



ÉDITION 2020

Malakoff Humanis

« Chaque jour, Malakoff Humanis contribue, par son engagement sociétal, à une société meilleure. Nous nous plaçons aux côtés des acteurs socio-économiques qui cherchent à accompagner les fragilités sociales pour les aider à se structurer, à grandir et à démultiplier leur impact sociétal. S'engager au quotidien, c'est faire en sorte que chacun sache et puisse rebondir après un moment difficile. Un accompagnement au quotidien autour de quatre thématiques : **handicap, cancer et travail, aidants, bien vieillir.**

Avec la fondation d'entreprise Malakoff Handicap, nous agissons également pour faciliter l'accès aux soins et à l'emploi des personnes en situation de handicap.

Acteur de l'innovation sociale, nous contribuons aussi au développement de projets qui apportent des solutions aux nouveaux besoins sociaux pour garder un temps d'avance sur les évolutions sociétales.

Malakoff Humanis a pour objectif de répondre aux différents enjeux de société en favorisant l'amélioration de la qualité de vie de chacun. »

AG2R LA MONDIALE

« Afin de mettre la prévention santé à la portée de tous, AG2R LA MONDIALE mène des actions de prévention auprès de tous les publics : grand public, retraités, actifs et entreprises, personnes en situation de handicap ou de fragilité, aidants, branches professionnelles.

Dans son approche, notre Groupe a choisi de prendre en considération l'ensemble des mesures destinées à améliorer l'état de santé de l'individu dans sa globalité et propose des actions adaptées, non stigmatisantes, afin que les personnes puissent les intégrer dans leur quotidien.

Ainsi, nous innovons par nos actions de prévention pour un état complet de bien-être physique (dont la santé bucco-dentaire), mental et social en contribuant à agir :

- sur l'ensemble des facteurs déterminants de la santé, qu'ils soient internes ou externes (habitat, travail, vie sociale, etc.), en intégrant les enjeux sociétaux ;
- sur les risques du comportement individuel afin que chacun soit ou devienne acteur de sa santé. »

Avec le soutien de :



et sous la coordination du :



Sommaire

Édito

Dr Sophie DARTEVELLE, Présidente de l'UFSBD

Témoignages

Philippe DENORMANDIE / Pascal JACOB

Introduction

1. Santé bucco-dentaire et handicap

- A. Le Handicap en santé orale **P.11-14**
- B. Mise en évidence des besoins : Focus (analyse de dépistages) **P.15-16**
- C. Justification des actions favorables à la santé orale **P.17-19**
- D. Un engagement national : la charte Romain Jacob **P.20-21**
- E. Santé Mentale et santé bucco-dentaire, repérer les signes et prendre soin **P.22-24**

2. Accéder à la prévention

- A. Recommandations **P.26-28**
 - 1. Pour les personnes en situation de handicap
 - 2. Pour les aidants naturels
 - 3. Pour les aidants professionnels/pour le personnel en établissement
- B. Hygiène orale : un préalable indispensable adapté selon le handicap **P.29-30**
- C. Être compris de tous **P.31-33**
 - 1. Utiliser le français facile à lire et comprendre
 - 2. SantéBD
- D. Recommandations pour les chirurgiens-dentistes **P.34-35**
- E. Un exemple de dispositif de prévention territorial : ACSODENT **P.36-42**

P.5

P.6-7

P.8-9

P.10-24

3. Améliorer l'accès aux soins dentaires pour les personnes en situation de handicap **P.43-54**

- A. Mapping sur la gradation de l'offre de soins **P.44-46**
- B. La consultation en cabinet de ville ou en structure de soins spécifiques **P.47-48**
 - 1. Préparer la visite
 - 2. Orienter vers les structures de soins spécifiques
 - 3. Question : gérer l'urgence
- C. Les structures de soins intermédiaires **P.49-51**
- D. Les soins sous anesthésie générale **P.52**
- E. Les référents bucco-dentaires handicap ordinaires **P.53**
- F. Les Réseaux **P.54**

4. Agir dans les établissements accueillant des personnes en situation de handicap **P.55-82**

- A. Programmes de formations par établissement **P.58-63**
 - 1. Instituts Médico-éducatifs (IME), instituts médico-pédagogiques (IMP), Instituts médico-Professionnels (IMPRO), établissements pour Enfants et Adolescents polyhandicapés (EEAP), services de soins infirmiers et d'aide à domicile (SSIAD)
 - 2. Foyers d'hébergement, centres d'accueil de jour, foyers de vie
 - 3. Centres d'Aide par le Travail (CAT), établissements et services d'Aide par le travail (ESAT), entreprises adaptées (EA)
 - 4. Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)
 - 5. Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), foyers d'accueil médicalisé (FAM), Maisons d'accueil spécialisé (MAS), services d'accueil de jour avec hébergement (SAJH)

B. Formation initiale des personnels soignants

1. La formation initiale 7 heures
2. La formation des correspondants en santé orale (CSO)

C. Exemples de Formations proposées

1. Au centre Arthur Lavy
2. Handident Midi-Pyrénées

D. Quelques autres expériences

1. En IME-IMPRO
 - a. Programme « Tout Sourire » Croix-Rouge française
 - b. Le centre Arthur LAVY
2. En milieu scolaire : l'Institut Guillaume Belluard
3. En ESAT : la mutuelle Intégrance et l'UFSBD
4. En Foyer
 - a. Le foyer d'hébergement Charles VERTHIER (AFPEI)
 - b. Le foyer « Nous aussi »

P.64-67

P.68-73

P.74-82

5. Agir pour les personnes en situation de handicap vivant à domicile

P.83-89

A. Intervenir auprès des aidés : quels sont les besoins en connaissances et compétences ?

P.84-87

B. Un axe clé : la collaboration entre professionnels médicaux

C. et paramédicaux et les familles. Exemples d'expérimentation : les SPASAD, l'ADMR

P.88-89

6. S'appuyer sur la télésurveillance

P.90-95

A. Le programme ORALIEN en établissements

P.92-93

B. Le programme ORALIEN pour les aidants

P.94-95

7. Aspect réglementaire des interventions P.96-110

A. Obligations et définition des rôles

P.97

B. Rôle des infirmiers

P.97-101

C. Rôle des aides-soignants et des AES

P.102-107

D. Intervention des libéraux dans un établissement pour personnes en situation de handicap

P.108-109

E. Rôle du Référent handicap

P.109-110

Glossaire

P.111-112

Remerciements

P.113

Bibliographie

P.114

Annexes

P.115-128





L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire – UFSBD – est l'association professionnelle née il y a plus de 50 ans de la volonté de la profession de se doter d'un organisme entièrement dédié à la prévention et à la promotion de la santé bucco-dentaire. Nous développons depuis lors des actions de sensibilisation et d'information à l'importance d'une bonne santé dentaire auprès de publics qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins et à la santé.

Parce que le dentiste est complice de notre sourire, et parce qu'il est aussi et surtout complice de notre santé, nous devons redoubler d'efforts pour « oser la santé bucco-dentaire pour tous » et faire prendre conscience à tous de l'importance d'une bonne santé dentaire pour une bonne santé générale.

Pour nous, l'état de santé bucco-dentaire des personnes vivant avec un handicap est un enjeu majeur à la fois de santé publique et d'intégration sociale et il est indispensable qu'elles aient accès à des soins de qualité dès lors qu'ils sont nécessaires. Mais cela n'est pas suffisant.

Les pathologies bucco-dentaires sont en grande partie évitables, à condition d'adopter dès les premières années de vie des comportements favorables à sa santé (seul ou grâce à l'intervention d'un aidant impliqué et convaincu), parmi lesquels la mise en place de protocoles d'hygiène bucco-dentaire quotidiens, la recherche d'un équilibre alimentaire et bien sûr la visite régulière chez le chirurgien-dentiste. Et pourtant...

Actuellement, le système de santé est cloisonné, très orienté vers l'hôpital, et peu de passerelles existent entre l'hôpital, le médico-social et la médecine de ville. Le chirurgien-dentiste est un spécialiste en accès direct, il est très peu présent en milieu hospitalier et dans les établissements médico-sociaux. Les personnes en situation de handicap échappent aux stratégies de prévention citoyennes et spécifiques. Si on ajoute à ces paramètres la peur du patient par rapport aux soins bucco-dentaires et la peur du praticien par rapport au handicap de son patient, cela aboutit inéluctablement à des renoncements aux soins, à une prise en charge tardive, souvent en urgence dans des conditions désastreuses. Trop souvent parce que « la rencontre n'a pas eu lieu » et que la relation de confiance entre le patient et le praticien, conditions sine qua non à toute prise en charge, n'a pas pu s'établir.

Alors, oui, depuis plus de vingt-cinq ans, nous nous mobilisons pour inverser le paradigme du tout curatif vers plus de préventif, et pour favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de handicap. Nous avons notamment développé des actions de sensibilisation et de formation des aidants professionnels et familiaux, des personnes en situation de handicap elles-mêmes, au sein des établissements médico-sociaux. Nous avons conjugué les réflexions de celui pour lequel on agit, de celui qui cherche à mieux soigner et à mieux aider. Nous avons co-construit nos actions avec eux et continuons à les faire évoluer

pour les adapter au mieux à leurs besoins et à leurs attentes.

Nous ne pouvons assurer que toutes les personnes vivant avec un handicap pourront être prises en charge dans le milieu ordinaire. L'offre de soins doit évidemment être graduée en fonction du patient et de son handicap. Mais une chose est certaine, et nos actions en apportent la preuve : la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique sont des étapes nécessaires à la fluidification du parcours santé des personnes en situation de handicap, et à une prise en charge réussie par leur dentiste de famille.

Améliorer l'accès à la prévention bucco-dentaire en privilégiant les solutions qui permettront de limiter les besoins de soins est un droit fondamental pour tous.

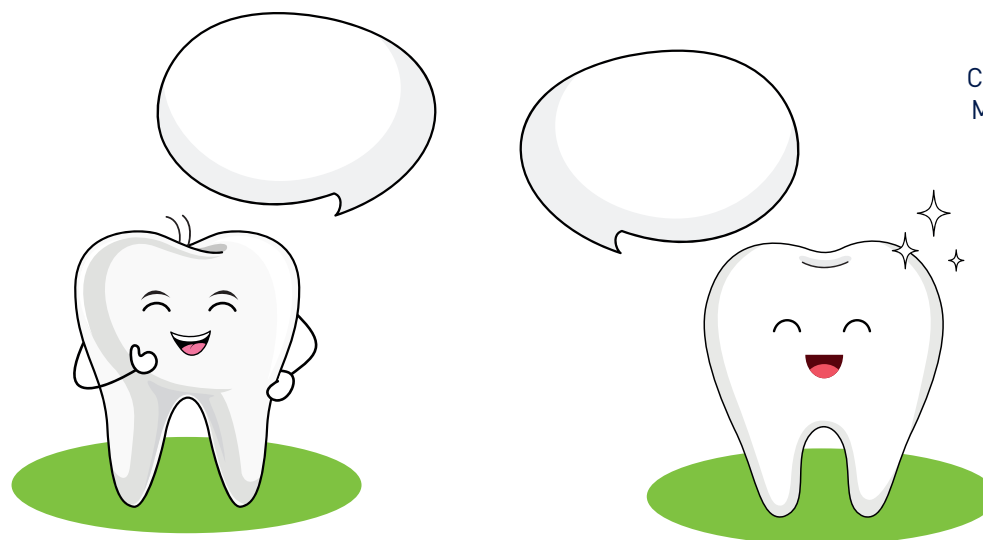
Ensemble, construisons une société solidaire et inclusive pour que chaque patient puisse avec son praticien et son entourage co-construire son parcours de santé bucco-dentaire le plus pertinent possible, et cela tout au long de sa vie.

Sophie DARTEVELLE,
Chirurgien-dentiste,
Présidente de l'UFSBD

Témoignage

La santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap à tous les âges de leur vie est essentielle. Une mauvaise santé bucco-dentaire a un impact majeur tant sur la relation sociale que sur l'alimentation et ses conséquences, mais elle est également source de douleurs et donc de troubles du comportement non compris, sans parler de l'impact sur de nombreuses pathologies. Permettre aux personnes en situation de handicap d'avoir la meilleure santé possible en évitant des «sur-handicaps» est un pilier de l'autonomie. Les travaux sur l'accès à la santé des personnes en situation de handicap confirment que celles-ci ont un accès plus difficile et limité à la prévention et aux soins que le reste de la population. L'amélioration de l'accès à la santé est donc une priorité absolue aussi bien pour les personnes vivant à domicile que pour celles suivies en établissement médico-social. Seule une implication de tous permettra d'améliorer significativement la qualité bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Les nombreuses initiatives mises en œuvre dans les territoires nous montrent qu'il est possible d'améliorer la situation de façon structurelle et durable. La formation dans ce guide des nombreuses actions concrètes et très opérationnelles à mettre en œuvre en s'appuyant sur des expériences de terrain permettra à tous d'être accompagnés dans cette mobilisation collective pour l'amélioration des soins bucco-dentaires. Des actions sont entreprises depuis de nombreuses années par les chirurgiens-dentistes tant grâce à l'association UFSBD que grâce au Conseil de l'Ordre avec la mise en place des référents et les syndicats avec la reconnaissance de spécificités dans le cadre de la convention CNAM. Elles devraient servir d'exemples à d'autres spécialités et professionnels médicaux.

Philippe DENORMANDIE,
Chirurgien neuro-orthopédiste,
Membre du conseil de la CNSA



Témoignage

Quand on regarde une personne, notre réflexe est de regarder le visage, et dans le visage la bouche et les yeux. Il est très fréquent que l'on recherche dans la forme de la bouche le sourire d'un accueil important pour se retrouver. C'est pourquoi je ne me lasserai jamais de remercier nos amis de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire - UFSBD - car à tout moment ils ont été à mes côtés pour travailler sur l'accès à la santé des personnes vivant avec un handicap. La personne vivant avec un handicap a plus que quiconque besoin d'être belle dans ses rencontres avec la société pour être acceptée comme elle est, en tant que personne vivant avec un handicap. Et les chirurgiens-dentistes ont évidemment l'expertise pour réaliser les soins bucco-dentaires, préserver la santé de leurs patients, mais ils ont le privilège de pouvoir agir sur la beauté d'un visage, d'un sourire. Or, trop souvent encore, par manque de soins lié au nonaccès à un professionnel du soin odontologique, la personne vivant avec un handicap ouvre la bouche et fait peur. Son sourire se transforme dans l'œil de celui qui regarde ce visage abîmé par la vie et le handicap.

Lorsque j'ai été mobilisé par les précédents gouvernements pour proposer un rapport sur l'accès aux soins, j'ai immédiatement demandé aux experts de l'UFSBD de nous rejoindre pour nous aider à construire dans tous les lieux de premier recours la possibilité d'apporter tous les talents des artisans de la beauté des visages et de la bouche que sont tous les professionnels de l'odontologie. Nous avons travaillé pendant plusieurs années ensemble, ils ont contribué au rapport d'état sur l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap.

Ce rapport a été la clé de voûte de la recherche des nombreuses solutions que nous devons apporter aux personnes vivant avec un handicap pour répondre à leurs attentes bien légitimes. Nos propositions ont été regroupées dans un guide éthique des bonnes pratiques de l'accès aux soins sous le nom de la charte Romain Jacob. Cette charte a été signée par toutes les organisations professionnelles, politiques, administrative, et humaines et notamment par l'UFSBD. Cette signature n'était pas un point d'arrivée mais bien plus le point de départ de la construction d'un nouveau regard de la personne vivant avec un handicap. Et c'est bien là grâce à Sophie Dartevelle et à sa détermination que, sous l'impulsion de l'UFSBD, les chirurgiens-dentistes se sont mobilisés, et ont créé la charte Romain Jacob des soins bucco-dentaires. Elle a été signée, aux côtés d'Handidactique et de l'UFSBD, par les principaux syndicats des professionnels de l'odontologie et le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et témoigne d'un engagement fort de la profession.

Toutes les campagnes de sensibilisation proposées par UFSBD ont permis de construire auprès de tous les professionnels qui accompagnent les personnes vivant avec un handicap les meilleurs réflexes de prévention pour éviter les catastrophes bucco-dentaires souvent très difficiles à réparer chez certaines personnes vivant avec un handicap lourd. Aujourd'hui, cette prévention est un progrès qui évite de nombreuses anesthésies et de nombreux soins hospitaliers, mais nous ne sommes pas encore arrivés à une égalité des chances de la beauté du visage d'une personne vivant avec un handicap comparée à celle d'une personne n'ayant pas de handicap. Nous avons encore beaucoup de progrès à faire et nous avançons ensemble.

Aujourd'hui, toutes les chartes Romain Jacob ont été évaluées en donnant la parole aux personnes vivant avec un handicap dans une étude permanente appelée Handifaction. Cette étude est aujourd'hui publique et nous permet de mesurer quotidiennement les efforts faits par tous les professionnels de santé chacun dans leur domaine et particulièrement dans le monde des soins bucco-dentaires. Parce que dans tous les lieux de soin, à l'hôpital, dans les cabinets de ville, dans les maisons de santé, dans les établissements du médico-social, les professionnels du soin bucco-dentaire sont décidés à mettre toute leur énergie et leur créativité pour améliorer le beau visage de nos enfants vivant avec un handicap.

Je voudrais profiter de la rédaction de cet éditorial pour remercier tout particulièrement l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire et sa présidente Sophie Dartevelle. Le soutien que vous nous avez apporté et les actions que vous avez menées tant dans la formation que dans l'accompagnement du médico-social sont aujourd'hui les principales raisons des progrès que nous constatons dans l'étude Handifaction. Le chantier n'est pas fini mais les progrès sont là grâce à vous et nous devons les uns et les autres conjuguer nos efforts pour que le droit à la beauté d'un visage soit le plus bel accueil de l'autre.

Bien amicalement,

Pascal JACOB,
Président Handidactique

Introduction

Plus d'un milliard de personnes, dans le monde, vivent avec un handicap sous une forme ou une autre et près de 200 millions d'entre elles présentent des troubles fonctionnels très importants. Le handicap est une situation de vie que chacun peut rencontrer, de manière temporaire ou définitive. Sa prévalence augmente de manière préoccupante avec l'avancée en âge des populations. La diminution des compétences fonctionnelles comme cognitives n'est pas la seule responsable de cet état de fait. Les pathologies chroniques comme le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les troubles de la santé mentale contribuent aussi à aggraver le handicap. D'une manière générale, les personnes en situation de handicap sont considérées comme vulnérables aussi bien pour l'accès à l'éducation, l'accès au monde du travail qu'au niveau de l'accès aux soins, restreignant ainsi leur participation à la vie économique et générant un taux de pauvreté plus important que celui de la population générale.

Si le stéréotype du handicap se focalise sur les personnes à mobilité réduite et les sujets souffrant de déficits sensoriels tels que les personnes aveugles ou les sourds, les situations de handicap sont diverses, souvent complexes avec une intrication de facteurs personnels et de facteurs environnementaux.

Les croyances et préjugés, les carences de services en matière de soins de santé, le soutien, l'assistance, l'accessibilité des lieux et des équipements pour réaliser ces soins, la non-adéquation des moyens de transport ou des outils de communication au handicap, la pénurie d'effectifs et le manque de formation au handicap des personnels de santé sont autant de

facteurs déterminants.

Les actions à mettre en place pour limiter les inconvénients du handicap seront ainsi à décliner selon le contexte. Car la santé bucco-dentaire est non seulement un indicateur de santé globale mais également un indicateur d'intégration sociale.

« Il n'y a pas de bonne santé sans une bonne santé bucco-dentaire », selon Sophie Dartevelle, présidente de l'UFSBD, « et pourtant, la santé bucco-dentaire est souvent jugée peu prioritaire par les personnes en situation de handicap, en regard des autres problématiques de santé directement ou indirectement liées à leur handicap. Jusqu'au moment où celle-ci s'impose à eux... »

L'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap est alarmant et devient un enjeu majeur de santé publique.

Les sources de données, bien que peu nombreuses, font apparaître un niveau d'hygiène buccale moins élevé que dans la population générale, rendant ces patients à hauts risques de pathologies orales.

Alors que l'âge est connu pour dégrader un peu plus l'état de santé bucco-dentaire du patient, qu'il soit en situation de handicap ou non, on constate que dès l'adolescence, l'état de santé dentaire dans le monde du handicap est nettement moins bon que celui de la population générale. Ainsi, *« par rapport aux enfants ordinaires, les enfants handicapés de 6 à 12 ans ont 4 fois plus de risques d'avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire »*.^a

Les personnes en situation de handicap souffrent tout particulièrement de pathologies infectieuses, carieuses et/ou parodontales, de pathologies fonctionnelles (dus à des dysmorphoses orofaciales) et traumatiques (usure, fractures...). « Le déchaussement des dents » concernerait 80 à 90 % des personnes handicapées mentales.

La mauvaise santé orale des personnes en situation de handicap est également un frein supplémentaire à

leur intégration sociale sachant que le sourire est un passeport social au même titre que l'apprentissage, à l'inverse de l'halitose (mauvaise haleine) dont ils souffrent souvent. Une santé bucco-dentaire défaillante apparaît là comme une double peine.

Par ailleurs, les personnes en situation de handicap ont des besoins plus importants en soins systémiques de santé, elles sont en moins bonne santé que la population générale.

Des problèmes de santé secondaires évitables, des comorbidités et des problèmes liés à l'âge, en fonction des facteurs environnant le handicap, ajoutent de la vulnérabilité. La dégradation de l'état de santé général et la diminution de la qualité de vie des personnes en situation de handicap peuvent résulter de besoins non satisfaits dans le domaine de la réadaptation, et de difficultés au niveau de l'aide technique à la réalisation d'actes quotidiens tels que l'hygiène bucco-dentaire, par exemple, alors même que ceux-ci doivent souvent être délégués à l'entourage (familial et/ou professionnel) de la personne en situation de handicap pour pallier son manque d'autonomie.

La prise en charge des soins bucco-dentaires a toujours été une question cruciale. Cela passe par la garantie de soins de santé complets pour la personne handicapée et par la mise en place d'actes préventifs pour limiter les complications liées à une mauvaise santé bucco-dentaire, souvent délétères pour son état de santé globale. Or, l'accès aux soins de la personne en situation de handicap se trouve entravé, par des difficultés d'accessibilité, certes, mais également par des facteurs d'anxiété vis-à-vis des soins, des difficultés de communication, ou encore des contraintes financières. Les obstacles connus à la prise en charge bucco-dentaire de la personne en situation de handicap ne sont pas exclusivement liés au handicap mais résident aussi dans le comportement d'opposition aux soins bucco-dentaires.

a. Dr Martine Hennequin, audition publique de la HAS « accès aux soins des personnes en situation de handicap », octobre 2018.

C'est dans ce contexte, et pour toutes ces raisons, que nous préférons, dans ce document, parler d'améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap car améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap ne peut se limiter à l'accès aux soins.

Il sera donc beaucoup question de prévention, condition sine qua non pour favoriser l'équité des chances dans l'accès à une bonne santé bucco-dentaire. Nous le savons, les pathologies bucco-dentaires sont en grande partie évitables à condition de mettre en place au quotidien des mesures d'hygiène de base. Et il est nécessaire de mettre en place ces mesures dès le plus jeune âge pour diminuer les besoins en soins et favoriser prise en charge la plus précoce possible.

Des actions de promotion et d'éducation à la santé doivent être directement intégrées à l'environnement de la personne en situation de handicap.

La sensibilisation, l'information des personnes en situation de handicap dans la perspective d'une meilleure autonomie et pour les rendre actrices de leur santé bucco-dentaire est un atout majeur. Les Associations, les familles, le personnel médico-éducatif, les encadrants, les soignants doivent également recevoir toute information utile sur le handicap et la santé dentaire pour faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne concernée par le handicap, la mise en place de plans de soins individuels et garantir leur pérennité. Cela est aussi vrai pour les personnes en situation de handicap accompagnées par des établissements et services médico-sociaux dont les services à domicile.

La mobilisation générale de tous les acteurs du parcours de santé, y compris de la personne en situation de handicap elle-même, est fondamentale dans la construction et le suivi du parcours de santé.

Favoriser l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé est un préalable à un accès aux soins facilité pour les personnes en situation de handicap.

L'accessibilité au cabinet dentaire des personnes en situation de handicap est un autre volet de la prise en charge pour accéder à la santé bucco-dentaire.

L'identification d'un « référent parcours » pour guider, informer la personne ou la famille, permettre le suivi, la coordination des soins, en privilégiant le cabinet dentaire habituel, les structures de proximité, préparer le recours à des structures spécialisées si nécessaire, constitue une étape fondamentale.

Dans le cas de la personne en situation de handicap, le développement de nouvelles technologies va aussi favoriser la mise en place de la télésurveillance, discipline de la télémedecine permettant l'évaluation de l'état bucco-dentaire de la personne handicapée à son domicile ou dans l'établissement d'accueil. Le suivi de l'état buccal et de la qualité de l'hygiène orale sont réalisés par les aidants professionnels. La réévaluation régulière est ainsi possible, de même que la priorisation des besoins de soins et leur hiérarchisation dans l'échelle du soin.

Cet outil constitue également un facteur de motivation et de valorisation des équipes soignantes qui peuvent visualiser l'amélioration de leurs pratiques. L'implication des aidants non professionnels et de la famille est également un atout efficace dans l'amélioration de l'hygiène, l'amélioration de la santé, la réduction de l'anxiété et l'amélioration des conditions de prise en charge au cabinet dentaire.

Majoritairement, les personnes en situation de handicap peuvent être soignées en cabinet de ville mais encore faut-il donner aux chirurgiens-dentistes la possibilité de les recevoir en confiance et que la spécificité et la technicité de cet accueil soient reconnues. Le temps des soins est augmenté au minimum de

50 %. Depuis le 1^{er} avril 2019, les actes spécifiques au cabinet ont été valorisés, l'Assurance Maladie a mis en place une cotation spécifique. Une étape est franchie.

Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, c'est participer au maintien d'une qualité de vie en favorisant leur bien-être. Les impliquer au mieux dans la préservation de leur santé bucco-dentaire, mettre en place des actions de prévention en amont pour limiter les conséquences désastreuses d'une absence de soins, assurer le suivi et la coordination des soins pour éviter l'urgence, source de stress à la fois pour le patient et le praticien, c'est faire en sorte de ne pas ajouter du handicap au handicap.



1



Santé bucco-dentaire et handicap

A. Le Handicap en santé orale

Dans la mesure où il existe une interaction entre les pathologies générales et la santé bucco-dentaire, il est nécessaire :

- ✎ De mettre en place un suivi bucco-dentaire régulier
- ✎ D'informer le chirurgien-dentiste des antécédents médicaux et des traitements en cours

1. Le handicap peut avoir des conséquences sur les fonctions oro-faciales

Il y a nécessité d'agir en prévention dès la naissance car le risque carieux est augmenté chez les personnes en situation de handicap et ce, pour différentes raisons :

- **L'évolution morphologique peut être perturbée**

Les parafunctions (bruxisme, position de la langue, déglutition atypique) observées et les troubles de la croissance auront un effet sur l'évolution des maxillaires et sur la mise en place des dents. Il faudra veiller à ce que cette mise en place se fasse de la manière la plus harmonieuse possible.

- **La mastication peut être défaillante**

La bonne adéquation des maxillaires permet des relations dento-dentaires de qualité suffisante pour une mastication efficace. Si l'adéquation est relative ou non conforme, le temps de mastication est augmenté pour compenser la perte d'efficacité. Cela entraîne un risque de fatigue. Cette difficulté de mastication est accentuée par les malpositions dentaires et la perte de dents. Plus la taille des particules ingérées est importante, plus la digestion sera difficile et moins elle sera efficace.

La force appliquée avec 28 dents est de 160N (Newtons). Sans molaires, elle passe à 96N et avec 2 prothèses complètes à seulement 40N. Le patient aura alors tendance à choisir une alimentation plus molle donc plus collante et moins auto-stimulante.

- **La déglutition est souvent anormale**

Elle n'est pas toujours bien acquise. Cela augmente le risque de fausse route et par voie de conséquence les risques de pathologies pulmonaires. L'intervention d'un orthophoniste pour mettre en place une déglutition favorable et la gestion des parafunctions est nécessaire.

- **L'alignement n'est pas toujours conforme**

Envisager des extractions pilotées pour permettre aux dents définitives de mieux se positionner sans avoir recours à un traitement orthodontique contraignant est parfois requis.

- **Les reflux gastriques sont fréquents**

Les caries et les pathologies gingivales sont également présentes même si le patient ne s'alimente pas par la bouche, car la présence des acides liés aux reflux gastriques fragilise l'émail et les tissus de soutien, provoque dans un premier temps des atteintes carieuses au collet des dents et des gingivites accompagnées de douleurs diffuses au brossage, des sensibilités aux sucres et au froid, et dans un deuxième temps des caries plus importantes, des parodontites et des déchaussements.

- **La stase alimentaire est à prendre en considération :**

La personne en situation de handicap ne mastique pas de manière optimale à cause d'un déficit musculaire aboutissant ainsi à une stase alimentaire dans les vestibules, propice au développement des caries. Le passage rapide d'une compresse sèche enroulée autour du doigt (imbibée de bain de bouche, si saignement) a minima quand on n'a pas le temps de brosser est très efficace. L'hygiène régulière et l'utilisation de reminéralisant (fluor en vernis ou dentifrice fluoré au dosage adapté au risque) sont les clés pour éviter cette aggravation.

- **Le tartre s'accumule souvent plus vite**

Il est très présent chez les personnes en situation de handicap à cause de la stase salivaire, de la déglutition perturbée et du manque de mastication. Il doit être maîtrisé par le brossage et par des détartrages réguliers. Il entraîne des

gingivites puis des parodontites avec perte d'attache des tissus de soutien aboutissant à des récessions gingivales importantes pouvant aller jusqu'à l'exfoliation naturelle des dents.

• Les parafunctions ont un impact

Bruxisme, mouvements répétés (tics), position de la langue, manque de fermeture labiale,... peuvent engendrer des douleurs en plus des déplacements dentaires liés à ces fonctions parasites.

Les douleurs de l'ATM, Articulation Temporo-Mandibulaire, par exemple, sont difficiles à diagnostiquer. Elles vont augmenter la difficulté à manger, peuvent même être très inflammatoires, continues ou déclenchées par le moindre mouvement. Elles peuvent être prises en charge avec des thérapies et le port de gouttière.

Il faut être vigilant face aux morsures répétées (automorsures) liées à ces para-fonctions, et repérer les blessures autant que faire se peut.

• La production de la salive est modifiée

C'est un élément majeur de protection orale, grâce à son effet tampon qui réduit l'effet des attaques acides et permet la reminéralisation de l'émail. Le calcium est relargué au niveau salivaire et se dépose sur l'émail lorsque le pH est proche de la neutralité. En revanche, lorsque le milieu est acide, l'émail se déminéralise. La perturbation provoquée par un repas est limitée. Les sucres lents et rapides vont se transformer en acides, mais cela sera compensé par les lipides et surtout les protéines. De plus, la mastication et le fait de manger vont provoquer une salivation qui permettra une élimination des débris, un lavage naturel et un retour à un pH protecteur rapidement.

Un patient qui grignote ingère le plus souvent des sucres, rarement accompagnés de lipides ou protéides. Il mange en moins de 5 minutes, ce qui ne permet pas d'activation salivaire. En conséquence, le volume de salive reste faible et le retour à un pH normal plus long.

Les personnes en situation de handicap présentent souvent des problèmes de débit salivaire au repos et parfois en stimulation. Ces problèmes sont de deux ordres :

➤ L'hyposalivation ou baisse du débit salivaire au repos et/ou en activité

Elle peut être d'origine médicamenteuse, physiologique ou comportementale. L'origine médicamenteuse est liée aux *Anti-dépresseurs*, *Anti-histaminiques*, *Anti-psychotiques*, *Anti-hypertenseurs*, *Tranquillisants*, *Diurétiques*, *Anti-parkinsoniens*, *Radiothérapies* prescrits pour le patient.

L'hyposalivation a pour conséquence l'augmentation importante du risque carieux, une digestion incomplète des sucres et un brossage plus difficile.

➤ L'hypersalivation ou sialorrhée

C'est un déséquilibre entre la quantité de salive produite et la quantité avalée.

La personne bave en permanence. Plusieurs options pour la réduire :

1. Activer la déglutition automatique. Sucrer un bonbon sans sucre, mâcher un chewing-gum sans sucre (voire fluoré), ainsi que des traitements pour tarir la sécrétion salivaire :
 - Soit locaux mais d'efficacité variable (collyres et sprays anti-cholinergiques systémiques oraux : glycopyrrolate, trihexyphénidyle)
 - Soit généraux prescrits par le médecin (transdermaux : patchs de scopolamine) les médicaments prescrits ayant des effets secondaires psychiques.
2. Rééducation orthophonique
3. Dérivation des canaux salivaires (Sténon et Wharton) seulement lorsque le « bavage » provoque des inflammations, des eczémas. Mais attention, cela n'est pas toujours efficace à 100 %.

• Certains médicaments et thérapies ont des répercussions sur la santé bucco-dentaire

Les personnes en situation de handicap sont souvent sous traitement ayant un impact sur la santé orale.

MÉCANISMES	MÉDICAMENTS
Action sur les glandes salivaires (Hyposalivie, asialivie)	Radiothérapie Anti-dépresseurs Anti-psychotiques Tranquillisants Anti-histaminiques Anti-hypertenseurs Diurétiques Anti-parkinsoniens
Modifications de la flore buccale	Antibiotiques Anti-inflammatoires (corticoïdes en aérosol) Antiseptiques locaux Immunodépresseurs
Fragilité des muqueuses	Anti-hypertenseurs Anti-cholinergiques Anti-convulsivants (phénytoïne)

• L'épilepsie a des répercussions sur la santé bucco-dentaire

L'épilepsie est un problème majeur chez les enfants et adultes en situation de handicap. Le traitement de l'épilepsie nécessite le plus souvent plusieurs antiépileptiques entraînant des problèmes de tolérance chez ces enfants et adultes très fragiles. Celui-ci est pourtant essentiel car la répétition des crises peut entraîner une aggravation très sensible de leur état neurologique déjà très précaire.

Toutefois, des pathologies gingivales sont liées au traitement de l'épilepsie :

- > La Dépakine est à l'origine du saignement des gencives
- > Le Di-hydan est responsable d'hyperplasie gingivale dans 20 % des cas. Survenant dans les mois qui suivent la prise du traitement, elle est aggravée par les difficultés à contrôler l'accumulation de plaque. Cette hypertrophie touche d'abord les papilles interdentaires, puis s'étend jusqu'à recouvrir les surfaces dentaires (antérieures, puis postérieures). L'épithélium de la gencive hyperplasique est épaissi. Le volume des gencives est tel qu'il peut affecter la mastication et l'esthétique, gêner la parole ou nuire à l'éruption des dents. Des pseudo-poches peuvent être constatées et cette hyperplasie gingivale peut être associée à une maladie parodontale. Le risque de caries est accru.

La solution consiste essentiellement à supprimer l'inflammation locale : le praticien doit enseigner au patient et

à son entourage la technique de brossage dentaire la plus adaptée et l'encourager à un brossage régulier, après chaque repas, au minimum 2 fois par jour (matin et soir). Si le brossage n'est pas possible, on peut éliminer la plaque dentaire en passant une compresse de la gencive vers les dents. La compresse peut être recouverte de dentifrice au fluor, d'une solution de bain de bouche au fluor ou à la Chlorhexidine. L'idéal est d'alterner l'un et l'autre.

L'usage du fil dentaire et des brosses interdentaires est expliqué chaque fois que cela est possible ainsi que la prescription de bains de bouche à la chlorhexidine, et la réalisation de détartrage, surfaçage des dents. Les consultations doivent être plus fréquentes (tous les 2 mois).

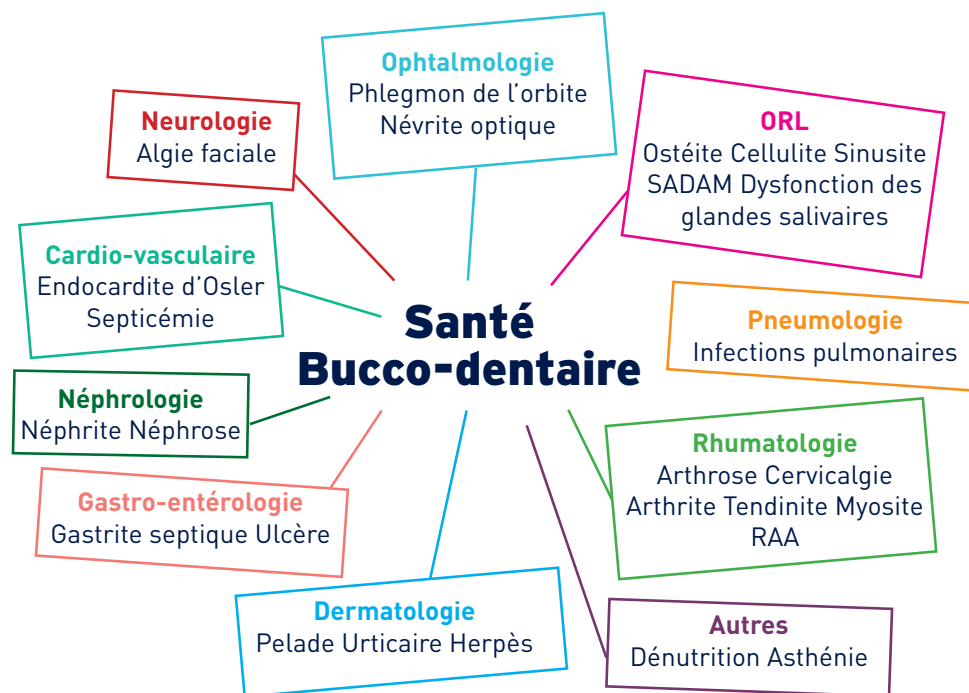
Un traitement chirurgical par gingivectomie peut être proposé, mais avec un risque de récurrence. Ce type d'intervention n'est pas toujours possible car il requiert un minimum de coopération du patient.

Dans les cas sévères, une substitution du médicament par le médecin traitant reste souhaitable. D'où l'importance de sensibiliser les médecins à la relation médicaments-hyperplasie gingivale et à la nécessité d'une visite régulière chez le chirurgien-dentiste.

Certaines pathologies sont, elles, liées à la crise épileptique :

- > Morsure des lèvres, des joues ou de la langue
- > Fractures dentaires

2. Inversement, les pathologies dentaires peuvent aggraver ou induire des pathologies générales sur les sphères suivantes



• Le risque infectieux

Les bactéries impliquées dans les pathologies des tissus durs de la dent sont essentiellement des streptocoques mutans, des actinomyces et des lactobacilles.

Les bactéries impliquées dans les pathologies des tissus de soutien de la dent sont plus nombreuses. Des actinobacillus, des bacteroides forsythus, des actinomycetemcomitans et des porphyromonas gingivalis. Quelques-unes sont particulièrement virulentes. Elles sont anaérobies et plus les poches parodontales sont profondes (phénomène encore plus fréquent avec l'âge), plus elles seront actives.

Elles sont responsables d'infections locales, transmissibles à l'homme et contagieuses.

• Les pathologies cardio-vasculaires

- ✓ Risque de complication infectieuse à distance
- ✓ Risque OSLERIEN
- ✓ Risque hémorragique
- ✓ Douleur et peur favorisent la libération endogène d'adrénaline. Il est donc important de limiter le stress par prémédication sédatrice : ATARAX ou Benzodiazépine ou MEOPA.

Penser à signaler au dentiste traitant si le patient a un pacemaker. Les impulsions électriques ou électromagnétiques pouvant en perturber le fonctionnement, **les localisateurs d'apex et les bistouris électriques sont contre-indiqués**. Les appareils générant des **ultrasons** sont trop faibles pour interférer avec un pacemaker. Ils ne sont pas contre-indiqués.

• Le diabète

Le diabète, plus encore que les autres facteurs de risque de la maladie parodontale que sont l'âge et le tabac, suffit à lui seul à potentialiser les problèmes. **Les conséquences, sur la santé bucco-dentaire, sont dues à une moindre défense des tissus parodontaux :**

- ✓ Inflammations gingivales (gingivites)
- ✓ Lésions des structures osseuses de soutien (parodontopathies)
- ✓ Anomalies des muqueuses buccales, avec risque de cancérisation
- ✓ Retard de cicatrisation en cas d'extractions et de blessures
- ✓ Infections locales plus fréquentes, qui elles-mêmes favorisent le diabète

Il y a également une répercussion des maladies parodontales sur la régulation du diabète.

En effet, un diabète mal équilibré a un retentissement sur les parodontopathies et réciproquement, une parodontopathie non soignée aggrave le diabète.

• Les candidoses buccales

La mycose superficielle, par exemple.

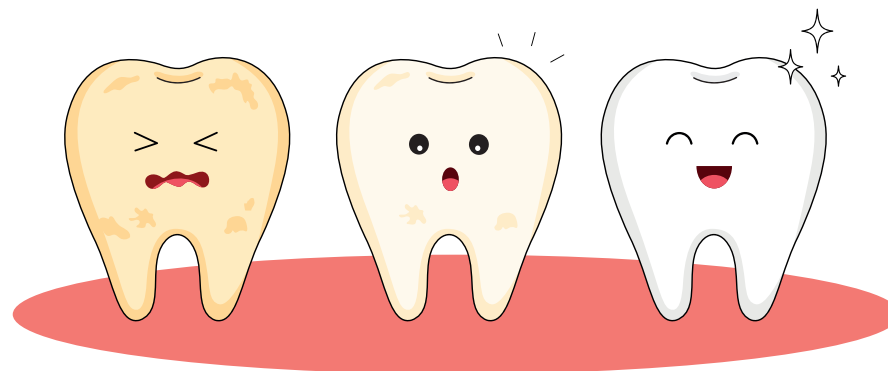
Infection opportuniste qui profite des failles et des faiblesses de son hôte, due le plus souvent au *Candida Albicans* +++, *Krusei* ou *Glabrata*.

À l'état saprophyte, ils sont sous forme de **LEVURES** et à l'état pathogène, sous forme de **FILAMENTS**. Les levures vont essentiellement profiter d'un déséquilibre de la flore commensale, d'une acidification du milieu buccal, d'une diminution de la réponse immunitaire. À l'origine, un terrain fragile provoqué par une

hyposialie, une antibiothérapie, une corticothérapie, une hygiène bucco-dentaire insuffisante, ou encore une diminution de la dimension verticale d'occlusion (DVO).

• Cancer de la cavité buccale

Le symptôme le plus fréquent du cancer de la cavité buccale est un ulcère ou une lésion dans la bouche ou sur la lèvre qui ne guérit pas. Un autre symptôme courant du cancer de la cavité buccale est une douleur dans la bouche qui ne disparaît pas. Faute d'information transmise, le dépistage est insuffisant et/ou le diagnostic souvent tardif.



B. Mise en évidence des besoins : Focus (analyse de dépistages)

Selon le rapport mondial de l'OMS sur le handicap en 2011, « Environ 15 % des habitants de la planète vivent avec une certaine forme de handicap, dont 2 à 4 % avec de grandes difficultés de fonctionnement. La prévalence mondiale du handicap est plus élevée que ne le suggéraient les estimations antérieures de l'OMS (10 % environ), qui dataient des années 1970. L'estimation mondiale de la prévalence du handicap est en hausse en raison du vieillissement de la population, de la propagation rapide des maladies chroniques et des améliorations dans les méthodologies utilisées pour mesurer le handicap. » Il s'agit bien là d'une préoccupation de santé publique à l'échelle mondiale. Qu'en est-il de la santé orale des personnes en situation de handicap (PSH) ? Tout type de handicap n'implique pas forcément un mauvais état de santé orale ; bien au contraire, plusieurs études, notamment celle du PNIR 2004, montrent que pendant l'enfance, la santé orale des personnes en situation de handicap semble même meilleure à celle des personnes de la même tranche d'âge grâce à un suivi médical fréquent et des aidants impliqués dans les soins relatifs à la vie quotidienne. Cette même étude montre une dégradation soudaine de l'état de santé dès l'adolescence qui est deux fois plus rapide que dans la population générale pour la même tranche d'âge et ce avec l'acquisition de l'autonomie. Les résultats sont encore plus flagrants à l'âge adulte où le constat de l'édentation précoce est relevé avec toutes les conséquences que cela implique d'un point de vue fonctionnel, à savoir une mastication inefficace, une déglutition atypique souvent associée à une ventilation buccale, mais également d'un point de vue systémique avec des troubles digestifs, des fausses routes, des infections pulmonaires à répétition, etc. Cela, associé aux difficultés d'élocution, est un facteur d'altération des capacités d'inclusion sociale.

Cette problématique de santé orale est prégnante, elle reste primordiale comme première étape d'une volonté politique d'inclusion sociale des PSH dans une société solidaire et égalitaire.

Ces résultats se retrouvent confirmés avec les 3 enquêtes réalisées quelques années plus tard.

Depuis de nombreuses années, l'UFSBD organise des programmes de prévention. Il est excessivement difficile de faire des enquêtes épidémiologiques de qualités auprès des personnes en situation de handicap. La multiplicité des handicaps, des situations personnelles et des modes de vie, ainsi que les difficultés pour réaliser les relevés bucco-dentaires rendent ces enquêtes très complexes à mettre en œuvre. Au cours de nos actions, nous avons pu réaliser quelques observations intéressantes.

Les enfants sont plutôt en meilleure santé bucco-dentaire. Les indices relevés dans **l'action Croix-Rouge française** (annexe 1) montrent que même sur un petit effectif, nous avons observé des CAO très bas lorsque les enfants sont jeunes. De même, le CAO reste inférieur au CAO relevé à 12 ans en 2006 (0,67 vs 1,25 en 2006). Par contre, on observe une augmentation rapide du CAO à partir de 13 ans, pour arriver à 2,3 sur la dernière tranche de 17 ans à 23 ans.

Pas d'urgence avant 7 ans puis cela augmente. Le taux reste en dessous de 8 %.

Le besoin en détartrage est de 11 % dès 3 ans pour arriver à 53 % de 17 à 23 ans.

Le besoin en soins est de 13 % dès 3 ans, et de 36 % de 17 à 23 ans.

Il y a besoin d'extraction dès 13 ans et un peu de prothèses.

Si on cumule tous les besoins en soins dentaires, on constate que le besoin de consulter un chirurgien-

gien-dentiste augmente régulièrement et devient très important pour les plus âgés 22 % de 3 ans à 5 ans, 29 % à 6 ans, 39 % de 7 à 11 ans, 33 % à 12 ans, 65 % de 13 à 16 ans et 69 % de 17 à 23 ans.

Ces résultats sont confirmés par les observations faites dans **l'action du réseau Acsodent Pays de la Loire** (annexe 1), à savoir un indice CAO supérieur à l'âge adulte, la transition de bascule de cet indicateur se faisant à l'adolescence, à l'acquisition de l'autonomie. Pour ces personnes en établissement, on passe d'un CAO de 3,42 pour arriver à un CAO de 12,19 dans les établissements pour adultes, donc une multiplication par 4 de cet indice. Pour les enfants de ces établissements, la croissance du CAO est la conséquence pour les 2/3 de sa valeur de la croissance des indices A et O.

L'indice de risque régresse assez fortement. Cet indice étant bâti sur les notions d'hygiène et de suivi, cette baisse signe une meilleure approche de la personne au quotidien au sein des établissements.

La répétition des programmes fait baisser les besoins de prise en charge clinique, à indice de risque constant. L'obtention d'une baisse de cet indice pour les personnes ayant été dépistées 2 années de suite est le signe d'une progression de la prise en charge bucco-dentaire dans les établissements visités.

Les observations faites au cours de **l'action au foyer Charles Verthier** (pages 78-81) corroborent les observations précédentes. Les personnes autonomes de 20 à 40 ans de ce foyer ont de plus grands besoins en soins conservateurs que les personnes assistées du même âge. Cela confirme bien le rôle primordial des aidants sensibilisés à la prévention bucco-dentaire auprès de ces personnes aidées.

Les chiffres pour les résidents de 40 à 60 ans autonomes montrent des besoins moindres en soins et

en prothèses que pour les personnes assistées, ce qui suppose que soit les aidants ne sont pas sensibilisés ou formés à la santé orale, soit cela ne fait pas partie de leurs missions d'assistance.

Avec un CAO moyen de plus de 13, on voit combien la situation s'aggrave avec une forte augmentation des extractions (6 dents par personne), surtout chez les personnes assistées (8 par personne).

Les résidents de ce foyer sont réputés « autonomes ». Ils travaillent en ESAT et vivent en unité de vie, accompagnés par les éducateurs pour les aider dans leur vie quotidienne. Pour autant, les résultats montrent que leur hygiène et leur santé bucco-dentaire nécessiteraient un accompagnement personnalisé pour être efficaces.

Les observations faites au cours des actions d'Acsodent Pays de la Loire montrent l'impact positif des programmes de prévention.

Dans le département du 49 (Maine-et-Loire), l'association Acsodent s'est constituée autour d'un programme de prévention de la santé bucco-dentaire qui s'est mis en place dans ces établissements depuis quelques années. Les formations du personnel ont été programmées régulièrement et la mise en place de protocoles d'hygiène et de dépistage régulier a permis une prise en charge de qualité.

Dans le département du 44 (Loire-Atlantique), la prévention se fait de manière plus inégale.

Le CAO (10,08) est significativement plus élevé lorsque la personne a été dépistée sur les 2 programmes. Ce sont les indices liés aux soins qui expliquent cette augmentation : nombre de dents absentes (5,93) et nombre de dents obturées (3,80). L'indice relatant le nombre de dents cariées non soignées (0,34) baisse significativement entre les 2 passages, qu'il y ait répétition ou non. C'est vraisemblablement en lien avec l'éducation à l'hygiène dispensée lors des passages en établissement.

Les besoins en soins et en hygiène/détartrage baissent significativement entre les 2 passages, et ce, d'autant plus quand une répétition des dépistages est présente pour un même individu. Le besoin couplé soins/hygiène baisse aussi statistiquement entre les deux années et lorsque le programme touche la même personne deux années consécutives.

Le CAO est de 2,95 dans les établissements du 44 et de 2,4 pour les établissements du 49. Le nombre de dents absentes (A) est identique et le nombre de dents obturées (O) passe de 1,13 pour le 44 à 1,52 pour le 49. La différence vient essentiellement du nombre de caries (C). Un C à 1,20 (soit plus d'une carie par enfant) pour le 44 contre 0,30 (moins d'un enfant sur trois a une carie) pour le 49.

La différence se constate également au niveau des besoins. Dans les établissements du 44, les besoins en soins et en chirurgie sont presque 4 fois supérieurs à ceux des établissements du 49 (59 % vs 15 %). Les besoins en hygiène et détartrage sont deux fois inférieurs dans les établissements du 49 (49 % dans le 44 vs 22 % dans le 49). Les enfants ayant besoin de soins et d'hygiène sont presque trois fois moins nombreux dans les établissements du 49 (27 % dans le 44 vs 7,5 % dans le 49).

Les relevés permettent de bien objectiver l'influence du programme de prévention mené dans les établissements du 49. Peu de caries, moins de soins à prévoir, moindre besoin de détartrage sont des indicateurs objectifs d'une hygiène régulière et efficace.

Ces personnes en situation de handicap peuvent être en difficulté pour accéder à des soins dentaires. La prévention a montré toute son efficacité et doit être mise en place dans le projet de soins de chaque individu, en établissement ou à domicile.

Les 3 études se croisent et confirment les constats suivants : les besoins en soins augmentent avec la dépendance chez les adultes ; pour les besoins en

hygiène bucco-dentaire on observe l'inverse aussi bien chez les adultes que chez les enfants ; l'autonomie semble être un facteur aggravant. Quant aux enfants on observe un fléchissement de la bonne santé orale au moment de l'adolescence, juste au moment de l'acquisition de l'autonomie alors qu'au préalable, l'indice CAO des enfants en IME est meilleur que celui de la population générale. Reste aussi le biais du facteur de confusion du « A » au sein de l'indice CAO en denture mixte lors des visites des IME où il est difficile de savoir avec exactitude si ce « A » est dû à une extraction à la suite d'une pathologie ou de façon physiologique compte tenu de la tranche d'âge ; ou encore lié à un retard d'éruption associé au syndrome de l'enfant.

Ce même indice A chez les adultes montre à la fois que les soins d'urgence sont réalisés et malheureusement tardivement puisque le recours à la réhabilitation prothétique reste faible.

Ces enquêtes mettent aussi en évidence que dans la grande majorité des cas, les personnes en situation de handicap sont soignées en cabinet de ville au même titre que leurs concitoyens. Les soins sous sédation consciente MEOPA, par exemple, ou une prise en charge des soins sous anesthésie générale sont réservés aux cas de handicap dits « lourds » nécessitant des compétences et un plateau technique plus élaboré.

Globalement, ces 3 exemples démontrent bien que les besoins réels sont la formation et la sensibilisation des aidants familiaux ou professionnels à l'hygiène bucco-dentaire, qu'en l'absence de réseau de soins formel la gradation des soins se fait naturellement du cabinet de ville aux structures de soins dédiées. Cependant une coordination et une information de proximité adaptées aux personnes en situation de handicap et à leurs aidants restent primordiales.

C. Justification des actions favorables à la santé orale

« Toute personne en situation de handicap a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation nationale, l'accès aux soins fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi qu'au plein exercice de sa citoyenneté ». *Loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, article 2.*

En mars 2010, Mme MORANO confiait, devant les problématiques d'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap, aux **Doc-teurs HESCOT et MOUTARDE**, la réalisation d'un « **état des lieux de la prise en charge des soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap** ».

Leur rapport a été remis le 7 juillet 2010. Il est accablant. Selon le rapport :

- La question de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées dépasse le cadre strict bucco-dentaire
- La santé bucco-dentaire impacte fortement la qualité de vie (alimentation, respiration, douleur, vie sociale, estime de soi)
- Une mauvaise hygiène et une mauvaise santé bucco-dentaires sont des facteurs aggravants de pathologies installées (pathologies cardiaques, affections broncho-pulmonaires, très fréquentes chez les personnes en situation de handicap)

L'état de santé bucco-dentaire catastrophique des personnes en situation de handicap prouve que la problématique n'est pas seulement l'accès aux soins, mais **plus largement l'accès à la santé bucco-dentaire** (prévention + soins + éducation thérapeutique).

La question de « l'accessibilité » est pointée et identifiée comme étant plurielle.

L'accessibilité « au bâti »

- Une question qui doit théoriquement être résolue par l'obligation de mise en conformité des cabinets
- Ce sont surtout les personnes handicapées mentales ou polyhandicapées qui souffrent d'un mauvais état bucco-dentaire, ce qui tend à prouver que le problème n'est pas seulement d'accéder « physiquement » au praticien

L'accessibilité relationnelle et émotionnelle

- Une « rencontre » qui se fait difficilement entre un praticien qui ne se sent pas toujours compétent et une personne handicapée qui est anxieuse, voire terrifiée

L'accessibilité financière

- Une allocation handicap qui interdit la CMUC mais qui est trop faible pour couvrir certaines dépenses de soins dentaires (notamment de réhabilitation prothétique)
- Au cabinet, une spécificité des actes qui n'est pas reconnue au niveau tarifaire : un paiement à l'acte alors que le temps des soins est augmenté au minimum de 50 %

L'accessibilité à l'information

- L'accès aux messages de prévention est capital, notamment pour assurer une bonne hygiène bucco-dentaire. Il est important de faire connaître les spécificités de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées et leurs besoins
- Fantasme du guichet unique pour une orientation « intelligente » : il faut permettre à tous de comprendre par un langage adapté à chacun

Ces différents problèmes d'accessibilité sont, par nature, des « facteurs de risques » (pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap mais aussi pour leur santé globale) sur lesquels il faut agir un par un de manière pragmatique et raisonnable, **en favorisant le droit commun (en cabinet de ville), en réservant l'exceptionnel à l'exception, en résolvant prioritairement** le problème d'accès à la prévention pour réduire les besoins de soins et limiter, de fait, le problème d'accès aux soins et **en organisant une réponse univoque et cohérente** aux questions des familles en matière de prise en charge des soins

POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ À LA SANTÉ ORALE, LES PROPOSITIONS SUIVANTES ONT ÉTÉ FAITES

Miser sur la prévention et l'éducation à la santé en impliquant les aidants professionnels et naturels

- L'environnement de la personne handicapée doit être sensibilisé et formé
- Les enfants et adolescents doivent, dans la mesure du possible, être associés à la prévention pour devenir acteurs de leur santé : extension du programme d'éducation M'Tdents aux IME, kit de prévention bucco-dentaire pour les familles, programme de formation des personnels médico-éducatifs dans les centres pour enfants ou adultes en situation de handicap (dans le cadre de la formation continue, dans un premier temps, à adapter à moyen terme pour la formation initiale)
- Un programme de formation pour les aidants professionnels à domicile (formation initiale et/ou continue).

Favoriser « la rencontre » entre le praticien et le patient en situation de handicap

- Faciliter le dialogue entre les chirurgiens-dentistes et les professionnels du secteur médico-social
- Renforcer la formation initiale des chirurgiens-dentistes sur ce sujet
- Faire des « soins spécifiques » une des priorités de la formation continue (dont la prise en charge des soins sous MEOPA)
- Garantir une formation du même type pour l'assistante dentaire
- Concevoir des outils de communication spécifiques pour le chirurgien-dentiste au cabinet : expliquer, rassurer, accompagner, préparer la consultation...

Du droit commun aux mesures spécifiques : une approche différenciée selon la nature du handicap et des besoins

- Apporter une réponse par étape et par niveau :
 - > Le cabinet de ville pour le plus grand nombre (une logique de droit commun)
 - > Les structures adaptées aux techniques de sédation pour des soins plus spécifiques (qui peuvent être aussi des cabinets de ville « référents »)
 - > Les plateaux techniques de type hospitalier pour les anesthésies générales (l'exception).

Un système qui doit être géré par la profession elle-même

- Une coordination prise en charge par les structures représentatives de la profession et non pas par des individualités afin de garantir la pérennité et l'impartialité de l'organisation
- Un chirurgien-dentiste nommé par le Conseil départemental de l'Ordre serait l'interlocuteur des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) : « référent Handicap »
- Constitution d'un annuaire de cabinets référents dans chaque département permettant d'orienter

les personnes en situation de handicap et leur famille.

En 2013, **Pascal JACOB**, président de Handidac-tique, et **Adrien JOUSSERANDOT**, missionnés par **Madame Marie-Arlette CARLOTTI**, Ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, et **Madame Marisol TOURAINE**, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, collaborent pour établir un rapport :

UN DROIT CITOYEN POUR LA PERSONNE HANDICAPÉE, UN PARCOURS DE SOINS ET DE SANTÉ SANS RUPTURE D'ACCOMPAGNEMENT

Si la loi de février 2005 avait bien introduit une approche du handicap totalement nouvelle dans notre société, toutes les conséquences n'en sont pas encore appliquées en 2013. Il subsiste un problème à régler : celui de l'accès aux soins. Au-delà des contraintes géographiques, d'une file d'attente considérable et des renoncements aux soins faute de moyens financiers, les professionnels de santé n'ont pas été préparés à accueillir et à prendre en charge les personnes handicapées dans leurs spécificités.

Le rapport, auquel l'UFSBD a participé activement, dépasse largement la problématique de la question bucco-dentaire et préconise un certain nombre de points.

Sensibiliser, motiver, former, pour réduire le fossé entre les personnes en situation de handicap et une partie des personnels soignants.

- Par l'introduction de modules de formation spécifiques dans l'ensemble des cursus de formation des carrières médicales et paramédicales, en insistant sur la notion d'accompagnement, des efforts analogues doivent être réalisés pour les formations sociales
- En associant des personnes en situation de han-

dicap comme formateurs pour la sensibilisation et l'amélioration des compétences des professionnels ; et en réunissant dans des actions de formation en commun des acteurs du soin et de l'action sociale afin de décroiser davantage leurs pratiques professionnelles.

Aider les aidants

- Le but de ces formations est de permettre aux aidants d'assurer leur mission d'accompagnement dans de bonnes conditions. Et puis peut-être aussi des formations un peu plus ciblées sur les situations... sur des gestes de la vie quotidienne
- Pour vivre à domicile, il est nécessaire que les aidants familiaux soient reconnus, valorisés puis formés.

La prévention

- La personne en situation de handicap, comme tout citoyen, doit bénéficier d'actes de prévention citoyenne (cadre de la médecine scolaire ou de la médecine du travail, ou des campagnes prescrites par la Sécurité sociale telles que celles qui concernent la prévention et le dépistage de certains cancers chez les adultes)
- De plus, la prévention doit intervenir précocement, avant même l'annonce du handicap et le diagnostic, par un accompagnement des familles qui ont un doute, une incertitude...
- Ce diagnostic doit relever d'une démarche pluridisciplinaire et d'une co-construction (l'équipe pluridisciplinaire compétente et la famille).

La coordination médicale

- C'est une priorité dans la pérennisation d'une bonne prise en charge et de l'accompagnement de la personne en situation de handicap
- Cette coordination doit s'inscrire au niveau national pour assurer une prise charge homogène sur l'ensemble du territoire
- Elle doit pouvoir se mettre en place au moment où la personne en a besoin (intégration du parcours

de santé de manière homogène au parcours de vie)

- La mise en place de tels dispositifs suppose en particulier la création de la fonction de « Référent du parcours de santé » à confier à des professionnels qualifiés.

L'information médicale : le carnet de santé

- Outil de rassemblement et de circulation des informations regroupant les données médicales et paramédicales indispensables au suivi de la personne, ainsi que tous les éléments nécessaires à la connaissance actualisée de sa situation et de ses conditions de vie
- Le carnet de santé informatisé répond à ce besoin (information, utile, accessible, à la personne en situation de handicap, à l'ensemble des professionnels mais également des proches aidants qui interviennent auprès d'elle).

La fin de vie

- Permettre aux personnes en situation de handicap de passer leur fin de vie chez elles (domicile privé ou établissement médico-social) avec des réponses médicales et d'accompagnement adaptées et dans le respect de leur dignité
- Le médecin traitant, acteur central de l'accompagnement de fin de vie, doit être mieux formé (le recours à l'hospitalisation à domicile qui préserve la continuité de la qualité de vie avec la possibilité de bénéficier de soins très spécialisés doit être facilité). Développer des équipes mobiles de soins palliatifs est également un moyen indispensable d'atteindre cet objectif
- Accompagner les personnes en situation de handicap, en fin de vie, c'est préserver leur dignité et celle de leur entourage également. La fin de vie peut durer, il est donc important que l'ensemble des professionnels (au domicile, en établissement, médecin ou non médecin) puisse accompagner la personne en respectant ses attentes, et soit à l'écoute de son entourage mis à l'épreuve et qui doit donc se sentir écouté et compris.

Les urgences, un nouvel accueil

- Le passage aux urgences est souvent rapporté comme catastrophique par les personnes en situation de handicap et leurs accompagnants. Certaines contraintes d'organisation de ces services, une méconnaissance et une incompréhension de la part des personnels peu formés et préparés en sont les principales causes. (cf Annexes : Synthèse du Rapport Sur l'accès aux soins et à la Santé des Personnes handicapées.)

Les réseaux, les astreintes

- Proposition de développement du « Réseau intégration handicap », déjà expérimenté dans certains départements (un numéro vert, accessible 24 h/24 permet aux personnes en situation de handicap, à leur famille et aux professionnels de santé et de l'accompagnement de joindre une ressource experte sur les questions de santé (médecin de ville très souvent isolé face à des difficultés, comme les troubles du comportement, difficultés de communication et d'adaptation)
- Le réseau handicap est un acteur facilitateur (cf Bibliographie : Synthèse du Rapport Sur l'accès aux soins et à la Santé des Personnes handicapées).

Proximité, disponibilité, accessibilité, mobilité

- Le plan incliné n'est pas suffisant
- L'accessibilité doit intégrer la formation des professionnels de santé, l'existence d'équipements adaptés au sein des cabinets libéraux et l'utilisation d'outils de communication spécifiques
- Proposition d'accepter que la mobilité des professionnels de santé puisse être une alternative provisoire à l'aménagement des locaux. Cela permet d'être constructif et d'éviter les dérogations
- Autre proposition centrale : accéder à l'information par un annuaire (chaque patient devrait savoir quel professionnel de santé sera en capacité de l'accueillir et de le soigner dans de bonnes conditions) et proposer l'installation d'une unité mobile de soins selon les soins manquants (dé-

serts médicaux). Pour accéder à ces informations, la profession des chirurgiens-dentistes se mobilise. L'Ordre des chirurgiens-dentistes a nommé des référents handicap dans chaque département. Leur rôle : répertorier et orienter vers les différentes possibilités de soins et les professionnels accessibles

Les soins courants et la médecine de ville

- Difficulté réelle de prise en charge des soins ordinaires (hors milieu hospitalier) pour les personnes en situation de handicap, polyhandicapées et personnes en situation de handicap mental en particulier
- Cloisonnement actuel trop important du système de santé entre secteur hospitalier, ville, médico-social (trop axé sur l'hôpital)
- Déficit de formation aux spécificités de la prise en charge des patients en situation de handicap pour les médecins de ville et les chirurgiens-dentistes
- Déficit de partage d'informations et de sensibilisation aux actes de prévention entre professionnels du soin, aidant, patient en situation de handicap
- Consultations tardives et dans des conditions d'urgence avérée (épisodes douloureux et infectieux) pour les personnes en situation de handicap
- La prévention et l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique sont des étapes nécessaires au parcours de santé des personnes handicapées et une condition à leur prise en charge par la médecine de ville, qui doit être la plus précoce possible.

La tarification en milieu hospitalier comme en ville

- Il faut prendre en compte les impacts économiques de la prévention, de la coordination, les réductions de dépenses grâce à l'amélioration de la cohérence du soin et de l'accompagnement et toutes les mesures permettant une diminution des coûts (prise en charge plus précoce des pa-

Parce que l'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap est un enjeu majeur de santé publique et d'intégration sociale, parce que les troubles bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences désastreuses, en terme de douleur et de modification du comportement, en terme de troubles et déséquilibres alimentaires, en termes d'aggravation des pathologies générales (cardiaques, pulmonaires...) et en termes de dégradation de l'image et de l'estime de soi entraînant le repli sur soi, il est impératif, pour améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire globale, d'améliorer l'accès à la prévention.

Cela passe par la mise en place d'un parcours de santé individualisé, quels que soient le handicap, l'âge et le milieu de vie de la personne.

Pour les signataires de cette Charte, l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap est basée sur 7 piliers.

- **La mobilisation de tous les acteurs du parcours de santé** car les professionnels médicaux, les professionnels de santé, les personnels intervenant dans le monde du handicap les aidants familiaux et les personnes en situation de handicap sont les bâtisseurs du parcours de santé et du suivi
- **La prise en compte la plus précoce possible de la santé bucco-dentaire au sein du parcours de santé** par la sensibilisation et la formation des personnels soignants à la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, à l'importance de la santé bucco-dentaire et à la nécessité de réaliser des actes de prévention et un suivi des soins. Familles et personnes handicapées elles-mêmes doivent avoir la possibilité de devenir actrices de leur santé
- **Faire de l'éducation à la santé et de la prévention une priorité incontournable du parcours de santé bucco-dentaire** à tous les niveaux car l'entourage de la personne en situation de handicap doit pouvoir faciliter l'acceptation des pratiques de prévention et garantir la pérennité de la démarche. Les informations utiles et nécessaires doivent leur être données, ainsi qu'à la personne en situation de handicap, pour le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire. L'accompagnement doit être assuré en fonction du degré de dépendance de la personne en situation de handicap. Les établissements accueillant des enfants handicapés doivent aussi pouvoir bénéficier de campagnes de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire menées par des chirurgiens-dentistes
- **Faciliter et développer l'accès aux soins ambulatoires** par l'engagement de la profession à favoriser l'accessibilité aux soins ambulatoires (aménagement des locaux, organisation et offre de soins). Le rôle majeur du référent handicap (Conseil de l'Ordre) dans l'identification des personnels accessibles pour les soins dispensés aux personnes en situation de handicap étant reconnu par les chirurgiens-dentistes

- **L'incitation forte à la mise en place d'une visite régulière, chez le chirurgien-dentiste, dès le plus jeune âge, en privilégiant le milieu ordinaire :** connaissance et respect des recommandations de l'UFSBD en matière de prévention bucco-dentaire, protocole de prévention et d'hygiène bucco-dentaire individualisé établi par le chirurgien-dentiste traitant et réévalué régulièrement, suivi et maintien de l'état de santé bucco-dentaire, orientation vers un milieu plus spécialisé en cas de besoin. Dans tous les cas, les chirurgiens-dentistes acceptent et reconnaissent dans leur mission les accompagnants et veillent à les associer à la prise en charge des personnes handicapées dans le respect de leurs droits
- **Un partenariat avec les établissements médico-sociaux dans le parcours de santé** formalisant leur implication dans le suivi de la santé bucco-dentaire, de la sensibilisation à la prise en charge complète au sein d'un projet d'établissement, l'intégration d'un chirurgien-dentiste référent dans l'équipe médicale pluridisciplinaire et la réalisation de dépistages minima annuels pour toutes les personnes en situation de handicap dans l'établissement
- **La mise en place et la formation de correspondants en santé orale dans les établissements médico-sociaux, ou de coordonnateurs de soins et de prévention de toute personne en situation de handicap vivant à domicile.** Sensibilisé à l'importance du maintien d'une bonne santé orale, le CSO veillera à l'organisation des soins, des transports, des prises de rendez-vous, de l'accompagnement..., et devra disposer des outils et supports nécessaires à cette tâche.

CE N'EST PAS AU HANDICAP DE SE RAPPROCHER
DE LA MÉDECINE MAIS À LA MÉDECINE
DE SE RAPPROCHER DU HANDICAP (BULL. SP OCTOBRE 2013)





E. Santé mentale et santé bucco-dentaire, repérer les signes et prendre soin

Dr Djéa SARAVANE

Ex-Chef de Service centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale, autisme, polyhandicap et handicap génétique rare

Directeur de l'Enseignement Faculté de Médecine PARIS SUD

Soigner les patients qui ont une pathologie mentale requiert une connaissance et une attention particulières allant de la prévention jusqu'aux soins. En effet, cette population est davantage exposée aux problèmes de santé bucco-dentaire que la population générale car les facteurs de risques sont plus élevés (surcharge pondérale, conduites addictives...) et les traitements sont parfois difficiles à réaliser.

Santé buccale et santé mentale : quel lien ?

Les patients souffrant de pathologie mentale ont une espérance de vie diminuée de 20 % par rapport à la population générale. Ces patients présentent des facteurs de risques primaires comme la surcharge pondérale, la mauvaise hygiène alimentaire, la sédentarité, les conduites addictives (tabac, alcool, cannabis...). Ainsi, ils ont un risque accru d'anomalies métaboliques, de maladies cardio-vasculaires, de problèmes bucco-dentaires.

LA PRÉCARITÉ

Les patients atteints de pathologie mentale souffrent de précarité sociale, financière et professionnelle. En grande majorité célibataires (pour 80 % d'entre eux) ou chefs de famille monoparentale, les malades mentaux sont souvent exclus et souffrent de solitude. Si 60 % des patients rencontrés bénéficient de la CMU (couverture maladie universelle) ou de l'aide aux Affections Longue durée (ALD), 18 % n'ont aucune assurance maladie complémentaire¹.

La précarité s'accompagne de problèmes de santé bucco-dentaire, entre autres, limitant le recours aux soins et générant un désintéressement, voire un laisser-aller.

LA XÉROSTOMIE

La première cause de xérostomie est bien sûr l'usage prolongé de psychotropes (essentiellement les neuroleptiques phénotiaziniques et les antidépresseurs imipraminiques)². Les modifications du débit salivaire sont quantitatives et qualitatives. Un sujet hospitalisé au long cours peut avoir jusqu'à 30 fois moins de salive qu'un sujet sain. Nous sommes face à une quasi-asialie (absence totale de salive). Des modifications apparaissent également au niveau de la composition, avec une diminution du pH, du taux d'immunoglobulines et de lysozymes. La diminution des défenses immunitaires entraîne une rupture de l'équilibre de la flore buccale, à l'avantage des bactéries pathogènes. De plus, l'acidification accélère la déminéralisation de l'émail.

Les lésions carieuses et parodontales se développent aisément^{3,4,5}. La diminution de la quantité de salive et les modifications de sa composition la rendent inapte à jouer son rôle de lubrifiant. Les frottements engendrés par les mouvements de la muqueuse buccale entraînent des irritations douloureuses, principalement situées sur la langue et le palais, mais aussi sur les lèvres et la face interne des joues. Dans le cas de port de prothèses amovibles, la salive ne peut plus jouer son rôle d'aide à l'adhérence, ni de protection des muqueuses, entraînant des blessures. À la douleur s'ajoutent les problèmes de mastication (les patients préfèrent l'alimentation liquide ou semi-liquide), de déglutition et de gustation avec, dans les cas extrêmes,

une intolérance aux mets épicés, acides ou salés, voire une dysgueusie).

Enfin, la sensation de bouche sèche est très anxiogène (« J'ai la bouche comme celle d'un mort ») et l'anxiété renforce l'hyposialie. Il s'agit donc de rassurer le patient.

Rappelons, enfin, que le flux salivaire subit des modifications selon un rythme circadien spécifique à chacun d'entre nous. Il serait ainsi plus efficace de s'organiser pour que le pic sérique d'un médicament sialoprive tombe au moment des repas (quand l'hyposialie est la plus tolérable) ou tout au moins essayer de modifier le moment de la prise du médicament pour que son pic sérique ne corresponde pas à une phase de sécrétion minimum de salive.

La sécheresse buccale est un facteur de risque d'autant plus sérieux s'il est associé à une mauvaise hygiène, orale ou alimentaire.

LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES

Des comportements alimentaires anarchiques ont également des conséquences désastreuses pour la santé orale. Le grignotage permanent est, pour un spécialiste de la cavité orale, un ennemi redoutable. Plus le temps de contact entre les aliments et les dents est long, plus le risque carieux augmente. En cas de grignotage, il est donc impératif de se brosser les dents plus souvent, théoriquement après chaque repas⁶. Les patients semblent avoir une nette préférence pour l'alimentation sucrée. Or, le sucre provoque une acidification de la cavité buccale, facilitant la déminéralisation de l'émail dentaire et donc la formation des caries.

Connaître les habitudes alimentaires des patients permet d'évaluer leur risque carieux et de donner des conseils individualisés. Il ne s'agit pas de supprimer les confiseries, mais par exemple de

1 – Valtat M., État de Santé Bucco-Dentaire des patients hospitalisés en psychiatrie

2 – Hugly M., Vialatel C., Modifications bucco-dentaires en liaison avec les thérapeutiques utilisées en psychiatrie, Rev

Odontostomatol, 1977, 3, p.34-41. P23

3 – Besançon G., Pathologie bucco-dentaire et Psychiatrie, Science et recherche Odontostomatologique, 1971, (9), p.33-5. P 23 et 25

4 – Coudert J.-L., Lair J.-M., Fortin M., Hyposialies et bouche sèche

provoquées par des médicaments sialoprives, Inf Dent, 1993, 75, p.2425-29.

5 – Ferrière J.-P., Pathologie mentale et Hygiène, Dossier : Hygiène et Psychiatrie, Santé Mentale, 1998, 30, p. 27-29. P23 et 25

les manger à la fin du repas, avant le brossage des dents. Ainsi la durée d'exposition des dents aux sucres est diminuée. Nous pouvons également proposer des bonbons sans sucres tels que ceux utilisés par les diabétiques.

LES FREINS À L'HYGIÈNE

Le manque d'hygiène (d'hygiène orale, entre autres) n'est certes pas une spécificité des malades mentaux, mais certains troubles psychiatriques entraînent des perturbations du rapport au corps avec parfois une absence d'hygiène. Toute démarche active d'amélioration de l'hygiène pourra être perçue comme intrusive, perturbante, voire agressive. Dans le cas des démences, ce ne sont pas les mécanismes de la pensée, mais les fonctions cognitives qui sont perturbées. La fonction éducative du soin prend alors toute son importance. L'incurie ne correspond pas toujours à du laisser-aller, mais devient parfois une protection, une « panoplie identitaire ».

L'enseignement et la motivation à l'hygiène doivent donc être abordés de façon individuelle et personnalisée.

UN ÉTAT DES LIEUX INQUIÉTANT

Le nombre de dents cariées est deux fois plus important chez les malades (3,6 vs 1,7), le nombre de dents soignées est près de deux fois moindre (3,6 vs 5,7) et les malades ont deux fois plus de dents absentes que la population générale (6,06 vs 3,2). 20 % des patients ont plus de 10 dents en moins alors que nous avons en moyenne 7 dents absentes non remplacées par patient édenté et que seuls 16,2 % des édentés sont équipés d'une prothèse amovible⁶. Mais il faut noter que les maladies somatiques les plus représentées font partie des pathologies ayant des répercussions sur la santé bucco-dentaire : diabète insulino-dépendant, VIH, hépatites B et C. Les

diabétiques souffrent en effet d'une altération de la flore buccale qui facilite le développement des lésions carieuses et parodontales^{1,7,8}.

Il en est de même chez les patients sidéens avec la diminution des défenses immunitaires. Quant aux hépatites virales, elles provoquent des lésions muqueuses parfois hémorragiques qui rendent douloureux le brossage des dents. Seuls un peu moins de 50 % des patients déclarent se brosser les dents au moins une fois par jour. 70 % d'entre eux présentent de la plaque dentaire et la même proportion du tartre. Plaque dentaire et tartre provoquent des gingivites. L'inflammation gingivale est plus fréquente chez les patients hospitalisés le plus longtemps⁸. Le manque d'hygiène est bien sûr un facteur de risque de maladie carieuse, mais aussi de maladie parodontale. Il est aggravé par le tabac. En effet, si ce dernier n'a pas vraiment de répercussions sur la santé dentaire, en revanche, il est le deuxième facteur de maladie parodontale après le tartre. Fumer une cigarette brûle les muqueuses et dépose sur ces tissus fins, fragiles et sans épiderme, des goudrons et autres toxines. En présence de plaies buccales, le risque de surinfection est réel. Enfin, le tabac est le facteur de risque de certains cancers de la cavité buccale (cancer du plancher de la langue, de la gorge...).

DES IDÉES POUR L'AVENIR

• SENSIBILISER LE PERSONNEL SOIGNANT

La prévention ne se limite pas au cabinet dentaire, elle doit intervenir dans les services. Quand l'aide-soignante ou l'infirmière incite le patient à se doucher, elle peut en profiter pour lui rappeler de se brosser les dents, voire aider les plus handicapés. De même, à la cantine, des conseils diététiques peuvent être délivrés au quotidien. Dans les couloirs, il est possible de signaler au patient gourmand de bien se rincer la bouche après son petit en-cas pour limiter le risque de carie...

• ÉDUCER LES PATIENTS

Il est indispensable de motiver le patient à une bonne hygiène au quotidien, voire impliquer la famille, s'il y en a une, pour assurer un suivi après l'hospitalisation. Il faut le pousser à accepter les soins conservateurs, en expliquant l'importance des dents pour les différentes fonctions physiologiques de la cavité buccale (en insistant sur l'esthétique et les problèmes d'élocution liés à l'absence des dents). Il est essentiel de conserver un maximum de dents car un malade est très difficile à équiper en prothèse amovible. En effet, la sécheresse buccale provoque des lésions et compromet l'adhérence de l'appareil dentaire. De plus, la blessure narcissique provoquée par la nécessité de porter un « dentier », si elle est présente pour tout patient édenté, est plus intense chez des malades dont l'estime de soi est déjà perturbée.

On peut, par exemple, proposer une séance pratique d'explication de l'usage des accessoires d'hygiène orale (utilisation du fil dentaire ou des brossettes interdentaires, les techniques de brossage...)^{4,5}

D'autres projets peuvent être mis en place dans le cadre des ateliers d'arts plastiques, comme la création d'affiches sur la bouche, les dents, l'hygiène, les conséquences d'une mauvaise hygiène, sur le modèle des affiches contre la drogue ou le tabac⁸.

• SYSTÉMATISER LA VISITE DENTAIRE

La visite dentaire pourrait devenir obligatoire. Lors de ce rendez-vous, un bilan complet serait réalisé et délivré au patient. Une motivation et un enseignement à l'hygiène seraient alors proposés ainsi que les soins à effectuer éventuellement.

• UNE PRISE DE CONSCIENCE INDISPENSABLE

6 – Debray Q., *Pathologie médicale et Odontologie*, Paris : Masson, 1986 (Abrégés d'odontologie et de stomatologie), Ch. 14, Psychiatrie, p.225-35

5 – Gabriel C., De Beauchamps I., Martel M., Vogel M., Serviget E., *Éduquer les patients psychotiques à l'hygiène. Dossier : Hygiène et Psychiatrie, Santé Mentale*, 1998, 30, p. 32-35.

7 – Ruel Kellerman M., Van Amerongen AP., *Psychiatrie*, In : Girard P, Penne G, Missika P, *Médecine et Chirurgie dentaire, Problèmes médicaux en pratique quotidienne*. Rueil-Mailmaison : CdP 1988, ch 17, p901-37

8 – Valtat M., *État de Santé Bucco-Dentaire des patients hospitalisés en psychiatrie*

Les patients présentant des troubles psychiatriques sont particulièrement fragiles. Aux facteurs de risques environnementaux et socio-professionnels s'ajoutent ceux spécifiques à leur trouble psychiatrique et à leurs traitements. C'est un fait avéré, ils ont plus de problèmes de santé bucco-dentaire que la population générale et les traitements sont parfois difficiles à réaliser : désinvestissement, désintéressement, angoisse pathologique du dentiste, intégration psychologique des prothèses plus longue et délicate...

Mais si nous prenons le temps nécessaire pour les motiver, il est tout à fait envisageable de soigner, réparer et réhabiliter. Une fois comprises les causes d'un état de fait, il est plus simple de modifier ses habitudes pour un meilleur confort de vie. Et, qui sait, retrouver un beau sourire peut être le point de départ pour s'apprécier de nouveau !

Douleur en santé mentale

Les liens entre santé mentale et douleurs sont réciproques :

- La douleur associe un versant psychique
- Et les pathologies psychiatriques peuvent avoir la douleur comme symptôme ou modifier la façon dont la douleur est ressentie ou exprimée.

Pendant fort longtemps, on a toujours évoqué l'hypothèse de l'insensibilité à la douleur des patients schizophrènes. Les travaux récents ont mis en évidence que :

- Certaines pathologies psychiatriques s'expriment par une expression douloureuse particulière
- Les patients ressentent la douleur, mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas et l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou dans un comportement qu'il faut savoir décoder
- Ainsi, tout changement brutal du comportement chez un patient psychiatrique stabilisé du point de vue de sa pathologie doit impérativement faire rechercher une pathologie organique douloureuse.

Prise en charge

Il existe une surmortalité et une surmorbidity par des pathologies organiques des patients souffrant de troubles psychiatriques, avec une espérance de vie écourtée de 20 % en moyenne par rapport à la population générale. À cela on peut émettre plusieurs explications :

- Une négligence des questions de santé et de soin
- Des troubles de la communication

Il est donc nécessaire de rechercher toute pathologie susceptible de diminuer la perception douloureuse chez ces patients à risques. Il faut aussi prévenir la douleur puisqu'elle sera chez ces patients plus difficiles à identifier.

Les troubles anxieux et dépressifs doivent être systématiquement repérés et traités chez les patients douloureux du fait de leur fréquence et de leurs conséquences.

Pour ce qui est des pathologies bucco-dentaires

Dans le cas des personnes vivant un handicap, certains comportements, problèmes doivent évoquer une pathologie organique et/ou une douleur :

- Agressivité
- Automutilation
- Cris sans problèmes particuliers
- Troubles du sommeil
- Explosion de colère violente
- Mouvements répétitifs stéréotypés sur la zone douloureuse : tapotement au niveau de la gorge et des oreilles, grincement des dents... penser à une douleur au niveau de la cavité buccale.

Évaluation

La clinique est primordiale dans toute évaluation de la douleur, mais on peut s'aider d'outils pour l'évaluation de son intensité et proposer un traitement antalgique, pharmacologique et non pharmacologique, adapté au type de douleur.

Pour les communicants, on propose :

- Échelle Verbale Simple : EVS

- Échelle des 6 visages adultes : Faces Pain Adults-R.

http://www.ccecqa.asso.fr/sites/ccecqa.aquisante.priv/files/recensement_outils_eval_sept_2010.pdf

En cas de troubles de la communication, il est recommandé d'utiliser des échelles d'hétéro-évaluation :

- EDAAP : Évaluation de la Douleur chez l'Adolescent et Adulte Polyhandicapé
- EDD : Expression Douleur Dyscommunicante.

Pour en savoir plus :

- *Mental Health and Pain: Somatic and Psychiatric Components of Pain in Mental Health*
- *Marchand S, Saravane D, Gaumond I Editors- Springer-Verlag France, Paris 2013*
- *Référentiel de Psychiatrie et Addictologie*
- *2^e Édition révisée, Presses Universitaires François-Rabelais, 2016*

ESDDA : Échelle Simplifiée d'évaluation de la Douleur chez les personnes Dyscommunicantes avec troubles du spectre de l'Autisme (annexe 3)

Cette échelle a été réalisée par des professionnels de terrain et validée par l'équipe de recherche du Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale et Autisme de l'EPS Barthélemy Durand d'Étampes (91). Elle est la propriété de l'EPS Barthélemy Durand d'Étampes et peut être librement utilisée, à la condition de l'attribuer à son auteur en citant son nom (Centre Régional Douleur et Soins Somatiques en Santé Mentale et Autisme EPS Barthélemy Durand d'Étampes) et de ne pas en faire d'utilisation commerciale. Toute modification de cet outil est également interdite.

http://www.eps-etampes.fr/fileadmin/user_upload/fichiers/ESDDA.pdf

2



Accéder à la prévention

A. Recommandations

🔑 Quand agir ? Le plus tôt possible et durant toute la vie.

🔑 Comment agir ?

Mobiliser tous les acteurs du parcours de santé est indispensable à la construction et au suivi de ce parcours de santé.

1. Recommandations pour les personnes en situation de handicap

Leur risque carieux peut être élevé, dès le plus jeune âge.

Il est donc nécessaire de sensibiliser les parents pour qu'ils effectuent les premiers gestes d'hygiène dès l'apparition des premières dents afin d'habituer leur enfant aux gestes d'hygiène. **La mise en place, dès le plus jeune âge, d'un protocole de prise en charge de l'hygiène, individualisé et adapté** au patient, à son âge, à son habileté manuelle, à son niveau de compréhension et de dépendance, à son mode d'alimentation, à la prise de médicaments et à ses possibilités de collaboration doit impliquer tout l'entourage de la personne en situation de handicap, ses parents, le personnel médical, paramédical et le personnel soignant.

Un programme de prévention devra également être instauré dès le plus jeune âge des enfants, comprenant une visite semestrielle chez un chirurgien-dentiste (réseau de soins ou hors réseau de soins) avec un détartrage, une fluoruration si nécessaire et l'accompagnement de la famille pour les encourager à pratiquer l'hygiène bucco-dentaire quotidiennement.

Veiller à proposer une alimentation équilibrée, dans la mesure du possible, et respecter les conseils de prévention en termes d'alimentation :

- Ne pas habituer la personne en situation de handicap aux sucres, privilégier plutôt les édulcorants (boisson gélifiée pour pousser à l'hydratation, par exemple)
- Éviter les aliments acides (ketchup, vinaigre, jus de fruits,...), les associer à des compensateurs (fromage, protéines, lipides,...)
- Éviter les grignotages. En cas d'obligation de multiplier les prises alimentaires, finir par un verre d'eau et penser à passer, a minima, une compresse sur les dents.

Protocole d'hygiène selon l'âge

Quel que soit l'âge, penser à enlever les dépôts avec une compresse avant le brossage. Utiliser une brosse à dents avec une petite tête et du dentifrice fluoré.

Période d'éruption des incisives (6-12 mois) : les premières dents ont fait leur apparition. Les parents passent une compresse pour enlever les dépôts, surtout si le réflexe de déglutition n'est pas en place. Dès que possible, pratiquer le brossage 1 fois/jour (réalisé par les parents) avec une quantité équivalente à une trace de dentifrice dosé à 1000 ppm

- ✓ 12-36 mois : même chose 2 fois / jour
- ✓ 3-6 ans : Compresse + Brossage 2 fois/jour réalisé ou supervisé par les parents, avec une quantité équivalente à un petit pois de dentifrice dosé à 1 000 ppm

- ✓ 6-9 ans : compresse + Brossage 2 fois/jour réalisé ou accompagné par les parents avec 1 à 2 cm de dentifrice dosé jusqu'à 1 500 ppm. Ne pas rincer. À ce stade, surveiller l'arrivée des premières dents définitives en arrière des dents de lait. Les scellements de sillons des premières molaires définitives et/ou l'application de vernis fluoré pourront être réalisés par le chirurgien-dentiste traitant, si le niveau de coopération du patient le permet
- ✓ 10-12 ans : Brossage accompagné au moins 2 fois/jour avec une quantité de dentifrice dosé de 1 500 à 2 500 ppm équivalent à la largeur de la brosse à dents. Ne pas rincer. Surveillance de la croissance des maxillaires. Limitation des effets des parafunctions. Extractions pilotées si nécessaire pour conserver l'harmonie des maxillaires
- ✓ Adolescents et adultes : Brossage accompagné ou supervisé si besoin, au moins 2 fois/jour avec une quantité de dentifrice dosé de 2 500 à 5 000 ppm en fonction du risque évalué, équivalent à la largeur de la brosse à dents. Ne pas rincer (surtout pour le brossage du soir).

L'usage du fil dentaire et des brosses interdentaires est expliqué chaque fois que cela est possible. Quand cela est possible, évoquer la brosse à dents électrique afin d'habituer le patient aux vibrations des PIR (porte-instruments rotatifs) si des soins sont nécessaires ultérieurement.

Objectifs du suivi

- ✓ Ne pas surajouter un handicap dentaire, ne pas créer une situation de « surhandicap »
- ✓ Réduire au maximum le besoin de soins
- ✓ Diminuer le risque infectieux et les surinfections respiratoires ou digestives, notamment de type candidose
- ✓ Retarder l'apparition de maladies parodontales, source de douleur et de perte dentaire prématurée chez des patients difficilement appareillables
- ✓ L'âge, la dépendance, le handicap, la prise de médicaments, les problèmes musculaires, fonctionnels, orthopédiques et orthodontiques favorisent l'apparition de ces problèmes
- ✓ Apporter hygiène et confort à des patients dépendants, rafraîchir la bouche, diminuer l'halitose mais aussi leur rendre le sourire !

POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE POLYHANDICAP

Polyhandicap et sphère bucco-dentaire ont des relations intriquées.

Les risques engagés par un mauvais état dentaire sont multiples.

- ✓ Douleur : la sphère oro-faciale est la zone la plus innervée du corps ; en découlent des problèmes de comportement, d'agitation
- ✓ Mauvaise hygiène à l'origine des caries, des parodontites, de la perte de dents, de la mauvaise haleine
- ✓ Infection : possibilités de complication (cardiaque, ORL, pulmonaire,...)
- ✓ Schéma corporel perturbé, influence sur l'équilibre
- ✓ Difficultés de mastication
- ✓ Difficultés d'appareillage

POUR LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

La personne souffrant d'autisme présente des problèmes de communication et une aptitude mentale réellement problématiques lors de traitements. Les troubles du comportement, les troubles de la perception, des mouvements incontrôlables, et l'épilepsie accroissent les difficultés.

Gérer un patient autiste est un véritable « challenge » pour l'équipe de soins dentaires.

Les conditions orales des sujets atteints d'autisme sont particulières :

- ✓ Habitudes orales néfastes : bruxisme, automutilation...
- ✓ Risque carieux augmenté par des préférences alimentaires sélectives (aliments sucrés, collants et mous) doublées d'une hygiène orale quotidienne difficile
- ✓ Maladies parodontales fréquentes avec beaucoup de tartre et de plaque
- ✓ Traumatismes (chutes, accidents, automutilation)
- ✓ Risques plus importants de souffrir de malocclusions de retards d'éruption et/ou de malpositions parfois dues à des parafonctions.

D'où la nécessité de mettre en place précocement un programme préventif en amont, en particulier : par le brossage quotidien.

- ✓ En favorisant l'autonomie et en leur apprenant à se brosser les dents, avec des protocoles spécifiques et si besoin la prescription de matériel adapté pour faciliter les gestes
- ✓ En formant les soignants, les aidants quand l'autonomie est impossible. Leur montrer les techniques, insister sur les bonnes positions, les bons gestes, le temps nécessaire car ce n'est pas un acquis
- ✓ Des apports fluorés, les scellements de sillons des molaires définitives
- ✓ Informer l'entourage sur les médicaments qui diminuent le flux salivaire et contiennent du sucre, conseiller de boire beaucoup d'eau pour

rincer le sucre résiduel et pallier le manque de salive potentiel

- ✓ Proposer des alternatives aux aliments et boissons cariogènes.

La prise en charge bucco-dentaire de personnes autistes prend beaucoup de temps : patience et détermination sont un pas vers le succès. Il faut privilégier la prévention (alimentation, hygiène quotidienne) et miser sur la réussite de la pédagogie visuelle. Un chirurgien-dentiste averti et informé sur ce type de handicap va pouvoir proposer des actes de prévention complémentaires au bénéfice d'une bonne santé orale et d'une qualité de vie satisfaisante.

Une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques est nécessaire.

Les personnes en situation de handicap doivent recevoir toutes les informations utiles et nécessaires pour leur permettre de maintenir une bonne santé bucco-dentaire. Des campagnes de sensibilisation et d'éducation à la santé bucco-dentaire, menées par les chirurgiens-dentistes dans les écoles, doivent être déclinées dans les établissements accueillant les enfants handicapés pour que la prévention soit la plus précoce possible.



2. Recommandations pour les aidants naturels

Aller au chapitre 5 pour plus de précisions

Le profil des aidants varie, notamment, selon le type de handicap (moteur, sensoriel, mental, cognitif ou psychique, polyhandicap) et l'âge de la personne aidée.

Si les aidants principaux des personnes dépendantes mineures sont généralement les parents ou le cercle familial proche, le profil des aidants auprès des adultes handicapés est plus diversifié.

La prévention doit en partie être confiée à l'entourage de la personne en situation de handicap pour faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par cette personne et garantir une certaine pérennité de la démarche.

Les aidants familiaux doivent assurer l'accompagnement des personnes en situation de handicap en fonction de leur niveau de dépendance et doivent recevoir, pour cela, toute l'information utile et nécessaire.

Pour ces raisons, les personnes en situation aidée de handicap et leur famille doivent être sensibilisées à la nécessité d'un maintien en bonne santé bucco-dentaire et aux différents protocoles de prévention, afin de leur permettre d'être actrices de leur santé ou de celle de la personne aidée.

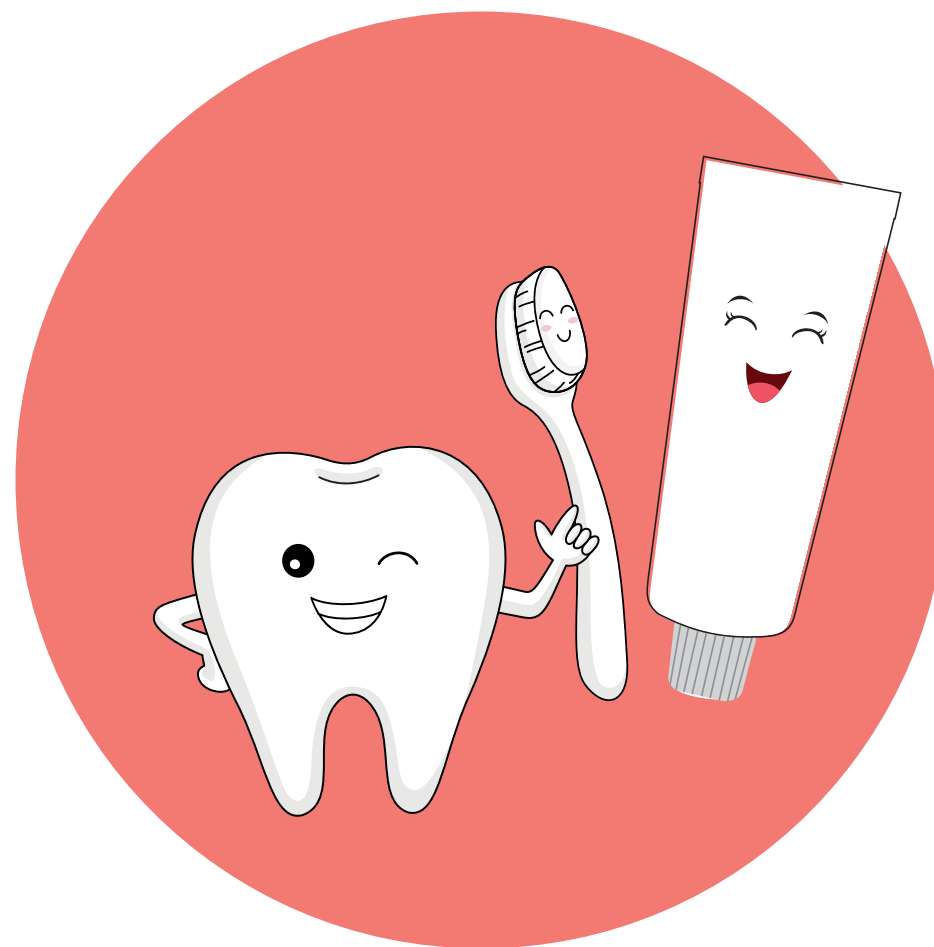
3. Recommandations pour les aidants professionnels/pour le personnel en établissement

Aller au chapitre 4 pour plus de précisions

En formation initiale ou continue, tous les professionnels médicaux et de santé doivent être formés à la prise en charge et au suivi de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

Les personnels médico-sociaux et les intervenants professionnels au domicile doivent être également sensibilisés et formés à l'importance de la santé bucco-dentaire, d'une bonne hygiène dentaire, et à la nécessité de réaliser des actes de prévention et un suivi des soins.

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



B. Hygiène orale : un préalable indispensable adapté selon le handicap

L'UFSBD a mis en place, depuis plus de 20 ans, des actions de sensibilisation et de formation à l'hygiène bucco-dentaire en faveur des personnes en situation de handicap.

C'est une démarche participative : les actions sont organisées avec nos partenaires.

Un travail de collaboration avec les instances de santé permet un échange d'informations sur nos expériences et leur comparaison avec des actions du même type, dans l'objectif d'améliorer nos interventions.

Ainsi, nombre de nos actions sont co-écrites avec les collectivités et les acteurs de terrain, dans le respect des politiques publiques locales, pour permettre d'être au plus près des besoins selon les territoires, les caractéristiques et l'environnement de chaque population cible. Notre organisation en niveau régional et départemental nous permet de répondre à ce besoin de proximité.

Par notre expérience de terrain et le recueil des données de santé, par notre engagement à l'OMS, dans les instances internationales, européennes et nationales, nous participons au recueil et à l'analyse des données quantitatives et qualitatives des différents besoins de ces populations.

L'UFSBD est qualifiée d'« organisme de formation ». Les méthodes d'intervention et les outils choisis pour réaliser les formations ont été préalablement testés lors d'actions expérimentales. Ils ont été construits en concertation avec les populations concernées ou au sein de groupes de travail et d'une commission pédagogique. Ils font l'objet de protocoles précis permettant leur description et leurs conseils d'utilisation.

Les objectifs opérationnels sont calés sur les effets attendus auprès des populations cibles et ils se veulent le plus respectueux possible des stratégies de santé établies par le ministère. Les évaluations

prises en œuvre sont mesurables, réalistes et définies dans le temps et dans l'espace.

L'engagement des acteurs de terrain est basé sur le volontariat, leurs échanges avec les stagiaires permettent de profiter des expériences de chacun pour améliorer les actions dans les structures approchant ou accueillant des personnes en situation de handicap. Des temps de formation interne sont organisés régulièrement pour permettre cette interactivité. Les freins, les leviers, les manques sont listés dans l'objectif d'améliorer les actions.

L'organisation de l'UFSBD en réseau régional et départemental est un atout de taille. La proximité facilite la sensibilisation et la formation des acteurs du soin et de l'accompagnement, très démunis dans ce domaine. Les formations proposées apportent des outils favorisant l'accès à une meilleure santé orale ainsi qu'un accès aux soins courants et/ou spécifiques en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap.

La coordination entre l'UFSBD Nationale et les comités locaux permet une analyse de la situation, une planification, la réalisation et l'évaluation des actions.

Pourquoi avons-nous développé nos formations ?

Ce sont nos valeurs humaines, qui nous ont poussés à nous engager dans les actions en faveur des personnes en situation de handicap et c'est ce même engagement, que nous partageons avec le personnel des établissements ou des structures en lien avec ce public. Toutes nos actions comprennent des activités visant à renforcer les capacités des individus dans leur propre prise en charge, le développement de leurs connaissances et leurs compétences psychosociales par les ateliers de brosseage,

par exemple. Professionnels médicaux et de santé, professionnels médico-sociaux, intervenants à domicile, familles et personnes handicapées elles-mêmes doivent devenir acteurs de la prévention, étape incontournable du parcours de santé bucco-dentaire.

Chacun à son niveau doit intégrer que sa santé ne peut pas être bonne s'il ne conserve pas une bonne santé dentaire.

Quel que soit l'âge, la pratique d'une bonne hygiène orale en est la première étape ; elle doit être adaptée au niveau de dépendance de la personne en situation de handicap.

Faire réaliser des actes de prévention et un suivi des soins par un chirurgien-dentiste est aussi un préalable.

Le matériel de brossage doit être adapté à la personne en situation de handicap, à sa dextérité, à sa coopération.



Mon matériel



ET

Le taux de fluor du dentifrice est à définir avec le dentiste



OU

Brosse à dents manuelle, un gros manche avec une brosse à petite tête peut faciliter le brossage



OU

Brosse à dents électrique, idéale en cas de difficultés à faire les gestes de brossage



Brosse à dents avec 3 faces, permet de brosser les 3 faces en même temps.



Brosse à dents
Dentifrice
Fil dentaire
Bain de bouche

Mes gestes d'hygiène de tous les jours



2 brossages par jour **matin** et **soir** pendant **2 minutes**



Le brossage, c'est la base !

Sans oublier le **fil dentaire** le **soir** entre chaque dent

→ Si j'ai des difficultés pour me brosser seul les dents, je demande de l'aide

→ Si j'ai des douleurs aux dents, je demande de l'aide pour aller chez le dentiste sans tarder

Aider à développer les engagements des soignants, c'est améliorer la qualité de vie des personnes dont ils ont la charge. Le bonheur d'un sourire échangé n'a pas de prix.

Les formations proposées aux personnels soignants sont axées sur :

- La prise de conscience, par la connaissance de l'enjeu thématique. L'apport de connaissances sur la sphère buccale, sur les interactions entre bouche et corps et les secrets de la prévention sont développés. L'objectif est de développer à la fois les connaissances et les compétences du personnel soignant dans le domaine de la santé bucco-dentaire
- Le savoir-être et le savoir-faire : améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, c'est commencer par améliorer les pratiques d'hygiène. Des jeux de rôles permettent de valoriser les ressources des populations et d'améliorer le niveau des connaissances pratiques

✓ **Savoir être** c'est connaître les activités à prodiguer et adapter les comportements et attitudes individualisés à la personne en situation de handicap, en mettant en place des protocoles d'hygiène bucco-dento-prothétique. C'est aussi, par exemple, adopter un positionnement rassurant à l'égard de la personne

✓ **Savoir faire**, c'est évaluer l'état bucco-dentaire de la personne en situation de handicap (état des lèvres, gencives, langue, muqueuses, présence de dents naturelles, de prothèses dentaires, repérer des douleurs buccales, savoir apprécier la qualité de l'hygiène buccale), c'est aussi connaître la conduite à tenir face à certaines pathologies (aphtes, herpès, pulpite ou abcès)

✓ **La santé orale comme projet d'établissement.** Un lien est à créer, à renforcer avec les familles et les aidants. Le rôle de l'équipe soignante est capital dans la transmission de l'information, dans le message à divulguer sur l'importance à

prendre soin de la santé orale, du maillage vers les chirurgiens-dentistes traitants ou les structures plus spécialisées si besoin. La mise en place de Correspondants en Santé Orale (CSO), dans un deuxième temps, doit permettre la pérennisation de la démarche : le CSO fait le lien entre l'établissement, les équipes soignantes, les familles et l'accès aux soins (organisation). Le travail en équipe et en réseau est à développer pour faciliter l'accès aux soins ambulatoires. Créer une habitude de visite régulière au cabinet dentaire, en milieu ordinaire, dès le plus jeune âge est un autre axe préventif.



C. Être compris de tous

L'accès à la prévention bucco-dentaire passe par la facilité avec laquelle les principaux intéressés comprendront les messages qu'ils doivent s'approprier pour pouvoir ensuite les mettre en application.

D'après les estimations de l'INSEE et de la DREES (la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), les patients ayant des difficultés d'accès aux soins dentaires seraient entre six et dix millions en France.

- ✓ Les trois catégories de personnes les plus touchées sont les personnes en situation de handicap, les personnes en situation de dépendance, les personnes en situation de précarité
- ✓ La personne en situation de handicap qui travaille en ESAT n'a pas toujours la capacité d'identifier et d'exprimer sa douleur ; elle attend souvent le dernier moment pour consulter. Il peut arriver que si personne ne l'incite à consulter, elle ne le fasse pas d'elle-même
- ✓ Une majorité de personnes en situation de handicap a encore peur d'aller chez le dentiste, ce qui retarde les soins, alors que l'on sait pourtant que la prévention agit sur la peur en la diminuant.

De plus, les chirurgiens-dentistes ne sont pas tous formés à l'accueil de personnes en situation de handicap et certaines personnes en situation de handicap, en particulier les adultes qui travaillent en ESAT, bénéficient d'une autonomie relative, qui leur permet de se rendre au cabinet dentaire, seuls, sans accompagnement.

Pour bon nombre de sujets en situation de handicap, image et estime de soi ne sont pas évidents. L'autonomie relative de la vie privée de certains, multiplie les informations à gérer et l'hygiène est parfois difficile à mettre en œuvre.

Le lien entre manque affectif, grignotage, sucreries et problèmes dentaires a été établi.

Cela rend incontournable la mise en place d'actions de prévention pour favoriser ou maintenir la bonne santé globale des personnes en situation de handicap. Mais pour être efficace, elle doit faire appel à des outils afin que les messages clés soient intégrés.



L'UFSBD a créé un outil pour faciliter la communication dans le face-à-face chirurgien-dentiste-patient.
« Quand les mots nous manquent. »

1. Utiliser un français facile à lire et à comprendre pour adapter la communication

Le Facile à Lire et à Comprendre (FALC) trouve directement son origine dans la loi 2 janvier 2002.

La Convention des Nations Unies pour le droit des personnes en situation de handicap stipule :

- ✓ Par l'article 2 : notion de conception universelle, tout doit pouvoir être utilisé par tout le monde sans adaptation, ni conception spéciale
- ✓ Par l'article 9 : notion d'accessibilité, les personnes en situation de handicap doivent vivre de manière normale et participer à tout.

Ainsi, la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » pose le concept de l'accès à tout pour tous.

« Facile à lire et à comprendre » est une méthode européenne permettant une accessibilité des informations aux personnes déficientes intellectuelles, dans tous les domaines de la vie. Les documents rédigés sous cette forme sont identifiables par le logo ci-dessus.

Des documents facile à lire et à comprendre sont régulièrement publiés et concernent tous les domaines de la vie quotidienne comme la santé, la signalétique, le tourisme. La méthode « facile à lire et à comprendre » FALC est portée en France par l'UNAPEI et l'association « Nous Aussi ».

Le FALC n'est pas exclusivement conçu pour les personnes souffrant de déficience intellectuelle, il concerne aussi les personnes migrantes ou encore en situation d'illettrisme. L'objectif consiste à rendre ces personnes en difficulté, plus autonomes grâce à une meilleure compréhension de l'information.

Le FALC contribue à donner envie aux personnes d'apprendre à lire, permet de développer la capacité de choisir, demander, chercher à évoluer...

5 GRANDES RÈGLES SONT À RESPECTER

- **Utiliser des mots d'usage courant.** Par exemple, mouchoir «à usage unique» est remplacé par « papier »
- Faire des **phrases courtes**
- Toujours associer un pictogramme au texte
- **Clarifier la mise en page** et la rendre facile à suivre à travers des typographies simples, des lettres minuscules, des contrastes de couleurs...
- **Aller au message essentiel.**

Le message ainsi « **adapté** » doit ensuite être testé par les usagers concernés, quitte à revoir certains mots ou phrases complexes ou formes inappropriées. Le rédactionnel est réalisé ou transmis à un groupe de travailleurs handicapés d'ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) qui se charge d'appliquer le « tampon » du label européen « Easy to read » pour validation. Le FALC s'applique à tous les documents écrits, audio, audiovisuels, électroniques, internet...

Un mode opératoire est proposé par ACSODENT dans le cadre d'actions de prévention auprès d'adultes travaillant en ESAT.



À propos de COACTIS SANTÉ :

CoActis Santé est une association loi 1901 créée en 2010 qui agit en faveur de l'accès aux soins pour tous avec la création d'outils concrets :

- **SantéBD** : un outil pédagogique gratuit pour mieux comprendre la santé et faciliter la relation entre les patients et les professionnels de santé. www.santebd.org
- **HandiConnect** : une plateforme de ressources à destination des professionnels de santé pour les former à l'accueil et au suivi des patients en situation de handicap. www.handiconnect.fr



2. SantéBD

SantéBD, c'est quoi ?

Des outils pédagogiques expliquant la santé avec des dessins et des mots simples, pour mieux comprendre la santé, avoir moins peur et mieux communiquer durant les consultations médicales.

- 50 thèmes autour de la santé
- Des dessins clairs et rassurants
- Des textes faciles à lire et à comprendre (en FALC)
- Des contenus personnalisables au profil de chaque patient

Pour permettre l'accessibilité

Les outils sont créés **en fonction des besoins spécifiques de chaque handicap** : autisme, déficience intellectuelle, difficultés sensorielles, aphasie, polyhandicap... Un menu de personnalisation permet de proposer des outils adaptés aux besoins de chaque patient en fonction de son âge, son sexe et de ses difficultés.

Les outils SantéBD sont créés en s'appuyant sur **les principes de la communication alternative**, avec un langage FALC (facile à lire et à comprendre), des scénarios simples et des illustrations claires et rassurantes.

Pour les personnes déficientes visuelles, l'application SantéBD est **compatible avec les outils d'accessibilité Talk Back et Voice Over**.

« Nous avons créé SantéBD avec la conviction que ce que l'on développe pour le plus vulnérable de la société profitera à tous », commente Pauline d'Orgeval, cofondatrice de CoActis Santé.

Les fiches dentaires sont disponibles sur le site de l'UFSBD : <https://ufsbd.fr/espace-grand-public/espace-encadrants/fiches-coactis/>

La communication alternative

La **communication alternative** regroupe différentes approches pour améliorer la communication des sujets en difficulté pour communiquer : les personnes avec **aphasie, IMC, polyhandicap, déficience intellectuelle, maladies diverses**, etc.

Ce type de communication propose des solutions concrètes pour **redonner autonomie, fierté, présence** et identité aux personnes concernées par une problématique de communication. D'autres moyens pour communiquer au quotidien sont mis à leur disposition : systèmes imagés, pictographiques ou symboliques, gestes et signes, photos, objets, aide à l'écriture...

SANTÉBD : UN OUTIL COLLABORATIF

SantéBD est un outil collaboratif soutenu par les principaux acteurs institutionnels dans le domaine tels que Santé Publique France, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), qui reconnaissent sa qualité et son utilité publique. SantéBD bénéficie également d'un soutien financier durable de la Fondation Malakoff Médéric Handicap, partenaire historique dès le début de son lancement.

Les fiches SantéBD « Dentiste » et « Prévention dentaire » ont été co-conçues avec l'UFSBD et des experts de la communication alternative.

À propos de la Fondation Handicap MALAKOFF MÉDÉRIC :

Créée en octobre 2013 afin de sceller l'engagement historique du groupe Malakoff Médéric en faveur des personnes en situation de handicap, la Fondation d'entreprise Malakoff Médéric a notamment pour mission de favoriser l'accès à la santé et à l'emploi des personnes handicapées. Dédiée à 100 % au handicap, elle soutient des projets innovants et généralisables sur tout le territoire ayant pour objectif de rendre la société plus inclusive.

SANTÉBD : UN OUTIL DE DIALOGUE POUR NE PLUS SANTÉBD : DES FICHES & VIDÉOS PÉDAGOGIQUES POUR MIEUX COMPRENDRE LES SOINS DENTAIRES ET LA PRÉVENTION DENTAIRE

L'UFSBD a participé à la réalisation d'outils destinés à faciliter la communication patient / praticien. Basées sur la mise en images des actes les plus courants, ces « fiches » sont composées d'illustrations accompagnées d'un texte en français facile (FALC) qui décrivent précisément le séquençage d'une consultation ou d'un soin.

Peur du bruit de la fraiseuse, peur d'avoir mal, peur de la piqûre d'anesthésie,... Qui n'a jamais eu peur d'aller chez le dentiste ? Des outils pédagogiques ont été développés pour prendre soin de ses dents, se préparer aux soins dentaires, mieux les comprendre et ainsi ne plus appréhender un rendez-vous chez le dentiste.

Examen dentaire, soin d'une carie, pose d'une couronne, extraction d'une dent, détartrage, les fiches SantéBD « Dentiste » expliquent **comment se passe la consultation chez le dentiste, les gestes du chirurgien-dentiste et les instruments utilisés**. Ce support visuel permet de préparer en amont les consultations afin de lever les peurs, d'anticiper le déroulement des soins et de mieux les accepter.

« Mon fils de 9 ans autiste a réussi à aller chez le dentiste grâce à SantéBD », témoigne une mère de famille.

Comment prendre soin de ses dents, comment choisir sa brosse à dents, comment bien se brosser les dents ?

Les fiches SantéBD « Prévention dentaire » délivrent également de **nombreux conseils pour une bonne hygiène bucco-dentaire**.

Une **fiche spéciale « MEOPA »** existe aussi pour présenter ce gaz destiné à détendre le patient et soulager la douleur pendant les soins.

Les fiches SantéBD s'adressent à TOUS et sont particulièrement adaptées aux personnes avec

des difficultés de communication ou de compréhension : les enfants, les adultes qui maîtrisent mal la langue française, les patients en situation de handicap intellectuel ou avec autisme mais aussi les aidants.

Comment ? En facilitant la communication directe patient/professionnel de santé et la compréhension par les personnes en situation de handicap, on améliorera la prise en charge et la qualité des soins ainsi que le suivi médical.

SANTÉBD : UN OUTIL CLÉ EN MAIN POUR LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Les fiches SantéBD sont utiles aux chirurgiens-dentistes en les aidant à donner des explications simples et à préparer un accueil adapté pour les personnes plus vulnérables, notamment les personnes en fauteuil roulant ou ayant des difficultés de communication.

PAROLES DE CHIRURGIEN-DENTISTE

« Accueillir un patient avec un handicap n'est pas toujours facile. Je propose aux accompagnants de préparer la visite avec des photos, une visite blanche. Les fiches SantéBD sont très utiles pour aider à expliquer ce que l'on va faire. De ce fait, moins d'anxiété à l'arrivée pour tout le monde et une séance qui se passe bien ! Et je m'en sers aussi pour soigner les jeunes migrants qui arrivent au cabinet sans parler français. Efficaces, ces fiches, pour le soin et en prévention quand on n'a pas les mots !!! »

OÙ TROUVER SANTÉBD ?

Les fiches sont téléchargeables et imprimables gratuitement sur le site www.santebd.org et disponibles sur l'application gratuite SantéBD, sur l'App Store et Google Play.

Elles existent également en format vidéo sur la **Chaîne Youtube SantéBD et sur le site de l'UFSBD**.

D. Recommandations pour les chirurgiens-dentistes

L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes (ONCD) et l'UFSBD se sont engagés sur le volet « Formation » de la charte **Romain Jacob**. « Mieux former pour mieux soigner les personnes en situation de handicap » a été signée officiellement le 22 mai 2018. Cette charte fixe une ligne de conduite commune aux professionnels de santé, dans l'objectif de fédérer les acteurs régionaux et nationaux autour de l'amélioration de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et de créer une dynamique favorisant l'engagement de tous les professionnels d'un territoire.

Les chirurgiens-dentistes continuent de s'engager afin de favoriser l'accessibilité aux soins ambulatoires, tant en termes d'aménagement des locaux... que d'organisation et d'offre de soins.

Ils reconnaissent le rôle majeur du référent handicap, mis en place par le Conseil de l'Ordre, dans l'identification des professionnels accessibles pour la prise en charge des personnes en situation de handicap.

13 principes essentiels sont proposés dans cette charte pour une meilleure prise en charge de la personne en situation de handicap.

- ✓ Améliorer l'image que la personne en situation de handicap perçoit d'elle-même
- ✓ Valoriser l'accompagnement par les aidants naturels
- ✓ Identifier les besoins des personnes en situation de handicap
- ✓ Contribuer à mieux travailler ensemble
- ✓ Concourir à la réussite des parcours de vie des personnes en situation de handicap
- ✓ Coopérer à la réussite des parcours de soins et de santé
- ✓ Travailler à la prévention
- ✓ Favoriser l'accès aux soins ambulatoires
- ✓ S'attacher à réduire le temps d'hospitalisation
- ✓ Améliorer la réponse aux situations d'urgence
- ✓ Faciliter une meilleure communication avec les patients
- ✓ Permettre l'évaluation de la formation
- ✓ Œuvrer à une culture du questionnement continu.

Des formations destinées aux chirurgiens-dentistes

L'UFSBD, en tant qu'organisme de formation continue, propose aux chirurgiens-dentistes des formations sur la prise en charge des personnes en situation de handicap au cabinet dentaire.



Des fiches conseils sur l'hygiène bucco-dentaire sont accessibles sur le site de l'UFSBD

Ces fiches peuvent être remises par les chirurgiens-dentistes aux personnes en situation de handicap ou à leurs accompagnants au moment de la visite au cabinet dentaire. <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2013/07/fiche-conseil-PERSONNES-HANDICAPEES.pdf>



Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

Votre dentiste complice de votre santé

FICHE CONSEIL

L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

La plaque dentaire est un enduit mou, collant composé de salive et de débris alimentaires. Sa présence engendre des maladies de gencives et de caries qui ont des répercussions importantes sur l'état de santé général.

L'élimination de la plaque dentaire reste fondamentale dans la prévention des maladies dentaires. Elle est le moyen le plus efficace, pour rester en bonne santé dentaire.

La personne handicapée est souvent résistante à l'apprentissage et à l'utilisation des techniques mécaniques de prévention pour une ou plusieurs raisons :

- elle n'est pas capable de les appliquer,
- elle ne peut pas comprendre l'utilité de ces techniques,
- elle n'accorde pas de valeur à sa santé bucco-dentaire.

Il est donc nécessaire de distinguer les personnes handicapées capables d'apprendre et d'utiliser elles-mêmes les techniques mécaniques d'élimination de la plaque dentaire de celles qui nécessitent, pour l'utilisation de ces méthodes, d'une ou deux personnes chargées de les appliquer.

Comment se positionner pour effectuer le brossage des dents de la personne en situation de handicap

Le but est de stabiliser la personne handicapée et d'obtenir une bonne visibilité de sa bouche et ses dents pour pouvoir enlever la plaque dentaire.



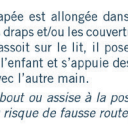
- Asseoir la personne sur une chaise ou sur son fauteuil roulant, se mettre derrière elle, appuyer sa tête contre votre poitrine et/ou la tête, la stabiliser en la maintenant entre le bras et l'avant-bras replié (au niveau du coude) pour entourer la tête du patient.



- Face à la personne avec appui de la tête sur la tête ou le lit



- Le parent ou l'accompagnateur assis sur un canapé, la personne handicapée allongée sur le canapé. Le patient pose sa tête sur le ventre ou les cuisses de l'accompagnateur.



- Deux personnes peuvent être nécessaires. Un accompagnateur est installé sur un canapé, la personne handicapée est allongée ou assise sur le canapé, l'autre personne se place au niveau des hanches de la personne handicapée et contrôle le mouvement des pieds et des mains.



- La personne handicapée est allongée dans son lit, maintenue par les draps et/ou les couvertures, l'accompagnateur s'assoit sur le lit, il pose son bras sur le thorax de l'enfant et s'appuie dessus, il brosse les dents avec l'autre main.

Préférer la position debout ou assise à la position allongée (limitation du risque de fausse route).

Toute reproduction sans l'accord préalable de l'UFSBD est interdite. Mise à jour mai 2019

YouTube   « L'UFSBD représente les 38 000 dentistes qui agissent au quotidien pour votre santé bucco-dentaire au sein de leur cabinet. Pour en savoir plus sur votre santé bucco-dentaire www.ufsbd.fr »



Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

Votre dentiste complice de votre santé

FICHE CONSEIL

L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE CHEZ LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Quels matériels utiliser ?

- Une brosse à dents mécanique avec parfois une modification du manche pour faciliter la prise en main : manche volumineux et petite tête de brosse,
- Une brosse à dents électrique,
- Une brosse à dents «triforce»,
- Du fil de soie et éventuellement un porte fil de soie,
- Un dentifrice fluoré,
- Un révélateur de plaque pour colorer la plaque à éliminer afin d'aider la personne handicapée ou l'éducateur dans le contrôle du brossage,
- Une cale buccale qui peut être : un ouvre bouche, 5 ou 6 abaisse-langue réunis par un sparadrap, une cale en silicone (fournisseur professionnel).

Truc et astuce : attacher votre cale buccale avec un long fil dentaire, cela facilitera sa récupération.

- Des brossettes interdentaires.



E. Un exemple de dispositif de prévention territorial : ACSODENT

L'association **ACSODENT 49** a été créée en 2009 par des représentants de la profession dentaire et d'associations de personnes en situation de handicap, dans le but d'améliorer la santé bucco-dentaire et l'accessibilité au système de soins des personnes en situation de handicap (enfants et adultes) ne pouvant pas bénéficier d'une prise en charge en cabinet libéral, en raison de difficultés d'accès à la sphère buccale.

Reconnue pour ses actions par les acteurs locaux et nationaux en 2015, l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire a demandé à ACSODENT 49 de déployer son expertise sur la région des Pays de la Loire, en devenant un Dispositif d'appui régional.

Aujourd'hui, l'association évolue pour mobiliser et accompagner les acteurs des territoires de santé de la Région. En Assemblée Générale Extraordinaire du 30 novembre 2016, l'association a modifié ses statuts et changé de nom. Désormais elle s'appelle « Acsodent Pays de la Loire ».

Son objet est de contribuer au bien-être des personnes en situation de handicap, en assurant la gestion et le suivi d'un Dispositif d'appui régional destiné à promouvoir l'accès aux soins et à la santé bucco-dentaires des personnes en situation de handicap, dans le cadre des actions prévues dans le Code de la santé Publique.

Dans le cadre d'un contrat avec l'ARS, les orientations stratégiques du Dispositif d'appui régional sont :

- Assurer la formation et l'appui aux acteurs de la santé bucco-dentaire pour améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des personnes en situation de handicap
- Accompagner l'organisation et la structuration d'une offre régionale
- Promouvoir l'information et la sensibilisation des personnes et des familles.

Le Dispositif d'appui régional s'adresse aux personnes en situation de handicap (enfants et adultes) ne pouvant pas accéder à une prise en charge de droit commun.



Par ailleurs, les membres de l'association sont désormais des personnes morales, représentées par un titulaire ou son suppléant, qui s'engagent à concourir aux objectifs et aux missions de l'association en adhérant au titre d'un des cinq collèges suivants :

1. Le collège des professionnels de santé
2. Le collège des associations et organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux
3. Le collège des associations non gestionnaires représentant les usagers
4. Le collège des structures sanitaires de soins
5. Le collège des services d'aide à la personne

Un sixième collège, avec voix consultative, est constitué de représentants institutionnels.

Analyse des observations faites dans les établissements

La base de données étudiée provient d'actions de dépistage menées dans la région Pays de la Loire sur deux programmes : 2016/2017 (A1) et 2017/2018 (A2). Certains examens ont été pratiqués en début d'année 2019 (A2).

Du fait de la spécificité de la cible, un certain nombre de fiches sont incomplètes. Chaque tableau fait mention du nombre de fiches renseignées sur lequel porte l'analyse.

La base comprend 2369 fiches : 690 dépistages en année 1 (A1) seule (29 %), 1 047 dépistages en année 2 (A2) seule (44 %) et 632 dépistages (27 %) correspondants à 316 sujets examinés les 2 années de l'enquête (A1A2).

Les facteurs cliniques ont été relevés pour 91 % des fiches. À noter, l'absence de caries actives dans 53 % des cas et 28 % des cas indemnes de toute lésion actuelle ou passée (CAO = 0). Le CAO est le nombre de dents Cariées, Absentes et Obturées. Le recours à la prothèse amovible partielle ou totale est globalement faible. Si nous positionnons un curseur à 10 dents absentes, les appareillages partiels sont présents dans 10 % des cas. Le curseur étant positionné à 12 dents absentes,

les appareillages complets sont présents dans 9 % des cas. Dans les 2 cas, il apparaît que les besoins ne sont pas couverts.

Un quart des personnes dépistées nécessite des soins et un tiers nécessitent une prise en charge liée à l'hygiène. 12 % cumulent un besoin de soins et un besoin de détartrage.

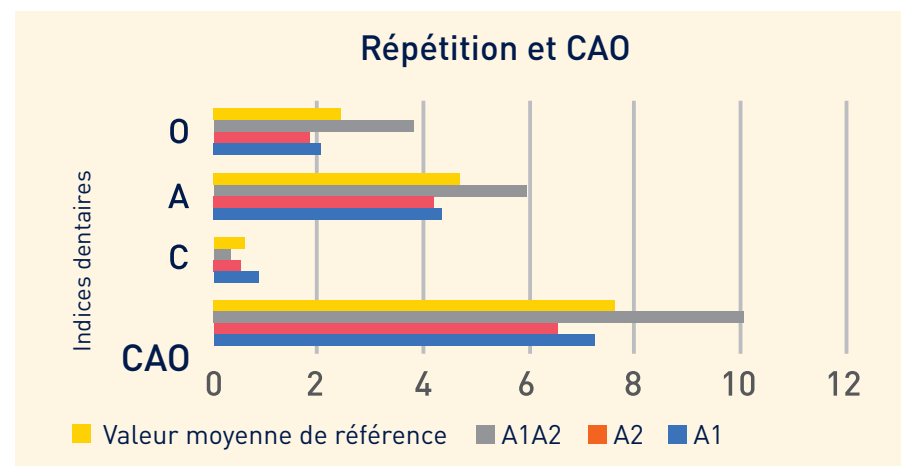
La décision d'orientation est majoritairement tournée vers le soin de ville.

Influence des indices sur l'orientation

Les cas les plus lourds semblent être dirigés vers le MEOPA et/ou l'AG. Ce choix d'orientation doit vraisemblablement être infléchi en fonction de l'offre de plateau technique de proximité.

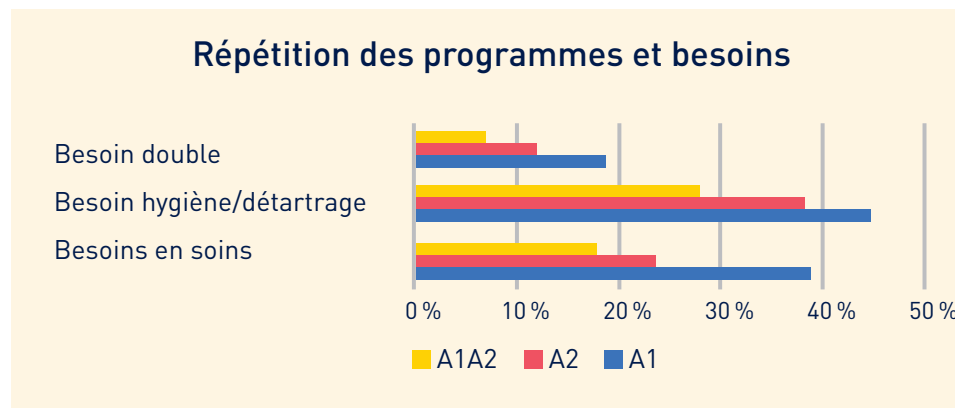
L'indice de risque semble prépondérant dans le choix de l'orientation, plus que les indices cliniques en eux-mêmes.

Influence de la répétition des programmes sur le CAO



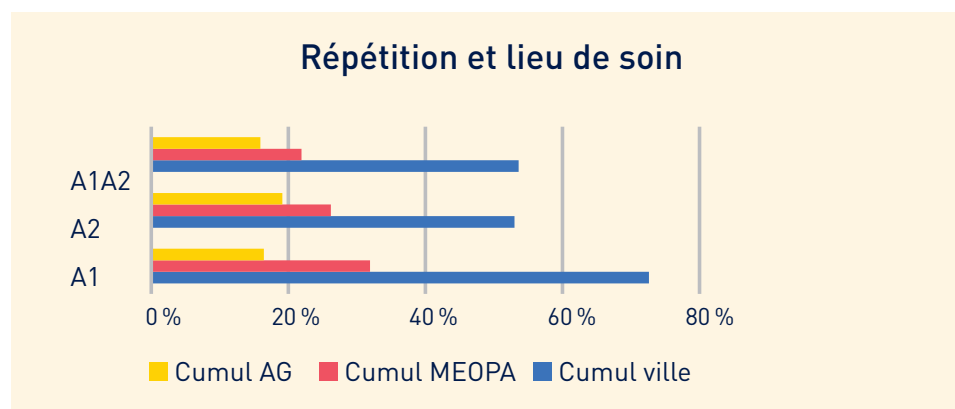
Le CAO (10,08) est significativement plus élevé lorsque la personne a été dépistée sur les 2 programmes. Ce sont les indices liés aux soins qui expliquent cette augmentation : nombre de dents absentes (5,93) et nombre de dents obturées (3,80). L'indice relatant le nombre de dents cariées non soignées (0,34) baisse significativement entre les 2 passages, qu'il y ait répétition ou non, probablement en lien avec l'éducation à l'hygiène dispensée lors des passages en établissement. L'indice de risque est homogène et reste stable entre les 2 passages (mêmes individus dépistés 2 fois) et les 2 années (individus différents les 2 années).

Influence de la répétition des programmes sur les besoins



Les besoins en soins et en hygiène/détartrage baissent significativement entre les 2 passages, et ce, d'autant plus quand une répétition des dépistages est présente pour un même individu. Le besoin couplé soins/hygiène baisse aussi statistiquement entre les 2 années et lorsque le programme touche la même personne deux années consécutives.

Influence de la répétition sur l'orientation



Les besoins étant en baisse, les orientations baissent aussi globalement. L'orientation « ville » reste dominante.

Besoins et indices

Le besoin de soins et le besoin en hygiène sont statistiquement liés

Besoins		Indices dentaires				Indice de risque
		CAO	C	A	O	
Besoin de soins	Oui	7,13	1,79	3,28	2,08	5,46
	Non	7,67	0,13	5,00	2,56	5,59
	Significatif	NS	P<10-3	P<10-3	P = 0,04	NS
Besoin détartrage	Oui	7,21	1,02	3,86	2,34	7,21
	Non	7,57	0,31	4,81	2,48	4,68
	Significatif	NS	P<10-3	NS	NS	P<10-3
Besoin double	Oui	7,61	2,19	3,33	2,10	6,57
	Non	7,37	0,34	4,57	2,48	5,42
	Significatif	P = 0.005	P<10-3	NS	NS	P<10-3
Valeur moyenne de référence		7,61	0,58	4,66	2,46	5,59

L'indice C est plus élevé quand un besoin de soins est identifié, l'indice de risque est plus élevé lorsqu'une prise en charge d'hygiène est identifiée. Rien que de très normal. Cet indice est aussi plus élevé quand une prise en charge de l'hygiène est demandée.

L'indice de risque est statistiquement lié au besoin de détartrage. Quand le besoin est double (soin + hygiène), il est statistiquement lié à un CAO + élevé. Cela n'est plus le cas lorsque le besoin de soins n'est pas lié au besoin d'hygiène.

Indices et prothèse adjointe partielle (Pap) ou prothèse adjointe totale (Pat)

Prothèse		Indices dentaires				Indice de risque
		CAO	C	A	O	
Pap	Aucune	6,94	0,60	4,04	2,32	5,30
	1 prothèse	15,08	0,41	9,27	5,38	4,33
	2 prothèses	15,04	0,60	10,68	3,76	4,48
	Significatif	P<10-3	NS	P<10-3	P<10-3	NS
Pat	Aucune	6,92	0,61	3,93	2,40	5,31
	1 prothèse	21,85	0,28	20,14	1,42	4,14
	2 prothèses	25,25	0,00	25,25	0,00	2,86
	Significatif	P<10-3	NS	P<10-3	P = 0,001	P = 0,004

L'indice C n'est pas statistiquement différent entre le groupe non appareillé et le groupe appareillé. Comme la logique le suggère, c'est l'indice A qui est le plus discriminant. Il augmente logiquement parallèlement au nombre de prothèses.

Données géographiques

Département	Nombre de résidents	%	A1	A2	A1A2
44	614	25,9%	131	357	126
49	1 157	48,8%	76	591	490
53	139	5,9%	105	32	2
72	190	8,0%	190	0	0
85	269	11,4%	188	14	67
TOTAL	2 369	100%	690	1047	632

La contribution des départements à l'enrichissement de la base d'analyse est inégale, une moitié des fiches provenant du seul département 49. Cela est dû au programme Acsodent en place depuis 2009 sur l'ensemble du département. Les autres départements ont commencé une entrée dans le programme en 2017.

Evolution des indicateurs pour les personnes dépistées 2 fois

Indicateur	CAO	C	A	O	Pap	Pat	Indice risque	Besoin soins	Besoin détartrage	Recours ville	Recours MEOPA	Recours AG
Évolution moyenne	+0,24	+0,03	+0,13	+0,07	-0,003	+0,005	-0,40	+0,02	+0,04	+0,02	+0,005	+0,01
Écart type	3,46	1,16	2,56	1,66	0,16	0,10	2,89	0,43	0,50	0,45	0,41	0,39

390 personnes ont été recensées les 2 années de dépistage. Seules 316 présentent des examens annotés. Pour 74 personnes, l'examen n'a apparemment pas été rendu possible ni en année 1 ni en année 2.

La croissance du CAO est la conséquence pour les 2/3 de sa valeur de la croissance des indices A et O.

L'indice de risque régresse assez fortement. Cet indice étant bâti sur les notions d'hygiène et de suivi, cette baisse signe une meilleure approche de la personne au quotidien au sein des établissements.

En termes d'appareillage, les prothèses partielles régressent, les prothèses totales augmentent.

Les besoins aussi augmentent avec un recours accru à la prise en charge de ville et une diminution des orientations vers l'anesthésie générale.

Discussion

L'analyse de ces résultats montre une forte disparité géographique dans les relevés cliniques.

La répétition des programmes semble infléchir positivement les besoins de prise en charge clinique, à indice de risque constant. L'obtention d'une baisse de cet indice pour les personnes ayant été dépistées 2 années de suite est le signe d'une progression de la prise en charge bucco-dentaire dans les établissements visités.

Le recours à la dentisterie de ville reste prédominant. La question qui émerge dès lors est : ce recours est-il la conséquence d'un manque de structures pouvant accueillir ce public pour des soins sous sédation (MEOPA/AG). Et, par conséquent, l'orientation vers les soins est-elle « bridée » par ce manque de structures ?

Analyse complémentaire par type de population

La population a été divisée en 4 groupes :

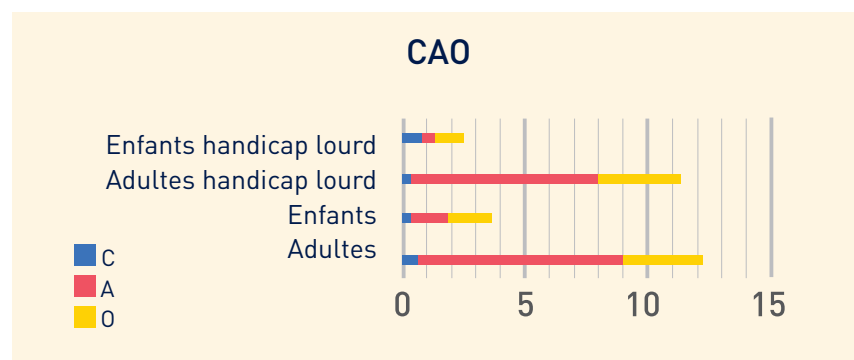
- Les adultes (A)
- Les enfants (E)
- Les adultes avec handicap lourd (HA)
- Les enfants avec handicap lourd (HE)

Répartition par département des types de population (en %)

	A	E	HA	HE	Nombre
44	40,9	3,6	6,2	49,3	614
49	11,1	4,1	51,2	33,5	1157
53	0,0	10,8	0,0	89,2	139
72	27,9	0,0	18,4	53,7	190
85	68,8	0,0	31,2	0,0	269

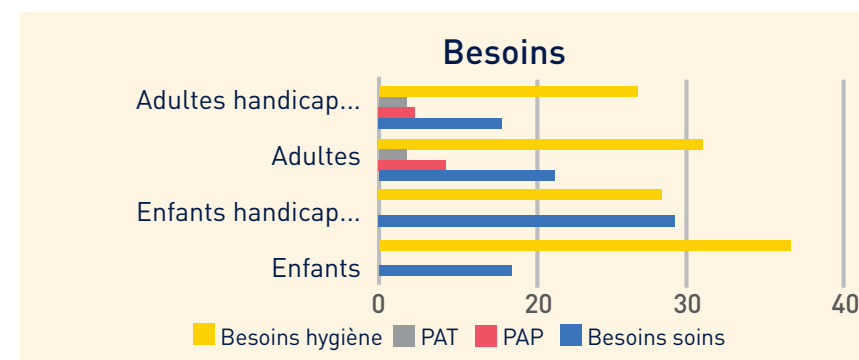
Ce tableau montre une prédominance « enfants » pour le 53 et, dans une moindre mesure, pour le 44. Le 72 présente un équilibre entre les enfants et les adultes. Le 49 et le 85 sont à dominante « adultes ».

Indices cliniques par type de population



Ce graphique confirme bien les différents constats réalisés par les précédentes études à savoir un indice CAO supérieur à l'âge adulte la transition de bascule de cet indicateur se faisant à l'adolescence à l'acquisition de l'autonomie.

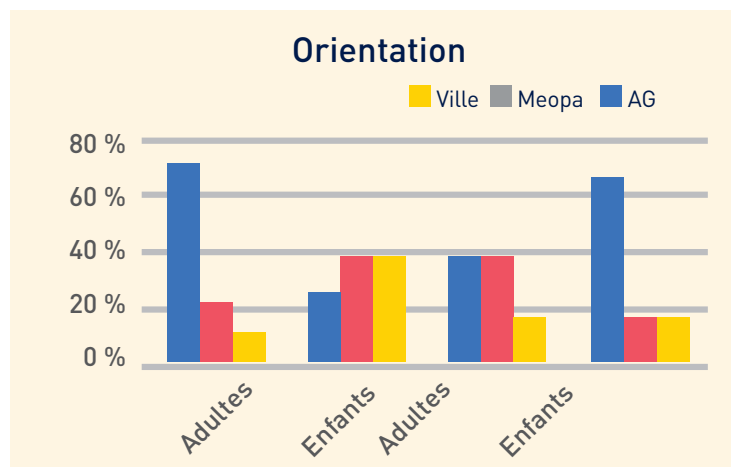
On passe de 3,42 % à 12,19 % donc une multiplication par 4 de cet indice.



Cela devrait s'expliquer aussi en croisant ces résultats avec les besoins en soins d'hygiène bucco-dentaire or ; curieusement, nous obtenons des résultats contradictoires. En effet on affiche un besoin pour les enfants de 53,1 % alors que pour les adultes il est estimé à 41,3 %.

Quelques observations peuvent expliquer ce phénomène :

- Les enfants non autonomes ne bénéficient pas suffisamment d'aide au brossage, soit pour des raisons de formation des aidants soit pour des raisons logistiques (sous-effectif des aidants souvent mis en avant)
 - Les adultes dépistés sont en hébergement 365 jours sur 365. Leur prise en charge est complète en établissement
 - Les enfants sont pour la plupart en semi-internat. Une part de l'hygiène revient aux parents qui, on le sait, sont tellement préoccupés par d'autres problématiques, que parfois le brossage passe après. Par ailleurs, un nombre non négligeable d'enfants relève de familles en grande difficulté sociale et éducative
- Cela ne concerne pas tous les enfants, mais Acosdent voit le plus souvent les enfants les plus complexes, les plus en difficulté.



Quant à la prise en charge en ville ou en milieu hospitalier, le constat est fait que les enfants moins lourdement handicapés seraient plus orientés vers les structures de prise en charge spécifiques ou dédiées : 38 % vus en AG et 38 % vus sous MÉOPA contre 13 % en AG et 22 % sous MÉOPA pour les adultes du même groupe, la majorité de ces adultes, soit 72 %, bénéficiant de soins de ville classiques. Cela nous interroge sur la difficulté réelle du soin chez les enfants qui peut s'expliquer par un manque de temps en cabinet de ville (consultation blanche nécessaire ou encore un temps de négociation et d'adaptation qui impacte la rentabilité du cabinet de ville ou tout simplement un manque de personnel ou de formation de ce dernier au sein des cabinets de ville). Peut s'ajouter à cela une difficulté de la famille à accéder aux soins par manque de temps, ou par crainte que cela se passe mal, ou encore parce que la famille est déjà en grande difficulté sur le plan social. Chez les enfants, la décision du soin revient à la famille alors que chez les adultes dépistés par Acsodent le soin est organisé par les établissements.

Analyse complémentaire : dépistage des enfants accueillis en IME des départements 44 et 49

Cette sous-population compte 691 enregistrements : 303 issus du 44 et 388 issus du 49.

97 dépistages ont eu lieu la première année seulement, 478 la deuxième année dont 20 dépistages pour le même enfant 2 fois dans l'année et 116 dépistages les 2 années.

DÉPARTEMENT	NOMBRE	%	A1	A1 A2	A2
44	303	43,8%	79	62	162
49	388	56,2%	18	54	316 dont 20 concernant le même enfant 2 fois dans l'année
	691		97	116	478

Les enfants dépistés 2 fois au cours de la même année ou au cours des 2 années sont au nombre de 68.

Dans le département du 49, l'association Acsodent s'est constituée autour d'un programme de prévention de la santé bucco-dentaire qui s'est mis en place dans ces établissements depuis quelques années. Les formations du personnel ont été programmées régulièrement et la mise en place de protocoles d'hygiène et de dépistage régulier a permis une prise en charge de qualité.

Dans le département 44, la prévention se fait de manière plus inégale.

Comparons les données cliniques des IME du 44 et du 49

Le CAO est de 2,95 pour le 44 et de 2,4 pour le 49. Le nombre de dents absentes (A) est identique et le nombre de dents obturées (O) passe de 1,13 pour le 44 à 1,52 pour le 49, soit très peu de différence. La différence vient essentiellement du nombre de caries (C). Un C à 1,20 (soit plus d'une carie par enfant) pour le 44 contre 0,30 (moins d'un enfant sur trois à une carie) pour le 49.

La différence se constate également au niveau des besoins. Dans les établissements du 44, les besoins en soins et en chirurgie sont presque 4 fois supérieurs à ceux des établissements du 49 (59 % par rapport à 15 %). Les besoins en hygiène et détartrage sont deux fois inférieurs dans les établissements du 49 (49 % dans le 44 par rapport à 22 % dans le 49). Les enfants ayant besoin de soins et d'hygiène sont presque trois fois moins nombreux dans les établissements du 49 (27 % dans le 44 par rapport à 7,5 % dans le 49).



Les relevés permettent de bien objectiver l'influence du programme de prévention mené dans les établissements du 49. Peu de caries, moins de soins à prévoir, moindre besoin de détartrage sont des indicateurs objectifs d'une hygiène régulière et efficace.

3



Améliorer l'accès aux soins dentaires pour les personnes en situation de handicap

3 Améliorer l'accès aux soins dentaires pour les personnes en situation de handicap

A. Mapping sur la gradation de l'offre de soin

De quoi souffrent nos patients actuellement ? De ne pas être pris en charge précolement.

« La santé bucco-dentaire est un indicateur de santé globale et d'intégration sociale. »

Dr P. Hescot, Dr A. Moutarde, rapport de la mission handicap et santé bucco-dentaire - 7 juillet 2010

À l'UFSBD, notre démarche est née de la rencontre de la profession dentaire et des associations, institutions et établissements recevant des personnes en situation de handicap ou de dépendance, et de notre volonté commune de remédier à cette inégalité de prise en charge bucco-dentaire des patients handicapés ou en situation de dépendance.

La prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap nécessite-t-elle une organisation spécifique ?

La création d'une filière de soins spécifiques bucco-dentaires, appuyée par les réseaux ouverts est encouragée par une prise de conscience collective de tous les acteurs conformément à l'esprit de la **loi du 11 février 2005 : « Égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »** élargie aux personnes dépendantes et des textes de référence comme :

- **L'accompagnement à la santé de la personne handicapée – RBPP Anesm de juillet 2013**
- Et le **Rapport d'audition publique de la HAS sur l'accès aux soins des personnes handicapées de janvier 2009**

Ainsi, l'accès aux soins dentaires des personnes handicapées ou dépendantes relève des priorités nationales de financement des réseaux au titre de la prise en charge du Handicap (circulaire DHOS-CNAMTS du 19/12/02 – annexe sur la prise en charge du handicap).

Cette filière de soins spécifiques est évidemment nécessaire car tous les patients en situation de handicap ne peuvent pas être pris en charge en milieu ordinaire. Mais une grande majorité d'entre eux le peuvent.

En effet, tous les chirurgiens-dentistes ont les clés pour permettre un bon maintien de l'état de santé de la cavité buccale. Et les familles et/ou les encadrants et les personnes en situation de handicap elles-mêmes ont besoin de conseils et d'accompagnement pour réaliser les gestes d'hygiène quotidiens.

Pour bien accompagner ces familles, nous devons travailler en collaboration avec les professionnels de santé qui vont intervenir autour de la personne en situation de handicap. La santé bucco-dentaire n'est pas accessoire et doit être intégrée dès le plus jeune âge.

Tous les chirurgiens-dentistes ne peuvent pas connaître les différents handicaps et toutes leurs conséquences. Pour autant, les règles de prévention de base sont les mêmes pour tous les patients. Pour les patients à risque carieux élevé, les directives sont validées. Le chirurgien-dentiste évaluera le risque carieux et proposera les thérapeutiques adaptées. Bien sûr, certains handicaps ont des conséquences particulières, c'est pourquoi il sera intéressant d'avoir une consultation spécialisée afin d'apprécier le «risque particulier ». Le chirurgien-dentiste spécialisé pourra donner des consignes spécifiques qui se rajouteront aux thérapeutiques classiques.

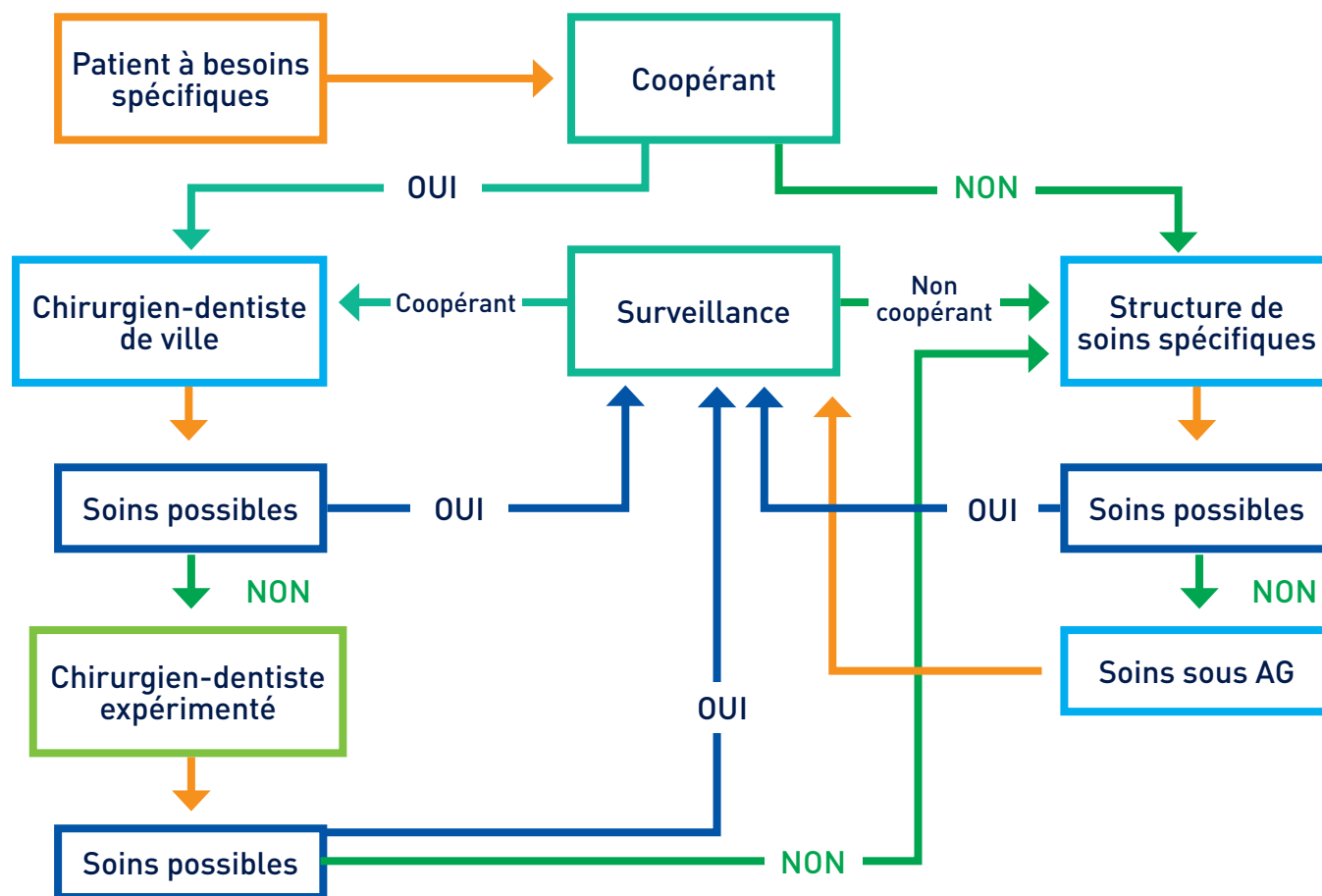
Intégrer le brossage des dents et venir régulièrement au cabinet dentaire pour des contrôles de l'état de santé bucco-dentaire permettra au jeune patient de prendre l'habitude de montrer ses dents. Le chirurgien-dentiste pourra accompagner la mise en place de l'hygiène avec les familles et les établissements. Il pourra adapter les habitudes alimentaires aux obligations du patient. Il expliquera le mécanisme qui provoque les caries afin que chacun intervienne auprès du jeune patient en ayant conscience :

- De l'importance d'une hygiène bucco-dentaire quotidienne
- De l'importance d'une alimentation équilibrée, pauvre en glucides si possible,

- et a minima entraînant un risque mineur
- Du suivi régulier, accompagnant la croissance, surveillant le risque et proposant des gestes préventifs
- De la prise en compte des risques supplémentaires dus au handicap.

La surveillance et l'accompagnement de la personne en situation de handicap sont un point primordial de la prise en charge et tout chirurgien-dentiste est capable d'assurer ce suivi préventif de première intention, dans son cabinet, en milieu ordinaire. Pour autant, il peut ne pas se sentir à l'aise pour gérer le soin. Il est alors important qu'il connaisse les différentes possibilités de soins accessibles au niveau départemental ou même régional.

Le rapport 2010 a permis la nomination de référents handicap au niveau des ordres départementaux. Ils sont un relais et un appui pour tous les praticiens de ville. Car même si le territoire est couvert de façon très inégale par des réseaux, par des groupements, par des structures de type Handiconsult, cette organisation va permettre d'aider le chirurgien-dentiste traitant à proposer une orientation adaptée à son patient.



Un Patient Coopérant

Le patient accepte de s'asseoir sur le fauteuil ou sur un siège dans le cabinet.
Le patient accepte d'ouvrir la bouche suffisamment pour faire l'évaluation de première intention.

La coopération peut dépendre de l'humeur du patient ce jour-là, de l'accompagnement, du type de soins, de sa localisation.

Ne jamais présumer de l'attitude du patient, préparer la consultation, commencer par le chirurgien-dentiste de proximité.



Comment mettre en place un maillage territorial efficace ?

En France, la prise en charge du soin est basée sur un maillage essentiellement libéral. Or, les besoins des personnes en situation de handicap sont multiples et nécessitent plusieurs niveaux de soins.

- ✓ **Consultation de surveillance, prévention** : Les praticiens libéraux s'intègrent naturellement dans la prise en charge de ces personnes. Tout praticien peut prendre en charge ou peut réaliser le dépistage et conseiller les familles pour mettre en place les mesures de prévention qui seront nécessaires à un bon maintien de la santé bucco-dentaire de ces patients particuliers.

✓ Consultation de suivi de soins

Les soins sont « simples » : Chaque praticien devra décider jusqu'à quel niveau de soins il s'engage. Le détartrage, par exemple, les soins de première exigence, les soins les plus accessibles physiquement, pourront être facilement réalisés par des praticiens avec un peu d'expérience. Les contacts réguliers avec le patient vont faciliter la prise en charge des soins. Le chirurgien-dentiste connaîtra mieux les habitudes, les possibilités de son patient. Avec les accompagnants, dans un contexte connu et rassurant, le patient acceptera de plus en plus les interventions de son praticien. À chaque praticien d'évaluer la difficulté du soin, d'en considérer les différentes phases, de décider jusqu'à quel point il se sent capable de réaliser ses actes sans déroger à la qualité des soins.

Les soins sont « complexes » : L'expression « soins complexes » n'est pas très explicite. C'est à chaque praticien de décider ce qu'il considère comme soin complexe. L'essentiel, c'est qu'arrivé à ce stade de la décision, il adresse le patient aux structures capables de réaliser ces soins. Bien entendu, une fois les soins réalisés, le chirurgien-dentiste habituel reprendra sa place et pourra continuer à effectuer le suivi.

- ✓ **Consultation en urgence** : Le chirurgien-dentiste de ville peut intervenir en cas d'urgence. Son avantage, c'est qu'il connaît son patient. Interpréter les manifestations douloureuses en fonction de son patient lui sera peut-être plus aisé. Sa connaissance du milieu familial, du lieu de vie et du patient permettra un premier diagnostic. Il pourra établir une ordonnance pour réduire une infection par exemple, ou faire des préconisations et cela, même s'il n'est pas en capacité de faire tous les actes nécessaires. Dans ce cas, il rédigera un courrier et adressera le patient à une structure de soins spéci-

fiques. Ces indications seront une aide précieuse pour déterminer le type de soins nécessaire.

- ✓ **Consultations spécialisées** : Pour bien effectuer le suivi d'un patient en situation de handicap, une consultation spécialisée dans un réseau de soins spécifiques peut être nécessaire. Chaque handicap a ses spécificités, c'est auprès de praticiens spécifiquement formés que le plan de traitement et de suivi pourra être établi avec précision.

La première rencontre avec un chirurgien-dentiste est un élément clé du parcours de santé bucco-dentaire du patient.

- ✓ **Le chirurgien-dentiste « de famille », en ville**, pourrait s'impliquer de différentes façons :

- Recevoir le patient en première intention
- Proposer le suivi régulier et les soins qui ne nécessitent pas de prise en charge particulière
- Appliquer les premières mesures de prévention, dans la mesure où c'est possible
- Établir un protocole d'hygiène adapté.

- ✓ **Le chirurgien-dentiste expérimenté** avec l'expérience et avec de la formation, est capable de réaliser un certain nombre de soins. Il pourra prendre en charge des patients présentant des soins plus difficiles à réaliser, bien qu'exerçant en milieu ordinaire.

- ✓ **Le chirurgien-dentiste exerçant en structure de soins spécifiques** : Certain praticiens, particulièrement engagés dans le handicap, auront suivi des formations qui leur permettront de prendre en charge les patients les plus difficiles. La structure de soins spécifiques offre également des conditions de soins favorables et un accompagnement avec du personnel formé.

- ✓ **Le chirurgien-dentiste exerçant sous anesthésie générale** seront une alternative dans certaines conditions. Cette solution n'est pas à écarter si elle favorise une prise en charge pour maintenir l'état bucco-dentaire de la personne en situation de handicap.

B. La consultation en cabinet de ville ou en structure de soin spécifique

Idéalement, lors de la première consultation, dès le plus jeune âge, le chirurgien-dentiste traitant de la famille propose un protocole de prévention et d'hygiène adapté au patient et à son handicap et le modifie, si besoin, au fil de la vie.

Il assure le suivi et le maintien de l'état de santé bucco-dentaire et crée une relation de confiance indispensable à la mise en œuvre des soins primaires si nécessaire.

Il oriente le patient vers les professionnels de santé adéquats au sein ou en dehors de réseaux, si certaines difficultés de soins ne lui permettent pas ou s'il ne peut plus réaliser les soins nécessaires.

Dans tous les cas, les chirurgiens-dentistes reconnaissent le rôle, l'expertise et les compétences acquises des accompagnants dans le parcours de soins et de prévention. Ils les acceptent et les reconnaissent dans leur mission et veillent à les associer, dans le respect des droits des patients, à la prise en charge médicale des personnes en situation de handicap.

1. Préparer la visite au cabinet dentaire ou autre structure de soin est un acte fondamental qui doit se dérouler dans les meilleures conditions. La coopération du patient en situation de handicap est à initier au maximum.

Établir une fiche de « protocole » de consultation et de réalisation des soins est une étape réaliste.

Le Docteur Pauline CHARDRON-MAZIÈRES propose un canevas, avec les étapes à franchir.

a. Avant le rendez-vous

Prendre contact avec le praticien afin d'exposer la situation :

- Type de handicap
- Caractéristiques individuelles
- Peurs, expériences médicales et/ou dentaires
- Moyens de communication

Et préévaluer le besoin de sédation

b. Prendre rendez-vous sur le meilleur créneau possible pour le patient et l'équipe soignante

- Disponibilité confortable du praticien
- Présence de l'assistante le cas échéant
- Rythme sommeil/alimentation/soins du patient
- Donner des photos du cabinet et de l'équipe afin qu'elles soient présentées au patient.
- Conseiller les fiches santebd.org

Faire remplir la fiche médicale en amont afin de se renseigner sur le handicap/les traitements si on ne les connaît pas. Cela permet de prendre contact avec le médecin référent si besoin.

c. Pendant la consultation

S'assurer de sa pleine disponibilité : pas de téléphone, pas de retard, assistante au fauteuil le cas échéant.

Se présenter sans masque, ni loupe, ni gants pour serrer la main, regarder, communiquer...

Reprendre les points de la fiche médicale.

Faire un entretien au bureau sur l'anamnèse dentaire et le motif de consultation.

Inviter le patient à s'installer sur le fauteuil ou sur son fauteuil, en position d'examen. Laisser un temps d'adaptation.

Réévaluer le besoin de sédation, mettre en place la sédation consciente si besoin.

Lui dire ce que l'on va faire : mettre des gants, un masque, des lunettes, regarder dans la bouche à l'aide d'instrument, etc.

Lui permettre de regarder, toucher, humer, goûter, entendre les instruments en question.

Faire l'examen clinique, les examens complémentaires si besoin.

Revenir au bureau et prévoir le plan de traitement en fonction des besoins et des possibilités.

Évaluer la séance

- Bonne séance : consigner le rituel sur le dossier afin de le reproduire
- Séance difficile : réévaluer le choix du créneau horaire, le rituel, le besoin de sédation plus forte
- Pour les consultations de soin, le contrôle de la douleur sera fait par une addition de plusieurs moyens permettant le contrôle de la douleur somatique et de la souffrance psychique
- Techniques anesthésiques efficaces
- Sédation par tous moyens nécessaires (accompagnement verbal ± MEOPA ou prémédication).

d. Après la consultation

Prendre des nouvelles en cas de sédation.

Demander que l'on vous tienne au courant d'un changement de comportement qui pourrait être dû à une douleur post-opératoire.

e. Évaluer la complexité de la prise en charge : échelle de WENHAM (annexe 3)

Afin d'optimiser la prise en charge en chirurgie dentaire des personnes en situation de handicap,

une échelle de complexité de la prise en charge a été formulée par le groupe de travail dédié dans le cadre de la convention dentaire (CPAM, Syndicats). Il s'agit d'établir un score qui permettra de valoriser la complexité de la prise en charge et d'orienter la personne handicapée vers la structure la plus adaptée.

Selon la complexité de la prise en charge, le recours à l'utilisation de méthodes de mise en condition du patient sera envisagé pour réduire l'anxiété chez certains patients quand les soins dentaires s'annoncent difficiles, du fait de l'anxiété. Prise en charge comportementale, hypnose, MEOPA, approche cognitivo-comportementale,... font partie des possibilités à envisager et mettre en œuvre pour améliorer l'accès aux soins bucco-dentaires de ces patients « particuliers ».

Les besoins spécifiques de ces patients sont, souvent, davantage liés au fonctionnement de la personne handicapée qu'au diagnostic du type de handicap. Idéalement, ce fonctionnement pourrait être repéré par le chirurgien-dentiste simplement, au moyen d'une échelle. Un score établi indiquerait la nécessité ou pas d'une majoration.

Une majoration spécifique pour les séances de soins dispensés aux patients en situation de handicap lourd a été créée afin de faciliter leur prise en charge par les dentistes.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre de l'article 12 de l'accord signé entre l'Assurance maladie et les représentants des dentistes et est applicable depuis avril 2019

La prise en charge se matérialise par la valorisation d'un supplément facturable une fois par séance d'un montant de 100 euros. Cette cotation a pour nom de code YYYY183 et peut être utilisée dans tous les cas où la facturation s'effectue à l'acte, que ce soit en milieu libéral, mutualiste, hospitalier ou autre (hors facturation journalière). Elle est amenée à évoluer.

2. Orienter vers les structures de soin spécifiques

Il faut savoir orienter ponctuellement les personnes en situation de handicap lorsque la situation se révèle plus complexe. Des structures de soins spécifiques peuvent accueillir les patients en situation de handicap, proposer des soins sous MEOPA ou sous anesthésie générale.

Le chirurgien-dentiste de ville consulté doit pouvoir compter sur le référent handicap ordinal pour orienter au mieux le patient en fonction de sa coopération et de l'importance des soins à délivrer, de la complexité de la prise en charge. Le référent handicap dispose a priori des coordonnées des structures d'accueil hiérarchisées allant des soins sous sédation consciente proposés par des chirurgiens-dentistes de ville formés et disposant de MEOPA, aux consultations dédiées proposées par certains établissements d'accueil, qu'ils soient publics, mutualistes, ou qu'ils appartiennent à un réseau identifié.

Dans tous les cas, le recours aux structures hospitalières doit rester en dernier ressort afin de ne pas engorger ces dernières. Il faudrait réserver ce niveau de prise en charge aux cas nécessitant des soins sous anesthésie générale dans un objectif d'assainissement ou dans les cas d'urgence. Le référent handicap doit disposer d'une grille d'orientation avec des questions précises lui permettant d'aider et d'orienter au mieux la PSH ou son aidant qui le sollicitent.

3. Question : gérer l'urgence

Tout d'abord, il faut savoir ce que l'on entend par ce terme « urgence » : il s'agit d'une situation imminente engageant le pronostic vital de la personne et dont la prise en charge immédiate est requise en l'absence de toute alternative thérapeutique.

Or pour les soins bucco-dentaires, cette situation est rare, la vraie urgence du point de vue juridique et médical, reste la cellulite pouvant évoluer vers une médiastinite engageant par ce fait le pronostic vital.

Maintenant, il appartient au chirurgien-dentiste de répondre à une demande considérée comme urgente de la part des aidants ou de la personne en situation de handicap, à savoir en cas de traumatisme ou d'infection. Le chirurgien-dentiste de proximité reste le premier recours et orientera le patient s'il ne peut résoudre le problème.

Il est important, dans ce cas, que le chirurgien-dentiste sache à qui adresser l'urgence en préparant le patient avant de l'envoyer vers une consultation dédiée. Les actes les plus importants à effectuer concernent la gestion des traumatismes afin d'éviter toute perte de chance pour le patient ; pour les pulpites, la gestion de la douleur reste primordiale et est toujours possible par prescription adaptée en fonction du questionnaire médical. Pour la partie technique, la gestion des urgences reste identique pour tous les patients avec ou sans handicap selon les recommandations des sociétés scientifiques.



C. Les structures de soin intermédiaires : des exemples

Dans le gradient thérapeutique prévu dans la structuration des réseaux de soins, il est prévu des étapes intermédiaires de recours.

Après le premier recours du cabinet de ville, la personne en situation de handicap doit pouvoir être orientée correctement vers une structure intermédiaire d'accueil équipée pour des soins plus complexes avec un plateau technique et un personnel formé. Des prises en charge difficiles avant de recourir aux structures hospitalières, qui doivent rester le recours ultime des personnes en situation de handicap.

Ces structures intermédiaires peuvent être déclinées différemment selon les régions. Pour certaines, il s'agira de réseaux de soins avec des chirurgiens-dentistes libéraux adhérents qui interviennent sous forme de vacations hebdomadaires, soit dans une structure dédiée, soit dans un « bucco bus ».

Ces réseaux peuvent être formels ou informels.

- ✓ Les réseaux formels disposent d'une cellule de coordination et sont connus dans leur zone géographique respective par les personnes en situation de handicap et leurs aidants, ce qui rend leur accès plus facile. Ils ont l'inconvénient de ne pas avoir un financement pérenne d'une année sur l'autre et sont donc soumis à une incertitude dans l'offre de soins ; leur mission est d'être un complément à l'offre habituelle de soins et non pas un substitut ce qui créerait une discrimination de prise en charge par rapport à la population générale.
- ✓ Pour les réseaux informels, il s'agit plutôt d'une collaboration spontanée qui se crée entre des chirurgiens-dentistes libéraux et une structure de soins, qu'elle soit hospitalière ou non. Les

limites de cette organisation sont le manque de coordination et l'errance des patients avant d'être correctement orientés.

- ✓ Ces structures, quelle que soit leur forme, sont actuellement nécessaires en l'absence d'une hiérarchisation de l'offre de soins sur le plan national et de parcours fléché identifiable par le patient. Il reste à améliorer l'information des patients sur leur existence et leur fonctionnement. Localement, ce rôle doit faire partie de la mission du référent handicap ordinal prévu dans tous les départements, en collaboration étroite avec la MDPH, qui est le guichet unique d'information et d'orientation des personnes en situation de handicap et de leurs aidants (voir p.53 Les référents ordinaires).

HANDICONSULT et DENTDIPAP 74 : comment allier les compétences hospitalières et libérales au service du handicap.

DENTDIPAP 74 a pour vocation de promouvoir la prévention et de proposer une solution diversifiée et adaptée de soins dentaires en fonction de la complexité et du degré de handicap ou de dépendance ainsi que la formation des personnels et des professionnels de santé.

DENTDIPAP 74 est heureuse de pouvoir compter parmi ses membres :

- ✓ Des chirurgiens-dentistes libéraux, sensibilisés et formés à la prise en charge des personnes concernées
- ✓ Des associations : ADIMC 74, ARMÉE DU SALUT, APF, CHRA, CROIX ROUGE FRANÇAISE, CTDE-SI, EPANOU, ORDRE DE MALTE, OVE, UDAPEI, UNAFAM
- ✓ Des organismes professionnels : Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, Conseil de

l'Ordre des médecins, UFSBD, ADFOC, CDF, UNION DENTAIRE

DENTDIPAP 74 participe, via ses institutions, au développement de la filière de soins spécifiques, et du réseau RSBDAH. En partenariat avec l'UFSBD qui réalise des actions de formation du personnel et des encadrants, des personnes handicapées ou en dépendance, l'association effectue des actions de dépistage de ces populations à risques, ainsi que des soins bucco-dentaires par le biais de HANDICONSULT au sein du CHANGE (Centre Hospitalier Annecy Genevois).

HANDICONSULT est un dispositif de prise en charge médicale qui s'adresse aux populations en échec de soins dans un parcours de soins ordinaire.

HANDICONSULT bénéficie d'une équipe d'infirmières formées.

HANDICONSULT est une structure qui permet de donner du temps (durée moyenne d'une consultation 40 min) et des conditions d'accueil adaptées (MEOPA, lève-malade, salle d'attente dédiée, temps d'attente réduit, consultation blanche,...).

Ses missions :

- ✓ Accueil téléphonique
- ✓ Renseignement et orientation des patients vers les praticiens, en fonction de l'état de santé et de coopération du patient
- ✓ Coordination et organisation des prises en charge pour différentes spécialités médicales dont les soins bucco-dentaires.

HANDICONSULT a été reconnu et distingué au niveau national.

HANDICONSULT et DENTDICALP 74

Les soins bucco-dentaires représentaient 49,9% de l'activité d'HANDICONSULT en 2017.

La prise en charge des personnes en situation d'échec de soins en milieu ordinaire est assurée par les chirurgiens-dentistes de DENTDICALP 74 dans le cadre que lui offre HANDICONSULT.

DENTDICALP 74 agissant en tant que prestataire extérieur, recrute, forme, rémunère les praticiens, reçoit une rétribution du CHANGE. Dix dentistes vacataires de DENTDICALP 74 assurent en 2019 quatre vacations hebdomadaires.

Une OFFRE GRADUÉE DE SOINS rendue possible par l'articulation des différents échelons proposés :

- ✓ maillage territorial par les CABINETS de soins ambulatoires
- ✓ soins ambulatoires hospitaliers HANDICONSULT
- ✓ soins sous anesthésie générale au CHANGE



HANDICONSULT a obtenu les distinctions suivantes :

- ✓ 1^{er} Prix Régional, catégorie Santé, Prix UDAPEI de l'accessibilité. Décembre 2012. Lyon.
- ✓ Prix National « coup de cœur » du Jury. Congrès de l'Unapei. Mai 2013. Marseille.
- ✓ Partie intégrante du Rapport JACOB. Juin 2013. Garches.
- ✓ Dispositif soutenu par la Fondation JM Bruneau et par la Fondation de France. Juin 2013. Paris.
- ✓ Lauréat du 17^e Trophée de l'innovation Handicap MNH. Mai 2014. Paris.
- ✓ Label droits des usagers de la santé. ARS Lyon. Octobre 2014



La philosophie du réseau Santé Bucco-Dentaire Handicap SBDH

Le Réseau SBDH-RA répond aujourd'hui aux besoins d'accès aux soins bucco-dentaires de plus de 4 000 patients en situation de handicap et/ou de dépendance, présentant des troubles du comportement sur le territoire de l'ex-région Rhône-Alpes.

Comme déjà évoqué, ces patients ont des besoins spécifiques. Trois fois plus atteints de pathologies bucco-dentaires que la population générale, peu réceptifs à la prévention, avec des particularités dans le ressenti et l'expression de la douleur, ils prennent souvent des médicaments dégradant l'état de santé bucco-dentaire, présentent une anxiété majorée, et peuvent être atteints de développements dentaires singuliers... Tout cela a un impact sur la santé globale (infectieux, alimentation, image de soi, sommeil, qualité de vie, comportement...).

Il s'agit donc de réaliser des soins prophylactiques et conservateurs principalement, à l'état vigil ou sous anesthésie générale, mais surtout d'assurer un suivi régulier dans le temps permettant la détection précoce des pathologies et la conservation de l'état de santé bucco-dentaire en évitant le recours en urgence.

La prévention et la formation des professionnels ne sont pas oubliées. Le Réseau est partenaire de l'UFSBD mais aussi d'autres associations intervenant dans ce champ comme SOHDEV et SBDH 42. Dans ce contexte global, il a d'abord fallu convaincre l'ensemble des acteurs de la nécessité de la démarche. Convaincre que ce besoin existait (**pertinence**) et convaincre qu'une prise en charge était possible (**faisabilité**). Ce fut la première phase de développement du Réseau (2003-2012). La thématique est parfaitement identifiée dans le Programme Régional de Santé 2018-2023.

Le déploiement du Réseau a ensuite été rendu possible par la mise en place d'une **gouvernance partagée** associant les chirurgiens-dentistes libéraux et hospitaliers, les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et les associations d'usagers.

Cette gouvernance, avec l'**appui fort de l'ARS** (Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes), a pu développer un **maillage territorial** permettant l'accès aux soins dans l'ensemble des 8 départements du périmètre d'action du Réseau (2013-2017). Le Réseau SBDH-RA a su faire coopérer les chirurgiens-dentistes libéraux, hospitaliers et salariés mutualistes, l'hôpital public et les cliniques privées, les CHU, les hôpitaux de proximité et les hôpitaux psychiatriques, les associations gestionnaires de la centaine d'établissements médico-sociaux conventionnés, c'est-à-dire l'ensemble des parties prenantes de cet accompagnement. Cela a permis une forme de décroisement des pratiques hospitalières et libérales, sanitaires et médico-sociales.

Le Réseau est entré depuis 2017 dans une phase d'amélioration de la qualité des prises en charge, notamment par la mise en place de formations à destination des professionnels sur les techniques de prise en charge (approche comportementale, prémédications sédatives, MEOPA...), le travail de réflexion sur l'accompagnement des usagers (Éducation pour la Santé Orale, outils de médiation et de communication...), le développement du système d'information, la mise en place d'un comité de régulation des pratiques cliniques travaillant, en particulier, sur la validation de protocoles de prise en charge.

Il faut maintenant rejoindre **le droit commun**, pour que à notre expérience soit totalement inclusive pour cette population.

D. Les soins sous anesthésie générale

Lorsque le patient en situation de handicap n'a pas pu être pris en charge à l'état vigile, il est possible d'avoir recours à l'anesthésie générale (milieu hospitalier ou clinique).

LES INDICATIONS DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE POUR LES SOINS DENTAIRES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Dr Jérôme PIEAUD

Vice-président du Réseau Santé Bucco-Dentaire Handicap, Praticien libéral, Compétences médecine MBD

Le seul référentiel sur les indications et contre-indications de l'anesthésie générale date du rapport de la HAS de juin 2005.

Il liste l'ensemble des indications faisant l'objet d'un consensus professionnel fort, en l'absence d'évidence scientifique extraite de l'analyse d'articles scientifiques.

« *Prérequis : dans la mesure du possible, l'anesthésie locale doit être privilégiée. Le rapport bénéfice-risque de l'anesthésie générale (AG) doit être évalué avant d'en poser l'indication. Une consultation de préanesthésie, l'information du patient (ou du représentant légal) et l'obtention de son consentement éclairé sont des obligations légales. Un courrier du praticien précisant l'indication de l'AG est recommandé.*

Indications

Liées à l'état général du patient :

- conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement bucco-dentaire à l'état vigile après échec de tentatives de soins au fauteuil
- nécessité de mise en état buccal lourde et pressante avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes, par exemple : carcinologie, hématologie, cardiologie, greffe d'organe...
- limitation de l'ouverture buccale interdisant un examen et/ou un traitement immédiat
- réflexes nauséeux prononcés

Liées à l'intervention :

- interventions longues, complexes, regroupement de plusieurs actes en une même séance

- état infectieux loco-régional nécessitant d'intervenir en urgence (par exemple : geste associé de drainage et/ou débridement d'extractions dans le cadre d'une ostéoradionécrose)

Liées à l'anesthésie locale :

- contre-indications avérées de l'anesthésie locale, c'est-à-dire allergie confirmée par un bilan d'allergologie et contre-indications spécifiées dans l'Autorisation de Mise sur le Marché (porphyrie, épilepsie non contrôlée par les médicaments,...)
- impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances.
- Les patients que nous prenons en charge en AG sont dans les indications liées à l'état général du patient pour l'essentiel.
- Le chirurgien doit, lors de la consultation préopératoire, valider, en fonction de son expérience, l'indication d'une prise en charge sous AG et donner toutes les informations nécessaires aux représentants légaux du patient.

Les critères de prise en charge retenus sont l'importance du trouble du comportement, l'importance des soins par leur nombre et/ou complexité.

Il n'est pas envisageable de combiner certains actes de chirurgie avec des soins dentaires conservateurs.

La nature des actes envisageables est conditionnée au plateau technique dentaire présent en salle ; on ne peut réaliser de traitement endocanalaire en l'absence de système radio, comme il n'est pas envisageable de faire des reprises de traitement à cause du temps nécessaire à la réalisation de l'acte.

Il est important de bien définir avec l'équipe d'anesthésistes et du service ambulatoire les protocoles de prise en charge des patients ainsi que la catégorie des patients que l'établissement est en capacité d'accueillir en toute sécurité.

Le chirurgien est autant responsable que le praticien qui a demandé les soins sous AG en cas d'événement grave en salle, d'où l'importance de bien définir les critères de prise en charge et d'en informer les correspondants.

E. Les référents bucco-dentaires handicap ordinaux

Déjà en 2010, le rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire », Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, remis par Alain Moutarde et Patrick Hescot à Nadine Morano, alors secrétaire d'État à la Famille et à la Solidarité, préconisait la nomination de référents handicap départementaux.

Ceux-ci ont été désignés au sein de chaque conseil départemental. Le rôle du référent handicap départemental est :

1. d'établir un état des lieux précis de la demande et de l'offre de soins sur le territoire : cliniques, réseaux, praticiens libéraux formés au MEOPA, services hospitaliers odontologiques...
2. d'identifier toutes les initiatives existantes, mais souvent isolées
3. de flécher le parcours de soins dans le département ou tendre vers la mise en place d'un réseau de soins

La volonté est de voir les référents handicap répertorier les structures existantes dans leur département et nourrir des relations avec elles et plus précisément avec :

- les praticiens libéraux qui sont investis et soignent ces populations dans leur propre cabinet particulièrement accessible [parking, accessibilité pour tout type de handicap...]
- les praticiens hospitaliers [hôpital de jour, clinique pour le handicap, PASS (permanence d'accès aux soins de santé) dentaire hospitalier ou PASS dentaire extramuros pour la précarité,...]
- les praticiens adhérents aux réseaux ou aux associations et intervenant pour ces patients
- les praticiens intervenant en EHPAD...

Le référent handicap a à sa disposition un répertoire de chirurgiens-dentistes libéraux, de réseaux et d'associations investis dans la prise en charge de ces populations.

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/index.php/fiches-recensement-cdo/>

Un mot d'ordre : améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Accès aux soins

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/fileadmin/user_upload/pdf/Rapport_activites/2018_RAPPORT_ACCES_AUX_SOINS-email.pdf

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/forumaccesauxsoins/index.php/category/handicap/>

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



F. Les réseaux

Définition

[7 juillet 2015] texte ONCD (cf. annexe n°3 pour texte complet)

Un réseau de soins est un dispositif de collaboration sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux. Le patient est au cœur du dispositif. L'objectif d'un réseau est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de population précis.

Les réseaux de soins ont été initiés par les ordonnances du 24 avril 1996 (dites « ordonnances Juppé »). Ils trouvent leur fondement textuel dans le texte de l'article L.6321-1 du Code de la santé publique, inséré par la loi du 4 mars 2002. L'article L.6321-2 du Code de la santé publique précise quant à lui les formes sous lesquelles le réseau peut être constitué.

Objet et missions du réseau

- Favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.
- Assurer 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.
- Participer à des actions de santé publique.

Le texte prévoit que les réseaux peuvent être organisés entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales, des organisations à vocation sanitaire ou sociale, des représentants des usagers.

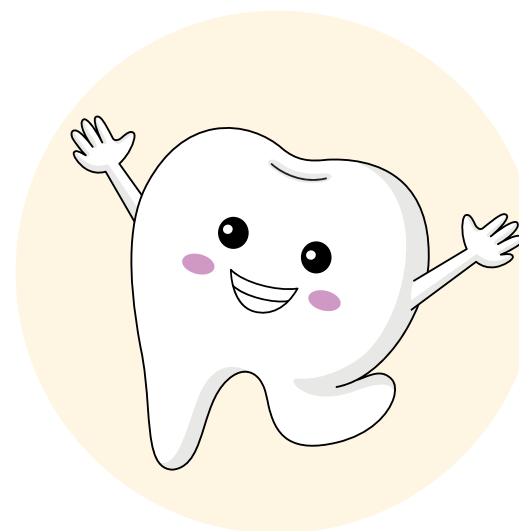
Les membres du réseau seront bien évidemment fonction de la pathologie, de l'activité sanitaire ou de la population visée par le réseau.

Le réseau doit...

- Garantir le libre choix d'entrer dans le réseau et d'en sortir.
- Garantir le libre choix du praticien par le patient.
- À cet effet, un document d'information doit être remis à ce dernier, précisant :
 - ✓ Le fonctionnement du réseau et les prestations proposées
 - ✓ Les moyens prévus pour l'information de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en charge.
 - ✓ Les modalités garantissant à l'utilisateur l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité.

Une coordination doit être assurée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions.

Une charte doit être établie, définissant les engagements des personnes physiques et morales intervenant à titre professionnel et bénévole. Cette charte rappelle les principes éthiques auxquels doit se soumettre le réseau.



4



AGIR dans les établissements accueillant des personnes en situation de handicap

4 AGIR dans les établissements accueillant des personnes en situation de handicap

La situation de handicap est complexe parce que :

- Liée à la santé physique et psychique des personnes
- Liée en plus à l'adaptation de leur cadre de vie et de travail
- Liée aussi à l'assistance à laquelle elles peuvent prétendre

Dans l'objectif d'obtenir une estimation de la prévalence des différents types de handicap, des enquêtes ont été réalisées à l'échelle nationale auprès d'échantillons de population.

Ainsi, un état des lieux préalable à l'élaboration d'un plan stratégique régional en Rhône-Alpes a été effectué.

Selon que les personnes en situation de handicap sont des enfants ou bien des adultes, les offres de structures d'accueil sont différentes d'un territoire à l'autre.

Les enfants :

En 2009-2010, en région Rhône-Alpes, près de 20 000 enfants handicapés étaient scolarisés en milieu ordinaire et 7 500 l'étaient en établissement spécialisé ou hospitalier.

Pour les enfants handicapés accueillis en établissement, les offres sont variables d'un territoire à l'autre. Parmi les structures existante on distingue : **les instituts médico-éducatifs (IME), les établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés, les ITEP, les IEM, les instituts d'éducation sensorielle.**

Plus de 4 enfants sur 10 accueillis en établissement spécialisé souffrent d'une déficience intellectuelle considérée comme déficience principale.

Les adultes :

Comme chez les enfants, les adultes handicapés accueillis dans ces différents centres, souffrent principalement de troubles intellectuels (53 %) et des troubles du psychisme (21 %). Des variations de répartition sont observées selon les territoires.

Ces structures se répartissent en : **Foyers d'hébergement, Foyers d'Accueil Médicalisé (ou foyers à double tarification) (FAM), Maisons d'Accueil spécialisé (MAS), Foyers de vie, ESAT, Entreprises adaptées (EA), services d'accompagne-**

ment à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), voir glossaire.

Le rôle des professionnels de santé et des personnels encadrant les personnes en situation de handicap dans les établissements médico-sociaux est primordial pour le maintien en bonne santé dentaire des résidents. Avec à la clé des bénéfices médicaux, psychologiques et sociaux multiples pour les personnes handicapées.

- Protection du capital « dents » et prévention du risque de surinfection
- Maintien ou restauration de l'image corporelle et de l'estime de soi
- Maintien ou restauration de la relation aux proches et aux professionnels
- Préservation de la dignité.

Mise à jour des pratiques quotidiennes, techniques appropriées aux enfants polyhandicapés, positions à adopter, matériel adapté aux situations et choix de la brosse à dents

Évolution des idées reçues et techniques pour une meilleure prise en charge des jeunes

Conseils apportés lors de la phase pratique et avis du professionnel rassurant

*Acquisition de connaissances supplémentaires
Impacts d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire sur la santé globale*

Importance d'une prise en charge individualisée des résidents

Les professionnels et les aidants sont régulièrement confrontés à des questionnements, voire des difficultés pour prendre en charge l'hygiène bucco-dentaire des personnes qu'ils accompagnent. Certains, très motivés, vont faire de leur mieux, d'autres, trop en difficulté, par manque de formation le plus souvent, vont se sentir débordés. Impuissants, ils peuvent se détourner de ce soin.

Qui, confronté à la mauvaise haleine, aux dépôts alimentaires importants, aux saignements répétés, n'a pas pris peur ? Qui ne s'est pas senti dépassé par la tâche ? Et pourtant, une hygiène régulière et bien menée peut réduire considérablement tous ces inconvénients. La mauvaise haleine et les saignements peuvent être bien contrôlés. C'est un point important pour éviter une désocialisation due à une mauvaise odeur, par exemple, ou un aspect négligé (dépôts alimentaires, par exemple).

La mise en place de protocoles est une étape qui facilite la prise en charge car elle donne une ligne de conduite adaptée. Le professionnel, l'aidant, soutenu par une démarche construite, va pouvoir s'impliquer. Sûr de son efficacité, conscient de l'importance de cette prise en charge, l'aidant, le professionnel, aura un regard plus averti et sera une sentinelle efficace. Par son observation, il pourra signaler tout changement et participer également à la veille nécessaire auprès des personnes dont il a la charge.

La formation initiale et continue des professionnels doit leur permettre d'acquérir des méthodes pour les aider à accompagner les personnes en situation de handicap, à la fois dans les gestes quotidiens d'hygiène bucco-dento-prothétique et dans leur parcours de santé bucco-dentaire.

Privilégier la prévention, c'est-à-dire les solutions en amont, c'est limiter les besoins de soins en aval.

- En soutenant le personnel soignant et le personnel encadrant, pour assurer les gestes d'hygiène bucco-dentaire des personnes en situation de handicap
- En développant des programmes complets de prévention bucco-dentaire par la sensibilisation et la formation du personnel de l'aidant et de l'aidé, la sensibilisation des personnes en situation de handicap et leur famille
- En dépistant et orientant vers la structure adaptée en cas de soins

Un projet d'établissement partagé par tous ces professionnels de santé en charge des personnes en situation de handicap devrait être construit, dans chaque établissement, impliquant également les familles, le médecin traitant, les chirurgiens-dentistes (traitants, dépisteurs) et les personnes en situation de handicap.

La réussite de tels projets passe par l'engagement de la structure (direction, encadrement), la mise en place d'un correspondant en santé orale par équipe, des équipes formées et impliquées, le renouvellement régulier des formations (pour pallier le turnover du personnel).

C'est pour toutes ces raisons que l'UFSBD a mis en place des formations, des sensibilisations, des dépistages...

Nécessité de l'implication de tous les personnels dans la mise en place de l'hygiène orale

Meilleure compréhension des situations et valorisation du résident

Possibilité d'agir tout en respectant la personne dépendante. La bonne hygiène bucco-dentaire contribue au bien-être de la personne

A. Les Programmes de Formation proposés par type d'établissement

L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, reconnue comme organisme de formation, poursuit, depuis sa création en 1966, des missions de santé publique **pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire de tous les Français.**

Organisatrice d'actions de terrain, notamment en faveur de la santé bucco-dentaire des personnes âgées et des personnes handicapées, l'UFSBD tire sa force de son maillage départemental et régional, qui lui assure une couverture territoriale et lui permet d'intervenir aux différents échelons stratégiques professionnels et des politiques de santé publique.

Programme pour la santé orale des enfants, adolescents et adultes handicapés

CONTEXTE

L'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées passe par deux points importants :

- 1. Améliorer l'accès à la prévention** des personnes en situation de handicap, c'est-à-dire de privilégier les solutions en amont qui permettront de limiter les besoins de soins en aval.
- 2. Intégrer la prévention dans l'environnement de la personne** et la confier à l'entourage de la personne handicapée : personnels médico-éducatifs, encadrants, soignants et aidants naturels afin de faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne handicapée et de garantir une certaine pérennité de la démarche.

OBJECTIF GÉNÉRAL DES ACTIONS

Dans cette perspective, l'UFSBD propose plusieurs solutions de sensibilisation, d'information et de formation.

- Des personnels des établissements et services pour personnes handicapées
- Des familles
- Et, quand cela est possible, de la personne handicapée elle-même

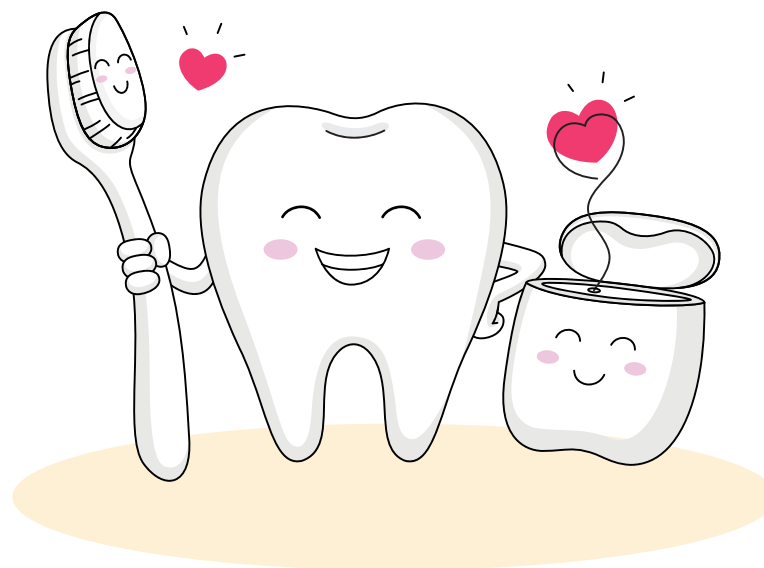
La prévention bucco-dentaire comprend à la fois des informations relatives à l'hygiène bucco-dentaire (des pratiques de soins d'hygiène souvent compliquées et contraintes par le handicap) et à la réduction des risques (des risques spé-

cifiques pour les personnes handicapées liés à la fois au déficit d'hygiène, à la prise médicamenteuse et/ou à la déficience elle-même).

Les actions sont proposées et menées dans le cadre de notre charte de référence nationale en faveur de la santé bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap.

Elles sont mises en place localement, par les chirurgiens-dentistes membres des comités départementaux. Le pilotage et la coordination des actions sont réalisés par le service des opérations de santé publique de l'UFSBD.

L'UFSBD a développé des programmes de formation des personnels des établissements (EHPAD/Handicap) qui ont fait l'objet de conventions avec différentes structures, au niveau national dont l'Assurance Maladie, la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité, AGIRC-ARRCO, ou au niveau local dont ACSODENT, DENTIDCAP 74, les ARS Alsace, Picardie, Bourgogne, Occitanie, AURA.



1. Instituts Médico-éducatifs (IME)
Instituts Médico-Pédagogiques (IMP)
Instituts Médico-Professionnels (IMPRO)
Établissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP)
Services de soins infirmiers et d'aide à domicile (SSIAD)

SENSIBILISATION ET FORMATION

L'UFSBD recommande...

Une journée complète de formation des personnels médico-éducatifs à la question de la santé bucco-dentaire des enfants et adolescents en situation de handicap (cf. annexe n°1).

Des sessions d'éducation collective pour les enfants et adolescents

La structure veillera à organiser des groupes d'enfants par niveau de compréhension.

Des sessions d'une heure maximum par groupe sont à prévoir.

Projection d'une vidéo et échanges (selon la nature des déficiences).

Manipulation de maxi-brosses et maxi-mâchoires afin d'intégrer l'apprentissage des gestes dans une ambiance ludique et de partage.

Le chirurgien-dentiste remet à chaque enfant un kit d'hygiène bucco-dentaire à la fin de chaque séance (brosse à dents + dentifrice adaptés à son âge).

Des supports et méthodes pédagogiques sont transmis aux éducateurs pour qu'ils puissent intégrer cette démarche de prévention dans leurs propres ateliers éducatifs.

Une réunion d'information pour les parents

Avec prise de parole conjointe :

- Du chirurgien-dentiste, qui présente les informations de base sur les risques bucco-dentaires des enfants et adolescents handicapés et l'importance des pratiques de prévention
- Des personnels médico-éducatifs, qui expliquent eux-mêmes ce qu'ils ont compris et retenu de la formation et ce que cela va changer pour les enfants.
- Il est important que la santé bucco-dentaire s'intègre dans le projet pédagogique de l'établissement.

2. Foyers d'hébergement Centres d'accueil de jour Foyers de vie

SENSIBILISATION COLLECTIVE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'UFSBD recommande...

Une séance d'éducation collective d'une heure et demie destinée au public en situation de handicap en présence des personnels encadrants.

L'objectif principal de cette séance est triple :

- Sensibiliser la population en situation de handicap à la santé bucco-dentaire : éviter les caries, les douleurs, la bouche sèche, etc.
- Transmettre des conseils d'hygiène et des méthodes de brossage
- Inciter à une visite de prévention chez le chirurgien-dentiste (aborder les actes de prophylaxie détartrage, scellement de sillons, notamment)

La session repose sur la **transmission de quelques messages clés** via un diaporama très imagé ainsi que la manipulation de **supports de démonstration** : maxi-brosse et maxi-mâchoire, dent géante...

Les séances regroupent 10 à 20 personnes avec la possibilité de réunir des personnes de deux foyers différents pour constituer un groupe suffisant

Possibilité d'intervenir en plusieurs séances pour les foyers qui hébergent plus de 20 personnes

La présence des personnels encadrants est nécessaire pour :

- le bien-être et la mise en confiance des personnes en situation de handicap
- un travail de transmission par la reformulation des notions évoquées par le chirurgien-dentiste dans un langage adapté aux personnes présentes
- une meilleure sensibilisation à la question de l'hygiène bucco-dentaire (qui devient un projet collectif partagé par tous)

3. Centres d'Aide par le Travail (CAT) Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) Entreprises Adaptées (EA)

SENSIBILISATION COLLECTIVE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'UFSBD recommande...

Une séance de sensibilisation à la santé et à l'hygiène bucco-dentaires d'une heure environ destinée au public handicapé travaillant dans la structure. Les personnels encadrants sont bienvenus mais la session concerne directement les publics handicapés.

L'objectif principal de cette séance est triple :

- Sensibiliser la population en situation de handicap à la santé bucco-dentaire : éviter les caries, les douleurs, la bouche sèche, etc.
- Transmettre des conseils d'hygiène et des méthodes de brossage
- Inciter à une visite de prévention chez le chirurgien-dentiste (aborder les actes de prophylaxie détartrage, scellement de sillons, notamment)

La session repose sur la **transmission de quelques messages clés** ainsi que la manipulation de **supports de démonstration** : maxi-brosse et maxi-mâchoire, dent géante...

Les séances regroupent 25 à 30 personnes. Plusieurs séances sont à prévoir par centre.

Dans les départements qui regroupent à la fois un CAT ou un ESAT et un ou plusieurs foyers d'hébergement, on privilégiera les interventions en foyer. Les personnes sont plus disponibles et plus attentives sur leur « lieu de vie », le temps consacré à la séance est plus long, l'environnement est plus favorable pour parler de santé et d'hygiène.

4. Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD)

SENSIBILISATION DES ÉQUIPES D'ACCOMPAGNEMENT

L'UFSBD recommande...

Une séance de sensibilisation à la santé et à l'hygiène bucco-dentaire des personnes handicapées d'une heure et demie destinée au personnel des SAVS et des SESSAD.

L'objectif de cette séance est :

- « D'éveiller les consciences » afin que la question « bucco-dentaire » soit considérée dans le cadre du projet de vie des personnes handicapées

Ces services ne sont pas directement concernés par les soins mais la santé bucco-dentaire étant un facteur majeur de qualité de vie (y compris de qualité de vie sociale), il est important qu'elle ne soit pas négligée dans l'approche transversale proposée par les services.

La santé bucco-dentaire des personnes handicapées sera abordée dans cette perspective : **le sourire, l'estime de soi, la relation à l'autre, la séduction, etc.**

La séance de sensibilisation repose essentiellement sur la projection d'un diaporama commenté par le chirurgien-dentiste et sur un temps de questions/réponses.

Une brochure pédagogique est remise aux services.

5. Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH)

Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM)

Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS)

Services d'Accueil de Jour avec Hébergement (SAJH)

FORMATION DES PROFESSIONNELS MÉDICO-ÉDUCATIFS

L'UFSBD recommande...

Une journée complète de formation des professionnels médico-éducatifs, encadrants et soignants (possibilité de prise en charge par l'OPCA) à la thématique de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

Il est important que la santé bucco-dentaire s'intègre dans les protocoles de soins déjà réalisés au sein des établissements.

Les personnes souffrant de handicaps lourds nécessitent une assistance quotidienne pour les actes d'hygiène. La prise en charge de soins d'hygiène bucco-dentaire suppose une formation préalable pour savoir faire face aux comportements d'opposition, voire aux réactions hostiles de la part des patients en situation de handicap. La formation permettra, notamment, de contourner les réactions de rejet liées à l'anxiété.

Les objectifs de cette formation sont multiples :

- A minima, il s'agit de **sensibiliser les professionnels à la question de la santé bucco-dentaire** question prioritaire de santé globale. Les sensibiliser, c'est leur faire comprendre quelles sont les conséquences d'une santé bucco-dentaire négligée, pour une personne en situation de handicap.
- Également, favoriser le **repérage des personnes en souffrance**. En institutions, l'expression de la douleur est souvent perturbée chez les personnes en situation de handicap. Le personnel n'a pas toujours le réflexe de penser à une douleur dentaire face à une personne plus agitée, plus anxieuse ou plus renfermée que d'habitude. Favoriser la détection rapide et idéalement précoce d'une affection dentaire, c'est éviter des soins d'urgence potentiellement mutilants.
- **Transmettre les savoirs, savoir-faire, savoir-être et les méthodes** pour accompagner les personnes en situation de handicap dans leur pratiques d'hygiènes bucco-dentaire et le cas échéant pour réaliser les soins d'hygiène bucco-dentaire à leur place.
- Enfin, **former des « référents »** qui auront la charge de faire de ce « savoir » une compétence transversale à l'établissement et de pérenniser cette démarche de prévention parmi les « bonnes pratiques » de l'établissement.

B. Formation initiale des personnels soignants

1. La Formation initiale 7 heures

La réussite d'une démarche en faveur de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap passe par l'engagement de l'ensemble des acteurs.

La mise en place de formations au sein des structures est donc un facteur primordial pour l'efficacité du projet. Chaque établissement a ses propres spécificités logistiques ou organisationnelles. Il convient donc d'adapter les techniques et recommandations à chaque structure.

Les chirurgiens-dentistes formateurs de l'UFSBD sont, dans la mesure du possible, des praticiens de proximité des établissements ; ils assurent ainsi une relation de confiance facilitant des échanges réguliers en cas de besoin.

Les formations proposées par l'UFSBD répondent à plusieurs objectifs

- Prise de conscience en développant les connaissances : mieux connaître pour mieux intégrer l'enjeu thématique
- Savoir-être : améliorer la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, c'est commencer par améliorer les pratiques d'hygiène, mettre en place des protocoles d'hygiène orale adaptés à la personne en situation de handicap et les réévaluer régulièrement. On personnalise en équipe, la prise en charge individuelle de chaque personne en situation de handicap
- Savoir-faire : évaluer l'état bucco-dentaire de la personne en situation de handicap (apprendre à observer les lèvres, la langue, la salive, les gencives, les dents naturelles, apprécier la qualité de l'hygiène buccale, repérer les douleurs...) et connaître les conduites à tenir face à certaines

pathologies (aphtes, abcès, pulpites...)

- Faciliter la venue du chirurgien-dentiste pour réaliser un bilan de l'état bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et faciliter leur orientation vers la structure la plus adaptée en fonction des besoins recensés, limiter le stress par un examen dans le milieu habituel de la personne
- Permettre aux personnels de s'exprimer sur leurs difficultés.

Déroulement des formations

- Durée de 7 heures, 8 à 12 stagiaires, dans la structure d'accueil de personnes en situation de handicap
- Formateur : chirurgien-dentiste de l'UFSBD
- Une demi-journée théorique autour des thèmes principaux liés à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, pour l'harmonisation des connaissances générales
 - ✓ Sur les dents
 - ✓ Particularités dues au handicap
 - ✓ Risques de délabrement dentaire et ses conséquences sur la personne en situation de handicap
 - ✓ Pathologies les plus fréquentes et leurs conséquences sur les dents
 - ✓ Réflexion sur la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire dans la structure...
- Une demi-journée pratique :
 - ✓ Mise en œuvre de l'hygiène bucco-dentaire avec les personnes en situation de handicap du site. Les cas les plus délicats sont présentés au chirurgien-dentiste formateur qui observe d'abord le geste effectué et, si cela est nécessaire, propose des améliorations
 - ✓ Mise en place de protocoles d'hygiène personnalisés. Le chirurgien-dentiste formateur ac-

compagne l'équipe dans la rédaction des protocoles. Il insiste sur la nécessité de les rédiger en équipe afin de fixer des objectifs réalistes et atteignables par l'ensemble des intervenants. Ces protocoles garantissent une continuité et un maintien dans le temps de pratiques favorables à la santé et à l'hygiène bucco-dentaires

- ✓ Partage d'expériences entre les stagiaires, ils ont eux-mêmes « leurs trucs et astuces » à partager. Ils connaissent les personnes en situation de handicap. Le chirurgien-dentiste a un regard extérieur. Faire ouvrir la bouche est son cœur de métier, le montrer aux stagiaires est une étape importante ; ce travail collectif fera avancer l'équipe. Ce volet pratique, avec une visite en chambre, permet aux stagiaires d'expérimenter les outils et les méthodes acquises, en les adaptant à leur pratique quotidienne.

Freins et leviers

Organisation des soins/le travail de groupe

- Travail de groupe indispensable, dès la rédaction des protocoles
- Décider ensemble de l'application par tous du protocole (certains collaborateurs sont plus motivés que d'autres dans la réalisation de soins d'hygiène bucco-dentaire)
- Objectifs du protocole réalistes et atteignables par toute l'équipe
- Réévaluation régulière du protocole, tous les 6 mois, soit à l'occasion de séances de dépistage ou à la demande de l'équipe sur une modification de l'état de la personne en situation de handicap.

Affichage du protocole

- Proposition par l'UFSBD d'afficher un protocole d'hygiène simplifié à proximité du lieu de la toilette (armoire à toilette, par exemple). Tous les aidants peuvent ainsi mettre en œuvre les informations personnalisées
- Cet « aide-mémoire » est précieux pour les personnels nouveaux arrivants ou remplaçants en attendant qu'ils consultent le protocole complet dans le dossier de la personne en situation de handicap
- L'affichage du protocole soulève toutefois le problème du respect de la confidentialité des données intimes de la personne, cette question doit donc être mûrement réfléchie.

Le jeu de rôles

- Étape clé de la formation : on s'exerce entre collègues
- Travail sur les freins intimes des accompagnants (chacun a sa propre représentation du soin bucco-dentaire, la bouche est un carrefour de la communication, des sensations y sont rattachées) : Vais-je faire mal ? Vais-je oser ? Cela me dégoûte, je n'aimerais pas qu'on me le fasse, alors pourquoi j'insisterais ?...

« Idées reçues » : pas le temps !

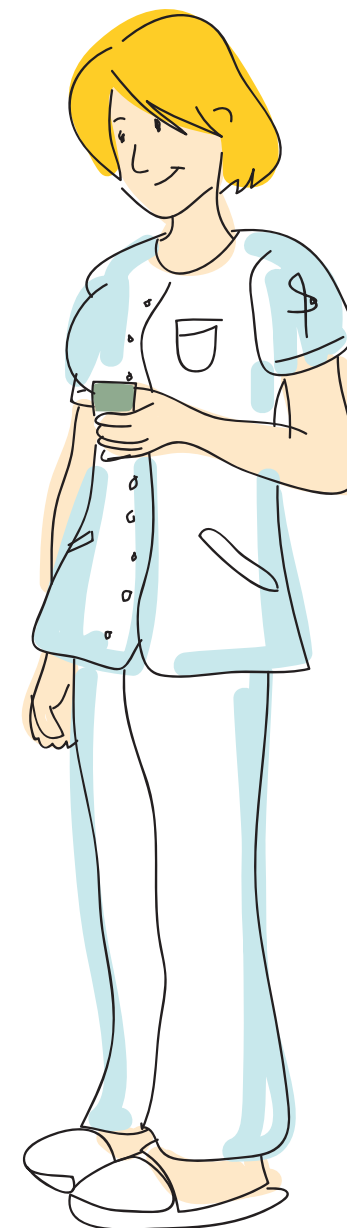
- « On n'a pas le temps ! » est la première pensée des accompagnants
- Le « savoir-faire » est un atout précieux permettant des adaptations sans perte de temps et avec un gain d'efficacité, brosse selon les préconisations prend parfois moins de temps qu'avec un geste inapproprié
- Le brossage en binôme peut se révéler nécessaire, le protocole déterminé et fixé permettra aussi une organisation par le CSO qui répartira les tâches en intégrant ce besoin

Le turnover du personnel

- Chaque nouveau collaborateur intégrant l'équipe devra s'approprier le protocole
- Le CSO est en capacité de gérer ces renouvellements
- La proposition régulière de formations est un moyen de réduire les écarts et d'uniformiser les pratiques

L'opposition/le refus de soins

- Intérêt du jeu de rôles pour aborder le refus du brossage par une personne en situation de handicap
- Le jeu de rôles donne des pistes au soignant pour acquérir une attitude positive et mettre en place un programme de soins progressif vers une amélioration des gestes minimaux de brossage quotidien
- La gestion du refus au quotidien se fait en équipe, pilotée par le CSO, avec l'identification des causes et la mise en place de stratégies.



2. La Formation des CSO (Correspondants en Santé Orale)

« Le Correspondant en Santé Orale pour améliorer durablement la santé orale des personnes en situation de handicap »

Le Correspondant en Santé Orale (CSO) est la personne chargée de la problématique de l'hygiène et du suivi bucco-dentaire dans l'établissement.

Le projet d'établissement doit être porté par « une équipe ». Pour permettre au CSO de travailler efficacement, il est nécessaire...

- D'inscrire la santé bucco-dentaire comme priorité de santé dans le projet d'établissement, en accompagnement de la dénutrition au quotidien
- De donner au correspondant en santé orale les moyens de travailler en équipe et de fédérer les différents intervenants autour du projet : aides-soignants, cadres infirmiers, médecins coordonnateurs, équipe de direction...
- De veiller au transfert de connaissances entre les équipes et vers les nouveaux membres des équipes
- Le non-respect de ces conditions entravera le bon déroulement du projet.

Le CSO doit être bien identifié au sein de l'équipe et être accepté comme tel pour avoir les moyens d'agir .

- Le CSO implique l'équipe dans la prise en charge de la santé bucco-dentaire en faisant comprendre les enjeux de l'hygiène bucco-dentaire pour les personnes en situation de handicap de son établissement
- Il fait le lien entre santé bucco-dentaire et bien-être

- Il veille avec l'équipe à actualiser les protocoles si cela est nécessaire, et participe au repérage des pathologies orales.

Les étapes à respecter par le CSO pour la mise en place du projet en établissement.

- Sensibiliser le personnel de l'établissement à l'hygiène bucco-dentaire, en mettant en place **un plan de formation du personnel à l'hygiène buccale**
- Garantir le suivi bucco-dentaire des personnes en situation de handicap en mettant en place **un protocole individualisé pour l'hygiène buccale** ainsi que **le suivi au cabinet dentaire, en lien avec le médecin traitant**
- **Repositionner la santé orale et la nutrition dans le projet d'établissement** : le CSO ne doit pas être seul à porter le projet en santé orale. C'est un projet collectif qui engage la direction et le personnel soignant et aidant. Sans une participation d'ensemble, rien n'est possible
- **Identifier les personnes ressources** c'est à dire toutes les personnes sensibles à la mise en place de ce projet, motivées et désireuses de s'impliquer : cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, cuisiniers, animateurs...

*De même, il faut **identifier les personnes « frein »**. Diverses raisons peuvent amener certains collaborateurs à être en retrait de ce mouvement. La surcharge de travail et les difficultés personnelles à aborder les soins de bouche sont les plus évidentes. L'aspect psychologique du geste « intrusif », porteur de santé mais aussi de gêne voire de sentiment d'agression, est à prendre en compte.*

- **Accompagner le personnel soignant au quotidien.** Aider et conseiller le personnel pour les soins de bouche. Tenir compte des « peurs » de chaque soignant. Ne pas juger, mais au contraire accompagner les gestes pour progresser. Ne pas

être dans le contrôle

- **Identifier les freins éventuels à la prise en charge de la bouche** pour chaque personne en situation de handicap. La mise en place de protocoles individualisés, rédigés en équipe, est un préalable à toute action
- **Déterminer le profil des personnes en situation de handicap** : autonome ou pas, violent, agressif, coopérant, nécessitant d'être aidé par une ou plusieurs personnes... L'idée est de positionner les soignants en capacité d'agir, au moyen d'objectifs atteignables par tous. Le protocole défini est un socle d'action minimale qui n'empêche pas les soignants les plus investis d'agir par eux-mêmes
- **Coordonner le soin oral** dans le projet individualisé de chaque personne en situation de handicap, faire un suivi de chaque patient sur sa santé bucco-dentaire
- **Relayer les informations auprès des personnes compétentes**
- **Relayer les informations auprès des familles.**

Les missions du CSO

- Évaluer les pratiques professionnelles sans jugement pour en faire un constat. Pour faire évoluer les pratiques, le CSO doit alors informer les membres de l'équipe sur les protocoles d'hygiène et la mise en place de protocoles individualisés pour faire progresser les pratiques (hygiène quotidienne ; observation, nutrition ; observation et état bucco-dentaire ; dépistage)
- Former et informer les membres de l'équipe, y compris les nouveaux arrivants
- Soutenir les soignants, animer des ateliers relatifs à la santé orale au cours de réunions d'équipe (jeux de rôles, films d'observation, consensus autour d'une personne, affichage des protocoles simplifiés...)
- Coordonner des actions au sein de la structure

d'accueil des personnes en situation de handicap avec les chirurgiens-dentistes traitants ou référents

- Assurer l'interface entre la famille et la personne en situation de handicap pour la mise en place de rendez-vous avec le chirurgien-dentiste soignant selon l'orientation préconisée. Si la famille est indisponible, l'équipe désigne une personne pour accompagner à son rendez-vous la personne en situation de handicap
- Identifier les besoins de formation complémentaire : pour les personnels ou pour informer les familles...
- Proposer un dépistage sur place à titre de bilan et pour une orientation vers les structures appropriées ensuite.

Le CSO doit identifier les différents acteurs de la prise en charge de la santé orale de la personne en situation de handicap

Ces acteurs peuvent être...

- Le médecin traitant : la santé orale fait partie de la prise en charge globale de la santé de la personne en situation de handicap, il doit préciser l'existence de précautions particulières à prendre en lien avec l'état de santé de la personne (traitement en cours, maladie chronique, problème cardio-vasculaire, diabète...) pouvant avoir une répercussion sur la santé bucco-dentaire
- Le chirurgien-dentiste traitant : recense les correspondants habituels de la structure et/ou des personnes en situation de handicap elles-mêmes ; les chirurgiens-dentistes sont informés de l'existence du CSO interlocuteur référent des recommandations pour l'hygiène quotidienne
- Les chirurgiens-dentistes référents : proposition par l'UFSBD de mise en place dans chaque structure d'un chirurgien-dentiste référent (revoir des notions mal comprises ou conseils face à un problème)

- Organisation possible dans les structures, par l'UFSBD, de formations dispensées par des chirurgiens-dentistes formateurs, pour soutenir et aider les CSO, favoriser la dynamique de groupe en donnant des bases techniques et d'accompagnement pratique auprès des personnes en situation de handicap.

Choix du correspondant en santé orale (CSO)

- Sur la base du volontariat
- Qualités fédératrices dans l'équipe et capacité à se mettre au niveau des autres sont requises
- Identification claire du CSO par l'ensemble des soignants
- Doit disposer du temps nécessaire pour accompagner l'équipe sur l'hygiène orale et en assurer le suivi

Le CSO peut rencontrer des freins, le soutien de la direction sera alors déterminant.

Quels freins/quels leviers au quotidien ?

Ces freins peuvent provenir...

- De certains patients
- De leur famille (résistance aux soins, problème du financement du matériel d'hygiène)
- De certains membres de l'équipe soignante : l'aspect très intime du soin dentaire peut faire écho à un vécu personnel et rendre opposants quelques personnels soignants
- **Il ne faut pas brusquer les choses et donner du temps à la personne qui se montre de prime abord réfractaire ; l'effet d'entraînement du groupe peut réussir à la motiver**
- **Des temps de formation communs peuvent se révéler utiles pour souder l'équipe soignante dans une même dynamique.**



C. Exemples de formations proposées

1. AU CENTRE ARTHUR LAVY (74) (voir annexe 2)

Formation 7 heures

Le centre est orienté vers le soin depuis longtemps.

La structure a parfaitement pris conscience de la nécessité de mettre en place un projet de santé orale en faveur des personnes dont elle a la charge.

En 2013, l'établissement, très motivé, a décidé de former ses professionnels à l'hygiène bucco-dentaire dans l'objectif d'accroître le confort des résidents, leur qualité de vie et par là même d'améliorer les conditions de travail de ses personnels.

La diversité des professions (soignants, éducateurs) n'a pas simplifié la mise en œuvre du programme. Il a fallu motiver.

Depuis 2015, le flux est de 4 sessions annuelles.

Un principe de binôme de chirurgiens-dentistes (CD) a été instauré et fonctionne bien.

Des formations initiales 7 heures : un volet théorique et un volet pratique

- **Un tour de table incontournable** pour que chaque stagiaire se présente dans son poste et dans son unité de service, exprime ses attentes. Chacun expose ce que le bucco-dentaire évoque pour lui (brainstorming).
- **Prise de conscience** de l'importance de conserver une bonne santé orale par l'apport de connaissances théoriques sur la sphère bucco-dentaire. Les échanges entre les stagiaires et le CD sont privilégiés pour une mutualisation des savoirs. Le personnel connaît bien les résidents, leurs réactions, les limites, et le CD, aussi, à des astuces permettant de comprendre l'importance de la cavité buccale. Des conseils pratiques sont délivrés (quantité de dentifrice à utiliser en présence de troubles de la déglutition, entretien des prothèses éventuelles, utilisation de cale-bouche... ou encore une position de travail favorisant la coopération (nursing ou autre). L'importance du type d'alimentation est soulignée. L'attitude du CD reste toujours bienveillante, valorisante de ce qui est déjà bien pratiqué. La structure Arthur Lavy favorise ce partage en facilitant le passage à la pratique.
- **Des séances en chambre sont organisées.** Les stagiaires ont eu, en amont, la possibilité de cibler les personnes en situation de handicap qu'elles souhaitent « étudier ». Les stagiaires apprennent à évaluer l'état bucco-dentaire des sujets et à établir un protocole individualisé, transmissible. Travailler en binôme auprès d'un résident peut faciliter pour certains stagiaires le passage à l'action.
- **Les formateurs incitent les stagiaires à partager leurs expériences**, à valoriser celles qui fonctionnent bien et à les noter sur un cahier de transmissions accessible à tous les professionnels. C'est un levier de taille.

L'expérience a permis de lever quelques freins

- En jouant sur la mixité des unités de soins ou d'accueil, en réduisant la taille des groupes de stagiaires, en multipliant la diversité des professionnels, pour faire adhérer les moins coopérants des premières formules (souvent les éducateurs).
- Par le volet pratique (le passage en chambre s'est révélé « magique »). Pour certains, c'est l'occasion de visualiser, de mettre vraiment les doigts dans la bouche par le passage d'une compresse ou par la recherche d'une anomalie, de faire l'inventaire du matériel d'hygiène...
- En misant sur la mission de soins de la structure (les résidents sont des malades) pour intégrer l'hygiène bucco-dentaire comme un soin
- En incitant fortement à identifier un référent dans les équipes, à effectuer des mises à jour régulières et à déterminer qui fait quoi
- Un travail en partenariat avec l'économat a permis de mutualiser les besoins.

Bilan de l'Action 2017 : (voir annexe 2)

- Quatre formations initiales de 7 heures réalisées entre janvier et mars 2017 pour les personnels de l'établissement par des chirurgiens-dentistes de l'UFSBD.
- 11 aides-soignants, 2 infirmières, 5 aides médico-psychologiques, 8 éducateurs ont été formés.
- Le taux de satisfaction des stagiaires de la formation est important (voir annexe 2), que ce soit pour le contenu de la formation, les supports de cours ou le format de l'intervention.
- Principaux enseignements tirés de cette formation : approfondissement des connaissances (sur le risque infectieux, les relations santé bucco-dentaire / santé générale, l'impact du manque d'hygiène orale sur de nombreuses pathologies), prise de conscience de l'intérêt du brossage des dents.
- L'efficacité passe par la diffusion des messages de prévention dans l'environnement même de la personne en situation de handicap (personnels médico-éducatifs, encadrants, soignants et aidants naturels), pour faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne concernée et garantir une certaine pérennité de la démarche. Ce sont bien ces objectifs, qui ont été mis en œuvre à travers ces quatre formations.

QUELQUES ECHOS APRES UNE SENSIBILISATION :

TÉMOIGNAGE D'UN RÉSIDENT

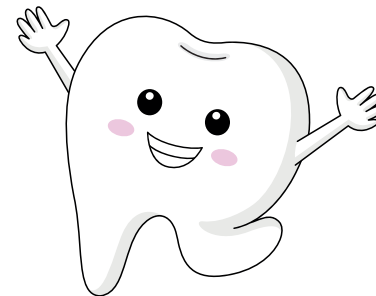
Je souffre d'un handicap moteur sévère et maintenant que le personnel me brosse les dents, je peux sourire sans complexe ; je n'ai plus mauvaise haleine ; je fais des efforts pour communiquer avec ma famille quand ils viennent me voir.

TÉMOIGNAGE DU PERSONNEL

La formation nous a rassurés dans le fait qu'on ne pouvait pas faire mal ou blesser un patient en lui brossant les dents. Grâce aux jeux de rôles, nous avons pu nous rendre compte que ce n'est pas douloureux lorsque quelqu'un d'autre nous brosse les dents ; nous nous sommes entraînés sur nos collègues en petit groupe pour mieux appréhender la technique la plus efficace en fonction du handicap de chacun.

TÉMOIGNAGE D'UNE FAMILLE

Dès le lendemain de cette journée, mon frère m'a fait un grand sourire pour me montrer ses dents bien lavées. Pour moi, cela vaut tout l'or du monde. En plus, cela conforte la confiance que j'ai dans le personnel encadrant ; cela me prouve qu'ils sont attentifs à ses besoins.



2. HANDIDENT MIDI PYRÉNÉES : UNE AUTRE EXPÉRIENCE (annexe 2)

Au sein de l'association pour les soins bucco-dentaires aux personnes handicapées

Le réseau HANDIDENT Midi-Pyrénées a été créé en 2005 à l'initiative conjuguée de chirurgiens-dentistes, hospitaliers et libéraux pour améliorer la santé bucco-dentaire des personnes à besoins spécifiques, comme les personnes atteintes d'un handicap mental, d'un handicap physique ou de handicaps multiples, que ces personnes soient, ou non, accueillies dans un établissement spécialisé.

L'UFSBD a proposé et réalisé des actions de prévention en formant et en sensibilisant les professionnels soignants et/ou encadrants travaillant au sein des structures médico-sociales à la problématique de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et à la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des résidents et/ou usagers.

Des formations : une demi-journée (3h30) pour les professionnels

Pour former et sensibiliser les professionnels soignants et/ou encadrants travaillant au sein des structures médico-sociales à la problématique de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et à la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des résidents et/ou usagers.

Partie théorique - module 1 (2h30)

- Identification des représentations des stagiaires (la sphère orale, la bouche, les dents, l'hygiène) et de leurs attentes : brainstorming.
- Plusieurs thèmes généraux sont ensuite développés autour de la santé bucco-dentaire.
- Les 15 dernières minutes du module sont consacrées aux questions des stagiaires. Elles portent principalement sur des points pratiques en rapport avec leur activité professionnelle et leurs difficultés à réaliser le soin de bouche.

Partie pratique - module 2 (1h)

- Entretien de la bouche (mise en pratique sous forme de jeux de rôle)
- Présentation de la plaquette pédagogique. Elle sert de référence et peut être consultée à tout instant par le personnel.
- Présentation du protocole de brossage des dents et de l'entretien des prothèses, du matériel et des produits nécessaires. Un jeu de rôles permet alors de mettre les stagiaires en situation de mise en œuvre des soins d'hygiène, dans un climat de confiance et de bienveillance.



Des objectifs pédagogiques et pratiques

- Partager un socle commun de connaissances autour de l'hygiène et de la santé orale.
- Préparer l'intégration des missions « hygiène et santé orale » dans l'organisation.
- Développer les connaissances du personnel soignant et encadrant en structures médico-sociales.
- Améliorer la prise en charge bucco-dentaire en établissement et à domicile grâce à des outils adaptés.
- Établir des protocoles d'hygiène pour chaque résident et/ou usager.

Des sensibilisations pour informer et motiver les familles

- Faire adopter les bons comportements d'hygiène bucco-dentaire.
- Faire comprendre l'impact de l'alimentation.
- Sensibiliser à l'impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie globale.
- Faciliter le recours au cabinet dentaire.

BILAN de l'action 2018

- 36 formations 3,5h pour 8 à 12 stagiaires (311 professionnels).
- 12 séances de sensibilisation auprès des familles des usagers (108 personnes).
- Le taux de satisfaction des stagiaires de la formation est important, il avoisine les 98 %.
- 90,75 % des professionnels ont répondu se sentir capables d'utiliser ces enseignements dans leur pratique professionnelle.
- Les stagiaires précisent avoir acquis également des connaissances en termes de savoir-faire sur les techniques d'hygiène, sur le repérage des signes d'alerte liés à la douleur et aux problèmes dentaires, ou encore l'importance de prendre du temps pour accompagner au quotidien les résidents dans le suivi de l'hygiène bucco-dentaire.

En 2019, les formations réalisées par l'UFSBD dans le cadre du programme Handident Occitanie, ont évolué vers des programmes de formation 7 heures.

BILAN de l'action 2019 (bilan complet annexe 2)

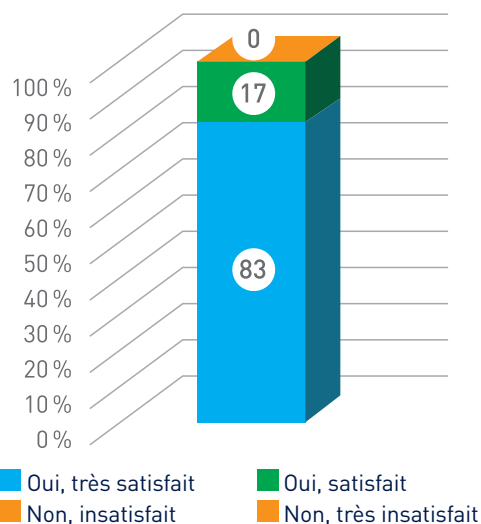


BILAN de l'action 2019 (bilan complet annexe 2)

En 2019, 18 formations sur 18 journées de 7 heures ont été réalisées par l'UFSBD dans le cadre du programme HANDIDENT Occitanie-ARS Occitanie. 173 personnes ont bénéficié de ces formations. Les stagiaires étaient des cadres de santé (4 %), des aides-soignantes (29 %), des aides médico-psychologiques (37 %), des infirmières (13 %) et autres (kinés, orthophonistes, éducateurs...17 %). 156 questionnaires de satisfaction et d'évaluation des connaissances, anonymes, ont été recueillis à l'issue des formations. La différence entre le nombre total de participants et de questionnaires collectés peut s'expliquer par le fait que certains stagiaires ont souhaité garder leurs documents (outil de travail en équipe) ou qu'ils ont quitté les formations avant la fin.

Analyse des questionnaires de satisfaction

ÊTES-VOUS SATISFAIT DE LA PRESTATION DU FORMATEUR ?



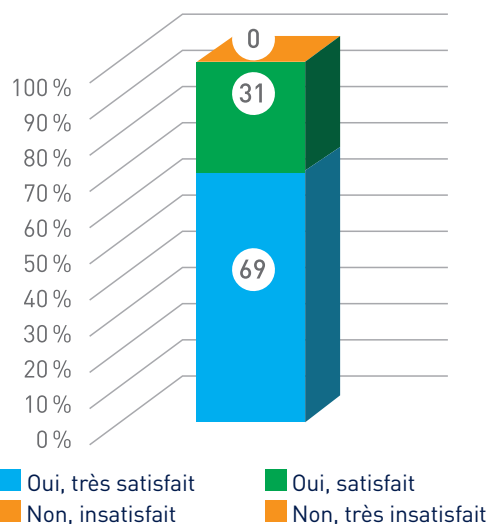
À la question « après cette formation, vous sentez-vous capable d'utiliser ces enseignements dans votre pratique professionnelle ? », la majorité des stagiaires ont répondu positivement (87 %).

Les participants émettent toutefois quelques réserves, de manière indirecte, quant à la possibilité qui leur sera offerte de mettre en place les procédures apprises : manque de temps, essentiellement, répartition des horaires des tâches, manque d'effectifs dans les établissements et autres...

Les principaux enseignements tirés par les stagiaires

- L'importance de mettre en place une bonne hygiène au quotidien pour améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap. L'hygiène bucco-dentaire est un soin à part entière
- Les méthodes pour y parvenir : méthodes de brossage, entretien des prothèses, protocoles individualisés
- Le rôle de sentinelle des professionnels, l'évalua-

ÊTES-VOUS SATISFAIT DES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES MISES EN ŒUVRE ?



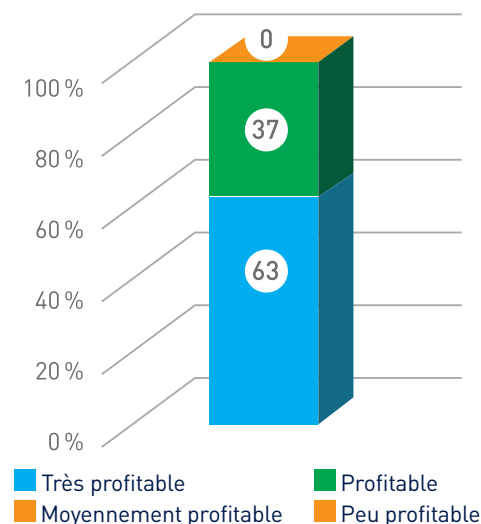
tion de leurs pratiques pour les adapter, la détection des douleurs d'origine dentaire, l'alimentation (type, grignotage...).

Ces éléments rejoignent les objectifs fixés pour ces formations.

Il paraît donc important...

- De présenter cette formation comme un projet d'établissement, partagé par tous et porté par la direction (lequel projet peut avoir un impact sur les procédures internes)
- D'associer à la formation le cadre de santé/l'infirmier diplômé d'État coordinateur (IDEC) ou un membre de la direction (soit avec les stagiaires, soit en parallèle de leur formation)
- De présenter la partie « pratique » de la formation (tour en chambres, approche de la personne en situation de handicap hébergée dans l'établissement, gestuelle pour la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire, astuces...) comme un moyen

CETTE FORMATION VOUS A-T-ELLE PARU GLOBALEMENT ?



de « gagner du temps » sur les soins et non pas comme des tâches supplémentaires alourdissant le planning.

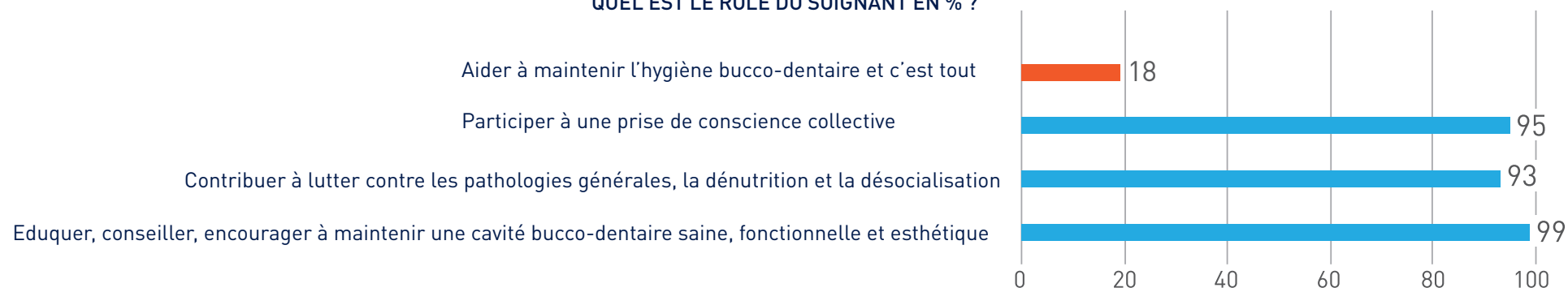
Analyse des questionnaires d'évaluation des connaissances

D'une manière globale, la mémorisation et l'acquisition des connaissances sont satisfaisantes. La majorité des informations clés sont assimilées, comme les conséquences du handicap, le rôle du soignant, les règles de prévention (alimentation équilibrée, hygiène bucco-dentaire), le rôle de la salive, les répercussions d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire sur l'état de santé générale d'une personne en situation de handicap.

Le rôle du soignant perçu par les personnes formées semble bien identifié pour ce qui concerne l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans les gestes d'hygiène bucco-dentaire, mais reste encore bien cantonné à ces gestes.

Toutefois, la notion de prévention globale incluant la lutte contre la dénutrition, les pathologies générales, la désocialisation est majoritairement partagée (93 %), ainsi que dans la participation à la prise de conscience collective.

QUEL EST LE RÔLE DU SOIGNANT EN % ?



« Les chiffres représentent le % de personnes qui ont coché l'item »

18 % des personnes réduisent leur intervention à l'hygiène bucco-dentaire ; 82 % ont bien compris l'importance de la prise en charge globale.

Quelques retours par les stagiaires formés sur les enseignements reçus

« L'hygiène bucco-dentaire reste très importante et fait partie intégrante de la toilette au quotidien. »
« La formation permet de rappeler l'importance des soins avec toutes les conséquences possibles découlant de la négligence. » ; « l'importance des dents. »

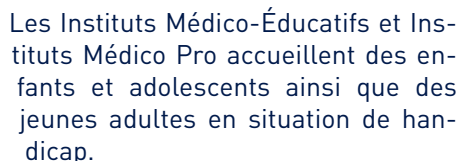
« La surveillance pour le maintien d'une bonne santé bucco-dentaire est capitale. Le rôle du soignant est central. »
« Il doit prendre du temps pour accompagner au quotidien les résidents dans le suivi de l'hygiène bucco-dentaire et remettre en question certains protocoles de soins. »
À la suite de la formation, on entre dans la procédure : observation, protocoles, suivi et prévention. »

« L'importance de la durée du brossage des dents pour les personnes accompagnées. Les techniques pour faire ouvrir la bouche et pratiquer un examen endo-buccal. Des arguments pour expliquer l'importance des soins bucco-dentaires aux AMP. Être encore plus vigilant sur la problématique bucco-dentaire. »



« Il est important de renouveler les formations au personnel de façon régulière. Ce programme est très intéressant, la prévention est essentielle. »

1. En établissement d'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap IME-IMPRO



27,5 % sur dents temporaires. Leur niveau d'hygiène (plaque dentaire, tartre, inflammation gingivale) est faible.

La mise en place d'un brosseage correct dès le plus jeune âge permet d'intégrer cet acte dans une habitude de vie et l'on sait à quel point le respect des rites de vie est rassurant pour ces enfants. La formation du personnel à l'hygiène bucco-dentaire est indispensable car sur ce jeune public, nous pouvons avoir rapidement des résultats très satisfaisants.

La formation permet également un échange d'expériences entre tous les professionnels de l'établissement pour optimiser la qualité de la prévention bucco-dentaire.

Contexte

A la demande de la Croix-Rouge française et avec le soutien financier de Wrigley, l'UFSBD est intervenue dans les établissements médico-sociaux durant l'année 2015-2016 pour agir sur la santé

bucco-dentaire au sein de ces structures d'accueil. C'était le programme « TOUT SOURIRE ».

Objectif général des actions

Améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, en ciblant le personnel soignant, les parents et les jeunes personnes en situation de handicap elles-mêmes.

Programme

Ce sont ainsi **16 Instituts Médico-éducatifs** qui ont bénéficié de cette action au cours de l'année 2015-2016 au travers :

- De séances collectives de sensibilisation auprès des jeunes et de leurs familles
- De séances de dépistage auprès des jeunes
- De formations du personnel soignant au sein des établissements afin d'intégrer l'hygiène bucco-dentaire à l'ensemble des soins délivrés
- De séances de sensibilisation des professionnels des établissements.

> **Séances de sensibilisation des personnes en situation de handicap et de leur famille**

- Jeunes de 0 à 20 ans (selon le niveau de handicap)
- Contenu des séances très simple et très imagé
- Pour sensibiliser directement les intéressés à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire
- Familles impliquées par la transmission de messages clés (4 séances ont eu lieu) via un diaporama très imagé ainsi que la manipulation de supports de démonstration : maxi-brosse et maxi-mâchoire, dent géante... Elles doivent prendre conscience de l'importance pour leur enfant d'avoir une bonne santé bucco-dentaire, même en dehors de toute urgence dentaire.

> Séances de dépistage pour l'ensemble des enfants

- Moyen d'identifier les niveaux d'hygiène bucco-dentaire, les besoins en soins
- Saisie et analyse de 350 fiches de dépistage (contribution au focus population handicap en début d'ouvrage).

Les parents ont reçu un courrier d'orientation vers un parcours de soins (de préférence le chirurgien-dentiste traitant) quand un besoin était présent. Les dépistages ont permis de réaliser le focus présenté au début de cet ouvrage.



- Ces séances se sont déroulées sous la forme d'une journée de formation (7 h) pour les personnels soignants et de séances de sensibilisation pour les personnels non soignants
- Pour ancrer les messages du programme, du matériel a été créé et distribué : livrets pédagogiques pour chaque soignant, cale-bouche remis, kits d'hygiène, affiche de méthode de brossage
- Cette approche a permis de fédérer l'ensemble des personnels présents autour d'un projet d'établissement sur la santé bucco-dentaire, porté par tous.

Un outil avec différents pictogrammes sur la santé bucco-dentaire a été développé pour faciliter la communication entre les équipes et les jeunes en situation de handicap (carie, douleur, brossage... ; voir, page 31 « Quand les mots nous manquent »)

Quelques réflexions émanant de personnels formés



- « Il y a des choses que je dois changer par rapport au brossage ».
- « Je me rends compte de l'importance de la prise en charge individualisée des résidents ».
- « Cette formation m'a fait abandonner quelques idées reçues ».

b. Le centre Arthur LAVY, dispose d'un IME et il est également très impliqué dans la prévention bucco-dentaire.

L'Institut Médico Educatif offre 25 places d'internat, 12 places d'accueil de jour et 6 places d'accueil temporaire. Il a pour mission d'accueillir des enfants et des adolescents, atteints de déficience intellectuelle de tout degré. L'IME dispense une éducation et un enseignement spécialisés, adaptés aux difficultés psychologiques et psychopathologiques des jeunes et fait appel à des techniques de rééducation.

Le public concerné est jeune voire très jeune (dès l'âge de 3 ans). La structure est particulièrement motivée pour sensibiliser, former les personnels à la pratique d'une hygiène bucco-dentaire précoce dans l'objectif de réduire les risques et limiter les problèmes.

L'inclusion des familles dans ce parcours de prévention est essentielle. Les enfants les plus en danger sont les externes car à la maison il y a déjà beaucoup de choses à réaliser, et l'hygiène orale est perçue comme une contrainte supplémentaire. La culpabilité ressentie vis-à-vis du handicap par certaines familles est aussi un frein à la réalisation du brossage dentaire, elles évitent de l'imposer à l'enfant.

Quelques témoignages

TÉMOIGNAGE DU PERSONNEL

« Nous avons été sensibilisés aux problèmes bucco-dentaires. Quelle n'a pas été notre surprise de nous rendre compte qu'un des enfants de 8 ans de notre service était devenu silencieux et introverti car il souffrait d'une douleur dentaire. Après un soin chez le dentiste, il a retrouvé son sourire et sa joie de vivre. Je repense à un enfant dont j'avais la responsabilité il y a 10 ans, il était devenu assez agressif quand nous voulions lui faire sa toilette, il avait peut-être mal aux dents ? »

TÉMOIGNAGE DE PARENTS

« Quand votre enfant est en situation de handicap, il y a plusieurs problèmes à régler et le dentaire n'était pas notre priorité. En participant à l'animation du dentiste au centre, nous avons pu mieux comprendre que l'on ne pouvait pas être en bonne santé si la santé bucco-dentaire était négligée. Nous avons eu des conseils sur le brossage, les produits adaptés : brosse à dents, dentifrice, fil dentaire, etc. Et surtout sur l'alimentation ».

TÉMOIGNAGE D'UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ

« Je suis orthophoniste, je ne voyais pas ce que la formation pouvait m'apporter ; au-delà de toutes les informations pour moi et ma famille, je me suis rendu compte que j'augmentais le risque de caries en utilisant des bâtons au goût acide pour stimuler la langue de mes patients. J'ai donc opté pour des produits sans sucre ni acide ».

2. En milieu scolaire

L'Institut Guillaume BELLUARD

L'établissement, qui accueille un public âgé de 3 à 20 ans, a sollicité l'UFSBD 74 pour une proposition d'intervention auprès des enfants scolarisés (8 classes) et auprès des professionnels entourant les enfants de la structure avec...

ÉDUCATION COLLECTIVE EN MILIEU SCOLAIRE :

> **Au préalable une réunion de 2 heures avec les enseignants pour un apport de connaissances sur :**

- La cavité buccale, l'origine des pathologies bucco-dentaires
- L'alimentation et la santé bucco-dentaire
- Les secrets de la prévention
- Le rôle d'accompagnant.

> **Une intervention d'une heure par classe est proposée pour :**

- Expliquer ce que sont les dents, à quoi elles servent...
- Montrer comment se brosser les dents
- Dédramatiser la visite chez le dentiste avec un jeu de rôles
- Travailler sur l'alimentation.

RÉUNION D'INFORMATION DES FAMILLES (2 heures)

Pour compléter l'ensemble de ce projet, les familles ont été associées à cette démarche pédagogique en les invitant à une réunion d'information cela afin d'optimiser les compétences de chacun. Ainsi, l'accompagnement des enfants au niveau institutionnel et familial permettra le maintien d'un bon état bucco-dentaire et la diminution du recours aux soins.

L'OBJECTIF DE CETTE SÉANCE EST TRIPLE

- Sensibiliser les familles à l'importance de la santé bucco-dentaire : éviter les caries, les douleurs, la bouche sèche, etc.
- Transmettre des conseils d'hygiène et des méthodes de brossage
- Inciter à une visite de prévention chez le chirurgien-dentiste (aborder les actes de prophylaxie : détartrage, scellement de sillons, notamment).

3. En ESAT

L'ESAT (établissement et service d'aide par le travail) est une structure permettant aux personnes adultes en situation de handicap d'exercer une activité professionnelle tout en bénéficiant d'un soutien médico-social et éducatif dans un milieu protégé. Les personnes accueillies n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en « milieu ordinaire » ou dans une entreprise adaptée à leurs besoins.

La mutuelle INTÉGRANCE et l'UFSBD (annexe 2 p.122) ont développé un partenariat pour la mise en place d'un programme de prévention bucco-dentaire en ESAT en permettant ainsi aux travailleurs en situation de handicap de conserver un maximum d'autonomie dans le brossage des dents et l'accès aux soins dentaires.

Si les ESAT ne sont pas directement concernés par les soins, les actions de prévention en amont sont recommandées.

• DES SÉANCES D'ÉDUCATION A LA SANTÉ DES TRAVAILLEURS EN SITUATION DE HANDICAP :

En ESAT les travailleurs en situation de handicap sont sensibilisés à la santé et à l'hygiène bucco-dentaire au cours d'une séance d'1 h 30. Les groupes à sensibiliser n'excèdent pas 20 participants.

Dans les ESAT concernés par le projet : la séance se déroule, avec l'appui d'un diaporama court (30 minutes), d'une dent géante en coupe, d'une maxi-brosse et d'une maxi-mâchoire.

L'intervenant est attentif à la capacité d'attention et de participation des travailleurs handicapés ; il adapte le contenu de la séance au niveau de compréhension des participants.

Les principaux messages portent sur...

- L'importance de l'hygiène bucco-dentaire : pourquoi se brosser les dents ? Comment ? À quelle fréquence ? Avec quoi ?...
- L'impact de la santé bucco-dentaire sur le lien social, le sourire...
- L'équilibre alimentaire
- L'importance d'un suivi régulier au cabinet dentaire.

Les différents niveaux de couverture des soins dentaires sont également expliqués.

Et, bien, sûr une large place est laissée aux échanges et questions/réponses.

La séance intègre une démonstration de la bonne technique de brossage à l'aide d'une maxi-mâchoire et d'une maxi brosse.

Un atelier alimentation (avec les personnes en situation de handicap) à partir du jeu Smiley, qui permet de faire identifier les aliments les moins bons pour les dents, reprend les bases d'un repas équilibré et délivre les messages préventifs.

Un jeu de rôles est aussi proposé pour *dédramatiser la visite chez le dentiste*.

Pour ancrer les recommandations : des dépliants d'information avec les messages clés et un kit d'hygiène bucco-dentaire sont remis à chaque participant ; une affiche « méthode de brossage » est laissée à l'ESAT.

DES SÉANCES D'ÉDUCATION A LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DU PERSONNEL : 1H30

La prévention doit aussi être confiée à l'entourage de la personne handicapée, l'UFSBD propose donc également d'informer et de sensibiliser le personnel des ESAT :

- À l'hygiène bucco-dentaire
- Aux pathologies bucco-dentaires et aux moyens de les prévenir
- À la réduction des risques

Pour...

- Favoriser l'implication des équipes en interpellant et en « éveillant les consciences » afin que la thématique « bucco-dentaire » soit intégrée dans le cadre du projet de vie des travailleurs en situation de handicap
- Aborder la santé bucco-dentaire des travail-

leurs en situation de handicap en évoquant le sourire, l'estime de soi, la relation à l'autre, la séduction, etc.

- Développer des thèmes généraux autour de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

Pour ancrer les recommandations, dépliants, affiche et un kit d'hygiène bucco-dentaire sont distribués à chaque participant.

Toutes les séances de prévention et d'éducation collective ci-dessus proposées sont animées par un chirurgien-dentiste de l'UFSBD spécifiquement formé, expert des problématiques du handicap.



Quelques témoignages

TÉMOIGNAGE DU PERSONNEL

« L'intervention de l'UFSBD nous a permis de prendre conscience du fait que nous faisons des erreurs notamment en proposant du jus d'orange pensant que cela apportait des vitamines alors que c'est un produit très acide, donc qui augmente les caries. La dentiste qui est intervenue nous a expliqué le rôle du dentiste référent handicap du conseil départemental de l'Ordre et nous avons pu obtenir une liste de dentistes proches de notre établissement qui pouvaient soigner nos résidents ».

TÉMOIGNAGE DE PARENTS

« Grâce à l'intervention des dentistes de l'UFSBD, mon fils se brosse les dents. Nous avons été mis en contact avec des dentistes formés au handicap et qui reçoivent les jeunes de l'ESAT ».

TÉMOIGNAGES D'UN TRAVAILLEUR HANDICAPÉ :

« Maintenant, je me brosse les dents tous les jours même à la maison. On a tous fait une photo de notre sourire et on a collé les photos à l'accueil du centre. Je vais chez le dentiste comme mes parents, j'ai moins peur car la dentiste qui est venue au centre, elle était rigolote ! »

4. En Foyer

Intervenir dans les établissements accueillant des personnes en situation de handicap est fondamental. Les publics accueillis au sein des FAM sont lourdement handicapés, mentalement ou physiquement, et sont en situation de dépendance. L'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants sont requis. Pour d'autres, le besoin de sou-

tien et d'une stimulation constante ainsi qu'un suivi médical et paramédical régulier sont indispensables. Les MAS, en principe, accueillent des personnes dont le profil est proche de celui des FAM mais avec niveau de dépendance supérieur. N'oublions pas les foyers d'hébergement où les personnes, apparemment plus autonomes, ont également besoin d'accompagnement. Dans un tel contexte, l'accès à la prévention

bucco-dentaire avec la réalisation d'une hygiène bucco-dentaire satisfaisante est difficile.

Au sein de ces établissements, la formation a pour but de maintenir l'état bucco-dentaire le plus satisfaisant possible et d'éviter les situations d'urgence qui sont anxiogènes pour tout le monde : le résident, le personnel et le dentiste traitant.

a. Le Foyer d'Hébergement Charles VERTHIER AFPEI

L'AFPEI des Vallées de l'Arve et du Foron est une association familiale de type loi 1901 à but non lucratif, issue du mouvement parental de 1967 (adhérente à l'UDAPEI74, L'URAPEI Rhône-Alpes et l'UNAPEI).

Sa vocation première est **d'accompagner et de protéger les personnes handicapées**, en associant et en impliquant les familles.

- Le handicap mental a en effet pour conséquence une vulnérabilité de la personne et un besoin d'accompagnement spécifique, tout au long de la vie
- Accompagner nécessite des compétences, un professionnalisme, des structures d'accueil adaptées et une disponibilité que les aidants familiaux ne peuvent pas toujours fournir à leur proche
- Assurer aux personnes accompagnées un bien-être de qualité, leur donner la possibilité de s'épanouir, apporter du soulagement ou de la sérénité aux familles sont des actions à conduire.

Toutefois, les familles sont associées, les professionnels ne se substituant pas à elles.

Il s'agit bien de préserver le lien familial, le

développer sans qu'il soit entravé par le souci quotidien de la prise en charge.

Cet établissement accueille 60 personnes adultes en situation de handicap mental avec ou sans troubles psychiques particuliers et travaillant à l'ESAT de Faucigny. Leur niveau d'autonomie leur permet d'accomplir les gestes courants de la vie quotidienne ; toutefois, une présence éducative permanente est nécessaire en raison de leur potentielle vulnérabilité. Leur état de santé ne requiert pas un suivi médical constant.

Les familles ne sont plus en mesure d'assumer l'accueil de leur enfant. Ainsi, le vieillissement des familles des salariés de l'ESAT se traduit par des demandes d'admission en Foyer d'Hébergement.

Chaque accompagnant dans la vie quotidienne est attentif, stimulant. Il vise à préserver et à développer les capacités et potentialités de chaque résident.

Ce lieu dédié leur permet de vivre (en dehors des horaires de travail) en toute dignité dans un

lieu sécurisant et rassurant pour leurs proches. L'établissement met en œuvre un accompagnement quotidien individualisé pour chaque résident aux plans éducatif, thérapeutique, médical et social.

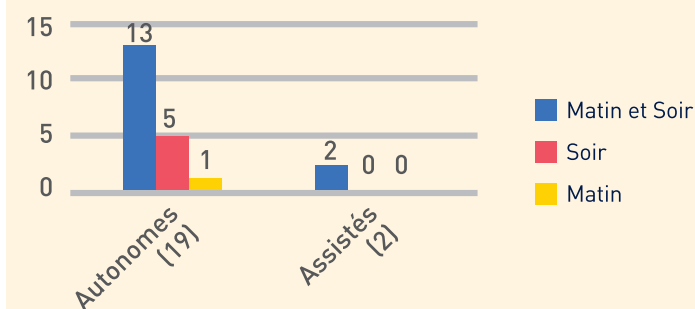
L'association gestionnaire AFPEI, constatant un certain déficit de prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire dans le foyer Charles VERTHIER, a demandé à l'UFSBD 73/74 de réaliser le dépistage de certains résidents (36/60). Les résidents considérés à risque carieux ont été vus. Ce dépistage était la première étape du projet d'amélioration de la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire dans cet établissement.

Par la suite, les éducateurs ont été formés. Des protocoles individuels ont été mis en place pour favoriser une meilleure prise en charge, tout en tenant compte de l'autonomie dont peuvent disposer ces personnes.

Résultats d'un dépistage réalisé en amont d'un projet d'amélioration de l'hygiène bucco-dentaire des résidents du foyer d'hébergement Charles VERTHIER.

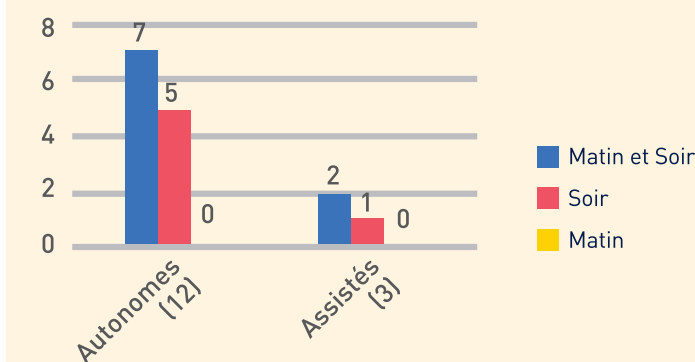
Population	Auto- nomes (31)	Assistés (5)	20 à 40 ans (21)		40 à 60 ans (15)	
			Auto- nomes 20-40 (19)	Assistés 20-40 (2)	Autonomes 41-60 (12)	Assistés 41-60 (3)
C	1,52	3,2	1,58	2,5	1,42	3,67
A	2,58	6,4	0,53	4	5,83	8
O	3,61	3,6	2,58	5	5,25	2,67
CAO	7,97	12,6	4,94	11,5	12,5	13,33
Brossage matin et soir	20	3	13	2	7	2
Brossage soir	10	2	5	0	5	1
Brossage matin	1	0	1	0	0	0
Plaque non visible	7	0	5	0	2	0
Plaque visible	9	1	6	1	3	0
Plaque abondante	15	4	8	1	7	3
Tartre non visible	18	2	5	2	6	0
Tartre visible	3	1	6	0	1	1
Tartre abondant	10	2	8	0	5	2
Détartrage	13	3	7	0	6	3
Soins	23	4	13	1	10	3
Prothèse	8	2	1	1	7	1

Brossage 20 à 40 ans



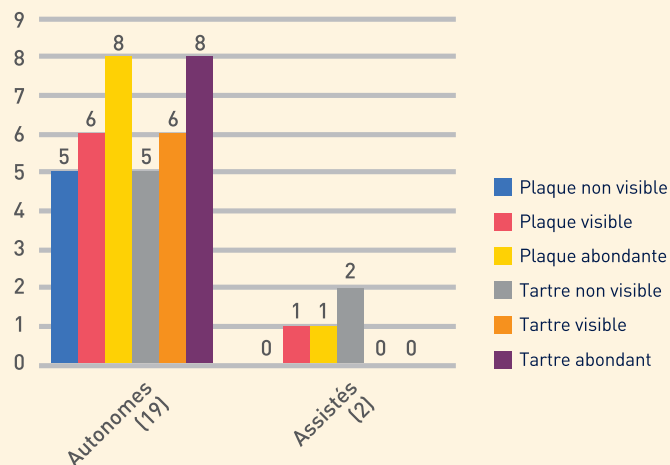
Ce diagramme montre bien que le message du brossage 2 fois par jour est acquis par les aidants qui assistent les PSH au brossage, ainsi que par une grande majorité de PSH autonomes de 20 à 40 ans.

Brossage 41 à 60 ans



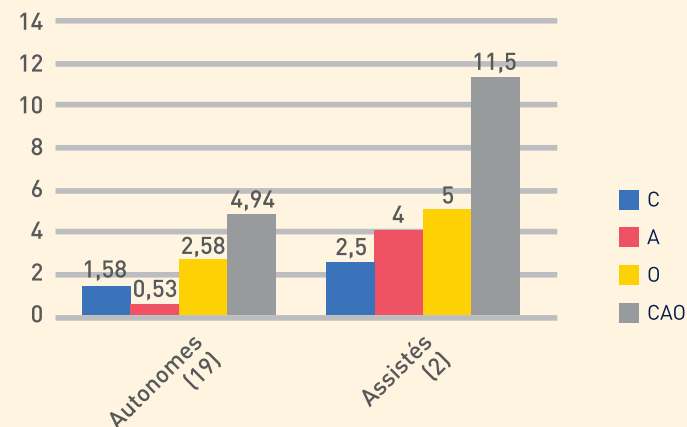
Ce diagramme montre comme pour les autres diagrammes que le brossage 2 fois par jour, même s'il est acquis, n'est pas réalisé par tous, particulièrement par les PSH autonomes.

Hygiène 20 à 40 ans



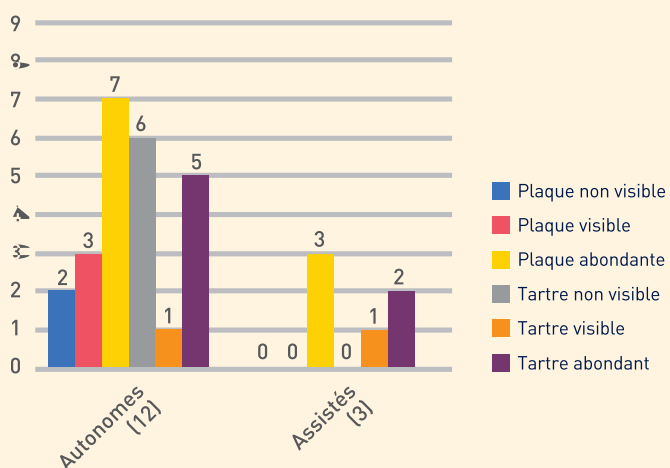
Ce diagramme montre que l'hygiène est faible pour la population autonome pour laquelle on note du tartre visible, voire abondant pour bon nombre de personnes alors que nous constatons uniquement un gradient de plaque visible à non visible pour la population assistée, ce qui démontre l'implication des aidants pour cette jeune population.

CAO 20 à 40 ans



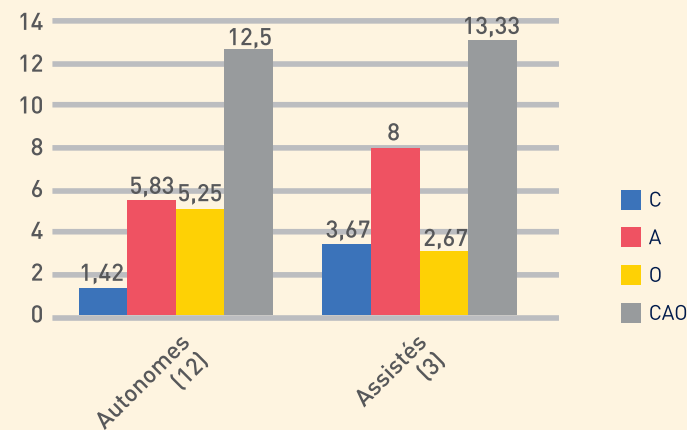
Ce diagramme montre bien que le CAO des personnes de 20 à 40 ans est important chez les personnes assistées avec, déjà, de nombreuses extractions

Hygiène 41 à 60 ans

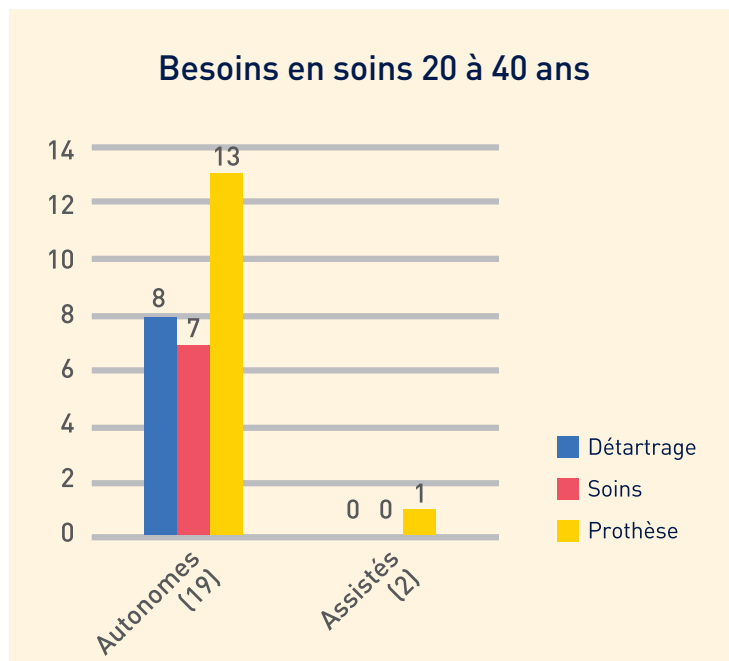


Ce diagramme montre que pour la population assistée, la plaque est très abondante et la présence de tartre également, alors que l'état de l'hygiène bucco-dentaire pour la même tranche d'âge et une population autonome montre moitié moins de tartre et de plaque abondante. Cela confirme les résultats dans les diagrammes précédents sur les besoins en soins et l'indice CAO élevé chez la population assistée. Les aidants nécessitent une sensibilisation à la santé orale pour cette tranche d'âge.

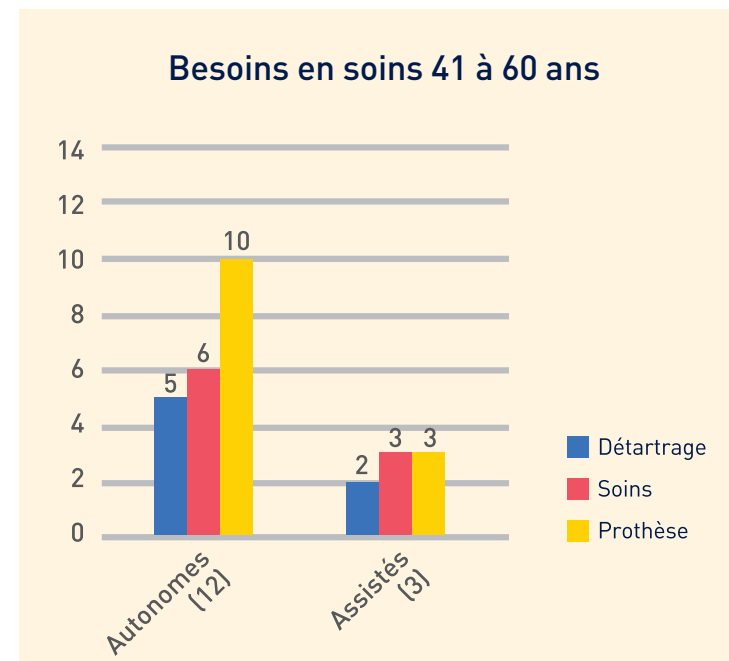
CAO 41 à 60 ans



Avec un CAO moyen de plus de 13, on voit combien la situation s'aggrave avec une forte augmentation des extractions (6 dents par personne) surtout chez les personnes assistées (8 par personne).



Les chiffres montrent que les personnes autonomes ont de plus grands besoins en soins conservateurs que les personnes assistées ; cela confirme bien le rôle primordial des aidants sensibilisés à la prévention bucco-dentaire pour les PSH.



Les chiffres pour cette tranche d'âge montrent des besoins moindres en soins et en prothèses des personnes autonomes que pour les personnes assistées, ce qui suppose que les aidants soit ne sont pas sensibilisés ou formés à la santé orale, que soit cela ne fait pas partie de leurs missions d'assistance.

CONCLUSION

Les résidents de ce foyer sont réputés « autonomes ». Ils travaillent en ESAT et vivent en unité de vie, accompagnés par les éducateurs pour les aider dans leur vie quotidienne. Pour autant, les résultats montrent que leur hygiène et leur santé bucco-dentaire nécessiteraient un accompagnement personnalisé pour qu'elles soient meilleures.

b. Le foyer « Nous Aussi »



En juin 2014, le foyer « Nous Aussi », à Cluses, a organisé avec l'appui de l'UFSBD 73/74 une séance de motivation pour 16 résidents.

La sensibilisation s'est tenue dans la salle de vie du foyer :

- **des photos des sourires des résidents et des animateurs** ont été utilisées en introduction pour démontrer que notre sourire fait partie de notre personnalité et rebondir ensuite sur les fonctions des dents
- **suite à ce constat, des informations de base sur les dents ont été transmises** : la forme, la structure, leurs maladies (carie et maladie des gencives)
- **une réflexion sur les habitudes alimentaires a été menée à partir du vécu des participants**, utilisant des aliments factices :

Quels aliments choisissons-nous selon le moment de la journée (repas et jours de fête) ?

Quels aliments sont dangereux pour nos dents (souligné en rouge), quels aliments sont protecteurs pour nos dents (souligné en vert) : on fait un tableau.

On insiste sur le danger du grignotage et l'importance de boire de l'eau.

- **Enfin, une démonstration de brossage**, avec la maxi-brosse et la maxi-mâchoire a eu lieu. Chaque participant reçoit un dépliant « La santé pour tous » et une brosse à dents.

Un dépistage individuel réalisé par le chirurgien-dentiste est proposé :

- Un fauteuil dentaire pliant est installé à l'infirmerie et tous les volontaires (12) ont pu bénéficier d'un examen de dépistage et de conseils personnalisés.
- Pour certains, le chirurgien-dentiste est discuter avec eux dans leur chambre. Cette approche a permis d'examiner 12 résidents.

Conclusion

Ce fut un moment de **partage** agréable. L'ensemble du groupe a participé. C'était un groupe actif.

L'ambiance était constructive. Beaucoup se sont exprimés. De nombreuses questions ont été posées, ce qui démontre l'**intérêt du groupe pour le sujet**.

Le dépistage n'a malheureusement pas concerné tout le groupe, chacun étant libre de venir. Un peu moins de la moitié se sont présentés (45 %). Sur les 12 personnes examinées, 9 présentaient des besoins **en soins** et une hygiène déficiente.

Cette intervention a permis, la **mise en place d'un travail sur l'hygiène bucco-dentaire dans le foyer et le suivi des soins**. À la suite de cette information les éducateurs ont mis en place progressivement un accompagnement personnalisé au brossage de dents pour les résidents.



5



AGIR pour les personnes en situation de handicap vivant à domicile

AGIR pour les personnes en situation de handicap vivant à domicile

Le 4 octobre 2018, l'UFSBD a organisé son colloque annuel de santé publique autour de la thématique : « Personnes aidées, proches aidants, professionnels de l'aide et du soin, une complémentarité nécessaire ? ».

Cette rencontre a permis aux institutionnels, aux associations et aux professionnels de l'aide et du soin d'échanger sur la coordination des différents inter-

venants auprès des aidés. Le maintien à domicile est un enjeu sociétal et le rôle des aidants est déterminant pour permettre ce maintien.

Vis-à-vis du parcours santé, les aidants peuvent être facilitateurs et aider à maintenir le lien avec certains professionnels de santé, comme le chirurgien-dentiste. En effet, l'accès aux soins doit exister pour tous. Le maintien à domicile ne doit pas entraîner

une rupture dans le soin. La délimitation des rôles des aidants professionnels entre l'aide et le soin est claire.

La personne en situation de handicap à domicile doit pouvoir avoir accès à la prévention et aux soins rester à domicile ne doit pas nuire à la santé de ces personnes. C'est un droit fondamental qui a été rappelé.

A. Intervenir auprès des aidés : quels sont les besoins en connaissances, compétences ?

1. Les différentes structures intervenant au domicile.

- **Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)**

Ils sont ouverts aux personnes en situation de handicap bénéficiant ou non d'une allocation. Celle qui ne perçoivent pas d'aide doivent financer les prestations elles-mêmes.

Les aides à domicile assistent la personne dans l'accomplissement des tâches mais ne les effectuent pas à sa place.

Elles effectuent également un accompagnement à la toilette (lavage au gant d'une partie ciblée du corps, coiffage...).

Le personnel des services d'aide peut être amené, dans le cadre de son travail, à intervenir dans le domaine de l'hygiène bucco-dentaire (nettoyage des prothèses ou aide légère au brossage des dents) ; il ne s'agit pas d'effectuer de soins de

bouche, car le personnel n'est pas qualifié pour s'en charger.

L'accompagnant éducatif spécialisé (AES), diplômé d'État, intervient dans les situations d'accompagnement poussé.

- **Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)**

Ils sont déployés sur prescription médicale, avec une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie de tous les actes réalisés par des infirmiers ou des aides-soignants.

Ils intègrent...

Les soins de nursing (hygiène, confort, aide à la mobilité) réalisés par les aides-soignants et qui alertent les infirmiers s'il y a dégradation d'un paramètre, d'une plaie...

Les soins infirmiers sont réalisés par des infirmiers diplômés d'État, avec surveillance de

l'alimentation, avec des soins bucco-dentaires spécifiques (aide au brossage des dents, soins de bouche non médicaux ou médicaux impliquant un produit médicamenteux sur prescription médicale)

L'accompagnement par des AES : leur rôle essentiel est le maintien à domicile des personnes dans les meilleures conditions possibles.

L'hygiène et la santé bucco-dentaire y sont incluses, il est de la responsabilité des aidants professionnels de prévenir les risques d'une mauvaise hygiène (douleurs) ou d'une mastication défaillante, avec à la clé des difficultés d'alimentation, une dénutrition et, dans certains cas, une hospitalisation.

Dans le cadre d'un projet régional **financé par l'ARS Occitanie** en 2018, un programme, **conduit par l'UFSBD** s'est adressé à **tous les personnels de 12 SSIAD intervenant à domicile dans le dé-**

partement du Gard : AS, IDE, IDEC, AMP, auxiliaires médicaux et autres.

Une action de **sensibilisation et de formation des équipes soignantes qui interviennent auprès des personnes dépendantes ou en situation de handicap** a été mise en place afin d'améliorer la prise en charge de leur santé bucco-dentaire, sur deux demi-journées avec :

- > un apport théorique traitant de la cavité buccale (structure, fonctions, mécanismes d'apparition des maladies buccales, moyens de prévention)
- > et la réalisation de soins d'hygiène bucco-dento-prothétique, au travers d'apports théoriques et de mises en pratique sous forme de jeux de rôles.

Les objectifs de cette formation :

- > Développer les connaissances du personnel soignant et encadrant en SSIAD

- > Intégrer la problématique bucco-dentaire dans le projet médical
- > Améliorer la prise en charge bucco-dentaire grâce à des outils adaptés.

Des plaquettes et outils d'aide à l'évaluation de l'état de santé bucco-dentaire ont été distribués à chaque stagiaire.

• Les centres de soins infirmiers (CSI)

- > Ces centres de santé ouverts à tous interviennent dans le secteur des soins ambulatoires. Ce sont des structures de proximité de premiers recours
- > Les soins infirmiers sur prescription médicale ou hospitalière sont dispensés dans le centre et/ou à domicile
- > Les CSI participent à la politique de maintien à domicile des personnes âgées, dépendantes, handicapées et dans le cadre de retours à domicile à la suite d'une hospitalisation.

2. Comment faciliter la prise en charge à domicile ?

La première étape, établir une fiche renseignements : pour quel patient ? dans quelles conditions d'accueil ? Dans quelles relations familiales ? sous curatelle ou sous tutelle ?

Quel positionnement pour le chirurgien-dentiste ? C'est un rôle d'éducateur qui est primordial. Quand le professionnel de santé constatera des difficultés, il ne devra pas hésiter à proposer la mise en place d'un soutien par des aidants professionnels.

Enfant vivant dans sa famille

- > Accompagnement par les parents, en général tuteurs légaux (prises de décisions pour leur enfant), interlocuteurs directs du chirurgien-dentiste
- > Prise en charge par le praticien de famille, avec mise en place plus précoce de mesures de prévention et d'hygiène, en collaboration avec la famille
- > Importance des conditions de déroulement de la première visite : relation de confiance à établir
- > Expliquer aux parents le caractère important et indispensable d'une hygiène bucco-dentaire quotidienne correcte : apprendre à gérer l'enthousiasme et le découragement (face à un objectif de brossage idéal, et un enfant peu coopérant ou pas). L'implication familiale est un enjeu décisif (compréhension entre le manque d'hygiène buccale et ses conséquences à long terme) sous peine d'une dégradation compliquée à gérer
- > Instaurer des protocoles d'hygiène adaptés à la situation de l'enfant et proposer l'alternative d'un geste minimal simple, le jour où l'enfant est trop opposant (utiliser une compresse dans les vestibules, entre joues et dents) afin d'éliminer un maximum de dépôts.

FORMER LES AIDANTS NATURELS

Formation via la structure de services à domicile • 1/2 journée

- > 1/2 journée de 3 h 30 :
- > Contenu théorique et pratique (jeux de rôles)
- > 12 personnes maximum
- > Support de cours et plaquette sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées ou handicapées remis aux stagiaires

Formation continue avec possibilité de prise en charge OPCA.

Objectifs

- *Intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans l'ensemble des soins délivrés par les aidants à domicile*
- *Améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des personnes âgées et handicapées, compléter ou faire acquérir aux aidants à domicile des connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire*

Adulte vivant seul à domicile s'il est accompagné par un SSAD ou un SSIAD, **le chirurgien-dentiste...**

- > Communique directement avec la personne en situation de handicap et s'assure de la coopération des aidants
- > Met en place des protocoles, si besoin, avec la personne et les équipes
- > Obtient l'accord de la personne en cas de besoins en soins et traitements, en lien possible avec les équipes pour faciliter la prise en charge et les soins dans les meilleures conditions pour la personne
- > Fait valider l'accord à la curatelle ou tutelle si la personne n'est pas le responsable légal

Adulte vivant au domicile de ses parents : le chirurgien-dentiste...

- > Prend les décisions avec la personne, les parents restent des appuis précieux dans la réalisation des soins
- > Demande la validation du représentant légal pour obtenir les autorisations
- > Accompagne la famille pour la mise en place d'une hygiène bucco-dentaire quotidienne satisfaisante (les aidants professionnels n'étant pas toujours sollicités).

3. L'information, le consentement, le refus de soins pour les patients dépendants

> **L'information médicale : contenu , à qui ?**

L'information doit porter sur les différents investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, les solutions alternatives et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Le majeur protégé (MP) doit toujours être destina-

taire de ces informations.

Si le majeur protégé est sous tutelle, la loi du 4 mars 2002 prévoit que le droit à l'information du patient est aussi exercé par le tuteur. Le majeur sous tutelle reçoit lui-même une information, et il participe à la prise de décision le concernant, d'une manière adaptée à son discernement.

> **Le recueil du consentement : auprès de qui ?**

Le consentement du majeur sous tutelle doit être « systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision », même si le tuteur prend lui seul la décision.

Le cas du majeur sous curatelle n'est pas explicitement précisé dans cette loi, car l'expression « représentant légal » ne concerne que le cas d'un tuteur. Le majeur sous curatelle exerce donc, en principe, ces droits lui-même, et l'assistance du curateur n'est pas formellement requise pour lui prodiguer des soins.

> **Le refus de soins :**

Le choix du majeur protégé doit être respecté.

Une seule exception : l'urgence médicale qui met en jeu le pronostic vital. Les soins sont alors limités aux plus indispensables en absence de toute alternative thérapeutique.

Cas particulier du majeur protégé sous tutelle : le tuteur prend la décision. Là aussi, en matière de traitement médical, la loi précise que si le refus du tuteur est susceptible d'entraîner des conséquences graves sur l'état de santé du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. Un autre recours est de saisir le juge des tutelles.

> **L'accès au dossier médical, pour qui ?**

Quel que soit le régime de protection

- Le patient lui-même
- Le tuteur (seul ou avec le Majeur Protégé (MP))
- Le médecin référent
- Les ayants droit en cas de décès du MP
- Le mandataire missionné à cet effet.

La Personne de Confiance peut accompagner le malade dans sa demande mais elle ne peut y avoir accès seule.

Quelques définitions

Le majeur protégé est la personne qui, âgée de 18 ans au moins, dispose de tous ses droits civiques mais ne les exerce pas à cause d'une altération de ses facultés mentales ou corporelles ou est soumise à toute condition qui empêcherait l'expression de sa volonté.

La sauvegarde de justice est le régime de protection juridique le plus léger. Elle concerne les situations où le majeur atteint d'une altération provisoire de ses facultés a besoin d'être protégé dans les actes de la vie civile et ce jusqu'à ce qu'il retrouve ses facultés ou fasse l'objet d'une mesure plus contraignante de type tutelle ou curatelle. Il garde toute sa capacité juridique.

La curatelle est un régime de contrainte intermédiaire entre la sauvegarde de justice et la tutelle. La personne est assistée et doit prendre conseil du curateur dans les actes importants qui engagent son patrimoine.

La tutelle est la mesure de protection juridique qui prive le plus l'individu de l'exercice de ses droits civils tout en accordant la protection la plus complète. La personne se trouve totalement déchargée de la gestion de ses biens, laquelle est confiée à un représentant légal. La tutelle s'adresse donc aux personnes qui ne peuvent agir par elles-mêmes et doivent être représentées de façon continue dans les actes de la vie courante.

Le mandat de protection future (entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009) réactualisé en 2019.

- > Ne nécessite pas l'intervention du juge, c'est démarche volontaire
- Organise une protection juridique sur mesure

de la personne vulnérable et de son patrimoine, sans lui faire perdre ses droits et sa capacité juridique.

- Peut être combiné avec la rédaction de directives anticipées
- Les pouvoirs du mandataire dépendent de la volonté du mandant et de la forme du mandat (acte notarié ou acte sous seing-privé).
 - > explicitement désignés : par exemple, que le mandataire décide de la réalisation ou non d'actes médicaux importants à la place de la personne
 - > plusieurs mandataires possibles : exemple, un pour la protection de sa personne et un mandataire différent pour la protection de ses biens.
- Possible de le rédiger pour autrui : par exemple, pour organiser la protection d'un mineur handicapé
- Personne physique ou personne morale inscrite sur la liste des mandataires judiciaires à la protection des majeurs : s'exerce en principe à titre gratuit,

mais rémunération ou indemnisation possibles

- Il peut y avoir aussi une personne de confiance mais la décision du mandataire prévaut.

La loi du 23 mars 2019 restaure la voix du majeur protégé.

Objectif : remettre le majeur au centre des décisions qui le concernent

Fait du mandat de protection future la mesure de protection qui prévaut.

- C'est ce qui est défini dans le mandat qui s'appliquera le jour où il entrera en vigueur, qu'il existe ou non des procurations, notamment bancaires, ou que le juge soit saisi d'une mesure de protection.
- Lorsque le juge sera saisi d'une mesure de protection, il devra vérifier s'il existe ou pas un mandat de protection future et, si tel est le cas, il ne pourra plus ordonner de mesure de protection ; ce seront les mesures prévues dans le mandat de protection future qui s'appliqueront.

QUESTIONS	SAUVEGARDE DE JUSTICE	CURATELLE	TUTELLE
L'information médicale à qui ?	Le MP lui-même avec ou sans personne de confiance (PC).	Le MP lui-même avec ou sans le curateur ; avec ou sans la PC si différente du curateur.	Le MP lui-même (en priorité) en présence du tuteur.
Le recueil du consentement auprès de qui ?	Le MP lui-même avec ou sans PC.	Le MP lui-même avec ou sans le curateur pour les soins ordinaires ; avec la présence et l'accord du curateur si les soins engagent des frais importants.	Le MP lui-même (en priorité) en présence du tuteur ; le tuteur seul prend la décision.
Respect du refus de soins quand ?	Informé sur les conséquences ; Argumenter ; Respecter le choix du majeur protégé.	Informé sur les conséquences ; Argumenter ; Respecter le choix du majeur protégé.	Le tuteur peut refuser les soins mais on peut aller au-delà pour les soins indispensables ou saisir le juge des tutelles.

MP = Majeur Protégé

1. Référence au code de la santé publique : Article. L. 1111-2 - Le droit de refuser les soins. Article L 1111-2 et 4 - Le code de la santé et l'accès aux soins.

2. Article 1111-2 CSP.

B. Un axe clé, la collaboration entre professionnels médicaux et paramédicaux et les familles. Exemple d'expérimentation : les SPASAD, ADMR

Certains intervenants agissent dans le champ de l'aide et d'autres dans celui du soin. Une véritable barrière culturelle apparaît parfois, ainsi que des a priori quand il s'agit de mobiliser des compétences différentes. Des obstacles réglementaires et des freins financiers peuvent également être rencontrés.

En effet, favoriser la coordination revient à mettre en place des temps de coordination, ce qui implique des coûts.

La communication, l'information et la mobilisation des parties prenantes représentent des leviers importants pour lever ce dernier frein.

Les SPASAD permettent de définir une personne référente qui pourra être contactée et assurer une partie de la coordination.

Pour intégrer la personne aidée dans un parcours de soins et d'accompagnement, il faut que chacun des intervenants « co-construise » pour articuler la prise en charge et optimiser la participation de la personne aidée. À ce sujet, le dispositif de SPASAD en phase d'expérimentation s'appuie sur ce type de « co-construction ».

• Qu'est-ce qu'un SPASAD ou Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile ?

La constitution d'un SPASAD suppose une véritable démarche projet. Le maintien d'une personne en situation de handicap à domicile peut nécessiter du personnel, et c'est souvent à l'aidant que revient le rôle de coordination. Le fait que celle-ci soit en partie assumée par une personne extérieure apporte, tant à l'aidant qu'à l'aidé, un soutien important.

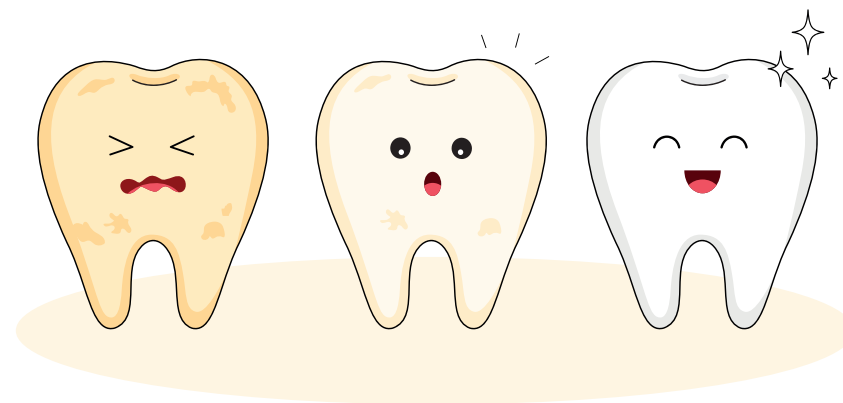
- > Cette structure peut s'adresser aux personnes en situation de handicap âgées de moins de 6 ans et vivant à domicile
- > Elle est positionnée comme une aide au quotidien alliant un service de soins à domicile (**SSAD** ou Service de Soins et d'Aide à Domicile) et un service d'aide à domicile (**SSIAD** ou Service de Soins Infirmiers à Domicile), avec un seul interlocuteur à la clé pour une gestion optimisée et adaptée aux attentes des personnes prises en charge
- > Elle favorise une prise en charge coordonnée de la personne en situation de handicap tant du point de vue des soins que de ses aides au quotidien
- > Elle met en relation des personnels médicaux, paramédicaux et les familles.

• Qu'est-ce que l'ADMR ou Aide à Domicile en Milieu Rural ?

- > Réseau associatif de services à la personne disséminé sur l'ensemble du territoire français
- > Privilégie la proximité grâce à des aides à domicile, des infirmières et des aides-soignantes
- > Propose des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des centres de soins infirmiers (CSI), de l'hospitalisation à domicile (HAD)

• Conclusion : SSIAD ou ADMR ?

- > Interventions souvent complémentaires et non concurrentes dans un réseau
- > Territoires et proximité jouent un rôle important ; pour la création d'un SPASAD, les deux services doivent fonctionner sur un territoire d'intervention commun
- > Les territoires abritent une intelligence collective. On trouve souvent dans une zone donnée un service d'aide ADMR et un SSIAD ADESSADOMICILE, ou inversement. Ils agissent donc naturellement en complémentarité sur ces deux activités.



Intervenir auprès des personnes dépendantes et de ceux qui les entourent

CONCRÈTEMENT

EN CSI-SSIAD-HAD...

Former et Accompagner les Soignants

- > Formation intra-établissement de 7 h
- > Programme Oralien : un programme complet de management de la santé orale des personnes dépendantes qui intègre « Formation des Soignants/Encadrants » et « Télésurveillance »

Aidants à domicile...

Former et Accompagner les Aidants professionnels

- > Formation intra-établissement de 3 h 30
- > Programme Oralien avec « Formation des aidants » et « Télésurveillance »

Former et Accompagner les Aidants familiaux

- > Formation en e-learning
- > Programme Oralien avec validation de la formation en e-learning et « Télé-surveillance »

Mobiliser – Informer & Former les équipes dentaires



6



S'appuyer sur la télésurveillance

S'appuyer sur la télésurveillance

La télémedecine : un outil dans l'accès à la santé orale

La technologie actuelle par la voie du numérique tend à occuper le paysage de la médecine et de la profession dentaire. C'est la **télémedecine**. Elle se définit comme une pratique à distance de la médecine faisant appel aux technologies de l'information et de la communication. Par ce biais, peuvent être mis en relation des professionnels de santé (dont obligatoirement un médecin, un chirurgien-dentiste, une sage-femme) et un patient et éventuellement d'autres professionnels qui dispensent des soins au patient. Les premiers programmes de télémedecine bucco-dentaire ont été expérimentés à Montpellier (e-Dent) et à Guéret (Tel-e-dent). Ils ont montré que la télémedecine bucco-dentaire pouvait être une réponse à l'isolement des personnes dépendantes en institution.

Les objectifs de la télémedecine sont de répondre à une carence de l'offre de soins ou d'améliorer la continuité des soins. Elle permet de poser un diagnostic, d'assurer le suivi d'un patient à risques, de mettre en place un suivi à visée préventive, d'obtenir un avis spécialisé, d'envisager une décision thérapeutique, de prescrire ou faire des actes...

La télémedecine se décline en...

- > **Téléconsultation** : permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est un acte médical et une action synchrone (patient et médecin se parlent). Elle permet au professionnel de santé médical requis de réaliser une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation.

- > **Télé-expertise** : c'est un avis médical sollicité à distance par un professionnel médical auprès d'un ou plusieurs professionnels médicaux plus spécialisés. Possibilité de réaliser cet acte en présence du patient. La responsabilité de l'expert requis est engagée sur la base et les limites des informations médicales dont il est le destinataire, et celle du professionnel médical requérant est engagée sur les décisions qu'il prend à la suite de l'avis de l'expert.
- > **Télésurveillance médicale** : permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient, et si besoin de prendre des décisions concernant la prise en charge de celui-ci. Enregistrement et transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés soit par le patient lui-même, soit par un professionnel de santé. Elle devient un facteur d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation des soins et pallie en partie la problématique de l'offre de soins.
- > **Téléassistance médicale** : permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte (patient dans une zone isolée géographiquement ou besoin d'un professionnel plus expert).
- > **Régulation médicale d'urgence** : c'est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

“OSONS LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE POUR TOUS !”

Pour que la santé orale s'inscrive
au quotidien au cœur de la dépendance



par ufsbd



Un programme de Prévention qui allie Proximité et Télésurveillance



A. Le programme ORALIEN en établissements

L'objectif de l'UFSBD est « **Oser la santé Bucco-dentaire pour Tous !** ». Objectif qu'elle souhaite d'ailleurs partager largement avec tous les institutionnels et décideurs politiques.

Le programme **ORALIEN** de l'UFSBD est un programme de prévention alliant proximité et télésurveillance conçu pour que la santé orale s'inscrive dans le quotidien et au cœur de la dépendance.

Ce programme est pour la partie appli le fruit d'un partenariat entre l'UFSBD et la société DENTAL MONITORING, spécialisée dans le développement de programmes de surveillance basés sur une technologie d'intelligence artificielle.

L'UFSBD s'est engagée, avec ce programme, dans une voie novatrice, utilisant application smartphones et développement de l'Intelligence artificielle, créée à partir du deep-learning au bénéfice des patients dépendants.

ORALIEN permet aux personnes dépendantes en établissement (EHPAD, IME, FAM, MAS, HAD), âgées ou en situation de handicap, d'accéder à une bonne santé orale, enjeu majeur inscrit dans une démarche d'équité sociale.

ORALIEN se positionne dans le quotidien de la personne, de l'équipe soignante et/ou encadrante qui la prend en charge.

ORALIEN est un outil de télésurveillance

aux rôles multiples :

- > Détection précoce des besoins en soins et de leur prise en charge éventuelle au cabinet dentaire
- > Mobilisation et soutien des équipes soignantes et encadrantes autour de la prise en charge bucco-dentaire des résidents dépendants
- > Mise en place d'un suivi bucco-dentaire des personnes dépendantes en perte d'autonomie dans l'objectif d'éviter les complications de santé liées à un mauvais état bucco-dentaire
- > Amélioration de la qualité de vie des personnes dépendantes.

ORALIEN est un outil de management de la santé orale :

- > Qui associe la proximité (lors des formations des personnels et lors de points d'étape réguliers)
- > La télésurveillance (via un suivi régulier de différents paramètres de la santé orale) pour adapter les protocoles d'hygiène au quotidien, mais aussi repérer les éventuels besoins en soins.

ORALIEN ne prend pas « la place de » mais vient « en complément » d'un suivi régulier en cabinet dentaire dans l'objectif de maintenir le lien nécessaire entre le patient et son chirurgien-dentiste, lien de confiance garant d'une prise en charge optimale des soins, tout au long de la vie. Le programme se positionne dans l'esprit d'une société inclusive.



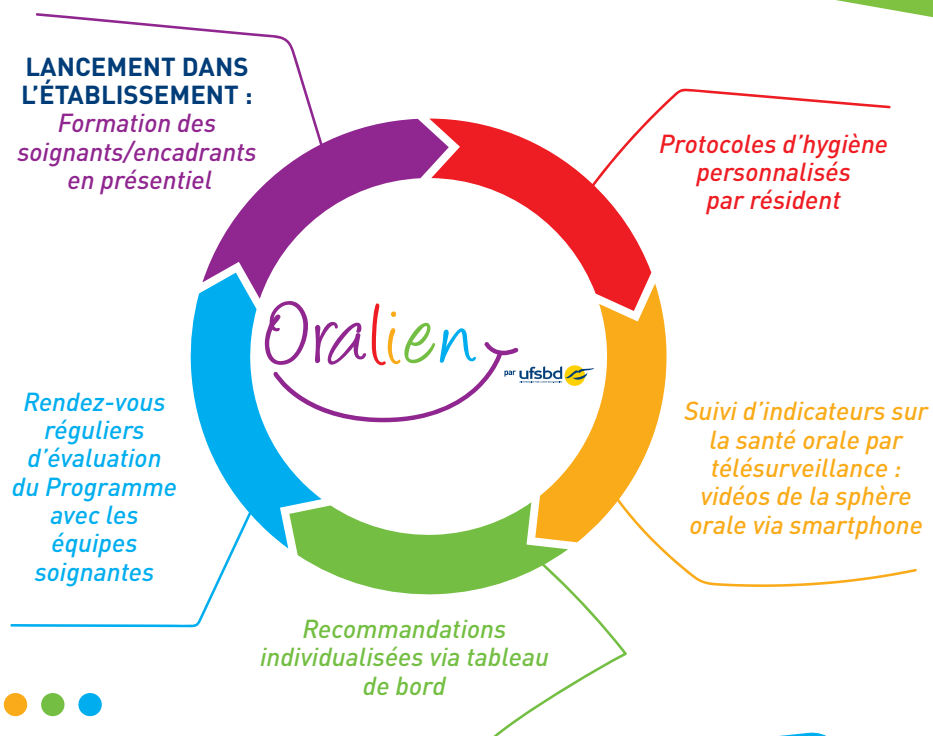
Un programme qui associe Proximité et Télésurveillance

Pourquoi ORALIEN ?

- > Près de 50 % des 10 millions de personnes en situation de handicap présentent une santé bucco-dentaire préoccupante.
- > Les enfants de 6 à 12 ans ont 4 fois plus de risques d'avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire s'ils sont en situation de handicap.
- > Les conséquences d'une mauvaise santé orale sont multiples : aggravation des maladies chroniques, des troubles de la déglutition et de la digestion, des douleurs, des infections, des troubles du comportement, baisse de la qualité de vie, repli social...

Les atouts du Programme Oralien

- L'**inscription de la santé orale** dans le projet d'Établissement
- Un **management** de la santé orale en lien étroit avec le chirurgien-dentiste de famille
- Une **formation initiale des encadrants et soignants** à la prise en charge de la santé orale renouvelée chaque année
- Un **accompagnement des équipes** tout au long du programme
- Un **monitoring régulier** complété par des recommandations de santé pragmatiques
- Un programme agile qui combine **contact humain** et **intelligence algorithmique**
- Un **suivi de la santé orale** des résidents optimisé pour une **qualité de vie** améliorée
- Une **sécurisation des données validées** par des cabinets externes indépendants



L'UFSBD s'appuie sur la télémédecine et propose aux établissements médico-sociaux **un programme complet de management qui place la Santé Orale au cœur des Projets d'Établissement.**

Sensibilisation et dépistage des résidents, formation des encadrants et soignants s'inscrivent bien dans la Mission Jacob sur l'accès à la santé des personnes en situation de handicap.

B. Le programme ORALIEN pour les aidants

Dans le domaine bucco-dentaire, l'hygiène est un préalable à une prévention précoce et à des soins moins intrusifs quand ils sont nécessaires. Intervenir auprès des personnes dépendantes et de leur entourage est important.

Les conséquences d'une mauvaise santé orale pour les personnes en situation de dépendance de handicap sont nombreuses :

- > Aggravation de l'état de santé des personnes
- > Troubles du comportement liés à la douleur
- > Troubles de la déglutition et de la digestion
- > Déséquilibres alimentaires
- > Diminution de la qualité de vie au quotidien : mauvaise haleine, perte du goût, douleurs ; repli social...

Un des meilleurs moyens pour régler le problème de l'accès aux soins est bien de faire en sorte que les personnes n'aient pas besoin de soins. La carie est une pathologie évitable.

Permettre à tous d'accéder à une bonne santé passe aussi par l'accès à la santé bucco-dentaire POUR TOUS. C'est un enjeu majeur qui rend compte, aussi, d'une démarche d'équité sociale.

L'hygiène dans le domaine bucco-dentaire constitue un préalable à une prévention précoce et à des soins moins intrusifs qu'en présence du problème bucco-dentaire.

ORALIEN crée du lien.

« J'ai pu montrer à des familles des images leur permettant de visualiser notre travail, et de se rendre compte que nous nous occupons bien du patient. Il s'agit également d'un moyen de convaincre une famille de s'impliquer dans le soin, ce qui n'est pas toujours évident. Il faut se battre contre des idées reçues. Cet outil nous permet d'être plus cohérents et percutants auprès de l'ensemble des professionnels et des proches. »

Bien entendu, ces images ne peuvent pas être communiquées à tout le monde. Elles sont conservées de manière sécurisée sur un serveur spécifique, et ne restent pas sur le smartphone.

La vision de l'UFSBD pour la santé orale des personnes dépendantes vivant à domicile est...

- > D'améliorer la qualité de vie des personnes dépendantes au quotidien
- > D'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes dépendantes en améliorant les pratiques d'hygiène au quotidien
- > D'inclure la santé orale dans les compétences des intervenants à domicile
- > De former les aidants à domicile et de sensibiliser les personnes dépendantes
- > De faciliter le recours aux soins avec le chirurgien-dentiste de famille
- > De détecter précocement si une prise en charge au cabinet est nécessaire
- > De mobiliser et former les équipes dentaires autour de la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Pour être performants, nous devons « faire équipe » autour de la personne... mais cette dynamique n'a de sens que si elle s'inscrit dans le quotidien.

DENTAL MONITORING

Fondée en 2014, Dental Monitoring offre le premier dispositif de suivi et de communication dentaire basé sur l'Intelligence Artificielle. Le système Dental Monitoring utilise une application mobile qui met à portée des patients et de leurs soignants une plateforme de photographie intra-orale, de communication et d'organisation.

Les algorithmes conçus et brevetés en France par une équipe d'ingénieurs et de cliniciens, basés sur l'Intelligence Artificielle, permettent de détecter différentes situations cliniques, de calculer des mouvements dentaires avec précision, et d'automatiser la communication interne et externe. Au-delà des avancées technologiques que représente ce dispositif, l'intérêt du système repose également sur son accessibilité : ni l'équipe soignante, ni les patients n'ont besoin d'investir dans un matériel coûteux et complexe, seuls un accès à internet et un smartphone suffisent. À travers une simple interface en ligne, les praticiens mettent en place une stratégie qui permet à l'équipe soignante comme aux patients de gagner du temps, de tirer le meilleur de leur traitement, et de rester en contact.

L'ambition de Dental Monitoring est de permettre aux praticiens dentaires de mieux surveiller les patients en vue de leur offrir une qualité de soin optimale. Ses missions s'articulent autour de 3 axes :

- > Créer et utiliser la technologie la plus avancée pour rendre la santé dentaire accessible au plus grand nombre
- > Donner les moyens de délivrer un constat individualisé à toutes les personnes suivies
- > Améliorer l'efficacité de la pratique dentaire par l'intelligence artificielle.

Site internet : <https://dental-monitoring.com/>

DENTAL MONITORING AUJOURD'HUI :

- > 5 400 000 analyses traitées
- > Quatre années d'ingénierie dédiées à l'IA et aux optimisations méta-heuristiques pour des applications dentaires
- > Plus de 50 brevets et applications
- > Présent dans plus de 34 pays.

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE (IA) et DENTAL MONITORING

Collecte 280 000 000 images intra-orales

Apprend en batch. 10 cliqueurs travaillent. Les caractéristiques sont supervisées par 12 orthodontistes et dentistes

Construit grâce à 60 ingénieurs qui travaillent sur le développement de la plateforme et des réseaux de neurones

Détecte plus de 170 notifications dentaires, situations ou attributs qui sont répertoriés.

Le deep learning ou apprentissage profond

est un type d'intelligence artificielle dérivé du machine learning (apprentissage automatique) où la machine est capable d'apprendre par elle-même, contrairement à la programmation où elle se contente d'exécuter à la lettre des règles prédéterminées.

Fonctionnement du deep learning

Le deep learning s'appuie sur un réseau de neurones artificiels s'inspirant du cerveau humain. Ce réseau est composé de dizaines voire, de centaines de « couches » de neurones, chacune recevant et interprétant les informations de la couche précédente. Le système apprendra par exemple à déterminer s'il y a un visage sur une photo avant de découvrir de quelle personne il s'agit.

À travers un processus d'auto-apprentissage, le Deep learning est capable d'identifier un objet sur une photo. À chaque couche du réseau neuronal correspond un aspect particulier de l'image.

À chaque étape, les « mauvaises » réponses sont éliminées et renvoyées vers les niveaux en amont pour ajuster le modèle mathématique. Au fur et à mesure, le programme réorganise les informations en blocs plus complexes. Lorsque ce modèle est par la suite appliqué à d'autres cas, il est normalement capable de reconnaître un objet sans en avoir initialement appris le concept. Les données de départ sont essentielles : plus le système accumule d'expériences différentes, plus il sera performant.

A stylized graphic of a flower with five petals, each containing a different blue icon representing various types of disabilities. The top-left petal shows a person with a cane and a DNA helix. The top-right petal shows a person with a cane, a dog, and a foot. The middle petal shows a person with a cane, a person in a wheelchair, and a person with a cane. The bottom-left petal shows a person with a cane, a person with a cane, and a person with a cane. The bottom-right petal shows a person with a cane, a person with a cane, and a person with a cane.

96

A. Obligations et définition des rôles

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

Les pathologies bucco-dentaires observées chez les personnes en situation de handicap sont essentiellement liées à un déficit d'hygiène et d'accès aux soins, pouvant avoir des conséquences graves sur la santé générale. Afin d'améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées, il est donc fondamental d'améliorer l'accès à la prévention, c'est-à-dire de privilégier les solutions en amont qui permettront de limiter les besoins de soins en aval.

Il n'existe pas de texte officiel réglementaire qui développe de façon spécifique les thèmes de l'hygiène bucco-dentaire et de la prise en charge des soins.

On trouve, en revanche, plusieurs recommandations d'organisations nationales ou départementales.

Les soignants

Les soignants doivent établir un programme de soins en accord avec la personne en situation de handicap et en adéquation avec ses capacités physiques et mentales. Les différents professionnels interviennent en étroite collaboration pour optimiser la prise en charge. Ainsi, CSO, AS et AES veillent à une hygiène bucco-dentaire de qualité. Leur vigilance ainsi que l'intervention de dépistage régulier par les soignants permettent une surveillance adaptée et, le cas échéant, la prise en charge des soins.

Les familles

Les familles doivent être associées à cette prise en charge. Elles doivent être informées du suivi des soins et doivent être impliquées dans les décisions. L'accompagnement des personnes en situation de handicap par leur famille doit être favorisé pour assurer les soins à l'extérieur dans la mesure de leur possibilité. Les fiches techniques ci-dessous permettent d'énoncer le champ d'intervention des différents professionnels en structures du handicap et de préciser ainsi « qui est autorisé à faire quoi ».

B. Rôle des infirmier(e)s¹

Rôle des infirmiers dans la sphère bucco-dentaire

Selon l'article L 4311-1 du Code de la santé publique :

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »

La profession d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) est classée par le Code de la santé publique dans la catégorie des auxiliaires médicaux. Ainsi, contrairement aux médecins qui ont capacité à effectuer tout acte de soins portant sur l'intégralité du corps humain, les infirmiers n'ont capacité à réaliser que les actes dont la liste est fixée par décret. La réalisation d'un acte non visé par décret fait encourir à l'infirmier des poursuites pour exercice illégal de la médecine.

Ce principe vaut pour les actes effectués dans la sphère bucco-dentaire. Sont du monopole du chirurgien-dentiste les actes de prévention, de diagnostic et de traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants (article L. 4141-1 du Code de la santé publique). Par exception à ce monopole, l'infirmier ne peut réaliser dans cette zone anatomique que les actes visés par décret.

Le décret relatif aux actes professionnels des infirmiers étant une exception au monopole des professions médicales, il est d'interprétation stricte. La liste de ces actes a été codifiée aux articles R. 4311-1 et suivants du Code de la santé publique.

Ces textes distinguent les actes relevant du rôle propre de l'infirmier, qu'il peut accomplir sans prescription médicale ou protocole médical, et les actes délégués, accomplis dans le cadre d'une prescription médicale ou d'un protocole médical.

L'article R. 4311-5 traite du rôle propre de l'infirmier et dispose notamment que :

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ; (...)

19° Recueil des observations de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température,

pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ; (...)

28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ; (...) ».

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale

Il résulte de ces dispositions que le rôle de l'infirmier dans la sphère bucco-dentaire peut être circonscrit de la manière suivante :

- Éducation à l'hygiène bucco-dentaire
- Réalisation de l'hygiène bucco-dentaire
- Recueil des observations de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé
- Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux.

1. Éducation à l'hygiène bucco-dentaire

De nombreux textes attribuent un rôle à l'infirmier en matière de prévention et d'éducation à la santé.

Ainsi, l'article L. 4311-1 précité indique que « l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé ».

De même, l'article R. 4311-1 précise que l'exercice de la profession d'infirmier comporte « la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ».

Et les deux premiers alinéas de l'article R. 4311-2 disposent quant à eux que :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte :

- > De la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles.
- > De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ; (...) ».

Le rappel des consignes d'hygiène bucco-dentaire fait indéniablement partie de l'éducation à la santé.

Les infirmiers en général sont donc habilités à intervenir auprès des patients pour effectuer ce rappel.

2. Réalisation de l'hygiène bucco-dentaire

Le 1° de l'article R. 4311-5 du Code de la santé publique habilite l'infirmier à effectuer des soins et utiliser des procédés visant à assurer l'hygiène de la personne.

Le brossage des dents est considéré comme un élément de l'hygiène bucco-dentaire (voir le rapport de la Haute Autorité de santé intitulé « Stratégies de prévention de la carie dentaire », mars 2010).

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est donc habilité à effectuer un brossage des dents à un patient.

3. Recueil des observations de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est habilité à « recueillir des observations de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne » (article R. 4311-5 du Code de la santé publique).

Pour déterminer ce que contient ce rôle de recueil des observations, il faut également se référer à l'article R. 4311-1 :

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ».

Et à l'article R. 4311-2 :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles (...) :

- De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions (...) »
- De même, le référentiel de compétences pour la profession d'infirmier prévoit que celui-ci « évalue une situation clinique et établit un diagnostic dans le domaine infirmier » (Bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009)
- En application de ces dispositions, le rôle d'observation de l'infirmier peut conduire à deux situations distinctes :
 - > Un rôle d'observation et d'évaluation d'une situation clinique qui conduit l'infirmier à établir un diagnostic dans le domaine infirmier
 - > Un rôle d'observation et de recueil des informations utiles aux autres professionnels de santé, et notamment aux professions médicales pour poser leur propre diagnostic.

Dès lors, il paraît primordial de savoir ce qu'englobe le diagnostic infirmier et de connaître son articulation avec le diagnostic médical.

La littérature définit le diagnostic infirmier de la manière suivante :

« Un diagnostic infirmier est un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou aux processus de vie d'un individu, d'une famille ou d'une collectivité. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable² ».

Ces documents précisent que le diagnostic infirmier est complémentaire du diagnostic médical et ne s'y substitue pas, qu'il est centré sur les besoins de la personne et non directement sur sa pathologie.

Le diagnostic infirmier est la détermination d'un soin dont l'infirmier a l'entière responsabilité : il intervient **dans le seul domaine des soins dont l'infirmier a la responsabilité.**

L'exemple de diagnostic infirmier suivant peut être donné : un patient alité, qui bouge peu, présente des rougeurs au niveau des talons et du coccyx.

L'infirmier pose donc comme diagnostic : altération de l'état cutané liée à un allongement prolongé. Il met alors en place un changement de position du patient régulièrement et des massages trophiques des talons et du bas du dos. Il surveille

l'évolution et si besoin, en avise le médecin pour prescrire un traitement.

Le diagnostic infirmier peut être posé car la prévention et les soins d'escarres font expressément partie du rôle propre de l'infirmier (article R. 4311-5, 22°, du Code de la santé publique).

A contrario, dans le domaine bucco-dentaire, traiter une carie ne figure pas parmi la liste des soins dont l'infirmier peut être responsable (article R. 4311-5 du Code de la santé publique).

Ainsi, un infirmier n'est pas habilité à diagnostiquer une carie.

Ces actes relèvent du seul chirurgien-dentiste (article L. 4141-1 du Code de la santé publique).

Il reste que l'infirmier a un rôle d'observation et de recueil des informations qui doit notamment permettre aux professionnels médicaux de poser leur diagnostic. Aucun élément juridique ne permet d'exclure la sphère bucco-dentaire du rôle d'observation de l'infirmier.

Au contraire, l'article R. 4311-5 du Code de la santé publique a un libellé très large puisqu'il autorise l'infirmier à recueillir des observations « de toute nature » qui sont « susceptibles » de concourir à la connaissance de « l'état de santé de la personne ». De même, l'article R. 4311-2 du Code de la santé publique l'autorise à recueillir les « informations utiles » au diagnostic des professionnels médicaux.

La question est donc de savoir jusqu'où peut aller l'infirmier dans ce rôle d'observation.

Il ressort de la littérature que pour recueillir ces observations, l'infirmier est habilité à mener un examen clinique, comportant un entretien avec le patient et un examen physique.

L'examen clinique physique est habituellement défini comme un examen direct du patient, à l'aide de la vue, l'ouïe, l'odorat, le toucher et par le biais de certains appareils courants comme le stéthoscope ou le tensiomètre.

Dans le cadre de cet examen physique, l'infirmier serait habilité à recourir à quatre techniques :

- L'inspection qui est une observation minutieuse du patient ;
- La palpation qui peut être légère (comme une palpation du pouls) ou profonde (comme l'évaluation du volume d'un organe). La palpation permet par exemple d'évaluer la température, la texture, la turgescence, la présence d'œdèmes ou la sensibilité ;
- La percussion ;
- Et l'auscultation.

En tout état de cause, le rôle d'observation de l'infirmier exclut les actes invasifs, c'est-à-dire les actes qui conduisent à transpercer la peau ou les dents.

Plus précisément, dans le domaine bucco-dentaire, comment pourrait s'exercer ce rôle d'observation de l'infirmier ?

- Dans le cadre de l'**entretien clinique**, l'infirmier paraît habilité à questionner le patient sur l'existence d'éventuelles douleurs dentaires, par exemple.
- Dans le cadre de l'**inspection**, l'infirmier paraît habilité à observer à l'œil nu l'état de la bouche et de la denture du patient. Dans ce cadre, il peut relever et noter d'éventuelles altérations ou anomalies.

Pour réaliser cette inspection, l'infirmier peut-il utiliser des instruments ? Dans le cadre de son rôle d'observation, il est admis que l'infirmier utilise des appareils « courants » et, en tout état de cause, non invasifs.

Le miroir dentaire qui permet d'accroître l'efficacité de l'inspection semble répondre à cette définition (courant et non invasif).

En revanche, l'utilisation d'une sonde exploratrice dentaire, potentiellement invasive voire dangereuse pour la dent, semble exclue.

- Si, dans le cadre de son rôle d'observation, l'infirmier peut relever d'éventuelles altérations ou anomalies, il ne peut pas aller jusqu'à poser le diagnostic d'une pathologie comme la carie.

Ce diagnostic ne fait pas partie du diagnostic infirmier : c'est un diagnostic médical qui relève de la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste.

Après avoir constaté une altération dentaire, il appartient alors à l'infirmier de renvoyer le patient vers un chirurgien-dentiste.

De même, aucune disposition « n'autorise, de façon générale, les infirmiers qui participent à des actions de dépistage à s'affranchir de leur décret d'actes professionnels ».

4. Recueil des observations de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé

Le 28° de l'article R. 4311-5 et le 25° de l'article R. 4311-7 habilitent l'infirmier à effectuer des soins de la bouche, c'est-à-dire de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux. Ces dispositions réglementaires visent des soins de bouche et non des soins dentaires.

Plus précisément, les soins de bouche sont définis par la littérature scientifique comme les soins permettant de maintenir une hygiène buccale adéquate chez un patient, afin d'assurer son confort, de maintenir les caractéristiques physiologiques de sa cavité buccale, de prévenir toutes complications ou lésions à ce niveau et de rétablir l'intégrité de la muqueuse.

À titre d'exemple, le détartrage, qui porte sur les dents, ne saurait s'analyser comme un soin de la bouche, c'est-à-dire de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux. Le détartrage ne saurait s'analyser non plus en un simple soin « visant à assurer l'hygiène ». C'est un acte invasif qui relève de la seule capacité du chirurgien-dentiste, telle qu'elle est définie par l'article L. 4141-1 du Code de la santé publique. Il ne peut pas être effectué par un infirmier.

Le rôle de l'infirmier dans les soins de bouche s'inscrit dans le cadre suivant :

Indications	Actes infirmiers
Bouche sèche ou bouche sale	Rôle propre de l'infirmier : hydrater avec boissons diverses, favoriser le nettoyage avec de l'eau pétillante, stimuler la salivation avec boissons, bonbons, application de gel humectant ou d'un corps gras (produits non médicamenteux). Rôle délégué : utilisation du bicarbonate de sodium.
Bouche malodorante	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : utilisation d'antiseptique.
Bouche mycosique	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : utilisation du bicarbonate de sodium + solution ou gel ou gélule spécifiques.
Bouche hémorragique	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : utilisation du bicarbonate de sodium + solution ou gel ou gélule spécifiques.
Ulcérations mucitiques	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : utilisation du bicarbonate de sodium + bains de bouche spécifiques + traitements antalgiques.
Herpès	Rôle propre de l'infirmier : soins de bouche d'hygiène. Rôle délégué : crème dermique ou médicament par voie orale + traitements antalgiques.

Conclusion - Synthèse

L'étude des différents textes applicables aux infirmiers pourrait permettre de circonscrire le rôle de l'infirmier dans la sphère bucco-dentaire de la façon suivante.



ACTES	RÉALISATION PAR UN INFIRMIER
Rappel des consignes d'hygiène bucco-dentaire	OUI (rôle propre)
Brossage des dents	OUI (rôle propre)
Entretien avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires	OUI (rôle propre)
Inspection à l'œil nu de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic)	OUI (rôle propre et complémentaire du rôle du chirurgien-dentiste)
Inspection avec miroir de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic)	OUI (rôle propre et complémentaire du rôle du chirurgien-dentiste)
Soins de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux ou médicamenteux	OUI (rôle propre et rôle délégué)
Inspection avec utilisation d'une sonde exploratrice dentaire	NON (capacité du chirurgien-dentiste)
Diagnostic de caries dentaires	NON (capacité du chirurgien-dentiste)
Traitement de caries dentaires	NON (capacité du chirurgien-dentiste)
Détartrage	NON (capacité du chirurgien-dentiste)

C. Rôle des aides-soignant(e)s et des AES¹

• Rôle des aides-soignantes dans la sphère bucco-dentaire

L'accès à la profession d'aide-soignant est réglementé aux articles L. 4391-1 et suivants et D. 4391-1 et suivants du Code de la santé publique.

Le rôle de l'aide-soignant est déterminé à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique qui dispose que :

« Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'accompagnants éducatifs et sociaux qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3 ».

Ainsi, dans le cadre d'un établissement ou d'un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci.

Il convient en effet de rappeler que l'infirmier a un rôle propre qu'il exerce de façon autonome, c'est-à-dire en dehors de toute prescription médicale, contrairement à son rôle délégué qu'il ne peut accomplir qu'en application d'une prescription médicale ou d'un protocole établi par un médecin.

L'aide-soignant ne peut intervenir que dans le cadre du rôle propre de l'infirmier² et non dans le cadre de son rôle délégué. L'aide-soignant agit sous la responsabilité de l'infirmier.

L'annexe 1 de l'arrêté du 2 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant porte référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant et précise à cet égard (article 1) que :

« Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.

Travaillant le plus souvent dans une équipe pluriprofessionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs,

curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité ».

Plus précisément, dans la sphère bucco-dentaire, il convient de rappeler que l'infirmier est habilité à effectuer les actes suivants en application de son rôle propre (article R. 4311-5 du Code de la santé publique) :

- Rappel des consignes d'hygiène bucco-dentaire
- Brossage des dents
- Entretien avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires
- Inspection à l'œil nu de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic)
- Inspection avec miroir de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic) ; et soins de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux.

Dès lors, il résulte de l'annexe 1 de l'arrêté du 2 octobre 2005 précité que l'aide-soignant est habilité à effectuer sous la responsabilité de l'infirmier et en collaboration avec lui les actes suivants.

1. L'hygiène dentaire

L'hygiène dentaire est expressément citée par l'arrêté comme pouvant être effectuée par l'aide-soignant, sous la responsabilité de l'infirmier.

2. L'observation de l'état clinique de la personne

Dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, l'aide-soignant est notamment capable :

- D'identifier les signes de détresse et de douleur
- D'observer la personne et d'apprécier les changements de son état clinique.

Les capacités de l'aide-soignant sont rédigées en des termes généraux. Elles s'exercent notamment sur les organes des sens et sur le système digestif.

Ainsi, dans la sphère bucco-dentaire, le rôle d'observation de l'aide-soignant devrait être calqué sur celui de l'infirmier. L'aide-soignant devrait pouvoir, sous la responsabilité de l'infirmier et en collaboration avec lui :

- S'entretenir avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires

1. Document rédigé par le service juridique du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

2. Voir fiche technique « Rôle des infirmiers dans la sphère bucco-dentaire » p. 100 bas de page.

- Inspecter à l'œil nu la bouche et les dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies
- Inspecter avec un miroir la bouche et les dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies.

3. Les soins de bouche non médicamenteux aux personnes dépendantes

La réalisation de soins de bouche - c'est-à-dire de la muqueuse buccale - avec application de produits non-médicamenteux aux personnes dépendantes est expressément répertoriée par l'arrêté comme pouvant être effectuée par l'aide-soignant, sous la responsabilité de l'infirmier.

Conclusion

L'étude des différents textes applicables aux aides-soignants pourrait permettre de circonscrire leur rôle dans la sphère bucco-dentaire de la façon suivante.

Actes	Réalisation par un aide-soignant
Rappel des consignes d'hygiène bucco-dentaire	OUI (rôle propre de l'AS sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier)
Brossage des dents	OUI (rôle propre de l'AS sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier)
Entretien avec le patient pour déterminer l'existence d'éventuelles douleurs bucco-dentaires	OUI (rôle propre de l'AS sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier - complémentaire du rôle du chirurgien-dentiste)
Inspection à l'oeil nu de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic)	OUI (rôle propre de l'AS sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier - complémentaire du rôle du chirurgien-dentiste)
Inspection avec miroir de la bouche et des dents avec constat éventuel de lésions ou anomalies (dans ce cas, renvoi vers un chirurgien-dentiste pour diagnostic)	OUI (rôle propre de l'AS sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier - complémentaire du rôle du chirurgien-dentiste)
Soins de la muqueuse buccale, avec application de produits non médicamenteux	OUI (rôle propre de l'AS sous la responsabilité et en collaboration avec un infirmier)

• Rôle des AES dans la sphère bucco-dentaire¹

Depuis 2016, l'accompagnant éducatif et social (AES)² est détenteur d'un diplôme de niveau V, correspondant à un niveau CAP/BEP, qui remplace et fusionne les diplômes d'État d'auxiliaire de vie sociale (AVS) et d'aide médico-psychologique (AMP). Cette fusion de diplômes est censée apporter plus de simplicité et de lisibilité à un secteur souvent peu clair en termes de certifications et de diplômes.

Le diplôme d'État lié à cette profession constitue le premier niveau de qualification dans le champ du travail social.

Pour répondre à la diversité des situations d'accompagnement et aux possibilités de mobilité professionnelle, le diplôme se compose d'un socle commun et de trois spécialités.

1. Missions et fonctions

L'AES réalise une intervention sociale au quotidien visant à compenser les conséquences d'un handicap, quelle qu'en soit l'origine ou la nature, qu'il s'agisse de difficultés liées à l'âge, à la maladie, ou au mode de vie, ou les conséquences d'une situation sociale de vulnérabilité, et à permettre à la personne de définir et de mettre en œuvre son projet de vie.

Il accompagne les personnes tant dans les actes essentiels du quotidien que dans les activités de vie sociale, scolaire et de loisirs.

Il veille à l'acquisition, la préservation ou la restauration de l'autonomie d'enfants, d'adolescents, d'adultes, de personnes vieillissantes ou de familles, et les accompagne dans leur vie sociale et relationnelle.

Ses interventions d'aide et d'accompagnement contribuent à l'épanouissement de la personne à son domicile, en structure et dans le cadre scolaire et social.

Dans le cadre de ses missions, en lien avec une équipe et sous la responsabilité d'un professionnel encadrant ou référent, il participe à l'élaboration et la mise en œuvre d'un accompagnement adapté à la situation de la personne, de ses besoins, de ses attentes, de ses droits et libertés.

Il établit une relation attentive de proximité, en fonction des capacités, potentialités de la personne dans toutes ses dimensions (physiques, physiologiques, cognitives, psychologiques, psychiques, relationnelles et sociales).

Il soutient et favorise la communication et l'expression de la personne qu'elle soit verbale ou non verbale.

Il participe à son bien-être physique et psychologique dans les différentes étapes de sa vie.

Il contribue à la prévention de la rupture et/ou à la réactivation du lien social.

Selon son contexte, il intervient au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et inscrit son action dans le cadre du projet institutionnel et du projet personnalisé d'accompagnement, en lien avec les familles et les aidants.

Il transmet et rend compte de ses observations et de ses actions afin d'assurer la cohérence et la continuité de l'accompagnement et de l'aide proposée. Dans ce cadre, il évalue régulièrement son intervention et la réajuste en fonction de l'évolution de la situation de la personne.

2. Spécialités

Spécialité « Accompagnement de la vie à domicile » (équivalent de l'AVS)
L'accompagnant éducatif et social contribue à la qualité de vie de la personne, au développement ou au maintien de ses capacités à vivre à son domicile. Il intervient auprès de personnes âgées, handicapées, ou auprès de familles. Il veille au respect de leurs droits et libertés et de leurs choix de vie dans leur espace privé. Principaux lieux ou modalités d'intervention : domicile de la personne accompagnée, particulier employeur, CHRS, foyers logements, MARPA, SAAD, SAP, SAVS, SSIAD ...

Spécialité « Accompagnement de la vie en structure collective » (équivalent de l'AMP)

Dans le cadre d'un projet institutionnel, l'accompagnant éducatif et social contribue par son action au soutien des relations interpersonnelles et à la qualité de vie de la personne dans son lieu de vie. Au sein d'un collectif, il veille au respect de ses droits et libertés et de ses choix de vie au quotidien.

Principaux lieux ou modalités d'intervention : EHPAD, USLD, MAS, FAM, ESAT, foyers d'hébergement, IME, CHRS,...

Spécialité « Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire (équivalent de l'auxiliaire de vie scolaire)

Dans le cadre d'un projet personnalisé fixé par le plan personnalisé de compensation, la mission de l'accompagnant éducatif et social consiste à faciliter, favoriser et participer à l'autonomie des enfants, adolescents et des jeunes adultes en situation de handicap dans les activités d'apprentissage, et les activités culturelles, sportives, artistiques et de loisirs. Il inscrit obligatoirement son intervention en complémentarité, en interaction et en synergie avec les professionnels en charge de la mise en œuvre du projet personnalisé du jeune et de la famille.

Principaux lieux ou modalités d'intervention : structures d'accueil de la petite enfance, établissements d'enseignement et de formation, lieux de stages, d'ap-

prentissage, d'alternance ou d'emploi, lieux d'activités culturelles, sportives, artistiques et de loisirs, établissements et services médico-sociaux...

3. Socle commun d'activités :

Le référentiel d'activités fait apparaître un socle commun où le professionnel doit :

- Se positionner comme professionnel dans le champ de l'action sociale
- Accompagner la personne au quotidien et dans la proximité
- Coopérer avec l'ensemble des professionnels concernés
- Participer à l'animation de la vie sociale et citoyenne de la personne

4. Activités à prodiguer dans le cadre de l'hygiène bucco-dentaire

L'AES peut être amené au même titre que l'Aide-soignant(e) à prodiguer des soins d'hygiène en tenant compte de l'autonomie et du projet de vie de la personne en situation de handicap et/ou âgée

- Aider à l'hygiène bucco-dentaire
- Aider au brossage des dents
- Faire un soin de bouche
- Vérifier que la bouche est exempte de plaies et alerter au besoin
- Entretenir et mettre à disposition de la personne tout appareillage
- Entretenir quotidiennement l'appareil dentaire et vérifier le matin qu'il a été confortablement remis.



1. Document rédigé par l'UFSBD à partir du document délivré par le service juridique de l'Ordre des chirurgiens-dentistes.

2. Décret n°2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'AES et modifiant le Code de l'action sociale et des familles ; Arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'AES (comprenant notamment un référentiel d'activités, un référentiel de compétences et un référentiel de formation). Instruction n°DGCS/SD4A/2016/324 du 25 octobre 2016 relative aux modalités de la formation préparatoire et d'obtention du diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.

Référentiel de compétences : pour la spécialité « Accompagnement de la vie en structure collective »

DOMAINES	COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
1 Connaissance de la personne	1.1 Situer la personne aidée au stade de son développement	> Connaissance générale sur les différentes étapes du développement de l'être humain
	1.2 Situer la personne aidée dans son contexte socioculturel	> Savoir prendre en compte le vécu et l'histoire de la personne
	1.3 Appréhender les incidences des pathologies, handicaps et dépendances dans la vie quotidienne des personnes	> Connaissances générales sur les pathologies, handicaps et dépendances et leurs conséquences sur la vie quotidienne et sociale
2 Accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne	2.1 Repérer les dimensions éducatives, affectives, sociales et culturelles des temps clés du quotidien	> Savoir repérer les enjeux de la relation spécifique à un espace-temps du quotidien (toilette, repas, coucher...) en fonction de l'histoire de la personne, de son âge, et de son origine socioculturelle > Savoir réajuster sa pratique en fonction des éléments repérés
	2.2 Repérer et évaluer les besoins et les capacités de la personne aidée dans les actes de la vie quotidienne	> Savoir observer et écouter > Savoir évaluer le potentiel de progression de la personne et réajuster en conséquence sa pratique > Savoir évaluer le processus de régression et agir en conséquence
	2.3 Établir une relation d'aide, dans les actes de la vie quotidienne, associant aspects éducatifs et/ou relationnels et techniques	> Savoir verbaliser et donner du sens > Savoir expliquer les actes de la vie quotidienne et leur raison d'être > Savoir utiliser les moyens techniques et relationnels adaptés à la situation de la personne dans les actes de la vie quotidienne > Savoir donner confiance à la personne dans ses possibilités > Savoir respecter l'intégrité de la personne
	2.4 Satisfaire les besoins fondamentaux et veiller au bien-être et au confort de la personne	> Savoir respecter les droits fondamentaux de la personne > Connaître les aides techniques, les principes d'hygiène de base, les principes d'aménagement de l'espace et savoir les mettre en pratique dans le respect de la personne et de son intimité > Savoir repérer les situations à risques et notamment de maltraitance, prévenir ces risques et agir en conséquence
3 Animation de la vie sociale et relationnelle	3.1 Participer à la dynamique du groupe et gérer les relations à l'intérieur de celui-ci	> Savoir accompagner la personne dans ses relations avec le groupe, savoir prévenir et désamorcer les conflits > Savoir préparer les changements dans le groupe et évaluer leurs conséquences > Savoir observer la distance adaptée à la situation et gérer les ruptures

DOMAINES	COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
3 Animation de la vie sociale et relationnelle	3.2 Favoriser et accompagner les relations familiales, sociales et la participation citoyenne	> Savoir prendre en compte les besoins relationnels > Savoir faciliter les relations avec la société et la famille même symboliquement > Savoir gérer le regard des autres > Savoir faciliter les activités à l'extérieur en prenant en compte toutes les dimensions de l'accessibilité
	3.3 Concevoir, proposer, mettre en œuvre et évaluer des activités, pour un individu ou un groupe, contribuant au développement dans ses différentes dimensions (sensorielles, psychomotrices, cognitives, affectives, relationnelles...)	> Savoir susciter la participation > Donner envie de faire, de partager et d'échanger avec les autres > Savoir proposer des activités en favorisant les apprentissages et l'expression > Savoir évaluer l'apport et les effets des activités
4 Soutien médico-psychologique	4.1 Mettre en œuvre des aides adaptées aux différents âges de la vie et situations de handicap dans les dimensions physiques, relationnelles, affectives et cognitives	> Savoir observer, interroger, analyser les situations rencontrées > Savoir réfléchir aux ajustements possibles de sa pratique > Savoir adapter ses pratiques en fonction de la situation de la personne > Savoir repérer et utiliser les centres d'intérêt de la personne et ses potentialités, savoir adopter une attitude empathique > Savoir valoriser la personne et son image > Savoir aider la personne à développer, maintenir ou restaurer ses capacités > Évaluer et exprimer ses besoins, ses attentes et ses désirs, sa capacité à faire des choix et à en assumer les conséquences (autonomie)
	4.2 Utiliser les activités quotidiennes comme support à la relation	> Savoir utiliser le soin et les activités quotidiennes comme support à la relation et la relation comme aide à leur réalisation > Savoir préserver l'intimité de la personne > Savoir observer les modifications du comportement
	4.3 Détecter les signes révélateurs d'un problème de santé ou de mal-être et prendre les dispositions adaptées	> Savoir écouter, entendre et questionner les données de toute nature, susceptibles de concourir à l'évaluation de l'état général de la personne > Savoir évaluer ce qui relève d'une intervention immédiate, à court terme, ou d'une vigilance dans la durée (médicale et/ou psychologique) > Adapter son accompagnement > Connaître les limites de son intervention > Savoir repérer et prévenir la maltraitance > Savoir faire appel aux professionnels compétents
	4.4 Avoir une communication appropriée à la situation de la personne	> Être capable de développer avec la personne un mode de communication adapté > Savoir maintenir l'intégrité de la personne (relation au corps, communication non verbale...) dans la juste distance

DOMAINES	COMPÉTENCES	INDICATEURS DE COMPÉTENCES
5 Indicateurs et compétences : personne, savoir gérer les priorités	5.1 Observer, écouter et analyser les besoins et désirs de la personne dans tous les aspects de sa vie	> Savoir écouter et observer > Savoir partager et contribuer à l'analyse des informations avec l'équipe
	5.2 Appréhender les facteurs d'évolution ou de régression en fonction de la situation de la personne	> Savoir contribuer à établir un diagnostic en fonction de la situation de la personne > Savoir gérer les priorités > Savoir mettre en valeur les étapes
	5.3 Utiliser les éléments recueillis lors de l'intervention de proximité pour participer à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet personnalisé dans le respect du projet de soins et/ou éducatif et/ou pédagogique et du projet institutionnel	> Savoir tenir compte des choix et de la volonté de la personne > Savoir permettre à la personne de développer, maintenir, ou restaurer le contrôle sur sa propre vie > Savoir tenir compte du projet de soins et/ou éducatif et/ou pédagogique et du projet institutionnel > Savoir tenir compte des exigences éthiques de la profession
6 Communication professionnelle et vie institutionnelle	6.1 Connaître le projet institutionnel et situer son action dans ce projet	> Capacité à situer l'institution et son projet dans le contexte médico-social, connaître et savoir utiliser les partenariats interinstitutionnels dans les limites de ses prérogatives > Savoir situer son action et ses limites dans l'environnement institutionnel
	6.2 Travailler en équipe pluriprofessionnelle dans le contexte institutionnel et participer à la vie de l'institution ou du service	> Connaissance de l'organigramme et des fonctions de chacun des membres de l'équipe > Capacité à s'exprimer à l'oral et à l'écrit > Savoir argumenter et soumettre sa réflexion et ses propositions à l'équipe, savoir accueillir de nouveaux professionnels > Savoir entretenir et actualiser sa culture professionnelle et ses connaissances
	6.3 Déterminer et transmettre les informations utiles aux membres de l'équipe	> Savoir utiliser les divers supports de communication > Connaissance des différents types et objectifs de réunion > Savoir gérer sa participation et sa communication > Savoir respecter la vie privée de la personne aidée dans les échanges professionnels

D. Intervention des libéraux dans un établissement pour personnes en situation de handicap¹

Les articles L.314-12 et L.314-13 du Code de l'action sociale et des familles disposent que des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé intervenant à titre libéral dans les EHPAD, et portant sur l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation, peuvent être prévues par contrat dont les modalités sont précisées par décret. Ces articles concernent les EHPAD mais sont adaptables aux établissements médico-sociaux.

Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers, autres que le paiement à l'acte, et sur le paiement direct du professionnel par l'établissement.

Le décret n°2010-731 du 30 décembre 2010 prévoit donc qu'un contrat doit être conclu avec les professionnels de santé exerçant en EHPAD. Il renvoie à un contrat-type fixé par arrêté. Il peut bien sûr être utilisé pour toute intervention dans les établissements médico-sociaux.

Le décret prévoit également qu'une indemnité est versée pour la contribution de certains professionnels de santé participant aux réunions de la commission de coordination gériatrique, dans la limite d'une réunion annuelle. Cette indemnité est égale à 4 C pour les médecins participant à ces réunions, et 35 AMK pour les masseurs-kinésithérapeutes y participant également.

Ce texte est applicable depuis le 1^{er} janvier 2011. Un arrêté du 30 décembre 2010 prévoit quant à lui seulement deux contrats-types : l'un pour les médecins, l'autre pour les masseurs-kinésithérapeutes. Le fait que rien ne soit prévu dans ces deux textes pour les autres professions de santé, et notamment les chirurgiens-dentistes, n'a pas pour consé-

quence de leur enlever toute possibilité d'intervenir dans les EHPAD ou les structures médico-sociales sur le fondement d'un contrat entre les deux parties, ce contrat devant respecter les règles de la profession.

Règles déontologiques applicables aux chirurgiens-dentistes

En application des dispositions de l'article R.4127-274 du Code de la santé publique :

- Il est interdit au chirurgien-dentiste d'exercer hors d'une installation fixe conforme aux dispositions du Code
- Des dérogations peuvent être accordées par les conseils départementaux, dans l'intérêt de la santé publique, notamment pour répondre à des actions de prévention, à des besoins d'urgence ou encore à des besoins permanents de soins à domicile
- Les EHPAD et/ou structures médico-sociales sont considérés comme le domicile des personnes qui y résident. L'exercice du chirurgien-dentiste est donc parfaitement envisageable.

Deux possibilités sont envisageables.

- Soit l'EHPAD ou la structure médico-sociale dispose d'un cabinet dentaire dans ses locaux, auquel cas la dérogation mentionnée précédemment n'a pas lieu d'être
- Soit l'EHPAD ou la structure médico-sociale n'en dispose pas, et dans ces conditions le praticien doit demander une dérogation à son conseil départemental de l'Ordre

Dans les deux cas, hormis la situation où un praticien vient expressément soigner un de ses patients,

un contrat d'exercice doit être conclu entre l'EHPAD ou la structure médico-sociale et le chirurgien-dentiste intervenant.

Le Conseil national de l'Ordre reste particulièrement vigilant sur les conditions de conclusion de ces contrats et leur contenu, qui doivent respecter certains principes.

Dans un premier temps, il faut garder à l'esprit que les résidents de ces établissements ont les mêmes droits que les patients venant consulter leur praticien dans leur cabinet dentaire, et notamment la liberté de choix de leurs praticiens.

Par conséquent, l'exercice d'un praticien, en quelque qualité que ce soit, au sein de la structure ne doit pas conduire à interdire l'entrée d'un autre praticien qui serait appelé expressément par un résident.

De plus, et afin de respecter le principe du libre choix du praticien par le patient, la proposition d'exercer dans le cadre de l'établissement concerné doit être adressée à tous les praticiens du département ou au moins dans un périmètre déterminé par rapport à l'implantation de l'EHPAD.

Ensuite, un contrat doit être conclu entre le praticien et la structure qui fera appel à ses services.

Ce contrat peut prendre des formes variées, que ce soit en libéral ou en salariat. Généralement, il prend la forme d'un contrat d'exercice libéral, prévoyant l'intervention du praticien soit à la demande du médecin coordonnateur de la structure, s'il existe, soit à la demande du patient, soit à la demande de la direction.

Il peut aussi s'agir, pour les actions de prévention, par exemple, d'un contrat prévoyant la venue du praticien à un rythme régulier, prédéfini.

1. Document rédigé par le service juridique du Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes
<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr>

Ce contrat devra également prévoir les modalités de rémunération du praticien, modalités qui devront être conformes à la réglementation en vigueur.

Dans le cas d'un contrat libéral, il ne faut pas oublier le principe du paiement direct des honoraires par le patient au praticien. Des dérogations sont toutefois permises, en matière de médecine sociale. Encore faut-il démontrer que l'on se trouve bien dans ce cadre.

Par conséquent, le praticien doit en principe établir des feuilles de soins au nom du patient, pour les actes pris en charge par la Sécurité sociale, ou des notes d'honoraires également au nom du patient, pour les autres actes.

Il convient, toutefois, d'attirer l'attention sur certaines structures, peu répandues, qui proposent à leurs résidents, moyennant paiement, les services d'un chirurgien-dentiste, comme tout autre service. Dans ce cas, le praticien se retrouve être un prestataire de services délivrant des notes d'honoraires à la structure pour les prestations qu'il dispense aux résidents.

Quoi qu'il en soit, dans tous les cas de figure, il est vivement recommandé de s'adresser au conseil de l'Ordre avant de conclure tout contrat avec une structure médico-sociale et de lui soumettre le projet de contrat, afin de préserver les intérêts de chacun et que la santé bucco-dentaire des résidents soit prise en charge dans les meilleures conditions.

En effet, au-delà de l'aspect purement contractuel, d'autres questions se posent, et notamment : Comment faut-il considérer l'exercice dentaire en maison de retraite ou en maison d'accueil spécialisé, en établissement médico-social ? Comme une consultation à domicile, un exercice annexe ou comme un cabinet secondaire ?

La réponse à ces questions dépend des modalités exactes d'intervention du praticien dans la structure.

Aujourd'hui, la venue ponctuelle d'un praticien à la demande expresse d'un de ses patients résidant dans l'établissement doit être considérée comme une visite à domicile.

À l'opposé, un praticien qui conclut une convention d'exercice et vient soigner les résidents selon un planning établi par avance, par exemple, se trouve en situation d'exercice sur un site distinct, nécessitant une dérogation du conseil départemental de l'Ordre, dérogation qui ne devrait pas être difficile à obtenir.

E. Rôle du Référent handicap

Déjà, en 2010, le rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire, Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap », remis par Alain MOUTARDE et Patrick HESCOT à Nadine MORANO, alors secrétaire d'État à la Famille et à la Solidarité, préconisait la nomination de référents handicap départementaux.

C'est ainsi qu'à l'issue de plusieurs réunions, ceux-ci ont été désignés au sein de chaque conseil départemental. Le rôle du référent handicap départemental est :

- > D'établir un état des lieux précis de la demande et de l'offre de soins sur le territoire : cliniques, réseaux, praticiens libéraux formés au MEOPA, services hospitaliers odontologiques...
- > D'identifier toutes les initiatives existantes, mais souvent isolées
- > De flécher le parcours de soins dans le département ou tendre vers la mise en place d'un réseau de soins.

L'ONCD et son président Gilbert BOUTEILLE, dès 2017, ont fait de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap une de leurs priorités. Cela s'est traduit dans un premier temps par un état des lieux des actions et le recensement des actions, des associations, des structures et des réseaux de soins dédiés à la prise en charge de ces patients.

Ce travail s'est effectué sous l'impulsion de Mme Dominique CHAVE, présidente de la commission de la vigilance et des thérapeutiques, et de M Christian WINCKELMANN, responsable du pôle Patients. Ils se sont

appuyés sur le réseau des référents Handicap départementaux lancé par le Conseil National de l'Ordre en 2010.

Désormais, lorsqu'un patient ou une structure appelle l'Ordre pour obtenir de l'aide ou des informations, celui-ci va le diriger vers le référent handicap de son département qui va d'abord déterminer si le patient peut être pris en charge dans le secteur libéral. Dans la négative, il propose d'autres offres de soins à travers les réseaux, les associations, les services hospitaliers,... Dans certaines situations d'urgence, il peut éventuellement organiser l'intervention d'un chirurgien-dentiste à domicile si les moyens humains ou associatifs existent.

La volonté est de voir les référents handicap répertorier les structures existantes dans leur département et nourrir des relations avec elles et plus précisément avec :

- Les praticiens libéraux qui sont investis et soignent ces populations dans leur propre cabinet particulièrement accessible (parking, accessibilité pour tout type de handicap...)
- Les praticiens hospitaliers [(hôpital de jour, clinique, pour le handicap, PASS (permanence d'accès aux soins de santé) dentaire hospitalière ou PASS dentaire extra-muros pour la précarité,...)]
- Les praticiens adhérents aux réseaux ou aux associations et intervenant pour ces patients
- Les praticiens intervenant en milieu EHPAD ou structure médico-sociale...

Le référent handicap a à sa disposition un répertoire de chirurgiens-dentistes libé-

raux, de réseaux et d'associations investis dans la prise en charge de ces populations.

Le rapport « **Accès aux soins bucco-dentaires** » est associé à de nombreux axes de travail dont...

- > Le **développement des techniques spécifiques** : formation des praticiens aux soins bucco-dentaires spécifiques sous MEOPA ou sous hypnose et à la télé-médecine pour réaliser un diagnostic à distance
- > Le **maillage des centres ressources** : chaque territoire de santé devrait disposer d'un centre ressources (service hospitalier, réseau, structure dédiée...)
- > Le **développement d'unités mobiles de soins** : bus, cabinets démontables (fauteuils pliants, cassettes de matériel...)
- > La **recherche de partenaires financiers** : sollicitation de l'ARS afin d'obtenir des aides financières en faveur de la prévention et des soins, des URPS pour la formation des praticiens et des CPAM pour la prise en charge des transports vers les cabinets libéraux ou des structures dédiées.

Des postes de « coordinateurs régionaux » [23] ont été créés en 2017 pour donner de la visibilité aux parcours de soins (cabinets dentaires ville/hôpital), pour aider au développement des dispositifs existants, favoriser la création de réseaux ou structures spécifiques et rechercher également des financements.

En 2018, deux journées ont été consacrées à la création de la cohésion et de la synergie entre les référents Handicap départementaux et les coordinateurs régionaux. Un triple objectif, pour ces journées d'information et de formation : fédérer les énergies, partager les expériences qui

fonctionnent et rappeler les missions de chaque acteur. Un mot d'ordre : améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Les missions du référent handicap départemental demeurent celles définies précédemment.

Les missions des coordinateurs régionaux ont été affinées et ils doivent poursuivre selon les quatre axes suivants :

- > Améliorer la transversalité et la cohérence d'un système de santé régional
- > Développer les politiques et les actions de prévention dans un but de réduction des inégalités de santé
- > Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins
- > Renforcer la qualité des soins et des prises en charge. Ils s'attachent, par ailleurs, à favoriser l'harmonisation des travaux des référents handicap départementaux, la lisibilité du parcours de soins (cabinets de ville/hôpital), la création de réseaux et de structures spécifiques telles que les structures mobiles et se livrent à la recherche de financements.

Recommandations pour les professionnels

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=714&cHash=7749cdc-1f8a8dd5ea0eb2e-8b49a77d05

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=746&cHash=831a83f-861f86eef0032e74f697fdb5d

Bon de transport

La prescription du transport est désormais prise en charge : cette possibilité, pour le chirurgien-dentiste, est évidemment assortie de conditions. (Cf. annexes).

« La prescription du transport par un chirurgien-dentiste pour les actes et prestations relevant strictement de son domaine de compétence » écrit, la CNAM-TS, « pourra être prise en charge par l'assurance maladie dans les conditions réglementaires définies notamment à l'article R.322-10-1 du Code de la sécurité sociale (CSS), en veillant au principe de la prescription du moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade. »

Elle précise également que si l'article R.322-10-2 du CSS subordonne la prise en charge des frais de transport à la présentation par l'assuré d'une prescription médicale attestant que l'état du malade justifie l'usage du moyen de transport prescrit, aucune disposition législative ou réglementaire n'impose, par ailleurs, que la prescription médicale de transport soit établie uniquement par un médecin.

Par conséquent, les prescriptions de transport sanitaire faites par un chirurgien-dentiste sont désormais prises en charge par la caisse d'assurance maladie, à condition bien sûr que ces prescriptions soient nécessaires à l'exercice de l'art dentaire, et qu'elles soient appropriées aux circonstances et nécessaires à la qualité et à l'efficacité des soins, conformément aux dispositions de l'article R.4127-238 du code de la santé publique.

http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=438&cHash=f37c8617c26e-23d562aa3a9e17e61f0d

AAH : allocation pour adulte handicapé versée par les caisses d'Allocations familiales

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne, versée aux personnes en situation de handicap dont le taux d'incapacité est reconnu à au moins 80 % et qui ont besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (se laver, marcher, s'habiller...). Cette prestation a été remplacée par la PCH mais demeure servie aux personnes qui en ont bénéficié antérieurement

ADMR : aide à domicile en milieu rural

AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé avec possibilité, s'ils sont éligibles, de la cumuler (aides humaines, aides techniques, aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule, aides spécifiques ou exceptionnelles et aides animalières)

AES : accompagnant éducatif et social

AMP : Aide médico-psychologique

AS : aide-soignant

ATM : articulation temporo-mandibulaire

AVS : Aide de vie sociale

Bucco-dentaire : relatif à la bouche, aux dents, aux muqueuses attenantes

Bucco-dento-prothétique : relatif à la bouche, aux dents, aux muqueuses attenantes et aux prothèses dentaires

CAMSP (Centre d'action médico-sociale précoce) : ce sont des établissements qui accueillent des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées

CAT (Centre d'Aide par le Travail) : ancienne appellation d'ESAT

CD : Chirurgien-dentiste

CNEOC : Collège National des Enseignants en Odontologie Conservatrice

CSI : centre de soins infirmiers, structure de proximité de premier recours, sur

prescription médicale ou hospitalière, des soins infirmiers en centre et/ou à domicile. Ce sont des alternatives entre l'établissement de santé et les soins de ville qui participent à la politique de maintien à domicile des personnes âgées, dépendantes, en situation de handicap

CSO : correspondant en santé orale

EA (Entreprises adaptées) : anciennement ateliers protégés, ces structures emploient uniquement des personnes handicapées, déclarées et orientées par la MDPH, dans un objectif de réinsertion dans le milieu ordinaire

EEAP (Établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés) : accueillent des enfants et des adolescents atteints de handicap grave à expressions multiples avec une autonomie très restreinte et dispensent des soins et une éducation adaptés aux enfants pris en charge

ESAT : établissement et service d'aide par le travail

FAM (Foyers d'Accueil Médicalisé (ou foyers à double tarification) : cette catégorie d'établissement médico-social accueille des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement, dépendants, avec inaptitude à toute activité à caractère professionnel, pour lesquels l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants sont requis. Pour d'autres, le besoin de soutien et d'une stimulation constante ainsi qu'un suivi médical et paramédical réguliers sont indispensables

Foyers d'hébergement : souvent annexés à un ESAT (établissement et service d'aide par le travail), ils hébergent des travailleurs handicapés

Foyers de vie : ces établissements accueillent des adultes handicapés qui ne sont pas en capacité d'exercer une activité professionnelle. Ces personnes bénéficient cependant d'une autonomie et n'ont pas besoin de soins constants. Les foyers occupationnels offrent un accueil permanent ou de jour

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'État

IDEC : infirmier(e) diplômé(e) d'État coordinateur(trice)

IEM (Établissements pour déficients moteurs ou Instituts d'éducation motrice) : ont pour mission d'assurer des soins, une éducation spécialisée ainsi qu'une formation générale ou professionnelle aux enfants déficients moteurs ou moteurs cérébraux

IME (Instituts médico-éducatifs) : ces établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels ont pour vocation de favoriser l'épanouissement des enfants accueillis, tout en tendant à améliorer la réalisation des potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, ainsi que l'autonomie quotidienne, sociale et professionnelle

IMPro (instituts médico-professionnels) : établissements de formation professionnelle pour adolescents en situation de handicap

Indice CAO : indice cumulant le nombre total de dents Cariées, Absentes pour cause de carie et Obturées définitivement pour un patient ou une population données que l'on divise par le nombre de personnes examinées dans ce cas pour donner un CAO moyen

Indice de plaque : évaluation qualitative et quantitative de la plaque dentaire

Instituts d'éducation sensorielle : ils comprennent les établissements pour déficients auditifs, les instituts pour déficients visuels et les instituts d'éducation sensorielle pour enfants sourds et aveugles. Ils ont pour objectif de fournir des soins et une éducation spécialisée ou professionnelle à ces enfants

Intrados : surface interne d'une prothèse, en rapport avec les tissus d'appui

ITEP (Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques) : spécialisés dans l'accueil d'enfants présentant des troubles du caractère et du comportement et ayant des capacités intellectuelles normales à quasi-normales, ils mettent en œuvre des moyens médico-éducatifs pour le bon déroulement de la scolarité des enfants suivis

MAS (Maisons d'Accueil spécialisé) : en principe, les MAS accueillent des personnes dont le profil est proche de celui des FAM mais avec un niveau de dépendance supérieur

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote sous forme de gaz utilisé pour la sédation consciente

MP : Majeur protégé

ONCD : Ordre national des chirurgiens-dentistes

Parodontal : relatif au parodonte, ensemble de tissus de soutien de la dent. La plaque parodontale est la plaque dentaire sous-gingivale de pathologie de la gencive et du parodonte pouvant être plus ou moins minéralisée

PC : Personne de confiance

PCH : pour enfants et adultes, prestation de compensation du handicap qui permet comme l'ACTP ou l'AAEH de compenser les conséquences d'un handicap en finançant des aides humaines ou techniques

Plaque dentaire : substance blanchâtre qui se dépose à la surface de la dent. Elle est essentiellement constituée de protéines salivaires, de débris alimentaires, de bactéries et de toxines sécrétées par ces dernières. Cet enduit occasionne les caries et maladies parodontales s'il n'est pas éliminé au quotidien

PSH : Personne en situation de handicap

Référents ordinaires : praticiens nommés par le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes permettant de coordonner l'accessibilité à des plateaux techniques dentaires pour les patients en situation de handicap

SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile

SAVS (services d'accompagnement à la vie sociale) : ont pour mission, de participer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité

SBDH : Santé Bucco-Dentaire Handicap

SESSAD (Services d'éducation spéciale et de soins à domicile) : ont pour mission de conseiller, d'accompagner la famille et l'entourage, d'aider au développement (notamment psychomoteur), de soutenir l'intégration scolaire et sociale et de favoriser l'acquisition de l'autonomie de l'enfant handicapé suivi. Ces actions peuvent avoir lieu au domicile familial comme à l'école, au centre aéré ou encore dans les locaux du SESSAD

SFCO : Société Française de Chirurgie Orale

SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Les SPASAD assurent à la fois les missions d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et celles d'un service d'aide à domicile. Ils proposent à la fois des soins infirmiers et des aides à domicile.

SSIAD : service de soins à domicile

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

CE GUIDE EST NÉ D'UN TRAVAIL COLLABORATIF AU SEIN DE L'UFSBD

Dr Sophie DARTEVELLE
Chirurgien-dentiste (67)
Présidente UFSBD

Dr Anne ABBE-DENIZOT
Chirurgien-dentiste (74)
Vice-Présidente / UFSBD en charge des opérations de Santé Publique

Dr Benoît PERRIER
Chirurgien-dentiste (44)
Secrétaire général UFSBD

Dr Muriel MAURIN
Chirurgien-dentiste (30)
Secrétaire Générale Adjointe
UFSBD Animation Réseau

Dr Marie-Hélène ARROUY
Chirurgien-dentiste
Chargée de Mission UFSBD

Dr Pauline CHARDRON-MAZIÈRE
Chirurgien-dentiste (92)
Odontologie Pédiatrique et soins spécifiques handicap
Formatrice UFSBD

Dr Françoise COTON-MONTEIL
Chirurgien-dentiste (22)
Expert UFSBD en biostatistique

Dr Philippe FERRANTE
Chirurgien-dentiste (74)
Président UFSBD 73-74

Sous la coordination de
Danièle GRIZEAU-CLEMENS

L'UFSBD A ÉTÉ ACCOMPAGNÉE DANS SA RÉDACTION PAR...

Dr Dominique CHAVE
Orthodontiste (35)
Présidente de la commission de la vigilance et des thérapeutiques de l'ONCD
Secrétaire générale ONCD

Colette MANDRE
Présidente ACSODENT, Membre de l'UNAPEI Pays de la Loire

Dr Sahar MOUSSA-BADRAN
Chirurgien-dentiste (51)
MCU-PH Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie de REIMS

Dr Jérôme PIEAUD
Chirurgien-dentiste (38)
Secrétaire du réseau SBDH

Dr Djéa SARAVANE
Ex-Chef de Service centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale, autisme, polyhandicap et handicap génétique rare
Directeur de l'Enseignement Faculté de Médecine PARIS SUD (75)

Rodolphe VIAUD
Coordinateur régional du réseau SBDH-RA

CE GUIDE A BÉNÉFICIÉ DU SOUTIEN INSTITUTIONNEL DE :

**AG2R LA MONDIALE
IRCEM GROUPE
MALAKOFF HUMANIS
SOUS LA COORDINATION DU CCAH**

REMERCIEMENTS

RÉFÉRENCES POUR LES FOCUS

RÉSEAU ACSODENT PAYS DE LA LOIRE

INSTITUT GUILAUME BELLUARD
Association Départementale des Infirmités Motrices Cérébraux Haute-Savoie (ADIMC 74)

FOYER D'HÉBERGEMENT CHARLES VERTHIER
APEI AFPEI

CROIX-ROUGE FRANÇAISE
Action « Tout sourire » 9 Établissements

HANDICONSULT ET DENTDIPAP (74)

HANDIDENT Midi-Pyrénées

INTÉGRANCE
Actions en ESAT en partenariat avec la mutuelle

CENTRE ARTHUR LAVY (74)

RÉSEAU SBDH-RA
Réseau Santé Bucco-Dentaire et Handicap Rhône-Alpes

L'UFSBD tient également à exprimer ses remerciements aux comités départementaux UFSBD et à leurs acteurs de terrain ainsi qu'à l'ensemble des partenaires pour la qualité instaurée tant dans la mise en œuvre des actions que dans leur évaluation.

CE GUIDE A ÉTÉ MIS EN IMAGES PAR...

Virginie FRUIT
Agence FreeFruit graphiste

BIBLIOGRAPHIE

ANESM. Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux, avril 2017

FOLLIGUET M. Rapport Handicap : La santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Direction générale de la Santé SDB, septembre 2006.

HAS. Troubles du spectre de l'autisme : Diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent, février 2018.

HESCOT.P. MOUTARDE .A. Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire », améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées, 2010

JACOB, JOUSSERANDOT A., TOURAINE M. Synthèse du Rapport Sur l'accès aux soins et à la Santé des Personnes handicapées. Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement, avril 22/08/2013.

MARCHAND S., SARAVANE D., GAUMOND I. Mental Health and Pain : Somatic and Psychiatric Components of Pain in Mental Health, Ed. Springer-Verlag France, 2013.

OMS. Groupe La Banque Mondiale. RÉSUMÉ du Rapport Mondial sur le Handicap, 2011.

Ordre National des Chirurgiens-dentistes. Accès aux soins bucco-dentaires : dépendance, handicap, précarité, maladies rares. Rapport 2018, p. 26-36 (Réseaux).

Priorité Prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie, comité interministériel pour la Santé, Dossier de presse, 26 mars 2018.

RECUERO M. Mise en place d'une action d'éducation thérapeutique au sein de 4 établissements et services d'aide par le travail (E/S/A/T) des Pays de la Loire. Thèse d'Université Nantes, 2017.

Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. 2^{ème} édition révisée, Presses Universitaires François Rabelais, 2016.

ROUYÈRE E., PERRIN A. Action de prévention en santé bucco-dentaire auprès de jeunes travailleurs handicapés en Meurthe-et-Moselle 1. Programme de prévention (E. ROUYÈRE) 2. Évaluation des résultats à court et moyen termes (A. PERRIN), Thèse d'Université de Nancy, 2010.

Santé Orale et Soins Spécifiques, Association Française pour la santé Bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. Valorisation de la complexité de la prise en charge en chirurgie dentaire.

Vaysse F. Protocoles de Soins Bucco-Dentaires chez les Patients présentant un Handicap.

Sites Internet :

<http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/>

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



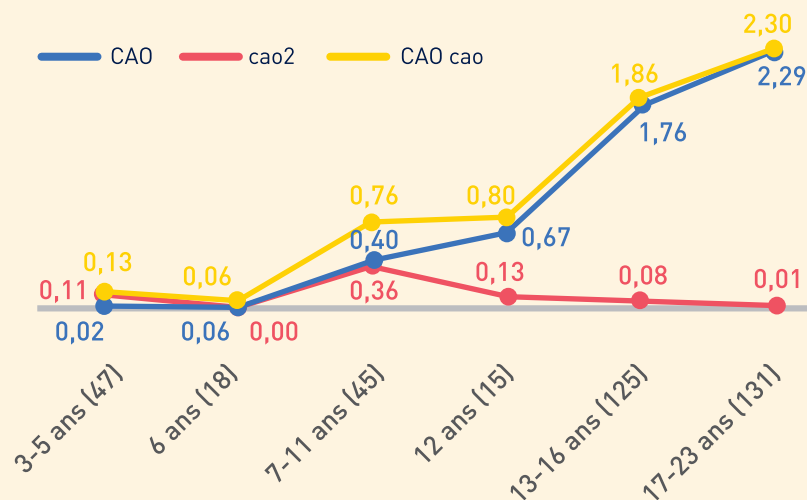


Annexes

Action Croix-Rouge française menée en 2015

N= 381	3 - 5 ans (47)	6 ans (18)	7 - 11 ans (45)	12 ans (15)	13 - 16 ans (125)	17 - 23 ans (131)
C	0,00	0,00	0,22	0,13	0,57	0,72
A	0,02	0,06	0,00	0,00	0,84	0,71
O	0,00	0,00	0,18	0,53	0,37	0,86
CAO	0,02	0,06	0,40	0,67	1,78	2,29
c2	0,11	0,00	0,11	0,00	0,04	0,01
a2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00
o2	0,00	0,00	0,25	0,13	0,00	0,00
cao2	0,11	0,00	0,36	0,13	0,08	0,01
CAO cao	0,13	0,06	0,76	0,80	1,86	2,30
Brossage autonome	11 %	22 %	40 %	53 %	85 %	83 %
Hygiène bonne	32 %	39 %	51 %	53 %	35 %	37 %
Hygiène moyenne	62 %	61 %	29 %	20 %	40 %	37 %
Hygiène insuffisante	6 %	0 %	20 %	27 %	25 %	25 %
Tartre	11 %	11 %	18 %	13 %	45 %	53 %
Gingivite	24 %	11 %	29 %	20 %	40 %	51 %
Prothèse	0 %	0 %	4 %	0 %	2 %	4 %
Scellement	11 %	28 %	56 %	60 %	38 %	17 %
Urgence	0 %	0 %	2 %	0 %	7 %	8 %
Détartrage	11 %	11 %	20 %	20 %	45 %	53 %
Soins	13 %	18 %	18 %	13 %	34 %	36 %
Extraction	2 %	0 %	0 %	0 %	7 %	9 %
Besoin prothèse	2 %	0 %	2 %	0 %	8 %	6 %
Besoin voir CD	22 %	29 %	39 %	33 %	65 %	69 %

Atteinte carieuse - CAO



Dans cette action, nous avons un relevé de données qui concerne 381 résidents.

Même sur un petit effectif, nous pouvons observer des tendances. Le CAO cao est très bas lorsque les enfants sont jeunes. De même, le CAO reste inférieur au CAO relevé à 12 ans en 2006 (0,67 vs 1,25 en 2006). En revanche, on observe une augmentation rapide du CAO à partir de 13 ans, pour arriver à 2,3 sur la dernière tranche de 17 ans à 23 ans.

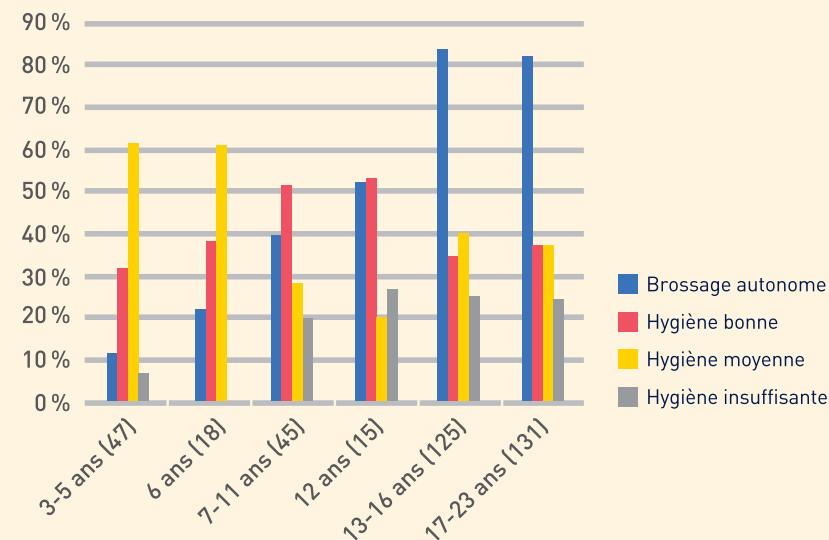
À 6 ans, si on compare les relevés des enfants de 6 ans dans cette enquête et qu'on les rapporte aux relevés de la dernière enquête épidémiologique réalisée par l'UFSBD en 2006, on constate que ces enfants n'ont pas de problèmes dentaires par rapport à la population générale observée en 2006.

Ces enfants sont pratiquement indemnes de maladie carieuse avec un CAO co = 0,06 alors que dans l'enquête 2006, on avait relevé déjà de la maladie carieuse avec un CAO co = 1,37.

Pour l'hygiène, elle est bonne ou moyenne pour tous alors que dans l'enquête, 23,4 % des enfants avaient une hygiène inefficace. Il faut ajouter que seuls 11 % des enfants sont autonomes pour l'hygiène.

À 12 ans nous pouvons faire le même constat. Très peu de caries, C = 0,13, et quelques soins, O = 0,53, soit un CAO = 0,67 en moyenne. Les enfants de l'enquête de 2006 présentaient déjà des caries avec un C = 0,47 et des soins, O = 0,60, soit un CAO = 1,23. Pour l'hygiène, 53 % des enfants sont autonomes et 27 % d'entre eux ont une hygiène inefficace. Cela se rapproche des données relevées en 2006, puisque on relevait que 34,8 % des enfants avaient une hygiène inefficace (phénomène lié à l'augmentation d'un brossage autonome pas toujours de bonne qualité). On observe que la qualité de l'hygiène diminue de plus en plus. En parallèle, l'autonomie pour effectuer le brossage augmente. La qualité de l'hygiène réalisée par eux-mêmes.

Qualité d'hygiène



Les gingivites sont déjà présentes dès le plus jeune âge : 24 % de 3 à 5 ans, 11% à 6 ans, 29 % de 7 à 11 ans, 20 % à 12 ans, 40 % de 13 à 16 ans et 51 % de 17 à 23 ans.

Le tartre est aussi présent : 11 % de 3 à 5 ans, 11 % à 6 ans, 18 % de 7 à 11 ans, 13 % à 12 ans, 45 % de 13 à 16 ans et 53 % de 17 à 23 ans.

Les conséquences sont immédiates puisque l'on voit les besoins en soins augmenter.

Pas d'urgence avant 7 ans puis cela augmente. Le taux reste en dessous de 8 %.

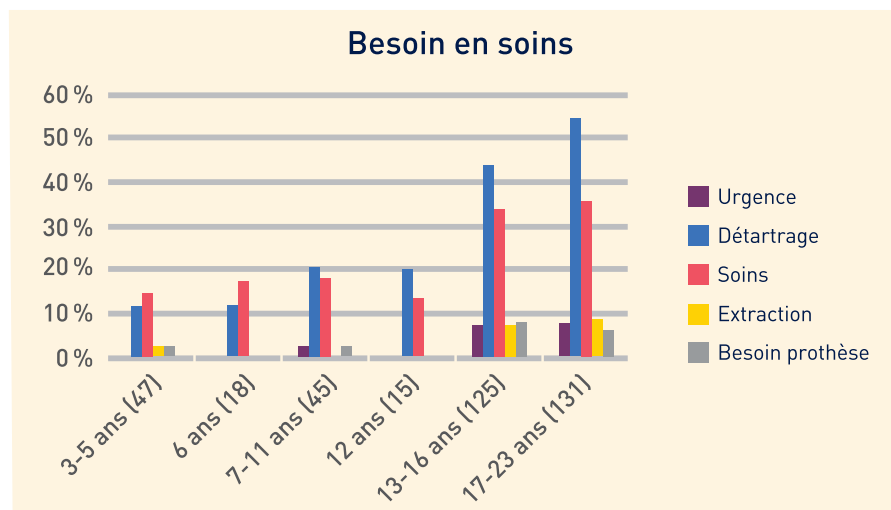
Le besoin en détartrage est de 11 % de 3 à 5 ans, 11 % à 6 ans, 20 % de 7 à 11 ans, 20 % à 12 ans, 45 % de 13 à 16 ans et 53 % de 17 à 23 ans.

Le besoin en soins est de 13 % de 3 à 5 ans, 18 % à 6 ans, 18 % de 7 à 11 ans, 13 % à 12 ans, 34% de 13 à 16 ans et 36 % de 17 à 23 ans.

Il y a quelques besoins d'extraction à partir de 13 ans et un peu de prothèses.

Si on cumule tous les besoins en soins dentaires, on constate que le besoin de consulter un chirurgien-dentiste augmente régulièrement et devient très important pour les plus âgés. 22 % de 3 à 5 ans, 29 % à 6 ans, 39 % de 7 à 11 ans, 33 % à 12 ans, 65 % de 13 à 16 ans et 69 % de 17 à 23 ans.

13 personnes (15 ans à 20 ans) du même IME ont été vues deux fois à quelques mois d'intervalle. C'est un tout petit effectif non significatif mais il permet de confirmer quelques tendances.



POPULATION	PASSAGE 1		PASSAGE 2	POPULATION	PASSAGE 1		PASSAGE 2
C	0,46	→	0,54	Urgence	23 %	→	0 %
A	0,08	→	0,15	Détartrage	62 %	→	46 %
O	0,00	→	0,62	Soins	31 %	=	31 %
CAO	0,54	→	1,31	Extraction	23 %	→	0 %
Tartre	62%	→	46%	Besoin prothèse	0 %	→	8 %
Gingivite	23%	→	15%	Besoin voir CD	77 %	→	69 %

On peut constater que ces résidents ont fait faire les soins : les scellements sont réalisés pour 62 %, pas d'urgence, pas d'extraction et baisse du besoin en détartrage. En revanche, le taux de résidents ayant besoin de soins reste stable, 31 %. En parallèle, le taux de tartre reste élevé même s'il a diminué (62 % à 46 %) et de même pour la gingivite (23 % à 15 %) alors qu'ils sont autonomes pour le brossage. En conclusion, le besoin de consultation baisse très peu et passe de 77 % à 69 %.

Enquête 2006

À 6 ans Résumé des résultats en denture mixte :

cC = 0,97 A = 0,02 oO = 0,39 coCAO = 1,37 (dont co = 1,25 et CAO = 0,12)

Enfants indemnes = 63,4 %

Enfants ayant besoin de soins de carie = 29,6 % (3,2 dents à traiter par enfant). Hygiène inefficace = 23,4 %

À 12 ans Résumé des résultats en denture permanente :

C = 0,47 A = 0,16 O = 0,60 CAO = 1,23

Enfants indemnes = 55,9 %.

Enfants ayant besoin de soins de carie = 23,1 % (2,1 dents à traiter par enfant). 20 % des enfants les plus atteints cumulent 72 % de l'indice CAO (6 % des enfants les plus atteints cumulent 50 % de l'indice CAO).

Hygiène inefficace = 34,8 % Gingivite = 13,3 % Tartre = 18,8 %

ANNEXE N° 2 : AGIR DANS LES ÉTABLISSEMENTS ACCUEILLANT DES PSH

FORMATION 7 Heures

Objectifs

- Développer les connaissances du personnel médico-social en établissement
- Intégrer la problématique bucco-dentaire dans le projet médical de l'établissement
- Améliorer la prise en charge bucco-dentaire en établissement grâce à des outils adaptés

Partie théorique - module 1 (2 h 30) : apports théoriques

- Présentation de la formation et de ses objectifs
- Identification des représentations des stagiaires (la sphère orale, la bouche, les dents, l'hygiène) et de leurs attentes : brainstorming
- Plusieurs thèmes généraux sont ensuite développés autour de la santé bucco-dentaire :
 - > Introduction et problématique de la santé bucco-dentaire de la personne handicapée
 - > Conséquence du handicap sur la santé bucco-dentaire
 - > Impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie
 - > Connaître la cavité buccale, origine des pathologies bucco-dentaires
 - > Alimentation et santé bucco-dentaire
 - > Les secrets de la prévention
 - > Rôle de l'aidant professionnel, conduites à tenir face à certaines pathologies

Les quinze dernières minutes du module sont consacrées aux questions des stagiaires.

Elles portent principalement sur des points pratiques en rapport avec leur activité professionnelle et leurs difficultés à réaliser le soin de bouche.

Partie théorique - module 2 (1 h) : Entretien de la bouche (mise en pratique sous forme de jeux de rôles)

- Présentation de la plaquette pédagogique qui sera laissée dans l'établissement.

Elle sert de référence et peut être consultée à tout instant par le personnel.

Elle est composée de quatre parties :

- > L'importance de la santé bucco-dentaire chez la personne handicapée sur sa qualité de vie et les répercussions sur la santé globale
 - > Le dépistage précoce des pathologies bucco-dentaires par un simple examen visuel
 - > L'aide à la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire et l'entretien des prothèses dentaires
 - > une dernière partie rédigée sous la forme de questions-réponses
- Présentation du protocole de brossage des dents et de l'entretien des prothèses du matériel, des produits nécessaires. Le jeu de rôles permet alors de mettre les stagiaires en situation de mettre en œuvre des soins d'hygiène, dans un climat de confiance et de bienveillance.

Partie pratique (3 h 30) : application des pratiques d'hygiène avec les personnes handicapées

Cette deuxième partie pratique est essentielle. Elle permet d'expérimenter avec les stagiaires les outils et méthodes adaptés à leurs pratiques professionnelles. De même, cette visite en groupe permet de partager les expériences et d'améliorer l'abord particulier que nécessite ce public. Les stagiaires seront invités à expérimenter de nouvelles techniques d'approche face à des patients en opposition de soins, de nouvelles pratiques faciles à intégrer dans le protocole de soins, des méthodes d'hygiène efficaces mais non anxieuses pour les personnes.

Une part importante de cette formation consiste à apprendre aux stagiaires à réfléchir en équipe pour établir un protocole d'hygiène bucco-dentaire, individualisé pour chaque personne accueillie dans l'établissement. Le formateur accompagnera les stagiaires pour réaliser les premiers protocoles et encouragera à continuer ce travail avec l'ensemble des personnes en situation de handicap.

L'évaluation de la formation se fait à deux niveaux : satisfaction et acquisition des connaissances.

EXPÉRIENCE ARTHUR LAVY

UNE EXPÉRIENCE A ÉTÉ MÉNÉE AU CENTRE ARTHUR LAVY (74)

Le centre Arthur LAVY est considéré depuis 2010 comme l'établissement pôle départemental de référence du 74, dans le cadre de l'accueil des personnes en situation de handicap les plus déficitaires.

- Un FAM proposant 40 places d'internat, 3 places d'accueil de jour et 2 places d'accueil temporaire.
- Une MAS disposant de 104 places d'internat. Y sont accueillies des personnes adultes handicapées en situation de « grande dépendance », ayant besoin d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée.

Du fait du type de population accueillie, le centre Arthur LAVY est orienté vers le soin depuis longtemps. La prise en charge de la sphère bucco-dentaire y est plutôt bien intégrée. Toutefois, la structure a parfaitement pris conscience de la nécessité de mettre en place un projet santé orale chez les personnes dont elle la charge. C'est pourquoi, en 2013, l'établissement, très motivé, a décidé de former ses professionnels à l'hygiène bucco-dentaire dans l'objectif d'accroître le confort des résidents, leur qualité de vie et par là même d'améliorer les conditions de travail de ses personnels.

La diversité des professions - soignants, éducateurs n'a pas simplifié la mise en œuvre du programme. Il a fallu motiver.

Des formations par des CD de l'UFSBD ont été réalisées tous les ans, de manière à concerner un maximum d'effectifs, sachant qu'un turnover important est observé. Ainsi, au départ, pendant environ 3 ans, 7 formations par année ont été effectuées. Depuis 2015, le flux est de 4 sessions par année. Un principe de binôme des CD a été instauré et fonctionne bien.

• Mise en place des formations

Chaque formation initiale, de 7 heures :

- > S'adresse si possible à tous les personnels (infirmières, aides-soignantes, éducateurs). Un tour de table incontournable est fait afin que chaque stagiaire se présente dans son poste et dans son unité de service, exprime ses attentes. Un petit brainstorming permet également à chacun d'exposer ce que le bucco-dentaire évoque pour lui.
- > S'articule sur un volet théorique et un volet pratique.
 - le temps d'une matinée, une prise de conscience de l'importance à conserver une bonne santé orale est réalisée par l'apport de connaissances théoriques sur la sphère bucco-dentaire. Les échanges entre les stagiaires et le CD sont privilégiés pour une mutualisation des savoirs. Le personnel connaît bien les résidents, leurs réactions, les limites, et le CD, aussi a des astuces permettant

de comprendre l'importance de la cavité buccale. Des conseils sont délivrés quant aux quantités de dentifrice à utiliser en présence de troubles de la déglutition, quant à l'entretien des prothèses éventuelles, l'utilisation d'outils comme le cale-bouche... ou encore une position de travail favorisant la coopération (nursing ou autre). L'importance du type d'alimentation est soulignée. Nombre de personnes fréquentant Arthur. Lavy sont en mode alimentation hachée ou mixée. Les problèmes parodontaux sont nombreux, les résidus stagnent dans les vestibules. La présence de tartre dans les bouches est un problème.

L'attitude du CD reste toujours bienveillante, valorisante de ce qui est déjà bien pratiqué. La structure A.Lavy favorise ce partage en facilitant le passage à la pratique.

- L'après-midi, des séances en chambre sont organisées. Les stagiaires ont eu en amont la possibilité de cibler les personnes en situation de handicap qu'elles souhaitent « étudier ».

Cette activité permet d'adapter la séance d'hygiène bucco-dentaire de la manière la plus individualisée, pour créer un environnement le plus favorable à cet acte quotidien. Par exemple, pour un sujet en fauteuil à mobilité réduite, il faut déterminer la meilleure position pour rester en équilibre. Les conditions de confort doivent être optimales pour une acceptation meilleure de la part du résident. Il faut avoir repéré les préférences des personnes (toucher ou pas, une chanson, la parole, le moment dans la journée...). Les stagiaires apprennent à répertorier les sujets à problèmes et à établir un protocole individualisé, transmissible. Travailler en binôme auprès d'un résident peut faciliter, pour certains stagiaires, le passage à l'action. Le plus expérimenté des deux soignants opère au brossage pendant que l'autre parle, caresse les mains du résident ; l'incitation à accéder à la bouche passe aussi par là. Les formateurs incitent les stagiaires à partager leurs expériences, à valoriser celles qui fonctionnent bien et à les noter dans un cahier de transmissions accessible à tous les professionnels. C'est un levier de taille.

Au fil des années, l'expérience a permis de lever quelques freins :

- > Au niveau des personnels les moins coopérants (souvent les éducateurs) dans les premières tranches de formation, par la réduction de la taille des groupes et en multipliant la diversité des professionnels ainsi que la mixité des unités de soins ou d'accueil
- > Le volet pratique, par le passage en chambre, s'est révélé « magique ». Pour certains, c'est l'occasion de visualiser, de mettre vraiment les doigts dans la bouche par le passage d'une compresse ou par la recherche d'une anomalie, de faire l'inventaire du matériel d'hygiène...

- > Miser sur le fait que la structure, dans ses missions, est axée sur le soin (les résidents sont malades et ont l'habitude) pour intégrer l'hygiène bucco-dentaire comme un soin
- > Forte incitation à identifier un référent dans les équipes, à effectuer des mises à jour régulières et à déterminer qui fait quoi
- > Un travail en partenariat avec l'économat a permis de mutualiser les besoins, de choisir la qualité du matériel de brossage, d'harmoniser le cahier des charges

(taille tête, fréquence de remplacement des brosse, souplesse des poils). Le point est fait en concertation avec les unités, les infirmières, l'économat.

Ils précisent également des connaissances acquises en termes de savoir-faire, sur les techniques d'hygiène, sur le repérage des signes d'alerte liés à la douleur et aux problèmes dentaires, ou encore l'importance de prendre du temps pour accompagner au quotidien les résidents dans le suivi de l'hygiène bucco-dentaire.

EXPÉRIENCE HANDIDENT MIDI-PYRÉNÉES

Objectifs et contenu du programme

Objectifs de formation

- Formation d'une demi-journée (3 h 30)

Former et sensibiliser les professionnels soignants et/ou encadrants travaillant au sein des structures médico-sociales à la problématique de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap et à la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire des résidents et/ou usagers.

- Objectifs pédagogiques et pratiques
 - > Partager un socle commun de connaissances autour de l'hygiène et de la santé orale
 - > Préparer l'intégration des missions « hygiène et santé orale » dans l'organisation
 - > Développer les connaissances du personnel soignant et encadrant dans les structures médico-sociales
 - > Améliorer la prise en charge bucco-dentaire en établissement et à domicile grâce à des outils adaptés
 - > Établir des protocoles d'hygiène pour chaque résident et/ou usager

Contenu de la formation

Partie théorique - module 1 (2 h 30) : apports théoriques

- Présentation de la formation et de ses objectifs
- Identification des représentations des stagiaires (la sphère orale, la bouche, les dents, l'hygiène) et de leurs attentes : brainstorming
- Plusieurs thèmes généraux sont ensuite développés autour de la santé bucco-dentaire :

- > Introduction et problématique de la santé bucco-dentaire de la personne handicapée
- > Conséquence du handicap sur la santé bucco-dentaire
- > Impact de la santé bucco-dentaire sur la qualité de vie
- > Connaître la cavité buccale, origine des pathologies bucco-dentaires
- > Alimentation et santé bucco-dentaire
- > Les secrets de la prévention
- > Rôle du soignant, conduites à tenir face à certaines pathologies

Les quinze dernières minutes du module sont consacrées aux questions des stagiaires. Elles portent principalement sur des points pratiques en rapport avec leur activité professionnelle et leurs difficultés à réaliser le soin de bouche.

Partie théorique - module 2 (1 h) : Entretien de la bouche

(Mise en pratique sous forme de jeux de rôles)

- Présentation de la plaquette pédagogique. Elle sert de référence et peut être consultée à tout instant par le personnel. Elle est composée de 4 parties :
 - > L'importance de la santé bucco-dentaire chez la personne en situation de handicap sur sa qualité de vie et les répercussions sur la santé globale
 - > Le dépistage précoce des pathologies bucco-dentaires par un simple examen visuel
 - > L'aide à la réalisation de l'hygiène bucco-dentaire et l'entretien de prothèses dentaires
 - > Une dernière partie sous la forme de questions-réponses
- Présentation du protocole de brossage des dents et de l'entretien des prothèses, du matériel et des produits nécessaires. Un jeu de rôles permet alors de mettre les stagiaires en situation de mise en œuvre des soins d'hygiène, dans un climat de confiance et de bienveillance.

Expérience en ESAT

La mutuelle INTÉGRANCE et l'UFSBD ont développé un partenariat pour la mise en place d'un programme de prévention bucco-dentaire en ESAT avec...

► Des séances d'éducation à la santé des travailleurs handicapés

Les travailleurs handicapés en ESAT sont sensibilisés à la santé et à l'hygiène bucco-dentaire au cours d'une séance d'1 h 30. Les groupes à sensibiliser n'excèdent pas 20 participants.

Les principaux messages portent sur :

- > L'importance de **l'hygiène bucco-dentaire** : Pourquoi se brosser les dents ? Comment ? À quelle fréquence ? Avec quoi ?
- > Les pathologies bucco-dentaires
- > **L'impact de la santé bucco-dentaire** sur le lien social, le sourire...
- > **L'équilibre alimentaire**, et notamment : limiter le grignotage entre les repas, boire de l'eau pure à table, manger des fruits, des légumes et des produits laitiers...
- > L'importance du **suivi régulier au cabinet dentaire**
- > Les différents niveaux de couverture des soins dentaires seront expliqués.

Et, bien, sûr une large place sera faite aux échanges et questions-réponses

Déroulement de la séance :

La séance se déroule avec l'appui d'un diaporama court (30 minutes), une dent géante en coupe, une maxi-brosse et maxi-mâchoire pour réaliser **une démonstration de la bonne technique de brossage**.

Si le niveau d'attention et de participation des participants le permet, un atelier participatif sur l'alimentation et la santé bucco-dentaire est prévu.

L'atelier alimentation avec les personnes handicapées reprend les bases d'un repas équilibré et délivre les messages suivants :

- > De l'eau pure à table

- > Un repas équilibré comprend fruits, légumes et produits laitiers => information sur la texture des aliments : le croquant, la mastication, le « collant » sur les dents, etc...
- > Attention à certains sucres/sucres cachés
- > Attention à ne pas grignoter en dehors des repas sinon les aliments restent longtemps dans les dents et les abîment
- > Penser à se laver les dents après le repas ; le matin avant de partir au travail et le soir avant de se coucher.

Pour une visite chez le dentiste sans inquiétude, un jeu de rôles est prévu (on joue au dentiste) et un échange sur les expériences vécues est mis en place.

Pour ancrer les recommandations, des dépliants d'information cobrandés « Mutuelle Intégrance » / UFSBD reprenant les messages clés sont remis à chaque participant à la fin de la séance.

Une affiche « méthode de brossage » est laissée après chaque séance.

Un kit d'hygiène bucco-dentaire peut aussi être remis à chaque participant pour initier au plus tôt l'adoption des recommandations dans les pratiques d'hygiène quotidienne.

- **Des séances d'éducation à la santé bucco-dentaire du personnel** : la prévention doit aussi être confiée à l'entourage de la personne handicapée - personnel, encadrants - afin de faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne en situation de handicap et de garantir une certaine pérennité de la démarche.

Dans cette perspective, l'UFSBD propose d'informer et de sensibiliser le personnel des ESAT à la fois à l'hygiène bucco-dentaire (des pratiques de soins d'hygiène souvent compliquées et contraintes par le handicap) et à la réduction des risques spécifiques pour les personnes handicapées liés à la fois au déficit d'hygiène, à la prise médicamenteuse et/ou à la déficience elle-même. Toutefois, en trois conven-

tions signées sur des années différentes, seulement 2 formations des équipes ont été réalisées.

L'objectif est de favoriser l'implication des équipes en interpellant et en « éveillant les consciences » afin que la thématique « bucco-dentaire » soit intégrée dans le cadre du projet de vie des travailleurs en situation de handicap.

Les ESAT ne sont pas directement concernés par les soins.

La santé bucco-dentaire des travailleurs en situation de handicap sera abordée dans cette perspective : le sourire, l'estime de soi, la relation à l'autre, la séduction, etc.

Plusieurs thèmes généraux seront aussi développés autour de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap : fonctions de la sphère buccale, facteurs de risques spécifiques liés au handicap, répercussions sur la santé générale et la qualité de vie, liens entre les pathologies chroniques et la santé bucco-dentaire, conséquences du handicap sur l'hygiène bucco-dentaire, soins dentaires spécifiques, rôle de l'entourage...

Un diaporama d'une heure est en appui pédagogique, la carte de l'interactivité est activée pendant la sensibilisation.

Un temps est prévu (30 minutes) pour échanger autour de questions spécifiques (comment dédramatiser la visite au cabinet dentaire, le gaz MEOPA pourquoi, comment, la spirale de la dénutrition, etc,) ou de cas concrets présents dans l'ESAT.

À l'issue de la séance, une affiche rappelant les recommandations d'hygiène bucco-dentaire est laissée pour être placardée dans l'ESAT et un dépliant rappelant les messages (dépliant spécifique, co-brandé UFSBD et Mutuelle Intégrance) est remis à chaque participant.

Un kit d'hygiène bucco-dentaire comprenant une trousse cobrandée Intégrance et UFSBD avec une brosse à dents et un tube dentifrice est également donné à chaque participant.

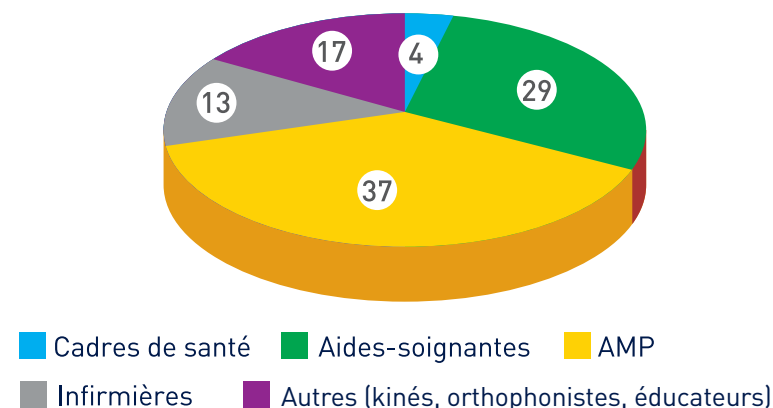
Expérience HANDIDENT Occitanie 2019

En 2019, le programme HANDIDENT-ARS Occitanie a permis d'assurer 18 sessions de formation au sein de 18 établissements pour personnes en situation de handicap, soit 18 journées de 7 heures, théoriques et pratiques.

Au cours de ces journées ont été formés 173 professionnels, en majorité des aides médico-psychologiques et des aides-soignantes répartis comme suit :

- > 7 Cadres de santé
- > 50 Aides-soignantes
- > 63 AMP (aides médico-psychologiques)
- > 23 Infirmières
- > 30 Autres

PROFIL DES STAGIAIRES FORMÉS EN %



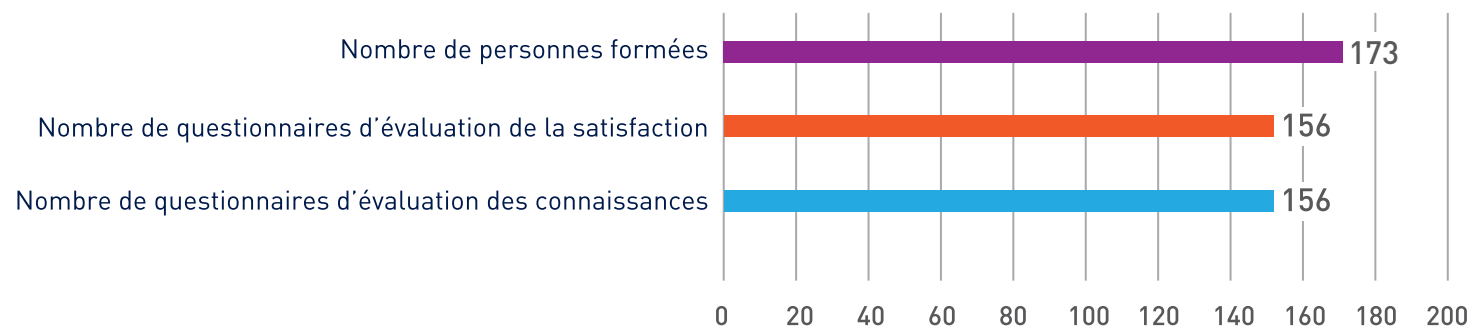
Recueil des questionnaires d'évaluation

Lors de ces journées de formation, deux types de questionnaires sont distribués aux stagiaires :

- > Un questionnaire de satisfaction pour mesurer la satisfaction des stagiaires et leur perception de la formation
- > Un questionnaire d'évaluation des connaissances pour mesurer la mémorisation et la compréhension des informations transmises au cours de la formation.

Les questionnaires sont recueillis à la fin de la journée de formation, ils sont complétés de manière anonyme ; 156 questionnaires d'évaluation de satisfaction et des connaissances ont été collectés.

RECUEIL DES QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION

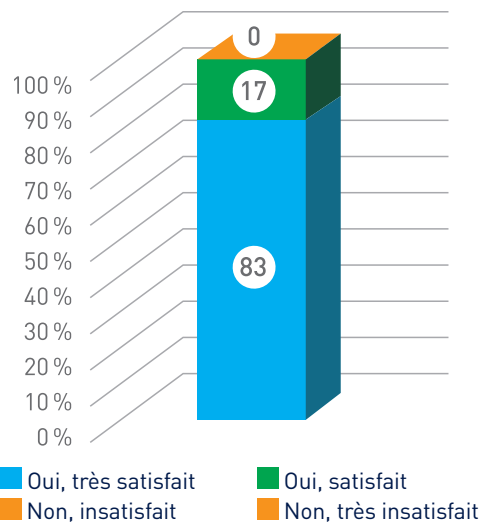


L'écart entre le nombre de personnes formées et le nombre de questionnaires collectés s'explique par le fait que certains stagiaires ont souhaité conserver ces documents et que certains stagiaires ont dû quitter la formation avant la fin.

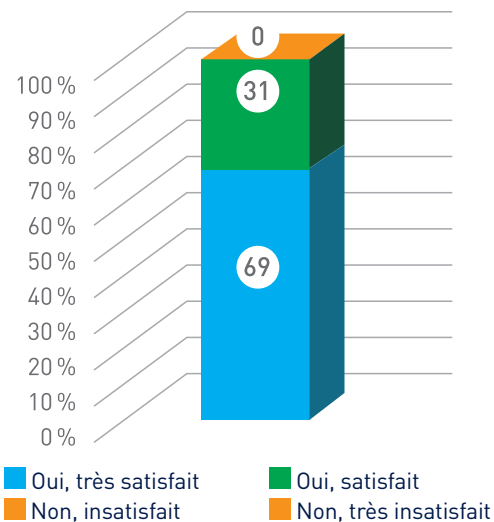
Analyse des questionnaires de satisfaction

Les stagiaires se déclarent satisfaits, voire très satisfaits dans l'ensemble des établissements, sur les différents items : les objectifs de la formation, les supports et méthodes pédagogiques, les conditions de la formation.

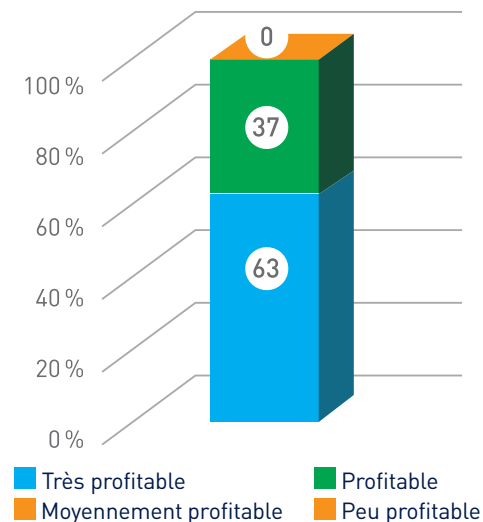
ÊTES-VOUS SATISFAIT DE LA PRESTATION DU FORMATEUR ?



ÊTES-VOUS SATISFAIT DES MÉTHODES PÉDAGOGIQUES MISES EN ŒUVRE ?

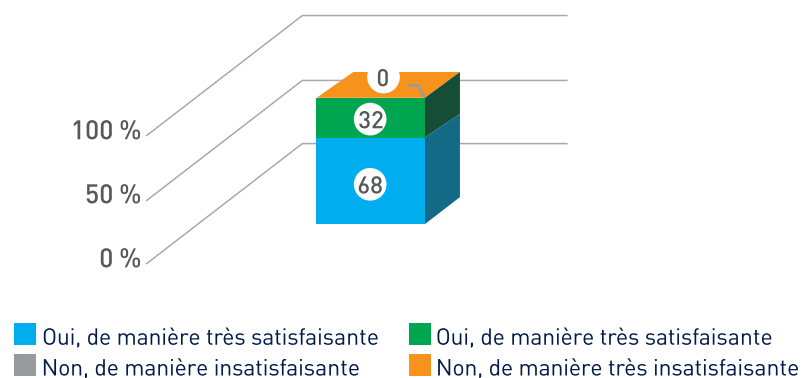


CETTE FORMATION VOUS A-T-ELLE PARU GLOBALEMENT ?

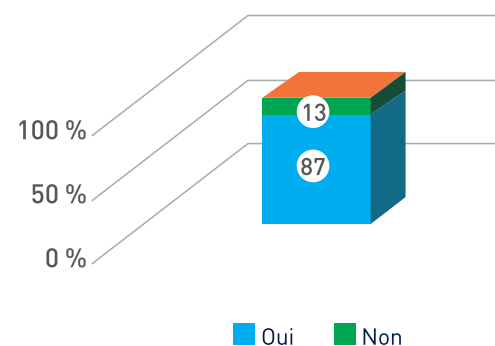


A la question « après cette formation, vous sentez-vous capable d'utiliser ces enseignements dans votre pratique professionnelle ? », la majorité des stagiaires ont répondu positivement (87 %)

VOUS SEMBLE-T-IL QUE TOUTES LES PROBLÉMATIQUES DE L'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE ONT ÉTÉ ABORDÉES ?



APRÈS CETTE FORMATION, VOUS SENTEZ-VOUS CAPABLE D'UTILISER CES ENSEIGNEMENTS DANS VOTRE PRATIQUE PROFESSIONNELLE ?



Les participants émettent toutefois quelques réserves, de manière indirecte, quant à la possibilité qui leur sera offerte de mettre en place les procédures apprises : manque de temps essentiellement, répartition des horaires des tâches, manque d'effectifs dans les établissements et autres...

Les principaux enseignements tirés par les stagiaires :

- > L'importance de mettre en place une bonne hygiène au quotidien pour améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap. L'hygiène bucco-dentaire est un soin à part entière
- > Les méthodes pour y parvenir : méthodes de brossage, entretien des prothèses, protocoles individualisés
- > Le rôle de sentinelle des professionnels, l'évaluation de leurs pratiques pour les adapter, la

détection des douleurs d'origine dentaire, l'alimentation (type, grignotage...)

Ces éléments rejoignent les objectifs fixés pour ces formations.

Il paraît donc important...

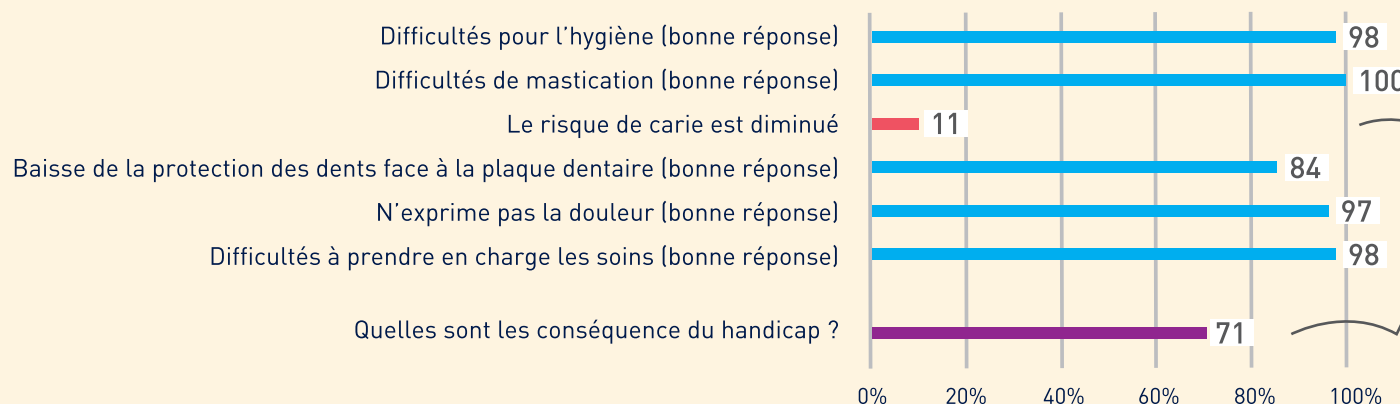
- > De présenter cette formation comme un projet d'établissement, partagé par tous et porté par la direction (lequel projet peut avoir un impact sur les procédures internes)
- > D'associer à la formation le cadre de santé/l'infirmier diplômé d'État coordinateur (IDEC) ou un membre de la direction (soit avec les stagiaires, soit en parallèle de leur formation)
- > De présenter la partie « pratique » de la formation (tour en chambres, approche des personnes en situation de handicap hébergée dans l'établissement, gestuelle pour la prise en **charge**

de l'hygiène bucco-dentaire, astuces...) comme un moyen de « gagner du temps » sur les soins et non pas comme des tâches supplémentaires alourdissant le planning.

Analyse des questionnaires d'évaluation des connaissances

D'une manière globale, la mémorisation et l'acquisition des connaissances sont satisfaisantes. La majorité des informations clés sont assimilées, comme les conséquences du handicap, le rôle du soignant, les règles de prévention (alimentation équilibrée, hygiène bucco-dentaire), le rôle de la salive, les répercussions d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire sur l'état de santé général d'une personne en situation de handicap.

Quelles sont les conséquences du handicap ? (réponses en %)

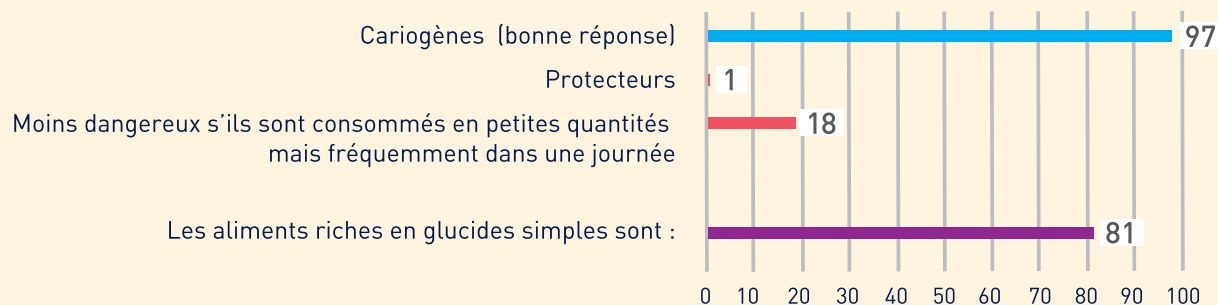


> le risque de carie est diminué = 11 %

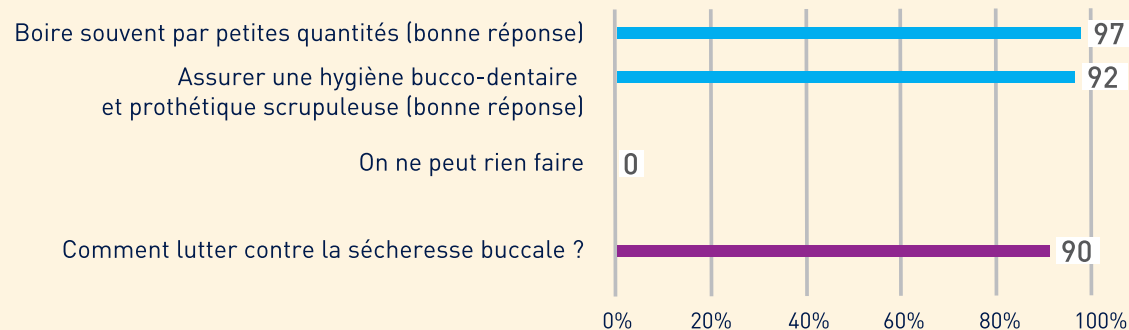
> 71 % des personnels ont répondu correctement à l'ensemble des items de la question « quelles sont les conséquences du handicap ? »

- > Les chiffres représentent le % de personnes qui ont coché l'item. 11 % des personnes ont coché l'item «le risque de carie est diminué». 89 % des personnes ont compris que le handicap augmentait le risque d'avoir des caries.

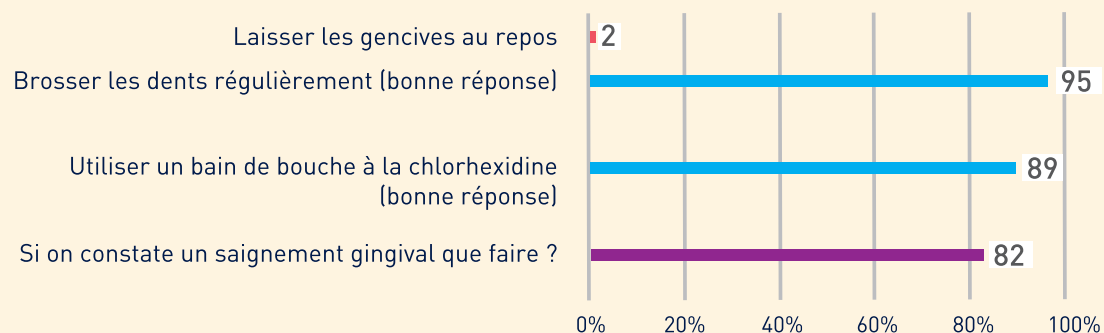
Les aliments riches en glucides simples en %



Comment lutter contre la sécheresse buccale en % ?



Si on constate un saignement gingival que faire en % ?



81 % des personnes ont bien intégré la problématique des glucides dans l'alimentation.

Ils sont 90% à savoir comment gérer la sécheresse buccale.

82 % savent prendre en compte les problèmes gingivaux.

Profil des stagiaires :

4 % de cadres de santé, 28 % d'AS, 37 % d'AMP, 13 d'IDE, 17 % Autres

FORMATIONS

Formations Occitanie 2017-2018

- Bilan de l'Action 2017 : dans le cadre de l'évaluation de la satisfaction à l'issue des formations Arthur Lavy

Quatre formations réalisées entre janvier et mars 2017 pour les personnels de l'établissement. Il s'agissait d'une formation initiale 7 heures par des chirurgiens-dentistes de l'UFSBD.

Personnes ont été formées : 11 aides-soignants(e)s, 2 infirmières, 5 aides médico-psychologiques, 8 éducateurs.

Le taux de satisfaction des stagiaires de la formation est important. 93 % jugent cette formation très profitable et 100 % se sentent capables d'utiliser ces enseignements dans leur pratique professionnelle. 90 % pensent que toutes les problématiques de l'hygiène bucco-dentaire ont été abordées au cours de la journée.

Les réponses des stagiaires montrent une satisfaction élevée, que ce soit pour le contenu de la formation, les supports de cours ou le du format de l'intervention.

Interrogés sur les principaux enseignements tirés de cette formation, ils mentionnent avoir approfondi leurs connaissances, par exemple sur le risque infectieux, et pris conscience de l'importance du brossage des dents, de la prévention à mettre en place auprès des usagers pour informer les personnes de l'impact du manque d'hygiène bucco-dentaire sur un grand nombre de pathologies.

Pour être efficaces, les messages de prévention

doivent être insufflés dans l'environnement même de la personne et être en partie confiés à l'entourage de la personne handicapée - personnels médico-éducatifs, encadrants, soignants et aidants naturels, afin de faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne et de garantir une certaine pérennité de la démarche. Ce sont bien ces objectifs, qui ont été mis en œuvre à travers ces quatre formations.

- Bilan de l'Action 2018 : dans le cadre de l'évaluation de la satisfaction à l'issue des formations Handident Midi-Pyrénées

Le programme Handident déployé durant l'année 2018 auprès des FAM et MAS situés dans les départements du Lot (46), du Tarn (81) et du Tarn-et-Garonne (82) a pleinement répondu aux objectifs fixés dans la convention.

311 professionnels ont été formés, 108 personnes en situation de handicap et leur famille ont été sensibilisées.

La majorité des personnes formées sont des aides-médico-psychologiques, des aides-soignants et des infirmiers. Dans les autres catégories socio-professionnelles présentes, on note des cadres de santé, des auxiliaires de vie, des moniteurs-éducateurs, des éducateurs spécialisés, des éducateurs techniques ou encore d'ergothérapeutes.

Le taux de satisfaction des stagiaires de la formation est important, il avoisine les 98 %.

Les réponses des stagiaires montrent une satisfaction élevée, que ce soit pour le contenu de la formation, les supports de cours ou le format de l'intervention.

90,75 % des professionnels ont répondu se sentir capables d'utiliser ces enseignements dans leur pratique professionnelle. Lorsqu'ils ne se sentent pas prêts à le faire, c'est en raison de leur trop grande

charge d'activités qui implique un manque de temps et/ou qui est lié au manque d'effectifs dans leur structure. Ils déplorent pour certains, le manque de valorisation des soins d'hygiène bucco-dentaire dans leur établissement.

Interrogés sur les principaux enseignements tirés de cette formation, ils mentionnent avoir approfondi leurs connaissances, par exemple sur le risque infectieux, et pris conscience de l'importance du brossage des dents, de la prévention à mettre en place auprès des usagers pour informer les personnes de l'impact du manque d'hygiène bucco-dentaire sur un grand nombre de pathologies.

Ils précisent également des connaissances acquises en termes de savoir-faire, sur les techniques d'hygiène, sur le repérage des signes d'alerte liés à la douleur et aux problèmes dentaires, ou encore l'importance de prendre du temps pour accompagner au quotidien les résidents dans le suivi de l'hygiène bucco-dentaire.

Les formations du personnel, tout comme la sensibilisation, sont des leviers essentiels pour améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap, la prévention en amont permettant de limiter les besoins de soins en aval.

Pour être efficace, les messages de prévention doivent être insufflés dans l'environnement même de la personne et être en partie confiés à l'entourage de la personne handicapée - personnels médico-éducatifs, encadrants, soignants et aidants naturels afin de faciliter l'acceptation des pratiques de prévention par la personne et de garantir une certaine pérennité de la démarche. Ce sont bien ces objectifs, qui ont été mis en œuvre à travers ce programme.

ANNEXE N°3 ACCÉDER À LA PRÉVENTION POUR LES PSH

Être compris

- > <https://www.santepubliquefrance.fr/l-info-accessible-a-tous>
- > <https://www.santepubliquefrance.fr/l-info-accessible-a-tous/outils-pour-les-professionnels>
- > www.santebd.org
- > contact@santebd.org
- > COACTIS : <https://www.coactis-sante.fr/>



Recommandations pour les professionnels

- > http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=714&cHash=7749cdc1f8a8dd5ea0eb2e-8b49a77d05
- > http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=746&cHash=831a83f861f86eef0032e74f-697fdb5d

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES POUR LES PSH

La Consultation

Échelle de VENHAM

L'échelle de VENHAM modifiée par Veerkamp est la plus fréquemment utilisée et validée par les études cliniques. C'est une échelle hautement fiable qui fournit une mesure indépendante de l'expérience et de l'investigateur.

Score 0 : Détendu, souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément ou dès qu'on le lui demande. Bras et pieds en position de repos. Attentif.

Score 1 : Mal à l'aise, préoccupé. Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Elles sont parfois crispées. Expression faciale tendue. Pâleurs, sueurs. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste. Regards furtifs sur l'environnement.

Score 2 : Tendü. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Pâleurs, sueurs. Inquiet de tout nouvel événement. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée. Cherche un contact corporel rassurant (main, épaule).

Score 3 : Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques mais sans commune mesure avec le danger ou exprimées bien avant le danger, pleurs. Pâleur, sueurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Mouvements d'évitement. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés. Accepte le maintien des mains.

Score 4 : Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement, cris. Importantes contorsions nécessitant parfois une contention. Le patient peut encore être accessible à la communication verbale mais après beaucoup d'efforts et de réticence pour une maîtrise relative. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.

Score 5 : Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat avec énergie. Le praticien et l'entourage ne contrôlent plus l'enfant. Inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite : tente activement de s'échapper. Contention indispensable.



LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

