

UNIVERSITE DE NANTES  
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE  
D'ODONTOLOGIE

---

Année : 2007

Thèse n°38

**LES RÉSEAUX DE PRISE EN CHARGE  
ODONTOLOGIQUE  
POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES**

---

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE  
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

présentée

et soutenue publiquement par

**PÉARD Aurélie**

**épouse SAVONNEAU**

Née le 07 mai 1981

Le 26 juin 2007 devant le jury ci-dessous

Président : Monsieur le Professeur Alain JEAN

Assesseur : Monsieur le Professeur Olivier LABOUX

Assesseur : Monsieur le Docteur Denys GRAND

Assesseur : Mademoiselle le Docteur Elisabeth ROY

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

# TABLE DES MATIÈRES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION .....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>CHAPITRE 1 : LE HANDICAP.....</b>  | <b>7</b>  |
| <b>I-1 Définition du handicap par l’OMS .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>I-2 Définition du handicap en France.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>I-3 Législation et handicap .....</b>  | <b>12</b> |
| I-3-1 Loi n°75-534 du 30 juin 1975 .....  | 12        |
| I-3-2 Loi n°87-157 du 10 juillet 1987 : loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.....  | 13        |
| I-3-3 Arrêté du 9 janvier 1989.....   | 13        |
| I-3-4 Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 : loi d'orientation sur l'éducation .....   | 13        |
| I-3-5 Loi n°90-602 du 12 juillet 1990 : loi relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap. ....   | 13        |
| I-3-6 Loi n°91-663 du 13 juillet 1991 : loi portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public. ... | 14        |
| I-3-7 Ordonnance n°2000-549 du 15 juin 2000.....  | 14        |
| I-3-8 Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé .....   | 14        |
| I-3-9 Loi n°2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».....   | 15        |
| I-3-10 Arrêté du 17 mai 2006.....   | 17        |
| I-3-11 Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs .....  | 17        |
| <b>I-4 Les différents handicaps .....</b>   | <b>19</b> |
| I-4-1 Les origines .....  | 19        |
| I-4-1-1 Maladies génétiques .....   | 19        |
| I-4-1-2 Maladies chroniques.....  | 19        |
| I-4-1-3 Accidents.....  | 20        |
| I-4-1-3-1 Les accidents congénitaux (ou inné) .....   | 20        |
| I-4-1-3-2 Les accidents de la route, du sport ou du travail (ou acquis).....  | 20        |
| I-4-2 Les handicaps .....   | 21        |
| I-4-2-1 Déficiences intellectuelles.....  | 21        |
| I-4-2-2 Déficiences auditives.....  | 24        |
| I-4-2-3 Déficiences visuelles .....   | 25        |
| I-4-2-4 Déficiences motrices .....  | 26        |
| I-4-2-5 Déficiences du langage.....   | 27        |

|  |    |
|--|----|
| I-4-2-6 Déficiences viscérales et générales .....    | 28 |
| I-4-2-7 Traumatismes crâniens et cérébro-lésés ..... | 28 |
| I-4-2-8 Autisme .....                                | 28 |
| I-4-2-9 Polyhandicap .....                           | 29 |
| I-4-2-10 Personnes handicapées vieillissantes.....   | 29 |
| I-4-2-11 Handicap social .....                       | 30 |

## **CHAPITRE 2 : LES BESOINS DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES HANDICAPEES ..... 31**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>2-1 Hygiène .....</b>   | <b>31</b> |
| 2-1-1 Hygiène bucco-dentaire .....                                       | 32        |
| 2-1-1-1 Les difficultés rencontrées pour l'hygiène bucco-dentaire .....  | 32        |
| 2-1-1-2 Les moyens .....   | 32        |
| 2-1-1-2-1 Le brossage.....   | 33        |
| 2-1-1-2-2 Le fluor .....   | 35        |
| 2-1-1-2-3 Les antiseptiques .....  | 35        |
| 2-1-2 Hygiène alimentaire.....   | 36        |
| <b>2-2 Particularités bucco-dentaires des personnes handicapées.....</b> | <b>37</b> |
| 2-2-1 Les pathologies infectieuses .....                                 | 38        |
| 2-2-1-1 La maladie carieuse .....  | 38        |
| 2-2-1-2 La maladie parodontale.....                                      | 39        |
| 2-2-2 Les pathologies traumatiques.....                                  | 40        |
| 2-2-3 Les pathologies fonctionnelles.....                                | 42        |
| 2-2-4 Les anomalies bucco-dentaires liées au handicap.....               | 43        |
| <b>2-3 Spécificité des soins pour une spécificité des besoins.....</b>   | <b>45</b> |

## **CHAPITRE 3 : L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPEES ..... 48**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>3-1 Les différents types de prise en charge .....</b>   | <b>48</b> |
| 3-1-1 La première consultation .....                       | 48        |
| 3-1-1-1 L'attitude du praticien.....                       | 48        |
| 3-1-1-2 L'environnement familial .....                     | 49        |
| 3-1-1-3 Le premier rendez-vous .....                       | 50        |
| 3-1-2 Les différentes prises en charge thérapeutiques..... | 52        |
| 3-1-2-1 Soins à l'état vigile .....                        | 52        |
| 3-1-2-2 Soins sous sédation consciente .....               | 52        |
| 3-1-2-2-1 Définition.....                                  | 52        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3-1-2-2-2 La sédation consciente induite par le mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène : MEOPA (analgésie)..... | 53        |
| 3-1-2-2-2-1 Mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène : MEOPA.....   | 53        |
| 3-1-2-2-2-2 Effets du MEOPA.....   | 53        |
| 3-1-2-2-2-3 Effets indésirables.....   | 54        |
| 3-1-2-2-2-4 Indications.....   | 55        |
| 3-1-2-2-2-5 Contre-Indications.....  | 55        |
| 3-1-2-2-2-6 Avantages.....   | 56        |
| 3-1-2-2-2-7 Inconvénients.....   | 56        |
| 3-1-2-2-2-8 Technique.....   | 57        |
| 3-1-2-2-2-9 Cas des patients présentant des troubles cognitifs.....  | 58        |
| 3-1-2-2-3 La sédation consciente modérée (analgésie) induite par les benzodiazépines.....                                      | 60        |
| 3-1-2-2-4 La sédation consciente légère (anxiolyse) induite par les antihistaminiques.....                                     | 62        |
| 3-1-2-2-5 Les techniques non pharmacologiques (sédation consciente légère).....  | 62        |
| 3-1-2-3 Soins sous anesthésie générale.....  | 62        |
| 3-1-2-3-1 Définition.....  | 62        |
| 3-1-2-3-2 Les composantes de l'anesthésie générale.....  | 62        |
| 3-1-2-3-3 Indications.....   | 63        |
| 3-1-2-3-4 Contre-indications.....  | 64        |
| 3-1-2-3-5 Avantages et inconvénients.....  | 64        |
| 3-1-2-3-6 Les risques.....   | 65        |
| 3-1-2-3-7 Technique.....   | 65        |
| <b>3-2 Les freins à l'accès aux soins.....</b>   | <b>67</b> |
| 3-2-1 Le type de handicap.....   | 67        |
| 3-2-2 Le moyen de transport.....   | 68        |
| 3-2-3 Le manque de formation des chirurgiens-dentistes.....  | 68        |
| 3-2-4 Le manque de cabinets prodiguant des soins adaptés.....  | 69        |
| 3-2-5 Le coût et la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).....   | 69        |
| 3-2-6 La sous-estimation des besoins par l'entourage.....  | 70        |
| 3-2-7 Le manque d'information du patient.....  | 71        |
| <br>   |           |
| <b>CHAPITRE 4: LES RESEAUX DE SANTE COMME REPONSE AUX BESOINS ...</b>  | <b>72</b> |
| <br>   |           |
| <b>4-1 Définition et objectifs d'un réseau.....</b>  | <b>72</b> |
| <br>   |           |
| <b>4-2 L'historique des réseaux de santé.....</b>  | <b>72</b> |
| <br>   |           |
| <b>4-3 La reconnaissance des réseaux par les pouvoirs publics.....</b>   | <b>73</b> |
| <br>   |           |
| <b>4-4 Les lois et textes.....</b>   | <b>73</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>4-5 Les différents types de réseaux .....</b>   | <b>75</b> |
| <b>4-6 Constitution d'un réseau .....</b>  | <b>76</b> |
| 4-6-1 Définition des différents financements .....   | 76        |
| 4-6-1-1 FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville).....                            | 76        |
| 4-6-1-2 La DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux).....                       | 77        |
| 4-6-1-3 Devenir des financements.....  | 78        |
| 4-6-2 Mise en place d'un réseau.....   | 78        |
| 4-6-2-1 Procédure de mise en place d'un réseau financé par la DRDR.....                      | 78        |
| 4-6-2-2 Procédure de mise en place d'un réseau financé par le FAQSV.....                     | 81        |
| <b>4-7 Le réseau odontologique.....</b>  | <b>81</b> |
| <b>4-8 Différents réseaux odontologiques existant en France.....</b>                         | <b>84</b> |
| 4-8-1 Le Vinatier .....  | 84        |
| 4-8-1-1 Contexte et situation bucco-dentaire de la population handicapée et dépendante ..... | 84        |
| 4-8-1-2 Genèse du réseau .....   | 84        |
| 4-8-1-3 Fonctionnement du réseau .....   | 85        |
| 4-8-1-4 Les objectifs du réseau et les enjeux professionnels.....                            | 86        |
| 4-8-1-5 Apports du réseau .....  | 86        |
| 4-8-2 L'UFSBD 49 (Maine et Loire) et le réseau Acsodent.....                                 | 87        |
| 4-8-2-1 La population visée.....   | 87        |
| 4-8-2-2 La genèse du réseau.....   | 87        |
| 4-8-2-3 Le fonctionnement du réseau.....   | 88        |
| 4-8-2-4 Les objectifs.....   | 88        |
| 4-8-3 Handi-Acces .....  | 89        |
| 4-8-3-1 La population visée.....   | 89        |
| 4-8-3-2 La genèse du réseau.....   | 89        |
| 4-8-3-3 Les objectifs.....   | 89        |
| 4-8-4 Handident.....   | 90        |
| 4-8-4-1 La genèse du réseau.....   | 90        |
| 4-8-4-2 Les objectifs.....   | 90        |
| 4-8-5 Unité de soins spécifiques de Clermont-Ferrand .....                                   | 90        |
| 4-8-5-1 La population visée.....   | 90        |
| 4-8-5-2 Le fonctionnement.....   | 91        |
| <b>4-9 Les apports d'un réseau odontologique pour les personnes handicapées .....</b>        | <b>93</b> |
| 4-9-1 Une structure adaptée .....  | 93        |
| 4-9-2 Une formation des professionnels.....  | 94        |
| 4-9-2-1 La formation des chirurgiens-dentistes.....  | 94        |
| 4-9-2-2 La formation des personnels soignants.....   | 94        |
| 4-9-3 Une rémunération spécifique .....  | 94        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>4-10 Le devenir des réseaux .....</b> | <b>94</b>  |
| <b>CONCLUSION .....</b>                  | <b>96</b>  |
| <b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b> | <b>98</b>  |
| <b>ANNEXES .....</b>                     | <b>113</b> |

# INTRODUCTION

Dans l'Union Européenne une personne en âge de travailler sur dix déclare avoir un problème de santé ou un handicap de longue durée. Le 3 décembre 2001, le Conseil de l'Union Européenne proclamait l'année 2003 « année européenne des personnes handicapées » afin de « sensibiliser la société aux droits, aux besoins et aux potentiels des personnes handicapées ».

Les questions fortes inhérentes au handicap concernent un panel de questions : famille, vie professionnelle, santé, affectivité, sexualité, éthique, école, société.

Les objectifs de santé publique aujourd'hui, en France, sont de rechercher à la fois une mutation culturelle tant dans la pensée que dans l'action.

En 2002, le Président de la République, lançait le chantier prioritaire de la réforme en faveur des personnes en situation de handicap concernant environ 5,5 millions de personnes en France.

Sur le plan de la santé, les objectifs de la loi du 11 février 2005 relative au handicap sont notamment d'améliorer la prévention par un meilleur accès aux soins et une formation des personnels soignants aux situations de handicap, ainsi que la facilitation de l'accès aux lieux publics.

Les soins bucco-dentaires pour les personnes handicapées sont confrontés à la problématique de l'accès aux soins tant sur le plan de la prise en charge thérapeutique, que sur le plan de l'accès aux cabinets dentaires du fait des locaux. Les soins bucco-dentaires pour les personnes handicapées sont prodigués le plus souvent dans les cabinets dentaires libéraux qui représentent la majeure partie de l'offre de soins bucco-dentaires en France.

Or les besoins des personnes handicapées sont spécifiques puisqu'ils nécessitent une adaptation des locaux à leur handicap, un plateau technique adapté, des soins dont certaines étapes sont modifiées en fonction du type de handicap.

La prise en charge odontologique des patients handicapés dans un cabinet dentaire libéral implique souvent des compromis thérapeutiques ou pire le renoncement du praticien. Il semble indispensable que la prise en charge de ces personnes soit administrée dans une structure capable de fédérer des praticiens pour établir des protocoles de référence.

Le réseau de santé peut être une réponse à cette problématique. Ses enjeux sont de replacer le patient au cœur du système de soins, de décroiser le système de santé et d'accroître les compétences des acteurs tout en « revalorisant » les professionnels.

Cette étude en quatre parties explore la problématique du handicap, les besoins de santé spécifiques des personnes handicapées sur le plan bucco-dentaire, l'accès aux soins et les réseaux de santé comme réponse à cette demande de prise en charge spécifique.

# CHAPITRE 1 : LE HANDICAP

Il existe peu de chiffres concernant le nombre de personnes handicapées en France puisque ce chiffre varie en fonction de la définition du handicap qu'on utilise.

En France, en 2003, 5,5 millions de français se déclaraient handicapés avec 3,97 millions de français qui possédaient une carte d'invalidité (soit 6,8 % de la population) et 2,3 millions qui percevaient une allocation (soit environ 4% de la population). (INSEE, 2000)

En son sens le plus général, le handicap se définit comme un désavantage, une infériorité. Il n'est pas spécifique mais dépend de l'environnement. La confrontation entre la déficience et l'environnement de la personne porteuse du handicap est l'aspect situationnel du handicap. (OMS, 2001)

## I-1 Définition du handicap par l'OMS

La notion de handicap a été définie par l'Organisation mondiale de la santé (1980) (traduction française en 1988 par l'INSERM), à partir d'un projet expérimental de Classification Internationale des Handicaps (CIH) élaboré par un groupe de travail, initialement animé par André Grossiord et Philip Wood puis par Philip Wood seulement.

Cette classification internationale des handicaps (CIH) définit une personne handicapée comme : « *toute personne souffrant d'une déficience -aspect lésionnel -ou d'une incapacité -aspect fonctionnel- qui limite ou interdit toute activité considérée comme normale pour un être humain* ». (World Health Organisation, 1980)

Cette définition de Wood a évolué et l'OMS (2001) utilise une autre définition du handicap pour mettre plus en avant sa dimension sociale. La CIH est devenue la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé). La CIF prend en compte les facteurs environnementaux. Le handicap est défini sous deux angles : les problèmes de santé

et les facteurs contextuels (environnement, facteurs personnels). Dans ce cadre, une situation de handicap est l'ensemble des difficultés que rencontre la personne face à une situation de la vie quotidienne en raison de ses déficiences.

Les problèmes de santé regroupent les maladies de tous ordres : anomalies congénitales ou génétiques, troubles psychiques, blessures, mode de vie (alcool, tabac...). Ces problèmes peuvent entraîner une déficience ou se surajouter à la déficience existante. (Encyclopaedia Universalis, 2007)

Les facteurs contextuels désignent l'environnement de l'individu tel que l'attitude de ses proches, de la société et sa propre attitude face à sa déficience ainsi que les facteurs personnels tels que la personnalité de l'individu (âge, culture, éducation...) et le retentissement de sa déficience sur sa personne.

L'originalité et l'intérêt de la classification de l'OMS (2001) est de se démarquer d'une définition du handicap qui resterait trop exclusivement centrée sur la déficience, c'est à dire sur l'aspect lésionnel du handicap. A cette vision trop réductrice, l'OMS oppose une autre façon d'appréhender le handicap, qui considère moins la déficience elle-même que les conséquences qu'elle entraîne pour la personne.

## NOMENCLATURE DES HANDICAPS - CLASSIFICATION OMS, 1980

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>DÉSAVANTAGE</b></p> <p>OU : HANDICAP<br/>PROPREMENT<br/>DIT</p> | <p>Désavantage social résultant, pour l'individu, d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal</p> | <p>Handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'orientation (par rapport à l'environnement)</li> <li>- d'indépendance physique (dépendance d'une tierce personne)</li> <li>- de mobilité</li> <li>- d'activité occupationnelle</li> <li>- d'intégration sociale- d'indépendance économique</li> </ul> |
| <p><b>INCAPACITÉ</b></p>  | <p>Réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité</p>  | <p>Incapacités concernant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le comportement (acquisition des connaissances, relations...)</li> <li>- la communication (communication orale, visuelle, écrite...)</li> <li>- les soins corporels- la locomotion. Etc...</li> </ul>                                     |
| <p><b>DÉFICIENCE</b></p>  | <p>Altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique</p>  | <p>Déficience intellectuelle (retard mental...)</p> <p>Déficience du psychisme (conscience, comportement...)</p> <p>Déficience du langage et de la parole</p> <p>Déficience auditive. Etc...</p>   |

### I-2 Définition du handicap en France

En France la loi d'orientation de juin 1975 "en faveur des personnes handicapées" ne propose pas de définition du handicap, mais elle s'efforce par contre d'en intégrer une conception non limitative, prenant en compte la personne handicapée comme telle, ses capacités et ses difficultés d'insertion. (J.O)

Cette loi avait pour objectif fondamental d'organiser et de développer l'aide sociale que l'Etat a le devoir d'apporter aux personnes handicapées, dans le cadre de la solidarité nationale. Cette loi de 1975 organise pour l'essentiel le secteur du handicap répondant ainsi aux urgences de l'époque.

Le 3 avril 1975, lors des débats autour du vote de la loi, Simone Veil, Ministre de la Santé, avait tranché : "Sera désormais considérée comme handicapée toute personne reconnue comme telle par les Commissions départementales"(Lieberman, 2003)

La définition du handicap proposée par Philip Wood dans les années 80 est retenue par l'OMS. Elle est adoptée en France et se traduit par la parution de l'arrêté du 9 janvier 1989 qui définit la "nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages" Cette nomenclature est utilisée par les commissions de l'éducation spéciale. Elle reprend très explicitement la classification internationale des handicaps proposée par l'OMS (1980) (Organisation mondiale de la santé), comme l'exprime son titre.

Elle prend en compte trois critères :

-la déficience : renvoie à l'altération d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique sous la forme de perte ou de dysfonctionnement de diverses parties du corps ou du cerveau. C'est l'aspect lésionnel du handicap.

-l'incapacité : constitue une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir de façon normale une activité et de réaliser des actes élémentaires. C'est l'aspect fonctionnel du handicap.

-le désavantage : conséquence de la déficience ou de l'incapacité qui produit des effets sur les conditions d'intégration sociale, scolaire ou professionnelle de la personne handicapée. Le désavantage est l'aspect situationnel du handicap.

Au sens strict, le handicap est le désavantage qui correspond à l'aspect situationnel du handicap : situations de dépendance physique, de dépendance économique ou de non-intégration sociale comme les relations perturbées ou l'isolement social.

L'objectif de la nomenclature de 1989 est de permettre aux professionnels de classer les populations handicapées en grandes catégories en vue de faciliter et d'harmoniser les décisions d'orientation des personnes handicapées ou d'attribution des allocations. Elle permet de bien cibler ces populations, auxquelles la loi de 1975 confère un statut. Et accessoirement, elle a également pour fonction de rendre possible un travail statistique, en proposant aux chercheurs un langage commun.

En fonction de l'importance du handicap, on peut utiliser d'autres notions telles que la curabilité, la permanence et la récupération puisque la situation de handicap est évolutive allant du handicap « léger » où le patient est relativement autonome au handicap « grave » nécessitant une aide continue.

La notion de handicap est vaste avec des limites assez floues obligeant à effectuer des catégories :

- ◆ Handicaps moteurs d'étiologies diverses : accident, affections musculaires, malformations congénitales, paralysies...
- ◆ Handicaps sensoriels comme la surdité ou la cécité.
- ◆ Handicap par suite de maladie interne chronique comme le diabète, l'hémophilie...
- ◆ Vieillesse
- ◆ Handicaps sociaux
- ◆ Déficiences mentales ou psycho-affectives

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 Art. L. 114. propose une définition intégrant la situation de désavantage que représente le handicap : "Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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 poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant."

Le nombre de personnes handicapées augmente toujours pour 2 raisons principales :

- ◆ Malgré l'amélioration du diagnostic prénatal, des enfants naissent encore avec des handicaps et ces enfants vivent plus longtemps qu'avant, grâce, entre autre, aux progrès de la médecine.

- ◆ Le nombre de patients accidentés et le nombre de personnes âgées sont en constante augmentation.

C'est pour cela que la question du handicap est aujourd'hui comme hier, une question de société. (Stiefel, 2002)

## **I-3 Législation et handicap**

La législation en rapport avec le handicap a beaucoup évolué depuis une trentaine d'années grâce à l'évolution de la définition du handicap et aux principes de solidarité nationale et de non-discrimination.

### **I-3-1 Loi n°75-534 du 30 juin 1975**

Loi en faveur des personnes handicapées qui crée les commissions d'éducation spéciale.

#### Article 1

La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale.

#### Article 49

Les dispositions architecturales et aménagements des locaux d'habitation et des installations ouvertes au public, notamment les locaux scolaires, universitaires et de formation doivent être tels que ces locaux et installations soient accessibles aux personnes handicapées. Les modalités de mise en œuvre progressive de ce principe sont définies par voie réglementaire dans un délai de deux mois à dater de la promulgation de la présente loi.

Cette loi du 30 juin 1975 a été suivie d'un décret n° 75-166 du 15 décembre 1975 dont les dispositions sont reprises dans la circulaire d'application du 22 avril 1976.

(sans auteur)

### **I-3-2 Loi n°87-157 du 10 juillet 1987 : loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés**

La loi n°87-157 du 10 juillet 1987 a mis en place une obligation d'emploi des travailleurs handicapés et assimilés pour tous les établissements de 20 salariés et plus dans la proportion de 6 % de l'effectif total de leurs salariés (art L323-1). (sans auteur)

### **I-3-3 Arrêté du 9 janvier 1989**

B.O. n° 8 du 23 fév. 89

Il précise la nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages. (sans auteur)

### **I-3-4 Loi n°89-486 du 10 juillet 1989 : loi d'orientation sur l'éducation**

L'accueil des enfants et des adolescents handicapés répond à une exigence exprimée de plus en plus fortement. La priorité en a été affirmée par la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Les principes et les modalités de la politique d'intégration scolaire qui en découlent ont été précisés dans les circulaires de 1982 et de 1983, qui demeurent valables. L'intégration scolaire des enfants et des adolescents est d'une importance capitale dans le processus d'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées. (sans auteur)

### **I-3-5 Loi n°90-602 du 12 juillet 1990 : loi relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.**

*« Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement, aucun salarié ne peut être sanctionné ou licencié en raison de son état de santé ou de son handicap (article L. 122-45 du code du travail). »*

Cette loi apporte une modification fondamentale au droit du travail. On passe d'une loi de garantie d'emploi pour les accidentés du travail et victimes de maladies professionnelles (loi du 7 janvier 1981) à des textes de loi "de non-discrimination" qui visent à garantir à tous le droit au travail face aux discriminations et notamment pour des raisons de santé. (sans auteur)

### **I-3-6 Loi n°91-663 du 13 juillet 1991 : loi portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.**

Elle complète les articles 49 et 52 de la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Elle précise les mesures d'accessibilité des locaux ouverts au public dont les cabinets dentaires.

Les décrets 99-756 et 99-757 du 31 août 1999, l'arrêté du 31 août 1999 et la circulaire du 23 juin 2000 relatifs à l'accessibilité de la voirie achèvent la mise en place de la totalité des dispositions de la Loi. (sans auteur)

### **I-3-7 Ordonnance n°2000-549 du 15 juin 2000**

Elle abroge en partie la loi n°75-534 du 30 juin 1975 qui lui substitue les dispositions correspondantes du Code de l'éducation.

Elle pose le principe de l'intégration scolaire des enfants et des adolescents comme une importance capitale dans le processus d'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées. (sans auteur)

### **I-3-8 Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**

Elle pose plusieurs principes dont :

- ◆ Le principe de solidarité envers les personnes handicapées :

L'enfant né avec un handicap « non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée » ne pourra pas obtenir réparation de la part des praticiens mais pourra obtenir une « compensation » relevant de la solidarité nationale.

Toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale.

- ◆ Le principe de non discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins (Art. L. 1110-3).
- ◆ Le principe de prise en charge de la douleur : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. »

« les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »

Cette loi a aussi pour objectif l'amélioration du système de santé et la mise en place des outils nécessaires aux professionnels en vue de réaliser leurs missions : la formation médicale continue (FMC), réseaux de soins centrés autour du patient et la place des ordres professionnels.

La ligne directrice de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consiste à rejeter l'idée selon laquelle la seule voie permise à des parents pour assurer une vie décente à leur enfant handicapé passe par la recherche d'une faute leur ouvrant droit à une indemnisation.

Elle pose le principe du droit, pour toute personne handicapée, d'obtenir de la solidarité nationale la compensation des conséquences de son handicap. L'engagement fut aussi pris de donner à ce principe un contenu, en réformant la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. (sans auteur)

### **I-3-9 Loi n°2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »**

Cette loi s'inscrit dans la continuité de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et a pour objectif de réformer la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Cette dernière parlait de "prise en charge et d'intégration", la loi du 11 février 2005 fait référence au projet de vie de la personne et au principe de non-discrimination.

Elle s'articule autour des principaux axes suivants :

- ✓ **Définition du handicap et du principe de non-discrimination.** Cette loi, pour la première fois, donne une définition du handicap. Article L-114 :  
"Constitue un handicap, au sens de la présente loi, 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".

✓ **Prévention, recherche et accès aux soins**

- mise en place de programmes de recherches pluridisciplinaires
- création d'un Observatoire National sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap.
- formation des professionnels de santé et du secteur médico-social à des modules spécifiques sur les handicaps : Elle prévoit notamment que les professionnels de santé et du secteur médico-social reçoivent, au cours de leur formation initiale et continue, une formation spécifique concernant l'évolution des connaissances relatives aux pathologies à l'origine des handicaps et les innovations thérapeutiques, technologiques, pédagogiques, éducatives et sociales les concernant, l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées, ainsi que l'annonce du handicap" Art. L. 1110-1-1.
- création de consultations médicales de prévention spécifiques à destination des personnes handicapées.

✓ **Compensation et Ressources**

- Droit à la compensation : création d'une prestation de compensation qui comprendra les aides humaines, techniques, l'aide à l'aménagement du logement de la personne handicapée, ainsi que les aides spécifiques ou exceptionnelles (aides animalières, acquisition de produits liés aux handicaps..)
- Modification des conditions d'attributions de l'AAH (Allocation Adulte Handicapé).

✓ **Scolarité, enseignement supérieur et enseignement professionnel**

✓ **Emploi, travail adapté et travail protégé**

✓ **Cadre bâti, transports et nouvelles technologies**

- Accessibilité des locaux d'habitation, des établissements accueillant du public, des lieux de travail pour tous les handicaps.
- Obligation de mise en accessibilité des bâtiments accueillant du public (dans un délai à fixer sans excéder dix ans).
- Mise en place d'une chaîne de déplacement dans les transports.

✓ **Accueil et information, évaluation des besoins, reconnaissance des droits.**

- Création des Maisons départementales des personnes handicapées.
- Regroupement de la CDES et de la COTOREP en Commission des droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

(sans auteur)

### **I-3-10 Arrêté du 17 mai 2006**

Art. R. 111-19-1. - Les établissements recevant du public définis à l'article R. 123-2 et les installations ouvertes au public doivent être accessibles aux personnes handicapées, quel que soit leur handicap.

Les cabinets dentaires appartiennent à cette catégorie d'établissements et sont concernés par cet arrêté.

« L'obligation d'accessibilité porte sur les parties extérieures et intérieures des établissements et installations et concerne les circulations, une partie des places de stationnement automobile, les ascenseurs, les locaux et leurs équipements »

Cet arrêté s'applique aux constructions neuves qui devront respecter ces obligations mais aussi aux constructions plus anciennes qui devront se mettre aux normes avant 2015 pour les établissements recevant du public (ERP) établis sans changement de destination et au 1<sup>er</sup> janvier 2011 pour les ERP créés à partir d'un changement de destination.

L'arrêté interministériel du 1<sup>er</sup> août 2006 (arrêté fixant les dispositions pour l'application des articles du Code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création) détermine toutes les caractéristiques techniques à respecter. (sans auteur)

### **I-3-11 Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs**

Les objectifs de cette loi sont de :

- ◆ Réaffirmer les principes de nécessité, de subsidiarité et de proportionnalité de la protection juridique
- ◆ Replacer la personne vulnérable au centre du régime de protection
- ◆ Réorganiser les conditions d'activité des tuteurs et curateurs extérieurs à la famille

◆ Instaurer un nouveau dispositif social en faveur des personnes protégées

Le Code civil met en place les mesures actuelles de protection des majeurs dits incapables dans le but de limiter, voire d'écartier les dangers du quotidien et de protéger légalement l'individu sur les plans administratifs et financier. Le majeur, qu'une altération de ses facultés personnelles met dans l'impossibilité de pourvoir à ses intérêts, est protégé par la loi.

(Teyssie, 2001)

L'altération des facultés mentales et l'altération des facultés corporelles sont à distinguer (Teyssie, 2001). En ce qui concerne les causes mentales, l'article 490 du Code civil fait état, à titre indicatif de la maladie, l'infirmité, l'affaiblissement lié à l'âge. Dans le cas d'une altération des facultés corporelles, les facultés mentales demeurent intactes mais la libre expression d'une volonté consciente du sujet est impossible.

Ces notions sont reprises dans la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs :

« Art. 425. - Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre

« Art. 457-1. - La personne protégée reçoit de la personne chargée de sa protection, selon des modalités adaptées à son état et sans préjudice des informations que les tiers sont tenus de lui dispenser en vertu de la loi, toutes informations sur sa situation personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de sa part.

« Art. 459. - Hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

« Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

« La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que, du fait de son

comportement, l'intéressé ferait courir à lui-même. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué.

« Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée. » (sans auteur)

## **I-4 Les différents handicaps**

### **I-4-1 Les origines**

Les origines d'un handicap sont multiples : malformation, maladie acquise, maladie génétique ou accident... Le handicap peut survenir à n'importe quel moment de la vie et peut avoir plusieurs étiologies avec des conséquences sur l'environnement de la personne handicapée et sur son mode de vie. Les étiologies sont diverses et variées et ne peuvent faire l'objet d'une liste exhaustive. (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

#### **I-4-1-1 Maladies génétiques**

Les maladies génétiques sont responsables d'un grand nombre de handicaps. Elles apparaissent par mutation ou translocation d'une partie ou de tout un gène.

Il existe entre 6000 et 7000 maladies rares actuellement. Les perspectives thérapeutiques existent peu à court terme et évoluent au rythme de la recherche médicale.

Les modifications que subissent les gènes en cause ont des répercussions d'une gravité très hétérogène. (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

#### **I-4-1-2 Maladies chroniques**

De nombreuses maladies peuvent conduire à une invalidité importante par détérioration d'une fonction comme les articulations, le système nerveux central ou le système respiratoire. Des

pathologies comme le diabète, l'hémophilie ou les maladies cardiaques sont aussi considérées comme des étiologies du handicap.

Chez l'adulte, la polyarthrite rhumatoïde est l'une des principales causes de handicap moteur. Il s'agit d'une maladie auto-immune, d'origine inconnue, où le système immunitaire au lieu de défendre l'organisme, attaque et détruit les articulations. La maladie évolue par poussées, touchant progressivement différentes articulations et provoquant d'intenses douleurs difficiles à soulager.

La sclérose en plaques est une maladie du système nerveux central dont la cause n'est pas encore précisément déterminée. Elle touche environ 50 000 personnes en France. Il existe des formes bénignes, mais un tiers environ des personnes atteintes évoluent progressivement vers un handicap lourd.

Les insuffisances respiratoires chroniques graves concernent environ 50 000 personnes en France. L'asthme ou la bronchite chronique peuvent, dans les cas graves, conduire à une invalidité totale et nécessitent une assistance respiratoire permanente.

(Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

### **I-4-1-3 Accidents**

#### ***I-4-1-3-1 Les accidents congénitaux (ou inné)***

Ce sont des handicaps qui apparaissent dès la naissance à cause d'un accouchement difficile, d'une malformation congénitale par exemple. Ces accidents provoquent un nombre important de handicaps moteurs et intellectuels. (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

#### ***I-4-1-3-2 Les accidents de la route, du sport ou du travail (ou acquis)***

Ils provoquent des handicaps importants, notamment par lésion de la moelle épinière et par traumatisme crânien. Ces lésions surviennent essentiellement chez l'enfant et l'adulte jeune et touchent environ 30 000 personnes en France. Plus de 100 000 personnes présentent des

séquelles graves de traumatisme crânien. (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

## **I-4-2 Les handicaps**

Il n'est pas aisé d'établir des catégories concernant les différents types de handicaps puisque les origines des handicaps sont diverses. Parfois, un type de handicap est constitué de différentes déficiences ou la conséquence du handicap devient un handicap également. Cette présentation n'est pas une classification. Elle montre une partie des handicaps et peut toujours être enrichie.

### **I-4-2-1 Déficiences intellectuelles**

Elle touche entre 1 et 3 % de la population générale, avec une prépondérance du sexe masculin.

Il existe deux types de classifications : une classification dite « traditionnelle » de la déficience intellectuelle et une classification dite « moderne ».

#### **La classification dite « traditionnelle » de la déficience intellectuelle :**

Elle se présente sous la forme de 4 catégories basées sur les résultats des tests psychométriques :

- Les tests d'efficiences intellectuelle (ils ont été créés pour évaluer et mesurer l'intelligence)
- Les tests de personnalité (ils explorent le caractère, l'affectivité du sujet et ainsi représentent un moyen pour définir sa personnalité)

Les tests appliqués aux personnes déficientes intellectuelles sont à utiliser avec précaution puisqu'ils ne reflètent que partiellement la réalité d'une personne.

Les 3 catégories définies par la classification traditionnelle c'est-à-dire par un quotient intellectuel (QI) inférieur à 69 sont :

- La déficience intellectuelle grave
- La déficience intellectuelle moyenne
- La déficience intellectuelle légère

Le retard mental léger (QI entre 50 et 70) concerne 85 % des déficients intellectuels. Il est généralement repéré à l'occasion des premières difficultés scolaires

Le retard mental moyen (QI entre 35 et 55) touche 10 % des déficients intellectuels. Il permet généralement l'accès au langage et aux bases des premiers apprentissages scolaires (lecture, calcul).

Les retards mentaux profonds et graves (QI inférieur à 40) concernent 5 % des déficients intellectuels. Ils sont souvent associés à d'autres handicaps, visuels, auditifs ou moteurs et à des troubles somatiques comme l'épilepsie. L'accès au langage est limité. Les troubles du comportement comme l'automutilation sont fréquents. La prise en charge est généralement réalisée dans des établissements spécialisés pour polyhandicapés tout au long de leur vie à cause de leur grande dépendance.

(Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

### **La classification moderne des déficiences intellectuelles :**

Cette classification se fonde sur des appréciations plus proches du vécu de la personne, et distingue les déficiences harmoniques des déficiences dysharmoniques.

- La déficience de type harmonique (Galland A et Galland J, 1993) est un retard intellectuel « fixé » qui ne se complique, en principe, d'aucun trouble caractériel. La personne a un comportement relativement équilibré et, s'il vit dans un cadre adapté à ses possibilités il peut utiliser au mieux ses capacités réduites. Les relations, que la personne établit avec son entourage sont stéréotypées et rigides. Son langage, s'il existe, est touché dans ses fonctions d'expression, de communication et de pensée.

On peut dire que ces personnes ont :

- Des difficultés d'adaptation du fait d'un manque de discernement et de difficultés d'abstraction.
- Des besoins de protection vis-à-vis d'un environnement qu'ils ne maîtrisent pas.
- Un rapport de dépendance dans leur relation à l'Autre.

- Les déficiences dysharmoniques

La différence avec la déficience harmonique tient davantage dans l'existence avérée de troubles d'élaboration de la personnalité. La façon dont s'exprime le déficit intellectuel apparaît complexe, les performances déjà limitées par l'insuffisance intellectuelle de fond sont encore réduites par la façon dont l'enfant se dessaisit parfois des moyens d'expression et de relation.

Les troubles du comportement chez les enfants dysharmoniques sont constants, ils peuvent être considérés comme « caractériels » ou s'ancrer dans des traits psychotiques plus ou moins graves.

Les réactions névrotiques à tonalité anxieuses peuvent s'exprimer par des replis sur soi ou des recherches de satisfaction immédiate (tels que le balancement, les tics etc.) ou des attitudes d'opposition.

Certaines déficiences dysharmoniques révèlent des symptômes dépressifs avec des expressions de crainte et de découragement.

(Galland A et Galland J, 1993)

La déficience mentale peut s'installer d'emblée dans le développement psychique de l'enfant ou apparaître comme une détérioration secondaire, à la suite d'une maladie (épilepsie sévère, maltraitance...). La déficience peut aussi s'installer, chez l'enfant ou le jeune adulte dans le cadre d'une maladie mentale (psychose). (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

Les causes des déficiences intellectuelles sont de deux ordres :

- Les causes périnatales des déficiences intellectuelles de l'enfant (au moment de sa naissance) :
  - La souffrance cérébrale du nouveau-né
  - L'infection néonatale

- La prématurité (la naissance de l'enfant a lieu entre 35 et 36 semaines après la conception)
- Les atteintes survenant après la naissance :
  - L'enfant maltraité et négligé
  - La déficience intellectuelle survenant après un traumatisme crânien (le syndrome de « l'enfant secoué » par exemple)

(Galland A et Galland J, 1993)

### **I-4-2-2 Déficiences auditives**

2 millions de personnes en France présentent une déficience auditive légère, 1 250 000 une déficience auditive moyenne, 350 000 une déficience auditive sévère, 110 000 une déficience auditive profonde.

Cette déficience est de deux ordres :

- De transmission : l'oreille externe et l'oreille moyenne ne transmettent plus les ondes sonores. Quelque chose s'oppose au passage des ondes et toutes les ondes sont gênées de façon semblable. La surdité n'est jamais totale.
- De perception : l'oreille interne et les structures du cerveau (voies et centres nerveux auditifs) ne transforment plus les ondes sonores en message. Le message est déformé et la surdité peut être totale.

Dans les cas les plus fréquents la surdité est mixte.

(Bargues, 1992)

Les causes de surdité sont diverses :

- Causes entraînant une surdité de transmission : l'âge, les changements brusques de pression, les toxines et les infections, les otites, l'ostéospongiose, la rubéole et la toxoplasmose.
- Causes entraînant une surdité de perception : l'âge, l'ictère néo-natal, la naissance prématurée, les maladies, les toxines et les infections, les médicaments, la maladie de Ménière, la rubéole, la toxoplasmose, la surdité brusque, la surdité évolutive, les traumatismes graves, les traumatismes sonores, les tumeurs.

(Bargues, 1992)

Cette déficience n'est pas visible. Elle met à l'écart les personnes qui ne peuvent plus comprendre et participer aux conversations.

Elle représente un danger dans la vie de tous les jours (entendre le téléphone, être alerté par une alarme, entendre un moteur lorsqu'on traverse la route...).

(Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

### **I-4-2-3 Déficiences visuelles**

La classification OMS de la déficience visuelle (élaborée de 1975 à 1978 et publiée avec la Classification Internationale des Maladies en 1980) est basée sur l'acuité visuelle de loin du meilleur oeil après correction. On distingue 2 catégories de déficients visuels : les aveugles et les malvoyants que l'on classe en 5 catégories de la déficience moyenne à la déficience totale. Il est à noter des écarts entre les catégories OMS et la classification française, et l'on retiendra que la classification française reconnaît la cécité pour les catégories OMS IV et V. (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003 ; Cordebar, sans date)

En France, réglementairement, une personne est considérée comme **aveugle** si elle a une acuité visuelle de loin du meilleur oeil, après correction, inférieure à  $1/20^{\circ}$  ou si son champ visuel est inférieur à  $10^{\circ}$  pour chaque oeil.

Dans les mêmes conditions, une personne est considérée comme **malvoyante** si son acuité visuelle de loin est comprise entre  $4/10^{\circ}$  et  $1/20^{\circ}$ , ou si son champ visuel est compris entre  $10^{\circ}$  et  $20^{\circ}$  pour chaque oeil. (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

On distingue 3 causes principales de déficience visuelle grave conduisant à des états de malvoyance sévère et de cécité (dans les pays industrialisés):

- La dégénérescence maculaire liée à l'âge (la DMLA)
- Le glaucome
- La rétinopathie diabétique

La cataracte est la première cause de cécité dans le monde, en dehors des pays industrialisés qui traitent cette pathologie chirurgicalement.

(Cordebar, sans date)

Le port de la canne blanche n'est autorisé en France que pour une acuité inférieure à 1/10<sup>e</sup>.

A ce jour en France, il n'y a pas de données épidémiologiques complètes et détaillées à propos des déficiences visuelles.

La population atteinte de cécité totale est en régression grâce aux progrès thérapeutiques mais dans le même temps, le nombre de malvoyants augmente.

(Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

#### **I-4-2-4 Déficiences motrices**

Michel Delcey (2002) (médecin et conseiller médical de l'association des Paralysés de France) définit la déficience physique :

« Une déficience physique est une atteinte (perte de substance ou altération d'une structure ou fonction, physiologique ou anatomique) de la motricité, c'est à dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir, quels que soient le but ou la fonction du mouvement produit :

-déplacement (locomotion, transferts, etc.)

-fonction posturale (se tenir debout, assis, etc.)

-action sur le monde extérieur (préhension, manipulation d'objets, etc.)

-communication (paroles, gestes et mimiques, écriture, etc.)

-alimentation (mastication, déglutition, etc.)

-perception du monde extérieur (mouvement des yeux et de la tête.)

-mouvement réflexe (exemple : retrait de la main qui touche un objet brûlant)

Causes des déficiences motrices :

- Les handicaps dus à une malformation

La malformation est un trouble du développement de l'enfant in utero.

Exemples : malformations du squelette, malformations des membres, IMC.

- Les handicaps traumatiques (ou par blessure médullaire)

Il s'agit de handicaps par blessures accidentelles et sauf rares exceptions acquis.

Exemple : les blessés impliqués dans des accidents de la voie publique (traumatismes crâniens, amputations, paraplégies, tétraplégies etc.

- Les handicaps dus à une maladie

Ils regroupent les handicaps qui ne résultent ni d'une malformation ni d'un traumatisme ou d'une blessure. Certaines maladies sont congénitales ou acquises, héréditaires ou non, d'origine bactérienne ou virale.

Exemple : la poliomyélite, la sclérose en plaques.

- Les handicaps dus au vieillissement

Les personnes âgées connaissent une altération naturelle de leurs potentiels de mobilité qui les conduisent vers des situations de handicaps et de perte d'autonomie.

(Delcey, 2002)

Le handicap moteur isolé croît fortement avec l'âge. Cela s'explique par l'origine et la nature des déficiences.

(Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

#### **I-4-2-5 Déficiences du langage**

Le langage oral peut ne pas apparaître, être altéré ou disparaître pour de multiples raisons.

La déficience du langage a plusieurs origines :

- Une déficience intellectuelle profonde : le langage est absent.
- Un traumatisme psychologique ou une maladie mentale : le langage peut disparaître totalement ou transitoirement.
- Une lésion cérébrale d'origine cérébrale ou accidentelle : le langage peut être altéré ou la lésion entraîne une aphasie se manifestant par des troubles majeurs de l'expression, avec une compréhension relativement préservée (aphasie de Broca), ou se manifestant par une production verbale riche en quantité, mais inintelligible avec d'importants troubles de la compréhension (aphasie de Wernicke).
- Des troubles dont l'origine est inconnue, le patient a des troubles du langage (dysphasie).

(Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

#### **I-4-2-6 Déficiences viscérales et générales**

Etre atteint d'une insuffisance cardiaque ou respiratoire (comme dans la mucoviscidose) ou subir les conséquences mutilantes d'un cancer est aussi un handicap, qui a longtemps été méconnu en tant que tel.

De très nombreuses maladies chroniques peuvent générer des handicaps en provoquant des déficiences progressives, comme l'épilepsie grave ou en raison des soins constants qu'elles imposent, comme la mucoviscidose. (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

#### **I-4-2-7 Traumatismes crâniens et cérébro-lésés**

En France, environ 150 000 personnes sont touchées chaque année par un traumatisme crânien qui nécessite une prise en charge spécifique. Ils sont provoqués par des chutes, des accidents domestiques ou des accidents de la route. 1% des traumatisés restent à l'état végétatif.

Ces traumatismes entraînent, dans les cas les plus graves, des séquelles psychologiques, motrices ou comportementales. Leurs prises en charge peuvent être longues puisqu'elles requièrent dans certains cas rééducation kinésithérapique, rééducation de la mémoire, rééducation du langage, soutien psychologique et familial...

(Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

#### **I-4-2-8 Autisme**

L'autisme infantile est un trouble global du comportement apparaissant avant l'âge de trois ans. Il se caractérise par un fonctionnement déviant et retardé dans le domaine des interactions sociales, de la communication et du comportement. Il concerne 4,9 enfants sur 10 000 naissances en France avec 3 ou 4 garçons pour une fille.

Les premiers signes de l'autisme se manifestent par un retrait relationnel : il fuit le regard et ne répond pas aux sollicitations verbales. Apparaissent ensuite des gestes, appelés stéréotypies, très caractéristiques. Le patient cumule différentes déficiences comme la psychomotricité retardée, l'apprentissage du langage est difficile et s'accompagne d'une déficience intellectuelle pour la plupart des autistes.

(Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

### **I-4-2-9 Polyhandicap**

Il se définit par une déficience mentale profonde associée à de graves incapacités motrices. La restriction de l'autonomie est extrême et les possibilités de perception, d'expression et de relation, limitées (annexe 24 ter du 29 octobre 1989). Sa prévalence est de 2 pour 1 000 en France si on prend en compte la définition élargie du polyhandicap (IMC, IMOC, cerebral palsy). (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003). La prévalence des polyhandicaps d'origine pré et périnatale est de 0,7 à 1 pour 1000 tandis que celle des polyhandicaps acquis postnataux est voisine de 0,1 pour 1000. (CTNERHI, 2005) Le polyhandicap est dû à une atteinte cérébrale précoce qualifiée de grave ou de sévère. Aujourd'hui, l'état des connaissances médicales permet d'identifier la majorité des causes de polyhandicap (30% d'entre elles demeurent inconnues).

Ces causes sont d'origine prénatale pour la plupart (environ 50% des cas) et sont dues à des malformations, des accidents vasculaires cérébraux prénataux, le virus du sida, des maladies génétiques...

Les causes périnatales existent dans environ 15% des cas.

Les causes postnatales sont rares (traumatismes, arrêts cardiaques), environ 5% des cas.

### **I-4-2-10 Personnes handicapées vieillissantes**

Leur espérance de vie augmente comme pour la population générale : l'INSEE prévoit que d'ici 2020 les personnes de plus de 60 ans atteindront le quart de la population française. Le vieillissement des personnes peut devenir un handicap quand la personne ne peut plus assumer seule son quotidien et perd son autonomie à cause de la diminution de ses capacités motrices. (Cordebar, 2007)

Les personnes vieillissantes développent des incapacités ce qui rend difficile leur accueil dans une structure adaptée. Pour prévenir ces difficultés, de nombreux services à domicile se développent pour le maintien à domicile des personnes âgées peu dépendantes. (Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003)

### **I-4-2-11 Handicap social**

Le handicap social est tabou en France. L'argument le plus entendu pour éviter de parler de handicap social est l'irréversibilité qui caractériserait le handicap physique, sensoriel et mental, et qui ne saurait concerner le social. On peut d'ailleurs s'interroger sur la réversibilité ou l'irréversibilité des handicaps, les situations pouvant se figer ou évoluer selon la nature et la durée de l'accompagnement médical ou social. L'autre argument serait la stigmatisation des personnes en situation de handicap social.

C'est la crise économique et la montée du chômage qui ont contraint le gouvernement à renoncer à la problématique du handicap social. On lui substitue, pour des raisons essentiellement financières, la politique du traitement social : stage d'initiation à la vie professionnelle (SIVP), travaux d'utilité collective (TUC), contrats emploi solidarité (CES)... Mais en passant du handicap à la difficulté sociale, les personnes concernées vont perdre le bénéfice de la durée (du temps de travail, des contrats). En effet d'un côté, le travailleur handicapé peut être accueilli sans limitations de durée, avec un salaire mensuel parfois proche du SMIC et une aide durable de l'Etat. De l'autre, l'association offre à la personne en difficulté sociale, un mi-temps et la moitié du SMIC pour une durée de six mois ou un an. (Loquet, sans date)

Ce type de handicap n'est pas encore totalement reconnu en France puisqu'on préfère parler de difficulté sociale plutôt que de handicap social. (Loquet, sans date)

## **CHAPITRE 2 : LES BESOINS DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES HANDICAPEES**

La santé bucco-dentaire dans le monde occidental s'est nettement améliorée depuis une quinzaine d'années notamment grâce à l'augmentation du nombre de praticiens, à l'amélioration de la prévention, à l'accroissement de l'information médiatique, à l'utilisation d'antibiotiques, à une modification de l'alimentation et à l'utilisation quotidienne du fluor sous forme topique. Or la situation pour les personnes handicapées est nettement moins favorable. La fréquence et la gravité des affections dentaires sont souvent plus importantes chez les personnes handicapées. (Martens, 1997)

De nombreuses études montrent l'insuffisance des soins dentaires pour les personnes handicapées. En réalisant leur bilan bucco-dentaire, on réalise quels sont leurs particularités et leurs besoins.

Les moyens de prévention bucco-dentaire utilisés par les patients handicapés sont la brosse à dent, le dentifrice et les bains de bouche comme pour la population générale mais ces moyens sont adaptés à chaque patient.

Pour les patients les plus coopérants, la brosse à dent et le dentifrice sont utilisés tandis que pour les patients trop réticents ou incapables d'assurer les gestes d'hygiène bucco-dentaire, c'est une tierce personne qui nettoie les dents du patient en passant une compresse imbibée de chlorhexidine ou de fluorures. (Martens et coll., 1995)

Comme certains patients sont dans l'incapacité d'effectuer les gestes d'hygiène bucco-dentaire seuls, il est important de former les personnels soignants appartenant aux établissements médico-éducatifs à l'hygiène bucco-dentaire et à la prévention. (Martens et coll., 1995 ; Faulks et Hennequin, 2000)

### **2-1 Hygiène**

La santé bucco-dentaire relève à la fois de l'hygiène bucco-dentaire du patient et de son hygiène de vie, notamment de sa façon de s'alimenter.

## **2-1-1 Hygiène bucco-dentaire**

L'hygiène buccale est difficile pour le patient handicapé puisqu'elle dépend des capacités de celui-ci. Le brossage se fait donc seul, avec ou sans contrôle, ou par l'entourage.

### **2-1-1-1 Les difficultés rencontrées pour l'hygiène bucco-dentaire**

L'hygiène est compliquée par différents facteurs :

- Le bavage est dû à une hypotonicité musculaire qui empêche la salive d'être retenue par les muscles des lèvres et de la face. (Mugnier, 1976)
- Le grincement de dents est favorisé par le manque d'équilibre fonctionnel et la présence de parafunctions. (Hennequin et coll., 2000a)
- Les mouvements incontrôlés de la bouche
- La fermeture subite de la bouche
- La langue en opposition, phénomène accentué lorsque la langue est protrusive comme pour les patients trisomiques. (Hennequin et coll., 2000a)
- La déglutition perturbée (succion-déglutition, déglutition infantile)
- Le réflexe nauséeux
- Les contractions des joues, des lèvres ou de la langue

(Volet et Sixou, 2003)

Il faut alors trouver une technique adaptée à chaque personne en fonction de ses aptitudes.

### **2-1-1-2 Les moyens**

Selon l'étude de Bandon et coll. (2004), l'indice de plaque est plus élevé chez les enfants handicapés que chez les non-handicapés, la prévention étant déjà sous-estimée pour la population générale, elle se raréfie encore plus pour les patients handicapés.

Le but de la prise en charge des patients handicapés est d'amener le patient à une prophylaxie individualisée en fonction de ses capacités.

La prévention bucco-dentaire doit s'inscrire dans un programme mis en place en collaboration avec les parents, les soignants, les ergothérapeutes, les kinésithérapeutes afin d'obtenir une technique d'hygiène adaptée au patient et à ses capacités. (Volet et Sixou, 2003)

#### ***2-1-1-2-1 Le brossage***

Volet et Sixou dans leur étude (2003) déterminent 4 groupes :

- 1) patient qui comprend et assure les actes simples
- 2) patient qui comprend mais n'assure pas les actes simples
- 3) patient qui ne comprend pas mais accepte les actes de prévention
- 4) patient qui ne peut pas comprendre et n'accepte pas les actes de prévention

Pour le groupe 1, l'hygiène bucco-dentaire est réalisée par le patient sous le contrôle d'une tierce personne ou non.

Pour les groupes 2 et 3, l'hygiène bucco-dentaire est assurée par l'entourage. Le patient est dépendant d'une tierce personne.

Pour le groupe 4, l'hygiène bucco-dentaire est difficile. Elle peut être mise en œuvre avec des compresses de chlorhexidine.

Il est indispensable pour la prévention de contrôler l'hygiène alimentaire du patient, les apports de fluor et de supprimer les facteurs favorisant la rétention de plaque.

Selon l'étude de Faulks et Hennequin (2000), il existe 3 groupes :

#### **1) coopération limitée**

Ces patients ne comprennent pas la nécessité du brossage et manquent de dextérité pour se brosser les dents seuls. Ils sont constamment en mouvement, ils mâchent la brosse, refusent d'ouvrir la bouche, sont incapables de se rincer la bouche et ont souvent un réflexe nauséux.

Il est nécessaire d'utiliser une brosse spéciale : superbrush qui brosse toutes les surfaces dentaires simultanément. La technique de brossage est facile à apprendre et à appliquer mais la brosse peut être blessante.



La position du brossage : le patient est assis et le soignant est positionné derrière le patient pour tenir la tête en arrière afin d'éviter les mouvements brutaux, de diminuer le réflexe nauséux et de stabiliser la mandibule.

## 2) groupe qui coopère

La méthode de brossage utilisée est la technique de Bass modifiée avec une brosse normale. Cette activité doit être intégrée dans le programme éducatif. Elle permet une certaine autonomie mais nécessite de la dextérité et une surveillance de la part du soignant afin de vérifier l'absence de plaque.

## 3) mesures d'hygiène impossibles

Ce sont en général les autistes avec ou sans déficience mentale. Le premier contact est le massage facial puis le nettoyage des surfaces dentaires avec une compresse de chlorhexidine pour permettre l'introduction de la brosse à dent sur les secteurs antérieurs et enfin sur les secteurs postérieurs.

Dans ce programme, le soignant accompagne le résident lors des soins que ce soit des soins à l'état vigile, sous sédation consciente ou sous anesthésie générale afin que le soignant apprécie la difficulté des soins et l'importance de la prévention pour ces résidents.

L'absence de formation des personnels soignants à l'hygiène bucco-dentaire aggrave les pathologies dentaires. (Hennequin et coll., 2004)

### ***2-1-1-2-2 Le fluor***

Le rôle du fluor est important puisqu'il est connu pour son efficacité dans la prévention de la carie. (Courson et Landru, 2005). La Société Française d'Odontologie Pédiatrique (SFOP) considère les fluorures comme un moyen efficace de prévention de la carie et de la reminéralisation des lésions carieuses initiales chez des patients à risque carieux élevé. (Sixou et coll., 2004)

Son utilisation se fait sous deux formes, topique ou systémique, mais seule la forme topique est retenue puisque l'effet cario-protecteur des formes topiques est supérieur à celui des formes systémiques. (Sixou et coll., 2004)

La forme topique a un effet protecteur important sur les dents en stade post-éruptif précoce. (Sixou et coll., 2004). Elle favorise la reminéralisation des lésions carieuses initiales et possède une action antibactérienne. (Sixou et coll., 2004 ; Courson et Landru, 2005)

Cette forme est apportée essentiellement par les dentifrices, les bains de bouche mais aussi par les vernis, les gels fluorés ou les biomatériaux de restauration que le chirurgien-dentiste utilise. (Sixou et coll., 2004 ; Courson et Landru, 2005)

Le problème de l'ingestion de dentifrice fluoré est à prendre en compte quand le patient est trop jeune ou qu'il est incapable de cracher puisque toute forme topique ingérée possède un effet systémique. (Sixou et coll., 2004 ; Courson et Landru, 2005)

La prévention par le fluor doit s'inscrire dans un programme prenant en compte l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire et les visites régulières chez le chirurgien-dentiste. (Sixou et coll., 2004)

### ***2-1-1-2-3 Les antiseptiques***

Le rôle de la chlorhexidine est chimique : cet antiseptique a une fonction antibactérienne. Il diminue le nombre de candida et réduit les pathologies parodontales. Son utilisation sous

forme de bain de bouche est un complément au brossage mais peut aussi être utilisé sur des compresses si le brossage s'avère impossible. (Al-Tannir et Goodman, 1994 ; Mattioni, 2003)

## **2-1-2 Hygiène alimentaire**

L'alimentation est un des facteurs essentiels à la formation et au développement des lésions carieuses. Les aliments à base d'hydrates de carbone ont une action cariogène sur les surfaces dentaires. La fermentation des hydrates de carbone au cours du métabolisme anaérobie des bactéries provoque une augmentation de la concentration en acides organiques dans la plaque dentaire. La chute du pH est à l'origine des déminéralisations de l'émail. (Dargent-Paré et Lévy, 2001). Les plus forts taux de caries sont retrouvés lorsque les apports d'hydrates de carbone (confiseries, boissons sucrées...) sont pris de façon répétitive dans la journée et en dehors des repas. Il faut donc éviter le grignotage.

Le potentiel cariogène des aliments est lié à leur contenu en sucres (glucides simples, ajoutés ou complexes) mais aussi à leur texture et à leur nature : plus l'aliment cariogène séjourne en bouche, plus les probabilités de développement rapide de la carie augmentent. (Foray et coll., 2006)

La présence du saccharose (glucide simple) facilite l'implantation de bactéries cariogènes dans la cavité buccale et engendre une augmentation du nombre de streptocoques mutans dans la flore buccale. (Sixou, 2003)

Certains aliments sont reconnus pour leur effet « détergent » vis-à-vis des hydrates de carbone comme les fruits frais ou les légumes crus. D'autres aliments, comme le fromage, ont un effet « protecteur » qui réduit la baisse du pH après la consommation de sucres. (Dargent-Paré et Lévy, 2001)

Certains médicaments ou sirops ont, à l'inverse, des effets néfastes lorsqu'ils sont à haute teneur en sucre.

A cause des problèmes de mastication et de déglutition, on administre aux personnes handicapées, dans 50% des cas, une alimentation liquide, coupée finement, attendrie ou écrasée en purée. Ce type d'alimentation molle entraîne un développement plus rapide de la plaque dentaire en favorisant la formation de tartre et en diminuant l'autonettoyage des surfaces dentaires. (Martens, 1997 ; Foray et coll., 2006)

L'ouverture constante de la bouche et la respiration buccale sont également des facteurs réduisant le nettoyage naturel des dents. (Carlsson et Egelberg, 1965)

La diminution de la sécrétion salivaire à cause d'une pathologie ou d'un médicament empêche l'élimination des restes alimentaires et favorise le développement des streptocoques mutans ou de certaines espèces de candida. La salive ne remplit donc plus son rôle de protection mécanique et chimique ce qui augmente le risque de gingivites, de caries et d'infections des plaies. (Martens, 1997 ; Foray et coll., 2006)

L'adaptation d'un régime alimentaire est indispensable pour réduire la rétention de plaque, augmenter l'autonettoyage des surfaces dentaires et diminuer l'apparition des caries. (Foray et coll., 2006)

L'alimentation fait aussi partie de la prévention bucco-dentaire et doit être intégrée dans un programme (prévention, conseils diététiques et éducation) pour que les facteurs alimentaires aient moins d'incidence sur les pathologies bucco-dentaires. (Martens et coll., 1995)

Ce programme de prévention montre la nécessité d'interdisciplinarité autour du handicap. (chirurgien-dentiste, médecin, diététicien, soignant...) (Martens et coll., 1995)

## **2-2 Particularités bucco-dentaires des personnes handicapées**

Les pathologies dentaires rencontrées chez la personne handicapée sont identiques à celles rencontrées dans la population générale (pathologies infectieuses, traumatiques, fonctionnelles) mais la prévalence de certaines pathologies augmente chez ces patients. De plus, les pathologies bucco-dentaires peuvent avoir des répercussions sur leur état de santé ce qui les fragilise et peut engendrer des complications. Bien que les pathologies bucco-dentaires soient les mêmes que celles de la population générale, certaines anomalies bucco-dentaires apparaissent plus volontiers dans certains types de handicaps (anomalies de nombre, de forme, retard d'éruption...). (Mugnier, 1976)

## **2-2-1 Les pathologies infectieuses**

Les pathologies infectieuses sont de 2 ordres : la maladie carieuse et la maladie parodontale. (Hennequin et coll., 2004)

Les patients handicapés ont moins de dextérité, à cause d'un handicap moteur qui les empêche d'effectuer le mouvement voulu ou à cause d'un handicap mental qui ne leur permet pas de comprendre la nécessité du brossage. (Hennequin et coll., 2004)

### **2-2-1-1 La maladie carieuse**

La maladie carieuse est évaluée dans la population générale par l'indice CAO. Cet indice n'est pas adapté à la population handicapée puisqu'il ne tient pas compte de la ou des déficiences de la personne qui favorise les dysmorphoses ou les anomalies dentaires de nombre ou de forme. De plus, ces patients sont moins faciles à examiner du fait de leur déficience motrice ou mentale ce qui ne permet pas d'évaluer suffisamment les paramètres de cet indice (carie, dent absente, dent obturée). (Hennequin et coll., 2004)

Concernant le CAO des enfants, les études sont controversées et ne permettent pas de conclure. Ce qui n'est pas le cas pour les adolescents et les adultes handicapés pour qui l'indice carieux est plus élevé que celui de la population générale. (Shaw et coll., 1990)

Le processus carieux se développe plus facilement chez ces patients pour différentes raisons :

- ◆ Le manque d'hygiène dû à un problème moteur ou à une déficience mentale
- ◆ La dépendance d'un tiers
- ◆ La mauvaise dextérité
- ◆ Une alimentation cariogène et molle ne permettant pas l'autonettoyage des surfaces dentaires
- ◆ Les modifications salivaires dues aux médicaments

On observe un nombre de dents absentes plus important dans la population handicapée pour deux raisons principales (Waldman et coll., 2000 ; Hennequin et coll., 2004) :

- Les soins dentaires sont souvent difficiles à réaliser chez les patients opposants ou anxieux. Les dents qui ne sont pas soignées doivent à terme être extraites afin d'éviter la diffusion des foyers infectieux
- Les extractions sont plus souvent réalisées chez ces patients pour ne pas avoir à intervenir de nouveau ou par manque de structure adaptée

Les avulsions multiples chez le jeune enfant rendent difficile l'acquisition du langage qui doit ensuite être stimulée par de l'orthophonie. (Hennequin et coll., 2000)

Pour Ha et coll. (2005), l'augmentation du A du CAO est lié à une politique extractionniste, où les praticiens préfèrent extraire les dents atteintes par manque de moyens et de formation mais aussi à cause du retard de prise en charge des patients handicapés.

Le nombre de dents absentes n'est donc pas seulement lié à la consommation de sucres puisque l'étude de Bandon et coll. (2004c) démontre que les patients handicapés ne consomment pas plus de sucres que les autres patients et que les soins conservateurs sont limités à cause de la prise en charge sous anesthésie générale. Par ailleurs, selon cette même étude, la pratique des soins conservateurs sous anesthésie générale ne demande pas plus de temps que le patient soit handicapé ou non.

### **2-2-1-2 La maladie parodontale**

Elle est très répandue dans la population handicapée : selon Vigild (1985) et Lancashire et coll. (1997), 80 à 90% des personnes handicapées présentent une parodontopathie qui est liée à différents facteurs (Faulks et Hennequin, 2000) :

- Une mauvaise hygiène bucco-dentaire par manque de technique adaptée au handicap ou par incapacité
- La prise de médicaments qui engendre des hyperplasies gingivales ne permettant pas un nettoyage suffisant
- Des problèmes d'immunodéficience
- La nécessité de l'aide d'une tierce personne qui ne réalise pas une hygiène bucco-dentaire adaptée à l'élimination de tous les germes
- Des troubles de la fonction masticatoire
- Une alimentation liquide ou molle

Selon Ha et coll. (2005), la maladie parodontale est aggravée par :

- Un indice de plaque plus important
- L'accomplissement incomplet des fonctions
- Les malpositions ou agénésies dentaires qui compliquent le brossage

L'étude de Van Grunsven et Koelen (1990) a montré que la répartition de la plaque et la quantité de plaque étaient différentes sur les dents de personnes non handicapées par rapport aux dents de personnes handicapées. En effet, pour une personne handicapée, on rencontre autant de plaque sur les incisives que sur les molaires alors que pour une personne non handicapée la rétention de plaque croît progressivement des incisives aux molaires. On observe également plus de plaque sur les faces vestibulaires des dents supérieures pour les personnes handicapées. Cette répartition de la plaque dentaire montre la présence d'une plaque ancienne qui est recolonisée très rapidement, notamment à cause des bactéries présentes dans l'exsudat de la gencive qui est inflammée.

Les parodontopathies se terminent dans la majorité des cas par la perte spontanée des dents ou par leur extraction. Cette perte dentaire a des conséquences fâcheuses pour le patient qui perd sa force masticatoire, l'obligeant à changer d'alimentation mais elle engendre également des bavages, des problèmes d'élocution mettant le patient encore plus à l'écart de la société. (Waldman et coll., 2000 ; Hennequin et coll., 2004)

Dans les pathologies infectieuses, qu'elles soient carieuses ou parodontales, le patient est confronté à des épisodes de douleur. Cette douleur est exprimée de diverses manières en fonction des capacités du patient à la montrer. Mais elle n'est parfois décelable pour l'entourage que par un changement de caractère de la personne handicapée ou par un refus de s'alimenter. Cette difficulté à exprimer la douleur ou la gêne retarde la première visite chez le dentiste et entraîne une aggravation de la pathologie dentaire. (Hennequin et coll., 1999)

### **2-2-2 Les pathologies traumatiques**

Elles sont également très répandues chez le sujet handicapé. Elles sont dues à la déficience motrice ou mentale qui implique des parafonctions, des dysmorphoses, des retards d'acquisition motrice.

Ces traumatismes se traduisent par :

➤ Des lésions muqueuses comme les morsures ou les abrasions. Leur présence est liée à des comportements d'automutilation suite à des troubles compulsifs ou d'origine neurologique mais aussi à cause de foyers infectieux non traités ou après un soin dentaire. Dans certains syndromes, les patients interposent la langue ou la lèvre entre les arcades entraînant des lésions sur ces muqueuses. (Hennequin et coll., 2004). Il se peut aussi que ces plaies des parties molles apparaissent à la suite d'une chute lors d'une crise d'épilepsie ou d'une perte de l'équilibre. (Mugnier, 1976)

➤ Les auto-mutilations : ce type de comportement est peu fréquent. Cette attitude est observée, le plus souvent, chez les patients autistes, schizophrènes ou les personnes retardées mentales. Ces patients s'infligent diverses mutilations en se mordant, se pinçant, se giflant ou se grattant (Hennequin et coll., 2004). Il reste parfois des séquelles suite à ces mutilations comme une cécité si les yeux sont touchés ou des hémorragies intra-crâniennes par exemple (Corbett, 1975). Les auto-mutilations ne signifient pas que le patient a des tendances suicidaires (Bachman, 1972). Elles apparaissent à des moments variables et selon certaines études, le changement de rythme du patient peut être un facteur déclenchant des crises comme, par exemple, le rendez-vous chez le dentiste. De nombreuses hypothèses ont été avancées pour essayer de comprendre ce processus :

- Hypothèse de renforcement social positif pour se « montrer ».
- Hypothèse de renforcement négatif
- Hypothèse d'auto-stimulation pour pallier à un manque de stimulations extérieures.
- Hypothèse organique : l'auto-mutilation serait un processus physiologique aberrant.
- Hypothèse psychodynamique afin de réduire sa culpabilité ou de se créer des barrières.

(Carr, 1977)

Toutes ces hypothèses tentent d'expliquer le comportement de ces patients dans le but de mieux les traiter. C'est pour cela qu'il existe également de nombreux traitements dont l'efficacité varie avec le type d'hypothèses qu'on retient.

Pour que cesse ce type de comportement, il faut tour à tour ignorer les actes d'auto-mutilations ou porter plus d'attention aux patients, récompenser les bons

comportements ou réprimander les mauvais...Les prises en charge sont différentes en fonction de chaque patient et de sa façon de réagir. Pour certains, on doit utiliser des contentions ou les sédaté. Dans les situations les plus graves, les dents sont extraites ou le patient est traité en neurochirurgie. (Lindemann et Henson, 1983)

La difficulté de prise en charge de ces patients en cabinet dentaire est évidente surtout si une crise apparaît. Ils sont généralement orientés vers des structures proposant les soins dentaires sous sédation consciente ou sous anesthésie générale. (Lindemann et Henson, 1983)

➤ Des traumatismes dentaires : ces patients font plus de chutes à cause de leur handicap soit à cause d'un déficit moteur soit à la suite d'un malaise ou d'une crise d'épilepsie. Ainsi, les fractures coronaires et radiculaires ne sont pas rares, de même que les fractures osseuses. C'est pourquoi il est important de rechercher des signes de ces traumatismes lors de la première consultation chez le dentiste afin d'éviter toute propagation d'un foyer infectieux. (Mugnier, 1976 ; Hennequin et coll., 2004)

➤ Usures et bruxisme : les usures sont fréquentes et reflètent l'existence d'une para fonction comme le bruxisme ou des habitudes de succion-déglutition ou de morsures. Les usures sont aggravées par les régurgitations acides liées au reflux gastro-oesophagien qui sont fréquents chez les patients handicapés ayant une incompétence du sphincter gastro-oesophagien. Ces reflux sont favorisés par la consommation d'aliments ou de boissons acides comme les jus de fruits acides ou les médicaments à base de vitamine C ou d'aspirine. (Shaw et coll, 1998 ; Dargent-Paré et Lévy, 2001). Les usures et le bruxisme excessifs conduisent à une perte de dimension verticale et parfois à des sensibilités dentinaires à cause des dénudations pulpaire. La perte de dimension verticale accentue les dysmorphoses dento-maxillaires et favorise le bavage. (Waldman et coll., 2000 ; Hennequin et coll., 2004).

### **2-2-3 Les pathologies fonctionnelles**

Les pathologies fonctionnelles sont spécifiques des troubles neuromoteurs et ont une répercussion au niveau de la cavité buccale. (Hennequin et coll., 2000)

La ventilation reste buccale le plus souvent, la maturation des fonctions orales est retardée, les habitudes de succion-déglutition persistent, le développement du massif facial moyen peut être perturbé par l'absence de la maturation de la fonction linguale. (Hennequin et coll., 2004)

L'hyperactivité linguale favorise les béances tandis que l'hypoactivité linguale se traduit par un hypo-développement du maxillaire supérieur comme pour les patients trisomiques. (Hennequin et coll., 2000)

La compensation des troubles fonctionnels s'avère difficile si les praxies ne sont pas rééduquées précocément par un programme coordonné entre les kinésithérapeutes, les orthodontistes, les chirurgiens maxillo-faciaux...

Les troubles fonctionnels ont des conséquences médicales et sociales : (Hennequin et coll., 2000)

- Au niveau médical, les fausses routes dues aux troubles de la succion-déglutition provoquent des infections broncho-pulmonaires qui sont la première cause de mortalité chez les personnes polyhandicapées.
- Au niveau social :
  - Ces patients sont dépendants d'une tierce personne pour les repas.
  - Les conséquences esthétiques et phonatoires liées à la présence de nombreux édentements augmentent les difficultés de socialisation.

#### **2-2-4 Les anomalies bucco-dentaires liées au handicap**

##### **❖ Anomalies de l'éruption :**

- Retard d'éruption : se retrouve dans le syndrome de Down, la dysplasie cléido-crânienne, l'amélogénèse imparfaite... (Mugnier, 1976 ; Bigeard et coll., 1997 ; Boitard et Gourrier, 2003)
- Eruption prématurée plus rare. (Boitard et Gourrier, 2003)

##### **❖ Anomalies de forme :**

- Des couronnes dentaires : dysplasie ectodermique, syndrome de Down, syphilis congénitale...

- Des racines dentaires : (taurodontisme) syndrome de Klinefelter

(Boitard et Gourrier, 2003)

#### ❖ Anomalies de taille

- Microdontie : si elle est localisée, ce sont en général des dents riziformes, si elle est généralisée, on la rencontre dans le syndrome de Down.
- Macrodontie : syndrome de Langer Giedion ou syndrome de Crouzon.

(Boitard et Gourrier, 2003)

#### ❖ Anomalies de nombre :

- Oligodontie (plus de 6 dents manquantes) : dysplasie ectodermique
- Agénésies (moins de 6 dents manquantes) sont assez fréquentes chez les patients trisomiques et dans le syndrome de Crouzon.
- Anodontie (aucune dent) : exceptionnel.
- Dents surnuméraires : syndrome de Gardner. Ces dents sont souvent dysmorphiques, conoïdes et incluses.

(Boitard et Gourrier, 2003)

#### ❖ Anomalies de structure

- Email :
  - Amélogénèse imparfaite.
  - Hypoplasies de l'émail se retrouvent chez les patients IMC, les enfants prématurés ou les enfants présentant des carences alimentaires. (Mugnier, 1976)
- Dentine : ostéogénèse imparfaite
- Email et dentine.

(Boitard et Gourrier, 2003)

#### ❖ Anomalies du tissu gingival

Hyperplasies dues le plus souvent à un médicament (épilepsie, syndrome avec retard mental)

Freins multiples

(Boitard et Gourrier, 2003)

❖ **Perte prématurée des dents** : hypophosphatasie, syndrome d'Ehlers-Dahnlos...

(Boitard et Gourrier, 2003)

❖ **Rétention des dents temporaires** : dysplasie cléïdo-cranienne

(Boitard et Gourrier, 2003)

❖ **Anomalies de l'os alvéolaire** : fentes palatines

(Boitard et Gourrier, 2003)

### **Exemple de syndrome bucco-facial** (Faulks et coll., 2003)

Chez les patients trisomiques, le syndrome bucco-facial se caractérise par :

- des troubles de la mastication : la faible motricité buccale empêche l'auto-nettoyage avec la langue et les lèvres et favorise la stase des aliments au contact des surfaces dentaires
- une parodontite précoce : due à l'immuno-déficience. La parodontite engendre le déchaussement des dents et leur chute prématurée
- des lésions carieuses tardives : la prévalence de la carie est faible chez l'enfant trisomique mais elle s'inverse chez l'adulte. Les mobilités dentaires et la stase alimentaire sont à l'origine de ces caries qui évoluent lentement et à bas bruit.

En absence de soins, ces pathologies bucco-dentaires ont une répercussion sur l'état de santé général de ces patients. En effet, les conditions systémiques des patients trisomiques sont modifiées par la maladie. Ils peuvent présenter des troubles cardio-vasculaires (risque d'endocardite infectieuse), des troubles hématopoïétiques (développement des foyers infectieux plus rapide), des troubles nerveux (réflexe nauséux, succion-déglutition persistante). Les pathologies dentaires sont dans ce contexte un sur-handicap.

## **2-3 Spécificité des soins pour une spécificité des besoins**

Selon l'enquête menée dans le cadre du Programme National Inter Régime (2004) visant à évaluer l'état bucco-dentaire et les besoins de recours au système de santé (enfants et adolescents de 6 ans à 20 ans en IME ou EEAP), les besoins en actes diagnostiques et thérapeutiques concernaient 91,3% des enfants évalués. La répartition est la suivante :

- Besoin d'un examen urgent ou d'au moins un soin urgent : 18,4%
  - Besoin d'un examen bucco-dentaire sans caractère d'urgence : 26,1%
  - Besoin d'au moins un soin dentaire, sans caractère d'urgence : 46,8%
- (Dorin et coll., 2006)

Le patient handicapé, à cause de sa déficience motrice, psychique ou sensorielle, a, en effet, des besoins spécifiques en soins bucco-dentaires. (Hennequin et coll., 2004)

Un patient sans handicap a les capacités de se prendre en charge pour garder une bonne hygiène bucco-dentaire, prendre rendez-vous chez le dentiste, se plier aux contraintes et suivre les instructions données tandis que certains patients handicapés sont dépendants (à différents degrés) d'une tierce personne pour accomplir ces gestes et prendre des décisions. (Stiefel, 2002).

De plus, le patient est le plus souvent non coopérant, puisque selon l'étude de Nunn et coll. (1993) plus d'un tiers des personnes handicapées ne peut pas coopérer pour les soins dentaires par peur, incompréhension des actes ou du bruit ou dans l'incapacité de contrôler ses mouvements ce qui ne permet pas la réalisation des soins dans les mêmes conditions que les personnes de la population générale.

Dans certains cas, la présence de pathologies associées au handicap comme l'immunodéficiência, les cardiopathies ou des troubles systémiques complique encore plus la prise en charge de ces patients et modifie la conduite à tenir. Le chirurgien-dentiste doit être en étroite collaboration avec le médecin traitant ou le spécialiste pour ne prendre aucun risque. (Hennequin et coll., 2000)

Les conditions de soins sont donc différentes et nécessitent un plateau technique adapté. De plus, afin de limiter les interventions, il est nécessaire de mettre en place un programme de prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire. (Hennequin et coll., 2004)

Les soins entrepris sont parfois trop importants en nombre ou en quantité sur des personnes qui ne comprennent pas la nécessité de cette prise en charge, dans un climat de douleur.

Pour Sixou (2005), les motifs de non prise en charge des patients handicapés sont le manque de coopération du patient, son état général, la difficulté technique pour le praticien ainsi que l'inadaptation des locaux.

Toutes les pathologies rencontrées par les personnes handicapées au niveau de la cavité buccale ont de nombreuses répercussions. Les édentements et la non compensation des dents absentes entraînent :(Hennequin et coll., 2004)

- Modification de l'alimentation
- Bavage
- Etat de malnutrition
- Troubles de déglutition, de mastication et donc de digestion
- Isolement
- Dépendance

Toutes ces difficultés montrent à quel point il est important de trouver des solutions afin que la réalisation des soins dentaires chez les personnes handicapées leur permette de conserver le plus d'organes dentaires possibles.

Pour cela, il manque, en France, des structures adaptées à leur prise en charge.

Le patient handicapé se trouve donc en situation de surhandicap lorsqu'il est en demande de soins dentaires. En effet, pour l'odontologiste il existe deux niveaux de handicap : (Hennequin et Tubert, 1999)

1. pour des patients n'ayant pas de handicap, le fait d'avoir une déficience d'origine bucco-dentaire engendre une incapacité fonctionnelle et donc un désavantage : il se retrouve en situation de handicap.

Exemple : un patient ayant une parodontite agressive peut se retrouver édenté. Cet état, du point de vue social peut le désavantager et le rendre incapable d'accomplir une fonction masticatoire normale.

2. pour des patients handicapés, l'accès aux soins bucco-dentaires est déjà difficile à cause de leur déficience et ces patients ne peuvent bénéficier des mêmes soins que la population générale ce qui les place en situation de surhandicap.

## **CHAPITRE 3 : L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPEES**

### **3-1 Les différents types de prise en charge**

La prise en charge du patient handicapé diffère en fonction de plusieurs facteurs qui sont à évaluer en plusieurs temps :

- lors de la première consultation, le praticien évalue l'état de santé général du patient, sa coopération ainsi que le type de handicap dont il est porteur.
- dans un second temps, il détermine le type de soins à apporter au patient ainsi que le mode de prise en charge le plus adéquat.

#### **3-1-1 La première consultation**

La première consultation est une rencontre décisive entre le praticien et le patient pour la suite des soins. Elle permet au patient de s'acclimater au cabinet dentaire et au praticien de mettre en condition le patient.

##### **3-1-1-1 L'attitude du praticien**

Le praticien doit observer deux règles principales :

- L'empathie : c'est la capacité du praticien à s'approcher au plus près du patient. Le praticien doit comprendre comment réagit son patient afin de mieux appréhender ses peurs et ses attentes.

Lors de la première consultation, le praticien doit laisser le temps au patient de découvrir ce nouvel environnement qu'est le cabinet dentaire. En effet, les patients handicapés connaissent en général le milieu médical depuis longtemps et adoptent une attitude de rejet pour tout ce qui touche à leur santé.

Il est important de les reconforter, de les mettre à l'aise et d'avancer à leur rythme.

L'environnement du cabinet dentaire doit éviter toute notion d'agressivité aussi bien dans la décoration que dans le mobilier (choix des couleurs et arrangement du mobilier). (Anastasio, 2000 ; Ha et coll., 2005)

- La patience : le praticien doit progresser étape par étape dans la prise en charge du patient pour qu'il devienne acteur dans la réalisation des soins. Cette progression lui permet de prendre confiance en lui et renforce le lien praticien –patient. (Ha et coll., 2005)

A ces deux règles il faut ajouter la compétence du praticien ainsi que la connaissance des soins spécifiques aux personnes handicapées ce qui demande une formation spécifique. (Academy of Dentistry for Persons with Disabilities, 1998)

A chaque patient correspond un moyen différent de communiquer qui dépend du type de handicap, du ressenti parental ou familial et de la fréquence des hospitalisations. Il faut ainsi prendre en compte le contexte social et familial du patient. Le praticien doit adopter une attitude rassurante en choisissant les mots qu'il emploie, le ton de sa voix, une expression du visage et une gestuelle appropriés. (Ha et coll., 2005)

### **3-1-1-2 L'environnement familial**

A l'annonce du handicap, les parents d'enfants handicapés passent par différentes étapes.

Après le choc de l'annonce, suit :

- une période de refus ou de négation du handicap
- une période de tristesse et d'anxiété
- une période d'équilibre et d'acceptation

Le handicap modifie l'environnement familial puisque la présence d'un enfant ou d'un adulte handicapé impose des aménagements de la vie courante.

Lors de la première consultation, le praticien doit déterminer le degré de coopération des parents concernant l'hygiène bucco-dentaire et l'hygiène alimentaire.

Les parents ou les personnes les plus proches du patient handicapé sont très importants dans la relation praticien-patient puisqu'ils apportent leurs conseils et leur connaissance du mode de fonctionnement de leur proche. (Ha et coll., 2005)

### **3-1-1-3 Le premier rendez-vous**

- ❖ La prise de contact doit permettre de rassurer le patient en :
  - lui présentant le cabinet et l'instrumentation pour diminuer l'angoisse de l'inconnu. Cette présentation peut être progressive en une ou plusieurs visites au cabinet sans traitement (méthode de préexposition neutre) puis devenir active par la découverte du fauteuil et de l'instrumentation (préexposition graduelle). (Anastasio, 2000 ; Ha et coll., 2005)
  - mettant en place un contact corporel pour focaliser l'espace relationnel sur la bouche (Ha et coll., 2005)

La communication est à adapter en fonction du handicap :

- Pour un autiste, la communication est principalement non-verbale
- Pour un patient sourd, il faut privilégier les signes, l'écrit et parler lentement
- Pour un patient aveugle, le contact physique est primordial et le praticien doit être prévenant pour éviter l'effet de surprise. Il doit expliquer tous les actes qu'il va réaliser

Les questions posées au patient ne doivent comporter qu'une seule idée pour que le patient n'ait qu'une seule réponse à donner. (Hennequin et coll., 2000c)

- ❖ Questionnaire médical
  - Ce questionnaire est réalisé avec le patient ou avec la tierce personne qui l'accompagne. Il donne une première idée du type de prise en charge à adopter. Il détermine les précautions à prendre en cas de patient à risque infectieux, hémorragique ou autre (état qui peut nécessiter une antibioprophylaxie ou un aménagement du traitement en cours) ou oriente la prise en charge du patient en fonction des risques.

- Les pathologies bucco-dentaires sont indissociables de l'état de santé général. Elles peuvent avoir un impact direct sur la santé du patient ayant une déficience immunitaire (leucémie, HIV...) ou une pathologie cardiaque associée à un risque d'endocardite infectieuse.

(American Academy of Pediatric Dentistry, 2006-2007)

❖ A l'examen clinique :

- Veiller à respecter les rythmes du patient, à prendre le temps dont il a besoin pour s'approprier tout ce qui est nouveau
- Attendre le moment où le patient est prêt pour aborder la sphère orale
- Toujours procéder de la même manière à chaque séance

(Ha et coll., 2005)

- ❖ En fin de séance, le patient doit être encouragé et les gestes effectués sont expliqués une nouvelle fois.

(Ha et coll., 2005)

Toutes les étapes de ce premier rendez-vous ne sont pas forcément acceptées par le patient. Pour certains, l'examen clinique est impossible ou très difficile mais le premier contact avec le patient est fondamental pour connaître les capacités du patient et savoir s'il accepte nos soins.

Le choix de la prise en charge

Après ce premier rendez-vous, le praticien décide de la conduite à tenir pour entreprendre les soins en fonction du niveau de coopération du patient. Selon Hennequin et Tubert (1999), c'est le manque de coopération du patient qui oblige le praticien à transiger sur les modalités du traitement ou à renoncer à ce traitement.

La prise en charge diffère également en fonction des soins à réaliser : extractions multiples, soins conservateurs ou autre.

Le consentement éclairé

La loi impose de rechercher systématiquement le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle dès lors qu'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à une décision. Le praticien doit donc obtenir le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal. Le praticien doit obtenir l'accord du patient pour réaliser les soins qu'il lui propose. Cette information doit

être claire et compréhensible par le patient avec des mots adaptés à sa déficience (loi du 4 mars 2002). Si le patient a perdu son autonomie concernant la prise de décision, c'est au représentant légal qui en a la charge de donner son accord. (Klingberg, 2005)

### **3-1-2 Les différentes prises en charge thérapeutiques**

Le type de soins, le caractère d'urgence et la multiplicité des soins sont des facteurs qui influencent le mode de prise en charge. (Dahllöf, 2005)

#### **3-1-2-1 Soins à l'état vigile**

Les soins à l'état vigile sont plus difficiles chez les personnes handicapées aussi bien pour le praticien que pour le patient. Une relation de confiance doit s'établir encore plus intimement entre les différents acteurs du soin afin que la prise en charge soit la plus personnalisée possible. Le praticien doit considérer le patient handicapé comme une personne à part entière et non pas comme une personne diminuée par sa déficience mentale ou motrice afin que le patient se sente reconnu. Si le patient se sent bien dans sa relation avec le praticien, il deviendra actif vis-à-vis des soins entrepris. L'établissement d'une telle relation demande bien sûr du temps, de la patience et de l'empathie. L'utilisation des techniques cognitivo-comportementales permet au patient de mieux accepter les soins et d'y participer pleinement ce qui diminue son anxiété au fil des séances de soins. Cette prise en charge adaptée lui rend une certaine fierté du travail accompli. (Hennequin et coll., 2004)

Le contrôle de la douleur est primordial. Certaines expressions du patient, comme « j'ai mal », ne signifient pas forcément un inconfort mais peuvent vouloir exprimer un refus ou une angoisse. Inversement, dans une situation algique, le patient ne verbalise pas toujours sa douleur mais adopte une conduite d'évitement ou de refus. Le contrôle de la douleur diminue l'anxiété et améliore la coopération du patient. Ainsi, toutes les interventions potentiellement douloureuses doivent être faites sous anesthésie locale. (Hennequin et coll., 2000c)

#### **3-1-2-2 Soins sous sédation consciente**

##### ***3-1-2-2-1 Définition***

La sédation consciente est définie selon Haas (1999) comme étant un niveau de légère dépression de la conscience qui permet au patient de conserver ses réflexes de protection des voies aériennes et de répondre aux stimulations physiques et aux commandes verbales. (Haas, 1999 ; Philippart et Roche, 2004). Il existe différentes procédures et différents médicaments induisant l'état de sédation consciente. Les techniques utilisées sont non pharmacologiques comme les techniques cognitivo-comportementales, pharmacologiques comme l'utilisation du protoxyde d'azote, des antihistaminiques ou des benzodiazépines ou bien une association des techniques pharmacologiques et non pharmacologiques. (Collado et coll., 2005)

### ***3-1-2-2-2 La sédation consciente induite par le mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène : MEOPA (analgésie)***

#### *3-1-2-2-2-1 Mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène : MEOPA*

La sédation consciente au protoxyde d'azote est une technique pharmacologique supplémentaire pour la prise en charge de certains patients handicapés qui augmente le seuil de la douleur et diminue l'état d'anxiété du patient améliorant ainsi la réalisation des soins. Le protoxyde d'azote est un gaz stable, incolore, non inflammable, non irritant, d'odeur douce et de saveur légèrement sucrée. (Hennequin et coll., 2002). L'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour une bouteille de MEOPA a été obtenue le 15 novembre 2001 pour un usage strictement hospitalier.

#### *3-1-2-2-2-2 Effets du MEOPA*

- Effet antalgique de surface par dépression du système nerveux central
- anxiolytique
- euphorisant
- amnésiant puisqu'il diminue le souvenir des soins réalisés. analgésie relative sans modification de la conscience, sans dépression respiratoire, avec conservation des réflexes laryngés. Elle s'accompagne d'une modification temporaire des perceptions sensorielles : paresthésies, hyper ou hypo-acousie, vision floue, perte partielle de l'odorat, sensation de lourdeur, de légèreté ou de chaleur.

(File et coll., 1991 ; Zarnitski et Maudier, 2005 ; Berthet et Manière, 2007)

L'analgésie relative ne dispense pas de l'anesthésie locale lors des soins dentaires. (Berthet et Manière, 2007)

Cette sédation doit s'accompagner de techniques cognitivo-comportementales et peut être potentialisée par une prémédication sédatrice (hydroxyzine ou diazepam). (Collado et coll., 2005)

L'effet de sédation est fonction de la consommation de protoxyde d'azote (dose-dépendant):

- 30 à 60% : sédation consciente et analgésie
- 60 à 70% : somnolence parfois agitation ou perte de conscience
- 70 à 100% : hypoxie, perte de conscience rapide, paralysie bulbaire, arrêt cardio-vasculaire.

(Zarnitski et Maudier, 2005)

#### *3-1-2-2-2-3 Effets indésirables*

Pour les patients, ils sont dus à une sédation trop importante et entraînent des nausées, des vomissements, de la somnolence, des propos incohérents, des rêves angoissants, des mouvements non coordonnés, une ventilation importante avec une vasodilatation périphérique.

Si la pression artérielle diminue ou si le rythme cardiaque augmente, il faut arrêter la sédation. (Berthet et Manière, 2007)

Pour le personnel soignant, les effets indésirables se caractérisent par une exposition prolongée à des concentrations importantes de protoxyde d'azote. Cette exposition peut être toxique mais aucune étude ne certifie qu'il existe un danger. (Philippart et Roche, 2004 ; Berthet et Manière, 2007)

De même, la prédisposition aux avortements spontanés et un allongement du délai de procréation chez les femmes confrontées à ce gaz dans leur pratique professionnelle n'ont pu être démontrés. (Hennequin et coll., 2002 ; Berthet et Manière, 2007)

La réglementation française fixe la valeur moyenne d'exposition à 25 ppm de protoxyde d'azote sur 8h d'exposition au niveau des lieux d'utilisation du gaz. Pour maintenir cette valeur, les lieux d'administration doivent être ventilés par un système d'extraction ou par une évacuation extérieure. (Hennequin et coll., 2002 ; Berthet et Manière, 2007)

#### *3-1-2-2-2-4 Indications*

L'odontologie est le premier domaine d'utilisation du protoxyde d'azote surtout en Amérique du Nord et en Europe de Nord (Grande Bretagne, Danemark, Suède) (Larousse, 1999) pour :

- ◆ des gestes courants inconfortables
- ◆ des gestes anxiogènes comme une extraction
- ◆ certains patients phobiques, anxieux, non coopérants, handicapés ou très jeunes.

La sédation consciente constitue pour les patients handicapés une alternative aux soins sous anesthésie générale et permet d'avoir une attitude beaucoup plus conservatrice surtout lorsqu'on connaît les difficultés des soins prothétiques chez certains patients handicapés. (Hennequin et coll., 2002)

L'accès à ces soins est cependant limité puisque seul le milieu hospitalier a l'autorisation de pratiquer la sédation consciente au protoxyde d'azote en France. De plus, les praticiens pratiquant cette technique ont l'obligation de se former. (AFSSAPS, 2001)

#### *3-1-2-2-2-5 Contre-Indications*

- ◆ contre-indications absolues : elles sont essentiellement dues à la faible solubilité du protoxyde d'azote qui lui permet de diffuser et de s'accumuler dans les cavités aériennes « closes » naturelles (oreille moyenne, intestin) mais aussi pathologiques (pneumothorax...)
  - hypertension intracrânienne
  - altération de la conscience non évaluée
  - traumatisme facial
  - patient phobique et/ou compulsif
  - infection des voies aériennes supérieures
  - pneumothorax
  - obstruction nasale
  - embolie gazeuse
  - distension gazeuse abdominale
  - AVC
- ◆ contre-indications relatives :

- patients alcooliques ou patients sous psychotropes ou anxiolytiques :  
potentialisation de l'effet sédatif
  - adultes souffrant de troubles comportementaux
  - insuffisance hépatique ou rénale
  - greffe d'organe
  - enfant de moins de 3 ans
- ◆ contre-indications liées à l'acte
- durée d'intervention trop longue
  - interventions répétées à moins d'une semaine d'intervalle
  - acte trop douloureux
  - refus du patient d'accepter le masque
  - syndrome polycarieux impliquant des actes multiples.

(Philippart et Roche, 2004 ; Berthet et Manière, 2007)

#### *3-1-2-2-2-6 Avantages*

- rapidité d'action
- réversibilité : permet d'ajuster la durée d'action par rapport à la séance de soins
- innocuité
- diminue l'irritabilité, réduit le souvenir des soins et limite le réflexe nauséux induit par l'anxiété (File et coll., 1991)

La majorité des études sur l'utilisation du mélange protoxyde d'azote-oxygène montre une meilleure coopération du patient anxieux ou opposant. (Hennequin et coll., 2002)

#### *3-1-2-2-2-7 Inconvénients*

- réponse à l'action pharmacologique variable d'un patient à l'autre (Hennequin et coll., 2004)
- mauvaise coopération du patient (comme le refus du port du masque par exemple)
- exposition prolongée du personnel au gaz
- coût de l'équipement
- pas de facturation relevant de la nomenclature générale des actes professionnels
- besoin d'une équipe formée
- uniquement en milieu hospitalier

(Hennequin et coll., 2002 ; Philippart et Roche, 2004)

### *3-1-2-2-2-8 Technique*

#### Le matériel :

En France, le matériel le plus employé est commercialisé sous le nom du système Kalinox°.

Il est composé de :

- une bouteille de 1 m<sup>3</sup> contenant un MEOPA sous une pression de 170 Bar à 15°C ( plusieurs volumes sont disponibles)
- un manodétendeur
- un chariot AGA de 1 m<sup>3</sup> pour maintenir la bouteille debout ou une fixation au mur
- un manomètre pour régler le débit du gaz de 0 à 15
- un ballon relié à une tubulure adaptée au manomètre
- un filtre antibactérien à usage unique
- un masque buccal adapté à la taille du patient, autoclavable ou à usage unique

#### La posologie

On ne peut régler que le débit du MEOPA (limité à 50% de protoxyde d'azote).

#### La méthode (Hennequin et coll., 2002 ; Zarnitski et Maudier, 2005)

La prise en charge est différente pour chaque patient :

Dans un premier temps, on effectue :

- évaluation du comportement de l'enfant et de sa coopération
- application du « tell-show-do » c'est-à-dire présentation du personnel, familiarisation avec l'environnement, explication du fonctionnement du matériel, application du masque.

Lors de ce premier contact avec le matériel, il est important d'évaluer les capacités du patient à coopérer et surtout d'évoluer à son rythme.

Les soins sont programmés : en absence d'urgence, on débute par des soins simples pour que le patient s'adapte à ce type de prise en charge et soit en confiance, puis on programme les autres séances si nécessaire.

Dans un second temps, on commence les soins :

- la prémédication sédatrice est envisagée si besoin en fonction de l'évaluation précédente (hydroxyzine par exemple)
- installation du patient avec son accompagnant
- vérification de l'étanchéité du masque
- positionner le masque sur le nez et la bouche pendant au moins 3 minutes, débit minimum 4l/min. L'induction débute à un débit qui est fonction de l'âge, du poids et de la taille du patient. Le titrage est modifié en fonction du comportement du patient
- hypnosophrologie : parler d'une voix calme et monocorde, faire appel à l'imaginaire du patient, détourner son attention, prononcer des paroles gratifiantes et encourageantes, écouter de la musique, raconter une histoire
- pendant l'administration du gaz, le praticien doit garder le contact verbal avec le patient
- surveiller la fréquence respiratoire
- quand l'enfant est détendu, on place le masque sur le nez pour réaliser l'anesthésie locale si nécessaire
- on replace le masque sur le nez et la bouche pendant quelques minutes
- on remonte le masque sur le nez pour réaliser le soin tout en gardant le contact avec le patient
- on peut remettre le masque sur la bouche si l'effet antalgique diminue
- à la fin de la séance, expliquer au patient ce qu'on a fait, lui faire exécuter quelques pas afin de vérifier sa récupération

La suite des soins est envisagée en fonction de la réussite ou de l'échec de cette séance.

### *3-1-2-2-2-9 Cas des patients présentant des troubles cognitifs*

De nombreuses études ont été réalisées sur la sédation consciente par inhalation mais rares sont les études portant sur son utilisation chez les patients présentant des troubles cognitifs. Les protocoles utilisés sont peu adaptés à ce type de patients ce qui fait dire à certains que la sédation consciente n'est pas réalisable pour ce type de patients.

L'étude de Hennequin et coll. (2004) a pour but d'analyser 605 administrations réalisées pour 348 patients. Les patients participant à l'étude ont des pathologies telles que : des troubles de la personnalité, une trisomie 21, une déficience mentale, des retards psychomoteurs ou des troubles neurologiques acquis.

Parmi les 605 administrations :

- un soin dentaire a été possible dans 91% des cas.

- la durée moyenne de l'administration pour réaliser l'acte est de 23min (écart-type : 0.6).
- une anesthésie locale a été réalisée dans 45% des cas.
- des extractions dans 23% des cas.
- des soins conservateurs avec turbine et fraises dans 34% des cas
- des détartrages dans 18% des cas.
- des examens bucco-dentaires dans 15% des cas.
- le niveau de coopération des patients est évalué par une échelle descriptive du comportement en 6 niveaux : l'échelle de Venham (Veerkamp et coll, 1993)

### **Echelle de Venham modifiée**

**0 Détendu**, souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément ou dès qu'on le lui demande.

**1 Mal à l'aise**, préoccupé. Pendant une manoeuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à et est capable de dire ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.

**2 Tendu**. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.

**3 Réticent** à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.

**4 Très perturbé** par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.

**5 Totalemment déconnecté** de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ;

inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

D'après Veerkamp et coll., 1993

L'étude de Hennequin et coll. (2004) démontre que les soins entrepris sous sédation consciente par inhalation représentent une bonne alternative aux soins sous anesthésie générale.

En comparant les scores de l'échelle de Venham obtenus lors de la première séance de soins sous sédation consciente et ceux obtenus lors de sessions répétées, l'étude montre un effet rémanent bénéfique et une amélioration du comportement du patient au fur et à mesure des séances pour une grande majorité de ces patients.

L'étude de Hennequin et coll. (2004) révèle également l'importance de travailler avec une équipe performante, bien formée à ce type de soins puisque l'acceptation des soins par le patient dépend beaucoup de la compétence de l'opérateur et de sa capacité à accompagner son patient dans le soin.

L'opérateur doit donc non seulement maîtriser l'acte opératoire mais aussi tenir compte des aspects pharmacologiques, psychologiques et sociaux pour que le patient accepte le soin. (Collado et coll., 2005).

### ***3-1-2-2-3 La sédation consciente modérée (analgésie) induite par les benzodiazépines.***

Les molécules les plus utilisées sont le diazepam (Valium®), le lorazepam (Temesta®) et l'alprazolam (Xanax®) pour améliorer le vécu de l'intervention. Elles ont un effet anxiolytique, sédatif et hypnotique. La voie d'administration habituelle est orale mais pour le midazolam (Hypnovel®) par exemple les voies rectale ou intranasale sont possibles. (Collado et coll., 2005).

#### *Le midazolam (Hypnove®)*

Il est très utilisé en Europe et est administré par voies orale ou rectale pour une meilleure absorption. Il a totalement remplacé le diazepam en Suède. En France, l'administration de midazolam est réservée au milieu hospitalier. (Dahllöf, 2005 ; Manière et Berthet, 2007)

Il a une demi-vie courte (2h par voie orale, 1,4 à 4h par IV).

### Le diazépam (Valium®)

Il est très utilisé en France.

Il a une demi-vie plus longue (45h par voie orale, 20 à 66h par IV) ce qui le rend moins facile à utiliser pour une procédure assez courte.

### Mécanisme d'action des benzodiazépines :

Les benzodiazépines provoquent une diminution de la transmission nerveuse dans le système nerveux central favorisant ainsi la diminution de l'anxiété.

Elles altèrent également les fonctions de mémorisation pour réduire les souvenirs des soins.

La titration est progressive ce qui permet d'obtenir un bon niveau de sédation spécifique pour chaque patient. (Collado et coll., 2005)

### Indications chez le jeune enfant :

-nombre de soins limités

-ne dépassant pas 3 sessions

-ne nécessitant pas de soins conservateurs demandant une grande coopération

(Dahllöf, 2005)

### Contre-indications :

-Les contre-indications absolues sont : l'hypersensibilité aux benzodiazépines ou à l'un des composants, l'insuffisance respiratoire sévère, la myasthénie et un âge inférieur à 6mois.

(Manière et Berthet, 2007)

-Le risque encouru augmente quand l'âge du patient est inférieur à 2 ans et son poids inférieur à 10kg (Dahllöf, 2005)

### Jeûne préopératoire :

Il est de 4h pour les solides et de 2h pour les liquides clairs. Il est recommandé mais pas indispensable. (Manière et Berthet, 2007)

### Interactions avec d'autres médicaments :

Lorsque les benzodiazépines sont utilisées en association avec d'autres anti-dépresseurs du système nerveux central comme l'alcool, les antipsychotiques, les antidépresseurs, les anti-épileptiques, les analgésiques morphiniques, les anesthésiques et les antihistaminiques, leur effet sédatif augmente ainsi que les réactions paradoxales et la confusion. (Dahllöf, 2005)

#### ***3-1-2-2-4 La sédation consciente légère (anxiolyse) induite par les antihistaminiques***

L'antihistaminique le plus utilisé est l'hydroxyzine (Atarax®) pour son effet sédatif faible et son effet anxiolytique. Cette molécule est souvent utilisée en complément de la sédation consciente sous MEOPA afin de potentialiser la sédation. (Collado et coll., 2005).

Les objectifs de la sédation légère sont de diminuer l'anxiété, l'inconfort et/ou la douleur dans des conditions de sécurité optimale et de faciliter la réalisation des soins chez des patients au comportement difficile. (Manière et Berthet, 2007)

#### ***3-1-2-2-5 Les techniques non pharmacologiques (sédation consciente légère)***

Ces techniques s'adressent aux patients très anxieux ayant besoin d'une aide psychologique, d'un soutien pour réussir le soin. Ces techniques sont souvent utilisées chez les enfants mais peuvent être adaptées pour les adultes phobiques ou les personnes handicapées. Les différentes techniques décrites sont la relaxation, le biofeedback, le contrôle de la ventilation, le renforcement positif, la distraction de l'attention, l'autosuggestion, l'affirmation de soi. Bien souvent ces techniques sont utilisées en association et le choix de la technique dépend de la sensibilité du patient. Pour le chirurgien-dentiste, la technique la plus utilisée est le « tell, show, do » qui consiste à expliquer, montrer et faire les actes sur le patient, sur l'accompagnant ou sur tout autre support pour dédramatiser la situation. Ces techniques sont utilisées dans le traitement de l'anxiété et sont nécessaires au bon déroulement de la sédation consciente sous MEOPA. (Collado et coll., 2005).

### **3-1-2-3 Soins sous anesthésie générale**

#### ***3-1-2-3-1 Définition***

L'anesthésie générale a pour but de provoquer la perte de conscience et supprimer la douleur, de relâcher les muscles et de prendre le relais du cerveau pour assurer les fonctions vitales. La surveillance des fonctions respiratoires et cardio-vasculaires se fait en permanence tout au long de l'anesthésie. (Bandon et coll., 2004a)

#### ***3-1-2-3-2 Les composantes de l'anesthésie générale***

Elles sont au nombre de 5 (Bandon et coll., 2004a) :

- la narcose : provoquée par les narcotiques, elle induit l'inconscience du patient.

- la myo-relaxation : obtenue par l'administration des curares afin de faciliter l'intubation trachéale.
- l'analgésie induite par les morphiniques dans le but de diminuer la perception douloureuse.
- la protection neurovégétative par les neuroleptiques. Elle est peu employée en chirurgie dentaire.
- les gaz (protoxyde d'azote, anesthésiques généraux) pour assurer l'entretien de l'anesthésie.

### **3-1-2-3-3 Indications**

- Liées à l'état général du patient :
  - conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement buccodentaire à l'état vigil après échec de tentatives de soins au fauteuil sous prémédication sédatrice ou sous sédation consciente (patient anxieux ou phobique, patient handicapé, jeune patient)
  - patient présentant une pathologie systémique qui contre-indique les soins dentaires au fauteuil
  - nécessité de mise en état buccal lourde et pressante avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes, par exemple : carcinologie, hématologie, cardiologie, greffe d'organe... ;
  - limitation de l'ouverture buccale interdisant un examen et/ou un traitement immédiat ;
  - réflexes nauséeux prononcés.
  - patients présentant un état infectieux loco-régional
  
- Liées à l'intervention :
  - interventions longues, complexes, regroupement de plusieurs actes en une même séance ;
  - état infectieux loco-régional nécessitant d'intervenir en urgence (exemple : geste associé de drainage et/ou débridement, extractions dans le cadre d'une ostéoradionécrose).
  
- Liées à l'anesthésie locale :
  - contre-indications avérées de l'anesthésie locale, c'est-à-dire allergie confirmée par un bilan d'allergologie et contre-indications spécifiées dans

l'Autorisation de Mise sur le Marché (porphyrie, épilepsie non contrôlée par les médicaments,...)

- impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances.

(Hennequin et coll., 1999 ; Bandon et coll., 2004a ; HAS, 2005)

#### **3-1-2-3-4 Contre-indications**

- ◆ contre-indications médicales :
  - malades ASA IV OU V (rare)
  - trouble passager de l'état général comme les troubles respiratoires.
- ◆ contre-indications dentaires:
  - anesthésie dite de confort

(Bandon et coll., 2004a)

#### Classification du risque anesthésique de l'American Society of Anaesthesiologists (ASA)

ASA I : Patient en bonne santé

ASA II : Patient avec une maladie générale modérée (bronchite modérée ou obésité modérée)

ASA III : Patient avec une maladie générale sévère mais non invalidante (diabète insulino-dépendant, insuffisance respiratoire modérée)

ASA IV : Patient avec une maladie générale invalidante mettant en jeu le pronostic vital (insuffisance cardiaque sévère, angor rebelle)

ASAV : Patient moribond qui ne survivrait pas 24h avec ou sans opération

#### **3-1-2-3-5 Avantages et inconvénients**

L'anesthésie générale doit être considérée comme la dernière alternative après l'échec des autres techniques. C'est l'ultime chance de soins dans certains cas mais aussi un grand risque pour le patient. (Bandon et coll., 2004a)

### **3-1-2-3-6 Les risques**

Il n'y a pas de petite anesthésie. C'est au praticien d'évaluer si une autre alternative à l'anesthésie générale existe. Il doit expliquer au patient ou à ses représentants légaux les risques et les complications qu'implique une anesthésie générale. (Bandon et coll., 2004a)

### **3-1-2-3-7 Technique**

La Haute Autorité de Santé (2005) recommande, avant toute anesthésie générale, une consultation pré-anesthésique, l'information du patient ou de son représentant légal des risques encourus ainsi que l'obtention de son consentement éclairé.

- ◆ Les consultations pré-opératoires
  - La consultation odontologique (Bandon et coll., 2005)
    - Réaliser un questionnaire médical, rédiger la prescription et les instructions pré et post-opératoires, le consentement éclairé, le certificat d'hospitalisation
    - Faire un bilan dentaire clinique et radiologique si possible
    - Réaliser le plan de traitement
    - Donner les conseils d'hygiène bucco-dentaire et d'hygiène alimentaire. Chercher l'étiologie carieuse et faire si besoin un bilan fluoré.
    - Donner une information simple, claire et loyale de l'intervention.
  - La consultation pré-anesthésique (Ballay et coll., 2003 ; Bandon et coll., 2005)
    - Rechercher les contre-indications médicales
    - Détailler le questionnaire médical pour connaître les antécédents médicaux et chirurgicaux
    - Evaluer le niveau de coopération et d'anxiété du patient afin de déterminer la prémédication sédatrice
    - S'assurer du jeûne pré-opératoire
    - Décider l'arrêt ou la poursuite de certaines thérapeutiques
    - Obtenir un consentement éclairé
- ◆ Protocole opératoire : (Bandon et coll., 2004b ; Bandon et coll., 2005)
  - Induction au masque ou par voie intra-veineuse

- Intubation par voie nasale ou oro-trachéale avec packing systématique (compresse placée au fond de la gorge) et assistance respiratoire obligatoire
- Monitorages cardiaque et respiratoire
- Des injections d'anesthésiques locaux sont parfois réalisées pour des actes douloureux afin de diminuer les quantités de morphiniques peropératoires
- Soins réalisés par secteur et par catégorie en commençant par les traitements endodontiques et en terminant par les extractions. Les dents dans le secteur antérieurs sont restaurées par des composites ou par des ciments verre ionomère tandis que dans le secteur postérieur on utilisera de préférence l'amalgame ou les coiffes pédodontiques.
- Peu de temps avant la fin des soins, les gaz anesthésiques sont réduits puis coupés pour permettre une sortie plus rapide de la salle d'opération.
- Passage en salle de réveil pendant 30 à 120 minutes en fonction de la récupération

Ces soins peuvent être faits en ambulatoire ce qui signifie que le patient entre le matin et repart le soir après un délai recommandé de cinq heures après le réveil anesthésique. Le retour au domicile dépend de l'état général du patient, de son réveil après l'anesthésie ainsi que de la distance séparant le domicile du centre hospitalier. Le gaz utilisé dans ce cas est le sévoflurane qui s'élimine plus rapidement puisqu'il est moins stocké dans les graisses.

(Bandon et coll., 2004b ; Bandon et coll., 2005)

◆ Les difficultés opératoires

- Saignement gingival ou pulpaire
- Extractions de dents adjacentes à un soin qui vient d'être fait
- Temps de travail limité par l'anesthésie
- Incompatibilité de certains matériaux de restauration entre eux

(Bandon et coll., 2004b ; Bandon et coll., 2005)

◆ Le suivi postopératoire

Ce suivi commence avant la sortie de l'hôpital. Il est important pour évaluer la récupération du patient, donner les consignes d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire.

Un rendez-vous est fixé 10 à 15 jours après l'intervention pour s'assurer de la cicatrisation des plaies, de l'état des restaurations et pour redonner les consignes d'hygiène. (Bandon et coll., 2004b ; Bandon et coll., 2005)

## **3-2 Les freins à l'accès aux soins**

Selon une étude de Van Grunsven et Koelen (1990), les différentes causes d'insuffisance de traitement dentaire pour les personnes handicapées sont les suivantes :

- Les parents ou le personnel soignant ne sont pas souvent demandeurs d'une aide dentaire.
- La denture est considérée comme peu importante.
- Le traitement odontologique est considéré comme une expérience très désagréable.
- Le transport est souvent difficile.
- L'accès au cabinet dentaire est complexe.
- Le coût du traitement ne prend pas en considération le temps passé.
- La recherche d'un dentiste qualifié peut être longue.

En plus de ces difficultés, le praticien est lui aussi confronté à différentes situations telles que la non-coopération du patient, l'incapacité du patient à effectuer les gestes recommandés, l'absence de formation adaptée à ce type de soins ou encore l'isolement.

### **3-2-1 Le type de handicap**

Il existe différents types de handicaps comme cités précédemment. Certains représentent un frein à l'accès aux soins comme le handicap moteur qui nécessite un accès au cabinet dentaire assez large pour le passage d'un fauteuil roulant.

Le handicap mental rend les soins difficiles à cause de l'opposition du patient, des déficiences cognitives, des troubles du comportement et de certains obstacles physiologiques comme le réflexe nauséux. (Hennequin et Tubert, 1999).

Les handicaps sensoriels ou le polyhandicap nécessitent des aménagements de certaines étapes de nos traitements et de notre prise en charge (moyens de communication) ce qui n'est pas toujours aisé dans une structure comme le cabinet dentaire. (Hennequin et Tubert, 1999).

Or aujourd'hui encore, la majorité des chirurgiens-dentistes sont libéraux et les seuls lieux de soins à la portée du plus grand nombre de patients sont les cabinets dentaires. A côté du

système libéral, rares sont les services d'odontologie des hôpitaux qui consacrent une partie de leur activité aux soins des patients handicapés. (Hennequin et coll., 2003)

De plus, certains de ces patients ont un traitement médicamenteux lourd nécessitant une prise en charge spécifique. (Stiefel, 2002)

Lors d'une enquête menée en mars 2003 en région Rhône-Alpes (Bory, 2004), seulement 3% des besoins en soins des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes seraient pris en compte. Toujours selon cette étude, sur 636 chirurgiens-dentistes (16%) ayant répondu au questionnaire, 245 déclarent prendre déjà en charge ou sont motivés pour prendre en charge des patients handicapés ou des personnes âgées dépendantes. Cette enquête montre bien le peu de praticiens prenant en charge les personnes handicapées. Cependant, elle met aussi en évidence la volonté de participer de certains praticiens si les moyens leur en étaient donnés.

### **3-2-2 Le moyen de transport**

Les problèmes de transport sont, selon Martens (1997), une des causes d'insuffisance de traitement.

En effet, les personnes à mobilité restreinte sont confrontées au problème du transport pour accéder aux centres de soins ou aux cabinets dentaires. Cette difficulté est encore plus vraie en milieu rural où les transports collectifs n'existent pas. (Regard, 2003)

### **3-2-3 Le manque de formation des chirurgiens-dentistes**

Actuellement, la formation initiale concernant les soins spécifiques aux personnes handicapées ne comporte que quelques heures d'enseignement. (Regard, 2003). Il existe, par ailleurs, des formations complémentaires (DU).

Selon l'étude de Caillierie et coll. (2006), certains parents de patients handicapés disent regretter le manque de structures adaptées pour la prise en charge de leur proche ainsi que le manque de formation des personnels sur le handicap. Pour que le chirurgien-dentiste puisse intervenir dans toutes les situations de handicap, il lui faudrait être formé en psychologie, en pharmacologie ainsi qu'en soins dentaires spécifiques au handicap. (Caillierie et coll., 2006)

### **3-2-4 Le manque de cabinets prodiguant des soins adaptés**

Selon l'évaluation de la prise en charge des personnes handicapées par les chirurgiens-dentistes du Puy de Dôme en 1995, sur 174 chirurgiens-dentistes (soit 37% des chirurgiens-dentistes du Puy de Dôme) ayant participé :

- 86,8% des chirurgiens-dentistes suivent des patients handicapés qui sont pris en charge de la même manière que les patients de la population générale
- 62,6% des chirurgiens-dentistes suivent des patients handicapés pour lesquelles certaines étapes du protocole doivent être modifiées
- 41,8% des chirurgiens-dentistes suivent des patients handicapés qu'ils ne peuvent pas prendre en charge et 12,1% des chirurgiens-dentistes n'ont pas trouvé de structures de soins pour orienter leurs patients (Hennequin et Tubert, 1999 ; Hennequin et coll., 2003)

Cette évaluation montre les limites de l'exercice libéral puisque seuls les patients les plus coopérants sont soignés.

Cette étude se limite à un département ce qui ne peut être représentatif de la situation sur le territoire mais elle donne une idée de la difficulté d'accès aux soins.

Pour combler ce manque, des structures adaptées doivent être mises en place afin de faciliter l'orientation des patients. En effet, selon Caillerie et coll. (2006), le manque de structure adaptée à la prise en charge bucco-dentaire des patients handicapés oblige les chirurgien-dentistes à orienter leurs patients non coopérants vers un service hospitalier qui réalise le plus souvent les soins sous anesthésie générale impliquant des temps de soins limités et un recours plus facile aux avulsions multiples.

### **3-2-5 Le coût et la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)**

Selon Hennequin et Tubert (1999), quand les soins sont possibles, ils demandent plus de temps aussi bien pour le soin que pour la prise en charge (installation du patient,

communication). De plus, la coopération du patient ne permet pas de pratiquer des soins trop longs ce qui multiplie le nombre de séances.

Cette situation montre l'inadéquation de la nomenclature actuelle puisque les soins sont cotés de la même manière que pour la population générale alors que la prise en charge est très spécifique et demande du temps.

### **3-2-6 La sous-estimation des besoins par l'entourage**

Les personnes handicapées expriment peu ou pas leur besoin en soins dentaires.

La plupart des consultations sont décidées par l'entourage par la mise en évidence d'éléments subjectifs.

Selon l'étude, portant sur 103 personnes, les motifs de consultation sont dans 67% des cas, une suspicion de douleur, dans 26% des cas, la présence d'un œdème et dans 7% des cas, la présence évidente d'une pathologie dentaire. (Hennequin et coll., 2003)

Les manifestations de la douleur se caractérisent par des pleurs, une expression de douleur sur le visage associée à un refus de communiquer ou à une réaction de défense. (Collignon et coll., 1997)

64% des soignants indiquent qu'ils perçoivent un changement de comportement des patients lors des repas qui les alerte d'un problème potentiel. (Collignon et coll., 1997 ; Hennequin et coll., 2000)

Quand la douleur est suspectée par les soignants ou l'entourage du soignant, il est parfois difficile de localiser le siège de cette douleur et de la définir comme une douleur dentaire. Cette incertitude retarde la prise de rendez-vous chez le chirurgien-dentiste et augmente le délai de prise en charge du patient. Ce délai est estimé à 3,7 mois en moyenne entre le moment où le patient a mal et le moment où le soignant prend rendez-vous. (Hennequin et coll., 2000). Parfois ce délai de rendez-vous est dû à la difficulté de trouver un chirurgien-dentiste. (Hennequin et coll., 1998)

Le degré avancé des pathologies trouvées suggère que ces patients ont subi plusieurs épisodes de douleur avant la consultation. (Hennequin et coll., 2000)

Ces résultats montrent la nécessité d'informer les parents ainsi que les soignants sur les soins bucco-dentaires à apporter et de les encourager à faire suivre la personne handicapée pour que de telles pathologies n'évoluent pas. (Hennequin et coll., 2000)

Bien souvent l'évaluation des besoins en soins par l'entourage et par le chirurgien-dentiste est inférieure aux soins réalisés sous anesthésie générale. Quand l'entourage estime qu'il y aura 2,7+/- 0,1 actes en moyenne réalisés et que le chirurgien-dentiste estime ce nombre à 7,4+/- 0,5 actes en moyenne, ce sont 10,3 +/-0,6 actes qui sont réalisés sous anesthésie générale. (Hennequin et coll., 2003)

### **3-2-7 Le manque d'information du patient**

L'accès au cabinet dentaire est difficile pour les personnes handicapées puisqu'ils ne savent pas vers qui se tourner. De plus, les soins dentaires sont souvent considérés comme des soins supplémentaires, comme une étape à surmonter. Le manque de structures adaptées et l'inexistence d'un parcours de soins pour ces patients retardent la prise de contact avec un chirurgien-dentiste. Certains handicaps comme la surdité sont un obstacle à l'information. (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2005)

Selon l'article L111-7 introduit par l'article 41 de la loi n° 2005-102, « les établissements existants recevant du public doivent être tels que toute personne handicapée puisse y accéder, y circuler et y recevoir les informations qui y sont diffusées dans les parties ouvertes au public. L'information destinée au public doit être diffusée par des moyens adaptés aux différents handicaps. »

Cette loi propose aussi la création de maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sous la forme de groupements d'intérêt public (GIP) dont la mission consiste à accueillir, informer, accompagner et conseiller les personnes handicapées et leur famille. Elles regroupent différents organismes comme la COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) et la CDES (commission d'éducation spéciale) qui sont regroupées en CDAPH (commission pour les droits à l'autonomie des personnes handicapées), le site pour la vie autonome, les services du Conseil Général traitant des prestations pour adultes handicapés et le secrétariat de la commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées.

# **CHAPITRE 4: LES RESEAUX DE SANTE COMME REPONSE AUX BESOINS**

## **4-1 Définition et objectifs d'un réseau**

Le réseau de santé consiste en un regroupement de différents acteurs de santé intervenant en vue de faciliter l'accès aux soins du patient et d'améliorer la qualité de sa prise en charge. (Moutarde, 2003)

Les principaux objectifs d'un réseau sont de (Pérocheau, 2006) :

- ◆ Favoriser l'accès aux soins c'est-à-dire orienter le patient vers la structure la plus adaptée à ses besoins.
- ◆ Favoriser la coordination et la continuité des soins afin de ne pas interrompre la prise en charge et de favoriser le suivi.
- ◆ Améliorer les pratiques professionnelles en mettant au point une formation des praticiens pour établir des référentiels et éviter l'isolement des praticiens.
- ◆ Améliorer le dépistage et la prévention.

## **4-2 L'historique des réseaux de santé**

Au début du XXème siècle, une ébauche de coordination entre les professionnels de santé a vu le jour autour de la prise en charge des tuberculeux. C'est la première initiative de réseau. Avant les années 80, s'organisent des structures pour l'accompagnement des personnes âgées devenant ainsi les premiers réseaux gérontologiques.

Vers le milieu des années 80, de nouvelles pathologies apparaissent telles que le sida ou la toxicomanie. Ces nouvelles situations montrent une carence du système de santé de l'époque (manque de concertation, apparition de nouveaux besoins comme la nécessité pour ces patients de consulter différents spécialistes...) et conduisent à des initiatives personnelles des professionnels. Des médecins, des infirmières et des pharmaciens décident de coopérer afin de

placer le malade au centre du dispositif de soins. On assiste ainsi à la naissance des premiers réseaux ville-hôpital.

Avec l'apparition d'autres structures similaires pour la prise en charge du diabète, de la périnatalité, de la cancérologie...les réseaux ont pris l'appellation de réseaux de santé.

(Coordination nationale des réseaux, 2001)

### **4-3 La reconnaissance des réseaux par les pouvoirs publics**

Bien que reconnus aujourd'hui dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, les réseaux sont nés d'initiatives personnelles de professionnels face à l'inadéquation entre le système de santé et les besoins de certaines populations de malades.

Les premiers textes officiels ne sont apparus qu'à partir de 1991 sous forme de circulaire.

La circulaire de la Direction Générale de la Santé et de la Direction des Hôpitaux du 4 juin 1991 visait à régir et à coordonner les réseaux ville-hôpital prenant en charge les malades du sida.

Les ordonnances Juppé du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins ont introduit la notion de réseau dans le code de la Santé et dans le code de la Sécurité Sociale.

La circulaire du 25 novembre 1999 précise les conditions de financement par l'Etat « des réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux ». (Coordination nationale des réseaux)

### **4-4 Les lois et textes**

Selon la loi du 4 mars 2002, « les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualités ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale. »

Selon la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire, notamment de

celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ».

Les réseaux sont « constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale ainsi qu'avec des représentants des usagers. » (J.O 2002)

Selon le décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif à la loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, « Art. R. 162-59. - Les réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier des financements au titre de la dotation nationale de développement des réseaux mentionnée à l'article L. 162-43. Les demandes de financement sont adressées par le ou les promoteurs du réseau aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans la circonscription géographique où le réseau a son siège.

« Art. R. 162-60. - Dans chaque région, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concluent une convention définissant les conditions de l'instruction conjointe des demandes.

« Art. R. 162-61. - La décision conjointe prévue par l'article L. 162-44 prend en considération, pour chaque demande :

« a) La prise en compte des priorités pluriannuelles de santé publique ;

« b) L'intérêt médical, social et économique, au regard de l'organisation, de la coordination, de la qualité et de la continuité des soins tenant compte de l'offre de soins existante et des orientations définies par les schémas régionaux ou nationaux d'organisation sanitaire et les schémas médico-sociaux ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé et de formation ;

« c) Les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation

« d) L'organisation et le plan de financement du réseau, les conditions de prise en charge financière des prestations ;

« e) La justification des dérogations demandées en application de l'article L. 162-45.

« Art. R. 162-62. - La décision conjointe des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie autorise le réseau à bénéficier des dispositions de l'article L. 162-45 dans la limite du montant disponible de la

dotation régionale de développement des réseaux après prise en compte des dépenses engagées au titre des décisions précédentes affectant cette enveloppe.

« Ne s'imputent pas sur cette dotation régionale les frais couverts par l'assurance maladie en application des articles L. 321-1, L. 322-2 et L. 322-3.

« Art. R. 162-63. - La décision conjointe est publiée et notifiée dans les conditions prévues par l'article R. 710-17-7 du code de la santé publique. Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande vaut rejet. Ce délai ne court qu'à compter de la réception d'un dossier complet comportant les éléments suivants :

« a) Les conditions dans lesquelles les professionnels de santé et les établissements manifestent leur volonté de participer au réseau ;

« b) Les modalités par lesquelles les patients manifestent leur volonté d'être pris en charge dans le réseau ;

« c) Les modalités de suivi des dépenses du réseau.

« La décision précise la durée de l'application qui ne peut excéder trois ans. Elle peut être prorogée dans les mêmes formes que la décision initiale et au vu de l'évaluation.

« Pour mettre en oeuvre la décision conjointe, l'organisme désigné, dans la circonscription où le réseau a son siège, définit avec le ou les promoteurs du réseau les modalités d'application de la décision. (J.O, 2002)

## **4-5 Les différents types de réseaux**

Il existe :

- ◆ Des réseaux de prise en charge globale (femme enceinte, personnes handicapées...)
- ◆ Des réseaux centrés sur une spécialité (SIDA, diabète, cancer, toxicomanie, la douleur...)

Ces réseaux sont purement médicaux, purement sociaux ou mixtes.

Les réseaux mixtes permettent une prise en charge globale du patient et favorisent le décloisonnement des structures.

Au plan administratif, les réseaux peuvent être inter hospitaliers ou sous forme de réseaux ville-hôpital.

Pour la Commission Nationale des Réseaux, il existe 4 types de réseaux :

- ◆ Les réseaux d'établissement (constitués entre établissements de santé)
- ◆ Les réseaux ville-hôpital monothématiques (constitués entre professionnels de la ville et de l'hôpital)

- ◆ Les réseaux de santé de proximité (centrés sur les populations, à l'échelle du quartier ou de la ville)
- ◆ Les réseaux de soins (centrés sur le soin et des pathologies très spécifiques)

Les réseaux ville-hôpital favorisent la prise en charge ambulatoire et diminuent les hospitalisations. (Lièvre et coll., 2001)

L'objectif est de développer des réseaux de santé à la fois curatif, préventif et social faisant intervenir tous les partenaires sociaux et médicaux afin de répondre au mieux aux attentes de la population concernée. (Coordination nationale des réseaux ; Lièvre et coll., 2001)

## **4-6 Constitution d'un réseau**

### **4-6-1 Définition des différents financements**

#### **4-6-1-1 FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville)**

Il a été créé au sein de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 1999 pour une durée de cinq ans mais qui a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2006 par la loi de financement de la Sécurité Sociale 2002.

Le but du FAQSV est de financer toute action participant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale de la santé du patient, mise en œuvre par les professionnels de santé libéraux ou les centres de santé qui interviennent dans tous les secteurs y concourant. (Ameli, 2005)

Le FAQSV peut financer : (URCAM Champagne-Ardennes)

- ◆ Des actions dites traditionnelles contribuant à :
  - La promotion de la coordination des soins : mise en place et aide au démarrage de réseaux de santé ou autre mécanisme de coopération entre professionnels de santé
  - L'amélioration des pratiques
    - Pour les professionnels : recommandations de bonnes pratiques
    - Pour les patients : programme d'éducation et de formation du patient
  - Le développement du partage de l'information

- Le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles
- ◆ Des actions dites fléchées :
  - La permanence des soins : expérience de maisons médicales de garde
  - L'aide à l'installation des professionnels de santé non médecins comme les infirmiers ou les orthophonistes

La gestion du FAQSV est déléguée à un comité national de gestion placé au sein de la CNAMTS et à des comités régionaux de gestion placés au sein des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM Champagne-Ardenne). Les URCAM, issues du plan Juppé de 1996, sont des organismes de la Sécurité Sociale dont l'objectif est de coordonner l'activité des Caisses d'Assurance Maladie au sein d'une région au niveau de la prévention, de la gestion du risque ou de l'optimisation du système de soins. (Dorme, 2003)

Un comité de gestion est constitué de représentants de toutes les professions de santé libérales, des établissements de soins et des organismes d'Assurance Maladie ainsi que de personnes qualifiées. (Ameli, 2005)

Le FAQSV débloque des fonds après l'étude du dossier présentant le projet du réseau. (Pérocheau, 2006)

#### **4-6-1-2 La DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux)**

L'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie) est fixé chaque année par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale. Les cinq enveloppes qui en bénéficient sont les soins de ville, les établissements sanitaires publics, les établissements médico-sociaux, les cliniques privées et les réseaux de soins. (URCAM Rhône-Alpes)

La DRDR est l'enveloppe apportée pour promouvoir les réseaux.

Son attribution est décidée conjointement par les URCAM et les agences régionales d'hospitalisation (ARH). L'enveloppe accordée à chaque URCAM est différente chaque année en fonction des priorités de financement. Elle a fortement augmenté depuis 2002 avec une stabilisation en 2006 alors que les projets financés et ceux à financer sont toujours plus nombreux. Cette situation oblige les URCAM à sélectionner les projets les plus réalisables en accord avec les priorités régionales de financement.

Cette dotation est accordée pour 3 ans et peut être pérennisée si le réseau a montré son utilité. (URCAM Rhône-Alpes ; Pérocheau, 2006)

### **4-6-1-3 Devenir des financements**

La fusion de la DRDR et du FAQSV est prévue dès 2007 par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2007 pour devenir le FICQS (Fonds d'Intervention pour la Coordination de la Qualité des Soins) (Pérocheau, 2006)

### **4-6-2 Mise en place d'un réseau**

#### **4-6-2-1 Procédure de mise en place d'un réseau financé par la DRDR**

Un travail de définition des priorités de financement est établi à partir des priorités régionales de Santé Publique affichées dans le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) et dans le 3<sup>ème</sup> Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS 3).(URCAM Pays de la Loire).

En fonction des priorités régionales de financement définies, un appel à projet est lancé.  
(annexes)

Les promoteurs voulant lancer un projet doivent compléter un dossier de pré-projet (annexes), guidé par l'URCAM. Ce dossier doit énoncer le problème à résoudre, les objectifs et les solutions que doit apporter le futur réseau ainsi que l'organisation de celui-ci et les moyens nécessaires à sa mise en place. Des rencontres entre les professionnels de santé (promoteur) et les représentants de l'URCAM sont proposées afin de s'assurer que le projet correspond aux priorités de financement de la région. L'URCAM intervient à cette étape du projet pour mieux guider sa mise en place.

Si le pré-projet est retenu par le Comité Régional des Réseaux (composé de l'ARH, de l'URCAM, DRASS, FHF, FHP, URML, AROMSA, Service Médical régime général, RSI, une personne qualifiée), le projet est affiné grâce au dossier-promoteur dans lequel doivent apparaître les détails du projet.

Ce dossier est le support du projet. Il permet de présenter le réseau, le ou les promoteur(s) afin de bénéficier ou non d'un financement. (Groupe de travail URCAM ARH, 2005)

Il contient :

*1/ La fiche d'identité du réseau*

Cette fiche doit contenir : (Groupe de travail URCAM ARH, 2005)

- ◆ Le nom du réseau avec les coordonnées administratives du siège social.
- ◆ Les promoteurs (nom, coordonnées, statut juridique). Le promoteur du projet du réseau peut être un professionnel de santé ou un regroupement de professionnel de santé exerçant en ville à titre libéral ou un centre de santé.
- ◆ Nom et coordonnées de la structure qui recevra les fonds
- ◆ L'aire géographique
- ◆ La population concernée
- ◆ La typologie des acteurs concernés par le réseau : professionnels de santé, centres de santé, institutions sociales ou médico-sociales...
- ◆ L'environnement socio-démographique
- ◆ L'objectif général du réseau
- ◆ L'éventuel concours des institutions de santé et autres organismes

*2/ La pertinence du projet, sa cohérence avec les priorités de santé*

Le promoteur doit montrer l'intérêt du réseau et faire un bref historique du réseau. Il présente de façon synthétique les raisons de la constitution de ce réseau, ce qui a poussé à le créer. Il doit préciser en quoi ce projet constitue une priorité de santé. (Groupe de travail URCAM ARH, 2005)

*3/ Les objectifs opérationnels et l'activité globale*

Il faut préciser les objectifs du réseau que ce soit les objectifs déjà réalisés si on veut les poursuivre ou les nouveaux objectifs à développer pour les trois années à venir.

Ces objectifs sont à détailler dans un tableau afin de décrire les actions mises en œuvre, d'établir un échéancier de ces actions et de noter les indicateurs du suivi de ces actions.

L'activité globale du réseau doit être évaluée par un tableau prévisionnel comptabilisant le nombre de patients et le nombre de professionnels envisagés. (Groupe de travail URCAM ARH, 2005)

#### *4/ Les actions et les moyens*

##### → **Les actions du réseau**

Il faut décrire les services rendus aux patients, aux familles ainsi qu'aux professionnels de santé par la présence du réseau, monter ce qu'il a permis d'entreprendre et en quoi son existence est primordiale.

##### → **Organisation du dispositif**

###### ○ Les acteurs

Noter les acteurs du réseau c'est-à-dire les responsables du projet, les salariés, les groupes de travail.

Présenter les autres partenaires habituels du projet (caractéristiques, engagements)

Présenter les acteurs ponctuels du réseau.

###### ○ Les modalités de fonctionnement

Pour que le dossier soit complet, il doit comporter obligatoirement:

- la convention constitutive
- la charte des professionnels du réseau
- le document d'information aux usagers
- le rapport d'activité
- le cahier des charges de l'évaluation
- et d'autres documents comme le règlement intérieur, l'annuaire des acteurs du réseau...

###### ○ L'organisation de prise en charge des bénéficiaires

Donner les modalités d'inclusion et d'exclusion du patient.

Décrire le parcours suivi par le bénéficiaire tout au long de la prise en charge par le réseau.

(Groupe de travail URCAM ARH, 2005)

#### *5/ Le plan de financement du projet*

##### **Le budget prévisionnel**

Etablir un budget prévisionnel sur trois ans.

La subvention DRDR et les subventions d'organismes privés ou publics sont à évaluer.

Les demandes de dérogation tarifaire sont à remplir.

### **L'analyse de la dimension économique**

Envisager les économies engendrées par l'existence du réseau.

Imaginer les outils à mettre en œuvre pour optimiser les coûts.

#### *6/ L'évaluation du projet*

(Groupe de travail URCAM ARH, 2005)

Ce dossier-promoteur est ensuite présenté devant le Comité Régional des Réseaux qui donne un avis concernant le projet.

Ce sont finalement les directeurs de l'ARH et de l'URCAM qui donnent leur accord ou non au financement du réseau pour 3 ans. (Pérocheau, 2006)

#### **4-6-2-2 Procédure de mise en place d'un réseau financé par le FAQSV**

Pour ce type de financement, il n'existe pas d'appel à projet. Le dossier du projet peut être déposé à tout moment et un accompagnement est proposé par l'URCAM pour sa constitution. (Pérocheau, 2006)

### **4-7 Le réseau odontologique**

Le réseau en odontologie consiste à mettre en relation les différents acteurs des soins bucco-dentaires que sont les chirurgiens-dentistes libéraux, les soignants, les kinésithérapeutes, les médecins... Afin que ces différents intervenants coordonnent la prise en charge du patient, il est indispensable de mettre en relation différentes structures.

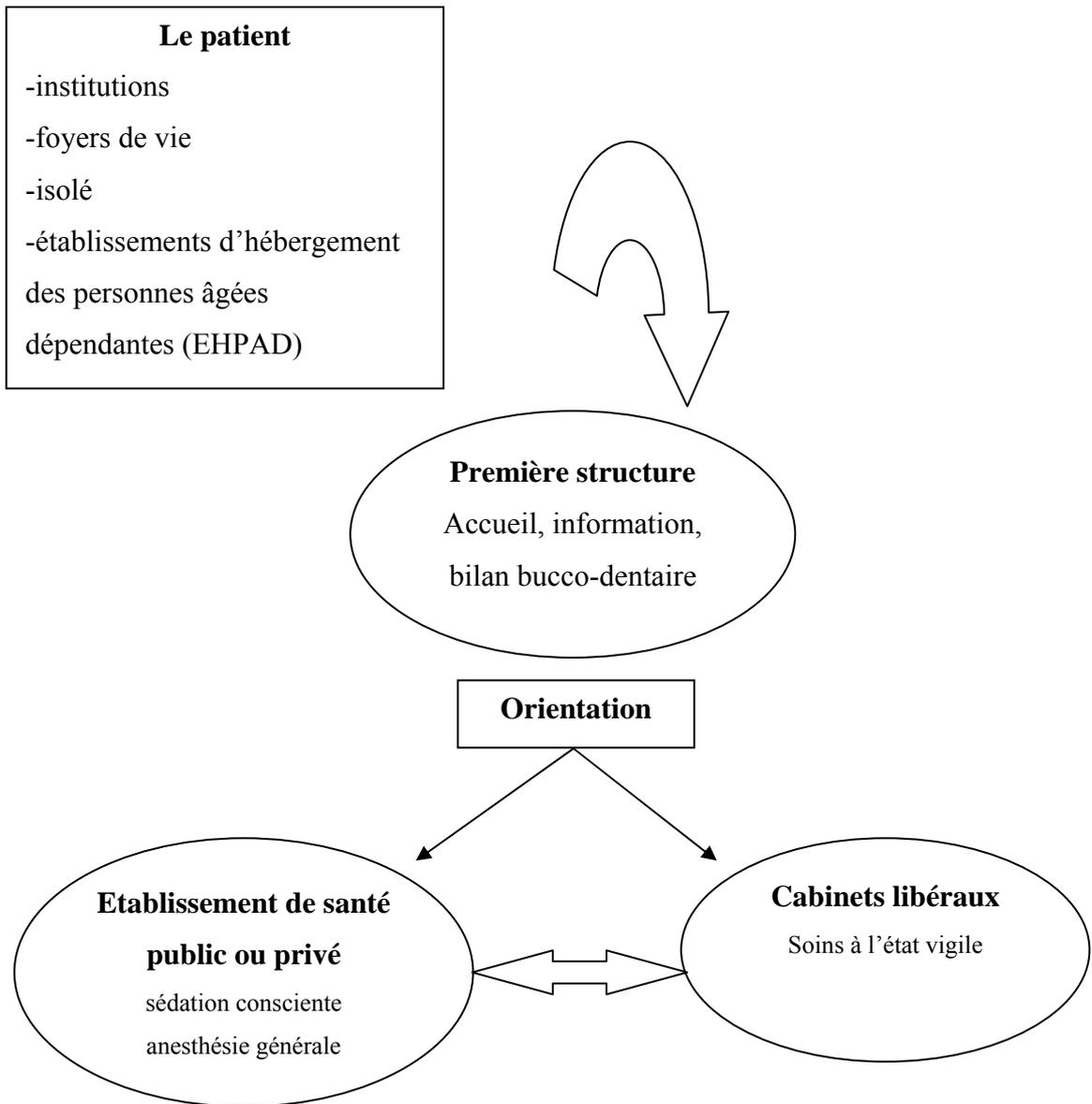
*La première structure* est un centre d'information et de conseil où peuvent se rendre les personnes handicapées pour établir un bilan bucco-dentaire et un plan de traitement. C'est dans cette structure que se fait le choix de l'orientation des patients.

*La deuxième structure* est l'ensemble des cabinets libéraux qui participent au réseau. Les chirurgiens-dentistes libéraux réalisent les soins des personnes les plus coopérantes et les

moins dépendantes. Ces mêmes chirurgiens-dentistes peuvent exercer dans la première structure et y recevoir une formation.

*La troisième structure* est un centre hospitalier ou une clinique privée qui possède un plateau technique adapté à la réalisation des soins sous anesthésie générale ou sous sédation consciente.

Le patient peut être dirigé d'une structure à l'autre en fonction de sa coopération et de ses facultés d'adaptation. Si les soins en cabinet libéral s'avèrent difficiles, le patient est orienté vers le centre hospitalier ou à l'inverse, si la coopération du patient s'améliore la prise en charge pourra se faire au cabinet. (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2003e)



Organisation d'un réseau odontologique  
D'après l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2003e

## **4-8 Différents réseaux odontologiques existant en France**

### **4-8-1 Le Vinatier**

#### **4-8-1-1 Contexte et situation bucco-dentaire de la population handicapée et dépendante**

Ce réseau concerne les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes de la région Rhône-Alpes soit :

- 48 000 résidents d'établissements médicaux (psychiatrie) ou médico-sociaux
- 42 000 handicapés isolés
- 73 000 résidents d'établissements (maisons de retraite, foyers logements)
- 70 000 personnes âgées isolées

c'est-à-dire 5% de la population. (Balagna, 2004)

#### **4-8-1-2 Genèse du réseau**

##### **La pertinence du projet**

Le Vinatier est le second hôpital psychiatrique français ayant développé un service d'odontologie important.

Ce service a d'abord répondu aux besoins des patients de cet hôpital et a de plus en plus été sollicité par des patients de l'extérieur ce qui a soulevé deux problèmes :

- la saturation de la structure en place
- le manque de structure adaptée pour cette population

L'idée du réseau a germé en cherchant des cabinets libéraux et des structures de soins pour s'occuper des cas les plus simples.

L'implication des praticiens libéraux à proximité des établissements médico-sociaux a permis de dépister et d'orienter les patients en fonction de leurs besoins. (Bory, 2005)

##### **Les grandes étapes du projet :**

21 mars 2001 première note d'opportunité

21 février 2003 premier dossier du projet

17 avril 2003 dossier jugé recevable par l'URCAM

20 août 2003 deuxième dossier du projet

15 octobre 2003 l'URCAM demande une enquête auprès des chirurgiens-dentistes libéraux (financée par le FAQSV)

mars 2004 lancement de l'enquête

15 septembre 2004 dossier du projet finalisé

9 novembre 2004 avis favorable du Comité Régional des Réseaux pour le financement (Bory, 2005)

### **Un travail complexe et de longue haleine**

Il a fallu 3 années pour formaliser le projet, rechercher des partenaires, obtenir l'accord des directeurs d'établissement, de la DDASS et du Conseil Général. (Bory, 2005)

### **4-8-1-3 Fonctionnement du réseau**

L'organisation du réseau repose sur trois structures :

- ◆ Le Centre de Santé orale :
  - il organise la formation, le dépistage, la coordination des soins
  - il est constitué d'une équipe compétente dans les soins spécifiques et de praticiens libéraux
  - l'équipe du centre de santé orale examine chaque patient et propose un projet de soins au patient
  - cette équipe organise également le suivi
- ◆ Les cabinets libéraux
- ◆ Le Centre-ressource
  - Il fait partie d'un centre hospitalier ou d'une clinique pour avoir accès à la sédation consciente et à l'anesthésie générale.

(Bory, 2005)

L'organisation des soins est différente selon la coopération du patient et le plateau technique nécessaire. (Bory, 2004)

1. les soins simples avec une bonne coopération du patient se font au *cabinet de ville*.
2. les soins simples nécessitant une aide se font au *cabinet de ville* avec la participation d'un éducateur ou d'un soignant
3. les soins simples avec peu de coopération et nécessitant un plateau technique plus important se font au *Centre de Santé Orale* par un praticien libéral ou par un praticien libéral assisté d'un soignant ou par une équipe spécialisée
4. les soins multiples sous sédation consciente ou sous anesthésie générale sont réalisés au *Centre-ressource* par un praticien libéral ou une équipe spécialisée

#### **4-8-1-4 Les objectifs du réseau et les enjeux professionnels**

L'objectif principal est de répondre en dix ans aux besoins de 41 000 personnes en région Rhône-Alpes ce qui correspond à 40% des besoins des personnes handicapées et à 30% des besoins des personnes âgées dépendantes. (Bory, 2005)

Le but du réseau est de :

- coordonner l'exercice libéral et l'hôpital afin d'augmenter l'accès aux soins des personnes handicapées
- développer l'accès aux soins sous sédation consciente pour les Chirugiens-dentistes
- revaloriser les soins spécifiques apportés aux patients handicapés par une évolution de la Nomenclature

#### **4-8-1-5 Apports du réseau**

Pour les patients :

- accès à des soins adaptés à leur pathologie
- mise en place d'un suivi et de moyens de prévention

- satisfaction
- amélioration bucco-dentaire et conservation des dents

Pour les praticiens :

- amélioration des conditions de travail, sensation de sécurité
- travail en équipe et échanges
- réalisation de soins adaptés

(Bory, 2005)

## **4-8-2 L'UFSBD 49 (Maine et Loire) et le réseau Acsodent**

### **4-8-2-1 La population visée**

La population visée par ce réseau est la population handicapée résidant en centre d'accueil spécialisé ou en foyer médico-éducatif. (Arnaud, 2005)

Son but est de prendre en charge 1750 personnes handicapées dans 34 centres différents. (Ordre National des Chirugiens-Dentistes, 2006)

### **4-8-2-2 La genèse du réseau**

Le réseau a vu le jour dans les années 90 sous l'impulsion de l'UFSBD 49 mais le fonctionnement de ce réseau repose sur du bénévolat d'un grand nombre de praticiens depuis sa création. Cette structure est saturée par le nombre de demandes qui s'accroît tous les ans. En effet, l'offre n'est plus suffisante par rapport à la demande et les pathologies bucco-dentaires de ces patients s'aggravent. Cette augmentation de la demande de soins spécifiques nécessite une reconnaissance sous la forme d'un réseau ville-hôpital. (Ordre National des Chirugiens-Dentistes, 2004 ; Arnaud, 2005)

Acsodent attend un financement de l'URCAM et de l'ARH pour finaliser la création du dispositif. (Arnaud, 2005)

### **4-8-2-3 Le fonctionnement du réseau**

L'UFSBD a mis en relation différents partenaires pour promouvoir les soins des personnes à besoins spécifiques. L'UFSBD encourage les praticiens libéraux à prendre en charge les patients handicapés. Quand les praticiens de ville ne peuvent plus soigner ces patients à cause d'un manque de formation ou d'un plateau technique inadapté, les praticiens du réseau prennent le relais. L'UFSBD mandate des chirurgiens-dentistes exerçant à proximité des centres d'accueil ou des foyers médico-éducatifs afin qu'ils réalisent un dépistage régulier des résidents. Suite à ce dépistage, les patients sont orientés vers des cabinets de ville pour réaliser les soins les plus simples (pour privilégier ce type de prise en charge) tandis que pour les soins les plus difficiles, les patients sont orientés vers le CHU d'Angers qui assure les soins sous anesthésie générale ou sous sédation consciente. (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2004 ; Arnaud, 2005)

Les soins sont prodigués en fonction l'évaluation de la faisabilité des soins qui est réalisée lors du dépistage. Cette évaluation permet une prise en charge et un suivi personnalisé. Il existe 4 groupes :

1. maintenance réalisée par le personnel du centre
2. soins simples en cabinet de ville
3. soins spécifiques dans une structure intermédiaire sous sédation consciente
4. soins spécifiques au CHU ou en clinique sous anesthésie générale

(Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2006)

### **4-8-2-4 Les objectifs**

Acsodent veut :

- ◆ offrir une prise en charge adaptée et personnalisée
- ◆ motiver les équipes médico-éducatives à réaliser un suivi des patients sur le plan de la santé bucco-dentaire.

### **4-8-3 Handi-Acces**

#### **4-8-3-1 La population visée**

Ce sont les patients handicapés de la Lorraine qui ont accès à ce réseau.

#### **4-8-3-2 La genèse du réseau**

Le constat d'un manque d'information des patients handicapés concernant l'accessibilité des cabinets et d'un manque de formation des praticiens à cette population a nécessité la création de ce réseau.

Le réseau Handi-Acces a été créé en 2000 sous l'impulsion du Conseil départemental de l'Ordre de Meurthe et Moselle. Il a reçu l'avis favorable du FAQSV en septembre 2001 avec une convention qui ne prenait pas en compte la formation des praticiens ni la mise en place du dossier de suivi du patient. C'est pourquoi une nouvelle convention a été décidée et présentée en février 2003. Le réseau a obtenu son financement au bout de quatre années après de nombreux allers-retours du dossier.

Ce réseau concerne 12 000 professionnels de santé médicaux et paramédicaux de Lorraine. (Moutarde, 2005)

#### **4-8-3-3 Les objectifs**

- ◆ Faciliter l'accès des patients handicapés aux cabinets médicaux et paramédicaux.
- ◆ Offrir une formation spécifique aux professionnels
- ◆ Mettre en place des outils comme :
  - Un annuaire en ligne à destination des personnes handicapées pour la recherche simplifiée d'un professionnel accessible selon des critères de choix de la personne handicapée
  - Un cycle de formation
  - La mise à disposition d'une banque de données concernant les problèmes et les solutions liées au handicap

(Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2003)

## **4-8-4 Handident**

### **4-8-4-1 La genèse du réseau**

Ce réseau a été créé à l'initiative de l'Association des Paralysés de France (APF) et du comité régional de coordination ordinal (CRCO) du Nord Pas de Calais.

La signature de la convention de partenariat a eu lieu en mars 2004 entre l'APF et l'Ordre.

La création de Handident a été prévue pour mai 2005 à la condition d'obtenir le financement du FAQSV dont la demande a été déposée fin mai 2005. (Moutarde, 2005)

Le réseau a finalement été subventionné par l'URCAM et l'ARH de la région PACA pour 3 ans dans le cadre de la DRDR. Son activité a débuté en juillet 2006.

### **4-8-4-2 Les objectifs**

- ◆ Faciliter l'accès aux soins dentaires des personnes à besoins spécifiques
- ◆ Développer la prévention
- ◆ Former les praticiens
- ◆ Créer des structures destinées aux soins spécifiques appelés « pôle-ressource »
  - Le premier pôle-ressource est prévu à Lille et les suivants à Douai, Valenciennes, Maubeuge, Dunkerque.
- ◆ S'associer avec les étudiants de sixième année pour qu'ils effectuent leurs stages au pôle-ressource afin d'acquérir une formation et peut-être participer ultérieurement au réseau.

## **4-8-5 Unité de soins spécifiques de Clermont-Ferrand**

### **4-8-5-1 La population visée**

Une unité de soins spécifiques à destination des personnes dépendantes existe depuis 1992 à Clermont-Ferrand. La patientèle se compose de patients angoissés ou phobiques des soins

dentaires, de sujets atteints de troubles de la cognition ou de pathologies démentielles liées au vieillissement ainsi que de très jeunes enfants. Ces patients sont orientés vers cette unité par leur praticien de ville ou par des établissements médico-éducatifs. (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2003)

#### **4-8-5-2 Le fonctionnement**

L'unité de soins est composée de 3 fauteuils sur lesquels travaillent un professeur d'université, un praticien hospitalier, deux maîtres de conférences deux assistantes hospitalo-universitaires, une infirmière et un emploi jeune.

Les objectifs de cette unité sont de :

- Mettre en place un traitement individuel avec le patient et sa famille
- Mettre en place un programme d'hygiène individuel
- Intégrer la santé orale dans le projet de vie

L'unité de soins spécifiques dispense des formations à l'hygiène bucco-dentaire aux personnels des établissements d'accueil des polyhandicapés et des personnes âgées.

Des diplômes universitaires ont été mis en place comme le DU d'hygiène bucco-dentaire pour les personnes dépendantes ou le DU de sédation consciente (Clermont-Ferrand, Strasbourg, Marseille, Nancy...). (Ordre National des Chirurgiens-Dentistes, 2003)

## La France des réseaux dentaires

Sans être exhaustive, cette carte recense les initiatives portées à la connaissance du Conseil national.

- Dispositif déjà opérationnel.
- Projet en cours de développement.



**1** HANDIDENT NORD-PAS-DE-CALAIS  
Personnes en situation de handicap  
(Lille)

**2** HANDI-ACCES :  
Personnes en situation de handicap  
(Lorraine)

**3** ONCODENT :  
Cancer (Lorraine)

**4** SOINS BUCCO-DENTAIRES  
ET HANDICAP :  
Personnes en situation de handicap  
(Rhône-Alpes)

**5** GIPS :  
Prévention et santé parodontale  
(région parisienne)

**6** Bus dentaire UFSBD  
Personnes âgées dépendantes  
(Paris)

**7** ASDES :  
Accès aux soins et éducation à la santé  
(région parisienne)

**8** CAP RÉSEAUX :  
Evaluation des pratiques professionnelles  
(Rennes)

**9** HANDIDENT PACA :  
Personnes en situation de handicap

**10** HANDIDENT BASSE-NORMANDIE :  
Personnes en situation de handicap

**11** HANDIDENT MIDI-PYRÉNÉES :  
Personnes en situation de handicap

**12** ACSODENT :  
Personnes en situation de handicap  
(Maine-et-Loire)

**13** Soins pour les personnes âgées  
et les handicapés (Rennes)

**14** Réseau pour les personnes âgées dépendantes  
(Limousin)

Carte des réseaux dentaires existant en France d'après  
la Lettre de l'Ordre National des Chirurgiens-  
Dentistes, 2006

## **4-9 Les apports d'un réseau odontologique pour les personnes handicapées**

### **4-9-1 Une structure adaptée**

Il est très difficile pour une personne handicapée de trouver une structure de soins dentaires appropriée et les démarches pour trouver un chirurgien-dentiste aboutissent souvent à un renoncement du patient qui préfère ne pas se faire soigner. Il est donc important de clarifier le parcours de soins afin que l'orientation des patients soit efficace dès le premier rendez-vous.

Un réseau odontologique coordonne les différentes structures que sont le cabinet libéral, la structure intermédiaire et le service odontologique de l'Hôpital. Il fonctionne comme un guichet unique où se rend le patient pour un premier contact et une orientation vers la bonne structure. Un réseau odontologique permet de multiplier les sites de sédation consciente ce qui crée une alternative aux soins sous anesthésie générale quand cela est possible tout en diminuant les délais d'attente. (Arnaud, 2005). Les besoins en soins sont mieux estimés puisque le dépistage se généralise.

Ce type de structure a également pour vocation d'instaurer un dépistage et un programme de prévention dans les structures d'accueil des personnes handicapées. Cette démarche est réalisée par des chirurgiens-dentistes libéraux attachés au réseau odontologique.

Le but ultime du réseau est de placer le patient au centre du dispositif de soins pour que toutes les énergies se développent de manière cohérente. (Moutarde, 2006)

La création des différents réseaux odontologiques en France débute généralement d'une initiative des professionnels de santé qui veulent répondre à un problème de santé publique. Mais les difficultés qu'ils rencontrent pour pérenniser leur projet nécessitent le soutien financier de la DRDR ou du FAQSV pour transformer leur projet en réseau. (Bory, 2004) (Arnaud, 2005)

## **4-9-2 Une formation des professionnels**

### **4-9-2-1 La formation des chirurgiens-dentistes**

Le travail en équipe au sein du réseau multiplie les échanges entre les praticiens. Les techniques de travail sont évaluées ce qui fait évoluer les pratiques professionnelles et aboutit à l'élaboration de protocoles et de référentiels. Cette collaboration des professionnels permet les échanges et brise le cloisonnement : le praticien n'est plus seul face aux difficultés de prise en charge des personnes handicapées. Ce travail est pluridisciplinaire puisque la collaboration s'établit avec les médecins, les pharmaciens ou les assistants sociaux. (Moutarde, 2006)

### **4-9-2-2 La formation des personnels soignants**

Un objectif important à réaliser reste la formation du personnel soignant des structures d'accueil pour les personnes handicapées à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire. En effet, c'est un aspect de la prévention dont on ne peut se passer afin que le suivi soit efficace. Grâce au réseau, ce type de formation est mis en avant et fait partie de la prise en charge du patient. (Moutarde, 2006)

### **4-9-3 Une rémunération spécifique**

La valorisation des soins spécifiques grâce à l'instauration des réseaux odontologiques permet de pérenniser et même d'accroître le nombre de praticiens attachés aux réseaux. De cette manière l'offre de soins est augmentée avec des professionnels de plus en plus compétents de part leur expérience des soins spécifiques acquise au sein du réseau. (Moutarde, 2006)

## **4-10 Le devenir des réseaux**

Les réseaux existent actuellement grâce aux financements publics régionaux dont l'attribution est décidée par les directeurs de l'URCAM et de l'ARH. Pour les réseaux en place ayant prouvé leur efficacité, ces financements sont maintenus.

L'apparition de nouveaux réseaux est donc dépendante des priorités de financement de chaque région et de l'enveloppe allouée à leur développement. Chaque région a des réseaux de santé qui varient en fonction de ses besoins.

Si les financements disparaissaient, les réseaux ne pourraient plus exister sous la forme qu'on connaît aujourd'hui.

Voici l'exemple du devenir des réseaux de santé dans la région des Pays de la Loire :

Compte tenu de la limitation de la dotation budgétaire 2007 attribuée à la région des Pays de la Loire (6 554 704 €), la MRS (Mission régionale de Santé) a décidé, dans l'immédiat, de ne pas lancer d'appel à projets pour l'année 2007 et de marquer une pause dans le développement des réseaux de santé.

Dans l'attente, la MRS consacrera ses moyens à l'évaluation des réseaux de santé existants afin de mesurer les plus-values apportées et de décider des renouvellements de financement.

Par ailleurs, la MRS souhaite engager en 2007 une évaluation de sa politique tant au niveau stratégique (propositions sur les priorités de développement des réseaux) qu'organisationnel (instruction, accompagnement, évaluation).

Une nouvelle réflexion est à entreprendre concernant les priorités et le devenir des réseaux en apportant de nouvelles notions :

- une approche généraliste ou territoriale des réseaux,
- l'articulation et la mutualisation entre les réseaux.

## CONCLUSION

La cause des personnes handicapées a été placée sous les projecteurs en 2002 lorsqu'elle a été décrétée « grande cause nationale ». Cette médiatisation a révélé les points faibles de nos institutions concernant les difficultés des personnes handicapées au niveau professionnel, économique, médical et social. Elle ne permet pas seulement la prise de conscience de l'opinion publique, elle a modifié aussi les bases de la législation concernant les personnes handicapées et a remis en exergue le principe de solidarité nationale. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les progrès de la médecine et l'augmentation des accidents de la vie (accidents routiers, accidents ménagers...), le nombre de personnes handicapées est en accroissement constant.

La prise en charge bucco-dentaire des patients handicapés est un enjeu de Santé Publique et fait partie des modifications de la législation sur le plan médical.

Le handicap est une notion qui comprend la déficience, l'incapacité et le désavantage. Toute déficience est en soi un handicap, que ce handicap soit physique, mental ou social.

Les patients handicapés ont, comme les autres des problèmes bucco-dentaires, d'ordre infectieux (maladie carieuse ou parodontale), fonctionnel ou traumatique auxquels viennent s'ajouter les problèmes spécifiques liés au handicap (mobilité, intellect...). Toutes ces particularités dues au handicap empêchent souvent une prise en charge habituelle et nécessitent des aménagements qui ne sont pas toujours possibles en cabinet libéral. La nécessité de trouver d'autres alternatives plus adaptées est indispensable.

Par ailleurs, la réhabilitation bucco-dentaire pour ces patients est d'une importance cruciale pour leur appartenance à la vie sociale, eux qui se sentent déjà hors de la société à cause de leur handicap.

Face à ce problème, de nombreux confrères ont voulu agir et répondre à ces patients mis à l'écart. Une des réponses à ce besoin est la création de réseaux de santé qui, en facilitant l'accès aux soins, favorise une prise en charge spécifique et coordonnée entre les différents acteurs, propose des formations aux chirurgiens-dentistes et aux soignants et place le patient au centre du dispositif de soins.

Il est vrai que les chirurgiens-dentistes ne sont pas formés aux soins spécifiques pour les personnes handicapées et qu'ils ont besoin de l'interdisciplinarité professionnelle pour répondre à la spécificité des besoins de ces patients.

De plus, leur prise en charge nécessite, très souvent, des plateaux techniques adaptés ainsi que le recours aux soins sous sédation consciente ou sous anesthésie générale. Ces différentes disciplines s'exercent en établissement de santé public ou privé et en interdisciplinarité professionnelle.

L'existence des réseaux a permis d'offrir un meilleur accès aux soins aux personnes handicapées et les met au centre du dispositif de soins. Ce type de structure se développe dans les régions grâce au financement des URCAM et des ARH qui donnent une nouvelle impulsion aux projets initiés par les professionnels de santé. Mais ces financements sont dépendants, dans chaque région, des priorités de financements et des initiatives personnelles des professionnels ce qui implique que, dans certaines régions de France, ces structures ne verront pas forcément le jour. Il faut trouver d'autres alternatives pour que ce type de structure soit pérennisé ou espérer que l'attribution des budgets concernant la cause des handicapés soit modifiée. Cet aspect de la question est en grande partie politique et peut évoluer selon la politique en vigueur. Les projets en cours ne peuvent cependant pas être annulés.

Les travaux autour du handicap ne concernent pas uniquement le domaine de la santé bucco-dentaire, il reste donc à espérer que cette cause ne soit pas mise de côté faute de moyens.

Une voie pourtant mérite d'être explorée : c'est celle de la mise en place des Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH) prévue dans la loi n°2005-102. Ces structures apportent aux usagers l'écoute, les renseignements et les bons interlocuteurs pour faciliter leurs démarches. Pourquoi ne pas envisager une dimension sanitaire pour le dépistage et la prévention des personnes à risque au sein de ces structures ? Ainsi les personnes handicapées trouveraient de l'aide et des conseils pour toutes les situations difficiles de leur quotidien tant sur le plan social que médical.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## **ACADEMY OF DENTISTRY FOR PERSONS WITH DISABILITIES.**

Preservation of quality oral health care services for people with developmental disabilities.  
Spec Care Dent 1998;**18**:180-182.

## **AGENCE FRANCAISE DE SECURITE SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTE (AFSSAPS).**

Autorisation de mise sur le marché pour l'utilisation clinique du MEOPA en odontologie (2001).

<http://afssaps.sante.fr/>

## **AL-TANNIR M et GOODMAN H.**

A review of chlorhexidine and its use in special populations.

Spec Care Dentist 1994;**14(3)**:116-122.

## **AMELI (Assurance Maladie en Ligne).**

Présentation du FAQSV.

<http://www.ameli.fr/232/DOC/1071/fiche.html>

## **AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY.**

Council on Clinical Affairs. Guideline on management of persons with special health care needs.

Pediatr Dent 2006-2007. Sous presse.

## **AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS.**

Classification ASA.

[http://www.cpam21.fr/Flashes/flashs/Communs/SC456\\_flash\\_Anesth-Etab\\_17-10-2005.pdf](http://www.cpam21.fr/Flashes/flashs/Communs/SC456_flash_Anesth-Etab_17-10-2005.pdf)

## **ARNAUD G.**

Maine-et-Loire Action UFSBD 49.

Chir Dent Fr 2005;**1193**:28-30.

**BACHMAN JA.**

Self-injurious behavior : a behavioral analysis.

J Abnormal Psychol 1972;**80**(3):211-224.

**BALAGNA P.**

Réseau "Santé bucco-dentaire et handicap".

Chir Dent Fr 2004;**1182**:34-36.

**BALLAY JL, CHATELLIER V, DERAMOUDT S et coll.**

Chirurgie dentaire chez le handicapé, problèmes posés à l'anesthésiste.

<http://www.odonto.univ-rennes1.fr/handi10.htm>

**BANDON D, NANCY J, PREVOST J et coll.**

Apport de l'anesthésie générale ambulatoire pour les soins buccodentaires des enfants et des patients handicapés.

Arch Pediatr 2005;**12**:635-640.

**BANDON D, NIVET S, BRUN-CROESE N et coll.**

Soins dentaires des enfants sous anesthésie générale : à propos de l'activité de l'unité d'odontologie pédiatrique de l'hôpital Nord de Marseille (1<sup>ère</sup> partie).

Chir Dent Fr 2004a;**1155**:41-46.

**BANDON D, NIVET S, BRUN-CROESE N et coll.**

Soins dentaires des enfants sous anesthésie générale : à propos de l'activité de l'unité d'odontologie pédiatrique de l'hôpital Nord de Marseille (2<sup>ème</sup> partie).

Chir Dent Fr 2004b;**1156**:39-46.

**BANDON D, PREVOST J, NANCY J et coll.**

Prise en charge des enfants handicapés sous anesthésie générale. Lien avec différents paramètres cliniques.

Bull Group Int Sci Stomatol Odontol 2004c;**46**:1-7.

**BARGUES ML.**

Mal entendre au quotidien.

Paris : Odile Jacob, 1992.

**BERTHET A et MANIERE MC.**

Sédation consciente par inhalation d'un mélange oxygène-protoxyde d'azote.

In : BERTHET A et coll, eds. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.

Paris : Quintessence International, 2007.

**BIGEARD L, OBRY-MUSSET AM, HELMS M et FABIEN V.**

Eruption: mécanismes, chronologie, anomalies.

J Odontostomatol pédiatr 1997;**7**(1):99-108.

**BOITARD S et GOURRIER N.**

Les anomalies dentaires.

[http://www.odonto.univ-rennes1.fr/old\\_site/handi05.htm](http://www.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/handi05.htm)

**BORY EN.**

La Lettre du Réseau "Santé bucco-dentaire et handicap". 2004.

<http://www.reseau-sbdh-ra.org/pages/lettres.html>

**BORY EN.**

La Lettre du Réseau "Santé bucco-dentaire et handicap". 2005.

<http://www.reseau-sbdh-ra.org/pages/lettres.html>

**BORY EN.**

Interview.

Clinic 2005;**26**:8-9.

**CAILLERIE I, GHARIB F et BORY EN.**

Santé bucco-dentaire et personnes en situation de handicap mental : recueil du point de vue des familles dans la région de Grenoble.

Chir Dent Fr 2006;**1253**:54-60.

**CARLSSON J et EGELBERG J.**

Effect of diet on early plaque formation in man.

Odontol Revy 1965;16:112-125.

**CARR EG.**

The motivation of self-injurious behavior : a review of some hypotheses.

Psychol Bull 1977;84(4):800-816.

**COLLADO V, FAULKS D et HENNEQUIN M.**

Choisir la procédure de sédation en fonction des besoins du patient.

Real Clin 2005;16(3):201-219.

**COLLIGNON P, GIUSIANO B, BOUTIN AM et coll.**

Utilisation d'une échelle d'hétéroévaluation de la douleur chez le sujet sévèrement polyhandicapé.

Douleur Analgésie 1997;1:27-32.

**COORDINATION NATIONALE DES RESEAUX.**

Présentation de la Coordination Nationale des réseaux, 2001.

<http://www.cnr.asso.fr/presentationCnr/presentation.htm>

**CORBETT J.**

Aversion for the treatment of self-injurious behavior.

J Ment Defic Res 1975;19:79-95.

**CORDEBAR MC.**

Le territoire et la prise en compte du handicap. 2007.

<http://www.univ-nancy2.fr/VIDEOSCOP/DL7/index.htm>

**COURSON F et LANDRU MM.**

Odontologie pédiatrique au quotidien.

Paris : CdP, 2005.

**CTNERHI.**

Congrès polyhandicap 2005.

[http://www.ctnerhi.com.fr/fichiers/ouvrages/Extrait\\_257.pdf](http://www.ctnerhi.com.fr/fichiers/ouvrages/Extrait_257.pdf)

**DAHLLÖF G.**

Administration de benzodiazépines chez les jeunes enfants.

Real Clin 2005;**16**(3):231-240.

**DARGENT-PARE C et LEVY G.**

Traité de nutrition clinique de l'adulte de A Basdevant, M Laville et E Lerebours.

Maladies et nutrition (chapitre 62 : Odontologie).

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2001.

**DELCEY M.**

Déficiences motrices et situations de handicap moteur.

Paris : Association des paralysés de France, 2002.

**DORIN M, MOYSAN V, COHEN C, COLLET C et HENNEQUIN M.**

Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents fréquentant un Institut Médico-Educatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés en France.

Prat Organ Soins 2006;**37**:299-312.

**DORME G.**

Interview.

Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003;**23**:30-31.

**ENCYCLOPAEDIA UNIVERSALIS.**

Le Handicap. 2007.

[http://www.handicoupe.com/Site/sit\\_handi.htm](http://www.handicoupe.com/Site/sit_handi.htm)

**FAULKS D et HENNEQUIN M.**

Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities.

Spec Care Dent 2000;**20**(5):199-208.

**FAULKS D, HENNEQUIN M et VEYRUNE JL.**

Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21.

<http://www.odonto.univ-rennes1.fr/handi11.htm>

**FILE SE, EASTON P et SKELLY AM.**

Amnesia for dental procedures and mood change following treatment with nitrous oxide or midazolam.

Int Clin Psychopharmacol 1991;**6**:169-178.

**FORAY H, d'ARBONNEAU F, NANCY J et coll.**

Rôle de l'alimentation dans la prévention de la carie dentaire.

Rev francophone odontol pédiatr 2006;**1**(3):153-163.

**GALLAND J, GALLAND A et SAUVALLE Y.**

L'enfant handicapé mental : un guide médical, psychologique, pratique, pour élever un enfant déficient intellectuel de la naissance à l'âge adulte.

Paris : Nathan, 1993.

**GROUPE DE TRAVAIL URCAM-ARH.**

Dossier promoteur. Aide à l'écriture de la demande de financement, Avril 2005.

[http://www.onrs.net/IMG/pdf/dossier\\_promoteur-\\_demande\\_de\\_financement.pdf](http://www.onrs.net/IMG/pdf/dossier_promoteur-_demande_de_financement.pdf)

**HA L, PARFAIT S et DELBOS Y.**

Consultation bucco-dentaire et handicap.

J Odontostomatol Pediatr 2005;**12**(1):25-34.

**HAAS DA.**

Oral and inhalation conscious sedation.

Dent Clin North Am 1999;**2**:341-359.

**HENNEQUIN M, ALLISON PJ et VEYRONE JL.**

Prevalence of oral health problems in a group of individuals with Down Syndrome in France.  
Dev Med Child Neurol 2000;**42**:691-698.

**HENNEQUIN M, FAULKS D et ALLISON PJ.**

Oral health service access among Down syndrome patients in France.  
J Dent Res 1998;**77**(Special Issue B):Abstr 565.

**HENNEQUIN M, FAULKS D et ALLISON PJ.**

Accès aux soins dentaires pour les personnes handicapées en France.  
<http://www.odonto.univ-rennes1.fr/handi02.htm>

**HENNEQUIN M, FAULKS D et COLLADO V.**

Sédation consciente par inhalation chez l'enfant présentant des troubles du développement.  
[http://www.pediadol.org/article-imprim.php3?id\\_article=215](http://www.pediadol.org/article-imprim.php3?id_article=215)

**HENNEQUIN M, FAULKS D, COLLADO V et VEYRONE JL.**

Besoins spécifiques chez les personnes présentant des troubles neuromoteurs et cognitifs.  
Real Clin 2004;**15**(4):375-386.

**HENNEQUIN M, FAULKS D et ROUX D.**

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

**HENNEQUIN M, FAULKS D et VEYRONE JL.**

Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21.  
Inf Dent 2000;**82**(26):1951-1964.

**HENNEQUIN M, MANIERE MC, BERTHET A et coll.**

Cadre médico-légal des indications de sédation par inhalation de protoxyde d'azote en  
odontologie.  
Inf Dent 2002;**25**:1727-1735.

**HENNEQUIN M et TUBERT S.**

Prise en charge par les chirurgiens-dentistes du Puy de Dôme des personnes handicapées.

Inf Dent 1999;**81**(38):2863-2877.

**INSEE, MORMICHE P et LE GROUPE DE PROJET HID.**

Le handicap se conjugue au pluriel. 2000.

[http://www.insee.fr/fr/ffc/ficdoc\\_frame.asp?ref\\_id=ip742](http://www.insee.fr/fr/ffc/ficdoc_frame.asp?ref_id=ip742)

**INSERM.**

Quelques définitions sur le handicap : la séquence de Wood.

<http://www.rfr-handicap.inserm.fr>

**KLINGBERG G.**

Sédation pour les soins dentaires chez les enfants : considérations éthiques.

Real Clin 2005;**16**(3):221-230.

**LANCASHIRE P, JANSEN J, ZACH GA et coll.**

The oral hygiene and gingival health of paraplegic inpatients- a cross survey.

J Clin Periodontol 1997;**24**:198-200.

**LAROUSSE P.**

La sédation consciente par inhalation au protoxyde d'azote en Odontologie.

Thèse : 3<sup>ème</sup> cycle Sci Odontol, 1999.

**LIBERMAN R.**

Handicap et maladie mentale. 5<sup>ème</sup> ed.

Paris : Presses Universitaires de France, 2003.

**LIEVRE A, MOUTEL G et HERVE C.**

Définitions des réseaux de soins et de leurs finalités: éléments de réflexions, 2001.

<http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique>

**LINDEMANN R et HENSON JL.**

Self-injurious behavior : management for dental treatment.

Spec Care Dent 1983;**3**(2):72-76.

**LOQUET P.**

Le handicap social : de la reconnaissance législative au tabou.

<http://reseau21.univ-valenciennes.fr/actualites/04-02handicap-social.rtf>

**MANIERE MC et BERTHET A.**

Les méthodes de sédation.

In : BERTHET A et coll, eds. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.

Paris : Quintessence International, 2007.

**MARTENS L.**

Soins dentaires pour handicapés: problématique générale.

Rev Belge Med Dent 1997;**52**:9-26.

**MARTENS L et MARKS L.**

L'hygiène buccale des handicapés en Flandre.

Rev Belge Med Dent 1995;**3**:25-34.

**MATTIONI D.**

Le parodonte : caractéristiques, pathologies.

<http://www.odonto.univ-rennes1.fr/handi06.htm>

**MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES  
HANDICAPEES.**

Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées. Handicaps de A à Z, 2003.

<http://archives.handicap.gouv.fr/dossiers/handicaps/index.htm>

**MOUTARDE A.**

Réseaux de santé bucco-dentaire. Améliorer l'accès aux soins des patients handicapés.

Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003;**23**:22-23.

**MOUTARDE A.**

Handicap et soins bucco-dentaires. Le réseau Handi-Acces porté sur les fronts baptismaux.  
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2005;**38**:5-7.

**MOUTARDE A.**

Réseaux de santé. Une nouvelle géographie de l'offre de soins dentaires.  
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2006;**48**:16-29.

**MUGNIER A.**

Manifestations stomatologiques chez les handicapés.  
Pedod Fr 1976;**10**:163-169.

**NUNN JH, GORDON PH et CARMICHAEL CL.**

Dental disease and current treatment needs in a group of physically handicapped children.  
Community Dent Health 1993;**10**:389-396.

**ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**

Milieu hospitalier. Une spécificité revendiquée de l'offre de soins.  
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003a;**14**:26-27.

**ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**

Réseaux de soins. A Nancy, les difficultés de financement de Handi-Acces.  
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003b;**14**:32.

**ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**

Réseaux de santé. Quelle participation des praticiens de ville?  
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003c;**23**:24-25.

**ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**

Au centre hospitalier Le Vinatier de Bron. De la réponse informelle au réseau structuré.  
Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003d;**23**:26-27.

**ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**

Santé bucco-dentaire et handicap. Mode d'emploi.

Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003e;**23**:28.

**ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**

Une action du comité UFSBD du Maine et Loire.

Lettre Ordre Nat Chir Dent 2004;**26**:18.

**ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.**

Loi sur le handicap.

Lettre Ordre Nat Chir Dent 2005;**36**:17.

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

Genève, 2001.

**PEROCHEAU G.**

Entretien personnel concernant la mise en place d'un réseau de santé. Urcam Pays de la Loire.

12 décembre 2006.

**PHILIPPART F et ROCHE Y.**

La sédation consciente au protoxyde d'azote en odontologie.

Paris : CdP, 2004.

**REGARD R.**

Handicap et soins dentaires. Des initiatives plurielles esquissent des réponses adaptées aux besoins d'un public singulier.

Lettre Ordre Nat Chir Dent 2003;**14**:23-25.

**SANS AUTEUR.**

J.O. n°54 du 5 Mars 2002. Loi sur les droits des malades.

[http://www.planet-sante.com/region/page12512\\_1432.asp](http://www.planet-sante.com/region/page12512_1432.asp)

**SANS AUTEUR.**

J.O. n°252 du 27 octobre 2002. Décret relatif au financement des réseaux.

<http://www.urcam.fr/legisante.0.html>

**SANS AUTEUR.**

Loi n°75-534 du 30 juin 1975.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Loi n°87-157 du 10 juillet 1987. Loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Arrêté du 9 janvier 1989.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Loi n°89-486 du 10 juillet 1989. Loi d'orientation sur l'éducation.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Loi n°90-602 du 12 juillet 1990. Loi relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Loi n°91-663 du 13 juillet 1991. Loi portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Ordonnance n°2000-549 du 15 juin 2000.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002. Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Loi n°2005-102 du 11 février 2005. Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Arrêté du 17 mai 2006.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Arrêté interministériel du 1<sup>er</sup> août 2006. Arrêté fixant les dispositions pour l'application des articles du Code de la construction et de l'habitation relatives à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public et des installations ouvertes au public lors de leur construction ou de leur création.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SANS AUTEUR.**

Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007. Loi portant réforme de la protection juridique des majeurs.

<http://www.legifrance.gouv.fr>

**SHAW MJ, SHAW L et FOSTER TD.**

The oral health in different groups of adults with mental handicaps attending Birmingham (UK) adult training centres.

Community Dent Health 1990;**7**:135-141.

**SHAW L, WEATHERILL S et SMITH A.**

Tooth wear in children: an investigation of etiological factors in children with cerebral palsy and gastroesophageal reflux.

ASCD J Dent Child 1998;**65**:484-486.

**SIXOU JL.**

Alimentation et acquisition des streptocoques mutans chez l'enfant.

J Odont Stomatol Pédiatr 2003;**4**:163-170.

**SIXOU JL.**

Anesthésie générale et soins bucco-dentaires chez les adultes porteurs de handicaps.

Chir Dent Fr 2005;**1214**:31-34.

**SIXOU JL, BAILLEUL-FORRESTIER I, DAJEAN-TRUTAUD S et VAYSSE F.**

Recommandations sur la prescription des fluorures de la naissance à l'adolescence.

J Odontostomatol Pediatr 2004;**11**(3):157-168.

**STIEFEL DJ.**

Dental care considerations for disabled adults.

Spec Care Dentist 2002;**22**(3):26S-39S.

**TEYSSIE B.**

Droit civil des personnes.

Litec 2001.

**URCAM Champagne-Ardenne.**

Que peut financer le FAQSV ?

<http://www.champagne-ardenne.assurance-maladie.fr/1362.0.html>

**URCAM Pays de la Loire.**

Les priorités régionales de financement 2006 de la région Pays de la Loire.

<http://www.pays-loire.assurance-maladie.fr/Reseaux-de-sante.3415.0.html>

**URCAM Rhône-Alpes.**

Le suivi de l'ONDAM.

<http://www.rhone-alpes.assurance-maladie.fr/7862.0.html>

**VAN GRUNSVEN MF et KOELEN MA.**

Psycho-sociale aspecten van tandheelkundige zorg voor gehandicapten. Onderzoek naar de tandheelkundige verzorging van thuisverblijvende gehandicapte kinderen.

Ned Tijdschr tandheelk 1990;**97**:448-451.

**VEERKAMP JSJ, GRUYTHUYSEN RJM, VAN AMERONGEN WE et HOOSGRATEN J.**

Dental treatment of fearful children using nitrous oxide. Part 3: Anxiety during sequential visits.

J Dent Child 1993;**60**:175-182.

**VIGILD M.**

Periodontal conditions in mentally retarded children.

Community Dent Oral Epidemiol 1985;**13**:180-182.

**VOLET S et SIXOU JL.**

Prévention et traitement de la carie chez les individus porteurs de handicaps.

<http://www.odonto.univ-rennes1.fr/handi07.htm>

**WALDMAN HB, PERLMAN SP et SWERDLOFF M.**

Orthodontics and the population with special needs.

Am J Orthod Dentofac Orthop 2000;**118**(1):14-17.

**WORLD HEALTH ORGANISATION.**

International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH-1).

Genève, 1980.

**ZARNITSKY C et MAUDIER C.**

A propos de la sédation consciente et de la prise en charge des soins dentaires chez l'enfant.

Chir Dent Fr 2005;**1231**:41-47.

## **Bibliographie des illustrations**

ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES.

Une nouvelle géographie de l'offre de soins dentaires.

LA France des réseaux dentaires.

La Lettre, 2006,48:29.

## **Annexes**

Priorités régionales de financement sur la période 2006-2009.

Le pré-projet de demande de financement.

**PEARDAURELIE** épouse Savonneau (Aurélie) – Les réseaux de prise en charge odontologique pour les personnes handicapées. Pages 114 ; ill. ; 115 réf. ; 30cm.

(Thèse : Chir. Dent. NANTES ; 2007)

**Résumé :**

Le handicap est une notion qui comprend la déficience, l'incapacité et le désavantage. Les patients handicapés ont, comme les autres, des problèmes bucco-dentaires d'ordre infectieux (maladie carieuse ou parodontale), fonctionnel ou traumatique auxquels viennent s'ajouter les problèmes spécifiques liés à leur handicap (mobilité, intellect...). Toutes ces particularités dues au handicap empêchent souvent une prise en charge habituelle et nécessitent des aménagements des soins dentaires qui ne sont pas toujours possibles en cabinet libéral. Face à ce problème, de nombreux confrères se sont mobilisés. Une des réponses à ce besoin est la création de réseaux de santé qui, en facilitant l'accès aux soins, favorise une prise en charge spécifique et coordonnée entre les différents acteurs, propose des formations aux chirurgiens-dentistes et aux soignants et place le patient porteur de handicap au centre du dispositif de soins.

**Rubrique de classement :**

**Domaine Bibliodent :**

**Mots clés :** Handicapé – Accessibilité service santé – Soins dentaires aux handicapés.

**MeSH :** Handicapped – Health Services Accessibility – Dental Care For Handicapped.

**Mots clés Bibliodent :** Handicapé – Accès – Législation.

**Jury :**

Président : Mr le Professeur Alain JEAN

Assesseurs : Mr le Professeur Olivier LABOUX

Mme le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Melle le Docteur Elisabeth ROY

Mr le Docteur Denys GRAND

**Adresse de l'auteur :** peardaurelie@hotmail.com