

NANTES UNIVERSITÉ

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

ANNÉE 2022

N° 3854

**LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES EN SITUATION DE  
HANDICAP : ETAT DES LIEUX**

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

*Présentée et soutenue publiquement par*

**Camille BURON**

*Devant le jury ci-dessous*

Président : Monsieur le Professeur Yves AMOURIQ  
Assesseur : Madame le Docteur Fabienne JORDANA  
Assesseur : Madame le Docteur Roselyne CLOUET  
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Frédéric DENIS



NANTES UNIVERSITÉ

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

ANNÉE 2022

N°

**LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES EN SITUATION DE  
HANDICAP : ETAT DES LIEUX**

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

*Présentée et soutenue publiquement par*

**Camille BURON**

*Devant le jury ci-dessous*

Président : Monsieur le Professeur Yves AMOURIQ  
Assesseur : Madame le Docteur Fabienne JORDANA  
Assesseur : Madame le Docteur Roselyne CLOUET  
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Frédéric DENIS

		<b>Présidente - Pr BERNAULT Carine</b>	
		<b>Doyen - Pr SOUEIDAN Assem</b>	
<u>Assesseurs</u> Dr GAUDIN Alexis Pr LE GUEHENNEC Laurent Pr LESCLOUS Philippe			
<b>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers des C.S.E.R.D</b>			
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte M AMOURIQ Yves Mme CHAUX Anne-Gaëlle M. LABOUX Olivier		Mme LOPEZ Serena Mme PEREZ Fabienne M. WEISS Pierre	
<b>Professeur des Universités</b>			
M. BOULER Jean-Michel			
<b>Maitre de conférence des Universités</b>			
Mme VINATIER Claire			
<b>Professeur Emérite</b>			
M. GIUMELLI Bernard			
<b>Enseignants Associés</b>			
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé)		M. BANDIAKY Octave (Assistant Associé)	
Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)			
<b>Maitres de conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers des C.S.E.R.D</b>		<b>Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D</b>	
M. AMADOR DEL VALLE Gilles Mme ARMENGOL Valérie Mme BLERY Pauline M. BODIC François Mme CLOITRE Alexandra Mme DAJEAN-TRUDAUD Sylvie M. DENIS Frédéric Mme ENKEL Bénédicte M. HOORNAERT Alain Mme HOUCHMAND-CUNY Madline Mme JORDANA Fabienne M. LE BARS Pierre M. NIVET Marc-Henri M. PRUD'HOMME Tony Mme RENARD Emmanuelle M. RENAUDIN Stéphane M. STRUILLLOU Xavier M. VERNER Christian		M. ALLIOT Charles Mme CLOUET Roselyne M. EVRARD Lucas M. GUIAS Charles M. GUILLEMIN Maxime Mme HASCOET Emilie Mme HEMMING Cécile M. HIBON Charles M. KERIBIN Pierre Mme OYALLON Mathilde Mme QUINSAT Victoire Eugenie M. REMAUD Matthieu M. RETHORE Gildas M. SERISIER Samuel Mme TISSERAND Lise	
<b>Praticiens Hospitaliers</b>			
Mme DUPAS Cécile		Mme HYON Isabelle	

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

## Remerciements

### **A Monsieur le Professeur Yves AMOURIQ**

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

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à Diriger les Recherches

Département de Prothèses,

Chef de Service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale

*Pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse ,  
Pour votre encadrement bienveillant et la transmission de vos connaissances  
théoriques et cliniques durant mon cursus,  
Veuillez recevoir ma gratitude, mes sincères remerciements et mon profond respect.*

## **A Monsieur le Docteur Frédéric DENIS**

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des Centres de Soins  
d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Bourgogne Franche-Comté

Habilité à Diriger les Recherches

Département de Santé Publique, UFR Nantes

Chef du service d'Odontologie de Tours

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse,  
Pour m'avoir accordé votre confiance lors de ce travail,  
Pour m'avoir accompagné, encouragé et soutenu tout au long de ce travail,  
Pour votre bienveillance, votre disponibilité, votre réactivité et votre rigueur,  
Pour vos nombreux conseils,  
Veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande gratitude et de mon profond respect.*

## **A Madame le Docteur Fabienne Jordana**

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier des Centres de Soins

d'Enseignement et de Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Bordeaux

Habilité à Diriger les Recherches

Département de Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux,  
Biophysique, Radiologie

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger au sein de ce jury de thèse,  
Pour votre écoute, votre gentillesse et votre soutien tout au long de mon cursus,  
Pour votre patience et, votre bienveillance,  
Veuillez recevoir ma gratitude, ma reconnaissance et mon profond respect.*

## **A Madame le Docteur Roselyne Clouet**

Assistante Hospitalier Universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche  
Dentaires

Département de Prothèses

*Pour m'avoir fait l'honneur d'être membre de mon jury de thèse,  
Pour le partage de vos connaissances et de vos savoirs durant mon cursus,  
Pour votre bienveillance et votre gentillesse,  
Veuillez recevoir ma gratitude, mes sincères remerciements et mon profond respect.*

# Table des matières

<b><u>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX .....</u></b>	<b><u>12</u></b>
<b><u>INTRODUCTION .....</u></b>	<b><u>13</u></b>
<b><u>1 DEFINITION DU HANDICAP .....</u></b>	<b><u>14</u></b>
1.1 Handicap mental (ou déficience intellectuelle) .....	14
1.2 Handicap sensoriel .....	15
1.2.1 Handicap auditif .....	16
1.2.2 Handicap visuel.....	17
1.3 Handicap moteur.....	18
1.4 Autisme et troubles envahissants du développement.....	18
1.5 Handicap psychique.....	19
1.6 Pluri handicap.....	21
1.7 Polyhandicap.....	21
1.8 Traumatismes crâniens graves.....	23
1.9 Maladies dégénératives.....	23
1.10 Les troubles Dys.....	24
<b><u>2 PREVALENCE .....</u></b>	<b><u>25</u></b>
<b><u>3 SANTE BUCCO-DENTAIRE ET PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP .....</u></b>	<b><u>26</u></b>
3.1 Etat des lieux .....	26
3.2 Problèmes rencontrés dans le parcours de soins.....	28
3.2.1 Géographie .....	28
3.2.2 Accessibilité .....	29
3.2.2.1 Physique.....	29
3.2.2.2 Aux soins .....	29
3.2.3 Socio-économique.....	29
3.2.4 Relationnels .....	30
3.2.5 Compétences et connaissances limitées des professionnels de santé .....	31
3.2.6 Accès à l'information .....	31
<b><u>4 PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AU CABINET</u></b>	
<b><u>DENTAIRE .....</u></b>	<b><u>32</u></b>
4.1 Difficultés matérielles.....	32
4.1.1 Accessibilité au fauteuil .....	32
4.2 Difficultés relationnelles.....	33
4.2.1 Accessibilité à la bouche du patient.....	33
4.2.2 La difficulté relationnelle et émotionnelle .....	34
4.3 Difficulté économique .....	34
4.3.1 Du point de vue du praticien.....	34
4.3.2 Du point de vue du patient .....	35

<b><u>5</u></b>	<b><u>L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : ETAT DES CONNAISSANCES</u></b>	<b><u>35</u></b>
5.1	La charte Romain JACOB	35
5.2	Les moyens de communication	36
5.2.1	Le FALC (Facile à Lire et à Comprendre)	36
5.2.2	Les pictogrammes	36
5.2.3	Les vidéos	37
5.3	Exemple de différents programmes d'inclusion de personne en situation de handicap dans le monde	37
5.3.1	L'initiative pour l'éducation inclusive (IEI)	37
5.3.2	L'Organisation des Nations Unies (ONU)	38
<b><u>6</u></b>	<b><u>ASSOCIATION CO-ACTIS</u></b>	<b><u>39</u></b>
6.1	Création	39
6.2	Objectif	39
6.3	Outils de mise en place	39
6.3.1	Le projet HandiConnect	39
6.3.1.1	Objectif	39
6.3.1.2	Différents types de modules	40
6.3.1.3	Objectifs d'apprentissage	40
6.3.2	Le projet SantéBD	40
6.3.2.1	Conception	41
6.3.2.2	Objectifs	41
6.3.2.3	Différents livrets	42
6.3.2.4	Étude	42
6.3.2.5	COVID-19	43
6.3.2.6	Conclusion sur le projet santéBD	44
	<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b><u>45</u></b>
	<b><u>LISTE DES ANNEXES</u></b>	<b><u>46</u></b>
	Annexe 1	46
	Annexe 2 (117)	47
	Annexe 3 (118)	48
	Annexe 4 (119)	51
	<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	<b><u>54</u></b>

## LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURE 1: REPARTITION DU PLURIHANDICAP EN %.....	21
FIGURE 2 : SYMPTOME DU POLYHANDICAP (35) .....	22
FIGURE 3: REPARTITION EN NOMBRE DE PERSONNES CONCERNEES PAR LES DIFFERENTS TYPES DE HANDICAPS...	25
FIGURE 4: PHOTOGRAPHIE DE PLATEFORME POUR FAUTEUIL ROULANT (93).....	33
FIGURE 5: PICTOGRAMME REPRESENTANT LA ROUTINE DU BROSSAGE DES DENTS .....	37
FIGURE 6: LE PROCESSUS CYCLIQUE DE LA RECHERCHE ACTION (SUSMAN ET EVERED, 1978 )(113) .....	41

<b>TABLEAU 1:</b> PROPORTION D'ELEVES EN SITUATION DE HANDICAP PARMIS LES ELEVES DE 1ER ET 2ND DEGRES EN MILIEU SCOLAIRE ORDINAIRE SELON LE HANDICAP EN 2018/2019 POUR 1000 ELEVES (52).....	26
--	----

<b>TABLEAU 2:</b> EXEMPLES DE CERTAINES CARACTERISTIQUES DU HANDICAP SUR LES CONSEQUENCES DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE (54) .....	26
---	----

## **INTRODUCTION**

En France, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) estime à 12 millions le nombre de personnes en situation de handicap, soit à peu près de 20% de la population. Un adulte sur huit en âge de travailler présente des limitations fonctionnelles physiques, cognitives, sensorielles ou psychiques qui l'expose à des situations de handicap. Dans 80 % des cas, il s'agit de handicaps " invisibles ", c'est-à-dire non perceptibles.

L'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap est nettement inférieur à la population générale. On retrouve plus de pathologies bucco-dentaires infectieuses, traumatiques et fonctionnelles auprès de ces patients que dans la population générale. Les patients en situation de handicap ont une santé bucco-dentaire fragilisée par leurs difficultés dans la réalisation du brossage, par leur manque d'indépendance et les effets secondaires liés à la prise quotidienne de médicaments (sécheresse buccale). La mauvaise santé bucco-dentaire d'une personne handicapée peut mettre en danger son bien-être général et aggraver des maladies systémiques. De plus, les conséquences de la mauvaise santé bucco-dentaire sont un frein à l'intégration sociale puisqu'elle a un impact au niveau du sourire, de l'apprentissage de la parole ou peut encore générer une halitose.

Les soins dentaires de ces patients, représentent une difficulté puisqu'il faut trouver des praticiens disponibles pour les prendre en charge et certains praticiens peuvent se trouver en difficulté face à des situations de handicap qu'ils ne maîtrisent pas. Les différents types de handicaps nécessitent une prise en charge adaptée à chaque patient. La spécificité de cette prise en charge nécessite une connaissance approfondie du relationnel, un environnement adapté et/ou la maîtrise des techniques de sédation.

Pour améliorer la santé, nous pouvons agir sur l'environnement des personnes, l'environnement de vie et de travail, le système de santé et les différentes politiques publiques telles que l'éducation à la santé. En améliorant les compétences qui peuvent permettre aux personnes d'adopter de bons comportements en santé.

L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux des difficultés rencontrées lors du parcours de soins dentaires du point de vue des patients et des praticiens. Puis, d'exposer les solutions proposées par l'association Co-actis santé.

Dans cette thèse, nous définirons en premier lieu le handicap en général puis les différents types de handicap. Dans une seconde partie, nous verrons la prévalence des différents handicaps. Ensuite nous ferons un état des lieux de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et des difficultés rencontrées dans le parcours de soins du point de vue du patient et de sa famille. Puis nous étudierons les difficultés de prise en charge au sein du cabinet dentaire et les différents moyens mis en place au niveau national pour répondre à ces difficultés. Pour finir, nous exposerons et discuterons les propositions de l'association Co-actis.

# **1 DEFINITION DU HANDICAP**

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 1980, « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises. » [1]

Selon la loi française du 11 février 2005 [2] « 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. »

Cette définition apporte la notion qu'une personne en situation de handicap a une limitation d'interaction avec son environnement que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension. [3]

Il existe plusieurs types de handicaps que nous allons décrire ci-dessous.

## **1.1 Handicap mental (ou déficience intellectuelle)**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le handicap mental comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». [3]

La classification de l'OMS, définit les degrés de retard mental en fonction du quotient intellectuel (QI). [4]

Le quotient intellectuel est le résultat d'un test psychométrique qui, lorsqu'il est corrélé avec les autres éléments d'un examen psychologique, entend fournir une indication quantitative standardisée liée à l'intelligence abstraite. [5]

Le QI moyen dans la population générale est, par définition, de 100. On parle de déficience intellectuelle lorsque le QI est inférieur à 70. [4]

En évaluant le quotient intellectuel, la Classification statistique International des Maladies et des problèmes de santé connexes, 11<sup>e</sup> version (CIM-11), distingue quatre degrés dans la déficience mentale [4] :

- Déficience mentale profonde (QI <20) : représente 1 à 2% des personnes en situation de handicap mental. On constate d'importantes difficultés dans le développement moteur (marche) dans l'autonomie élémentaire (alimentation, hygiène, ...) et dans les capacités de communication non verbale. La communication verbale est inexistante.
- Déficience mentale sévère (QI : 20-34) : représente 3 à 4% des personnes en situation de handicap mental. On constate un trouble de l'éveil qui se manifeste dès les

premiers jours de vie ainsi qu'une perturbation globale des grandes fonctions. L'acquisition de l'habillement, de la propreté, de l'alimentation ainsi que les déplacements s'effectuent avec un décalage. Les difficultés du développement du langage sont majeures.

- Déficience mentale modérée (QI : 35-49) : représente 10% des personnes en situation de handicap mental. Les troubles se manifestent durant la première année avec un décalage dans le développement moteur (acquisition de la marche), relationnel (lenteur dans les interactions) et dans les capacités de communication verbale et non verbale. On constate un retard dans l'apparition des premiers mots. L'acquisition d'un langage simple est obtenue mais avec du retard. L'acquisition de l'autonomie dans la vie quotidienne est lente et le contrôle émotionnel fragile.
- Déficience mentale légère (QI : 50-69) : représente 85% des personnes en situation de handicap mental. Les troubles ne se manifestent qu'après les deux premières années de vie. On constate un retard modéré dans les acquisitions motrices et langagières. L'adaptation à l'école devient compliquée entre 5 et 8 ans due à la richesse du langage verbale, la lecture, l'écriture, le repérage spatio-temporel et les mathématiques. Il y a un manque de maturité ainsi qu'une dépendance à autrui.

Le handicap mental peut se caractériser par des difficultés de réflexion, de communication, de décision, un retard dans l'apprentissage du langage, un manque d'inhibition sociale et un déficit de mémoire. En fonction du handicap mental, la personne peut avoir une ou plusieurs caractéristiques. [6] [7]

Le handicap mental peut se déclarer à différentes périodes de la vie : [6]

- À la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques ...)
- Durant la grossesse (radiations ionisantes, médicaments, tabac, alcool, parasites...)
- À la naissance (prématurité)
- Après la naissance (traumatismes crâniens, maladies infectieuses, virales ou métaboliques, asphyxies...)

Le handicap mental touche 1 à 3% de la population générale avec une prépondérance masculine. [8] Un grand nombre de handicaps mentaux ont une cause génétique. La trisomie 21 qui représente 1 enfant sur 700 à 1000 naissances est la cause la plus fréquente. [9] Dans 30 à 50% des cas, l'étiologie reste inconnue. [7]

## **1.2 Handicap sensoriel**

Ce handicap fait référence aux difficultés liées aux organes sensoriels. [10] Il se caractérise majoritairement par des incapacités auditives ou visuelles qui peuvent entraîner des difficultés de communication et d'intégration sociale. [11]

### 1.2.1 Handicap auditif

Le handicap auditif , aussi appelé surdité, désigne une perte partielle (mal entendant) ou totale de l'audition. Ce handicap peut parfois entraîner des troubles de la parole. [10] La surdité peut être uni ou bilatérale. [12]

Il existe 3 types de surdités : [13]

- Les surdités de transmission : liées à l'atteinte de l'oreille moyenne ou externe.
- Les surdités de perception ou neurosensorielles : liées soit à l'atteinte de l'oreille interne ou de la cochlée, soit à des atteintes des voies nerveuses auditives ou des structures centrales de l'audition.
- Les surdités mixtes : associant la surdité de transmission et de perception.

Les causes de la surdité de transmission et de celle de perception sont différentes.

En ce qui concerne les surdités de transmission, les principales étiologies sont : [14] [13]

- Otospongiose : due à une ostéodystrophie de la capsule labyrinthique, d'origine multifactorielle (hormonale, virale, génétique...). Elle entraîne une ankylose de l'étrier.
- Séquelles d'otites : soit dues à des otites   répétition soit dues à des otites séreuses chroniques.
- Aplasie de l'oreille : est une malformation congénitale de l'oreille externe ou moyenne d'origine génétique ou acquise.
- Bouchon de cérumen : résultant d'une obstruction du conduit auditif externe (extraction par lavage ou aspiration).
- Traumatismes de l'oreille moyenne.
- D'origine infectieuse
- D'origine tumorale : par un carcinome du conduit auditif externe et de l'oreille moyenne ou tumeur du glomus tympano-jugulaire.

En ce qui concerne les surdités de perception, les principales étiologies sont : [14] [13]

- Surdité congénitale : souvent d'origine génétique, atteint 0,5 à 1,3 nouveaux nés pour 1 000 naissances.
- Surdité unilatérale brusque : d'origine virale (rhinopharyngite) ou vasculaire (personnes âgées)
- Traumatisme de l'oreille interne.
- La maladie de Ménière : conséquente à l'augmentation de la pression dans le labyrinthe.
- Surdité infectieuse : otites moyennes aiguës
- Tumeurs de l'angle ponto cérébelleux : le neurinome de l'acoustique.
- Surdité de sénescence ou presbyacousie : se manifeste socialement à partir de 65 ans
- Traumatismes sonores : résultat d'une exposition au bruit en fonction de l'intensité et de la durée.
- Surdité toxique : par exemple la prise de certains diurétiques.

La surdité est calculée en fonction des décibels sur l'oreille qui entend le mieux. On définit : [14]

- La surdité légère : de 20 à 39 décibels de perte auditive, difficultés de compréhension des sons aigus.
- La surdité moyenne : de 40 à 69 décibels de perte auditive, compréhension quand l'interlocuteur élève la voix.
- La surdité sévère : de 70 à 89 décibels de perte auditive, g ne quotidienne majeure
- La surdité profonde : de plus de 90 décibels de perte auditive, compréhension de la parole presque impossible.

En France, plus de 4 millions de personnes sont atteintes d'un handicap auditif dont 300 000 en surdité profonde. [8] La surdité atteint 6% des 15-24 ans, 9% des 25-34 ans, 18% des 35-44 ans et 65% des 65 ans et plus. En France, environ 1 millier de nouveaux nés sont affectés par la surdité chaque année. [15]

### 1.2.2 Handicap visuel

Le handicap visuel désigne une déficience de la fonction visuelle [10]. Les personnes atteintes de handicap visuel peuvent être atteintes de cécité ou de malvoyance.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) décrit cinq stades de déficiences visuelles dont quatre pour la vision de loin (légère, modérée, sévère ou cécité) et un pour la vision de près. [16] La déficience se mesure avec l'acuité visuelle qui est la faculté de l' il à apprécier les détails, et avec l'état du champ visuel qui est l'étendue que l' il immobile peut distinguer. [17]

Les étiologies les plus fréquentes de la déficience visuelle sont : [18]

- La cataracte : opacification partielle ou totale du cristallin, 25% des hommes et 32% des femmes en sont atteints. Les personnes sont majoritairement atteintes à partir de 75 ans.
- Dégénérescence Maculaire Liée à l'âge (DMLA) [19] : dégradation d'une partie de la rétine pouvant mener à la perte de la vision centrale, 1<sup>re</sup> cause de handicap visuel chez les plus de 50 ans, 25 à 30% des personnes de plus de 75 ans sont concernées.
- Glaucome primitif à angle ouvert : altération de la vision lente, indolore, sans g ne perceptible, atteint 2% de la population des plus de 50 ans.
- Rétinopathie diabétique : le diabète entraine une hyperperméabilité capillaire qui provoque des ischémies rétiniennes. C'est la première cause de cécité chez les personnes de moins de 50 ans.

En France, le nombre de personnes atteintes de déficiences visuelles est estimé à environ 1 700 000 soit une prévalence de 29 pour 1000 habitants. [8] Les malvoyants profonds et les aveugles sont environ 207 000, les malvoyants moyens sont de l'ordre de 932 000 et les malvoyants légers sont approximativement au nombre de 560 000. La prévalence pour les malvoyances moyennes augmente avec l'âge. La réduction de l'autonomie est la

principale conséquence des personnes ayant une déficience visuelle, 56% des personnes concernées déclarent avoir une incapacité sévère concernant la mobilité et les déplacements. [20]

### **1.3 Handicap moteur**

Il recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité, notamment des membres supérieurs et/ou inférieurs (difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes). Certaines déficiences motrices d'origine cérébrale peuvent également provoquer des difficultés pour s'exprimer, sans altération des capacités intellectuelles. [21]

Les principales étiologies du handicap moteur sont : [22]

- Affections de l'os ou des articulations : malformations, amputation ...
- Affections cérébrales : accidents vasculaires cérébraux
- Affections médullaires et neuromusculaires : lésions médullaires
- Troubles physiques douloureux : troubles musculo-squelettiques

Le handicap moteur a des répercussions sur la vie sociale et professionnelle dû à des capacités réduites voir des incapacités de déplacement, de coordination dans certains gestes. [22]

En France, la prévalence des personnes ayant un handicap moteur isolé est d'environ 850 000, et celle des personnes ayant un handicap moteur associé à une autre déficience est d'approximativement 1 400 000. [23]

### **1.4 Autisme et troubles envahissants du développement**

Les Troubles Envahissants du Développement (TED) sont définis comme un groupe hétérogène de troubles qui se caractérisent tous par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication et de langage, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives atteignent de manière envahissante la personne et son fonctionnement, et ce, en toutes situations. Cette diversité clinique peut être précisée sous forme de catégories (troubles envahissants du développement) ou sous forme dimensionnelle (troubles du spectre de l'autisme). [1]

L'autisme est caractérisé par un développement anormal ou déficient. Il se manifeste avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication et comportements au caractère restreint et répétitif. [3]

La Triade de Wing définit la symptomatologie commune aux personnes diagnostiquées : trouble de l'interaction sociale, de la communication et de l'imagination. [25]

Au niveau des difficultés de communication et du langage, on peut retrouver : [26]

- Retard de langage ou façons inhabituelles de parler.
- Écholalie (répéter ce que l'interlocuteur vient de dire).
- Compréhension littérale du discours.
- Langage stéréotypé et répétitif.
- Parler trop fort ou trop bas. [27]
- Rythme ou ton inhabituel de la parole.

Au niveau des difficultés concernant les interactions sociales, on peut retrouver : [26]

- Évitement social.
- Difficultés dans les relations sociales.
- Évitement du contact visuel.
- Difficulté à créer et à entretenir des relations véritables.
- Difficultés à interpréter les « signes sociaux ».
- Difficultés à faire preuve d'empathie.

Au niveau des troubles de comportement, on peut retrouver : [26]

- Dépendances excessives à des habitudes.
- Comportements répétitifs et ritualisés.
- Intérêt intense pour quelque chose.
- Jeu stéréotypé et répétitif.
- Attention inhabituelle aux détails ou objets précis.

Les étiologies comprennent la génétique et des facteurs multifactoriels comme les facteurs environnementaux, la neuro inflammation, les virus ... [27]

La prévalence des troubles du spectre autistique est estimée de 60 à 70/10 000. [28] En France, on estime la prévalence à environ 700 000 dont 100 000 ont moins de 20 ans. [27]

## 1.5 Handicap psychique

L'Organisation Mondiale de la Santé identifie le handicap psychique à partir des déficiences psychiques (troubles du comportement, de l'humeur, de la conscience...). Le handicap psychique est la reconnaissance d'une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques graves qui perdurent et entraînent une gêne dans le quotidien. Les troubles psychiques sont des perturbations de la santé mentale. [3] L'étiologie de la maladie psychique est d'origine biologique, psychologique, sociale et parfois pathologique comme les traumatismes crâniens ou les pathologies vasculaires. [29]

Les principaux critères de déficiences sont : [30]

- Trouble de la volition.
- Trouble de la pensée.
- Trouble de la perception.
- Trouble de la communication.
- Trouble du comportement.
- Trouble de l'humeur.
- Trouble de la conscience et de la vigilance.
- Trouble intellectuel.
- Trouble de la vie émotionnelle et affective.
- Expression somatique des troubles psychiatriques.

Le handicap psychique est la conséquence de diverses maladies : [1]

- Les psychoses.
- La schizophrénie.
- Le trouble bipolaire.
- Les troubles graves de la personnalité.
- Troubles névrotiques.

Les soins médicaux sont importants pour ces patients avec des prises médicamenteuses et on un suivi psychiatrique. [29] La prise en charge peut s'effectuer principalement en ambulatoire, dans des structures extrahospitalières comme par exemple dans les Centres Médico Psychologiques (CMP). La prise en charge peut aussi s'effectuer dans une structure hospitalière (clinique ou hôpital). Une des propositions médicales de prise en charge d'une souffrance psychique est la prise de psychotropes. [31] Ces traitements sont multiples :

- Antidépresseurs
- Anxiolytiques (tranquillisants)
- Hypnotiques (sommifères)
- Neuroleptiques (antipsychotiques)
- Stabilisants de l'humeur (le lithium, les normothymiques)

Une autre prise en charge est la psychothérapie qui désigne l'accompagnement par un individu formé, d'une ou plusieurs personnes souffrant de problèmes psychologiques.

Les dernières prises en charge sont les mesures éducatives et sociales. Elles permettent aux patients de recouvrer leurs habiletés sociales. Des centres d'accueils ou des associations proposent des activités thérapeutiques. Les patients peuvent être accompagnés sur le plan social pour effectuer des démarches administratives ou encore pour une réinsertion professionnelle. [31]

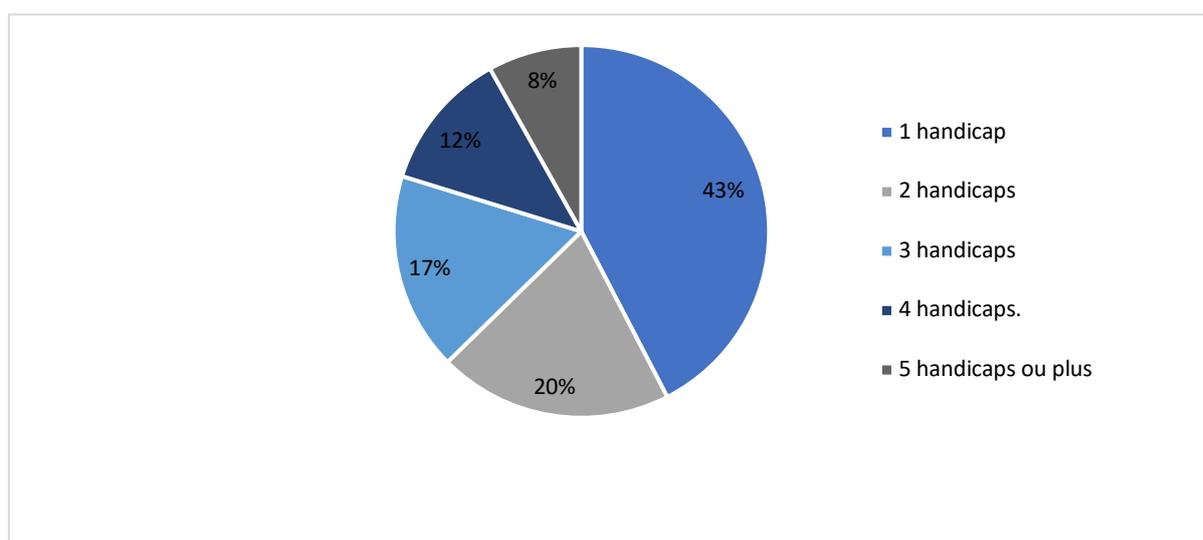
En France, la prévalence est estimée à 3 millions de personnes. [8]

## 1.6 Pluri handicap

Le pluri handicap est l'association d'atteintes motrices et/ou sensorielles de même degré, ce qui ne permet pas de déceler l'une plutôt que l'autre en déficience principale comme nous allons le voir dans un exemple ultérieur. [3]

La prise en charge est compliquée dans la mesure où les capacités du patient ne permettent pas d'utiliser les moyens de compensations ordinairement employés dans les déficiences. Notamment quand la surdité est associée à la cécité la communication devient presque impossible (on ne peut pas utiliser la langue des signes). Cette association de handicap est la plus fréquente. [32]

Le pluri handicap peut associer plus de deux handicaps différents. La répartition est représentée sur le graphique ci-dessous. [33]



*Figure 1: Répartition du pluri handicap en pourcentage*

La prévalence du pluri handicap est souvent associée à celle du polyhandicap.

## 1.7 Polyhandicap

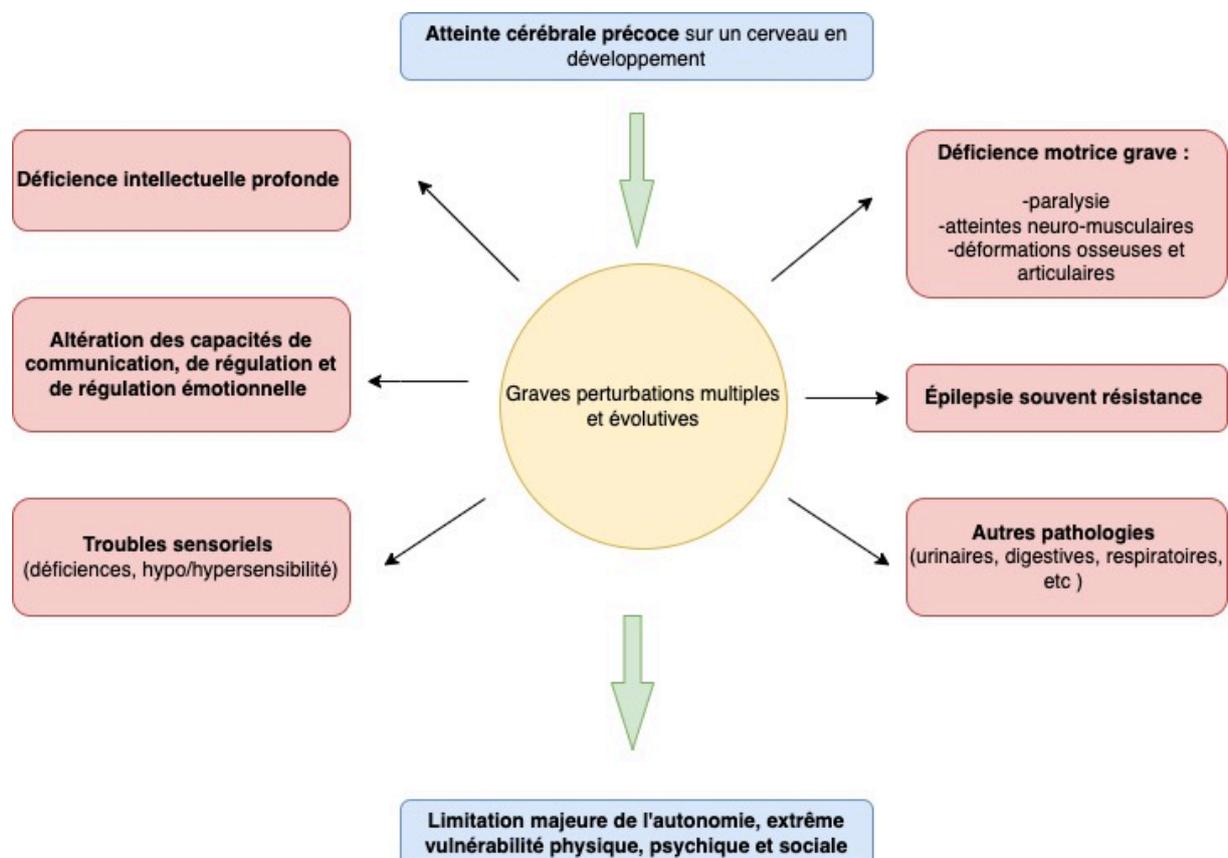
**Le Décret n°2017-982 du 9 mai 2017** définit les personnes atteintes de polyhandicap comme :

« Personnes polyhandicapées, présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive d'extrême vulnérabilité physique, psychique et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique ». [34]

L'étiologie du polyhandicap reste inconnue dans 20% à 30 % des cas. [35] Quand elle est connue, elle peut être : [36]

- De cause prénatale (environ 60%) : cause génétique, malformation cérébrale, pathologie vasculaire, embry-foetopathie infectieuses foetopathie infectieuse.
- D'origine postnatale (environ 8%) : infections, pathologie inflammatoire, traumatisme, pathologie métabolique ou neurodégénérative.
- De cause périnatale (environ 32%) : asphyxie périnatale, hémorragie, encéphalopathie hypoxo-ischémique.

L'étiologie la plus fréquente est la lésion cérébrale congénitale dans 80 à 90% des cas. [36] Les symptômes du polyhandicap sont divers. Ils sont représentés sur la figure ci-dessous.



*Figure 2 : Symptômes du polyhandicap (35)*

En France, la prévalence du polyhandicap est comprise entre 0,7 à 1 sur 1000 soit environ 67 000. L'incidence est de 900 cas diagnostiqués par an. [36]

En 2014, il y avait 9 300 enfants et 23 000 adultes polyhandicapés accompagnés par des établissements et services médico-sociaux en France. [37]

## 1.8 Traumatismes crâniens graves

Les séquelles de traumatismes crâniens graves font suite à des accidents ayant entraîné un choc sévère au niveau de la tête et du crâne, caractérisé notamment par la survenue d'un coma. Les séquelles graves sont souvent multiples :

- Motrices : un quart des blessés conserveront cette atteinte toute leur vie, souvent une hémiparésie (paralysie d'un seul côté du corps), des troubles de la coordination des mouvements ou de l'équilibre, atteintes de la commande du mouvement des yeux.
- Épilepsie, ou plus rarement, des troubles sensoriels (audition, vue, odorat).
- Troubles cognitifs (la plus fréquente) : atteinte du langage, de l'attention, de la mémoire, de l'orientation dans le temps et dans l'espace, de la perception, des fonctions exécutives (difficultés à planifier ou concevoir des actions, à avoir des projets et à les mener à terme), des comportements perturbateurs... [38]

Les étiologies principales sont : [39]

- Les accidents de la voie publique dans environ 50% des cas.
- Les accidents sportifs.
- Les accidents du travail.
- Les accidents domestiques.
- Les agressions.

En France, la prévalence de traumatismes crâniens est d'approximativement 150 000 par an, avec environ 8 000 décès et 4 000 comas annuels. Il y a environ 30 000 personnes avec des séquelles graves. [40]

Les traumatismes crâniens sont la principale cause de mortalité et de handicap sévère avant 45 ans. [39]

## 1.9 Maladies dégénératives

Les maladies dégénératives sont des affections évolutives pour lesquelles, avec le temps, il est constaté une augmentation des déficiences et des incapacités des personnes qui en sont atteintes. [41] Elles entraînent un déclin progressif d'un ou plusieurs organes. [42]

Ces maladies peuvent être d'origine génétique.

Les causes identifiées sont diverses telles que la présence d'une substance non tolérée ou toxique, l'accumulation, la perte ou l'altération d'une substance biologique. Ces maladies ont pour effet la dégradation progressive des cellules, des tissus ou des organes concernés. Les symptômes de ce type de maladie évoluent en général lentement vers un handicap important. [1]

La catégorie la plus fréquente des maladies dégénératives est la neurodégénérative. Ces maladies touchent l'ensemble du système nerveux.

Les quatre principales sont : [44]

- La maladie d'Alzheimer.
- La maladie de Parkinson.
- Maladies du motoneurone (la plus fréquente est la sclérose latérale amyotrophique).
- Sclérose en plaque.

En France, en 2000, la prévalence de la maladie d'Alzheimer était estimée entre 300 000 et 600 000 cas. Aujourd'hui la prévalence de cette maladie est d'approximativement 850 000. Cette différence s'explique en partie par le vieillissement de la population. [45] [42]

La prévalence de la maladie de Parkinson est d'environ 160 000. Chaque année, on décèle 2 300 nouveaux cas de maladies du motoneurone. [44] La prévalence de la sclérose en plaque est de plus de 100 000. [42]

### **1.10 Les troubles Dys**

Certains enfants, pourtant a priori indemnes de déficit visible (comme une déficience intellectuelle, un déficit moteur, un trouble sensoriel, un trouble de la relation ou du développement...), ont des difficultés pour appréhender, construire puis maîtriser certaines grandes fonctions humaines ou d'apprentissages. On parle des dys... qui présentent un véritable dysfonctionnement neurologique. [46]

Il porte :

- Sur le langage oral, on parle de dysphasie réceptive et /ou expressive ;
- Sur le langage écrit, on parle de dyslexie ou dysorthographe ;
- Sur le graphisme, on parle de dysgraphie ;
- Sur l'apprentissage des mathématiques, on parle de dyscalculie ;
- Sur le développement de la coordination, on parle de dyspraxie. [47]

Ces difficultés correspondent à des troubles spécifiques, d'origine structurelle, qui se caractérisent par leur sévérité, leur durée, leur résistance et leurs signes déviants et ne peuvent s'expliquer par un déficit sensoriel, intellectuel, moteur ou relationnel. [46]

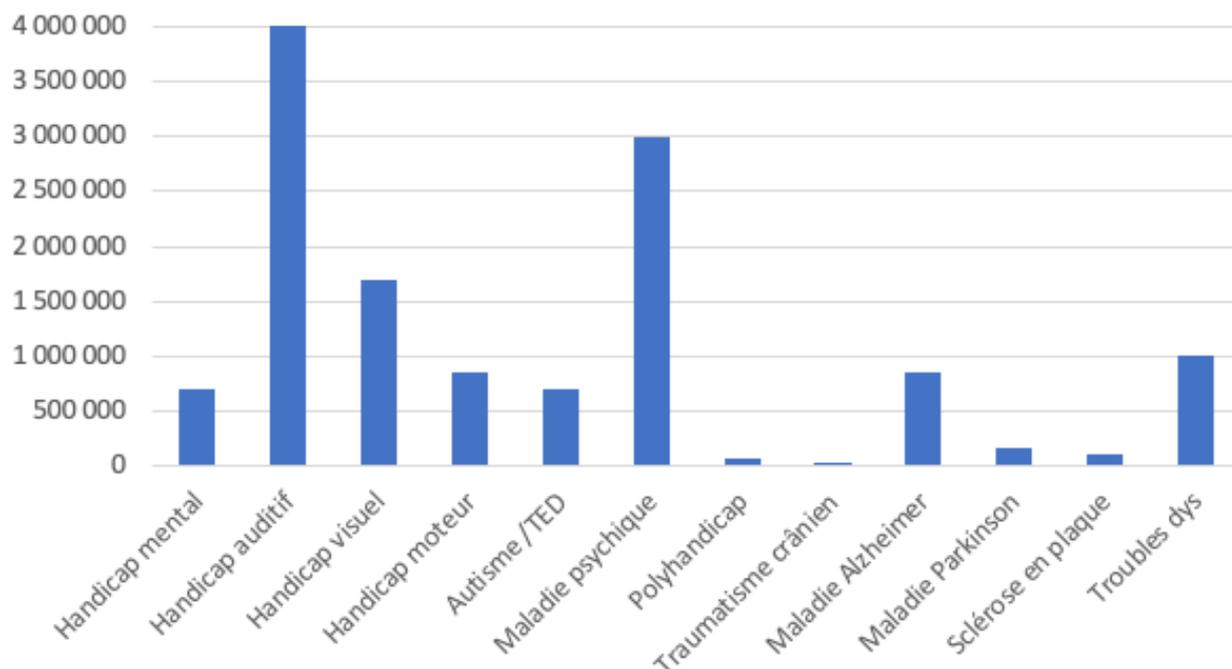
Les étiologies sont d'origines environnementales et génétiques. Dans une famille où il y a déjà une personne dyslexique, le risque qu'une sœur ou un frère soit atteint est 3,5 fois plus élevé. [48]

La prévalence des troubles dys est estimée entre 6 à 8% des enfants d'âge scolaire soit environ 1 million d'enfants. [49] Environ 40% des enfants présentent plusieurs troubles de l'apprentissage. Les troubles sont durables. Il est toutefois possible de compenser les difficultés rencontrées grâce à une prise en charge adaptée (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie, orthoptie, et psychologue). [47]

## 2 PREVALENCE

En France, on estime à environ 12 millions [50] le nombre de personnes en situation de handicap. Dans 80 % des cas, il s'agit de handicaps " invisibles ", c'est-à-dire non perceptibles au premier abord.

La répartition entre les différents types de handicaps n'est pas homogène comme le montre la figure ci-dessous réalisée avec les données de la première partie. [51]



**Figure 3:** Répartition en nombre de personnes concernées par les différents types de handicaps

Un adulte sur huit en âge de travailler présente des limitations fonctionnelles physiques, cognitives, sensorielles ou psychiques qui l'exposent à des situations de handicap. [52]

Fin 2020, le taux d'allocataires à l'allocation aux adultes handicapés dans la population âgée de 20 à 64 ans était de 3,3% en France métropolitaine et les DROM (Départements et Régions d'Outre-Mer). [52]

Certains enfants en situation de handicap sont scolarisés en milieu ordinaire. Dans le tableau ci-dessous, on retrouve le nombre d'enfants scolarisés en milieu ordinaire en fonction de leur handicap.

**Tableau 1:** Proportion d'élèves en situation de handicap parmi les élèves de 1er et 2nd degrés en milieu scolaire ordinaire selon le handicap en 2018/2019 pour 1000 élèves [52]

	France métropolitaine et DROM pour 1000 élèves scolarisés milieu ordinaire
Tous types de troubles	27,3
Troubles intellectuels et cognitifs	10,5
Troubles du psychisme	4,9
Troubles du langage et de la parole	5,4
Troubles auditifs et visuels	1,1
Troubles moteurs	1,6
Autres troubles	3,9

### **3 SANTE BUCCO-DENTAIRE ET PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**

#### **3.1 Etat des lieux**

Les personnes handicapées ont souvent un besoin augmenté de soins bucco-dentaires [53], qui peut être dû à plusieurs causes comme une hygiène défectueuse chez les personnes dépendantes, ou les effets secondaires des traitements médicamenteux notamment les psychotropes qui induisent une hypoplasie ce qui peut faciliter les lésions carieuses ou des maladies parodontales. [53]

En fonction des caractéristiques liées à un handicap, les conséquences sur l'état bucco-dentaire varient comme le montre le tableau ci-dessous. [54]

**Tableau 2:** Exemples de certaines caractéristiques du handicap sur les conséquences de la santé bucco-dentaire. [54]

<b>Caractéristiques liées au handicap</b>	<b>Conséquences sur la santé bucco-dentaire</b>
Troubles psycho-moteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risques de chutes, traumatismes bucco-dentaires</li> <li>- Troubles des fonctions orales</li> <li>- Troubles de la croissance cranio-faciale</li> <li>- Hygiène dentaire inefficace</li> </ul>
Troubles comportementaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés de coopération pour l'hygiène bucco-dentaire</li> <li>- Difficultés de coopérations pour les soins dentaires</li> </ul>
Troubles de la communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de déclaration des processus douloureux</li> <li>- Absence de diagnostic</li> <li>- Développement des pathologies</li> </ul>
Immunodéficience	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de la maladie parodontale</li> <li>- Développement du processus carieux</li> </ul>
Epilepsie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risques de traumatismes dentaires</li> <li>- Risques de morsures buccales</li> </ul>
Traitements pharmacologiques de l'épilepsie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperplasie gingivale</li> <li>- Augmentation des délais d'éruption</li> <li>- Baisse de la vigilance (risque de chute)</li> </ul>

De nombreuses études prouvent que les personnes handicapées ont une moins bonne santé bucco-dentaire que la population générale. Par exemple, les personnes atteintes de schizophrénie ont 4 fois plus de dents cariées par rapport à la population générale. [55] Les indices parodontaux qui fournissent des informations sur l'incidence, la prévalence et la gravité des maladies dentaires sont deux fois plus élevés que ceux de la population générale chez les personnes atteintes de schizophrénie. [56] [57] Les patients atteints de trisomie 21 sont eux aussi concernés par la pathologie parodontale, 90% d'entre eux en sont atteints. [58]

Les personnes malvoyantes sont plus à risque d'avoir de la plaque et une gingivite que la population générale, la réalisation d'un brossage efficace étant plus complexe. [59]

Les personnes ayant un trouble du spectre autistique souffrent plus souvent de caries dentaires, de maladies parodontales, de traumatismes bucco-dentaires, d'anomalie d'éruption et de pathologie dento-faciale. Environ 25% des enfants ayant un trouble du spectre autistique ne se brossent jamais les dents. [60] Une étude menée sur 39 enfants atteints de trouble du spectre autistique montre que 85% d'entre eux ont de la plaque dentaire, 62 % ont une gingivite. [61] Une autre étude montre que la prévalence de la carie dentaire est de 60,6% et celle de la maladie parodontale de 69,4%. [62] Les caries et la maladie parodontale sont dues à une difficulté de mise en place d'une hygiène quotidienne et efficace [61] et entre autre à la prise de médicaments comme des psychotropes qui peuvent induire une xérostomie. [63] Les caries peuvent aussi être dues à une alimentation souvent molle et sucrée. [64]

Les traumatismes bucco-dentaires sont courants à cause de chutes dues à des comportements auto-mutilants, de morsures jugale et linguale et de bruxisme prononcé. Le nombre de patients autistes ayant un comportement d'automutilation est de 70%, et dans 75% des cas ces blessures sont localisées dans la région tête et cou. [65]

Les personnes présentant une déficience intellectuelle ont une moins bonne hygiène buccale ainsi qu'une prévalence plus élevée et une plus grande gravité des maladies parodontales. Le taux de caries non traitées est aussi plus élevé chez les personnes présentant une déficience intellectuelle par rapport à la population générale. [66] La maladie parodontale concerne 80 à 90% des personnes ayant une déficience intellectuelle. [67]

Les informations concernant la prévention sont souvent inadaptées voir inaccessibles et ne prennent pas en compte le niveau de compréhension de l'individu. [68]

Les enfants d'âge préscolaire souffrant de troubles du développement neurologique ont une prévalence plus élevée de lésions carieuses pré-cavitaires. [69]

Les soins dentaires des personnes ayant une déficience intellectuelle sont les plus négligés. [70] Cela est dû au manque d'accessibilité à l'information et aussi à l'anxiété face aux soins dentaires. On estime que 25 à 33% des adultes ayant une déficience intellectuelle sont anxieux face aux soins dentaires. [71]

Selon une étude nationale inter-régimes (régime général, mutualité sociale agricole et assurance maladie des professions indépendantes) qui a été réalisée en 2004 chez les enfants et adolescents de 6 à 20 ans fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, les personnes atteintes de poly handicaps ont en denture temporaire dans 11,4% des cas une lésion carieuse peu développée et dans 16,1% des cas des lésions développées. En ce qui concerne les patients en denture permanente, 22,3% des cas ont une lésion carieuse peu développée et dans 14,7% une lésion plus importante. [72]

En ce qui concerne les maladies parodontales, 43,3% des patients avaient de la plaque localisée et 15,8% de façon plus généralisée sur l'arcade maxillaire et mandibulaire. Pour le tartre, 27,3% avaient du tartre localisé et 5,1% de manière généralisée. [72]

## **3.2 Problèmes rencontrés dans le parcours de soins**

### **3.2.1 Géographie**

L'impact des déserts médicaux pour les personnes en situation de handicap est plus fort que celui de la population générale. Cela complique la prise en charge pour les soins spécifiques dont ces personnes ont besoin. [73] L'expression « déserts médicaux » est apparue il y a une dizaine d'années pour décrire les territoires où les habitants rencontrent des difficultés d'accès aux soins. Cela signifie un manque de professionnels de santé dans un territoire donné, la difficulté de faire venir des professionnels de santé, le non-remplacement lors d'un départ à la retraite ou encore des délais d'attente ou des distances pour se rendre aux rendez-vous jugés trop longs. [74]

### 3.2.2 Accessibilité

#### 3.2.2.1 Physique

Certains bâtiments ne sont pas accessibles en fauteuil roulant. Cependant depuis la loi du 11 février 2005, les professionnels de santé ont l'obligation de rendre leurs cabinets ou établissements accessibles à toute personne présentant un handicap. Normalement, les cabinets devaient se mettre aux normes pour l'année 2015, cependant aujourd'hui seulement 60% des cabinets dentaires sont accessibles aux fauteuils roulants. Tous les nouveaux cabinets qui se construisent sont accessibles. [71]

Certaines régions comme la Lorraine avec le réseau Handi-Accès, ont mis en place des aides logistiques et techniques dans le but de mettre les bâtiments en conformité. [75] [76] Il y a une disparité d'accessibilité entre les zones urbaines et les zones rurales. 48,48% des cabinets en milieu urbain sont accessibles contre 71,93% pour le milieu rural. [77]

#### 3.2.2.2 Aux soins

Une personne en situation de handicap a un délai de prise en charge supérieure à une personne ne présentant pas de handicap en ce qui concerne les soins. Une étude de M. Henequin, D. Faulks et D. Roux a été menée en 1999, sur 103 patients ayant besoin d'un recours à une anesthésie générale, le délai entre l'apparition des symptômes reconnus par l'entourage et la première consultation en vue de l'anesthésie varie entre 2 semaines et 18 mois avec une moyenne de 3,7 mois. [78]

Une autre étude menée en 1998 a démontré que les parents d'enfant atteint de trisomie 21 ont plus de difficultés à trouver un chirurgien-dentiste. L'enfant reçoit moins de soins que ses frères et sœurs de par la difficulté à trouver un praticien et la difficulté de coopération de celui-ci. [78] [79]

D'après une étude menée en Italie, 54% des dentistes déclarent ne pas soigner des patients avec une atteinte cognitive. Les soins réalisés chez les personnes en situation de handicap sont à 80% des soins d'hygiène (détartrage), des extractions ou une première visite. D'après la même étude, 49,1% des personnes en situation de handicap déclarent ne jamais aller chez le dentiste et 47,54% déclarent avoir des difficultés à trouver un praticien. [80]

### 3.2.3 Socio-économique

Les personnes adultes atteintes de handicap ont accès à l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Cette aide est reversée selon des critères d'incapacité (au minimum de 80%), d'âge (minimum 20 ans), de résidence et de ressources (elle peut compléter les ressources existantes). Son montant maximum est de 903, 60 euros. Ce montant maximum ne donne pas le droit à la complémentaire santé solidaire (CSS) qui permet d'avoir accès aux soins gratuitement et au tiers payant. [81] Les conséquences sont qu'il peut y avoir un reste à charge pour certains actes comme par exemple lors de la réalisation d'un stellite (même lorsque le patient possède une mutuelle), certaines personnes en situation de handicap ne peuvent pas

payer le complément. Lorsqu'un patient possède la complémentaire santé solidaire, cette prothèse est prise en charge. De plus, le tiers payant est rarement effectué dans les cabinets dentaires, les patients doivent parfois avancer une somme d'argent conséquente, ce qui s'avère impossible dans de nombreux cas. [1]

Les parents ayant un enfant en situation de handicap de moins de 20 ans, peuvent bénéficier d'une aide financière visant à compenser les dépenses liées au handicap existant. Il s'agit de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH), elle est d'un montant au maximum de 132,74 euros. Cette aide financière peut être complétée par d'autres dispositifs. [82]

Souvent les patients en situation de handicap ont des revenus faibles ce qui ne leur permet pas d'acquiescer une complémentaire santé et ont donc moins accès aux soins notamment dentaires, dont la part mutuelle est importante.

En ce qui concerne les soins dentaires, 77% des dépenses sont remboursées par l'assurance maladie obligatoire et 13,3% par la complémentaire santé. [83] Si le patient ne possède pas de complémentaire, il lui reste donc 13,3% des soins à sa charge.

La situation sociale met un obstacle supplémentaire à un accès aux soins déjà limité. [84] Les personnes qui ont des faibles revenus sont moins susceptibles d'avoir recours aux actes de dépistage. Par exemple, en ce qui concerne la mammographie, 76,4% des femmes ayant un emploi réalisent une mammographie alors que seulement 52,7% des femmes sans activité la réalisent. Les patients en situation de handicap possèdent en moyenne de faibles revenus et donc ont moins accès aux actes de dépistage. [85]

### 3.2.4 Relationnels

Le problème relationnel concerne la personne en situation de handicap et le professionnel de santé. Les deux peuvent être sujets à une peur de l'inconnu, de l'autre et à une peur de perdre le contrôle de la situation. Cela est accentué pour une consultation dentaire où la peur peut être une phobie (25 à 33% des personnes atteintes de déficience mentale sont terrifiés lors du soin) ce qui complique la prise en charge. En ce qui concerne le dentiste, s'il n'a pas eu une formation appropriée, la rencontre est stressante ce qui peut engendrer un sentiment d'impuissance et de frustration en cas d'échec. [86] Pour réduire l'anxiété des patients il existe plusieurs techniques : pharmacologique avec les anxiolytiques, l'hypnose et les techniques cognitives comportementales. [87]

Les techniques cognitives-comportementales sont : [71]

- La pré-exposition : associer un stimulus anxiogène à un stimulus neutre.
- Le renforcement positif : récompenser les comportements de coopération.
- La désensibilisation par exposition : montrer le fonctionnement des instruments et les faire manipuler.
- L'apprentissage par modèle : par exemple, faire assister à une consultation avec un autre patient.

Une des difficultés relationnelles pour ce qui est du praticien, est de percevoir quand le patient en situation de handicap présente une douleur. Les aidants ont des difficultés à

reconnaître les signes de douleurs ce qui peut engendrer une prise de rendez-vous tardive. Pour identifier les comportements algiques, des outils ont été créés pour diagnostiquer la douleur chez les patients non communicants en regardant les expressions faciales. [71] Il existe plusieurs échelle d'évaluation de la douleur comme par exemple : [89]

- L'échelle des visages (auto-évaluation) : on montre au patient plusieurs visages avec des expressions de douleurs. Le patient choisi le visage qui reflète le mieux sa douleur. L'avantage de cette échelle est la compréhension facile. Les inconvénients sont que les visages sont peu attrayants et que les jeunes enfants ont du mal à comparer les niveaux de douleurs entre eux.
- Grille d'Evaluation de la Douleur-Déficiences Intellectuelle (hétéro-évaluation) : évaluation grâce à une grille d'un patient ne pouvant pas communiquer verbalement, adapté pour les patients atteints d'un handicap cognitif. On coche les items (par exemple : crie/hurle fortement) en fonction du résultat on obtient le degré de la douleur. L'avantage de cette échelle est de permettre d'évaluer la douleur chez un patient souffrant de polyhandicap sans avoir besoin que l'équipe soignante ne le connaisse. L'inconvénient est que la grille est longue à remplir.

Les personnes ayant une déficience mentale ont souvent une prise en charge tardive de leurs soins soit à cause de l'ampleur des soins à réaliser, soit à cause du comportement qui amène à une prise en charge lourde. [86]

### 3.2.5 Compétences et connaissances limitées des professionnels de santé

Durant le parcours de formation des professionnels de santé, la « rencontre » entre le patient en situation de handicap et le soignant ainsi que la problématique du handicap sont très peu abordées. Durant la formation, le chirurgien-dentiste est formé aux actes techniques, mais peu à la prise en charge comportementale, la prémédication sédatrice ou la sédation consciente (MEOPA) qui sont des formations facultatives. [75] Au niveau national, lors de la formation initiale il y a de grandes disparités concernant les soins spécifiques. Certaines universités dispensent 5 heures de cours et d'autres 180 heures de cours sur ce thème. [90] Durant la formation initiale à la faculté de Nantes, il n'est dispensé que des cours théoriques sur l'autisme et les maladies psychiatriques, les autres handicaps ne sont pas abordés. De plus, il n'y a pas de formation pratique.

### 3.2.6 Accès à l'information

Les aidants ont des difficultés à trouver des informations concernant la prévention et l'éducation à la santé. Les informations trouvées ne sont souvent pas adaptées au niveau de compréhension du patient en situation de handicap. Ces informations sont moins accessibles lorsque les patients vivent en institution puisque qu'il n'y pas d'éducation à la santé dans les établissements. Les éducateurs ne suivent pas de formation concernant la santé bucco-dentaire, il faudrait intégrer cela à leur cursus. Il faut adapter les informations au niveau du

handicap, des structures et des individus. Il faut utiliser des moyens de communication adaptés comme des dessins, des images et des pictogrammes. [75]

En 2008, un projet d'adaptation des outils d'information concernant les handicaps visuels et auditifs a été entrepris par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Par exemple les supports d'informations concernant les personnes avec un handicap visuel doivent être avec : [91]

- Une mise en page simple, des textes alignés sur la gauche et avec une alternance de texte et d'illustration.
- Une typographie adaptée pour la lisibilité.
- Un contraste important entre le fond du document et le texte.
- Des illustrations pour rendre le document attractif.
- Doit être adapter en braille (une petite partie des personnes avec un handicap visuel utilisent le braille).

## **4 PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AU CABINET DENTAIRE**

### **4.1 Difficultés matérielles**

#### ***4.1.1 Accessibilité au fauteuil***

Certains patients ont la capacité de s'extraire de leur fauteuil afin de s'installer sur le fauteuil dentaire et d'autres ne l'ont pas. Dans ce cas il faut soit un accompagnateur ou une assistante dentaire pour aider le praticien. De plus, il faut le consentement du patient et du praticien. Ce dernier engage sa responsabilité professionnelle. La manipulation doit être anticipée afin d'avoir de l'aide et de faire les bons gestes. [75] Une autre solution est d'avoir un matériel dentaire modulable et flexible (kart, unit, lumière, aspiration sur roulettes, radiographie portable) afin de soigner le patient dans son fauteuil. [92]

Le praticien peut aussi choisir un fauteuil dont le la plateforme est mobile permettant incliner le fauteuil roulant en toute sécurité comme le montre la figure ci-après. [93]



*Figure 4: Photographie de plateforme pour fauteuil roulant [93]*

## **4.2 Difficultés relationnelles**

Pour les personnes présentant des déficiences mentales, intellectuelles ou psychologiques et les personnes polyhandicapées, la difficulté de l'accès aux soins dentaires est avant tout relationnelle. [75] C'est-à-dire la création de la relation de confiance entre le patient et le praticien ainsi que l'obtention de la coopération du patient.

### **4.2.1 Accessibilité à la bouche du patient**

L'accessibilité à la bouche du patient peut être compliquée dû à une difficulté de coopération ou à un trouble du comportement. [87] Certains gestes techniques peuvent être compliqués à réaliser dus à des incapacités motrices ou fonctionnelles des patients (par exemple dû une paralysie). De plus, la coopération peut être difficile, due à une sensibilité au bruit et à la lumière entraînant une agitation plus au moins importante. Les actes intrusifs avec des instruments rotatifs et d'autres matériels bruyants comme la canule d'aspiration mis en bouche peuvent être vécus comme une agression par le patient. Pour pallier ces difficultés, le patient a parfois besoin, de prémédication, de MEOPA ou d'hypnose. Le problème de la formation du praticien au MEOPA et à l'hypnose qui sont des formations complémentaires se pose alors. [88]

#### 4.2.2 La difficulté relationnelle et émotionnelle

Le handicap dans la population générale fait peur par ses différences et les réactions non prédictibles. Beaucoup de chirurgiens-dentistes refusent de prendre en charge des personnes en situation de handicap. Pour ceux qui acceptent une prise en charge de ces personnes, ils limitent le nombre de patients par semaine, car les actes sont plus techniques, plus complexes et plus longs. [75]

La rencontre entre le patient atteint de handicap mental et le praticien est difficile de par la peur bilatérale engendrée par cette rencontre. Ces patients n'ont pas intégré les codes permettant de rentrer en communication avec le praticien ce qui amène souvent à une incompréhension de ce qui va être réalisé dans la séance par le praticien, une difficulté à exprimer ce qu'ils ressentent, une attitude peu coopérante. Les praticiens peuvent exprimer un manque de confiance en soi, un manque d'habitude et un manque de formation pour créer une relation de confiance.

Le fait de devoir toucher les patients et mettre les doigts dans la bouche peut être vécu comme une intrusion, voir une violence par le patient. Il faut du temps et des outils pour apprendre à se comprendre, ce que les chirurgiens-dentistes n'ont pas forcément (manque de formations, manque de praticiens). [75]

C'est pour toutes ces raisons que certains praticiens viennent à refuser de prendre en charge des patients en situation de handicap. Ce refus s'apparente à un renoncement et non à un rejet. [75] Les chirurgiens-dentistes ne se sentent pas « armés » par manque de formation pour un bon déroulement des soins. [88]

Les conséquences de cette difficulté sont que les familles doivent trouver un autre praticien. Cette situation se termine souvent par une prise en charge hospitalière et sous anesthésie générale.

### **4.3 Difficulté économique**

#### 4.3.1 Du point de vue du praticien

Comme dit précédemment les actes dentaires pour les personnes en situation de handicap sont souvent plus longs avec un temps de soins augmenté au minimum de 50%, plus techniques et plus complexes. Pour les patients atteints d'autisme ou de problèmes mentaux, il faut souvent deux séances afin de créer un climat de confiance. L'objectif des deux premières séances de créer une relation de confiance entre le praticien et son patient. Ainsi que d'habituer le patient au fauteuil dentaire, de montrer et d'expliquer comment va se dérouler la séance en montrant les instruments, de répondre au questionnement du patient s'il y en a afin de s'affranchir des peurs liées aux soins dentaires. [75] Jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2019, il n'y avait pas de tarification spécifique pour la prise en charge. Depuis cette date un code CCAM pour une prise en charge de patients atteints de handicap sévère existe qui rajoute 100 euros à l'acte. [94]. *Pour cela il faut remplir une grille (cf. annexe 3) après chaque séance de*

*soins avec un patient présentant un handicap et noter quand une difficulté pour réaliser les soins s'est présentée.*

#### 4.3.2 Du point de vue du patient

La plupart des patients en situation de handicap ont des revenus faibles. Comme dit précédemment, le montant maximum de l'Allocation Adulte Handicapé est de 903,60 euros. Il y a des soins remboursés par la sécurité sociale et la mutuelle, mais il faut avancer les frais ce qui peut être compliqué pour certains patients. De plus certaines aides pour les soins comme notamment le MEOPA ne sont pas pris en charge, il représente une somme importante surtout si de nombreux soins sont à réaliser en plusieurs séances. [71] Les soins sous MEOPA sont moins onéreux dans les CHU avec en moyenne un tarif de 30 euros. [95] Comme vu précédemment, en ce qui concerne les organismes de santé complémentaire cela représente un coût mensuel non négligeable, certains patients ne peuvent pas y souscrire par manque de moyens financiers. [75] Les patients n'ayant pas de complémentaires doivent renoncer aux soins parce que le reste à charge est trop conséquent. Pour les patients ayant une complémentaire avant la mise en place du RAC (Reste à Charge) zéro, le montant de reste à charge pour certains actes était trop important. Depuis, nous sommes en attente de données pour déterminer si la situation s'est améliorée ou non.

## **5 L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : ETAT DES CONNAISSANCES**

### **5.1 La charte Romain JACOB**

La charte Romain Jacob rédigée en 2014 a pour but de fédérer l'ensemble des acteurs régionaux et nationaux afin d'améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap. [96] Aujourd'hui, elle impose un accès au droit commun par rapport à : l'accès aux soins, l'accessibilité, le droit au répit, l'accès à l'emploi, l'aide aux aidants et l'inconditionnalité de l'accompagnement au quotidien. [97]

Une charte a été signée par différents acteurs afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap, elle est composée de 7 points qui sont :

- Mobiliser tous les acteurs du parcours santé.
- Veiller à la prise en compte, la plus précoce possible, de la santé bucco-dentaire au sein du parcours santé.
- 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.
- 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. [98] (cf. annexe1)

## 5.2 Les moyens de communication

### 5.2.1 Le FALC (Facile à Lire et à Comprendre)

Le Facile à Lire et à Comprendre (FALC) est une méthode qui a pour but de traduire un langage classique en un langage simplifié. [99]

La loi du 2 janvier 2002 est à l'origine du FALC. Cette loi est relative aux droits des usagers. Cette loi entend promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté.

Le FALC est une méthode européenne permettant une accessibilité des informations aux personnes déficientes intellectuelles, pour les personnes migrantes ou pour les personnes atteintes d'illettrisme dans tous les domaines de la vie quotidienne comme la santé ou les programmes des présidentielles par exemple. (cf. annexe 2) [100]

Pour réaliser le FALC il faut respecter 5 règles qui sont les suivantes :

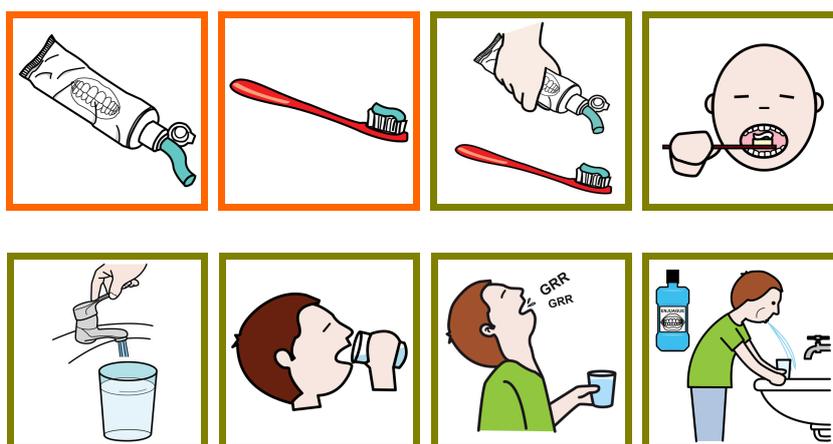
- Utiliser des mots d'usage courant.
- Faire des phrases courtes.
- Toujours associer un pictogramme au texte.
- Clarifier la mise en page et la rendre facile à suivre à travers des typographies simples, des lettres minuscules, des contrastes de couleurs...
- Aller au message essentiel. [100]

### 5.2.2 Les pictogrammes

Les pictogrammes sont des représentations graphiques (images, photos, dessins) figurées ou symboliques, exprimant des mots ou des idées. [101]

Les pictogrammes sont utilisés pour des handicaps spécifiques comme l'autisme par exemple. Les pictogrammes permettent une communication non verbale. Cependant, ce moyen de communication est réservé à une partie des personnes en situation de handicap et beaucoup sont payants comme sur le site Pyramid Educationnal Consultants ou sur le site Axelia par exemple. [102] [103] [104]

Il existe par exemple, des pictogrammes représentant la routine du brossage des dents (cf. ci-dessous). [105]



*Figure 5: Pictogramme représentant la routine du brossage des dents*

### 5.2.3 Les vidéos

Les vidéos sont utilisées pour expliquer des gestes de la vie quotidienne. Cependant, on trouve plus de vidéo à destination des aidants ou pour expliquer les différents types de handicaps. [106] Par exemple, dans la vidéo intitulée « J’aide Tim à se brosser les dents », on observe une vidéo de conseils d’hygiène bucco-dentaire à destination des aidants pour leur proche atteint de TSA. [107]

## 5.3 Exemple de différents programmes d’inclusion de personne en situation de handicap dans le monde

### 5.3.1 L’initiative pour l’éducation inclusive (IEI)

L’IEI créée en 2019 et supervisée par la Banque mondiale a pour but de rendre l’éducation progressivement inclusive pour les enfants en situation de handicap à travers le monde.

Ce programme concerne les enfants atteints de tous les types de handicaps dans l’esprit de l’article 24 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Pour parvenir à la réussite de ce programme, l’IEI met en place 3 axes :

- Renforcer des capacités des parties prenantes et de la prestation de service au niveau national.

Ce programme intervient dans des pays comme au Népal par exemple afin de renforcer les systèmes scolaires pour la réussite des élèves en situation de handicap.

- Améliorer la coordination, la collaboration et le partage des connaissances.  
L'IEI aide à développer des recherches, des preuves et des ressources pour mettre en œuvre l'éducation inclusive. Elle rassemble, diffuse et coordonne les preuves et les ressources afin de créer un pôle mondial de connaissances.
- Investir dans des interventions innovantes par le biais de financement. [108]

Ce dernier point se concentre sur 3 thématiques :

- Pratiques d'évaluation de l'apprentissage inclusif et utilisation des principes de la conception universelle de l'apprentissage : recherche de moyens innovants d'améliorer la compréhension des évaluations de l'apprentissage inclusif pour les enfants handicapés
- Pratiques pédagogiques inclusives : mieux comprendre et améliorer les stratégies, les interventions et les outils de pédagogie inclusive
- Déterminants sociaux de l'éducation inclusive : prise en compte de la demande pour accélérer la préparation et la capacité des familles à soutenir la participation scolaire et l'apprentissage de leurs enfants en situation de handicap.

### 5.3.2 L'Organisation des Nations Unies (ONU)

L'ONU a publié en 2019 des directives visant à élever les normes et les performances en matière d'inclusion du handicap dans toutes les opérations de l'ONU. [109]

Les objectifs de l'ONU sont de rendre l'éducation, la science et la culture par le biais de l'UNESCO inclusives, équitables et participatives. [110]

L'ONU a été mandatée par les pays membres qui la composent pour identifier les croyances et les valeurs, les normes sociales et culturelles qui cultivent les personnes handicapées dans le but de leur donner des moyens d'utiliser les technologies de l'information et de la communication de manière bidirectionnelle pour trouver les meilleures solutions pour eux-mêmes.

Les éléments stratégiques sont : [109]

- La planification stratégique de l'intégration et de l'autonomisation des personnes handicapées et de leurs droits fondamentaux.
- La cohérence, coordination et gestion des connaissances et des informations
- Contrôle par le suivi, l'évaluation et l'audit
- Participation des personnes en situation de handicap dans l'arbre décisionnel
- Données : accroître les données qualitatives et quantitatives
- Conception universelle, accessibilité et aménagements raisonnables
- Développement des capacités : par exemple en mettant en place des campagnes de sensibilisation et des formations.
- Sensibilisation et instauration de confiance.
- Ressources humaines et financières.

## **6 ASSOCIATION CO-ACTIS**

### **6.1 Création**

Co-actis santé est une association loi 1901, créée en décembre 2010, elle agit en faveur de l'accès aux soins pour tous en prenant en compte les besoins des personnes en situation de handicap dans un esprit de co-construction. Les usagers participent au projet en donnant leur avis. [111]

### **6.2 Objectif**

Son objectif est de favoriser l'accès aux soins pour tous et de réduire les inégalités en santé, en prenant en compte les spécificités des personnes en situation de handicap. Afin de réaliser cet objectif, toute une communauté d'acteurs a été rassemblée : des professionnels de santé, des associations de santé, des structures médico-sociales, des établissements de santé, des institutions afin de co-construire ensemble des outils pour assurer et promouvoir l'accessibilité aux soins pour tous.

### **6.3 Outils de mise en place**

Pour réaliser les objectifs, 2 outils ont été mis en place :

- Création de santé BD en 2015.
- Lancement du projet HandiConnect en 2017.

#### **6.3.1 Le projet HandiConnect**

Ce projet consiste à former les professionnels de santé à l'accueil et au suivi médical des patients en situation de handicap. Ce projet est co-construit avec de nombreux acteurs : des médecins experts, des représentants du handicap et des prestataires e-learning. Après la création des modules par ce groupe de travail, le projet passe devant le comité scientifique, éthique et pédagogique.

##### **6.3.1.1 Objectif**

Ce projet a 2 objectifs qui sont :

- Contribuer à faire disparaître les peurs liées aux spécificités des patients en situation de handicap et replacer au centre l'accueil et l'humain dans les conditions d'une accessibilité.
- Certains handicaps ou syndromes ont des spécificités médicales qui sont très peu connues des professionnels de santé et les patients ont des besoins de suivi très spécifique. L'idée est de fournir également aux médecins des formations plus pratiques.

### 6.3.1.2 Différents types de modules

Il existe 2 modules différents :

- La co-construction de modules de formations à distance, qui s'adressent aux médecins non encore sensibilisés à cette question.
- L'hébergement ou la mise en avant d'autres modules de formations plus approfondis réalisés par les partenaires de CoActis Santé.

Les formations sont structurées en modules de thématiques différentes :

- Modules introductifs : séquences communes entre tous les handicaps.
- Modules par spécialités médicales des apprenants.
- Modules par type de handicap.
- Modules par difficultés rencontrées avec les patients présentant un handicap (compréhension, troubles du comportement...)

Le professionnel de santé a trois solutions pour répondre à ces besoins :

- Suivre une séquence ou un module qui répond à un besoin spécifique.
- Suivre un parcours plus complet dans le cadre de sa formation continue.
- Télécharger des fiches synthétiques pour répondre à un besoin immédiat pendant une consultation.

### 6.3.1.3 Objectifs d'apprentissage

Le professionnel de santé à la fin d'un parcours est capable pour un module de handicap sélectionné de :

- Accueillir son patient et communiquer avec lui.
- Connaître le handicap et repérer les signes d'alerte.
- Soigner un patient en appréhendant les spécificités de son handicap.
- Comprendre l'univers sanitaire et médico-social et si besoin orienter son patient dans cet univers.

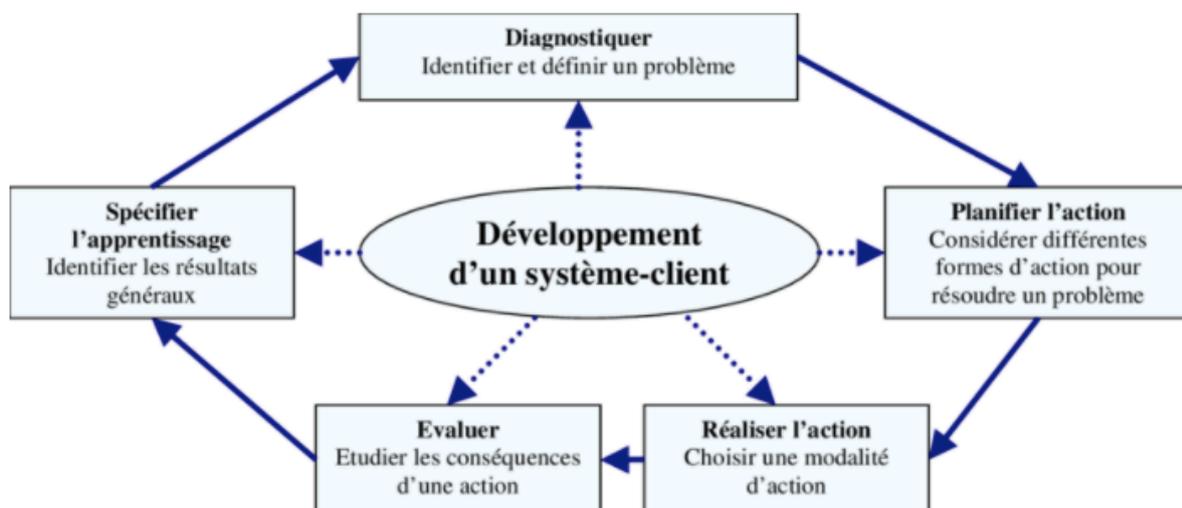
## 6.3.2 Le projet SantéBD

Le projet SantéBD consiste à réaliser des livrets illustrés qui expliquent la santé par des dessins clairs et rassurants et des mots avec des phrases courtes et en utilisant le facile à lire et à comprendre. Ce projet s'adresse aux enfants, aux personnes en situation de handicap, aux aidants familiaux et professionnels, aux professionnels de santé et à toutes personnes qui

ont des problèmes d'expression ou de communication. Il permet de faciliter le dialogue entre les professionnels de santé, les patients et leurs aidants. De plus, cet outil est disponible gratuitement.

### 6.3.2.1 Conception

Le concept est né en septembre 2013. Le site web a été mis en ligne au mois de juin 2016. Il a été réalisé conformément au concept de recherche-action de Susman (figure 2). (112) Cette recherche-action était sous le contrôle d'un comité de pilotage composé de différents parties prenantes : des représentants des professionnels de santé, des personnes en situation de handicap et leurs aidants familiaux pour réaliser une démarche de co-construction.



*Figure 6: le processus cyclique de la recherche action (Susman et Evered, 1978 )(113)*

### 6.3.2.2 Objectifs

Le comité de pilotage après lecture de la littérature et en tenant compte des retours des associations de santé a mis en place 3 objectifs :

- Mettre en place une unité de langue et de communication pour toutes les activités médicales, dentaires, paramédicales et hospitalières.
- œuvrer pour que les illustrations et les textes soient compris par tous les types de handicaps mentaux ou d'autisme, dans tous les environnements et pour toutes les spécialités.
- Que les outils du projet SantéBD puissent expliquer la santé bucco-dentaire par des dessins et des mots simples pour faciliter le dialogue entre les professionnels de santé, les patients et leurs aidants familiaux.

### 6.3.2.3 Différents livrets

Au début de l'année 2021, il y avait 389 livrets en ligne.

Il existe 10 livrets relatifs aux soins dentaires qui sont (exemple cf. annexe 4) :

- Comment réaliser un examen buccal.
- Comment accueillir une personne en fauteuil roulant.
- Comment aborder une extraction dentaire.
- Comment réaliser une couronne dentaire.
- Comment traiter une lésion carieuse.
- Comment réaliser un détartrage.
- Comment prendre soin de ses dents.
- Comment choisir une brosse à dents.
- Comment se faire aider pour se brosser les dents.
- Comment prendre soin de ses dents après le brossage.

Tous les livrets sont déclinés en fonction du profil et des particularités de chacun. L'utilisateur peut choisir entre fille, garçon, homme ou femme et fauteuil roulant, autisme, sourd, malvoyant, compréhension ou aphasie. Ces livrets ont été relus par des membres des ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) afin de s'assurer qu'ils puissent être compris par le plus grand nombre. Un ESAT est un établissement d'accompagnement et d'aide au travail dédié aux personnes en situation de handicap et visant à leur insertion ou réinsertion sociale et professionnelle.

Certains de ces livrets en 2019 ont été traduits en anglais, en allemand, en espagnol et en roumain. De plus, cette année est marquée par la création de vidéos en ligne disponible sur YouTube avec une voix off. Ce format est un support utile pour les personnes malvoyantes et pour des actions de sensibilisation.

En 2020, le comité de pilotage a décidé d'axer le projet sur la prévention avec comme objectif de favoriser l'autonomie des personnes, leur autodétermination et l'expression de leur consentement avec des formats courts et faciles à afficher.

### 6.3.2.4 Étude

En 2019, une évaluation quantitative sur le nombre de visites du site internet du projet SantéBD ainsi que sur les différents médias et les réseaux sociaux a été réalisée.

**Tableau 2 : Évaluation quantitative du projet SantéBD en 2019**

	<b>Nombres de téléchargements</b>	<b>Nombres de visites</b>	<b>Nombres d'abonnements</b>
<b>Site internet</b>	35 579	44 695	
<b>Application santé BD</b>	4 537	10 380	
<b>Facebook</b>			3 289
<b>Twitter</b>			740
<b>LinkedIn</b>			493
<b>YouTube</b>			417
<b>Bulletin d'information</b>			8 149
<b>Total</b>	<b>40 116</b>	<b>55 075</b>	<b>13 088</b>

Une nouvelle évaluation sur site a été réalisée en 2020. Entre le mois d'août 2019 et le mois de décembre 2020, un pic d'utilisation des outils de SantéBD a été observé durant la première vague de la pandémie de covid 19 (mars, avril, mai, juin).

Durant la période du mois d'août 2019 au mois de décembre 2022, le livret « l'examen dentaire » a été vu 8524 fois sur le site. Il fait partie du top 10 des livrets les plus consultés.

#### 6.3.2.5 COVID-19

Les projets mis en place ont évolué suite à la demande des utilisateurs face au COVID-19. Leur souhait était d'avoir des outils faciles à comprendre sur le nouveau vocabulaire (distanciation social, confinement, gestes barrières, coronavirus ...), sur les nouvelles règles de vie (port du masque ...) et leur respect, etc.

Des livrets d'informations ont été créés : comment mettre son masque, les mesures barrières, les tests PCR et salivaires ...

Pour la vaccination du COVID-19, des livrets en français ainsi que dans des langues étrangères (anglais, espagnole et arabe), des affiches et une vidéo (avec voix off, sous-titre et langue des signes) ont été réalisés.

Durant cette période, le projet SantéBD a su concevoir des supports faciles à comprendre, pédagogiques, simples, accessibles à tous et mises à jour en fonction des nouvelles annonces gouvernementales.

Les outils ont été particulièrement consultés pendant la pandémie.

En 2021, cet outil a eu la reconnaissance par le monde institutionnel et le monde de la santé, notamment par le Secrétaire d'État aux Handicaps, la Délégation Interministérielle à l'Autisme, la DGOS (Direction Générale de la Santé) et la HAS (Haute Autorité de Santé).

### 6.3.2.6 Conclusion sur le projet santéBD

Le projet de par sa co-construction donne plus de pouvoir et de contrôle sur leur vie aux personnes en situation de handicap. Le fait d'intégrer les personnes en situation de handicap dans leur parcours de soins montre que cela réduit les inégalités de santé. (114) Un modèle collaboratif en éducation à la santé est essentiel pour la motivation et la capacité des utilisateurs à s'engager dans un changement de comportement en matière de santé. (115)

L'accès aux soins dentaires a été largement mis en avant comme un problème à améliorer. Il fait partie du top 10 des BD les plus consultés sur le site du projet santéBD, ce qui confirme les besoins importants dans ce domaine en France. (75)

Les consultations des outils élaborés pendant la pandémie du COVID-19 ont été très importantes. Pour faire face à la pandémie, les outils numériques ont été spontanément et massivement mobilisés en France et dans d'autres pays. (116)

Cela a permis de favoriser les liens, la solidarité et le transfert d'informations pour une autonomie des patients.

## CONCLUSION

Les personnes en situation de handicap représentent 12 millions de Français. En ce qui concerne leur santé bucco-dentaire, on a pu démontrer dans cette thèse qu'elle est déficiente par rapport au reste de la population générale. Cela peut s'expliquer par le handicap en lui-même (difficulté dans la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire, prise médicamenteuse...) mais aussi par les difficultés rencontrées dans le parcours de soins. Certaines de ces difficultés sont géographiques, d'accessibilités (physique et aux soins), socio-économiques, relationnels, d'informations et de formations des praticiens. Cependant, des solutions sont envisageables. Par exemple, en ce qui concerne la formation des professionnels de santé, on pourrait inclure des cours spécifiques en plus importante quantité ainsi que de la pratique lors du cursus initial. Un autre exemple, serait de donner la possibilité aux personnes en situation de handicap d'obtenir la complémentaire santé solidaire.

Les difficultés de prises en charge au cabinet dentaire diffèrent des autres professionnels de santé de par la proximité avec la sphère orale, l'aspect relationnel spécifique des soins dentaires où la compliance est parfois difficile à obtenir et la peur bilatérale (du praticien et du patient) vis-à-vis du soin dentaire, l'accès du cabinet et des instruments pour les patients ayant un fauteuil roulant et enfin l'aspect économique avec parfois un reste à charge pour les patients.

Certains projets ou outils ont été mis en place pour les patients en situation de handicap, comme la charte Romain Jacob qui promeut entre autre l'accès à la santé pour les patients en situation de handicap. On peut aussi donner comme exemple le Facile A Lire et A Comprendre, pour un meilleur accès à l'information.

L'association Co-actis, permet grâce à sa co-construction d'avoir des outils adaptés aux personnes en situation de handicap. Elle propose des formations aux professionnels de santé afin d'améliorer la prise en charge spécifique. Elle propose aussi des fiches pour les professionnels de santé qui permettent au praticien d'obtenir une définition du handicap recherché avec des outils pour la prise en charge du patient, par exemple certains autistes ne veulent être soignés qu'avec des instruments de certaines couleurs. On peut aussi citer les bandes dessinées proposées pour les patients en situation de handicap qui ont pour objectif d'expliquer le déroulement des soins.

Malgré les mesures mises en place, au vu des spécificités pour la prise en charge des personnes en situation de handicap l'accès aux soins de ces patients reste un véritable défi en France et dans le monde.

# LISTE DES ANNEXES

## Annexe 1

### Handidactique

### LES CHIRURGIENS-DENTISTES SE MOBILISENT POUR LA SANTÉ DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP



Cette charte a fait l'objet d'une réflexion organisée et fédérée par l'UFSBD regroupant l'ensemble des représentants de la profession conformément aux rapports sur l'accès au soin et à la santé remis par Pascal Jacob à Madame Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, et Madame Carloti, alors Ministre déléguée aux Personnes en situation de handicap et à la Lutte contre l'Exclusion, le 6 juin 2013 à l'hôpital Raymond Poincaré (Garches), et conformément à la conférence interministérielle sur le handicap (CH) et aux priorités fixées par les AHS (Agences Régionales de Santé). Les représentants des personnes en situation de handicap ainsi que les acteurs des secteurs du soin, hospitaliers, médico-sociaux, ambulatoires français, ont présenté la **Charte Romain Jacob**. Celle-ci s'inscrit dans les orientations des politiques publiques, portées par de nombreuses lois en faveur de l'insertion sociale et de la pleine citoyenneté des personnes en situation de handicap.

Les chirurgiens-dentistes s'associent à cette démarche, se mobilisent pour la santé des personnes en situation de handicap et proposent une charte présentant les 7 piliers pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

Les signataires s'engagent à promouvoir la fédération des acteurs dans chacune des régions pour répondre aux besoins spécifiques de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap.

Les signataires soulignent l'urgence d'apporter une réponse aux attentes de l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement, très démunis face au manque de sensibilisation, de formation et de moyens dédiés aux personnes en situation de handicap.

Les signataires s'engagent à promouvoir toute action visant à atteindre cet objectif.

Les signataires, conscients des conditions requises pour assurer une prise en charge de qualité, s'engagent à diffuser les initiatives réussies ayant permis d'améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap en milieu hospitalier, en institution comme en milieu ordinaire.

Les signataires s'engagent à promouvoir l'accès des personnes en situation de handicap aux soins courants et spécifiques en milieu ordinaire.

Cette charte a pour but de fédérer l'ensemble des acteurs régionaux et nationaux autour de l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap.

### Personne ne peut se dire en bonne santé s'il n'est pas en bonne santé dentaire



L'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap : un enjeu majeur de santé publique et d'intégration sociale.

- Les personnes en situation de handicap souffrent tout particulièrement de pathologies infectieuses, carieuses et/où parodontales.
- Le déchaussement des dents concernerait 80 à 90 % des personnes avec un handicap mental (SHMOU), « la santé de la personne handicapée mentale », volume 1 « les dents, prévention et soins, 2010 ».
- Les enfants de 6 à 12 ans ont 4 fois plus de risque d'avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire s'ils sont en situation de handicap (Matière Interne, audition publique de la HAS « Accès aux soins des personnes en situation de handicap », octobre 2008).
- L'enquête du Programme National Inter Régimes (PNIR 2004) a révélé pour les enfants et adolescents en établissements :
  - un faible niveau d'hygiène (plaque dentaire, tartre, inflammation gingivale),
  - la présence pour 37% d'une ou de caries sur dents permanentes, pour 27,2% d'une ou de caries sur dents temporaires,
  - une absence, pour la très grande majorité des structures d'accueil, de prévention collective de manière d'hygiène ou de prophylaxie,
  - plus de 45% de ces enfants et adolescents avaient besoin de soins à court terme dont 19,4% en urgence.

La santé dentaire est un indicateur de santé générale autant sur le plan de la pathologie que sur le plan psychique. Pour améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, il est fondamental d'améliorer l'accès à la prévention, c'est-à-dire de privilégier les solutions en amont qui permettront de limiter les besoins de soins en aval. Les chirurgiens-dentistes restent mobilisés pour permettre à toute personne handicapée d'avoir accès à la santé bucco-dentaire par la mise en place d'un parcours santé individualisé, quel que soit son handicap, son âge et son milieu de vie.

### Les 7 piliers pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap

#### 1 Mobiliser tous les acteurs du parcours santé

- Tous les professionnels médicaux, de santé, tous les intervenants du monde du handicap, les familles, les aidants familiaux, les personnes en situation de handicap elles-mêmes participent à la construction et au suivi du parcours santé.

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

- En formation initiale ou continue, tous les professionnels médicaux et de santé doivent être formés à la prise en charge et au suivi de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.
- Les personnels médico-sociaux et les intervenants professionnels du domicile doivent être également sensibilisés et formés à l'importance de la santé bucco-dentaire, d'une bonne hygiène dentaire, et à la nécessité de réaliser des actes de prévention et un suivi des soins.

La question de la formation des personnels soignants, est un facteur clé dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Elle constitue aujourd'hui le principal frein au maintien et à la surveillance d'une bonne hygiène bucco-dentaire. C'est aussi le principal levier sur lequel il est possible d'agir à court terme et de manière durable.

- Les personnes en situation de handicap et les familles doivent être sensibilisées à la nécessité d'un maintien en bonne santé bucco-dentaire afin de leur permettre d'être acteurs de leur santé.

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

- La prévention doit en partie être confiée à l'entourage de la personne en situation de handicap : personnel, encadrants, afin de faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne handicapée et de garantir une certaine pérennité de la démarche.
- Les personnes en situation de handicap et leur famille doivent recevoir toutes les informations utiles et nécessaires pour leur permettre de maintenir une bonne santé bucco-dentaire.
- Les campagnes de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire, menées par les chirurgiens-dentistes dans les écoles, doivent être déclinées dans les établissements accueillant les enfants handicapés.
- Les personnels des établissements médico-sociaux et les aidants familiaux doivent assurer l'accompagnement des personnes en situation de handicap en fonction de leur niveau de dépendance.

#### 4 Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires

- Les chirurgiens-dentistes continuent de s'engager afin de favoriser l'accessibilité aux soins ambulatoires, tant en terme d'aménagement des locaux... que d'organisation et d'offre de soins.
- Ils reconnaissent le rôle majeur du référent handicap, mis en place par le Conseil de l'Ordre, dans l'identification des professionnels accessibles pour les soins donnés aux personnes en situation de handicap.

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

- L'UFSBD émet des recommandations en faveur de toute la population, pour une bonne santé bucco-dentaire. Ces recommandations insistent entre autres sur l'importance d'une visite chez le chirurgien-dentiste une fois par an, dès l'âge de 1 an. Ces recommandations s'adressent bien évidemment aux personnes en situation de handicap.
- Lors de la première consultation, dès le plus jeune âge, le chirurgien-dentiste traite de la famille propose un protocole de prévention et d'hygiène adapté au patient et à son handicap, et le modifie, si besoin, au fil de la vie.
- Il assure le suivi et le maintien de l'état de santé bucco-dentaire et crée une relation de confiance indispensable à la mise en œuvre des soins primaires si nécessaire.
- Si certaines difficultés de soins ne permettent pas, ou plus, les soins en milieu ordinaire, le chirurgien-dentiste traitant oriente le patient vers les professionnels de santé adéquats au sein ou en dehors de réseaux.
- Dans tous les cas, les chirurgiens-dentistes reconnaissent le rôle, l'expertise et les compétences acquises des accompagnants dans le parcours de soins et de prévention. Ils les acceptent et les reconnaissent dans leur mission et veillent à les associer, dans le respect des droits des patients, à la prise en charge médicale des personnes en situation de handicap.

#### 6 Les établissements médico-sociaux sont des partenaires du parcours santé

- Leur implication dans le suivi de la santé bucco-dentaire est liée à la place qu'ils occupent dans la vie de la personne handicapée : de la sensibilisation à la prise en charge complète au sein d'un projet d'établissement.
- L'intégration d'un chirurgien-dentiste référent au sein de l'équipe médicale pluridisciplinaire, et la réalisation de bilans bucco-dentaires annuels pour toutes les personnes en situation de handicap au sein de l'établissement sont des éléments majeurs du projet de l'établissement.

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

- Identifier et former dans tous les établissements médico-sociaux un correspondant en santé orale
- Identifier et sensibiliser le coordonnateur des soins et de la prévention de toute personne handicapée vivant à son domicile à l'importance du maintien en bonne santé dentaire. Il devra veiller à la qualité de l'accompagnement en prévention et à l'organisation des soins et mettre en œuvre tous les moyens nécessaires (organisation des transports, prise de rendez-vous, organisation de l'accompagnement...) pour un suivi dentaire de qualité. Il devra avoir à sa disposition tous les outils et supports nécessaires au service de la coordination du parcours santé de la personne handicapée !

Handidactique

M. Pascal JACOB

ONCD

Dr Gilbert BOUTELLE

cnsd

Dr Catherine MOJAISKY

FSDI

Dr Patrick SOLERA

UFD

Dr Philippe DENOVELLE

ufsbd

Dr Sophie DARTEVELLE

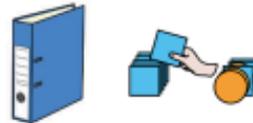
## La visite chez le docteur

Je vois mon docteur une fois par an  
même si je suis en bonne santé.

Je range dans un dossier  
tous mes résultats médicaux  
(prise de sang, courriers médicaux, radiographie...).



Quand je vais chez le docteur,  
je prends mon dossier.



Je peux préparer la visite chez le docteur avec mon référent.

J'écris sur un papier ce que je dois dire à mon docteur :

- l'alimentation,
- le sommeil,
- les dents,
- les yeux
- les oreilles,
- la mémoire,
- les grains de beauté,
- les douleurs,
- je fume,
- je bois de l'alcool,
- les allergies,
- les médicaments que je prends...

Je prends ce papier et ma carte vitale.



## Annexe 3 (118)

### GRILLE DES ADAPTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP

**Champ d'utilisation :** Cette échelle concerne uniquement les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap. Sont exclues, à titre d'exemple, les personnes souffrant de phobies dentaires ainsi que les personnes âgées ne souffrant pas d'handicap sévère, qui ne sont pas concernées par cette grille et dont la prise en charge n'ouvre pas droit aux mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention).

**Consignes d'utilisation :** Cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance avec un patient handicapé dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, et vous permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Pour chacun des domaines, cochez, dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Dès lors, que pour un patient atteint d'un handicap sévère ou d'un polyhandicap, une case correspondant à une prise en charge « modérée » ou « majeure » est cochée, les mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention) peuvent être facturées.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
<b>DOMAINE DE LA COMMUNICATION</b>		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)</b>		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	<input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)</b>		
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)</b>		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE L' ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE</b>		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	<input type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE L'AUTONOMIE</b>		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigües fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	<input type="checkbox"/>

DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémédecine bucco-dentaire.	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>

\*Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1

\*\*Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2

Ce document est à conserver dans le dossier du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation des mesures et à communiquer au service médical de l'assurance maladie à sa demande).

#### Annexe 1

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	<b>Détendu</b> , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	<b>Mal à l'aise, préoccupé</b> . Pendant une manoeuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	<b>Tendu</b> . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	<b>Réticent</b> à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	<b>Très perturbé</b> par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	<b>Totalement déconnecté</b> de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

\*Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cells Mater, 2007; 13: 3

#### Annexe 2

##### ASA PS Classification\*\* (American Society of Anesthesiologists)

Score	Définition	Exemples, non exclusifs :
ASA I	Patient en bonne santé	Bon état général, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Patient présentant une maladie systémique mineure ou bien équilibrée	Maladie mineure sans limitation fonctionnelle importante. Exemples non-exclusifs : tabagisme, consommation sociale d'alcool, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), diabète équilibré, hypertension artérielle contrôlée, insuffisance respiratoire mineure
ASA III	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	Limitation fonctionnelle importante ; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Exemples non-exclusifs : diabète non équilibré, hypertension artérielle non- contrôlée, insuffisance respiratoire modérée, obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, insuffisance rénale avec dialyse régulière, antécédent datant de > 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent

<b>ASA IV</b>	<b>Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital</b>	Exemples non-exclusifs : antécédent datant de < de 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent, d'ischémie cardiaque, de dysfonction valvulaire sévère, sepsis, coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale terminale sans dialyse
---------------	---	--

*\*\* disponible à : [www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system](http://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system)*

## Annexe 4 (119)

### Le dentiste

#### 3. La carie



### C'est quoi une carie ?

La carie est un trou dans la dent.



Je dois soigner une carie parce que ça peut faire mal.



© CoActis Santé

1

### Le dentiste me fait une anesthésie.

Le dentiste peut endormir ma dent.

Il met un produit sur la gencive pour ne pas sentir la piqûre.



Il pique doucement à côté de la dent avec l'aiguille.



Le produit a un goût.

© CoActis Santé

2

Le dentiste rince ma bouche avec de l'eau.



L'assistante du dentiste aspire l'eau en même temps.

Je ressens une impression bizarre.



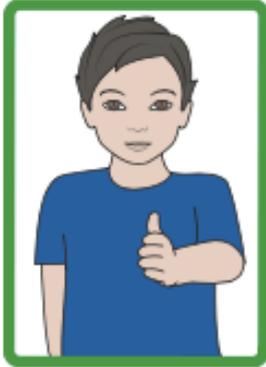
© CoActis Santé

3

Je n'ai pas mal quand le dentiste touche ma dent.



Je ne sens plus rien.



© CoActis Santé

4

## Le dentiste retire la carie.

Il retire la carie avec une petite machine qui vibre.



La machine met aussi de l'eau et de l'air dans ma bouche.



© CoActis Santé

5

Ensuite le dentiste bouche le trou de ma dent.

Le dentiste peut utiliser la soufflette pour sécher mes dents.



Il met un produit sur ma dent.



Le dentiste bouche le trou de la dent avec une pâte.



© CoActis Santé

6

Il fait durcir la pâte avec une lumière bleue.



Il me rince la bouche et l'assistante aspire l'eau.



© CoActis Santé

7

Parfois il me dit de me rincer la bouche avec de l'eau.



Je crache dans un petit lavabo à côté du fauteuil.



© CoActis Santé

8

Je dois revenir dans 6 mois pour vérifier que tout va bien.



Cette fiche a été réalisée en partenariat avec  
L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire et le réseau SOSS qui agit  
pour l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de  
handicap



© CoActis Santé

9

**Avec SantéBD, je comprends la santé !**

**SantéBD explique la santé avec des dessins et des mots simples**  
Plus de 80 thèmes de santé très importants

- Je prépare mes rendez-vous médicaux
- Je communique mieux avec les professionnels de santé
- Je comprends les messages de prévention
- Je décide avec mon docteur et mes proches

**SantéBD est disponible gratuitement**

- sur le site internet [www.santebd.org](http://www.santebd.org)
- en cliquant le thème de la BD
- en personnalisant ma BD  
Je peux choisir mon personnage, en fonction de mon âge et de mes difficultés.
- Je regarde ou je télécharge la BD

• sur la chaîne SantéBD **YouTube**

**SantéBD est créé par l'association CoActis Santé**  
en partenariat avec de nombreux acteurs du monde de la santé et du handicap.  
L'association s'engage en faveur de l'accès aux soins pour tous.

Tous droits de reproduction, de représentation et de modification réservés sur tout support dans le monde entier.  
Toute utilisation à des fins autres qu'édificative et informative et toute exploitation commerciale sont interdites.  
Les illustrations sont de Frédéric Héron. [CoActis.Santé.SantéBD](mailto:CoActis.Santé.SantéBD) [santebd@santebd.org](mailto:santebd@santebd.org)

**Merci à nos partenaires**

Les outils SantéBD sont réalisés par des personnes avec un handicap-intellectuel et respectent les règles européennes de « Facile à lire et à comprendre » (FALC).  
Ces règles permettent de rendre l'information accessible à tous.  
© L'Agence Française de Santé - Inclusion Europe  
Plus d'informations sur le site [www.inclusion-europe.eu/fr/fr/accueil](http://www.inclusion-europe.eu/fr/fr/accueil)

© CoActis Santé

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Les-differents-types-de-handicap - CCAH [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CCAHA/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
2. 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). 2005-102 févr 11, 2005.
3. Définition handicap. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CCAHA/Articles/Les-differents-types-de-handicap>
4. Daily DK, Ardinger HH, Holmes GE. Identification and evaluation of mental retardation. Am Fam Physician. 15 févr 2000;61(4):1059-67, 1070.
5. Guessaibia N. Etude génétique du retard mental familial non spécifique [Internet] [Thesis]. Université Mouloud Mammeri; 2012 . Disponible sur: <https://www.ummtto.dz/dspace/handle/ummtto/1582>
6. handicap\_mental.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.ladapt.net/handilearning/ressources/handicap\\_mental.pdf](https://www.ladapt.net/handilearning/ressources/handicap_mental.pdf)
7. Daily DK, Ardinger HH, Holmes GE. Identification and Evaluation of Mental Retardation. Am Fam Physician. 15 févr 2000;61(4):1059-67.
8. TISSIER S. Répertoire de quelques types d'handicapes en France et ces chiffres [Internet]. Charte Nationale Handicap. Disponible sur: <https://chartenationalehandicap.com/chiffres/>
9. Qu'est-ce que la trisomie 21 ? - Tout savoir sur cette maladie génétique [Internet]. Fondation Jérôme Lejeune. Disponible sur: <https://www.fondationlejeune.org/trisomie-21/>
10. Handicap.fr. Définition / classification des handicaps (CIH et OMS) [Internet]. Handicap.fr. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-definition-classification-handicap-cih-oms-6029.php>
11. Handicap.fr. Le handicap sensoriel [Internet]. Handicap.fr. Disponible sur: <https://informations.handicap.fr/a-handicap-sensoriel-6027.php>
12. HandiConnect. H41 | Handicap auditif : Définition, prévalence & sémantique des troubles de l'audition - Fiches Conseils - Professionnel de santé et le handicap [Internet]. Disponible sur: <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/definition-prevalence-semantique-des-troubles-de-laudition>
13. Item 87 (ex item 294) : Altération de la fonction auditive - Inclus item 44 : Dépistage des troubles auditifs chez l'enfant. :28.

14. Définition et types de surdité [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/perte-acuite-auditive/definition-causes>
15. Troubles de l'audition / Surdités · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-audition-surdites/>
16. Cécité et déficience visuelle [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
17. handicap\_visuel.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.ladapt.net/handilearning/ressources/handicap\\_visuel.pdf](https://www.ladapt.net/handilearning/ressources/handicap_visuel.pdf)
18. HandiConnect. H32 | Handicap visuel : Prévalence & étiologies chez l'adulte - Fiches Conseils - Professionnel de santé et le handicap [Internet]. Disponible sur: <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/prevalence-etiolologies-des-deficiences-visuelles-dv-chez-ladulte>
19. Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/degenerescence-maculaire-lice-age-dmla/>
20. Les personnes ayant un handicap visuel - Les apports de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-personnes-ayant-un-handicap-visuel-les-apports-de-lenquete>
21. Le handicap moteur [Internet]. Disponible sur: <https://www.handipacte-grandest.fr/index.php/ressources-handicap/notions-de-handicap/247-le-handicap-moteur>
22. handicap\_moteur.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.ladapt.net/handilearning/ressources/handicap\\_moteur.pdf](https://www.ladapt.net/handilearning/ressources/handicap_moteur.pdf)
23. Les chiffres clés du handicap [Internet]. Diagnostic Accessibilité Handicapés. Disponible sur: <http://www.diagnostic-accessibilite-handicapes.com/handicaps/chiffres-cles/>
24. Autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1501360/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-ted](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501360/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-ted)
25. The Definition and Prevalence of Autism by Lorna Wing [Internet]. Disponible sur: <http://www.mugsy.org/wing.htm>
26. L'Autism [Internet]. Créer des liens. Disponible sur: <https://www.mcgill.ca/buildinglinks/fr/troubles-et-syndromes/lautism>
27. Autisme · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/autisme/>

28. Fombonne E.  
Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatr Res.* juin 2009;65(6):591-8.
29. Le handicap psychique [Internet]. Disponible sur: <https://www.handipacte-bfc.fr/index.php/ressources-handicap/notions-de-handicap/250-le-handicap-psychique>
30. qu-est-le-handicap-psychique.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.handipole.org/IMG/pdf/qu-est-le-handicap-psychique.pdf>
31. Quelles sont les prises en charge d'une maladie psychique ? [Internet]. Etablissements Public de Santé Mentale - Agglomération Lilloise. Disponible sur: <https://www.epsm-al.fr/le-guide-du-patient-et-de-son-entourage/quelles-sont-les-prises-en-charge-dune-maladie-psychique>
32. Bourg V.  
Le polyhandicap: de la définition à la prise en charge. *Lett Médecine Phys Réadapt.* mars 2008;24(1):31-6.
33. handicap,accessibilité,polyhandicap,revendication,action,loi [Internet]. Disponible sur: <https://www.handi-mais-pas-que.com/pages/les-handicaps/plurihandicap-et-polyhandicap.html>
34. Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques. 2017-982 mai 9, 2017.
35. polyhandicap\_argumentaire\_vdef.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/polyhandicap\\_argumentaire\\_vdef.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/polyhandicap_argumentaire_vdef.pdf)
36. HandiConnect. H03 | Polyhandicap : Prévalence et étiologies - Fiches Conseils - Professionnel de santé et le handicap [Internet]. Disponible sur: <https://handiconnect.fr/fiches-conseils/prevalence-et-etologies-du-polyhandicap>
37. dd28.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd28.pdf>
38. Les traumatismes crâniens graves [Internet]. APF France handicap. 2017. Disponible sur: <https://www.apf-francehandicap.org/traumatismes-craniens-graves-1557>
39. TISSIER S.  
Répertoire de quelques types d'handicaps en France et ces chiffres [Internet]. Charte Nationale Handicap. Disponible sur: <https://chartenationalehandicap.com/chiffres/>
40. Mathé JF, Richard I, Rome J.  
Santé publique et traumatismes crâniens graves. Aspects épidémiologiques et financiers, structures et filières de soins. *Ann Fr Anesth Réanimation.* 1 juin 2005;24(6):688-94.
41. Maladies dégénératives / Histoire de l'Inserm [Internet]. Disponible sur: <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/maladies-degeneratives>

42. Maladies neurodégénératives - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/>
43. Maladies dégénératives / Histoire de l'Inserm [Internet]. Disponible sur: <https://histoire.inserm.fr/les-domaines-de-recherche/maladies-degeneratives>
44. Maladies neurodégénératives [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives>
45. Amouyel P. Epidémiologie des maladies neurodégénératives : l'exemple des démences. *Ann Biol Clin (Paris)*. 9 juin 2000;58(3):345-9.
46. Crunelle D. LES DYS... DYSLEXIES ET AUTRES TROUBLES. :10.
47. Troubles spécifiques des apprentissages · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-specifiques-apprentissages/>
48. Schulte-Körne G, Warnke A, Remschmidt H. [Genetics of dyslexia]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. nov 2006;34(6):435-44.
49. Habib M. Dyslexie de développement. :12.
50. Les chiffres-clés du handicap en France [Internet]. OCIRP. Disponible sur: <https://ocirp.fr/actualites/les-chiffres-cles-du-handicap-en-france>
51. Portail National de la Silver Economie. [Internet]. Disponible sur: [https://www.silvereco.fr/search/handicap chiffres](https://www.silvereco.fr/search/handicap%20chiffres)
52. ISD - Personnes en situation de handicap [Internet]. Disponible sur: [https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/627\\_personnes-en-situation-de-handicap/information/](https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/627_personnes-en-situation-de-handicap/information/)
53. L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France [Internet]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf>
54. Hennequin M, Collado V, Faulks D, Veyrune JL. Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées. *Mot Cérébrale Réadapt Neurol Dév*. 1 mars 2004;25(1):1-11.
55. Bertaud-Gounot V, Kovess-Masfety V, Perrus C, Trohel G, Richard F. Oral health status and treatment needs among psychiatric inpatients in Rennes, France: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 21 sept 2013;13:227.
56. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Factors associated with dental caries among institutionalized residents with schizophrenia in Taiwan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 13 août 2010;10:482.

57. Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansorena MA. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res.* 30 juin 2011;188(1):24-8.
58. sant bd hhandic.
59. Chowdary PB, Uloopi KS, Vinay C, Rao VV, Rayala C. Impact of verbal, Braille text, and tactile oral hygiene awareness instructions on oral health status of visually impaired children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* mars 2016;34(1):43-7.
60. Sarnat H, Samuel E, Ashkenazi-Alfasi N, Peretz B. Oral Health Characteristics of Preschool Children with Autistic Syndrome Disorder. *J Clin Pediatr Dent.* 1 janv 2016;40(1):21-5.
61. DeMattei R, Cuvo A, Maurizio S. Oral Assessment of Children with an Autism Spectrum Disorder. *Am Dent Hyg Assoc.* 1 juill 2007;81(3):65-65.
62. da Silva SN, Gimenez T, Souza RC, Mello-Moura ACV, Raggio DP, Morimoto S, et al. Oral health status of children and young adults with autism spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. *Int J Paediatr Dent.* 2017;27(5):388-98.
63. Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia: Etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc.* 1 janv 2003;134(1):61-9.
64. Marshall J, Hill RJ, Ziviani J, Dodrill P. Features of feeding difficulty in children with Autism Spectrum Disorder. *Int J Speech Lang Pathol.* 3 sept 2013;16.
65. Medina AC, Sogbe R, Gómez-Rey AM, Mata M. Factitial oral lesions in an autistic paediatric patient. *Int J Paediatr Dent.* 2003;13(2):130-7.
66. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: A systematic review. *Spec Care Dentist.* 2010;30(3):110-7.
67. Sante\_Bucco\_dentaire.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/Sante\\_Bucco\\_dentaire.pdf](https://www.unapei.org/wp-content/uploads/2018/11/Sante_Bucco_dentaire.pdf)
68. Gibson BE, Mykitiuk R. Health care access and support for disabled women in Canada: falling short of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: a qualitative study. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* févr 2012;22(1):e111-118.
69. Al Anouti F, Abboud M, Papandreou D, Haidar S, Mahboub N, Rizk R. Oral Health of Children and Adolescents in the United Arab Emirates: A Systematic Review of the Past Decade. *Front Oral Health.* 2021;2:67.

70. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Characterization of oral health in a Portuguese population with mild intellectual disability. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* mai 2019;39(3):298-305.
71. Assouvie M. Accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées mentales: la solution des réseaux de santé. :70.
72. Mihoubi Z. Santé bucco-dentaire de l'enfant et du jeune adulte en situation de polyhandicap en 2009: à propos d'une étude réalisée au centre de protection de l'enfance de Blâmont (54). :149.
73. Acces-aux-soins - CCAH [Internet]. Disponible sur: <https://www.ccah.fr/CCAHLa-citoyennete-c-est-pour-tous/Repondre-aux-besoins-de-chacun/Acces-aux-soins>
74. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. *L'Espace Géographique.* 2018;47(4):362-80.
75. Hescot DP, Moutarde DA. AMELIORER L'ACCES A LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES HANDICAPEES. 2010;61.
76. Handiacces - isManager - Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://www.handiacces.org/site/index.php>
77. Croze J, Leÿs M, Feugueur G, Blanchard J, Azoulay T. Difficultés de prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. *Santé Publique.* 2018;30(6):821-7.
78. Folliguet M. La santé bucco-dentaire des personnes handicapées. 2006 sept.
79. Allison PJ, Hennequin M, Faulks D. Dental care access among individuals with Down syndrome in France. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* févr 2000;20(1):28-34.
80. D'Addazio G, Santilli M, Sinjari B, Xhajanka E, Rexhepi I, Mangifesta R, et al. Access to Dental Care—A Survey from Dentists, People with Disabilities and Caregivers. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2021;18(4):1556.
81. Allocation aux adultes handicapés (AAH) [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242>
82. Soins dentaires : comprendre le 100 % Santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires-optique-audition/soins-dentaires-comprendre-le-100-sante>

83. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14809>
84. dp\_rac0-2.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp\\_rac0-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_rac0-2.pdf)
85. Pichetti S, Penneau A, Lengagne P, Sermet C. [Access to care and prevention for people with disabilities in France: Analysis based on data from the 2008 French health and disabilities households surveys (Handicap-Santé-Ménages)]. Rev Epidemiol Sante Publique. avr 2016;64(2):79-94.
86. E Cambois, F Jusot. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives. Disponible sur: [https://www.orpha.net/actor/Orphanews/2007/doc/beh\\_02\\_03\\_2007.pdf](https://www.orpha.net/actor/Orphanews/2007/doc/beh_02_03_2007.pdf)
87. Assouvie M. Accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées mentales: la solution des réseaux de santé. :70.
88. Pujade C, Kheng R, Braconni M, Bdeoui F, Monnier A, Hoang L, et al. Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés. Santé Publique. 2017;29(5):677-84.
89. FPS-R (Faces Pain Scale – Revised) : l'échelle des visages – PédiaDol [Internet]. Disponible sur: <https://pediadol.org/fps-r-faces-pain-scale-revised-echelle-des-visages/>
90. Bernardin C. Prise en charge de la santé orale des personnes vulnérables dépendantes: contexte et enjeux. :164.
91. SPF. Accessibilité de l'information sur les thèmes de santé pour les personnes en situation de handicap. [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/accessibilite-de-l-information-sur-les-themes-de-sante-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap>
92. GuideHandicapCaen2019\_WEB.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://caen.fr/sites/default/files/2019-10/GuideHandicapCaen2019\\_WEB.pdf](https://caen.fr/sites/default/files/2019-10/GuideHandicapCaen2019_WEB.pdf)
93. Equipement Divers [Internet]. hagentent. Disponible sur: <https://hagentent.wixsite.com/hagentent/equipement-divers>
94. Améliorer l'accès aux soins dentaires [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/textes-referance/convention/ameliorer-acces-soins-dentaires>
95. meopaenfant.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://cdn-www.chu-nice.fr/assets/site/meopaenfant.pdf>

96. Améliorer l'accès à la santé des personnes handicapées en Normandie : signature de la Charte Romain Jacob [Internet]. Disponible sur:  
<https://www.normandie.ars.sante.fr/ameliorer-laces-la-sante-des-personnes-handicapees-en-normandie-signature-de-la-charte-romain>
97. Charte Romain Jacob - Handidactique [Internet]. Disponible sur:  
<https://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/>
98. Handidactique-charteRomainJacob-santeBuccoDentaire.pdf [Internet]. Disponible sur:  
<https://www.handidactique.org/wp-content/uploads/2015/10/Handidactique-charteRomainJacob-santeBuccoDentaire.pdf>
99. Facile à lire et à comprendre (FALC) : une méthode utile [Internet]. Disponible sur: <https://www.culture.gouv.fr/Thematiques/Developpement-culturel/Culture-et-handicap/Facile-a-lire-et-a-comprendre-FALC-une-methode-utile>
100. GUIDE-HANDICAP\_VF-200720.pdf [Internet]. Disponible sur:  
[http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2020/09/GUIDE-HANDICAP\\_VF-200720.pdf](http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2020/09/GUIDE-HANDICAP_VF-200720.pdf)
101. Communication alternative et améliorée : Echanger différemment [Internet]. Handirect. 2017. Disponible sur: <https://www.handirect.fr/communication-alternative-celia/>
102. Outils de communication | Fédération québécoise de l'autisme [Internet]. Disponible sur: <https://www.autisme.qc.ca/la-boite-a-outils/communication.html>
103. admin. Produits PECS - Matériel éducatif spécialisé Autisme - PECS & ABA [Internet]. Pyramid PECS France. Disponible sur: <https://pecs-france.fr/produits/>
104. Axelia-Pictogrammes [Internet]. Disponible sur:  
<http://www.axelia.com/Pictogrammes.htm>
105. Rutinas para el cepillado de dientes | Ressources CAA ARASAAC [Internet]. Disponible sur: <https://arasaac.org/materials/es/1352?>
106. Qui sommes-nous ? [Internet]. Handéo. Disponible sur:  
<https://www.handeo.fr/hand%C3%A9o/qui-sommes-nous>
107. J'aide Tim à se brosser les dents – Deux minutes pour mieux vivre l'autisme [Internet]. Disponible sur: <https://deux-minutes-pour.org/video/jaide-tim-a-se-brosser-les-dents/>
108. Ce que nous faisons | Initiative d'éducation inclusive [Internet]. Disponible sur:  
<https://www.inclusive-education-initiative.org/what-we-do>
109. UNDIS\_20-March-2019\_for-HLCM.P.pdf [Internet]. Disponible sur:  
[https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/UNDIS\\_20-March-2019\\_for-HLCM.P.pdf](https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/03/UNDIS_20-March-2019_for-HLCM.P.pdf)

110. <https://plus.google.com/+UNESCO>. Education for persons with disabilities [Internet]. UNESCO. 2017. Disponible sur: <https://en.unesco.org/themes/inclusion-in-education/disabilities>
111. Santé C. L'accès aux soins pour tous - CoActis Santé [Internet]. Disponible sur: <https://coactis-sante.fr/>
112. 745.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.tojet.net/articles/v7i4/745.pdf>
113. Figure 1 : Le processus cyclique de la recherche action (Susman et... [Internet]. ResearchGate. Disponible sur: [https://www.researchgate.net/figure/Le-processus-cyclique-de-la-recherche-action-Susman-et-Evered-1978-p588\\_fig1\\_228557599](https://www.researchgate.net/figure/Le-processus-cyclique-de-la-recherche-action-Susman-et-Evered-1978-p588_fig1_228557599)
114. Pelletier JF, Lesage A, Boisvert C, Denis F, Bonin JP, Kisely S. Feasibility and acceptability of patient partnership to improve access to primary care for the physical health of patients with severe mental illnesses: an interactive guide. *Int J Equity Health*. 14 sept 2015;14(1):78.
115. Pals RAS, Drejer S, Laursen RH, Oest L, Levisen VDH, Krogh NR, et al. Implementing a collaborative model in health education practice: a process evaluation of a health education programme targeting users with mental health problems. *BMC Health Serv Res*. 14 janv 2020;20(1):38.
116. Curran GM, Bauer M, Mittman B, Pyne JM, Stetler C. Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Med Care*. mars 2012;50(3):217-26.
117. Guide-santé-ADULTE-Traduit-en-FALCsans-repères.pdf [Internet]. [cité 31 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.papillonsblancs-rxtg.org/wp-content/uploads/2016/09/Guide-sant%C3%A9-ADULTE-Traduit-en-FALCsans-rep%C3%A8res.pdf>
118. grille-chirurgien-dentiste-handicap-apecs.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/705664/document/grille-chirurgien-dentiste-handicap-apecs.pdf>
119. Santé SC. Le dentiste – 3. La carie [Internet]. SantéBD. Disponible sur: <https://santebd.org/les-fiches-santebd/dentiste/jai-rendez-vous-chez-le-dentiste-le-dentiste-me-soigne-une-carie>

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

---

**Vu le Président du Jury,**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Vu le Doyen,**

**Pr Assem SOUEIDAN**

**BURON (Camille)**– Actions de promotion de la santé bucco-dentaire co-construites à destination des personnes en situation de handicap et des professionnels de santé : état des lieux et proposition de co-actis santé – 2 tabl; 6 f; 110 ref ; 30 cm  
(Thèse : Chir. Dent ; Nantes : 2022)

**RESUME :**

En France, 12 millions de personnes sont en situation de handicap. Les soins dentaires de ces patients, représentent une difficulté tant au niveau de la prise de rendez-vous que de la prise en charge.

L'objectif de cette thèse est de faire un état des lieux des difficultés rencontrées lors du parcours de soins dentaires d'un point de vue des patients et des praticiens. Puis, de découvrir les solutions proposées par l'association Co-actis santé.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT :** Santé publique

**MOTS CLES MESH :**

Personnes en situation de handicap – Disabled persons

Prévalence – Prévalence

Prise en charge personnalisée du patient – Case management

Association – Association

Revue de la littérature - Review

**JURY :**

Président : Professeur AMOURIQ Yves

Directeur de thèse : Docteur DENIS Frédéric

Assesseur : Docteur JORDANA Fabienne

Assesseur : Docteur CLOUET Roselyne