lieux de la prise en charge des patients porteurs de handicap plus pertinent.

Les structures de soins publiques (comme l'Unité de Soins Spécifiques du CSD de Nantes) dispensent des soins sous MEOPA et sous anesthésie générale. Malheureusement elles ne sont pas recensées dans cette étude, l'envoi des questionnaires aux structures de soins publiques nous apporterait plus de réponse.
La plateforme Handisoins 44 permet de faciliter les démarches pratiques et administratives, tout en orientant et accompagnant les usagers vers les structures de soins le plus adaptées.
Ce dispositif associe la Clinique Jules Verne au CHU de Nantes ainsi qu'au Centre Hospitalier de Saint-Nazaire (39).

75% des praticiens ayant répondu peuvent réaliser les soins sur le fauteuil roulant. Cette statistique parait élevée. La simple nécessité d'incliner le patient constitue une limite aux soins car peu de fauteuils roulants le permettent, tout comme la nécessité d'une aspiration ou de l'utilisation d'instruments rotatifs et de la pédale qui seront seulement accessible au fauteuil dentaire. La possibilité de réaliser un transfert du patient sur le fauteuil dentaire permet d'élargir la palette de soins du chirurgien-dentiste et de développer son plateau technique. Une adaptation particulière est toujours à envisager pour les patients en fauteuil roulant avec une coque ou préformé.

L'organisation de l'emploi du temps peut faire l'objet de deux interprétations différentes, le temps d'attente fait-il référence au délai pour la prise d'un rendez-vous ou à l'attente même en salle d'attente lors du jour du rendez-vous ?

Le délai pour un rendez-vous peut malheureusement faire que la situation du patient s'aggrave et l'attente au sein du cabinet lors du rendez-vous peut compliquer la prise en charge du patient. Un rendez-vous en début de journée peut éviter trop d'attente dû à un retard du chirurgien-dentiste. Nous pouvons tout de même noter que 31,5% des structures ayant répondu adaptent leur emploi du temps pour recevoir les personnes en situation de handicap.

La communication est essentielle, on observe que 98,2% des praticiens ayant répondu prennent le temps d'expliquer à leurs patients le déroulement du rendez-vous. Mais cette communication peut parfois être difficile. Seulement 1/4 des praticiens ayant répondu utilisent des outils de communication simplifiés, mais quels sont-ils, sont-ils adaptés et efficaces ? Une question supplémentaire pourrait être envisagée.

Lors de la prise en charge de patients difficiles ou en situation de handicap, la communication et la relation de confiance sont des choses essentielles, il est donc très important de mettre le patient dans des bonnes dispositions par le biais de certains outils, afin de réaliser au mieux les soins nécessaires.

2.3.3.4 Autres

- **Questions 46 : Quel est votre secteur tarifaire ?** (108 réponses)

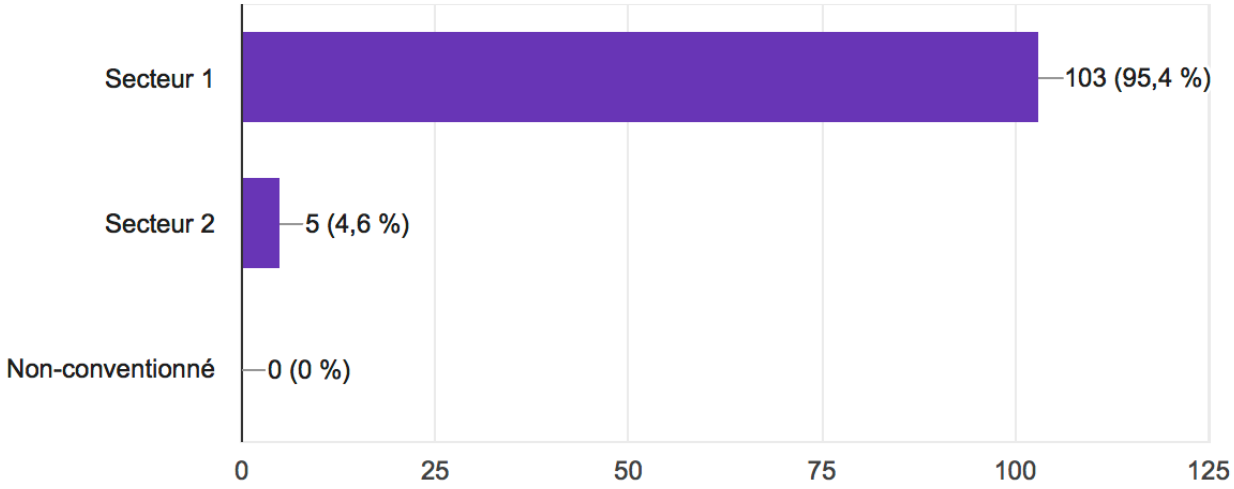

Figure 55 : Pourcentage de la répartition des secteurs tarifaires

95,4% des praticiens ayant répondu sont en secteur 1 et aucun de ces praticiens est non-conventionné.

- **Questions 47 : Acceptez-vous le tiers payant ?** (115 réponses)

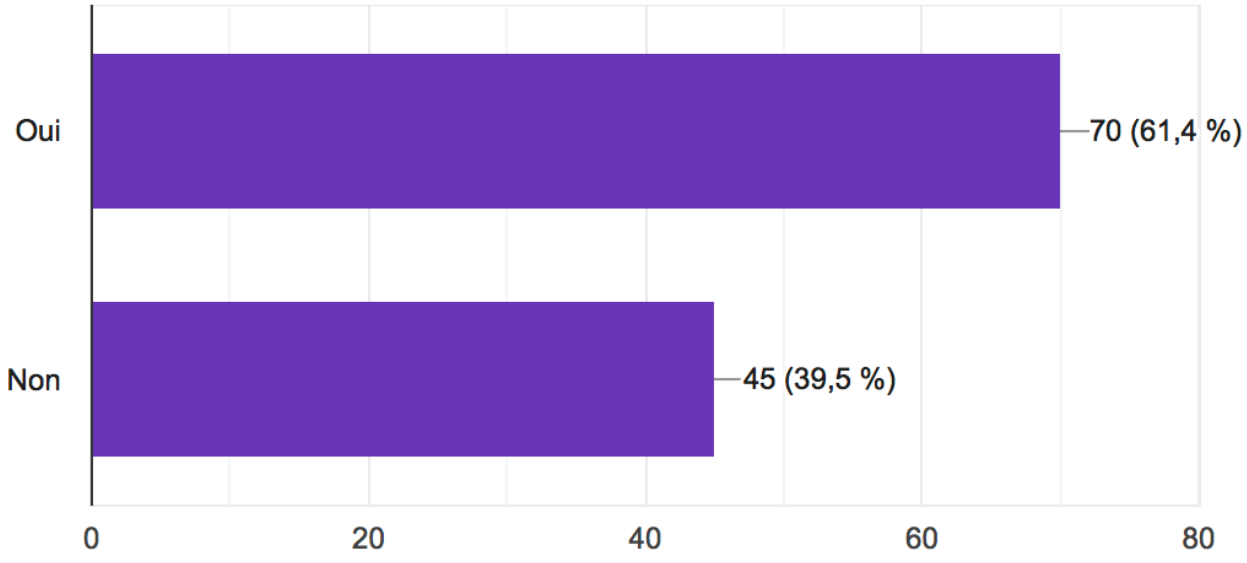

Figure 56 : Pourcentage de praticiens acceptant le tiers payant

61,4% des praticiens ayant répondu acceptent le tiers payant au sein de leur structure de soins.

Pour les personnes en situation de handicap les frais médicaux peuvent être très importants. Le paiement des soins à chaque rendez-vous médical peut être lourd financièrement pour les patients.

La raison financière est un frein important pour l'accès aux soins bucco-dentaires, l'acceptation du tiers payant par les praticiens peut améliorer grandement l'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap.

L'aspect financier peut aussi être considéré comme un frein pour les praticiens, comme dit précédemment, le temps des soins est augmenté au minimum de 50% lors de la prise en charge d'une personne en situation de handicap. La nouvelle convention de 2019 propose un supplément par séance de 100 euros, avec ou sans MEOPA, pour la prise en charge d'un patient en situation de handicap. Elle se limite aux patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), ou aux patients bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) (Code CCAM : YYYY183) (20). Cela pourra encourager certains praticiens à la prise en charge des personnes en situation de handicap.

2.4 Conclusion

Sur les 881 praticiens interrogés, 114 ont répondu. Nous avons donc recueilli 12,9 % de réponses lors de ce recensement ayant pour thème l'accessibilité des structures de prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.
Ce faible pourcentage traduit peut-être un intérêt modéré pour le sujet du fait de la complexité de cette discipline, de l'aspect financier, pouvant être jugé comme insuffisant par rapport au temps et au travail dédié aux patients ou de l'aspect chronophage.

Parmi les 114 réponses, 15 praticiens (13,2%) nous ont autorisé à les citer sur notre site internet.
Ce qui donne 15 praticiens recensés sur 881 interrogés soit 1,7 %.

Voici les principaux résultats que nous avons obtenus :

Concernant l'accès extérieur de la structure de soins.
Les lieux d'exercice sont accessibles et présentent des stationnements réglementaires pour l'accueil de personne en situation de handicap (77%).
Les portes sont adaptées au passage des fauteuils roulants ou brancards (93%). Seule l'utilisation de pictogrammes est minoritaire (27,4%).

Concernant l'intérieur des structures de soins.
Une grande majorité des structures de soins ayant répondu permet une bonne circulation au sein du bâtiment (90,4%), une visibilité parfaite grâce aux éclairages et un accueil optimal par le biais de guichet adapté ou du personnel présent (76,1%).
Les sanitaires sont majoritairement adaptés (73,5%).
Les signalisations tels que les pictogrammes, les bandes de guidage, les boucles magnétiques ou les codes couleurs sont peu utilisées (16,9% en moyenne sur l'ensemble des types de signalisations).

Les résultats de la prise en charge des patients sont quant à eux plus variés.
La prise de rendez-vous est très simple, téléphone ou e-mail.
La formation des professionnels de santé quant à l'accueil des personnes en situation de handicap est très faible, plus de 2/3 des professionnels ayant répondu ne se considèrent pas formés et aucun d'entre eux ne connait la Langue des Signes Françaises.
Environ 20% de ces praticiens proposent des moyens de sédation tel que le MEOPA ou l'hypnose.

On note que les professionnels de santé répondant à l'étude sont toujours présents pour accompagner, prévenir ou aider à l'exécution des transferts (90,3%).

On peut conclure que les structures de soins ayant répondu à l'étude sont capables d'accueillir les personnes en situation de handicap.

Malheureusement, le peu de réponses fournies nous permet de conclure seulement sur l'échantillon interrogé et non sur l'ensemble des praticiens de Loire-Atlantique. La puissance de notre étude ne permet pas de conclure à l'échelle de la population départementale.

De plus, les Centres Hospitaliers de Nantes ou de Saint-Nazaire n'ont pas été contactés, donc les praticiens hospitaliers n'ont pas pu être inclus dans cette étude.
D'autres envois de questionnaire sont prévus, afin de compléter au mieux le site internet dédié aux personnes en situation de handicap.

Concernant le questionnaire, certaines questions pourraient être modifiées afin d'apporter plus de précision et de réduire les biais présents. Des questions supplémentaires seraient aussi à envisager afin d'apporter des éléments essentielles et non abordées dans cette étude.
Par exemple, faire une question sur les moyens de sédation mis à disposition du patient serait intéressant et apporterait des informations aux patients en situation de handicap pour leur choix de prise en charge.

L'apport de ces précisions aboutirait à un questionnaire complet mais long. La complexité de ce questionnaire pourrait décourager les praticiens à répondre, c'est ici que réside la difficulté de cette étude. Il serait donc intéressant de retravailler ce questionnaire et de poursuivre les envois afin d'améliorer notre étude et par conséquent notre site internet.

CONCLUSION

Partie co-écrite avec Mr Baillargeau Louis

Pascal Jacob l'écrit dans son rapport de 2013 (26), la création d'un annuaire national dématérialisé disponible sur Internet pourrait être mise en place comme une solution pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Le but de notre thèse va dans ce sens. Nous souhaitions obtenir une base de données permettant d'établir une cartographie des structures en Loire-Atlantique recevant et soignant les personnes en situation de handicap. Cela a été possible grâce à l'aide de l'association Acsodent Pays de la Loire et du Conseil Département de l'Ordre. L'annuaire établi suite aux réponses des praticiens à notre questionnaire, nous a permis de concevoir un outil sous la forme d'un site internet. Il est dédié à aider et à informer les personnes en situation de handicap.

Les réponses du questionnaire distribué aux praticiens de Loire-Atlantique ont été peu nombreuses, 881 praticiens ont reçu le questionnaire et 114 ont répondu, 12,9% des structures de soins ont répondu (dont 1,7% qui ont donné leur autorisation pour apparaitre sur notre site). Nous avons pu constater avec les résultats du questionnaire que la plupart des structures sont capables aujourd'hui de répondre aux besoins de personnes en situation de handicap, que cela soit par l'accessibilité ou grâce à leurs soins. Par exemple, seules 4% des structures de soins ayant répondu ne sont pas accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Créer un site Internet fut passionnant, observer son intérêt grandissant auprès de ses utilisateurs l'est encore plus. Nous avons créé ce site Internet pour répondre à une demande locale, des personnes en situation de handicap, en fonction de leur déficience.
Afin d'améliorer sa visibilité, sa crédibilité et son contenu, le prochain objectif serait d'obtenir un hébergement pour qu'il prenne vie dans un cadre légal.

Le projet pourrait s'étendre à la région Pays de la Loire dans un second temps, en travaillant avec Acsodent Pays de la Loire et en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental/Régional de l'Ordre. La création d'un véritable réseau de soins dans notre région est possible.
Plusieurs régions y sont arrivées, pourquoi pas nous ?

BIBLIOGRAPHIE :

1. **Légifrance**. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. [Internet]. 11 février 2005 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id

2. **Anastasio D, Hein-Halbgawachs L, Droz D, Gerrard E.** Handicap et odontologie : propositions d'avenir. Actualités Odonto-Stomatologiques (AOS). 1 sept 2007;(239) :277-87.

3. **World Health Organization**. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2001 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/handle/10665/42418

4. **Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé** : CIF [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2001 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf;jsessionid=F925CA04AA0F22044CF34D913A5C59AE?sequence=1

5. **Organisation mondiale de la santé (OMS)**. OMS | Vos questions les plus fréquentes [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/suggestions/faq/fr/

6. **Handicap.fr**. Définition / classification des handicaps (CIH et OMS) [Internet]. 2013 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : https://informations.handicap.fr/a-definition-classification-handicap-cih-oms-6029.php

7. **Comité national Coordination Action Handicap**. Les differents types de handicap - CCAH [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : https://www.ccah.fr/CCAH/Articles/Les-differents-types-de-handicap

8. **Dorin M, Moysan V, Cohen C, Collet C, Hennequin M.** Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France. Pratiques et Organisation des Soins [Internet]. déc 2006 [cité 15 oct 2018];37(4). Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Besoins_bucco-dentaires.pdf

9. **Folliguet.M** - Direction Générale de la santé SD2B. La santé bucco-dentaire des personnes handicapées [Internet]. 2006 sept [cité 6 déc 2018]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_handicapees.pdf

10. **Hescot DP, Moutarde DA**. Rapport de la mission « handicap et sante bucco-dentaire » ameliorer l'acces a la sante bucco-dentaire des personnes handicapees. [Internet] 2010. [cité 5 déc 2018]. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/morano_rapport.pdf

11. **Haute Autorité de Santé (HAS)**. Haute Autorité de Santé - Stratégies de prévention de la carie dentaire [Internet]. HAS. 2010 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_991247/fr/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire

12. **Weinman J**. Sédation dentaire consciente par voie orale : Le comprimé sédatif [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : http://www.jeromeweinman.com/la-phobie-dentaire/sedation-consciente-sedation-dentaire-meopa-anesthesie-generale-paris-geneve/niveau-1-les-comprimes-relaxants-benzodiazepine/

13. **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)**. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. 2014 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0234533.htm

14. **VALERO S, SARAVANE D**. Utilisation du MEOPA (Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote) en Santé Mentale [Internet]. 2016 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.cnrd.fr/IMG/pdf/VALERO.pdf

15. **Cousson P-Y, Alsaleh I, Decerle N, Hennequin M.** Soins dentaires sous anesthésie générale pour les adultes polycariés. Actualités Odonto-Stomatologiques (AOS). 1 déc 2011;(256) :315-33.

16. **Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD)**. Un réseau, c'est quoi ? : Ordre National des Chirurgiens Dentistes [Internet]. 2015 [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reseaux-de-soins/un-reseau-cest-quoi.html

17. **Handident Hauts-de-France**. Handident [Internet] [cité 5 déc 2018]. Disponible sur : https://www.handident.com/

18. **Société Française des Acteurs de Santé Publique Bucco-Dentaire (ASPBD)**. Lettre en Santé Publique Bucco-Dentaire 2009 [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : http://djillali-hadjouis.fr/pdf/Newsletter_n4_2009.pdf

19. **Handident PACA.** Le bus PACA Handident Ne laissons pas le handicap gagner leurs dents. [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : http://handidentpaca.fr/fr/website/le-bus-paca

20. **Union nationale patronale des prothésistes dentaires**. La nouvelle convention dentaire - UNPPD [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur : https://www.unppd.org/unppd/actualites/la-nouvelle-convention-dentaire.html

21. **Handicap.fr**. Loi handicap du 11 février 2005 [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php

22. **Larousse**. Définitions : accessibilité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accessibilit%C3%A9/421

23. **Légifrance**. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. [Internet]. 11 février 2005 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id

24. **Ministère de la santé et des solidarités**. LOI HANDICAP : mettons là en place pour que chacun trouve sa place : guide de la loi [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : http://www.mdph64.fr/uploads/tx_arccg64/guide_de_la_loi_du_handicap_01.pdf

25. **L'Institut français d'opinion publique (Ifop)**. Regards croisés : 10 ans après la promulgation de la loi handicap sur l'égalité des droits et des chances…quel est l'état de l'opinion ? [Internet]. 2015 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.ifop.com/publication/regards-croises-10-ans-apres-la-promulgation-de-la-loi-handicap-sur-legalite-des-droits-et-des-chancesquel-est-letat-de-lopinion/

26. **Ministère de la transition écologique et solidaire/Ministère de la Cohésion des Territoires**. Les locaux des professions libérales : réussir l'accessibilité [Internet]. 2017 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/8_guide_professions_lib%C3%A9rales.pdf

27. **Association des Paralysés de France (APF).** CP : Accessibilité en France : 40 ans d'échec et bientôt 10 de plus ! - Pour une accessibilité universelle [Internet]. 2014 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : http://accessibilite-universelle.apf.asso.fr/archive/2014/01/27/cp-accessibilite-en-france-40-ans-d-echec-et-bientot-10-de-p-65766.html

28. **Légifrance**. Décret n° 2017-431 du 28 mars 2017 relatif au registre public d'accessibilité et modifiant diverses dispositions relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public | Légifrance [Internet]. 11 février 2005 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/3/28/LHAX1702913D/jo/texte

29. **Myd'L**. Objectifs du registre d'accessibilité - Registre d'accessibilité [Internet]. 2018 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.registre-accessibilite.fr/page/objectifs

30. **Ministère de la transition écologique et solidaire**. Fiches synthèse : Accessibilité de l'établissement [Internet]. 2017 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/Fiches%20synthese%20R-V_registre.pdf

31. **Ministère de la transition écologique et solidaire**. L'accessibilité des établissements recevant du public (ERP) [Internet]. Ministère de la Transition écologique et solidaire. 2018 [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/laccessibilite-des-etablissements-recevant-du-public-erp

32. **Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD)**. Rapport sur « l'Accès aux soins bucco-dentaires » [Internet]. 2017 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur : https://www.silvereco.fr/wp-content/uploads/2017/09/rapport_bucco_dentaire.pdf

33. **Acsodent Pays de la Loire**. Accès aux soins et à la santé buccodentaire pour les personnes en situation de handicap. [Internet]. 2017 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur : https://acsodent-pdl.jimdo.com

34. **Ordre Départemental des Chirurgiens-Dentistes (CDO).** Conseil Départemental de Loire-Atlantique. [Internet]. 2017 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur : http://www.cdocd44.fr

35. **Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD)**. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. [Internet]. 2017 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur : http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr

36. **Jacob P.** Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement. [Internet] 2013. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-0306-macarlotti.pdf

37. **Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD).** Devenir correspondant en santé orale en EHPAD. [Internet] 2018. Disponible sur : https://www.ufsbd.fr/espace-public/formations-medico-social/devenir-correspondant-en-sante-orale-en-ehpad/

38. **Giraudeau N, Lucato S**. Le projet e-Dent en Ehpad [Internet]. 2016. Disponible sur : https://ch-lannion.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=2363

39. **Handisoins 44**. Handi'Nantes [Internet]. 2017 [cité 5 déc 2018]. Disponible sur : https://handinantes.fr/handisoins-44/

40. **Virages Le Blog**. Bandes de guides PMR : normes et réglementation [Internet]. Disponible sur : https://www.virages.com/Blog/Bande-Guidage-PMR

41. **Service Public.** Carte mobilité inclusion [Internet]. Disponible sur : https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34049

42. **France Rein.** La carte d'invalidité [Internet]. Disponible sur : https://www.francerein.org/articles/carte-d-invalidite

43. **Liess Access.** Les sanitaires sont-ils obligatoires dans les ERP [Internet]. Disponible sur : https://liessaccess.fr/blog/158-les-sanitaires-sont-ils-obligatoires-dans-les-erp

44. **Larousse.** Définitions : vitrophanie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 15 oct 2018]. Disponible sur : https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vitrophanie/82287

45. **Espace Cloison Alu.** Les cloisons de bureau vitrées. [Internet]. Disponiblez sur : http://www.espace-cloisons-alu.fr/cloison-amovible/cloison-vitree-toute-hauteur/

46. **Signals.** Pictogrammes 4 handicaps [Internet]. Disponibles sur : https://www.signals.fr/pictogramme-4-handicaps.html#PICH4P21

47. **Handinorme.** La boucle à induction magnétique [Internet] Disponible sur : https://www.handinorme.com/accessibilite-handicap/119-la-boucle-a-induction-magnetique-bim-en-erp-handinorme

48. **Signalétique.biz.** Panneau de signalisation Boucle magnétique [Internet]. Disponible sur : https://www.signaletique.biz/panneau-de-signalisation-boucle-magnetique-g1043,fr,4,G1043.cfm

49. **Association Avenir Dysphasie Makaton.** Découvrir le Makaton [Internet]. Disponible sur : https://www.makaton.fr/decouvrir-le-makaton

50. **Pinterest.** Collection Makaton de Hannah Griffiths [Internet]. Disponible sur : https://www.pinterest.fr/griffiths4097/makaton/

51. **Pr Mrabet M.** Les différentes études en épidémiologie. [Internet]. Disponible sur : http://fmp.um5.ac.ma/sites/fmp.um5.ac.ma/files/Différentes%20études%20épidémiologiques.compressed.pdf

52. **Plaque libérale.** Plauqe lbérale de chrirugien dentiste. [Internet]. Disponible sur : https://www.plaque-liberale.fr/uploads/articles/plaque-professionnelle-liberale-chirurgien-dentiste.jpg

53. **Ministère de la Culture.** Pictogrammes. [Internet]. Disponible sur : http://www.culture.gouv.fr/Thematiques/Developpement-culturel/Culture-et-handicap/Informations-pratiques/Pictogrammes/Pictogrammes

54. **Direct Signalétique.** Bandes d'aide à l'orientation. [Internet]. Disponible sur : https://www.direct-signaletique.com/CT-453-bandes-d-aide-a-l-orientation.aspx

TABLES DES ILLUSTRATIONS :

Figure 1 : Classification Internationale du Handicap selon l'OMS en 1980 (3) 12

Figure 2 : Classification Internationale du Fonctionnement selon l'OMS en 2001(4) 13

Figure 3 : Intérêts et limites de ce type d'étude (51) 35

Figure 4 : Pourcentage d'accès au cabinet par un trottoir..... 39

Figure 5 : Pourcentage d'obstacles pouvant gêner la circulation sur le trottoir..... 40

Figure 6 : Pourcentage d'abords des cabinets en pente 40

Figure 7 : Pourcentage de cabinet desservi par des transports en commun..... 41

Figure 8 : Pourcentage des cabinets éclairés la nuit 41

Figure 9 : Pourcentage de structure de soins possèdant un parking 43

Figure 10 : Pourcentage des structures de soins possédant une place de stationnement réservée aux personnes en situation de handicap..... 43

Figure 11 : Pourcentage de présence d'arrêts "dépose minute" 44

Figure 12 : Image de bandes de guidage contrastées en relief (40) 44

Figure 13 : Image de la Carte Mobilité Inclusion (42) 45

Figure 14 : Pourcentage des structures de soins de plain-pied 46

Figure 15 : Répartition des degrés d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite 47

Figure 16 : Répartition des systèmes d'ouverture des portes extérieures..... 48

Figure 17 : Pourcentage des structures de soins possédant des portes accessibles aux personnes à mobilité réduite 48

Figure 18 : Pourcentage de présence d'encadrement des portes 49

Figure 19 : Pourcentage des informations adaptées aux personnes à mobilité réduite..... 50

Figure 20 : Pourcentage de l'utilisation de pictogrammes..... 50

Figure 21 : Image de plaque professionnelle (52) 51

Figure 22 : Image de pictogrammes (46)..... 51

Figure 23 : Pourcentage d'absence de mobilier dans les circulations 52

Figure 24 : Pourcentage des structures de soins possédant des zones permettant les manœuvres d'un fauteuil roulant 52
Figure 25 : Pourcentage d'éclairage permanent ou par détection de présence..... 53
Figure 26 : Pourcentage des structures de soins possédant un guichet bas 54
Figure 27 : Pourcentage des structures de soins possédant une pernne à l'accueil 54
Figure 28 : Pourcentage des structures de soins possédant une salle d'attente capable d'accueilir un fauteuil roulant..... 55
Figure 29 : Pourcentage des structures de soins possédant des sanitaires accessibles aux personnes en situation de handicap..... 56
Figure 30 : Pourcentage des structures de soins possédant des systèmes de vitrophanie..... 57
Figure 31: Image de Vitrophanie (45) 57
Figure 32 : Pourcentage des structures de soins possédant une alarme incendie sonore ou lumineuse 58
Figure 33 : Pourcentage d'utilisation des pictogrammes ou dessins harmonisés..... 58
Figure 34 : Image de pictogrammes (46)..... 59
Figure 35 : Pourcentage d'utilisation de bandes de guidage en relief au sol 59
Figure 36 : Pourcentage d'utilisation de boucles magnétiques 60
Figure 37 Image du pictogramme du boucle magnétique (48)..... 60
Figure 38 : Pourcentage d'utilisation de code couleur au sein d'une structure de soins 61
Figure 39 : Répartition des systèmes de prise de rendez-vous autres que téléphoniques..... 62
Figure 40 : Pourcentage de professionnel de santé considérant être formé pour le prise en charge de personne en situation de handicap..... 63
Figure 41: Pourcentage de différentes formations en fonction du handicap 63
Figure 42 : Pourcentage des professionnels de santé connaissant la Langues des Signes Française 64

Figure 43 : Pourcentage des structures de soins permettant l'accompagnement du patient jusqu'à la salle d'attente 65
Figure 44 : Pourcentage des structures de soins acceptant un accompagnant lors des soins. 65
Figure 45 : Pourcentage des structures de soins proposant une préparation à la consultation (visite préalable) 66
Figure 46 : Pourcentage des structures de soins proposant des consultations à domicile 66
Figure 47 : Pourcentage d'utilisation de la télémédecine 67
Figure 48 : Pourcentage des structures de soins proposant différents moyens de sédation... 69
Figure 49 : Pourcentage des structures de soins pouvant réaliser les soins sur le fauteuil roulant 69
Figure 50 : Pourcentage des structures de soins pouvant réaliser un transfert de la personne en situation de handicap 70
Figure 51 : Pourcentage des structures de soins ayant une organisation spécifique pour réduire le temps d'attente en fonction du handicap 70
Figure 52 : Pourcentage des structures de soins expliquant au préalable les soins au patient 71
Figure 53 : Pourcentage des structures de soins utilisant des outils de communication simplifiés 72
Figure 54 : Image de gestes simples utilisés par le Makaton (50) 72
Figure 55 : Pourcentage de la répartition des secteurs tarifaires 75
Figure 56 : Pourcentage de praticiens acceptant le tiers payant 75

TABLES DES ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire original 35

Questionnaire de recensement des structures de prise en charge bucco-dentaire de la personne en situation de handicap en Loire-Atlantique

1) Il existe différents types de handicap. Lesquels prenez-vous en charge au sein de votre structure de soins bucco-dentaire ?

Handicap	Exemple	Oui	Non	Je ne sais pas
Auditif	Surdité partielle ou totale			
Visuel	Malvoyance , cécité			
Moteur	Problèmes de dextérité, paralysie (paralysie, tétraplégie)			
Mental	Trouble développement mental, retard mental			
Psychique	Atteinte faculté intégration sociale, développement intellectuel normal voire supérieur			
Troubles envahissants du développement	Autisme			
PolyHandicap	Déficience mentale et motrice associées			

2) Vos locaux sont-ils adaptés au passage :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Fauteuil roulant			
Brancard			

3) Quels actes pratiquez-vous auprès des personnes en situation de handicap ?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Soins Conservateurs			
Soins Endodontiques			
Soins Prothétiques			
Extractions			

4) Pratiquez-vous des soins sous :

	Oui	Non	Je ne sais pas
Anesthésie locale			
MEOPA			
Anesthésie Générale			
Hypnose			

5) À l'issu de ce recensement, nous voulons créer un site internet d'information dédié aux patients en situation de handicap, Souhaitez-vous y être mentionné en fonction de vos réponses précédentes ?

☐ Oui , merci de compléter la feuille suivante
☐ Non , ce questionnaire sera bien évidemment anonyme

Questionnaire réalisé dans le cadre d'une thèse exercice des étudiants Nantais Louis BAILLARGEAU et Etienne BUQUET
Merci d'adresser vos réponses à l'adresse mail suivante : dendicap44@gmail.com

Autorisation de recensement au sein d'un site internet d'information « Dendicap 44® » dédié aux personnes en situation de handicap nécessitant des soins dentaires

Nom : .....

Prénom : .....

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre :
.....

Adresse : .....
.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone de la structure de soins : .....

Email de la structure de soins: .....

Horaires spécifiques pour des soins dédiés aux personnes en situation de handicap :
.....
.....
.....

- Toutes modifications ou mises à jour des informations transmises peuvent être réalisées via l'adresse mail ou le site internet.

- Je déclare autoriser la mise en ligne sur le site d'information « Dendicap 44® » de mes informations professionnelles.

Cachet Professionnel : Signature du Praticien :

Date :

Questionnaire réalisé dans le cadre d'une thèse exercice des étudiants Nantais Louis BAILLARGEAU et Etienne BUQUET
Merci d'adresser vos réponses à l'adresse mail suivante : dendicap44@gmail.com

A PROXIMITE ET DEVANT LE LIEU D'EXERCICE										
1	**Accès extérieur**									
1.1	Accès au cabinet par un trottoir ou un cheminement goudronné large (passage de deux piétons simultanément) ?	☐ oui	☐ non							
1.2	Présence d'obstacles ou d'irrégularités pouvant gêner la circulation sur le trottoir	☐ oui	☐ non							
1.3	Les abords du cabinet sont-ils en pentes ?	☐ oui	☐ non							
1.4	Le cabinet est-il desservi par un arrêt de transport en commun à proximité ?	☐ oui	☐ non	Si oui :	1.4.1	Ligne(s) et arrêt(s) :	[Champ]			
1.5	Les abords du cabinet sont-ils éclairés la nuit ?	☐ oui	☐ non							
2	**Stationnement**									
2.1	Disposez-vous d'un parking réservé à la patientèle ?	☐ oui	☐ non	Si non :	2.1.1	Existe-t-il un parking public à proximité de votre cabinet ?	☐ oui			
						Si non, passage à la question 3.				
2.2	Existe-t-il une ou des places de stationnement élargies réservées aux personnes en situation de handicap ? *	☐ oui	☐ non	Si oui :	2.2.1	Existe-t-il une bande de guidage contrastée en relief reliant ces places de stationnement à l'entrée du bâtiment ? *	☐ oui			
2.3	Existe-t-il des arrêts "dépose minute" ?	☐ oui	☐ non	Si oui :	2.3.1	Existe-t-il une bande de guidage contrastée en relief reliant ces places de stationnement à l'entrée du bâtiment ? *	☐ oui			
3	**Différence de niveaux pour l'accès au bâtiment et au cabinet, et à l'intérieur du cabinet**									
3.1	Batiment, accès au cabinet et circulations intérieures entièrement de plain-pied	☐ oui	☐ non	Si non, question 3.2 à 3.5. Si oui, passage à la question 4						
3.2	1 à 3 Marches ou obstacle de type ressaut important, pente marquée... *	☐ oui	☐ non							
3.3	Escalier	☐ oui	☐ non	si oui :	3.3.1	avec main courante continue de chaque côté *	☐			
					3.3.2	avec main courante continue d'un seul côté	☐			
					3.3.3	avec marches contrastées *	☐			
					3.3.4	Bande d'éveil en relief en haut de l'escalier et à chaque palier intermédiaire *	☐			
					3.3.5	A quel étage le cabinet se situe-t-il ?	[Champ]			
3.4	Ascenceur ou monte escalier	☐ oui	☐ non	Si oui :	3.4.1	L'équipement est-il aux normes d'accessibilité ? *	☐			
3.5	Plan incliné en pente douce praticable en toute autonomie pour un utilisateur en fauteuil roulant*	☐ oui	☐ non							
4	**Portes extérieures et intérieures (cabinet, salle d'attente, accueil, toilettes...)**									
4.1	Système d'ouverture de la porte extérieure :			Si oui, passage à la question 4.5						
4.2	manuel	☐ oui	☐ non							
4.3	automatique	☐ oui	☐ non							
4.4	Par déclenchement d'un bouton d'ouverture	☐ oui	☐ non							
4.5	Bouton d'appel pour personne en situation de handicap	☐ oui	☐ non							
4.6	Interphone	☐ oui	☐ non							
4.7	visiophone	☐ oui	☐ non							
4.8	Largeur de passage suffisante pour un fauteuil roulant (0,90cm) pour toutes les portes :	☐ oui	☐ non							
4.9	Encadrement des portes ou portes contrastées par rapport au mur ?	☐ oui	☐ non							
5	**Type de signalisation utilisée à l'entrée du bâtiment (identification de l'entrée, nom(s) du(des) praticien(s), différents espaces...)**									
5.1	Informations à une hauteur adaptée aux personnes en fauteuil roulant (1,30m du sol) ?	☐ oui	☐ non							
5.2	Utilisation de pictogrammes ou dessins	☐ oui	☐ non							

A L'INTERIEUR DE VOTRE LIEU D'EXERCICE								
6	**Cheminements et circulations**							
6.1	Absence de mobilier dans les circulations (au sol ou en hauteur)	☐ oui	☐ non					
6.2	Y'a-t-il des aire de giration ou des espaces dégagés importants dans les circulations permettant de manoeuvrer avec un fauteuil ?*	☐ oui	☐ non					
8.	**Eclairage**							
8.1	Eclairage permanent ou par détection de présence	☐ oui	☐ non	si non :	8.1.1	Les interrupteurs sont-ils contrastés par rapport au mur et lumineux dans l'obscurité ? *	☐ oui	☐ non
9	**Point d'accueil**							
9.1	Présence d'un guichet bas	☐ oui	☐ non					
9.2	Présence d'une personne à l'accueil	☐ oui	☐ non	si non :	9.2.1	Il y a-t-il des affiches, panneaux pour orienter les personnes vers la salle d'attente ?	☐	
9.3	La salle d'attente peut-elle accueillir une personne en fauteil roulant (espace libre de sièges, aire de giration...)	☐ oui	☐ non					
10	**Sanitaires accessibles (barre de transfert, aire de giration, lavabo accessible en fauteuil) ***	☐ oui	☐ non					
11	**Signalisation**							
11.1	Pictogrammes ou dessins harmonisés sur l'ensemble du site	☐ oui	☐ non					
11.2	Bande de guidage en relief au sol*	☐ oui	☐ non					
11.3	Présence de boucle magnétique	☐ oui	☐ non					
11.4	Code couleur par zone ou par usage*	☐ oui	☐ non					
11.5	Bandes de signalisations contrastées sur les portes entièrement vitrées et baies vitrées	☐ oui	☐ non					
11.6	Alarme incendie sonore et lumineuse	☐ oui	☐ non					

LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS							
12	**Prise de rendez-vous**						
12.1	La prise de rendez-vous peut-elle est faite autrement que par téléphone ?	☐ oui	☐ non	si oui	12.1.1	E-mail (préciser l'adresse)	[Champ]
					12.1.2	SMS (préciser le numéro)	[Champ]
					12.1.3	Site internet de prise de rendez-vous (préciser l'adresse)	[Champ]
					12.1.4	Visiophonie (préciser l'adresse)	[Champ]
					12.1.5	Plate-forme spécifique en langue des signes	[Champ]
13	**Accueil et consultation**						
13.1	Le ou la secrétaire ou les praticiens sont-ils formés à l'accueil des personnes en situation de handicap ?	☐ oui	☐ non	si oui, pour quel type de handicap :	13.1.1	Visuel	☐
					13.1.2	Auditif	☐
					13.1.3	Moteur	☐
					13.1.4	Psychique	☐
					13.1.5	Mental	☐
13.2	Un professionnel connaît-il la Langue des Signes Française ?	☐ oui	☐ non				
13.3	Un professionnel connaît-il les techniques de guidage pour les personnes non ou mal voyantes ?	☐ oui	☐ non				
13.4	Un professionnel peut-il accompagner le patient en salle d'attente et de consultation ?	☐ oui	☐ non				
13.5	La présence d'un accompagnant est-elle acceptée lors des soins ou de la consultation ?	☐ oui	☐ non				
13.6	Proposez-vous une préparation à la consultation, ou une visite préalable, pour les personnes ayant un handicap mental ou psychique ?	☐ oui	☐ non				
13.7	Effectuez-vous des consultations à domicile ?	☐ oui	☐ non				
13.8	**Proposez-vous des consultations en télémédecine ?**	☐ **oui**	☐ **non**				
14	**Actes médicaux et soin**						
14.1	Existe-t-il des moyens de sédation (Meopa, hypnose...) ?	☐ oui	☐ non				
14.2	La consultation et la réalisation des soins peuvent être faites sur un fauteuil roulant ?	☐ oui	☐ non				
14.3	Un transfert de la personne est-il possible grâce à des moyens humains ou techniques ?	☐ oui	☐ non				
14.4	Possédez-vous du matériel spécifique pour faciliter les soins aux personnes en situation de handicap (table de consultation à hauteur variable, matériel d'examen portatif...) ?	☐ oui	☐ non	si oui	14.4.1	Lesquels :	[Champ]
14.5	Y'a-t-il une organisation particulière permettant de réduire le temps d'attente lorsque cela est nécessaire compte tenu du handicap de la personne (autisme, handicap psychique...) ?	☐ oui	☐ non				
14.6	Expliquez-vous au préalable au patient les gestes et les actes que vous allez effectuer ?	☐ oui	☐ non				
14.7	Utilisez-vous des outils de communication simplifiés (ex. documents en Facile à Lire et à Comprendre, fiches Santé BD, ...) ?	☐ oui	☐ non				
15	**AUTRES**						
15.1	Quel est votre secteur tarifaire ?	☐ secteur 1	☐ secteur 2	☐ non conventionné			
15.2	Acceptez-vous le Tiers Payant ?	☐ oui	☐ non				
15.1	Autres informations particuières concernant l'accessibilité et des modalités d'acccueil et de prise en charge spécifiques aux						
15.2	Téléchargement de votre registre public d'accessibilité*						

Annexe 3 Questionnaire final sous forme PDF 37

Questionnaire sur « L'ACCESSIBILITE DES LIEUX ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP"

Dédié à la création du portail SANTE.FR

Ainsi qu'à la thèse des étudiants Louis BAILLARGEAU et Etienne BUQUET

A proximité et devant le lieu d'exercice

1	Accès extérieur	OUI	NON
1.1	Accès au cabinet par un trottoir ou un cheminement goudronné large (passage de deux piétons simultanément) ?		
1.2	Présence d'obstacles ou d'irrégularités pouvant gêner la circulation sur le trottoir ?		
1.3	Les abords du cabinet sont-ils en pente ?		
1.4	Le cabinet est-il desservi par un arrêt de transport en commun à proximité ?		
	Si oui , Ligne(s) et arrêt(s) :		
1.5	Les abords du cabinet sont-ils éclairés la nuit ?		
2	**Stationnement**	**OUI**	**NON**
2.1	Disposez-vous d'un parking réservé à la patientèle ?		
	Si non, existe-t-il un parking public à proximité de votre cabinet, si non passez à la question 3		
2.2	Existe-t-il une ou des places de stationnement élargies réservées aux personnes en situation de handicap ?		
	Si oui, existe-t-il une bande de guidage contrastée en relief reliant ces places de stationnement à l'entrée du bâtiment ?		
2.3	Existe-t-il des arrêts "dépose minute" ?		
	Si oui, existe-t-il une bande de guidage contrastée en relief reliant ces places de stationnement à l'entrée du bâtiment ?		
3	**Différence de niveaux pour l'accès au bâtiment et au cabinet, et à l'intérieur du cabinet**	**OUI**	**NON**
3.1	Bâtiment, accès au cabinet et circulations intérieures entièrement de plain-pied ?		
	Si oui , passez à la question 4		
3.2	1 à 3 Marches ou obstacle de type ressaut important, pente marquée…?		
3.3	Escalier ?		
	avec main courante continue de chaque côté		
	avec main courante continue d'un seul côté		
	avec marches contrastées		
	Bande d'éveil en relief en haut de l'escalier et à chaque palier intermédiaire		
	A quel étage le cabinet se situe-t-il ?		
3.4	Ascenseur ou monte escalier ?		
	Si oui, l'équipement est-il aux normes d'accessibilité ?		
3.5	Plan incliné en pente douce praticable en toute autonomie pour un utilisateur en fauteuil roulant ?		

4	Portes extérieures et intérieures (cabinet, salle d'attente, accueil, toilettes...)	OUI	NON
4.1	Système d'ouverture de la porte extérieure ?		
	Manuel		
	Automatique		
	Par déclenchement d'un bouton d'ouverture		
	Bouton d'appel pour personne en situation de handicap		
	Interphone		
	Visiophone		
4.2	Largeur de passage suffisante pour un fauteuil roulant (0,90cm) pour toutes les portes ?		
4.3	Encadrement des portes ou portes contrastées par rapport au mur ?		

5	Type de signalisation utilisée à l'entrée du bâtiment (identification de l'entrée, nom(s) du(des) praticien(s), différents espaces...)	OUI	NON
5.1	Informations à une hauteur adaptée aux personnes en fauteuil roulant (1,30m du sol) ?		
5.2	Utilisation de pictogrammes ou dessins ?		

A l'intérieur de votre lieu d'exercice

6	Cheminements et circulations	OUI	NON
6.1	Absence de mobilier dans les circulations (au sol ou en hauteur) ?		
6.2	Y'a-t-il des aires de giration ou des espaces dégagés importants dans les circulations permettant de manoeuvrer avec un fauteuil ?		

7	Eclairage	OUI	NON
7.1	Eclairage permanent ou par détection de présence ?		
	Si non, les interrupteurs sont-ils contrastés par rapport au mur et lumineux dans l'obscurité ?		

8	Points d'accueil	OUI	NON
8.1	Présence d'un guichet bas ?		
8.2	Présence d'une personne à l'accueil ?		
	Si non, il y a-t-il des affiches, panneaux pour orienter les personnes vers la salle d'attente ?		
8.3	La salle d'attente peut-elle accueillir une personne en fauteuil roulant (espace libre de sièges, aire de giration…). ?		

9	Sanitaires	OUI	NON
9.1	Sanitaires accessibles (barre de transfert, aire de giration, lavabo accessible en fauteuil) ?		

10	Signalisation	OUI	NON
10.1	Pictogrammes ou dessins harmonisés sur l'ensemble du site		
10.2	Bande de guidage en relief au sol		
10.3	Présence de boucle magnétique		
10.4	Code couleur par zone ou par usage		
10.5	Bandes de signalisations contrastées sur les portes entièrement vitrées et baies vitrées (vitrophanie)		
10.6	Alarme incendie sonore et lumineuse		

La prise en charge des patients

11	Prise de rendez-vous	OUI	NON
11.1	La prise de rendez-vous peut-elle est faite autrement que par téléphone ?		
	Si oui ,		
	E-mail (préciser l'adresse)		
	SMS (préciser le numéro)		
	Site Internet de prise de rendez-vous (préciser l'adresse)		
	Visiophonie (préciser l'adresse)		
	Plateforme spécifique en langue des signes		

12	Accueil et Consultation	OUI	NON
12.1	Le ou la secrétaire ou les praticiens sont-ils formés à l'accueil des personnes en situation de handicap ?		
	Si oui, pour quel type de handicap ?		
	Visuel		
	Auditif		
	Moteur		
	Psychique		
	Mental		
12.2	Un professionnel connaît-il la Langue des Signes Française ?		
12.3	Un professionnel connaît-il les techniques de guidage pour les personnes non ou mal voyantes ?		
12.4	Un professionnel peut-il accompagner le patient en salle d'attente et de consultation ?		
12.5	La présence d'un accompagnant est-elle acceptée lors des soins ou de la consultation ?		
12.6	Proposez-vous une préparation à la consultation, ou une visite préalable, pour les personnes ayant un handicap mental ou psychique ?		
12.7	Effectuez-vous des consultations à domicile ?		
12.8	Proposez-vous des consultations en télémédecine ?		

13	Actes médicaux et soins	OUI	NON
13.1	Existe-t-il des moyens de sédation (Meopa, hypnose…) ?		
13.2	La consultation et la réalisation des soins peuvent être faites sur un fauteuil roulant ?		
13.3	Un transfert de la personne est-il possible grâce à des moyens humains ou techniques ?		
13.4	Possédez-vous du matériel spécifique pour faciliter les soins aux personnes en situation de handicap (table de consultation à hauteur variable, matériel d'examen portatif…) ?		
	Si oui , lesquels : ……		
13.5	Y'a-t-il une organisation particulière permettant de réduire le temps d'attente lorsque cela est nécessaire compte tenu du handicap de la personne (autisme, handicap psychique...) ?		
13.6	Expliquez-vous au préalable au patient les gestes et les actes que vous allez effectuer ?		
13.7	Utilisez-vous des outils de communication simplifiés (ex. documents en Facile à Lire et à Comprendre, fiches Santé BD, ...) ?		

14	Autres	OUI	NON
14.1	Quel est votre secteur tarifaire ?		
	Secteur 1		
	Secteur 2		
	Non-conventionné		
14.2	Acceptez-vous le tiers payant ?		

Autorisation de recensement au sein d'un site internet d'information « Dendicap 44® » dédié aux personnes en situation de handicap nécessitant des soins dentaires

Nom : .....

Prénom : .....

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre :
.....

Adresse : .....
.....

Code Postal : ..... Ville :
.....

Téléphone de la structure de soins :
.....

Email de la structure de soins:
.....

Horaires spécifiques pour des soins dédiés aux personnes en situation de handicap :
.....
.....
.....

- Toutes modifications ou mises à jour des informations transmises peuvent être réalisées via l'adresse mail ou le site internet.

- Je déclare autoriser la mise en ligne sur le site d'information « Dendicap 44® » de mes informations professionnelles.

Cachet Professionnel : Signature du Praticien :

Date :

Questionnaire réalisé dans le cadre d'une thèse exercice des étudiants Nantais
Louis BAILLARGEAU et Etienne BUQUET
Merci d'adresser vos réponses à l'adresse mail suivante : dendicap44@gmail.com

BUQUET (Etienne) - Recensement des structures de prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap en Loire-Atlantique – 97 f ; 56 ill ; 54 ref ; 30 cm
(Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2019)

RESUME :

Notre projet est double :
- Premièrement, il a fallu créer une base de données pour établir une cartographie des structures de soins capables de prendre en charge les personnes en situation de handicap en Loire-Atlantique. Un questionnaire portant sur l'accessibilité des cabinets dentaires en Loire-Atlantique et sur les types de soins effectués avait été créé par le Service Public d'Information en Santé en collaboration avec l'association Acsodent Pays de la Loire. Grâce à l'aide du Conseil Départemental de l'Ordre, il a été envoyé aux praticiens de Loire-Atlantique. Les résultats et l'analyse du questionnaire se trouvent dans cette thèse.
- Deuxièmement, Mr Louis Baillargeau a pu créer et proposer un site internet pour mettre à disposition des patients et de leur entourage un **"annuaire"** en ligne, où sont recensés les structures de soins. Seules apparaissent celles des chirurgiens-dentistes ayant accepté d'y figurer.
Ainsi avec cet outil, nous avons l'espoir **d'améliorer l'information**, **l'accès aux soins** bucco-dentaires et de **diminuer le délai** de prise en charge pour les personnes en situation de handicap.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Dentisterie sociale

MOTS CLES MESH :
Santé buccodentaire – Oral Health
Accessibilité des services de santé – Health services accessibility
Recensements – Censues
Personnes handicapées – Disabled persons

JURY :
Président : Professeur PEREZ Fabienne
Assesseur : Docteur AMADOR DEL VALLE Gilles
Directeur : Docteur DAJEAN-TRUTAUD Sylvie
Co-directeur : Docteur HYON Isabelle

ADRESSE DE L'AUTEUR :
35, rue des olivettes, 44000 Nantes
etienne.buquet@hotmail.fr