

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2015

N° 021

**Accès aux soins bucco-dentaires pour les
personnes en situation de handicap moteur**

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

Présentée et soutenue publiquement par

Elodie CHEVALIER

Née le 05/11/1990

Le 07/01/2016 devant le jury ci-dessous :

Président : Madame Le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT

Assesseur : Monsieur le Docteur Tony PRUDHOMME

Directeur de thèse : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Co-directeur de thèse : Madame le Docteur Isabelle HYON

UNIVERSITE DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr BADRAN Zahi Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
Maitres de Conférences 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 Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARION Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Madame BERNARD Cécile Madame BOEDEC Anne Madame BRAY Estelle Monsieur CLEE Thibaud Madame CLOITRE Alexandra Monsieur DAUZAT Antoine Monsieur DEUMIER Laurent Monsieur DRUGEAU Kévin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Madame MACON Claire Madame MERAMETDJAN Laure Madame MOREIGNE MELIN Fanny Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Madame RICHARD Catherine Monsieur ROLOT Morgan
Enseignants Associés	A.T.E.R.
Madame RAKIC Mia (MC Associé) Madame VINATIER Claire (MC Associé)	Monsieur LAPERINE Olivier

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

Au Professeur ALLIOT-LICHT Brigitte

Professeur des Universités,
Praticien hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaire,
Docteur de l'Université de Nantes,
Habilité à diriger des recherches,
Chefs du département de Science biologiques,

*Merci d'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse,
Merci pour les connaissances que vous m'avez apportées durant mes années d'études,
Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments les plus respectueux.*

Au Docteur DAJEAN-TRUTAUD Sylvie

Maître de Conférences des Universités,
Praticien hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Nantes,
Chef du département d'Odontologie Pédiatrique,

*Merci d'avoir accepté la direction de cette thèse, pour votre disponibilité, vos conseils, ainsi que la rapidité de vos corrections pour l'élaboration de cette thèse.
Je vous remercie également pour votre enseignement tout au long de mon cursus universitaire.
Veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.*

Au Docteur HYON Isabelle

Praticien hospitalier contractuel,
Docteur de l'Université de Nantes,

*Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury.
Merci pour tout ce que vous m'avez appris durant mes vacances cliniques, de la confiance dont vous m'avez fait preuve.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.*

Au Docteur PRUD'HOMME Tony

Assistant hospitalier universitaires des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Nantes,

Toute ma reconnaissance pour votre participation à ce jury, vos précieux conseils durant mes années d'étude, ainsi que pour tous les bons moments passés en clinique.

Table des matières

<u>Introduction</u>	7
<u>1. Handicap moteur</u>	
1.1- Définition du handicap	8
1.2- Origine/historique du mot handicap	8
1.3- Classification récente du handicap	8
1.4- Définition, étiologie et conséquences du handicap moteur	10
1.5- Epidémiologie en France du handicap moteur	12
1.6- Cadre légal et institutionnel	13
1.6.1- Lois encadrant le handicap	13
1.6.2- Droits universels et fondamentaux pour le handicap	14
1.6.3- Prestations compensatrices pour tous handicaps	15
a) Acteurs gouvernementaux	15
b) Allocations et prestations compensatrices	17
c) Cartes destinées aux personnes handicapées	20
1.6.4- Associations de personnes handicapées ou à mobilité réduite en France.....	21
1.7- Le handicap chez l'enfant	22
1.7.1- Dépistage et prise en charge sanitaire.....	22
1.7.2- Aides, prestations et modalités d'accompagnement.....	22
1.7.3- Prise en charge éducative	22
<u>2. Accessibilité</u>	
2.1- Définition	24
2.2- Accès aux soins	24
2.3- Loi du 11 février 2005	25
2.3.1- Principes.....	25
2.3.2- Echéances	27
2.3.3- Sanctions.....	29
2.4- Etat des lieux en France en 2015	29
2.4.1- La loi du 11 février 2005 a-t-elle respecté ces principes ?.....	29
2.4.2- Baromètre de l'Association des Paralysés de France (APF) : Classement des villes françaises	31
a) Association des Paralysés de France (APF).....	31
b) But du baromètre	31
c) Critères de notation	32
d) Classement des villes	33
<u>3. Accès aux soins bucco-dentaires et prise en charge au cabinet dentaire</u>	

3.1-	Application de la loi du 11 février 2005 au cabinet dentaire	34
3.1.1-	Stationnement	34
3.1.2-	Cheminement extérieur et intérieur	35
3.1.3-	Entrée/ accueil/ salle d'attente/ salle de soins	35
3.1.4-	Sanitaires	36
3.1.5-	Portes.....	37
3.1.6-	Escaliers et ascenseurs	38
3.1.7-	Eclairage, signalétique et contraste de couleurs.....	39
3.2-	Constat de la prise en charge bucco-dentaire actuelle	40
3.2.1-	Obstacles à l'accessibilité dans le domaine de la santé bucco-dentaire	40
a)	Obstacles physiques.....	40
b)	Obstacles relationnels.....	41
c)	Obstacles financiers	41
d)	Manque d'informations	42
3.2.2-	Besoins en soins bucco-dentaires	43
3.2.3-	Rôle des aidants et de l'entourage.....	45
3.3-	Rôle du chirurgien-dentiste face au handicap moteur.....	46
3.3.1-	Prévention	46
3.3.2-	Moyens et techniques à disposition du chirurgien dentiste pour aider à la prise en charge bucco-dentaire	47
3.3.3-	La consultation dentaire	48
3.3.4-	Les soins bucco-dentaires	49
3.4-	Formation du chirurgien- dentiste au handicap.....	50
3.5-	Coordination et mise en place de réseaux de santé	51
3.5.1-	Coordination	51
3.5.2-	Réseaux de santé	51
	Conclusion	54
	Références bibliographiques	56

Introduction

La notion de handicap remonte au XVII^{ème} siècle, mais, c'est seulement vers 1950 que le mot handicap trouve sa place dans le milieu médical en remplaçant des termes péjoratifs tel qu'« infirme, débile, idiot, boiteux, estropié... ». A l'heure actuelle, malgré une forte évolution des mentalités, le handicap reste associé à quelque chose de complexe, « qui fait peur ».

Une personne en situation de handicap moteur doit faire face à de nombreux obstacles pour accéder à la prise en charge bucco-dentaire auquel elle a droit. L'objet de cette thèse est de répertorier les moyens mis à disposition du patient handicapé moteur et du chirurgien-dentiste afin de faciliter l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées moteurs.

Après avoir défini le handicap moteur et avoir décrit le cadre législatif et institutionnel dans lequel la personne handicapée moteur évolue, nous allons nous intéresser à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Quel est l'impact de cette loi en 2015 ? Quel constat de l'accessibilité aux soins bucco-dentaires en France pour les personnes en situation de handicap moteur pouvons-nous faire ?

Dans un troisième temps, nous nous intéresserons spécifiquement à l'accès et la prise en charge au cabinet dentaire. Cela concerne l'application matérielle de la loi du 11 février 2005, mais également les obstacles non seulement physiques, mais aussi relationnels et financiers rencontrés par la personne en situation de handicap moteur. Nous exposerons les moyens permettant de faciliter cette prise en charge lors des consultations dentaires et de passer outre ses barrières. Nous évoquerons les solutions d'orientations vers des structures adaptées en cas de difficultés.

1- Handicap moteur

1.1- Définition du handicap

D'après la loi du 11 février 2005 n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le handicap se définit par : « 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. » **(52)**.

Cette définition englobe les différents types de handicap : moteur, visuel, auditif, mental et psychique. **(7, 52)**

1.2- Origine/historique du mot handicap

Le mot handicap vient de la contraction de trois mots anglais Hand In Cap, qui signifie la main dans le chapeau. **(7)**

Il est utilisé pour la première fois au XVIIème siècle en Angleterre, lors des trocs d'objets entre deux participants. Un arbitre, le « handicaper », déterminait la différence de valeur de deux objets et déposait la somme compensant la différence dans un chapeau. C'est un système d'échange où l'on recherchait l'équité. **(17)**

Ce terme fut appliqué par la suite aux courses hippiques, une charge était imposée aux chevaux de calibre supérieur afin de maintenir l'égalité des chances. Ce système fut étendu à différents sports. **(7, 17)**

Le sens médical du mot handicap apparaît vers 1950, et remplace progressivement les termes « infirme, débile, idiot, mutilé, boiteux, estropié, etc. » qui portaient des connotations péjoratives et dévalorisantes. **(17)**

Il apparaît dans le droit français en 1957 dans une loi n° 57-1223 du 2 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés. Est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier des dispositions de cette loi, toute personne dont les possibilités d'acquies, ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales. **(46)** Puis, le mot handicap est utilisé dans la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapés, qui est le texte de référence créant la politique publique sur le handicap. Cette loi porte sur l'importance de la prévention et du dépistage des handicaps ; l'obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés et l'accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population. **(47, 89)**

En 1980, une définition du handicap donné par le Pr Philip Wood, épidémiologiste et rhumatologue, est retenue par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « Est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou occuper un emploi s'en trouvent compromises. » **(17, 68, 74)**

1.3- Classification récente du handicap

Jacques Bertillon, chef de service de la statistique municipale de la ville de Paris, a été l'instigateur de la constitution d'une classification des maladies et des causes de décès et d'incapacité. En 1893, il présente « la nomenclature internationale des causes de décès ». Ce fut une des premières classifications internationales reconnue. **(67)**

A partir de 1947 on dispose de la Classification Internationale des Maladie (CIM) adoptée par l'OMS dès sa création. Elle est révisée tous les dix ans, c'est un outil épidémiologique qui permet d'évaluer l'état de santé des populations ainsi que d'établir des statistiques de mortalité et morbidité. Mais cette classification s'avère insuffisante pour décrire les conséquences invalidantes des maladies chroniques, séquelles de traumatismes, vieillissement, malformations. **(9)**

En 1980, l'OMS publie une Classification Internationale des Handicaps (CIH), élaborée sous la direction du Pr Wood. Elle se décline en trois niveaux : Déficiences, Incapacités, Désavantages. Elle sera adoptée en France en 1988. De plus, en 1992 l'OMS propose la Classification International des Maladies version 10 (CIM-10). Elle fournit un cadre étiologique et permet de poser un diagnostic des maladies, troubles et autres états de santé, La CIM et CIH sont complémentaire. **(9, 35)**



Schéma conceptuel de la CIH, d'après « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé » - 2006 **(16)**

- Déficiences : correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique, ou anatomique.
- Incapacités : correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour l'être humain.
- Désavantages : correspond au préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels. **(16)**

Cependant la CIH, fait rapidement face à des critiques. Cette classification repose essentiellement sur un modèle médical du handicap (seul la maladie ou un trouble sont à l'origine du handicap) avec une absence de la dimension environnementale. De plus les situations sont décrites avec des termes négatifs. **(9, 16)**

Face à la complexité et la lourdeur de cette classification, une révision sera entreprise en 2000 pour donner la CIH-2. Cette dernière est remodelée et adoptée par l'OMS en 2001, prenant alors le nom de Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). **(35)**

La CIF se présente comme un modèle « biopsychosocial » qui s'articule autour de deux parties. Une première partie « Fonctionnement et handicap » concerne les fonctions organiques et anatomiques, qui sont en relations avec l'activité et la participation. Une seconde partie « Facteurs contextuels » regroupe les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. **(9, 16)**

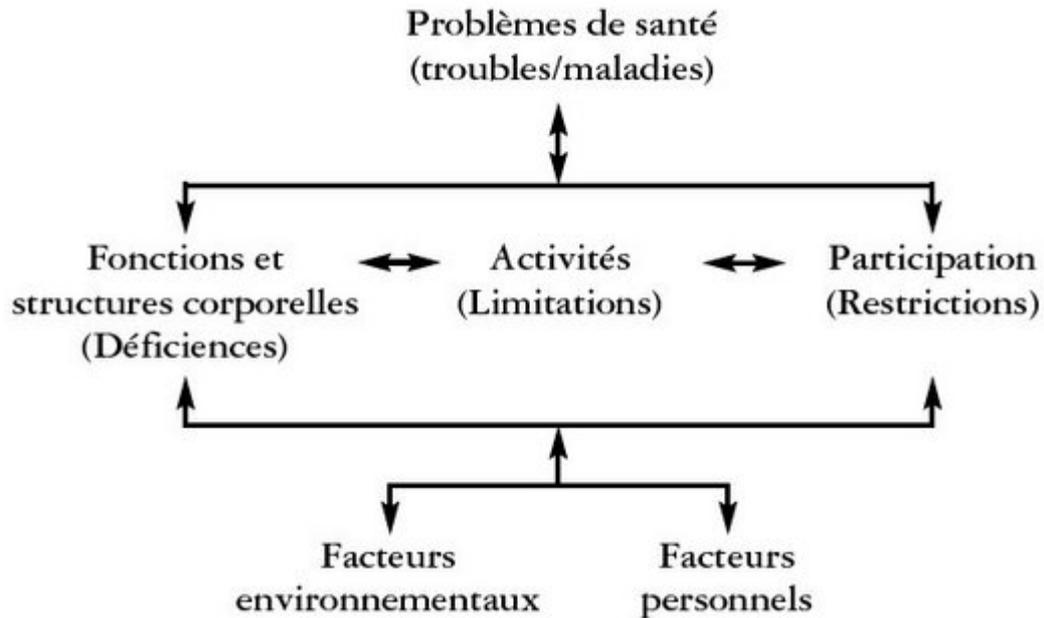


Schéma conceptuel de la CIF, d'après « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé – 2006 (16) »

« Fonctionnement et handicap »

-Fonctions et structures corporelles :

- Fonctions organiques : ce sont les fonctions physiologiques des systèmes organiques.
- Structures anatomiques : désignent les parties du corps comme les organes, les membres et leurs composantes.
- Déficiences : désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, manifestés par un écart ou une perte importante.

- Activités : signifie l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.

La limitation d'activité désigne les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité.

- Participation : signifie le fait de prendre part à une situation de vie réelle.

Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle. (16)

« Facteurs contextuels »

- Facteurs environnementaux et personnels : constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. (16)

1.4- Définition, étiologie et conséquences du handicap moteur

Définition :

Le handicap moteur est la conséquence d'une déficience motrice, due à une perte de substance ou une altération d'une structure ou fonction (anatomique et physiologique). Elle entraîne une réduction de la motricité globale de la personne, touchant les capacités à se déplacer, communiquer, maintenir une posture, s'alimenter, elle diminue également l'activité réflexe. On appelle monoplégie l'atteinte d'un seul membre, tétraplégie l'atteinte des quatre membres, hémiplégie l'atteinte de deux membres homolatéraux et paraplégie l'atteinte des deux membres inférieures. (11, 27, 75)

On parle également de personnes à mobilité réduite (PMR) pour dénommer toute personne connaissant des difficultés de déplacement en raison d'incapacité temporaire ou définitive (personnes âgées, femmes enceintes, etc.) **(7)**

Etiologie :

Cette déficience peut être la conséquence d'une atteinte des différentes structures responsables du mouvement : le système nerveux central (cerveau et moelle épinière), le système nerveux périphérique (nerfs périphériques), les liaisons neuromusculaires, les muscles, les os et articulations. **(11, 27)**

Classement des causes du handicap moteur par mécanisme général de survenue :

- Congénitales ou acquises
 - Congénitale : qui est visible ou dépistée dès la naissance (spina bifida, agénésie d'un membre, phocomélie, infirmité motrice cérébrale ...)
 - Acquise : lorsqu'elle survient chez le nourrisson, dans l'enfance ou à l'âge adulte. Les myopathies, la dystrophie musculaire ou l'amyotrophie spinale, etc. qui sont présentes dès la naissance mais se manifestent ultérieurement. Les blessures traumatiques, la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaque, la poliomyélite, la maladie de Parkinson, quant à elles apparaissent au cours de la vie. **(27)**

- Malformation, blessure traumatique, maladie, vieillissement
 - Malformation : c'est un trouble de l'ontogénèse qui survient chez l'embryon ou le fœtus (micro-céphalie, spina bifida, agénésie d'un membre...). A distinguer de la déformation, qui elle est une anomalie acquise d'un organe ou partie du corps.
 - Blessures traumatiques : il s'agit d'un handicap par blessures accidentelles, sauf exception, acquis (traumatismes crâniens, fractures graves, amputations...)
 - Maladie : sont ainsi désignés les handicaps dont la cause n'est ni une malformation, ni une blessure traumatique. Elle peut être congénitale ou acquise (sclérose en plaque, poliomyélite, ostéogénèse imparfaite...)
 - Vieillesse : les déficiences motrices sont souvent dues à des traumatismes (chutes...) ou des maladies (accidents vasculaires...) plus fréquents à un âge avancé. La fatigabilité et la perte de force accentuent la perte d'autonomie due à un handicap antérieur. **(27)**

- Evolutives ou non évolutives
 - Un handicap évolutif désigne les affections dont l'évolution est attendue et péjorative et dont le traitement est pour l'instant symptomatique ou palliatif. **(27)**

Classement suivant les structures touchées :

- Lésions cérébrales : lésions cérébrales précoces (IMC, IMOC), traumatismes crâniens, AVC, tumeurs cérébrales, malformations cérébrales, autres encéphalopathies. **(11, 27)**

- Lésions médullaires et neuromusculaires : blessés médullaires (tétraplégies ou paraplégies traumatiques), spina bifida, poliomyélite, amyotrophies spinale, sclérose latérale amyotrophique, autres myélopathies, neuropathies (Maladie de Charcot-Marie-Tooth, Guillain-Barré...), myopathie, dystrophie musculaire (De Duchenne). **(11, 27)**

- Lésions ostéo-articulaires : malformation, agénésie ou dysgénésie de tout ou partie d'un membre, amputation, dysplasie et dystrophie osseuse, ostéogénèse imparfaite, lésions inflammatoires/infectieuses/rhumatismales, polyarthrite rhumatoïde, autres lésions ostéo-articulaires (séquelles de brûlures, de fractures, luxations traumatiques...). **(11, 27)**

Conséquences :

Une déficience motrice peut entraîner :

- des limitations de mouvements par paralysie, rétraction ou ablation musculaire, osseuse ou articulaire, ou encore un manque de force.
- des mouvements lents, imprécis, incoordonnés, tremblants liés à des paralysies, spasticités ou hypotonies musculaires.
- des difficultés de communication sans atteinte intellectuelle.
- une perte des sensations corporelles (sensations cutanée, température, position de son corps dans l'espace). **(11, 75)**

Les personnes déficientes motrices seront, pour une grande majorité, appareillées de matériels orthopédiques (fauteuils, prothèses, déambulateurs, etc.). **(11, 75)**

Ces déficiences entraînent des répercussions sur :

- la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se nourrir ...)
 - l'accès à l'éducation (se déplacer, accéder aux salles/au tableau/au bureau, participer à un sport et aux sorties scolaires...)
 - l'apprentissage (dyspraxie, trouble d'organisation, trouble des gestes, écriture, dyscalculie...)
- (11)**

1.5- Epidémiologie en France du handicap moteur

Il est difficile de connaître le nombre exact de personnes handicapées en France. Dans son rapport handicap le Pr M. Folliguet indique qu' « il n'y a pas de réponse ou en réalité, il y a une pluralité de réponses, qui recouvre des réalités différentes et varie selon la définition retenue du handicap. » **(35)**

En France près de 11 millions des personnes vivent avec un ou plusieurs handicaps, dont 3,1 millions de déficients moteurs. **(35)**

Une première enquête nationale H.I.D (Handicap - Incapacité - Dépendance) a été réalisée de 1998 pour les institutions et 1999 pour les ménages jusqu'à 2001, par l'INSEE. Les renseignements ont été recueillis auprès de 20000 personnes vivant à domicile et 15000 vivant en institutions, sous la forme de deux entretiens successifs à deux ans d'intervalle. **(36)**

16,67 % de la population française de l'époque est concernée par une déficience motrice isolée ou associée. Si les enfants et adolescents souffrent le moins de déficiences motrices (1% des enfants et 3% des adolescents), ces déficiences se développent rapidement dès la trentaine (13%) pour atteindre un tiers des sexagénaires et 69% des nonagénaires. **(36)**

Les femmes sont plus concernées par les déficiences motrices. **(35)**

Les origines les plus fréquentes sont les maladies, les problèmes sociaux-familiaux et la vieillesse, mais beaucoup plus rarement liés à la naissance. **(36)**

La prévalence du handicap moteur est estimée à 1,5 à 3 pour 1000 enfants nés vivants. Ce taux augmente avec les naissances prématurées. **(35)**

Une seconde enquête Handicap-santé a été réalisée entre 2007 et 2009, toujours par l'INSEE, auprès de 30000 personnes vivant en logements ordinaires et 9000 personnes vivant en institutions. Cette grande enquête comprend de nombreuses questions sur l'état fonctionnel (maladies, déficiences,

limitations), les restrictions de participation sociale (accès au travail, à la formation, aux loisirs) et les facteurs environnementaux (entourage familial ou social, aides techniques, aménagements du logement, accessibilité aux lieux de vie, discriminations ressenties). Elle inclut aussi bien des personnes handicapées que des personnes en bonne santé afin d'obtenir des données démographiques, géographiques et sociales. **(13)**

Selon les premiers résultats, 70% de la population générale se considère en bonne ou très bonne santé, après 75 ans, seulement 25% de la population générale se considère en bonne ou très bonne santé.

9% de la population générale interrogée déclare une altération de la fonction motrice, soit 6,2 millions de la population et 22% de la population générale présente une limitation d'activité à cause d'un problème de santé. **(12, 13)**

6% de la population générale a besoin de prothèse ou autres appareillages et 8% de la population générale a besoin d'aides à la mobilité. **(12, 13)**

1.6- Cadre légal et institutionnel

1.6.1- Lois encadrant le handicap

Ces lois concernent le handicap en général, et s'appliquent donc au handicap moteur.

Loi du 30 juin 1975 : loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Elle met l'accent sur la prévention et le dépistage des handicaps. De plus les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs deviennent une obligation nationale.

La politique d'intégration débute avec cette loi.

Des commissions départementales sont créées, elles orientent les enfants et adultes handicapés dans des structures adaptées et elles attribuent des allocations spécifiques. **(47, 89)**

Loi du 10 juillet 1987 : loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés

Cette loi oblige les entreprises de 20 salariés et plus à embaucher des travailleurs handicapés dans la proportion de 6% de l'effectif total des salariés. **(48, 89)**

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

Ce texte de loi de non discrimination vise à élargir à tous les salariés la garantie du droit au travail face aux discriminations, notamment pour des raisons de santé : « Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement, aucun salarié ne peut être sanctionné ou licencié en raison de son état de santé ou de son handicap ». **(49, 89)**

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

C'est la première loi portant sur l'accessibilité. **(50, 89)**

Loi du 4 mars 2002 : loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dont le Titre 1^{er} – article 1 porte sur la solidarité envers les personnes handicapées

« Nul ne peut se prévaloir d'un préjudice de seul fait de sa naissance »

« Toute personne handicapée à droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale ». **(51, 89)**

Loi du 11 février 2005 : loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Elle constitue le cadre législatif et donne une définition au handicap :

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

Elle comporte 3 axes :

- Le droit à la compensation des conséquences du handicap
- L'accessibilité
- L'accueil et l'information des personnes handicapées, l'évaluation de leur besoins et la reconnaissance de leurs droits. **(52, 89)**

Nous y reviendrons plus en détail dans la seconde partie.

Loi du 21 juillet 2009 « loi Hôpital Patient Santé Territoire » : loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

La loi a pour but de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Les principales mesures sont :

- Une organisation régionale de la santé avec la création d'Agence Régionale de Santé (ARS), qui ont en charge la régulation des établissements médico-sociaux dont ceux pouvant accueillir les personnes en situation de handicap.
- Une nouvelle gouvernance des hôpitaux afin de faciliter la coopération entre hôpitaux publics et secteur privé.
- L'accès aux soins en améliorant la répartition des professionnels de santé sur le territoire, mais également en sanctionnant les médecins et chirurgiens dentistes qui refusent les patients titulaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou l'Aide Médicale d'Etat (AME). **(53, 89)**

1.6.2- Droits universels et fondamentaux pour le handicap

D'après la déclaration des droits de l'homme et du citoyen : « tous les hommes naissent et demeurent libres et égaux » et les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune. **La convention internationale des droits des personnes handicapées**, adoptée le 13 décembre 2006, vient compléter la liste des droits fondamentaux :

- Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes;
- La non-discrimination;
- La participation et l'intégration pleines et effectives à la société;
- Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité;
- L'égalité des chances;
- L'accessibilité;
- L'égalité entre les hommes et les femmes;
- Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé
- Le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité. **(71)**

En 2010, une autorité constitutionnelle indépendante est créée afin de veiller à la protection des droits et des libertés des citoyens et de promouvoir l'égalité. Il s'agit du Défenseur des droits, elle regroupe les missions du Médiateur de la République, du Défenseur des enfants, de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE) et de la Commission Nationale de Déontologie de la Sécurité (CNDS). **(78)**

En 2013, 85% des missions de cette autorité concernent la lutte contre les discriminations, dont 11% contre la discrimination du handicap. **(26)**

1.6.3- Prestations compensatrices pour tous handicaps

Art. L.114-1-1 du code de l'action sociale et des familles : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».

La loi permet la création de prestations finançant :

- Aides humaines (un tiers accompagnant)
- Aides techniques (fauteuil, déambulateur...)
- Aménagement du logement ou du véhicule
- Aides animalières
- Autres surcoûts (forfait handicap sensoriel pour traduction en langue des signes française par exemple). **(7, 78)**

a) Acteurs gouvernementaux

CNCPH – Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées

C'est une instance nationale qui agit en lien direct avec le ministre en charge du handicap, créée par la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.

Elle a pour mission d'assurer la participation des personnes handicapées à l'élaboration et la mise en place des politiques les concernant d'une part, et évaluer la situation du handicap ainsi que formuler des avis et des propositions pour l'améliorer d'autre part.

Chaque année le conseil rend un rapport qui présente son analyse de la situation des personnes handicapées et de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la loi de 2005. **(62, 78)**

CDCPH – Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées

Son but est de donner un avis et de formuler des propositions sur les orientations de la politique du handicap dans tous les domaines de la vie sociale au plan départemental :

- Scolarité
- Intégration professionnelle
- Accessibilité
- Logement, transport, accès aux aides humaines et techniques, aux sports et loisirs, au tourisme et à la culture.

Le CDCPH est informé :

- Des activités des MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)
- Du rapport d'activité du PDITH (Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés)
- Du rapport d'activité du CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées)
- De la mise en œuvre du schéma départemental
- Du rapport annuel de chaque CCA (Commissions Communales d'Accessibilité) du département.

Le CDCPH est constitué de 30 membres : 1/3 sont des représentants des services de l'état, des collectivités territoriales, des principaux organismes œuvrant en faveur des personnes handicapées ; 1/3 sont des représentants des associations des personnes handicapées et de leur famille ; 1/3 sont des représentants des principales professions de l'action sanitaire et sociale.

Ils se réunissent au moins deux fois par an. **(7)**

MDPH – Maison Départementale des Personnes Handicapées

Créée avec la loi du 11 février 2005, elle représente un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes handicapées. Elle exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs familles.

Son rôle :

- Mettre en place et organiser une équipe pluridisciplinaire qui est chargée d'évaluer les besoins de compensation de la personne en situation de handicap et de proposer un plan personnalisé de compensation
- Mettre en place et organiser le fonctionnement de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui est chargée de l'attribution des prestations
- Organiser des actions de coordination avec des dispositifs sanitaires et médico-sociaux
- Mettre en place un numéro téléphonique pour les appels d'urgence et une équipe de veille pour les soins infirmiers. **(7, 10)**

CDAPH – Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

Également créée avec la loi du 11 février 2005, elle est assignée aux MDPH.

Une CDAPH prend toutes les décisions concernant les aides et les prestations par le biais d'une évaluation menée par une équipe pluridisciplinaire mise en place au sein de MDPH.

Elle est compétente pour :

- Se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale ;
- Désigner les établissements ou services répondant aux besoins de l'enfant / adolescent ou concourant à la rééducation, à l'éducation, au reclassement et à l'accueil de l'adulte handicapé ainsi que pour statuer sur l'accompagnement des personnes handicapées âgées de plus de soixante ans hébergées dans les structures d'accueil spécialisées ;
- L'attribution, pour l'enfant ou l'adolescent, de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et, éventuellement, de son complément (AEEH) ;
- L'attribution de la carte d'invalidité (CIN) ;
- L'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) ainsi que de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ;
- Reconnaître la qualité de travailleur handicapé. **(76)**

CNSA – Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Créée par la loi du 30 juin 2004 et renforcée par celle du 11 février 2005

Elle est chargée de :

- Financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées
- Garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps
- Assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes. **(14)**

CCA – CIA – Commissions Communales et Intercommunales d'Accessibilité

Pour les communes de plus de 5000 habitants, elles ont pour but :

- De construire la politique municipale d'accessibilité
- De faire un état des lieux des bâtiments, de la voirie, des espaces publics et des transports

- D'établir un rapport annuel présenté au conseil municipal et remis au préfet, au président du conseil général, au CDCPH et à tous les responsables de bâtiments concernés. **(7)**

CCDSA – Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité

C'est une instance préfectorale, elle émet des avis sur les demandes de permis de construire et les demandes d'autorisation de travaux. Les associations de personnes en situation de handicap y siègent. **(7)**

b) Allocations et prestations compensatrices

PCH – Prestation de Compensation du Handicap

Créée par la loi du 11 février 2005 et entrée en vigueur le 1 janvier 2006, c'est une aide personnalisée visant à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Elle couvre les aides humaines, matérielles, animalières. **(7, 33, 86)**

Conditions d'attribution :

- Conditions d'autonomie
Le handicap de la personne génère de façon définitive ou pour une durée prévisible d'au moins un an : une difficulté absolue pour réaliser au moins 1 activité essentielle (absolue lorsqu'elle ne peut pas être réalisée par la personne elle-même) ou une difficulté grave à réaliser au moins 2 activités essentielles (grave lorsqu'elles sont réalisées difficilement et de façon alternée par rapport à l'activité habituellement réalisée par une personne du même âge et en bonne santé)
Les activités essentielles sont réparties en 4 domaines : la mobilité (marcher, se mettre debout, se déplacer dans le logement...), l'entretien personnel (se laver, utiliser les toilettes, s'habiller...), la communication (parler, entendre, voir ...), la capacité à se repérer et à protéger ses intérêts (s'orienter dans le temps, dans l'espace, gérer sa sécurité, maîtriser son comportement...)
- Conditions de ressources
Prise en charge à 100% si les ressources annuelles de la personne sont inférieures ou égales à 26 473,96€. Si elles sont supérieures, l'aide est versée à 80% de son montant. Les ressources prises en compte sont celles de l'année civile précédant la demande.
- Condition d'âge de demande de la prestation
Limite fixée à 60 ans (sous certaines conditions restrictives, la demande peut être effectuée après 60 ans).
L'enfant et l'adolescent peuvent bénéficier de la PCH dès lors qu'ils répondent aux critères d'attribution de l'AEEH (cf. paragraphe AEEH) et de son complément dans le cadre du droit d'option entre le complément d'AEEH et la PCH.
- Conditions de résidence
La personne doit résider de façon stable et régulière en France. La personne handicapée hébergée en établissement dans un pays ayant une frontière commune avec la France, faute de possibilité d'accueil adapté plus proche, peut bénéficier de la PCH en établissement. **(86)**

Montant :

Il est dépendant des aides couvertes et des ressources de la personne.

- Aides humaines : jusqu'à 16,34€/heure
- Aides techniques : jusqu'à 3 960€ par période de 3 ans
- Aides d'aménagement au logement : jusqu'à 10 000€ par période de 10 ans
- Aides au transport : jusqu'à 5 000€ sur une période de 5 ans pour l'aménagement du véhicule et jusqu'à 12 000€ sur une période de 5 ans pour les surcoûts liés au trajet en voiture particulière

- Aides spécifiques ou exceptionnelles : jusqu'à 100€ par mois pour les aides spécifiques (les dépenses permanentes et prévisibles liées au handicap, par exemple les frais d'entretien du fauteuil roulant) et jusqu'à 1 800€ par période de 3 ans pour les aides exceptionnelles (les dépenses ponctuelles liées au handicap, par exemple frais de réparations d'un lit médicalisé)
- Aide animalière : jusqu'à 3000€ par période de 5 ans. **(86)**

ACTP – Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

Elle permet aux personnes dépendantes d'assumer l'emploi d'une tierce personne pour les aider dans les actes essentiels de la vie.

Elle doit être à terme remplacée par la PCH, cependant la baisse des bénéficiaires est relativement lente. **(34, 82)**

Conditions d'attribution :

- Condition de dépendance
Avoir un taux d'incapacité d'au moins 80% reconnu par la MDPH
Un taux d'au moins 80 % correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans l'accomplissement des actions de vie quotidienne, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80% est atteint.
C'est également le cas lorsqu'il y a déficience sévère avec abolition d'une fonction. **(57)**
- Condition d'âge
Pas de limite d'âge mais au-delà de 60 ans la personne peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- Condition de résidence
Résider en France métropolitaine et être de nationalité française ou disposer d'un titre de séjour régulier.
- Condition de ressources
Plafond de ressources annuel : 9 605,40€ si la personne handicapée vit seul, 19 210,80€ en couple et 4 802,70€ par enfant à charge. **(82)**

Montant :

- Montant mensuel minimum, variable entre 441,23€ et 772,16€
- Montant mensuel maximum de 882,47€. **(82)**

APA – Allocation Personnalisée d'Autonomie

C'est une aide permettant de subvenir aux dépenses occasionnées par les besoins d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie pour une personne âgée. **(85)**

Conditions d'attribution :

- Condition de résidence
La personne doit résider à domicile en France de manière stable et régulière ou posséder un titre de séjour régulier si elle est étrangère.
- Condition d'âge
La personne doit être âgée d'au moins 60 ans et avoir une perte d'autonomie nécessitant une aide pour l'accomplissement des tâches quotidiennes de la vie. **(85)**

Montant :

- L'allocation peut aller au maximum de 562,57€ à 1 312,67€ par mois, selon le degré d'autonomie. Elle est au minimum de 28,83€ par mois. **(85)**

AAEH – Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé

Elle est destinée à soutenir les personnes qui assument la prise en charge d'un enfant en situation de handicap.

Conditions d'attribution :

- Résider en France ou dans un département d'outre mer
- Avoir un enfant en situation de handicap de moins de 20 ans, présentant un taux d'incapacité d'au moins 80%. Le taux d'incapacité est déterminé par la CDAPH
- En outre, l'enfant ne doit pas être placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'Assurance maladie, l'État ou l'aide sociale. **(83)**

Montant :

- Le montant de base s'élève à 129,99€ par mois.
- Il existe des compléments allant de 97,49€ à 1 103,08€ par mois. **(34, 83)**

AAH – Allocation aux Adultes Handicapés

C'est une allocation destinée à assurer aux personnes handicapées un minimum de ressources.

Conditions d'attribution :

- Avoir un taux d'incapacité d'au moins 80%, ou compris entre 50 et 79 % et avoir une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi du fait du handicap.
Le taux à 50 % correspond à des troubles importants entraînant une gêne notable entravant effectivement la vie sociale de la personne.
L'entrave à la vie sociale peut être éventuellement préservée mais au prix d'efforts importants ou de la mobilisation d'une compensation spécifique.
L'autonomie est conservée pour les actes élémentaires de la vie quotidienne. **(57)**
- Être âgé de plus de 20 ans.
Le versement de l'AAH prend fin à partir de l'âge minimum légal de départ à la retraite en cas d'incapacité de 50 % à 79 %. À cet âge, le régime de retraite pour inaptitude prend le relais.
En cas d'incapacité d'au moins 80 %, une AAH différentielle, c'est-à-dire une allocation mensuelle réduite, peut être versée au-delà de l'âge minimum légal de départ à la retraite en complément d'une retraite.
- Résider de façon permanente en France.
- Plafond de ressources annuel : 9 605,40€ si la personne handicapée vit seule, 19 210,80€ en couple et 4 802,70€ par enfant à charge. **(81)**

Montant :

- Lorsque la personne ne dispose d'aucunes ressources, elle peut percevoir un montant maximum de 800,45€ par mois
- Lorsque la personne handicapée perçoit une pension (invalidité, rente d'accident du travail, retraite), elle bénéficie d'une allocation mensuelle réduite, dont le montant correspond à la différence entre la moyenne mensuelle de ses autres ressources et 800,45€.
- Lorsque la personne handicapée perçoit un revenu d'activité, l'AAH est calculée en fonction d'une partie de ces revenus. **(81)**

AJPP – Allocation Journalière de Présence Parentale

Elle est attribuée si une personne doit interrompre son activité professionnelle pour rester auprès de son enfant du fait d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident d'une particulière gravité, dans la limite de 22 jours par mois. Elle concerne les enfants de moins de 20 ans.

La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants doivent être attestés par un certificat médical. **(84)**

Montant :

- de 42,97€ par jour pour les couples et 51,05€ par jour pour les personnes vivant seules. **(84)**

Ces différentes allocations et prestations compensatrices concernent le handicap en général. Actuellement il n'existe pas de prestations visant uniquement le handicap moteur.

c) Cartes destinées aux personnes handicapées

Carte d'invalidité

Les invalidités sont classées en 3 catégories, en fonction de leur situation :

- 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée.
- 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque.
- 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Les personnes reconnues atteintes d'une incapacité permanente d'au moins 80 % ou classées en invalidité dans la 3^{ème} catégorie ont droit à une carte d'invalidité.

Cette carte permet notamment d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public, tant pour son titulaire que pour la personne qui l'accompagne dans ses déplacements. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente.

La carte d'invalidité permet également de bénéficier, notamment :

- des dispositions relatives à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés ;
- de divers avantages fiscaux, pour le titulaire de la carte (par exemple, bénéfice, sous conditions, d'une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu) ou ses proches (par exemple, les personnes titulaires de cette carte sont considérées comme étant à charge du contribuable qui les accueille sous son toit) ;
- de réductions accordées, sous certaines conditions, dans les transports (RATP, SNCF, Air France). **(65)**

Carte de priorité pour personnes handicapés

Toute personne atteinte d'une incapacité inférieure à 80 % rendant la station debout pénible reçoit une carte portant la mention « Priorité pour personne handicapée ». La pénibilité à la station debout est appréciée par un médecin de l'équipe pluridisciplinaire en fonction des effets de son handicap sur la vie sociale du demandeur, en tenant compte, le cas échéant, des aides techniques auxquelles il a recours.

Cette carte permet d'obtenir une priorité d'accès aux places assises dans les transports en commun, dans les espaces et salles d'attente ainsi que dans les établissements et les manifestations accueillant du public. Elle permet également d'obtenir une priorité dans les files d'attente. **(65)**

Carte de stationnement

Toute personne, y compris les personnes relevant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ou du code de la sécurité sociale, atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements, peut recevoir une « carte de stationnement pour personnes handicapées ».

La carte est personnalisée par la signature et la photographie du bénéficiaire figurant dans la partie gauche de son verso.

La carte de stationnement pour personnes handicapées permet à son titulaire ou à la tierce personne l'accompagnant d'utiliser, dans les lieux de stationnement ouverts au public, les places réservées et aménagées à cet effet. Elle permet, dans les mêmes conditions, de bénéficier des autres dispositions

qui peuvent être prises en faveur des personnes handicapées par les autorités compétentes en matière de circulation et de stationnement. Elle est à poser en évidence à l'intérieur et derrière le pare-brise du véhicule utilisé pour le transport de la personne handicapée. **(65)**

1.6.4- Associations de personnes handicapées ou à mobilité réduite en France

Organismes nationaux dédiés au handicap moteur :

AFM - Association Française contre les Myopathies

Il s'agit d'une association de parents et de malade qui mènent un combat contre les maladies génétiques, rares et lourdement invalidantes. **(59)**

Altitudes – Association des personnes de grande taille

En se rassemblant au sein de l'association Altitudes, les femmes et les hommes grands veulent mieux vivre leur taille au quotidien. Ils y partagent des activités de loisirs, travaillent à favoriser l'émergence d'une offre adaptée dans les domaines de l'habillement ou de l'équipement. **(59)**

ANPIHM - Association Nationale Pour l'Intégration des Personnes Handicapées Moteurs

L'Association Nationale Pour l'Intégration des personnes Handicapées Moteurs, se veut aujourd'hui un Mouvement de défense et d'action contribuant à l'élaboration d'une politique nationale visant à supprimer, ou à défaut réduire et compenser les « situations de handicap ». **(59)**

APF - Association des Paralysés de France

Reconnue d'utilité publique, l'APF est un mouvement associatif national de défense et de représentation des personnes atteintes de déficiences motrices ou polyhandicapées. **(59)**

APPT - Association des Personnes de Petite Taille

L'Association des personnes de petite taille (APPT) agit en faveur de la reconnaissance et de l'intégration des personnes de petite taille. **(59)**

CHA - Coordination Handicap Autonomie

Le mouvement Coordination Handicap et Autonomie est né de la volonté d'un petit groupe de personnes en situation de handicap, de vivre de manière autonome, et d'en obtenir les moyens. **(59)**

FFAIMC - Fédération Française des Associations d'Infirmes Moteurs Cérébraux

Représente au quotidien les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale. **(59)**

FFH - Fédération Française Handisport

Leur mission : Proposer une activité sportive adaptée à toute personne présentant un handicap physique ou sensoriel. **(59)**

FNATH – Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés

La Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapé accompagne les personnes handicapées et les victimes du travail dans leurs démarches et leur parcours. **(59)**

GIPH - Groupement pour l'Insertion de Personnes Handicapées physiques

Ses missions :

- Toute personne handicapée physique quel que soit son handicap, doit pouvoir librement s'approprier un destin présumé possible
- Toute personne handicapée physique doit pouvoir assumer sa pleine responsabilité dans la société et dès lors, pouvoir être sujet de droit mais aussi de devoir, spécialement celui de participer pleinement à la vie sociale.

- Toute personne handicapée doit recevoir l'aide et l'accompagnement nécessaires dans la dignité et sans recours à l'assistanat. **(59)**

UNAFTC - Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés Crâniens

Leur objectif : Représenter les traumatisés crâniens, les cérébro-lésés et leurs familles, au niveau national, européen et international, défendre leurs intérêts et leurs droits. **(59)**

1.7-Le handicap chez l'enfant

1.7.1- Dépistage et prise en charge sanitaire

Les Centre d'Action Médico Sociale Précoce (CAMSP) exercent en ambulatoire des missions de dépistage et de prise en charge des troubles moteurs, sensoriels, mentaux ou des troubles associés chez les enfants handicapés âgés de 0 à 6 ans. **(64)**

Les Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) sont également des centres de consultation et de suivi qui s'adressent à des enfants et adolescents de 3 à 18 ans, présentant des troubles d'ordre psychologique ou psychomoteur. **(64)**

Les Services d'Accompagnements Familial et d'Education Précoce (SAFEP) offrent une prise en charge aux enfants de 0 à 3 ans présentant des déficiences auditives ou visuelles graves. **(33)**

La prise en charge sanitaire repose également sur les établissements hospitaliers, qui assurent notamment les soins les plus lourds et les traitements les plus longs. Ils accueillent à ce titre près de 14000 enfants handicapés. **(33)**

1.7.2- Aides, prestations et modalités d'accompagnement

Au sein de la MDPH, une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation en fonction du projet de vie de l'enfant et de sa famille et propose un plan personnalisé de compensation et un projet personnalisé de scolarisation. **(64)**

En fonction de cette évaluation et des souhaits exprimés par l'enfant et sa famille, la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prend des décisions sur les droits et prestations, l'orientation et les modalités de scolarisation et/ou un accompagnement adapté pour l'enfant. **(64)**

En fonction des besoins de l'enfant, plusieurs types d'aides peuvent être apportés sur décision de la CDAPH :

- Allocation d'Education pour Enfant Handicapé (AEEH), qui peut être complétée par :
 - o un complément de l'AEEH en cas de frais lié au handicap de l'enfant, de cessation ou de réduction d'activité professionnelle de l'un ou l'autre des deux parents et/ou d'embauche d'une tierce personne rémunérée.
 - o une majoration versée au parent isolé bénéficiaire d'un complément d'AEEH
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- Prestation destinée à compenser différentes charges liées au handicap, parmi lesquelles figurent, les aides humaines, les aides techniques, les aménagements du logement et du véhicule et les aides animalières **(64)**

La reconnaissance du handicap de votre enfant ouvre ainsi droit à la prise en charge intégrale de ses transports scolaires par le Conseil Général. **(64)**

1.7.3- Prise en charge éducative

Deux dispositifs complémentaires :

- Une classe adaptée de l'enseignement ordinaire

CLIS : Classe pour l'Inclusion Scolaire dans les écoles primaires et ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire dans le second degré. Ces modes de prise en charge dans les établissements de droits commun de l'éducation nationale permettent aux enfants handicapés de bénéficier d'une scolarité en adéquation avec leurs besoins, tout en s'intégrant dans un milieu ordinaire. **(33)**

Un accompagnement peut être proposé par le biais d'un assistant de scolarité (auxiliaire de vie scolaire individuel notamment), ou via un suivi par un service médico-social spécialisé (SESSAD, Service d'Education Spécialisé et de Soins à Domicile) **(64)**

- Un établissement médico-éducatif pour une prise en charge pluridisciplinaire (avec ou sans hébergement) et une scolarisation en interne (unité d'enseignement) ou en partenariat avec un établissement d'enseignement.

On distingue :

- Les Instituts Médico-Educatifs (IME), qui accueillent surtout des enfants présentant un handicap intellectuel.
- Les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP), qui accueillent des jeunes présentant un handicap psychique.
- Les établissements pour enfants déficients visuels et auditifs, les Instituts d'Education Motrice (IEM) et les établissements d'éducation spéciale pour enfants polyhandicapés. **(33)**

Cependant les capacités d'accueil des établissements nationaux et des instituts médico-éducatifs ne couvrent pas les besoins. Seul 22% des enfants déficients moteurs sont scolarisés dans un établissement de l'éducation nationale. Ce déficit s'explique principalement par un manque de classes spécialisées et par l'insuffisance de l'accompagnement éducatif et pédagogique.

Le manque de solutions d'intégration scolaire contribue à reporter sur les établissements médico-éducatifs la prise en charge d'enfants et adolescents dont le handicap pourrait leur permettre de s'intégrer en milieu ordinaire, limitant d'autant les capacités d'accueil pour les handicaps plus lourds. **(33)**

2- Accessibilité

2.1- Définition

D'après le Larousse, l'accessibilité se définit comme tel : « Caractère de quelque chose, d'un lieu qui sont accessibles » ou encore « droit, possibilité à quelqu'un d'avoir accès à quelque chose ». **(54)**

L'accessibilité trouve sa complète définition dans la loi du 11 février 2005 : « Est considéré comme accessible aux personnes handicapées tout bâtiment ou aménagement permettant dans des conditions normales de fonctionnement, à des personnes handicapées, avec la plus grande autonomie possible de circuler, d'accéder aux locaux et équipements, d'utiliser les équipements, de se repérer, de communiquer et de bénéficier des prestations en vue desquelles cet établissement ou cette installation a été conçu(e) ». Les conditions d'accès des personnes handicapées doivent être les mêmes que celles des personnes valides ou, à défaut, présenter une qualité d'usage équivalente. **(2)** Elle sort de la stricte acceptation de l'aménagement des lieux accueillant du public, de la voirie et des moyens de transport. Elle concerne l'ensemble des personnes vivant en France, dont les personnes en situation de handicap moteur, et le titre IV de la loi précise une accessibilité :

- A la scolarité, à l'enseignement supérieur et à la formation professionnelle
- A l'emploi notamment au travail adapté et protégé
- Au cadre bâti, aux transports et aux nouvelles technologies. **(78)**

Ces dispositions permettent une vie autonome, c'est-à-dire la faculté de choisir, de prendre ses propres décisions et de les mettre en œuvre. **(78)**

Il serait intéressant, comme le propose le rapport de Pascal Jacob de 2013, d'établir une cartographie du besoin et de l'offre de soins accessibles afin de déterminer les besoins non couverts. Cela permettrait de pointer les locaux accessibles ou en cours d'accessibilité aux personnes en situation de handicap, mais également d'identifier les structures des soins ad hoc comme les « unités mobiles de soins ». **(45)**

Il paraît difficilement imaginable que toutes les structures de soins puissent être accessibles à tous les handicaps, puisque certains handicaps demandent des compétences et des soins particuliers. C'est pourquoi Pascal Jacob propose la mise en place de plusieurs niveaux d'accessibilité afin d'orienter au mieux le patient en fonction de la lourdeur et du type de son handicap :

- Un 1^{er} niveau d'accessibilité dont la déclaration d'accessibilité proviendrait d'une auto-évaluation réalisée sur internet via un questionnaire rempli par le professionnel de santé lui-même.
- Un 2^{ème} niveau d'accessibilité valorisé par un label et validé lors d'une évaluation externe.
- Un 3^{ème} niveau d'accessibilité consacré à des patients plus lourdement handicapés. **(45)**

2.2- Accès aux soins

L'accès est défini par « la possibilité pour quelqu'un ou un véhicule d'atteindre un lieu, d'y pénétrer », « la possibilité d'accéder à une connaissance », « la possibilité d'être compris, saisi, apprécié », « la facilité plus ou moins grande d'approcher quelqu'un, de s'entretenir avec lui » et « le fait ou le droit d'accéder à une fonction, un état, une dignité... ». **(54)**

D'après l'article I. 1110-1 du Code de la santé publique, « l'accès aux soins est un droit fondamental de toute personne ». **(21)** C'est un droit reconnu par le préambule de la constitution française du 27 octobre 1946, régulièrement réaffirmé par de nombreux textes législatifs. **(23)** Plus récemment, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, lui consacre pas moins d'une quarantaine d'articles. **(53)**

La convention relative aux droits des personnes handicapées élaborée sous l'égide de l'ONU le 13 décembre 2006, reconnaît « le droit de toute personne handicapée de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap ». **(71)**

En 2014 suite au rapport sur l'accès aux soins et à la santé remis par Pascal Jacob, les représentants des personnes handicapées ainsi que les acteurs des secteurs de soins (hospitalier, médico-social, ambulatoire) s'engagent à répondre aux besoins spécifiques de l'accès aux soins dans chaque région via la **charte Romain Jacob**. Cette charte repose sur 12 items :

- « 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 » **(70)**

Le 26 août 2015, l'UFSBD (l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire) démontre sa volonté d'aller plus loin en signant une **charte d'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap**. Elle se base sur 7 grands piliers :

- « La mobilisation de tous les acteurs du parcours santé, des aidants aux professionnels médicaux.
- Veiller à la prise en compte la plus précoce possible de la santé bucco-dentaire au sein du parcours santé. Elle passe par la formation initiale ou continue des professionnels de santé mais aussi des personnels médico-sociaux. Elle concerne également les personnes handicapées qui sont les principaux acteurs de leur santé en préservant une hygiène bucco-dentaire correcte.
- Imposer l'éducation à la santé et la prévention comme les incontournables du parcours de santé bucco-dentaire.
- Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires, aussi bien physiques qu'en termes d'offre de soins.
- Créer une habitude de visite régulière chez le chirurgien-dentiste, dès le plus jeune âge, en favorisant le milieu ordinaire.
- Les établissements médico-sociaux sont des partenaires du parcours santé.
- Coordonnateur des soins et de la prévention et correspondant en santé orale : les garants du suivi du parcours santé. »

Le conseil National de l'Ordre s'associe à cette démarche. **(87)**

L'accès aux soins ne se limite pas uniquement à un accès physique au cabinet dentaire, il prend en compte également l'accès relationnel du praticien au patient, l'accès financier aux soins pour le patient et sa famille, mais aussi l'accès à l'information pour une prise en charge du patient handicapé moteur. (44)

La réponse aux besoins de santé des personnes handicapées participe ainsi aux objectifs de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. **(1)**

2.3- Loi du 11 février 2005

2.3.1- Principes

Dans un premier temps, la loi du 11 février 2005 permet d'apporter une définition du handicap dans toute sa diversité : « 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. »**(52)**

La loi s'articule autour de l'accès au droit commun et de la compensation. Elle s'interroge ainsi sur l'intérêt d'une prise en charge spécifique ou non des personnes handicapées. L'enjeu étant d'éviter d'enfermer les personnes en situation de handicap dans des circuits spécifiques, ségrégatifs et stigmatisants ; mais également de prendre en compte les contraintes, les attentes et les besoins particuliers des demandeurs sans s'en remettre uniquement au droit commun. **(1)**

Principaux axes et avancées de cette loi :

- Titre II : Prévention, recherche et accès aux soins
- Titre III : Compensation et ressources
- Titre IV : Accessibilité
 - Chapitre 1 : Scolarité, enseignement supérieur et enseignement professionnel
 - Chapitre 2 : Emploi, travail adapté et travail protégé
 - Chapitre 3 : Cadre bâti, transport et nouvelles technologies
- Titre V : Accueil et information des personnes handicapées, évaluation de leurs besoins et reconnaissance de leurs droits
 - Chapitre 1 : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
 - Chapitre 2 : Maisons départementales des personnes handicapées
 - Chapitre 3 : Cartes attribuées aux personnes handicapées
 - Chapitre 4 : Commission des droits de l'autonomie des personnes handicapées
- Titre VI : Citoyenneté et participation à la vie sociale **(52)**

Nous allons nous pencher sur le titre IV de cette loi : Accessibilité, appliquée aux cabinets dentaires.

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a renforcé l'obligation d'aménagement des bâtiments recevant du public afin de permettre l'accès et la circulation à toutes les personnes handicapées, quelles que soient leurs difficultés. **(52)**. Il convient d'inclure tous les types de handicap : auditif, cognitif, moteur, psychique et visuel. **(15, 66)**

De plus la loi doit profiter à l'ensemble de la population : les personnes âgées, les parents et leurs enfants en poussette, les voyageurs encombrés de bagages, les personnes accidentées ... **(15)**

Les locaux des professionnels de santé fréquentés par les patients sont des ERP (établissements recevant du public) au sens du code de la construction et de l'habitation, c'est à dire tous les « bâtiments, locaux et enceintes dans lesquels des personnes sont admises, soit librement, soit moyennant une rétribution ou une participation quelconque, ou dans lesquels sont tenues des réunions ouvertes à tout venant ou sur invitation, payantes ou non », sachant que le « public » couvre toute personne autre que le personnel. **(66)**

Le classement des établissements recevant du public se fait en 5 catégories, en fonction du nombre de personnes accueillies. **(66)**

Les obligations d'accessibilité au 1er janvier 2015 sont dépendantes du classement de l'ERP. **(66)**

Ces catégories sont définies par les seuils suivants :

- 1^{ère} catégorie : ERP accueillant plus de 1 500 personnes ;
- 2^{ème} catégorie : plus de 700 personnes jusqu'à 1500 personnes ;
- 3^{ème} catégorie : plus de 300 personnes jusqu'à 700 personnes ;
- 4^{ème} catégorie : moins de 300 personnes et au-dessus d'un seuil variable selon le type d'ERP ;
- 5^{ème} catégorie : en dessous de ce seuil variable, 100 personnes dans le cas des cabinets dentaires. **(66)**

Attention, la catégorie d'un ERP implanté dans un centre commercial sera celle de ce dernier (généralement classé en 1^{ère} catégorie). **(66)**

Le nombre maximal de personnes autorisées à être présentes en même temps dans l'établissement est déterminé par les services départementaux d'incendie et de secours, pour des raisons de sécurité et est notamment lié à la superficie de l'établissement. **(66)**

Les locaux des professionnels de santé sont des ERP de type U (établissements de soins) ou PU (petits établissements de soins déclarés de 5^{ème} catégorie). Un ERP de type U est classé en 4^{ème} catégorie s'il accueille plus de 100 personnes en l'absence de locaux à sommeil. **(66)** Ce qui est rarement le cas pour les locaux des professionnels de santé, qui sont donc pour leur grande majorité des ERP classés en 5^{ème} catégorie de type PU. **(66)**

Au 1^{er} janvier 2015, les ERP classés en catégorie 1, 2, 3 ou 4 doivent respecter les obligations techniques d'accessibilité applicables au neuf pour chaque m² de chaque bâtiment.

Quant aux ERP classés en 5^{ème} catégorie, elles doivent respecter ces obligations dans au moins une partie de l'établissement. Dans ce cas, toutes les prestations de l'établissement doivent pouvoir être délivrées dans cette partie accessible. De plus, cette dernière doit être la plus proche possible de l'entrée ou de l'une des entrées principales de l'établissement et elle doit être desservie par un cheminement usuel. **(66)**

2.3.2- Echéances

Les échéances prévues initialement par la loi du 11 février 2005 pour les ERP accueillant une profession libérale, sont les suivantes :

- ERP existant au 1^{er} janvier 2007 : Mise en accessibilité avant le 1^{er} janvier 2015
- ERP créé après le 1^{er} janvier 2007 :
 - o ERP de 1^{ère} à 4^{ème} catégorie : Application immédiate des règles du neuf
 - o ERP de 5^{ème} catégorie :
 - ERP créé par changement de destination dans des locaux autres que des logements (par exemple un ancien entrepôt) : Application immédiate des règles du neuf
 - ERP créé par changement de destination dans d'anciens logements : Mise en accessibilité avant le 1^{er} janvier 2011 **(66)**

Dans quel cas obtenir une dérogation ?

Pour les ERP existants, les dérogations sont accordées par le Préfet sur avis conforme de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité.

Trois motifs de dérogations sont prévus par la loi :

- Impossibilité technique du fait de l'environnement ou de la structure du bâtiment
- Préservation du patrimoine architectural
- Disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences. Le retentissement économique pourrait être tel qu'il entraînerait un éventuel déménagement de l'activité, une réduction importante de celle-ci et de son intérêt économique, voire la fermeture de l'établissement ; ou encore une réduction importante de l'espace d'activité de

l'ERP, par l'encombrement des aménagements requis et de l'impossibilité d'agrandir la surface occupée. **(66)**

Les demandes de dérogations pour les structures accueillants des missions de service public, comme les permanences de soins dans les maisons de santé, les centres de santé, ou les maisons médicales de garde, doivent obligatoirement être accompagnées de mesures de substitutions. Dans les autres cas, ces mesures ne sont pas obligatoires. **(66)**

Cependant, la loi de 2005 n'a pas été suffisamment suivie d'effets.

Une ordonnance, présentée le 26 septembre 2014, a modifié les dispositions législatives de la loi du 11 février 2005. A compter de cette date, et avant le 27 septembre 2015, les établissements recevant du public (ERP) ou les installations ouvertes au public (IOP) qui n'ont pas réalisé les travaux d'accessibilité, ont désormais la possibilité, pour mettre en conformité leurs établissements, de s'engager par la signature d'un agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP). **(37)** Il s'agit d'un engagement de la part du praticien à réaliser les travaux dans un délai déterminé (jusqu'à 3 ans) et à fournir un formulaire CERFA, qui engage le gestionnaire à prouver qu'il a bien effectué les travaux nécessaires pour rendre son établissement accessible. **(37)**

Les ERP, qui ont réalisé les travaux d'accessibilité au sein de leurs locaux, doivent uniquement fournir une attestation d'accessibilité de l'établissement. **(37)**

Pour les gestionnaires d'un établissement recevant du public de 5^{ème} catégorie non accessible au 1^{er} janvier 2015 :

Il est obligatoire de déposer un agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP) avant le 27 septembre 2015.

- Durée de l'Ad'AP : période de 3 ans maximum
- Formulaire à remplir :
 - o Si les travaux ne sont pas soumis à permis de construire ou permis d'aménager : Cerfa 13824*03 (demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public en complétant la partie « Demande d'approbation d'un Ad'AP pour un ERP isolé sur une seule période »).
 - o Si les travaux sont soumis à permis de construire ou permis d'aménager : dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des établissements recevant du public aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique en complétant la partie « Demande d'approbation d'un Ad'AP pour un ERP isolé sur une seule période ».
- Lieu de dépôt : à la préfecture ou à la mairie de la commune d'implantation de l'établissement.
- Finalisation de l'Ad'AP :
 - o Si l'Ad'AP est approuvé, les travaux peuvent commencer
 - o Si l'Ad'AP est refusé, un nouveau dossier doit être déposé dans un certain délai
 - o En fin d'Ad'AP, il y a obligation de fournir à la préfecture du département, une attestation d'achèvement des travaux. Un exemplaire sera transmis en mairie. **(37, 38)**

Un dispositif dérogatoire est possible en cas de situation financière délicate avérée, attestée par un commissaire aux comptes ou un expert comptable. Une prorogation de 3 ans maximum est accordée. Attention, elle ne peut être approuvée que si des actions de mise en accessibilité sont menées sur chacune des années mobilisées. Des bilans des actions exécutées à mi-parcours seront réalisés. **(37, 38)**

Pour les gestionnaires d'établissement recevant du public de 5^{ème} catégorie accessible au 1^{er} janvier 2015 :

Il suffit d'adresser dans chaque préfecture concernée par ces établissements une attestation d'accessibilité de l'établissement avant le 28 février 2015 pour les ERP accessibles au 31 décembre 2014 (y compris par dérogation).

Cette attestation exempte de l'obligation de dépôt d'agenda d'accessibilité programmée (Ad'AP). Toute attestation est accompagnée pour un ERP de 5ème catégorie, d'une attestation sur l'honneur. Une copie de l'attestation sera adressée à la mairie de la commune d'implantation, pour la transmettre aux commissions pour l'accessibilité ou aux commissions intercommunales compétentes. **(37, 38)**

2.3.3- Sanctions

Le législateur a prévu des sanctions en cas de non respect de la loi du 11 février 2005 :

- La fermeture administrative
L'autorité administrative (le maire) qui a autorisé l'ouverture de l'établissement dispose du pouvoir de le fermer si celui-ci ne satisfait pas les obligations d'accessibilité. **(66)**
« L'autorité administrative peut décider la fermeture d'un établissement recevant du public qui ne répond pas aux prescriptions de l'article L. 111-7-3 » [NDLR : article qui fixe l'obligation d'accessibilité pour tous les ERP]. **(19)**
- Le délit pénal de discrimination en raison du handicap de la personne
Le refus de délivrer une prestation du seul fait du handicap du patient est passible d'une amende maximale de 75 000 euros et de cinq ans d'emprisonnement. **(22, 66)**
- Les sanctions pénales en cas de non respect des règles de construction.
Le non respect des obligations d'accessibilité (à l'échéance du 1er janvier 2015 ou lorsque des travaux sont réalisés dans l'établissement) est passible d'une amende maximale de 45 000 euros et de six mois d'emprisonnement en cas de récidive. **(20, 66)**

Le recours pénal peut être engagé par toute personne et par toute association de personnes handicapées déclarée depuis au moins cinq ans. **(66)**

2.4- Etat des lieux en France en 2015

2.4.1- La loi du 11 février 2005 a-t-elle respecté ses principes ?

10 ans après la promulgation de la loi, qu'en est-il ? Quel est l'impact de cette loi aujourd'hui ?

Progressivement, au fur et à mesure de la parution des textes de lois et à l'approche des échéances, nombre d'acteurs se sont mobilisés pour programmer, financer et réaliser les aménagements nécessaires à l'accessibilité des personnes handicapées.

La multiplication des guides, des référentiels de qualité, des remises de trophées et récompenses met en lumière la volonté de nombreux acteurs à être exemplaires en la matière. **(15)**

D'après le rapport de l'Observatoire Interministériel de l'Accessibilité et de la Conception Universelle (OBIAÇU) d'octobre 2012 et dans le cadre de l'actualisation de l'atlas des démarches d'accessibilité, les préfectures et les directions départementales des territoires ont sollicité, à la demande du ministère du développement durable, les collectivités territoriales pour connaître les états d'avancement de leur plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics. Il s'agit aussi de faire un point sur la réalisation des diagnostics d'accessibilité de leurs établissements recevant du public et sur la création de leur commission pour l'accessibilité aux personnes handicapées (CIA et CCA, Commission intercommunale d'accessibilité et Commission communale d'accessibilité cf a. 1-6-3). **(72)**

Ces commissions doivent être créées par les communes de plus de 5 000 habitants et les établissements publics de coopération intercommunale de plus de 5 000 habitants qui exercent, en sus, la compétence « transports » ou « aménagement du territoire ».

Au 1er juillet 2012, toujours d'après le rapport de l'OBIACU, on constate que :

- 86 % des commissions communales sont créées (couvrant 88 % de la population concernée);
- 73 % des commissions intercommunales sont créées (couvrant 87 % de la population concernée).
- 590 communes de moins de 5 000 habitants ont volontairement créé une commission communale. **(72)**

Plus du quart des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), ne sont pas dotés d'une commission intercommunale car les EPCI en milieu rural, souvent, ne gèrent ni équipements publics, ni services de transports, ni voiries. **(15)**

L'analyse des rapports de ces différentes instances laisse un goût d'inachevé. Seules 198 commissions d'accessibilité (dont un tiers de commissions intercommunales) ont établi le rapport annuel obligatoire. **(61)** Si les rapports ayant pu être exploités montrent une bonne implication des élus et une attention particulière des commissions pour les diagnostics, les ERP et les transports, ils sont peu à présenter l'état d'avancement des diagnostics et des travaux en cours.

Il est donc très difficile de faire un point précis sur l'état d'avancement de l'accessibilité à travers les rapports des commissions communales ou intercommunales d'accessibilité. **(15)**

L'OBIACU a procédé à une collecte statistique de grande envergure et a pu ainsi exploiter les réponses de 21 680 communes (taux de réponse de 60,7 %) et 1 230 EPCI (taux de réponse de 48,7 %) sur les ERP publics, afin de conduire à un diagnostic d'accessibilité. **(72)**

Malgré les progrès, seuls 63 % des ERP intercommunaux de 1ère catégorie ont été diagnostiqués ainsi que 56 % des ERP communaux. Dans 20 départements, les taux de diagnostic sont supérieurs à 80 % mais ils sont inférieurs à 30 % dans 20 départements. **(72)**

L'OBIACU relève l'insuffisante qualité des diagnostics. Néanmoins, les 42 % d'EPCI et les 37 % de communes qui ont achevés le diagnostic de tous leurs ERP méritent d'être cités en exemple.

Près de 330 000 ERP ont fait l'objet de travaux d'ensemble ou partiels, y compris des ERP de catégorie 5 (qui ne sont pas tenus d'effectuer un diagnostic). **(72)**

De son côté, l'Association des Paralysés de France (APF) estime que seuls 15 % des ERP sont aux normes d'accessibilité. En l'absence de données fiables et vérifiables, il est impossible à ce stade de répartir les ERP entre ceux qui sont partiellement accessibles, ceux qui le sont totalement et ceux qui ne le sont pas du tout. **(15)**

Les raisons invoquées pour expliquer les retards ou le non respect des échéances prévues par la loi, sont :

- des délais estimés trop courts. L'application du volet accessibilité de la loi de 2005 a nécessité pas moins de 40 textes réglementaires pour préciser et compléter les dispositifs relatifs à la mise en accessibilité du cadre bâti, de la voirie et des espaces publics. La publication de ces décrets et arrêtés en question s'est échelonnée sur plusieurs années (entre 2006 et 2008), retardant la mise en œuvre concrète des mesures. **(15)**
- un surcoût financier. La question du surcoût mérite d'être posée. Elle doit être écartée pour ce qui concerne les logements et les ERP neufs, la mise en accessibilité des bâtiments existants représente en revanche des coûts très significatifs (à titre d'exemple, la mise en accessibilité coûte 1,1 milliard d'euros pour le réseau de transport Ile-de-France). Peu d'éléments ont pu être collectés pour le secteur privé mais la plupart des secteurs sont impactés. **(15)**
- une insuffisance de portage politique. En amont de son adoption, l'absence d'étude d'impact de la loi, à l'époque non obligatoire, n'a pas permis d'effectuer un travail d'expertise ou d'évaluation des coûts. La question de l'état des lieux, des moyens humains et financiers nécessaires pour réaliser l'accessibilité en 2015 a ainsi été reléguée au second plan. Dans sa mise en œuvre, hormis les conférences nationales du handicap de 2008 et 2011, les journées

territoriales de l'accessibilité de 2010, l'animation politique de la loi de 2005 s'est avérée insuffisante. **(15)**

A ce jour, le dispositif de la loi du 11 février 2005 n'a permis qu'une mise en accessibilité insuffisante. Les échéances initiales n'ont pas pu être tenues, cependant des avancées réelles mais incomplètes ont été constatées. La volonté de progresser dans cette voie est toujours maintenue, notamment avec la mise en place de l'Ad'AP. **(15, 72)** Les associations restent malgré tout mécontentes, elles dénoncent le peu d'impact de cette loi et surtout son raboutage avec l'ordonnance du 26 septembre 2014. **(6)**

2.4.2- Baromètre de l'Association des Paralysés de France (APF) : Classement des villes françaises

a) Association des Paralysés de France (APF)

L'Association des Paralysés de France (APF) a été créée en 1933 par quatre personnes atteintes de poliomyélite : André Trannoy, Jacques Dubuisson, Jeanne Henry et Clothilde Lamborot, révoltés contre l'exclusion dont ils étaient victimes. **(8)**

Reconnue d'utilité publique, l'APF est un mouvement associatif national de défense et de représentation des personnes atteintes de déficiences motrices ou polyhandicapées et de leur famille. Elle rassemble 26 000 adhérents, 30 000 usagers, 25 000 bénévoles et 13 500 salariés.

L'APF agit pour l'égalité des droits, la citoyenneté, la participation sociale et le libre choix du mode de vie des personnes en situation de handicap et de leur famille, « Pour une société inclusive ! ». **(8)**

Sa charte, qui s'inscrit dans la lignée de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, affirme son indépendance de tout parti politique, de toute religion et de la primauté de la personne : « L'être humain ne peut être réduit à son handicap ou sa maladie quels qu'ils soient. En tant que citoyenne, la personne handicapée exerce ses responsabilités dans la société : elle a le choix et la maîtrise de son existence. » **(8)**

L'association intervient régulièrement au niveau international, national, régional et départemental, tant par le biais de ses délégations départementales et de son siège que par ses services et établissements médico-sociaux ainsi que ses entreprises adaptées. **(8)**

L'APF milite pour la promotion des droits.

- > Elle sensibilise l'opinion publique et les décideurs à la question du handicap.
- > Elle développe l'emploi des personnes en situation de handicap.
- > Elle apporte des services sociaux et/ou de soins à domicile.
- > Elle assure des prestations de rééducation fonctionnelle à des enfants.
- > Elle propose des solutions d'hébergement médicalisé ou non aux adultes.
- > Elle accompagne des enfants et des jeunes dans leur scolarité et leur formation professionnelle.
- > Elle organise des séjours de vacances, des activités culturelles et de loisirs.
- > Elle mène des actions de formation professionnelle.
- > Elle intervient auprès de personnes isolées.
- > Elle apporte un soutien juridique spécialisé.
- > Elle accompagne les familles dans le dépistage précoce du handicap.
- > Elle informe les personnes et leur famille. **(8)**

b) But du baromètre

Le but du baromètre n'est pas de porter un jugement définitif mais bien d'évaluer la mise en accessibilité des communes de 2010 à 2015, de valoriser les bonnes pratiques des villes investies dans la mise en accessibilité de leur commune, de motiver les villes moins engagées. **(2)**

c) Critères de notation

Le baromètre se base sur 3 critères de notation lors de son enquête :

- Un cadre de vie adapté, afin de retranscrire la réalité des conditions de vie des personnes en situation de handicap dans leur accès à des services ou des prestations ordinaires. Noté sur 21 (2) – **Figure 1**
- Des équipements municipaux et des transports accessibles. Noté sur 22 (2) – **Figure 2**
- Une politique municipale volontariste. Noté sur 21 (2) – **Figure 3**

Critères	Questions	Réponses (cochez la case correspondante)			
		Oui tout à fait	Oui plutôt	Non plutôt pas	Non pas du tout
Évaluation de l'accessibilité du cadre de vie de la ville	1. Selon vous, les personnes en situation de handicap de la ville ont-elles des difficultés à trouver des commerces de proximité accessibles ?				
	2. Selon vous, les personnes en situation de handicap de la ville ont-elles des difficultés à trouver des centres commerciaux accessibles ?				
	3. Selon vous, les personnes en situation de handicap de la ville ont-elles des difficultés à trouver un bureau de poste accessible ?				
	4. Selon vous, les personnes en situation de handicap de la ville ont-elles des difficultés à trouver un cabinet médical (généraliste et spécialiste) accessible ?				
	5. Selon vous, les personnes en situation de handicap de la ville ont-elles des difficultés à trouver un cabinet para-médical accessible ?				
	6. Selon vous, les personnes en situation de handicap de la ville ont-elles des difficultés à trouver un cinéma accessible ?				
	7. Selon vous, les personnes en situation de handicap de la ville ont-elles des difficultés à trouver une piscine accessible ?				

Figure 1- Questionnaire sur l'évaluation de l'accessibilité du cadre de vie de la ville – Baromètre de l'accessibilité 2009, APF (2)

Critères	Questions	Réponses			
		OUI	NON	Chiffres en %	Non renseigné
Les niveaux d'accessibilité des équipements municipaux (handicap moteur)	1. Les services ouverts au public de la mairie principale sont-ils accessibles ?				
	2. Quel est le pourcentage de lignes de bus accessibles dans la ville ?				
	3. Quel est le pourcentage d'écoles primaires publiques accessibles ?				
	4. Le plus grand théâtre municipal est-il accessible ?				
	5. Le plus grand stade municipal est-il accessible ?				
	6. Quel est le pourcentage de places de stationnement public réservées d'une largeur de 3,30 m ?				

Figure 2- Questionnaire sur les niveaux d'accessibilité des équipements municipaux – Baromètre de l'accessibilité 2009, APF (2)

Critères	Questions	Réponses			
		OUI	NON	Chiffres en %	Non renseigné
Mesure de la politique municipale d'accessibilité	7. Existe-t-il une commission communale ou intercommunale d'accessibilité ?				
	8. La commission communale ou intercommunale d'accessibilité s'est-elle réunie plus d'une fois depuis le 1 ^{er} septembre 2008 ?				
	9. Un rapport annuel sur l'accessibilité a-t-il été présenté au conseil municipal depuis le 1 ^{er} septembre 2008 ?				
	10. Un diagnostic de mise en accessibilité des établissements municipaux recevant du public a-t-il été engagé ?				
	11. Un plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics a-t-il été engagé ?				
	12. L'état des lieux des transports publics dans la commune (ou intercommune) a-t-il été effectué ?				
	13. L'organisation d'un système de recensement de l'offre de logements accessibles a-t-elle été mise en place ?				

Figure 3- Mesure de la politique municipale d'accessibilité – Baromètre de l'accessibilité 2009, APF (2)

Ce baromètre s'appuie sur une méthodologie qui associe les réponses des délégations départementales APF et de leurs adhérents aux réponses des mairies. L'évaluation de l'accessibilité du cadre de vie de la ville revient aux délégations, l'évaluation des niveaux d'accessibilité des équipements municipaux et la mesure de la politique municipale d'accessibilité revient aux mairies des communes (résultats ensuite contrôlés par l'ADF). (2)

d) Classement des villes

Chaque ville obtient une note sur 21 pour le cadre de vie adapté de la ville, une note sur 22 la première année puis sur 20 pour les équipements municipaux et les transports accessibles et une note sur 21 pour la politique municipale d'accessibilité. Une moyenne sur 20 est calculée pour chaque ville afin de les classer. 96 chefs-lieux départementaux ont participé à cette enquête. **(2)**

Prenons l'exemple de la ville de Nantes qui figure dans le Top 5 depuis 2009. En 2009, elle se hisse à la première place avec une moyenne générale de 16,8/20 (13/21 pour le cadre de vie adapté, 19,8/22 pour les équipements municipaux et transports accessibles et 21/21 pour la politique municipale volontariste). On peut noter qu'en 2010 les cinq premières villes : Nantes, Evry, Lyon, Grenoble et Rennes, ont une moyenne supérieure à 14/20. En 2010, elle garde sa première place en améliorant sa moyenne générale à 17,4/20. En 2012 et 2013 elle passe à la seconde place, devancée par Grenoble, avec 18/20. **(2, 3, 4, 5, 6)**

La dernière édition du baromètre d'accessibilité est marquée par une hausse de la moyenne nationale qui est passée de 10,6 en 2009, à 11,6 en 2010, 12 en 2011, 13,04 en 2012 et enfin 14,14 en 2013. Cependant, cela reste insuffisant par rapport au respect des échéances de mise en accessibilité prévue par la loi du 11 février 2005. **(6)**

Dans le dernier baromètre publié, concernant le critère d'évaluation d'accessibilité de cadre de vie de la ville, à la question « Selon vous, les personnes en situation de handicap de la ville ont-elles des difficultés à trouver un cabinet médical accessible ? », la moyenne nationale est de 5,01/10. Sachant que les notes entre 5 et 7 correspondent à « non plutôt pas », 0 étant « oui tout à fait » et 10 « non pas du tout ». Ce critère passe donc tout juste la moyenne à deux ans de l'échéance initialement prévue par la loi. **(6)**

L'APF déplore que la France possède l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, et que celui-ci demeure inaccessible aux personnes en situation de handicap, en particulier moteur.

Le libre choix de son chirurgien dentiste n'existe pas pour les personnes en situation de handicap. Le critère de choix s'effectue en fonction du degré d'accessibilité du cabinet et non en fonction des compétences du professionnel. **(6)**

3.1.2- Cheminement extérieur ou intérieur

Le cheminement jusqu'au cabinet dentaire, ainsi qu'au fauteuil dentaire, doit être libre de tout obstacle et doit permettre à minima le croisement d'une personne valide avec une personne circulant en fauteuil roulant, avec une poussette ou avec une canne.

La largeur minimale d'un cheminement extérieur et intérieur est de 1,20 m pour le bâtiment collectif où est installé le local et de 1,40 m pour le local en lui-même, mais elle peut être tolérée ponctuellement à 90 cm en cas de contraintes structurelles. Des dérogations peuvent être accordées lorsqu'il est techniquement impossible d'atteindre une largeur de 1,40 m, pour la préservation du patrimoine architectural ou en cas de disproportion manifeste entre la mise en accessibilité et ses conséquences pour l'ERP. **(28, 66)**

Les pentes extérieures et intérieures doivent être inférieures ou égales à 5%, avec un palier de repos tous les 10 m en cas de pente supérieure à 4%. Elles peuvent augmenter jusqu'à 10% sur une distance inférieure à 2 m et jusqu'à 12% pour une distance inférieure à 0,50 m. Dans tous les cas, un palier de repos (120 cm x 140 cm) est à prévoir en haut et en bas de chaque plan incliné. Là encore des dérogations peuvent être accordées aux mêmes motifs que les cheminements. **(28, 66)**

3.1.3- Entrée/ accueil/ salle d'attente/ salle de soins

L'espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour :

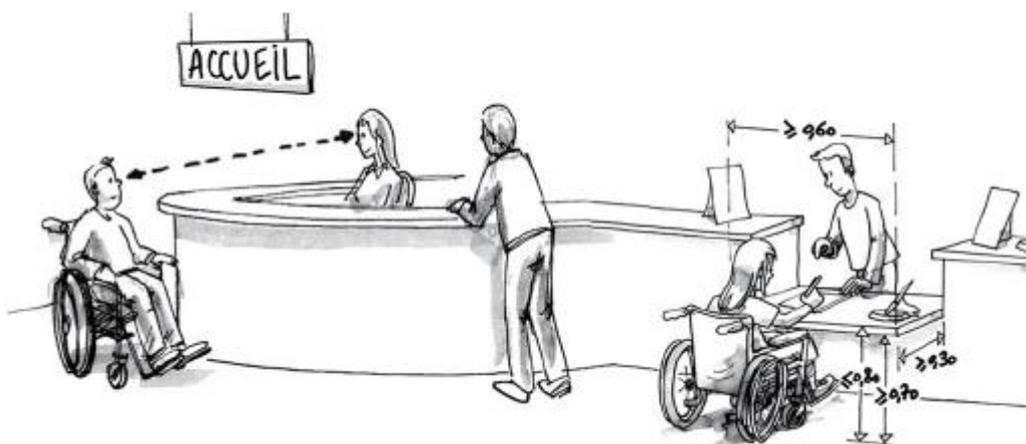
Il permet la manœuvre du fauteuil ou d'une personne avec une ou deux cannes. Il permet de s'orienter différemment ou faire demi-tour. Cet espace doit faire 1,50 m de large, il doit être retrouvé dans chaque cabinet d'aisance adapté et à chaque point du cheminement : devant un accueil, dans une salle d'attente, dans une salle de soins, devant un ascenseur. **(66)**

L'espace d'usage :

Il permet à une personne en fauteuil roulant ou équipée d'une ou deux cannes d'utiliser un dispositif de commande ou de service. C'est un espace rectangulaire de 0,80 x 1,30 m. Il est retrouvé devant chaque équipement ou aménagement : interphone, boîtes aux lettres, plans de travail adapté, salle d'attente... **(66)**

Les points de vigilance à respecter :

- La hauteur de passage minimum sous un affichage est de 2,20 m.
- S'il y a un obstacle en saillie de plus de 15 cm (une boîte aux lettres par exemple), il doit être protégé au sol.
- Le sol ne doit pas être glissant, ni réfléchissant, sans obstacle à la roue.
- Des aménagements au niveau du mobilier sont à prévoir pour les personnes à mobilité réduite. Par exemple, le meuble d'accueil doit présenter une partie de moins de 80 cm de hauteur associée à une avancée de 30 cm. **(66)**



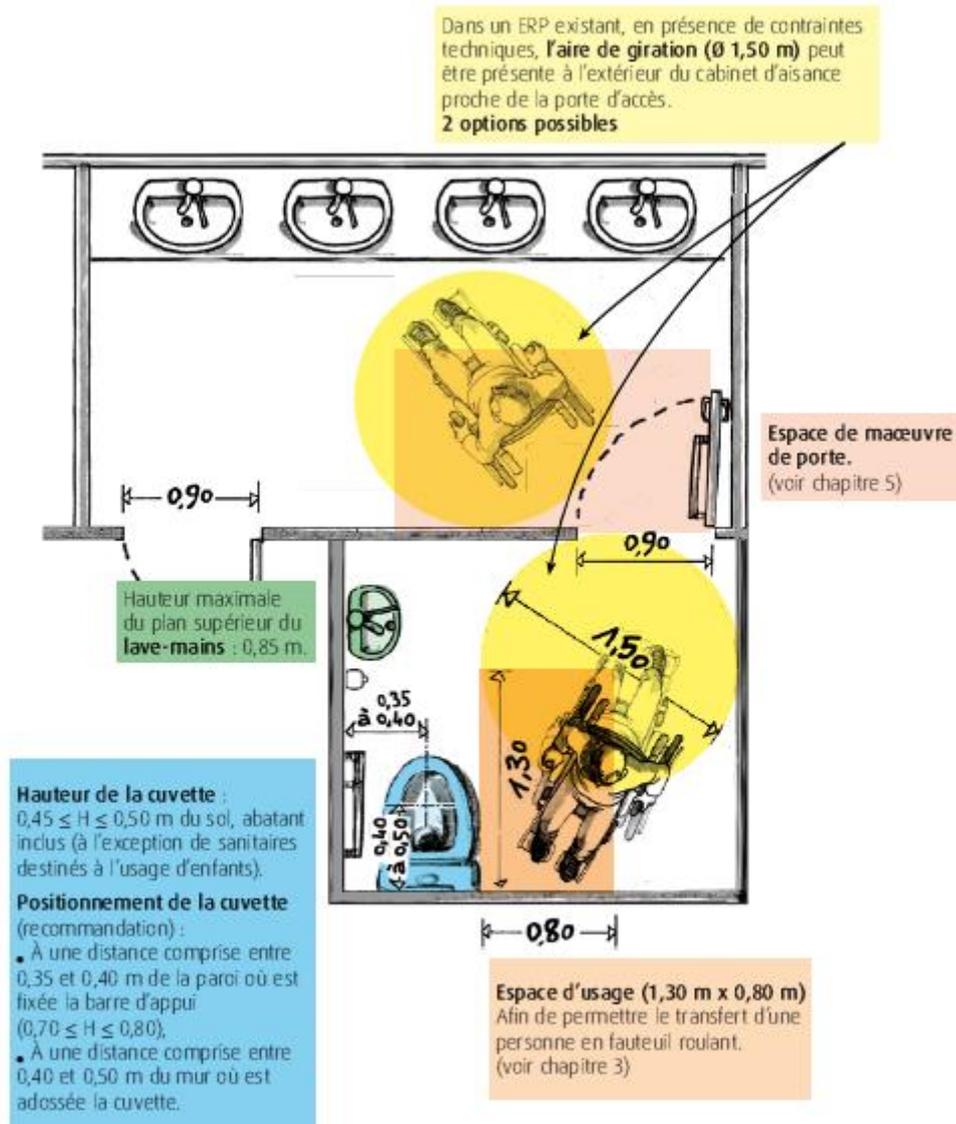
Points de vigilance à respecter dans la zone d'accueil – Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, Ministère des affaires sociales et de la santé (66)

3.1.4- Sanitaires

Si le cabinet dentaire possède des toilettes ouvertes au public, au moins un sanitaire doit être accessible aux patients handicapés. S'il existe des toilettes séparées pour chaque sexe, un cabinet d'aisance est aménagé pour chacun d'eux.

Le sanitaire adapté doit avoir a minima :

- Une porte de 90 cm de large
- Une barre de rappel horizontale située sur la porte
- Un espace d'usage (1,30 x 0,80 m)
- Un espace de manœuvre avec possibilité de demi-tour (aire de giration de 1,50 m de diamètre)
- Un lave main à 40 cm minimum de l'angle rentrant du mur ou de tout obstacle et à 85 cm de hauteur maximale. **(28, 66)**



Points de vigilance à respecter dans la zone des sanitaires - Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, Ministère des affaires sociales et de la santé (66)

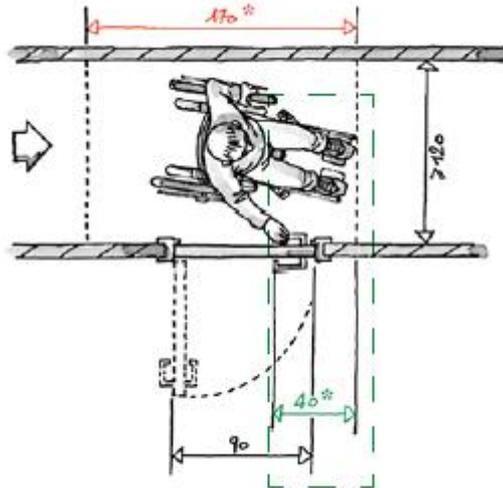
3.1.5- Portes

La largeur des portes doit être supérieure ou égale à 90 cm. Pour les ERP déjà existants, une largeur de 80 cm est acceptée en cas de contraintes techniques.

De part et d'autre de chaque porte, il faut prévoir un espace de manœuvre, lequel correspond à un rectangle de même largeur que le cheminement (1,20 m) mais dont la longueur varie selon le type de porte :

- Porte à pousser : 1,70 m
- Porte à tirer : 2,20 m **(28, 66)**

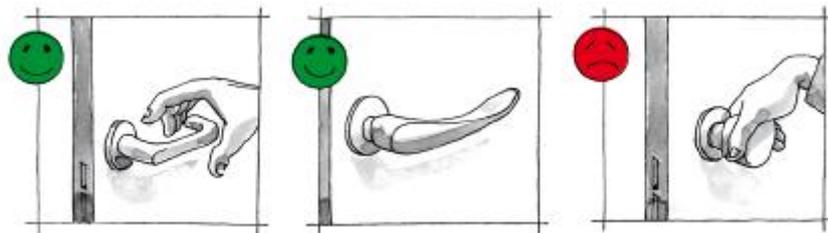
Il faut veiller à positionner judicieusement cet espace de manœuvre en fonction du sens de l'ouverture de la porte et de l'atteinte de la poignée. Le bord extérieur de la poignée doit être distant de 40 cm de tout angle d'un mur rentrant ou de tout obstacle. Cela permet à une personne en fauteuil roulant de placer correctement ses jambes pour atteindre la poignée sans difficulté. **(66)**



Points de vigilance à respecter dans la zone d'ouverture d'une porte - Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, Ministère des affaires sociales et de la santé (66)

L'effort nécessaire pour ouvrir la porte doit être inférieur à 50 N (moins de 5 kg).

Les poignées que l'on peut manœuvrer en laissant « tomber la main », dite « Béquille », sont celles qui conviennent le mieux. (66)



Poignée « Béquille » facile à manœuvrer vs poignée ronde non adaptée- Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, Ministère des affaires sociales et de la santé (66)

S'il y a des portes coulissantes, il n'y a pas besoin d'un espace de manœuvre mais il faut prévoir un espace de repos (1,40 x 1,20 m).

S'il existe un système de déverrouillage électrique de porte, le laps de temps disponible doit permettre à une personne en mobilité réduite d'atteindre la porte et d'entamer la manœuvre d'ouverture. (66)

3.1.6- Escaliers et ascenseurs

Les escaliers

Ces derniers ont des dimensions à respecter :

- La hauteur des marches : inférieure à 16 cm
- La profondeur de la marche : supérieure à 28 cm
- La largeur entre les mains courantes : 120 cm
- La hauteur de la main courante : entre 80 cm et 100 cm (28, 66)

Deux mains courantes sont nécessaires, elles doivent être continues, rigides, facilement préhensibles et être visibles grâce à un éclairage ou un contraste visuel. (66)

Les ascenseurs

L'existence d'un ascenseur est obligatoire pour les ERP de 5^{ème} catégorie dès lors que certaines prestations ne peuvent être offertes au rez de chaussée. Il doit être conforme aux normes EN 81-70 relative à l'accessibilité aux ascenseurs pour toutes les personnes, y compris les personnes à mobilité réduite. **(28, 66)**

3.1.7- Eclairage, signalétique et contraste de couleurs

Les transitions entre les zones d'éclairage, artificiel ou naturel, doivent être traitées sans créer de gêne visuelle. Certaines zones peuvent être valorisées par un éclairage renforcé (escalier, signalétique, ressaut...). L'éclairage doit éviter tout effet d'éblouissement direct des usagers. **(66)**

	Valeurs réglementaires d'éclairage a minima (en lux)
Cheminement extérieur	20
Circulations piétonnes des parcs de stationnement	50
Escalier et équipement mobile	150
Parcs de stationnement	20
Postes d'accueil	200
Circulation intérieure horizontale	100

Valeurs réglementaires d'éclairage à minima - Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, Ministère des affaires sociales et de la santé (66)

Concernant la signalétique, la taille des caractères doit être adaptée, ainsi que la police. Dans cette optique il faut éviter les recours en italique. **(66)**

Distance d'observation	Hauteur minimale des lettres	Dimension a minima du logo
1 m	30 mm	50 mm
2 m	60 mm	100 mm
5 m	150 mm	250 mm

Tableau indicatif d'une signalétique adaptée - Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité, Ministère des affaires sociales et de la santé (66)

3.2- Constat de la prise en charge bucco-dentaire actuelle

3.2.1- Obstacles à l'accessibilité dans le domaine de la santé bucco-dentaire

Les obstacles à l'accessibilité peuvent être différenciés en quatre catégories :

- La barrière physique : elle se traduit par des difficultés pour le patient à accéder aux locaux de soins ainsi qu'au fauteuil dentaire, mais aussi par les difficultés éprouvées par le praticien pour accéder à la bouche du patient lors de la réalisation des soins. **(44)**
- La barrière émotionnelle et relationnelle : la relation praticien/patient handicapé est plus complexe. Le praticien se retrouve face à une situation à laquelle il n'est pas habitué, d'où l'importance de la formation du chirurgien-dentiste. Le patient peut faire face à un refus de la part du praticien. La peur peut aussi venir du patient handicapé qui peut vivre l'acte de soin comme une intrusion dans sa bouche. **(44)**
- La barrière financière : le temps d'une consultation ou le nombre de séance est très souvent augmenté avec un patient handicapé et le praticien ne bénéficie d'aucune tarification spécifique de la part de l'assurance maladie. Cette barrière peut également se ressentir du côté des familles et des patients handicapés qui ont du mal à assumer financièrement les soins, les actes spécifiques ne faisant l'objet d'aucune prise en charge de la sécurité sociale et très rarement des mutuelles. **(44)**
- La barrière de l'information : que ce soit l'accès à la prévention et aux programmes d'éducation à la santé bucco-dentaire, l'orientation des patients vers des structures adaptées, ou encore la notion de consentement, le patient se trouve très souvent à l'écart des décisions le concernant. **(44)**

a) Obstacles physiques

Les obstacles physiques peuvent se trouver à trois niveaux différents : obstacle à l'accessibilité au bâti, au fauteuil et à la bouche.

La loi du 11 février 2005 impose aux cabinets dentaires existants, sauf dérogation, ainsi qu'aux nouveaux cabinets de se rendre accessible pour toute personne à mobilité réduite, initialement pour le 1^{er} janvier 2015 puis reportée à septembre 2018. Un agenda d'accessibilité programmée (l'Ad'ap) a été mis en place afin d'assurer la réalisation des travaux et le respect des règles d'accessibilité dans un délai de 3 ans maximum à compter de septembre 2015. **(37)** De ce fait, le nombre de cabinet accessible aux personnes handicapées moteurs tend à augmenter. **(44)**

Une fois l'accès au cabinet garanti, il faut pouvoir accéder au fauteuil, c'est-à-dire passer du fauteuil roulant au fauteuil dentaire. Sans la présence d'un accompagnateur ou d'une assistante dentaire cette manipulation devient compliquée. Elle doit être acceptée du patient et du praticien qui sort de sa de pratique habituelle. Dans certaines situations, les soins seront réalisés dans le fauteuil roulant du patient ce dernier ne pouvant pas le quitter. Face à ces situations, le praticien s'adapte. **(44)**

Enfin, les incapacités motrices et fonctionnelles du patient rendent plus difficile le maintien de la tête en arrière, l'ouverture de la bouche, la respiration par le nez ou la capacité à écarter la langue. Des mouvements involontaires s'ajoutent à cela avec les risques de morsures mais aussi les risques de fausse route. L'accès à la bouche ainsi que la réalisation de certains actes techniques sont d'autant plus compliqués dans ces situations et, là encore, le praticien doit être capable de s'ajuster. **(44)**

L'enquête de Handicap-Santé a montré que la probabilité de recours aux soins pour les personnes présentant une limitation motrice sans être en fauteuil roulant est inférieure à la population n'étant pas en situation de handicap. Pour les personnes en fauteuil roulant, l'écart par rapport à la population générale se creuse encore. **(55)**

b) Obstacles relationnels

Tous les obstacles ne sont pas de l'ordre du visible : l'image sociale du handicap reste négative dans notre société. La peur du handicap dresse des barrières entre la personne handicapée et son environnement. **(91)**

Plusieurs enquêtes ont montré qu'il est plus difficile pour des parents de consulter un chirurgien-dentiste pour leur enfant en situation de handicap que pour leurs autres enfants. Ces derniers reçoivent moins de soins que leurs frères et sœurs, bien que leurs besoins soient plus importants. Le délai d'attente pour obtenir un rendez vous hors urgence pour les enfants et adolescents fréquentant un IME ou un EAAP, est plus important que pour leurs frères et sœurs. **(36)** Au cours de l'audition publique de l'HAS en 2008, les témoignages de personnes handicapées concernant la discrimination subie ont indiqué que celle-ci est d'autant plus importante lorsqu'il y a des troubles de la communication, « parce qu'elles sont handicapées, elles ne sont jamais écoutées ». **(91)**

Le handicap fait peur et ce sentiment peut développer un refus de prise en charge de la part des chirurgiens dentistes. Le refus est motivé, ce qui le différencie du terme rejet. La rencontre entre le praticien et la personne handicapée n'est pas simple. D'un côté, le patient ne comprend pas toujours ce qui va être fait ou ne peut pas toujours exprimer ce qu'il ressent, l'intrusion en bouche est alors vécue comme une violence, entraînant ainsi une absence de coopération de sa part. De l'autre côté, le praticien ne pense pas toujours à verbaliser ses gestes, expliquer ses actes, rassurer par la parole ou par des gestes, il n'est pas armé pour recevoir des personnes handicapées. Ainsi la rencontre, préalable à toute relation de confiance, est souvent compliquée car ni le patient ni le praticien n'ont les outils ou le temps pour apprendre à se comprendre. **(43)**

Ce constat pose la question de la formation du chirurgien dentiste. D'après l'enquête PNIR 2004 « 86,6% des praticiens déclarent n'avoir reçu aucune formation sur les soins spécifiques aux personnes en situation de handicap ». **(43)**

La prise en charge d'une personne handicapée suppose une attitude, des gestes, un langage et une confiance adaptée. Elle nécessite également une connaissance de l'approche comportementale, de la prémédication sédatrice ou la sédation consciente.

Certains handicaps moteurs lourds ne pourront jamais être pris en charge au cabinet dentaire, soit parce que leurs déficiences physiques ne leur permettent pas d'ouvrir la bouche pour réaliser les soins, soit en raison d'une incapacité à coopérer. Néanmoins, une grande partie de cette patientèle pourrait être soignée au cabinet et la relation praticien/patient handicapé moteur ne devrait pas être une barrière. **(44)**

c) Obstacles financiers

La prise en charge d'un patient handicapé à un coût qui peut être un obstacle financier pour le praticien comme pour le patient et sa famille. **(44)**

D'après une enquête du Programme National Inter Régime (PNIR) de 2004, parmi les praticiens ayant essayé de prendre en charge ces patients handicapés, dans 63,4% des cas la durée de la séance est plus longue, dans 61,3% des cas le nombre de séances a été augmenté. **(35)** En moyenne, le temps de soin est augmenté d'au moins 50%. **(44)** Actuellement il n'existe aucune cotation de l'Assurance Maladie pour les actes spécifiques au cabinet. La tarification à l'acte est identique bien que les séances soient plus longues, plus techniques, plus complexes. La mise en œuvre de protocoles particuliers, comme les techniques de sédation, ne sont pas non plus prises en charge par l'Assurance Maladie. **(35)** En l'absence d'une incitation financière, certains chirurgiens-dentistes limitent le nombre de personnes handicapées dans leur patientèle, les visites peuvent être plus espacées et les soins incomplets. **(44, 55)**

L'absence de mobilité, en particulier pour les handicapés moteurs, oblige à organiser le transport de ces personnes vers une structure de soins. Une prescription médicale systématique est nécessaire pour la prise en charge du transport. **(35)**

Les soins bucco-dentaires sont rarement pris en charge par les structures médico-sociales. Lors de la fixation du tarif d'un établissement, les frais médicaux, notamment dentaires ne peuvent être pris en compte, sauf ceux relatifs aux soins qui correspondent aux missions de l'établissement ou du service. **(18)** L'application de la loi est donc variable selon l'interprétation, étant donné qu'une des missions de l'établissement ou du service est de veiller à la santé, y compris bucco-dentaire, de ses pensionnaires. **(44)**

Théoriquement les organismes d'assurance maladie prennent en charge les soins bucco-dentaires dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire qu'un « reste à charge » non négligeable est laissé au patient. Cependant le niveau de revenu des personnes handicapées est souvent faible et beaucoup de familles n'ont pas de ressources suffisantes pour accéder à une complémentaire santé. **(44)** Il est évident que les personnes handicapées non couvertes par une complémentaire santé ont moins recours aux soins bucco-dentaires, par faute de moyens et non pas parce qu'ils n'en ont pas besoin. **(55)** Le renoncement aux soins pour raisons financières est donc tout à fait probable. **(55)**

Actuellement nous sommes toujours en attente de la mise en application des propositions décrites dans le rapport de Pascal Jacob de 2013 pour une évolution de la tarification :

- Une prise en charge du MEOPA par l'assurance maladie
- Une révision des tarifications avec le passage de la NGAP à la CCAM avec la création d'un complément pour la prise en charge des patients handicapés. Le passage à la CCAM ayant eu lieu, aucune tarification spécifique n'a été créée à ce jour. **(45)**

d) Manque d'informations

Les personnes handicapées, ainsi que leur entourage font face à un déficit de prévention.

L'accès à la prévention signifie :

- accéder à l'information et aux messages de prévention.
- accéder aux formations qui permettent de réaliser les pratiques d'hygiène bucco-dentaire.
- accéder aux praticiens pour les actes de prévention.
- accéder à l'éducation thérapeutique. **(44)**

Cependant, les programmes d'éducation à la santé en institution sont peu nombreux, les personnes handicapées et leur entourage ne sont pas sensibilisées à la question de la santé bucco-dentaire, sauf lorsqu'ils sont confrontés à une situation de soins d'urgence.

Les informations nécessaires à la prévention doivent être adaptées au handicap mais aussi à la structure qui les encadre. Dans certains cas, une information par image, dessin ou pictogramme peut être plus appropriée qu'une information verbalisée. **(44)** Il convient d'adopter une approche modulable du fait de la diversité des handicaps. **(35)**

De plus permettre à la personne handicapée d'avoir un meilleur accès à la santé passe par l'information directe de la personne, sur sa maladie, ses troubles et leurs traitements. Elle est d'ailleurs obligatoire depuis la loi Kouchner d'avril 2004 sur les droits des patients. Il n'est pas du domaine des chirurgiens-dentistes de juger de la capacité du patient à comprendre l'information, surtout dans le cas du handicap moteur. Dans certains cas l'information doit être également donnée aux aidants, mais en aucun cas le patient ne doit être mis à l'écart. **(91)** Le patient handicapé est acteur de sa santé, c'est pourquoi son consentement libre et éclairé doit être obligatoirement recherché par le praticien, et l'information est la condition préalable à ce consentement. Si le patient

est dans l'incapacité de donner son consentement, il est alors nécessaire de consulter les proches ou la personne de confiance désignée par le patient. **(51)**

Il pourrait être intéressant de créer un livret de soins afin d'assurer la cohérence et la continuité de l'information dans le parcours de soins. **(91)**

En 2004 un programme national inter-régime (PNIR) a été lancé en France, il s'articule autour de différentes enquêtes afin d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire et les besoins en actions de santé chez les enfants présentant une déficience mentale ou des troubles cognitifs et moteurs. Mais aussi pour évaluer l'impact des facteurs environnementaux s'opposant à la santé bucco-dentaire des ces enfants.

D'après une enquête du PNIR, réalisée auprès de 6895 praticiens (94,5% de libéraux et 5,2% de praticiens en centre de santé) sollicités pour soigner des enfants de 6 à 20 ans fréquentant des IME : **(43)**

- 42,5% n'avaient pu répondre personnellement à l'ensemble des soins nécessaires et avaient dû orienter le patient handicapé vers une autre structure ou un autre praticien.
- Les principaux motifs évoqués par les praticiens qui n'avaient pu répondre à la demande de soins relevaient d'obstacles individuels propres à l'enfant handicapé : **(43)**
 - o Coopération insuffisante dans 62,3% des cas
 - o Difficultés techniques des actes dans 31,7% des cas
 - o État de santé dans 19,7% des cas
 - o Éloignement géographique du lieu de résidence de l'enfant dans 2,1% des cas

Ou d'obstacles liés au praticien lui-même :

- o Locaux et équipements inadaptés dans 13,4% des cas
- o Manque de temps dans 7,1% des cas
- o Manque de formation dans 5,8% des cas
- o Manque de personnel dans 5% des cas **(43)**

3.2.2- Besoins en soins bucco-dentaires

La commission d'audition de l'HAS sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap de 2008 pointe « de larges inégalités sociales en matière de santé et de recours aux soins, touchant particulièrement [...] les personnes en situation de handicap ».

Elle déplore également, notamment dans les établissements et services médico-sociaux qui accueillent et accompagnent au quotidien les personnes handicapés :

- une absence de globalité d'approche de la santé avec une focalisation fréquente de la structure sur le handicap et une attention moindre sur l'état de santé général.
- des actions de prévention et d'éducation à la santé qui restent souvent inaccessibles aux personnes handicapées.
- une rupture de la continuité des soins fréquente lors du passage à l'âge adulte ou lors d'un changement d'établissement.
- une difficulté d'accès accentuée par une coordination insuffisante des divers intervenants. **(43)**

Dans le cadre du programme national inter régime (PNIR) de 2004, une étude pour évaluer les besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents, âgés de 6 à 20 ans fréquentant un institut médico-éducatif (IME) ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) en France, a été menée. Elle a été réalisée auprès de 7259 enfants dont 5,8% des enfants se déplaçaient en fauteuil ou en brancard. **(30)**

Lors du PNIR 2004, la partie de l'étude concernant l'état de santé bucco-dentaire, révèle :

- Au cours de l'année précédant l'enquête, pour 5236 réponses, 44,3% des enfants n'avaient pas consulté de chirurgiens-dentistes.

- Au cours de la semaine précédant l'enquête, l'hygiène bucco-dentaire avait été réalisée pour seulement 55,2% des enfants. 29,8% des enfants bénéficiaient d'une aide partielle ou totale, mais la présence de plaque, de tartre et d'inflammation gingivale était visible chez 23,1% de ces enfants.
- Le risque infectieux (lésion carieuse développée, foyer infectieux dentaire) était présent dans 21,2% des cas, parmi ces derniers, 7,7% présentaient une maladie ou un état impliquant une surveillance bucco-dentaire particulière (cardiopathie congénitale, prothèse interne, diabète, trouble immuno-hématologique).
- Les référents ont déclaré qu'il n'était pas facile de savoir si l'enfant se plaignait de douleurs aux dents dans 23,9% des cas
- Parmi 6670 enfants de l'échantillon de référence, dont le niveau de besoins en actes diagnostiques et thérapeutiques a pu être déterminé, l'état dentaire est altéré chez 96,1% d'entre eux. **(30)**

Les causes de ces résultats sont de plusieurs ordres. Les maladies elles-mêmes et leurs traitements peuvent entraîner ou aggraver les pathologies bucco-dentaires. **(35)** La prise de certains médicaments a un effet direct sur le développement de pathologies infectieuses (carieuse ou parodontale). Les anti-comitiaux par exemple peuvent provoquer une hyperplasie gingivale tandis que les psychotropes modifient la quantité et la qualité de la salive. **(43)**

Le handicap physique peut, en outre, conduire à une perte d'estime, un désintérêt de soi et de l'hygiène buccale. **(43)** Les difficultés psychomotrices ne permettent pas de réaliser les soins quotidiens d'hygiène bucco-dentaire de façon efficace, surtout si les déficits neuromoteurs touchent les membres supérieurs. **(35)** Par ailleurs, les pathologies neuromusculaires génèrent des troubles de la croissance faciale qui peuvent être associés à des malpositions dentaires. **(43)**

L'entourage de la personne handicapée, que ce soit les parents ou le personnel médico-éducatif, n'ont pas reçu de formation particulière à l'éducation bucco-dentaire. Les actions de prévention, qui s'adressent à la population générale, ne prennent souvent pas les enfants handicapés en compte et ces derniers en sont exclus. **(35)**

Les facteurs de risques de pathologies orales peuvent être identifiés: **(35)**

- Le niveau de coopération. Le soin dentaire nécessite la sollicitation de nombreuses fonctions sensorielles, cognitives et motrices, dont l'altération peut s'opposer à la réalisation du soin. L'accès à la bouche et aux dents peut être compromis chez les patients qui ont des mouvements involontaires de leur corps, de leur tête, de leur langue. Face à un environnement stressant, une réponse par l'opposition, l'agressivité ou la fuite est un moyen d'autoprotection. **(43)**
- La faible priorité accordée à l'hygiène bucco-dentaire. En raison d'une déficience motrice, d'une incapacité à donner du sens aux soins d'hygiène, d'une hypersensibilité buccale, d'un manque d'apprentissage ou d'équipement adapté, l'hygiène bucco-dentaire peut être négligée. De plus, ce faible intérêt pour l'hygiène est souvent accompagné d'une mauvaise estime de soi. **(35)** Enfin, ces personnes peuvent avoir des difficultés à réaliser seules leur hygiène bucco-dentaire de manière efficace. **(43)**
- L'absence de perception des besoins de soins dentaires. Elle est liée aux difficultés d'interprétation ou d'expression de la douleur : il est parfois difficile pour le patient handicapé moteur de montrer qu'il a mal et surtout à quel endroit. Les modifications de tonus musculaire qui s'expriment au niveau de la face, retrouvées dans certaines pathologies, peuvent masquer l'expression des sensations et des émotions. **(43)**
- Un comportement antérieur défavorable : pas de suivi régulier, consommation tabagique, alcoolique, alimentation sucrée en excès, déficits nutritionnels. **(35)**
- La peur. **(35)**
- Le coût des soins. **(35)**
- Les médicaments. **(35)**

3.2.3- Rôle des aidants et de l'entourage

Les personnes en situation de handicap moteur peuvent souffrir d'un manque d'autonomie, Elles bénéficient pour la plupart d'aidants issus soit de leur entourage (souvent familial), soit de milieux professionnels. **(44)**

Selon l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de l'INSEE, 40% des adultes handicapés en France, tous handicaps compris, reçoivent une aide en raison de leur état de santé. Parmi eux, 62% sont aidés par un ou plusieurs aidants non professionnels, 25% le sont par des professionnels et des membres de leur entourage et 13% uniquement par des professionnels. **(32)**

57% des adultes handicapés, présentant au moins une déficience motrice, ont besoin d'aide pour les consultations médicales dont les consultations chez le chirurgien-dentiste. 52% d'entre eux ont besoin d'aide pour les soins personnels parmi lesquels figure l'hygiène bucco-dentaire. **(32)**

Lors de la consultation dentaire, le rôle de l'accompagnateur est important à chaque étape de la consultation :

- Accompagner jusqu'au cabinet et faciliter l'accès.
- Aider au transfert du fauteuil roulant au fauteuil dentaire.
- Expliquer la situation et l'état de santé général du patient.
- Rassurer la personne handicapée et jouer le rôle de médiateur entre la personne handicapée et le praticien.

Ce rôle est principalement assumé par la famille. **(44)**

Les aidants, professionnels ou naturels, ne sont ni formés, ni sensibilisés à la santé bucco-dentaire et alimentaire des personnes handicapées, or ce sont les premiers acteurs de la prévention bucco-dentaire. **(32)**

Concernant les aidants naturels (famille, entourage proche)

Il a été recommandé, en partenariat avec des associations comme l'Association des Paralysés de France (APF), la mise en place :

- de supports d'information simples, afin de faire passer certains messages clés de prévention
- d'ateliers « pratiques » de formation avec la participation de chirurgiens-dentistes pour aider à la réalisation des gestes, à l'apprentissage des techniques et à l'enseignement de trucs et astuces pour faciliter les gestes d'hygiène.
- d'ateliers mixtes avec les enfants et adolescents handicapés pour leur apprendre à effectuer un brossage efficace et leur permettre de gagner en autonomie. **(44)**

L'objectif de ces formations est d'instaurer un « protocole » d'hygiène adapté à chaque handicap, et à chaque famille. **(44)**

Concernant les aidants professionnels à domicile

Il est important de mettre en place une formation à l'hygiène bucco-dentaire pour les auxiliaires de vie ou aides soignants afin d'améliorer les actes d'hygiène réalisés à domicile mais aussi de revaloriser ces métiers en leur apportant de nouvelles compétences. **(44)**

Concernant les aidants professionnels en structure médico-sociale

Il n'existe pas de formation obligatoire pour les membres des établissements mais il serait souhaitable d'en instaurer une. Qu'elle soit continue ou initiale, elle aurait pour but :

- de sensibiliser le personnel à la santé bucco-dentaire
- d'améliorer le repérage des personnes handicapées en souffrance afin d'éviter des soins d'urgence potentiellement mutilants.
- de transmettre les savoirs et les méthodes pour accompagner les personnes handicapées dans leur pratique d'hygiène bucco-dentaire.

- de former des référents qui auront la charge de transmettre les notions de santé bucco-dentaire afin que ces dernières entre dans le projet d'établissement. **(44)**

3.3- Rôle du chirurgien dentiste face au handicap moteur

3.3.1- Prévention

La prévention semble être le moyen le plus efficace et le moins coûteux de limiter les pathologies buccales. Le chirurgien dentiste se doit de fournir les informations nécessaires à cette prévention. **(35)**

Les moyens préventifs sont les mêmes que pour la population générale, cela comprend l'hygiène bucco-dentaire quotidienne, c'est à dire le brossage des dents et l'utilisation de fluor. L'alimentation a également un rôle dans la prévention des caries dentaires. **(35, 42)**

Elimination de la plaque dentaire

L'élimination de la plaque dentaire grâce au brossage est primordiale pour garantir l'absence de lésions carieuses et de maladies parodontales, et doit être réalisée au moins deux fois par jour. **(42, 90)** La brosse à dents doit être adaptée à la personne handicapée, elle peut être manuelle ou électrique, notamment pour les personnes ayant des difficultés à réaliser des gestes de faible amplitude. **(87)** Son manche peut être plus épais pour faciliter la maniabilité. Le matériel d'hygiène bucco-dentaire peut être modifié grâce aux ergothérapeutes afin de permettre au patient de conserver son autonomie pour les soins quotidiens. **(35)**

Si le brossage n'est pas possible, des compresses imbibées de chlorexidine peuvent être utilisées pour améliorer le « confort » gingival et masser les gencives afin d'éliminer tous résidus alimentaires. Il est également possible d'acheter en pharmacie un doigt en silicone pour réaliser le brossage des dents et de la langue. **(90)**

Le choix de la position du patient handicapé moteur lors du brossage doit lui permettre de se décontracter et de limiter les mouvements involontaires afin de faciliter le brossage lorsqu'il est réalisé par un tiers. Le tiers peut se positionner derrière le patient pour maintenir sa tête et son cou en les entourant avec le bras non travaillant. **(79)**

Fluor et actes bucco-dentaires préventifs

L'utilisation de topiques fluorés tels que le dentifrice, les bains de bouche, les vernis fluorés a démontré son efficacité en matière de prévention de la carie et doit être modulée en fonction du risque carieux. Le vernis fluoré est un moyen de prévention appliqué au cabinet et renouvelé deux fois par an. Concernant les dentifrices et bains de bouches fluorés, ils peuvent être utilisés à la maison si le produit est adapté à l'âge du patient et que ce dernier est capable de cracher. La supplémentation de fluor par voie orale n'est plus recommandée avant 6 mois et reste réservée aux patients à risque carieux élevé. **(42)**

Le scellement de sillons des molaires définitives peut être proposé pour les patients handicapés moteur à risque carieux élevé chez qui l'acte technique est réalisable. **(42)**

Alimentation

Les conseils alimentaires font également partie du rôle de prévention du chirurgien-dentiste. La réduction des prises alimentaires entre les repas est recommandée, y compris la diminution des boissons sucrées. Le chirurgien-dentiste doit également informer les patients ainsi que sa famille de la présence de sucres dans certains médicaments, et de la nécessité de se brosser les dents après leur prise. **(42)**

Bilans de prévention bucco-dentaires

Aucun bilan bucco-dentaire n'est actuellement proposé avant l'entrée en établissement médico-social. C'est pourquoi des dispositifs de prévention et d'éducation à la santé bucco-dentaire se mettent en place, en partenariat avec les associations représentant les personnes handicapées : **(44)**

- L'instauration d'un « Forfait annuel de prévention » qui comprend une étape de consultation appelée Bilan Bucco-Dentaire (BBD) et une étape de soins de prévention. Ces deux étapes se dérouleraient au cabinet dentaire. La prise en charge financière se ferait sur la base d'un forfait à coût fixe, quel que soit le nombre de séances ou la durée des consultations et ce forfait serait pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Les familles seraient informées de ce dispositif via la CPAM de leur département.

Le BBD aurait pour objectifs :

- o D'évaluer l'hygiène bucco-dentaire.
- o De déterminer l'indice CAO, la moyenne qui résulte du nombre total des dents cariées, absentes et obturées définitivement.
- o De mesurer l'indice de plaque
- o De déterminer le risque carieux individuel
- o De détecter le besoin de soins
- o De transmettre les messages de prévention

L'étape de soins de prévention consisterait à réaliser les détartrages afin de limiter le risque d'atteinte parodontale et les scellements de sillons pour limiter le risque de caries des faces occlusales des molaires.

Ce forfait annuel de prévention aurait dû être testé en 2011 dans deux ou trois régions françaises, pendant 3 ans minimum. Or aucun retour sur ce dispositif n'a été publié. **(44)**

- L'élargissement du programme d'éducation MT'Dents aux IME. Actuellement le programme est proposé aux enfants de 6 à 18 ans mais le recours à l'Examen Bucco-Dentaire (EBD) pour les enfants handicapés est très faible. De plus, les interventions de sensibilisation prévues dans les classes de CP et de 5^{ème} ne sont pas étendues aux IME. Les enfants handicapés qui ne sont pas rattachés à un milieu scolaire ordinaire ne peuvent pas en bénéficier. Cependant à ce jour, la mise en œuvre du dispositif M'T dents dans les IME n'est toujours pas réalisée. **(44, 45)**
- La création d'un kit de « prévention bucco-dentaire » pour les familles. Il comporterait des supports d'information et si possible, avec l'accord des partenaires publics, des échantillons issus de l'industrie pharmaceutique adaptés à l'hygiène bucco-dentaire du patient. Il permettrait de sensibiliser le plus tôt possible l'entourage mais aussi la personne handicapée à la question de santé bucco-dentaire. Ce projet nécessite de monter une expérimentation sur deux ou trois régions françaises afin d'analyser les résultats et de généraliser le kit à l'échelle nationale. **(44)**

La HAS recommande un suivi régulier chez un chirurgien – dentiste dont la fréquence doit être adaptée en fonction des besoins de la personne en soins et prévention, idéalement tous les 3 à 6 mois et au minimum une fois par an dès l'âge de 1 an. **(42, 87)**

3.3.2- Moyens et techniques à disposition du chirurgien dentiste pour aider à la prise en charge bucco-dentaire

Le choix des techniques d'accès à l'examen et aux soins dentaires est fonction du handicap et des réactions du patient, de la nature du soin et de l'expérience du praticien.

La coopération du patient peut être obtenue par :

- Les méthodes cognitivo-comportementales qui impliquent un choix approprié des mots employés, du ton de la voix et de la gestuelle. **(88)** Une grande majorité des patients handicapés peuvent être pris en charge à l'état vigile, à condition que cette prise en charge soit personnalisée. **(80)** La communication entre le chirurgien-dentiste et le patient est

primordiale pendant toute la durée du soin. L'hypnose, la relaxation, la distraction, le contrôle de la ventilation, le renforcement positif sont des techniques qui peuvent être appliquées pour permettre le soin. **(43)** Les soins à l'état vigile nécessitent souvent la collaboration de l'assistante ou de l'accompagnateur. **(58)**

- La prémédication sédatrice par voie orale : c'est une méthode simple mais qui implique de vérifier l'absence de contre indication avec l'état de santé ou les traitements médicamenteux du patient. **(80, 88)**
- La sédation par Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote (MEOPA) qui procure un effet anxiolytique et antalgique, et permet de réduire les mouvements incontrôlés. Les réflexes respiratoires et de déglutition sont conservés, le patient reste conscient mais détendu. Les effets sont réversibles à l'arrêt de l'inhalation. **(88)** L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) a autorisé l'utilisation de MEOPA dans les cabinets en ville depuis le 30 novembre 2009, sous condition que le personnel médical et paramédical soit formé et que les locaux soient adaptés. Le chirurgien-dentiste doit également s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications pour le patient. **(44)**
- L'anesthésie générale, qui est légitimée dans le cas de « conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement bucco-dentaire à l'état vigile après échec de tentatives de soins au fauteuil » et sous conditions qu'il n'y ait pas de contre-indications. **(44)** L'anesthésie générale est rarement indiquée en première intention, elle est peu compatible avec les soins conservateurs notamment ceux qui nécessitent plusieurs séances **(41, 80)**

Certaines personnes handicapées, du fait de leur état général, ne pourront être prises en charge au cabinet dentaire. Cela rejoint les indications de l'anesthésie générale :

- Liées à l'état général :
 - o Manque de coopération empêchant toute évaluation ou traitement bucco-dentaire à l'état vigile
 - o Nécessité de remise en état buccale lourde et pressante avant thérapeutique médico-chirurgicales urgentes (carcinologie, hématologie, cardiologie...). Le handicap moteur peut en effet être associé à une pathologie ou à un autre handicap.
 - o Limitation d'ouverture buccale
 - o Réflexe nauséux prononcé
- Liées à l'intervention :
 - o Intervention longue, complexe, regroupant plusieurs actes en une seule séance
 - o État infectieux loco-régional nécessitant une intervention en urgence.
- Liées à l'anesthésie locale :
 - o Contre indication de l'anesthésie locale (par exemple en cas d'allergie confirmée par un allergologue)
 - o Impossibilité d'obtenir un silence opératoire.

Le chirurgien dentiste doit être capable d'orienter les patients vers des structures adaptées avec un plateau techniques plus important (par exemple les hôpitaux). **(41, 44)**

Le recours à la contrainte physique est un sujet qui fait débat. Il doit être évité car celui-ci tend à augmenter l'anxiété et l'opposition du patient handicapé. **(43)**

3.3.3- La consultation dentaire

La première visite a un rôle primordial dans la prise de contact avec le patient, l'objectif est d'instaurer la confiance. Elle permet également le recueil des informations concernant le patient : état général, allergies, traitement médicamenteux, manifestations comportementales. Un bilan bucco-dentaire est réalisé :

- État dentaire, avec l'évaluation du risque carieux individuel.
- État parodontal.

- Hygiène bucco-dentaire et alimentaire. **(87)**

Il est également important de savoir détecter la présence d'une douleur chez le patient handicapé. **(23)**

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (ISAP), « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes. » **(23)**

Pour les patients handicapés moteurs chez qui la communication verbale ou gestuelle peut être compliquée, voir impossible, le chirurgien-dentiste peut rencontrer des difficultés pour l'évaluation de la douleur. **(23)**

L'hétéro-évaluation, qui est effectué par une tierce personne, peut être une solution. L'observation du comportement de la personne handicapée et de ses modifications permet de reconnaître une situation douloureuse. Pour cela il faut se référer à l'état habituel du patient et à « la norme » de celui-ci, leur perception de « la norme » pouvant être modifiée. La présence de l'entourage est donc primordiale afin de reconnaître les premiers signes de douleurs et guider le praticien dans son diagnostic lors de la consultation. **(23)**

Les outils d'auto-évaluation, comme l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), l'Echelle Numérique (EN) ou encore l'échelle des visages, ne sont pas adaptés aux patients non communicants.

Il existe des échelles d'hétéro-évaluation à la disposition du praticien ou des équipes qui s'occupent du patient qui peuvent être utilisées lors de la consultation dentaire :

- La Grille Douleur Enfant San Salvador (DESS) : une première partie repose sur les comportements habituels du patient en dehors d'une situation douloureuse. La seconde partie contient une grille d'évaluation de la douleur. Elle est composée de 20 items et le score final s'établit entre 0 et 40, à partir de 6 la douleur est certaine. Elle est plus souvent utilisée chez l'enfant mais peut aussi l'être chez l'adulte.
- L'échelle Expression Douleur Adulte Adolescent Polyhandicapé (EDAAP) : tout comme la DESS elle prend en compte l'état de base du patient, et son état en cas de situation douloureuse. Elle comprend 11 items avec un score final entre 0 et 41, à partir de 7 l'existence de la douleur est confirmée. **(23)**
- L'échelle Algoplus : elle comporte 5 items et permet d'obtenir un score total sur 5 points, lorsque le score est supérieur à 2 la douleur est avérée. **(29)**

3.3.4- Les soins bucco-dentaires

Pour les patients handicapés moteur dont la sphère orale n'est pas atteinte de troubles moteurs, les soins sont les mêmes que pour la population générale. Chez les patients présentant des troubles moteurs de la face ou des mouvements involontaires, les soins seront plus compliqués et devront être adaptés à la situation. **(90)**

La réalisation de certains soins sous MEOPA constitue une bonne alternative lorsqu'ils ne peuvent être réalisés au fauteuil dentaire sans sédation. Cependant le MEOPA doit être réservé à des soins ponctuels, d'autant plus qu'actuellement, le coût de la sédation consciente reste à la charge du patient avec une rare participation des mutuelles. **(44, 87)**

Lorsque les soins sont trop nombreux ou les actes trop difficiles à réaliser au fauteuil, le patient sera orienté vers une prise en charge sous anesthésie générale. **(44)**

Pour la réalisation des soins, le positionnement du patient est important. Une ceinture peut être utilisée pour maintenir le patient, tout comme les coussins qui épousent la forme du corps et de la tête. Afin de limiter les mouvements involontaires, une immobilisation de la tête et du cou peut être réalisée en entourant celles-ci de son bras non travaillant. **(56, 79, 90)**

Il est intéressant d'utiliser un ouvre bouche pour éviter les morsures liées aux mouvements incontrôlés : il faut éviter l'introduction en bouche des instruments qui peuvent se casser par morsure, comme un miroir métallique. **(79)**

L'espace de travail doit être organisé de façon ergonomique pour faciliter les soins mais aussi limiter leur durée. Des phases de repos doivent aussi être accordées au patient. **(79)**

Sous anesthésie générale les soins conservateurs réalisables en une séance vont être privilégiés, pour les dents qui nécessitent des soins en plusieurs séances le praticien s'orientera plutôt vers l'avulsion. **(25)**

La réalisation de traitements endodontiques sous anesthésie générale reste plutôt rare, notamment du fait de la difficulté d'accès aux dents postérieures pour les instruments en fonction de l'intubation et de la nécessité de réaliser la totalité du traitement dans une durée limitée. **(25)**

Selon l'importance de la lésion carieuse, le plan de traitement peut être modifié lors de l'intervention. **(25)**

Concernant la réhabilitation prothétique, pour les patients peu coopérants, il paraît difficilement envisageable de réaliser toutes les étapes de conception prothétique notamment les étapes de prise d'empreintes. La sédation avec le MEOPA peut faciliter cette étape. Le respect de l'équilibre occlusal est une étape délicate qui doit être respectée afin de ne pas aggraver des problèmes posturaux déjà existants. **(77)**

Les reconstitutions prothétiques ne doivent pas nuire au maintien de l'hygiène bucco-dentaire, c'est pourquoi dans certain cas le côté fonctionnel sera privilégié à l'esthétisme de la reconstitution.

Les critères de choix de la réhabilitation prothétique seront : la faisabilité, l'intérêt, l'intégration du traitement et le suivi. **(77)**

3.4- Formation du chirurgien dentiste au handicap

Les chirurgiens-dentistes ont besoin d'une formation sur la prise en charge des personnes handicapées. Il s'agit d'une prise en charge spécifique en raison des conditions de soins. Deux techniques sont à favoriser : les techniques cognitivo-comportementales et les techniques de sédation. **(44)**

En France, la formation initiale ne comprend aucun enseignement spécifique de la prise en charge bucco-dentaire des personnes handicapées même si une sensibilisation est faite. **(35)**

Une enquête a été menée auprès des seize facultés d'odontologie en France afin de faire un bilan sur le contenu de la formation initiale et continue en matière de soins spécifiques. L'enquête se découpe en trois parties : la forme (nombre d'heures enseignées, nombre et qualification des enseignants, niveau concerné par cet enseignement), le fond (thèmes abordés) et la pratique hospitalière (présence d'un réseau de soins dans la région, existence de convention entre l'hôpital et les structures d'hébergement pour personnes handicapées). Seul dix facultés ont répondu et les résultats montrent que la formation initiale comporte systématiquement des sujets en rapport avec les soins spécifiques pour les DO5-TO1. Le nombre d'heures oscille entre 5 et 180 selon les facultés. Il en est de même pour le nombre d'enseignants qui varie de 1 à 8 avec une pluridisciplinarité des contenus pour l'ensemble des facultés. Cependant, l'existence de cet enseignement reste optionnelle. Concernant la pratique hospitalière, le nombre de vacations hebdomadaires pour les soins spécifiques varie de 1 à 5. **(69)** Aucune rencontre n'est organisée avec des personnes handicapées au cours du cursus universitaire. **(45)**

Certaines facultés d'odontologie françaises dispensent des enseignements de 3^{ème} cycle en rapport avec la prise en charge des personnes handicapées. **(35)** Les facultés de Nantes, Reims, Paris V, Nancy, Strasbourg, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Toulouse, Marseille et Nice proposent des attestations ou des diplômes universitaires de formation à l'utilisation du MEOPA. **(69)**

Des programmes de formation continue existent déjà. C'est le cas du réseau Handident qui s'engage à organiser des actions de formation spécifique au domaine du handicap auprès des acteurs du réseau : les chirurgiens-dentistes, les associations, les structures du secteur médico-social et les autres professionnels de santé. **(40)**

Des propositions issues du rapport de Pascal Jacob de 2014 pour la formation initiale et continue des professionnels de santé sont émises :

- Intégrer un module dédié au handicap dans tous les cursus de formation des professionnels de santé
- Organiser des modules d'échange interprofessionnels avec l'intervention de personnes en situation de handicap
- Inscrire la notion de handicap dans le programme du Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé, ainsi que dans les plans de formation des établissements de santé
- Reconnaître les efforts de qualification et la spécialisation des actes avec la création d'un label « Qualité handicap » pour les professionnels de santé répondant aux critères d'accessibilité et d'accompagnement des personnes en situation de handicap. **(45)**

3.5- Coordination et mise en place de réseaux de santé

3.5.1. Coordination

L'objectif de la coordination du parcours de soins est d'aider le patient et son entourage à organiser le parcours de soins afin d'améliorer sa qualité de vie, et de l'accompagner dans le système de santé actuel. L'une des propositions du rapport de Pascal Jacob est d'instaurer un Référé du Parcours de Santé (RPS) qui pourra intervenir en tant qu'interlocuteur dans l'ensemble des démarches médicales entreprises par le patient ou sa famille. Il orientera le patient vers des professionnels de santé adéquats et vers l'ensemble des aides et dispositifs adaptés au besoin exprimé. Le RPS pourra être un professionnel de santé ou un professionnel travaillant au sein d'une équipe intégrant des professionnels de santé. Il doit être législativement reconnu, valorisé et rémunéré. **(45)**

L'UFSBD insiste également dans sa charte sur l'importance d'identifier et former un correspondant et un coordinateur en santé orale. Il aura pour mission de veiller sur la qualité de l'accompagnement en matière de prévention, mais aussi d'organiser les soins (transports, prise de rendez-vous, organisation de l'accompagnement...). **(87)**

3.5.2. Réseaux de santé

D'après le code de la santé publique, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Les réseaux de santé assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation pour la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. » **(21)**

Ils regroupent des professionnels de santé libéraux, des médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. **(21)** Ils répondent à la nécessité de réorganiser l'offre de soins. **(35)** Les chirurgiens-dentistes interviennent souvent de façon bénévole et ne sont donc pas rémunérés. **(44)** Cependant, ils peuvent parfois bénéficier d'une dérogation tarifaire pour certains réseaux, par exemple : Handident. Ce réseau leur rémunère le temps supplémentaire passé par séance, dans la limite du budget annuel fixé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). **(40)**

Voici à ce jour les principaux réseaux de soins, portés à la connaissance du Conseil National de l'Ordre et impliquant des chirurgiens-dentistes :

- Handiconsult

Ce dispositif s'adresse aux enfants et adultes handicapés (physique, sensoriel, psychique, mental, cognitif et polyhandicap) en échec de soin en milieu ordinaire, résident en institution

publique, privée ou à domicile. C'est une unité de coordination pour les soins courants, dont dentaire, et la prévention. **(45, 63)**

- **Réseau Santé Handi-Acces**

Ce réseau développé sur la région de Lorraine vise à améliorer et faciliter le développement de la prise en charge du patient handicapé tout en offrant aux professionnels la possibilité de se former aux soins spécifiques. **(35, 73)**

- **Réseau « Santé Bucco-Dentaire & Handicap » Rhône-Alpes**

Ce réseau de santé ville-hôpital est destiné à coordonner le dépistage, la prise en charge précoce, le traitement et la prévention des pathologies bucco-dentaires des personnes en situation de handicap ou de dépendance. Il s'articule autour de trois types de structures : les centres de santé orale situés dans un établissement de santé ou sous forme d'unité mobile, les cabinets de ville adhérents au réseau et les centres ressources en santé orale. **(35, 73)**

- **Réseau Handident Nord**

L'objectif de ce réseau est de mutualiser les connaissances et les compétences professionnelles d'acteurs divers et complémentaires en vue de faciliter l'accès aux soins bucco-dentaires, de développer la prévention ainsi qu'adapter les soins aux personnes en situation de handicap.

En 2005, un réseau Handident PACA a été constitué et un réseau Handident Midi-Pyrénées, Basse-Normandie et Alsace sont en cours. **(40, 73)**

- **Réseau Acsodent**

Ce réseau ville-hôpital prône la santé bucco-dentaire des enfants et adultes handicapés. La prise en charge globale de ces personnes, pour lesquelles des techniques particulières sont nécessaires à la fois en terme d'accès aux soins, de communication, d'anesthésie et de traitement, sont développées pour permettre de mieux répondre aux besoins. Ce réseau, dont la présidence est située à Angers, est soutenu par l'UFSBD. **(35, 73)**

- **Réseau SDS (Soins Dentaires Spécifiques) Bretagne**

Ce réseau a pour objectif principal de prendre en charge la santé bucco-dentaire des personnes handicapées en institution et des personnes âgées en perte d'autonomie. **(743)**

- **Réseau Accès aux Soins, Accès aux Droits et Education à la Santé (ASDES)**

Ce réseau s'adresse aux patients qui cumulent des facteurs de risques médicaux et/ou sociaux. Il est en charge du repérage des problèmes individuels, puis de la mise en œuvre d'une démarche personnalisée de prévention et d'éducation à la santé, et de dépistage précoce. **(73)**

- **Réseau Groupe Innovation Prévention Santé (GIPS)**

Ce réseau a pour objectif de développer et favoriser les stratégies de prévention bucco-dentaires contribuant à l'éducation et à l'information des patients. **(73)**

- **Réseau santé orale et autonomie**

Financé par la Direction Générale de la Santé, ce réseau a été mis en place dans le cadre du plan de prévention bucco-dentaire du ministère de la santé et des solidarités qui prévoit notamment un projet global pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes non autonomes en France. **(73)**

- **Réseau Domident 31**

Ce groupement de chirurgiens-dentistes libéraux a pour but de promouvoir l'accès aux soins et la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes ne pouvant se rendre dans une installation professionnelle fixe, techniquement aménagée pour l'art dentaire. **(73)**

- **Association Soins Dentaires à domicile**

Ce réseau de soins est destiné aux personnes ne pouvant se rendre dans un cabinet dentaire. Le siège est situé à Clermont Ferrand. **(73)**

- **Réseau Rhapsod'if**

Ce réseau handicap facilite la prévention et les soins odontologiques d'Île de France pour toute personne en situation de handicap quelque soit son âge. **(73)**

- **Réseau Appolline**

Ce réseau est destiné aux personnes âgées et handicapées, qu'elles soient à domicile ou en établissement (maison de retraite) en Essonne. **(73)**

- **Réseau EHPADENT**

Ce réseau favorise la santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD du Limousin. **(73)**

- **Réseau de Services pour une Vie Autonome**

Ce réseau a pour objectif de développer, maintenir et restaurer l'autonomie des personnes en situation de handicap dans le Calvados. **(73)**

- **Réseau Bus Dentaire UFSBD Paris**

Ce bus dentaire, affrété avec les fonds de la caisse primaire de Paris, vise à prendre en charge les personnes âgées résidant en EHPAD (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes). **(73)**

Ces différents réseaux essayent de favoriser le recours aux cabinets de ville et limiter autant que possible les soins en structure hospitalière. **(44)**

La volonté de création d'unités mobiles entièrement accessibles aux personnes handicapées est également exprimée dans le rapport de Pascal Jacob, dans le but de répondre aux besoins en soins notamment dentaires, gynécologiques et ophtalmiques d'une population qui en est dépourvue. **(45)**

Conclusion

« Tous les hommes naissent et demeurent libres et égaux » c'est en ce sens que les lois sur le handicap ont évoluées progressivement. L'inclusion des personnes handicapées dans la société, que ce soit dans l'éducation, l'emploi, l'intégration sociale ou le milieu médical est mise en avant dans la législation, notamment dans la loi du 11 février 2005 axée sur l'accessibilité aux soins. Cependant l'application de cette dernière n'est pas encore équitable sur tout le territoire français, de nombreux établissements de soins ne sont pas accessibles, et les premiers touchés sont bien souvent les personnes en fauteuil roulant. L'échéance de cette loi ne cesse d'être repoussée, autant pour des raisons de délais insuffisants que pour des raisons financières. L'accessibilité de tous les cabinets dentaires avait été promise pour janvier 2015. Or, cette échéance a été reportée à septembre 2018, mais les associations ne semblent pas très optimistes quand à cette date. Malgré cela, la question de l'accessibilité physique, qu'elle soit au bâtiment, au fauteuil dentaire ou à la bouche, est en cours de résolution.

Pour ce qui est de l'accessibilité relationnelle lors des soins bucco-dentaires, elle repose beaucoup sur la relation praticien/patient handicapé. C'est une relation qui peut faire peur et peut aller parfois jusqu'au refus de prise en charge d'un patient handicapé moteur. Cela s'explique trop souvent par un manque de formation. Les praticiens ne savent pas comment communiquer, quelle attitude avoir face au patient. Cet obstacle relationnel s'explique également par un manque de connaissance sur l'approche cognitivo-comportementale, les techniques sédatives mais aussi sur les structures vers lesquelles orienter les patients. Le nombre d'heure consacré à cet enseignement est très variable d'une ville à l'autre, de plus que la présence aux cours n'est pas obligatoire. Des programmes de formation continue se mettent en place progressivement, notamment grâce aux réseaux de santé.

Les soins bucco-dentaires des patients handicapés moteurs ont un certain coût, aussi bien pour le patient que pour le praticien. Les ressources limitées de certains patients handicapés semblent en partie associées à leur moindre recours aux soins bucco-dentaires. Une évolution vers une prise en charge du MEOPA par l'assurance maladie, ainsi que des complémentaires santé plus accessibles aux faibles revenus permettraient de diminuer cette barrière financière. De même une incitation financière avec une réévaluation des tarifications prévues par l'assurance maladie, au vu du nombre de séance et de la durée au fauteuil augmentée lors de la consultation ou des soins sur un patient en situation de handicap, diminuerait le nombre de praticiens réfractaires à prendre en charge un patient handicapé.

Le manque d'information sur la prévention bucco-dentaire, principalement en institution n'améliore pas l'accès aux soins et aggrave l'état bucco-dentaire du patient. Les familles de personne handicapée ne sont confrontées à la notion de santé bucco-dentaire bien souvent que lors des urgences dentaires. Il n'existe pas de bilan bucco-dentaire lors de l'entrée en institution, ce dernier pourrait prévenir des situations d'urgence qui rendent le soin plus complexe et la relation praticien/patient plus difficile à instaurer lorsqu'il y a une notion de douleur. De même la plupart des aidants, qu'ils soient de la famille ou professionnels, ne sont pas formés à l'hygiène bucco-dentaire et cette dernière passe trop souvent en second plan. La mise en place de consultations au minimum annuelles dans les institutions, ainsi que des rappels au personnel sur la prévention et l'hygiène orale pourraient être un plus dans l'accès aux soins dentaires. L'émergence des réseaux de santé facilite l'orientation des patients et de leur famille vers des structures adaptées, des cabinets de ville comme des hôpitaux, et permet d'assurer la continuité des soins.

La loi du 11 février 2005 a posé le cadre de l'accessibilité, mais un grand travail reste à faire pour une parfaite mise en application de cette dernière. A l'heure actuelle les personnes en situation de handicap moteur font encore face à de nombreuses situations de discriminations. La prise en charge

bucco-dentaire reste insuffisante pour de nombreux foyers avec une personne handicapée, qu'elle soit à domicile ou en institution. Le rapport de Pascal Jacob apporte de nombreuses propositions pour une meilleure accessibilité et prise en charge des patients handicapés. Il sera intéressant de suivre l'acceptation et l'évolution de ces différentes propositions dans les années qui viennent.

Références bibliographiques

1- AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICE SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.

L'accompagnement à la santé de la personne handicapée.
Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2013 ; 127 p.

2- ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (APF).

Baromètre APF de l'accessibilité 2009.
Dossier de presse, février 2010 ; 20 p.

3- ASSOCIATION DES PARALYSES DE France (APF).

Baromètre APF de l'accessibilité 2010.
Dossier de presse, février 2011 ; 21 p.

4- ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (APF).

Baromètre APF de l'accessibilité 2011.
Dossier de presse, février 2012 ; 20 p.

5- ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (APF).

Baromètre APF de l'accessibilité 2012.
Dossier de presse, février 2013 ; 25 p.

6- ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (APF).

Baromètre APF de l'accessibilité 2013.
Dossier de presse, février 2014 ; 18 p.

7- ASSOCIATION DES PARALYSE DE FRANCE (APF).

Guide pratique Handicap et accessibilité.
La gazette santé social, mars 2010 ; 60 p.

8- ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (APF).

Qui sommes nous ?
<http://www.apf.asso.fr/qui-sommes-nous>

9- BARRAL C.

La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : référence internationale pour l'élaboration d'outils d'évaluation des situations de handicap.
Séminaire ARS: Concepts et outils d'évaluation et de connaissance des situations de handicap et de perte d'autonomie, Nantes, novembre et décembre 2010 : 5-11.

10- BAS P.

Loi Handicap : 1 an après.
Communiqué de presse, Paris: Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, février 2006 ; 25 p.

11- BOUTRUCHE C.

Approche des handicaps moteurs et leurs répercussions dans la vie.
Janvier 2010, Grenoble.
http://www.ac-grenoble.fr/savoie/pedagogie/docs_pedas/handicaps_moteurs/handicaps_moteurs.pdf

12- BOUVIER G.

Le volet institution de l'enquête handicap-santé : présentation, calcul de poids.
Document de travail INSEE n° F1102, février 2011 ; 29 p.

13- BOUVIER G.

Le volet ménage de l'enquête handicap-santé : présentation, calcul des poids.
Document de travail INSEE n° F1101, février 2011 ; 56 p.

14- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE (CNSA).

Site de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

<http://www.cnsa.fr/>

15- CAMPION C.

Réussir 2015 : Accessibilité des personnes handicapées au logement, aux établissements recevant du public, aux transports, à la voirie et aux espaces publics.

Paris, Premier ministre, Mars 2013.

<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-campion-accessibilite-01032013.pdf>

16- CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LE HANDICAP ET L'INADAPTATION.

Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé de l'OMS.

Paris : 2006.

http://www.ctnerhi.com.fr/ccoms/pagint/2005_CIFglobal_revu_au_250707.pdf

17- CHANRION A., Association une souris verte.

La notion de handicap et les représentations que l'on a...

Formation A.V.S de l'association « Une souris verte », Septembre 2009 ; 9 p.

18- CODE D'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES.

Article R314-26 : Les dispositions relatives à la procédure budgétaire et comptable dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E1FB0DE163D628DFB882EECBADB187DB.tpdila13v_3?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006906800&dateTexte=20150728&categorieLien=id#LEGIARTI000006906800

19- CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION.

Article L.111-8-3-1 : Règles générales.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074096&idArticle=LEGIARTI000006824146>

20- CODE DE LA CONSTRUCTION ET DE L'HABITATION.

Article L. 152-4 : Sanctions pénales.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074096&idArticle=LEGIARTI000029522133>

21- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.

Chapitre préliminaire : Droits de la personne.

http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=B008816EA32C5DCBA78F98220E11F63F.tpdila14v_1?idSecti onTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150528

Chapitre Ier : Réseaux de santé.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691334&dateTexte=&categorieLien=cid>

22- CODE PENAL.

Article 225-2 : Les discriminations.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417832&dateTexte=&categorieLien=cid>

23- COMBES JC, PORSMOQUER E et COLLIGNON P.

Echelle d'hétéroévaluation de la douleur chez le sujet polyhandicapé.

Motricité Cérébral 2000 ; 21 : 12-21.

24- CONSEIL CONSTITUTIONNEL.

Préambule de la constitution du 27 octobre 1946.

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946.5077.html>

25- COUSSON PY, ALSALEH I, DECERLE N, HENNEQUIN M.

Soins dentaires sous anesthésie générale pour adultes polycariés.

Actual Odontostomatol, 2011 ; 256 : 315-333.

26- DEFENSEUR DES DROITS.

Rapport annuel d'activité 2013.

Paris : Défenseur des droits, 2014.

27- DELCEY M.

Introduction aux causes de déficiences motrices.

Déficiences motrices et situations de handicap.

Paris : APF (Association des Paralysés de France), 2002 : 145-151.

28- DELPRAT L.

Les modalités particulières des normes d'accessibilité pour personnes handicapées applicables aux cabinets des praticiens libéraux.

Actual Odontostomatol, 2007 ; 240 : 421-426.

29- DOLOPLUS.

Echelle Algoplus.

<http://www.doloplus.com/travaux/travaux4.php>

30- DORIN M, MOYSAN V, COHEN C, COLLET C, HENNEQUIN M.

Evaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un IME ou un EEAP, en France.

Prat Org Soins 2006 ; 37 (4) : 299-312.

31- DUHART MP, MONCOUCY F, RONDI F.

L'expression de la douleur chez l'adulte et l'adolescent polyhandicapé – L'EDAAP.

Paris : Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur, 2010.

32- DUTHEIL N.

Les aidants des adultes handicapés.

Etudes Résultat 2002 ; 186 : 1-7.

33- ECOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION.

La prise en charge des enfants handicapés en France.

Séminaire relatif à l'enfant Strasbourg, juillet 2006.

34- ESPAGNACQ M.

Evolution des prestations compensatrices de handicap de 2006 à 2012.

Etudes Résultat 2013 ; 829 : 1-6.

35- FOLLIGUET M.

La santé bucco-dentaire des personnes handicapées.

Rapport handicap, septembre 2006 ; 51 p.

36- GOILLOT C., MORMICHE P.

Les enquêtes handicaps-incapacités-dépendance de 1998 et 1999.

INSEE Résultats, octobre 2003, n°22 ; 225 p.

37- GOUVERNEMENT.FR

#accessibleatous.

Agenda d'accessibilité programmée, octobre 2014.

<http://accessibilite.gouv.fr/>

38- GOUVERNEMENT.FR

L'accessibilité.

<http://www.gouvernement.fr/action/l-accessibilite>

39- HANDICONTENT.

Le handicap : étymologie, définition et perceptions.

<http://www.handicontent.fr/le-handicap-etymologie-definition-et-perceptions.html>

40- HANDIDENT.

Charte d'éthique et de déontologie du réseau Handident.

Février 2011.

http://www.handident.com/charte_hddt-10-10-2011.pdf

41- HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS).

Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie.

Service ALD et accords conventionnels.

Saint-Denis la Plaine : HAS, 2005.

42- HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS).

Stratégies de prévention de la carie dentaire.

Recommandations en santé publique.

Saint-Denis la Plaine : HAS, 2010.

43- HENNEQUIN M.

Accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Audition publique HAS, octobre 2008 : 69-93.

44- HESCOT P., MOUTARDE A.

Handicap et santé bucco-dentaire: amélioration de l'accès aux soins bucco-dentaire des personnes handicapées.

Rapport de mission, 2010 ; 61 p.

45- JACOB P.

Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement.

Rapport de mission, avril 2013.

46- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (JORF).

Du 24/11/1957, loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do%3Bjsessionid=33A88397907CB2CCCD1338FBFEE16125.tpdjo17v3?cidTexte=JORFTEXT000000880746&categorieLien=vig>

47- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (JORF).

Version consolidée au 19 mars 2015, loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000333976>

48- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (JORF).

Du 12/07/1987, loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512481&categorieLien=id>

49- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (JORF).

Version consolidée au 19 mars 2015, loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000350518>

50- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (JORF).

Du 19/07/1991, loi n° 91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des lieux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000353816&fastPos=28&fastReqId=13098029&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

51- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (JORF).

Du 05/03/2002, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

52- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (JORF).

Du 12 février 2005, loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>

53- JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE (JORF).

Du 22/07/2009, loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

54- LAROUSSE.

Définition de l'accessibilité.

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/accessibilite%20C3%A9/421?q=accessibilite%20C3%A9#413>

55- LENGAGNE P, PENNEAU A, PICHETTI S, SERMET C.

L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France.

Tome 1 – Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages.

Rapport de l'IRDE, juin 2015, n° 560 ; 129 p.

56- MARTENS LC.

Soins dentaires pour handicapés : problématique générale.

Rev Belg Med Dent 1997 ; 52 : 9-26.

57- MDPH86.

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

<http://www.mdp86.fr/534-guide-bareme-incapacites.htm>

58- METTOUDI JD, ABLIKOV T, BENELLI L et coll.

Prise en charge stomatologique et odontologique de l'enfant et de l'adulte polyhandicapés.

4^{ème} journée du polyhandicap de l'enfant et de l'adulte, Paris, septembre 2003 : 49-71.

59- MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE ET DES L'ENERGIE.

Association de personnes handicapées ou à mobilité réduite.

Décembre 2009.

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/Associations-de-personnes,11740.html>

60- MINISTERE DE L'ECONOMIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE ET DES L'ENERGIE.

Personnes handicapées ou à mobilité réduite : le stationnement réservé.

Mai 2010.

http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/stationnement_reserve.pdf

61- MINISTERE DE L'EGALITE DES TERRITOIRES ET DU LOGEMENT, MINISTERE DE L'ECOLOGIE, DU DEVELOPPEMENT DURABLE ET DE L'ENERGIE.

Point sur les rapports annuels des commissions pour l'accessibilité aux personnes handicapées.
Décembre 2010.

http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/12009_DMA_Le-point-sur_Rapports-2010-CAPH_DEF_24-12-12_light.pdf

62- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES.

Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH).

<http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/handicap-exclusion,775/informations-pratiques,1328/conseil-national-consultatif-des,15989.html>

63- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES.

Handiconsult.

<http://www.sante.gouv.fr/handiconsult.html>

64- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES.

Vivre avec un enfant handicapé : démarches, prestations, prise en charge.

<http://www.social-sante.gouv.fr/espace-info-familles,2094/dossiers,2096/les-premieres-annees-de-votre,2109/la-vie-a-la-maison,2222/vivre-avec-un-enfant-handicape,14025.html>

65- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES.

Les cartes destinées aux personnes handicapées.

<http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/cartes-specifiques-du-handicap,1899/les-cartes-destinees-aux-personnes,12291.html>

66- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE L'ECOLOGIE ET DU DEVELOPPEMENT DURABLES ET DE L'ENERGIE.

Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité. Être prêt pour le 1^{er} janvier 2015.
Juillet 2012.

http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Reussir_accessibilite.pdf

67- MORIYAMA I., LOY R., ROBB-SMITH A.

History of the statistical classification of diseases and causes of death.

Hyattsville: Centers for disease control and prevention, National Center for health statistics, 2011; 66 p.

68- MOUSSA-BADRAN S.

Aspect éthiques et juridiques de la prise en charge des personnes en situation de handicap en odontostomatologie.

Thèse de doctorat : droit médical, Université Paris 8, 2011.

69- MOUSSA-BADRAN S.

Etat des lieux de notre formation initiale et continue en matière de soins spécifiques.

Lettre en santé publique bucco-dentaire 2009 ; 4 : 17-23.

70- MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS.

Charte Romain Jacob « Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap ».

Paris : 16 décembre 2014.

<http://www.paca.unapei.org/IMG/pdf/charte-romain-jacob.pdf>

71- NATIONS UNIES.

Convention internationales relative aux droits des personnes handicapées.

<http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

72- OBSERVATOIRE INTERMINISTERIEL DE L'ACCESSIBILITEET DE LA CONCEPTION UNIVERSELLE (OBIAÇU).

Rapport 2012 de l'OBIAÇU.

Octobre 2012.

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Obiacu_2012-2.pdf

73- ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIEN DENTISTES.

Les principaux réseaux de soins.

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/grand-public/reseaux-de-soins/les-principaux-reseaux-de-soins.html>

74- PAGES V.

Handicaps et psycho-pathologies.

Paris : Dunod 2012 : 5-7.

75- POLE RESSOURCE NATIONAL SPORT ET HANDICAP.

Fiche technique n°7 : Le handicap moteur.

Paris : 2010.

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/Guide%20PRNSH%20handicap%20moteur.pdf>

76- PORTAIL DEDIE AUX MAISONS DEPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPEES.

Qu'est ce que la CDAPH ?

http://www.mdpsh.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=110&Itemid=81

77- POUYSSEGUR V., MAHLER P.

Odontologie gériatrique : optimiser la prise en charge au cabinet dentaire.

Malakoff : CdP 2010 : 174-192

78- PRADO C.

Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité.

Paris : Conseil économique, social et environnemental 2014 ; 124p.

79- ROSENBLITH S., MURPHY DC.

Ergonomic considerations for the care of special patients.

NY State Dent J 2001; 67: 30-34.

80- SCHONG T.

Programme de santé bucco-dentaire dans une population d'adultes polyhandicapés de la région lorraine : résultats, points forts, limites.

Thèse de docteur en chirurgie dentaire, Université de Lorraine, 2013.

81- SERVICE PUBLIC.

Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N12230.xhtml>

82- SERVICE PUBLIC.

Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP).

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2475.xhtml>

83- SERVICE PUBLIC.

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH).

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F14811.xhtml>

84- SERVICE PUBLIC.

Allocation Journalière de Présence Parentale (AJPP).

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F15132.xhtml>

85- SERVICE PUBLIC.

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2475.xhtml>

86- SERVICE PUBLIC.

Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N14201.xhtml>

87- UNION FRANCAISE POUR LA SANTE BUCCO-DENTAIRE.

Charte d'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap.

Paris : 26 août 2015.

<http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2015/08/CharteHandicap280815-VERSION-FINALE-SIGNEE.pdf>

88- UNION NATIONAL DES ASSOCIATIONS DE PARENTS DE PERSONNES HANDICAPEES MENTALES, ET DE LEURS AMIS (UNAPEI).

Les dents prévention et soins.

Paris : UNAPEI, 2010 : 1-21.

89- VIE PUBLIQUE.

La politique du handicap : chronologie.

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

90- VOLET S., SIXOU JL.

Prévention et traitement de la carie chez les individus porteurs de handicap.

2002, Rennes.

http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/handi07.htm

91- ZUCMAN E.

L'accès aux soins courants pour les personnes en situation de handicap.

Cah Actif 2009 ; 402/403 : 199-208.

CHEVALIER (Elodie). – L'accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes en situation de handicap moteur. – 63 f. ; ill. ; tabl. ; 91 ref ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2015)

RESUME

L'évolution de la législation en 40 ans a permis d'inclure les personnes en situation de handicap moteur dans la société. Le mot « handicap » reste cependant un terme qui fait peur, ce qui ne facilite pas l'accès à la santé bucco-dentaire de ces personnes. La prise en charge bucco-dentaire reste actuellement insuffisante. Les personnes handicapées moteurs doivent faire face à de nombreux obstacles, tel que l'accessibilité physique au cabinet et au fauteuil dentaire. Cette barrière est cependant en court de résolution avec l'application de la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, bien que les échéances de cette loi ne cessent d'être reportées. La relation patient handicapé/praticien est bien souvent un frein à l'accès aux soins bucco-dentaires, les praticiens n'étant pas suffisamment formés à cette prise en charge spécifique. Les difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires peuvent également s'expliquer par des raisons financières, aussi bien pour le patient handicapé, que pour le praticien. Le manque d'informations, que ce soit sur la prévention bucco-dentaire ou sur les structures vers lesquelles s'adresser pour une prise en charge, ne facilite pas cette accessibilité. Face à cela, des propositions sont faites, notamment via le rapport Pascal Jacob, pour améliorer l'accès aux soins et la prise en charge bucco-dentaire de ces personnes.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Dentisterie sociale

MOTS CLES MESH

Personnes handicapées – Disabled persons
Troubles psychomoteurs – Psychomotor disorders
Accessibilité des services de santé – Health services accessibility
Disparités d'accès aux soins – Health care disparities
Soins dentaires pour personnes handicapées – Dental care for disabled

JURY

Président : Professeur ALLIOT-LICHT B.
Assesseur : Docteur PRUDHOMME T.
Directeur : Docteur DAJEAN-TRUDAUD S.
Co-directeur : Docteur HYON I.

ADRESSE DE L'AUTEUR

44000 Nantes
Chevalier-elodie@outlook.fr