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

Année 2018

N° 3499

ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA PRISE EN CHARGE DES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP AU CSD DU CHU DE NANTES DE NOVEMBRE 2014 À NOVEMBRE 2016.

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

présentée
et soutenue publiquement par

Maud PERDEREAU
Née le 25 avril 1992

Le 27 septembre 2018 devant le jury ci-dessous

Présidente : Madame le Professeur Fabienne PEREZ
Assesseur : Monsieur le Docteur Saïd KIMAKHE

Directrice de thèse : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD
Co-directrice de thèse : Madame le Docteur Isabelle HYON

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 ALLIOT-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 (Praticien Hospitalier) Madame LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier)	Madame HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel) Madame GOEMAERE GALIERE Hélène (Praticien Attaché)
Maîtres de Conférences des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	**Assistants Hospitaliers Universitaires 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	Monsieur ABBAS Amine) Monsieur AUBEUX Davy Madame BARON Charlotte Madame BEAURAIN-ASQUIER Mathilde Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Madame LE LAUSQUE Julie Madame LEMOINE Sarah Monsieur LOCHON Damien Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur NEMIROVSKY Hervé Monsieur OUVRARD Pierre Monsieur RÉTHORÉ Gildas Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel Madame WOJTIUK Fabienne
Maître de Conférences	
Madame VINATIER Claire	
Enseignants Associés	
Monsieur KOUADIO Ayepa Madame LOLAH Aoula	Madame MERAMETDJIAN Laure Madame RAKIC Mia

Mise à jour le 21/03/2018

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

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Fabienne PEREZ,

Professeur des Universités

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

Docteur de l'Université de Toulouse 3

Habilitée à Diriger 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 de présider le jury de cette thèse,

Veuillez accepter ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD,

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignements et de Recherche Dentaires.

Docteur de l'Université de Nantes

Chef du Département de Pédodontie

-NANTES-

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

Pour votre temps, votre disponibilité et votre rapidité de correction

Pour votre aide précieuse, votre patience et votre bienveillante gentillesse,

Veuillez recevoir mes sincères remerciements et mon profond respect.

A Madame le Docteur Isabelle HYON,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Praticien Hospitalier

Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse

Pour m'avoir fait confiance en me confiant ce travail

Pour votre enseignement en vacation et votre exemple concernant l'abord des patients

Pour vos conseils et votre délicatesse dans les moments difficiles,

Recevez mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Saïd KIMAKHE,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignements et de Recherche Dentaires.

Docteur de l'Université de Nantes

Département de Chirurgie Buccale – Pathologie et Thérapeutique –

Anesthésiologie et Réanimation

-NANTES-

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse

Pour votre accueil lors de mon arrivée depuis Strasbourg

Pour votre sympathie à mon égard,

Recevez mes sincères remerciements.

Table des matières

Introduction **12**
Chapitre 1 : Charte Romain Jacob et nouveautés dans le parcours de soins et de santé des personnes en situation de handicap **13**
1.1 Généralités **13**
1-1-1 Définition 13
1-1-2 Chiffres 14
1-2 La charte Romain Jacob **15**
1-2-1 Le rapport de Monsieur Pascal Jacob, travail pour établir la charte Romain Jacob . 15
1-2-2 La charte nationale Romain Jacob 16
1-2-3 Les chartes régionales Romain Jacob 18
1-2-4 La chartre spécialisée Romain Jacob pour la santé bucco-dentaire 18
1-2-5 L'enquête handifaction par handidactique 20
1-2-5-1 L'association 20
1-2-5-2 L'enquête 20
1-3 Le référent handicap **24**
1-3-1 Origines 24
1-3-2 Rôles 24
1-3-3 Au niveau du département 25
1-3-4 Répertoire du référent handicap ordinal 25
1-4 Exemples de retombées de la charte Romain Jacob **26**
1-4-1 A l'échelle nationale, le rapport de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes sur l'accès aux soins bucco-dentaires 26
1-4-2 A l'échelle régionale 27
1-4-2-1 le Projet Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé dans les Pays de la Loire 27
1-4-2-2 La rencontre régionale dans les Pays de la Loire 27
1-4-2-3 L'association Acsodent Pays de la Loire 28
1-5 Enquête auprès des structures d'accueil d'adultes en situation de handicap **28**
1-5-1 Présentation de l'enquête 28
1-5-2 Le questionnaire 29
1-5-3 Résultats de l'enquête 31
1-5-3-1 Critères sur lesquels l'équipe soignante se base pour prendre un rendez-vous de consultation dentaire pour les résidents 31
1-5-3-2 Moyens utilisés par les structures d'accueil pour trouver une structure pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents 31
1-5-3-3 Praticiens consultés pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents 32
1-5-3-4 Accompagnement des résidents aux rendez-vous de consultation dentaire 32
1-5-3-5 Distance effectuée par l'équipe de la structure d'accueil pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents 33
1-5-4 Cas d'une structure d'accueil d'adultes porteurs de handicap 33
1-5-5 Discussion 34
Chapitre 2. Analyse descriptive de la prise en charge des adultes en situation de handicap au CSD du CHU de Nantes de novembre 2014 à novembre 2016 ..... **35**
2-1 Présentation de l'étude **35**
2-1-1 Population étudiée 35
2-1-2 Objectifs de l'étude 36
2-1-3 Type d'étude 36
2-1-4 Méthode 36
2-1-5 Historique de la vacation de soins spécifiques 37
2-2 Présentation des patients venant en consultation **38**

2-2-1 Répartition selon le sexe des patients 38
2-2-2 Répartition selon l'âge des patients 39
2-2-3 Répartition selon la distance effectuée par les patients pour se rendre en consultation 40
2-2-4 Répartition selon le type de rendez-vous 42
2-2-5 Délai d'obtention du premier rendez-vous 44
2-3 Facteurs environnementaux des patients 45
2-3-1 Type de handicap présenté par les patients 45
2-3-2 Lieu de vie des patients 46
2-3-3 Patients adressés par un professionnel de santé 47
2-4 Consultation des patients adultes en situation de handicap 49
2-4-1 Temps passé par les patients au fauteuil pendant les rendez-vous 49
2-4-2 Matériel utilisé par l'équipe soignante pendant les rendez-vous 54
2-5 Orientation thérapeutique des patients 60
2-5-1 Abstention thérapeutique 60
2-5-2 Soins au fauteuil 61
2-5-3 Soins au fauteuil sous MEOPA 61
2-5-4 Soins sous anesthésie générale 61
2-5-5 Suivi 62
2-5-6 Patients ré-adressés 64

Conclusion 66
Références bibliographiques 67
Index 72
Glossaire 73

Travail réalisé à la mémoire de Lucie et de sa présence dans nos vies.

Introduction

La personne en situation de handicap est une personne et un patient à part entière. Elle a besoin des mêmes soins de santé que le reste de la population.
Par sa situation, elle est plus fragile et nécessite généralement beaucoup d'attention et donc de temps.

Dans les faits, il s'avère que le parcours de soins est difficile d'accès pour les personnes porteuses de handicap.
D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (12), elles peuvent se voir refuser des soins de santé trois fois plus qu'une personne non porteuse de handicap.

Dans ce travail il s'agit de présenter la charte Romain Jacob (20) exposée le 6 juin 2013 et d'en voir quelques retombées pour la santé bucco-dentaire au niveau national et au niveau régional dans les Pays de la Loire.

Puis, nous nous sommes intéressés à la prise en charge bucco-dentaire dans les structures d'accueil d'adultes en situation de handicap grâce a une courte enquête menée auprès de quelques établissements de Loire-Atlantique et de Vendée.

Enfin, l'analyse descriptive de la prise en charge des adultes en situation de handicap au Centre de Soins Dentaires (CSD) du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nantes permet d'établir un état des lieux de la vacation de soins spécifiques et de mieux connaître les patients y ayant recours.

« *Aujourd'hui, je vous propose d'agir pour que le patrimoine et la culture vivante se réapproprient les handicaps et leur histoire. Ensemble, replaçons l'expérience de l'homme handicapé dans la mémoire et l'imaginaire de l'humanité. Construisons ensemble une société qui accueille l'autonomie des personnes handicapées dans leurs parcours de santé et de soins.* »
Monsieur Pascal JACOB, Président de l'association Handidactique (24).

Chapitre 1 : Charte Romain Jacob et nouveautés dans le parcours de soins et de santé des personnes en situation de handicap

1.1 Généralités

1-1-1 Définition

Le handicap est difficile à aborder car difficile à définir et donc à chiffrer. Il revêt différentes formes et différents degrés.

La loi du 11 février 2015 (6) définit le handicap comme suit :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Le handicap est responsable de limitations aux participations sociales et à diverses activités.
Il résulte de facteurs environnementaux adjoints à des facteurs personnels.
Les facteurs personnels sont, par exemple, l'âge qui est aggravant, mais aussi les limitations fonctionnelles ou diverses déficiences physiques, mentales ou sensorielles. Ces facteurs sont dus à des accidents ayant lieu au cours de la vie ou à des causes dites « précoces ». Des problèmes pendant la grossesse ou l'accouchement, des malformations congénitales ou des maladies héréditaires sont des causes précoces (5) (17).

Les personnes en situation de handicap ont les mêmes besoins que chaque individu avec cependant une santé qui est, en général, plus fragile. Malgré cette sensibilité, leur accès aux services de santé et de soins est restreint et leurs besoins ne sont pas satisfaits (29).
L'OMS (12) précise que, malgré les besoins identiques, la probabilité des personnes en situation de handicap de trouver un prestataire avec les compétences nécessaires ou l'installation matérielle adéquate, est deux fois plus faible que le reste de la population.
De même, la probabilité de se voir refuser des soins est trois fois plus élevée pour une personne porteuse d'une forme de handicap qu'elle quelle soit, et quatre fois plus grande d'être mal soignée dans le système de soins.

Les facteurs environnementaux ne sont autres que la non-accessibilité, les discriminations, l'exclusion ou la condescendance que subissent les personnes en situation de handicap même jusque dans le domaine de la santé et du soin (5).

Ces facteurs accentuent la tendance de repli sur soi que les personnes porteuses de handicap ont (5).

1-1-2 Chiffres

Il est difficile de chiffrer avec certitude le nombre de personnes porteuses de handicap. Comme le précise la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) (5), les études de recensement sont peu nombreuses et difficiles à réaliser. Les chiffres proviennent d'enquêtes et de sources administratives permettant une estimation de la population concernée par une forme de handicap.
La tendance au repli du soi des personnes en situation de handicap ne leur permet par toujours de se faire connaître (23).

Le « rapport mondial sur le handicap » de l'OMS (29) estime qu'1 milliard c'est-à-dire 15% de la population mondiale ou encore une personne sur sept présente une forme de handicap.

Au niveau national, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) recensent entre 6 et 10 millions de personnes porteuses de handicap. (1) (17) (23)

Une grande majorité des personnes sont porteuses d'un handicap non visible.
Les grandes paralysies comprenant la tétraplégie, la paraplégie, l'hémiplégie représentent moins de 9% des déficiences motrices.
Environ 2% à 3% des personnes en situation de handicap sont utilisatrices d'un fauteuil roulant (17).

Le handicap regroupe les déficiences visuelles, auditives, motrices et mentales.
L'INSEE (1) recense, en 2015, 1,7 millions de personnes porteuses de handicaps visuels, 5 millions de handicaps auditifs, 2,3 millions de handicaps moteurs et 700 000 de handicaps mentaux.

Dans le document « les chiffres clés du handicap » (1) publié par le Ministère des affaires sociales et de la santé en 2016, 472 000 places étaient recensées à la fin de l'année 2014 pour accueillir les personnes en situation de handicap en structure spécialisée. Ce chiffre est en hausse de 6,3% depuis 2011.

Dans son enquête « handicap/santé » (13), l'INSEE s'intéresse aux personnes en situation de handicap habitant à domicile ainsi qu'à celles habitant en institution. Le déroulement de l'enquête a permis son ouverture aux aidants qui accompagnent les personnes porteuses de handicap ainsi qu'à la consommation médicale nécessaire à leurs soins et à leur vie quotidienne.
L'enquête étudie les conséquences de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes porteuses de handicap. Son objectif est de renforcer l'approche sociale en plus de l'approche médicale.

1-2 La charte Romain Jacob

1-2-1 Le rapport de Monsieur Pascal Jacob, travail pour établir la charte Romain Jacob

Le rapport intitulé « un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » (24) est présenté par Monsieur Pascal Jacob en avril 2013.
La mission d'établir ce rapport est confiée à Monsieur Pascal Jacob par Madame Marie-Arlette Corletti alors Ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion ainsi que Madame Marisol Tourraine alors Ministre des affaires sociales et de la santé. Cette mission s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de l'accessibilité aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap.

Pour réaliser ce rapport, des rencontres et entretiens dans toute la France sont réalisés auprès des personnes porteuses de handicap, de leurs proches et des professionnels de santé et du soin qui les accompagnent.
L'objectif de ces rencontres locales est le recueil de témoignages, de questionnements et d'expériences personnelles et professionnelles. Elles permettent d'aborder les difficultés du quotidien des personnes en situation de handicap ainsi que leurs problèmes rencontrés humainement ou matériellement pour l'accès aux soins. Les craintes, les peurs, l'anxiété et les difficultés de leurs entourages, qu'ils soient personnel et médical, y sont misent en lumière.

Le film « Si tu savais » (9) est réalisé à la suite de ces entrevues pour montrer les thématiques abordées. Il donne la parole aux interviewés c'est-à-dire aux personnes en situation de handicap, leurs proches ainsi que les professionnels de santé. Il permet de confronter directement le public aux personnes interrogées. Il montre la réalité du terrain et les difficultés, problèmes et interrogations rencontrés par chacun.
L'artiste Fréderic Galy Jacob réalise le « mur de la parole » à l'hôpital Robert Debré à Paris dans le 19ème arrondissement. Des citations tirées des témoignages recueillis lors des rencontres y sont inscrites.
On trouve par exemple :
« Approchez, mon handicap n'est pas contagieux »
« Donnez-moi le mode d'emploi de ma fille »
« Avec les personnes handicapées je suis maladroit, mais je dois quand même les soigner ».

Chaque thématique est abordée en trois parties. Ces parties sont les demandes faites par les différents sujets (personnes handicapées, aidants et professionnels), le projet à mettre en place et enfin les propositions faites de façon concrète pour le réaliser.

Les dix thématiques ressortant des rencontres sont les suivantes :

- la sensibilisation, la motivation
- la formation des professionnels du soin
- la formation des aidants
- la prévention
- la coordination du parcours de la personne handicapée (faire tomber les obstacles)
- redonner un sens à la dignité en fin de vie
- organiser un réseau d'astreinte et d'orientation
- les urgences
- la proximité, l'accessibilité, les disponibilités, les unités mobiles de soins
- les soins ordinaires dans le monde de tous

Les deux ateliers suivant y sont ajoutés :

- revoir les tarifications
- créer un pôle de recherche et de bonnes pratiques (respecter l'autonomie)

La synthèse des ateliers de paroles, de discussions et de partage est ensuite faite pour publier le rapport « un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » et un nouveau film « Si on voulait ».
Ce rapport est utilisé par la suite pour la réflexion et la rédaction de la charte Romain Jacob.

Quatre constats ont été faits:

- le manque de connaissance du handicap dans le système de santé
- la nécessité de la prise en charge des aidants familiaux comme partenaire du soin
- le besoin de valorisation du travail des professionnels auprès des personnes handicapées
- la nécessité de travailler en partenariat entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

Ce travail est le départ d'autres actions qui ont été faites pour l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap.
Quelques mois après la sortie de ce rapport, la présentation nationale de la charte Romain Jacob est la première retombée de ce travail.

1-2-2 La charte nationale Romain Jacob

La charte Romain Jacob qui porte le nom du fils de Monsieur Pascal Jacob (20) a été réalisée pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en France.
Elle est présentée le 6 juin 2013 soit deux mois après la réalisation du rapport « un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » (24) et le film « Si on voulait » par Monsieur Pascal Jacob.
Elle s'inscrit dans les orientations politiques pour l'insertion sociale et la pleine citoyenneté des personnes handicapées.

Cette charte découle d'une réflexion du groupe Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) regroupant les acteurs nationaux du soin et de l'accompagnement. Elle est placée sous le haut parrainage de l'Académie Nationale de Médecine.

Le but de la signature de cette charte est de fédérer l'ensemble des acteurs régionaux et nationaux autour de l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap. La priorité actuelle est le manque de formation, de moyens et de prise en charge.

La charte Romain Jacob a été rédigée en langage Facile A Lire et à Comprendre (FALC) (20) grâce à l'association les papillons d'Epernay. Cette version a été ajoutée à la version classique afin de rendre la charte accessible à tous.
La rédaction des documents en FALC est un objectif européen depuis 2009.

La charte nationale est signée le 16 décembre 2014 (4).

Les signataires de la charte s'engagent à aider les acteurs locaux au niveau régional, à agir ensemble pour répondre aux besoins particuliers des personnes en situation de handicap concernant l'accès aux soins et à la santé.
L'accès aux soins concerne aussi bien les soins courants que les soins spécifiques en milieu ordinaire, pour toutes les spécialités médicales et paramédicales.
Les acteurs de soins et les accompagnants sont démunis par le manque de formation, de prévention et de moyens. Les signataires s'engagent auprès des soignants et des accompagnants à promouvoir les actions visant à leur apporter des réponses.
Un autre des engagements des signataires est d'aider à la diffusion des initiatives ayant réussies à améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap.

La charte (20) comporte douze articles qui sont les suivants :

- valoriser l'image que la personne en situation de handicap perçoit d'elle-même
- valoriser l'accompagnement
- exprimer les besoins
- intégrer la santé au parcours de vie des personnes en situation de handicap
- construire une culture professionnelle commune
- coordonner le parcours de santé
- organiser l'accès aux soins et à la prévention
- faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires
- prévenir et adapter l'hospitalisation avec ou sans hébergement
- améliorer la réponse aux urgences médicales
- faciliter le recours aux technologies de l'information et de la communication
- mettre en œuvre et évaluer la présente charte

1-2-3 Les chartes régionales Romain Jacob

Des chartes Romain Jacob sont présentées au niveau régional. Les signatures sont étalées dans le temps.

- 1 région n'a pas encore signé
- 1 région est en cours de signature
- 3 régions ont signé en 2014
- 14 l'ont fait 2015
- 7 en 2016
- 1 région a signé en 2017

(4)

1-2-4 La chartre spécialisée Romain Jacob pour la santé bucco-dentaire

Des chartes Romain Jacob spécialisées sont réalisées dans différents domaines. Certaines sont signées par les représentants de ces disciplines, d'autres sont en projet.
Elles concernent les domaines suivants:

- la médecine d'urgence
- la médecine physique de rééducation
- l'aide à domicile
- la recherche appliquée au soin et à l'accompagnement
- la santé bucco-dentaire

La rédaction de la charte Romain Jacob pour la santé bucco-dentaire a été organisée et fédérée par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD) qui regroupe l'ensemble des représentants de la profession de chirurgie-dentaire.
Cette charte spécifique de la charte Romain Jacob a été signée par handidactique, l'Ordre Nationale des Chirurgiens-Dentistes (ONCD), la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD), la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL), l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes (UJCD) et l'UFSBD, le 26 août 2015 (11).

Elle est composée de sept piliers qui sont les suivants (11) :

- *Mobiliser tous les acteurs du parcours de santé*

Les professionnels médicaux, les intervenants, les familles, les aidants ainsi que la personne en situation de handicap elle-même sont tous des acteurs du parcours de santé.

- *Veiller à la prise en compte la plus précoce possible de la santé bucco-dentaire au sein du parcours de santé*

Chacun des acteurs du parcours de santé a un rôle primordial. Leur formation est nécessaire.
Les professionnels médicaux, par les formations initiales et continues, doivent être capables de prendre en charge et de mettre en place un suivi pour tous les patients.

Les intervenants et les aidants doivent être sensibilisés et formés pour l'hygiène bucco-dentaire, les actes de prévention ainsi que le suivi bucco-dentaire de leurs patients.
Les familles et la personne en situation de handicap doivent être sensibilisés par chacun des intervenants à l'hygiène bucco-dentaire pour être les premiers acteurs de leur santé.
Ainsi, il s'établit une pyramide de soins dont le socle est le patient et son entourage proche.

- *Imposer l'éducation à la santé et à la prévention comme les incontournables du parcours de santé bucco-dentaire*

L'entourage du patient est un élément essentiel dans la prise en charge pour permettre d'établir une relation de confiance avec l'équipe soignante. Leur présence permet une meilleure acceptation des différentes pratiques et la pérennité de la démarche de soins.
Il est important d'effectuer des campagnes de sensibilisation et d'éducation dans les écoles et les établissements d'accueil des enfants handicapés pour les toucher dès leur plus jeune âge. Ces interventions permettent d'instaurer de bonnes habitudes d'hygiène et de suivi, le plus tôt possible dans leur vie. Les personnels des établissements et les aidants familiaux sont les premiers interlocuteurs pour le suivi et la prévention. Ces campagnes doivent également être faites auprès d'eux.
Il est important que les familles et les personnes en situation de handicap reçoivent les informations puisqu'ils sont les premiers acteurs de leur santé.

- *Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires*

Pour développer l'accès aux soins ambulatoires et pour améliorer leur offre de soins, les chirurgiens-dentistes doivent, parfois, revoir leur organisation de travail et les aménagements de leurs locaux.
Cependant l'élément important de ce point reste la mise en place par le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes d'un référent handicap, rôle majeur dans le parcours de santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap.

- *Créer une habitude de visite régulière chez le chirurgien-dentiste, dès le plus jeune âge, en favorisant le milieu ordinaire*

Pour tous les français une visite annuelle dès la première année de vie est recommandée par l'UFSBD.
Lors de la première consultation, le chirurgien-dentiste doit mettre en place, avec la famille et les accompagnants, un protocole d'hygiène bucco-dentaire et de prévention adapté au patient et à son environnement.
La mise en place d'un suivi pour chacun permet le maintien de l'hygiène bucco-dentaire, la prise en charge précoce d'éventuelles lésions ou autres problèmes et l'entretien d'une relation de confiance entre le patient et le praticien.
Le chirurgien-dentiste omnipraticien de ville doit pouvoir orienter le plus facilement possible son patient lorsque les soins en milieu ordinaire sont difficiles.
Les accompagnants ont un rôle essentiel d'expertise et de compétence dans le parcours de santé. L'accès au cabinet de chirurgie-dentaire ne doit pas leur être refusé. Ils permettent au patient en situation de handicap d'avoir quelqu'un qui le connaît parfaitement à ses côtés pour le rassurer. Ils aident le praticien à comprendre les moyens de communications, parfois très individuels, du patient.

Leur présence permet également au professionnel de santé de répondre à ses interrogations.

- *Les établissements médico-sociaux sont des partenaires du parcours de santé*

Pour établir un bon partenariat des établissements de santé, il a été proposé d'y intégrer un chirurgien-dentiste référent. Ainsi les structures sont moins démunies pour trouver un praticien et les patients connaissent le chirurgien-dentiste qui s'intègre à l'équipe à laquelle ils sont confrontés.
Un bilan bucco-dentaire annuel doit-être mis en place dans chaque établissement par soucis de prévention et de suivi des patients.

- *Coordonnateur des soins et de la prévention et correspondant en santé orale : les garants du suivi du parcours de santé*

En formant un correspondant en santé orale dans chaque établissement, la prévention et le suivi sont facilités. En effet, il s'agit d'une personne présente régulièrement auprès du patient, elle le connait et la confiance est déjà établie entre eux. Il s'agit d'un réel lien entre le patient et le chirurgien-dentiste. La personne porteuse de handicap est le premier acteur dans son parcours de santé bucco-dentaire. L'accompagnant en est le second acteur.
Pour les personnes en situation de handicap vivants hors établissement (à domicile), une personne sensibilisée à la santé bucco-dentaire doit être présente afin de coordonner leur parcours de santé.

1-2-5 L'enquête handifaction par handidactique

1-2-5-1 L'association

Handidactique est une association créée le 1er aout 2013 et présidée par Monsieur Pascal Jacob.
Les soixante-dix personnes de l'association travaillent pour donner des conseils, réaliser et soutenir différents projets. Le but est d'améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap et des personnes interagissant avec elles, notamment leur famille, les aidants, les intervenants.

L'association, par son représentant Monsieur Pascal Jacob, a signé les chartes Romain Jacob. Elle a également œuvré dans l'établissement du rapport « un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » ainsi que dans la réalisation du « mur de la parole » à l'hôpital Robert Debré et des films « Si tu savais » et « Si on voulait » (8).

1-2-5-2 L'enquête

Handifaction est une enquête sous forme de questionnaire. Elle comporte dix-sept questions rédigées en FALC. Elle est disponible sur le site internet de l'association handidactique à tout moment et par tous.
Cette enquête s'adresse à toutes les personnes en situation de handicap. Elle a débuté le 10 novembre 2015.

Le but de l'enquête handifaction est de voir les différentes améliorations faites en retombée de la signature de la charte Romain Jacob.

Les différents sujets abordés sont les suivants :

- la qualité de l'accueil
- la qualité des soins prodigués
- l'acceptation par l'équipe soignante du besoin d'accompagnement de la personne en situation de handicap
- le taux de questions posées par la personne en situation de handicap
- le taux de réponses obtenues
- la qualité du soin aux urgences
- la qualité du soin aux services hospitaliers
- le progrès observé grâce à la charte Romain Jacob
- pour l'identification : le lieu et type de soin, le sexe et l'âge du patient ainsi que son besoin d'accompagnement.

(8)

Questionnaire HANDIFACTION

Au cours des deux derniers mois, avez-vous eu besoin de soins médicaux et paramédicaux ?

◯ Oui, j'en ai eu besoin ◯ Non, je n'en ai pas eu besoin

À quel endroit ?

☐ En ville, généraliste
☐ En ville, spécialiste
☐ A l'hôpital
☐ A domicile
☐ En hospitalisation à domicile
☐ En établissement social et médico-social

De quels types de soins ?

☐ Soins aux urgences
☐ Soins habituels
☐ Soins pour une maladie connue
☐ Soins pour une nouvelle maladie
☐ Accident
☐ Soins des dents
☐ Soins des yeux
☐ Soins pour maladies d'autres parties du corps
☐ Soins liés au handicap
☐ Rééducation

Avez-vous été satisfait de l'accueil ?

Très satisfait 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ Pas du tout satisfait

Avez-vous été satisfait des soins ?

Très satisfait 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ Pas du tout satisfait

Avez-vous besoin d'être accompagné ?

◯ Oui, j'en ai besoin ◯ Non, je n'en ai pas besoin

L'accompagnement de votre choix a-t-il été accepté ?

◯ Oui, il l'a été ◯ Non, il ne l'a pas été

Avez-vous posé des questions ?

◯ Oui, j'en ai posé ◯ Non, je n'en ai pas posé

Avez-vous obtenu les réponses à vos questions ?

◯ Oui, j'en ai posé ◯ Non, je n'en ai pas posé

Selon vous, avez-vous bien été soigné ?

Très satisfait 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ Pas du tout satisfait

Si vous avez séjourné à l'hôpital

***Aux urgences :* selon vous, avez-vous bien été soigné ?**

Très satisfait 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ Pas du tout satisfait

***Dans les services :* selon vous, avez-vous bien été soigné ?**

Très satisfait 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ Pas du tout satisfait

Avez-vous eu le sentiment de ne pas avoir été soigné ?

◯ Oui, j'ai eu ce sentiment ◯ Non, je n'ai pas eu ce sentiment

A-t-on tenu compte de la douleur ?

◯ Oui, on en a tenu compte ◯ Non, on n'en a pas tenu compte

Vous avez attendu...

◯ 1 heure ◯ 3 heures ◯ 6 heures ◯ 10 heures

Vous êtes :

◯ Un homme ◯ Une femme

Vous avez :

◯ - de 10 ans ◯ 10 à 18 ans ◯ 18 à 45 ans ◯ 45 à 65 ans ◯ + de 65 ans

Où habitez-vous ? (code postal) ..... ⎵ ⎵ ⎵ ⎵ ⎵

Où avez-vous été soigné ? (code postal) ..... ⎵ ⎵ ⎵ ⎵ ⎵

Avez-vous ressenti des progrès dans votre accès aux soins ?

Beaucoup de progrès 1 ◯ 2 ◯ 3 ◯ 4 ◯ Aucun progrès

(8)

L'association demande à chaque patient en situation de handicap de remplir le formulaire ci-dessus au retour de chacun de ses rendez-vous.
Des bilans réguliers sont ainsi établis et publiés sur le site de l'association. Ils permettent d'apprécier l'évolution des progrès pour chacun des sujets ci-dessus.
Depuis mai/juin 2016, une amélioration continue est établie (27).

1-3 Le référent handicap

1-3-1 Origines

En fin d'année 2017, l'ONCD publie le rapport « Accès aux soins bucco-dentaires, rapport 2017» (23).
En 2010, le rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire » (30) aborde l'idée de la mise en place de référent handicap au niveau des départements.
Elle semble s'être faite en 2011 pour les premiers départements, d'après l'interview d'un référent handicap du Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes sur le site 66 millions d'impatients (2).
Le travail du référent handicap n'est pas isolé. Il s'inscrit dans celui du comité de pilotage départemental composé de conseillers ordinaux, de praticiens engagés dans l'offre de soins aux personnes en situation de handicap et de représentants locaux de l'UFSBD (14).
L'objectif est de cartographier l'offre et la demande de soins et de développer un maillage des actions le plus homogène possible sur le territoire (15).

Afin d'aider les référents handicap ordinaux au niveau départemental, les postes de coordinateurs régionaux ont été créés en 2017.
Leur rôle consiste à rendre visible le parcours du soin, développer des dispositifs, favoriser les créations de réseaux et de structures, lever des fonds pour divers financements (16).

1-3-2 Rôles

Les rôles du référent handicap sont la connaissance et l'établissement d'un répertoire de l'offre de soins du territoire départemental duquel il est en charge. Il doit savoir quel chirurgien-dentiste est accessible et de quelle manière il l'est.
L'accessibilité matérielle peut varier. Les différences de formation des praticiens engendrent des différences dans l'accessibilité d'accueil et de soins.
Il doit connaître les cabinets dentaires présents sur le territoire dont il est en charge, ainsi que les différents chirurgiens-dentistes et leurs formations. Ainsi il doit pouvoir être en mesure, pour chaque patient en fonction de ses particularités, de savoir quels soins sont réalisables dans chaque cabinet.
Il répertorie également les différentes structures, associations, établissements, capables d'accueillir, soigner ou de venir en aide aux personnes en situation de handicap.
Il connaît la présence ou non de faculté d'odontologie dans son département (28) (23).

Son premier rôle est la réalisation d'un état des lieux de la demande et de l'offre de soins sur le territoire (22).

Ensuite, il est amené à identifier et encourager les différentes initiatives existantes ou en cours pour les faire connaître et les multiplier en cas de réussite. Elles sont souvent isolées (23).

Le référent handicap a aussi pour rôle la vérification des moyens matériels et leur mise à disposition en cas de nécessité. Par exemple, un chirurgien-dentiste amené à prodiguer des soins à domicile mais n'ayant pas le matériel nécessaire, peut faire appel au référent handicap. Ce dernier est alors en mesure de mettre à disposition du praticien une mallette adaptée aux soins à domicile (16).

Il prend une place majeure de coordonnateur dans le parcours de soins des personnes en situation de handicap qui se résume comme suit.
Les patients, leur famille ou soignants peuvent appeler le Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes (CDOCD) pour obtenir des renseignements concernant les soins.
Ils sont redirigés vers le référent handicap.
Ce dernier identifie le type de handicap et les besoins du patient en matière de prise en charge, de soins et de plateau technique. Il détermine la possibilité ou non d'une prise en charge en cabinet de ville.
Si la prise en charge en milieu ordinaire est possible : le référent handicap indique au patient, dans la mesure du possible pour le respect du libre choix du praticien, plusieurs chirurgiens-dentistes accessibles. Ils ont préalablement accepté que leurs coordonnées soient adressées aux patients.
Si la prise en charge en milieu ordinaire lui semble compliqué: il coordonne le parcours de soins du patient vers des structures spécialisées, en fonction de l'offre de soins du territoire (23).

Par l'intermédiaire du référent handicap, le CDOCD épaule et soutient les praticiens qui souhaitent améliorer leur accessibilité, qu'elle soit sur le plan matériel ou celui de la formation. La priorité étant à l'offre de soins en cabinet de ville et, en cas de nécessité, l'orientation vers des structures spécifiques (16).

1-3-3 Au niveau du département

En Loire-Atlantique, d'après le recensement du 14 avril 2016, (25) aucune action ni aucun réseau ne sont référencé jusqu'à cette date.
Pour autant il est important d'avoir conscience que la mise en place des référents s'est faite de manière inégale sur le territoire. Pour l'harmonisation nationale et un meilleur maillage, des rencontres régionales sont organisées entre les différents référents handicap départementaux (16).

1-3-4 Répertoire du référent handicap ordinal

Comme évoqué précédemment, un des premiers rôles du référent handicap est de répertorier l'offre de soins. Pour ce faire, il leur est conseillé de demander aux chirurgiens-dentistes, peu importe leur lieu d'exercice, la manière dont ils se positionnent par rapport à l'accueil de patients en situation de handicap. Sont-ils en mesure de recevoir et soigner des patients porteurs de handicap ? Dans cette mesure, acceptent-ils que leurs coordonnées soient adressées à ces patients ?
Le volontariat et le respect des choix étant des mots d'ordre dans la décision d'intégrer ou non le répertoire de praticiens accessibles (14) (28).

En Loire-Atlantique, les patients ont accès à la vacation de soins spécifiques du centre de soins dentaires du CHU Hôtel Dieu de Nantes.

Malgré plusieurs tentatives nous n'avons pas réussi à joindre le référent handicap de Loire-Atlantique pour discuter de son rôle et de sa mise en place dans le département.

1-4 Exemples de retombées de la charte Romain Jacob

1-4-1 A l'échelle nationale, le rapport de l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes sur l'accès aux soins bucco-dentaires

L'ONCD a publié le 15 septembre 2017 le rapport sur l'accès aux soins bucco-dentaires (23). Cette publication fait suite au fait que 6 à 10 millions de patients n'ont pas accès aux cabinets dentaires à cause de leur handicap, leur dépendance ou leur précarité. Ces chiffres ont déclenché un travail de recensement comprenant les différentes actions, les associations et les réseaux de soins. Cet état des lieux permet à l'ONCD de cartographier l'offre et la demande de soins sur le territoire. Le but est de développer un maillage territorial homogène et de fédérer les volontaires pour agir.
Le rapport publié est une source d'informations, de modèles d'actions et de dispositifs déjà mis en place et pouvant servir d'exemple.

Le rapport sur l'accès aux soins bucco-dentaires donne notamment les rôles du référent handicap.
Ce rapport étant public et disponible sur le site internet de l'ONCD, il est accessible par chacun.
La revue « La lettre » (14) (15) (16) envoyée à chaque praticien a publié des articles sur le rapport sur l'accès aux soins bucco-dentaires et sur le référent handicap. Ils abordent également différentes actions que les praticiens volontaires peuvent intégrer.

Le rapport sur l'accès aux soins bucco-dentaires (23) référence les cinq axes de travail suivants pour améliorer l'offre de soins:

- développer les techniques spécifiques (MEOPA, hypnose, télémédecine) et la formation des praticiens sur celles-ci.
- réaliser un maillage des centres ressources (services hospitaliers, réseaux et structures dédiées) sur le territoire
- développer les unités mobiles de soins (bus, cabinets démontables)
- créer des postes de praticiens hospitaliers et ouvrir des services hospitaliers d'odontologie
- rechercher des financements et des partenariats tels que l'ARS pour la prévention et les soins, l'URPS pour la formation des praticiens et la CPAM pour la prise en charge des transports vers les cabinets dentaires.

Le rapport souligne que les moteurs de l'amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaires sont la cohésion des acteurs ainsi que l'engagement pour l'accès aux soins pour tous.

1-4-2 A l'échelle régionale

1-4-2-1 le Projet Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé dans les Pays de la Loire

Le Projet Régional de Santé (PRS) (22) a pour but de fédérer les acteurs de soins et de santé. Les objectifs sont les améliorations du système de santé dans la région Pays de la Loire ainsi que de la santé de la population.
Ce projet s'étend de 2012 à 2016 et comprend cinq axes de travail. Chacun est systématiquement présenté avec des propositions concrètes pour les améliorer
Les cinq axes sont les suivants:

- mettre les personnes au cœur du système de santé
- organiser la proximité
- maîtriser les risques de santé des populations
- mettre en lumière les attentes des usagers et des professionnels de santé vis à vis sur PRS
- exposer les engagements pour l'amélioration de la santé dans chaque département de la région des Pays de la Loire

Pour la période de 2018 à 2022, un nouveau projet régional de santé voit le jour, mis en place par l'ARS. Il s'agit du PRS 2ème génération. Les objectifs sont la prévention, les soins et l'accompagnement. L'enjeu majeur de ce projet est la baisse des inégalités dans le domaine de la santé (32).

1-4-2-2 La rencontre régionale dans les Pays de la Loire

Une rencontre régionale s'est tenue à Carquefou, dans la région Pays de la Loire, le 2 juin 2016. Elle a regroupé deux cent cinquante acteurs de santé et du médico-sociale de la région.
Au cours de cette rencontre, la charte Romain Jacob a été signée (26).
Le plan d'action régional sur l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap a été présenté. Il est accessible dans un livret disponible publiquement.
Ce livret intitulé « unis pour l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap » (19) est composé des cinq axes suivants:

- sensibiliser, informer, former
- mobiliser les acteurs de santé de proximité sur la coordination
- adapter les établissements de santé à l'accueil et à une prise en charge coordonnée des personnes en situation de handicap
- améliorer l'accès aux soins courants des personnes en situation de handicap
- améliorer l'accès aux soins préventifs et à l'éducation à la santé des personnes en situation de handicap

Chacun de ces axes est présenté par ses objectifs, des témoignages ainsi que des actions concrètes à mettre en place avec des exemples.

1-4-2-3 L'association Acsodent Pays de la Loire

L'association Acsodent Pays de la Loire est une association qui œuvre pour *« l'accès aux soins et à la santé bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap ».*
Elle est soutenue et financée par l'ARS. Elle a été créée par les représentants de la profession de chirurgie-dentaire ainsi que d'associations de personnes en situation de handicap. D'abord mis en place dans le département de la Maine-et-Loire (49), l'ARS a demandé à l'association de s'étendre au niveau de la région des Pays de la Loire pour devenir un dispositif d'appui régional. Le but étant de répertorier les demandes et les besoins en terme de santé pour ensuite améliorer et faciliter l'accès à la santé des personnes porteuses de handicap, grâce aux moyens humains et matériels disponibles sur le territoire (3).

Le but de cette association est l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé bucco-dentaire des enfants et des adultes porteurs de handicap.
Différentes actions sont misent en place. Par exemple, des actions de prévention sont réalisées et des dépistages sont effectués à domicile par un chirurgien-dentiste.
Cette association intervient auprès des structures d'accueil des personnes en situation de handicap pour les aider dans la prise en charge bucco-dentaire de leurs résidents. Un point important de leur action est la formation de correspondants en santé orale dans les structures d'accueil.
Le parcours de santé et de suivi bucco-dentaire est coordonné par ces correspondants. Ils sont sensibilisés à la santé orale et peuvent ainsi être en première ligne pour déclencher la prise d'un rendez-vous chez un chirurgien-dentiste (33).

1-5 Enquête auprès des structures d'accueil d'adultes en situation de handicap

1-5-1 Présentation de l'enquête

L'enquête a été faite auprès de structures d'accueil d'adultes en situation de handicap des départements de la Loire-Atlantique (44) et de la Vendée (85). Elle a pour but d'obtenir des renseignements sur l'état actuel de la situation concernant la prise en charge bucco-dentaire des résidents.
L'objectif est d'avoir un aperçu de l'état du suivi de santé bucco-dentaire des patients porteurs de handicap, et de certaines difficultés rencontrées par les structures les accueillants.
Cette enquête n'a pas pour but une extrapolation à une quelconque autre échelle.

Une liste répertoriant les structures d'accueil de personnes en situation de handicap dans les départements ciblés (44 et 85) a été obtenue auprès de l'ARS. Cette liste est exhaustive et mise à jour régulièrement (10). Cent structures ont été contactées. Elles ont été sélectionnées de manière aléatoire.
Le choix des départements concernés est basé sur les provenances majoritaires des patients du CSD du CHU de Nantes.

Cette enquête se compose d'un questionnaire de cinq questions à choix multiples. Dans le cas où plusieurs réponses peuvent convenir, la personne interrogée doit les classer par ordre de fréquence.

Les questionnaires ont été soumis par entretien téléphonique. Ils ont été envoyés par e-mail pour les structures d'accueil le souhaitant.
Les personnes interrogées étaient des soignants, des éducateurs ou des responsables de structures d'accueil.
Moins de cinq minutes sont nécessaires pour répondre à l'enquête.

Toutes les structures ne pouvant répondre dès la première fois ou n'étant pas joignables ont été recontactées au moins une fois. Malgré cela, toutes n'ont pas répondu.

Trente-huit réponses ont été obtenues soit 38% des structures contactées.

1-5-2 Le questionnaire

Enquête auprès des structures d'accueil des adultes en situation de handicap

Pour la thèse de Maud Perdereau sur la prise en charge des adultes en situation de handicap au centre de soins dentaires du CHU de Nantes.

1. Sur quels critères vous basez-vous pour prendre un rendez-vous de consultation dentaire pour vos résidents ? (*Merci de classer les réponses de 1 à 8 par ordre de fréquence)*

a. demande du résident
b. demande venant de l'entourage du résident
c. demande d'un médecin
d. observations par le personnel de modification(s) du comportement du résident
e. douleur bucco-dentaire auto-évaluée (exprimée par le résident)
f. douleur bucco-dentaire hétéro-évaluée (exprimée par une tierce personne : personnel soignant, entourage, famille etc…
g. recommandations générales de suivi bucco-dentaire ou de santé
h. autre :

2. **Vers qui/quoi vous tournez-vous pour trouver une structure de soins dentaires pouvant accueillir et soigner vos résidents ?** *(Merci de classer les réponses de 1 à 9 par ordre de fréquence)*

   a. moteur de recherche, site internet : lequel ?
   b. Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes (référant handicap)
   c. recommandations de l'entourage
   d. recommandations d'un médecin
   e. milieu hospitalier (public ou privé)
   f. habitudes de votre structure
   g. bouche-à-oreille
   h. habitudes du patient
   i. autre :

3. **Vers quel praticien orientez-vous vos résidents suite à vos recherches?** *(Merci de classer les réponses de 1 à 6 par ordre de fréquence)*

   a. Chirurgien-dentiste libéral omnipraticien
   b. Chirurgien-dentiste libéral spécialisé dans la prise en charge des adultes en situation de handicap ou utilisant le MEOPA
   c. Chirurgien-dentiste pratiquant en milieu hospitalier public
   d. Chirurgien-dentiste pratiquant en milieu hospitalier privé (clinique)
   e. Chirurgien-dentiste pouvant se déplacer « à domicile »
   f. autre :

4. **Qui accompagne vos résidents à leur rendez-vous dentaire ?** *(Merci de classer les réponses de 1 à 5 par ordre de fréquence)*

   a. pas d'accompagnant, prise en charge des trajets par des ambulances/taxis etc…
   b. une personne de la structure (éducateur, encadrant, auxiliaire de vie)
   c. un soignant de la structure (infirmier(e), aide-soignant(e))
   d. un proche du patient
   e. autre :

5. **Pour la prise en charge bucco-dentaire de vos résidents, combien de kilomètres pouvez-vous être amené à faire ?**

   a. moins de 10 km
   b. entre 10 et 20 km
   c. entre 20 et 50 km
   d. entre 50 et 100 km
   e. plus de 100 km
   f. autre :

1-5-3 Résultats de l'enquête

1-5-3-1 Critères sur lesquels l'équipe soignante se base pour prendre un rendez-vous de consultation dentaire pour les résidents

De cette enquête, il ressort que dans la majorité des structures questionnées, un rendez-vous annuel est systématique.
Les structures observent ainsi les recommandations générales de santé ou suivi bucco-dentaire données par l'UFSBD (31).
Certaines structures, sur conseil du chirurgien-dentiste consulté, ont ramené cette consultation annuelle à un suivi semestriel.

Entre ces consultations systématiques, des rendez-vous sont pris par le personnel de la structure en cas d'observations de modifications du comportement du résident, témoignant de la présence d'une « anomalie » au niveau de la sphère orale.

Un trouble bucco-dentaire peut-être la présence de lésions carieuses, de plaque dentaire, de tartre, d'inflammations gingivales, d'infections ainsi que de troubles de la déglutition ou de la mastication.
Ces troubles engendrent des douleurs avec modifications du comportement ainsi que des problèmes et déséquilibres alimentaires et un repli sur soi.
Dans certains cas, les troubles bucco-dentaires entrainent l'aggravation de pathologies générales notamment au niveau du système immunitaire et respiratoire (30).

Si le patient est en mesure d'exprimer la douleur, des rendez-vous sont fixés lorsque le résident signale la moindre gêne.

Les personnes de l'entourage du résident (soignants, éducateurs, proches) qui connaissent bien ses moyens de communications (souvent très individuels), sont en mesure d'évaluer dans certains cas sa douleur.

Moins souvent, les rendez-vous sont pris suite à la demande des proches du résident mais aussi à celle du médecin.

1-5-3-2 Moyens utilisés par les structures d'accueil pour trouver une structure pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents

Les structures font, dans la majorité des cas, appel au chirurgien-dentiste traitant du résident. Cette pratique permet le maintien du confort du résident et de la confiance qu'il a déjà établi avec ses soignants. Ses habitudes ne sont pas changées.
La structure d'accueil fait également appel à ses propres habitudes en ce qui concerne les praticiens consultés. Ainsi, les rendez-vous peuvent être groupés. Le chirurgien-dentiste est habitué aux résidents de la structure et à son personnel. Les soins sont facilités par cette confiance et cette connaissance mutuelle.

Lorsqu'aucune habitude n'est en place, les structures privilégient le bouche-à-oreille recherchant les qualités humaines et l'adaptabilité face au handicap du chirurgien-dentiste.

Plusieurs structures font appel à l'association Ascodent.

Pour certaines structures, les recherches se font auprès des moteurs de recherche sur internet, des recommandations des proches des résidents et du médecin ainsi que du milieu hospitalier.

Aucune des structures contactées n'a fait appel au référent handicap par le biais du CDOCD.

1-5-3-3 Praticiens consultés pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents

En première intention, la grande majorité des résidents consultent un chirurgien-dentiste omnipraticien en cabinet libéral.
En seconde intention, en fonction du handicap ou des soins à réaliser, ils peuvent être orientés vers le milieu hospitalier par le chirurgien-dentiste traitant.
Le milieu hospitalier public est davantage consulté que le milieu hospitalier privé.

Certaines structures consultent des chirurgiens-dentistes libéraux utilisant le MEOPA. Elles sont peu à le faire, principalement parce que ces praticiens ne sont pas très nombreux.

Une structure a recours à un chirurgien-dentiste se déplaçant dans la structure une fois par an pour faire un contrôle pour chaque résident. Il établit un plan de traitement des soins à réaliser lorsqu'ils sont nécessaires. A la suite de ces bilans individuels, les rendez-vous pour les soins ont lieu au cabinet dentaire libéral de ce même praticien.

1-5-3-4 Accompagnement des résidents aux rendez-vous de consultation dentaire

La question de l'accompagnement des résidents à leur rendez-vous dépend de leur degré d'autonomie en premier lieu.
Elle dépend également de la distance entre la structure d'accueil et la structure de soins dentaires.
Enfin, elle est aussi fonction des habitudes de la structure d'accueil.

Dans la grande majorité des cas, le résident est accompagné par un éducateur et/ou un soignant de la structure.

Moins souvent, les résidents ne sont pas accompagnés et, si la distance à effectuer est courte, vont seuls et à pieds à leur rendez-vous. Dans le cas contraire, les transports sont effectués par un taxi ou une ambulance.

Rarement, il arrive que des proches du résident l'accompagnent à ses rendez-vous de prise en charge bucco-dentaire.

1-5-3-5 Distance effectuée par l'équipe de la structure d'accueil pour la prise en charge bucco-dentaire des résidents

La majorité des structures d'accueil questionnées ont répondu qu'elles pouvaient être amenées à effectuer entre 50 et 100 km pour la prise en charge bucco-dentaire de leurs résidents.

De très nombreuses structures d'accueil ont répondu qu'elles pouvaient effectuer entre 20 et 50 km.

Beaucoup font moins de 10 km et consultent le praticien installé dans la même commune.

Certaines ont répondu avoir été amenées à effectuer plus de 100 km.

La plupart des réponses ont spontanément été données en temps de trajet plutôt qu'en distance. En effet le déplacement des résidents est chronophage avant tout. La structure d'accueil est privée d'un ou plusieurs personnels soignants et/ou éducateurs le temps des trajets aller et retour, ainsi que la durée du rendez-vous dentaire. Les équipes soignantes et éducatives en sont ainsi affaiblies.

Les équipes privilégient la proximité mais sont capables de faire de nombreux kilomètres pour trouver un praticien convenant à la structure et aux résidents.

1-5-4 Cas d'une structure d'accueil d'adultes porteurs de handicap

Il s'agit d'une structure d'accueil équipée en MEOPA et dont le personnel est formé à son utilisation.
L'équipe de cette structure souhaiterait qu'un praticien formé à l'utilisation du MEOPA vienne sur place réaliser les consultations et les soins de ses résidents.

L'idée est intéressante concernant l'abord psychologique du résident.
En effet, aucun déplacement n'est à réaliser, ni aucune confrontation au milieu médical (hôpital, salle d'attente, cabinet dentaire) généralement anxiogène pour ces patients.

Le personnel assistant le chirurgien-dentiste, venu dans la structure, serait alors le même que le personnel quotidien du résident. Ceci pourrait permettre un réel lien de confiance praticien-patient et un apaisement pour le patient. Ce personnel connaît parfaitement les résidents et leurs moyens de communications parfois très individuels.

Le cabinet étant dans l'enceinte de la structure, les résidents seraient dans un lieu qu'ils connaissent.
De plus, des séances éducatives de découverte du lieu pourraient-être facilement réalisées pour les aider à s'approprier l'environnement du cabinet et des soins dentaires.

1-5-5 Discussion

Le taux de réponses à cette enquête est décevant. Il permet tout de même d'aborder les difficultés rencontrées par les structures d'accueil des adultes en situation de handicap.
Ce taux de réponse faible s'explique par des personnels en sous effectif au moment des appels se traduisant par des personnes peu disponibles.

Mener cette enquête par téléphone a permis un véritable dialogue et un partage avec les différentes personnes interrogées.
Les interlocuteurs étaient des soignants, des éducateurs ou des responsables de structures d'accueil.
Les réponses sont plus précises grâce aux échanges que permet l'entretien téléphonique par rapport à un questionnaire papier à remplir. Elles sont complétées par les expériences, les difficultés, les requêtes ou même les interrogations des interlocuteurs.

Cependant les appels téléphoniques occupent un personnel pendant toute la durée de l'appel, l'empêchant d'être auprès des résidents. Leurs horaires de travail et de soins ont été importants à comprendre et à respecter.

Malgré le fait que leur temps soit précieux, ils ont su se montrer disponibles et d'une grande gentillesse. Ils sont demandeurs d'études et du développement d'actions pour la prise en charge bucco-dentaire de leurs résidents.

Des demandes de retour de cette enquête et de ce travail de thèse ont été formulées dans certains cas.

La communication téléphonique a permis de converser. Notamment, elle a permis de transmettre aux structures d'accueil, l'information de l'existence et du rôle du référent handicap, mis en place par le CDOCD.

Chapitre 2. Analyse descriptive de la prise en charge des adultes en situation de handicap au CSD du CHU de Nantes de novembre 2014 à novembre 2016

2-1 Présentation de l'étude

2-1-1 Population étudiée

Ce travail concerne la prise en charge de personnes adultes en situation de handicap dans les vacations de soins spécifiques du CSD du CHU de Nantes.
Les vacations ont lieu le jeudi matin dans le secteur A du CSD et ne sont accessibles que sur rendez-vous.

D'après le code de la santé publique (35) : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement.
En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires.
Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.»
L'article 459 alinéa 1er du code civil (32) dispose que chaque individu doit prendre les décisions le concernant. S'il ne peut prendre une décision éclairée, son tuteur l'assiste dans sa réflexion ou le représente (34).
Ainsi, pour les patients sous protection juridique, les explications sont données au patient lui même et à son tuteur. La vérification de la compréhension de ces explications doit être vérifiée. Un consentement éclairé signé par le tuteur doit figurer dans le dossier du patient pour tout acte envisagé.
Au CSD, une autorisation de soins signée fait partie de tout dossier de patient sous protection juridique nécessitant la réflexion ou la représentation de son tuteur.

L'étude s'étend sur **2** ans, du 1er novembre 2014 au 1er novembre 2016.
Seuls les patients ayant eu rendez-vous dans cette période sont intégrés à l'étude. Pour les patients ayant des séries de rendez-vous, seuls ceux ayant eu lieu au cours de la période étudiée sont relevés et pris en compte.

Il est important de noter que l'intervalle temporel de cette étude (2 ans) est le double de celui de l'étude précédente qui s'étendait sur une année.
Cette augmentation de la durée de la période d'étude est responsable d'un échantillon de population étudiée plus important. La population étudiée est constituée de **188** patients, **107** hommes et **81** femmes.

La durée d'étude est trop courte pour une évaluation représentative de la prise en charge globale des patients. En effet, 26% des patients attendent entre 12 et 20 mois pour un rendez-vous d'anesthésie générale.

2-1-2 Objectifs de l'étude

Cette étude a pour but d'objectiver les caractéristiques des patients consultant la vacation de soins spécifiques du CSD, pour mieux connaître la population y ayant recours.

Cette analyse fait suite à celle menée par un étudiant du 1er novembre 2013 au 1er novembre 2014 lors de son travail de thèse. L'objectif est donc aussi de comparer certaines données. Elles permettront de voir l'évolution de la vacation.

Il est important de connaître la population ayant recours à cette vacation de soins spécifiques ainsi que les soins qui y sont prodigués. Ainsi, on peut mieux comprendre les besoins et adapter l'offre de soins et de prise en charge pour ces patients en situation de handicap.

Les données recueillies pourront servir à l'équipe soignante du CSD pour la formation des étudiants de la faculté de chirurgie-dentaire de Nantes.
L'accompagnement du patient et la dimension humaine de la profession sont des éléments importants pour continuer d'adapter la formation des futurs chirurgiens-dentistes.

Cette étude n'a aucun but d'extrapolation de la population à une échelle supérieure.

2-1-3 Type d'étude

Ce travail est une analyse descriptive. Le principe est de recueillir des données sur une population précise et une courte période de temps.

2-1-4 Méthode

Les informations nécessaires à cette étude ont été recueillies grâce aux dossiers médicaux dentaires informatisés des patients.

Ces dossiers sont créés par les « admissionnistes » du CSD lors du premier rendez-vous pour ce qui est des données d'état civil, d'adresse et de renseignements administratifs. L'équipe soignante complète le dossier de ses parties médicales et dentaires. Le dossier est complété grâce à l'interrogatoire directement fait au patient et à ses accompagnateurs lors du premier rendez-vous. Les dossiers médicaux transmis par les équipes en charge du patient permettent de compléter les informations.
Les dossiers sont mis à jour à chaque rendez-vous.

Pour des compléments d'informations médicales, il a été possible d'accéder aux dossiers des patients pris en charge au CHU de Nantes.

Chaque résultat est présenté de la manière suivante. Un graphique à secteurs légendé illustre les résultats obtenus. Ils sont ensuite décrits. Enfin, s'il y a lieu, ils

sont comparés avec le travail de thèse précédent celui-ci, réalisé de la période de novembre 2013 à novembre 2014.

2-1-5 Historique de la vacation de soins spécifiques

La vacation de soins spécifiques est consacrée à la prise en charge des adultes porteurs de handicap. Elle a lieu le jeudi matin pendant 3 heures. Elle est dirigée et supervisée par le Dr Isabelle Hyon, praticien hospitalier contractuel du CHU de Nantes depuis novembre 2013.
Le Dr Isabelle Hyon a succédé au Pr Alain Jean, Professeur des universités et praticien hospitalier du CHU de Nantes.

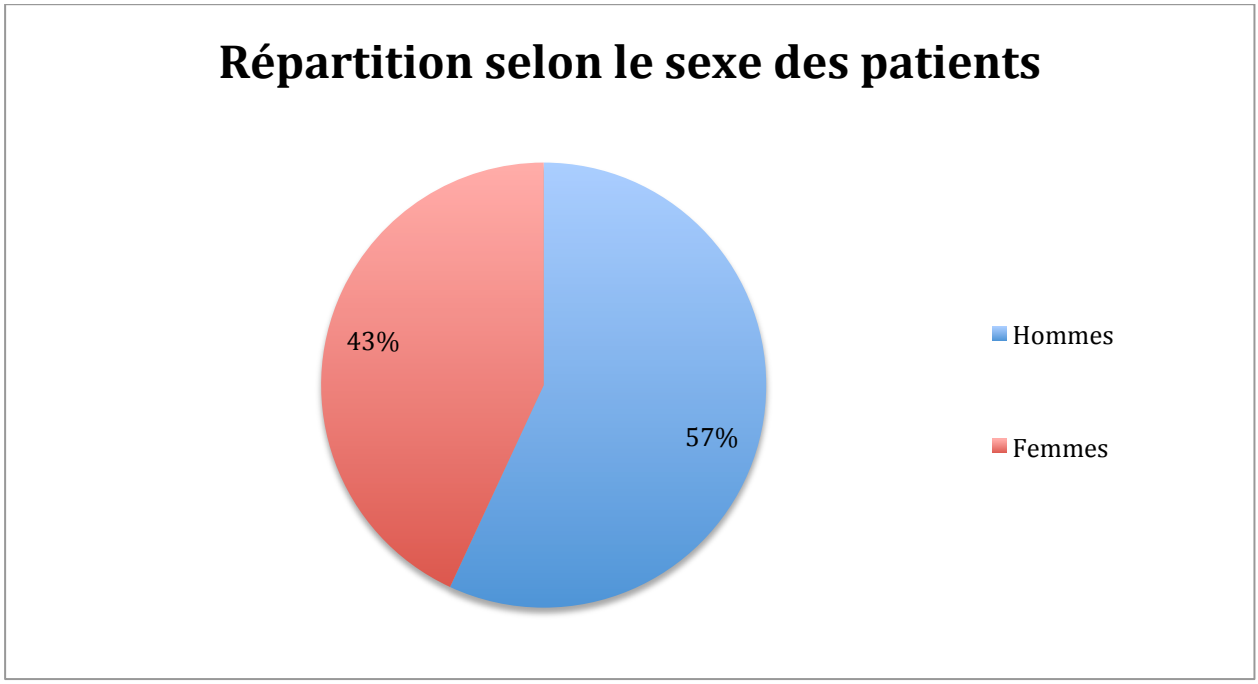
Plusieurs étudiants sont présents à cette vacation pour assister le Dr Hyon dans sa prise en charge et ainsi apprendre à ses côtés. Il s'agit d'étudiants hospitaliers en 4ème, 5ème ou 6ème année d'études de chirurgie-dentaire. Ils y sont présents pendant une période de stage semestrielle.
Il est important de garder un même interlocuteur pour les patients et leurs accompagnants afin de les rassurer à l'approche de leurs consultations. Savoir qui les recevra et les soignera est rassurant pour les patients. Cette constance facilite d'emblée la prise en charge, si elle est nécessaire. Il s'agit d'établir un réel lien de confiance entre le praticien et le patient ainsi qu'avec ses accompagnants.

2-2 Présentation des patients venant en consultation

188 patients sont inclus dans cette étude, 107 hommes et 81 femmes.

2-2-1 Répartition selon le sexe des patients

Figure 1: Répartition de la population selon le sexe des patients



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques répartie selon le sexe des patients.

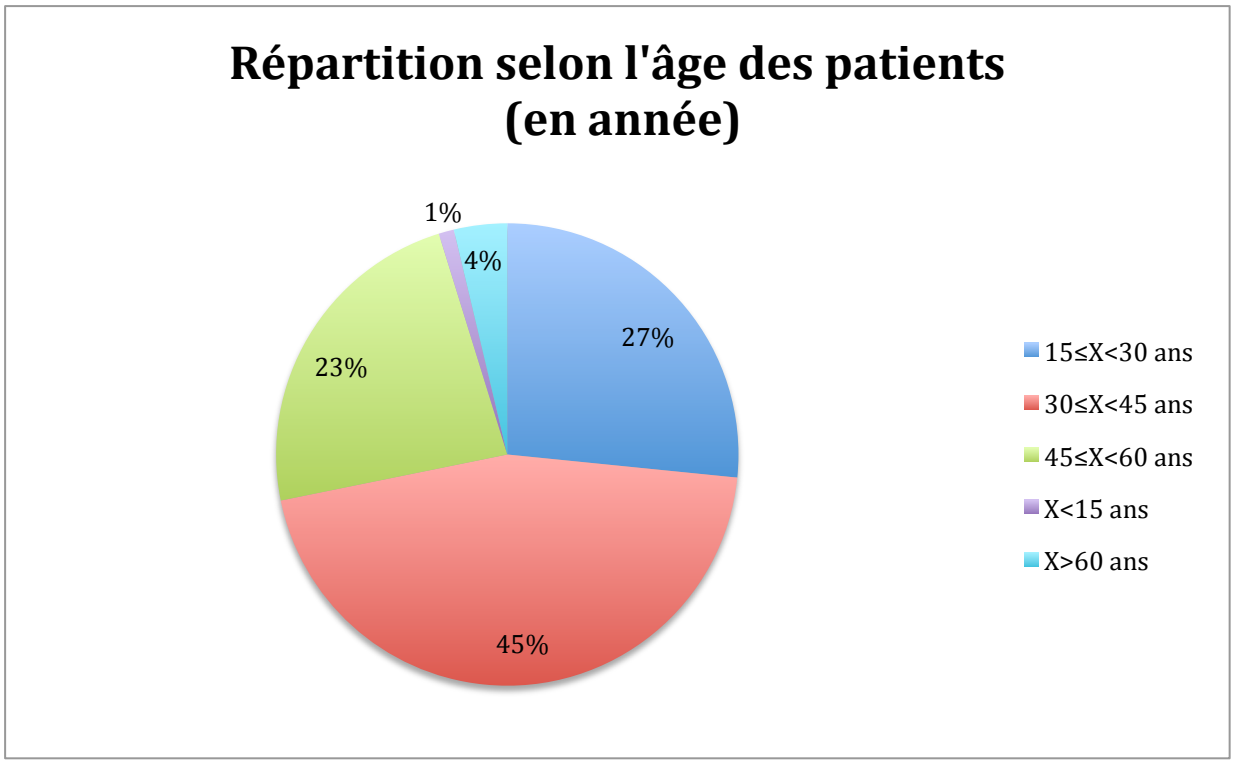
Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
On trouve une prédominance masculine (57%), soit un peu plus de la moitié de la population.
La différence par rapport à la parité est de 7%.
Ce travail concerne 107 hommes et 81 femmes.

Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
52% des patients consultants la vacation pendant cette période était des hommes, 48% de femmes.
La différence par rapport à la parité était de 2%.
Ce travail ciblait 54 hommes et 49 femmes.

La tendance reste identique avec une majorité d'hommes porteurs de handicap. L'étude précédente montrait une quasi-parité, l'écart entre les hommes et les femmes est plus important sur cette étude.

2-2-2 Répartition selon l'âge des patients

Figure 2: Répartition de la population selon l'âge des patients



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques répartie selon l'âge des patients.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
La majorité (45%) des patients a entre 30 et 45 ans.
27% des patients ont entre 15 et 30 ans, ce qui correspond à plus d'1/4.
23% de patients ont entre 45 et 60 ans c'est à dire moins d'1/4.
Les patients ayant plus de 60 ans sont en faible proportion (4%).
1% de patient a moins de 15 ans.
Sur les 7 personnes ayant plus de 60 ans, 3 ont 65 ans ou plus. Toutes ont moins de 70 ans.
72% de patients ont moins de 45 ans.

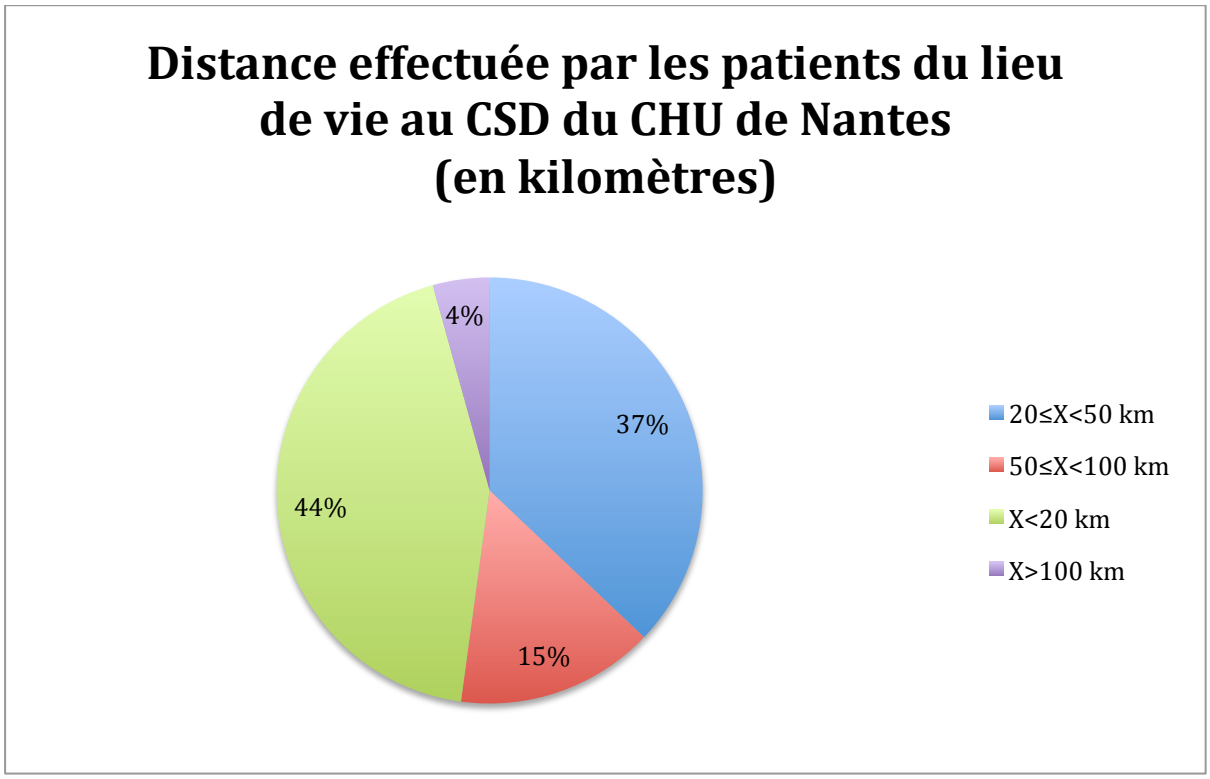
Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
La majorité des patients avait entre 15 et 30 ans.
La proportion de patients de 45 à 60 ans n'a changé que d'1% entre les 2 études.
La proportion des patients ayant plus de 60 ans est la même.
4 personnes avaient plus de 60 ans. Ces 4 patients avaient tous moins de 65 ans.
74% de patients avaient moins de 45 ans.

La population venant en consultation de soins spécifiques au CSD est vieillissante mais la grande majorité (les trois quarts) a moins de 45 ans. L'âge du patient le plus âgé a augmenté de 5 ans.

2-2-3 Répartition selon la distance effectuée par les patients pour se rendre en consultation

La distance correspond au trajet lieu de vie du patient/CSD du CHU de Nantes. Elle est exprimée en kilomètres.
Le lieu de vie pris en compte est celui indiqué dans le dossier médical dentaire informatique du patient. L'adresse du CSD prise en référence est la suivante : 1 place Alexis Ricordeau 44000 Nantes.
La distance totale de trajet que doivent effectuer les patients pour se rendre en consultation dentaire (aller et retour) est donc le double de celle présentée.

Figure 3: Distance effectuée par les patients du lieu de vie au CSD du CHU de Nantes

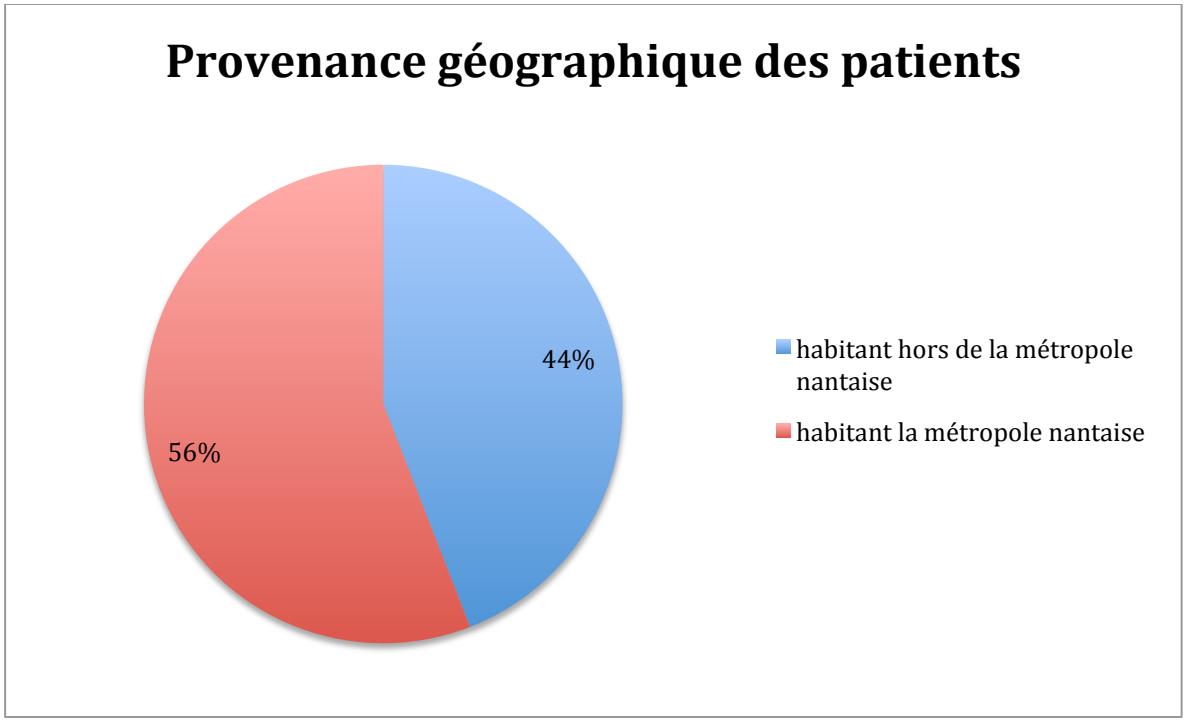


Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon la distance effectuée par les patients pour se rendre au CSD depuis leur lieu de vie.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
La majorité (44%) des patients effectue moins de 20 km pour venir en consultation, soit moins de 1/2.
37% des patients habitent entre 20 et 50 km, soit plus d'1/3.
15% des patients habitent entre 50 et 100km.
Parmi les 4% de patients habitant dans un rayon supérieur à 100 km, 3 sont à plus de 150 km.
Les deux patients les plus éloignés sont à 203 km et 365 km du CSD.

Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
14% des patients habitaient dans un rayon de 20 à 50 km.
Les tendances sont globalement les mêmes.

Figure 4: Provenance géographique des patients



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon la localisation de son habitation dans ou hors de la métropole nantaise.

La métropole nantaise comporte les 24 communes suivantes Basse-Goulaine, Bouaye, Bouguenais, Brains, Carquefou, Couëron, Indre, la Chapelle-sur-Erdre, la Montagne, le Pellerin, les Sorinières, Mauves-sur-Loire, Nantes, Orvault, Rezé, Saint-Aignan de Grand Lieu, Saint-Herblain, Saint-Jean-de-Boiseau, Saint-Léger-les-Vignes, Saint-Sébastien-sur-Loire, Sainte-Luce-sur-Loire, Sautron, Thouaré-sur-Loire, Vertou (21).

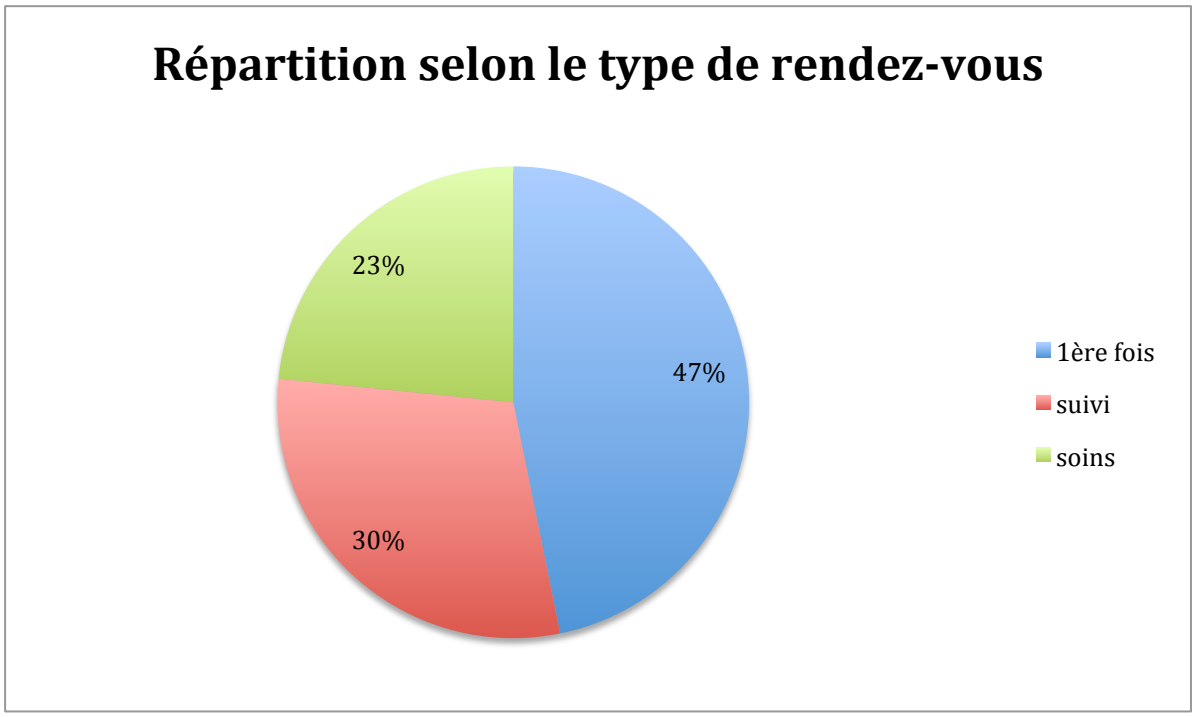
Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
La majorité (56%) des patients viennent de la métropole nantaise, soit plus de 1/2.

Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
62% des patients venaient de la métropole nantaise.
38% venaient de l'extérieur de cette métropole.

De plus en plus de patients habitent à l'extérieur de la métropole nantaise.
Les patients en situation de handicap viennent de plus en plus loin pour être pris en charge au CSD.

2-2-4 Répartition selon le type de rendez-vous

Figure 5: Répartition selon le type de rendez-vous



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon le type de rendez-vous.

Le nombre total des rendez-vous sur la période d'étude est de 318 pour 188 patients.

Les séries de rendez-vous permettent aux patients de bénéficier de soins en conscience et avec leur collaboration. Pour une série de rendez-vous, en général, 2 à 5 séances sont nécessaires.
Les rendez-vous de soins sont à intervalle de temps rapproché afin de soigner le plus rapidement possible les patients.
Sur le court intervalle de temps regroupant les rendez-vous, l'équipe soignante reste inchangée.

Ces éléments permettent une connaissance de l'équipe par le patient. Ceci favorise la bonne coopération et la mise en place d'un lien de confiance entre le patient et l'équipe.
Ces soins ont pour but d'éviter une anesthésie générale (AG).

Les suivis sont mis en place par l'équipe soignante. Ils permettent le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire suite aux soins prodigués.
Les consultations de suivi sont régulières entre 6 et 12 mois en fonction du risque carieux et de l'état de santé bucco-dentaire du patient.

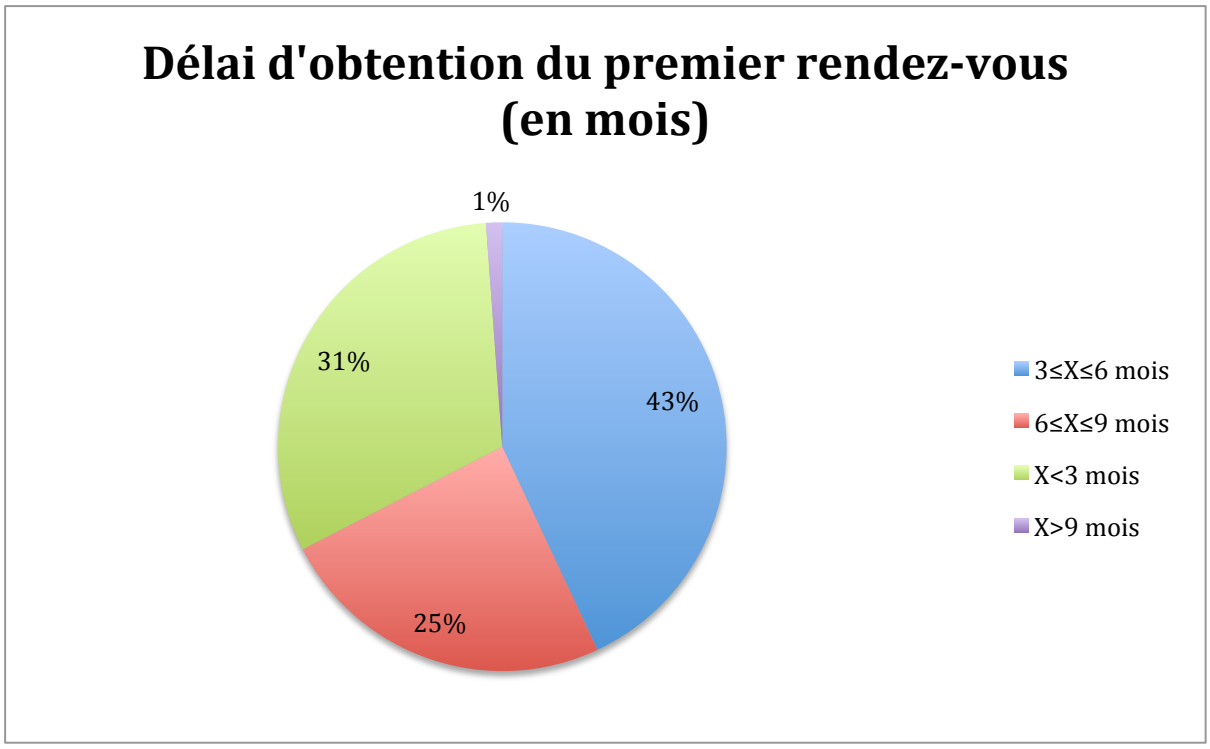
Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
47% des patients viennent pour la première fois.
Un peu plus de la moitié des patients (53%) sont déjà venus au moins une fois en rendez-vous à la vacation de soins spécifiques au CSD.
Dans ces 53% de patients étant déjà venu, on distingue ceux venant pour des soins et ceux venant pour un suivi.
23% des patients (presque 1/4) viennent dans le cadre d'une série de rendez-vous pour des soins.
30% des patients (presque 1/3) viennent pour un suivi.

Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
La proportion de patients venant pour la première fois était de 38% : on observe une augmentation de presque 10%.

Près de la moitié des patients a pu bénéficier d'une prise en charge bucco-dentaire grâce à l'existence de cette consultation de soins spécifiques.
La vacation de soins spécifiques profite à de nombreux nouveaux patients.

2-2-5 Délai d'obtention du premier rendez-vous

Figure 6: Délai d'obtention du premier rendez-vous



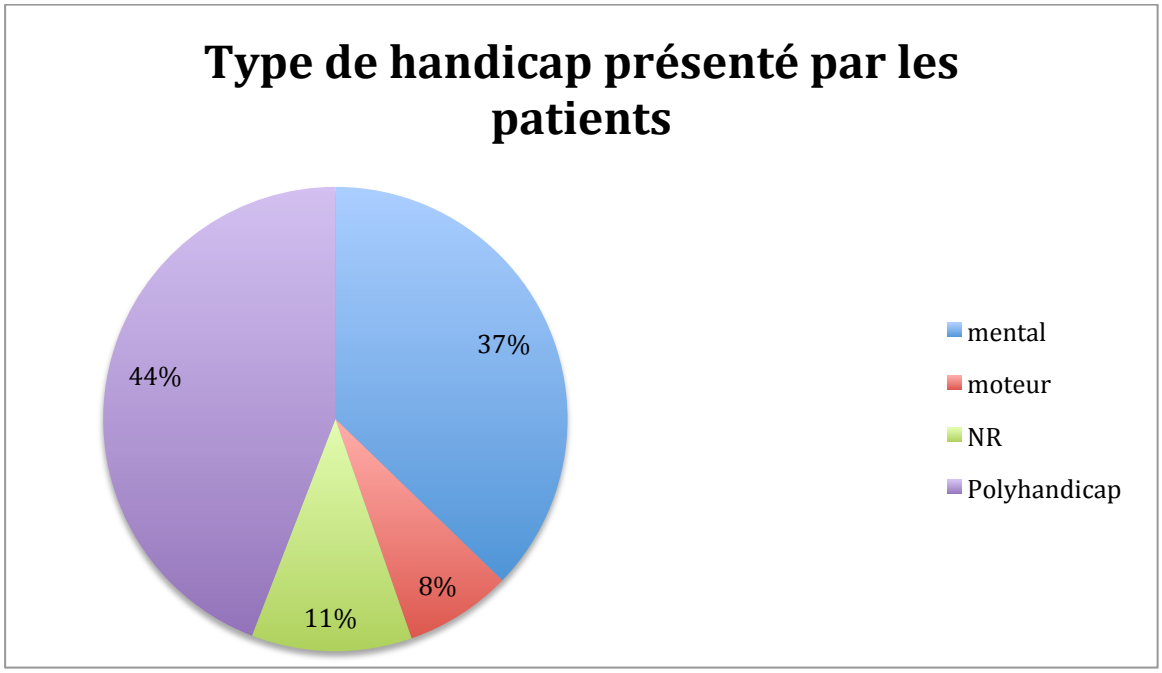
Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon le délai d'obtention du premier rendez-vous au CSD après appel téléphonique.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
La majorité des patients (43%) a pu obtenir un premier rendez-vous dans un délai de 3 à 6 mois.
31% des patients (presque 1/3) ont pu en obtenir un en moins de 3 mois.
25% des patients (1/4) ont pu avoir rendez-vous dans un délai de 6 à 9 mois.
2 patients ont été confrontés à une attente de 10 et 11 mois.

2-3 Facteurs environnementaux des patients

2-3-1 Type de handicap présenté par les patients

Figure 7: Type de handicap présenté par les patients



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon leur type de handicap.

Le terme polyhandicap est utilisé pour les patients porteurs, d'au moins deux types différents de handicap. Les types de handicap pouvant être, ou non, combinés sont le handicap moteur, le handicap mental et le handicap sensoriel.
Les 11% classés « Non Renseigné » (NR) concernent les patients dont l'origine du handicap n'est pas connue ou pour lesquels le dossier médical dentaire informatisé ne donne aucune information sur le type de handicap porté.

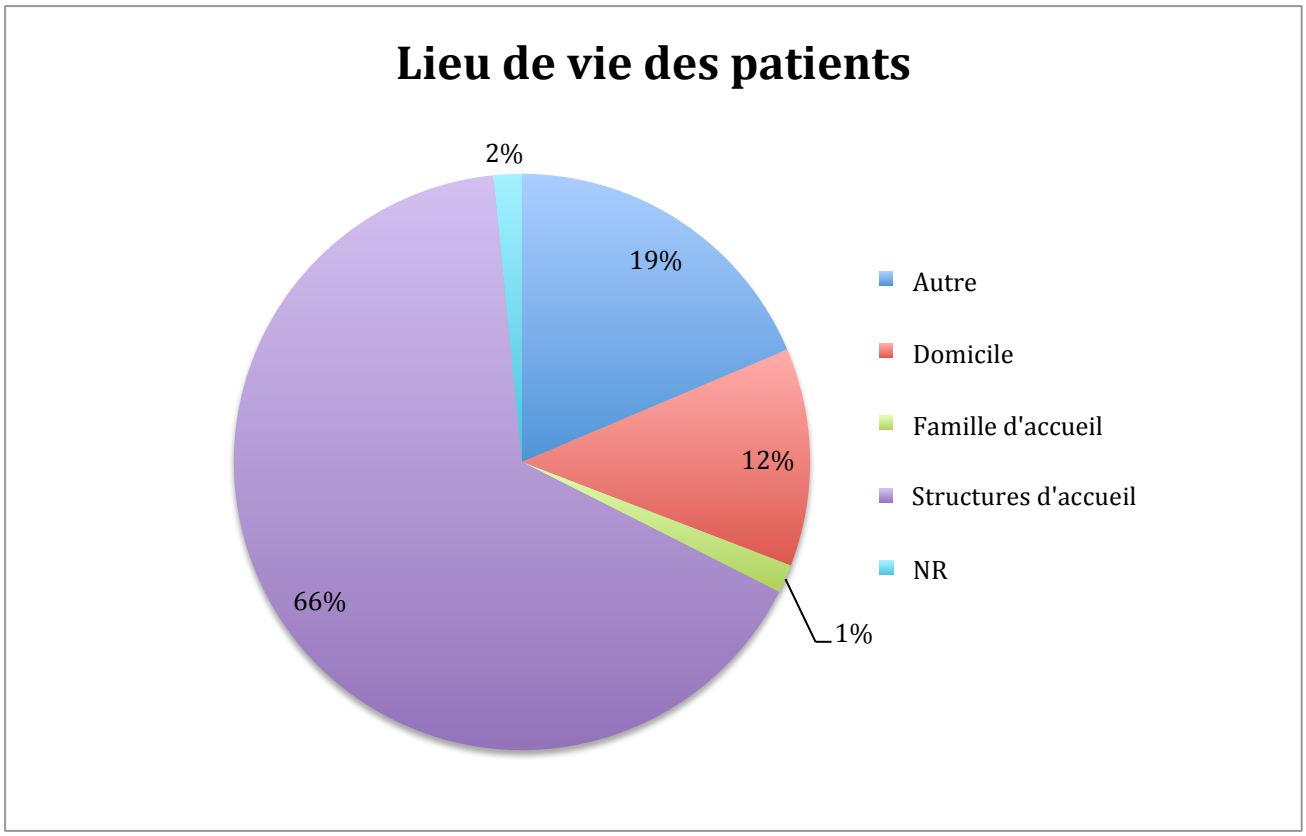
Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
L'essentiel de la population (44%) reçue à la vacation de soins spécifiques au CSD est en situation de polyhandicap.
De nombreux patients (37%) sont porteurs d'un handicap mental, soit plus d'1/3.
8% sont en situation de handicap moteur.

Le cumul de patients porteurs d'un polyhandicap et de ceux porteurs d'un handicap mental représente plus de 80% de la population cible, soit l'essentiel de la patientèle.

Ces résultats sont semblables à ceux de *l'étude menée de novembre 2013 à novembre 2014.*

2-3-2 Lieu de vie des patients

Figure 8: Lieu de vie des patients



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon leur lieu de vie.

Différentes structures d'accueil pour adultes en situation de handicap existent :

- les établissements et services d'hébergement pour adultes handicapés
- les établissements et services de travail protégé pour adultes handicapés
- les établissements et services de réinsertion professionnelle pour adultes handicapés
- les établissements expérimentaux en faveur des adultes handicapés

L'ARS met à jour quotidiennement une liste exhaustive des établissements sanitaires et médico-sociaux disponible dans le fichier national sur internet (10).
Les 19% de patients classés dans un lieu de vie « autre » sur le graphique sont ceux ayant un dossier médical dentaire informatisé avec des informations mal renseignées. Ils résident soit au domicile familial, soit au domicile d'une famille d'accueil, mais la nature de leur lieu de vie ne peut pas être identifier avec certitude.

« NR » correspond aux dossiers de patients ne comportant aucune information quant à la nature de leur lieu de vie. Ils résident au domicile familial, au domicile d'une famille d'accueil ou en structures d'accueil.

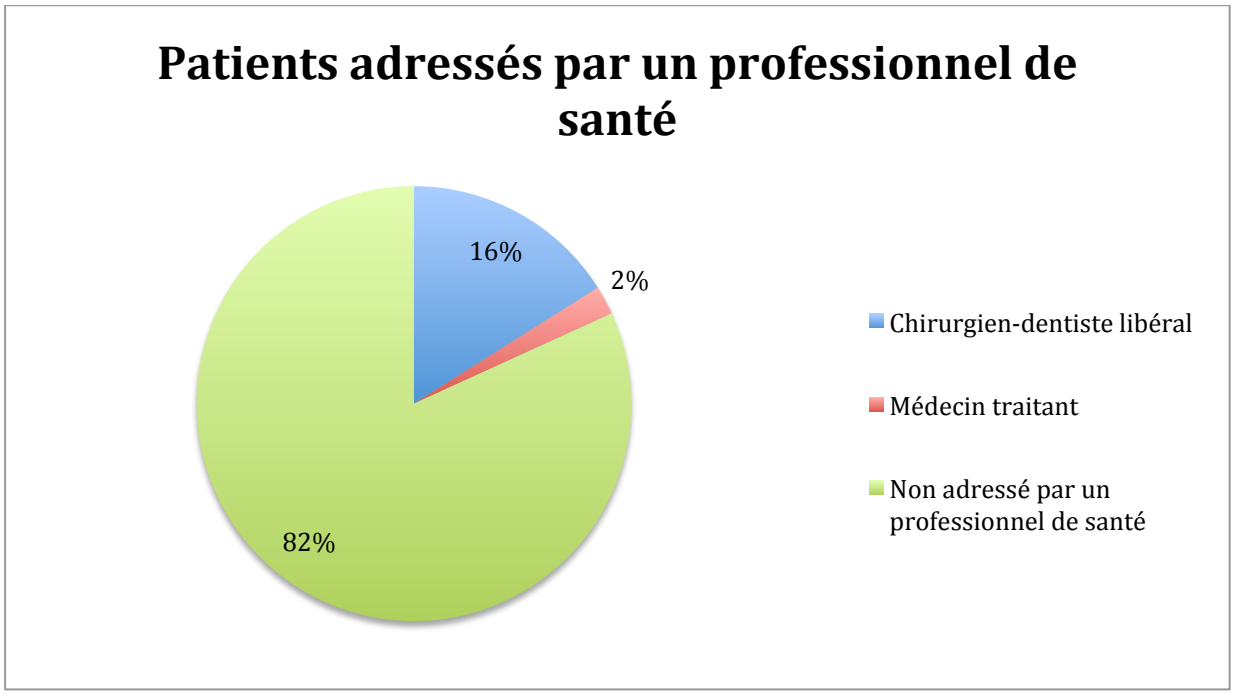
Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
Les deux tiers (66%) des patients sont pris en charge en structures d'accueil pour adultes en situation de handicap.
12% de la population étudiée réside à domicile.
1% des patients vit dans une famille d'accueil.

Ces résultats sont semblables à ceux de *l'étude menée de novembre 2013 à novembre 2014.*

Depuis 2013, la majorité des patients venant à la vacation de soins spécifiques au CSD sont pris en charge en structures d'accueil pour adultes en situation de handicap. Très peu de patients résident en famille d'accueil.

2-3-3 Patients adressés par un professionnel de santé

Figure 9: Patients adressés par un professionnel de santé



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon que les patients aient été adressés ou non par un professionnel de santé.

Le suivi et les soins des patients en situation de handicap peuvent être difficile en cabinet de ville. Une enquête (36) menée auprès de chirurgiens dentistes au congrès de l'Association Dentaire Française (ADF) sur l'atelier Handicap Able permet d'apporter certaines raisons.
La formation initiale dans la prise en charge de patients handicapés ne suffit pas. Le chirurgien-dentiste peut être mal à l'aise avec ce type de soins particuliers.

Une prise en charge rapide du patient permet de maintenir sa coopération: pour cela, il est nécessaire de constituer une équipe soignante. Seul il est difficile d'agir efficacement.
Ces soins spécifiques sont plus longs à réaliser et leur difficulté est augmentée. Ils ne connaissent aucune cotation de la part de la Sécurité Sociale, ce qui peut être difficile financièrement pour des cabinets libéraux.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
82% des patients (soit 4 patients sur 5) ne sont pas adressés par un professionnel de santé (bouche-à-oreilles, habitudes et choix des structures d'accueil, choix personnels …).
16% des patients sont suivis par un praticien libéral. Ces patients ont été adressés par leur chirurgien-dentiste traitant.
2% ont été adressés par leur médecin traitant.

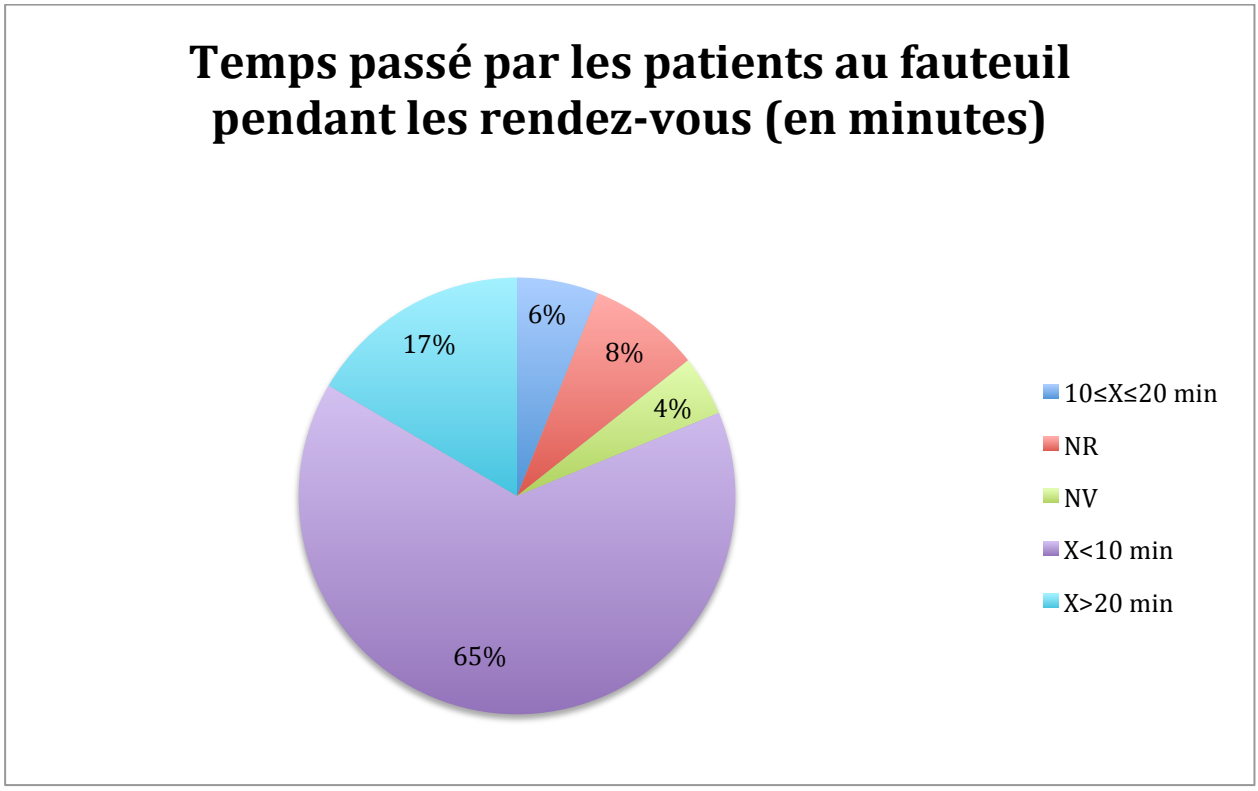
Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
24% des patients étaient suivis par un praticien travaillant en cabinet libéral.
76% n'étaient pas adressés par un professionnel de santé.

Depuis 2013, les patients venant en rendez-vous à la vacation de soins spécifiques au CSD ne sont pas adressés par un professionnel de santé. Cette proportion est en hausse.

2-4 Consultation des patients adultes en situation de handicap

2-4-1 Temps passé par les patients au fauteuil pendant les rendez-vous

Figure 10: Temps passé par les patients au fauteuil pendant les rendez-vous



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon le temps passé au fauteuil au cours de l'ensemble des rendez-vous de la période étudiée.

Les rendez-vous classés en « Non Renseigné » (NR) représentent ceux ayant eu lieu mais dont le temps passé au fauteuil n'a pas été indiqué dans le dossier médical dentaire informatisé. Ils comprennent aussi ceux comportant des incohérences liées à une erreur du logiciel (temps passé au fauteuil de moins d'une minute par exemple).
Les rendez-vous classés « Non Venu » (NV) représentent ceux non honorés par les patients.

Les premiers rendez-vous et ceux de suivis sont programmés avec des durées de 30 à 45 minutes. Il est important d'accorder aux patients du temps pour faire connaissance avec eux, établir un lien de confiance. Ceci permet d'établir une première approche des soins et de l'équipe soignante. Du temps est nécessaire pour découvrir l'environnement inconnu dans lequel le patient est amené à évoluer pendant un nombre encore non défini de rendez-vous.
La discussion avec la ou les personnes accompagnantes permet de connaître le dossier médical du patient et ses antécédents.

Au cours des rendez-vous de première fois, l'équipe soignante réalise un examen bucco-dentaire le plus complet possible. Il permet d'établir le plan de traitement.
Un temps de discussion avec le patient et son entourage est ensuite nécessaire pour l'explication des soins à envisager, et du type de prise en charge à mettre en place.

Les séances de soins peuvent être plus rapides, bien que le contrat de confiance reste toujours à maintenir, le dossier médical dentaire informatisé à compléter et le déroulement de la séance à expliquer.
Les rendez-vous de soins sont en général plus courts. Ceci permet de garder une coopération la plus favorable possible. L'objectif étant de maintenir les soins bucco-dentaires au fauteuil afin d'éviter les anesthésies générales (37).

Les rendez-vous de suivi sont relativement rapides. Un bilan est réalisé par l'équipe soignante pour contrôler la bonne santé bucco-dentaire des patients et s'assurer de la pérennité des soins réalisés. Si des soins sont nécessaires, des rendez-vous sont programmés.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
Pour presque 2 rendez-vous sur 3 (65%), le temps passé au fauteuil est inférieur à 10 minutes.
Pour 17% des rendez-vous (presque 1/5), le temps passé au fauteuil est supérieur à 20 minutes.
Pour 6% des rendez-vous, le temps passé au fauteuil est compris entre 10 et 20 minutes.

Figure 11: Temps passé par les patients au fauteuil lors du 1er rendez-vous

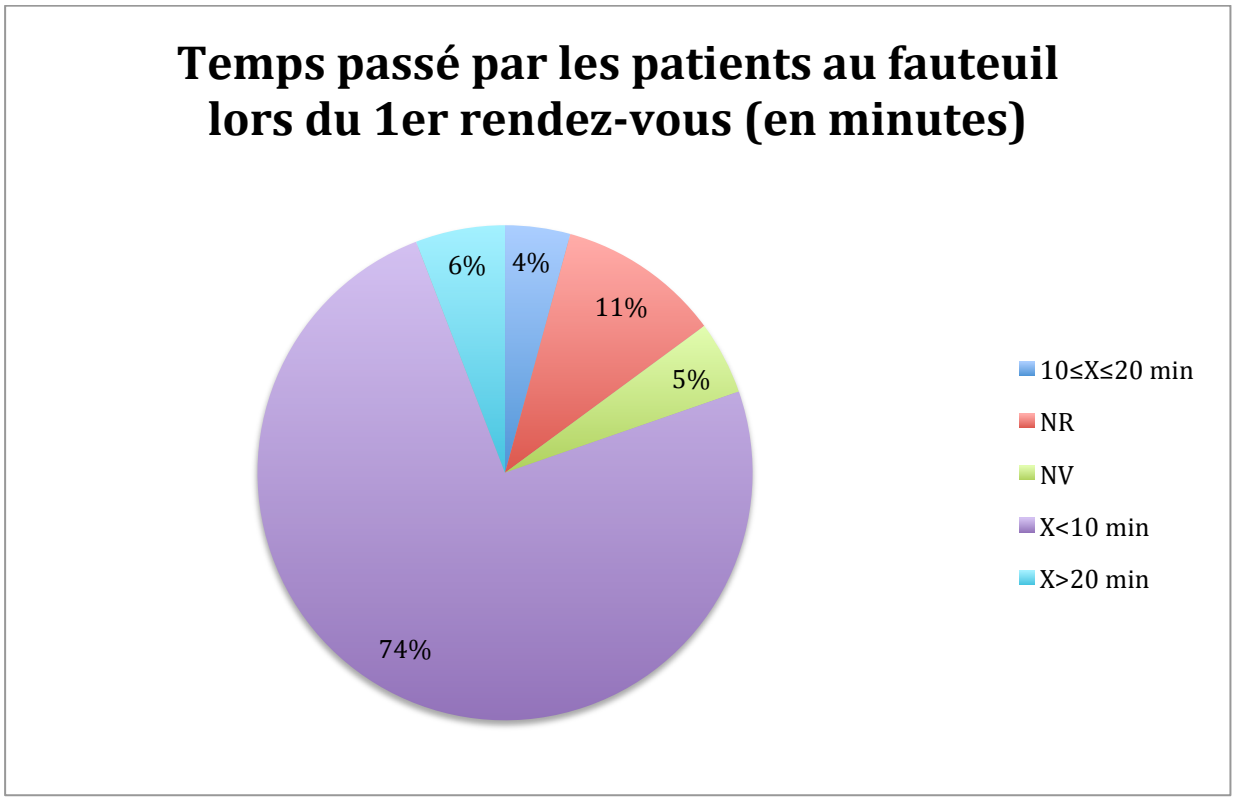


Figure 12: Temps passé par les patients au fauteuil lors du 2ème rendez-vous

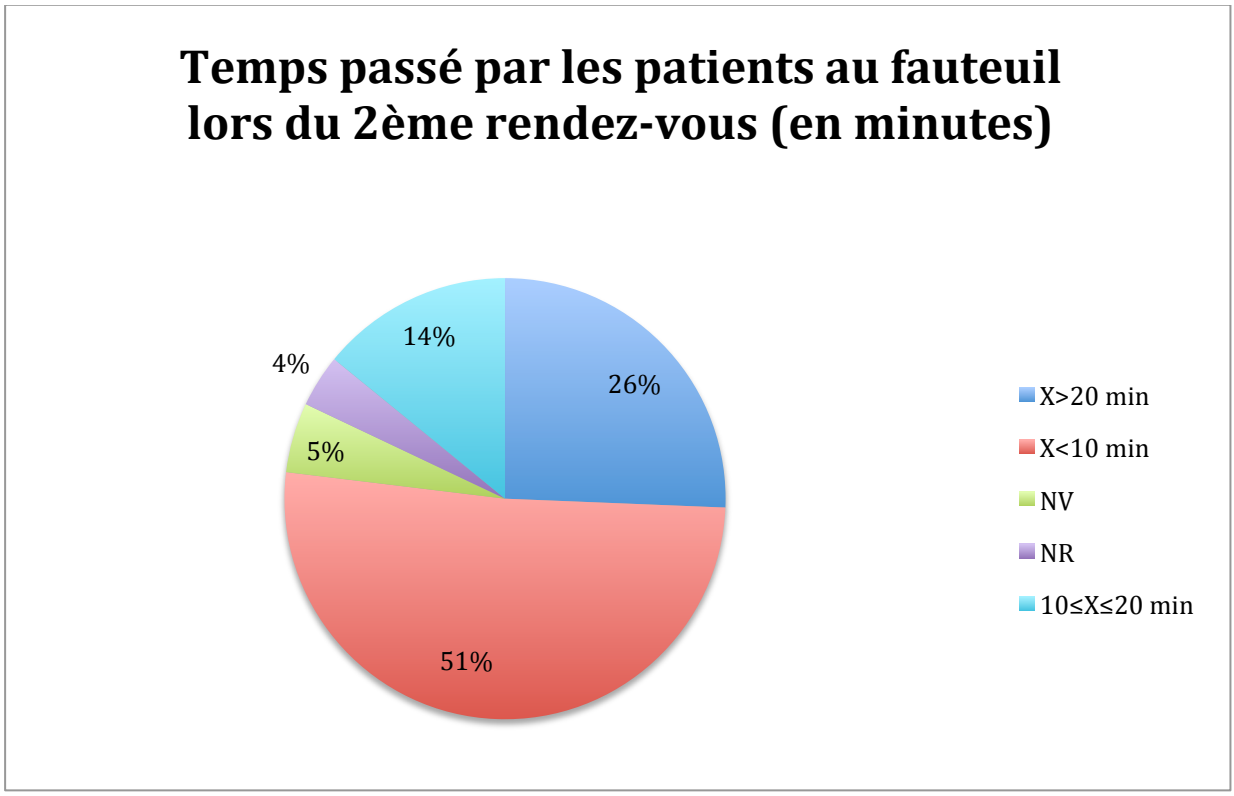


Figure 13: Temps passé par les patients au fauteuil lors du 3ème rendez-vous

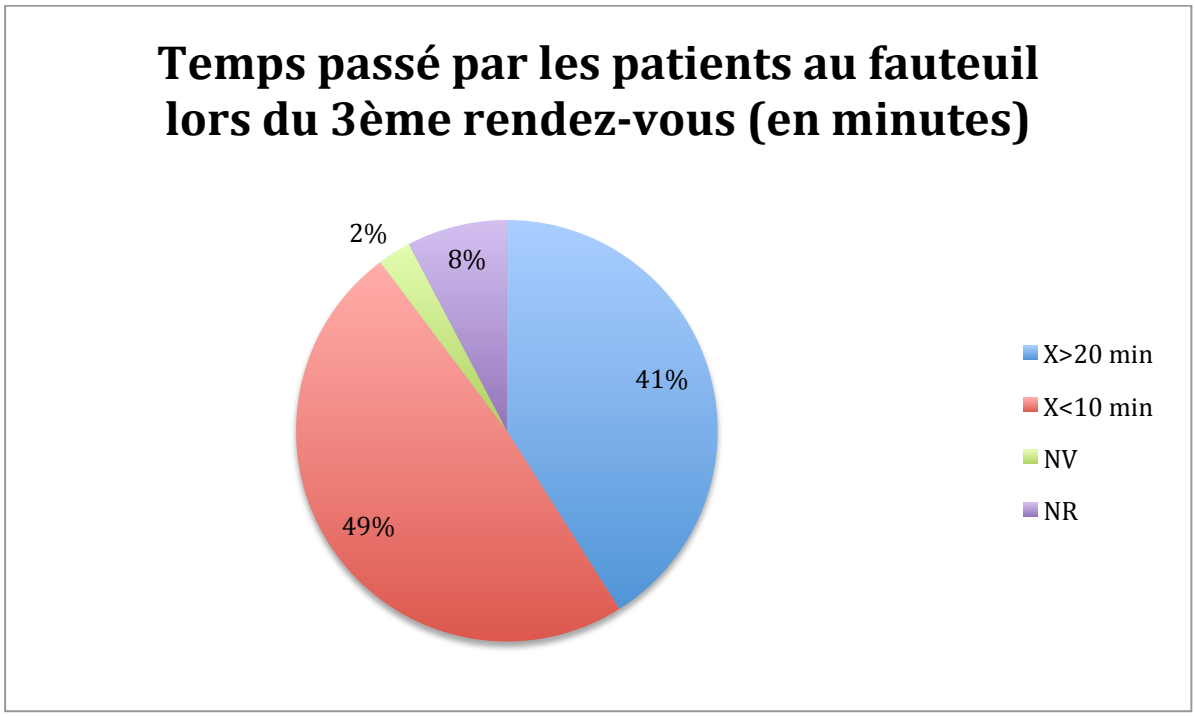
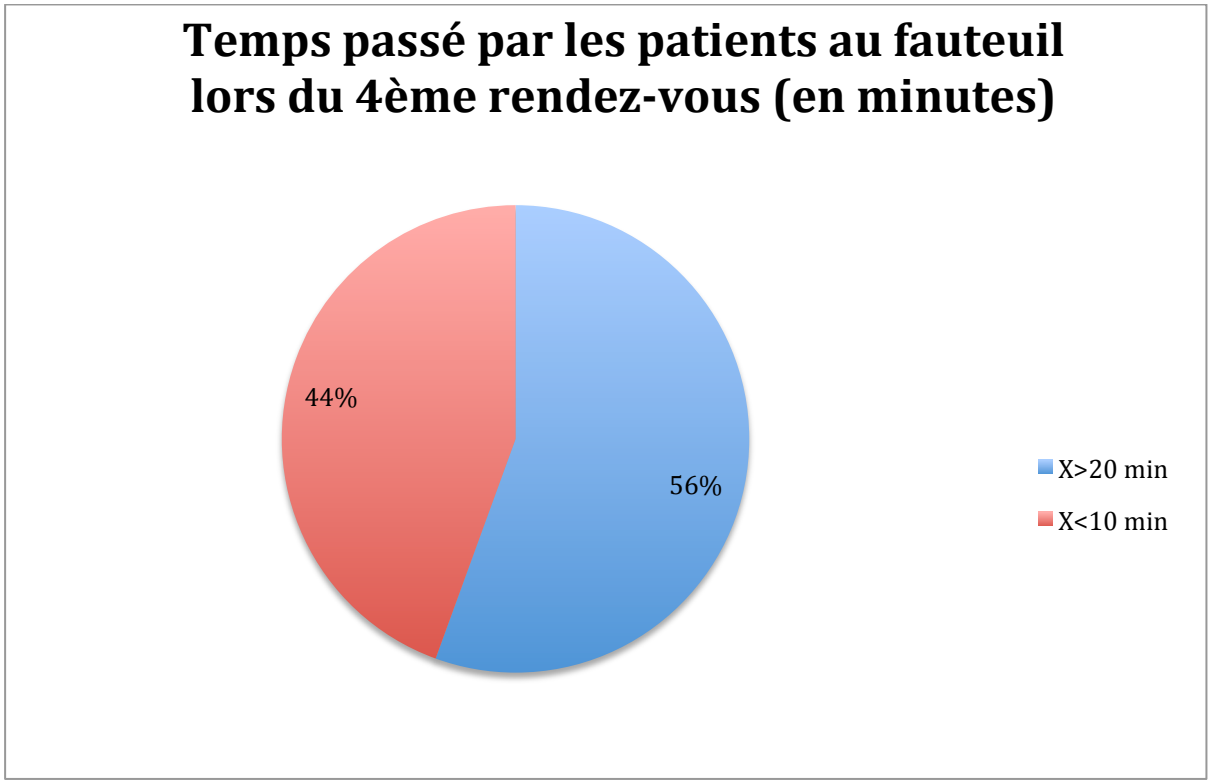


Figure 14: Temps passé par les patients au fauteuil lors du 4ème rendez-vous



Ces graphiques présentent la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon le temps passé au fauteuil au cours de chaque rendez-vous de la période étudiée.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
Les patients ont eu une série d'au maximum 4 rendez-vous. 78 patients ont eu une série de 2 rendez-vous, 39 patients en ont eu 3 et 9 patients ont eu une série de 4 rendez-vous.

Lors du 1er rendez-vous, les patients passent, pour 74% d'entre eux, moins de 10 minutes au fauteuil.
Cette proportion est réduite à 51% au cours du 2ème rendez-vous, puis à 49% au 3ème.
Enfin, 44% ont un 4ème rendez-vous pendant lequel le temps passé au fauteuil est inférieur à 10 minutes.

Au 1er rendez-vous, 6% des patients passent plus de 20 minutes au fauteuil.
Cette proportion augmente de 20% au 2ème rendez-vous puisqu'elle atteint 26% des patients.
Au 3ème rendez-vous, elle atteint 41%.
Enfin, au 4ème rendez-vous, plus de la moitié des patients (56%) restent plus de 20 minutes en soins au fauteuil.

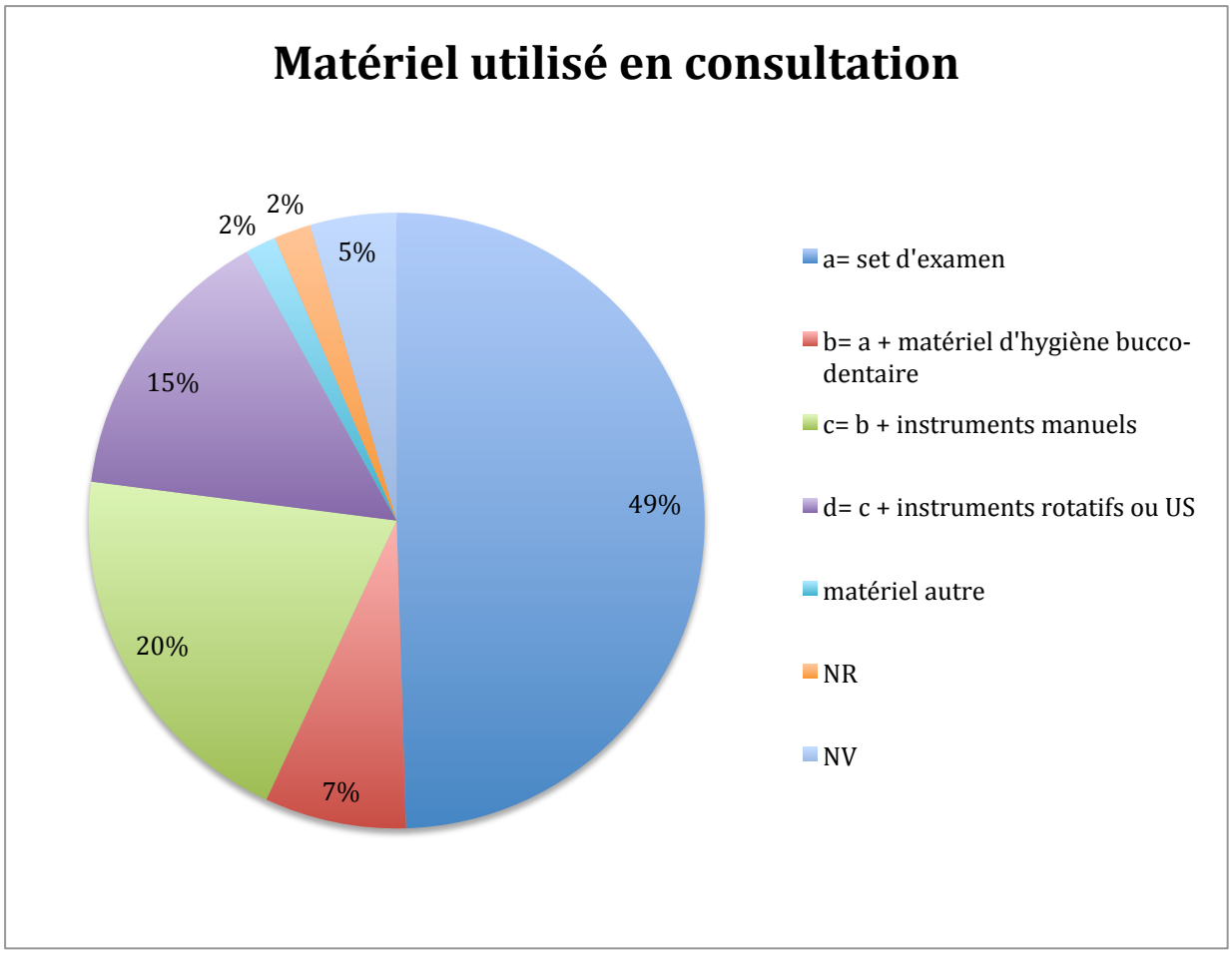
On remarque que plus les patients viennent en rendez-vous et plus le temps passé au fauteuil augmente.
La durée de soins au fauteuil augmente grâce à la confiance établie entre l'équipe soignante du CSD et le patient. La coopération du patient s'améliore, notamment grâce à la série de rendez-vous, en général rapprochés les uns des autres.

La part de patients n'honorant pas leur rendez-vous diminue au fur et à mesure des rendez-vous jusqu'à disparaître complétement au 4ème.
L'assiduité des patients augmente au fur et à mesure des soins réalisés et des rendez-vous de la série.

Par l'amélioration de la coopération et de l'assiduité, la réalisation de séances plus longues permet d'augmenter le nombre de soins réalisés au cours d'un même rendez-vous. Ainsi, lorsque c'est possible, l'équipe soignante évite de recourir à l'AG, préférant soigner les patients au fauteuil par une série de rendez-vous en conscience.

2-4-2 Matériel utilisé par l'équipe soignante pendant les rendez-vous

Figure 15: Matériel utilisé pendant les rendez-vous



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon le matériel utilisé, pendant l'ensemble des rendez-vous.

Le «a» correspond à l'utilisation d'un set d'examen comprenant une sonde, un miroir, une précelle ainsi qu'une spatule à bouche.
Il permet la réalisation d'un examen bucco-dentaire. Il est utilisé pour les rendez-vous de première fois afin d'établir un bilan et un plan de traitement pour planifier les différents soins à réaliser.
Il est également utilisé pour les rendez-vous de suivis. Ils ont lieu tous les 6 mois ou 1 an.
A ce set d'examen s'ajoute des embouts à usage unique pour le spray d'air et d'eau et pour l'aspiration.

Le «b» correspond au matériel cité dans le «a», auquel s'ajoute du matériel d'hygiène bucco-dentaire : bain de bouche à la chlorhexidine et compresses. Un vernis fluoré peut venir compléter le dispositif pour une prévention des lésions carieuses.

Le «c» correspond au «b» avec l'ajout d'instruments manuels tels que, la curette de parodontologie 204S, l'excavateur. Le Composite Verre Ionomère (CVI), le CVI Modifié par Adjonction de Résine (CVIMAR) peuvent compléter ce dispositif.
La curette de parodontologie 204S est un détartreur manuel.
L'excavateur est une curette manuelle utilisée pour le curetage des lésions carieuses.
Le CVI et le CVIMAR sont des matériaux d'obturation des cavités permettant la restauration des dents après curetage manuel des lésions carieuses.

Le «d» correspond au «c», avec en plus, des instruments rotatifs ou ultrasoniques tels que les contres-angles, les turbines ou les ultrasons (US). Le composite et l'amalgame peuvent venir compléter ce dispositif.
Les contres-angles et les turbines permettent un curetage des lésions carieuses ainsi que la mise en forme des dents parfois nécessaire à leur restauration coronaire.
Le composite et l'amalgame sont, au même titre que le CVI et le CVIMAR, des matériaux d'obturation des cavités permettant la restauration des dents.

Le matériel classé dans «matériel autre» comprend du matériel de radiographie, de prothèse ou de chirurgie. Au cours des séances nécessitant ces instruments plus particuliers, le matériel «a» a nécessairement été utilisé pour l'examen.

Les 2% « NR » concernent les rendez-vous renseignés de « visite » dans le dossier. Ils nécessitent donc l'utilisation du matériel «a». Aucun renseignement n'est indiqué quant à la réalisation d'un geste complémentaire pour lequel du matériel supplémentaire aurait été utilisé.

Les 5% « NV » correspondent aux rendez-vous non honorés par les patients.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
Presque la moitié des rendez-vous (49%) nécessite la seule utilisation du matériel «a».
20% des rendez-vous requièrent l'utilisation du matériel «c», soit 1/5.
Pour 15% des rendez-vous, l'équipe soignante du CSD utilise le matériel «d».
Pour 7% des rendez-vous, le matériel «b» est utilisé.
2% des rendez-vous nécessitent l'utilisation du «matériel autre».
35% des rendez-vous requièrent l'utilisation de matériel d'obturation (CVI, CVIMAR, amalgame ou composite) retrouvé dans le matériel «c» et le matériel «d».
Un patient a bénéficié de soins prothétiques, nécessitant l'utilisation du «matériel autre»
5 patients ont bénéficié d'actes chirurgicaux au fauteuil. Le «matériel autre» est utilisé.

Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
10% des rendez-vous avaient nécessité du matériel «c»
Pour 25% des rendez-vous, l'équipe soignante avaient utilisé du matériel d'obturation (CVI, CVIMAR, amalgame ou composite) retrouvé dans le matériel «c» et le matériel «d».
Aucun acte prothétique n'avait été réalisé au fauteuil.
Aucun acte de chirurgie au fauteuil n'avait été rapporté.

Les instruments rotatifs (matériel «c») sont moins utilisés.
L'équipe soignante a plus recours au matériel d'obturation (matériel «c» et matériel«d»).
L'activité prothétique s'est développée, en collaboration avec un enseignant rattaché au secteur de prothèse du CSD.
L'activité chirurgicale s'est également développée.
Les patients ont pu bénéficier de ces actes de soins sans être obligés de subir une AG.

Figure 16: Matériel utilisé lors du 1er rendez-vous

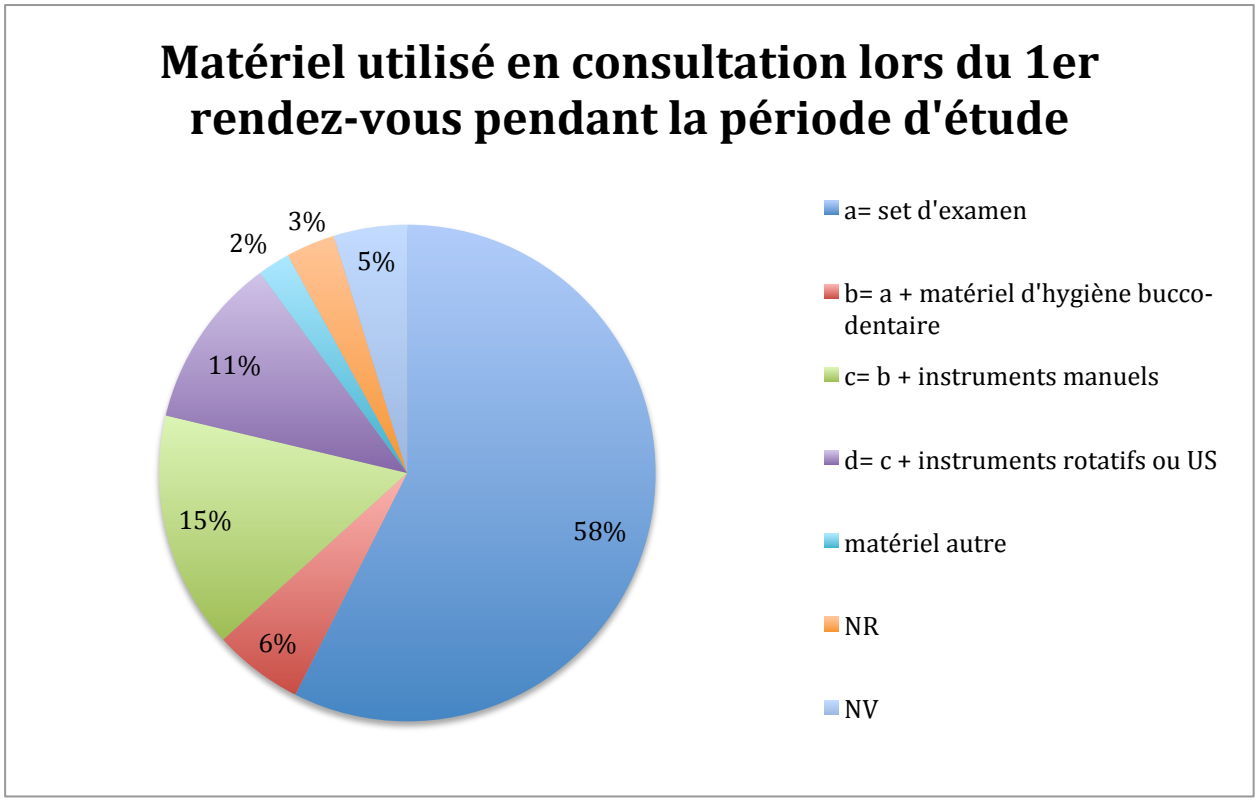


Figure 17: Matériel utilisé lors du 2ème rendez-vous

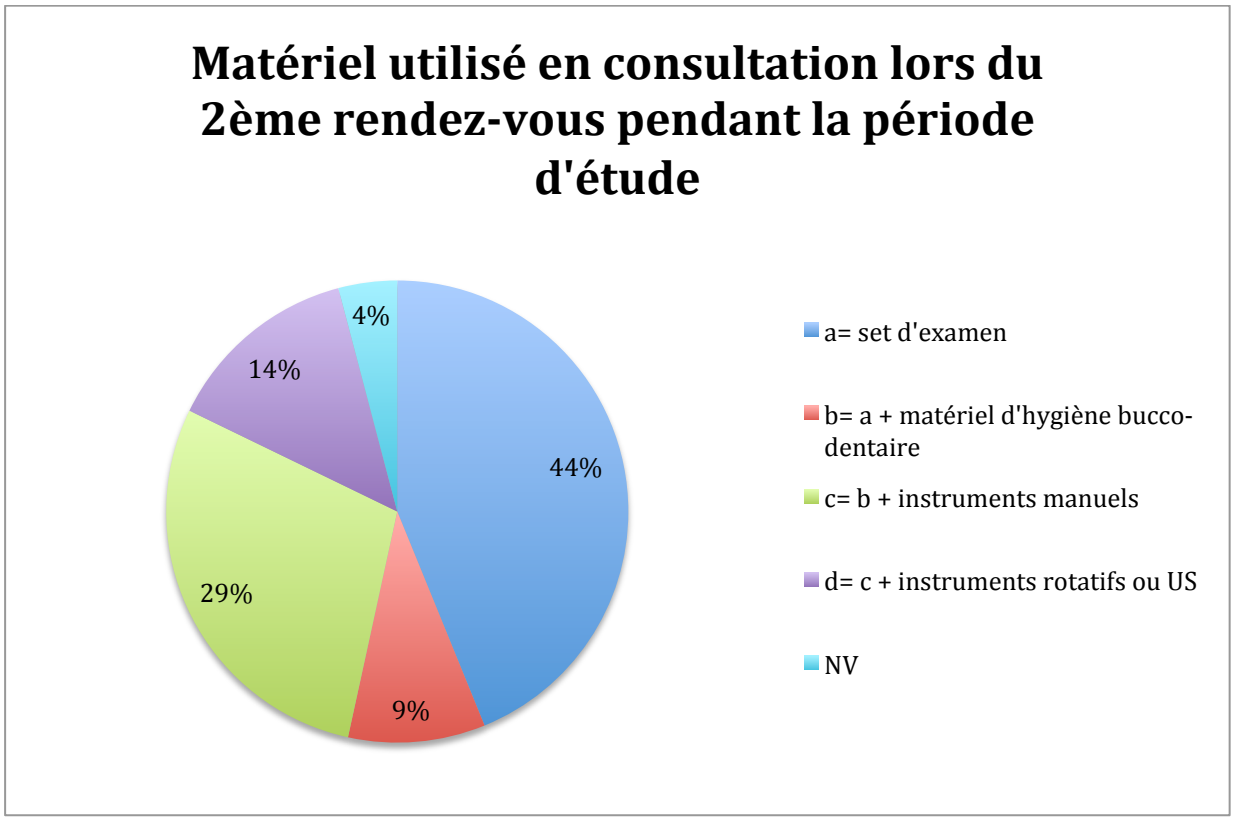


Figure 18: Matériel utilisé lors du 3ème rendez-vous

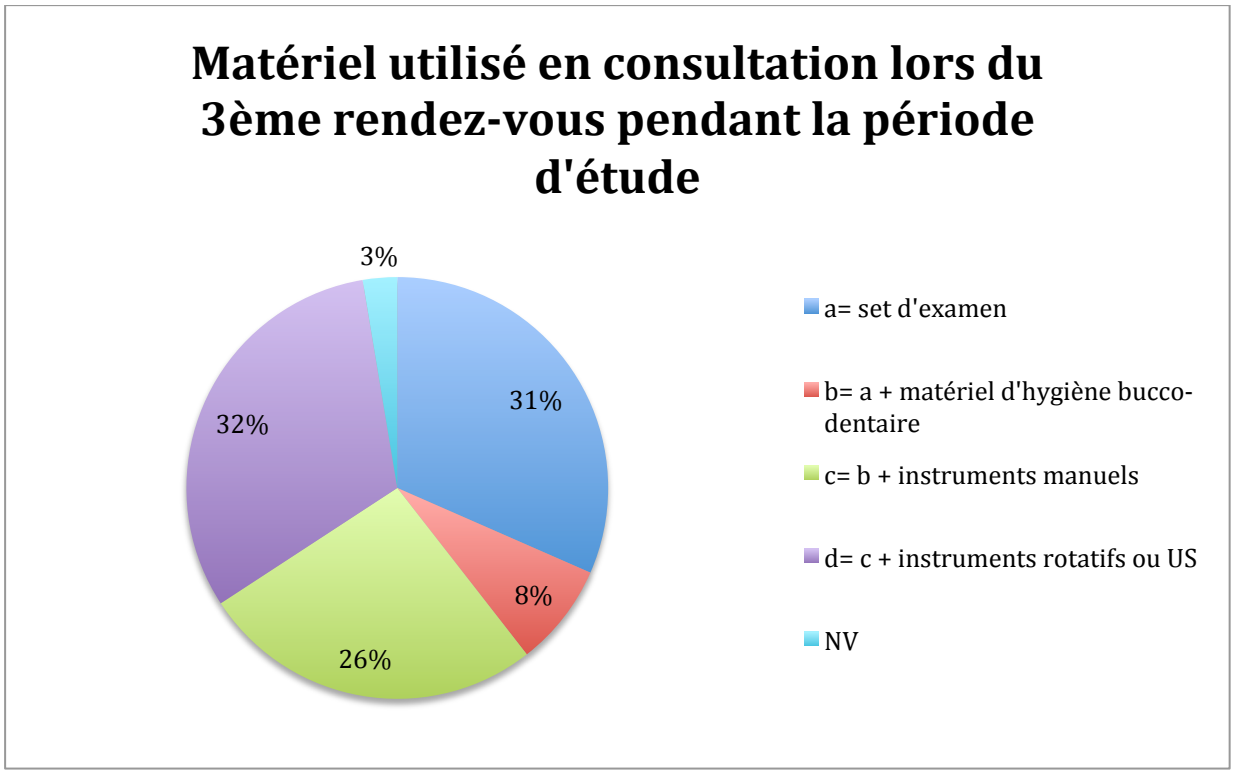
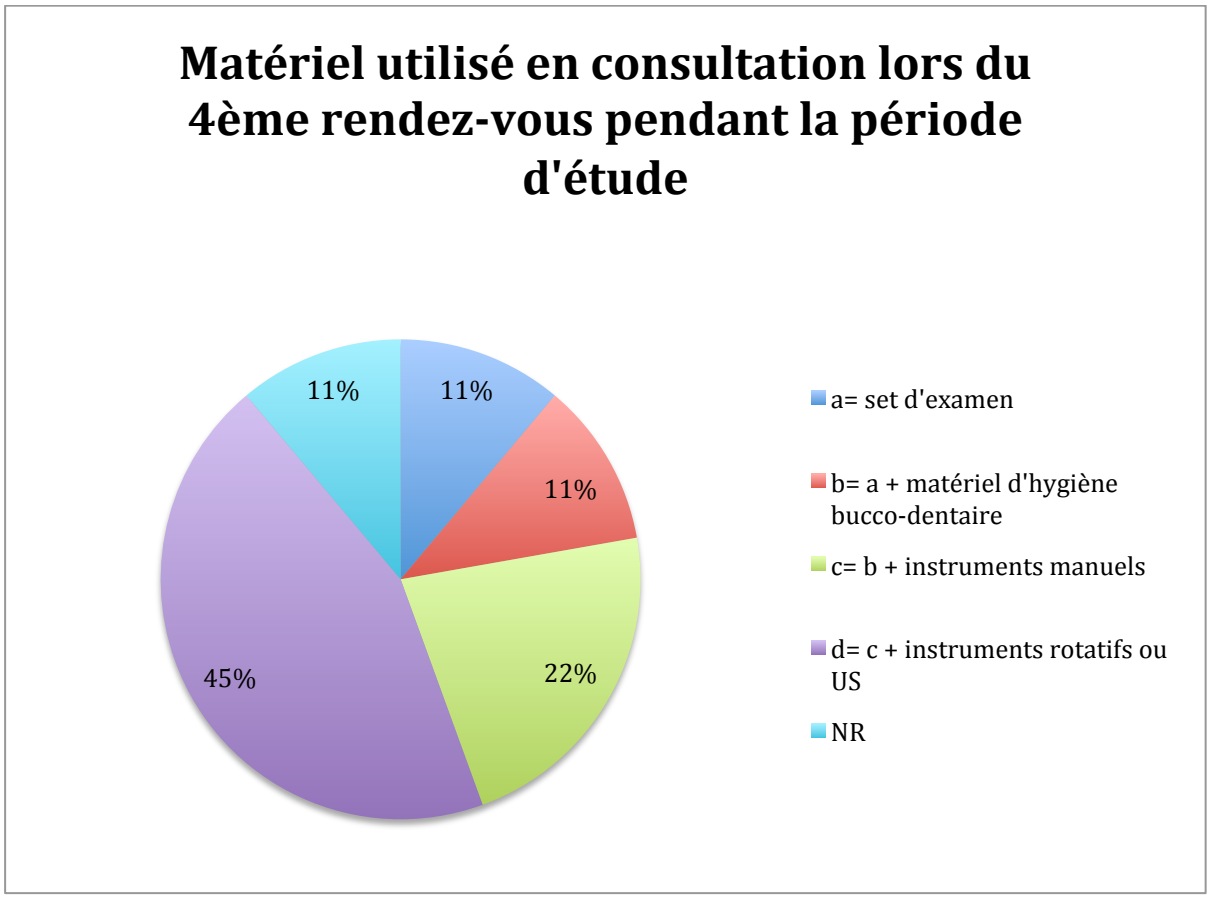


Figure 19: Matériel utilisé lors du 4ème rendez-vous



Ces graphiques présentent la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon le matériel utilisé au cours des différents rendez-vous de la période étudiée.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
Lors du 1er rendez-vous de la série de séances, le matériel «a» est utilisé pour plus de la moitié (58%) des patients.
Pour le 2ème rendez-vous cette proportion est de 44%.
Au 3ème rendez-vous, elle est de 31% et de 11% lors du dernier.

L'usage du matériel «d» est de 11% au 1er rendez-vous, 14% au 2ème. Elle est de 32% au rendez-vous 3 et de 45% au rendez-vous 4.

Les graphiques montrent une augmentation au cours des séances de 6%, 9%, 8% puis 11% pour le matériel «b».

L'utilisation la plus importante du matériel «c» a lieu au 2ème rendez-vous (29%). Elle double par rapport au 1er rendez-vous (15%). Son usage diminue ensuite pour les séances de soins 3 et 4 (respectivement 26% et 22%).

Pour les rendez-vous 1 et 2, l'emploi du matériel «a» est prioritaire alors que pour les rendez-vous 3 et 4, c'est l'usage du matériel «d» qui est majoritaire.
Sur l'ensemble des 4 rendez-vous, la proportion d'utilisation du matériel «a» diminue alors que la proportion d'emploi du matériel «d» est en constante hausse.

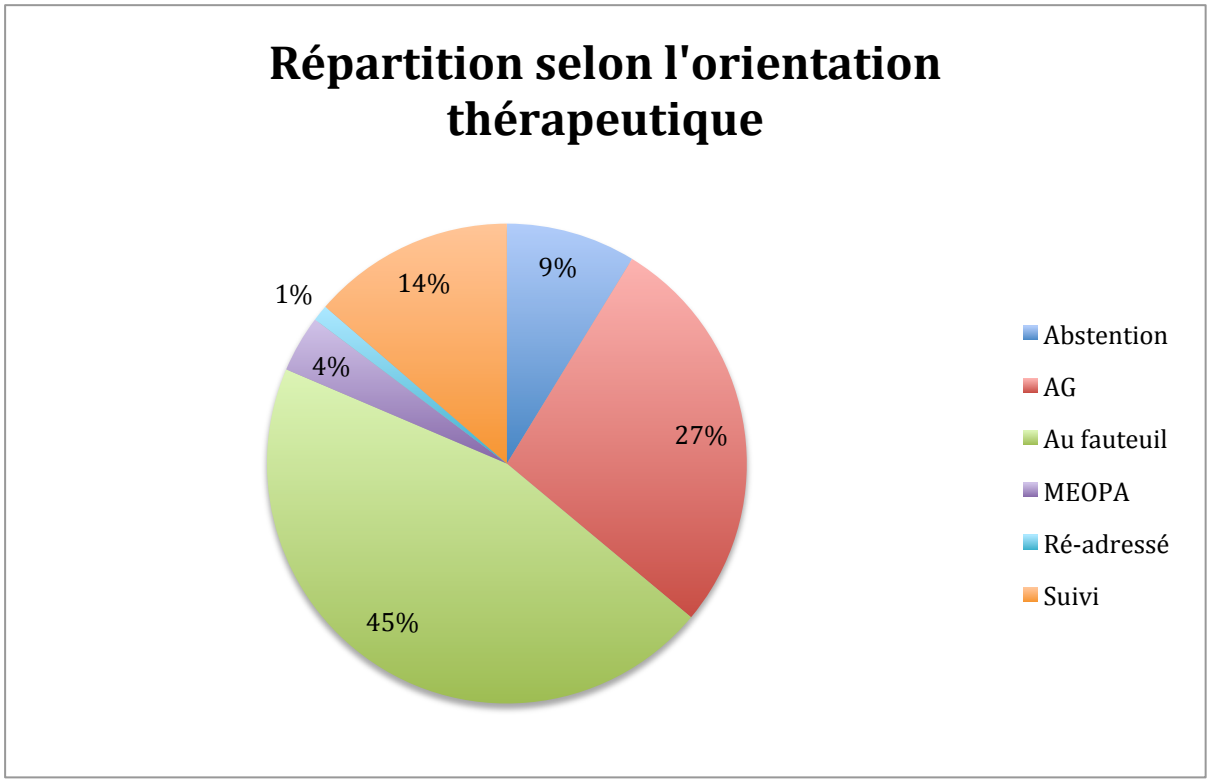
Au fur et à mesure des rendez-vous, on observe que le matériel utilisé est de plus en plus sonore, imposant visuellement et de plus en plus diversifié.
Cette observation nous permet de mettre en évidence que l'augmentation de la coopération au cours d'une série de rendez-vous rend possible l'utilisation de matériel de plus en plus technique.

Pour certains patients, malgré l'acquisition d'une meilleure coopération, le handicap ne permet pas de faire de soins trop complexes. C'est pourquoi la part d'instrumentation manuelle (matériel «c») et de matériel d'hygiène bucco-dentaire (matériel «b») reste importante.

Le maximum d'utilisation du matériel «c» au 2ème rendez-vous peut s'expliquer par le passage, presque systématique, de l'instrumentation manuelle avant l'instrumentation rotative.
Cette transition permet de familiariser, de façon progressive, le patient avec les soins dentaires.

2-5 Orientation thérapeutique des patients

Figure 20: Répartition selon l'orientation thérapeutique



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon l'orientation thérapeutique fait par l'équipe soignante suite au 1er rendez-vous.

2-5-1 Abstention thérapeutique

Pour certains patients, la décision thérapeutique est l'abstention.
Ce choix est pris lorsque qu'un bon bilan bucco-dentaire a pu être réalisé et que le patient ne nécessite pas de soin. Un suivi est proposé au CSD, les patients le souhaitant sont ré-adressés à leur chirurgien-dentiste traitant.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
L'abstention thérapeutique concerne 9% des patients.

Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
L'abstention était le choix thérapeutique pour 7% des patients.

2-5-2 Soins au fauteuil

Les soins au fauteuil en conscience comprennent notamment les soins d'hygiène bucco-dentaire, les soins conservateurs et, dans de rares cas, des actes de prothèse et de chirurgie.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
La plupart des patients (45%) venus en rendez-vous bénéficient de soins au fauteuil. Ces soins sont réalisés au cours d'une ou plusieurs séances ultérieures au rendez-vous initial.

Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
La proportion de patients ayant pu bénéficier de soins au fauteuil était sensiblement la même (44%).

2-5-3 Soins au fauteuil sous MEOPA

Le MEOPA est un Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote en solution gazeuse. C'est une technique de sédation consciente permettant d'obtenir une anxiolyse. Il s'utilise au fauteuil et permet de soigner les patients anxieux mais coopérants dans le respect des indications et des règles d'utilisation.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
7 patients, soit 4%, ont bénéficié de cette technique pendant la période étudiée.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
13 patients, soit 13% avaient pu bénéficier de soins au fauteuil sous MEOPA.

2-5-4 Soins sous anesthésie générale

Le choix d'une AG est une décision lourde à prendre. C'est la technique de soins la plus mutilante et la plus invasive pour le patient. Elle comporte des risques, a ses indications et ses contre-indications. La plupart des patients sont pris en charge sous AG au CHU Hôtel Dieu de Nantes, le vendredi, par la même équipe soignante recevant les patients en consultation de soins spécifiques le jeudi matin. Cette continuité permet de limiter l'anxiété des patients, au vécu médical et hospitalier déjà lourd en général.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
Plus d'un patient sur quatre (27%) a été orienté vers une prise en charge sous AG.

Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
Ce choix avait été fait pour 30% des patients.

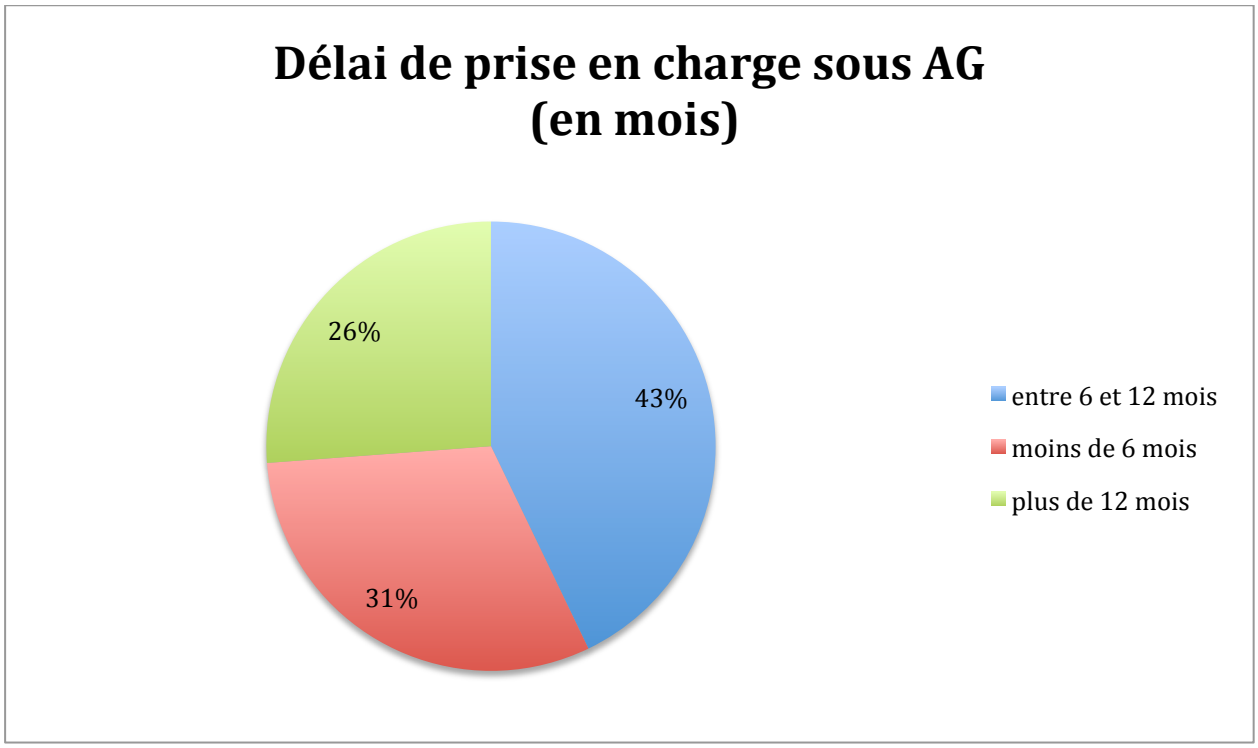
2-5-5 Suivi

Pour limiter au maximum les interventions, il est important de mettre en place un suivi pour maintenir une bonne santé bucco-dentaire. Ce suivi est nécessaire pour tous les patients et après tous les soins, qu'ils soient réalisés au fauteuil, sous AG ou au fauteuil avec MEOPA.
Il s'agit de contrôles réguliers pour s'assurer de la pérennité des soins après leur réalisation ou simplement de la bonne santé bucco-dentaire si aucun soin n'est à réaliser.

Les patients vus au CSD pour une prise en charge spécifique mais ayant l'habitude d'un chirurgien-dentiste traitant, lui sont ré-adressés pour le suivi. Pour les autres, il est réalisé par l'équipe soignante de la vacation de soins spécifiques du CSD du CHU de Nantes.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
Un suivi au CSD, après le 1er rendez-vous, est proposé à 14% des patients. Ils correspondent aux patients dont les soins ont été réalisés avant la période d'étude et pour lesquels le suivi a déjà été mis en place.

Figure 21: Temps d'attente pour la prise en charge sous anesthésie générale au CHU Hôtel Dieu



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon le délai de prise en charge sous AG.

La prise en charge pour les soins bucco-dentaires sous AG s'effectue en ambulatoire. Les patients sont hospitalisés pour la journée. L'opération a lieu le matin. Si aucune complication n'est constatée, les patients rentrent chez eux en fin de journée, accompagnés par un proche ou un accompagnateur.
Peu de créneaux sont accordés aux blocs opératoires pour la médecine bucco-dentaire.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
La majorité des patients (43%) ont bénéficié d'une prise en charge sous AG entre 6 et 12 mois après leur 1er rendez-vous au CSD.
Parmi ces patients, 1/3 a attendu 10 ou 11 mois.

Une intervention a pu être programmée en moins de 6 mois pour 31%. Dans ces 31%, 1 personne a été soignée sous AG en urgence en moins d'un mois.

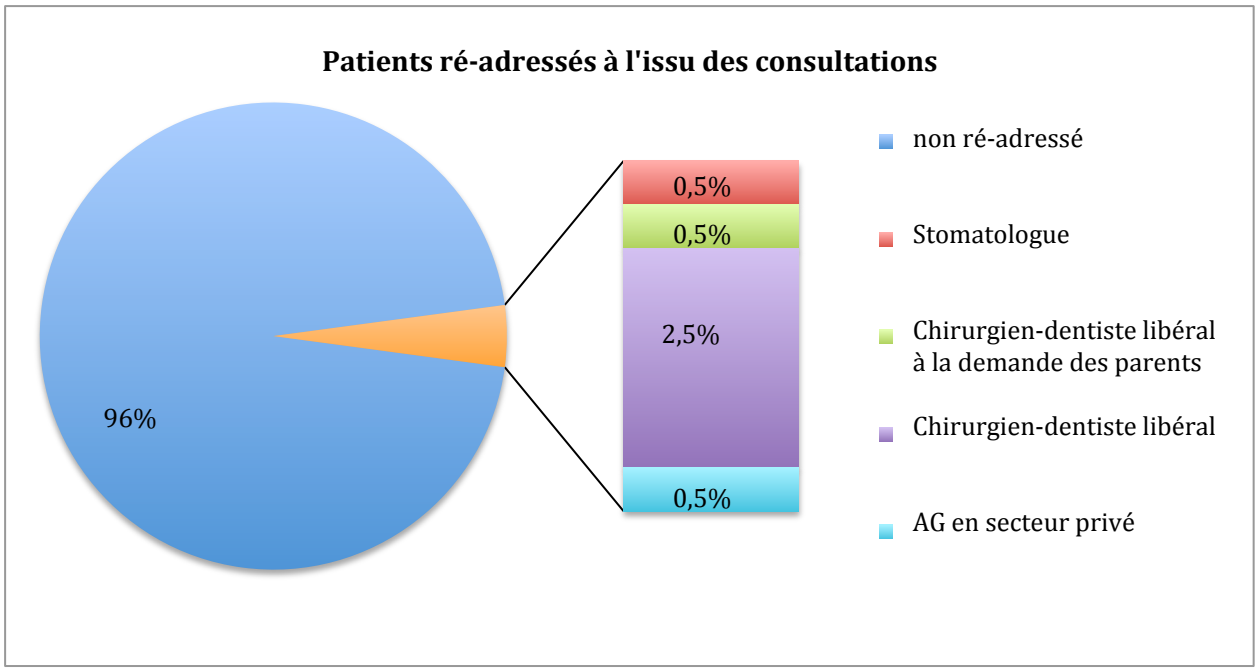
26% des patients ont été pris en charge sous AG après un délai d'attente supérieur à 1 an.
Parmi ces patients, plus de la moitié (54%) ont attendu plus de 16 mois.
Le délai maximum est de 20 mois soit 1 an et 8 mois.

Dans l'étude de novembre 2013 à novembre 2014 :
Ces valeurs sont sensiblement les mêmes.

La saturation des créneaux de bloc opératoire a été rapide et elle perdure.

2-5-6 Patients ré-adressés

Figure 22: Patients ré-adressés à des professionnels de santé



Ce graphique présente la population consultant la vacation de soins spécifiques, répartie selon les professionnels de santé auxquels les patients sont ré-adressés suite à l'orientation thérapeutique faite par l'équipe soignante.

Les patients peuvent être ré-adressés à un chirurgien dentiste libéral. C'est souvent le praticien traitant qui a l'habitude de suivre le patient, mais qui ne pouvait réaliser la prise en charge des soins dans son cabinet.
A l'issu du traitement, un contrôle est réalisé lors d'un rendez-vous de suivi, en vacation de soins spécifiques puis le patient est ré-adressé.
Pour des questions de délai pour les patients, et de confiance pour la prise en charge, il est préférable que le suivi soit réalisé par un praticien que les patients connaissent le mieux possible et depuis plusieurs années.

Il arrive que les patients soient adressés en secteur privé notamment pour une prise en charge sous AG plus rapide. En général, pour les prises en charge urgentes, l'équipe soignante met tout en œuvre pour pouvoir prendre en charge elle-même les patients.

Les patients peuvent être adressés à un stomatologue. Ce choix est nécessaire lorsque la prise en charge dépasse les compétences du chirurgien-dentiste.

Les patients mal renseignés et pouvant être soignés et suivis en cabinet libéral sont ré-adressés.

Dans l'étude de novembre 2014 à novembre 2016 :
La plupart des patients ré-adressés (2,5%) sont ré-adressés à un chirurgien-dentiste libéral.
Parmi ces 2,5%, 0,5% des patients ont été ré-adressés en cabinet libéral suite à la demande de leurs parents.

Quelques patients (0,5%) ont été ré-adressés vers un stomatologue.

Les patients adressés en secteur privé pour des soins sous AG sont rares (0,5%).

Conclusion

Cette étude descriptive permet une meilleure connaissance de la population adulte ayant recours à la vacation de soins spécifiques du CSD du CHU de Nantes.
La comparaison des données avec celles de l'étude précédente, réalisée de novembre 2013 à novembre 2014, donne un état des lieux de l'évolution de cette population.
Cette vacation est un vrai service dans la région pour les personnes porteuses de handicap.

Les patients ayant recours à la vacation de soins spécifiques sont porteurs de polyhandicap dans la grande majorité des cas, ce qui implique la nécessité d'un accompagnement au quotidien notamment pour leur santé bucco-dentaire.
Ils viennent de plus en plus loin pour bénéficier des soins de l'équipe de la vacation de soins spécifiques.

Malgré la difficulté de réalisation et leur minorité, des soins prothétiques et de chirurgie ont été réalisés. Aucun de ces soins plus complexes n'avait été réalisé sur la période d'étude précédente.
La vacation développe son offre de soins pour permettre aux patients en situation de handicap de bénéficier de soins au fauteuil en conscience, évitant ainsi l'anesthésie générale.

Les délais d'AG sont toujours aussi importants que lors de l'étude précédente. Ils peuvent atteindre 20 mois d'attente pour les patients. Ils doivent faire face à la douleur pendant ces délais.
Aucune amélioration à ce niveau n'est observée. L'équipe soignante s'organise au mieux pour prendre en charge les situations d'urgence.

Beaucoup de consultations restent spontanées de la part des patients. Développer l'offre de soins en cabinet libéral notamment pour les suivis et les contrôles permettraient de désengorger la vacation de soins spécifiques.
C'est dans cet optique que les formations, qu'elles soient initiales ou continues, sont importantes à maintenir et à développer.

L'enquête menée auprès des structures d'accueil des adultes en situation de handicap met en lumière les difficultés de prise en charge bucco-dentaire rencontrées par ces structures (formation du personnel des structures d'accueil, praticien à trouver, distances à effectuer, accompagnants pour les transports…).
Dans l'enceinte de ces structures, il pourrait être intéressant de développer des consultations de diagnostic, de façon classique ou par la télémédecine, pour permettre ensuite d'orienter les résidents en fonction des soins à réaliser.

Améliorer l'accès à la prévention bucco-dentaire pourrait aider à diminuer le recours aux soins.

Références bibliographiques

1.
Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Les chiffres clés du handicap [Internet]. 2016. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnh_2016_chiffres_bd.pdf

2.
66millionsdimpatients. Accès aux soins dentaires : faites appel au référent handicap [Internet]. 66 Millions d'impatients. 2016. Disponible sur: http://www.66millionsdimpatients.org/acces-aux-soins-dentaires-faites-appel-au-referent-handicap/

3.
Acsodent [Internet]. ACSODENT. Disponible sur: http://acsodent-pdl.jimdo.com/

4.
Handidactique. Charte Romain Jacob [Internet]. Disponible sur: http://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/

5.
Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie [Internet]. CNSA; 2015. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-chiffres-cles-01-06-2015-1.pdf

6.
Légifrance. Code de l'action sociale et des familles - Article L114. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446

7.
Espagnacq M. population à risque de handicap et restrictions de participation sociale [Internet]. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques; 2015. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss_68.pdf

8.
Handidactique. Enquête Handifaction [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/enquete-handifaction/

9.
Jacob P, Castro N, Jousserandot A, Kemoun G. Si tu savais [Internet]. Handi Santé Formation; 2012. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=OU5jXJOVpOI

10.
Ministère de l'Action et des Comptes Publics, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère du Travail, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Fichier national des établissements sanitaires et sociaux [Internet]. Disponible sur: http://finess.sante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp

11.
Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Handidactique. Les Chirurgiens-Dentistes se mobilisent pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.handidactique.org/wp-content/uploads/2015/10/Handidactique-charteRomainJacob-santeBuccoDentaire.pdf

12.
Organsation Mondiale de la Santé. Il est possible de rendre les services de soins accessibles aux personnes handicapées, ce qui réduira des inégalités inacceptables pour la santé. OMS.
Disponible sur: www.who.int/disabilities/world_report

13.
Bouvier G. L'enquête Handicap-Santé Présentation Générale. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 2011.

14.
Couzinou C. Accès aux soins: une formation pour les référents handicap. Lettre Ordre Nat Chir Dent. sept 2013;(121):17.

15.
Bouteille G. L'Ordre publie son premier rapport sur l'accès aux soins pour tous. Lettre Ordre Nat Chir Dent. sept 2017 ;(160) :44.

16.
Bouteille G. Une accélération décisive sur le dossier de l'accès aux soins. Lettre Ordre Nat Chir Dent. oct 2017;(161):28.

17.
Mormiche P. Le handicap se conjugue au pluriel. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. INSEE Première. 2000 ; 742:4.

18.
Odre National des Chirurgiens-Dentistes. Les principaux réseaux de soins [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reseaux-de-soins/les-principaux-reseaux-de-soins.html

19.
Jacob P. La personne en situation de handicap est le témoin de toutes les erreurs à corriger du parcours de santé. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, 2016.

20.
Jacob P, Handidactique. Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap. 2013. Disponible sur : http://www.handidactique.org/wp-content/uploads/2015/03/Handidactique-charteRomainJacob-Nationale.pdf

21.
Crouan X. Les 24 communes [Internet]. nantesmétropole.fr. 2016. Disponible sur: https://www.nantesmetropole.fr/institution-metropolitaine/24-communes/les-24-communes-22943.kjsp

22.
Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Projet Régional de sante Pays de la Loire [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs-mars-2012/pdf/PRS-PRESENTATION_GENERALE-version-light.pdf

23.
Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Accès aux soins bucco-dentaires [Internet]. 2017.
Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/accessibilite/rapport_bucco_dentaire_web.pdf

24.
Jacob P, Jousserandot A. Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/wp/wp-content/uploads/2016/docs/Rapport-Pascal_JACOB-0306-macarlotti.pdf

25.
Chave D, Winkelmann C. Référents handicap [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/wp/wp-content/uploads/2016/04/Recensement_14avril2016.pdf

26.
Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Pays de la Loire. Dossier de presse: rencontre régionale sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_espace_presse/dossiers/2016/DP-Signature_charte_Romain_Jacob-2_juin_2016-PDL.pdf

27.
Handidactique. Résultats de l'enquête Handifaction [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.handidactique.org/wp-content/uploads/2017/07/resultats-handifaction1-juillet2017-general.pdf

28.
Dr Pasdzierny M. Praticiens ordinaux référents handicap: les différentes actions possibles. Support visuel de communication, 2016 : 23

29.
Organisation mondiale de la santé, Banque mondiale. Rapport mondial sur le handicap [Internet]. 2011. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70671/1/WHO_NMH_VIP_11.02_fre.pdf?ua=1

30.
Dr Hescot P, Dr Moutarde A. Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire ». Secrétariat d'Etat chargé de la Famille et de la Solidarité, 2010 :61.

31.
Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Les recommandations de l'UFSBD à adopter au quotidien pour une bonne santé dentaire [Internet]. UFSBD; Disponible sur: http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2017/03/fiche-RECO-080317.pdf

32.
Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Le projet régional de santé 2ème génération : 2018 - 2022 [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2eme-generation-2018-2022

33.
Acsodent. Nos actions pour favoriser la prévention [Internet]. ACSODENT Pays de la Loire. Disponible sur: http://acsodent-pdl.jimdo.com/actions-de-prévention-1/

34.
Legifrance. Code civil- Arti 457-1. Code civil. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=3482269FC77E42F91CE056CD4F4E0F02.tplgfr28s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006165510&cidTexte=LEGITEXT000006070721&dateTexte=20180410

35.
Legifrance. Code de la santé publique - Article R4127-42. Code de la santé publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912905

36.
Lecarpentier F. Handicap et soins au cabinet dentaire : comment adapter la pratique ? [Internet]. Théragora. 2017. Disponible sur: https://www.theragora.fr/acteurs-de-ma-sante/professionnels-de-sante/dentistes/handicap-et-soins-au-cabinet-dentaire--comment-adapter-la-pratique.html

37.
Desmottes P. Prise en charge de la patientèle adulte en situation de handicap: une analyse descriptive au CSD du CHU de Nantes entre novembre 2013 et novembre 2014. Thèse : Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, Nantes, 2015.

Index

Figure 1: Répartition de la population selon le sexe des patients
Figure 2: Répartition de la population selon l'âge des patients
Figure 3: Distance effectuée par les patients du lieu de vie au CSD du CHU de Nantes
Figure 4: Provenance géographique des patients
Figure 5: Répartition selon le type de rendez-vous
Figure 6: Délai d'obtention du premier rendez-vous
Figure 7: Type de handicap présenté par les patients
Figure 8: Lieu de vie des patients
Figure 9: Patients adressés par un professionnel de santé
Figure 10: Temps passé par les patients au fauteuil pendant les rendez-vous
Figure 11: Temps passé par les patients au fauteuil lors du 1er rendez-vous
Figure 12: Temps passé par les patients au fauteuil lors du 2ème rendez-vous
Figure 13: Temps passé par les patients au fauteuil lors du 3ème rendez-vous
Figure 14: Temps passé par les patients au fauteuil lors du 4ème rendez-vous
Figure 15: Matériel utilisé pendant les rendez-vous
Figure 16: Matériel utilisé lors du 1er rendez-vous
Figure 17: Matériel utilisé lors du 2ème rendez-vous
Figure 18: Matériel utilisé lors du 3ème rendez-vous
Figure 19: Matériel utilisé lors du 4ème rendez-vous
Figure 20: Répartition selon l'orientation thérapeutique
Figure 21: Temps d'attente pour la prise en charge sous anesthésie générale au CHU Hôtel Dieu
Figure 22: Patients ré-adressés à des professionnels de santé

Glossaire

ADF : association dentaire française
AG : anesthésie générale
ARS : agence régionale de santé
CDOCD : conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes
CHU : centre hospitalo-universitaire
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSD : confédération nationale des syndicats dentaires
CS : consultation
CSD : centre de soins dentaires
CVI : ciment verre ionomère
CVIMAR : ciment verre ionomère modifié par adjonction de résine
DREES : direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques
FALC : facile à lire et à comprendre
FSDL : fédération des syndicats dentaires libéraux
INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote
MNH : mutuelle nationale des hospitaliers
NR : non renseigné
NV : non venu
OMS : organisation mondiale de la santé
ONCD : ordre national des chirurgiens-dentistes
PRS : projet régional de santé
UFSBD : union française pour la santé bucco-dentaire
UJCD : union des jeunes chirurgiens-dentistes
URPS : union régionale des professionnels de santé
US : ultrasons

PERDEREAU (Maud). - Analyse descriptive de la prise en charge des adultes en situation de handicap au CSD du CHU de Nantes de novembre 2014 à novembre 2016. – 73f. ; ill. ; 37 ref. ;30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2018)

RESUME
Les personnes porteuses de handicap ont besoin des mêmes soins de santé que le reste de la population. Elles sont des personnes à part entière. Il s'avère que le parcours de soins leur est difficile d'accès.

Après la présentation de la chartre Romain Jacob, quelques unes de ses retombées nationales et régionales dans les Pays de la Loire sont exposées.

Une enquête auprès de structures d'accueil d'adultes en situation de handicap des départements de la Loire Atlantique et de la Vendée a été réalisée. Les renseignements obtenus sur l'état actuel de la situation concernant la prise en charge bucco-dentaire des résidents sont présentés.

Dans une deuxième partie, une analyse descriptive de la prise en charge des adultes en situation de handicap au CSD du CHU de Nantes de novembre 2014 à novembre 2016 est réalisée.

REBRIQUE DE CLASSEMENT : Dentisterie sociale

MOTS CLES MESH

Enquêtes sur les soins de santé / Health Care Surveys
Etablissements de soins dentaires / Dental Clinics
Soins dentaires pour personnes handicapées / Dental Care for Disabled
Personnes handicapées / Disabled Persons

JURY
Président : Professeur Perez F.
Assesseur :
Directeur : Docteur Dajean-Trutaud S.
Co-Directeur : Docteur Hyon I.

ADRESSE DE L'AUTEUR

9 Boulevard Jean Ingres – 44100 Nantes
maud.perdereau@gmail.com