



HAL
open science

Accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées mentales : la solution des réseaux de santé

Marc Assouvie

► **To cite this version:**

Marc Assouvie. Accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées mentales : la solution des réseaux de santé. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01784104

HAL Id: dumas-01784104

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01784104>

Submitted on 3 May 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U^SPC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2017

N° 080

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 20 décembre 2017

Par

Marc ASSOUVIE

Accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées mentales: la solution des réseaux de santé

Dirigée par Mme le Docteur Aude Monnier Da Costa

JURY

Mme le Professeur Marysette Folliguet

Président

M. le Professeur Bruno Gogly

Assesseur

Mme le Docteur Élisabeth Dursun

Assesseur

Mme le Docteur Aude Monnier Da Costa

Assesseur

Mme le Docteur Marguerite-Marie Landru

Invité



Tableau des enseignants

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES - FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BEAL Mme VITAL	M. COURSON Mme DURSUN Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENHAMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LENORCY
	SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET POPULATIONS SINGULIÈRES	Mme FOLLIGUET	
2	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	MÉDECINE ET CHIRURGIE BUCCALES	M. MAMAN Mme RADOI	
3	ODONTOLOGIE CONSERVATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERES (MCU associée) Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON (MCU associée) M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSE	M. POSTAIRE	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
4	PRÉVENTION-ÉPIDÉMIOLOGIE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE		Mme GERMA M. PIRNAY M. TAVERNIER
	SCIENCES BIOLOGIQUES	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme POLIARD M. ROCHEFORT (PU associé) Mme SEGUIER	M. ARRETO Mme BARDET Mme CHARDIN Mme CHERIFI (MCU associée) M. FERRE M. LE MAY
	SCIENCES ANATOMIQUES PHYSIOLOGIQUES ET OCCLUSODONTIE		M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOIT M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON M. SALMON Mme TILOTTA

Remerciements

À Mme le Professeur Marysette Folliguet

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Docteur en Sciences odontologiques

Doctorat d'État en Odontologie

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris

Descartes Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de la faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Chef de Service de l'hôpital Louis Mourier

Chevalier de l'ordre national de la légion d'honneur

Officier de l'ordre des palmes académiques

Qui me fait l'honneur de présider ce jury,

Votre engagement dans cette profession et votre dévouement auprès
des étudiants sont considérables.

Je vous prie de trouver ici l'expression de mon plus grand respect.

À M. le Professeur Bruno Gogly

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifié en Médecine bucco-dentaire

Docteur de l'Université de Paris Descartes

Habilité à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Responsable du département d'odontologie du groupe hospitalier Henri Mondor

Qui me fait l'honneur de siéger dans ce jury,

Les années passées au sein du service d'odontologie d'Albert Chenevier et de Henri Mondor ont été enrichissantes.

Je vous remercie de votre gentillesse et de votre humilité.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma plus haute considération.

À Mme le Docteur Élisabeth Dursun

Docteur en Chirurgie dentaire

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris 13

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Qui me fait l'honneur de siéger dans ce jury,

En qui j'ai toujours pu trouver une écoute attentive et un soutien moral dans les moments difficiles. J'admire l'aisance avec laquelle vous enseignez la pédodontologie en clinique.

Je vous prie de trouver ici toute ma considération.

À Mme le Docteur Aude Monnier Da Costa

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail,

Je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance, d'avoir su faire preuve de patience et surtout de m'avoir toujours encouragée le long de l'élaboration de cette thèse.

Merci de l'enthousiasme avec lequel vous m'avez enseigné la pédodontologie.

Je vous prie de trouver ici toute ma reconnaissance.

À Mme le Docteur Marguerite-Marie Landru

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chef de Service de l'hôpital Albert Chenevier

Chevalier de l'ordre des palmes académiques

Qui me fait l'honneur de siéger dans ce jury,

Votre sincérité, votre générosité et votre humanisme font de vous une personne admirable. Je vous remercie de m'avoir remis sur le bon chemin dès mon arrivée à Créteil. J'ai énormément appris dans votre service, aussi bien professionnellement que personnellement, et j'en garderai un très bon souvenir.

Je vous prie de trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance et de mon immense respect.

Remerciements

À mes grands parents, ma mère, mon père et mon frère. À mes oncles et tantes, mes cousins et cousines.

À mon parrain et ma marraine.

À mes amis d'enfance, Stephleu, Benji, Regen, Gegeor, Davioud, Kameul, Roman, Marie, Slim, Thib, Gonz, Mike, Cyril, Doudoumasta, Docteur G

À celui qui m'a appelé Chico, sacré visionnaire, et à ceux qui m'appellent encore ainsi, Alex, Krishka, Polo, Elliott, Arnaud, Inès, Nanou

Aux potes de P1, Alex, Lb, Manu, Wiwi, Soler, Marion, Popo, Irshad

À ceux de promo, Frankiki, Kunu, Vinz, Lionel, Paulo, Claire, Meumeu, Khaled, Léo, Elke, Minh, Skander, Aurélien, Nadia, Samir

Aux galériens malgré eux, Mattia, François, Jimmy, Jonathan

À l'ANEOS, Félix, Bertrand, Roddy, Marich, Aude, Idriss

À mes Youri, Romain, Nico, Benito, Ladim, Arthur, Charles, Rémi, Adri, Jacquo, Alex, Sophie. Au jeune Alexis, mais à d'autres jeunes aussi. Au vieux Pouliche, mais à d'autres vieux aussi. Aux autres fanfarons, Vass, Roselyne, Catin et aux fanfares oubliées...

Au grand maître Kamin

À mes aînés, Anabelle Nenot, Raihan Mammeri, Adrien Nizak, Sylvie

Saporta À l'équipe de Rhapsod'if et à celle des autres réseaux

Aux prothésistes de la fac, Arnaud, Stéphane

À mes binômes, Claudette, Zied et Raph

Aux Erasmus de Finlande, Bori, Daiva et Soňa

Au service d'odontologie d'Albert Chevenier et de Henri

Mondor À la faculté.

À tous ceux que je n'ai pas cités.

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1 DÉFINITIONS ET CLASSIFICATIONS	5
1.1 HISTORIQUE.....	5
1.2 CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES HANDICAPS	6
1.3 CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ	7
1.3.1 <i>Fonctionnement et handicap</i>	7
1.3.2 <i>Facteurs contextuels</i>	8
1.4 LE HANDICAP EN SANTÉ ORALE.....	9
1.5 LA DÉFICIENCE MENTALE	10
1.5.1 <i>La déficience intellectuelle</i>	10
1.5.2 <i>La déficience cognitive</i>	11
1.5.3 <i>Le polyhandicap</i>	11
2 FACTEURS DE RISQUE ET D'AGGRAVATION DE LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	12
2.1 FACTEURS DE RISQUE.....	12
2.1.1 <i>Désordres de la croissance cranio-faciale</i>	12
2.1.2 <i>Troubles psychomoteurs</i>	16
2.1.3 <i>Troubles comportementaux</i>	17
2.1.4 <i>Troubles systémiques</i>	17
2.1.5 <i>Effets secondaires des traitements médicamenteux</i>	18
2.2 FACTEURS AGGRAVANTS.....	19
2.2.1 <i>Difficultés d'expression de la douleur</i>	19
2.2.2 <i>Difficultés de coopération</i>	19
2.2.3 <i>Difficultés d'hygiène orale</i>	20
3 ACCESSIBILITÉ AU SYSTÈME DE SANTÉ	23
3.1 ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE.....	23
3.1.1 <i>Les moyens de sédation</i>	23
3.1.2 <i>Sédation légère à modérée</i>	24

3.1.3	<i>Sédation combinée</i>	26
3.1.4	<i>Sédation profonde</i>	27
3.1.5	<i>Anesthésie générale</i>	27
3.2	ACCESSIBILITÉ RELATIONNELLE ET ÉMOTIONNELLE	28
3.2.1	<i>Les techniques cognitivo-comportementales</i>	29
3.2.2	<i>Recommandations de prise en charge</i>	29
3.3	ACCESSIBILITÉ À L'INFORMATION	31
3.3.1	<i>Échelles d'évaluation de la douleur</i>	31
3.4	ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE.....	32
3.4.1	<i>Valorisation financière</i>	32
3.4.2	<i>Reconnaissance administrative</i>	33
4	LA SOLUTION DES RÉSEAUX DE SANTÉ	35
4.1	LES RÉSEAUX DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE	35
4.2	L'OFFRE DE SOINS.....	36
4.2.1	<i>Les centres de santé orale de niveau 1</i>	37
4.2.2	<i>Les centres de santé orale de niveau 2</i>	38
4.2.3	<i>Les unités de santé mobiles et portatives</i>	39
4.3	LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	39
4.4	LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION.....	41
4.5	LE FINANCEMENT DES RÉSEAUX	42
	CONCLUSION.....	44
	BIBLIOGRAPHIE	50
	TABLE DES FIGURES	51
	TABLE DES TABLEAUX.....	52

Introduction

L'état de santé bucco-dentaire des personnes handicapées est très nettement inférieur à celui de la population générale. Celles-ci constituent un groupe à haut risque de pathologies bucco-dentaires infectieuses, traumatiques et fonctionnelles. D'après les résultats du programme national inter-régimes de 2004, les enfants handicapés de 6 à 12 ans ont 4 fois plus de risque de souffrir de maladies bucco-dentaires et cette situation s'aggrave d'un facteur 3,5 chez les adolescents¹. Les pathologies bucco-dentaires dont souffrent les personnes handicapées ne sont pas différentes, mais leur fréquence et leur gravité sont plus importantes. Les parodontopathies (maladies des tissus de soutien de la dent) concernent 80 à 90% des personnes handicapées².

La vulnérabilité de ces patients, dont la spécificité complique la réalisation des soins, est due aux troubles organiques et fonctionnels associés à la déficience. Cependant, une situation de handicap ne pouvant se penser en dehors de son environnement, l'état de santé bucco-dentaire est aussi lié à l'insuffisance des politiques de santé publique face à ce problème.

Afin de mettre en place des mesures appropriées, il faut d'une part définir la façon dont la société considère le handicap et d'autre part déterminer quels sont les facteurs responsables de l'état de santé bucco-dentaire de ces personnes. Ainsi, la classification internationale du handicap proposée par l'organisation mondiale de la santé est un socle de réflexion qui a permis de développer la notion de handicap en santé orale.

La multitude des facteurs de risque et des facteurs aggravants auxquels sont exposés les patients atteints de déficience mentale par rapport à la population générale explique la fréquence et la gravité des pathologies bucco-dentaires chez ces individus. Les facteurs de risque correspondent aux troubles organiques associés au handicap et les facteurs aggravants sont représentés par les troubles attitudinaux provenant de la déficience mentale.

L'accessibilité aux soins et à la prévention bucco-dentaire dépend de la présence ou de l'absence de facteurs environnementaux. Il convient alors de distinguer les obstacles et les facilitateurs afin de proposer des solutions qui lèveront les uns et favoriseront les autres. La complexité de la prise en charge d'une personne handicapée exige une approche particulière pour laquelle le système de santé actuel peine à trouver une solution adaptée.

Devant ce constat, des personnes directement concernées par cette problématique se sont regroupées pour tenter de proposer une solution appropriée et durable. À l'issue de cet engagement, un premier réseau de santé bucco-dentaire est né en 2004. Depuis les réseaux n'ont cessé de se multiplier et

1. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

2. Hennequin et al., « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées ».

d'augmenter leurs activités, signe de leur nécessité et du rôle essentiel qu'ils entendent tenir.

Dans cette perspective, la première partie de ce travail rappelle l'évolution de la notion de handicap et donne une définition des patients à besoins spécifiques en santé bucco-dentaire, en particulier des personnes atteintes d'une déficience mentale. La deuxième partie détaille les éléments reconnus comme facteurs de risque et d'aggravation de la santé bucco-dentaire de ces personnes. La troisième partie décrit les facilitateurs qui existent pour améliorer la prise en charge de ces personnes, mais aussi les obstacles responsables des problèmes d'accessibilité. Enfin, la quatrième partie présente les différentes solutions qu'apportent les réseaux de santé face à cette problématique.

1 : Définitions et classifications

« 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. »

Article L114 de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

1.1 Historique

Le terme de handicap apparaît en Grande-Bretagne, au XVII^e siècle, sous sa forme archaïque : « handycap » (simplification de « hand in cap » qui se traduit littéralement par « main dans le chapeau »). Il désigne alors un troc d'objets de différentes valeurs entre deux personnes. Afin de rééquilibrer la valeur de ces objets par une compensation pécuniaire la plus exacte possible, les participants font intervenir une tierce personne qui tient le rôle d'arbitre. En parallèle du troc, chaque personne dépose la même somme d'argent, celle-ci constituant un engagement de bonne foi entre les trois parties. Cette mise est recouverte par un chapeau sous lequel les deux participants mettent leurs mains. Ainsi, personne ne peut savoir, avant d'avoir soulevé le chapeau, si la compensation annoncée par l'arbitre sera acceptée ou non. L'arbitre a tout intérêt à déterminer une juste compensation car, dans le cas où celle-ci est acceptée (ou refusée) unanimement, celui-ci récupère toute la mise ³.

Ce terme sera plus tard employé dans certaines courses hippiques, un poids plus lourd étant adossé aux chevaux les plus forts afin d'égaliser les chances des concurrents.

Dans le domaine médical, le terme de handicap apparaît en France dans la première moitié du XX^e siècle. Cela s'explique par la hausse significative du nombre de personnes handicapées dans la société. Ce phénomène est lié d'une part à la quantité importante de blessés des deux guerres mondiales, et d'autre part à l'augmentation de la proportion de maladies chroniques dans la population, celle-ci étant corrélée à l'allongement de la durée de vie ⁴.

3. Chapireau et al., *Le handicap mental chez l'enfant*.

4. Jamet, « De la classification internationale du handicap (CIH) à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF) ».

Jusqu'en 1980, la définition du handicap reste cantonnée au seul modèle médical sur lequel est fondée la classification internationale des maladies (CIM) :

Figure 1 : Modèle biomédical

Étiologie ———— = Pathologie ———— = Manifestation

Source : Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale des handicaps*, 1988

Le handicap est perçu comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé. Il nécessite des soins médicaux fournis par des professionnels sous la forme d'un traitement individuel visant à la guérison ou à l'adaptation de l'individu, ou au changement de son comportement ⁵.

Les revendications sociales de ce siècle ont poussé à intégrer une composante environnementale à la compréhension du handicap et à en proposer une définition consensuelle afin de pouvoir établir un cadre légal et administratif spécifique ⁶.

1.2 Classification internationale des handicaps

En 1980, dans sa « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies » (titre de la traduction française de 1988), l'organisation mondiale de la santé (OMS) introduit le modèle social dans la caractérisation du handicap. Cette classification se compose de trois notions clefs interconnectées : la déficience, l'incapacité et le désavantage.

Figure 2 : Trois notions clefs interconnectées

Maladie ———— = Déficience ———— = Incapacité ———— = Désavantage

Source : Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale des handicaps*, 1988

— Déficience

« La déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique », quelle qu'en soit la cause. Les déficiences constituent des troubles qui se manifestent au niveau de l'organe. C'est l'aspect lésionnel du handicap.

5. Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*.

6. Assante, « Des personnes handicapées... aux situations de handicap ! »

— *Incapacité*

« Une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain. ». Les incapacités représentent les perturbations individuelles. C'est l'aspect fonctionnel du handicap.

— *Désavantage*

« Le désavantage social pour un individu donné résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels). ». Les désavantages doivent être pensés en rapport avec les obstacles que peut rencontrer un individu dans son adaptation à son environnement et dans ses interactions avec celui-ci. C'est l'aspect situationnel du handicap ^{7 8}.

Bien que cette classification introduise la dimension sociale dans la conceptualisation du handicap, celle-ci demeure encore fortement attachée à la personne. En effet, les références à l'environnement dans lequel se trouve l'individu sont généralement absentes, alors que l'on observe une baisse de l'incidence et de la gravité du handicap dans une population en modifiant les caractéristiques sociales et physiques de l'environnement ⁹. Ainsi, cette classification a été révisée vingt ans plus tard.

1.3 Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

En 2001, l'OMS adopte la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Elle fournit une approche multidimensionnelle permettant de construire des modèles et d'étudier les différents aspects du fonctionnement et du handicap comme étant un processus interactif et évolutif ¹⁰. La CIF est constituée de deux parties, chacune comprenant deux composantes. L'apport le plus important de cette classification est l'introduction des facteurs contextuels environnementaux et personnels.

1.3.1 Fonctionnement et handicap

1.3.1.1 Fonctions organiques et structures anatomiques

Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques). Les structures anatomiques désignent les parties du corps humain, telles que les organes, les membres et leurs composantes. ¹¹

7. Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale des handicaps*.

8. Hennequin et Tubert, « Prise en charge par les chirurgiens-dentistes du Puy De Dôme des personnes handicapées ».

9. Jamet, « De la classification internationale du handicap (CIH) à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF) ».

10. Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*.

Tableau 1 : Parties et composantes de la CIF

Parties	Fonctionnement handicap	Facteurs contextuels
Composantes	Fonctions organiques et structures anatomiques Activités et participation	Facteurs environnementaux Facteurs personnels

Source : Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, 2001

Les déficiences en représentent l'aspect négatif et désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.

1.3.1.2. Activités et participation

Les activités désignent l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. La participation désigne quant à elle l'implication d'une personne dans une situation de la vie courante ¹².

Les limitations d'activité renvoient aux difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener à bien une activité et les restrictions de participation reflètent les complications que celle-ci rencontre pour s'impliquer dans une situation de la vie courante. Elles représentent respectivement les aspects négatifs de l'activité et de la participation.

1.3.2 Facteurs contextuels

1.3.2.1. Facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux sont constitués de l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent. Ils sont externes à la personne et peuvent avoir une influence positive ou négative :

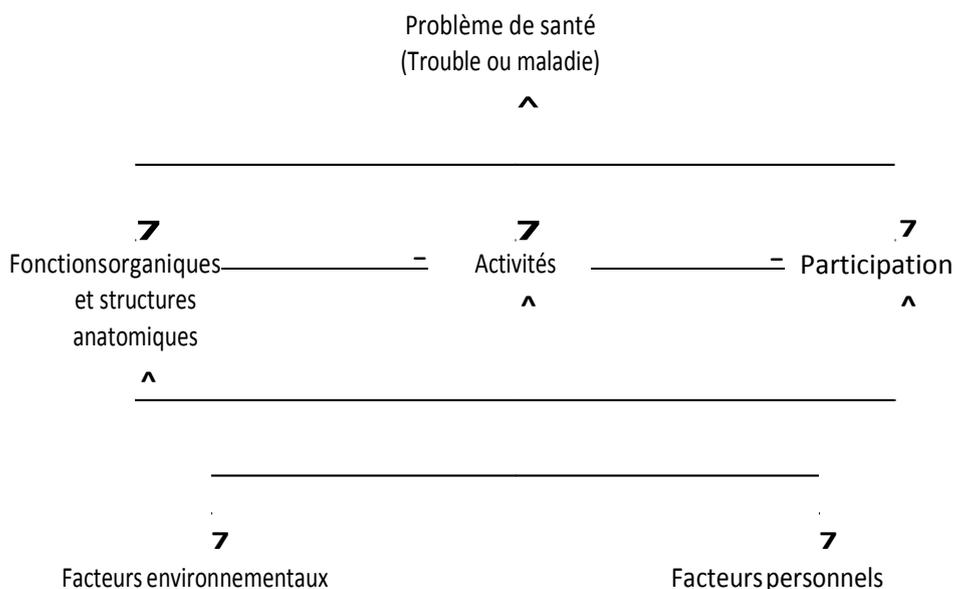
- sur sa performance en tant que membre de la société (participation) ;
- sur sa capacité (activités) ;
- sur une ou plusieurs de ses fonctions organiques ou structures anatomiques.

Les facteurs environnementaux peuvent être individuels ou sociétaux. Les aspects positifs sont appelés facilitateurs environnementaux, tandis que les aspects négatifs sont représentés par les obstacles environnementaux.

11. Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*.

12. Ibid.

Figure 3 : Interactions entre les composantes



Source : Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, 2001

1.3.2.2. Facteurs personnels

Les facteurs personnels représentent le cadre de vie particulier d'une personne. Ils sont composés de caractéristiques qui ne concernent pas un problème ou un état de santé, comme l'âge, le sexe, le mode de vie, les habitudes, la profession, le niveau d'éducation ainsi que les expériences passées et présentes (les événements vécus et les circonstances de la vie). En raison des importantes variations sociales et culturelles qui leur sont associées, les facteurs personnels ne sont pas classifiés dans la CIF¹³.

1.4 Le handicap en santé orale

L'analyse de la CIF a permis d'identifier 3 groupes d'items affectant la santé orale de manière directe, indirecte ou par l'intermédiaire de l'environnement de la personne¹⁴, puis de déterminer 3 groupes de personnes en situation de handicap en santé orale.

Le premier groupe est composé de personnes subissant une incapacité directement liée à la déficience de la fonction orale, qui limite leurs activités ou restreint leur participation. Quand une ou plusieurs dents postérieures manquent, le handicap est directement lié à la déficience des organes ou aux lésions orales. Néanmoins, il est essentiel de prendre en compte la notion de subjectivité. Ainsi, la perte d'une dent antérieure n'aura pas le même poids pour une vedette de cinéma que pour un jardinier-maraîcher.

13. Organisation mondiale de la santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*.

14. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

Le second groupe rassemble les personnes présentant une déficience qui n'est pas d'origine bucco-dentaire, mais qui a un impact indirect sur la santé orale, soit en limitant l'accès aux soins et à l'hygiène, soit en aggravant les pathologies bucco-dentaires. Ce groupe correspond aux patients à besoins spécifiques. Ce sont des individus qui, pour des raisons médicales, physiques, développementales ou cognitives, échappent aux protocoles conventionnels de prise en charge de leur santé orale ¹⁵. Ils constituent un groupe assez large, incluant par exemple des personnes sévèrement asthmatiques, diabétiques ou atteintes de mucoviscidose, mais également des personnes présentant des troubles psychiques, neuro- moteurs ou développementaux.

Le troisième groupe est constitué de personnes dont la santé orale est négligée du fait du contexte social, environnemental ou culturel dans lequel elles vivent. Cette définition peut être appliquée aux détenus mais également aux populations hébergées en maison d'accueil spécialisée ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ¹⁶.

Ces différents groupes sont superposables. Souvent, les personnes atteintes d'une déficience mentale présentent ces différents niveaux de handicap en santé orale, rendant alors les situations plus complexes.

1.5 La déficience mentale

La déficience mentale comprend la déficience intellectuelle et la déficience cognitive, et est constitutive du polyhandicap.

1.5.1 La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle est une incapacité dans laquelle les déficiences cérébrales causent des limitations d'activités et des restrictions de participation. Dans la CIM-10, l'OMS la définit comme un arrêt ou un développement mental incomplet, avant l'âge adulte, 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.

Selon le score du quotient intellectuel (QI), et avec toutes les limites de ce type de quantification, on distingue la déficience intellectuelle légère (entre 70 et 55), modérée (entre 55 et 40), sévère (entre 40 et 25) et profonde (inférieur à 25). L'ensemble des déficiences intellectuelles représente 2 à 3 % de la population générale. Cependant, 85 % sont légères, 10 % modérées et 3 % sévères ¹⁷.

15. Hennequin et Tubert, « Prise en charge par les chirurgiens-dentistes du Puy De Dôme des personnes handicapées ».

16. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

17. Pannetier, *Comprendre et prévenir la déficience intellectuelle*.

Les origines organiques repérées sont pré-, péri- ou post-natales. Les origines pré-natales sont génétiques, comme la trisomie 21 ou le syndrome de l’X fragile, ou alors ce sont les conséquences de maladies ou de malformations acquises pendant la gestation (rubéoles, toxoplasmoses, intoxications). Les causes péri- et post-natales sont les conséquences de maladies ou d’accidents, comme la grande prématurité, les méningites, les encéphalites ou les traumatismes crâniens. Les causes non organiques sont liées aux facteurs à caractère psycho-environnementaux (carences nutritionnelles, conditions socio-économiques défavorables, maltraitance) qui peuvent entraver le développement optimal de l’enfant.

Les déficiences intellectuelles légères sont plus fréquemment associées à des conditions environnementales défavorables. On y retrouve moins de dysfonctions organiques et neurologiques, comme l’épilepsie, comparé aux déficiences modérées, sévères et profondes. Ces dernières ayant plus souvent une origine génétique ¹⁸.

1.5.2 La déficience cognitive

Introduite récemment par différenciation de la déficience intellectuelle, la déficience cognitive est la conséquence de la déficience des fonctions cérébrales supérieures que sont par exemple l’attention, la mémoire, le langage, le jugement et le raisonnement. Elle désigne principalement les troubles de l’apprentissage (lecture, orthographe, arithmétique, motricité, etc.) et les troubles du spectre autistique.

Les troubles du spectre autistique ont en commun l’apparition de comportements atypiques et le développement d’intérêts restreints chez la personne qui en est atteinte. Le nombre et le type de symptômes, le degré de gravité et l’âge d’apparition de ces derniers varient d’une personne à l’autre, mais les difficultés de comportement, de communication et d’interactions sociales sont les manifestations communes aux troubles du spectre autistique ¹⁹.

1.5.3 Le polyhandicap

Les personnes polyhandicapées sont atteintes d’un handicap grave à expression multiple, chez lesquelles la déficience mentale et la déficience motrice sont associées à la même cause, entraînant une restriction extrême de l’autonomie. Le polyhandicap est d’origine pré-, péri-, post-natale ou inconnue, et se traduit par une atteinte du système nerveux central. Il est à distinguer du plurihandicap, qui est l’association circonstancielle de deux ou plusieurs déficiences avec conservation des facultés intellectuelles ²⁰.

17. Camberlein, *Politiques et dispositifs du handicap en France*.

18. Ibid.

20. Ibid.

2 : Facteurs de risque et d'aggravation de la santé bucco-dentaire

2.1 Facteurs de risque

Les désordres de la croissance cranio-faciale, les troubles psychomoteurs, comportementaux et systémiques, ainsi que les effets secondaires des traitements médicamenteux, sont des facteurs de risque de développement de pathologies buccales infectieuses, traumatiques et fonctionnelles.

2.1.1 Désordres de la croissance cranio-faciale

Les désordres de la croissance cranio-faciale, d'origine génétique (anomalies) ou provoqués par des troubles neuromusculaires buccaux, entraînent des dysmorphoses oro-faciales ayant comme conséquences majeures une dysharmonie dento-maxillaire et des troubles fonctionnels, qui s'aggravent mutuellement.

2.1.1.1. Anomalies dentaires

Les anomalies dentaires se retrouvent dans certains syndromes associés à une déficience mentale. Ce sont notamment des anomalies d'éruption, de nombre, de forme, de volume et de structure.

Les anomalies d'éruption peuvent être des éruptions précoces, comme dans le syndrome de Turner et de Hallermann-Streiu, qui est associé à un retard mental dans 15 % des cas ²¹, ou des éruptions retardées, comme dans les syndromes de Down, d'Apert, de Dubowitz et de Papillon-Léage et Psaume, qui est associé à un retard mental dans 15 % des cas.

Une hyperodontie (anomalie de nombre par excès) est présente dans les syndromes de Nance-Horan, auquel est associé un retard mental dans 30 % des cas ²², de Hallermann-Streiu et de Papillon-Léage et Psaume. Une hypodontie (anomalie de nombre par défaut) est également présente dans ces deux derniers syndromes, et dans ceux de Williams-Beuren et de Down, où les agénésies dentaires y sont dix fois plus fréquentes que la normale ²³.

Concernant les anomalies de forme, la moitié des personnes atteintes du syndrome de Down présenteraient au moins trois anomalies de forme coronaire. On en retrouve aussi fréquemment dans le syndrome de Nance-Horan. L'anomalie de forme radulaire la plus commune est le taurodontisme, qui se rencontre dans le syndrome de Down.

21. Orphanet, *Syndrome de Hallermann-Streiu*.

22. Orphanet, *Syndrome de Nance-Horan*.

23. Sixou, « Aspects bucco-dentaires de la trisomie 21 chez l'enfant ».

Les anomalies de volume des dents sont généralisées ou localisées, et le plus souvent relatives au volume des arcades dentaires. Dans le syndrome de Down, on retrouve une macrodontie relative généralisée en denture temporaire et une microdontie relative généralisée en denture permanente. Une microdontie localisée se retrouve dans les syndromes de Goltz, de Hallermann-Streiu et de Williams-Beuren.

Les anomalies de structure de l'émail, comme les amélogénèses imparfaites peuvent s'observer dans les syndromes de Goltz (hypoplasie), de Down (hypoplasie et hypominéralisation), de Turner et de Williams-Beuren. Les anomalies de la dentine, comme les dysplasies dentinaires, peuvent s'observer dans le syndrome de Hallermann-Streiu^{24 25}.

2.1.1.2. Anomalies des structures osseuses

Les anomalies du massif facial supérieur les plus fréquentes sont la brachycéphalie et la microcéphalie. Une brachycéphalie est décrite dans le syndrome de Down, où elle est associée à un occiput plat, et dans le syndrome de Hallermann-Streiu, où elle est associée à une macrodolichocéphalie. Une microcéphalie est décrite dans le syndrome de Dubowitz et celui de Rubinstein-Taybi.

Des anomalies concernent aussi le massif facial moyen et inférieur. Les syndromes de Down et d'Angelman sont caractérisés par un hypodéveloppement de l'étage moyen de la face, avec des fosses nasales et un cavum (nasopharynx) dystrophisés, associé à un prognathisme mandibulaire. Une micrognathie maxillaire et/ou mandibulaire se rencontre dans les syndromes de Hallermann-Streiu, de Rubinstein-Taybi, d'Apert et de Papillon-Léage et Psaume, auquel est associé également un hypertélorisme et une hypoplasie des ailes du nez^{26 27}.

2.1.1.3. Anomalies des structures molles

Les dysmorphies des tissus mous qui peuvent se rencontrer sont une hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes, notamment dans le syndrome de Down, ainsi que des freins labiaux hypertrophiés et une ankyloglossie (frein lingual court), associés à une langue lobée dans le syndrome de Papillon-Léage et Psaume.

2.1.1.4. Conséquences des anomalies

Les anomalies dentaires d'éruption, de nombre, de forme et de volume contribuent à l'apparition d'une dysharmonie dento-maxillaire et entraînent des troubles de la mastication. Les anomalies dentaires de structure fragilisent les dents et les rendent plus sensibles aux agressions chimiques et

24. Tilotta, Folliguet et Séguier, « Anomalies des dents temporaires ».

25. Piette et Goldberg, « Anomalies et malformations des dents ».

26. Ibid.

27. Hennequin et al., « Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21 ».

mécaniques auxquelles elles sont régulièrement soumises, ce qui provoque des douleurs plus fréquentes et favorise l'apparition de pathologies infectieuses et traumatiques.

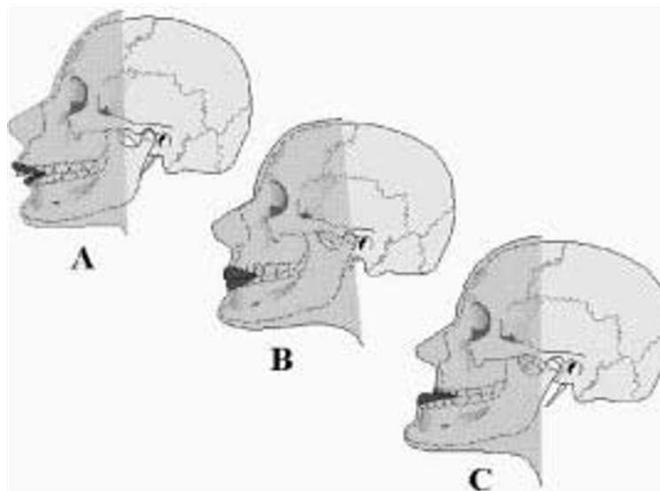
L'encombrement des voies aériennes supérieures, due aux anomalies des structures osseuses du massif facial moyen et à l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes, impose la mise en place d'une ventilation buccale, ce qui assèche la bouche et favorise le développement de germes cariogènes ou parodontopathogènes. En outre, la respiration buccale aggrave la dysmorphose oro-faciale, car elle est un cofacteur de l'hypodéveloppement du palais ²⁸.

2.1.1.5. Troubles neuromusculaires buccaux

Le développement du massif facial moyen peut être sensiblement perturbé par la maturation de la fonction linguale. Une hypoactivité linguale se traduit par un hypodéveloppement du maxillaire supérieur (tendance classe III d'Angle), alors qu'une hyperactivité linguale favorise la projection en avant du rebord alvéolo-dentaire maxillaire (tendance classe II d'Angle) et se traduit par la persistance des mouvements archaïques de succion-déglutition ²⁹. L'hypotonie des muscles oro-faciaux limite la réalisation des mouvements d'autonettoyage de la bouche et favorise le développement de pathologies infectieuses.

Il existe une hypotonie labiale dans le syndrome de Williams-Beuren. Dans le syndrome de Down, celle-ci est associée à une hypotonie linguale et une hypotonie oro-faciale globale. À l'inverse, chez les personnes encéphalopathes, c'est une hypertonie linguale qui est présente ³⁰.

Figure 4 : Influence de la fonction linguale sur le développement du massif facial moyen



A : Hyperfonction linguale ; B : Développement équilibré ; C : Hypofonction linguale

Source : Hennequin et al. « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées », 2004

28. Sixou, « Aspects bucco-dentaires de la trisomie 21 chez l'enfant ».

29. Hennequin et al., « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées ».

30. Ibid.

2.1.1.6. Conséquences des dysmorphoses oro-faciales

Les dysharmonies dento-maxillaires s'observent chez environ 60 % des enfants et adolescents à besoins spécifiques contre 40 % des enfants ordinaires du même âge. Cet écart augmente nettement chez les adultes, en raison de la difficulté, voire de l'impossibilité, de traitement orthodontique chez ces personnes et de l'interdépendance entre forme et fonction, l'une aggravant l'autre et réciproquement.

La dysharmonie dento-maxillaire, conséquence d'une dysmorphose oro-faciale, entraîne une instabilité mandibulaire qui est responsable de l'installation d'une protrusion linguale, d'un bruxisme et de dyskinésies bucco-faciales.

La protrusion linguale, favorisée par une hypotonie labiale, est le résultat d'une déglutition atypique. En effet, lors de la déglutition, la présence de malpositions dentaires empêche un bon calage de la mandibule. Afin de stabiliser celle-ci, l'enfant interpose la langue entre les arcades dentaires. Le risque de traumatisme par morsure de cette langue procidente est alors majoré, car elle se trouve en permanence entre les tables occlusales des dents. En revanche, si l'hypotonie linguale ou la dysharmonie sont trop importantes, la déglutition reste infantile³¹.

Le bruxisme, dont l'attrition dentaire est le signe pathognomonique, a pour cause locale une dysharmonie dento-maxillaire. L'inconfort des dents en malposition pousse l'enfant à établir inconsciemment et de manière répétitive un meilleur contact occlusal entre les dents. Grâce à cette usure dentaire par frottement, l'enfant modifie son schéma occlusal initial afin de trouver une position stabilisante pour la mandibule. En revanche, sur des dents déjà fragiles, ou dans les cas de bruxisme sévère, l'usure excessive des dents permanentes peut atteindre des stades importants, avec perte de la dimension verticale et dénudations pulpaire, accentuant alors les désordres fonctionnels musculaires et articulaires, favorisant l'incontinence salivaire et augmentant les sensibilités dentaires et les troubles du comportement³². Cette parafonction a également une origine psychologique. Ainsi, un bruxisme peut être exacerbé lors d'une émotion intense, qui peut être provoquée par des événements aussi divers que l'arrivée d'un tiers aimé, le moment des repas, un épisode douloureux ou une période d'angoisse³³.

Les dyskinésies bucco-faciales sont fréquentes chez les personnes handicapées. Ce sont des mouvements anarchiques, involontaires et répétitifs de la face, des lèvres, de la langue, développés inconsciemment pour éviter l'inconfort de l'affrontement des dents en malposition et soulager les contractures musculaires qui résultent de l'instabilité mandibulaire. Certains auteurs considèrent les dyskinésies bucco-faciales comme un indicateur de la déficience intellectuelle. Bien qu'ils accompagnent effectivement des syndromes avec déficience intellectuelle, c'est essentiellement la

31. Hennequin et al., « Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21 ».

32. Moussa-Badran, « Quelques éléments sur la santé orale des personnes en situation de handicap ».

33. Hennequin et al., « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées ».

Dysharmonie dento-maxillaire qui en est responsable ³⁴.

2.1.2 Troubles psychomoteurs

En altérant l'autodétermination et la coordination motrice nécessaire à l'hygiène bucco-dentaire, les troubles psychomoteurs favorisent indirectement l'installation de germes pathogènes. Chez les enfants atteints de déficience mentale, l'apprentissage des gestes d'hygiène orale (se brosser les dents, se rincer la bouche puis cracher) et l'autonomie de ces actes s'acquièrent plus lentement et plus difficilement. Il est ainsi recommandé d'accompagner les enfants trisomiques dans la réalisation de leur hygiène dentaire jusqu'à l'âge de 10 ou 12 ans ³⁵.

Les troubles psychomoteurs affectent aussi les fonctions nutritionnelles de mastication et de déglutition. Au cours du stade oral, les jeunes enfants portent spontanément tout objet à leur bouche pour le mordiller, le sucer, l'absorber. Cette autostimulation peut être perturbée chez les enfants déficients mentaux. La mise en place de la mastication est alors incomplète et la succion-déglutition primaire parfois persistante. Les aliments durs, plus difficile à mâcher, sont soit avalés trop vite, constituant une des causes de la boulimie observée chez 13 % des personnes trisomiques, soit rejetés, pouvant entraîner un retard de croissance staturo-pondérale par malnutrition, soit parfois, conservés en bouche, favorisant l'apparition de pathologies carieuses ^{36 37}.

Si le passage à une alimentation mixée ou liquide est indispensable, il augmente le degré de dépendance et limite l'intégration sociale. En outre, la consistance molle des aliments et le manque de stimulation de l'appareil manducateur entretient la succion-déglutition primaire, participe à la persistance du réflexe nauséux et, en favorisant la croissance du biofilm bactérien, contribue au développement des pathologies parodontales ³⁸. Enfin, ces troubles fonctionnels sont partiellement responsables de l'installation d'une incontinence salivaire et augmentent le risque de fausses routes, qui, pour ce type d'alimentation, entretiennent les infections broncho-pulmonaires. Ces dernières étant la première cause de mortalité chez les personnes polyhandicapées ³⁹.

Les retards d'acquisition motrice de la marche augmentent le risque de chute, qui est d'autant plus violentes que la personne se protège mal, voire pas du tout, lors de crises d'épilepsie. Les chutes représentent l'étiologie principale des pathologies traumatiques chez ces personnes, au cours desquelles les fractures et les luxations partielles ou totales des dents antérieures sont les plus fréquentes ⁴⁰.

34. Hennequin et al., « Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21 ».

35. Ibid.

36. Ibid.

37. Journée de santé publique dentaire, *Les situations de handicap en santé bucco-dentaire*.

38. Hennequin et Catteau, « Personnes présentant des troubles neuromoteurs, psychiques et/ou cognitifs ».

39. Hennequin et al., « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées ».

40. Ibid.

2.1.3 Troubles comportementaux

Certains comportements atypiques sont susceptibles d'entraîner des pathologies bucco-dentaires. Ainsi, les habitudes de succion, morsure ou frottement d'objets divers plus ou moins durs provoquent des lésions d'usure dentaire abrasive. La rumination des régurgitations acides gastro-œsophagiennes entre les repas provoque des lésions d'usure dentaire érosive ^{41 42}.

Lors de comportements d'automutilations, la cavité buccale peut être le siège de morsures, de grattages ou d'abrasions non accidentels, ainsi que de violents coups assenés avec ou sans objets. Les séquelles traumatiques intéressent plus volontiers les tissus mous de la sphère oro-faciale, sous forme de coupures, lacérations voire amputations partielles. De très rares cas d'auto-extraction dentaire ont été rapportés chez des patients autistes. La prévalence augmentant avec la sévérité de la déficience, ces comportements sont surtout présents chez les personnes présentant une déficience mentale grave. Toutefois, leurs causes ne sont pas seulement comportementales, elles peuvent être d'origine neurologique ou induites par l'existence de foyers douloureux buccaux non identifiés ⁴³.

Enfin, des comportements antérieurs défavorables comme une consommation tabagique et alcoolique exagérée, une alimentation sucrée excessive et des déficits nutritionnels représentent des facteurs de risque important de développement de pathologies bucco-dentaires et générales ⁴⁴.

2.1.4 Troubles systémiques

Certains syndromes avec une déficience intellectuelle sont associés à des troubles systémiques. En effet, près d'un patient sur deux avec un syndrome de Down est atteint d'une cardiopathie congénitale ⁴⁵. Ces troubles peuvent être lourdement aggravés par les pathologies infectieuses dentaires. L'enquête du programme national inter-régimes (PNIR) dresse un constat inquiétant : en 2004, 23 % des enfants en institut médico-éducatif (IME) ou en établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) présentaient une pathologie systémique susceptible d'impliquer une surveillance bucco-dentaire particulière (épilepsie, diabète, cardiopathie congénitale, broncho-pneumopathie, trouble immunologique) ^{46 47} et parmi eux, 21 % présentaient un foyer infectieux d'origine dentaire constituant un risque d'infection focale ⁴⁸.

Inversement, le diabète et les troubles immunologiques, en compromettant les réponses de défense de l'organisme face à une agression bactérienne, facilitent l'installation des pathologies bucco-dentaires et en empirent la gravité. La prévalence élevée, la précocité et la sévérité des destructions

41. Moussa-Badran, « Quelques éléments sur la santé orale des personnes en situation de handicap ».

42. Hennequin et al., « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées ».

43. Ibid.

44. Folliguet, « La santé bucco-dentaire des personnes handicapées ».

45. Sixou, « Aspects bucco-dentaires de la trisomie 21 chez l'enfant ».

46. Dorin et al., « Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France ».

47. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

48. Ibid.

parodontales observées chez les personnes trisomiques 21 résultent d'une part, de la colonisation fréquente et précoce du biofilm par des bactéries parodontopathogènes, et d'autre part, de la perturbation fonctionnelle des polynucléaires neutrophiles et des lymphocytes T⁴⁹.

2.1.5 Effets secondaires des traitements médicamenteux

Les troubles associés à la déficience mentale se traitent à l'aide de substances chimiques qui ont souvent des effets indésirables. Parmi ces traitements, on retrouve fréquemment les médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques), antihypertenseurs (antihypertenseurs centraux, inhibiteurs calciques, diurétiques), antiépileptiques et myorelaxants et antispasmodiques. Les molécules utilisées et certains de leurs effets secondaires sont listés dans le tableau 2 (page 22).

La quasi-totalité de ces médicaments induit une sécheresse buccale (xérostomie). Dans la mesure où la salive joue un rôle primordial contre la prolifération des bactéries, son déficit en qualité et quantité augmente le risque d'affections parodontales et carieuses. L'hyperplasie gingivale induite par la phénitoïne et par les inhibiteurs calciques empêche un bon contrôle de plaque. L'accumulation de la plaque bactérienne entretient en retour l'hyperplasie et provoque des parodontopathies. La somnolence et les vertiges que peuvent entraîner certains psychotropes et les myorelaxants et antispasmodiques augmentent le risque de chute et de traumatismes dentaires. Enfin, ces médicaments pris sous forme de sirop sucré augmentent le risque de caries.

Certaines précautions sont à prendre lors des soins. En effet, l'usage d'anesthésiques locaux contenant de l'adrénaline peut causer une hypertension prolongée et sévère chez les personnes traitées par des antidépresseurs tricycliques, et les inhibiteurs calciques, vérapamil et diltiazem, inhibent le métabolisme des benzodiazépines qui sont des sédatifs utilisés pour améliorer la coopération durant les soins⁵⁰.

Les troubles psychomoteurs, en retardant l'acquisition du langage et en altérant qualitativement la phonation, sont une des causes des difficultés d'expression de la douleur. Les troubles du comportement, se manifestant par une anxiété excessive par rapport aux soins dentaires ainsi que par une perte d'estime de soi nécessaire à l'hygiène dentaire, sont quant à eux une des causes des difficultés de coopération et d'hygiène orale.

49. Hennequin et Catteau, « Personnes présentant des troubles neuromoteurs, psychiques et/ou cognitifs ».

50. University of Washington : school of dentistry, *Special needs fact sheets for patients with special needs*.

2.2 Facteurs aggravants

2.2.1 Difficultés d'expression de la douleur

La douleur constitue bien souvent les premiers signes d'appel et de recours au système de soins. Alors que cette population à haut risque de pathologies bucco-dentaires ressent la douleur comme toute personne, leurs limitations cognitives et motrices en altèrent son expression. « Les enfants autistes ont mal, mais ils ne savent pas où ni pourquoi, et ce que cela signifie ⁵¹ ». Dans près d'une famille sur trois, les parents d'enfants trisomiques ont plus de difficultés pour savoir si et où ceux-ci ont mal par rapport à leurs autres enfants. En milieu spécialisé, les difficultés d'expression de la douleur concernent un tiers des enfants souffrant de troubles moteurs et cognitifs associés ⁵². Ces difficultés perturbent la reconnaissance de la douleur par l'entourage et, par conséquent, tendent à retarder l'accès aux soins.

Une douleur non exprimée et non comprise par l'entourage est source de troubles du comportement qu'il faut savoir analyser. Les signes d'alerte d'une douleur dentaire peuvent se manifester par une aggravation de l'anxiété, un repli sur soi, une agitation, un comportement d'opposition voire d'agressivité, et sont souvent interprétés, à tort, comme des troubles de la personnalité. Ces personnes peuvent ainsi souffrir des semaines ou des mois avant que leurs douleurs ne soient reconnues et traitées ⁵³. En l'absence de soins, les pathologies évoluent, la sévérité et la durée de la douleur augmente, le risque d'infection focale s'accroît, des comportements d'automutilations et des troubles de la mastication peuvent apparaître. La souffrance psychologique et les troubles de la communication s'accroissent, en même temps que le niveau de coopération diminue. Ce n'est souvent qu'au stade de pulpite irréversible, d'abcès, voire de cellulite que l'entourage est incité à consulter, alertés par une douleur devenue trop intense ou par les signes objectifs que représente l'œdème ⁵⁴. La prise en charge s'effectue alors dans l'urgence, rendant la séance de soins difficile voire impossible et nécessitant un recours à l'anesthésie générale, ce qui implique souvent des extractions dentaires multiples ⁵⁵.

2.2.2 Difficultés de coopération

Plus d'un tiers des personnes handicapées ne peut pas coopérer pour les soins dentaires ⁵⁶. Ces difficultés de coopération représentent un obstacle aux soins et à l'hygiène bucco-dentaire. En effet, dans plus de 60 % des cas, l'insuffisance de coopération est le motif d'impossibilité de soins ⁵⁷. Les troubles cognitifs, moteurs et comportementaux, ainsi que les caractéristiques anatomiques et les

51. Colloque francophone international de médecine bucco-dentaire sociale et al., *Médecine bucco-dentaire sociale*.

52. Journée de santé publique dentaire, *Les situations de handicap en santé bucco-dentaire*.

53. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

54. Hennequin et al., « Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21 ».

55. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

56. Hennequin et al., « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées ».

57. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

obstacles physiologiques, perturbent la coopération pendant les soins.

Les troubles cognitifs rendent difficile l'acceptation de l'intrusion des instruments et des matériaux dentaires dans la bouche, celle-ci s'accompagnant souvent de sensations, de bruits et de goûts désagréables. L'opposition, l'agressivité ou la fuite sont des réponses d'autoprotection à l'environnement du cabinet qui est fréquemment perçu comme hostile et stressant ⁵⁸.

Les difficultés de ventilation nasale, empêchée notamment par l'obstruction des voies aériennes supérieures, et les répercussions de l'hyperlaxité ligamentaire au niveau des cervicales chez les patients trisomiques les empêchent d'adopter une position idéale sur le fauteuil ⁵⁹. Les dyskinésies bucco-faciales peuvent entraîner des difficultés à ne pas bouger la tête et à garder la bouche ouverte, et la persistance d'un réflexe nauséux exagéré ou une hyperactivité linguale rendent difficile l'accès aux dents. La technicité des actes devenant plus compliquée, elle représente un motif de non prise en charge pour près d'un tiers des praticiens ⁶⁰.

Les aidants des personnes présentant une déficience intellectuelle évoquent aussi le problème lié à la non-coopération ou au refus des personnes pour le brossage des dents. Très tôt, le manque de coopération de l'enfant représente une restriction de participation aux actes d'hygiène bucco-dentaire. Selon une étude menée chez des enfants âgés de 2 à 5 ans et atteints de déficience intellectuelle, après le manque de temps (42 %), l'absence de coopération (24 %) représente le deuxième obstacle que rencontrent les aidants pour le brossage biquotidien ⁶¹.

2.2.3 Difficultés d'hygiène orale

Les personnes présentant une faible dextérité manuelle et des troubles cognitifs ou intellectuels sont reconnues comme celles ayant le plus de difficultés pour réaliser efficacement leur hygiène orale. L'hygiène bucco-dentaire est une activité physique volontaire et la capacité d'une personne à réaliser efficacement cette activité dépend de ses capacités motrices (globales et fines) et de son niveau d'autodétermination.

Cette autodétermination a deux composantes. D'une part, la compréhension de l'acte demandé, de ses raisons et de ses avantages, et d'autre part, le désir d'atteindre ces avantages. Or le handicap intellectuel peut conduire à une perte d'estime, un désintérêt de soi, et est parfois accompagné de troubles moteurs. Ainsi, l'amélioration de la dextérité manuelle d'une personne présentant une déficience intellectuelle ne résultera pas nécessairement en une amélioration de son hygiène orale. C'est pourquoi, même lorsqu'il est réalisé de façon autonome, l'aide au brossage et sa vérification par

58. Catteau, « Évaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en établissement médico-social ».

59. Sixou, « Aspects bucco-dentaires de la trisomie 21 chez l'enfant ».

60. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

61. Campanaro, Huebner et Davis, « Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs ».

l'entourage est indispensable pour que ces personnes atteignent un niveau d'hygiène acceptable. Le manque de temps et de matériel est souvent évoqué pour expliquer les difficultés de brossage, mais des barrières psychologiques ont également été rapportées. Le brossage des dents est perçu par une majorité de soignants comme un acte difficile et désagréable à réaliser, principalement en raison de la perception de l'inconfort que celui-ci procure à la personne aidée ou la peur de faire mal.

Il existe également d'autres difficultés, plus spécifiques aux déficiences organiques et anatomiques liées au handicap, qui limitent l'activité de brossage des dents. Parmi elles, on retrouve les dyskinésies bucco-faciales, les mouvements de tête et de fermeture de la bouche incontrôlés, le réflexe nauséux ou celui de morsure de la brosse à dents et le fait de ne pas savoir se rincer la bouche ou, à l'inverse, de cracher de manière intempestive ⁶².

62. Catteau, « Évaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en établissement médico-social ».

Tableau 2 : Les médicaments et leurs effets secondaires

Classes	Molécules (<i>marques</i>)	Euets secondaires
Psychotropes		
Antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	Escitalopram (<i>Lexapro</i>) Fluoxétine (<i>Prozac</i>) Paroxétine (<i>Paxil</i>)	Xérostomie Dysphagie Bruxisme Vertiges Anxiété
Antidépresseurs tricycliques	Amitriptyline (<i>Elavil</i>) Désipramine (<i>Norpramin</i>) Imipramine (<i>Tofranil</i>)	Xérostomie Dysgueusie Stomatites Sialadénites
Neuroleptiques	Olanzapine (<i>Zyprexa</i>) Risperidone (<i>Risperdal</i>)	Xérostomie Dysphagie Dysgueusie Stomatites Gingivites Glossites Dyskinésies Dystonies
Antiépileptiques	Carbamazépine (<i>Tegretol</i>) Valproate de sodium (<i>Depakote</i>) Phénitoïne (<i>Dilantin</i>)	Xérostomie Dysgueusie Stomatites Hyperplasie gingivale
Antihypertenseurs		
Antihypertenseurs centraux	Clonidine (<i>Catapressan</i>) Guanfacine (<i>Tenex</i>)	Xérostomie Dysphagie Dysgueusie Sialadénites
Inhibiteurs calciques	Vérapamil (<i>Calan</i>) Diltiazem (<i>Cardizem</i>) Nifédipine (<i>Procardia</i>) Isradipine (<i>DynaCirc</i>)	Hypertrophie gingivale
Myorelaxants et antispasmodiques	Atropine (<i>Atropine</i>) Dantrolène sodium (<i>Dantrium</i>) Tizanidine (<i>Zanalex</i>)	Xérostomie Vertiges Somnolence Fatigue

Source : University of Washington : school of dentistry, *Special needs fact sheets for patients with special needs*, 2012

3 : Accessibilité au système de santé

3.1 Accessibilité physique

Dans un rapport publié en 2010, les docteurs Hescot et Moutarde distinguent deux types d'accessibilité physique, celle du patient à la structure de soins et celle du praticien à la bouche du patient.

L'accessibilité physique du patient à la structure de soins correspond à l'accès au bâtiment et au fauteuil dentaire. Elle ne pose pas réellement de problème, car 60 % des cabinets dentaires sont déjà accessibles aux fauteuils roulants, et dans 77 % des cas, les équipements sont compatibles avec l'installation du patient sur le fauteuil. En outre, la loi du 11 février 2005 fait obligation aux professionnels de santé de rendre leur cabinet, ou établissement, accessible à toute personne présentant un handicap. Toutefois, le PNIR souligne que l'absence de structure départementale ou régionale adaptée représente un obstacle à l'accès aux soins. Quand ces structures existent, elles sont souvent surchargées et le temps d'attente peut être difficile à supporter pour des personnes qui ont du mal à gérer leur angoisse⁶³. Il est donc primordial de développer une offre de soins de ville qualifiée pour ce type de population afin de désengorger ces structures.

En réalité, les problèmes d'accessibilité physique se situent au niveau de l'accessibilité du praticien à la bouche du patient et sont liés aux difficultés de coopération et aux troubles du comportement du patient. Ces spécificités rendent les séances plus complexes et les actes plus techniques, et justifient l'usage de moyens de sédation efficaces, qui nécessitent un personnel formé et un équipement adapté. On estime que 90 % des personnes à besoins spécifiques pourraient être soignées dans des cabinets de ville si la formation des chirurgiens-dentistes leur permettait d'acquérir l'expérience et de développer les compétences nécessaires à la prise en charge de ces personnes, notamment grâce à l'utilisation des moyens de sédation actuellement disponibles⁶⁴.

3.1.1 Les moyens de sédation

Ce sont « les différents moyens mis en œuvre pour assurer le confort et la sécurité de la prise en charge du patient dans un milieu qui est source d'agressions physiques et/ou psychologiques⁶⁵ ». La sédation est un continuum dont la profondeur est divisée en quatre niveaux selon les effets cliniques constatés.

63. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

64. Faulks et al., « The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health ».

65. Sauder et al., « Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu) ».

Tableau 3 : Quatre niveaux de sédation

Niveau de sédation	Euets cliniques
Sédation légère	Réponse normale à la stimulation verbale Perméabilité des voies aériennes supérieures non auctée Ventilation spontanée non auctée Fonction cardiovasculaire non auctée
Sédation modérée	Réponseencoreadaptéeàlastimulationverbaleoutactile Voies aériennes supérieures perméables sans besoin de support Ventilation spontanée efficace Fonction cardiovasculaire le plus souvent respectée
Sédation profonde	Réponseadaptéeàlastimulationrépétéeet/oudouloureuse Voies aériennes supérieures perméables avec support Ventilation spontanée peut être inadéquate Fonction cardiovasculaire le plus souvent respectée
Anesthésie générale	Aucune réponse, même à des stimulations douloureuses Supportnécessaire surlesvoiesaériennes supérieures Ventilationspontanéesouvent inadéquate Fonction cardiovasculaire pouvant être altérée

Source : Brenier et al., *Sédation consciente au cabinet*, 2010

Les moyens de sédation sont le plus souvent pharmacologiques, mais ils peuvent aussi être non pharmacologiques grâce aux techniques d'acupuncture, d'audio-analgésie, de biofeedback, d'électro-sédation ou d'hypnose. Au cabinet dentaire, la sédation ne doit pas dépasser le niveau de sédation modérée.

3.1.2 Sédation légère à modérée

Les molécules disponibles pour la pharmacosédation au cabinet dentaire sont les benzodiazépines, les molécules apparentées aux benzodiazépines, les antihistaminiques et le protoxyde d'azote. Ce dernier est administré par voie pulmonaire, en mélange équimolaire avec de l'oxygène, alors que les autres le sont généralement *per os* (par voie orale ou rectale) ; la voie intraveineuse étant exclusivement réservée à une utilisation hospitalière.

3.1.2.1. La voie *per os*

L'effet sédatif des benzodiazépines est bien connu et leurs effets anxiolytiques chez l'homme sont clairement démontrés. Elles ont des propriétés communes mais d'intensité variables selon les molécules. Elles sont anxiolytiques, hypnotiques, anticonvulsivantes, myorelaxantes et peuvent avoir un effet

Tableau 4 : Molécules sédatives

Classes	Molécules (<i>marques</i>)	Mode d'administration
Benzodiazépines		
Anxiolytiques	Diazépam (<i>Valium</i>) Bromazépam (<i>Lexomil</i>) Alprazolam (<i>Xanax</i>)	<i>Per os</i>
Hypnotiques	Loprazolam (<i>Havlane</i>)	<i>Per os</i>
Antiépileptiques	Clonazépam (<i>Rivotril</i>)	<i>Per os</i>
Anesthésiques	Midazolam (<i>Hypnovel</i>)	<i>Per os</i> Intraveineuse
Molécules apparentées aux benzodiazépines	Zolpidem (<i>Stilnox</i>)	<i>Per os</i>
Antihistaminiques	Hydroxyzine (<i>Atarax</i>)	<i>Per os</i>
Anesthésiques généraux	Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (<i>Kalinox</i>)	Pulmonaire

Source : Brenier et al., *Sédation consciente au cabinet*, 2010

amnésiant. Leurs indications se différencient en fonction de la puissance de ces différentes propriétés et des caractéristiques pharmacodynamiques et pharmacocinétiques des molécules.

Les benzodiazépines ont parfois comme effets indésirables une désinhibition conduisant à des actes inattendus et des réactions paradoxales d'irritabilité, d'agressivité, d'excitation, de confusion ou d'hallucination. Le seul antagoniste des benzodiazépines est le flumazénil (Anexate), uniquement disponible sous forme injectable (réserve hospitalière).

Un traitement au long cours par benzodiazépines entraîne une tolérance et une accoutumance. Dans ce cas, l'hydroxyzine (Atarax) est la molécule sédative de choix. C'est un antihistaminique possédant des propriétés sédatives, anxiolytiques et antiémétiques, mais dont le mécanisme d'action est mal connu ⁶⁶.

3.1.2.2. La voie pulmonaire

La sédation par inhalation d'un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) présente de nombreux avantages :

- c'est une technique non invasive ;
- l'activité peut être facilement modulée ou arrêtée ;
- les effets sur les systèmes cardiovasculaire et respiratoire sont quasiment nuls ;
- l'action et le pic d'activité sont de cinq minutes maximum, et il est possible d'alléger la sédation

66. Brenier et al., *Sédation consciente au cabinet*.

- et la durée d'action ;
- le temps de récupération est court, le protoxyde d'azote étant éliminé par voie pulmonaire en 3 à 5 minutes ;
- il n'y a pas d'effet post-sédatif ⁶⁷.

Une étude menée par l'unité de soins spécifique de Clermont-Ferrand montre que sur 330 patients présentant des troubles cognitifs, l'acte prévu avait pu être réalisé sous sédation par MEOPA dans 93 % des cas, alors qu'ils étaient tous en échec de soins dans le circuit classique et référés à l'hôpital pour des soins sous anesthésie générale ⁶⁸.

Ce type de sédation permet donc un bon déroulement des séances de soins, aussi bien pour le patient que pour le praticien. Néanmoins, une coopération convenable du patient est nécessaire pour accepter le port du masque. Afin de faciliter la sédation par MEOPA, l'équipe soignante (le praticien et son assistance dentaire) peut être complétée d'une aide opératoire pour l'administration du gaz. Pour les patients handicapés mentaux, la présence de l'entourage peut être utile.

En outre, ce gaz réduit les mouvements incontrôlés pour les personnes porteuses de troubles neuromoteurs et atténue, voire élimine, les réflexes nauséeux sévères ⁶⁹. Les principaux inconvénients de ce type de sédation concernent le coût, le stockage et la gestion des bouteilles de gaz.

La sédation par MEOPA trouve donc parfaitement son indication dans le cadre des soins au cabinet dentaire pour les personnes atteintes de déficiences cognitives. Seulement, l'autorisation récente (en 2009) du MEOPA dans les cabinets dentaires et l'obligation de formation pour pouvoir l'utiliser laisse supposer que la majorité des cabinets n'en disposent pas encore et que la plupart ne peuvent accueillir des patients en situation de handicap mental afin d'assurer, au moins, une continuité des soins ⁷⁰.

3.1.3 Sédation combinée

Il est possible d'associer simultanément différents moyens sédatifs, c'est la sédation combinée. L'association de différents agents sédatifs, généralement pharmacologiques, a comme avantage de diminuer les doses administrées et donc les effets secondaires. Les principales associations en odontologie sont les suivantes :

- Hydroxyzine (voie orale) et MEOPA (voie pulmonaire)
- Hydroxyzine (voie orale) et midazolam (voie orale)
- MEOPA (voie pulmonaire) et midazolam (voie intraveineuse)

67. Brenier et al., *Sédation consciente au cabinet*.

68. Journée de santé publique dentaire, *Les situations de handicap en santé bucco-dentaire*.

69. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

70. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

En raison de son abord intraveineux, l'association du MEOPA et du midazolam n'est pas autorisée au cabinet dentaire en France. C'est pourtant l'approche qui présente le plus de bénéfices et le moins d'inconvénients, elle permet notamment de réduire la dose de midazolam et de raccourcir les délais de récupération ⁷¹. En augmentant la dose de midazolam, il est possible de passer à une sédation plus intense, tout en évitant le recours à l'anesthésie générale.

3.1.4 Sédation profonde

La sédation profonde constitue un palier intermédiaire entre la sédation modérée et l'anesthésie générale. Elle est obtenue en injectant par voie intraveineuse du midazolam ou du propofol, ou les deux associés. Le propofol et le midazolam sont des agents anesthésiques hypnotiques puissants, d'action rapide et de courte durée, utilisés pour l'induction de l'anesthésie générale ⁷².

En France, cette procédure ne se réalise qu'en milieu hospitalier, au bloc opératoire, en présence d'un médecin et d'une infirmière anesthésistes. Elle demande un plateau technique identique à celui d'une anesthésie générale et une consultation pré-anesthésique est également requise. Les soins ne doivent pas excéder 30 minutes, durée pendant laquelle les produits sont administrés en bolus itératifs plutôt qu'en perfusion continue ⁷³.

La différence majeure avec l'anesthésie générale est qu'elle ne nécessite pas forcément de support des voies aériennes supérieures (intubation), donc l'accès à la cavité buccale est facilité, permettant la réalisation de soins conservateurs de qualité.

3.1.5 Anesthésie générale

L'anesthésie générale consiste à administrer plusieurs agents différents qui provoquent essentiellement une perte de conscience, une analgésie, une amnésie et une relaxation musculaire.

En odontologie, l'une des indications liées à l'état général du patient selon la HAS est dans le cas de « conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement bucco-dentaire à l'état vigile après échec de tentatives de soins au fauteuil ⁷⁴. ». Elle constitue donc une solution ultime, de dernier recours pour les soins dentaires des patients à besoins spécifiques et ne doit pas être considérée comme systématique. L'anesthésie générale requiert des moyens plus importants que les solutions précédentes et les extractions dentaires sont beaucoup plus fréquentes que les soins conservateurs, ces derniers étant plus difficile à réaliser dans ce type d'intervention.

71. Brenier et al., *Sédation consciente au cabinet*.

72. Gérard et al., *Pratique odontologique au bloc opératoire*.

73. Ibid.

74. Hittinger et Obrecht, « Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie ».

3.2 Accessibilité relationnelle et émotionnelle

Le refus de soins de certains chirurgiens-dentistes est aussi motivé par la difficulté à établir une relation thérapeutique avec leur patient. En effet, le bon déroulement des soins repose sur l'établissement de cette relation, qui dépend des possibilités de communication. Les personnes présentant une déficience mentale peuvent en effet avoir des difficultés pour comprendre et traiter les informations, prendre une décision et exprimer leurs besoins et leurs ressentis ⁷⁵. Surtout, ce sont des personnes très anxieuses face aux soins dentaires. 25 à 33 % des adultes qui présentent une déficience intellectuelle ont une anxiété importante lors du soin dentaire. Deux séances sont parfois nécessaires pour que ces personnes acceptent les soins, le temps de créer une relation praticien-patient idéale ⁷⁶. Pour le dentiste, à moins qu'il n'ait été formé spécifiquement, la rencontre avec un patient présentant une déficience mentale est source de stress et peut créer un sentiment d'impuissance et de frustration en cas d'échec.

Afin de faciliter l'installation de cette relation, il est important de résoudre le problème de l'anxiété chez ces patients. L'utilisation de la pharmacosédation, comme vu précédemment, constitue un des moyens d'y parvenir, mais les effets anxiolytiques ne font que contourner temporairement le problème. La pharmacosédation ne réduit pas l'anxiété à long terme. En revanche, la gestion de la douleur est un élément essentiel, car on constate que l'anxiété augmente pour les personnes trisomiques soignées sans contrôle de la douleur, alors qu'elle reste stable lorsque ces personnes sont soignées sous anesthésie générale et qu'elle diminue si elles sont soignées à l'état vigile et sous anesthésie locale ⁷⁷.

Les stratégies comportementales et cognitives sont habituellement efficaces pour prévenir ou atténuer les troubles de l'anxiété et les comportements problématiques. Une méta-analyse a montré que les techniques non pharmacologiques induisent une diminution significative de l'anxiété du soin et permettent la mise en place d'un suivi à long terme pour ces patients. Selon une étude portant sur 144 patients très anxieux, près de la moitié ont pu être soignés uniquement en utilisant des techniques cognitivo-comportementales ⁷⁸. Ces dernières, développées en psychologie comportementale et cognitive à partir des années 1950, se sont rapidement imposées comme traitement efficace contre les troubles anxieux. Certaines de ces techniques peuvent être utilisées au cabinet dentaire pour faciliter la mise en place d'une relation de confiance.

75. Blaizot et al., « Décisions thérapeutiques buccodentaires chez des patients en situation de handicap intellectuel. Éléments de réflexions éthiques apportés par les aidants ».

76. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

77. Hennequin et al., « Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21 ».

78. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

3.2.1 Les techniques 29ognitive-comportementales

3.2.1.1. La pré-exposition

La pré-exposition suit le schéma du conditionnement classique, proposé par Ivan Pavlov. Par exemple, au stimulus anxiogène de la visite chez le dentiste est associé un stimulus neutre (pas de traitement dentaire). Ensuite, la pré-exposition graduelle consiste à familiariser l'enfant avec les instruments, l'image de ses dents et de sa bouche.

3.2.1.2. Le renforcement positif

Le renforcement positif est une méthode de conditionnement opérant qui vise à renforcer et à fixer graduellement les comportements désirés par rapport à leurs conséquences. Les comportements de coopération seront gratifiés alors que les comportements indésirables seront ignorés.

3.2.1.3. La désensibilisation par exposition

La désensibilisation par exposition est aussi connue sous l'expression « Tell-Show-Do » (« Expliquer- Montrer-Agir »). Décrire au patient le fonctionnement d'un instrument et lui faire manipuler, soutiendront son intérêt et renforceront sa confiance.

3.2.1.4. L'apprentissage par modèle

L'apprentissage par modèle consiste à faire assister le patient à la consultation d'un autre patient qui a été précédemment opéré ⁷⁹.

3.2.2 Recommandations de prise en charge

Des recommandations adaptées pour chaque type de déficience ont été publiées. Elles s'inspirent de ces techniques et les appliquent au domaine dentaire. Les recommandations communes préconisent :

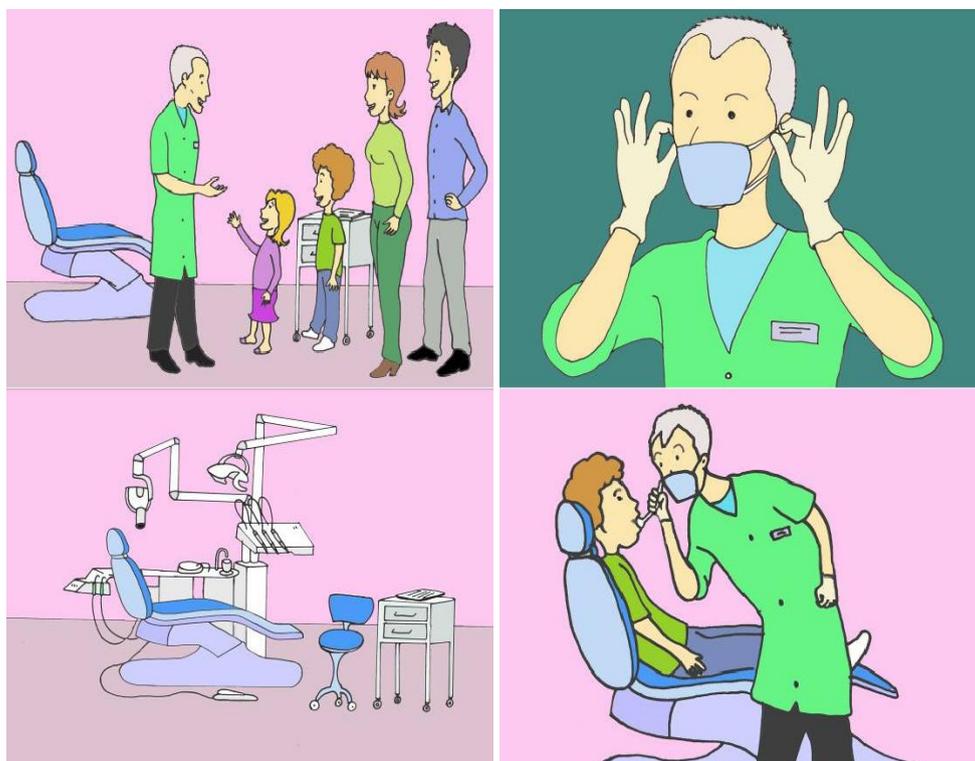
- de prévoir un entretien préalable avec les parents
- de déterminer le niveau des capacités intellectuelles et cognitives du patient ;
- d'être à l'écoute du patient et de s'adresser à lui directement en utilisant des phrases courtes, simples et claires ;
- d'effectuer d'abord un examen superficiel avec les doigts, puis de préparer le patient à l'introduction de chaque instrument, en utilisant la technique du « Tell-Show-Do » ;
- de récompenser les comportements désirés et d'ignorer les comportements inappropriés ;
- d'atténuer les stimuli sensoriels qui pourraient distraire ou stresser le patient ;

79. Théry-Hugly, « Approche psychologique de l'enfant et de l'adolescent en chirurgie buccale ».

—de garder la même équipe soignante et les mêmes jours et horaires à chaque rendez-vous^{80 81}.

Les techniques cognitivo-comportementales et les recommandations de prise en charge constituent des facilitateurs à l'accessibilité relationnelle. Afin d'améliorer la communication avec ces patients, l'équipe soignante peut également s'aider d'outils visuels adaptés, comme des photos, des vidéos, des dessins et des pictogrammes simples permettant de faire passer des messages de prévention ou d'expliquer les soins qui doivent être réalisés. Les informations remises au patient doivent être facile à lire et à comprendre.

Figure 5 : Pictogrammes représentant la visite chez le dentiste



Source : SOHDEV, *Planche de pictogrammes*, 2013

Enfin, dans cette relation, il ne faut pas oublier l'accompagnant (généralement un aidant ou un personnel médico-éducatif) qui joue un rôle crucial dans la prise de décision, la coordination et l'information⁸². Dans les institutions qui accueillent des personnes handicapées, l'information transite par le personnel médico-éducatif. C'est ce personnel qu'il convient de sensibiliser et d'informer pour qu'il puisse à son tour transmettre l'information aux personnes handicapées et à leur famille.

80. Doumbouya, « Stratégies pour mieux accueillir les jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme ».

81. University of Washington : school of dentistry, *Special needs fact sheets for patients with special needs*.

82. Blaizot et al., « Décisions thérapeutiques buccodentaires chez des patients en situation de handicap intellectuel. Éléments de réflexions éthiques apportés par les aidants ».

3.3 Accessibilité à l'information

L'importance de la santé bucco-dentaire et de l'hygiène orale sur la santé générale est mal connue des aidants. Ils ne sont ni formés, ni même sensibilisés à la problématique de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Ils n'ont souvent pas conscience des conséquences dramatiques d'une mauvaise hygiène et santé bucco-dentaires sur la qualité de vie et la santé globale des personnes handicapées. Ils ne considèrent pas la santé orale comme une priorité et renoncent plus facilement aux soins d'hygiène dentaire lorsque l'enfant n'est pas coopérant⁸³. Les pathologies menaçant la bonne santé des personnes handicapées mentales seraient moins reconnues, voire considérées comme normales, par les soignants d'établissements spécialisés⁸⁴.

3.3.1 Échelles d'évaluation de la douleur

Les aidants sont pourtant décisionnaires pour consulter le dentiste, mais ils sont gênés par le fait qu'ils ont du mal à reconnaître la douleur dentaire des personnes déficientes. Pour faciliter l'identification de comportements algiques, des outils ont été spécifiquement créés pour évaluer la douleur d'un enfant handicapé. Quatre outils de reconnaissance de la douleur existent pour les enfants atteints de déficience intellectuelle.

Deux échelles nécessitent au préalable d'avoir établi un score de base, lorsque l'enfant va bien, et sont donc à destination des aidants habituels : La « Pediatric Pain Profile » (PPP) et la « Douleur Enfant San Salvador » (DESS). Deux autres échelles peuvent être utilisées par des intervenants qui ne font pas partie de l'entourage de l'enfant. Il s'agit de la « Grille d'Évaluation de la Douleur-Déficience Intellectuelle » (GED-DI) et de l'échelle « Face Legs Activity Cry Consolability » (FLACC) modifiée⁸⁵.

Ces échelles, en se basant sur des éléments objectifs, constituent des facilitateurs à l'accès aux soins en diminuant le temps entre la reconnaissance du symptôme et la consultation chez le dentiste. Ainsi, pour un groupe de 103 personnes soignées sous anesthésie générale, 67 % des motifs justifiant la consultation étaient subjectifs (suspicion de douleur par exemple) et le délai existant entre le premier symptôme reconnu par l'entourage et la demande de consultation variait entre 2 semaines et 18 mois⁸⁶.

Le manque d'accessibilité à l'information est également un obstacle sociétal à la prévention. Toutes les familles d'enfants handicapés évoquent non pas le manque d'informations disponibles, mais le manque d'informations accessibles. Alors que les aidants sont très demandeurs d'informations sur l'hygiène bucco-dentaire, la majorité des IME ne proposent aucune formation à leur personnel⁸⁷. L'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire ne dépend pas que du temps de brossage, mais surtout

83. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

84. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

85. Pédiadol, *Douleur chez l'enfant handicapé*.

86. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

87. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

de son efficacité. Sans formation particulière, les aidants appliquent les procédures qui leur sont personnelles. Ainsi, il est important d'améliorer la représentation que les aidants ont des caractéristiques du développement, de l'adhésion et de la localisation de la plaque dentaire afin de pouvoir la décoller dans les zones où elle se développe préférentiellement ⁸⁸.

3.4 Accessibilité financière

3.4.1 Valorisation financière

Les actes de soins spécifiques pour les personnes handicapées doivent être revalorisés pour au moins deux raisons : le temps des soins et le plateau technique.

La majorité des praticiens estime que le temps des soins dédié aux personnes en situation de handicap est augmenté au minimum de 50 % par rapport à des soins comparables prodigués sur des personnes qui ne le sont pas. Selon l'enquête du PNIR, 71 % des 2965 praticiens qui avaient pu prendre ces patients ont déclaré avoir dû modifier leur procédure de soins, soit en rallongeant la durée des séances (dans 63 % des cas), soit en augmentant le nombre de ces séances (dans 61 % des cas) ^{89 90}. Sans facturation hors nomenclature ni valorisation financière, la pertinence de la facturation à l'acte est actuellement problématique, car l'accès aux soins dépend alors de la bienveillance du praticien ou de la structure de soins et n'est pas un accès de droit. Ainsi, pour un cabinet libéral, il n'est pas soutenable d'accepter dans sa patientèle un nombre trop important de personnes handicapées ⁹¹. Toutefois, d'après le rapport d'activité de RHAPSOD'IF, la durée des soins rapportés par les praticiens du réseau n'est pas particulièrement longue et leur nombre n'est pas plus important. En moyenne chaque année, un patient reçoit 2,2 séances de soins de 34 minutes ⁹². Cette disparité souligne les conséquences du manque de formation à la prise en charge des patients handicapés mentaux (moyens de sédation, techniques cognitivo-comportementales, recommandations), qui se traduit par une appréhension des praticiens et une durée de soins excessive.

Le personnel optimal associé au plateau technique du soin dentaire pour un patient handicapé mental est d'un praticien et d'un assistant spécifiquement formé, notamment dans le cadre de la sédation par MEOPA. L'offre de soins dentaires en France étant majoritairement libérale, l'utilisation de tous

88. Catteau, « Évaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en établissement médico-social ».

89. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

90. Journée de santé publique dentaire, *Les situations de handicap en santé bucco-dentaire*.

91. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

92. RHAPSOD'IF, *Rapport d'activité*.

les moyens de sédation autorisés doivent être financièrement accessibles dans ces cabinets, en premier lieu le MEOPA. Son autorisation dans les cabinets dentaires va dans ce sens, mais l'un des inconvénients de ce moyen de sédation est son coût d'utilisation. Or ce type de prise en charge ne rentrant pas dans la nomenclature, il n'est remboursé ni par l'assurance maladie ni par les mutuelles complémentaires. Afin d'être rémunéré, l'acte doit être soumis à entente directe, c'est-à-dire à l'établissement d'un devis à la charge complète du patient.

Récemment, la proposition de loi portant réforme de la nomenclature des soins et actes prothétiques dentaires introduit la prise en charge du MEOPA sous certaines conditions. Il y est évoqué une mesure en faveur des personnes en situation de handicap mental sévère bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH). Elle propose une revalorisation financière de chaque séance à hauteur de 60 €, ou de 90 € si le MEOPA est utilisé. Cette valorisation entrerait en vigueur au 1er janvier 2018, sous réserve d'une décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ⁹³.

3.4.2 Reconnaissance administrative

Le niveau de ressources des personnes en situation de handicap étant souvent plus faible que celui des personnes qui ne le sont pas, il ne favorise pas l'accès à un contrat de couverture complémentaire leur permettant d'amortir une partie du reste à charge inhérent aux soins dentaires. Or, en 2012, le renoncement aux soins dentaires des personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire dépasse les 41 %, contre 16 % pour celles qui en bénéficient et 21 % pour les personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ⁹⁴. Il est donc probable que le renoncement aux soins pour des raisons financières soit majeur pour les personnes en situation de handicap.

Afin de limiter le renoncement aux soins dentaires pour ces raisons, deux aides financières existent. Il s'agit de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui relèvent de la compétence des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ⁹⁵. L'AEEH est une prestation destinée aux personnes assumant la charge d'enfants et de jeunes en situation de handicap, jusqu'à leur 20 ans. Elle vise à compenser les frais d'éducation et de soins qui leur sont apportés. L'AAH est une allocation de solidarité destinée à assurer aux personnes handicapées un minimum de ressources. Elle ne vise pas directement à compenser les frais de soins et, de surcroît, refuse le droit à la CMU complémentaire, car le montant de l'AAH est supérieur au plafond de ressources fixé pour avoir droit à la CMU complémentaire. En revanche, les personnes allocataires de l'AAH peuvent avoir droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS), celle-ci étant réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de

93. Fragonard, « Règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ».

94. Célant, Guillaume et Rochereau, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*.

95. Orphanet, « Vivre avec une maladie rare en France »

la CMU-C. L'ACS donne droit, durant un an, à une aide au financement d'une assurance complémentaire santé (une mutuelle). En plus de cette aide, l'ACS ouvre droit au tiers payant total. C'est-à-dire à la prise en charge totale des frais pour les soins dentaires par l'assurance maladie. Cette aide pour une complémentaire santé n'est malheureusement pas automatique pour les personnes bénéficiant de l'AAH et doit être renouvelée tous les ans.

4 : La solution des réseaux de santé

Un réseau de santé, c'est la collaboration, sur la base du volontariat, de plusieurs professionnels impliqués dans la prise en charge de patients souffrant de pathologies auxquels le réseau souhaite apporter des solutions allant au-delà des réponses traditionnelles du système, parfois jugées trop cloisonnées. Les réseaux de santé sont thématiques, c'est-à-dire spécialisés dans la prise en charge d'une pathologie particulière.

Depuis le 4 mars 2002, l'article L6321-1 de la loi n° 2002-303 du Code de la santé publique, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, donne un cadre juridique aux réseaux de santé et définit leurs missions et leur organisation :

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

4.1 Les réseaux de santé bucco-dentaire

Les réseaux de santé bucco-dentaire s'adressent aux personnes à besoins spécifiques en santé orale, comme les personnes handicapées, mais également aux personnes âgées dépendantes et aux personnes en situation de précarité. Ils tentent de remédier aux problèmes d'accessibilité aux soins et à la prévention en levant les obstacles environnementaux qui ont été évoqués précédemment.

En France, il existe une dizaine de réseaux de santé bucco-dentaire dédiés aux personnes à besoins spécifiques en santé orale. Les premiers ont été fondés au début des années 2000, sous l'impulsion de chirurgiens-dentistes, de professionnels d'établissements médico-sociaux et d'associations de parents concernés par cette problématique, désireux de trouver une solution et les moyens de répondre à la demande de ces patients⁹⁶. Ces organismes mettent à disposition une offre de soins et de prévention coordonnée à l'échelle d'une région, d'un département ou d'une ville, et leur différence rend compte de la diversité des moyens locaux sur lesquels ils sont construits.

Les réseaux intervenant à l'échelle régionale sont :

95. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

- Le Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques D’Ile de France (RHAPSOD’IF) (sauf le département de l’Essonne) ;
- le réseau de Santé Bucco-Dentaire Handicap en Rhône-Alpes (SBDH-RA) ;
- les réseaux Handident en Alsace, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Franche-Comté et Provence- Alpes-Côte d’Azur (PACA) ;
- Acsodent PDLL en Pays de la Loire, axé uniquement sur la prévention. Les réseaux intervenant à l’échelle départementale sont :
 - Appolline dans l’Essonne ;
 - l’Association Odontologique de Suivi Itinérant de Soins (AOSIS) dans la Vienne ;
 - Albatros dans l’Indre.

Le réseau Soins Dentaires Spécifiques (SDS) Bretagne intervient dans les villes de Brest, Rennes, Saint-Brieuc et Vannes.

S’inscrivant dans une réalité locale, ces réseaux sont de taille variable et n’ont pas tout à fait le même fonctionnement, mais ils ont tous été construits sur une logique collaborative entre les praticiens de ville et les structures hospitalières. Ces réseaux « ville-hôpital » s’organisent autour de trois convictions :

- l’offre de soins doit être graduée ;
- la formation des praticiens est primordiale ;
- la prévention et l’éducation thérapeutique sont les éléments fondamentaux pour l’amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées.

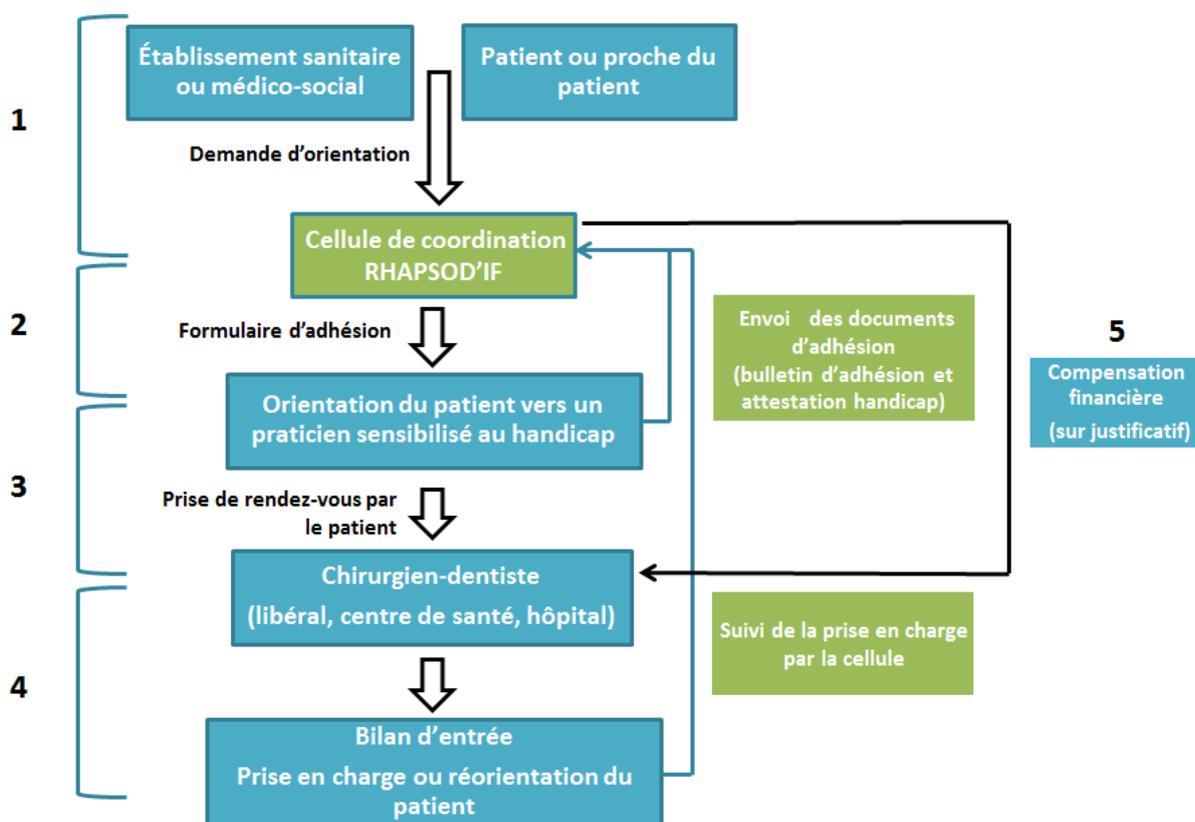
4.2 L’offre de soins

L’idée centrale d’un réseau « ville-hôpital » est celle du maillage territorial. Cela signifie que, dans un territoire donné, des professionnels de santé font le choix de collaborer en vue d’améliorer l’accompagnement des usagers du réseau. Cette organisation accélère l’orientation du patient, qui ne se retrouve pas seul à devoir repérer les professionnels ou établissements susceptibles de pouvoir répondre à ses besoins.

Pour bénéficier des services d’un réseau, le patient doit d’abord y adhérer en signant une charte, soit directement, soit par l’intermédiaire d’un établissement de santé conventionné avec le réseau. La cellule de coordination lui propose ensuite une structure de soins géographiquement proche, et adaptée à son handicap. À l’issue d’une première consultation, le praticien évalue la coopération du patient, ses besoins et l’ampleur des soins à réaliser et détermine s’il peut prendre en charge le patient au sein de la structure dans laquelle il exerce. Dans le cas contraire, il le signale à la cellule de

coordination qui réoriente alors l'utilisateur en conséquence, dans une structure plus appropriée ⁹⁷.

Figure 6 : Intégration au sein du réseau RHAPSOD'IF



Source : RHAPSOD'IF, *Rapport d'activité*, 2016

L'offre de soins est graduée et répartie sur le territoire d'un réseau de sorte qu'elle puisse répondre correctement à la demande et la spécificité du patient, tout en restant géographiquement proche.

4.2.1 Les centres de santé orale de niveau 1

Les centres de santé orale de niveau 1 (CSO1), représentent tout établissement au sein desquels peuvent être réalisés des soins à l'état vigile ou sous sédation consciente, donc ne nécessitant pas un plateau technique considérable. Ces structures du premier échelon sont en majorité composées de cabinets dentaires et de centres de santé. À titre d'exemple, l'offre de soins de RHAPSOD'IF est constituée de 76 cabinets libéraux, 5 centres de santé et 9 services hospitaliers ⁹⁸. Tous les cabinets dentaires n'étant pas équivalents, les mieux équipés sont identifiés comme des centres de référence.

Réparties sur le territoire, l'existence même de ces structures dédiées au handicap, plus légère qu'un

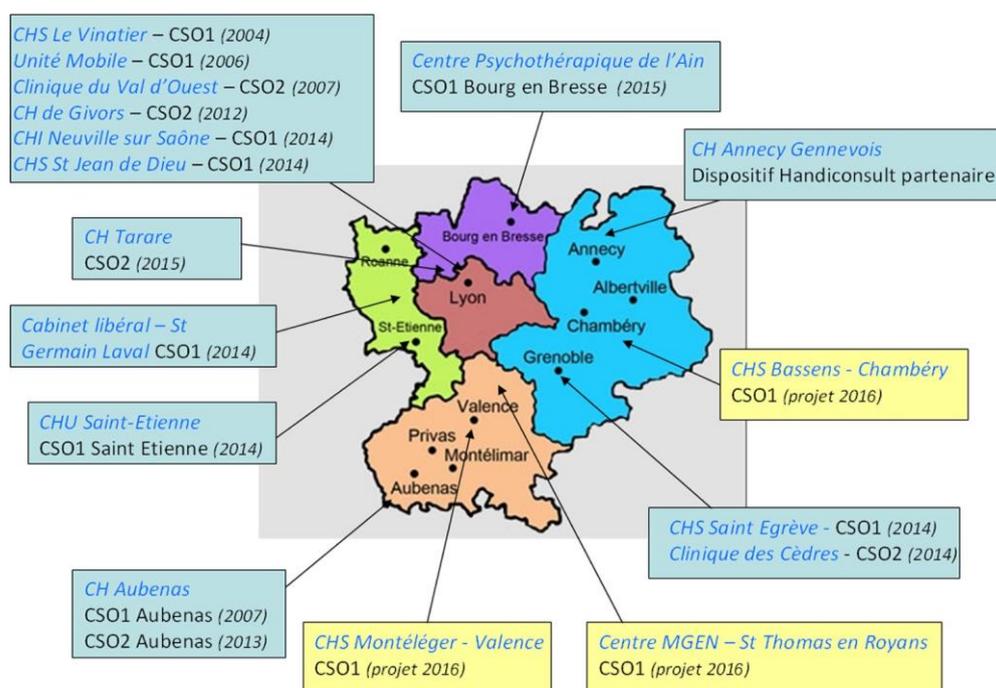
96. RHAPSOD'IF, *Rapport d'activité*.

97. Ibid.

hôpital et permettant un suivi régulier, constitue déjà un facilitateur à l'accès aux soins des adhérents d'un réseau ⁹⁹. Pour les patients, le temps de trajet vers le lieu de soins est raccourci et pour les établissements médico-sociaux, les coûts liés au transport des résidents et à la mobilisation du personnel sont réduits.

Bien que la majorité des personnes handicapées pourrait être soignée dans ces cabinets et centres de santé, certaines personnes souffrant de handicaps lourds ne le pourront jamais. Soit parce qu'elles sont dans l'incapacité totale de coopérer, soit parce que leurs déficiences physiques ne leur permettent pas d'adopter une position autorisant la réalisation des soins ¹⁰⁰. Lorsque les actes deviennent trop complexes et ne peuvent être réalisés dans des conditions de sécurité et de professionnalisme, ils doivent être pratiqués dans des structures du deuxième échelon.

Figure 7 : Répartition de l'offre de soins du réseau SBDH-RA



Source : Réseau SBDH-RA, Rapport d'activité, 2015

4.2.2 Les centres de santé orale de niveau 2

Les centres de santé orale de niveau 2 (CSO2) correspondent aux cliniques et aux hôpitaux qui disposent des ressources matérielles et humaines nécessaires pour réaliser des soins sous sédation profonde ou sous anesthésie générale. Par exemple, le réseau Handident Alsace s'est doté d'un centre de

98. Blaizot et al., « Décisions thérapeutiques buccodentaires chez des patients en situation de handicap intellectuel. Éléments de réflexions éthiques apportés par les aidants ».

100. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

ressource en santé orale à la clinique Saint-François, le « Centre Handident », qui lui permet de réaliser des soins sous sédation profonde et de faire des examens complémentaires radiologiques de dernière génération grâce à l'installation d'un « Cone Beam » couché ¹⁰¹.

Les partenariats avec les cliniques et les hôpitaux permettent en effet d'avoir accès à un plateau technique optimal en mettant à disposition des réseaux le matériel nécessaire et une équipe expérimentée. Les soins sont alors réalisés soit par un chirurgien-dentiste libéral membre du réseau, soit par un praticien hospitalier de l'établissement ¹⁰².

Ces structures sont comparativement moins nombreuses et plus coûteuses que les CSO1, mais elles représentent une offre de soins particulièrement complète, réservée aux cas les plus complexes.

4.2.3 Les unités de santé mobiles et portatives

De manière à atteindre des établissements plus isolés, certains réseaux de santé, comme les réseaux SBDH-RA, Handident PACA et Appolline, se sont équipés d'unités mobiles, appelées « bus dentaire », et d'unités portatives, qui permettent aux praticiens de se déplacer sur le lieu de vie du patient. Elles permettent de réaliser des soins à l'état vigile et sous sédation consciente, avec, dans le cas du bus dentaire, un plateau technique équivalent à celui d'un cabinet de ville. L'avantage des unités portatives est que l'anxiété des patients est plus faible quand ils sont soignés dans un cadre qui leur est familier et où ils se sentent en sécurité. Ces dispositifs sont d'une grande efficacité et sont parfois les seuls et uniques moyens pour une personne handicapée d'accéder aux soins dentaires ¹⁰³.

Les réseaux s'appuient donc sur des structures de droit commun, en complémentarité avec des établissements et des dispositifs spécialisés, mais pour pouvoir proposer cette offre de soins, les réseaux ont besoin de praticiens sensibilisés et formés à la spécificité de la prise en charge des personnes handicapées. Or, la formation des professionnels de santé à la prise en charge du handicap est lacunaire et le renoncement pour le praticien est principalement lié à cette absence de formation ¹⁰⁴.

4.3 La formation des professionnels de santé

« Le chirurgien-dentiste est formé pour soigner n'importe quel type de pathologie dentaire, mais il n'a pas été formé à la rencontre particulière avec la personne handicapée. Une rencontre particulière qui suppose d'avoir une attitude, des gestes, un langage, une confiance et une empathie spécifiques ¹⁰⁵. »

101. Handident Alsace, *Rapport d'activité*.

102. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

103. Jacob, « Rapport sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées ».

104. Hennequin et Tubert, « Prise en charge par les chirurgiens-dentistes du Puy De Dôme des personnes handicapées ».

105. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

La formation des professionnels de santé, qu'elle soit initiale ou continue, aborde trop peu la question du handicap pour que celle-ci soit acquise par les soignants. Parmi les 6895 praticiens consultés lors de l'enquête du PNIR, 86,6 % déclaraient n'avoir reçu aucune formation sur les soins spécifiques aux personnes en situation de handicap, alors que le sujet avait été abordé lors de la formation initiale pour 10,6 % des cas, et en formation continue pour 2,2 % des cas. Enfin, 0,5 % des praticiens avaient validé une formation diplômante en relation avec ce sujet ¹⁰⁶.

La formation universitaire étant déjà lourde, le meilleur moyen pour améliorer la prise en charge de ces patients est de sensibiliser les étudiants au handicap lors de la formation initiale et de jouer sur la formation continue ¹⁰⁷. À cet effet, les réseaux organisent des séminaires pour sensibiliser les étudiants à la problématique du handicap et proposent des sessions de formation continue à destination des chirurgiens-dentistes et des assistants dentaires. Ces enseignements se veulent variés et abordent de nombreuses facettes du handicap. Ils ont notamment pour objectif de dédramatiser la prise en charge des personnes en situation de handicap au cabinet dentaire et de former les chirurgiens-dentistes à l'utilisation du MEOPA, à l'approche cognitivo-comportementale et à d'autres techniques d'approche.

Toutefois, si la formation n'est pas couplée à une expérience renouvelée avec des patients handicapés, elle perd de son intérêt. Acsodent et Handident PACA proposent l'obtention d'une attestation d'étude universitaire intitulée « Sédation consciente au MEOPA pour les soins dentaires », dans laquelle la formation théorique des dentistes est complétée par des vacances cliniques qui valident les protocoles diffusés. Afin de faciliter l'intégration de nouveaux praticiens, un accompagnement initial est proposé par le réseau SBDH-RA pour la réalisation des soins et des programmes de prévention ¹⁰⁸ ¹⁰⁹ ¹¹⁰.

Les réseaux collaborent aussi entre eux pour former leurs membres et enrichir leur offre de soin. Une équipe châtelleraudaise du réseau AOSIS, composée d'un médecin et d'une infirmière anesthésistes, de la responsable du bloc, du médecin coordinateur et de 5 chirurgiens-dentistes, s'est formée auprès du réseau Handident Alsace à l'utilisation de la sédation profonde, afin de la mettre en place dans sa pratique ¹¹¹. Enfin, dans le but de favoriser les échanges pluridisciplinaires et mettre régulièrement à jour les procédures, des soirées, des rencontres et des réunions sont régulièrement organisées entre les membres d'un ou de plusieurs réseaux, sous forme de colloque.

En améliorant la formation et en augmentant le nombre de cliniciens capables de traiter les patients handicapés, l'offre de soins s'élargit et laisse seulement les cas les plus difficiles aux hôpitaux ou aux spécialistes. Par ailleurs, la sensibilisation et l'éducation thérapeutique des personnes en situation de

106. Haute autorité de santé, « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ».

107. Mission régionale d'information sur l'exclusion, *Accès à la santé des personnes en situation de handicap et de précarités*.

108. Acsodent PDLL, *Rapport d'activité*.

109. Handident PACA, *Rapport d'activité*.

110. Réseau SBDH-RA, *Rapport d'activité*.

111. AOSIS, *Rapport d'activité*.

handicap et de leur entourage est également un préalable à une prévention bucco-dentaire précoce dont découleraient des soins moins intrusifs, lorsque ceux-ci sont nécessaires.

4.4 Les programmes de prévention

« Toutes les expériences, en particulier dans les pays nordiques, ont prouvé que prévention primaire et soins précoces aboutissaient à court, moyen et long termes à une baisse de la demande, donc à une baisse des coûts pour la collectivité. C'est pourquoi, il faut avant tout privilégier les solutions qui permettront aux personnes handicapées et à leur entourage d'accéder en amont à la prévention bucco- dentaire, afin de limiter les soins en aval ¹¹². »

Accéder à la prévention c'est, comme pour les soins, accéder aux praticiens pour les actes de prévention (comme le scellement de sillons), mais c'est aussi accéder à l'éducation thérapeutique, c'est-à-dire à l'information et aux formations qui permettent de réaliser les pratiques d'hygiène quotidienne et d'éviter l'apparition de pathologies bucco-dentaires. Malheureusement, les personnes en situation de handicap échappent souvent aux campagnes nationales de prévention – même lorsque celles-ci sont déployées à grande échelle et avec des moyens importants – et leur entourage ne bénéficie généralement d'aucune formation ou information relative au handicap en santé orale auquel la personne est confrontée ¹¹³. Dans les établissements médico-sociaux, la prévention bucco-dentaire est quasiment inexistante. Selon l'étude du PNIR portant sur 1 259 établissements, dans 90 % des cas, il n'existait aucune prévention collective (par exemple la fluoruration collective), aucune formation, aucun protocole individuel d'hygiène pour gérer les problèmes carieux et infectieux des résidents ¹¹⁴.

Grâce aux réseaux, les établissements conventionnés peuvent bénéficier de programmes de prévention, à l'issue et au moment desquels sont réalisées la formation et l'information du personnel d'établissement et des aidants professionnels et familiaux. Selon les réseaux, ces programmes de prévention comprennent :

- des dépistages, en établissement ou à domicile ;
- des actes de prévention (scellement de sillons, fluoruration topique, etc.) ;
- des actions d'éducation thérapeutique à la santé orale, qui sont des formations pratiques axées sur le repérage des pathologies bucco-dentaires et l'amélioration des techniques d'hygiène orale ;
- des formations théoriques et des informations concernant la santé bucco-dentaire, à destination des personnels d'établissement et des aidants.

112. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

113. Ibid.

114. Journée de santé publique dentaire, *Les situations de handicap en santé bucco-dentaire*.

Le but de ces formations n'est pas de transformer les aidants en professionnels de santé, mais de leur permettre d'assurer leur mission d'accompagnement dans de bonnes conditions, notamment sur les gestes de la vie quotidienne. Il existe en France une formation spécifique destinée aux professionnels paramédicaux et éducatifs motivés à devenir des correspondants en santé orale. Ces derniers contribuent à la mise en œuvre de programmes et protocoles de prévention dans les établissements médico- sociaux dans le but d'harmoniser les pratiques professionnelles, de former le personnel, et d'améliorer l'hygiène et la santé bucco-dentaire des résidents. Le réseau Acsodent PDL propose des formations de correspondant en santé orale à destination du personnel soignant et non soignant des établissements médico-sociaux. La création en 2007 de ce poste dédié, constitue un progrès considérable en santé publique bucco-dentaire.

Naturellement, rien de ce qui vient d'être évoqué – l'offre de soins graduée, la formation des professionnels de santé, les programmes de prévention n'est possible sans un financement important et pérenne.

4.5 Le financement des réseaux

La vie d'un réseau de santé, son fonctionnement et ses moyens d'action dépendent fortement de ses sources de financement. Les organismes gestionnaires des réseaux, en tant qu'associations loi de 1901, ont accès à des subventions de l'État. En majeure partie, ce sont les agences régionales de santé (ARS), au titre du fonds d'intervention régional (FIR) ou du pôle de prévention et promotion de la santé (PPS), qui financent les réseaux¹¹⁵. Afin de justifier leur financement, les réseaux sont tenus de rendre un rapport d'activité annuel aux ARS. Les autres sources de financement sont les cotisations des adhérents, les subventions ponctuelles des conseils régionaux ou des caisses régionales d'assurance maladie et les dons.

Selon l'ampleur de l'enveloppe budgétaire dont ils disposent, les réseaux sont en mesure d'investir dans des équipements spécifiques souvent onéreux (bus dentaire, cone beam couché, sédation profonde) ou d'utiliser ces subventions pour garantir une compensation financière incitant les chirurgiens-dentistes libéraux à prendre en charge des patients handicapés et à participer aux programmes de prévention. Ainsi, les pertes financières liées à la fermeture du cabinet lors des journées de prévention sont en partie compensées et les réseaux montrent aux praticiens que l'investissement matériel et humain que demande la prise en charge d'un patient en situation de handicap est reconnu¹¹⁶.

Les praticiens sont rémunérés à la séance, par vacation ou selon une logique de « forfait ». Le plus communément, la rémunération est de 50 € de l'heure pour une vacation de 3 heures. Dans le cadre

115. RHAPSOD'IF, *Rapport d'activité*.

116. Ibid.

du réseau Handident Alsace, l'acte de soin au cabinet dentaire est majoré de 50 %. Chez RHAPSOD'IF, une séance est rémunérée 60 €, ou 90 € avec utilisation du MEOPA. En revanche, dans ce réseau, les praticiens des centres conventionnés ne touchent pas directement les indemnités financières, ce qui ne les incite pas à prendre en charge des patients en situation de handicap.

Le développement et la pérennité des réseaux demandent donc des ressources financières importantes et durables. Or, les subventions ne sont renouvelées qu'annuellement et les bailleurs de fonds s'engagent et se désengagent au gré des politiques régionales de santé, mettant chaque année en péril les actions des réseaux ¹¹⁷. Pour pallier ces circonstances, les réseaux cherchent à diversifier leurs sources de financement, mais à l'avenir, les dépenses aujourd'hui supportées par les réseaux devraient pouvoir venir du droit commun, c'est-à-dire de l'Assurance Maladie.

117. Hescot et Moutarde, « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ».

Conclusion

La compréhension du handicap a bien évolué ces dernières décennies. Les récentes classifications internationales insistent maintenant sur l'aspect social et sur les composantes environnementales d'un handicap devenu multifactoriel et multidimensionnel. Ainsi, les personnes présentant une déficience mentale, par la prévalence et la sévérité de leurs pathologies bucco-dentaires, les impacts indirects de leur déficience sur celles-ci et leur dépendance à l'environnement dans lequel elles vivent, se trouvent en plus dans une situation de handicap en santé orale.

Ce mauvais état de santé bucco-dentaire comparé à la population générale s'explique, en partie, par la présence de nombreux facteurs de risque liés aux déficiences des fonctions organiques et des structures anatomiques, et par la présence de facteurs aggravants qui résultent des limitations d'activité et des restrictions de participation caractérisant le handicap mental.

Les facteurs environnementaux sociétaux, comme la formation des professionnels de santé et les décisions des organismes nationaux de santé, déterminent l'orientation du système de santé à l'égard des patients à besoins spécifiques. Par ailleurs, les caractéristiques de l'environnement immédiat, proche de la personne, comme les attitudes de l'entourage, peuvent être des obstacles ou des facilitateurs individuels à l'accessibilité au système. Si d'une part des facilitateurs individuels, comme les moyens de sédation et les techniques cognitivo-comportementales, améliorent la prise en charge des personnes handicapées, d'autre part, des facilitateurs sociétaux, à l'image des réseaux de santé bucco-dentaire, favorisent l'accès aux soins et à la prévention de ces patients.

Agissant à différents niveaux, les réseaux apportent des solutions aux familles et aux patients, en les mettant en relation avec des praticiens formés ; aux établissements médico-sociaux, en servant de structure de référence en matière de santé orale ; aux praticiens libéraux, en valorisant leur activité ; aux établissements de santé, en diversifiant leur offre de soins ¹¹⁸.

Certains points n'ont pas été évoqués, comme les réhabilitations prothétiques qui sont aujourd'hui facilitées par les techniques de conception et fabrication assistées par ordinateur (CFAO), ou encore l'absence de la profession d'hygiénistes dentaires qui réalisent les soins prophylactiques et conservateurs dans d'autres pays. Aussi, d'autres associations œuvrent pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées mentales. L'association « Santé orale et soins spécifiques » (SOSS) a comme objectif, entre autres, de fédérer les réseaux et de promouvoir toute initiative en faveur de l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. L'association « Santé orale, handicap, dépendance et vulnérabilité » (SOHDEV), à l'origine du réseau

118. Folliguet, « La santé bucco-dentaire des personnes handicapées ».

SBDH-RA, conduit des projets de recherche clinique et odontologique et participe à des actions de santé publique axées sur la prévention et l'éducation thérapeutique, comme le font de même l'« Union française de santé bucco-dentaire » (UFSBD) et l'« Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis » (UNAPEI).

Enfin, l'activité de soins des réseaux n'a pas été détaillée, tant leurs rapports d'activité sont hétérogènes et peu comparables, la file active des patients variant d'un facteur 10 entre les plus petits et les plus gros réseaux. Néanmoins, les soins conservateurs et surtout les détartrages sont le type de soins majoritaire comparés aux autres (extractions, prothèse, endodontie), et le mode de prise en charge à l'état vigile ou sous MEOPA est quasi-exclusif par rapport à l'anesthésie générale, à l'exception du réseau Handident Alsace qui a une importante activité sous sédation profonde.

Les réseaux sont une solution pour améliorer l'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap mental. Depuis maintenant plus de dix ans, leur nombre et leur activité n'ont cessé de croître, preuve de leur efficacité à répondre à un besoin bien réel. Leur multitude et leur diversité intrinsèque interrogent la pertinence de leur mutualisation afin de les mettre en lumière et de promouvoir leur action. C'est ce que tente de faire l'association SOSS. Il ne s'agit pas de les uniformiser ni de les harmoniser, mais de les fédérer dans le but d'optimiser leur coordination et de favoriser par la suite la création de nouveaux réseaux. Cette fédération fournirait à ses membres les outils pour se développer et répondre aux problématiques qui concernent l'activité d'un réseau de santé, tout en conservant l'autonomie qui leur est nécessaire pour s'adapter aux réalités locales. Idéalement, cette fédération s'intégrerait au système de santé de droit commun, garantissant leur fonctionnement et leur financement, et les réseaux ne constitueraient alors plus une alternative parallèle pour l'accès aux soins bucco-dentaires des patients à besoins spécifiques.

Bibliographie

Acso dent PDLL. *Rapport d'activité*, 2016.

AOSIS. *Rapport d'activité*, 2016.

Assante, V. « Des personnes handicapées... aux situations de handicap ! » In *Politique et handicap*, sous la direction de X. Emmanuelli et C. Gardou, 83–96. Ramonville Saint-Agne : Érès, 2007.

Blaizot, A., T. Trentesaux, C. Hervé et O. Hamel. « Décisions thérapeutiques bucco-dentaires chez des patients en situation de handicap intellectuel. Éléments de réflexions éthiques apportés par les aidants ». *Éthique & Santé* 10, n° 1 (2013) : 9–17. doi :10.1016/j.etiqe.2012.11.002. <http://emvmsa1a.jouve-hdi.com/article/793570>.

Brenier, P., D. Bandon, J. Choukroun, A. Moutarde, M. Raucoules-Aimé, Y. Roche et P. Samakh. *Sédation consciente au cabinet*. Paris : Association dentaire française, 2010.

Camberlein, P. *Politiques et dispositifs du handicap en France*. 3^{ème} éd. Paris : Dunod, 2015.

Campanaro, M., C. E. Huebner et B. E. Davis. « Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs : tooth brushing among children with special needs ». *Special Care in Dentistry* 34, n° 4 (2014) : 185–192. doi :10.1111/scd.12057. <http://doi.wiley.com/10.1111/scd.12057>.

Catteau, C. « Évaluation d'une mesure nationale expérimentale d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire en établissement médico-social : le projet santé orale et autonomie ». Thèse de doct., Université d'Auvergne-Clermont-Ferrand I, 2013. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-O1165212/>.

Célant, N., S. Guillaume et T. Rochereau. *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*. Sous la direction de l'institut de recherche et documentation en économie de la santé. 125. Paris : IRDES, 2014. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>.

Chapireau, F., J. Constant, B. Durand et J. Ladsous. *Le handicap mental chez l'enfant : une synthèse neuve pour comprendre, agir, décider*. 49–60. Paris : Ed. ESF, 1997. Colloque francophone international de médecine bucco-dentaire sociale, Aide odontologique de suivi itinérant de soins (Poitiers), Office national de la formation odontologique continue (Vienne, département) et Comité d'hygiène bucco-dentaire (Vienne, département), éd. *Médecine bucco-dentaire sociale : 2 et 3 avril 2015, Futuroscope, Poitiers : handicap, dépendance, précarité*. Poitiers : Atlantique, éditions de l'actualité scientifique Poitou-Charentes, 2016.

Dorin, M., V. Moysan, C. Cohen, C. Collet et M. Hennequin. « Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France ». *Pratiques et organisation des soins* 37, n° 4 (2006) : 299–312. http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/Besoins_bucco-dentaires.pdf.

Dombouya, M. A. « Stratégies pour mieux accueillir les jeunes ayant un trouble du spectre de l'autisme », 2014. http://jupiter.uqo.ca/dents/documents/5.7_strategies.pdf.

Faulks, D., L. Freedman, S. Thompson, D. Sagheri et A. Dougall. « The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health : value of education in special care dentistry ». *European journal of dental education* 16, n° 4 (2012) : 195–201. doi :10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x>.

Folliguet, M. « La santé bucco-dentaire des personnes handicapées ». *Direction générale de la santé*, 2006. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_

personnes _ handicapees.pdf.

Fragonard, B. « Règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ». *Journal officiel de la république française*, 2017. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reglement_arbitral.pdf.

Gérard, É., H. Moizan, D. Duran et M. Stricker. *Pratique odontologique au bloc opératoire : de la chirurgie ambulatoire à l'anesthésie générale*. Rueil-Malmaison : Éditions CdP, 2009.

Handident Alsace. *Rapport d'activité*, 2016. <http://www.fondation-saint-francois.com/Portals/4/Templates/2017-06-01-Handident-Rapport%20d%20activit%C3%A9%202016.pdf>.

Handident PACA. *Rapport d'activité*, 2016.

Haute autorité de santé. « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ». *Rapport de la commission d'audition publique*, 2008. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_736312/fr/rapport-de-la-commission-audition-publique-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap.

Hennequin, M., et C. Catteau. « Personnes présentant des troubles neuromoteurs, psychiques et/ou cognitifs ». In *Parodontologie & dentisterie implantaire : Médecine parodontale*, sous la direction de P. Bouchard, 1 : 594–600. Paris : Lavoisier Médecine Sciences, 2014.

Hennequin, M., V. Collado, D. Faulks et J.-L. Veyrone. « Spécificité des besoins en santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées ». *Motricité cérébrale : réadaptation, neurologie du développement* 25, n° 1 (2004) : 1–11. doi :10.1016/S0245-5919(04)97413-4. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0245591904974134>.

Hennequin, M., D. Faulks, J.-L. Veyrone et M. Faye. « Le syndrome bucco-facial affectant les personnes porteuses d'une trisomie 21 ». *Information dentaire* 82 (2000) : 1951–1966. <http://neurhone.wifeo.com/documents/syndrome-bucco-faciale-Trisomie-21.pdf>.

Hennequin, M., et S. Tubert. « Prise en charge par les chirurgiens-dentistes du Puy De Dôme des personnes handicapées ». *L'Information Dentaire* 81 (1999) : 2861–2877. <http://www.information-dentaire.fr/formation/9453/>.

Hescot, P., et A. Moutarde. « Rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire ». *Secrétariat d'État chargé de la famille et de la solidarité*, 2010. http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/04/rapport_pour_mme_morano_sur_le_handicap.pdf.

Hittinger, M.-C., et O. Obrecht. « Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie ». *Haute autorité de santé*, 2005. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_268962/fr/anesthesie-odontologie-rapport-pdf.

Jacob, P. « Rapport sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées », 2013. <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pjacob-O3O6-macarlotti.pdf>.

Jamet, F. « De la classification internationale du handicap (CIH) à la classification internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF) ». *La nouvelle revue de l'AS* 22 (2003) : 163–171. http://www.ecolepourtous.education.fr/fileadmin/pdf/INSHEA_Jamet.pdf.

Journée de santé publique dentaire. *Les situations de handicap en santé bucco-dentaire*. Sous la direction de la société française des acteurs de la santé publique bucco-dentaire. Créteil : Conseil général du Val-de-Marne, 2009. <http://aspbd.free.fr/documents/JSPBD/9eme-JSPBD.pdf>.

- Mission régionale d'information sur l'exclusion. *Accès à la santé des personnes en situation de handicap et de précarités*, 2016.
http://www.mrie.org/images/MRIE/mrie/MRIE/DOCUMENTS/ETUDES/ Etude_MRIE_-_2016-O1_-_Handicap_pauvret%C3%A9_et_acc%C3%A8s_aux_soins.pdf.
- Moussa-Badran, S. « Quelques éléments sur la santé orale des personnes en situation de handicap ». *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation* 33, n° 1 (2013) : 26–30. doi :10 . 1016 / j . jrm . 2013 . 02 . 002. [http : / / linkinghub . elsevier . com / retrieve/pii/SO242648X13000078](http://linkinghub . elsevier . com / retrieve/pii/SO242648X13000078).
- Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages : un manuel de classification des conséquences des maladies*. Sous la direction de l'institut national de la santé et de la recherche médicale. Vanves : Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations, 1988. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41005/1/9782877100205_fre.pdf.
- . *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2001. [http : / / apps . who . int / iris / bitstream / 10665 / 42418 / 1 / 9242545422_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/9242545422_fre.pdf).
- Orphanet. *Syndrome de Hallermann-Streiu*, 2006. http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=2108.
- . *Syndrome de Nance-Horan*, 2007. http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=627.
- . « Vivre avec une maladie rare en France ». *Les cahiers d'orphanet*, 2016. http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/FR/Vivre_avec_une_maladie_rare_en_France.pdf.
- Pannetier, É. *Comprendre et prévenir la déficience intellectuelle*. Québec : Ed. Multimondes, 2009.
- Pédiadol. *Douleur chez l'enfant handicapé*, 2012. <https://www.pediadol.org/- Douleur-chez-l-enfant-handicape-.html>.
- Piette, É., et M. Goldberg. « Anomalies et malformations des dents ». In *La dent normale et pathologique*, 211–298. Bruxelles : De Boeck université, 2001.
- Réseau SBDH-RA. *Rapport d'activité*, 2015. [http:// www.reseau- sbdh- ra.org/ web/ upload/kcfinder/ files/2015%20RAPPORT%20ACTIVITE.pdf](http://www.reseau-sbdh-ra.org/web/upload/kcfinder/files/2015%20RAPPORT%20ACTIVITE.pdf).
- RHAPSOD'IF. *Rapport d'activité*, 2016. <http://www.rhapsodif.com/rhapsodif/custom/module/cms/content/file/rapport-activite/rhapsod-if-rapport-activite-2016-vf.pdf>.
- Sauder, P., M. Andreoletti, G. Cambonie, G. Capellier, M. Feissel, O. Gall, D. Goldran-Toledano et al. « Sédation-analgésie en réanimation (nouveau-né exclu) ». *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 27, n°s 7-8 (2008) : 541–551. doi :10.1016/j.annfar.2008.04.021. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0750765808001792>.

Sixou, J.-L. « Aspects bucco-dentaires de la trisomie 21 chez l'enfant ». *Archives de Pédiatrie* 15, n° 5 (2008) : 852–854. doi :10.1016/S0929-693X(08)71939-0.
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693X08719390>.

SOHDEV. *Planche de pictogrammes*, 2013. <http://www.sohdev.org/outils-paso-4>.

Théry-Hugly, M.-C. « Approche psychologique de l'enfant et de l'adolescent en chirurgie buccale ». *Réalités cliniques* 6, n° 3 (1995) : 279–292.

Tilotta, F., M. Folliguet et S. Séguier. « Anomalies des dents temporaires ». *EMC - Médecine buccale*, n° [28-205-C-10] (2010). doi :10.1016/S1283-0860(10)57178-1. <http://www.em-consulte.com/article/257259/anomalies-des-dents-temporaires>.

University of Washington : school of dentistry. *Special needs fact sheets for patients with special needs*, 2012. <https://dental.washington.edu/dept-oral-med/special-needs/patients-with-special-needs/>.

Table des figures

Figure 1 : Modèle biomédical.....	6
Figure 2 : Trois notions clefs interconnectées.....	6
Figure 3 : Interactions entre les composantes	9
Figure 4 : Influence de la fonction linguale sur le développement du massif facial moyen	14
Figure 5 : Pictogrammes représentant la visite chez le dentiste	30
Figure 6 : Intégration au sein du réseau RHAPSOD'IF.....	37
Figure 7 : Répartition de l'offre de soins du réseau SBDH-RA.....	38

Table des tableaux

Tableau 1 : Parties et composantes de la CIF.....	8
Tableau 2 : Les médicaments et leurs effets secondaires.....	22
Tableau 3 : Quatre niveaux de sédation.....	24
Tableau 4 : Molécules sédatives.....	25

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie
dentaire de l'Université Paris Descartes

Professeur Aude MONNIER DA COSTA

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes
Professeur Frédéric DARDEL
Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées mentales : la solution des réseaux de santé

Résumé :

L'état de santé bucco-dentaire des personnes handicapées est très nettement inférieur à celui de la population générale. La multitude des facteurs de risque et des facteurs aggravants auxquels sont exposés les patients atteints de déficience mentale explique la fréquence et la gravité des pathologies bucco-dentaires chez ces individus.

Cet état de santé s'explique également par les obstacles que rencontrent ces personnes dans l'accès au système de santé bucco-dentaire. En effet, l'accessibilité aux soins et à la prévention bucco-dentaire dépend de la présence ou de l'absence de facteurs environnementaux.

Les réseaux de santé bucco-dentaire constituent des facilitateurs environnementaux sociétaux. Ils apportent des solutions aux familles et aux patients en les mettant en relation avec des praticiens formés ; aux établissements médico-sociaux en servant de structure de référence en matière de santé orale ; aux praticiens libéraux en valorisant leur activité ; aux établissements de santé en diversifiant leur offre de soins.

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés fMesh et Rameau :

Santé publique bucco-dentaire -- Thèses et écrits académiques ; Relations dentiste-patient -- Thèses et écrits académiques ; Soins dentaires pour personnes handicapées -- Dissertations universitaires ; Accessibilité des services de santé -- Dissertations universitaires

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge