

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

Année 2017

N° 053

**MISE EN PLACE D'UNE ACTION D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
AU SEIN DE 4 ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE
PAR LE TRAVAIL (E.S.A.T.) DES PAYS DE LA LOIRE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Mélanie RECUERO

Née le 19/11/1988

le 09/11/2017 devant le jury ci-dessous

Président Mme le Professeur Fabienne PEREZ
Assesseur Mme le Docteur Sylvie DAJEAN TRUTAUD
Assesseur Mme le Docteur Serena LOPEZ CAZAUX
Assesseur Mr le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Directeur de thèse :
Mr le Docteur Tony PRUDHOMME

UNIVERSITÉ DE NANTES		
Président	Pr LABOUX Olivier	
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE		
Doyen	Pr GIUMELLI Bernard	
Assesseurs	Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre	
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.		
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre	
Professeurs des Universités		
Monsieur BOULER Jean-Michel		
Professeurs Emérites		
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain	
Praticiens Hospitaliers		
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène	
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.		
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.	
	Monsieur ABBAS Amine Monsieur AUBEUX Davy Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Monsieur DRUGEAU Kévin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Monsieur LOCHON Damien Madame MAÇON Claire Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur OUVRARD Pierre Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel	
Maître de Conférences		
Madame VINATIER Claire		
Enseignants Associés		
Monsieur KOUADIO Ayepà (Assistant Associé) Madame LOLAH Aoula (MC Associé)	Madame MERAMETDJIAN Laure (MC Associé) Madame RAKIC Mia (PU Associé)	

Mise à jour le 01/09/2017

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

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Fabienne PEREZ

Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Toulouse 3,
Habilitation à Diriger des Recherches,
Chef du Département d'Odontologie Conservatrice –Endodontie,
Chef du Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique.

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Pour la rigueur, la méthodologie et les enseignements de qualités que m'avez apportés tout au long de mon cursus universitaire et qui seront de précieux atouts pour la poursuite de ma carrière professionnelle.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME

Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de
Recherche Dentaires,
Département de Pédiodontie.

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail.

*Pour vos encouragements, votre disponibilité et votre optimisme en toute circonstance
qui furent pour moi source de motivation et d'assurance.*

*Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond
respect.*

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier des Centre de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Nantes,
Chef du Département de Pédiodontie.

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur d'évaluer ce travail et de siéger au sein du jury de cette thèse.

Pour vos conseils pertinents et avisés durant la réalisation de ce travail ainsi que pour votre soutien moral et votre pédagogie tout au long de mon cursus théorique et clinique.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Serena LOPEZ-CAZAUX

Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires
Docteur de l'Université de Nantes,
Département de Pédiodontie.

- **NANTES** -

Pour m'avoir fait l'honneur d'évaluer ce travail et de siéger au sein du jury de cette thèse.

Pour la confiance en moi que vous m'avez apportée ainsi que pour l'expérience clinique que vous avez partagé avec moi.

Pour m'avoir fait découvrir et apprécier le domaine des soins spécifiques et de la prise en charge du handicap.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Maître de Conférences des Universités,
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Nantes,
Habilité à Diriger des Recherches,
Chef du Département de Prévention – Epidémiologie – Economie de la Santé –
Odontologie Légale.

- NANTES -

Pour m'avoir fait l'honneur d'évaluer ce travail et de siéger au sein du jury de cette thèse.

Pour votre sympathie et pour la qualité de vos enseignements.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

SOMMAIRE

Sommaire.....	9
Introduction.....	11
I/ Etat des lieux de la santé bucco-dentaire des personnes employées au sein des Établissements et Services d'Aide par le Travail (E.S.A.T).....	12
1) Intégration du handicap dans le milieu du travail et établissements médico-sociaux professionnalisant pour personnes handicapées en France.....	12
1.1) Définition d'un « Travailleur Handicapé ».....	12
1.2) Structures d'accueil et d'accompagnement pour travailleurs handicapés.....	14
1.3) Organisation et fonctionnement d'un E.S.A.T.....	16
1.4) Gestion des E.S.A.T des Pays de la Loire par l'A.D.A.P.E.I. 44.....	19
2) Présentation des usagers des E.S.A.T.....	21
2.1) Analyse statistique des usagers des E.S.A.T.....	21
2.2) Définition du « handicap mental » et répercussions socioprofessionnelles.....	23
2.3) Définition du « handicap psychique » et répercussions socioprofessionnelles.....	30
3) Conséquences des handicaps mentaux et psychiques en matière de pathologies bucco-dentaires et de prise en charge au fauteuil dentaire	38
4) Promotion de la santé bucco-dentaire auprès des usagers des E.S.A.T.....	48
II/ Présentation du Projet.....	56
1) Description du projet.....	56
1.1) Objectifs primaires et secondaires pour les porteurs du projet.....	56
1.1.1) Objectifs primaires de la Mutuelle Intégrance.....	56
1.1.2) Objectifs primaires de l'A.D.A.P.E.I 44.....	60
1.1.3) Objectifs primaires et secondaires pour l'A.E.C.D.N.....	62
1.1.4) Étapes de la démarche de prévention.....	66
1.2) Territoire d'implantation.....	67
1.3) Public ciblé.....	70
2) Planification du projet.....	72
2.1) Responsables du projet.....	72
2.2) Date de réalisation.....	74
2.3) Equipes.....	75
2.4) Déroulement et contenu de l'intervention.....	77
3) Réunion avec le personnel de l'E.S.A.T.....	78

4) Séance d'éducation thérapeutique avec les usagers.....	84
5) Modalités de financement.....	99
6) Modalités d'évaluation du projet.....	103
6.1) Indicateurs de performance.....	103
6.2) Matériels et Méthodes.....	104
6.3) Résultats.....	105
6.3.1) Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....	105
6.3.2) Evaluation du contact avec un professionnel de la santé bucco-dentaire au cours des 12 derniers mois.....	108
6.3.3) Evaluation du brossage dentaire quotidien.....	109
6.3.3.1) Autonomie.....	109
6.3.3.2) Connaissances en brossage.....	111
6.3.3.3) Habitudes de brossage.....	112
6.3.4) Evaluation de la perception de soi.....	114
6.3.5) Evaluation de la connaissance des sucres fermentescibles dans l'alimentation quotidienne.....	116
Conclusion.....	123
Références bibliographiques.....	125
Liste des figures et tableaux.....	139
Annexes.....	142
I/ Supports pédagogiques utilisés avant la séance d'éducation thérapeutique à l'hygiène orale.....	142
II/ Supports pédagogiques utilisés au cours de la séance d'éducation thérapeutique à l'hygiène orale.....	147
III/ Supports pédagogiques utilisés après la séance d'éducation thérapeutique à l'hygiène orale.....150

Introduction

Le handicap, défini par l'Organisation Mondiale de la Santé [79] en 2001 comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant », représente un enjeu de santé publique majeur en France depuis la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La complexité de la prise en charge bucco-dentaire en cabinet et consultations hospitalières spécialisées – eut égard aux déficiences physiques et psycho-comportementales caractérisant le handicap de l'individu mais aussi les complications des comorbidités qui peuvent lui être associées – ont incité plus particulièrement le développement d'actions de prévention primaire se focalisant en priorité sur des publics institutionnalisés ou présentant des (poly-)déficiences sévères [17]. Cependant, le constat d'un nombre importants d'arrêts de travail pour cause de pathologie bucco-dentaire et/ou de réalisation de soins oraux complexes en établissement et services d'aide par le travail (E.S.A.T.) posés par les usagers indiquent que des actions de promotion de la santé orale doivent se poursuivre auprès de ces publics malgré une autonomie quotidienne et professionnelle plus importante que les personnes en institution [92 , 95].

Dans ce contexte, l'Association des Etudiants en Chirurgie Dentaire de Nantes a été contactée par la Mutuelle Intégrance et par l'A.D.A.P.E.I. 44 afin de mettre en place une action d'éducation à l'hygiène orale au sein de 4 E.S.A.T. de la Communauté Urbaine de Nantes. Le projet développé s'articule autour de 2 axes :

❖ **L'amélioration des connaissances bucco-dentaires et alimentaires des usagers et des moniteurs d'ateliers encadrants ;**

❖ **L'enseignement d'une méthode d'hygiène orale personnalisée à chaque usager.**

Pour évaluer l'efficacité de ce projet-pilote, un questionnaire d'évaluation des acquis a été développé. Un questionnaire initial a été adressé à l'ensemble des usagers des 4 E.S.A.T. ; deux mois avant l'intervention. Un questionnaire final a été adressé aux participants à l'intervention immédiatement en fin de séance. Les outils pédagogiques utilisés ont été adaptés aux 2 principaux handicaps rencontrés: handicap mental léger à modéré et handicap psychique consécutif à une pathologie psychiatrique stabilisée [62].

Initialement proposé à 20 volontaires-porteurs d'influence dans chaque E.S.A.T., ce projet a été très apprécié par le personnel médico-social et a permis de stimuler l'intérêt des autres usagers.

I/ Etat des lieux de la santé bucco-dentaire des personnes employées au sein des Établissements et Services d'Aide par le Travail (E.S.A.T.)

1) Intégration du handicap dans le milieu du travail et établissements médico-sociaux professionnalisant pour personnes handicapées en France

1.1) Définition d'un « Travailleur Handicapé »

A partir de **1924**, la loi française reconnaît les difficultés d'accès au monde du travail que peuvent poser certains handicaps physiques et impose dès lors des quotas d'embauche aux entreprises françaises à titre de compensation (loi du 26 avril 1924 concernant les mutilés de guerre, loi du 2 août 1949 concernant les grands infirmes travailleurs). En promouvant **l'insertion professionnelle des personnes handicapées**, cette loi marque une première évolution face à la politique habituelle d'assistance sociale et de charité publique menée par l'Etat dans le domaine du handicap [31, 86].

La législation française reste cependant restrictive quant aux handicaps qu'elle aborde et limitée dans son application effective. Ce contexte impulsera **l'essor du milieu associatif pour compenser la faiblesse de la politique d'intégration socio-professionnelle des personnes handicapées**. Les premières grandes associations de personnes handicapées sont apparues dans l'entre-deux-guerres. Leur objectif est alors de prendre en charge un nombre important de mutilés de guerre ainsi que des accidentés du travail, à l'instar de l'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (A.D.A.P.T.) en 1929 ou de l'Association des paralysés de France (A.P.F.) en 1933 [31, 86].

La **loi du 23 novembre 1957** sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés introduit pour la première fois la **notion de « travailleur handicapé »** qui inclut désormais le handicap d'origine mental dans sa définition. Cette loi ne propose cependant pas de définition du handicap mental et délègue la reconnaissance du statut de travailleur handicapé à des commissions départementales utilisant leurs propres critères. Cette loi renforce néanmoins le système de discrimination positive par quotas dans les entreprises ordinaires et impulse la

création d'un milieu de travail spécifiquement adapté pour personnes handicapées : les centres d'aide par le travail (C.A.T.) et les services annexes aux centres d'aide par le travail (S.A.C.A.T.). Le droit du travail marque ainsi une évolution; l'approche traditionnelle compensatrice du handicap issue d'une vision "négative" (le handicap comme perçu limitation de l'activité) est complétée par une approche intégrative basée sur une vision "positive" du handicap (le handicap perçu comme modalité d'activité) [86, 89].

Par la suite les **lois de 1975 et 1987** ont visé à renforcer le respect des quotas en créant des dispositifs de vérification, d'application et de contrôle (au travers des COMmissions Techniques d'Orientation et de REclassement Professionnel (COTOREP)), à mettre en place des sanctions financières pour les entreprises ne les respectant pas et surtout à développer et diversifier des services d'accompagnement professionnel pour travailleurs handicapés (aide à la recherche d'emploi, services médico-sociaux proposés dans les C.A.T...) [31, 86].

La **loi du 11 Février 2005** « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » s'appuie sur la **classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (C.I.F.) de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) de 2001** [78] et élargit de nouveau la définition légale du handicap. La transposition de cette loi à l'article L114 du Code de l'action sociale et des familles définit le handicap ainsi: *«Constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » [67]. Parallèlement, la notion de travailleur handicapé est développée par l'article L5213-1 du Code du Travail comme suit: *« est considéré comme travailleur handicapé au sens de la présente section toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique* » [69]. Cette loi reconnaît la diversité des états de santé pouvant représenter un obstacle à l'épanouissement professionnel dans un environnement inadapté. Elle ouvre ainsi le champ à plus de diversité dans les moyens mis en œuvre pour contrer le sur-handicap créé par l'isolement socioprofessionnel. En particulier, elle établit une distinction entre le handicap mental et le handicap psychique jusque là assimilés malgré leur différence biologique, psychologique et sociale et ouvre la porte à une prise en charge spécifique de chacun [16, 86, 89].

1.2) Structures d'accueil et d'accompagnement pour travailleurs handicapés

Le statut de « travailleur handicapé » est octroyé par la **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.P.H.)** située au sein de la **Maison Départementale des Personnes Handicapées (M.D.P.H.)** qui remplace désormais les COTOREP. Pour obtenir ce statut, le candidat exerçant – ou souhaitant exercer – une activité professionnelle doit :

- ❖ Etre âgé de plus de 16 ans.
- ❖ Effectuer une demande – volontairement ou par le biais de son représentant légal – auprès de la M.D.P.H. via le formulaire CERFA n°13788*01 de demande de prestations liées au handicap (sauf s'il est déjà bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé auquel cas la demande est automatiquement effectuée par la M.D.P.H.).

Cette candidature est personnelle c'est-à-dire qu'elle ne peut être motivée par l'employeur actuel ou potentiel. De même, il n'est pas obligatoire d'informer son employeur de la demande formulée de statut de travailleur handicapé ni de l'obtention de ce statut.

La **reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (R.Q.T.H.)** a la double vocation de favoriser l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et, par la suite, le maintien de l'emploi. Les mesures d'aide à l'insertion professionnelle sont diverses: orientation en structure d'accueil spécifique, stage de réadaptation, postes de la fonction publique à accès facilité ou encore accompagnement dans la recherche d'un emploi. Les mesures de maintien de l'emploi consistent quant à elle en la mise en place d'aménagements spécifiques de la tâche au travailleur : horaires adaptés et/ou accès au lieu de travail facilité et/ou fiche de poste révisée.

Dès lors, **quatre environnements d'exercice professionnel** sont accessibles au travailleur handicapé :

- ❖ Le milieu protégé;
- ❖ Le milieu adapté;
- ❖ Le milieu ordinaire;
- ❖ Les centres de rééducation professionnelle.

Le milieu protégé, développé en détail dans le chapitre suivant, regroupe 2 structures de travail :

- ❖ Les Établissements et Service d'Aide par le Travail (E.S.A.T.) qui remplacent les C.A.T .depuis 2002.
- ❖ Les Sections Annexes des Établissements et Service d'Aide par le Travail (S.A.E.S.A.T.) qui remplacent les S.A.C.A.T. depuis 2002.

Le milieu adapté est constitué par les Entreprises Adaptées (E.A). Il s'agit d'établissements proposant une activité professionnelle encadrée par le code du travail et employant au minimum 80% de travailleurs handicapés. Ce type d'entreprise d'adresse aux :

- ❖ Travailleurs handicapés ne pouvant travailler dans le milieu ordinaire car ils nécessitent un ajustement des conditions de travail à leur handicap. Leur capacité de travail est évaluée comme « inférieure ou égale au 2/3 de celle d'un travailleur valide » mais est cependant supérieur à celle d'un travailleur au sein d'un E.S.A.T.
- ❖ Travailleurs handicapés sortant d'un E.S.AT. et ayant acquis une autonomie et des capacités physiques, intellectuelles et psychologiques permettant l'insertion en E.A.
- ❖ Travailleurs handicapés sans emploi depuis au moins 1 an à compter de la date de reconnaissance de leur statut de travailleur handicapé et sortant d'un établissement médico-social spécialisé (Centre hospitalier, Centre de rééducation fonctionnelle, Institut Médico-Educatif, Institut d'Education Motrice...) ou suivis par un service d'accompagnement social (Service de soin et aide à domicile, service d'aide à la vie sociale).
- ❖ Travailleurs valides dans la limite de 20% des effectifs salariés.

Le milieu ordinaire regroupe l'ensemble des établissements publics et privés régis par le code du travail à l'exclusion des E.A.

Les centres publics ou privés de rééducation professionnelle sont des établissements proposant des formations d'une durée de 10 à 30 mois. La formation est rémunérée et les frais sont pris en charge par l'Etat ou la région. La formation débouche sur l'obtention d'un diplôme d'Etat pour permettre par la suite l'insertion vers l'un des 3 milieux de travail précédemment cités. Pendant toute la formation, les apprentis bénéficient d'un accompagnement médico-social identique à celui proposé en milieu protégé.

1.3) Organisation et fonctionnement d'un E.S.A.T.

Les E.S.A.T. sont des structures qui proposent à des personnes handicapées d'exercer une activité à caractère professionnelle tout en bénéficiant d'un soutien médico-social et éducatif hebdomadaire par un personnel qualifié.

L'obtention d'un poste en E.S.A.T. est attribuée par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (C.D.A.P.H.). Pour obtenir une place en E.S.A.T., deux conditions préalables sont requises :

- ❖ Etre âgé d'au moins 20 ans.
- ❖ Avoir une capacité de travail inférieure au 1/3 de la capacité de gain (ou de travail) d'une personne valide.

Ou

- ❖ Avoir besoin d'un ou plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux ou psychologiques si le travailleur handicapé possède une capacité de travail supérieure ou égale au 1/3 de la capacité d'une personne valide.

La personne handicapée peut effectuer sa demande volontairement en sortie d'un autre d'établissement médico-social (e.g un jeune adulte arrivant en fin de cursus au sein d'un Institut Médico-Educatif) ou en l'absence d'accompagnement préalable (e.g un jeune adulte préalablement scolarisé à domicile). Une personne handicapée peut faire une demande de placement en E.S.A.T. même si elle n'a pas préalablement demandé la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. L'octroi d'une place en E.S.A.T. par la C.D.A.P.H. vaut reconnaissance du statut de travailleur handicapé. En revanche, cette procédure n'est pas possible pour travailler dans une entreprise adaptée ou dans le milieu ordinaire qui ne sont pas supervisés par la M.D.P.H.

Dans le milieu protégé, le travailleur handicapé a le statut d' « **usager d'établissement médico-social** » et non de « salarié » car il conclut avec l'E.S.A.T. un contrat de soutien et d'aide par le travail régi par **le code de l'action sociale et des familles** et non un contrat de travail régi par le code du travail. Ce contrat est conclu pour une durée d'un an, renouvelable par reconduction tacite. Une période d'essai de 6 mois est prévue au début de celui-ci et le licenciement de l'usager est impossible bien qu'une suspension puisse cependant être imposée en cas de comportement dangereux.

Les E.S.A.T. assurent une **activité de production de biens et services très variée dans les secteurs secondaire et tertiaire**: assemblage de pièces métalliques/plastiques/en bois, entretien d'espaces verts, blanchisserie, restauration rapide, câblage, mise sous film... Le volume horaire et les tâches effectuées sont cependant étudiés pour s'adapter aux capacités physiques et mentales de chaque travailleur handicapé. Les usagers peuvent travailler à temps plein ou partiel sur le site même de l'E.S.A.T. et/ou être déployés sur le site des partenaires économiques ou de clients. Les **ressources financières d'un E.S.A.T.** ont de fait deux origines :

- ❖ Les revenus de l'activité économique des travailleurs handicapés.
- ❖ Les subventions de l'état pour le fonctionnement et l'aide à l'investissement.

Comme l'utilisateur ne relève pas du droit du travail, il ne perçoit pas de "salaire" mais une "**rémunération du travail effectué**" qui se compose:

- ❖ D'une rétribution financière attribuée par l'E.S.A.T. dont le montant, devant obligatoirement être supérieur à 5% du S.M.I.C., est librement fixé par chaque E.S.A.T.

Et

- ❖ D'une aide au poste attribuée par l'Etat dont le montant est inférieur à 50% du S.M.I.C. mais alloué de manière à ce que tout usager perçoive au total entre 55 et 110% du S.M.I.C.

Sur leur activité de production, les usagers sont **encadrés par des moniteurs d'ateliers**. Ces moniteurs d'ateliers sont des travailleurs non handicapés recrutés pour leurs compétences et savoir-faire techniques dans un secteur spécifique (métallurgie, ébénisterie, horticulture, restauration...). Chaque moniteur forme et supervise entre 5 et 15 usagers dans un atelier réalisant des tâches précises plus ou moins complexes selon les potentialités des usagers présents: ensachage, dénudation de câbles, assemblage de pièces, étiquetage...

Le contrat d'aide et de soutien conclu entre l'utilisateur et l'E.S.A.T. ne propose pas uniquement une place au sein d'un atelier mais définit un **projet professionnel personnalisé** que l'utilisateur souhaiterait poursuivre sur le long terme. Dans ce cadre, un **soutien médico-social et éducatif** est proposé aux usagers parallèlement à leur activité productive. Il est organisé par des **professionnels du secteur social, médical et paramédical**; éducateurs spécialisés, psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, psychiatres. Ce soutien représente entre 1h et 4h hebdomadaire par usager et se divise en 2 catégories:

- ❖ **Activités de soutien de type 1** dont l'objectif est l'apprentissage et le renforcement de compétences professionnelles (ex: amélioration du geste de préhension pour réaliser une tâche spécifique, enseignement de pictogrammes, formation aux premiers secours en cas d'incident sur le lieu de travail, formation sur la préservation de la chaîne du froid dans le domaine de la restauration, formation à la taille de planches calibrées dans le domaine de l'ébénisterie...) et/ou l'acquisition de diplômes par la procédure de validation des acquis de l'expérience (V.A.E.) suite à une formation technique et théorique par les moniteurs d'ateliers endossant le rôle de tuteur ou par la formation continue en centre de formation.
- ❖ **Activités de soutien de type 2** dont l'objectif est le développement et l'autonomisation extra-professionnelle dans les domaines:
 - Culturel: sortie cinéma, visite d'un musée...
 - Social: enseignement de la gestion d'un compte en banque ou d'un emploi du temps...
 - Médical: séance d'information sur l'hygiène des mains, ateliers de prévention sur l'obésité...
 - Sportif: sortie piscine, organisation d'un tournoi de football...

A terme, si la capacité de travail et l'autonomie de l'utilisateur dépassent les pré-requis pour l'inscription en E.S.A.T. celui-ci peut être réorienté vers une entreprise adaptée ou directement vers le milieu ordinaire sur décision de la C.D.A.P.H.. Certains accompagnements médico-sociaux pourront cependant être maintenus dans le nouvel environnement professionnel du travailleur handicapé.

En revanche, lorsque l'état de santé de l'usager évolue de telle manière qu'il ne lui soit plus possible de maintenir une activité professionnelle au sein de l'E.S.A.T., la C.D.A.P.H. pourra proposer son redéploiement en Section Annexe d'E.S.A.T. (S.A.E.S.A.T.) et/ou son accompagnement par d'autres établissements exclusivement médico-sociaux :

- ❖ Service d'accompagnement à la vie sociale (S.A.V.S.);
- ❖ Service d'accompagnement médico-social pour Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.);
- ❖ Maison d'Accueil spécialisée (M.A.S.);
- ❖ Foyer d'Accueil médicalisé (F.A.M.);
- ❖ Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes (U.P.H.V.).

La **S.A.E.S.A.T.** est un centre est rattaché à l'E.S.A.T. qui propose des « *activités de soutien et socialisation complémentaire aux travailleurs qui du fait de leur jeunesse ou vieillissement ou capacités d'adaptation ne peuvent suivre une activité à temps plein en E.S.A.T.* ». Il s'agit d'activité de soutien de type 2 comme des ateliers culinaires ou de création manuelle.

Il est à noter que l'hébergement des travailleurs handicapés n'est pas assuré par l'E.S.A.T. à la fin de la journée de travail. Les usagers peuvent alors disposer d'un logement personnel, être logé au sein de leur famille ou bénéficier d'une prise en charge en foyer d'hébergement.

1.4) Gestion des E.S.A.T des Pays de la Loire par l'A.D.A.P.E.I. 44

Depuis la mise en place des premières C.A.T. en 1957 et jusqu'à présent, les E.S.A.T. sont principalement créés et gérés par des associations de parents et de proches de personnes handicapées comme l'A.P.F. ou l'A.D.A.P.T. précédemment évoquées ou encore l'union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (U.N.A.P.E.I.). L'U.N.A.P.E.I. est notamment à l'origine de la création des E.S.A.T. visités dans le cadre de la mise en place du projet d'éducation thérapeutique décrit dans ce travail. Il existe une douzaine d'associations nationales déléguant la gestion de parcs d'E.S.A.T. à des instances locales afin de permettre une couverture de l'ensemble du territoire français et d'outre-mer. Au total, 1349 E.S.A.T. accueilleraient 119 211 travailleurs handicapés en 2014.

En Loire Atlantique, il existe 26 E.S.A.T. gérés par diverses associations : Sésame Autisme, l'Association Marie Moreau,... En particulier, l'association départementale des amis et parents de personnes handicapées mentales de Loire Atlantique (A.D.A.P.E.I. 44) – délégation territoriale de l'U.N.A..P.E.I. – administre 11 des 26 E.S.A.T. de Loire Atlantique et emploie ainsi 1200 travailleurs handicapés. Parallèlement aux E.S.A.T., l'A.D.A.P.E.I. gère d'autres établissements médico-sociaux et de services spécialisés comme des Institut Médico Éducatif (I.M.E.), Maison d'Accueil Spécialisé (M.A.S.)...

Ces 11 E.S.A.T. ne proposent pas les mêmes activités professionnelles, l'organisation du temps de travail et les projets professionnels des usagers varient grandement entre chaque établissement. Chaque E.S.A.T. est donc responsable de la mise en place d'activité de soutien lui correspondant au mieux. Lorsque les modalités de réalisation le permettent et que certaines activités peuvent être intéressantes pour plusieurs E.S.A.T., une mise en place conjointe entre plusieurs E.S.A.T. peut être organisée. Une concertation régulière sur les projets mis en place est organisée avec l'A.D.A.P.E.I. 44 qui – en particulier pour les projets coûteux ou complexes dans leur réalisation – peut accompagner financièrement et matériellement le/les E.S.A.T. auteur(s) du projet.

Ainsi en 2014, face à la recrudescence des arrêts de travail et absences au poste afin d'assister à des soins dentaires, à la demande du personnel encadrant et pour répondre aux recommandations de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (A.N.E.S.M) en terme d'action de prévention bucco-dentaire, l'A.D.A.P.E.I.44 et son partenaire institutionnel la mutuelle INTEGRANCE, ont souhaité mettre en place une action de soutien de type 2 autour de l'enseignement à l'hygiène orale et se sont tournés vers l'A.E.C.D.N. afin de les épauler dans la mise en place de ce projet.

Dans un premier temps, la mise en place d'une action d'éducation à l'hygiène orale sera expérimentée dans les 4 E.S.A.T. de la Communauté Urbaine de Nantes. Ces établissements, de part leur proximité géographique et la similarité des publics accueillis, coopèrent fréquemment pour la mise en place d'actions de soutien communes. Ils représenteront ainsi les centres pilotes du projet qui permettront d'évaluer sa pertinence et d'envisager de l'étendre à l'ensemble des E.S.A.T. de Loire Atlantique dans un second temps.

2) Présentation des usagers des E.S.A.T

2.1) Analyse statistique des usagers des E.S.A.T

Afin d'ajuster les notions abordées par l'action aux attentes et aux capacités cognitives/intellectuelles/motrices du public visé, il convient d'étudier précisément les caractéristiques médico-sociales de ce public. Les E.S.A.T. partenaires du projet d'éducation thérapeutique ne possédant pas ces types données, cette partie se basera sur les statistiques recueillies au niveau national.

Pour ce faire, la **Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques** (D.R.E.E.S.) réalise une **enquête statistique quadriennale** présentant un panorama de l'offre en structures d'accueil pour personnes handicapées et décrit le public usager de ces structures. Cette enquête permet de mettre en évidence les évolutions et problématiques d'accompagnement du handicap en France. La dernière étude « **les établissements et services pour adultes handicapés** » sur la situation au **31 décembre 2010** [62] servira de base statistique pour le projet. Une nouvelle étude est actuellement en cours ; la collecte des données statistiques ayant eu lieu du 12 janvier au 15 mai 2015, la présentation du rapport est attendu pour la fin de l'année 2017, et ne pourra donc pas être utilisée pour ce travail.

D'après cette étude, 70,9% des places sur l'ensemble du parc d'E.S.A.T. français sont occupées par des personnes atteintes **de déficiences intellectuelles** et 21,5% par des personnes atteintes de **troubles du psychisme**. Les personnes atteintes de déficiences intellectuelles regroupent principalement des personnes atteintes de retard mental léger (31,5%) à moyen (34,5%). Le retard mental profond et sévère atteint 4,5% des effectifs. Les troubles du psychisme rassemblent 4 entités pathologiques dont la principale représentée est les troubles psychiatriques graves (10,5%). Les trois autres, moins nombreuses, sont les troubles des conduites et du comportement (3%), les déficiences intermittentes et critiques de la conscience (1,5%) et d'autres troubles du psychisme non étiquetés (6,5%). De degrés et d'origines variés, la population rencontrée au sein des E.S.A.T. présente donc en grande majorité un **handicap mental ou psychique**.

Les personnes présentant un handicap physique ou sensoriel, non associé à tout autre type handicap, représentent actuellement 5,3% des effectifs en 2010 ce qui s'explique par le fait que les travailleurs atteints de déficiences physiques ou sensorielles s'insèrent plus facilement dans le milieu ordinaire ou les entreprises adaptées (avec ou non un accueil préalable en centre de rééducation).

A partir de 1975, il était possible pour les personnes handicapées psychiques d'obtenir un poste en E.S.A.T. mais le nombre de candidats restait faible (malgré une augmentation constante jusqu'en 2005) en raison de l'opposition du milieu médicale à l'intégration de ces personnes en milieu protégé. L'argument central étant une démedicalisation trop importante de ces pathologies par rapport au besoin des patients. La reconnaissance depuis la **loi de 2005** de la déficience psychique comme source de handicap et la **désinstitutionnalisation progressive** [19] des malades psychiques ont permis l'ouverture d'un nombre important de place d'E.S.A.T à destinée aux travailleurs handicapés psychiques. Le **handicap psychique devient donc le deuxième type de handicap majoritairement accueilli** en E.S.A.T. à partir de 2006. Les données sont résumées sur la figure 1.

Reconnu récemment comme handicap à part entière par les instances médicales, le champ du handicap cognitif ne fait pas encore l'objet d'une définition consensuelle. De même, sa définition légale française est encore inexistante ce qui complexifie le dénombrement statistique des personnes atteintes de ce type de handicap. Dans le rapport "Contribution à la définition, à la description et à la classification des handicaps cognitifs" de janvier 2010 [18], le groupe de travail du Dr R. Cecchi-Tenerini distingue 4 catégories de troubles pouvant entraîner un handicap cognitif: les troubles cognitifs spécifiques du développement, les troubles cognitifs acquis, les troubles cognitifs évolutifs de l'adulte et les troubles envahissant du développement. Le rapport de la D.R.E.E.S. ne fait mention que des troubles de la parole et du langage (sous-catégories des troubles cognitifs spécifiques du développement) représentant le handicap cognitif en 2010. Deux hypothèses peuvent expliquer cette observation: les autres sous-catégories sont regroupées sous l'étiquette du "handicap psychique" ou du "handicap intellectuel" ou sont absentes du milieu adapté.

L'âge moyen des usagers est de 38,3 ans et est en **augmentation constante** (37,5 ans en 2006). Le temps de présence en E.S.A.T. est estimé à 12,5 ans en moyenne ce qui témoigne d'une prise en charge au long terme au sein de ces structures et qui tend de même vers un allongement (11,5 ans en 2006).

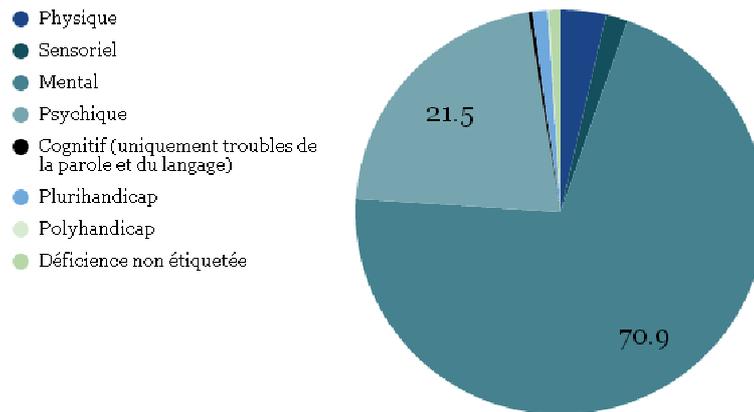


Figure 1 : Répartition en pourcentage de la population accueillie dans les E.S.A.T. selon les types de handicaps (Situation au 31/12/10) [64].

2.2) Définition du « handicap mental » et répercussions socioprofessionnelles

Selon le rapport sur la santé dans le monde de 2001 de l'O.M.S. [79], la déficience mentale correspond à « *un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une **insuffisance des facultés** et du **niveau global d'intelligence**, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales* ».

Successivement, l'American Psychiatric Association (A.P.A.) avec le « *manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition (DSM IV)* » (réédité une nouvelle fois en 2013) [7] puis l'American Association on Mental Retardation (A.A.M.R.) dans « *Mental Retardation. Definition, Classification and Systems of Support, 10th édition* » [6] précisent l'évaluation de ces caractéristiques à des fins diagnostiques. Le niveau global d'intelligence est mesuré au travers du **Quotient Intellectuel (Q.I.)**.

Ce dernier est déterminé à l'aide d'un ou plusieurs tests standardisés (ex : le Wechsler Intelligence Scale for Children, le test de Binet-Simon, les Matrices de Raven...) évaluant le **raisonnement logique simple et complexe** sous supervision d'un psychologue. Les valeurs de Q.I. dans la population mondiale suivent une loi Normale dont la moyenne est de 100 points de Q.I. et l'écart type est de +/- 15. Comme l'explique G. Bussy et V. des Portes dans leur article « *définition du retard mental, épidémiologie et évaluation clinique* » [14], « *Le déficit intellectuel serait donc une incapacité à établir un raisonnement pour répondre à une situation nouvelle. Ce déficit [...] se traduit par une différence significative des capacités*

cognitives d'un individu par rapport à ce qui est attendu pour son âge réel » soit d'au moins 2 écart-types en dessous de la moyenne mondiale.

Quatre stades de retard mental peuvent alors être identifiés selon la valeur de Q.I. obtenue à l'un des tests :

- ❖ Retard mental léger = $50 < \text{Q.I.} < 70$;
- ❖ Retard mental moyen = $35 < \text{Q.I.} < 50$;
- ❖ Retard mental sévère = $20 < \text{Q.I.} < 35$;
- ❖ Retard mental profond = $\text{Q.I.} < 20$.

Le diagnostic de retard mental doit par ailleurs être posé avant l'âge de 18 ans afin d'écartier une détérioration des facultés intellectuelles liées à un accident, à la sénescence ou à une pathologie acquise au cours de la vie [30, 51].

Afin d'affiner la notion d'intelligence, l'O.M.S. prend aussi en compte la **capacité d'adaptation d'un individu à son environnement conceptuel, social et pratique** [78]. L'APA complète ainsi le diagnostic de déficience mentale par le constat d'une **limitation des habiletés adaptatives dans au moins deux des dix domaines de la vie courante** [91].

Cette évaluation peut s'effectuer de deux manières pouvant se compléter [30, 50]:

- ❖ L'utilisation d'**échelles de comportement adaptatif par un psychologue** (échelle de Vineland, échelle de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities,...) basé sur la réponse fournie sur des situations de la vie quotidienne et la comparaison aux normes d'autonomie attendue pour un individu du même âge et contexte socioculturel.
- ❖ La **constatation d'une déficience par une « source indépendante et fiable »** comme un enseignant déclarant des difficultés scolaires anormales, un psychologue mettant en évidence des troubles du comportement, un pédiatre attestant de troubles développementaux physiques et intellectuels, ou des troubles d'acquisition du langage repérés par une orthophoniste...

<u>Domaines de la vie courante</u>	<u>Exemple d'un critère évalué par la Diagnostic Adaptive Behavioral Scale (D.A.B.S.) de la l'American Association on Intellectual and Developmental Disability pour un enfant entre 4 et 8 ans</u>
Social	Se tenir à une distance appropriée de ses camarades lors d'une discussion
Scolaire	Réussir à lire au moins 10 mots
Domestique	Boire avec un verre ou une tasse sans renverser
Communication	Dire "bonjour" en rencontrant une nouvelle personne
Soins Personnels	Choisir de s'habiller avec des vêtements propres
Communautaire	Reconnaître les relations entre les individus (le frère de Jeremy, le papa de Léa)
Autonomie	Pouvoir utiliser les toilettes correctement
Santé et Sécurité	Savoir différencier les objets potentiellement dangereux du quotidien
Aptitudes fonctionnelles	Pouvoir régler une horloge à l'heure correcte
Loisirs	Rester avec ses camarades lors des activités de groupe sans errer ni s'écarter

Tableau 1: Exemple d'habiletés adaptatives de la vie courante évaluées par l'échelle de comportement adaptatif développée par l'American Association on Intellectual and Developmental Disability dans le cas d'un enfant âgé entre 4 et 8 ans [91].

Lorsque le diagnostic de déficience intellectuelle est posée, une recherche de son étiologie probable s'en suit et s'articule autour [30, 50]:

- ❖ D'une anamnèse approfondie : recherche de cause anté / péri / post natales non génétiques
- ❖ D'un examen clinique minutieux: recherches d'atteintes physiques / sensorielles / cognitives / psychiques / du développement psychomoteur associées entrant dans le cadre d'une atteinte syndromique
- ❖ D'examen complémentaires spécifiques lorsqu'une étiologie semble se détacher du tableau clinique et qu'il est possible de le vérifier : caryotype (pour la trisomie 21 par exemple), recherche du cytomegalovirus dans un prélèvement sanguin...

Les étiologies de la déficience mentale sont extrêmement diverses. Le retard mental peut exister isolément ou s'imbriquer dans le cadre plus large d'une pathologie ou d'un syndrome dont il représente l'un des symptômes. Selon la chronologie et la nature de l'étiologie, les causes ainsi identifiées sont les suivantes [49, 50, 51, 56, 73] :

❖ **Origine prénatale :**

- Génétique :
 - Aberration chromosomique en nombre (*Trisomie 21*)
 - Aberration chromosomique de structure:
 - “Classique” (*Syndrome de l’X fragile*)
 - Microdélétion (*Syndrome de Prader Willi*)
 - Duplication (*Syndrome de duplication du gène MECP2 du chromosome X*)
 - Remaniement télomérique (*anomalie cryptique subtélomérique retrouvée dans les cas de retards mentaux idiopathiques à caryotype normal*)
 - Mutation monogénique (*Phénylcétonurie*)
 - Syndrome clinique bien définie sans gène connu (*Syndrome de Perniola-Krajewska Carnevale*)
- Acquise :
 - Infectieuse :
 - Virale (*Cytomégalovirus*)
 - Bactérienne (*Streptocoque B*)
 - Parasitaire (*Toxoplasmose*)
 - Toxique :
 - Alcool (*Microcéphalie liée au syndrome d'alcoolisation foetale*)
 - Drogue (*Microcéphalie liée à la consommation d'héroïne*)
 - Médicamenteuse (*Phénytoïne*)
 - Irradiation (*microcéphalie liée à une radiothérapie chez la mère*)
- Incompatibilité sanguine foeto-maternelle (*système Rhésus*)
- Hémorragie ou Accident Vasculaire Cérébral (AVC) (*traumatisme abdominal maternel*)
- Pathologie maternelle (*Malnutrition sévère*)
- Indéterminée :
 - Anomalie/Malformation cérébrale (*hydrocéphalie*)
 - Poly-Malformations

❖ **Origine périnatale (= du 154^e jour de gestation au 8^{ème} jour après l'accouchement) :**

- Hémorragie ou AVC (*traumatisme obstétrical*)
- Œdème/souffrance cérébrale liée à un choc ou une souffrance néonatale (*leucomalacie périventriculaire*)
- Anoxie à terme (*asphyxie néonatale liée à une anomalie du cordon*)
- Infection néonatale virale /bactérienne / parasitaire

❖ **Origine post-natale:**

- Traumatique (*Traumatisme cérébral liée chute suite à une crise d'épilepsie*) et accidents domestiques (*hypoxie liée à une noyade*)
- Toxique (*Saturnisme*)
- Tumeur Cérébrale
- Méningite ou encéphalite infectieuse virale /bactérienne / parasitaire
- Hémorragie et AVC
- Contexte carenciel grave

❖ **Origine inconnue**

Selon les auteurs entre 25% et 30% des retards mentaux légers et entre 50 et 60% des retards mentaux profonds sont idiopathiques, l'origine génétique étant de fait présumée. La trisomie 21 est toutefois la cause la plus fréquente de déficit mental [14, 51].

La précédente classification des retards mentaux ainsi que cette nosologie exhaustive de la déficience mentale met en évidence l'hétérogénéité des profils que ce trouble regroupe. De ce fait, le recensement de personnes atteintes de déficiences mentales en vue de dégager des données d'incidence/prévalence est complexe. Selon l'I.N.S.E.R.M. [52], la déficience intellectuelle sévère toucherait 3 enfants pour 1000 à l'âge de 7 ans en 2010. La déficience intellectuelle légère toucherait 18 personnes adultes pour 1000 en France en 2014.

Il convient désormais de préciser la distinction entre déficience mentale et handicap mental. La déficience est un terme médical qui renvoie à un état du système neurologique. Le handicap, tel que définit par l'O.M.S. en 2001 est « *est le résultat d'une interaction entre les déficiences physiques, sensorielles, mentales ou psychiques entraînant des incapacités plus ou moins importantes, qui sont renforcées en raison d'un environnement inadapté ou inaccessible* » [79].

La **compréhension et donc la prise en charge du handicap mental est multidimensionnelle** et il est nécessaire de considérer 4 aspects définis par l'A.A.M.R. [6]:

- ❖ **L'aspect cognitif** qui consiste en l'évaluation des facultés intellectuelles et adaptatives précédemment décrites;
- ❖ **L'aspect physique** qui implique de déterminer les atteintes organiques et biologiques associées, notamment en parvenant à étiqueter l'étiologie à l'origine de la déficience à chaque fois que cela est possible;
- ❖ **L'aspect psycho-dynamique** c'est-à-dire l'état de santé psychologique et affectif de l'individu afin de détecter toute souffrance psychique et/ou trouble du comportement associé à la déficience intellectuelle;
- ❖ **L'impact de l'environnement affectif, professionnel et institutionnel**: lorsqu'il est suffisamment stimulant et adapté aux potentialités de l'individu, il peut permettre de compenser les déficiences rencontrées dans les domaines cognitifs, physiques et psychodynamiques.

Le handicap mental se différencie des « maladies mentales » dans le sens où il n'existe pas de traitement permettant d'atténuer ou de « guérir » le déficit en quotient intellectuel. Cependant, **la configuration de l'environnement social et professionnel dans lequel l'individu atteint de handicap mental évolue peut influencer positivement sur le développement de ses capacités d'adaptation** [81, 99] et favoriser ainsi épanouissement personnel et diminution des situations de dépendance. La création d'un milieu de travail adapté repose sur ce principe; en adaptant le type de tâche, la charge de travail et l'accès aux soins médicaux/paramédicaux aux difficultés rencontrées par une personne déficiente mentale, il est possible de valoriser ses potentialités au travers d'une activité professionnelle. Il est donc important de s'attarder à identifier lesdites difficultés car la réalisation des supports pédagogiques du projet se devait de les surmonter afin d'assurer une bonne réception du message éducatif.

Les ressources documentaires du centre pour l'adaptation scolaire et la scolarisation des élèves handicapés [29] ainsi que celles du « *Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées* » du code de l'action sociale et des familles [68] permettent de distinguer les difficultés (voir incapacités) sociales, conceptuelles et pratiques suivantes dans le domaine professionnel:

❖ Difficultés conceptuelles:

➤ Au niveau de la mémorisation :

- Pour mémoriser les informations verbales ;
- Pour assimiler plusieurs informations à la fois ;
- Pour mémoriser l'information à long terme ;
- Pour effectuer une analogie entre plusieurs informations ou souvenirs ;
- Pour retranscrire à son interlocuteur l'essentiel de l'information mémorisée.

➤ Au niveau du raisonnement:

- Pour comprendre des concepts abstraits ou généraux ;
- Pour se repérer dans l'espace et/ou le temps et donc planifier un enchaînement de tâches de manière ergonomique et/ou chronologique ;
- Pour établir un lien entre les connaissances théoriques et pratiques acquises et les données d'une situation présentée afin de résoudre un problème ;
- Pour hiérarchiser l'importance relative des données mises à disposition afin de déterminer l'information utile à la réalisation d'une tâche.

➤ Au niveau de l'adaptation:

- Caractère psychorigide c'est-à-dire incapacité d'envisager (ou de s'adapter à) de nouvelles situations/processus ou des changements imprévus ;
- Pour réaliser de soi-même l'opération inverse d'une séquence apprise ;
- Pour assimiler les conventions sociales tacites ;
- Pour mobiliser son énergie et ne pas être passif.

➤ Au niveau de l'attention:

- Pour maintenir une attention constante sur une durée compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle ;
- Pour désengager son attention et changer de sujet ou d'objet d'activité en fin de tâche.

❖ Difficultés pratiques:

- Pour fixer son attention avec labilité et agitation importante qui entraînent une fatigue rapide
- Pour s'exprimer (en particulier verbalement et à l'écrit) ;
- Exécution d'une tâche plus lente et temps de latence plus important ;
- Troubles physiques fréquemment retrouvés associés comme dyskinésie, hypotonie musculaire, tremblement ;
- Troubles du schéma corporel entraînant des difficultés de coordination d'une suite de mouvements.

❖ Difficultés sociales:

- Faible niveau (et/ou durée) de la motivation et/ou du degré d'exigence dans la tâche accomplie ;
- Pour appréhender le caractère valorisant de l'activité professionnelle ;
- Difficulté à se projeter dans le futur et élaborer des projets personnels notamment professionnels ;
- Faible estime de soi et sur-anticipation de l'échec ;
- Inhibition du comportement en situation collective.

Ces difficultés ne coexistent pas en même temps chez tous les individus présentant une déficience mentale. Selon le type de pathologie présentée, la sévérité de la déficience intellectuelle mais aussi la personnalité propre de l'individu (par exemple; personne déterminée et combative ou personne hésitante et démotivée), une ou plusieurs limitation(s) peut/peuvent se présenter et la marge de progression pour la/les surpasser varie(nt).

2.3) Définition du « handicap psychique » et répercussions socioprofessionnelles

Notion plus récente et dont la dénomination est essentiellement française, le handicap psychique ne connaît pas de définition consensuelle actuellement. En effet, on constate une documentation médicale conséquente sur le thème du handicap mental et une préoccupation politico-sociale tout aussi dynamique. Cet engouement semble être lié au fait que le retard mental, atteinte biologique stable dans le temps et n'entraînant pas une surmédicalisation – voir

pouvant exister isolément chez un individu –, a pu quitter la sphère des préoccupations médicales pour entrer dans la sphère sociale et poser la question de son intégration et épanouissement en société. A l'inverse, le handicap physique, par l'imprévisible évolution des troubles et la **nécessité d'une médication lourde et à vie a perduré dans le champ de la pathologie médicale et a tardé à devenir une préoccupation sociale.**

Avec la loi du 30 juin 1838, la maladie mentale est confinée au domaine médical. En effet, elle stipule que chaque département doit construire un asile et décider de modalités d'internement et autorise 2 modes d'internement : sur demande d'un tiers ou d'office. Si ces structures sont les seules à fournir une assistance médicale aux patients, elles contribuent de même à les isoler de la société pour toute la durée de leur hospitalisation, souvent à vie. La loi relative aux « droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation » du 27 juin 1990 abroge cette loi et impose que les hospitalisations libres soient la règle. De même, elle reconnaît le maintien des droits fondamentaux des personnes même en situation d'internement [19, 66].

Parallèlement, en **1989**, un « Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » [68] paraît dans le code de l'action sociale et des familles afin d'orienter les commissions départementales (COTOREP puis M.D.P.H.) dans l'attribution du statut de travailleur handicapé mis en place par la loi de 1975. Construit sur le modèle de la « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantage » (C.I.F.) de l'O.M.S. [78], ce guide reconnaît que les maladies psychiatriques peuvent entraver la vie quotidienne et prévoit l'attribution d'un taux d'incapacité permanent, selon le type et la sévérité de la pathologie, qui permet de recevoir des prestations sociales (au titre de l'allocation adulte handicapé ou l'allocation compensatrice de tierce personne) ainsi que le **statut de travailleur handicapé. Une personne atteinte de déficience psychique a désormais la possibilité d'intégrer un E.S.A.T.** [22, 81, 90].

L'apparition sur la scène politique et législative de la problématique de l'intégration socioprofessionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques dans les années 80 a été permise par la conjonction de plusieurs facteurs [19, 90, 98] :

- ❖ Les progrès pharmacologiques récents en matière de médicaments psychoactifs ont permis de développer des traitements plus respectueux des performances cognitives.
- ❖ Le raccourcissement de la prise en charge hospitalière d'une part grâce à ces nouveaux traitements et d'autres part suite à des contraintes d'économie de la santé.
- ❖ La fermeture de nombreuses institutions psychiatriques non compensées par l'ouverture de nouvelles structures de prises en charge.

- ❖ L'émergence d'associations militant pour la reconnaissance du handicap psychique comme l'Union Nationale de FAMilles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) créé en 1960 ou la Fédération Nationale des Associations de Patients et (ex)patients « psy » (FNAP-Psy) créée en 1992.

Le concept de « **handicap psychique** » apparaît pour la première fois en 2001 dans *“le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France”* [98] à l'initiative des associations d'usagers et principales organisations de professionnels de santé en psychiatrie (Association française de Psychiatrie, Comité d'Action Syndicale de la Psychiatrie...). Cet argumentaire conduit à la **reconnaissance officielle du handicap psychique dans la loi de 2005**. Il n'existe **cependant pas de définition officielle du handicap psychique** adoptée par les législateurs en France. Actuellement, les définitions proposées pour clarifier ce terme proviennent des associations de proches comme celle de l'UNAFAM [99] « *déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales* » ou par certains membres de la communauté scientifique comme le sociologue G. Zribi [104] en 2003 qui propose la définition suivante; « *dysfonctionnement de la personnalité caractérisé par des perturbations graves, chroniques ou durables du comportement et de l'adaptation sociale* ».

De même, la reconnaissance des situations handicapantes que peuvent engendrer les maladies psychiques est reconnue par l'O.M.S. [77, 78, 79] ou encore l'A.P.A. [7] mais aucune notion de handicap d'origine neuro-psychiatrique n'est envisagée [41]. Pour compenser cette absence de repère, le rapport Charzat de 2002 «*Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*» [20], propose un **recensement des pathologies neuro-psychiatriques susceptibles d'engendrer un handicap** (tableau 2). En reprenant le modèle de la C.I.F. de l'O.M.S. [78], il énumère les déficiences (*“perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique”*) et incapacités (*“réduction partielle ou totale, résultant d'une déficience, de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain”*) engendrées par les troubles psychiques afin de distinguer ceux en mesure d'être à l'origine d'un désavantage social pour l'individu, c'est-à-dire un handicap.

Troubles psychiques potentiellement à l'origine d'un handicap psychique identifiés par le rapport Charzat	Prévalence dans la population française
❖ <u>Troubles liés à des pathologies mentales :</u>	
➤ Trouble dépressif unipolaire grave	3% selon la H.A.S. [46]
➤ Trouble affectif bipolaire	1 - 2.5% selon la H.A.S. [35]
➤ Psychoses (<i>schizophrénie</i>)	1% selon la H.A.S. [46]
➤ Troubles obsessionnels et compulsifs / Phobies (<i>agoraphobie</i>) / Troubles anxieux graves (<i>troubles de Stress Post-traumatiques</i>)	2% selon la H.A.S. [46]
❖ <u>Troubles liés à d'autres affections mentales :</u>	
➤ Autisme et syndromes autistiques	0.6 - 0.7% selon la H.A.S. [45]
➤ Syndromes frontaux (<i>gliome du lobe frontal</i>)/ séquelles de traumatismes crâniens (<i>hématome sous dural</i>) et de lésions cérébrales (<i>accident vasculaire cérébral</i>)	Pas de statistiques disponible car évènement accidentel et non découlant d'une pathologie.
➤ Maladie d'Alzheimer et autres démences liées (<i>démence sénile</i>) ou non (<i>démence alcoolique</i>) à l'âge	6,4% des personnes âgées de plus de 65 ans en Europe selon Lobo et coll. [60] mais pas d'étude suffisamment précise sur la prévalence chez les personnes de moins de 65 ans.

Tableau 2: Troubles psychiques potentiellement à l'origine d'un handicap psychique identifiés par le rapport Charzat et leur prévalence correspondante dans la population française.

La **déficience psychique se distingue de la déficience mentale** à 4 niveaux [3, 98, 100]:

- ❖ La pathologie psychique est d'**apparition plus tardive** que le retard mental détecté dès l'enfance. Typiquement, elle survient chez l'adolescent ou le jeune adulte (de 15 à 25 ans).
- ❖ La personne handicapée psychique ne souffre généralement **pas de retard mental**. Ses facultés intellectuelles sont préservées mais la mobilisation de celles-ci dans le contexte vécu (comportement adaptatif) est lésée.
- ❖ Pour être stabilisée, la pathologie psychique nécessite la **prise d'un traitement médicamenteux conséquent et d'un suivi psychiatrique** au long-terme. A l'inverse, il n'existe pas de traitement pour les personnes déficientes intellectuellement en dehors de la prise en charge des complications associées dans le cadre d'atteinte syndromique.
- ❖ La pathologie psychique est caractérisée par une **évolution variable et imprévisible** des troubles de l'humeur et du comportement, ainsi que de leur sévérité, bien qu'ils soient modérés par les traitements.

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) invite à **interpréter les données de prévalence avec précautions** car elles reposent sur l'analyse statistique de réponses à un questionnaire standardisé par des enquêtés. De multiples biais peuvent alors se glisser et fausser partiellement les résultats obtenus [87]:

- ❖ Dénier de sa pathologie par le patient ou compréhension imparfaite de celle-ci;
- ❖ Stigmatisation attendue par le patient et souhait de ne pas révéler sa situation médicale ;
- ❖ Variabilité de l'état de santé du patient donc déclaration désormais erronée au moment de la publication de l'enquête (e.g rechute maniaque d'un trouble bipolaire stabilisé) ;
- ❖ Lecture imparfaite du questionnaire par l'enquêté.

Comme évoqué pour le retard mental, la prévalence des troubles psychiques dans la population française ne suppose pas un nombre identique de personnes handicapées psychiques. Le handicap est avéré lorsque les environnements socioprofessionnel et communautaire représentent des obstacles à l'épanouissement d'une personne car elle présente des déficiences psychologiques et physiologiques qui entravent certaines activités techniques et intellectuelles. Il s'agit du modèle biopsychosocial du handicap évoqué précédemment [81, 99].

En raison de l'extrême diversité des symptômes revêtus par les troubles psychiques sur les capacités sociales, conceptuelles et pratiques et l'efficacité plus ou moins importantes des traitements et thérapies pour compenser ou moduler ces symptômes, le "*Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées*" du Code de l'action sociale et des familles [68] recense une liste exhaustive des déficiences liées aux troubles psychiques. Les déficiences présentées par un individu doivent faire l'objet par un professionnel de santé d'une évaluation psychosociale afin de déterminer dans quelle mesure elles provoquent des incapacités domestiques et professionnelles.

Selon le guide barème, les déficiences potentiellement engendrées par les troubles psychiques sont les suivantes :

❖ Troubles de la volition:

- Apragmatisme ;
- Négativisme ;
- Compulsion obsessionnelle ;
- Ambivalence ;
- Inhibition.

❖ Troubles de la pensée:

- Idées obsessionnelles ;
- Fuite ou incohérence des idées ;
- Lenteur de la pensée ;
- Radotage ;
- Appauvrissement de la pensée ;
- Délire.

❖ Troubles de la perception:

- Illusion ;
- Hallucination ;
- Déréalisation.

❖ Troubles de la communication:

- Trouble de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle ;
- Logorrhée ;
- Préciosité ;
- Coq-à-l'âne;
- Echolalie ;
- Discordance, parasitisme, mimique, stéréotypie gestuelle ou déficitaire ;
- Bégaiement ;
- Mutisme ;
- Repli autistique.

❖ Troubles du comportement:

- Agressivité ;
- Agitation ;
- Théâtralisme ;
- Automutilation ;
- Comportements phobiques ;
- Rites obsessionnels ;
- Instabilité ;
- Timidité.

❖ Troubles de l'humeur :

- Troubles dépressifs ou hypomaniaques ;
- Psychose maniaco-dépressive ;
- Agitation psychomotrice: fuite des idées, insomnie, aboulie, auto-accusation ;
- Ralentissement psychomoteur.

❖ Troubles de la conscience et de la vigilance:

- Difficulté de concentration ;
- Somnolence.

❖ Troubles intellectuels séquellaires d'une affection mentale précoce:

- Difficulté de scolarisation voir illettrisme ;
- Difficulté de conceptualisation et d'abstraction ;
- Retard mental.

❖ Troubles intellectuels séquellaires d'une affection mentale tardive :

- Troubles de la mémoire ;
- Troubles de l'attention ;
- Troubles du jugement et/ou du calcul mental ;
- Troubles de l'orientation temporelle et spatiale.

❖ Troubles de la vie émotionnelle et affective:

- Anxiété / angoisse ;
- Indifférence / Discordance / Instabilité / Immaturité affective ;
- Timidité.

❖ Expression somatiques des troubles psychiatriques :

- Amaigrissement voir cachexie ;
- Asthénie ;
- Escarres étendues ;
- Etat grabataire.

A noter que cette classification ne prend pas en compte les conséquences physiologiques des traitements médicamenteux qui, par leur pharmacocinétique, peuvent engendrer des déficiences plus ou moins durables à l'origine d'incapacités additionnelles. C'est par exemple le cas des neuroleptiques de 1ère génération comme la Chlorpromazine qui peuvent entraîner des dyskinésies d'installation définitive [36].

3) Conséquences des handicaps mentaux et psychiques en matière de pathologies bucco-dentaires et de prise en charge au fauteuil dentaire

Les personnes handicapées mentales et psychiques forment une **population à haut risque de pathologies orales** dont l'incidence, la fréquence de réapparition et la gravité de celles-ci sont majorées par rapport à celles rencontrées dans la population normale [8, 40].

Les pathologies recensées peuvent être de nature [25, 28]:

❖ **Infectieuses :**

- Caries dentaires (et complication infectieuses péri-maxillaires en découlant);
- Parodontopathies : gingivites et parodontites;

❖ **Traumatiques :**

- Extrusions (favorisées par les malpositions dentaires et osseuses fréquentes dans les handicaps mentaux);
- Bruxisme;
- Auto-mutilation;

❖ **Fonctionnelles :**

- Troubles de la mastication;
- Troubles de la ventilation;
- Troubles de la phonation;
- Troubles de la déglutition.

Elles peuvent affecter gravement la croissance (dentaire, osseuse, générale) et porter un lourd préjudice esthétique (fente labio-palatine, dentinogenèse imparfaite,...).

Les usagers des E.S.A.T. représentent cependant une population hétérogène, de part la nature des handicaps rencontrés et leurs degrés de sévérité, ce qui suppose une **variabilité individuelle importante dans la survenue et les manifestations des pathologies orales**. En effet, une personne atteinte d'une trisomie 21 peut présenter des caractéristiques physiopathologiques distinctes d'une personne atteinte de retard mental suite à une naissance prématurée ou d'une autre personne atteinte de trisomie 21 à un degré différent aboutissant ainsi à différentes atteintes orales.

Les tableaux suivants (tableau 3 et 4) décrivent les **caractéristiques physiopathologiques et psycho-comportementales fréquemment identifiables chez une personne atteinte de handicap mental ou de handicap psychique et leurs répercussions oro-faciales** décrites dans la littérature.

HP	HM	Caractéristiques physiopathologiques fréquemment rencontrées	Répercussions bucco-dentaires
	✓	Retard d'acquisition motrice	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Traumatisme dentaire antérieur par chute ❖ Incapacité à réaliser des gestes d'hygiène orale efficaces
	✓	Retard de maturation des fonctions orales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ventilation buccale ❖ Mastication inefficace proche de la succion ❖ Déglutition infantile engendrant sécheresse buccale / bavage / risque de fausse route (infections broncho-pulmonaires, suffocation) ❖ Modification de la texture des aliments pour s'adapter aux capacités masticatoires (absence d'auto-nettoyage des surfaces dentaires et troubles digestifs)
	✓	Motricité buccale réduite	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Difficulté de réalisations des fonctions orales ❖ Stase des aliments qui restent collés aux dents
	✓	Anomalies dentaires de nombre: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Agénésie ❖ Hypodontie ❖ Oligodontie 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dysharmonie dento-maxillaire (DDM) ❖ Hypodéveloppement des bases osseuses ❖ Troubles de l'occlusion ❖ Difficulté de réalisations des fonctions orales

	✓	<p>Anomalies dentaires de formes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Microdontie ❖ Dent rhiziforme ❖ Macrodontie ❖ Fusion-Gémination ❖ Dilacération ❖ Taurodontisme ❖ Invagination-Evagination 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DDM et Dysharmonie Dento-Dentaire (DDD) ❖ Troubles de l'occlusion ❖ Difficulté de réalisation des fonctions orales
	✓	<p>Anomalies dentaires de structure:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Amélogénèse Imparfait ❖ Dentinogénèse Imparfait ❖ Hypoplasie et dysplasie de l'émail 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Susceptibilité carieuse augmentée ❖ Hypersensibilité dentinaire ❖ Érosion rapide des dents avec possible perte de dimension verticale d'occlusion (DVO) ❖ Difficulté de réalisation des fonctions orales
	✓	<p>Anomalies dentaires d'éruption:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Retard d'éruption ❖ Eruption ectopique ❖ Rétention de germe 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DDM ❖ Troubles de l'occlusion ❖ Difficulté de réalisation des fonctions orales
	✓	Réflexe nauséux prononcé	Difficulté de réalisation des soins dentaires
	✓	<p>Pathologie organique ou systémique concomitante (pathologie de valve cardiaque, diabète, reflux gastro-oesophagien...)</p>	<p>Interrelation avec les pathologies de la sphère orale nécessitant la mise en oeuvre de protocoles spécifiques par l'équipe soignante</p>

✓	✓	Difficulté de communication: défiance de la verbalisation et des fonctions sensorielles (vue, audition)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Difficulté à verbaliser une douleur ou un problème ❖ Difficulté à se faire comprendre par l'équipe soignante
	✓	Altération des perceptions nociceptives	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Absence de ressenti douloureux ou modification de la perception du ressenti douloureux à l'origine de consultations tardives
✓		Augmentation du seuil de la douleur	Consultation dentaire tardive
	✓	Hypo-développement des bases osseuses et/ou de la musculature oro-faciale	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DDM ❖ Troubles de l'occlusion ❖ Difficulté de réalisation des fonctions orales
✓	✓	Hypotonie des muscles oro-faciaux: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Médicamenteuse (HP) ❖ Physiologique (HM surtout dans les cas d'atteinte syndromique) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Incompétence labiale entraînant un bavage ❖ Difficulté de réalisation des fonctions orales ❖ DDM
✓	✓	Dyskinésies des muscles oro-faciaux: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Médicamenteuse (HP) ❖ Physiologique (HM surtout dans les cas d'atteinte syndromique) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Incompétence labiale entraînant un bavage et une sécheresse buccale ❖ Difficulté de réalisation des fonctions orales ❖ Difficulté de réalisation des soins dentaires ❖ Développement de DDM d'adaptation ❖ Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire

✓	✓	Difficulté de coordination des mouvements et/ou manque de dextérité manuelle	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Incapacité à réaliser des gestes d'hygiène orale efficaces ❖ Difficulté de déplacement à la consultation dentaire
✓	✓	Epilepsie	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Traumatisme dentaire antérieur par chute ❖ Risque de déclenchement de crise en cas d'environnement de soin stressant

Tableau 3: Caractéristiques physiopathologiques fréquemment identifiables chez une personne atteinte de handicap mental (HM) ou de handicap psychique (HP) et leur répercussions oro-faciales [21, 25 , 27 , 28 , 29 , 36 , 40 , 43 , 51 , 73 , 94 , 95 , 96 , 97].

HP	HM	Caractéristiques psycho-comportementales fréquemment rencontrées	Répercussions bucco-dentaires
1) Habitudes orales néfastes:			
	✓	Rétention d'aliments en bouche	Incidence augmentée des caries
	✓	Auto-mutilation	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ulcération ❖ Auto-extraction ❖ Fracture dentaire
	✓	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Succion digitale ou linguale ❖ Tics de mordillement ❖ Interposition d'objets 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DDM ❖ Erosion dentaire ❖ Ulcération de la zone de frottement
	✓	Bruxisme	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Usure prématurée des dents pouvant occasionner une perte de DVO et des dénudations pulpaire ❖ Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire
2) Mode de vie à risque:			
✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prise d'aliments/boissons de substitutions riches en sucre ❖ grignotage 	Développement carieux
✓		Tabagisme	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Parodontopathies et tumeurs de la cavité buccale ❖ Retard de cicatrisation des plaies buccales ❖ Surinfection de plaie facilitée
✓		Ethylisme chronique	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Parodontopathies et tumeurs de la cavité buccale ❖ Retard de cicatrisation des plaies buccales ❖ Surinfection de plaie facilitée
✓		Prise de substances psycho-actives	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Diminution flux salivaire ❖ Erosion dentaires ❖ Majoration des dyskinésies

3) Troubles psychiques:			
✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Faible estime de soi ❖ Dépression ❖ Faible instinct de protection ❖ Difficulté à se projeter dans le futur ❖ Altération de la perception du corps ❖ Anosognosie 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Faible motivation au brossage ❖ Non présentation aux rendez-vous dentaire ❖ Manque de compliance aux traitements ❖ Faible priorité accordée aux soins dentaires
	✓	Difficulté de mémorisation	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Non présentation aux rendez-vous dentaires ❖ Manque de compliance aux traitements ❖ Difficulté d'apprentissage de l'hygiène orale
✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Difficulté de concentration ❖ Labilité émotionnelle ❖ Agitation 	Temps de consultation dentaire restreint
✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Stress ❖ Anxiété 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Difficulté à accepter les soins ❖ Refus de soin ❖ Changement d'avis inopiné ❖ Burning Mouth Syndrom
	✓	Difficulté d'adaptation	Difficulté à accepter de nouveaux soins, de nouveaux appareillages ou de nouveaux soignants
✓		Conséquences de troubles du comportement alimentaire stabilisés (anorexie/boulimie +/- brossages excessifs)	→ Erosions dentaires

Tableau 4: Caractéristiques psycho-comportementales fréquemment identifiables chez une personne atteinte de handicap mental (HM) ou de handicap psychique (HP) et leur répercussions oro-faciales [21, 25, 27, 28, 29, 36, 40, 43, 51, 73, 94, 95, 96, 97].

Le cheminement entre une caractéristique physiopathologique et une pathologie bucco-dentaire ne doit cependant pas être compris de manière uniquement linéaire mais comme un phénomène résultant aussi de l'influence des autres déficiences que peut présenter un même individu.

En effet, le manque de motivation au brossage d'une personne handicapée mentale ou psychique ne justifie pas à lui seul de l'apparition d'une pathologie parodontale. La prise de médicament hyposialant, les difficultés motrices, l'encombrement dentaire liée à une atteinte syndromique,... sont aussi des facteurs étiologiques à repérer afin de permettre la prise en charge de la maladie parodontale. Réciproquement, une maladie parodontale active peut déstabiliser une pathologie organique ou systémique souvent rencontrée dans les handicaps mentaux et psychiques : diabète, anomalie des valves cardiaques, rechute en phase aiguë maniaco-dépressive...

Ces renforcements négatifs entre les caractéristiques physiopathologiques et psycho-comportementales révèlent une **prise en charge odontologique complexe** [21, 25, 27, 28].

Par ailleurs, certains **facteurs environnementaux secondaires aux handicaps** sont à prendre en considération. La prise de **médicaments** antiépileptiques (phénytoïne) dans certains cas de handicap mental ou psychique peut entraîner des hyperplasies gingivales entravant davantage la réalisation du brossage [21, 25, 27, 36, 73].

Parallèlement, la prise de neuroleptiques phénothiaziniques, d'antidépresseurs imipraminiques et de thioxanthène pour le traitement de pathologies psychiatriques entraîne fréquemment une diminution du flux salivaire favorisant une sécheresse buccale propice à la survenue:

- ❖ de caries (par diminution du nettoyage physiologique des surfaces dentaires) ;
- ❖ d'une halitose importante ;
- ❖ de lésions et douleur des muqueuses (glossite, stomatite) ;
- ❖ d'infections fongiques des muqueuses (perlèche, candidose) ;
- ❖ d'inflammation des glandes salivaires (parotidite) ;
- ❖ d'inconfort lors du port d'appareillage amovible.

Ces médicaments peuvent par ailleurs déclencher des dyskinésies faciales souvent irréversibles même à l'arrêt du traitement. Des travaux récents indiquent qu'ils sont aussi à l'origine de perturbations métaboliques irréversibles (dyslipidémies, diabète de type II), ce qui souligne l'importance d'une surveillance parodontale régulière.

Enfin, la prise de ces médicaments imposera au chirurgien dentiste la mise en place de précautions particulières lors de la prise en charge (i.e la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est très fortement déconseillée chez le patient traité par lithium en raison d'un fort risque de surdosage au lithium provoqué par les anti-inflammatoires).

Les troubles psychiatriques se déclenchent tardivement à l'adolescence et le jeune adulte, ce qui suppose que les connaissances des règles d'hygiène bucco-dentaire sont acquises. Le défaut d'application des méthodes d'hygiène orales s'explique par le **phénotype psychologique du handicap psychique** (faible estime de soi, faible sentiment d'autoprotection,...) et par un **mode de vie à risque fréquemment retrouvé** [3, 27] chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques (tabagisme, éthylisme, prise de produits stupéfiants, sédentarité, consommation de produits riches en carbohydrates). Outre les complications dento-parodontales que ce mode de vie peut engendrer, il semblerait qu'il soit à l'origine d'une immunodéficience chronique chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Les patients atteints de handicap mental ou psychique sont particulièrement à risque de développer des pathologies bucco-dentaire infectieuses ou traumatiques que la population générale en raison [28, 39, 40, 64, 94, 95, 96]:

- ❖ **d'incapacités motrices** (e.g dyskinésie, manque de dextérité manuelle limitant l'HBD quotidienne...)
- ❖ **d'altération des facultés mentales** (e.g retard de développement mental donc incompréhension de l'importance de la santé dentaire et des conséquences douloureuses des pathologies ou incompréhension des modes de communication à autrui de l'expérience d'un phénomène douloureux...)
- ❖ **de co-morbidité fréquemment associées aux handicaps** (e.g épilepsie souvent à l'origine de traumatisme dentaire, problème cardio-vasculaire entraînant un sur-risque infectieux, dysmorphoses squelettiques/insuffisance hormonale/anomalies dentaires concomitantes...).

De surcroît, les **troubles sensoriels et cognitifs** (ex : altération des perceptions nociceptives, trouble du langage entravant la capacité à communiquer leur ressenti et leur douleur avec l'entourage...) dont souffrent ces patients aboutissent à une prise en charge tardive des problèmes bucco-dentaires.

Cette prise en charge s'effectue **souvent par recours au MEOPA ou à l'anesthésie générale** en raison de l'ampleur des complications infectieuses et de la difficulté de réalisation des soins au fauteuil. Cette difficulté est liée d'une part au **désemparement des praticiens insuffisamment formés** [71] et inaccoutumés à la prise en charge du handicap quelque soit ses formes et d'autre part à **l'anxiété du patient et les manifestations pathologiques du handicap** (mouvements incontrôlés, absence de coopération...).

L'impact de cette prise en charge en termes financiers et humains est considérable. Elle est coûteuse d'un point de vue financier car elle implique le recours à un plateau technique plus complexe et nécessite davantage d'accompagnement par le personnel soignant. D'un point de vue humain, elle suppose un vécu douloureux et un inconfort prolongé, un risque de séquelles physiques accrues (e.g le recours aux extractions est plus fréquents sous anesthésie générale avec pour conséquence des édentements précoces) avec des répercussions psychiques et somatiques lourde (difficulté d'alimentation, peur des soins dentaires voir de l'hygiène dentaire,...) **sur-handicapant d'autant plus l'individu** [38, 43].

4) Promotion de la santé bucco-dentaire auprès des usagers des E.S.A.T.

En vue de déterminer les modalités de réalisation et la portée d'une intervention d'éducation thérapeutique, une recherche bibliographique a été entreprise. L'objectif était de recenser les actions de promotion de la santé orale effectuée auprès de personnes handicapées usagers des E.S.A.T. (contexte français) ou de centre de travail protégé (contexte international).

Les bases de données investiguées ont été :

- ❖ Pubmed/Medline
- ❖ Cochrane library
- ❖ Dentistry and Oral Sciences Source
- ❖ Google Scholar

Les termes MESH employés sont décrits dans le tableau 5 ci-après.

Mots-clefs français	Mot-clefs anglais
Santé bucco-dentaire	Oral health-care
Santé orale	Dental Health
Santé publique	Public Health
Prévention primaire	Primary Prevention
Promotion de la santé	Health promotion
Education thérapeutique	Oral education
Soins spécifiques	Special needs
Handicap	Handicap / Disability / Deficiency
Travailleur handicapé	Handicapped worker
Intellectuel / Mental	Intellectual
Psychique	Psychic
Travail adapté	Supported employment
Milieu protégé	Sheltered Workshop
E.S.A.T	❖

Tableau 5: Termes MESH employés pour rechercher des études concernant la promotion de la santé bucco-dentaire auprès de travailleurs handicapés intellectuels et/ou psychiques en France et à l'étranger dans la littérature scientifique (Source: <http://mesh.inserm.fr/mesh/>).

Il a pu être mis en évidence seulement 3 travaux de thèse français et 1 étude internationale investiguant la mise en place d'**une action d'éducation à la santé orale auprès de travailleurs handicapés** et dont le texte intégrale était disponible. Les informations collectées par ces travaux sont résumées dans le tableau 6 suivant.

Titre de l'étude	<i>“The effectiveness of differing dental health education programmes in improving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham adult training centres”</i>	<i>“Prévention en E.S.A.T.”</i>	<i>“Action de prévention bucco-dentaire auprès de jeunes travailleurs handicapés de Meurthe-et-Moselle”</i>	<i>“Évaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire : le Projet Santé Orale et Autonomie”</i>
Auteurs, Référence	M.J Shaw, L Shaw	L. Graille	E. Rouvière, A. Perrin	C. Cateau
Pays	United Kingdom	France	France	France
Année de Publication	1991	2009	2010	2013
Actions mises en place	<p>Etude sur l'efficacité de l'éducation et la motivation au brossage sur les indices de santé parodontale chez des personnes handicapées exerçant une activité professionnelle.</p> <p>Trois objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'autonomie des personnes dans la réalisation d'un brossage efficace - Évaluer la pertinence de déléguer la supervision du brossage au personnel non médical du centre de travail - Évaluer s'il existe une différence notable entre une répétition de la motivation tous les mois et tous les 3 mois 	<p>Action d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire (HBD) personnalisée basée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des rappels des règles d'HBD après consultation de dépistage en entretien individuel - Une orientation vers une prise en charge odontologique si nécessaire 	<p>Action d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire basée sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La présentation d'un diaporama et de vidéos d'explication “des dents propres pour un beau sourire” à l'ensemble de la population d'un l'E.S.A.T. - La conduite d'ateliers pédagogiques en groupe de 3 - 4 personnes - Le don de supports pédagogiques (affichettes, modèles de dents, diaporama) aux établissements en fin d'intervention 	<p>Action standardisée de promotion de la santé orale basée sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formation de chirurgiens dentistes dans le domaine de la prévention - Des conférences de sensibilisation du personnel à la problématique de la santé orale chez les personnes handicapées - Des ateliers de démonstration individuelle des techniques d'hygiène orale impliquant encadrants et résidents - La rédaction d'un protocole d'hygiène orale personnalisée à chaque résident

<p>Critères d'évaluation de l'efficacité sur l'hygiène bucco-dentaire</p>	<p>Réalisation d'un examen clinique sur 6 dents témoins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence de saignement au sondage - Mesure de la profondeur de poche parodontale (P.P.) - Présence de tartre - Mesure de l'indice de plaque (I.P.) <p>Réalisation d'un détartrage, d'un polissage et d'une séance d'éducation et motivation à l'HBD par un hygiéniste dentaire</p> <p>Attribution aléatoire à chaque centre d'un plan de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - n°1 : pas d'autre disposition - n°2 : un brossage quotidien supervisé par le personnel médico-social et les moniteurs d'ateliers du centre - n°3 : comme n°2 + réévaluation tous les 3 mois avec de nouveau détartrage, polissage et séance d'éducation et motivation par le même hygiéniste - n°4 : comme n°3 mais réévaluation tous les mois 	<p>Réalisation d'un formulaire de données socio-démographiques et d'un examen clinique mesurant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indices d'Hygiène Orale (I.H.S.) - Indice C.A.O. - Coefficient masticoire <p>Réalisation d'un entretien d'éducation et motivation à l'HBD si l'un des paramètres n'est pas satisfaisant.</p>	<p>Réalisation d'un examen clinique global:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence d'halitose - Présence de dysmorphose maxillo-faciale - Présence d'édentement et port d'appareillage - Mesure de l'I.P. - Mesure du C.A.O. - Mesure de l'indice gingival - Nécessité avérée de soins ou Extractions à réaliser <p>Administration d'un questionnaire d'évaluation des connaissances bucco-dentaires.</p>	<p>Réalisation d'un formulaire de renseignements et d'un examen clinique global comprenant 46 items regroupés en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Données sociodémographiques personnelles - Statut pondéral - Statut professionnel - Situation médicale autonomie et habitudes alimentaires - Habitudes de HBD - Présence de pathologies bucco-dentaires de nature infectieuse - Présence de troubles bucco-dentaires aux conséquences fonctionnelles et sociales - Recours au système de santé <p>Questionnaire d'appréciation du projet à l'intention des chirurgiens dentistes réalisant l'intervention et des directeurs et personnels médico-sociaux des établissements y participant.</p>
<p>Durée du suivi</p>	<p>Examen clinique sans détartrage ni polissage ni éducation à l'hygiène (groupes n°1 et 2) pour mesurer l'évolution des paramètres biologiques à 3 mois, 6 mois, 12 mois, 18 mois puis 24 mois après l'examen initial.</p> <p>Examen clinique avec poursuite du plan de traitement décrit ci-dessus pour les groupes n°3 et 4 jusqu'à 24 mois après l'examen initial.</p>	<p>Action ponctuelle sans réévaluation.</p>	<p>Examen clinique et questionnaires initiaux suivi de l'action d'éducation 2 jours plus tard.</p> <p>Questionnaire final immédiatement à la fin de l'action.</p> <p>Examen clinique et questionnaires finaux 3 mois après l'action.</p>	<p>Conférence de sensibilisation du personnel concomitante à la réalisation de l'examen clinique, du formulaire, des ateliers pédagogiques et de la rédaction d'un protocole d'hygiène orale individuel</p> <p>Réévaluation de l'amélioration des paramètres cliniques et comportementaux des résidents à 9,6 mois</p> <p>Évaluation de l'appréciation du projet par les directeurs et personnels médico-sociaux à 2 mois et par les chirurgiens dentistes à 1,5 – 2 ans</p>

<p>Effectif de la population d'étude</p>	<p>304 personnes présentant un handicap mental</p> <p>Âges: 19 - 44 ans</p> <p>Répartition homme - femme: 50.5 % - 49.5 %</p> <p>4 centres de travail à Birmingham (UK)</p>	<p>133 personnes présentant un handicap mental et/ou psychique</p> <p>Âges: 22 - 40 ans</p> <p>Répartition homme - femme: 56% - 44%</p> <p>3 E.S.A.T. d'Aquitaine (France)</p>	<p>150 personnes présentant un handicap mental et/ou psychique</p> <p>Âges: 19 - 62 ans</p> <p>Répartition homme - femme: 53.3% - 46.7 %</p> <p>1 E.S.A.T.-C.A.T. à Liverdun, Val-de-Loire (France)</p>	<p>890 personnes présentant un handicap physique et/ou sensoriel et/ou mental et/ou cognitif et/ou psychique ou un polyhandicap</p> <p>Âges : 3 -99 ans</p> <p>Répartition homme – femme : 57,8%-42,2%</p> <p>29 d'établissements pour enfants et adolescents (établissement d'éducation spécialisée hors section polyhandicap) et pour adultes (E.S.A.T., foyer d'hébergements, foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée) répartis sur l'ensemble du territoire français</p>
<p>Principaux résultats et limites de l'étude</p>	<p><u>Conclusion sur l'évolution des indices parodontaux en fin d'étude:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de différence significative pour la présence de saignement et les faibles niveaux d'inflammation de la gencive (1 de l'indice P.D.I. de Ramfjord) entre les 4 groupes mais différence significative entre le groupe 1 et le groupe 3 et 4 en ce qui concerne le niveau d'inflammation importante (2 de l'indice P.D.I. de Ramfjord) - Différence significative entre le groupe 1 et 3/4 en ce qui concerne la diminution des PP de 3,5 à 5,5 mm - Différence significative entre le groupe 1 et 3/4 en ce qui concerne la présence de tartre <p>Conclusion: le groupe 1 présente significativement de moins bon indices de santé parodontale que les groupes 3 et 4</p> <p>Il n'a pas été trouvé de différence significative entre les groupes 3 et 4 sur l'ensemble des indices donc les réévaluation peuvent être espacées car</p>	<p><u>Résultats observés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Projet apprécié par le personnel et les usagers des E.S.A.T. rencontrées - I.H.S. et C.A.O. significativement plus élevés que dans la population normale <p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le maintien des objectifs de production de l'E.S.A.T et le temps d'accompagnement médico-social limité et déjà très chargé ont entraîné refus de nombreux E.S.A.T. à participer ou l'allocation d'un temps d'action très restreint 	<p><u>Résultats observés:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminution significative de l'I.P. (20%) mais de différence significative pour le relevé du tartre et de l'halitose - Absence de différence significative sur toutes les réponses aux items du questionnaire <p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Désintérêt de certains usagers qui affirment avoir suffisamment de connaissances - Perte de l'attention en cours de présentation car diaporama magistral et long (1h) - Absence d'évaluation du maintien des améliorations à plus long terme 	<p><u>Résultats observés:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Amélioration significative de l'indice de plaque pour 33,7% des sujets - Amélioration des habitudes d'hygiène bucco-dentaire pour 11,5% des résidents - Consultation d'un chirurgien dentiste ou stomatologue entre évaluation initiale et finale pour 42,5% des résidents <p>La majorité de chirurgiens dentistes , personnels médico-sociaux et directeurs des établissements se sont déclarés satisfaits du projet et disposés à la reconduire</p> <p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de constitution d'un groupe contrôle (mesure des paramètres biologiques initiale et finale sans intervention) - Caractère déclaratif des 2 derniers paramètres pouvant être soumis à un biais de désirabilité et donc potentiellement sur-évaluées - Impact relativement faible par rapport au coût qui nécessite de repenser la formulation du projet (300 euros en moyenne pour

	<p>bien qu'il s'agisse d'une population avec des handicaps très hétérogènes, la majorité des personnes est apte à comprendre les notions d'hygiène bucco-dentaire et autonome dans la réalisation de son hygiène.</p> <p>Les auteurs ont observé un « phénomène de normalisation » dans les centres c'est-à-dire que le centre de travail adapté doit se rapprocher le plus possible d'un lieu de travail ordinaire. L'externalité négative de ce phénomène est le retrait du staff encadrant des problématiques de santé et le refus d'encadrer ces activités qui relèvent du domaine personnel et non professionnel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Désintérêt de nombreux E.S.A.T. pour ce projet car n'entre pas dans un objectif de formation scolaire/professionnelle donc peut être pris en charge par la sphère familiale - Coût d'achat du matériel d'examen et de prévention trop élevé pour certains E.S.A.T. - Biais de mesure car I.P. est estimé visuellement avec abaisse langue (et donne I.H.S.) et C.A.O. sans prise de rétro-alvéolaire donc certaines caries peuvent ne pas être repérées lors de l'examen endo-buccal - Biais de compréhension des questions écrites du formulaire et orales de l'intervenant - Pas de possibilité de réévaluation clinique ou par interrogatoire donc pas d'évaluation de l'efficacité de l'action. 		<p>améliorer l'indice de plaque chez un résident sur 9 mois)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnels médico-sociaux informés en avance de la date de réalisation des évaluations donc possible biais d'amélioration de l'aide au brossage dans les jours précédents la visite (pour les centres où le personnel accompagne le brossage) <p>Conclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - même si satisfaction de certains établissements, le coût d'une reconduction paraît prohibitif - les chirurgiens dentistes ayant apprécié l'intervention étaient des professionnels déjà sensibilisés et intéressés à la problématique du handicap sur la santé orale mais faible de taux de participation globale de la profession.
--	--	---	--	--

Tableau 6: Synthèse des études sur la mise en place d'un programme d'éducation à la santé orale auprès de travailleurs handicapés mentaux et/ou psychiques.

En particulier, Le Dr Catteau explique que très **peu d'actions d'éducation à la santé sont mises en place dans les établissements médico-sociaux**. Lorsqu'elles sont d'actualité, les actions se focalisent en priorité sur l'éducation alimentaire et sexuelle. En ce qui concerne la santé bucco-dentaire, les rares actions mises en œuvre relèvent « **d'initiatives locales, individuelles ou menées dans le cadre d'associations professionnelles ou encore d'activités hospitalières ou hospitalo-universitaire** » comme l'illustrent les 2 travaux précédemment cités.

Le Dr Catteau soulève par ailleurs 2 insuffisances méthodologiques majeures communes à la plupart de ces actions :

- ❖ Le **manque de standardisation** dans la mise en place et la réalisation, empêchant la reproductibilité, l'évaluation et la comparaison de ces études.
- ❖ Le **manque d'exhaustivité** de ces actions qui se résument souvent à la diffusion d'un message de prévention et d'une démonstration collective des gestes de l'hygiène orale sans suivi.

Par ailleurs, les établissements ciblés par des actions de promotion de la santé orale accueillent principalement un public institutionnalisé ou présentant des poly-déficiences sévères. Dans ce contexte, l'enseignement à l'hygiène concerne en premier lieu les aidants quotidiens qui peuvent encadrer chaque brossage voir même le réaliser en cas de déficience majeure. Les actions s'adressent bien souvent à une population pédiatrique, l'adolescent et le jeune adulte étant absents. La littérature française [38] et internationale [8, 64, 92, 93], tend cependant à montrer un **état bucco-dentaire moins satisfaisant chez l'adolescent et l'adulte handicapé non-institutionnalisé par rapport à la population générale et par rapport à l'adulte handicapé sévèrement dépendant**. Malgré une plus grande autonomie individuelle et professionnelle, l'enseignement et l'encadrement à l'hygiène bucco-dentaire est un réel besoin chez ce public [39]. L'efficacité des programmes de promotion de la santé orale menés émerge progressivement dans la littérature comme en témoignent les travaux de M.J. Shaw et L. Shaw qui mettent en évidence une amélioration statistiquement significative des scores d'indices de plaque et d'incidence carieuse après des séances de motivation au brossage répétées. La population étudiée, la classe d'âge, la répartition hommes-femmes restent cependant très variables d'une étude à l'autre et limitent la comparabilité des études entre elles ainsi que leur reproductibilité.

Le Dr Cateau distingue **3 stratégies d'éducation à la santé orale**:

- ❖ **Éducation et motivation du groupe à risque** à la réalisation des techniques d'hygiène orale par des professionnels de santé (il s'agit le plus souvent d'un enseignement collectif au brossage en milieu scolaire)
- ❖ **Formation des aidants** professionnels ou familiaux à la réalisation des techniques d'hygiène orale auprès du groupe à risque par des professionnels de santé (il s'agit de la stratégie la plus souvent développée en milieu institutionnalisé)
- ❖ **Développement de supports d'apprentissage** visuels / écrits / auditifs à destination de groupe à risques et de la population générale relayés par les médias / les associations / les professionnels de santé / les établissements de santé...

Ces stratégies sont aussi mises en évidence sur la scène internationale par R.G Watt dans le bulletin annuel de l'O.M.S. en 2005 [103].

En s'appuyant sur les travaux précédemment analysés, le projet développé dans ce travail s'articulera autour de 2 axes :

- ❖ **Amélioration des connaissances bucco-dentaires et alimentaires des usagers et des encadrants professionnels et médico-sociaux au travers de supports pédagogiques variés** (diaporama et ateliers pédagogiques collectifs, affiches d'information, mise à disposition de matériel pédagogiques à l'équipe médico-social).
- ❖ **Enseignement d'une méthode de brossage individualisée** pour apprécier précisément les problématiques rencontrées lors du brossage et les rectifier.

En raison d'une absence d'équipement dentaire et de locaux isolés au sein des E.S.A.T. mais aussi de l'impossibilité matérielle pour l'ensemble des participants à l'intervention de se déplacer au service d'Odontologie du CHU de Nantes, un examen clinique d'évaluation des paramètres biologiques initiaux et finaux n'a pu être envisagé. Toutefois, pour évaluer l'efficacité de ce projet-pilote, nous avons développé un questionnaire d'évaluation des acquis initial et final. Afin de favoriser l'adhésion du personnel médico-social et des encadrants, il a été proposé aux membres du personnel volontaires une réunion de concertation préalable ayant pour objectif:

- ❖ Présenter le projet et le déroulement d'une séance d'éducation à l'hygiène orale ;
- ❖ Expliquer la complexité de la gestion du handicap pour l'odontologiste ;
- ❖ Présenter des moyens d'anticiper cette difficulté par un matériel d'hygiène adapté aux déficiences et la prévention primaire ;
- ❖ Proposer d'effectuer un relai quotidien de notre action.

II/ Présentation du Projet

Dans cette partie, il sera exposé la mise en place d'une **action de prévention primaire d'éducation thérapeutique en santé orale auprès d'usagers de 4 E.S.A.T. des Pays de la Loire**. L'organisation des sections de cette partie suit la démarche de présentation requise par l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) de Loire Atlantique pour le cahier des charges des porteurs de projets de médico-sociaux candidatant à un soutien financier ou matériel de la part de l'A.R.S. pour mettre en place leur action [4].

1) Description du projet

1.1) Objectifs primaires et secondaires pour les porteurs du projet

1.1.1) Objectifs primaires de la Mutuelle Intégrance

<u>Prestations versées</u>	<u>Nombre de consommateurs</u>	<u>Nombre total de bénéficiaires</u>
Soins dentaires	2533	3414
Implantologie et parodontologie	26	3414
Orthodontie	211	3414
Prothèse	715	3414

Tableau 7: Nombre de consommateurs en prestations bucco-dentaires parmi les salariés non handicapés du secteur médico-social sur territoire français et affiliés à la Mutuelle Intégrance sur l'année 2013 (Source: données comptables transmises par la Mutuelle Intégrance).

<u>Prestations versées</u>	<u>Nombre de consommateurs</u>	<u>Nombre total de bénéficiaires</u>
Soins Dentaires	6590	19839
Implantologie et Parodontologie	21	19839
Orthodontie	85	19839
Prothèse	1691	19839

Tableau 8: Nombre de consommateurs en prestations bucco-dentaires parmi l'ensemble des travailleurs handicapés affiliés à la Mutuelle Intégrance sur l'année 2013 (Source: données comptables transmises par la Mutuelle Intégrance).

<u>Prestations versées</u>	<u>Nombre de consommateurs</u>	<u>Nombre total de bénéficiaires</u>
Soins Dentaires	366	994
Implantologie et Parodontologie	0	994
Orthodontie	8	994
Prothèse	73	994

Tableau 9: Nombre de consommateurs en prestations bucco-dentaires parmi l'ensemble des travailleurs handicapés de Loire-Atlantique affiliés à la Mutuelle Intégrance sur l'année 2013 (Source: données comptables transmises par la Mutuelle Intégrance).

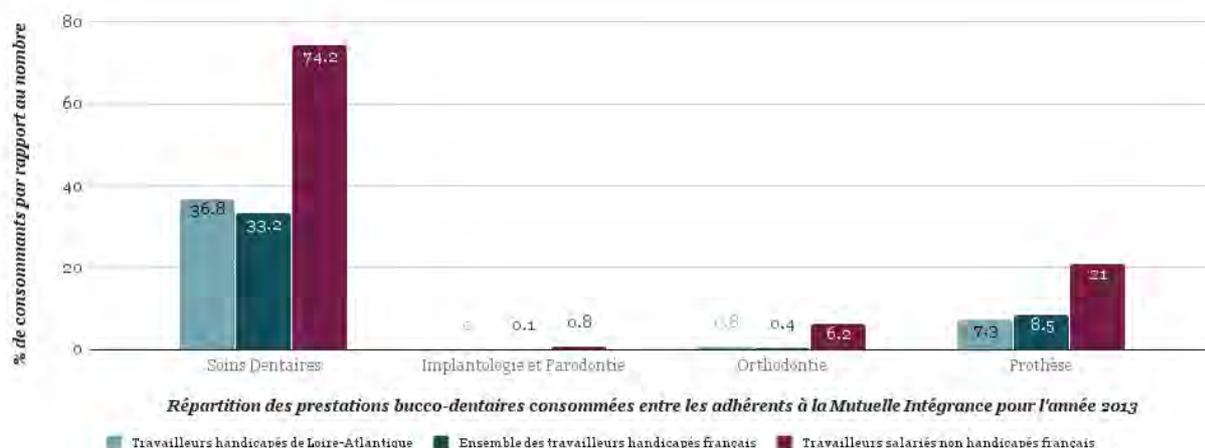


Figure 2 : Répartition des prestations bucco-dentaires consommées entre les adhérents à la Mutuelle Intégrance pour l'année 2013 (Source: données comptables transmises par la Mutuelle Intégrance).

Les données des tableaux 7, 8, 9 et de la figure 2 ci-dessus permettent de rendre compte d'une **réalisation de soins dentaires** (comprenant détartrage, soins conservateurs et endodontie) et de **prises en charge orthodontiques et prothétiques** (dentaire et implantaire) **très nettement inférieures parmi les travailleurs handicapés à l'échelle locale et nationale par rapport au travailleurs salariés non handicapés.**

La figure 2 montre que seuls 36,8% des travailleurs handicapés français du réseau Intégrance ont consommés des soins dentaires en 2013 contre 74.2% des travailleurs salariés non handicapés du même réseau. De même, cette figure permet de constater un écart de proportion encore plus important en ce qui concerne les soins prothétiques avec seulement 8.5% des travailleurs handicapés français membre de la Mutuelle Intégrance ayant bénéficié d'une restauration prothétique en 2013 contre 21% des travailleurs salariés non handicapés membres de la mutuelle Intégrance la même année. A noter que les valeurs retrouvées pour les travailleurs handicapés de Loire Atlantique suivent de près celles retrouvées pour l'ensemble de la population de travailleurs handicapés français couverts par la Mutuelle Intégrance sur l'année 2013.

Cette tendance n'est pas un fait isolé car elle rencontre les observations relevées par les instances de veille sanitaire [2, 57] et par la littérature scientifique [40, 64, 95, 96].

Lorsqu'une thérapeutique dentaire est envisagée chez un travailleur handicapé, la solution considérée est plus souvent radicale que chez un salarié non handicapé. Cependant, le recours à un remplacement prothétique des organes dentaires manquant reste marginal par rapport à un salarié non handicapé malgré des modalités de couverture obligatoire et complémentaire identiques. Les patients handicapés salariés du milieu adapté présentent donc plus fréquemment des édentements non compensés à l'origine d'autres problèmes de santé [21, 73]:

- ❖ **Infections fongiques et mycosiques** liées à l'hypo-stimulation des mécanorécepteurs dento-parodontaux engendrant une moindre stimulation du flux salivaire ;
- ❖ **Dénutrition** liée aux difficultés de mastication et à l'hypo-stimulation salivaire entraînant fatigue, immunodéficience, perturbation de l'humeur et du sommeil,...
- ❖ **Fausse route** par incapacité à fractionner les aliments et absence de calage lingual lors de la déglutition ;
- ❖ **Dépression** par repli social lié aux difficultés de communication, dégradation du profil esthétique et détérioration de l'estime de soi.

En se basant sur les conclusions du rapport *“Handicap: la santé bucco-dentaire des personnes handicapées”* de Marysette Folliguet (Direction Générale de la Santé) [38] et le rapport de la mission *“Handicap et Santé bucco-dentaire”* des Dr P. Hescot et A. Moutarde (Secrétariat d’Etat chargé de la famille et de la solidarité) [48], la Mutuelle Intégrance a identifié les **barrières à une translation des prestations consommées vers des soins plus préservateurs de l’intégrité des fonctions oro-faciales:**

- ❖ Aggravation des pathologies bucco-dentaires par les traitements médicamenteux chroniques;
- ❖ Hygiène bucco-dentaire aléatoire;
- ❖ Déséquilibre alimentaire;
- ❖ Insuffisance de la prévention primaire auprès des publics présentant un handicap;
- ❖ Impact financier lourd des soins dentaires;
- ❖ Insuffisance de la formation de professionnels de santé bucco-dentaire aux pratiques de soins dans un contexte de handicap;
- ❖ Insuffisance de l’accompagnement à l’hygiène (institutionnel et/ou familial);
- ❖ Difficulté d’accès aux soins (transport, adaptation des locaux, proximité d’un spécialiste ou de consultations pluridisciplinaires);
- ❖ Insuffisance de la recherche sur les besoins en soins des personnes en situation de handicap et les techniques de prise en charge.

Chacune de ces propositions a ensuite été analysée afin de cibler les leviers d’actions à la disposition d’Intégrance dans les limites de ses compétences institutionnelles. Tout d’abord, il a été remarqué que **l’augmentation du niveau de prise en charge dentaire par la mutuelle impactait relativement peu sur le développement des actes de soins dentaires**. Au fil des échanges avec les travailleurs sociaux accompagnants des personnes handicapées, il est revenu de façon récurrente la **nécessité de travailler l’approche préventive** sous différents aspects :

- ❖ Renforcer la motivation et la technique d’hygiène buccodentaire ;
- ❖ Sensibiliser à l’impact de la nutrition sur la santé dentaire ;
- ❖ Apaiser la peur du dentiste pour inciter à consulter régulièrement.

Parallèlement, la mutuelle souhaiterait **favoriser le développement d'un réseau de soin entre professionnels de santé spécialisés dans la prise en charge du handicap** afin de:

- ❖ Faciliter l'accès aux soins du point de vue géographique et du délai d'attente ;
- ❖ Limiter la multiplication des consultations auprès des praticiens ;
- ❖ Diminuer la prise en charge hospitalière en faveur d'une prise en charge ambulatoire ;
- ❖ Une prise en charge globale de la personne par l'interdisciplinarité des échanges entre professionnels.

1.1.2) Objectifs primaires de l'A.D.A.P.E.I. 44

Comme expliqué précédemment, les E.S.A.T. ne sont pas des entreprises au sens commun du terme et les personnes en situation de handicap n'y sont pas salariées par un contrat de travail. Les E.S.A.T. sont **des établissements visant à aider la construction d'un projet de vie personnalisé à chaque usager**. La réalisation de ce projet comprend des objectifs professionnels mais aussi des objectifs sociaux et éducatifs. Ce projet est synthétisé dans un carnet remis à l'attention de l'utilisateur [15, 32]. Afin d'orienter les E.S.A.T. dans la mise en place d'actions contribuant à la réalisation de ces projets personnalisés, l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (A.N.E.S.M.) émet des recommandations générales dont l'un des thèmes est l'accompagnement à la santé. Depuis ses recommandations de bonnes pratiques de 2013 [2], l'A.N.E.S.M. encourage les E.S.A.T. à la **mise en place d'initiatives d'éducation à la santé**, et plus particulièrement dans le domaine bucco-dentaire. En effet, la sphère orale est un champ d'attention au croisement de 2 missions-clés:

- ❖ **“Améliorer la prévention et la prise en charge de la douleur” ;**
- ❖ **“Limiter les situations de défaut d'hygiène ou de soins et leurs conséquences sur la santé”.**

La problématique bucco-dentaire se fait de plus en plus prégnante au sein des E.S.A.T. en raison de l'évolution démographique qu'ils rencontrent depuis une décennie [62] :

- ❖ **Vieillesse du public:** l'allongement de l'espérance de vie fait émerger les conséquences à long terme d'un édentement précoce chez l'adolescent et le jeune adulte.
- ❖ **Augmentation du nombre de jeunes travailleurs antérieurement scolarisés en milieu ordinaire:** ces jeunes adultes se considèrent pleinement autonomes dans la gestion de leur santé et de leur hygiène. Ils sont souvent réfractaires à participer aux actions éducatives proposées par l'E.S.A.T. qu'ils apparentent à reconnaître une difficulté quotidienne de nature à remettre en cause leur indépendance. Malgré le fait qu'ils présentent un handicap "léger", ils disposent statistiquement d'un moins bon état bucco-dentaire que la population générale en raison des limitations cognitivo-psycho-motrices ainsi qu'à une perception altérée de la douleur inhérentes au handicap.
- ❖ **Augmentation de la population présentant un handicap psychique:** comme le handicap est survenu tardivement dans le développement de l'individu, celui-ci a ainsi pu intégrer et comprendre les messages éducatifs et préventifs. De plus, les facultés mentales sont intactes c'est-à-dire que l'aptitude intellectuelle de comprendre l'importance du brossage et le concept de "bonne santé" est conservée. Les carences d'estime de soi et du sens d'autoprotection alliées aux dyskinésies médicamenteuses étrécissent les efforts d'hygiène bucco-dentaire.

Au quotidien, les chargés de soutien et personnels médico-sociaux de l'E.S.A.T. déclarent un nombre important de **plaintes douloureuses** d'origines dentaire de la part des usagers. De nombreux **arrêts de travail et retards** conséquents sont relevés chaque mois en raison de consultations dentaires urgentes ou consultations spécialisées pour décompensation d'une pathologie générale en lien avec une complication bucco-dentaire. De même, les moniteurs d'ateliers déplorent un **aspect "inesthétique"** de certains usagers freinant leur socialisation au sein de la structure: édentements visibles suite à l'oubli/absence de port d'appareil amovible, dentition visiblement cariée, difficulté d'élocution, tuméfaction jugale, halitose, perlèches,... Indirectement liées à un état dentaire précaire, la **diminution des capacités de travail** et **l'impossibilité de choisir une alimentation solide au réfectoire** de l'E.S.A.T. ont été remarquées par l'ensemble du personnel encadrant.

Des entretiens individuels avec le personnel médico-social ou le chargé d'établissement sont habituellement effectués dans ces cas afin d'encourager l'utilisateur à se rendre en consultation dentaire. Cependant, le **personnel encadrant n'a pas l'impression d'avoir une influence notable dans la prise de décision de l'utilisateur**. Cette circonstance serait, après discussion en réunion de cadrage du projet, liée à:

- ❖ Un sentiment d'incompétence à investir le champ de la prévention bucco-dentaire ;
- ❖ Un sentiment d'inconfort pour évoquer une thématique personnelle ;
- ❖ Une difficulté à comprendre la plainte formulée.

La diversité des causes de détérioration de la santé bucco-dentaire en E.S.A.T. a encouragé l'A.D.A.P.E.I. 44 et les représentants des 4 E.S.A.T. de cette étude à envisager des actions de prévention visant à agir en amont des conséquences des pathologies orales. La prévention primaire répond ici à un double objectif; celui d'**appropriation de sa santé par l'utilisateur** et celui de **pouvoir concerner l'ensemble de la population** [2]. Par ailleurs, les responsables d'E.S.A.T. souhaitaient aussi que ce projet familiarise l'ensemble du personnel encadrant au message préventif afin qu'il puisse à son tour repérer les situations dentaires problématiques et les adresser de manière pertinente en fonction des responsabilités professionnelles de chacun. Par une **formation du personnel**, le message préventif pourrait ainsi être relayé au quotidien et **dépasser le cadre d'une action ponctuelle**.

1.1.3) Objectifs primaires et secondaires pour l'A.E.C.D.N.

L'A.E.C.D.N. est une association étudiante ayant pour mission d'accompagner les étudiants en chirurgie dentaire tout au long de leur cursus d'un point de vue social mais aussi pédagogique et professionnel. Afin de développer l'aspect préventif du métier de chirurgien dentiste et présenter une image positive et rassurante de la profession, l'A.E.C.D.N. propose aux étudiants en chirurgie dentaire, selon leur niveau de formation, de mener diverses initiatives de santé publique.

Selon la H.A.S. [47], la prévention primaire regroupe l'ensemble des mesures visant à empêcher l'apparition d'une maladie en agissant sur les facteurs de risque de cette maladie. Face à un retentissement professionnel des pathologies bucco-dentaires mis en évidence ci-dessus par la Mutuelle Intégrance et l'A.D.A.P.E.I.44, **l'objectif global** de ce travail est donc **d'empêcher – ou diminuer – la survenue de la maladie carieuse et parodontale au sein de la population handicapée travaillant en E.S.A.T.** Les facteurs de risques identifiés et sur lesquels il a été décidé d'intervenir sont:

❖ **L'hygiène bucco-dentaire insatisfaisante liée à :**

- Une technique d'hygiène orale inappropriée;
- Un état des connaissances insuffisant;
- Une motivation inconstante.

❖ **La peur de l'environnement de soins dentaires.**

Pour se faire, la mise en place d'un programme d'éducation à la santé orale devra remplir **5 objectifs primaires :**

❖ **Améliorer les connaissances en santé orale;**

❖ **Favoriser la mise en place d'une gestuelle d'hygiène orale efficace;**

❖ **Former le personnel** médico-social encadrant et moniteurs d'ateliers dans le but d'accroître la motivation des usagers dans la gestion de leur hygiène dentaire;

❖ **Familiariser à la rencontre avec des chirurgiens dentistes** pour :

- Les usagers : dédramatiser la prise en charge dentaire et ainsi inciter à consulter régulièrement;
- Les étudiants : intégrer la prévention dans le panel des actes de leur future activité professionnelle et améliorer leurs compétences dans la prise en charge de patients à besoins spécifiques;
- L'A.E.C.D.N. : intégrer la prévention et la prise en charge du handicap dans la formation initiale et les valoriser au titre d'acte médical.

❖ **Améliorer les outils de communication** entre les partenaires médico-sociaux encadrant le patient handicapé afin d'optimiser sa prise en charge : praticiens – E.S.A.T. – tuteurs institutionnels/familles.

Cependant, les objectifs primaires présentent une vision abstraite et généraliste du projet et doivent donc être transposés en « objectifs secondaires » aussi appelés « objectifs opérationnels » c'est-à-dire les activités à mettre en place (tableau 10). Ces activités requièrent un investissement financier, temporel, matériel et humain quantifiables. Il est ainsi possible de leurs assigner un responsable, de leurs attribuer les ressources pratiques nécessaires selon un calendrier cohérent puis de les évaluer.

<u>Objectifs Primaires</u>	<u>Objectifs Secondaires</u>
Améliorer les connaissances en santé orale	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Concevoir une présentation orale didactique ; ❖ Concevoir un diaporama accompagnant la présentation orale ; ❖ Mettre à disposition des supports pédagogiques pour faciliter la compréhension des explications orales et schématiques (modèles en plâtre,...) ; ❖ Evaluer l'amélioration des savoirs par la mise en place d'un dispositif de recueil des données.
Favoriser la mise en place d'une gestuelle d'hygiène orale efficace	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Intégrer un temps dévolu à la réalisation d'un brossage avec des conseils individualisés (1 étudiant pour 1 à 2 usagers) pour accompagner/corriger la technique ; ❖ Remise d'une brosse à dent et d'un échantillon de dentifrice pour encourager la réalisation d'un brossage à l'E.S.A.T. après le déjeuner.
Familiariser à la rencontre avec des chirurgiens dentistes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recruter des étudiants volontaires pour réaliser l'action ; ❖ Former ces étudiants à l'utilisation du matériel pédagogique ; ❖ Réunion de présentation du projet à l'ensemble de l'équipe encadrante et des usagers des 4 E.S.A.T. ; ❖ Concevoir des affiches de promotion de l'événement (annexes 1 et 2) ; ❖ Inciter les moniteurs d'ateliers à rappeler l'intervention et encourager leurs équipes à y participer ; ❖ Mettre à disposition des E.S.A.T du matériel pédagogique afin qu'ils puissent réitérer le message éducatif auprès de certains usagers une fois l'intervention achevée : poster affiché dans les sanitaires (annexe 8), modèles de démonstration (annexes 4 et 5).

<p>Améliorer les outils de communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mise en place d'une fiche de transmission bucco-dentaire entre professionnel de santé – encadrement médico-social de l'E.S.A.T. – tuteur/famille
<p>Former le personnel médico-social encadrant et moniteurs d'ateliers</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Concevoir une présentation orale didactique ; ❖ Concevoir un diaporama accompagnant la présentation orale ; ❖ Mettre à disposition des supports pédagogiques pour faciliter la compréhension des explications orales et schématiques (manche de préhension en mousse,...).

Tableau 10: Transpositions des objectifs primaires de l'A.E.C.D.N. en objectifs secondaires dans le cadre de la mise en place d'un programme d'éducation à la santé orale en E.S.A.T.

1.1.4) Étapes de la démarche de prévention

En transposant la démarche réflexive proposée par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (I.N.R.S.) dans le cadre de la lutte contre les risques psychosociaux au travail [53] à la lutte contre les risques des pathologies bucco-dentaire au travail, on peut schématiser la genèse du projet d'éducation thérapeutique comme sur la figure 3 ci-dessous.

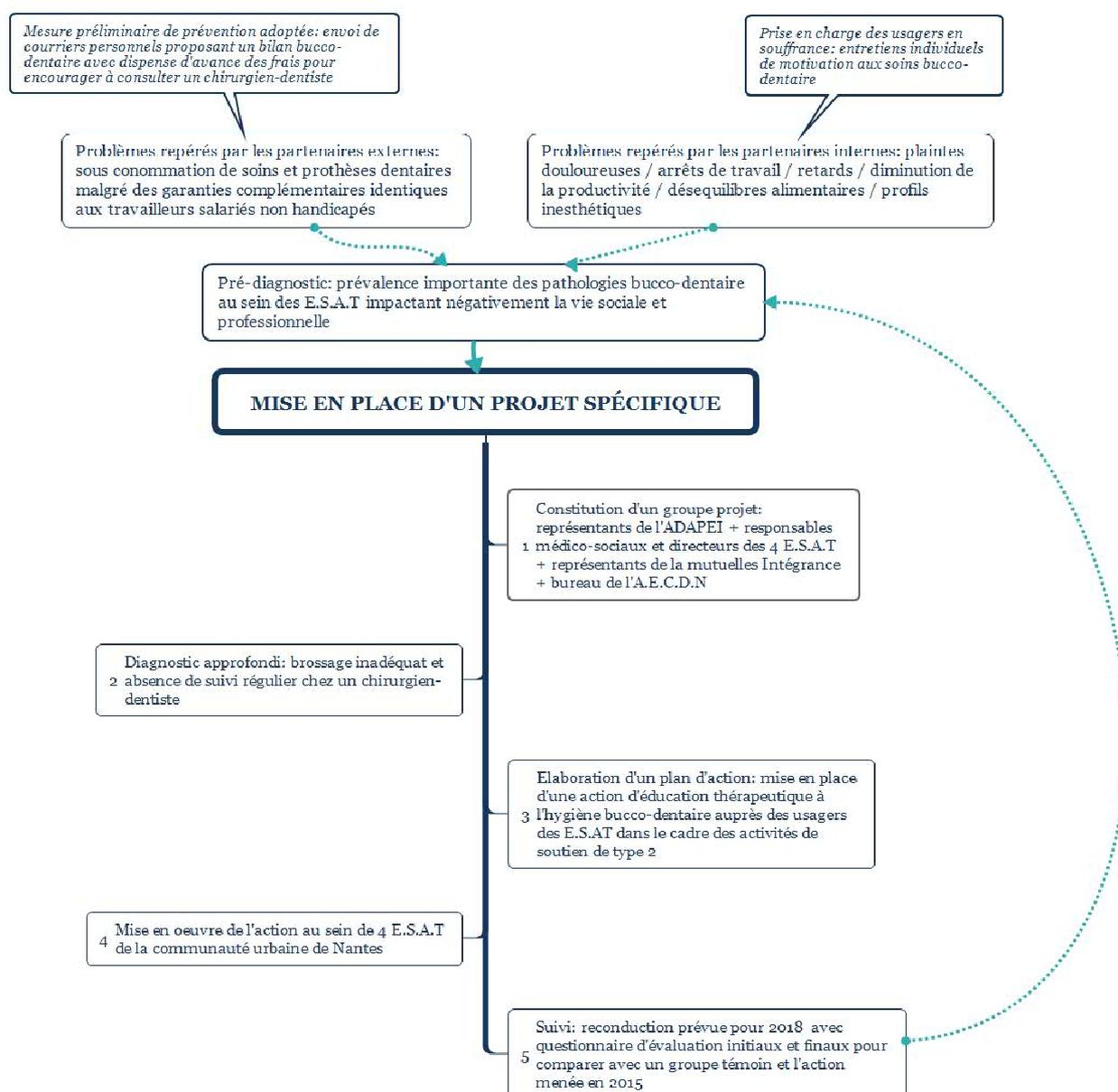


Figure 3: Synthèse des étapes de la mise en place d'un projet d'éducation thérapeutique à l'hygiène bucco-dentaire au sein des 4 E.S.A.T.

1.2) Territoire d'implantation

Il a été choisi de délimiter l'action d'éducation aux 4 E.S.A.T. de la Communauté Urbaine de Nantes de l'A.D.A.P.E.I44 qui représentent un échantillon de son parc d'E.S.A.T. Ces 4 E.S.A.T. ont pour particularité de coordonner l'ensemble de leurs actions de santé publique afin de mutualiser moyens humains et matériels et permettre une évaluation à plus grande échelle de ces actions. Les S.A-E.S.A.T. n'ont pas été intégrées au champ de l'intervention.

❖ **E.S.A.T. de NANTEST :**

- Nombre de places: 124 réparties en 63 hommes (51%) et 61 femmes (49%)
- Moyenne d'âge: 36,4 ans
- Type de déficience accueillie : déficience intellectuelle et psychique
- Localisation géographique : 1 Rue de la Garde 44085 Nantes Cedex 1

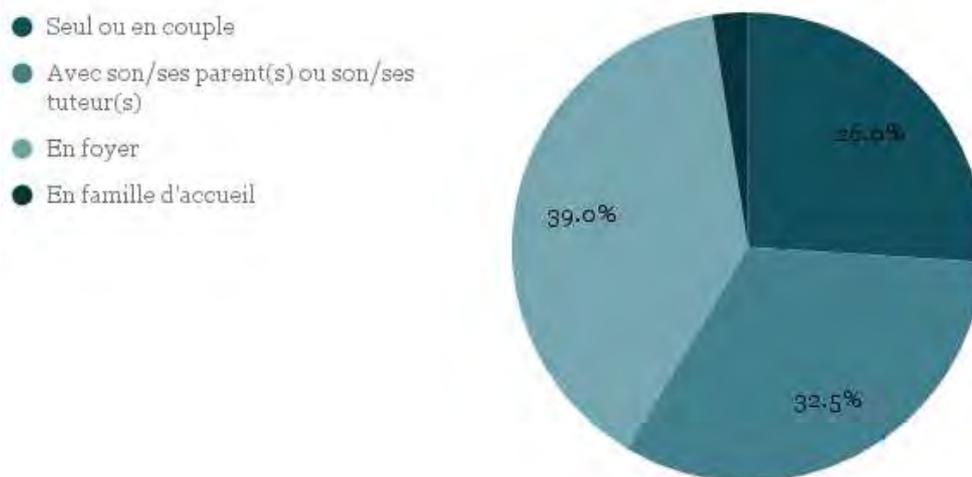


Figure 4 : Répartition (en pourcentage) des usagers de l'E.S.A.T. de Nantest selon le type de résidence habitée en 2013 (Source: Données sociodémographiques transmises par l'E.S.A.T. de Nantest).

❖ **E.S.A.T. des Ateliers du Landas :**

- Nombre de places : 141 réparties en 54 hommes (38%) et 87 femmes (61%)
- Moyenne d'âge: 38 ans
- Type de déficience accueillir : déficience intellectuelle et psychique
- Localisation géographique : 64 Rue de la Classerie 44401 Rezé Cedex

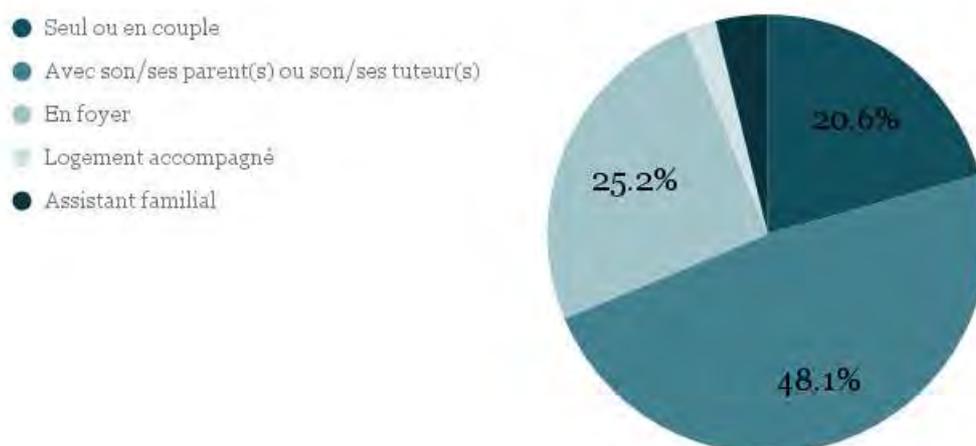


Figure 5 : Répartition (en pourcentage) des usagers de l'E.S.A.T. des Ateliers du Landas selon le type de résidence habitée en 2013 (Source: Données sociodémographiques transmises par l'E.S.A.T. des Ateliers du Landas).

❖ **E.S.A.T. Catouest :**

- Nombre de places: 107 réparties en 60 hommes (56%) et 47 femmes (44%)
- Moyenne d'âge: 39,3 ans
- Type de déficience accueillie : déficience intellectuelle et psychique
- Localisation géographique : Rue Bobby Sands 44800 Saint Herblain

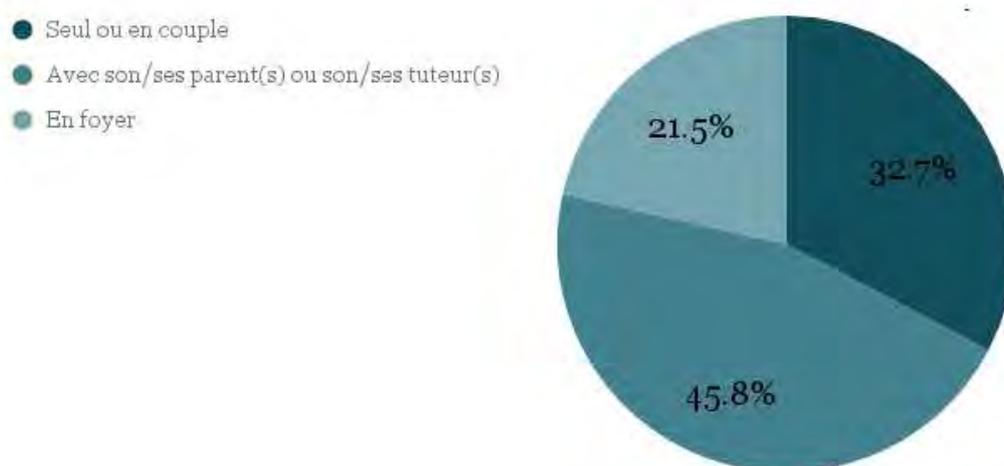


Figure 6 : Répartition (en pourcentage) des usagers de l'E.S.A.T. de Catouest selon le type de résidence habitée en 2013 (Source: Données sociodémographiques transmises par l'E.S.A.T. des Catouest).

❖ **E.S.A.T de la Cholière :**

- Nombre de places : 134 réparties en 73 hommes (54%) et 61 femmes (46%)
- Moyenne d'âge: 36 ans
- Type de déficience accueillie : déficience intellectuelle et psychique
- Localisation géographique : 83 Avenue Claude Antoine Pecot 44700 Saint Herblain

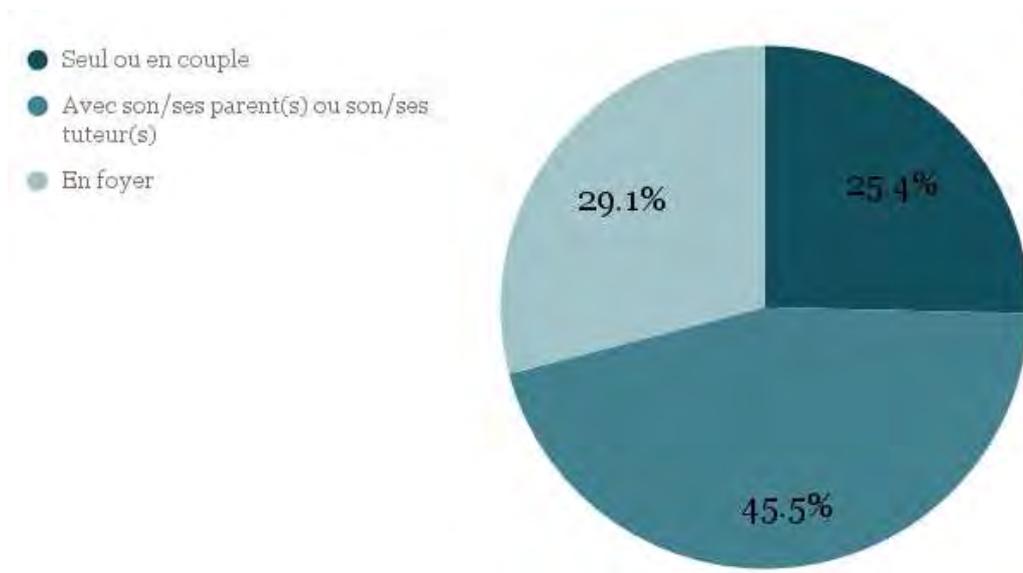


Figure 7 : Répartition (en pourcentage) des usagers de l'E.S.A.T. de la Cholière selon le type de résidence habitée en 2013 (Source: Données sociodémographiques transmises par l'E.S.A.T. de la Cholière).

1.3) Public ciblé

La population ciblée regroupe l'ensemble des travailleurs handicapés, usagers des **E.S.A.T partenaires** précédemment décrits (hors usagers des S.A. – E.S.A.T), homme ou femme, tout handicaps confondus et informés de la mise en place d'une action de prévention. La population est âgée de 16 à 58 ans. La **moyenne d'âge étant de 37.4 ans** pour les 4 E.S.A.T.

Malgré les différences de taille de population au sein de chaque E.S.A.T., il a été convenu que l'intervention se déroulerait auprès d'un nombre égal d'usagers sur chaque site. Il a été constitué un **échantillon de 20 volontaires par site** pouvant être issus de tous les ateliers à l'exception:

- ❖ De la restauration : le matin, les ateliers de restauration sont en charge de la préparation des déjeuners pour tous les employés (usagers et encadrants) donc tout arrêt de l'activité est impossible. L'après-midi, ces usagers sont en repos et donc absents du site.
- ❖ Des espaces verts : le personnel travaille en permanence en dehors des locaux de l'E.S.A.T. car il est réparti sur les différents sites des clients ayant fait appel aux services de l'E.S.A.T. Il n'a donc pas été possible d'aller à leur rencontre pour leur présenter le projet et leur proposer d'y participer.

S'agissant d'un projet inédit dans la région Loire Atlantique, les E.S.A.T. et l'A.E.C.D.N. ont souhaité mettre en place un premier projet-pilote dont l'intérêt serait évalué en fin de réalisation afin d'envisager son éventuelle reconduction. Le nombre de 20 usagers a été fixé communément par les directeurs d'E.S.A.T. et l'A.E.C.D.N. car il correspondait à une échelle pertinente pour apprécier l'efficacité du projet au vu des moyens humains et budgétaires alloués. Par ailleurs, il a été prévu de **sélectionner les participants sur la base du volontariat afin de favoriser l'adhésion des porteurs d'influence de chaque E.S.A.T. et renforcer le sentiment d'implication personnelle**. Ces porteurs d'influence sont les usagers qui s'impliquent dans le plus d'activités / initiatives / sorties et qui ont un réseau social particulièrement établi au sein de l'E.S.A.T.

Afin de **renforcer l'adhésion du personnel médico-social et encadrant** aux ateliers de prévention **et former un relai quotidien** aux notions abordées lors de l'intervention, il a été proposé une séance d'information sur la complexité de la prise en charge odontologique des patients handicapés et sur les messages de prévention que les encadrants peuvent, s'il le souhaitent, diffuser à leurs employés dans le but de renforcer leur motivation au brossage. Au sein de chaque E.S.A.T., cette **présentation a réuni entre 4 et 6 personnes occupant les fonctions de moniteurs d'ateliers, chef de service, responsable d'établissement, psychologue ou chargé de soutien**.

2) Planification du projet

2.1) Responsables du projet

L'équipe responsable du projet au sein de l'A.E.C.D.N pour l'année 2015 – 2016 a été constituée par:

- ❖ **Le président de l'A.E.C.D.N :** Robin VAN DEN BOOM (DO4) ayant pour missions:
 - Participer à la réflexion sur les objectifs primaires;
 - Valider les objectifs secondaires;
 - Suivre la réalisation des objectifs secondaires;
 - Mettre à disposition des responsables et du chargé de mission Santé Publique les locaux et le matériel pédagogique de l'association;
 - Participer en tant que volontaire sur les interventions en E.S.A.T. afin d'encourager l'engagement étudiant.

- ❖ **Le trésorier de l'A.E.C.D.N.:** Lucas EVRARD (DO4) ayant pour missions :
 - Déterminer le budget de l'action pour l'année 2015;
 - Réaliser le bilan de l'action pour l'année 2015.

- ❖ **Les responsables de Santé Publique :** Mélanie RECUERO (TCEO1) et Julie FERLAY (DO4) ayant pour missions:
 - Participer à la réflexion sur les objectifs primaires et secondaires;
 - Suivre la réalisation des objectifs secondaires;
 - Concevoir la présentation orale et le diaporama;
 - Effectuer la liaison entre l'association et les autres partenaires sur le projet;
 - Recruter et former les étudiants volontaires;
 - Développer un questionnaire d'évaluation des connaissances en hygiène orale et alimentaire, le tester auprès de la population étudiante et le faire valider auprès des E.S.A.T.;
 - Analyser les réponses des usagers au questionnaire;
 - Organiser les déplacements des étudiants en E.S.A.T.;
 - Mise en place d'une fiche de transmission à l'intention des praticiens – E.S.A.T. – tuteurs/familles de chaque usager participant à l'intervention;
 - Participer en tant que volontaires sur les interventions en E.S.A.T. afin d'encourager l'engagement étudiant.

❖ **Le chargé de mission au projet d'éducation thérapeutique en E.S.A.T. :**

Thomas BONNET (DO3) ayant pour missions:

- Participer à la conception de la présentation orale et du diaporama;
- Concevoir une affiche explicative sur le brossage à mettre librement à disposition des E.S.A.T. en fin d'intervention;
- Développer et mettre à disposition le matériel pédagogique utilisé pendant et après l'intervention;
- Participer au recrutement et à la formation des étudiants volontaires;
- Participer à l'organisation des déplacements des étudiants en E.S.A.T.;
- Participer en tant que volontaires sur les interventions en E.S.A.T. afin d'encourager l'engagement étudiant.

❖ **Le graphiste :** Thomas BUSSON (DO5) ayant pour mission :

- Concevoir et imprimer des affiches de promotion de l'évènement pour chaque E.S.A.T. afin de stimuler l'intérêt des usagers en amont.

Le projet n'aurait pu aboutir sans la **participation volontaire d'étudiants et d'une enseignante** pour animer les séances d'éducation :

- ❖ Dr Isabelle HYON (praticien hospitalier en soins spécifiques : M.E.O.P.A., A.G.);
- ❖ Julie NOULET (TCEO1);
- ❖ Maëlys LONG (TCEO1);
- ❖ Sigrid VIREY (DO5);
- ❖ Caroline ENGLISH (DO5);
- ❖ Léo FAVREAU (DO5);
- ❖ Lucie LEBAS (DO5);
- ❖ Roseline CLOUET (DO5);
- ❖ Maëlyss QUELLEUX (DO2);
- ❖ Claire BAILLERGEAU (DO2).

Si ce projet-pilote se révélait satisfaisant par rapport aux objectifs initiaux de chaque partenaire, il serait envisagé de le reconduire afin d'informer davantage d'usagers. L'équipe étudiante étant élue pour un mandat d'un an, les responsables de ce projet seront voués à évoluer.

Au sein de la mutuelle Intégrance, Mr Daniel Theiller (Responsable de la région Centre & Ouest) a été notre interlocuteur privilégié et a assisté à l'ensemble des réunions de cadrage du projet et des séances d'éducation thérapeutique afin d'accompagner notre projet.

Mme Dominique Duval (Conseillère en Economie Sociale et Familiale) a été la coordinatrice du projet global pour les 4 E.S.A.T. Plus particulièrement au sein de chaque E.S.A.T, nous avons été en contact avec chacun des directeurs et chargés de soutien afin de gérer l'organisation pratique du projet.

2.2) Date de réalisation

Afin de s'intégrer au mieux au calendrier universitaire, il était impératif que les interventions soient réalisées **à distance des examens universitaires** des étudiants en chirurgie dentaire:

- ❖ Partiels du 14/12/2015 au 18/12/2015 et du 28/04/2015 au 05/05/2015
- ❖ Internat qualifiant le 02/06/2015

Toutefois, il n'était pas possible de repousser le projet au delà du mois de juin afin de **prendre en compte les périodes de congés d'été accordés aux travailleurs handicapés** et ainsi éviter une faible participation des usagers au programme. De même, il était pertinent d'éviter la mise en place de cette action en même temps qu'un autre programme éducatif mené par les E.S.A.T. et qui aurait été susceptible de diminuer la visibilité de notre projet auprès des usagers.

Les actions se sont donc déroulées pendant les horaires d'ouverture des E.S.A.T. (8h30-16h) selon le calendrier suivant :

- ❖ E.S.A.T. des Ateliers du Landas : **22/09/2015 de 13h à 16h**
- ❖ E.S.A.T. de NANTEST : **23/09/2015 de 9h à 12h**
- ❖ E.S.A.T. CATOUEST : **20/10/2015 de 13h à 16h**
- ❖ E.S.A.T. de la Cholière : **04/11/2015 de 9h à 12h**

Une **visite des étudiants a été effectuée dans chaque E.S.A.T. 1 à 2 mois avant l'intervention** afin de présenter à l'ensemble des usagers et salariés l'action qui sera menée, dévoiler une image rassurante du soignant et motiver les usagers à participer. Cette visite a aussi été l'occasion de remettre les questionnaires d'évaluation initiaux aux usagers (annexe 3).

2.3) Equipes

Les interventions ont été menées par des étudiants de la faculté de Chirurgie Dentaire de Nantes recrutés sur la base du volontariat après diffusion d'un mail d'information par l'A.E.C.D.N. à tous les étudiants.

Afin de s'assurer que les volontaires présentent les qualités relationnelles et de communications adéquates, la **participation d'étudiants en fin de cursus** – idéalement les internes et les étudiants en DO5/TCEO1 – a été encouragée. L'expérience clinique acquise par ces derniers suppose qu'ils ont assimilé les bases d'un discours cohérent sur l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire, sont capables de vulgariser les mécanismes biologiques qui sous-tendent les maladies carieuses et parodontales et sont en mesure de répondre aux questions potentielles d'un patient concernant sa santé orale. En particulier, il était souhaité que les intervenants aient au préalable suivi une **option clinique en soins spécifiques** lors de leur cursus :

- ❖ Soins sous MEOPA.

Ou

- ❖ Soins sous anesthésie générale.

Ou

- ❖ Prise en charge des anomalies dentaires.

En effet, ces consultations spécialisées permettent aux étudiants d'appréhender la diversité des handicaps ainsi que leurs conséquences sur la sphère orale, et de se familiariser à la prise en charge de patients handicapés sous la supervision d'un praticien hospitalier spécialisé.

Pour favoriser un cadre d'échange convivial et un accompagnement au brossage le plus personnalisé possible, chaque séance de prévention a été menée par **un binôme ou trinôme d'étudiants**. En effet, lorsque des étudiants de DO2, DO3 et/ou DO4 souhaitaient s'investir sur ce projet, il leur a été proposé de se joindre à un binôme existant d'étudiants DO5/TCEO1. L'ensemble des volontaires a été convié à une formation de 2h au sein des locaux de l'association deux semaines avant chaque intervention afin de leur exposer:

- ❖ L'organisation de la structure d'intervention (E.S.A.T.) et la genèse du projet;
- ❖ Le matériel pédagogique et informatique;
- ❖ Le déroulement des sessions;
- ❖ Les notions à aborder;

- ❖ Les obstacles à envisager (refus de participer à l'oral pendant la présentation, refus de se brosser les dents collectivement, refus de remplir le questionnaire, incompréhension de certains concepts,...) et les solutions à proposer;
- ❖ Les questions à anticiper de la part des usagers et du personnel encadrant de l'E.S.A.T. et des pistes pour y répondre.

Les interventions au sein de chaque E.S.A.T. étant espacées dans le temps de plusieurs semaines, les étudiants ayant déjà participé à l'une d'elles étaient encouragés à revenir aux suivantes car ils avaient acquis un discours structuré, fluide et adapté à un public handicapé ainsi qu'une bonne connaissance du matériel pédagogique et informatique. D'un point de vue méthodologique, la participation de groupes d'étudiants identiques d'un établissement à l'autre devait aussi permettre de standardiser l'argumentaire présenté.

2.4) Déroulement et contenu de l'intervention

Afin d'entraver le moins possible le fonctionnement productif des ateliers, il a été décidé de condenser chaque action dans un E.S.A.T. sur une demi-journée. Sur cette demi-journée, nous avons réalisé une première **séance de concertation avec le personnel** d'accompagnement médico-social et d'encadrement en atelier de l'E.S.A.T. **puis** nous avons poursuivi avec les **séances d'éducation thérapeutique auprès des usagers** (tableau 11).

8h55	Arrivée des étudiants et mise en place du matériel	
9h 9h55	<u>Réunion: personnel encadrant de l'E.S.A.T et les étudiants</u> ❖ Diaporama (15 min) ❖ Détail du déroulement des séances (15 min) ❖ Réponses aux questions (20 min)	
10h 10h55	<u>Groupe A: 5 usagers et $\frac{2}{3}$ étudiants</u> ❖ Diaporama et ateliers pédagogiques (30 min) ❖ Remise de kit d'hygiène bucco-dentaire et brossage en groupe (20 min) ❖ Questionnaire final d'évaluation des connaissances (5min)	<u>Groupe B: 5 usagers et $\frac{2}{3}$ étudiants</u>
11h 11h55	<u>Groupe C: 5 usagers et les étudiants du groupe A</u>	<u>Groupe D: 5 usagers et les étudiants du groupe B</u>
12h	Fin de l'intervention et rangement du matériel	

Tableau 11: Déroulement type d'une intervention dans un E.S.A.T.

3) Réunion avec le personnel de l'E.S.A.T

La séance de concertation avec le personnel avait pour objectif d'expliquer la **genèse du projet** aux personnes n'ayant pu participer aux réunions de cadrage. Afin de justifier la mise en œuvre de l'action d'éducation auprès des usagers, cette séance incluait aussi **une présentation succincte des interrelations entre la triade handicap – santé orale – santé générale** ainsi que les difficultés que celles-ci impliquent dans la prise en charge odontologique.

Par la suite, **une discussion s'ouvrait sur les représentations de chacun des invités sur sa propre hygiène orale et son rôle au sein de l'établissement.** En effet, si nous souhaitions obtenir l'adhésion du personnel dans la mise en place d'un brossage à l'E.S.A.T. le midi après notre passage, il nous paraissait important d'identifier les potentiels freins à la continuité de notre message.

A cette occasion, les chargées de soutien et le personnel médico-social ont manifesté une volonté d'intégrer la prévention bucco-dentaire dans l'éventail de leur compétences mais ont avoué ne **pas se sentir suffisamment « compétents » ni suffisamment « équipé en matériel éducatif »**. Ils déplorent l'absence de discussion ou d'activité entreprise jusqu'à présent auprès des usagers malgré le problème latent. A l'inverse, le personnel de production et éducatif ont évoqué **ne pas considérer l'éducation à la santé comme faisant partie de leur mission.** Une partie de ces personnes, volontaires pour relayer notre message préventif ont cependant soulevé le problème d'un **manque de temps** disponible pour aborder sérieusement cette notion.

Par ailleurs, certains employés considèrent que l'E.S.A.T. doit tendre à se rapprocher le plus possible d'un lieu de travail ordinaire afin de ne pas stigmatiser mais, au contraire, rendre davantage autonome la personne handicapée. Cette évolution serait même souhaitée par certains usagers qui ne considèrent pas le moniteur comme un accompagnant social mais comme un supérieur hiérarchique. Ce processus de « **normalisation** » **des rapports superviseur—employé**, déjà rapporté en 1991 par MJ Shaw et L. Shaw au Royaume-Unis [92] et analysé par la suite dans un contexte français par A. Blanc en 1996 [11], **souligne la tension qui existe entre les missions sociale et productive du personnel d'atelier.** En effet, pour perdurer l'E.S.A.T. doit assurer une activité de production rémunératrice car une partie des bénéficiaires permet l'autofinancement de l'établissement. Le moniteur d'atelier est le garant de la qualité de la tâche effectuée et donc du produit ou

service final livré mais aussi de la transmission du savoir et des compétences à l'utilisateur. C'est à lui de former les ouvriers—utilisateurs. Cette formation s'insère dans le projet socioprofessionnel de l'utilisateur définit lors de son entrée dans l'établissement. Elle doit aussi s'ajuster aux capacités et limites psychologiques et physiologiques de l'utilisateur d'où la vocation sociale du métier de moniteur d'atelier. En ce qui concerne le domaine bucco-dentaire, la prise de distance avec son rôle d'accompagnant pour le moniteur est d'autant plus forte qu'il s'agit d'un sujet perçu comme intime.

Aussi bien chez le personnel de production que le personnel médico-social, plusieurs avouent ne pas savoir si leur technique d'hygiène orale personnelle est efficace et conçoivent donc difficilement de pouvoir conseiller les utilisateurs.

Lorsque Jourdan et coll analysent les obstacles et freins à la mise en place de programmes d'éducation à la santé parmi les enseignants du primaire, ils dégagent 2 facteurs moteurs [54]:

- ❖ « **le fait d'avoir bénéficié d'une formation** » ;
- ❖ « **et le fait de travailler dans des écoles regroupées en réseau** ».

La formation à la promotion de l'hygiène orale semble donc nécessaire et la demande est même exprimée par une partie du personnel. Dans cette optique, il a été prévu d'effectuer un rappel concis des méthodes d'hygiène orale et de l'entretien du matériel au personnel de l'E.S.A.T. puis de convier les membres de l'assemblée à assister aux séances avec les utilisateurs afin de ré-écouter les conseils et encadrer le moment du brossage avec les étudiants. Une partie du matériel pédagogique (petites mâchoires en plâtre, brosse à dent de démonstration, affiches illustrant la méthode de brossage, diaporama pédagogique) a été laissé sur place à disposition du personnel souhaitant (ré-)intervenir auprès d'utilisateurs suite à notre passage.

Après avoir répondu au besoin en information, en formation et en matériel, il convient de répondre à la problématique du champ des responsabilités et du temps indisponible soulevé précédemment. A cette question, Jourdan et coll [54] expliquent qu'il ne faut pas nécessairement considérer l'éducation à la santé comme une « discipline supplémentaire ». L'éducation à la santé est souvent perçue comme une formation (avec souvent réalisation d'un brossage sur la personne) qui s'effectue dans une séance autonome avec des professionnels du domaine. Dans ce contexte, elle relève du domaine médical d'où le sentiment déclaré précédemment d'incompétence à investir ce thème. Néanmoins, elle peut aussi s'inscrire dans une démarche plus générale de promotion de la santé où divers actes, activités, dialogues, situations quotidiennes peuvent être l'occasion d'un conseil ou d'un

échange éducatif sans pour autant être la finalité de l'activité en cours. Pour illustrer cet argument, plusieurs exemples sont proposés à l'assemblée comme l'illustre le tableau 12.

<u>Situation quotidienne</u> <u>à l'E.S.A.T.</u>	<u>Proposition éducative</u>	<u>Population concernée</u>
<p>Un usager déclare ne pas réussir à se brosser les dents / n'arrive pas à se brosser les dents le midi / présente une hygiène bucco-dentaire visiblement insatisfaisante</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utiliser le kit pédagogique remis par les étudiants pour améliorer la technique. ❖ Proposer un matériel adapté à une déficience particulière (des exemplaires sont apportées lors de l'intervention pour les présenter au personnel): <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manche de préhension ergonomique (annexe 5) ou transposition à la brosse à dent du système d'adaptation utilisée dans la vie courante pour les autres objets comme la fourchette, le stylo,... ➤ Brosse à dent électrique ; ➤ Brosse à dent 3 faces (annexe 7) ; ➤ Brosse à dent en forme de doigt (annexe 6) ; ➤ Jet dentaire ; ➤ Goupillons pour l'espace interdentaire ; ➤ Compresse (quand le brossage n'est pas réalisable ou pour les muqueuses édentées chez les porteurs d'appareillage amovible) ; ➤ Remise d'une fiche de rappel d'entretien des prothèses amovibles pour les porteurs d'appareils (en cours de développement). 	<p>Personnel socio-éducatif</p>
<p>Un usager se brosse les dents à l'E.S.A.T.</p>	<p>Le féliciter, si possible en présence d'autres usagers pour valoriser socialement l'action</p>	<p>Tout le personnel</p>

<p>Un usager pose une question sur la santé ou l'hygiène orale:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ “Quelle est la meilleure brosse à dent?” ❖ “Quel est le meilleur dentifrice?” ❖ “Qu’es que le fluor?” ❖ “Est-ce qu’il faut que j’utilise un bain de bouche?” 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pistes de réponses pouvant être envisagées: <ul style="list-style-type: none"> ➤ “La meilleure brosse à dent est celle qui est la plus pratique à utiliser et qui donne envie de se brosser les dents. Il faut juste que les poils soient souples”. ➤ “Le meilleur dentifrice est celui dont on aime le goût. Il faut juste qu’il ait « 1500 » de fluor”. ➤ “Le fluor est un médicament qui renforce la dent pour avoir moins de carie et c’est pour cela qu’il y en a dans le dentifrice”. ❖ Lorsque la réponse n’est pas connue: “Je ne peux pas vous répondre car je ne sais pas, peut être devriez vous poser la question à votre dentiste à votre prochain rendez-vous”. 	<p>Tout le personnel</p>
<p>Un usager grignote /achète des sucreries / friandises / boissons sucrées au distributeur pendant la pause</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Proposer de boire un verre d’eau ou de se rincer la bouche après ; ❖ Conseiller de ne manger des sucreries qu’en une seule fois et non en plusieurs (et si possible pendant le repas) pour ne pas prolonger l’exposition au sucre. 	<p>Tout le personnel (surtout les moniteurs d’ateliers)</p>
<p>Un usager déclare une hypersensibilité au brossage (fréquent chez les usagers présentant des troubles autistiques) ou présente une incompetence labiale / hyperglossie (fréquente chez les usagers atteints de trisomie 21) ou tout autre dysharmonie musculo-squelettique visible</p>	<p>Orienter chez un orthophoniste qui pourra éventuellement, après examen, proposer des exercices de stimulation / rééducation oro-faciale</p>	<p>Médecin Coordonnateur, Infirmier(e), Psycho- Motricien(ne)</p>

<p>Un usager présente des douleurs dentaires ou des problèmes dentaires visibles</p>	<p>Donner un exemple de son quotidien (par exemple, la dernière visite chez le dentiste) pour rassurer et inciter à consulter sans stigmatiser.</p>	<p>Tout le personnel</p>
<p>Absence de brossage par les usagers après le repas du midi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se brosser soi-même les dents pour montrer que c'est possible/autorisé et décomplexer cette habitude ❖ Suggérer aux usagers ayant fini leur repas plus tôt de se brosser les dents ❖ Adaptation des sanitaires par la mise en place: <ul style="list-style-type: none"> ➤ sablier/timer/musique (n.b il existe des applications mobiles pour faciliter le brossage; rappel du moment du brossage, choix d'une musique aléatoire du répertoire et calibrage pour qu'elle dure 2 min, démonstration des zones à brosser ou du geste à effectuer mais la plupart sont en anglais ex: Brush DJ ou CavityFree3D) ➤ Tablettes pour poser le matériel dans les sanitaires ➤ Rangement adapté dans le casier de l'utilisateur pour retrouver facilement le matériel et le conserver dans des conditions saines ➤ Affiches avec séquence visuelle du brossage ➤ Chaise pour personnes présentant des troubles de la posture ou de la coordination 	<p>Moniteurs d'ateliers encadrant le repas du midi et directeur d'E.S.A.T.</p>

Tableau 12: Propositions éducatives formulées à l'intention du personnel encadrant (atelier et médico-social) des E.S.A.T. afin de promouvoir au quotidien la santé bucco-dentaire des usagers [17 , 23 , 24 , 25 , 43 , 54 , 72 ,97].

Ce tableau ne pouvant être exhaustif, **le personnel est encouragé à être attentif et créatif pour repérer les situations invitant à promouvoir l'hygiène orale et y répondre.** Il permet toutefois à tout membre du personnel de s'approprier la thématique bucco-dentaire et de l'inclure dans l'éventail de ses compétences et responsabilités en fonction de ses impératifs temporels.

4) Séance d'éducation thérapeutique avec les usagers

Suite à cet échange, les étudiants et les membres du personnel de l'établissement souhaitant prolonger leur participation se séparaient en 2 équipes afin d'encadrer chacun un groupe de 4 à 5 usagers pendant **1h d'éducation à l'hygiène orale**.

Après un tour de table de présentation pour familiariser le public à une image plus favorable de l'environnement médical — l'étudiant dentiste qui vient à la rencontre des usagers sur leur lieu de travail—, la première partie de la séance exposait **brièvement les bases anatomiques** et le **rôle fonctionnel des dents** ainsi que l'éventail des **pathologies bucco-dentaires** avec une attention particulière sur le mécanisme de la maladie carieuse. Chaque notion abordée faisait l'objet d'une question préalable dans l'assemblée. Un diaporama était projeté en parallèle afin d'illustrer ces notions par des schémas ou photos. De même, des modèles de dents géantes étaient mises à disposition afin de faciliter la représentation spatiale. Cette introduction durait approximativement 10 minutes et permettait de faire un premier sondage des capacités de cognition et d'attention des usagers présents.

Sur la **diapositive n°1** (figure 8), les photos montrent que **la notion de « beau sourire »** n'est pas standardisée comme « des dents parfaitement blanches et alignées » mais renvoie surtout à la vision d'une bouche propre chez un individu en bonne santé générale. L'esthétisme d'un sourire ne réside pas uniquement dans sa géométrie mais dans l'impression de bien être qu'il révèle.



Figure 8: Diapositive n°1 “Nettoyer ses dents, c’est un sourire brillant!”.

Pour apprécier la compréhension des usagers de la thématique du jour et le niveau de connaissance de leur propre anatomie, un **rappel concis des structures de la dent et du parodonte** était effectué avec la **seconde diapositive** (figure 9) et des modèles pédagogiques (annexe 4).



Figure 9: Diapositive n°2 “Qu’est ce que c’est les dents? Comment c’est fait ? » .

Au delà de l'usage alimentaire, les **2 diapositives suivantes** (figure 10 et 11) rappellent **l'utilité omniprésente des dents dans la vie quotidienne**. Pour que l'exposé soit interactif, la question était projetée quelques instants afin que les usagers puissent s'exprimer. La synthèse de toutes les réponses fournies, auxquelles s'ajoutaient celles qui auraient été oubliées, était effectuée dans un second temps à l'aide de la diapositive n°4: *“les dents ne sont pas uniquement un outil pour mâcher/croquer/mastiquer mais ont aussi un rôle social car elles nous permettent d'interagir avec nos proches pour s'exprimer, pour rire, pour sourire,... donc pour être heureux”*.



Figure 10: Diapositive n°3 “A quoi servent les dents?”.



Figure 11: Diapositive 4 “Réponses!”.

Les **diapositives 5 et 6** (figure 12 et 13) détaillent l'ensemble des **désagréments oraux dont les usagers pourraient/ont pu faire l'expérience lorsqu'ils ne se brossent pas les dents ou lorsqu'ils côtoient une autre personne ne se brossant pas les dents**. Quand les usagers n'arrivaient pas à répondre; des situations quotidiennes leur étaient présentées afin de les aider à reconnaître la pathologie/le symptôme. Ensuite, l'interaction entre alimentation, absence de brossage et apparition de carie et/ou mauvaise haleine était décrite précisément.



Figure 12: Diapositive n°5 “ Que se passe-t-il si on ne fait pas attention à ses dents?”.



Figure 13: Diapositive n°6 “ Réponses!”.

Après cette phase introductive, le diaporama se focalise sur le message éducatif. On note dans les publications de santé publique et recommandations actuelles des instances professionnelles bucco-dentaires un grand nombre de fiches et circulaires de promotion de la santé orale à disposition de la population. La majorité de ces écrits et visuels sont toutefois conçus à l'attention du grand public, des accompagnants de personnes dépendantes ou des enfants. Il existe très peu de travaux s'adressant directement à la personne handicapée communicante. Compte tenu des spécificités du public rencontré ; déficience visuelle, auditive ou motrice, difficulté de concentration, difficulté de représentation spatiale et d'abstraction, affaiblissement de l'image de soi,... il est apparu judicieux de concevoir une présentation orale et écrite spécifique du public déficient mental et psychique léger. Pour éviter toute infantilisation mais délivrer un message préventif pertinent, il a été passé en revue les messages de prévention orale à l'attention des adultes et des enfants diffusés par différents acteurs du paysage sanitaire français comme illustré sur la figure 14.

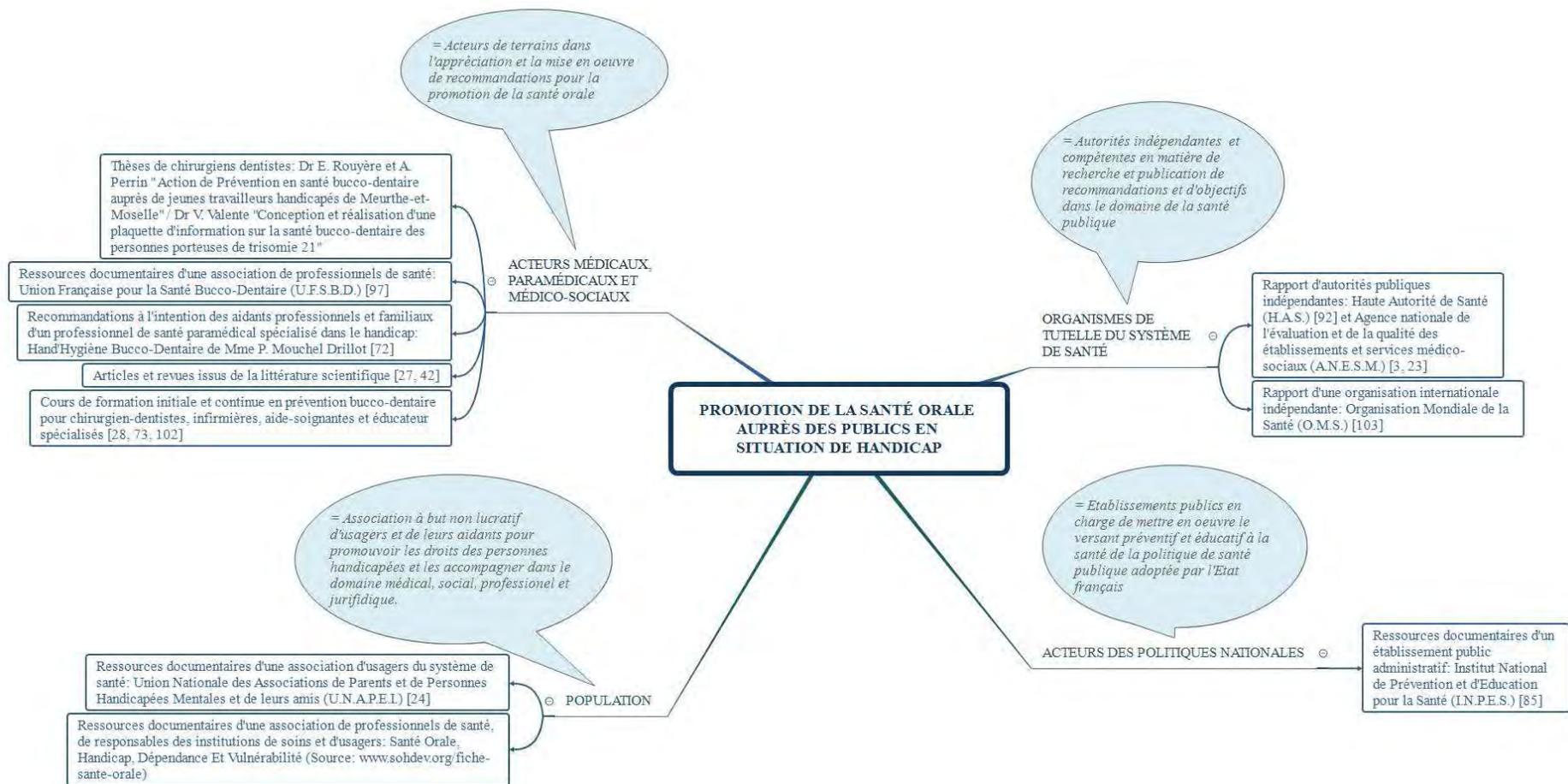


Figure 14: Acteurs de la promotion de la santé bucco-dentaire en France et à l'international et documentation pédagogique recueillie auprès de chacun d'entre eux [37]

Cette littérature nous a permis de dégager **4 piliers de la santé orale** sur laquelle s'est centrée la suite de la séance (figure 15):

- ❖ **Avoir une hygiène bucco-dentaire efficace;**
- ❖ **Avoir une alimentation variée et équilibrée;**
- ❖ **Effectuer des visites régulières chez le chirurgien dentiste;**
- ❖ **Veiller à un apport suffisant de fluor dans sa prophylaxie dentaire quotidienne.**



Figure 15: Diapositive n°7 “ Comment s'occupe-t-on de ses dents?”.

La suite de cette présentation n'aura pas pour objectif de justifier les processus biologiques qui sous tendent ces notions mais de décrire le processus de sélection de ces notions et leurs modalités de présentation aux usagers. En effet, les processus biologiques sont supposés connus de tous praticiens et leur vérification dans la littérature est laissée à la discrétion des autorités compétentes dans le domaine de la promotion de la santé orale. Ils ne feront donc pas l'objet d'un détail. En d'autres termes, l'intérêt de cette partie n'est pas d'expliquer le mécanisme d'action des fluorures sur l'émail ou le processus d'acidification du pH buccal suite à l'ingestion d'hydrates de carbone mais d'expliquer comment ils ont été retranscrit et oralisé aux usagers de l'E.S.A.T.

Pour assurer un échange didactique, les étudiants continuaient leur présentation sous la forme suivante: questions aux usagers puis comparaison des réponses sur le diaporama. Cette partie durait en moyenne 20 minutes. Les notions abordées devaient être les plus concises possibles et répétées plusieurs fois au travers de **différents supports de mémorisation** [42] (image, vidéo, matériel pédagogique type brosse à dent, quizz) afin d'optimiser l'ancrage mnésique de celles-ci.

Pour chaque pilier, une synthèse documentaire et une simplification des recommandations formulées par les acteurs précédemment cités a été entreprise. Une discussion du travail obtenu a été effectuée avec Mme Isabelle Weider, orthophoniste des 4 E.S.A.T de l'agglomération Nantaise, en amont de l'intervention afin de s'assurer **d'une présentation visuelle et orale adaptée aux déficiences** qui allaient être rencontrées. En particulier, les diapositives ont été illustrées par des **pictogrammes** en couleurs issue des bases de données ARASAAC (portail ARAGONAIS de la Communication Améliorée et Alternative) [84] et Pictofrance [83] ayant développé des symboles, schémas, dessins en pictogrammes spécifiquement adaptés à des publics présentant diverses déficiences des capacités de communication et de cognition.

Il était tout d'abord rappelé aux usagers que la réalisation d'une **visite préventive hors contexte douloureux** chez son praticien permet de détecter précocement une potentielle anomalie oro-faciale (ex: inclusion de dents, agénésie,...), pathologie bucco-dentaire (ex: lésion carieuse initiale, nécrose asymptomatique,...), parafonction (ex: interposition d'objet...) ou encore une déficience de l'hygiène orale afin d'en éviter les conséquences désastreuses. Idéalement, ils devraient effectuer un contrôle tous les 6 mois en raison de leur plus grande susceptibilité aux pathologies bucco-dentaire.

Au sujet de l'alimentation, la présentation avait pour objectif d'aider les usagers à **repérer les aliments cariogènes et les comportements alimentaires néfastes d'un point de vue dentaire** (figure 16). Il est donc rappelé l'importance de limiter les prises alimentaires pour éviter l'acidification fréquente et prolongée de la cavité buccale. Parallèlement, il est mentionné aux participants les types d'aliments contenant des sucres fermentescibles afin de pouvoir les reconnaître et adopter un comportement favorable: ne pas les consommer, réduire la consommation, effectuer un brossage après la prise, regrouper les prises pour éviter de les étaler dans la journée,...

En particulier, la distinction entre aliment cariogène et aliment néfaste pour la santé est accentuée. Par exemple, l'apport vitaminique d'une pomme est très intéressant d'un point de vue nutritionnel mais ce fruit contient beaucoup de sucres et d'acides donc il convient de se brosser les dents ou, *a minima*, de boire un verre d'eau après en consommer. De même, le pain est connu pour sa forte teneur en glucides qui est corrélée à l'apparition/entretien du surpoids. Il est par contre souvent ignoré que ces glucides sont des sucres utilisables par les bactéries cariogènes et que sa consistance molle en fait un aliment à haut potentiel cariogène. Le pain fait partie de ces aliments, au même titre que le ketchup, dont les usagers ne soupçonnent pas toujours la présence de sucres.

« Bien manger, c'est le début du bonheur! »

- **Respecter le rythme des repas et ne pas manger en dehors:**
 - petit déjeuner
 - déjeuner
 - goûter
 - dîner



- **Alimentation équilibrée et variée = chaque famille d'aliment est indispensable, il faut manger de tout mais il existe des aliments auxquels il faut faire attention**
- **Eviter les aliments collés ou sucrés**



Figure 16: Diapositive n°8 “Bien manger, c'est le début du bonheur!”.

Encore une fois, les aliments “plaisirs” ne sont pas interdits. Les sodas, confiseries et encas salés doivent être ingérés de préférence pendant les repas ou alors doivent être suivis d'un brossage ou de la prise d'un verre d'eau pour rincer les dents. Il est recommandé de ne pas en consommer tous les jours et le goûter ne doit pas pour autant être supprimé.

Après ces explications, les étudiants passent à un atelier alimentation afin de consolider les conseils alimentaires transmis (figure 17). Ainsi, les usagers doivent désigner les aliments favorisant la survenue de carie et expliquer pourquoi. A cette occasion, il est recommandé de terminer un repas par du fromage en raison de son pH alcalin.



Figure 17: Diapositive n°9 “Quels sont les aliments qui facilitent l’apparition de caries si on en mange beaucoup?”

Les étudiants abordent ensuite le 3ème pilier de la santé orale; une **hygiène orale efficace**. Comme pour les autres thèmes, les usagers sont invités à se concerter sur une question (figure 18 et 19).

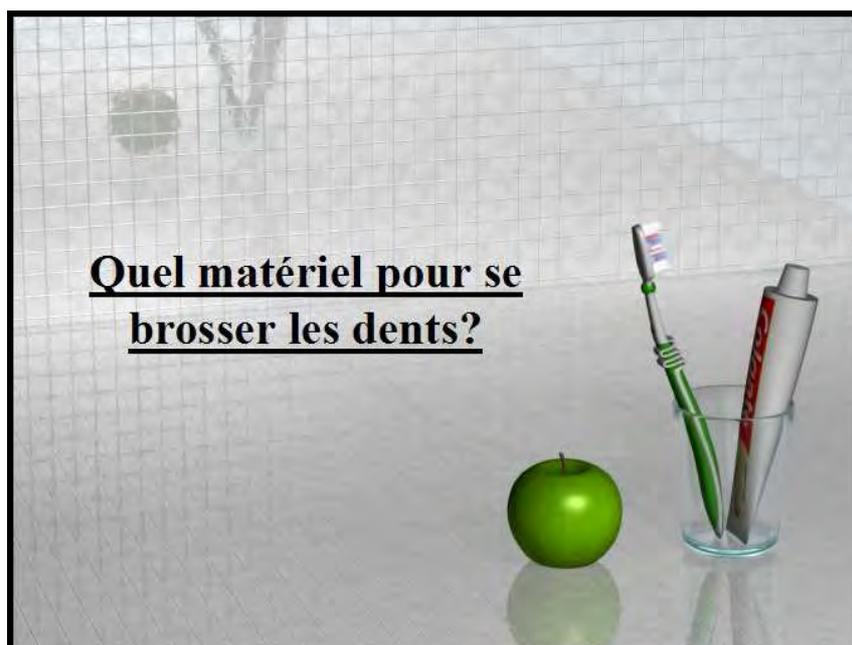


Figure 18: Diapositive n°10 “Quel matériel pour se brosser les dents”.



Figure 19: Diapositive n°11 “Réponses!”.

Les caractéristiques essentielles d’une **brosse à dent fonctionnelle** sont rappelées:

- ❖ Doit être personnelle et ne peut être partagée;
- ❖ Doit avoir des poils souples (c’est écrit sur l’emballage);
- ❖ Peut être manuelle ou électrique selon ses préférences et ses capacités à brosse;
- ❖ Doit avoir une petite tête;
- ❖ Doit être changée impérativement à chaque saison (repère temporel plus facile à intégrer que tous les 3 mois) car elle se salit et s'use même si on ne le voit pas.

Pour les usagers présentant des troubles moteurs comme des mouvements involontaires ou encore des difficultés de préhension, du matériel d’hygiène spécifique leur était présenté (le même que celui exposé aux encadrants lors de la séance de concertation).

Le **dentifrice conseillé** est celui dont on apprécie le goût et qui donne envie de se brosser les dents. Il est préférable d’éviter de mouiller la tête de la brosse avant d’entamer le brossage car le dentifrice pourrait mousser excessivement. Trop de mousse entrave d’une part un brossage efficace et d’autre part majore le risque de fausse route. Le seul critère de choix décisif est la présence de fluor dans le dentifrice: *“le fluor est un produit dans le dentifrice qui renforce l’émail des dents, il faut regarder sur la boîte ou sur le tube s’il y a un chiffres avec marqué ensuite “PPM”, si ce n’est pas le cas, il vaut mieux prendre un autre dentifrice, si on n’est pas sûr, il est possible de demander à un proche ou au vendeur ou*

encore au pharmacien de vérifier pour soi. Quand on manque de fluor, le dentiste peut être amené à en mettre sur les dents avec un vernis spécial. La quantité de fluor idéalement recommandée est de 1500 ppm ».

L'**utilisation d'un gobelet** était préconisée afin de créer un "espace brossage" délimité visuellement et dans l'espace du casier. Le gobelet permettra de maintenir la tête de la brosse vers le haut pour éviter qu'elle ne traîne au sol et faciliter le séchage sans macération.

L'interjection "toi!" permet de rappeler que même en possession d'un matériel d'hygiène performant, le brossage ne peut être optimal qu'avec la motivation et l'efficacité de l'opérateur. Ce dernier mot permet d'introduire la partie "technique" de la présentation à savoir la description de la méthode de brossage (figure 20 et 21).

Les étudiants rappelaient tout d'abord le temps qui devait être alloué au brossage et son intégration dans l'emploi du temps de la journée. La **règle des 3** est répétée plusieurs fois; il faut pratiquer 3 brossages par jour minimum pendant 3 minutes. Comme certains usagers ne parviennent pas à s'orienter dans le temps, il leur est présenté des repères simplifiés et matérialisables: 3 minutes représentent le temps d'une chanson ou peuvent être mesurés par un sablier. De même, 3 brossages par jour correspondent au nombre de prises alimentaires quotidiennes. Les étudiants résumant donc que le brossage doit être effectué après chaque repas, y compris après le goûter lorsque c'est possible. S'il n'est pas possible de se brosser les dents, il est conseillé de boire un verre d'eau ou de se rincer la bouche pour éviter la rémanence de sucre dans la cavité buccale.



Figure 20: Diapositive n°12 “Quand doit-on se brosser les dents?”.



Figure 21: Diapositive n°13 “ Réponses!”.

Pour appréhender plus facilement le **concept de “bonne hygiène buccale”**, la dernière diapositive (figure 22) rappelle les **signes visuels d’une mauvaise hygiène buccale**. Les usagers peuvent ainsi faire le lien entre les désagréments buccaux dont ils peuvent faire l’expérience et l’amélioration que peut apporter un brossage performant. .

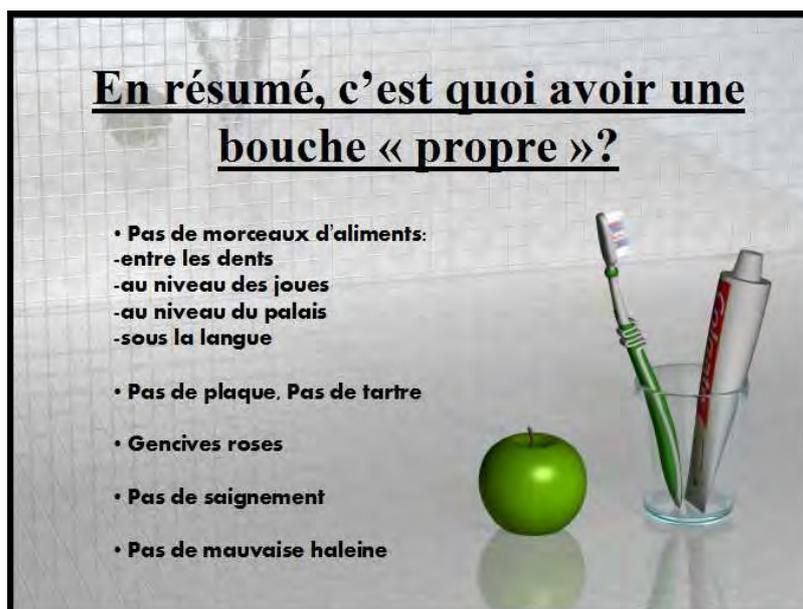


Figure 22: Diapositive n°14 “En résumé, c’est quoi avoir une bouche “propre”?”

En fin de diaporama, une vidéo d’environ 3 min montrant les gestes convenant à un brossage efficace était projetée et commentée par un étudiant. Par la suite, il demande aux personnes présentes de se munir d’un jeu de mâchoires en plâtre et brosse à dent de démonstration. Pendant qu’il remonte la technique à l’assemblée avec un modèle de mâchoire et une brosse, les usagers sont invités à l’imiter. Parallèlement, les autres étudiants présents et les moniteurs d’ateliers aidaient à corriger les gestes inadéquats parmi les usagers. Lorsque le geste paraissait acquis sur le modèle pour les participants, ceux-ci se voyaient remettre un kit d’hygiène bucco-dentaire constitué d’une brosse à dent souple et d’un échantillon de dentifrice.

Le groupe se dirigeait ensuite vers les sanitaires où il était scindé en 2 (hommes et femmes car sanitaires différenciés). Pendant 10 min, **un étudiant se brossait les dents en même temps que les usagers afin de d’intégrer le geste par mimétisme de situation** et d’appréhender la durée d’un brossage. Les autres étudiants assistaient toujours **en même temps pour accompagner/rectifier les gestes effectués :**

- ❖ Incapacité à ouvrir le tube (et le plastique de protection sur l’ouverture) de dentifrice ou le cache de la brosse à dent ;
- ❖ Humidification de la brosse avec le dentifrice ;
- ❖ Incapacité de transposition spatiale sur soi des gestes (trouble de la latéralisation, non intégration du positionnement par rapport au miroir) ;
- ❖ Mauvaise préhension du manche de la brosse à dent au niveau de la tête ou par la tête de la brosse ;

- ❖ Partie plastique de la tête de la brosse à dent posée au contact des dents ;
- ❖ Faible ouverture buccale voir fermeture de la bouche pendant le brossage entravant la réalisation des mouvements ;
- ❖ Mouvements incontrôlés et dyskinésies ;
- ❖ Opposition involontaire de langue entravant le passage de la brosse ;
- ❖ Refus de brosser les zones douloureuses ou saignantes au brossage.

Et souligner certains oublis :

- ❖ Oubli de retirer les appareillages amovibles avant d'entamer le brossage ;
- ❖ Oubli de retirer le cache de la brosse à dent ;
- ❖ Oubli de mettre du dentifrice ;
- ❖ Oubli de brosser certaines zones des dents ou la langue ;
- ❖ Oubli de cracher le dentifrice ;
- ❖ Oubli de ranger son kit ;
- ❖ Oubli de remettre les appareillages amovibles après le brossage.

La séance se clôturait par un retour à la salle de présentation avec les remerciements de leur participation aux usagers et la **distribution d'un questionnaire** d'évaluation finale des connaissances (annexe 9).

5) Modalités de financement

La provenance et l'allocation des ressources financières de cette intervention d'éducation sont détaillées au tableau 13 et figure 23. Les choix budgétaires opérés feront par ailleurs l'objet d'une justification dans cette partie.

En économie de la prévention [63], il est communément identifié 4 périmètres d'action pour la mise en œuvre d'une politique de promotion de la santé :

- ❖ Le champ financier qui consiste à augmenter le coût du comportement à risque pour l'utilisateur du système de santé ;
- ❖ Le champ informationnel qui consiste en la diffusion d'une information optimale auprès de l'utilisateur du système financier par rapport au comportement à risque ;
- ❖ Le champ réglementaire qui consiste à encadrer juridiquement le comportement à risque ;
- ❖ Le champ organisationnel qui consiste à améliorer les capacités des « acteurs-relais », c'est-à-dire professionnels de santé, à délivrer une information optimale sur le comportement à risque.

Pour déplacer le curseur d'intervention auprès des personnes handicapées dans le domaine bucco-dentaire du curatif vers le préventif, deux leviers organisationnels sont à envisager auprès des professionnels de santé orale [63] afin d'encourager cette évolution :

- ❖ **L'apprentissage** :
 - Des actes préventifs, de l'enseignement à l'hygiène orale et du renforcement motivationnel chez les patients ;
 - Des spécificités physiopathologiques et psycho-comportementales du handicap.
- ❖ **La valorisation** administrative et financière de ces aptitudes et connaissances.

Cette valorisation répondrait à un double objectif d'incitation des professionnels de santé à intégrer la prévention dans leur arsenal thérapeutique et de responsabilisation/autonomisation des patients vis-à-vis du maintien ou du rétablissement de leur santé bucco-dentaire. Or, le mode de tarification actuel avec la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.) n'intègre encore qu'un faible nombre d'actes préventifs dont sont totalement absentes l'éducation thérapeutique et la motivation du patient. A une échelle locale, l'A.E.C.D.N., par son partenariat financier avec la Mutuelle Intégrance, a souhaité promouvoir la reconnaissance de la promotion de la santé orale en tant qu'acte médical.

Afin de remercier l'implication des étudiants volontaires, une gratification non financière leur a été attribuée. Le résultat net d'un montant de 177,36€ dégagé par l'A.E.C.D.N a été réinvesti dans le pôle santé publique de l'association afin de participer au financement des autres projets de ce pôle ; l'hôpital des Nounours et le projet « Gardez le sourire ».

L'achat de matériel éducatif représente une part conséquente du budget (39%) cependant 33,2% de celui-ci n'est pas consommable et peut donc être réutilisé lors d'une prochaine intervention. De même, 12,6 % du matériel acheté n'a été que partiellement consommé et ne devrait pas nécessiter d'investissement en réapprovisionnement. En cas de réitération de l'action au sein de ces E.S.A.T., une évolution dans la répartition du budget est donc à prévoir.

Les échantillons de dentifrice ont été gracieusement offerts par les laboratoires Colgate GABA et GUM. Les petits et grands modèles en plâtre ont été réalisés par les étudiants volontaires au laboratoire de prothèse de la faculté de Chirurgie dentaire de Nantes qui a gracieusement fournie le plâtre et les moules nécessaires à leur réalisation.

Ressources		Dépenses	
<u>Libellé</u>	<u>Montant total</u>	<u>Libellé</u>	<u>Montant total</u>
❖ Rémunération de la prestation	850€	❖ Transport: essence et parking	70€
		❖ Gratification des étudiants	234€
		❖ Achat de matériel:	332.24€
		➤ Gel hydro-alcoolique	16.40€
		➤ Lingettes nettoyantes et désinfectantes	7.40€
		➤ Modèles de dents géantes	76€
		➤ Brosses à dents à usage unique	18€
		➤ Brosses à dent 3 faces	14.48€
		➤ Manches de préhension ergonomiques	19.96€
		➤ Brosses à dents souples	180€
		❖ Impressions:	36.40€
		➤ Affiches	22€
		➤ Questionnaires	14.40€
		▪ TOTAL	672.64€
		▪ RESULTAT	177.36€

Tableau 13: Budget total de l'action d'éducation thérapeutique menée au sein des 4 E.S.A.T. de la communauté urbaine de Nantes pour l'année 2015.

- Transport
- Gratification des étudiants
- Impression
- Achat de matériel éducatif
- Résultat

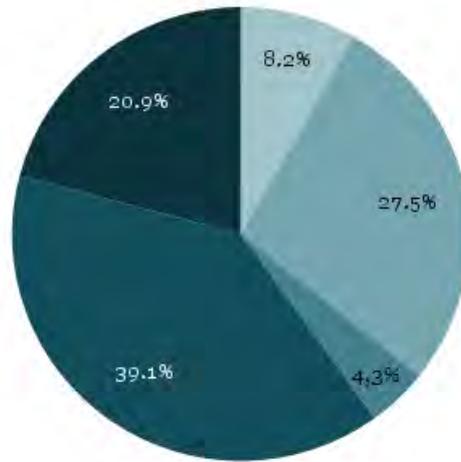


Figure 23: Répartition du budget de l'action d'éducation thérapeutique menée au sein de 4 E.S.A.T. de la communauté urbaine de Nantes pour l'année 2015.

6) Modalités d'évaluation du projet

6.1) Indicateurs de performance

Actuellement, il n'existe pas de consensus dans la littérature concernant les données probantes de l'efficacité d'une action de promotion de la santé orale [65]. L'European Global Oral Health Indicators Development Projet [13] développé par la Direction de la Santé et de la Protection du Consommateur de la Commission Européenne a répertorié 12 indicateurs mesurables permettant d'effectuer une surveillance de l'état de santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent et 18 indicateurs chez l'adulte. Ce workshop propose par ailleurs des pistes méthodologiques pour le relevé de ces indicateurs. La mise en oeuvre pratique ou clinique de ces pistes peut cependant prendre des formes variées comme l'illustre par exemple la diversité des mesures de l'indice de plaque retrouvée dans la littérature [5, 17, 42, 59, 64, 92, 96]. La tendance actuelle dans les études concernant les actions de promotion de la santé orale est de considérer la diminution de l'indice de plaque relevée dans la population sondée comme le facteur de succès. Cependant, les modalités d'appréciation de l'indice de plaque (sur 6 dents/sur toute la cavité buccale, sur 2 zones d'une dent/sur 6 zones d'une dent, détermination de l'atteinte du parodonte superficiel/profond,...) et d'échantillonnage entre ces études rendent leurs comparaisons complexe [18].

Pour les raisons techniques évoquées précédemment, il n'a pu être entrepris la réalisation d'examens cliniques auprès des usagers. Il n'a donc pas été possible de mesurer l'évolution concrète de paramètres biologiques suite à l'action menée. Il a alors été choisi de se focaliser sur l'appréciation de 2 indicateurs de santé bucco-dentaire proposés par le workshop européen:

- ❖ **Le brossage quotidien avec un dentifrice fluoré**
- ❖ **Le contact avec un professionnel de la santé bucco-dentaire au cours des douze derniers mois**

En ce qui concerne la collecte des données, la méthode recommandée par le workshop est la mise en place de questionnaires. Le type et le nombre de questions n'étant cependant pas précisés.

Par ailleurs, il a aussi été évalué la connaissance du processus de la maladie carieuse par la capacité de **reconnaissance des sucres fermentescibles dans l'alimentation quotidienne**. L'objectif était de donner des indications aux usagers pour évaluer le potentiel carieux de leur régime alimentaire afin de générer des comportements bénéfiques pour la santé orale.

6.2) Matériels et Méthodes

Ces 3 indicateurs ont été mesurés à l'aide de questionnaires individuels d'évaluation des connaissances en hygiène orale et alimentaire. Un **questionnaire initial** comportant **8 items** a été remis à chaque participant 2 mois avant l'intervention (annexe 3). Un **questionnaire final** comportant **6 items** a été administré à chaque participant en fin de séance d'enseignement à l'hygiène (annexe 9). Il n'a néanmoins pas pu être réalisé de second questionnaire final à plus longue échéance.

La **participation** à la séance d'éducation à l'hygiène a été ouverte **sur la base du volontariat** afin de rassembler pour la primo-intervention les usagers les plus intéressés à ce projet, et qui sont, d'une manière générale, les plus impliqués dans la vie sociale de l'E.S.A.T. Ces usagers charismatiques et communicatifs sont des porteurs d'influence qui, s'ils sont satisfaits de la séance, ne manqueront pas d'inciter leurs collègues à participer à leur tour en cas de renouvellement de l'action.

Lors des séances d'éducation à l'hygiène, 78 usagers étaient présents mais uniquement 34 questionnaires finaux ont pu être récupérés. L'analyse statistique à suivre se basera donc uniquement sur les **34 participants qui ont répondu aux 2 questionnaires**.

Les questionnaires ont aussi été conçus en collaboration avec Mme Isabelle Weider pour s'assurer de leur accessibilité aux usagers sans infantilisation ni stigmatisation. Pour faciliter la lecture des personnes atteintes de déficience visuelle, il a été écarté les polices d'écriture cursives et fantaisies. La police choisie devait être d'une taille minimale de 14 et ne pas comporter de passage en italique. Pour favoriser la compréhension et la concentration des personnes atteintes de déficience intellectuelle, le format du questionnaire ne devait pas dépasser 10 questions sur 2 pages maximum. De plus, des pictogrammes ont été utilisés dès que possible pour illustrer les items et leur(s) réponse(s). Ces questionnaires ont d'abord été testés auprès des 5 étudiants en chirurgie dentaire puis auprès de 2 patients handicapés mentaux du centre de soins dentaires du C.H.U de Nantes avant d'être envoyés aux E.S.A.T.

Lors de l'administration des questionnaires initiaux et finaux, un moniteur d'atelier ou un chargé de soutien était présent afin d'expliquer le libellé de la question et la façon d'y répondre aux usagers si une incompréhension surgissait. Les questionnaires initiaux ont été remplis pendant le temps de travail sur le site de l'E.S.AT.

Toutes les réponses aux items ont été transformées en variables quantitatives discrètes c'est-à-dire qu'à chaque réponse qualitative a été attribuée une valeur ordinale. Pour évaluer l'efficacité immédiate de cette séance d'éducation, il a été décidé de comparer l'association entre les réponses initiales et finales des 34 participants pour chaque question. Il s'agit donc d'une **étude transversale interventionnelle**. Les 2 groupes étant appariés mais la taille de l'échantillon (34) ne permettant pas de supposer de la normalité de la distribution, le test statistique retenu a été le **Test des rangs signé de Wilcoxon**.

Pour rappel, les analyses ont été effectuées en prenant en compte un **risque de première espèce de 5%**. L'hypothèse nulle (H₀) a été celle selon laquelle les 2 échantillons suivraient une même loi de distribution et l'hypothèse alternative (H₁) celle selon laquelle la distribution des 2 échantillons serait différente une fois la séance d'éducation à l'hygiène orale menée. Toutes les fois où la p-value calculée était inférieure au risque de première espèce, l'hypothèse H₀ a été rejetée et l'hypothèse H₁ retenue. Le risque de rejeter l'hypothèse nulle alors qu'elle s'appliquerait est alors de 0,05%.

Les données ont été saisies et transformées en variables quantitatives discrètes par un opérateur unique sur le logiciel Microsoft Office Excel 2007. Ce logiciel a permis d'effectuer les calculs de proportions présentés ci-après. Le logiciel BiostaTGV mis à disposition en ligne par l'I.N.S.E.R.M. et l'Université Pierre et Marie Curie [52] a été utilisé pour effectuer les tests statistiques.

6.3) Résultats

6.3.1) Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Notre échantillon se compose d'une **majorité de femmes** (figure 24) alors que l'enquête statistique 2010 de la D.R.E.E.S. sur les caractéristiques de la population en E.S.A.T. observe un ratio homme - femme de 60.7 - 39.3 %.

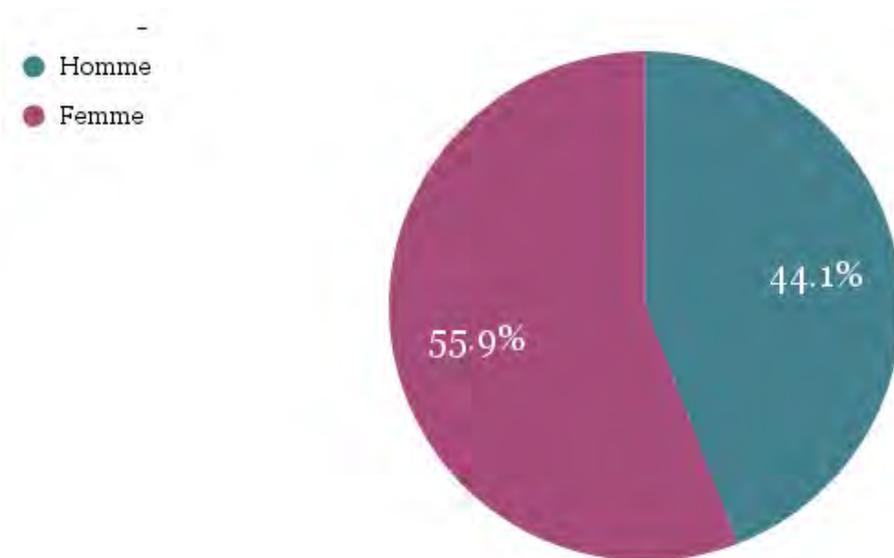


Figure 24: Répartition Homme – Femme parmi les répondants aux 2 questionnaires

L'âge moyen de la population de notre échantillon est de **35,3 ans**, soit 3 ans plus jeune que l'âge déterminé par la D.R.E.E.S. en 2010 et 2,1 ans plus jeune que la moyenne d'âge des E.S.A.T. réunis (figure 25). Le participant le plus jeune est âgé de 21 ans et le plus ancien est âgé de 58 ans.



Figure 25: Répartition par classes d'âge des répondants aux 2 questionnaires par rapport à la population totale travaillant en E.S.A.T. en 2010.

Selon le rapport de la D.R.E.E.S., 36% des travailleurs en E.S.A.T. vivent en logement individuel alors qu'ils ne sont que 17,6% dans notre échantillon, 32% vivent avec un proche alors qu'ils sont près de la moitié de l'échantillon et 25% vivent en foyer contre 35% dans l'échantillon. Cet échantillon présente donc une **plus forte proportion de personnes accompagnées au quotidien que de personnes autonomes par rapport à la population totale des travailleurs en E.S.A.T.** (figure 26).



Figure 26: Type de résidence habitée par les répondants aux 2 questionnaires par rapport à la population totale travaillant en E.S.A.T. en 2010.

6.3.2) Evaluation du contact avec un professionnel de la santé bucco-dentaire au cours des 12 derniers mois

Comme exposé précédemment, effectuer des visites régulières chez son chirurgien dentiste est l'un des 4 fondements du maintien de la santé bucco-dentaire or, les études montrent cependant que les personnes en situation de handicap tendent à avoir moins recours au système de santé et à présenter un état de santé bucco-dentaire plus précaire que la population générale. Cette question a donc pour objectif d'établir un état des lieux du suivi dentaire au sein de notre échantillon. Il en ressort que **61,7% des individus de cet échantillon** (38,2% « plus d'un an » et 23,5% « je ne sais pas ») **n'effectuent pas une surveillance bucco-dentaire assidue** (figure 27).

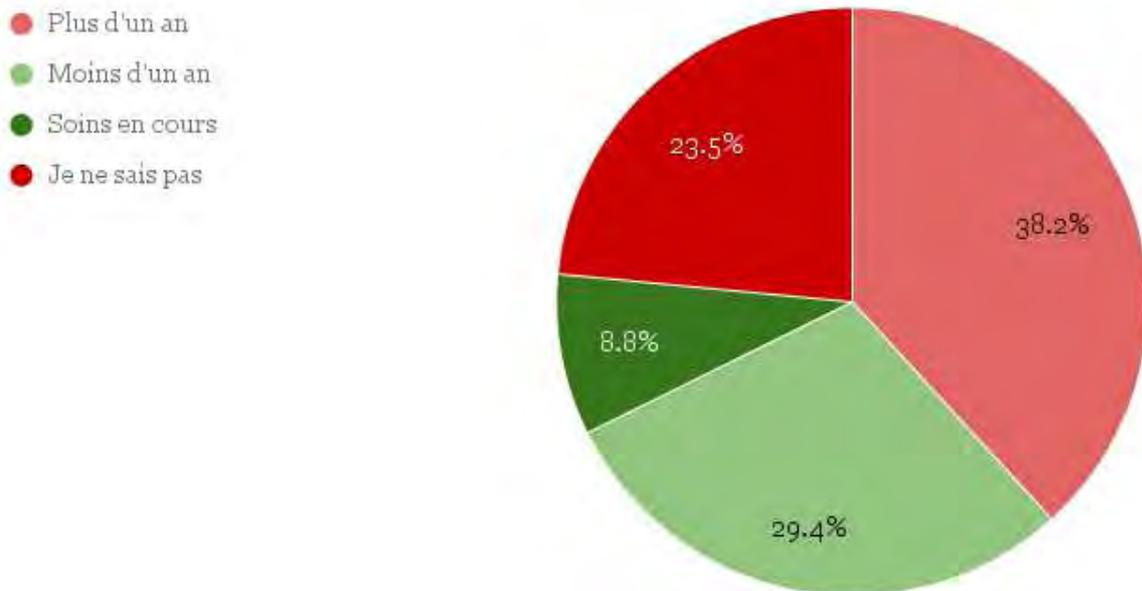


Figure 27: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Quand avez vous été chez le dentiste pour la dernière fois ? (avant enseignement à l'hygiène). »

6.3.3) Evaluation du brossage dentaire quotidien

6.3.3.1) Autonomie

Afin d'apprécier la pertinence d'une action d'enseignement à l'hygiène orale auprès de la personne handicapée elle-même et non auprès de son entourage ou de ses soignants, il était impératif de déterminer le niveau d'autonomie des usagers dans la réalisation de leur hygiène quotidienne.

Pour ce faire, il a été vérifié si chaque usager possédait **sa propre brosse à dent** et s'il était **dépendant d'une aide extérieure pour se brosser les dents**.

Avant la séance d'éducation, 2 usagers déclarent ne pas posséder de brosse à dent à eux (figure 28). Après la remise d'un kit d'hygiène bucco-dentaire en fin d'intervention, l'ensemble de l'échantillon possède désormais une brosse à dent (figure 29). La p-value entre ces 2 observations étant de 0,346 ($> 0,05$), l'augmentation est trop faible pour justifier une différence statistiquement significative.

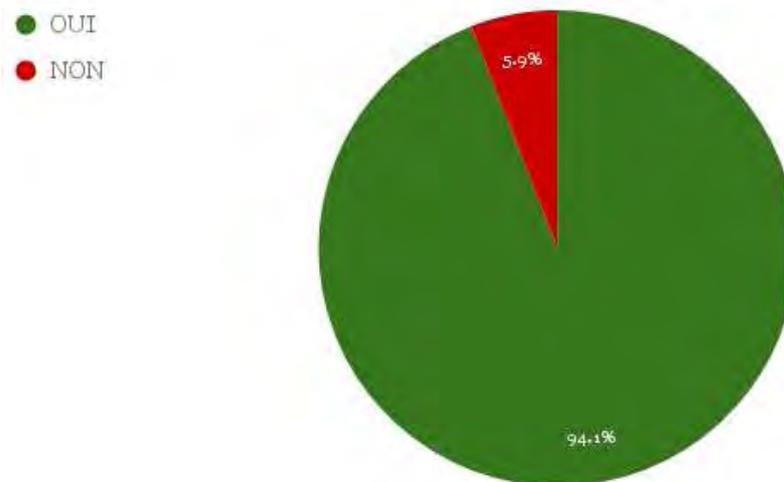


Figure 28: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Avez vous votre propre brosse à dent ? » (avant enseignement à l'hygiène).

● OUI

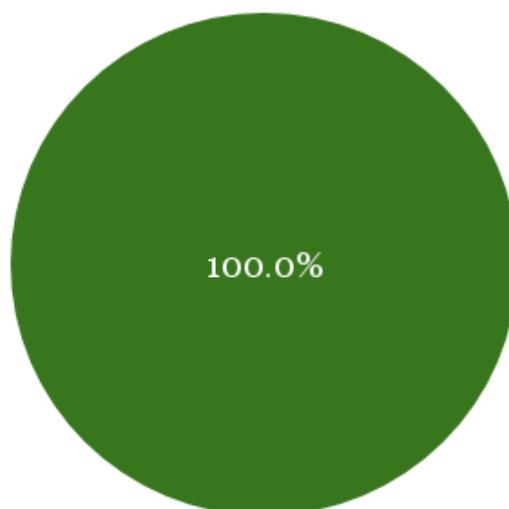


Figure 29: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Avez-vous votre propre brosse à dent ? » (après enseignement à l'hygiène).

Malgré une grande diversité de handicaps rencontrés – aux sévérités fortement variables – on constate que **l'ensemble des usagers de l'échantillon se brosse les dents seul sans aide** même s'il vit au domicile familial ou en foyer (figure 30).

● Non, Je me brosse les dents seul

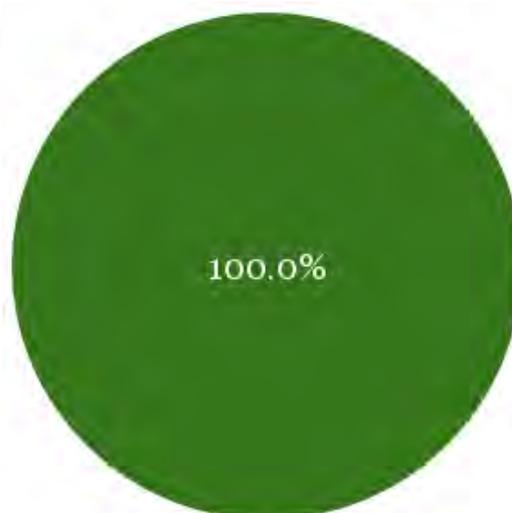


Figure 30: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Est-ce que quelqu'un vous aide à brosser les dents ? (avant enseignement à l'hygiène).

6.3.3.2) Connaissances en brossage

On note un **fort taux de réponses correctes initiales** (figure 31); 58,8% des usagers déclarent se brosser les dents 3 fois par jour. Ce taux s'améliore encore suite à l'intervention puisqu'il monte à 82,4% (figure 32). La p-value calculée est 0,013 ($<0,05$) et nous permet donc de conclure à **une amélioration significative des connaissances des participants** sur cette question. En particulier, on note une translation des réponses "2 fois/jour" vers "3 fois/jour" mais un maintien du taux de réponses "extrêmes" (1 et 4 fois/jour).

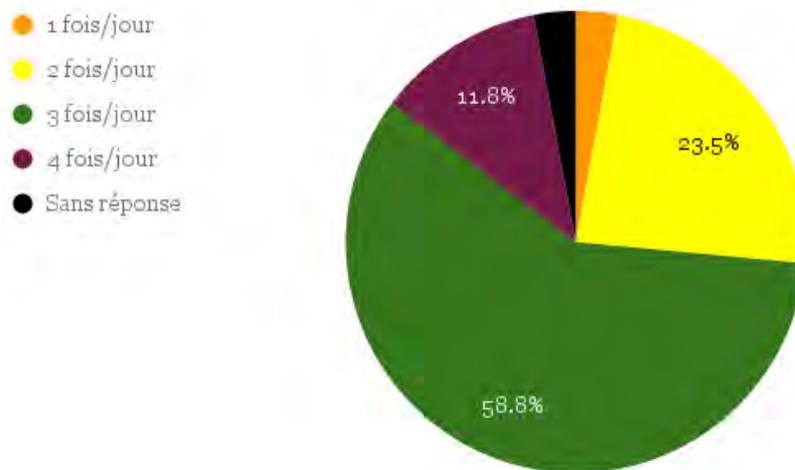


Figure 31: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Combien de fois par jour faut-il se brosser les dents ? » (avant enseignement à l'hygiène).

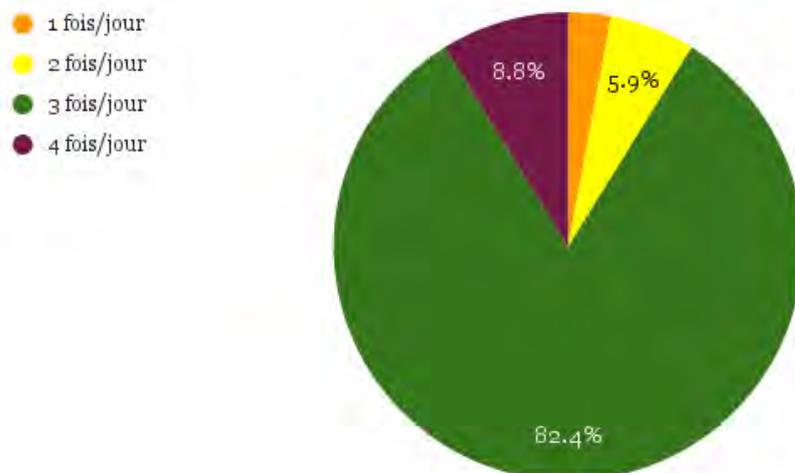


Figure 32: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Combien de fois par jour faut-il se brosser les dents ? » (avant enseignement à l'hygiène).

6.3.3.3) Habitudes de brossage

Vraisemblablement, les habitudes décrites par les usagers devraient être corrélées aux connaissances démontrées à la question précédente et on devrait s'attendre à un taux de brossage satisfaisant parmi les usagers en amont de l'intervention.

Au vue de la diversité des réponses fournies à la question n°4, celles-ci ont été rassemblées de la manière suivante afin de mieux visualiser les habitudes de brossages exprimées:

- ❖ Cotation "0" pour les non-réponses ou réponses incohérentes:
 - plus de 3 moments de brossage entourés dans la journée ;
 - moments entourés incompatibles car se suivent immédiatement comme (ex: petit déjeuner et matin).
- ❖ Cotation "1" lorsqu'un brossage quotidien unique est déclaré.
- ❖ Cotation "2" lorsque 2 brossages quotidiens cohérents sont entourés c'est-à-dire qu'il s'agit de brossages espacés d'au moins 2 moments (ex: réveil et déjeuner).
- ❖ Cotation "3" pour 3 brossages quotidiens cohérents sont entourés c'est-à-dire qu'il s'agit de brossages espacés d'au moins 2 moments (ex: réveil et déjeuner et dîner).

Le pourcentage de chaque cotation a ensuite été déterminé parmi les répondants aux 2 questionnaires (figure 33).

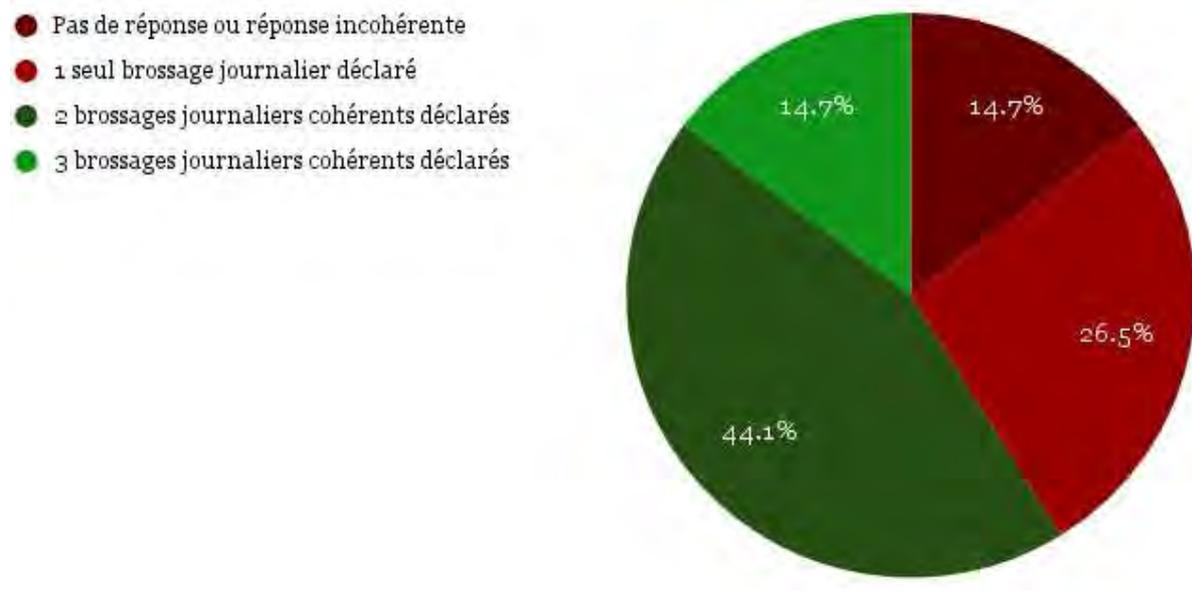


Figure 33: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Quand vous brossez-vous les dents ? (avant enseignement à l'hygiène).

Alors que près de 60% des usagers savent qu'il leur est recommandé de se brosser les dents 3 fois par jour, ils ne sont qu'à peine 15% à l'effectuer. De même, plus de 40% des usagers ne se brossent les dents qu'une seule fois par jour au maximum ou ne se brosse pas les dents. **Un premier décalage apparaît alors entre connaissances retranscrites et habitudes décrites.**

6.3.4) Evaluation de la perception de soi

Afin d'effectuer le parallèle entre les préoccupations exprimées par les encadrants des E.S.A.T sur l'hygiène bucco-dentaire de leurs usagers et le ressenti des intéressés eux-même, la question suivante a pour but de **mettre en évidence s'il existe un inconfort perçu par les usagers** (figure 34).

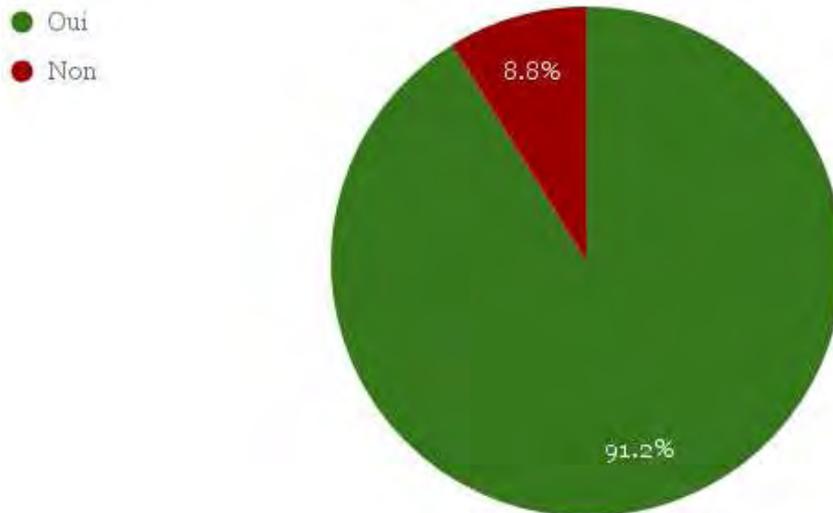


Figure 34: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Est-ce que vous avez les dents propres ? » (avant enseignement à l'hygiène).

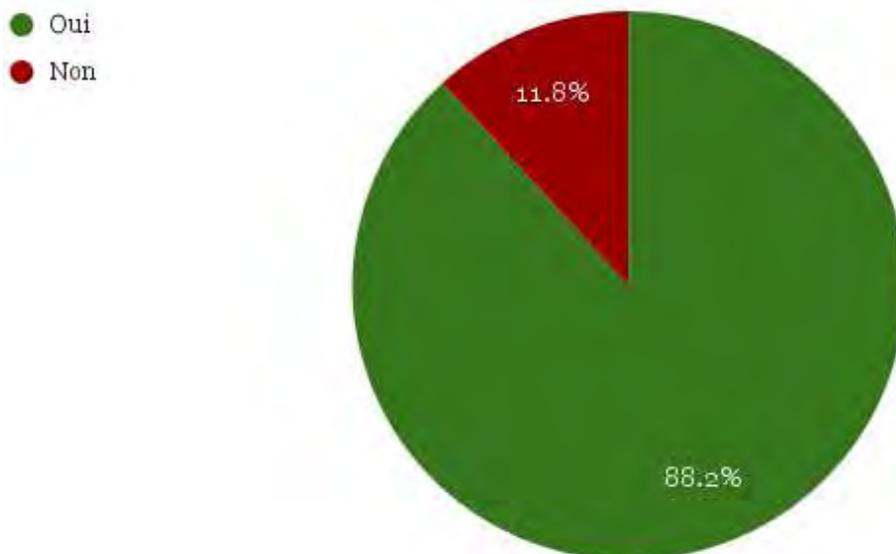


Figure 35: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Est-ce que vous avez les dents propres ? » (après enseignement à l'hygiène).

Un seul usager a répondu différemment après l'intervention (figure 35). A la réalisation du test statistique, on obtient une p-value de 1 ($>>0,05$) donc on ne met **pas en évidence de différence significative entre la perception de ses dents avant et après l'intervention alors qu'un brossage a pourtant été effectué.**

6.3.5) Evaluation de la connaissance des sucres fermentescibles dans l'alimentation quotidienne

Comprendre de manière simplifiée le mécanisme de survenue d'une carie permet de saisir l'intérêt du brossage au quotidien. Toutes les informations préventives dispensées ne pourront probablement pas être parfaitement retenues suite à une seule séance mais la transmission d'un raisonnement logique pourra permettre aux usagers de les retrouver par eux-même.

La p-value comparant les réponses pré (figure 36) et post (figure 37) séance d'éducation à l'hygiène étant de 0.149 ($>0,05$) pour la question "Est-ce que vous savez ce qu'est une carie?" (figures 36 et 37), il n'est **pas possible d'établir d'évolution statistiquement significative concernant l'expression de la compréhension du processus carieux.**

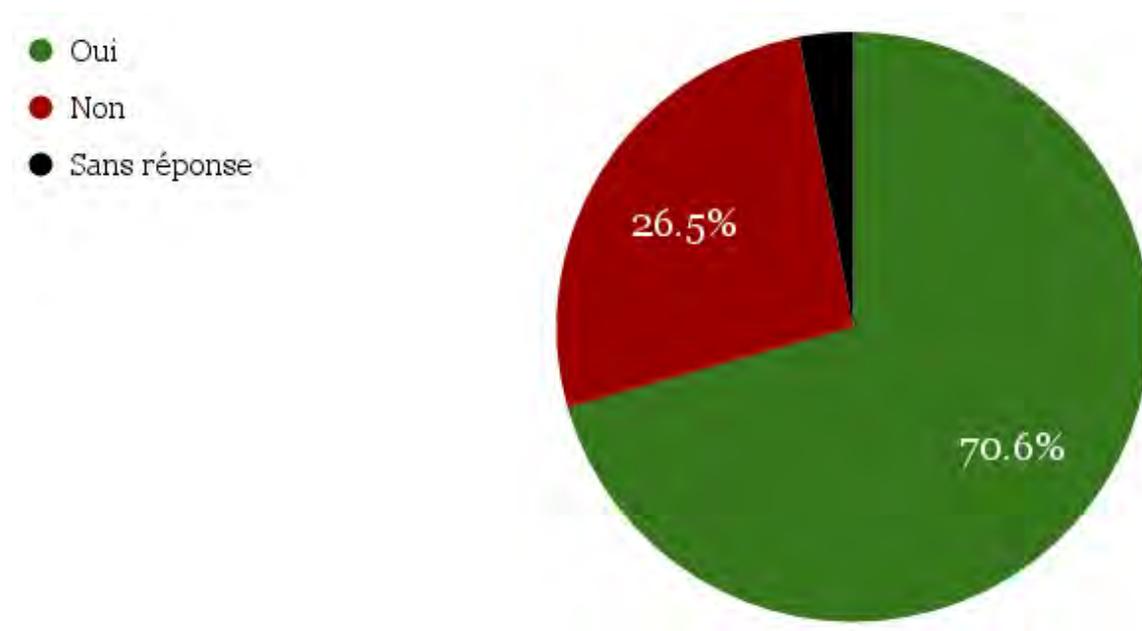


Figure 36: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Est-ce que vous savez ce qu'est une carie ? » (avant enseignement à l'hygiène).

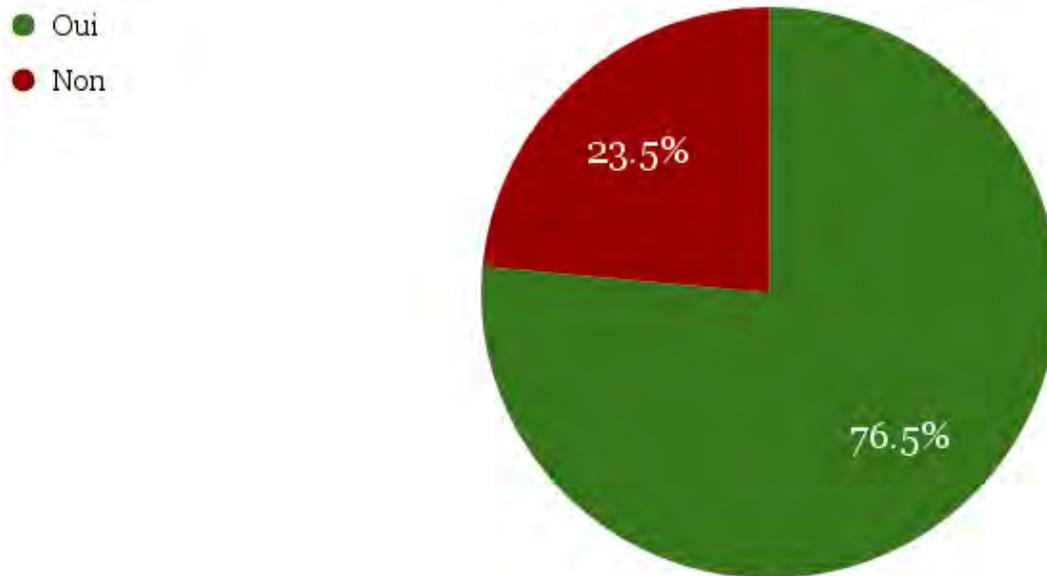


Figure 37: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Est-ce que vous savez ce qu'est une carie ? » (après enseignement à l'hygiène).

Cependant, la moitié des usagers comprennent le rôle prépondérant des sucres ingérés sur l'incidence carieuse (59,7%) bien qu'ils ne parviennent pas à les repérer avec certitude dans l'alimentation. En effet, avant l'intervention, aucun intervenant n'a réussi à détecter l'ensemble des aliments cariogènes parmi les propositions (figure 38). Après l'intervention, seuls 26% des intervenants ne parviennent toujours pas à identifier un aliment cariogène et désormais 12% ont trouvé tous les aliments cariogènes (figure 39). Ils sont aussi plus nombreux à désigner la pomme comme potentiellement cariogène. La p-value entre les observations avant et après intervention à l'item "Entourez les aliments qui provoquent des caries si on en mange beaucoup et que l'on ne brosse pas correctement les dents après" est de 0.0001 ($\ll 0,05$) et nous permet de conclure à **une amélioration notable de la qualité des réponses en fin de séance.**

- Un seul aliment cariogène repéré ou réponse incohérente
- Barre chocolatée + Soda + Bonbons
- Pomme + Barre chocolatée + Soda + Bonbons

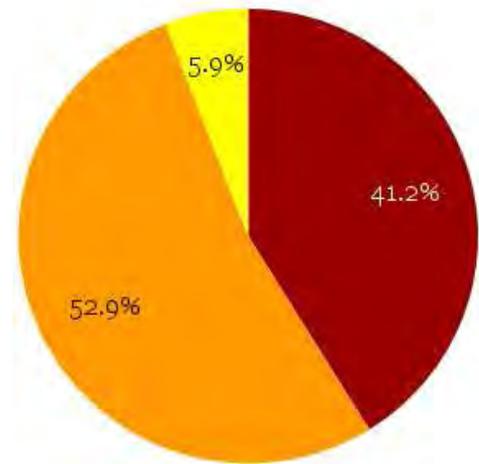


Figure 38 Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Entourez les aliments qui provoquent facilement des caries si on en mange beaucoup et que l'on ne brosse pas correctement les dents après (avant enseignement à l'hygiène).

- Un seul aliment cariogène repéré ou réponse incohérente
- Barre chocolatée + Soda + Bonbons
- Pomme + Barre chocolatée + Soda + Bonbons
- Pain + Barre chocolatée + Soda + Bonbons
- Pomme + Pain + Barre chocolatée + Soda + Bonbons

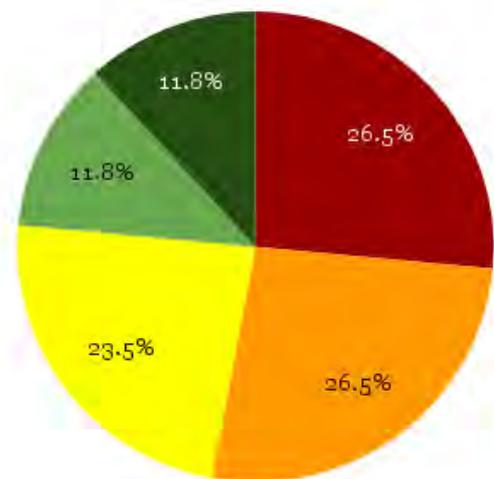


Figure 39: Réponses des usagers (en pourcentage) à l'item « Entourez les aliments qui provoquent facilement des caries si on en mange beaucoup et que l'on ne brosse pas correctement les dents après (après enseignement à l'hygiène).

7) Discussion et limites de l'étude

Les résultats obtenus aux questionnaires montrent que les répondants étaient d'une part parfaitement **autonomes dans la réalisation de leurs soins d'hygiène** et d'autre part qu'ils possédaient un **niveau de connaissances théoriques initial correct**.

Un tel niveau de connaissance s'explique par une mémorisation des messages de prévention bucco-dentaire diffusés par le chirurgien dentiste lors des visites, par l'entourage familial et le personnel médico-social de l'E.S.A.T. sensibilisés au problème de sur-handicap qu'engendrerait un mauvais état dento-parodontal et par les messages généraux dans les médias. Toutefois, les usagers ne semblent en mesure de mémoriser, principalement, que des **informations simplifiées et appuyées d'exemples** (e.g changer la brosse à chaque saison). Les informations complexes comme le développement du processus carieux ou le geste du brossage ne sont pas mémorisées oralement. **Pour le brossage, l'apprentissage par mimétisme et l'accompagnement est crucial.**

La mise en application des connaissances fait encore défaut puisque moins de 15% des usagers déclarent se brosser les dents 3 fois par jour. Il serait pertinent dans une prochaine étude d'explorer les raisons qui pourraient justifier cet écart:

- ❖ Manque de motivation ;
- ❖ Désintérêt personnel et faible estime de soi ;
- ❖ Incompréhension de la nécessité de transposer les messages préventifs dans le quotidien ;
- ❖ Sensation tactile de la brosse désagréable ;
- ❖ Imprécision, maladresse, tremblement et autres dyspraxies rendant le brossage difficile, long, frustrant ;
- ❖ Défaillance de la configuration spatio-temporelle qui conduit à oublier que l'on vient de se brosser les dents / qu'il faut se brosser les dents ou qui altère la sensation de proximité dans le temps du dernier brossage.

On note pourtant que la perception de soi et de la qualité de son hygiène ne semblent pas altérées. La perception de la qualité de son hygiène est une question subjective soumise à l'expression potentielle de nombreux biais: standards d'esthétisme éloignés de ceux de l'interrogateur, incompréhension du concept d'hygiène, désirabilité sociale, dysmorphophobie,... Le score élevé d'impression de bouche propre en fin d'intervention pouvait légitimement être attendu puisqu'à l'issue de la séance une synthèse des

caractéristiques physiques attestant justement d'une bouche propre a été présentée et un brossage rigoureux a été effectué. Cependant, un score de réponses positives également élevé en amont de la séance et une absence d'évolution statistiquement significative des réponses suggèrent l'inefficacité de ce critère pour évaluer la perception de soi et le besoin de prévention parmi les usagers. Confronté à cette même dissonance, Cumella et coll [26] émettent l'hypothèse que l'absence de douleur serait souvent l'élément déterminant forgeant une vision positive de sa santé bucco-dentaire par une personne handicapée mentale. L'intégration des ressentis nociceptifs chez ces personnes étant fréquemment défectueux, elles sont nombreuses à considérer présenter un état bucco-dentaire sain malgré la présence de pathologies dento-parodontales actives.

On peut supposer la survenue de cette même conceptualisation à la question sur la connaissance de la carie. Pour cette question s'ajoute aussi le biais de ne pas souhaiter révéler que la réponse est inconnue, par gêne ou par honte. Pour évaluer les savoirs relatifs au mécanisme carieux, il serait donc à envisager des questions plus techniques visant à objectiver un raisonnement logique; comme par exemple "est-ce que les chips sont plus cariogènes que le fromage?" ou encore "pour le goûter, faut-il préférer du pain et du chocolat ou un pain au chocolat?".

Concernant la détection des sucres dans l'alimentation quotidienne, la majorité des usagers (52,9%) connaît le potentiel cariogène des produits de grignotage (bonbons, sodas, barre chocolatée). En revanche, les usagers ignorent les notions de "sucres cachés" (pain, ketchup,...). A peine 6% d'entre eux, connaissent la distinction entre "aliment dangereux pour la santé" et "aliment dangereux pour les dents". L'amélioration très significative des réponses finales à cette question peut s'expliquer par la multiplication des voies de mémorisation utilisées (orale, auditive, visuelle et scripturale) grâce à l'atelier pédagogique, à la présentation magistrale et aux questionnaires eux-même.

Les conclusions établies doivent être interprétées à la lueur des possibles biais méthodologiques et psychologiques qui pourraient s'exprimer dans cette étude.

Tout d'abord les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon s'écartent des moyennes retrouvées dans la population d'E.S.A.T. pour l'année 2010. Le prochain rapport statistique décrivant la population handicapée en France par la D.R.E.E.S. paraîtra à la fin de l'année 2018, l'année 2010 est donc l'unique référence temporelle pouvant servir de support de travail. La différence entre l'échantillon et la population cible peut s'expliquer par le fait que cette intervention était ouverte à tout usager motivé en fonction du nombre de places

disponibles afin de favoriser les personnes vectrices d'influence. Les participants n'ont donc pas été aléatoirement choisis. Les femmes tendant à être davantage préoccupées par leur santé que les hommes [62, 82], il se pourrait qu'elles aient été davantage intéressées qu'eux pour participer à des séances d'éducation à l'hygiène bucco-dentaire. Les catégories d'âges avancés (>55ans) sont sous-représentées et les catégories d'âge jeunes (<25ans) sont très nettement sur-représentées au sein de cet échantillon par rapport à la population cible. Cette différence s'explique probablement aussi par le fait que le mode de sélection des participants se base sur leur motivation. De fait, il semblerait que les publics jeunes et récemment arrivés en E.S.A.T. seraient plus enclins à participer à de nouvelles activités. On note aussi une participation d'usagers en fonction de leur mode d'hébergement non proportionnelle à leur répartition dans la population totale. Les publics les plus autonomes semblent ressentir un intérêt ou un besoin moindre dans le domaine de la prévention.

Pour limiter ce biais de sélection, il serait judicieux lors des prochaines interventions en E.S.A.T. de standardiser la procédure de recrutement en procédant à un choix des participants à l'intervention et à un groupe-témoin par randomisation.

En effet, l'absence d'un groupe-contrôle ne permet pas de comparer le bénéfice de l'action menée par rapport à un groupe n'ayant pas reçu d'enseignement. L'absence de suivi à long terme (réévaluation des connaissances à 6 mois et/ou 12 mois et du contact avec un professionnel de la santé bucco-dentaire) empêche de mettre en évidence une modification pérenne des comportements d'hygiène bucco-dentaire.

Ensuite, la faible taille de l'échantillon due à de nombreux perdus de vue est à regretter. Les séances d'éducation terminant juste au moment de la pause déjeuner le midi ou de la fin du service le soir, les usagers partaient rapidement et il était difficile de récupérer des questionnaires complets. Une piste à explorer serait donc de réorganiser le déroulement chronologique d'une intervention dans la journée afin qu'elle n'empiète pas sur le temps de repos des travailleurs. Une optimisation du déroulement permettrait aussi de contrer la baisse d'attention de la part des usagers en fin d'intervention.

Par ailleurs les questionnaires initiaux ont été administrés par différents moniteurs d'ateliers et les questionnaires finaux par différents étudiants. Bien que des consignes générales aient été fournies à tous, il serait davantage pertinent d'envisager la conduite des interviews par un évaluateur unique, professionnel de santé et aux recommandations précises. En plus de limiter un éventuel biais d'observation, un unique administrateur, professionnel de la thématique bucco-dentaire, limitera aussi un biais affectif par lequel les usagers, interrogés par leur responsable d'ateliers, modifient leurs réponses pour éviter de révéler des informations trop personnelles sur le lieu de travail.

En raison des spécificités cognitives du public observé, un biais de mémorisation est à suspecter. Il est possible que certains usagers aient été suivis par / aient consulté un dentiste récemment mais ne s'en souviennent plus.

Un dernier facteur à prendre en compte est la durée entre l'administration des questionnaires initiaux et la réalisation de la séance d'éducation soit 2 mois. Cette période a été l'occasion d'effectuer la promotion de l'événement auprès de l'ensemble des usagers et de recruter des participants. Il paraît évident que ce délai a permis aux usagers d'en parler entre eux, d'échanger certains savoirs, voir même de poser des questions à leur famille ou leur praticien. Ce facteur de confusion peut être à l'origine d'une amélioration des connaissances indirectement liée à la séance en elle même. Il s'agit d'une externalité positive non mesurable [76].

Pour finir, on remarque à chaque item une acquisition des connaissances incomplète. Il n'y a jamais une totalité de réponses justes et des réponses extrêmes à certains items persistent. Malgré une présentation conçue pour s'adapter à la plupart des déficiences psychomotrices des usagers, l'hétérogénéité des profils et des degrés de sévérité des handicaps justifient le fait que le message préventif n'ait pu être capté par l'ensemble des participants. Lors de la présentation, certains usagers étaient effectivement très peu communicants et/ou présentaient des troubles moteurs empêchant toute participation aux ateliers malgré les conseils et encouragements des étudiants. Pour ces usagers, un tout autre format de présentation devrait être conçu afin qu'il inclue la participation d'un aidant quotidien à la toilette personnelle.

Conclusion

La complexité de l'historique médical et de l'approche comportementale de la personne handicapée mentale ou psychique mènent souvent à une prise en charge tardive voir à une absence de soin dont l'issue est une perte prématurée des dents. Les édentements, difficiles à compenser chez ce profil de patients, viendront aggraver les troubles fonctionnels et comportementaux déjà présents et la dépendance. Les problèmes dentaires doivent être repérés et traités le plus précocement possible car, une fois installés, l'issue thérapeutique est souvent défavorable et aboutit à un sur-handicap et une diminution de la qualité de vie. Dans ce sens, la prévention primaire a pour objectif d'intervenir en amont de la pathologie, c'est-à-dire, dès qu'une déficience physique ou psychologique est repérée. La prévention bucco-dentaire primaire tendra à compenser cette déficience afin que les problématiques bucco-dentaires n'apparaissent pas. En particulier, les travailleurs handicapés mentaux et psychiques représentent une population laissée en marge par les actions de promotion de la santé en raison de leur autonomie relative. Les acteurs de terrain au sein des E.S.A.T. et associations de patients, relayés par la littérature scientifique présentée dans ce travail, dénoncent un état bucco-dentaire et une motivation aux soins préoccupants pour ces publics.

Pour y remédier, l'action éducative présentée dans ce travail – première itération d'un projet d'éducation bucco-dentaire plus global au sein des E.S.A.T. – a d'une part pour objectif d'améliorer les comportements bucco-dentaires des usagers des E.S.A.T. mais aussi de créer un environnement favorable à l'amélioration de ces comportements.

Le paradigme actuel d'évaluation des politiques de promotion de la santé requière l'appréciation de paramètres quantifiables [17, 65]. Dans ce sens, cette étude observe effectivement une amélioration des connaissances à court terme en matière de fréquence du brossage et d'identification des aliments cariogènes. La littérature scientifique rejoint ces conclusions [55, 101] en constatant que les actions de promotions de la santé mènent quasi systématiquement à une augmentation immédiate des savoirs et capacités. Elle soulève cependant qu'il n'est pas, à ce jour, possible de mettre en évidence une rémanence de ces accomplissements sur le long terme. Afin de parer à cette limite méthodologique, le champ de la promotion de la santé évolue désormais vers une conception écologique de l'éducation [76, 85, 101]. En effet, l'action sur l'individu-cible doit être replacée dans l'environnement dans lequel celui-ci évolue. Si l'action intègre les aménagements à réaliser au niveau des

déterminants réglementaires, communautaires, culturels et sociaux qui structurent l'individu, il est possible d'envisager un changement pérenne. En effet, une intervention strictement unilatérale du formateur vers l'individu ne peut à elle seule garantir une évolution des compétences théoriques et/ou pratiques. Si la curiosité générée auprès des usagers par l'action menée a été susceptible de créer des externalités positives, l'absence de sanitaires adéquats ou le désintérêt des moniteurs à ce projet auraient été eux susceptibles de créer des externalités négatives malgré une présentation de qualité auprès des usagers.

Dans cette optique, l'efficacité de cette action doit être envisagée à la lueur de l'optimisation environnementale qu'elle a impulsée (formation et motivation des moniteurs d'ateliers, modification des sanitaires et apport de matériel pédagogique, sensibilisation du personnel médico-social, information des partenaires institutionnels, formation des étudiants...) par ailleurs non quantifiable. Aux limites et contraintes exposées lors de la discussion, il semble intéressant d'envisager une étude écologique du projet d'éducation thérapeutique lors de sa reconduction afin d'identifier l'ensemble de ces leviers environnementaux et de les rendre favorables à la mise en place d'une dynamique sanitaire encourageant les usagers à la préservation de leur santé bucco-dentaire.

Références bibliographiques

1. ADAPT, ADCAT, AGAPSY, APF, APTE, ENTRAIDE UNIVERSITAIRE et coll.

Face aux restrictions budgétaires imposées aux ESAT, les associations et organisations représentatives du secteur demandent le retrait de l'arrêté fixant les tarifs plafonds et la mise en place de mesures correctives garantissant la qualité d'accompagnement des personnes handicapées.

Communiqué de Presse. Juin 2012.

Disponible sur : http://www.unapei.org/IMG/pdf/2012_06_14CPCCommun_RecoursTPESAT.pdf

2. AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITES DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX (A.N.E.S.M.).

L'accompagnement à la santé de la personne handicapée.

Recommandations de bonnes pratiques. Juin 2013.

Disponible sur: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ANESM-RBPP-Accompagnement_sante-Juillet_2013.pdf

3. AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITES DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX (A.N.E.S.M.).

Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques.

Lettre de cadrage. Octobre 2014.

Disponible sur: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_de_cadrage_handicap_psychique_Octobre_2014.pdf

4. AGENCE REGIONALE DE SANTE (A.R.S.) DES PAYS DE LA LOIRE.

Liste appels à projet et candidatures.

Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/liste-appels-projet-candidature>

5. ALMOMANI F, BROWN C, WILLIAMS KB.

The effect of an oral health promotion program for people with psychiatric disabilities.

Psychiatr Rehabil J. 2006;29(4):274-81.

6. AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION.

Mental retardation: definition, classification, and systems of supports. 10è ed.

American Association on Intellectual and Developmental Disorder, Washington: 2002.

7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.

DSM-4 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Elsevier Masson, Paris. 1997.

8. ANDERS PL, DAVIS EL.

Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review.

Spec Care Dent. 2010;30(3):110-7.

9. ASSOCIATION DE GESTION DU FOND POUR L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES (A.G.E.F.I.P.H.).

Reconnaissance du Handicap: Etes-vous concerné?

Disponible sur: <https://www.agefiph.fr/Personne-handicapee/Demarches>

10. ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DES AMIS ET PARENTS DE PERSONNES HANDICAPEES MENTALES DE LOIRE ATLANTIQUE.

Disponible sur: <http://www.adapei44.fr>

11. BLANC A.

Les personnels d'atelier en Centre d'Aide par le Travail : entre action sociale et contraintes productives.

Bull CREA I Bourgogne. 1996;(152):9-22.

12. BOCQUET E.

Les Etablissements et Service d'Aide par le Travail face à la contrainte budgétaire ;

Commission des finances sur les Etablissements et services d'aide par le travail: Sénat - Session Ordinaire de 2014-2015; Avril 2015. Report No.: n°409.

Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r14-409/r14-4097.html>

13. BOURGEOIS DM, LLODRA J-C, NORBLAD A, PITTS NB.

Une sélection d'indicateurs essentiels en santé bucco-dentaire recommandés par le European Global Oral Health Indicators Development project.

Commission Européenne - Direction Générale « Santé et Protection des consommateurs »; 2005.

Disponible sur: http://asphd.free.fr/IMG/pdf/I-2-4_Catalogue_2005_French_Version.pdf

14. BUSSY G, DES PORTES V.

Définition du retard mental, épidémiologie, évaluation clinique.

Méd Théor Pédiatr ; 2008. 11(4):196-201.

**15. CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE (C.N.S.A.),
DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (D.G.C.S.).**

Guide pratique MDPH: le travailleur handicapé en E.S.A.T. Partie 1, Fiche V. 2011.

Disponible sur: http://www.mdph63.fr/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?docname=596318.PDF

16. CAMPION C-L, DEBRE I.

Loi Handicap: des avancées réelles, une application encore insuffisante.

Commission pour le contrôle de l'application des lois: Sénat - Session Ordinaire 2011-2012; Juillet 2012. Report No.: 635.

Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r11-635/r11-635_mono.html

17. CATTEAU C.

Evaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en établissement médico-social: le Projet Santé Orale et Autonomie.

Thèse pour le diplôme de Docteur de l'Université d'Auvergne. Discipline: Odontologie. Université d'Auvergne-Clermont-Ferrand I- Ecole Doctorale des sciences de la vie, de la santé, de l'agronomie et de l'environnement; 2013.

Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01165212/>

18. CECCHI TENERINI R.

Projet d'écriture: définition, classification et description des handicaps cognitifs.

Ministère de la Santé; Janv 2010.

Disponible sur: <http://www.coridys.fr/wp-content/uploads/2014/02/definitioncognitif2010.pdf>

19. CHAPIREAU F.

Le handicap psychique: la construction sociale d'un nouveau trouble spécifiquement français.

Socio-logos. 2014.

Disponible sur: <http://socio-logos.revues.org/2824>

20. CHARZAT M.

Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches.

Ministère de l'emploi et de la solidarité; Mars 2002.

Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_CHARZAT_2002.pdf

21. CHIN M, FENTON SJ, LYONS R, MILLER C, PERLMAN SP, TESINI D.

Continuing education: practical oral care for people with developmental disabilities

USA: National Institute of Dental and Craniofacial research; Décembre 2016. (NIH Publication).

Report No.: 09-5196.

Disponible sur: <https://www.nidcr.nih.gov/oralhealth/Topics/DevelopmentalDisabilities/ContinuingEducation.htm>

22. COLDEFY M, NESTRIGUE C.

La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé.

Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES); 2013. (Etudes et Résultats). Report No.: 860.

Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er860.pdf>

23. COLE E, VEBER A.

Accompagnement à la santé de la personne handicapée.

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM); Juillet 2013. (Analyse de la littérature).

Disponible sur: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Analyse_Litterature_Juillet_2013.pdf

24. COLONNA J, PREVOST D.

La santé de la personne handicapée mentale - Volume 1: les dents, prévention et soins.

Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei); 2010.

Disponible sur: <http://www.unapei.org/IMG/pdf/SoinsBuccoDentaires-HandicapMental.pdf>

25. COQUAZ C, DENIS F.

Développer la santé orale en psychiatrie.

Dossier Le changement. 2012;(516):296-9.

26. CUMELLA S, RANSFORD N, LYONS J, BURNHAM H.

Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services.

J Intellect Disabil Res. 2000;44(1):45-52.

27. DENIS F.

Handicap psychique et santé bucco-dentaire.

Santé Mentale. 2014;189:14-5.

28. DENIS F.

La prise en charge bucco dentaire des patients à besoin spécifique.

Cours IFSI présenté à CH La Chartreuse, Dijon; Mai 2015.

Disponible sur: <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2015/02/2015-La-prise-en-charge-bucco-dentaire-des-patients-a-besoin-specifique.pdf>

29. DEPARTEMENT ACCOMPAGNEMENT DES SITUATIONS DE HANDICAP (ASH02) DE LAON (ACADEMIE DE AMIENS).

Troubles des fonctions cognitives - Pistes pédagogiques: enseigner aux élèves en situation de handicap en unité d'enseignement. 2011.

Disponible sur: http://ash.ia02.ac-amiens.fr/IMG/article_PDF/Troubles-des-fonctions-cognitives-pistes-pdagogiques_a220.pdf

30. DES PORTES V, LIVET M-O, GROUPE DE TRAVAIL DE LA SOCIETE FRANCAISE DE NEUROPEDIATRIE (S.F.N.P.) SUR LES RETARDS MENTAUX.

Démarche clinique devant une déficience mentale de l'enfant en 2002.

Arch Pediatr. 2002;9(7):709-725.

31. DIRECTION DE L'INFORMATION LEGALE ET ADMINISTRATIVE (D.I.L.A.).

Chronologie de la politique du handicap. Janvier 2015. (Politiques Publiques).

Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-handicap/chronologie/>

32. ESAT-CO.

Disponible sur: <http://44.esatco.fr/>

33. E.S.A.T. DU GROUPEMENT POUR L'EPANOUISSEMENT DES ADULTES ET DES JEUNES HANDICAPES (G.P.E.A.J.H.)

Activités de Soutien. 2010.

Disponible sur: <http://www.esatdugpeajh.fr/soutien.html>

34. ETABLISSEMENTS ET SERVICE D'AIDE PAR LE TRAVAIL – ENTREPRISES ADAPTEES DE LOIRE-ATLANTIQUE.

Disponible sur: <http://esat-ea44.fr/>

35. FAVRE-BONTE J.

Troubles bipolaires: repérage et diagnostic en premier recours.

Note de Cadrage. Haute Autorité de Santé (HAS); Juin 2014.

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf

36. FLAMAND-VILLENEUVE J.

Les perturbations métaboliques liées à la prise d'antipsychotiques de seconde génération: revue de littérature et prise en charge.

Pharmactuel.2010; 43(2) :91-101.

Disponible sur: <http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/759>

37. FLEURET S.

Recomposition du paysage sanitaire: quand les exigences territoriales rejoignent les enjeux de santé.
Santé Territoires. 2003;78(3):239-45.

38. FOLLIGUET M.

La santé bucco-dentaire des personnes handicapées.

Direction générale de la Santé (SD2B); Septembre 2006.

Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_buccodentaire_des_personnes_handicapees.pdf

39. GABRE P, GAHNBERG L.

Inter-relationship among degree of mental retardation, living arrangements, and dental health in adults with mental retardation.

Spec Care Dent. 1997;17(1):7-12.

40. GABRE P.

Studies on oral health in mentally retarded adults.

Swed Dent J Suppl. 2000;(142):1-48.

41. GARRABE J.

La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif.

Inf Psychiatr. 2013;89(4):319-26.

42. GOYAL S, THOMAS BS, BHAT KM, BHAT GS.

Manual toothbrushing reinforced with audiovisual instruction versus powered toothbrushing among institutionalized mentally challenged subjects -- a randomized cross-over clinical trial.

Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011;16(3):e359-364.

43. GRIFFITHS J, JONES V, LEEMAN I, LEWIS D, PATEL K, WILSON K ET COLL.

Oral health care for people with mental health problems: guidelines and recommendations.

British Society for Disability and Oral Health; 2000. Report No.: 1044867.

Disponible sur: <http://www.bsdh.org/documents/mental.pdf>

44. HANDIPOLE.

Centres de rééducation professionnelle (CRP).

Disponible sur: <http://www.handipole.org/spip.php?article2716>

45. HAUTE AUTORITE DE SANTE (H.A.S.).

Autisme et autres troubles envahissants du développement: état des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale.

Synthèse élaborée par consensus formalisé. 2010.

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme_etat_des_connaissances_synthese.pdf

46. HAUTE AUTORITE DE SANTE (H.A.S.).

Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale.

Note d'orientation. 2013.

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf

47. HAUTE AUTORITE DE SANTE (H.A.S.).

Définitions.

Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention

48. HESCOT P, MOUTARDE A.

Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire »: améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées.

Secrétariat d'Etat chargé de la famille et de la solidarité; Juillet 2010.

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

49. HILA L, TEBOURI H, ABAIED I, REJEB I, BEN JEMAA L, CHAABOUMI H.

MLPA subtelomere analysis in tunisian mentally retarded patients.

Biochem Genet. 2009; 47(9):727-33.

50. INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (I.N.S.E.R.M.), CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE.

Déficiences intellectuelles.

Paris: INSERM; EDP Sciences; 2016.

Disponible sur : https://www.inserm.fr/content/download/150605/1142497/version/1/file/rapport-complet-Deficiences_intellectuelles-2016.pdf

51. INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (I.N.S.E.R.M.).

Déficiences ou handicaps d'origine périnatale: dépistage et prise en charge.

Juin 2004.

Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/ro3-363/ro3-inserm.pdf>

52. INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (I.N.S.E.R.M.), UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE (U.M.P.C.).

BiostaTGV.

Disponible sur: <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>

53. INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SECURITE POUR LA PREVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES (I.N.R.S.).

Prévention des risques psycho-sociaux.

Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/prevention.html>

54. JOURDAN D, PIEC I, AUBLET-CUVELIER B, BERGER D, LEJEUNE ML, LAQUET-RIFFAUD A ET COLL.

Éducation à la santé à l'école: pratiques et représentations des enseignants du primaire.

Santé Publique. 2002;14(4):403.

55. KAY EJ, LOCKER D.

Is dental health education effective? A systematic review of current evidence.

Community Dent Oral Epidemiol. 1996;24(4):231-5.

56. LEFRANCOIS P.

Les aspects génétiques de la déficience intellectuelle.

Contraste. 2005;22-23(1-2):99-117.

57. LENGAGNE P, PENNEAU A, PICHETTI S, SERMET C.

L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France.

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES); Avril 2014.(Questions d'Economie de la Santé). Report No.: 197.

Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/197-l-acces-aux-soins-dentaires-ophtalmologiques-et-gynecologiques-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>

58. LE PORTAIL DES MALADIES RARES ET DES MEDICAMENTS ORPHELINS.

Disponible sur: <http://www.orpha.net>

59. LINDEMANN R, ZASCHEL-GROB D, OPP S, LEWIS MA, LEWIS C.

Oral health status of adults from a California regional center for developmental disabilities.

Spec Care Dent. 2001;21(1):9-14.

60. LOBO A, LAUNER LJ, FRATIGLIONI L, ANDERSEN K, DI CARLO A, BRETILER MM, ET COLL.

Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group.

Neurology. 2000;54(11 Suppl 5):S4-9.

61. MAISON DEPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE (M.D.A.)

Orientations en établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées adultes.

Disponible sur: <http://www.mda.maine-et-loire.fr>

62. MAKDESSI Y, MORDIER B.

Les établissements et services pour adultes handicapés - Résultats de l'enquête ES 2010.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); Mai 2013.

(Série Statistique). Report No.: n°180.

Disponible sur: http://www.handipole.org/IMG/pdf/Drees-180_mai13.pdf

63. MALGUID C.

Analyse économique de la prévention des risques pour la santé.

Direction générale du trésor et de la politique économique (Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie). Diagnostics, Prévisions et Analyses Economiques. 2005;(71):8.

Disponible sur: <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/file/326772>

64. MARGARITIS V, KOLETSI-KOUNARI H, MAMAI-HOMATA E, KIRIAKOU J.

The oral health status and behaviour among non institutionalised employed adults with intellectual disabilities.

J Disabi Oral Health. 2012;13(1):11-8.

65. MCQUEEN DV, ANDERSON L.

Utiliser des données probantes pour évaluer l'efficacité de la promotion de la santé: quelques enjeux fondamentaux.

International Union for Health Promotion and Education; 2004. p. 11-6. (Promotion et Education Hors Série 1).

Disponible sur: https://ufr-spse.parisnanterre.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1348818743470

66. MILANO S.

Le handicap psychique, d'une loi à l'autre.

Revue française des affaires sociales. 2009;(1-2):17-24.

Disponible sur : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-17.htm>.

67. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE.

Article L114.

Code de l'action Sociale et des familles.

68. MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE.

Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Code de l'action Sociale et des familles.

69. MINISTERE DU TRAVAIL.

L5213-1.

Code du travail.

70. MINISTERE DU TRAVAIL.

Emploi et handicap: la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (R.Q.T.H.).

Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/recrutement-et-handicap/rqth>

71. MOHEBBI SZ, CHINIPARDAZ Z, BATEBI A.

Effectiveness of training senior dental students on oral health care for disabled patients.

Eur J Dent Educ. 2014;18(4):214-21.

72. MOUCHEL-DRILLOT P.

Handhygiène bucco-dentaire: guide pratique d'hygiène bucco-dentaire pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap.

Edilivre, Paris; 2009.

73. MOUSSA-BADRAN S.

Santé bucco-dentaire et santé mentale.

Cours de Diplôme Universitaire: handicap, réadaptation et restauration neurologique du mouvement présenté à Faculté de Médecine de l'Université Paris-Est Créteil Val de Marne (UPEC) ; Mars 2012.

Disponible sur: <http://duhandicap.free.fr/pdf/sante-buccodentaire.pdf>

74. MUTUELLE INTEGRANCE.

Disponible sur: <https://www.integrance.fr/>

75. O'NEIL M.

Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé: d'où vient-il et pourquoi est-il si important?

International Union for Health Promotion and Education; 2004. (Promotion et Education Hors Série 1).

Disponible sur: https://ufr-spse.parisnanterre.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichier?ID_FICHER=1348818743470

76. ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE.

L'obésité et l'économie de la prévention.

Objectif santé. Paris: OECD Publishing; 2010.

77. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (O.M.S.), BANQUE MONDIALE.

Résumé du Rapport mondial sur le Handicap. 2011.

Disponible sur: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_fr.pdf

78. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (O.M.S.).

Classification Internationale des Handicaps: déficiences, incapacités et désavantages.

Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) traduction; 1988. (Manuel de classification des conséquences des maladies).

Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41005/1/9782877100205_fre.pdf

79. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (O.M.S.).

Rapport sur la santé dans le monde 2001 / La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001.

Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index1.html>

80. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (O.M.S.).

Définitions.

Disponible sur: <http://www.who.int/fr/>

81. PACHOUD B, LEPLEGE A, PLAGNOL A.

La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte.

Rev Fr Affaires Soc. 2009;(1-2):257-77.

82. PIAU C, BIGOT R.

Les opinions des femmes et des hommes sont-elles semblables ou différentes?

Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (C.R.E.D.O.C.) -

Département «Conditions de vie et Aspirations des Français»; 2004. Report No.: 195.

Disponible sur: <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C195.pdf>

83. PICTOFRANCE.

Dictionnaire de pictogrammes pour la vie quotidienne.

Disponible sur: <http://www.pictofrance.fr/Picto.aspx/accueil>

84. PORTAIL ARAGONAIS DE LA COMMUNICATION AMELIOREE ET ALTERNATIVE (ARASSAC).

Outils de communication alternative : pictogrammes (version francophone).

Disponible sur: <http://www.isaac-fr.org/index.php/outils-de-communication-alternative/60-pictogrammes/85-arasaac>

85. RICHARD L, BARTHELEMY L, TREMBLAY M-C, PIN S, GAUVIN L.

Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique: guide d'aide à l'action franco-québécois.

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Saint-Denis. 2013. (Dossiers: santé en action).

Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1417.pdf>

86. ROMIEN P.

À l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées: la prise en charge des invalides de guerre.

Revue française des affaires sociales. 2005;(2):229-47.

Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-2-page-229.htm>

87. ROUSSEL P, GIRODANO G, CUENOT M.

De la difficulté d'estimer le handicap psychique dans une enquête en population générale. L'exemple de l'enquête Handicap-Santé. (Institut de Veille Sanitaire).

Bull Epidemiol Hebdo. 2014;11:184-91.

88. RUMEAU-PICHON C, JEANBLANC G, POULLIE A-I.

Stratégie de prévention de la carie dentaire.

Service évaluation économique et santé publique. Haute Autorité de Santé (HAS); Mars 2010.

Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

89. SARR M.

De la personne handicapée au travailleur handicapé. Avril 2008.

Disponible sur: <https://emploi.handicap.fr/art-emploi-formation-39-2525.php>

90. SAUZE D.

Reconnaissance du handicap psychique et intégration dans les structures d'aide par le travail.

J Anthropol. 2010;(122-123):167-88.

91. SHALOCK RL, TASSE MJ, BALBONI G.

Diagnosing intellectual disability using the diagnostic adaptive behavior scale.
The meeting of intellectual disability professionals AAIDD 2015; Louisville, Kentucky (USA).
Disponible sur: <https://aaidd.org/docs/default-source/pp/dabs.pdf?sfvrsn=0>

92. SHAW MJ, SHAW L.

The effectiveness of differing dental health education programmes in improving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham adult training centres.
Community Dent Health. 1991;8(2):139-45.

93. STANFIELD M, SCULLY C, DAVIDSON MF, PORTER S.

Oral healthcare of clients with learning disability: changes following relocation from hospital to community.
Br Dent J. 2003;194(5):271-277; discussion 262.

94. STIEFEL DJ.

Dental care considerations for disabled adults.
Spec Care Dent. 2002;22(3):26S-39S.

95. STRAUSS RP, HAIRFIELD WM, GEORGE MC.

Disabled adults in sheltered employment: an assessment of dental needs and costs.
Am J Public Health. 1985;75(6):661-3.

96. TILLER S, WILSON KI, GALLAGHER JE.

Health status and dental service use of adults with learning disabilities living in residential institutions and in the community.
Community Dent Health. 2001;18(3):167-71.

97. UNION FRANCAISE POUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE (U.F.S.B.D.).

Fiches pédagogiques.
Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/fiches-patients/>

98. UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPEES PSYCHIQUES (UNAFAM).

Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France.
Juin 2001.
Disponible sur: <https://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale-2.pdf>

99. UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPEES PSYCHIQUES (UNAFAM).

Le handicap psychique.

Disponible sur: <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>

100. UNION NATIONALE DE PARENTS, DE PERSONNES HANDICAPEES MENTALES ET DE LEURS AMIS (U.N.A.P.E.I.).

Disponible sur: <http://www.unapei.org/>

101. VANDOORNE C.

Comment évaluer une action d'éducation pour la santé?

Institut national de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) - La santé de l'Homme. Juillet - Août 2007;(390):17-21.

Disponible sur : <http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/61356/1/EVA-PROJ%20RV-8521.pdf>

102. VOLET S, SIXOU J-L.

Prévention et traitement de la carie chez les individus porteurs de handicaps. 2003.

Disponible sur: http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/handio7.htm

103. WATT RG.

Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion.

Bull World Health Organ. Septembre 2005;83(9):711-8.

Disponible sur: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862005000900018&lng=en&nrm=iso&tlng=en

104. ZRIBI G, SARFATY J.

Handicapés mentaux et psychiques: vers de nouveaux droits.

Rennes: Presses de l'EHESP; 2015.

Liste des figures et tableaux

Liste des Figures

- ❖ **Figure 1:** Répartition en pourcentage de la population accueillie dans les E.S.A.T selon les types de handicaps. Situation au 31/12/2010.....23
- ❖ **Figure 2:** Répartition des prestations bucco dentaires consommées entre les adhérents à la Mutuelle Intégrance pour l'année 2013.....57
- ❖ **Figure 3:** Synthèse des étapes de la mise en place d'un projet d'éducation à la santé orale au sein des 4 E.S.A.T.....66
- ❖ **Figure 4:** Répartition (en pourcentage) des usagers de l'E.S.A.T de Nantest selon le type de résidence habitée en 2013.....67
- ❖ **Figure 5:** Répartition (en pourcentage) des usagers de l'E.S.A.T ateliers du Landas selon le type de résidence habitée en 2013.....68
- ❖ **Figure 6:** Répartition (en pourcentage) des usagers de l'E.S.A.T de Catouest selon le type de résidence habitée en 2013.....69
- ❖ **Figure 7:** Répartition (en pourcentage) des usagers de l'E.S.A.T de la Cholière selon le type de résidence habitée en 2013.....70
- ❖ **Figure 8:** Diapositive n°1 "Nettoyer ses dents, c'est un sourire brillant!".....85
- ❖ **Figure 9:** Diapositive n°2 "Qu'es que c'est les dents? Comment c'est fait?".....85
- ❖ **Figure 10:** Diapositive n°3 "A quoi servent les dents?".....86
- ❖ **Figure 11:** Diapositive 4 "Réponses!".....86
- ❖ **Figure 12:** Diapositive n°5 " Que se passe-t-il si on ne fait pas attention à ses dents?"..87
- ❖ **Figure 13:** Diapositive n°6 " Réponses!".....87
- ❖ **Figure 14:** Acteurs de la promotion de la santé bucco-dentaire en France et documentation pédagogique recueillie auprès de chacun d'entre eux.....89
- ❖ **Figure 15:** Diapositive n°7 " Comment s'occupe-t-on de ses dents?".....90
- ❖ **Figure 16:** Diapositive n°8 "Bien manger, c'est le début du bonheur!".....92
- ❖ **Figure 17:** Diapositive n°9 "Quels sont les aliments qui facilitent l'apparition de caries si on en mange beaucoup?".....93
- ❖ **Figure 18:** Diapositive n°10 "Quel matériel pour se brosser les dents".....93
- ❖ **Figure 19:** Diapositive n°11 "Réponses!".....94
- ❖ **Figure 20:** Diapositive n°12 "Quand doit-on se brosser les dents?".....96
- ❖ **Figure 21:** Diapositive n°13 " Réponses!".....96

❖ Figure 22: Diapositive n°14 “En résumé, c’est quoi avoir une bouche “propre”?”	97
❖ Figure 23: Répartition du budget de l’action thérapeutique menée au sein des 4 E.S.A.T de la Communauté Urbaine de Nantes pour l’année 2015.....	102
❖ Figure 24: Répartition Homme - Femme parmi les répondants aux 2 questionnaires.....	106
❖ Figure 25: Répartition par classes d’âge des répondants aux 2 questionnaires par rapport à la population totale travaillant en E.S.AT en 2010.....	106
❖ Figure 26: Type de résidence habitée par les répondants aux 2 questionnaires par rapport à la population totale travaillant en E.S.A.T en 2010.....	107
❖ Figure 27: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Quand avez vous été chez le dentiste pour la dernière fois? (avant enseignement à l'hygiène)”	108
❖ Figure 28: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Avez-vous votre propre brosse à dent? (avant enseignement à l'hygiène)”	108
❖ Figure 29: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Avez-vous votre propre brosse à dent? (après enseignement à l'hygiène)”	110
❖ Figure 30: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Es-ce que quelqu’un vous aide à brosser les dents? (avant enseignement à l'hygiène)”	110
❖ Figure 31: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Combien de fois par jour faut-il se brosser les dents? (avant enseignement à l'hygiène)”	111
❖ Figure 32: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Combien de fois par jour faut-il se brosser les dents? (après enseignement à l'hygiène)”	111
❖ Figure 33: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Quand vous brossez-vous les dents? (avant enseignement à l'hygiène)”	112
❖ Figure 34: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Est ce que vous avez des dents propres? (avant enseignement à l'hygiène)”	114
❖ Figure 35: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Est ce que vous avez des dents propres? (après enseignement à l'hygiène)”	114
❖ Figure 36: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Est ce que vous savez ce qu'est une carie? (avant enseignement à l'hygiène)”	116
❖ Figure 37: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Est ce que vous savez ce qu'est une carie? (après enseignement à l'hygiène)”	117
❖ Figure 38: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Entourez les aliments qui provoquent facilement des caries si on en mange beaucoup et que l'on ne brosse pas correctement les dents après (avant enseignement à l'hygiène)”	118
❖ Figure 39: Réponses des usagers (en pourcentage) à l’item “Entourez les aliments qui provoquent facilement des caries si on en mange beaucoup et que l’on ne se brosse pas correctement les dents après (après enseignement à l'hygiène)”	118

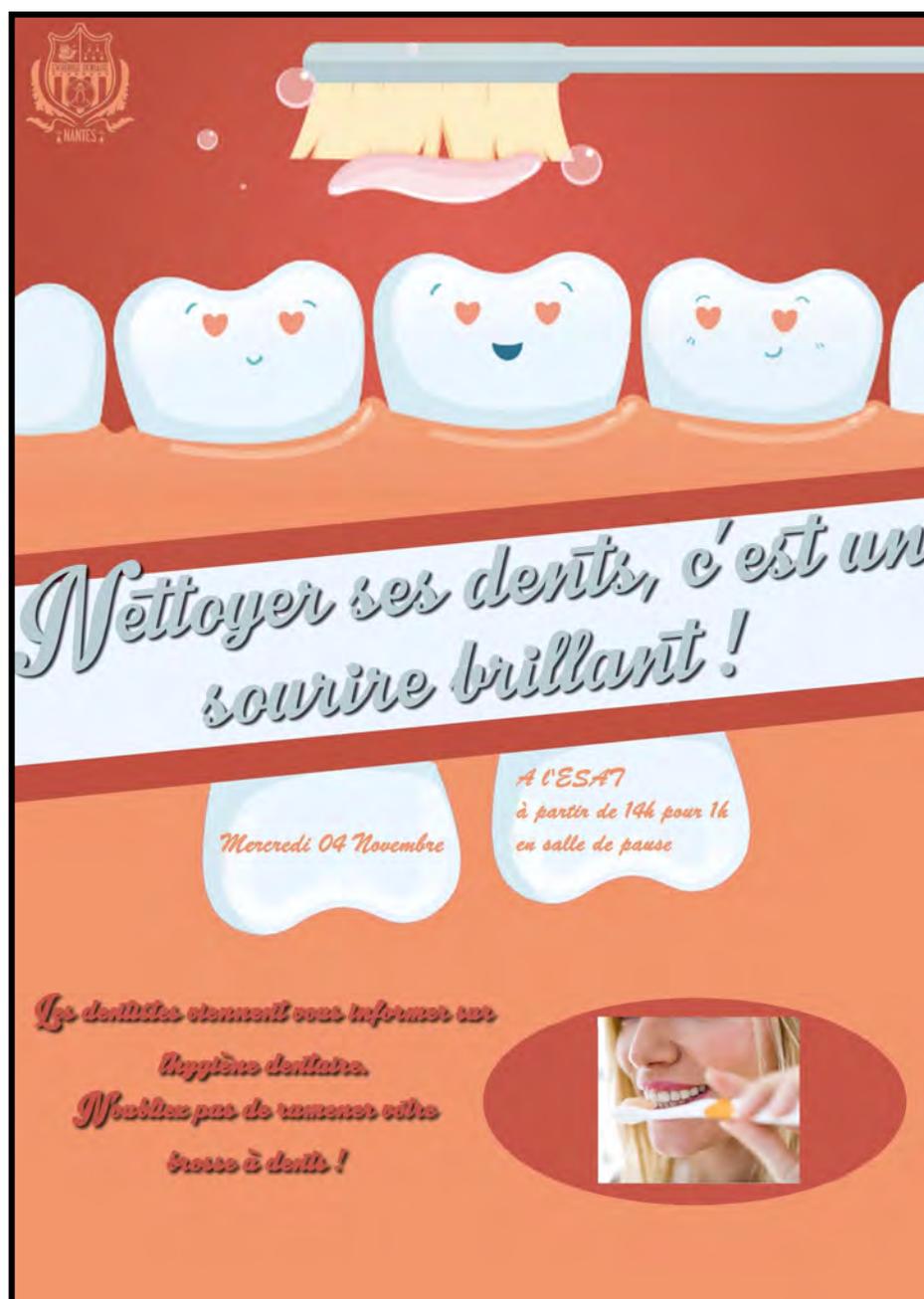
Liste des tableaux

- ❖ **Tableau 1:** Exemple d'habiletés adaptatives de la vie courante évaluées par l'échelle de comportement adaptatif développée par l'American Association on Intellectual and Developmental Disability dans le cas d'un enfant âgé entre 4 et 8 ans.....25
- ❖ **Tableau 2 :** Troubles psychiques potentiellement à l'origine d'un handicap psychique identifiés par le rapport Charzat et leur prévalence correspondante dans la population française.....33
- ❖ **Tableau 3:** Caractéristiques physiopathologiques fréquemment identifiables chez une personne atteinte de handicap mental (HM) ou de handicap psychique (HP) et leur répercussions oro-faciales.....39
- ❖ **Tableau 4:** Caractéristiques psycho-comportementales fréquemment identifiables chez une personne atteinte de handicap mental (HM) ou de handicap psychique (HP) et leur répercussions oro-faciales.....43
- ❖ **Tableau 5:** Termes MESH employés pour rechercher des études concernant la promotion de la santé bucco-dentaire auprès de travailleurs handicapés intellectuels et/ou psychiques en France et à l'étranger dans la littérature scientifique.....49
- ❖ **Tableau 6 :** Synthèse des études sur la mise en place d'un programme d'éducation à la santé orale auprès de travailleurs handicapés mentaux et/ou psychiques.....53
- ❖ **Tableau 7:** Nombre de consommateurs en prestations bucco-dentaires parmi les salariés non handicapés du secteur médico-social de l'ensemble du territoire français et affiliés à la Mutuelle Intégrance sur l'année 2013.....56
- ❖ **Tableau 8:** Nombre de consommateurs en prestations bucco-dentaires parmi l'ensemble des travailleurs handicapés affiliés à la Mutuelle Intégrance sur l'année 2013.....57
- ❖ **Tableau 9:** Nombre de consommateurs en prestations bucco-dentaires parmi l'ensemble des travailleurs handicapés de Loire-Atlantique affiliés à la Mutuelle Intégrance sur l'année 2013.....57
- ❖ **Tableau 10:** Transpositions des objectifs primaires de l'A.E.C.D.N en objectifs secondaires dans le cadre de la mise en place d'un programme d'éducation à la santé orale en E.S.A.T.....64
- ❖ **Tableau 11:** Déroulement type d'une intervention dans un E.S.A.T77
- ❖ **Tableau 12:** Propositions éducatives formulées à l'intention du personnel encadrant (atelier et médico-social) des E.S.AT afin de promouvoir au quotidien la santé bucco-dentaire des usagers.....80
- ❖ **Tableau 13:** Budget total de l'action d'éducation thérapeutique menée au sein des 4 E.S.A.T de la communauté urbaine de Nantes pour l'année 2015.....101

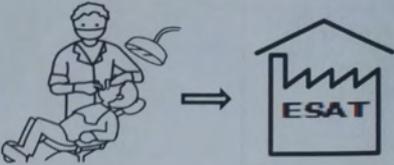
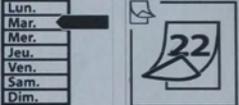
Annexes

I/ Supports pédagogiques utilisés avant la séance d'éducation thérapeutique à l'hygiène orale

Annexe I: Exemple d'affiche de promotion de l'événement diffusée à l'E.S.A.T. de la Cholière 1 mois avant sa réalisation (conception et réalisation: Thomas Busson).
Crédit images : © mir_vam / istockphoto et conçu par Nensuria – Freepik.com



Annexe 2 : Exemple d'affiche de promotion de l'événement diffusé à l'E.S.A.T. des Ateliers du Landas 1 mois avant sa réalisation (conception et réalisation : Isabelle Weider)

Des étudiants dentistes vont venir à l'ESAT	
Pour parler des dents et du brossage de dents	
Le mardi 22 septembre	
de 14h00 à 16h00	
En salle de psychomotricité En salle de réunion	
VENIR AVEC SA BROSSE A DENT	

Annexe 3: Questionnaire initial d'évaluation des connaissances à l'intention des usagers.

Questionnaire sur l'hygiène des dents

Âge:

Sexe: Hommes Femmes

Atelier:

Type de résidence:

seul ou en couple avec son/ses parent(s) ou tuteur(s) en foyer

1) Quand avez-vous été chez le dentiste pour la dernière fois?

- Plus d'un an
- Moins d'un an
- Soins en cours
- Je ne sais pas



Pourquoi?

2) Avez-vous votre propre brosse à dent?

- OUI NON



Pourquoi?

3) Es-ce que quelqu'un vous aide à brosser les dents?

- Non je me brosse les dents seul
- Mes parents
- Quelqu'un d'autre
- Je ne brosse pas



Pourquoi?

4) Quand vous brossez-vous les dents? (entourez le moment de la journée)



Pourquoi?

5) Entourez les aliments qui provoquent facilement des caries si on en mange beaucoup et que l'on ne se brosse pas correctement les dents après :



Une pomme
pain



Une barre chocolatée
Des légumes



De la viande



Un soda



Des bonbons



Du

Pourquoi?

6) Combien de fois par jour faut-il se brosser les dents?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

7) Est ce que vous savez ce qu'est une carie? OUI NON

8) Est ce que vous avez des dents propres? OUI NON

Merci de votre participation!

II/ Supports pédagogiques utilisés au cours de la séance d'éducation thérapeutique à l'hygiène orale

Annexe 4: Modèles pédagogiques d'une incisive et d'une molaire utilisés pour favoriser la compréhension de l'anatomie dentaire.



Annexe 5: Modèle pédagogique d'arcade dentaire utilisé dans le cadre des ateliers brossage collectif et exemple d'un manche de préhension présenté aux participants.



Annexe 6: Exemple d'une brosse à dent-doigt présentée aux participants (source: <https://www.bloghoptoys.fr>).



Annexe 7: Brosse à dent triface présentée au participants.



III/ Supports pédagogiques utilisés après la séance d'éducation thérapeutique à l'hygiène orale

Annexe 8: Affiche de rappel de la technique de brossage à destination des sanitaires diffusée à chaque E.S.A.T immédiatement en fin de présentation (conception et réalisation: Thomas Bonnet), Source: https://www.youtube.com/watch?v=cv_34nYhXMk

Comment se brosser les dents

Je me brosse les dents 3 fois par jour : matin, midi et soir

- 1  Je mets du dentifrice sur ma brosse à dents
- 2  Je brosse du rose vers le blanc :
de la gencive vers la dent...
 ...à l'intérieur et l'extérieur...
 ...en haut et en bas
 sur toutes les dents!
- 3  Je brosse le dessus des dents...
...en haut et en bas 
- 4  Je me brosse la langue
- 5  Je me rince

 Je change ma brosse à dents tous les 3 mois 

Annexe 9: Questionnaire finale d'évaluation des connaissances à l'intention des usagers ayant participé à l'intervention.

Questionnaire sur l'hygiène des dents

Age:

Sexe: Homme Femme

Atelier:

Type de résidence:

seul ou en couple avec son/ses parent(s) ou tuteur(s) en foyer

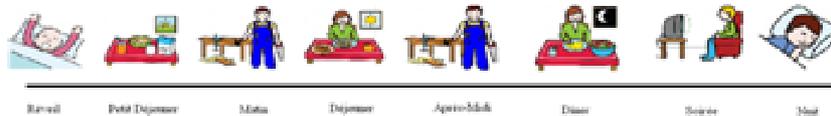
1) Avez-vous votre propre brosse à dent?

OUI NON



Pourquoi?

2) Quand vous brossez-vous les dents? (entourez le moment de la journée)



Pourquoi?

3) Entourez les aliments qui provoquent facilement des caries si on en mange beaucoup et que l'on ne se brosse pas correctement les dents après:



Une pomme
pain



Une barre chocolatée
Des légumes



De la viande



Un soda



Des bonbons



Du

Pourquoi?

4) Combien de fois par jour faut-il se brosser les dents?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

5) Est ce que vous savez ce qu'est une carie? OUI NON

6) Est ce que vous avez des dents propres? OUI NON

Merci de votre participation!

Annexe 10 : Poster (affiché et commenté à l'oral) de présentation du projet d'éducation thérapeutique en E.S.A.T. lors des 47^e Journées Internationales de la Société Française d'Odontologie pédiatrique les 17 et 18 mars 2017 à Marseille.



Mise en place d'une action d'éducation à la Santé au sein d'ESAT des Pays de la Loire

M. Recuero, I. Hyon, S. Dajeau-Trutaud, F. Perez, T. Prud'homme



INTRODUCTION

Le handicap, défini par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001 comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne, en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant », représente un enjeu de santé publique majeur en France. La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a renforcé cet état de fait.

Les déficiences physiques et psycho-comportementales caractérisant le handicap induisent une prise en charge bucco-dentaire complexe. Cela a incité au développement d'actions de prévention primaire se focalisant, en priorité, sur des publics institutionnalisés ou présentant des (poly-) déficiences sévères.

Dans les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), les personnes en situation de handicap posent un nombre important d'arrêts de travail pour cause de pathologies bucco-dentaires. Des actions de promotion de la santé orale doivent se poursuivre auprès de ces publics malgré une autonomie quotidienne et professionnelle plus importante que pour les personnes en institution.

MATERIELS ET METHODES

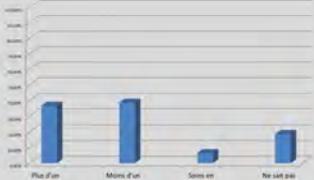
Dans ce contexte, nous avons été contactés par l'ADAPEI 44 et par la Mutuelle Intégrance afin de mettre en place une action de prévention bucco-dentaire au sein de 4 ESAT de la Communauté Urbaine de Nantes. Le projet développé s'articule autour de 2 axes :

- L'amélioration des connaissances bucco-dentaires et alimentaires
- L'enseignement d'une méthode d'hygiène orale personnalisée

L'efficacité de l'action a été évaluée à l'aide de questionnaires. Les outils pédagogiques utilisés ont du être adaptés aux 2 principaux handicaps rencontrés : handicap mental léger à modéré et handicap psychique suite à une pathologie psychiatrique stabilisée.

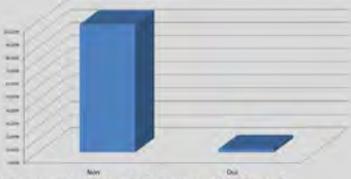
Sur les 380 usagers des 4 ESAT concernés, 203 ont accepté de participer à un questionnaire initial sur leurs connaissances en matière de santé bucco-dentaire avant l'action de prévention. 1 à 2 mois après, 80 usagers ont alors bénéficié d'une action de prévention bucco-dentaire, mais seul 34 d'entre eux ont pu participer à un second questionnaire à la suite de cette action pour évaluer l'évolution de leurs connaissances.

RESULTATS



Quand avez-vous été chez le dentiste pour la dernière fois?

Catégorie	Nombre
Plus d'un an	~15
Moins d'un an	~15
Sans rendez-vous	~5
Ne sait pas	~10



Etes-vous accompagné pour le brossage des dents?

Réponse	Nombre
Non	~15
Oui	~5



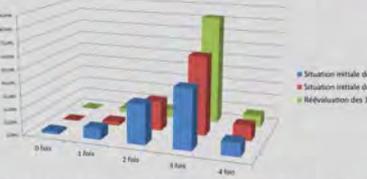
Est-ce que vous savez ce qu'est une carie?

Réponse	Situation initiale des 203 résidents	Situation initiale des 38 patients	Réévaluation des 38 patients
Oui	~10	~15	~25
Non	~10	~15	~10



Avez-vous les dents propres?

Réponse	Situation initiale des 203 résidents	Situation initiale des 38 patients	Réévaluation des 38 patients
Oui	~10	~15	~25
Non	~10	~15	~10



Combien de fois par jour faut-il se brosser les dents?

Fréquence	Situation initiale des 203 résidents	Situation initiale des 38 patients	Réévaluation des 38 patients
0 fois	~5	~10	~15
1 fois	~5	~10	~15
2 fois	~5	~10	~15
3 fois	~5	~10	~15
4 fois	~5	~10	~15

CONCLUSION

Cette action d'initiation à la Santé orale a été proposée à 80 personnes en situation de handicap, tous volontaires et porteurs d'influence dans chaque ESAT. L'action a été très appréciée par le personnel médico-social. Il a permis de stimuler l'intérêt des autres personnes en situation de handicap. Une reconduction de notre intervention est actuellement en élaboration au sein de ces même ESAT afin de sensibiliser un plus grand nombre de personnes.

Evaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en établissement médico-social : le Projet Santé Orale et Autonomie. Catteau C. Human health and pathology. Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand, 2013.

The effectiveness of differing dental health education programmes in improving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham adult training centres. Shaw MJ, Shaw L, Community Dent Health. 1991. Jul;8(2):139-45.

UNIVERSITÉ DE NANTES
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Vu le Président du Jury,



Pr F. PEREZ

Vu et permis d'imprimer

Vu le Doyen,



Pr Bernard GIUMELLI

RECUERO (Mélanie). - Mise en place d'une action d'éducation thérapeutique au sein de 4 Etablissements et Services d'Aide par le Travail (E.S.A.T) des Pays de la Loire. 155 f. ; 39 ill. ; 13 tabl. ; 104 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2017)

RESUME :

Le handicap représente un enjeu de santé publique majeur en France depuis la loi du 11 février 2005. La complexité de l'historique médical et de l'approche comportementale de la personne handicapée mènent souvent à une prise en charge bucco-dentaire tardive voir à une absence de soin dont l'issue est une perte prématurée des dents. De plus, les déficiences physiques et psycho-comportementales caractérisant le handicap, ainsi que les complications des comorbidités qui peuvent lui être associées, rendent cette prise en charge difficile et ont donc incité au développement d'actions de prévention primaire. Dans ce contexte, l'Association des Etudiants en Chirurgie Dentaire de Nantes a été contactée par la Mutuelle Intégrance et par l'ADAPEI 44 afin de mettre en place une action d'éducation à l'hygiène orale au sein de 4 Etablissements et Services d'Aide par le Travail de la Communauté Urbaine de Nantes. Le projet développé s'articule autour de 2 axes : l'amélioration des connaissances bucco-dentaires et alimentaires des usagers et l'enseignement d'une méthode d'hygiène orale personnalisée à chaque usager. Les outils pédagogiques utilisés ont été adaptés aux 2 principaux handicaps rencontrés: handicap mental léger à modéré et handicap psychique conséquent à une pathologie psychiatrique stabilisée. Pour évaluer l'efficacité de ce projet-pilote, un questionnaire initial et final d'évaluation des acquis a été développé. Initialement proposé à 20 volontaires-porteurs d'influence dans chaque E.S.A.T., ce projet a été très apprécié par le personnel médico-social et a permis de stimuler l'intérêt des autres usagers.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé publique

MOTS CLES MESH :

Prévention primaire – Primary prevention

Education en santé – Health education, dental

Déficience Intellectuelle – Intellectual disability

Troubles mentaux – Mental disorders

Emploi accompagné pour les personnes handicapées – Employment, supported

JURY:

Président: Professeur Pérez F.

Directeur : Docteur Prudhomme T.

Assesseur : Docteur Dajeau Trutaud S.

Assesseur : Docteur Lopez Cazaux S.

Assesseur : Docteur Amador Del Valle G.

ADRESSE DE L'AUTEUR :

13 Allée de la Maison Rouge – 44000 Nantes

melanie.recuero@etu.univ-nantes.fr