

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

Année: 2016

N°: 050

**PRISE EN CHARGE DE LA PATIENTELE ADULTE EN
SITUATION DE HANDICAP : UNE ANALYSE DESCRIPTIVE
AU CENTRE DE SOINS DENTAIRES DU CHU DE NANTES
ENTRE NOVEMBRE 2013 ET NOVEMBRE 2014.**

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

Présentée

et soutenue publiquement par

DESMOTTES Paul

Né le 29 mars 1989

Le mercredi 05 octobre 2016 devant le jury ci-dessous

Présidente: Madame le Professeur Fabienne PEREZ

Assesseur: Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME

Assesseur : Madame le Docteur Serena LOPEZ-CAZAUX

Directrice de thèse: Madame le Docteur DAJEAN-TRUTAUD Sylvie

Co-directrice de thèse: Madame le Docteur HYON Isabelle

UNIVERSITÉ DE NANTES	
Président	Pr LABOUX Olivier
FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE	
Doyen	Pr AMOURIQ Yves
Assesseurs	Dr BADRAN Zahi Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre
Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre
Professeurs des Universités	
Monsieur BOULIER Jean-Michel	
Professeurs Emérites	
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain
Praticiens Hospitaliers	
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène
Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.	Assistants Hospitaliers Universitaires des C.S.E.R.D.
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUGHAND-CUNY Madeline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Said Monsieur LE BARS Pierre Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur MARJON Dominique Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLON Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur AUBEUX Davy Madame BERNARD Cécile Madame BOEDEC Anne Madame BRAY Estelle Madame CLOETRE Alexandra Monsieur DAUZAT Antoine Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Monsieur DRUGEAL Kevin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Madame MAÇON Claire Madame MERAMETDJIAN Laure Madame MERCOUSOT Marie-Caroline Monsieur PILON Nicolas Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel
Maître de Conférences	
Madame VINATIER Claire	
Enseignants Associés	A.T.E.R.
Monsieur KOUADIO Ayopa (Assistant Associé) Madame LOLAH Apula (MC Associé) Madame RAKIC Mila (PU Associé)	Madame BON Nina

Mise à jour le 1er/09/2016

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

REMERCIEMENTS

Au Professeur Fabienne PEREZ,
Professeur des Universités,
Praticien hospitalier des Centres de soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Toulouse 3,
Habilitée à diriger des recherches,
Chef du département d'Odontologie Conservatrice - Endodontie
Chef du Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique,

*Pour nous avoir fait l'honneur de présider cette thèse,
Veuillez accepter ici mes remerciements et toute ma reconnaissance.*

REMERCIEMENTS

Au Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD,
Maitre de Conférences des Universités,
Praticien hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Nantes,
Chef du département de Pédodontie,

Pour m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail,

Pour votre très grande patience à mon égard,

Pour vos cours motivants,

Veuillez accepter mon estime ainsi que mes remerciements les plus complets.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Isabelle Hyon,
Praticien hospitalier,
Service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique,

*Pour m'avoir guidé et m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse,
Pour les heures passées à imaginer les contours ce travail à l'occasion de nos vacations en
secteur A,
Avec toute ma sympathie, et mes remerciements les plus sincères.*

REMERCIEMENTS

Au Docteur Serena LOPEZ-CAZAUX,
Maitre de Conférences des Universités,
Praticien hospitalier des Centres de Soins, d'Enseignement et de Recherche Dentaires,
Docteur de l'Université de Nantes,
Département de Pédiodontie,

*Pour votre gentillesse et votre compréhension,
Pour vos commentaires avisés sur mon travail,
Avec tous mes remerciements et ma franche gratitude.*

REMERCIEMENTS

Au Docteur Tony Prud'Homme,
Assistant Hospitalier universitaire des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche
Dentaires,
Département de Pédodontie,

*Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury
Pour votre gentillesse en clinique et ailleurs
Veuillez accepter ici mes plus sincères remerciements.*

TABLE DES MATIERES

<u>Introduction</u>	12
 <u>Chapitre 1 : Définition, causes et conséquences du handicap.</u>	
1-1) Définition	13
1-1-1) Santé.....	13
1-1-2) Bien-être.....	13
1-1-3) Handicap (selon la loi 2005-102 du 11 février 2005 et l’Organisation Mondiale de la Santé).....	14
1-1-4) Déficience, incapacité et désavantage	15
1-1-4-1) Déficience	15
1-1-4-2) Incapacité	15
1-1-4-3) Désavantage	16
1-2) Origines du handicap	17
1-2-1) Handicap d'origine génétique.....	17
1-2-2) Handicap d'origine congénitale.....	17
1-2-3) Handicap d'origine acquise.....	18
1-3) Handicap et présentation des différents types de déficiences	18
1-3-1) Déficience intellectuelle.....	18
1-3-2) Déficience visuelle.....	19
1-3-3) Déficience auditive.....	19
1-3-4) Déficience motrice.....	20
1-3-5) Déficience du langage et déficience cognitive.....	20
1-3-6) Handicap social.....	21
1-3-7) Polyhandicap	21
1-4) Particularités bucco-dentaires chez les patients porteurs de handicap	21
1-4-1) Anomalies dentaires.....	21
1-4-1-1) Anomalies d'éruption.....	22
1-4-1-2) Anomalies de nombre.....	22
1-4-1-3) Anomalies morphologiques.....	23

1-4-1-4) Anomalies de structure.....	23
1-4-2) Pathologies infectieuses.....	24
1-4-3) Pathologies fonctionnelles.....	26
1-4-4) Pathologies traumatiques.....	26

Chapitre 2 : Analyse de la prise en charge de la patientèle adulte en situation de handicap au Centre de Soins Dentaires du CHU Hôtel Dieu de Nantes.

2-1) Présentation de l'analyse.....	28
2-1-1) Population étudiée.....	28
2-1-2) Objectif de l'étude.....	28
2-1-3) Méthode.....	29
2-1-4) Historique de la vacation.....	32
2-2) Présentation des patients venant en consultation au CSD du CHU Hôtel Dieu de Nantes.....	32
2-2-1) Répartition selon la distance effectuée par les patients.....	32
2-2-2) Répartition selon l'âge des patients.....	35
2-2-3) Répartition selon le sexe de la patientèle.....	36
2-3) Environnement des patients.....	37
2-3-1) Type de handicap présenté par les patients.....	37
2-3-2) Lieu de vie des patients.....	39
2-3-3) Patients adressés par un praticien de ville.....	40
2-4) Consultation des patients porteurs de handicap.....	41
2-4-1) Matériel utilisé par consultation.....	41
2-4-2) Nombre de soignants par consultation.....	43
2-5) Prise en charge thérapeutique des patients.....	44
2-5-1) Abstention.....	46
2-5-2) Soins au fauteuil.....	46
2-5-3) Soins sous M.E.O.P.A.....	47
2-5-3-1) Définition.....	47
2-5-3-2) Indications et contre-indications.....	47
2-5-3-3) Conséquences pour la personne handicapée.....	49

2-5-4) Soins sous anesthésie générale : définition, chiffres et temps d'attente pour le patient.....	49
2-5-5) Patients ré-adressés.....	52
2-6) Suivi du patient.....	53
 <u>Conclusion</u>	54
<u>Références bibliographiques</u>.....	56
<u>Index</u>	60
<u>Glossaire</u>	61

INTRODUCTION

La notion de handicap est complexe et multifactorielle. Le but de ce travail est de proposer un état des lieux de l'activité de prise en charge des patients adultes en situation de handicap au Centre de Soins Dentaires (CSD) du CHU Hôtel Dieu de Nantes. Cette consultation est réalisée dans l'unité de soins spécifiques du CSD du CHU Hôtel Dieu de Nantes. Une consultation de soins spécifiques dans le domaine bucco-dentaire est une consultation proposant parmi ses prises en charges, une sédation consciente pour la réalisation des soins bucco-dentaires aux patients en situation de handicap, ou une anesthésie générale (19).

Le chirurgien-dentiste exerce une profession médicale. A cet égard, il est tenu de soigner toute la population sans que des distinctions de mœurs, de coutumes, ou d'origines ne «viennent s'interposer» (Serment d'Hippocrate).

En réalité, l'accès aux soins bucco-dentaires est un « luxe » pour une personne en situation de handicap, quel que soit ce handicap. On peut même l'associer à un indicateur socio-économique (16).

En effet, selon le rapport Moutarde, présenter un handicap sous-entend une exclusion des réseaux de soins. Un mauvais état bucco-dentaire est à l'origine de la détérioration du sourire, de la parole et de l'haleine. Il peut donc être générateur d'un mal-être. Ce mal-être est présent chez le patient en situation de handicap et peut l'être aussi chez les parents voire dans l'entourage paramédical (16).

Un exemple de prise en charge est présenté dans ce travail. L'objectif de cet état des lieux est de donner un résumé des caractéristiques des patients en situation de handicap amenés à consulter au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes. Dans un premier temps, un chapitre sera dédié à la sémantique relative à la notion de «handicap», ainsi que des spécificités bucco-dentaires des patients en situation de handicap rencontrés au Centre de Soins Dentaires du CHU de Nantes.

Dans un second temps, les résultats de l'étude de la patientèle adulte en situation de handicap allant du 1er novembre 2013 au 31 octobre 2014 seront présentés. Les méthodes de l'étude seront données au début de ce second chapitre.

Chapitre 1 : Définition, causes et conséquences du handicap.

1-1) Définition

1-1-1) Santé

La définition donnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) datant de 1946 est générale mais s'applique aussi à la sphère oro-faciale.

«Il s'agit d'un état de bien-être physique, psychique et social et ne consiste pas seulement en l'absence d'infirmité » (20).

Une bonne santé bucco-dentaire correspondrait à ces trois critères remplis simultanément si l'on se réfère à la définition donnée par l'OMS (20).

1-1-2) Bien-être

La notion de « bien-être » peut être perçue de différentes manières. Une réunion d'expert datant de juin 2012 a défini ce terme. Cette mission a été commandée par la branche «Europe» de l'OMS (23).

Une approche couramment acceptée est de considérer le bien-être comme étant une notion composite, multifactorielle, au sein de laquelle la santé ne serait qu'une composante parmi d'autres (23).

L'autre possibilité est de considérer le bien-être comme un concept simple relié à des facteurs qui influent sur celui-ci: la santé et la maladie, par exemple (23).

Le Larousse résume de manière sobre le bien-être comme :

«Un état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et de l'esprit»(15).

1-1-3) Handicap

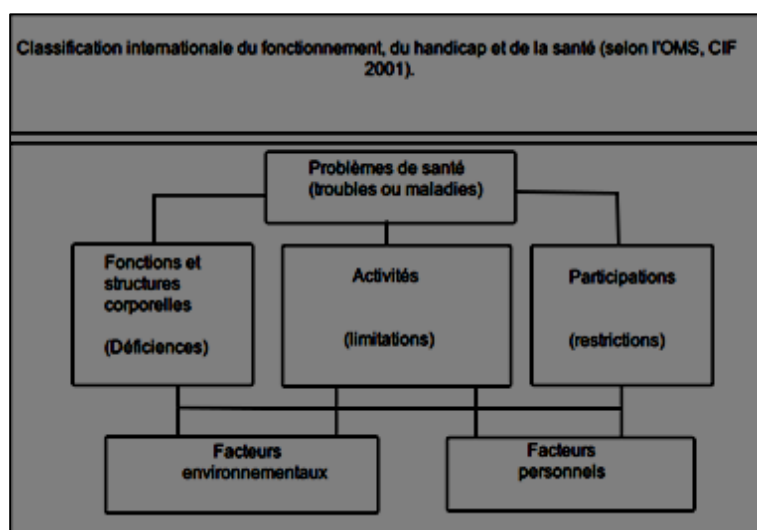
Pour définir la notion de handicap, on pourra se rapporter au descriptif choisi par le législateur dans la loi 2005-102 notamment le paragraphe 1 de l'article 2 (28).

Selon l'article L-114, il est spécifié que :

«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 en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant» (28).

Le tableau présenté ci-dessous est issu de l'Encyclopédie internationale de réhabilitation. Ce tableau proposé par l'OMS en 2001, régit le handicap, le fonctionnement et la santé de l'individu. Il présente les trois conséquences d'un problème de santé et donc d'un handicap (22).

Figure 1 : Tableau de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (22).



1-1-4) Déficience, incapacité et désavantage

1-1-4-1) Déficience

Cette notion ne correspond pas tout à fait à la notion de handicap. Le handicap comporte trois notions définissant son étendue. La première notion est la déficience. La seconde est l'incapacité. La dernière est le désavantage.

L'Annuaire Sanitaire et Social (3) (site référent des établissements sanitaires et médico-sociaux) définit la déficience comme :

«Toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique» (3).

La déficience (qui est aussi la définition retenue par l'OMS) se traduit pour la population en situation de handicap par une marge de manœuvre limitée dans la réalisation d'actes banaux de la vie quotidienne : penser, s'exprimer, travailler, réaliser un mouvement comme le brossage bucco-dentaire ou avoir une mastication correcte (3).

1-1-4-2) Incapacité

Il s'agit là de la deuxième notion parmi les trois citées plus haut.

La Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH) définit en termes médicaux l'incapacité comme :

« L'état d'une personne qui suite à une maladie ou à un accident se trouve dans l'impossibilité provisoire ou permanente de travailler et/ou d'effectuer certains gestes élémentaires » (11).

L'Annuaire Sanitaire et Social (ASS) définit quant à lui l'incapacité par :

«Toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales, pour un être humain» (3).

Cette définition de l'incapacité est celle retenue par l'OMS.

1-1-4-3) Désavantage

Comme énoncé plus haut, il s'agit de la troisième composante du handicap selon l'OMS et l'ASS :

« (Dans le domaine de la santé), le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal, compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels » (3).

Cela peut se traduire par une limitation d'interaction sociale pour le patient. En effet, du fait de son handicap le patient est rarement en situation d'échange verbal. En conséquence, cette position restreint ses capacités de participation sociale (21).

L'OMS définit comme référence dans son Rapport de la classification internationale du handicap, le modèle de Wood (1973), qui résume la relation entre ces trois termes (21).

Figure 2 : Influence de la maladie sur le désavantage selon Wood (1973) (21).

La maladie induit :
La déficience induit :
L'incapacité induit :
Le désavantage (social)

1-2) Origine du handicap

L'origine d'un handicap peut être diverse: génétique, congénitale et/ou acquise.

Dans les handicaps d'origine acquise, nous pouvons citer les accidents de la voie publique. Les affections d'origine congénitale rassemblent les malformations embryologiques ou fœtales ainsi que les accidents pré- ou périnataux et restent inconnues dans 30% des cas. Un handicap ayant une origine génétique s'installe d'emblée via les chromosomes sexuels ou les autosomes (34).

1-2-1) Handicap d'origine génétique

Les pathologies génétiques sont responsables de nombreuses maladies orphelines. On dénombre plus de 5000 maladies génétiques dans le monde. La plupart sont rares et peu connues.

Le mécanisme d'anomalie responsable de maladies génétiques a pour origine l'ADN (Acide désoxyribonucléique), il peut survenir :

- une mutation (c'est-à-dire une modification) ou une translocation (c'est-à-dire un changement de locus) de tout ou partie d'un gène, avec des conséquences variables selon l'importance de la partie codante impliquée. Les expressions sont diverses et aboutissent à des formes de handicap plus ou moins sévères. On parle de maladies géniques (34).

- une anomalie chromosomique. Ce type d'anomalie peut être dû à la présence d'un chromosome en plus ou en moins. Parfois il ne s'agit que de la partie d'un chromosome.

Dans ce groupe d'anomalies, on trouve par exemple la trisomie 21, dont la récurrence au sein d'une même famille reste faible, ou des pathologies génétiques, comme le syndrome de l'X fragile (34).

1-2-2) Handicap d'origine congénitale

Ces pathologies sont surtout liés à des accidents ou des traumatismes au cours de la grossesse, au moment de la naissance ou juste après celle-ci. Ces pathologies engendrent des malformations s'installant d'emblée chez le nouveau-né, mais ne sont pas le résultat d'un

accident au niveau chromosomique (34).

1-2-3) Handicap d'origine acquise

De nombreuses maladies handicapantes acquises peuvent également toucher des systèmes tel que le système nerveux central, les articulations, le système digestif voire les poumons. Une maladie acquise s'installe postérieurement à la naissance chez le nouveau-né, l'enfant ou l'adulte.

Des affections endocriniennes (diabète, hypothyroïdie), virales (méningite), des traumatismes ou des asphyxies (noyades) peuvent être à l'origine d'un handicap (34).

La maladie de Parkinson est un exemple de pathologie acquise d'installation progressive.

C'est une affection du système nerveux central dégradant la motricité générale par un tremblement des extrémités. Ce tremblement est un tremblement de repos; il est associé à une akinésie (lenteur des gestes et tendance à la paralysie, sans qu'elle soit «vraie») et une hypertonie des extrémités des membres (33).

Cette pathologie génère à notre échelle une incapacité pour une certaine population à maintenir une hygiène bucco-dentaire correcte. La population touchée correspond aux personnes âgées (33).

1-3) Handicap et présentation des différents types de déficiences.

1-3-1) Déficience intellectuelle

Une déficience intellectuelle, ou déficience mentale, peut prendre deux aspects :

- démentielle, c'est-à-dire résultant de la dégradation secondaire des capacités mentales. Elle est donc d'origine acquise.
- non démentielle, et donc s'installant d'emblée. Elle est alors congénitale (suite à un accident néonatal) ou génétique (suite à une anomalie chromosomique) chez l'enfant (10).

Le niveau de retard mental se définit par le Quotient Intellectuel (Q.I). Le niveau jugé limite est de l'ordre de 70 à 80. En-dessous, il existe une classification inversement proportionnelle à la gravité de l'arriération mentale en fonction du Q.I (10).

1-3-2) Déficience visuelle

La déficience visuelle se définit et se classifie en fonction de l'acuité visuelle et du champ de vision (26).

La cécité d'un œil correspond à une vision après correction de moins de 1/20. Lorsque la vision après correction est située entre 1/20 et 3/10, on parle de malvoyance (26).

Les principales pathologies peuvent avoir trois origines:

- une origine purement ophtalmologique, comme la myopie dégénérative ou la rétinopathie pigmentaire.
- une origine systémique, comme dans le cas du diabète (rétinopathie diabétique). Elle est donc secondaire à l'apparition de la maladie.
- une origine cérébrale et résultant d'un AVC (accident vasculaire cérébral), d'une anoxie, d'un choc... La pathologie ophtalmologique est donc également secondaire à l'apparition de la lésion au sein du système nerveux central (SNC) (26).

1-3-3) Déficience auditive

Elle touche près de 360 millions de personnes dans le monde.

Elle se définit par une perte d'audition de 40 décibels (dB) chez l'adulte et 30dB chez l'enfant (24).

Là encore, elle peut être de diverses origines :

- congénitale. Elle fait suite à une infection maternelle, un faible poids, une asphyxie néonatale...
- acquise. Ce type de déficience d'origine acquise est lié à une infection chronique (comme une

otite), un traumatisme ou une prise de certains médicaments (des antipaludéens notamment) (24).

1-3-4) Déficience motrice

La population adulte atteinte de déficience motrice présente majoritairement une paralysie cérébrale (5).

Les accidents néonataux ou périnataux sont fréquents. Ces accidents peuvent être les suivants :

- un faible poids à la naissance,
- une méningite,
- des hyperthermies,
- des convulsions (5).

Les causes des déficiences motrices peuvent s'installer postérieurement à la croissance. Elles peuvent être consécutives à :

- un accident vasculaire cérébral,
- un rhumatisme articulaire aigu,
- un diabète de type 2,
- une tumeur maligne osseuse ou cartilagineuse (5).

1-3-5) Déficience du langage et déficience cognitive

Les troubles du langage font partie des déficiences cognitives. Dans le cas précis de la maladie d'Alzheimer, et selon France Alzheimer, les signes d'installation sont d'abord épisodiques et atteignent successivement la mémoire du travail, puis la mémoire à long terme, ensuite la mémoire sémantique et enfin la mémoire procédurale (12).

Au sein des troubles de la cognition, on retrouve les troubles du langage, des gestes, et de l'exécution. Ces symptômes peuvent se retrouver chez les personnes d'un certain âge mais aussi chez les personnes souffrant d'un handicap (12).

1-3-6) Handicap social

Le handicap social restreint la participation sociale. Il englobe un public élargi. Ce handicap social touche toute personne en précarité, parmi lesquelles les personnes porteuses de handicap et leur entourage.

En 1998, la création du PASS (Permanence d'accès aux soins de santé) par le législateur a permis de (tenter de) lutter contre l'exclusion sociale. Malgré cela, le niveau de ressources et de protection sociale joue défavorablement sur le renoncement aux soins. Un isolement social est donc un facteur de dégradation bucco-dentaire (27).

1-3-7) Polyhandicap

Le décret du 27 octobre 1989 (29) définit le polyhandicap comme :

« Un handicap grave à expression multiple associant déficience motrice et déficience mentale sévère et profonde entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités d'expression et de relation. »

Ainsi, le polyhandicap n'est pas considéré comme une maladie mais plutôt comme une accumulation de plusieurs déficiences. Ces déficiences ont comme conséquences une restriction de l'autonomie, et donc une limitation de la participation (21).

1-4) Particularités bucco-dentaires chez les patients porteurs de handicap

1-4-1) Anomalies dentaires

Les patients porteurs de handicap constituent une population particulièrement touchée. Il s'agit parfois d'une conséquence «collatérale» d'un grand syndrome touchant tout l'organisme (comme dans le cas de la dysplasie ectodermique).

On compte donc parmi ces anomalies :

1-4-1-1) Anomalies d'éruption

Ce sont des anomalies chronologiques ou de positionnement.

Ces anomalies d'éruption peuvent être dues :

- A un effet collatéral de grand syndrome malformatif.
- A une dysharmonie dento-dentaire (DDM) ou «encombrement dentaire», le patient présente alors une/des micro-base(s) osseuse(s) (7).

1-4-1-2) Anomalies de nombre

En général il s'agit d'un déficit du patrimoine dentaire chez ces personnes. Il y a alors un défaut de développement de l'organe dentaire dû à un défaut de maturation ou à une absence du germe.

On trouve des patients présentant : (7)

- une/des agénésie(s) (de 1 à 6 dents absentes),
- une oligodontie (plus de 6 dents absentes),
- une anodontie, c'est-à-dire une absence totale de dents.

Les dents principalement touchées sont : (7)

- les deuxièmes prémolaires permanentes maxillaires et/ou mandibulaires,
- les incisives latérales permanentes, notamment maxillaires.

Comme il l'a été dit plus haut, certains syndromes peuvent s'accompagner d'agénésies. C'est par exemple le cas de la trisomie 21, du syndrome de Crouzon (qui est une dysostose crânio-faciale) ou de l'incontinentia pigmenti (maladie génétique orpheline affectant la peau, les yeux et les dents) (7).

1-4-1-3) Anomalies morphologiques

Elles comportent les anomalies de taille et les anomalies de conformation.

A propos des anomalies de taille :

- On parle de microdontie si les dents sont de taille inférieure à la normale (notamment les incisives latérales permanentes maxillaires ayant parfois la forme d'un grain de riz ; elles sont dites riziformes).
- On peut parler aussi de macrodontie dans le cas d'organe dentaire de taille supérieure à la normale (7).

Concernant les anomalies de conformation, nous n'évoquerons que les cas les plus courants, les formes cliniques étant nombreuses (7).

- La gémination : c'est la tentative d'une division incomplète du germe. Elle aboutit à la formation d'une dent ayant deux couronnes séparées et une racine commune (7 ; 32).
- La fusion : c'est l'union de deux germes dentaires pendant l'organogénèse. Elle peut être complète ou partielle. En cas de fusion complète, les dents partagent le même complexe pulpaire. Lors de fusion partielle, les couronnes sont unies, et les racines séparées (32).
- Le taurodontisme : cela se traduit par une élongation de la pulpe camérale aux dépens de la pulpe radiculaire (7 ; 32).
- L'invagination dentaire : c'est une anomalie de développement de l'organe de l'émail lors de l'organogénèse. Cette invagination débute au niveau du cingulum incisif puis s'étend vers la racine dentaire. Cela concerne surtout les incisives latérales (32).

1-4-1-4) Anomalies de structure

Ces anomalies de structures sont les anomalies de l'émail et de la dentine pouvant avoir une cause génétique ou acquise.

- L'amélogénèse imparfaite (génétique) touche toutes les dents de la denture temporaire

et/ou de la denture permanente (7).

- La dentinogénèse imparfaite (génétique) intéresse les deux dentures dans son intégralité (7).
- Les dysplasies amélaire, dentinaire, pulpaire et les dyschromies amélaire ou amélo-dentaires (7).

1-4-2) Pathologies infectieuses

Les deux principales sources infectieuses dans la sphère bucco-dentaire sont la carie dentaire et la maladie parodontale (appelée aussi parodontopathie).

➤ *La carie dentaire*

Elle consiste en une destruction la plupart du temps irréversible des tissus durs de la dent.

La carie est le résultat d'une production d'acides inorganiques générés par les bactéries cariogènes de la plaque dentaire en présence de sucres fermentescibles. Cette présence d'acides fait baisser le pH qui en dessous d'un certain seuil (pour l'émail, pH= 5,5), dégrade les tissus durs de la dent (13).

Les 4 conditions pour l'apparition de la carie sont les suivantes :

- ❖ Le caractère carieux des bactéries de la plaque dentaire ;
- ❖ L'alimentation. Une alimentation trop molle, trop sucrée ou des prises alimentaires multipliées au cours de la journée peuvent être des facteurs aggravants ;
- ❖ Le temps d'exposition des dents aux attaques acides ;
- ❖ Le facteur hôte, c'est-à-dire la qualité et la quantité de salive mais également l'hygiène au quotidien, souvent insuffisante chez les patients porteurs de handicap (36).

D'autre part, des neuroleptiques consommés en grande quantité par certains de ces patients a

une action négative sur la production salivaire, elle-même ayant un effet protecteur sur les dents face au pool bactérien. En effet, la salive a un effet autonettoyant (18).

La HAS utilise une échelle de calcul permettant de juger de la sévérité de l'atteinte carieuse pour chaque personne. Elle est nommée CAOD. Cette échelle comptabilise le nombre de dents permanentes cariées (C), le nombre de dents absentes pour cause de caries (A) et le nombre de dents obturées (O) (13).

Cette échelle a permis de classer des populations à risques dont notamment : les personnes handicapées vivant à domicile ou en institution ainsi que les personnes en situation sociale précaire (13).

➤ *La maladie parodontale*

La plaque dentaire participe à l'inflammation gingivale. Tout comme pour la carie dentaire, il existe un pool bactérien s'accumulant à la jonction entre couronne dentaire et gencive. Il est dit parodontopathogène (1).

Cette plaque entraîne soit une inflammation localisée et superficielle atteignant uniquement le tissu mou de soutien (gingivite), soit une inflammation plus infiltrée, localisée ou généralisée atteignant les tissus mous et les tissus durs (os alvéolaire) (1).

Avoir un brossage soigneux, un alignement correct des organes dentaires sur leurs arcades et faire des visites de contrôle régulières sont des facteurs favorisant d'une bonne santé gingivale. Malheureusement, très peu de personnes en situation de handicap remplissent ces critères. Le rôle de la prévention est donc important (1).

Les pathologies infectieuses sont des foyers à l'origine de douleurs difficiles à détecter pour les soignants et l'entourage du patient porteur de handicap. La difficulté de communication impose des visites de contrôle assez rapprochées, tous les 6 mois ou moins, sachant que le tartre se développe au dépend du tissu gingival et altère la stabilité dentaire (13).

Par ailleurs, ces patients souffrent très souvent d'une épilepsie conjointement à leur handicap. Elle est généralement traitée, mais la conséquence clinique au niveau bucco-dentaire de ce traitement est une hyperplasie gingivale. Cette hyperplasie est favorable au développement bactérien parodontopathogène. De surcroît, une hyperplasie importante peut désorganiser l'éruption dentaire (9).

1-4-3) Pathologies fonctionnelles

Les personnes vivant en situation de handicap présentent souvent une hypotonie musculaire. Ces hypotonies sont systématiques dans les troubles neuro-moteurs. Or l'essentiel de l'échantillon étudié dans cet état des lieux est une population souffrant de polyhandicap et donc incluant un trouble neuro-moteur (30).

Les béances antérieures sont également fréquentes. En effet le mouvement de succion-déglutition favorise la projection du rebord dentoalvéolaire maxillaire vers l'avant (9).

Une autre dysfonction de la personne handicapée est la fausse route. Le danger de ces fausses routes est qu'elles peuvent provoquer des infections broncho-pulmonaires, première cause de décès chez la personne infirme moteur cérébral, ou chez la personne polyhandicapée (9).

L'entourage médical et/ou familial doit surveiller la prise régulière alimentaire. En effet, les malpositions dentaires agissent sur la stabilité mandibulaire (absence d'une occlusion stable et calée) lors de la déglutition. Cette gêne peut restreindre la prise alimentaire (9).

1-4-4) Pathologies traumatiques

Le retard moteur, les fréquentes crises d'épilepsies chez ces patients peuvent expliquer les chutes ou chocs du massif facial vers l'avant sur un plan dur (Table, chaise, sol...).

Les lésions traumatiques de la région oro-faciale suite à un choc peuvent être de trois types :

- une lésion des tissus mous. Le patient présentera des morsures, des lacérations, des ulcérations des lèvres, des joues, du menton et des muqueuses buccales (31).

- une lésion dentaire due à une chute ou une crise convulsive. Il peut s'agir d'une ingression, d'une égression, d'une expulsion, d'une fêlure ou d'une fracture dentaire (31).
- une lésion osseuse. Ce sont surtout des fractures alvéolaires consécutives au choc pouvant survenir dans les conditions citées dans le paragraphe précédent (31).

A côté de ces chocs involontaires, des phénomènes d'automutilation, plus ou moins conscients peuvent survenir. La présence de caries ou de foyers infectieux intra-buccaux peuvent entraîner des douleurs ou des gênes. Ces gênes doivent être un signe d'alerte pour le personnel soignant médical et paramédical (9).

A l'examen clinique, le praticien peut être frappé par l'usure dentaire. L'étiologie peut être multiple : bruxisme, régurgitations acides ou habitudes de morsures.

A propos du bruxisme, cette para fonction est très souvent marquée chez ces patients. Au-delà du facteur émotionnel (plaisir ou douleur), ces patients présentent des lésions du système nerveux central et de leurs neurotransmetteurs, pouvant stimuler à l'excès les muscles faciaux et de la mastication (9).

Chapitre 2 : Analyse de la prise en charge de la patientèle adulte en situation de handicap au Centre de Soins Dentaires du CHU Hôtel Dieu de Nantes.

2-1) Présentation de l'analyse

2-1-1) Population étudiée

La population ciblée dans cette étude ne concerne que les patients adultes porteurs de handicap, sous tutelle ou curatelle, venant en consultation en secteur A du CSD du CHU Hôtel Dieu de Nantes le jeudi de 9 heures à 12 heures (un fauteuil utilisé, un praticien). Elle comprend la patientèle ayant consulté entre le 31 octobre 2013 et le premier novembre 2014. Le nombre de consultations effectuées fut de 103, sur cette période, mais ne correspond pas au nombre de patients différents ayant consultés. Comme certains sont revus en contrôle, le nombre total de patients est de 91.

Les patients adultes phobiques ne sont pas pris en compte dans cet état des lieux.

La population ciblée vient uniquement sur rendez-vous. L'analyse ne concerne que des consultations. Il n'est pas possible à partir de cet échantillon d'estimer la totalité des patients présentant un handicap et pris en charge au CSD du CHU. Les patients adultes en situation de handicap vus dans d'autres secteurs sont réorientés vers la consultation de soins spécifiques autant que possible.

2-1-2) Objectif de l'étude

L'objectif est d'identifier précisément les caractéristiques de la population accueillie dans le cadre de la prise en charge de la patientèle adulte en situation de handicap. Nous espérons par cet état des lieux un maintien du fonctionnement de ce secteur, voire un développement de celui-ci.

2-1-3) Méthode

Les informations ont été collectées tout au long de l'année. Elles l'ont été par différents moyens :

- Le questionnement direct auprès du patient et de son entourage (parent, personnel aidant médical, éducateur...) lors de l'anamnèse.
- La transmission d'information entre professionnels de santé. Le personnel médical en charge du patient pour son état de santé général essaie de transmettre autant que possible un résumé du dossier médical existant.
- Le dossier médical dentaire informatique, archivé en fin d'année civile, lorsque le patient est suivi depuis plusieurs années. Les informations recherchées sont déjà consignées, mais elles sont à réévaluer à chaque visite. Le logiciel utilisé ici est un logiciel informatique médico-dentaire nommé « **Macdent** ».

Des graphiques ont été réalisés pour cette analyse, grâce au logiciel EXCEL. L'écart-type, la moyenne, le minimum et le maximum ont été calculés.

Les critères retenus sont notés de « C1 » à « C11 » pour chaque patient et sont les suivantes:

- C1 = La distance kilométrique effectuée ;
- C2 = l'âge ;
- C3 = le sexe ;
- C4 = le type de handicap présenté ;
- C5 = le lieu de vie ;
- C6 = l'existence d'une consultation chez un praticien de ville ;
- C7 = le matériel utilisé en consultation ;
- C8 = les moyens humains à disposition ;
- C9 = la prise en charge thérapeutique décidée pour et avec le patient ;
- C10 = le temps d'attente pour l'anesthésie générale ;
- C11 = le suivi.

Le tableau de tous ces critères est disponible à la fin de la thèse (confer annexes).

→C1) Pour la distance,

Le terme X1 représente une distance aller-retour de moins de 40 kilomètres.

Le terme X2 représente une distance aller-retour comprise entre 40 et 100 kilomètres.

Le terme X3 représente une distance aller-retour comprise entre 100 et 200 kilomètres.

Le terme X4 représente une distance aller-retour supérieure à 200 kilomètres.

→C2) Pour l'âge, des tranches de 15 ans sont établies dès 15 ans. (15-30 ans ; 30-45 ans; 45-60 ans; au-delà de 60 ans.)

→C3) Pour le sexe, la lettre F désigne une femme, la lettre M désigne un homme.

→C4) Concernant le type de handicap présenté,

Le chiffre 1 correspond à handicap mental.

Le chiffre 2 correspond à handicap moteur.

Le chiffre 3 correspond à polyhandicap.

→C5) A propos du lieu de vie,

La lettre A correspond à « foyer spécialisé ».

La lettre B correspond à « famille d'accueil ».

La lettre C correspond à « domicile familial ».

→C6) S'agissant de la consultation déjà existante chez un praticien de ville, est établie :

La lettre O pour un « oui ».

La lettre N pour un « non ».

→C7) A propos du matériel utilisé en consultation. Il s'agit bien d'une consultation, mais l'état insuffisant de dialogue et de compréhension du patient peut provoquer la décision chez le soignant d'effectuer un soin face à un patient calme et compliant. Auquel cas, le praticien utilisera du matériel dentaire autre que le plateau de base et la canule de Guedel (servant de protection).

L'utilisation du plateau de base uniquement est notée **M0**.

L'utilisation de matériel complémentaire d'hygiène bucco-dentaire et/ou de prévention et/ou radiographique est noté **M1**. (M0+ matériel d'hygiène)

L'utilisation de matériel tel que :

- instruments pour détartrage manuel ;
 - et/ ou excavateur pour curetage de lésions carieuses ;
 - et/ ou matériel de restauration et matériaux d'obturation coronaire ;
- en plus du matériel précédemment cité est noté **M2**.

L'utilisation d'une instrumentation rotative (contre-angle, turbine, insert à ultra-sons) en plus du matériel précédemment cité est noté **M3**.

→C8) Pour l'équipe médicale,

S2 désigne deux soignants à disposition.

S3 désigne trois soignants.

S4 désigne plus de trois soignants.

→C9) A propos de la prise en charge thérapeutique, 5 issues sont énumérées:

Lors d'un contrôle, l'abstention est la première option. Elle est notée O1.

Le soin au fauteuil. Noté O2.

Le soin sous MEOPA. Noté O3.

Le soin sous anesthésie générale (AG). Noté O4.

Le patient réadressé. Noté R.

→C10) L'avant-dernier critère évoque le temps d'attente du patient avant une intervention sous AG.

Le terme « A1 » correspond à un temps d'attente de moins de 6 mois, à compter du jour de la consultation.

Le terme « A2 » correspond à un temps d'attente compris entre 6 et 12 mois.

Le terme « A3 » correspond à un temps d'attente supérieur à 12 mois.

→C11) Le dernier critère essentiel concerne l'existence d'un suivi des soins pour le patient.

Le terme « S1 » correspond à l'existence d'un suivi, déjà effectué et enregistré ou mentionné et prévu pour le futur.

Le terme « S2 » signifie que le patient n'a pas donné suite.

Aparté sur la durée programmée de la consultation bucco-dentaire chez le patient en situation de handicap dans le cas du CSD du CHU de Nantes (et uniquement dans ce cas).

Un rendez-vous de 45 minutes est intéressant car il permet :

- d'aménager un temps pour le patient. On recherche une mise en confiance, un apaisement de sa part. Cet «apaisement» permet à l'opérateur de signer un «contrat de confiance» tacite à partir duquel le patient autorise le praticien à soigner,
- d'aménager un temps de discussion avec l'entourage,
- de réaliser la consultation bucco-dentaire,
- de la ponctuer éventuellement d'un soin. (En fonction du «contrat».)

2-1-4) Historique de la vacation

La consultation du patient en situation de handicap se fait lors d'une vacation hebdomadaire de trois heures dirigé par le Docteur Isabelle Hyon, Praticien hospitalier contractuel du CHU de Nantes. Cette vacation a pris naissance en novembre 2013 pour faire suite à la consultation du Professeur Alain Jean (PU-PH), ayant fait valoir ses droits à la retraite. Elle fut interrompue plusieurs mois, ce qui explique un retard dans le suivi des patients au cours des premiers mois.

2-2) Présentation des patients venant en consultation au CSD du CHU Hôtel Dieu de Nantes.

2-2-1) Répartition selon la distance effectuée par les patients

Définition de la distance effectuée :

Les distances indiquées ici représentent les distances parcourues en kilomètres. Elles correspondent au trajet **aller et retour**.

61 patients réalisent moins de 40 kilomètres. (X1)

13 patients font entre 40 et 100 kilomètres aller-retour à l'occasion de leur visite bucco-dentaire. (X2)

15 patients font entre 100 et 200 kilomètres. (X3)

Enfin, deux patients ont plus de 200 kilomètres de trajet aller-retour. (X4)

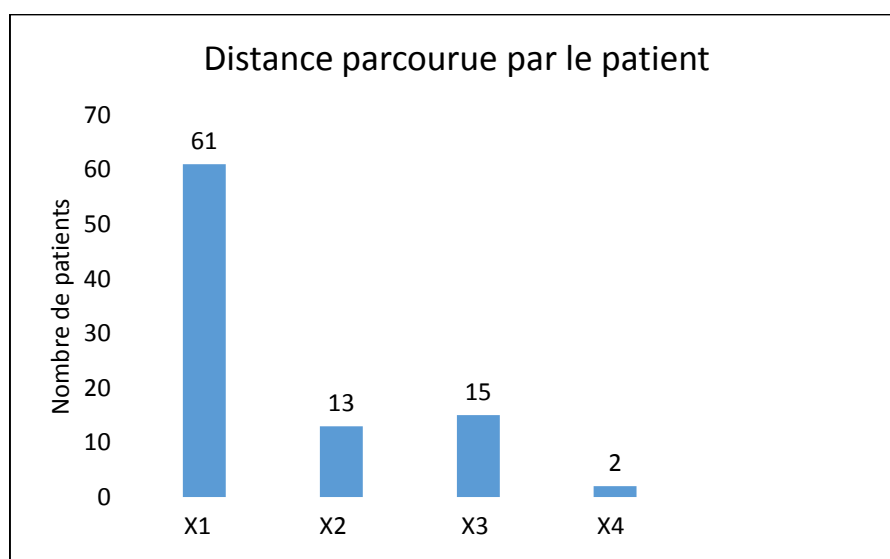
<i>Distance</i>	<i>Nombre de patients</i>
$X1 < 40 \text{ km}$	61
$40 < X2 < 100 \text{ km}$	13
$100 < X3 < 200 \text{ km}$	15
$X4 > 200 \text{ km}$	2

La distance moyenne calculée est de 55,1 kilomètres.

L'écart-type est de 59,7 kilomètres.

La distance minimale enregistrée est de 8 kilomètres, le maximum est 294 kilomètres (aller-retour).

Figure 3 : Distance effectuée par les patients du lieu de vie à la structure hospitalo-universitaire du CHU Hôtel Dieu de Nantes.

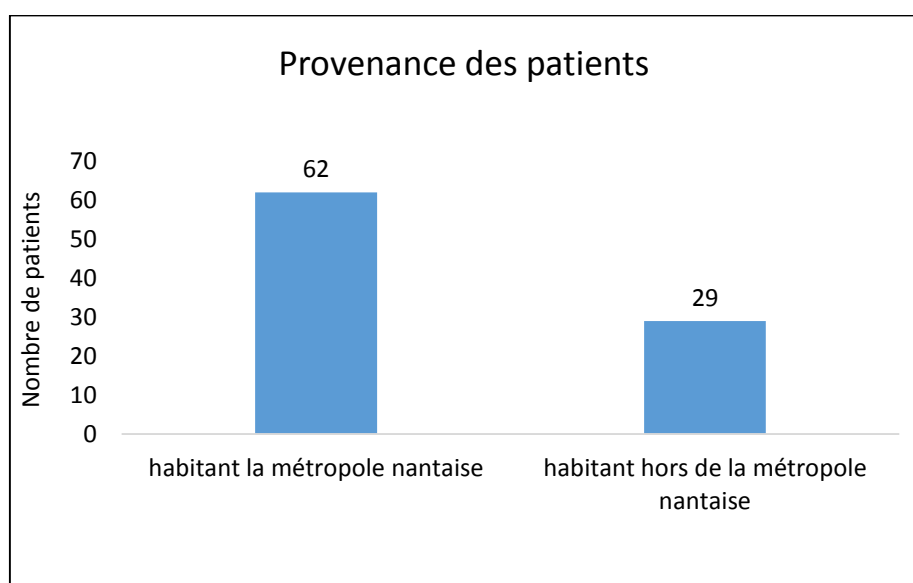


Une autre façon de cerner l'origine des patients suivis dans le service lors de cette période est de les séparer en deux classes de population, selon qu'ils résident à Nantes ou dans son agglomération ou dans une commune extérieure à la communauté urbaine de Nantes.

Le tableau ci-dessous résume la question.

Répartition des patients	Nombre de patients
habitant la métropole nantaise	62
habitant hors de la métropole nantaise	29

Figure 4 : Provenance des patients.



Au cours de cette étude, 41 localités différentes ont été recensées concernant les lieux de domicile. Sur les 41 lieux de résidence, on en dénombre 19 hors de Loire-Atlantique. Par ailleurs, il a été révélé que :

- 15% des patients demeurent à Bouguenais
- 13% à Couëron
- 10% à Nantes
- 7% à Saint Herblain
- 6% à La Chapelle/ Erdre

-5% à Ancenis.

-2% des patients ont fait 150 kilomètres pour rejoindre le CSD, et venaient de la région Poitou-Charentes- Aquitaine.

Les 91 patients recensés proviennent uniquement de la région Pays-de-la-Loire ou de la région Poitou-Charente-Aquitaine.

De façon plus précise, nous avons pu déterminer que 68% de la patientèle réside au sein de la métropole nantaise, c'est-à-dire Nantes ou l'une des communes appartenant à son agglomération.

Il est à noter que 100% des patients ayant fait plus de 50 kilomètres sont accompagnés par un parent, alors que les patients ayant fait moins de 20 kilomètres sont accompagnés majoritairement par un encadrant d'un institut spécialisé. En effet, pour des questions de moyens humains, un encadrant ne peut pas se détacher pour une distance importante et surtout pour une période longue. Dans ce cas de figure, l'établissement fait appel aux parents.

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

On retrouve :

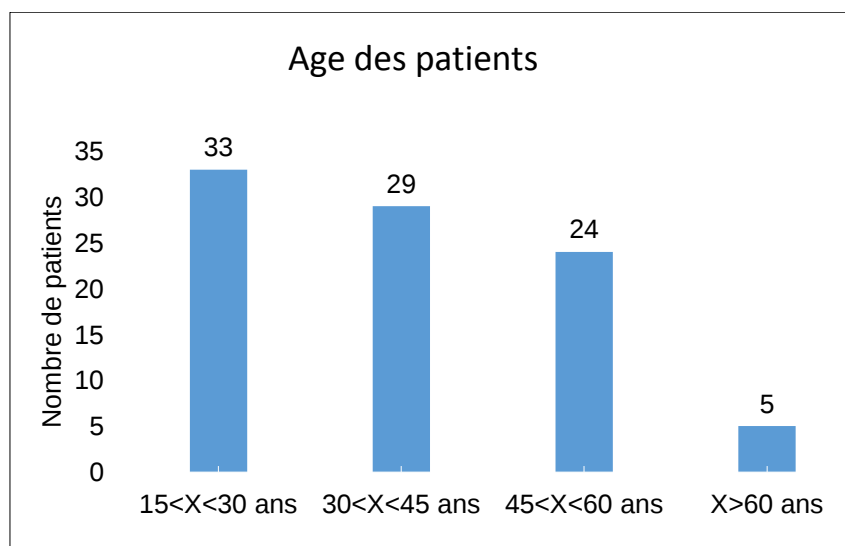
- 33 patients ayant entre 15 et 30 ans,
- 29 patients ayant entre 30 et 45 ans,
- 24 patients ayant entre 45 et 60 ans,
- 5 personnes ayant plus de 60 ans.

<i>Age</i>	<i>Nombre de patients</i>
<i>15<X<30 ans</i>	33
<i>30<X<45 ans</i>	29
<i>45<X<60 ans</i>	24
<i>X>60 ans</i>	5

L'âge moyen de la population composant l'échantillon est de 35 ans et 6 mois (écart-type=13 ans et 4 mois). Le maximum est de 64 ans, l'âge minimum répertorié est de 16 ans. Aucune

personne rencontrée n'a plus de 70 ans.

Figure 5 : Répartition selon l'âge des patients.



L'âge de la patientèle est compris entre 15 et 65 ans. Les personnes ayant plus de 65 ans ont certainement des difficultés à se déplacer, compte tenu de leur handicap.

36,3% de la patientèle a entre 15 et 30 ans.

31,9% a entre 30 et 45 ans.

26,4% a entre 45 et 60 ans.

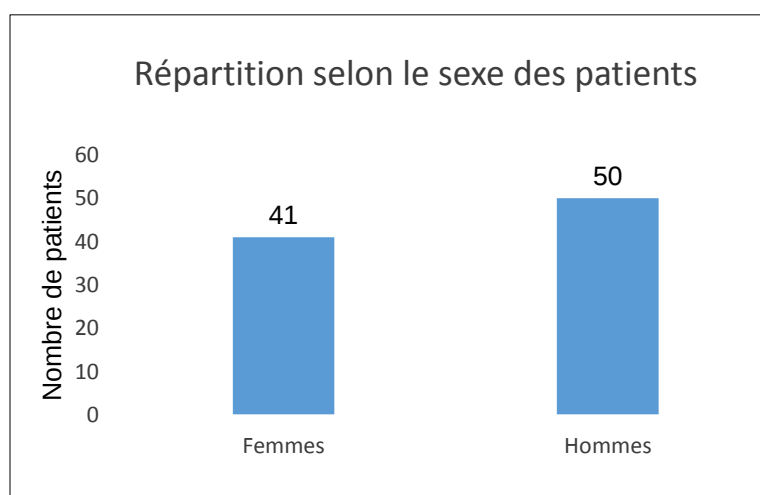
5,4% est âgé de plus de 60 ans.

2-2-3) Répartition selon le sexe de la patientèle

41 personnes sont de sexe féminin, les autres (au nombre de 50) sont des hommes.

Sexe	Nombre de patients
Femmes	41
Hommes	50

Figure 6 : Répartition selon le sexe de la population étudiée.



45% de l'effectif est féminin.

55% de l'effectif est masculin.

On retrouve dans ce graphique de répartition selon le sexe, une parité non respectée (50 hommes contre 41 femmes). On note une tendance à un parallélisme avec la population générale en situation de handicap, avec une très légère prédominance des hommes. Cependant, l'échantillon trop faible ne permet pas de confirmer cette observation avec des résultats à grande échelle, au niveau de tout le territoire national.

2-3) Environnement des patients

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

Définition de la classification du handicap présenté :

Nous avons reçu en consultation essentiellement des patients présentant un handicap mental uniquement, ou un handicap associé au handicap mental, générant un polyhandicap. Le polyhandicap est la combinaison d'un handicap mental avec un handicap moteur, et/ou sensoriel.

Comme cité en introduction, le chiffre « 1 » désigne un handicap mental; le chiffre « 2 » désigne un handicap uniquement moteur; le chiffre « 3 » désigne un polyhandicap.

39 personnes souffraient d'un handicap mental.

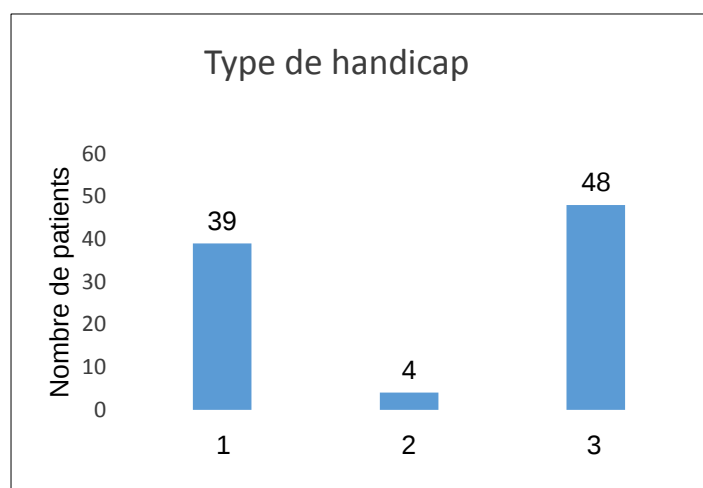
4 personnes souffraient d'un handicap moteur.

48 personnes souffraient d'un polyhandicap.

Type de handicap	Nombre de patients
Mental (1)	39
Moteur (2)	4
Polyhandicap (3)	48

On constate que 87 patients ayant consulté présentent au minimum un handicap mental (addition des critères 1+3), c'est-à-dire 95,6% de l'effectif total.

Figure 7 : Type de handicap présenté par les patients.



Comme énoncé ci-dessus, 95,6% des patients de cet état des lieux présentent un retard mental important. Dans ce cas, le handicap est soit étiqueté et connu; soit d'origine indéterminée. Il peut également avoir une origine plurielle, c'est-à-dire en combinant un handicap mental et physique et/ou sensoriel.

Les 4 personnes restantes composant l'effectif présentent un handicap moteur très important.

2-3-2) Lieu de vie des patients

Définition du lieu de vie du patient.

3 principales structures sont retenues dans ce cas, il s'agit :

- du foyer spécialisé (A)
- de la maison ou famille d'accueil (B)
- du domicile familial (C).

Les patients sont dans leur grande majorité pris en charge la semaine dans un établissement spécialisé. Un résident aura dans la majorité des cas un dossier médical écrit et renseigné. Ce qui n'est pas systématiquement le cas s'il vit au domicile familial. Ainsi une personne résidant en établissement spécialisé aura un suivi médical en général plus renseigné qu'une personne résidant au domicile familial, cela peut expliquer dans certains cas des approximations lors de l'anamnèse avec le patient et son entourage, quand celui-ci est uniquement familial

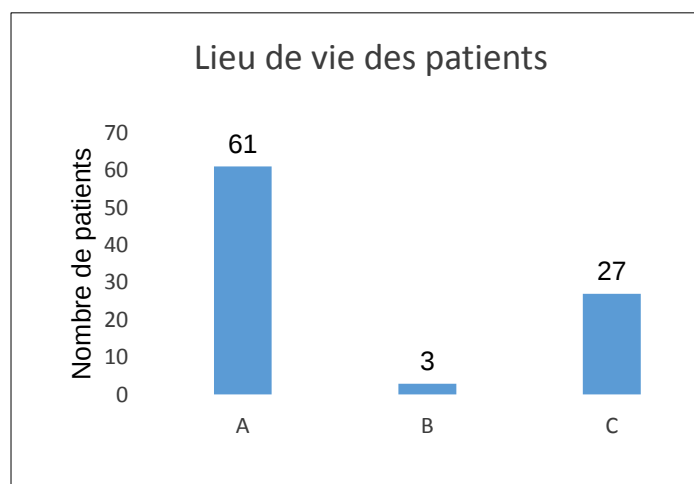
61 patients résident en foyer ou établissement spécialisé. (A)

3 patients vivent en famille d'accueil. (B)

27 patients vivent au domicile familial. (C)

<i>Structure</i>	<i>Quantité de patient</i>
<i>A</i>	<i>61</i>
<i>B</i>	<i>3</i>
<i>C</i>	<i>27</i>

Figure 8 : Lieu de vie des patients.



Les patients de cette vacation sont principalement suivis en établissement spécialisé (67% des cas). Parmi les 33% restant, certains restent au domicile familial en permanence

2-3-3) Patients adressés par un praticien de ville.

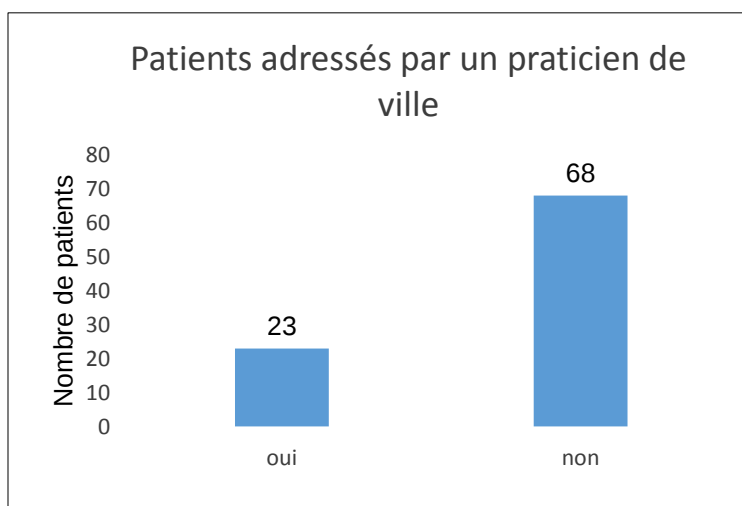
Définition du « praticien de ville » :

Dans le cadre de cette étude, il s'agit de tout confrère consultant une personne de l'effectif étudié dans un milieu autre que le service hospitalo-universitaire (cabinet libéral, cabinet mutualiste, clinique...).

23 personnes ont consulté précédemment un chirurgien-dentiste de ville. Pour 68 patients (soit 75%), il s'agit de leur première consultation bucco-dentaire.

<i>Chirurgien-dentiste traitant</i>	<i>Nombre de patients</i>
<i>oui</i>	23
<i>non</i>	68

Figure 9 : Patients adressés par un praticien de ville.



Les patients ayant déjà consulté plus d'une fois en cabinet dentaire ou au CSD représentent les deux tiers (65%) de l'effectif global.

2-4) Consultation des patients porteurs de handicap

2-4-1) Matériel utilisé en consultation

Définition du « matériel utilisé » :

La consultation pour les patients en situation de handicap est structurée de la même façon que pour la population générale. Elle est limitée à l'anamnèse, à l'examen exo- et endobuccal et à l'évocation du motif de consultation.

Les conditions de réalisation de cette consultation peuvent amener le chirurgien-dentiste à réaliser le cas échéant un soin, avec l'accord de l'entourage et du patient autant que possible. Ceci explique l'utilisation de « matériel » lors d'une consultation.

60 consultations (sur les 103 effectuées) ont nécessité l'utilisation d'un plateau de base et d'une canule de Guedel. (M0)

17 consultations ont nécessité l'utilisation de matériel complémentaire d'hygiène bucco-dentaire

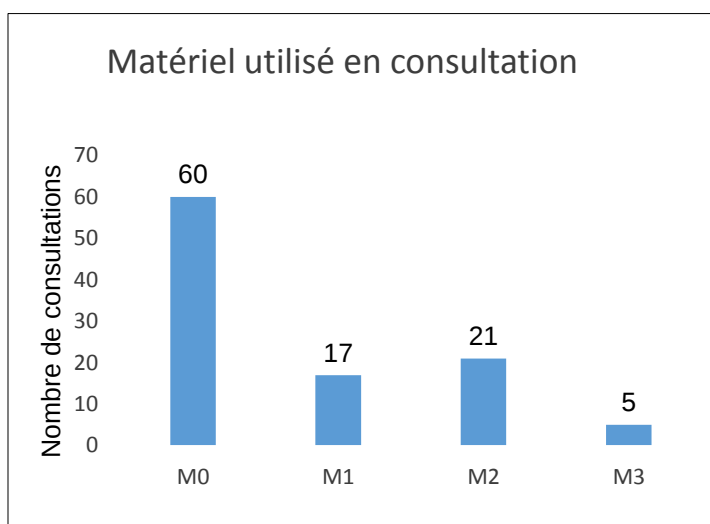
et/ou de prévention et/ou radiographique, en plus du matériel cité ci-dessus. (M1)

21 consultations ont nécessité l'utilisation de matériel tel que : instrument pour détartrage manuel, excavateur pour curetage de lésions carieuses, matériel d'obturation et matériaux d'obturation coronaire, en plus du matériel précédemment cité. (M2)

5 consultations ont nécessité l'utilisation d'une instrumentation rotative (contre-angle, turbine, insert à ultra-sons) en plus de matériel précédemment cité. (M3)

<i>Quantité de matériel utilisé</i>	<i>Nombre de consultations</i>
M0	60
M1	17
M2	21
M3	5

Figure 10 : Répartition du matériel utilisé en consultation.



On constate que :

- Des instruments rotatifs sur fauteuil dentaire ont été utilisés dans 5% des cas.
- Des matériaux d'obturation coronaire (amalgame, verre ionomère ou matériau composite) ont été nécessaires dans 25% des cas. Cette utilisation est consécutive à l'utilisation d'excavateur pour curetage manuel de lésions carieuses et/ou l'utilisation d'une instrumentation rotative (voir paragraphe ci-dessus).

- Un set d'examen est le minimum pour la consultation, puisqu'il a été utilisé dans tous les cas. Un set d'examen se compose d'une sonde droite, d'un miroir intra-buccal et d'une canule de Guedel.
- Il n'a pas été possible de réaliser un seul acte prothétique au fauteuil.
- Il n'a pas été possible de réaliser un acte de chirurgie buccale au fauteuil.

2-4-2) Nombre de soignants par consultation

Définition du « nombre de soignants » recensés.

Sur la période étudiée, sont présents :

- le praticien hospitalier;
- un étudiant bénévole (moi-même sur les 2/3 de l'intervalle de temps, soit pendant 8 mois) ;
- un/des étudiant(s) supplémentaire(s).

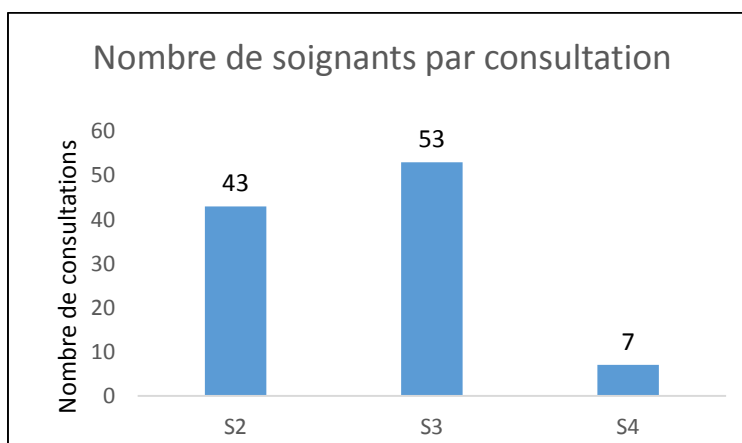
2 soignants furent présents dans 43 consultations sur 103. (S2)

3 soignants furent présents dans 53 consultations sur 103. (S3)

4 soignants ou plus furent présents dans 7 consultations sur les 103. (S4)

<i>Nombre de soignants</i>	<i>Nombre de consultations</i>
<i>S2</i>	<i>43</i>
<i>S3</i>	<i>53</i>
<i>S4</i>	<i>7</i>

Figure 11 : Nombre de soignants par consultation.



NB : Face aux patients non coopérants, il est possible de recourir au MEOPA mais dans ce cas de figure, un nombre plus important de soignants est nécessaire (de 3 à 4 si possible).

Ainsi selon le tableau, dans 43 cas sur 103, le nombre de soignants est insuffisant. Dans certaines situations favorables, les soins n'ont pu être dispensés simplement du fait du nombre de soignants trop faible. Un paragraphe dédié à l'ergonomie lors de la consultation du patient en situation de handicap présentera de façon plus précise les possibilités actuelles en matière de moyen humain.

D'autre part, dans 93% des situations (96 situations sur 103), l'équipe médicale se composait de moins de 4 soignants.

2-5) Prise en charge thérapeutique des patients

Définition de la prise en charge thérapeutique :

A l'issue de la consultation, une prise en charge thérapeutique adaptée à la situation est décidée en concertation avec le patient et son entourage. Les principales options sont les suivantes :

- abstention, (O1)
- soins au fauteuil, (O2)
- soins sous MEOPA, (O3)

-anesthésie générale. (O4)

-réadressé. (R)

Ces attitudes thérapeutiques seront justifiées et précisées à la fin de ce paragraphe.

9 cas sur 91 nécessitent une abstention et un contrôle. Il s'agit de patients pouvant être revus plusieurs fois dans l'année. Ils ont donc un suivi régulier.

41 patients ont nécessité des soins au fauteuil.

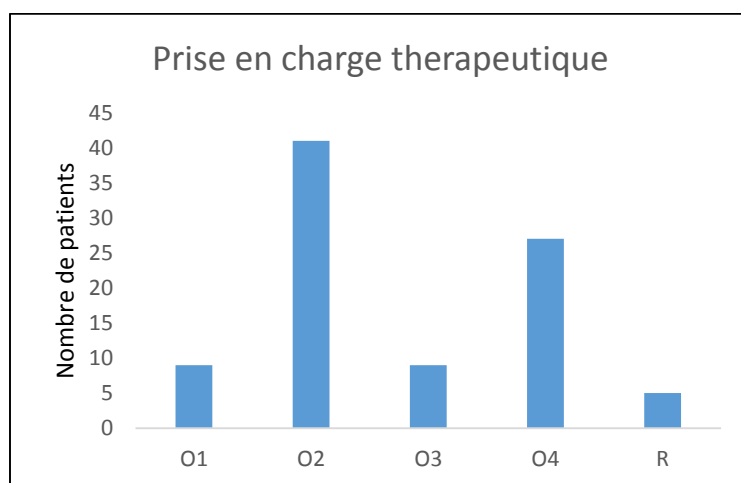
9 patients ont nécessité un suivi sous MEOPA.

27 patients présentaient un état bucco-dentaire et de coopération nécessitant une anesthésie générale.

5 patients ont été ré-adressés (erreur de parcours, anxiété sans handicap, déménagement).

<i>Orientation thérapeutique</i>	<i>Prise en charge thérapeutique</i>
<i>O1</i>	9
<i>O2</i>	41
<i>O3</i>	9
<i>O4</i>	27
<i>R</i>	5

Figure 12: Répartition selon la prise en charge thérapeutique.



La prise en charge thérapeutique est le choix décidé à l'issue de la consultation par l'opérateur en fonction de l'état de santé général du patient, de son niveau de coopération et/ou de la quantité de soins devant être prodiguée. Cette prise en charge est expliquée au patient, à son

accompagnant, et son consentement est recherché.

La prise en charge est réalisée au fauteuil dans 55% des situations (avec ou sans sédation consciente).

L'anesthésie générale concerne 30% des consultations.

Les consultations notées «abstention» sont des visites de contrôle (9%). Ces visites sont régulières et peu espacées. C'est l'un des objectifs à atteindre. Le but est de « créer » une habitude chez les patients ayant un certain niveau de coopération grâce à des visites régulières et rapides, parfois complétées d'un soin.

2-5-1) Abstention

C'est le cas d'examen bucco-dentaire préventif et de contrôle. Ces patients sont suffisamment coopérants pour permettre de réaliser un examen bucco-dentaire de qualité. Ils connaissent l'opérateur, et un suivi régulier contribue à améliorer la coopération. Il s'agit de patients qui reviennent et respectent leur suivi, dans le cadre d'une maintenance après une prise en charge sous anesthésie générale, par exemple.

2-5-2) Soins au fauteuil.

Un soin au fauteuil est défini dans ce cadre comme un détartrage ou un soin de lésion carieuse avec restauration coronaire, sans anesthésie, réalisé au fauteuil par le praticien.

41 patients sont dans cette situation. Ceci est l'option la plus privilégiée, car elle est la plus simple à mettre en œuvre.

Les actes principaux sont :

- la suppression de la plaque dentaire bactérienne ;
- le curetage carieux ;
- la pose de matériau de restauration coronaire ou de prévention (désensibilisant, vernis fluoré) ;
- dans certains cas des clichés radiographiques et plus rarement des actes d'odontologie conservatrice avec des rotatifs.

2-5-3) Soins sous MEOPA

2-5-3-1) Définition

M.E.O.P.A : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote. Ce mélange gazeux est inhalé par le patient et provoque une sédation consciente.

Le MEOPA est utilisé en milieu hospitalier mais également en milieu libéral, par un praticien formé à la technique de sédation consciente par inhalation. Les principaux effets sur l'organisme sont les suivants : (6 ; 17 ; 25)

- une diminution du niveau de conscience,
- un état de relaxation musculaire léger ou un état de détente,**
- une analgésie de surface** (qui est une suppression du contact douloureux au niveau des téguments, et notamment au niveau de la muqueuse buccale),
- **une anxiolyse.**

Autres effets sur l'organisme : (6; 17; 25)

- un fourmillement des extrémités,
- une sensation d'euphorie ou de vertige,
- une sensation de légèreté ou de lourdeur.

Au cours de cette sédation consciente par inhalation, le patient conserve malgré tout un contrôle de ses mouvements respiratoires ainsi qu'un contrôle de ses réflexes pharyngolaryngés (6).

2-5-3-2) Indications et contre-indications

Les indications sont larges, mais le MEOPA présente des contre-indications. Certaines sont absolues, d'autres relatives (6 ; 17 ; 25).

- Indications de l'utilisation du MEOPA : (2 ; 17)

- Patient, enfant ou adulte, présentant une anxiété modérée à sévère vis-à-vis des soins dentaires chirurgicaux ou non.
- Patient présentant un handicap dont le comportement pourrait interférer sur le bon déroulement du soin.
- Patient, enfant ou adulte en situation de handicap dont l'état nécessite une prise en charge limitée à 3 ou 4 séances.

➤ Contre-indications absolues à l'utilisation du MEOPA : (17 ; 25)

- trouble de l'état de conscience,
- patient présentant une ventilation par oxygène pur,
- anomalie neurologique d'apparition récente,
- hypertension intracrânienne,
- emphysème,
- pneumothorax,
- embolie gazeuse,
- accident de plongée,
- distension gazeuse abdominale,
- atteinte de l'oreille moyenne,
- administration récente d'un gaz ophtalmique (SF6, C3F8, C2F6) et bulles de gaz non évacuées lors de la chirurgie oculaire,
- déficit connu en vitamine B12 non compensé,
- situation vitale précaire.

➤ Contre-indications relatives à l'utilisation du MEOPA : (17 ; 25)

- phobie du masque ou refus du patient,
- durée de l'acte trop long (plus de 60 minutes),
- obstruction transitoire rhinopharyngée (rhumes, allergies),
- patient polyhandicapé polymédiqué,
- allergie à l'un des constituants du masque,

- anomalie neurologique d'apparition récente,
- patient psychotique (risque de dissociation mentale, effets indésirables augmentés).

2-5-3-3) Conséquences pour la personne handicapée

La personne souffrant d'une déficience mentale est la population privilégiée. L'opérateur réexplique les effets sur l'organisme auprès du patient et décrit les sensations ressenties, et peut encourager « l'auto-administration » de manière à l'inclure dans la réalisation du soin (17).

Concernant l'état des lieux, sur les 91 personnes vues en consultation, 9 ont pu répondre à l'indication de MEOPA. Toutes les séances de soins ont été réalisées. Toutefois, le temps d'attente peut varier de quelques semaines à quelques mois.

2-5-4) Soins sous anesthésie générale (AG) : définition, chiffres et temps d'attente pour le patient.

Définition de l'anesthésie générale dans le domaine bucco-dentaire :

Il s'agit de la réalisation de soins conservateurs, parodontaux voire de prise d'empreinte en denture temporaire ou permanente, d'avulsions dentaires et d'actes de chirurgie buccale habituellement effectués sous anesthésie locale.

Les indications et contre-indications de l'anesthésie générale dans le domaine bucco-dentaire sont définies selon la HAS sur un accord professionnel fort. Les indications qui seront présentées sont liées à l'état général du patient, au type d'intervention et à l'anesthésie locale.

➤ Indications de l'AG liées à l'état général du patient : (4 ; 14)

- comportement empêchant toute évaluation ou traitement bucco-dentaire à l'état vigile après des tentatives de soins au fauteuil,
- nécessité de mise en état buccale lourde et pressante avant toute thérapeutique médico-chirurgicale d'urgence (carcinologie, greffe d'organes...),
- limitation de l'ouverture buccale,

-reflexe nauséeux prononcé.

➤ Indications de l'AG liées au type d'intervention : (4 ; 14)

-intervention longue ou complexe, pour laquelle plusieurs soins sont prévus,

-état infectieux loco-régional nécessitant d'intervenir en urgence (drainage, extraction et exérèse ...).

➤ Indications de l'AG liées à l'anesthésie locale : (4 ; 14)

-contre-indication avérée à l'anesthésie locale (à l'issue d'un test allergologique),

-anesthésie ne permettant pas d'obtenir un silence opératoire suffisant.

➤ Contre-indication de l'AG : (4 ; 14)

-estimation du bénéfice/ risque, en cas de risque anesthésique majeur,

-refus du patient et/ou des parents ou du représentant légal.

Chiffres enregistrés concernant l'indication d'anesthésie générale.

En se penchant sur les interventions sous anesthésie générale, on a pu recenser les actes réalisés lors de l'intervention.

27 prises en charge d'anesthésie générale ont été recensées dans le cas de cette étude.

Sur 18 interventions recensées sur le logiciel MacDent, on peut retrouver un total de :

- 46 actes d'Odontologie conservatrice (parmi lesquels des poses de ciment verre ionomère, des amalgames, des composites ou des scellements de sillons...),

- 39 actes de chirurgie buccale (quasi-exclusivement des extractions dentaires, parfois associées à l'exérèse de kystes radiculo-dentaires),

- 5 actes de parodontologie (uniquement des détartrages ultrasonores).

Sur les 18 interventions inventoriées, on comptabilise un total de 90 actes dentaires, c'est-à-dire une moyenne de 5 actes par patient soigné.

Définition du « temps d'attente » :

Il s'agit du délai d'attente entre le jour de la primo-consultation qui est le jour de la décision de l'orientation thérapeutique et le jour de l'intervention chirurgicale proprement dite.

Pour la prise en charge sous anesthésie générale, ces deux figures ci-dessous illustrent à la fin de l'analyse le temps d'attente subi par les patients en structure hospitalo-universitaire à Nantes.

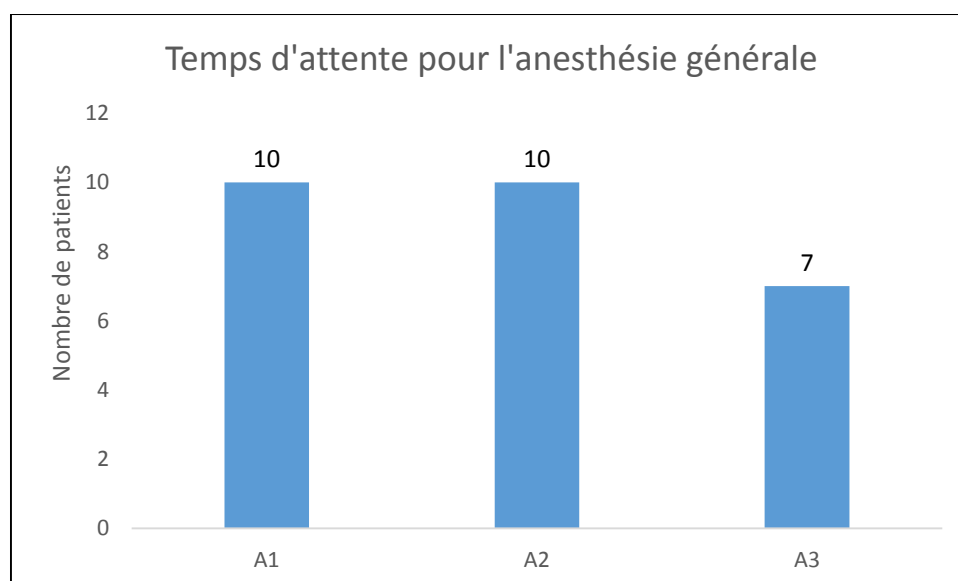
10 patients ont attendu moins de six mois. (A1)

10 patients ont attendu de six à douze mois. (A2)

7 patients ont attendu plus d'un an. (A3)

<i>Temps d'attente en mois</i>	<i>Nombre de patients</i>
A1	10
A2	10
A3	7

Figure 13 : Temps d'attente pour la prise en charge en anesthésie générale.



37% des patients ont pu être pris en charge en moins de six mois. Il s'agit en réalité des patients en attente d'une prise en charge avant la période d'interruption (voir : 2-1-4 Historique de la vacation).

37% des patients ont pu l'être entre six et douze mois.

26% des patients ont pu l'être avec une attente de plus d'un an : la saturation a été rapide.

Le temps moyen d'attente est de 8,9 mois.

L'écart-type est de 4,7 mois.

Le temps minimal d'attente est de 1 mois.

Le temps maximal d'attente est de 18 mois.

L'anesthésie générale se déroule au Plateau Technique Médico-Chirurgical du CHU de NANTES (le PTMC), au sein de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA). Les patients sont hospitalisés à la journée, peuvent rentrer en soirée (accompagnés) à leur lieu de résidence. L'occupation de blocs opératoires du PTMC est commune à tous les services de chirurgie hospitalière du CHU de Nantes. Le délai d'attente est donc conséquent.

2-5-5) Patients ré-adressés

On en dénombre 5 au total.

Sur ces 5 patients :

-2 patients devaient déménager dans un avenir proche, interrompant le suivi ou le plan de traitement prévu dans la prise en charge.

-3 patients présentaient une phobie ou une anxiété très importante. Comme ces personnes ne souffraient pas d'un handicap limitant leur autonomie ou leur indépendance physique, elles ont été invitées à consulter un praticien de ville.

2-6) Suivi du patient

Définition :

Dans le cadre de cette étude, le patient prend un rendez-vous de maintenance (ou contrôle) à l'issue de sa consultation.

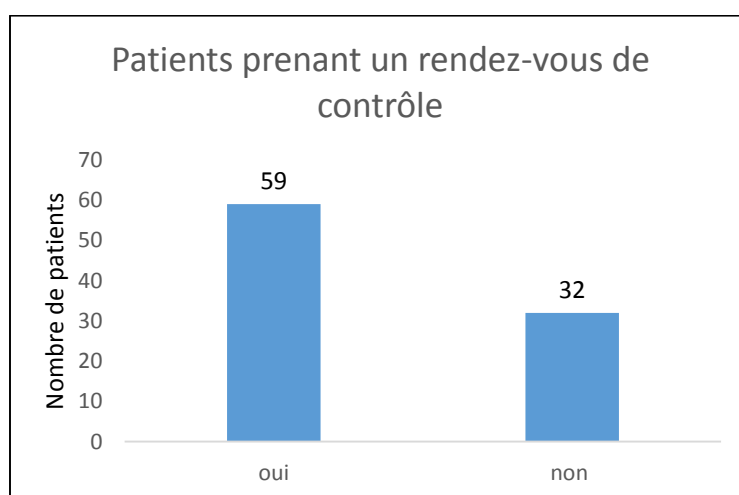
Un bilan est dressé concernant le suivi ou non du patient.

59 patients ont eu un rendez-vous de suivi, ou ont programmé un rendez-vous de contrôle.

32 patients n'ont pas donné de suites particulières.

<i>Suivi</i>	<i>Patients ayant un suivi bucco-dentaire</i>
<i>oui</i>	59
<i>non</i>	32

Figure 14 : Répartition des patients prenant un rendez-vous de contrôle.



Le patient réalise la plupart du temps un suivi (dans 65% des cas environ).

35% de personnes ne donnent pas de suites particulières, or ce sont ces rendez-vous peu espacés qui limitent la dégradation bucco-dentaire. Parmi ces patients, certains peuvent être demandeurs d'une ou de consultation(s) de contrôle auprès d'un praticien de ville tous les 3 à 6 mois. Aucun résultat n'est présenté du fait du caractère « aléatoire » de cette information.

CONCLUSION

Cette analyse a permis de mettre en évidence certaines caractéristiques de la patientèle consultant l'unité fonctionnelle de soins spécifiques du CSD du CHU de Nantes.

Les 91 patients de l'échantillon représentent un chiffre trop faible pour comparer les besoins et caractéristiques de cette population à l'échelle nationale et/ou européenne. Il serait souhaitable d'étendre cet état des lieux à une période plus longue dans le but d'obtenir un échantillon plus conséquent.

La majorité de la population étudiée est masculine (pour 55% des patients). Les patients pris en charge sont plutôt jeunes : les trois quart ont moins de 45 ans. La distance moyenne effectuée est de 55,1 kilomètres.

Il est très complexe de réaliser des soins prothétiques à l'état vigile, mais 25% des consultations ont permis l'utilisation de matériaux d'obturation coronaire. Les consultations se sont effectuées avec trois soignants ou moins dans 93 % des cas.

Les résultats révèlent une proportion importante de patients présentant un handicap lourd (mental ou associé dans 95,6% des situations). Ces patients logent pour une large majorité dans des résidences ou instituts spécialisés (dans 67 % des situations).

Le handicap de ces personnes est tel qu'il a forcé le praticien à opter pour une prise en charge sous anesthésie générale dans 30 % des situations. Le temps d'attente pour une prise en charge sous anesthésie générale varie de un à vingt mois (temps d'attente moyen : 8,9 mois).

Il paraît intéressant de présenter différents «leviers» ou « recours » pour répondre au besoin de soin de cette population fragile à la manière du réseau interdépartemental déjà existant en Rhône-Alpes. Le premier recours est effectué à domicile, par une équipe soignante mobile. Le deuxième recours est l'instauration de cabinets pluridisciplinaires recensés (des cabinets dits

«ressource»). Le troisième recours représente au sein d'un centre de soins dentaires, une structure hospitalière «ultraspécialisée» (8).

L'URPS Pays-de-la-Loire (soutenue par l'ARS) souhaite :

- généraliser la notion de « Correspondant de Santé Orale », personne ayant pour rôle d'intercepter les besoins de soins des personnes ayant un accès aux soins limité. Ce n'est pas forcément un chirurgien-dentiste. Cela concerne les personnes en situation de handicap lié à l'âge ou à la maladie (qu'ils résident en institut ou non).
- développer la formation et la motivation de l'ensemble des intervenants autour du patient isolé de l'accès aux soins.
- développer la formation des chirurgiens-dentistes aux soins des personnes âgées ou handicapées, voire d'en faire un axe important du développement professionnel continu (DPC) (35).

Références bibliographiques

1 ASSOCIATION DENTAIRE FRANCAISE.

La maladie parodontale.

<http://www.adf.asso.fr/fr/presse/fiches-pratiques/maladies-parodontales>

2 AGENCE NATIONALE DE LA SURETE DU MEDICAMENT

Plan de gestion des risques concernant la sortie de la réserve hospitalière de certaines spécialités à base de mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA), janvier 2010.

3 ANNUAIRE SANITAIRE ET SOCIAL.

Quelle est la définition du handicap ?

<http://www.sanitaire-social.com/centres-pour-handicapes/d%C3%A9finition-du-handicap/m3/7>

4 BANDON D, NANCY J, PREVOST J, VAYSSE F, DELBOS Y et coll.

Apport de l'anesthésie générale pour les soins bucco-dentaires des enfants et patients handicapés.

Arch. Pédiatr. 2005 ; 12 (5) : 635-640.

5 BATAOUI S, HABBARI K, HASSNAOUI M, EZOUBAIR M.

Étiologie de la déficience motrice chez l'enfant et l'adulte : à propos de 144 individus à Beni-Mellal, Maroc.

J. de Réadapt. Méd. 2015, 35 (2) : 57-61.

6 BERTHET A/ DROZ D/ TARDIEU C/ MANIERE M-C/ NAULIN-IFI C

Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.

Collection « Réussir », Quintessence Internationale Ed. 2007 : 81-104.

7 BOITARD S, GOURRIER N.

Les anomalies dentaires.

Santé bucco-dentaire chez les personnes handicapées, 2011.

http://ancien.odonto.univ-rennes1.fr/old_site/handi05.htm

8 BORY E-N.

Lettre du réseau santé bucco-dentaire et handicap en Rhône-Alpes

Lettre santé Bucco-dent. Handicap 2012; 11: 1-4.

9 DROZ D.

Infirmité motrice cérébrale, polyhandicap et santé buccale

Arch. Pédiatr. 2008; 15 (5): 849-851.

10 EPELBAUM C, SPERANZA M.

Le Concept de déficience mentale

Encycl Méd Chir (Paris), Psychiatrie, 37-219-C-10, 2002.

11 FEDERATION NATIONALE DES ACCIDENTES DU TRAVAIL ET DES HANDICAPES.

Présentation de l'incapacité, 2007.

<http://www.fnath.org/?action=index>

12 FRANCE ALZHEIMER.

Présentation et description des symptômes des troubles cognitifs.

France Alzheimer et maladies apparentées, Octobre 2012.

<http://www.francealzheimer.org/>

13 HAUTE AUTORITE DE SANTE.

Généralités de physiopathologie et de déterminants de la carie.

In : Stratégie de prévention de la carie, mars 2010 : 16-20.

14 HAUTE AUTORITE DE SANTE

In: Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie, juin 2005 12-13.

15 LAROUSSE.

Définition du bien-être.

Paris: Larousse, 2011.

16 MOUTARDE A, HESCOT P.

Rapport de mission : Handicap et santé bucco-dentaire

Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées.

Secrétariat d'état chargé de la famille et de la solidarité, 2010.

17 MULLER-BOLLA M / TARDIEU C/ CUCCHI C / LUPI-PEGURIER L

Sédation consciente par inhalation de MEOPA

In: CdP Editions Paris. Fiches pratiques d'odontologie pédiatrique, avril 2014.

18 MUSTER D, VALFREY J, KUNTZMANN H.

Médicaments psychotropes en odontologie et stomatologie.

Encycl Méd Chir (Paris), Médecine buccale, 28-200-U-10, 2008.

19 ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIEN-DENTISTES

Handicap et soins dentaires- Handident Nord inaugure sa première unité de soins spécifiques.
La lettre, septembre 2010 ; 90 : 16.

20 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Définition de la santé selon l'OMS, 1946.

<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

21 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Rapport de la classification internationale des handicaps, Numéro hors-série.
Paris: PUF, CTNERHI, 1980.

22 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2001.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/9242545422_fre.pdf

23 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Well-being measurement.

Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe.

OMS, Second meeting of the expert groupe, Paris, June 26-27, 2012: 4-7.

24 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Surdité et d f cience auditive.

Aide-mémoire numéro 300, mars 2015.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/fr/>.

25 PHILIPPART F, ROCHE Y.

Sédation par inhalation de MEOPA en chirurgie dentaire.

Paris: Quintessence International 2013.

26 RENOUX PF, LESAGE D, GRIFFON P.

Rééducation et réadaptation des déficients visuels.

Encycl Méd chir (Paris), Kinésithérapie-médecine physique-réadaptation, 26-592-A-10, 2000.

27 RILLIARD F, FRIEDLANDER L et coll

Santé et précarité : les PASS bucco-dentaires.

Santé homme, 2012 ; 417 (1) :31-33.

28 SANS AUTEUR.

Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Loi numéro 2005-102 du 11 février 2005, art. L-114.

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

29 SANS AUTEUR.

Annexe relative aux conditions techniques d'autorisation d'établissement et des services prenant en charge des enfants ou adolescents poly-handicapés.

Annexe XXIV ter du décret numéro 89-798 du 27 octobre 1989.

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

30 SIXOU J-L.

Aspect bucco-dentaire de la trisomie 21 chez l'enfant.

Arch. Pédiatr, 2008 ; 15 (5) : 852-854.

31 TARDIF A, MISINO J, PERON J-M.

Traumatisme dentaire et alvéolaires.

Encycl Méd Chir (Paris), Médecine buccale, 28-500-G-10, 2008.

32 TILOTTA F, FOLLIGUET M, SEGUIER S.

Anomalie des dents temporaires.

Encycl Méd Chir (Paris), Médecine buccale, 28-270-E-10, 2010.

33 TOUZE E, ZUBER M.

Démarche devant un syndrome parkinsonien.

Encycl Méd Chir (Paris), AKOS (Traité de médecine), 5-0720, 1998.

34 UNION NATIONALE DES PARENTS D'ENFANTS INADAPTES.

Ce qu'est le handicap mental. Ses origines.

Tout savoir sur le handicap mental, 2015.

<http://www.unapei.org/Ses-origines-139.html>

35 UNION REGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

URPS Chirurgien-dentiste Pays-de-la-Loire.

J. URPS, novembre 2012 ; 1 : 6.

36 VOLET S, SIXOU J-L

Santé bucco-dentaire chez la personne handicapée.

Prévention et traitement de la carie chez les patients porteurs de handicap, Mars 2003.

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

Index :

Figure 1 : Tableau de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. (22)

Figure 2 : Influence de la maladie sur le désavantage selon WOOD, 1973. (21)

Figure 3 : Distance effectuée par les patients du lieu de vie à la structure hospitalo-universitaire du CHU Hôtel Dieu de Nantes.

Figure 4 : Provenance des patients.

Figure 5 : Répartition selon l'âge des patients.

Figure 6 : Répartition selon le sexe de la population étudiée.

Figure 7 : Type de handicap présenté par les patients.

Figure 8 : Lieu de vie des patients.

Figure 9 : Patients adressés par un praticien de ville.

Figure 10 : Répartition du matériel utilisé en consultation.

Figure 11 : Nombre de soignants par consultation.

Figure 12 : Répartition selon la prise en charge thérapeutique.

Figure 13 : Temps d'attente pour la prise en charge en anesthésie générale.

Figure 14 : Répartition des patients prenant un rendez-vous de contrôle.

Glossaire

AG: Anesthésie générale.

ARS: Agence régionale de santé.

ASS: Annuaire sanitaire et social.

AVC: Accident vasculaire cérébral.

CAOD : Indice carieux mesurant le nombre de dents cariées (C), absente pour cause de caries (A), ou soignées et obturées et présentent sur arcade (O).

CHU: Centre hospitalo-universitaire.

CIF: Classification internationale du fonctionnement.

CIH: Classification internationale du handicap.

CSD: Centre de soins dentaires.

dB : décibel.

DPC : Développement professionnel continu.

DDM: Dysharmonie dento-maxillaire.

FNATH: Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés.

HAS : Haute autorité de santé.

MEOPA: Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote.

OMS: Organisation mondiale de la santé.

PAERPA: Personne âgée en risque de perte d'autonomie.

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé.

PTMC: Plateau technique médico-chirurgical.

QI: Quotient intellectuel.

SNC: Système nerveux central.

UCA: Unité de chirurgie ambulatoire.

UNAPEI: Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés.

URPS: Union régionale des professionnels de santé.

Tableau récapitulatif :

NB : Les sigles et abréviations sont définis dans la présentation de l'analyse de l'activité (voir chapitre 2-1-3).

Num. Patient	C1 (Kms)	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11
1	32	X1	32	F	3	A	N	M1	S3	O2		O
2	42	X2	47	M	1	A	N	M0	S3	O2		N
3	106	X3	25	F	1	A	N	M2	S3	O4	4	O
4	34	X1	17	M	1	C	N	M1	S3	O2		O
5	34	X1	54	M	1	A	N	M1	S3	O2		N
6	34	X1	46	M	3	A	N	M0	S3	O1		O
7	34	X1	39	F	3	A	N	M0	S3	O2		O
8	34	X1	45	M	3	A	N	M0	S3	O2		O
9	34	X1	45	F	3	A	N	M2	S3	O4	11	O
10	34	X1	27	F	1	C	O	M0	S2	O2		N
11	34	X1	43	F	1	C	N	M0	S3	O4	15	O
12	34	X1	52	F	1	A	N	M0	S3	O2		O
13	34	X1	64	F	3	A	N	M0	S3	O2		O
14	34	X1	24	M	3	A	N	M0	S3	O2		O
15	34	X1	61	F	3	A	O	M0	S2	O1		N
16	34	X1	48	F	3	A	N	M0	S3	O2		O
17	20	X1	27	F	1	A	N	M1	S3	O2		O
18	20	X1	34	M	1	A	N	M0	S3	O2		N
19	20	X1	29	F	3	C	O	M1	S3	O4	7	N
20	20	X1	41	M	3	C	N	M0	S3	O2		O
21	20	X1	23	M	1	B	N	M2	S3	O3		O
22	20	X1	19	F	3	C	O	M0	S3	O2		N
23	20	X1	44	F	1	A	N	M0	S3	O1		N
24	24	X1	23	M	1	C	N	M0	S3	O1		O
25	24	X1	52	M	3	A	N	M1	S3	O2		O
26	24	X1	34	M	1	A	N	M0	S3	O2		O
27	24	X1	32	M	1	A	N	M0	S3	O2		O
28	24	X1	23	M	1	A	N	M0	S3	O4	10	O
29	24	X1	17	F	3	A	N	M0	S3	O2		O
30	10	X1	35	M	3	A	N	M0	S3	O2		N
31	10	X1	36	F	3	A	N	M1	S3	O2		O
32	10	X1	16	M	3	B	O	M0	S3	O2		N
33	10	X1	17	F	3	A	N	M0	S2	O2		O
34	10	X1	20	M	1	C	O	M0	S3	O4	5	N
35	10	X1	38	M	3	A	N	M2	S2	O4	6	N
36	10	X1	35	M	1	A	N	M1	S2	O2		N
37	10	X1	52	M	3	A	N	M3	S2	O4	11	O
38	44	X2	39	M	1	A	N	M0	S2	O4	10	N
39	44	X2	36	M	1	C	O	M0	S2	O4	18	N
40	104	X3	55	M	3	A	N	M0	S2	O4	8	N
41	13	X1	52	F	3	A	N	M2	S2	O2		N
42	13	X1	55	M	3	A	N	M3	S2	O2		N
43	13	X1	46	M	1	A	O	M1	S2	O2		O
44	13	X1	48	M	1	A	O	M0	S2	O4	16	O

45	13	X1	52	F	1	A	N	M2	S3	O2		N
46	13	X1	52	F	3	A	N	M2	S3	O2		O
47	20	X1	47	M	3	A	N	M2	S3	O2		O
48	20	X1	45	F	3	A	N	M3	S3	O2		N
49	20	X1	23	M	3	C	N	MO	S2	R		N
50	20	X1	21	M	3	C	N	M1	S2	O4	13	O
51	20	X1	64	F	3	A	O	M0	S2	O4	4	N
52	20	X1	25	M	3	A	O	M0	S2	O4	4,5	O
53	20	X1	47	M	3	A	N	M0	S2	O4	6	N
54	20	X1	35	F	3	A	O	M0	S2	O4	6	N
55	20	X1	36	M	1	C	O	M0	S2	R		O
56	20	X1	20	F	3	C	O	M1	S2	O2		O
57	20	X1	54	F	3	A	N	M0	S2	O4	12	N
58	20	X1	40	F	1	A	O	M0	S2	O2		O
59	20	X1	30	F	1	C	N	M0	S2	O4	7	O
60	20	X1	18	F	2	B	N	M0	S2	O4	15	N
61	20	X1	34	F	1	C	O	M0	S2	R		O
62	24	X1	47	M	3	C	N	M1	S2	O2		N
63	178	X3	32	M	3	A	N	M1	S2	O2		O
64	90	X2	34	M	1	A	N	M3	S2	O2		O
65	90	X2	37	M	3	A	N	M2	S2	O3		O
66	90	X2	24	M	1	A	N	M0	S2	O4	10	O
67	90	X2	39	F	1	C	O	M0	S2	O3		O
68	294	X4	25	F	3	A	N	M2	S2	O3		O
69	108	X3	38	M	3	A	O	M2	S3	O2		O
70	50	X2	21	F	3	C	N	M2	S3	O2		O
71	120	X3	32	M	1	A	N	M1	S3	O2		O
72	290	X4	34	M	1	A	N	M2	S3	O1		O
73	14	X1	51	M	1	C	N	M0	S3	O1		N
74	14	X1	30	M	1	C	O	M0	S3	O4	1	O
75	76	X2	17	M	3	A	N	M2	S3	O3		O
76	170	X3	21	F	3	A	N	M0	S3	O3		O
77	198	X3	19	F	2	C	O	M0	S2	O4	8	O
78	124	X3	26	M	1	A	N	M0	S3	O3		O
79	118	X3	25	F	1	A	N	M3	S3	O3		O
80	98	X2	21	F	1	C	N	M2	S3	O4	14	N
81	54	X2	46	M	3	A	N	M0	S3	O1		N
82	154	X3	20	F	3	C	N	M2	S3	O1		O
83	150	X3	25	M	2	C	O	M2	S4	R		O
84	27	X1	18	F	3	C	N	M0	S3	O3		O
85	178	X3	21	F	3	A	N	M0	S4	O4	5	N
86	144	X3	60	M	1	A	O	M0	S3	R		N
87	42	X2	30	M	1	C	N	M1	S3	O2		O
88	85	X2	31	M	3	A	N	M3	S3	O2		O
89	154	X3	27	F	1	A	N	M0	S3	O1		O
90	150	X3	35	F	2	A	N	M0	S3	O4	4	O
91	104	X3	63	M	3	C	O	M0	S3	O4	3	O

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

Vu le Président du Jury,


Pr. Pélzer, F.

Vu et permis d'imprimer

Vu le Doyen,

Le Doyen

Pr. Yves AMOURIQ

Y. AMOURIQ

Desmottes Paul. - Prise en charge de la patientèle adulte en situation de handicap : une analyse descriptive au CSD du CHU de Nantes entre novembre 2013 et novembre 2014-65p.; ill.; tabl.; 36 réf.; 30 cm (Thèse de chirurgie dentaire, Nantes, 2016).

RESUME :

Pour des raisons matérielles, humaines et de conditions d'accès, les personnes en situation de handicap représentent un public fragile en dentisterie. En effet, elles ne bénéficient pas de la même facilité que des personnes indemnes de handicap à se rendre chez le chirurgien-dentiste.

Après une définition des termes relatifs au « handicap », les principales causes du handicap seront présentées, ainsi que les conséquences et particularités bucco-dentaires pouvant apparaître chez le patient porteur de handicap.

Il sera proposé dans la deuxième partie une analyse descriptive de la prise en charge de la patientèle adulte en situation de handicap au centre de soins dentaires du CHU de Nantes entre le 1^{er} novembre 2013 et le 1^{er} novembre 2014. Cet état des lieux précisera certaines caractéristiques propres au patient venant en consultation.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT :

Dentisterie sociale.

MOTS CLES- MeSH :

- Personnes handicapées / Disabled persons
- Soins dentaires pour personnes handicapées / Dental care for disabled
- Établissements de soins dentaires / Dental clinics
- Enquête sur les soins de santé / Health care surveys

JURY :

Présidente : Professeur PEREZ Fabienne

Directrice : Docteur DAJEAN-TRUTAUD Sylvie

Co-directrice : Docteur HYON Isabelle

Assesseur : Docteur PRUD'HOMME Tony

Assesseur : Docteur LOPEZ-CAZAUX Serena

Adresse de l'auteur : pauldesmottes@hotmail.fr